



Kroppslige uttrykk hos spedbarn

Hva kan spedbarn fortelle med sine kroppslige uttrykk når slike uttrykk avviker fra forventet normalutvikling - fortellinger og forståelser

Inger Grøntoft

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2016

FORORD

Framdrift mot og gjennomføring av masteroppgaven har vært en utfordrende, spennende og tidkrevende prosess.

Jeg vil først og fremst takke informantene som så velvillig bidro med sin kunnskap og sine erfaringer. Uten deres bidrag hadde ikke oppgaven vært mulig å skrive.

Oppgaven er skrevet ved siden av arbeid som barnefysioterapeut og psykomotorisk fysioterapeut i en allsidig og travel praksis. Underveis har fordypning i oppgavens tema gitt faglig dybde og ekstra nærvær til mange relasjoner.

Tusen takk til min veileder, Beate Ytreberg som har gitt grundig, jevnt og raust påfyll av faglige innspill, konstruktiv kritikk og oppmuntring. Jeg har følt at hun har hatt tro på meg og oppgaven, og gitt meg viktig støtte underveis.

Jeg vil takke mine barn som alltid er både bakgrunn og forgrunn i livet mitt. Vår felles historie har ofte vært langt framme min bevissthet underveis i skrivingen, gitt oppgavens fokus på spedbarn og utvikling.

Tusen takk til min mann, Roger for all oppmuntring og støtte underveis. Han har sett og forstått at jeg trengte en faglig prosess for utvikling og trivsel i jobben min, og samtidig tålt å slite med mitt slit i forhold til prioritering, tid og motivasjon underveis.

Stor takk også til min psykomotoriske veiledningsgruppe som siste året har hatt spedbarns-utvikling som tema og bidratt med oppmuntring og kunnskap.

Kristiansund, 10. 05. 2016

Inger Grøntoft

SAMMENDRAG

Oppgavens utforsker spedbarns kroppslige uttrykk når de avviker fra forventet normalutvikling. Slike avvikende kroppslige uttrykk forstås ofte som skade eller sykdom i barnet, og det letes etter årsaker i barnet. Hensikten i oppgaven er å utvide forståelse rundt spedbarnets kroppslige uttrykk i et fenomenologisk perspektiv. Spedbarnet som subjekt i sin livsverden med meningsbærende kroppslig het blir utforsket.

Oppgaven trekker veksler på kroppsfenomenologi, normal bevegelsesutvikling hos spedbarn og psykologisk forståelse rundt spedbarns utvikling og kompetanse i relasjoner. Teori om samtidighet i følelser og bevegelser står sentralt. Dannelse av kroppsskjemaer og automatiske mønstre blir berørt. Psykomotorisk kroppsforståelse blir trukket inn som et relevant perspektiv for spedbarns kroppslige uttrykk.

Metode for kunnskapsinnhenting har vært dybdeintervjuer med spesialister i barnefysioterapi. Intervjuene har gitt innhold til vignetter og samtaleutdrag med påfølgende analyse og drøfting.

Resultatene viser at positive følelser mellom spedbarn og omsorgsperson og utvikling av kroppslig stabilitet hos spedbarnet har sammenheng. Resultatene tyder også på at spedbarn søker aktivt kroppslig mot trygghet og dialog. Psykomotorisk kroppsforståelse og spedbarns kroppslige uttrykk har fellestrekk og kan utfylle hverandre.

Nøkkelord: spedbarn, kroppsuttrykk, avvik, kompetanse, følelser, psykomotorisk, stabilitet

ABSTRACT

The purpose of this qualitative study is to find out more about bodily expressions in infants when they differ from the expected normal development. Such deviant bodily expressions are often understood as injury or disease in the child, resulting in looking for causes in the child. The purpose of the study is to expand the understanding around infant`s bodily expressions in a phenomenological perspective. The infant as subject in his life and his meaningful bodily expressions are explored.

The study emphasizes body phenomenology, normal motion development in infants and psychological understanding around infant development and their expertise in relationships. Psychomotoric body understanding is taken into account as a relevant perspective for infant`s bodily expression.

Qualitative method in the study has been in-depth interviews with specialists in children`s physical therapy. The interviews have provided content to the vignettes and discourse-abstracts with subsequent analysis and discussion.

The results show a connection between positive emotions in infant/caregiver relations and the development of bodily stability in the infant. The results suggest that infants with their movements actively seek toward safety and dialog. Psychomotoric body understanding and infant bodily expressions have common features and can complement each other.

Key words: infant, bodily expressions, deviant, competent, emotions, psychomotoric, stability

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	s. 2
SAMMENDRAG	s. 3
ABSTRACT	s. 4
INNHOLDSFORTEGNELSE	s. 5
1.0 INNLEDNING	s. 9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s. 9
1.2 Presentasjon av faglig bakgrunn	s. 11
1.3 Aktuell kunnskap om emneområdet	s. 11
1.4 Kroppslig avvikende uttrykk hos spedbarn	s. 14
1.4.1 Ro og trivsel	s. 15
1.4.2 Ekstensjonsovervekt	s. 15
1.4.3 Asymmetri	s. 16
1.4.4 Passivitet	s. 16
1.4.5 Uro	s. 16
1.5 Problemstilling	s. 17
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	s. 17
2.1. Fenomenologi	s. 18
2.1.1 Kroppsfenomenologi	s. 18
2.1.2 Kroppsbilde og kropps-skjema	s. 19
2.1.3 Bevegelse og følelse – samtidighet	s. 20

2.1.4 Psykomotorisk forståelse	s. 22
2.2 Spedbarnets utvikling	s. 23
3.2.1 Spedbarnets kroppslige utvikling	s. 23
3.2.2 Spedbarnets relasjonelle utvikling	s. 25
3.0 METODE	s. 30
3.1 Valg av metode og forskningsdesign	s. 30
3.1.1 Utvalg og rekruttering	s. 30
3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet	s. 31
3.2.1 Retrospektivt intervjudesign	s. 31
3.2.2 Intervjuguide	s. 32
3.2.3 Gjennomføring av intervjuene	s. 32
3.3 Databearbeiding	s. 33
3.3.1 Transkribering	s. 33
3.3.2 Bearbeiding og avgrensning av råmaterialet	s. 34
3.3.3 Utvelgelse av vignetter og samtaleutdrag	s. 34
3.4 Analyse	s. 35
3.5 Etske betraktninger	s. 36
4.0 RESULTATER	s. 37
4.1- 4.8 Vignetter, samtaleutdrag og resultat	s. 37
4.1 Spedbarn 1: 4.1.1 Vignett	s. 37
4.1.2 Samtaleutdrag	s. 38
4.1.3 Resultat	s. 39
4.2 Spedbarn 2: 4.2.1 Vignett	s. 41

	4.2.2 Samtaleutdrag	s. 42
	4.2.3 Resultat	s. 43
4.3 Spedbarn 3:	4.3.1 Vignett	s. 46
	4.3.2 Samtaleutdrag	s. 46
	4.3.3 Resultat	s. 47
4.4 Spedbarn 4:	4.4.1 Vignett	s. 49
	4.4.2 Samtaleutdrag	s. 50
	4.4.3 Resultat	s. 50
4.5 Spedbarn 5:	4.5.1 Vignett	s. 53
	4.5.2 Samtaleutdrag	s. 54
	4.5.3 Resultat	s. 55
4.6 Spedbarn 6:	4.6.1 Vignett	s. 57
	4.6.2 Samtaleutdrag	s. 58
	4.6.3 Resultat	s. 59
4.7 Spedbarn 7	4.7.1 Vignett	s. 61
	4.7.2 Samtaleutdrag	s. 61
	4.7.3 Resultat	s. 62
5.0 DRØFTING		s. 64
5.1 Positive følelser og kroppslig stabilitet		s. 65
5.2 Kroppslig ensomhet og søken etter trygghet		s. 66
5.3 Sammenhenger mellom forståelser for spedbarns kroppslige uttrykk og psykomotorisk forståelse		s. 67

5.4 Metodediskusjon	s. 69
5.4.1 Forforståelse – prosess - resultater	s. 69
5.4.2 Studiens gyldighet	s. 70
5.4.3 Overførbarhet	s. 71
6.0 OPPSUMMERING	s. 72
7.0 LITTERATURLISTE	s. 75
Vedlegg 1: Samtykkeskjema	s. 80
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	s. 81
Vedlegg 3: Intervjuguide	s. 83
Vedlegg 4: Tilbakemelding på behandling av personopplysninger NSD	s. 85

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Oppgavens tema springer ut fra faglig interesse for spedbarns-tidens viktige innflytelse på menneskers utvikling og helse. Min grunnleggende forståelse er at spedbarn er kompetente til å uttrykke seg, at de er aktive meddeltakere i de relasjoner de inngår i og både reagerer og agerer i relasjoner. Oppgaven handler om hvordan spedbarns kroppslige uttrykk, bevegelser, mimikk, lyder og symptomer, deres «kroppsspråk» har et relasjonelt meningsinnhold.

Kroppsspråk omhandler måter vi kommuniserer budskap på ved hjelp av kroppsuttrykk. I kroppsuttrykk-begrepet forstår jeg at både øyeblikkets opplevelse og den historie en person har med seg, her et spedbarn, vil uttrykkes kroppslig (Thornquist, 2009, s. 194). Kroppslig «kunnen» omhandler å fornemme og kjenne i egen kropp i ulike situasjoner uten nødvendigvis å vite hva det er (Øvreberg, Andersen, 1997). Denne kroppsspråklige kunnskapen starter allerede å integreres i oss før vi er født (Brodèn, 2000, s.129, Hart, Schwartz, 2014). Kroppens stillinger og bevegelser er knyttet til fundamental selvfølelse og identitet. Kroppsuttrykk er flertydige og kan innebære kommunikasjon som er vanskelig å forstå (Thornquist, 1998, s. 22).

Kommunikasjon innebærer alle måter vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening. Det dreier seg om utveksling av budskap. (Thornquist, 1998, s.23). Mellom spedbarn og omsorgsgivere eller spedbarn og behandlere er det en stor ulikhet i roller, valgmuligheter og uttrykks-muligheter. Oppgaven vil utforske mulige meningsinnhold ulike kroppslige uttrykk kan ha hos spedbarn som er i en tidlig utviklingsfase og særlig avhengige av sine omsorgspersoners ivaretagelse. Hva spedbarn gjør kroppslig for å ivareta sine behov, hvordan deres ulike uttrykk blir forstått og hvordan de «svarene» spedbarn får tilbake fra sine omsorgspersoner kan påvirke utvikling, står sentralt i oppgaven.

De fleste spedbarn utvikler seg innenfor det vi oppfatter som normalutvikling, men spedbarn kan ha avvikende kroppslige uttrykk og vise mistrivsel også uten at det kan påvises rene fysisk/somatiske årsaksforhold i barnet (Mork, Amdam, 1989, s. 56). Spedbarn med asymmetrier, kroppslig uro eller ekstensjonsovervekt henvises ofte til fysioterapioppfølging.

Fysioterapeuter oppfatter det som viktig å få henvist spedbarn med avvik i den tidlige bevegelsesutviklingen for å oppdage sykdom eller skade tidligst mulig og medvirke til å forebygge at slike avvikende kroppsuttrykk gir utviklingsvansker.

I vårt samfunn er vi til tross for mange innspill på helhetlige tilnærming til helseproblemer, vant til å tenke i en todeling mellom kropp og psyke. Vi er oppdratt i en dualistisk tradisjon der vi ofte leter etter delene, eller den syke delen som vi så søker å reparere for å oppnå tilfriskning og helse. Samtidig er det utbredt enighet om at en slik oppsplitting av kropp og er faring, kropp og tenkning, kropp og person gir et forenklet bilde av virkeligheten (Thornquist, 2003, 33). Det blir sentralt å spørre seg om spedbarns kroppslige uttrykk kun er tegn på sykdom eller skade i barnet eller om avvikende uttrykk kan handle om hvordan de har det og blir møtt i nære relasjoner. I alle sammenhenger inngår kroppen i reguleringen av sosialt liv (Thornquist, 2003, s.123). Fordi vi alle er kroppslige vesener som reagerer med kropp og følelser i samhandling med andre, er det interessant å se nærmere på mulige meningsinnhold i spedbarns kroppslige uttrykk.

På ulike tidspunkter i den tidlige utviklingen vil spedbarnet ha ulike nevrologisk/motoriske muligheter for «svare» på omgivelsene de lever i (Hart, Schwartz, 2014, s. 9). Spedbarnsforskning har vist at selv nyfødte barn er aktive medspillere i de relasjoner de inngår i (Stern, 2003, Tronick, 1989, m. fl.) Spedbarnspsykologien understreker sterkt betydningen av relasjonelle forhold som grunnlag for personlighetsutvikling og psykisk helse (Hart, Schwarz, 2014, Hansen, 2012, s. 30), men beskriver i mindre grad på hvilke måter relasjonelle forhold og spedbarnets kroppslige uttrykk kan ha sammenheng.

Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er preget av et fenomenologisk perspektiv.

Fenomenologien er opptatt av at vår bevissthet alltid er rettet mot noe som har mening for den enkelte (Thornquist, 2003 s.90). En fenomenologisk forståelse understreker at vi ikke kan skille mellom det naturvitenskapelig objektive og subjektive fordi det er avhengighet og samtidighet mellom disse. I fenomenologisk tenkning er det den enkeltes «livsverden» som bestemmer hva en erfarer, og ofte er vår livsverden gitt, slik at mange erfaringer ligger i oss mennesker uten at vi vet det eller er klar over hvordan det har påvirket oss (Thornquist, 2003, s. 92). Spedbarn fungerer også i sine livsverdener med sine personlige forutsetninger, sine omsorgspersoner og sine livsforhold.

Studien undersøker spedbarns kroppslige uttrykk og relasjonelle kompetanse innenfor et livsverdensperspektiv. Både innenfor barnefysioterapi og psykomotorisk fysioterapi står dimensjoner rundt relasjoner, følelsesuttrykk og bevegelsesmønstre sentralt. Hvordan begreper og innhold innenfor spedbarns-utvikling og i psykomotorisk forståelse kan vise til hverandre vil bli vektlagt i oppgaven. Oppgaven avgrenses til å gjelde spedbarn med normale bevegelsesmessige og kognitive forutsetninger, uten kjent somatisk diagnose.

1.2 Presentasjon av faglig bakgrunn

Forståelse for og oppfølging av problemstillinger knyttet til barns helse har stått sentralt i min faglige interesse og retning for yrkespraksis. Etter grunnutdanning i fysioterapi spesialiserte jeg meg innenfor barnefysioterapi. Jeg har jobbet i mange år i kommunal fysioterapitjeneste med hovedvekt på tilbud til sped- og småbarn. Kunnskap innenfor fagområdene generell psykologi, pedagogikk, nevrologi og spedbarns utvikling har vært viktig i min utvikling. En samarbeidsform i min kommune kalt «Tverrfaglig tidlig innsats», med vekt på tidlige tiltak til spedbarn og familier har gitt dybde og breddforståelse om spedbarns vansker og relasjoners betydning for spedbarns utvikling.

Utdanning i psykomotorisk fysioterapi ble en naturlig videreutvikling. Jeg jobber nå i privat praksis med til barn, ungdom og voksne, der psykomotorisk fysioterapiforståelse står sentralt. Jeg opplever at egen kunnskapsutvikling er en viktig forutsetning for å yte god helsehjelp, og har derfor ønsket å skrive en masteroppgave rettet mot meningsinnhold i kroppslige uttrykk tidlig i livet. Dette også som grunnlag for å forstå mer om kroppslige plager og vansker hos større barn, ungdom og voksne.

1.3 Aktuell kunnskap om emneområdet

For å orientere meg innenfor valgt emneområde har jeg brukt flere tilnærminger. Det lokale biblioteket har vært svært hjelpelig med å skaffe artikler og bøker. De har også foretatt data-søk med bakgrunn i tema. Jeg har foretatt søk i databasene Bora, Oria og Munin, og brukt de retningslinjer for søk jeg har funnet på nett og fått veiledning på. Søkene har gitt mange treff på ulike kombinasjoner av søkeord som spedbarn, kropp, kroppsspråk, angst, følelse, bevegelse, mor-barn interaksjon, intersubjektivitet, asymmetri, ekstensjonsovervekt, sosial, relasjon, emosjon m.fl. Fra innhentet litteratur har jeg også lett i referanselister for å finne flere kilder av interesse for mitt undersøkelsesområde. Jeg har fått få, men relevante

treff særlig der søkeordene asymmetri, ekstensjon, og uro er brukt, men i disse treffene er det overveiende somatiske funn i barnet som er vektlagt. I søk der kombinasjoner av øvrige søkeord er brukt får jeg svært mange treff knyttet til ulike tilstander hos spedbarn og mange treff knyttet til forskning innenfor spedbarns psykologi, premature barn, depresjon hos omsorgspersoner m.m. Jeg har ikke fått treff som kvalitativt beskriver ulike kroppslige uttrykk hos spedbarn som avviker fra normalutvikling, og disse uttrykkenes mulige meningsinnhold slik jeg ønsker å belyse i min oppgave. På grunnlag av det store omfanget av spedbarns-forskning som er publisert er det sannsynlig at det finnes undersøkelser eller litteratur knyttet til temaet som jeg ikke har funnet fram til.

I masteroppgaven «Spedbarns-asymmetri, kjært barn med mange navn?» brukes begrepene asymmetri og ekstensjonsovervekt på et somatisk grunnlag. Oppgaven framhever at både ekstensjonsovervekt og asymmetri handler om kroppslige tilstander man kan se hos spedbarn, og at uro, intens gråt, kolikk og ammevansker er symptomer som knyttes til tilstandene. Både denne og andre oppgaver tar for seg årsaksforhold og følgevirkninger av kroppslig avvikende bevegelser, men går ikke inn i om relasjonelt meningsinnhold kan knyttes til slike kroppslige vansker hos spedbarn (Nordheim, 2010, Tol, 2010).

I håndbok for helsestasjoner er asymmetri en egen kategori som skal vurderes ved 6 ukers alder. Fokus er på å utelukke feilstilling i hoftelodd. Hypotoni/hypertoni er også nevnt. Asymmetrisk bevegelsesutvikling samt diagnosen Torticollis er viktig ved undersøkelse ved 3 mnd. alder (Misvær, Lagerløv, 2016). Denne kilden vektlegger også samspill og tilknytning som sentrale faktorer for god utvikling hos spedbarn. Betydningen av å respondere på gråt samt betydningen av den primære tilknytningspersonens nærvær vektlegges sterkt: «trygghet og utforskning går hånd i hånd hos små barn, noe som innebærer at et spedbarn som føler seg utrygge, vil slutte å utforske sine omgivelser og heller konsentrere seg om å søke etter den voksne han/hun savner». Det beskrives ikke hvordan utrygghet og savn kan påvirke spedbarnet kroppslig (Misvær, Lagerløv 2016, s. 247).

I boka «Fra menneskekryp til gående barn (1984)» (Schetlein, Mossige, 1997) presenteres kort ulike teorier for bevegelsesutvikling. Biomekaniske forklaringer og kognitive prosesser har sentralt fokus i boka, men den fremhever også at: «barnets tolkning av omgivelsene og forståelse for handlingene er viktig for utførelse av bevegelsene: Kunnskap om barnets

kroppssopplevelse og bevegelseserfaring er viktig for å forstå bevegelsesutvikling og mestring. Samspill og kommunikasjon med barnet spiller også inn» (Schetlein, Mossige, 1997, s. 15). Forfatterne fremmer også at: «bevegelse er følelse og følelser kan uttrykkes gjennom bevegelser, noe som går tydelig fram av uttrykk som nedbøyd, oppstemt og hoppende glad» (Schetlein, Mossige, 1997,s.48). I denne kilden er ikke avvikende bevegelsesmønstre omtalt spesielt, men det uttrykkes at slike mønstre, især hvis det innebærer både avvikende bevegelser og forsinket utvikling, trenger en grundigere undersøkelse av fysioterapeut, lege, pedagog /eller psykolog. Boka tar altså høyde for at spedbarns kroppslig avvikende uttrykk kan ha sammenheng med følelser og relasjoner.

I masteroppgaven «Viser spedbarn i risiko høyere grad av sosial tilbaketrekning enn spedbarn uten risiko?» (Sveine, 2015), understrekes sosial tilbaketrekning som en normal regulerende adferd for å balansere og regulere sanseinntrykk. Vedvarende tilbaketrekning kan være indikator på ubalansert emosjonell regulering forårsaket av faktorer hos barnet, omsorgs-personen eller i relasjonen. Tvangsmessig respons hos spedbarn som følge av mangel på fluktmulighet kan være å stivne. Andre kroppslige reaksjoner hos spedbarnet på tilbaketrekning er å snu seg bort eller bli passiv. Når slike reaksjoner danner spedbarnets reaksjonsmønstre i interaksjon med omsorgspersonen, bruker ikke spedbarnet sine medfødte sosial egenskaper til å inngå i sosial kontakt, men til avverge sosial kontakt. Jeg har også selv erfart at spedbarn i vanskelige omsorgssituasjoner har kompetanse på å «holde avstand» eller «holde seg unna», tilsynelatende for å beskytte seg selv, og at dette blir synlig i det kroppslige uttrykket. Det refereres i oppgaven til navn som D. Stern, E. Tronick og P. Crittenden.

Boka «Mor og barn i ingenmannsland»(Brodèn, 2000) har vært en personlig inspirasjon. Den omtaler spedbarns-tidens utfordringer med vekt på psykologiske perspektiver knyttet til relasjons-vansker. Forfatteren som er klinisk psykolog vektlegger mødres personlige historier og sårbarhet i vanskene som kan oppstå i tidlig utvikling hos spedbarna. Omsorgspersonens «emosjonelle motagelighet»; å kunne åpne seg for å etablere tilknytning står sentralt (Brøden, 2000, s.15). Kroppslige tegn hos spedbarnet som stivhet, overvekt av strekk, skjevhet og passivitet er kommunikasjon knyttet til vansker i møtet mellom mor og barn. Det brukes kliniske eksempler som gjør det mulig å sammenholde kroppsuttrykk hos spedbarnet med hvordan spedbarn og omsorgsgiver fungerer sammen. Forfatteren støtter seg til teoretikere som Winnicot, Bowlby og Stern. Spedbarnet framheves som aktiv medskaper av sine erfaringer samtidig som « sensitivitet hos foreldrene synes å være den

kvalitet, der har størst betydning for utviklingen av en trygg, personlig tilknytning» (Brodèn, 2000 s. 66). De kroppslige vansker hun beskriver hos spedbarn kan bli så omfattende at de kan minne om nevrologiske skader, samtidig som vi ofte bagatelliserer spedbarnets signaler om emosjonelle mangeltilstander (Brodèn, 2000, s. 129).

Seinere forskning beskriver og utdyper omsorgssituasjonens betydning for spedbarns utvikling og helse, og differensierer hvordan ulike former for svikt i tidlige relasjoner kan få konsekvenser for personlighetsutvikling, utviklingsforstyrrelser og sårbarhet for psykisk sykdom (Hansen, 2012, Hart, Schwarz, 2014). Dannelsen av indre representasjoner, mentale arbeidsmønstre konstrueres ut fra gjentatte samspillssekvenser, og er en forutsetning for personlighetsutviklingen (Hart, Schwartz, 2014, s. 73, Stern, 2003, s. 36). For å kunne inngå i et resonansfelt med omsorgspersonen må barnet kunne synkronisere seg med henne (Hart, Schwarz, 2014, s. 109). Positivt ladede emosjonelle møter er grunnleggende byggesteiner i å skape mening og sammenheng (ibid.). Intersubjektivitet dreier seg om å dele, og i dette står kropp og følelser mer sentralt enn ord (Hansen, 2012, s.35). Mennesker har helt fra begynnelsen av livet en selv-andre-identitet som muliggjør at vi på et kroppslig nivå kan overføre og forstå mening mellom subjekter (ibid.).

Spedbarns kroppslige uttrykk og disse uttrykkenes meningsinnhold står på dette grunnlag sentralt i å forstå spedbarns symptomer og behov på en helhetlig måte.

1.4 Kroppslig avvikende uttrykk hos spedbarn

Med avvikende kroppsuttrykk hos spedbarn menes kroppsuttrykk som skiller seg fra normal bevegelsesutvikling og virker forstyrrende for utvikling og samspill, uten at spedbarnet har en definert sykdom eller skade. For å oppdage avvikende kroppsuttrykk må vi ha kunnskap om og kunne kjenne igjen det vanlige eller normale i forhold til det uvanlige. Her beskrives kort noen hovedpunkter rundt normale og avvikende kroppsuttrykk hos spedbarn. Det er lagt vekt på beskrivelser i ryggeleie fordi spedbarnets og omsorgspersonen relasjon først og fremst utvikler seg ved kropps- og ansikt kontakt mot hverandre i de første månedene. Erfaringsmessig er det først når barnet har fått tak i en begynnende relasjonell og kroppslig stabilitet med utgangspunkt i slike møter at det kan trives med og mestre å være i mageleie over tid (Grøntoft, 2006).

Avvikende kroppslige uttrykk er erfaringsmessig særlig tydelige rundt 2-5 måneders alder, i det tidsrommet der det forventes en gradvis utvikling mot symmetri og stabilitet i kroppsuttrykket som helhet, og barnet enda ikke har nevrologisk modenhet til å bevege seg i rommet. Slike uttrykk sees også hos yngre spedbarn og kan følge spedbarn videre i utviklingen. Jeg beskriver først et spedbarns uttrykk for ro og trivsel ved 3-5 måneder for at forskjellene mellom de avvikende kroppsuttrykkene og et rolig/fornøyd uttrykk skal komme tydelig fram. Beskrivelsene er hentet fra ulike kilder, informantene og egen erfaring (Schetlein, Mossige, 1997, Mork, Amdam, 1989, Grøntoft, 2006).

Det er viktig å understreke at kroppslige avvik, ubehag og uro hos spedbarn kan være tegn på underliggende sykdom i barnet. Avklaring av slike forhold vil alltid være viktig. Man må både kunne undersøke del-helhet, følge røde tråder i funn og samtidig vurdere helhet og sammenheng (Thornquist, 2009). I praksis ser man at tilstander med asymmetri, ekstensjonsovervekt og uro hos spedbarn ofte ikke har en isolerbar somatisk skade- eller sykdomsårsak.

1.4.1 Ro og trivsel

Innebærer at spedbarnet er til stede og overveiende fornøyd når det er våkent. Rolig i kroppen. Har nok stabilitet og kontroll sentralt i kroppen til å slappe av i armer, bein og i pusten. Har varierte ansiktsuttrykk og søker kontakt. Direkte i blikket og smiler ofte. Sjekker omgivelsene og er lett å få kontakt med. I ryggeleie har spedbarnet balanse mellom bøy og strekk i kroppen der hele ryggen har kontakt med underlaget. Det har en avspent naturlig strekk, samtidig god kontakt med kroppens forside som gir nok stødighet til frie og varierte bevegelser i armer og bein med lett overvekt av bøy i leddene og bevegelser mot midten av kroppen. Et hovedinntrykk av symmetri og stabilitet i spedbarnet som blir tydeligere fra 3 måneders alder, og også gjør det mulig å trives korte stunder på magen.

1.4.2 Ekstensjonsovervekt

Ekstensjonsovervekt viser til en overvekt av strekk i bevegelses-mønstret. Bevegelesene går overveiende i motsatt retning av det man forventer hos et 3-5 mnd. gammelt barn. Barnet strekker kroppen bakover, holder seg aktivt ned mot underlaget med noen kroppsdeler (hode, armer, setet, hæler), og pustebevegelsen er mer overfladisk. Mange av disse spedbarna strever med vondt i magen eller luftveisinfeksjoner. Mating kan være

vanskeligere å få til. Blikket følger med i den over-strekte bevegelsesretningen, ofte bort fra kontakt med omsorgsperson. Barnet kan bruke varierende grad av kraft i strekkeretningen. Ofte kan det være et element av å ha hodet dreid mest til en side og en påfølgende skjevstilling, asymmetri i kroppen. Kroppslig uro er ofte en del av bildet. Mange av disse spedbarna mister lett kontroll og likevekt, og blir skremt ved stillingsendringer.

1.4.3 Asymmetri

Asymmetri henviser til en skjevhet i spedbarnets kropp der hodet dreies systematisk til en side og kroppen følger dette med en sideveis skjevhet. Man kan se en konveksitet på en kroppside og en konkavitet på den andre og påfølgende mangel på bøyemønster og symmetri som i forventet normalutvikling ved 3- 5 måneder. Barnet kan ha vansker med å følge ansikt eller objekt fra side til side. Spedbarnet presser noen ganger hodet aktivt mot underlaget- noe som kan kjennes ved å legge en hånd under barnets hode. Noen spedbarn har en tydelig skjev hodefasong med avflatning der hodet møter underlaget. Skjevstilling vil være synlig i mellom kroppssidene i hofte, skuldre og i nakke. Uttrykkene vil være ulike fra spedbarn til spedbarn, men samtidig ha mange av de samme grunnelementene. Disse spedbarna har vansker med å føre hendene mot munnen og oppnå blikk-kontakt i midtlinje. De oppfattes ofte å være stive i nakken med vansker med å dreie og side-bevege hodet til motsatt side.

1.4.4 Passivitet

Barnet beveger seg mindre enn forventet. Viser mindre aktiv interesse både mot personer og objekter enn forventet. De er stille i kroppen. Virker noen ganger slappe og mimikkfattige, mens det andre ganger er en mer aktivt «holdt» passivitet. Det kan være vanskelig å få i gang samhandling og aktivitet. Spedbarnet kan ha sparsom lydproduksjon og være langsom i reaksjonene. Avventende i kontakten. Bevegelsesutviklingen til spebarn med slike uttrykk vil ofte være forsinket samtidig som andre sider av utviklingen som leke-ferdigheter, lydproduksjon og turtaking også henger etter.

1.4.5 Uro

Spedbarnet har vansker med å falle til ro eller være i ro med kroppen. Det har mye bevegelser i kroppen som helhet og virker utilpass. Et høyt aktiveringsnivå er framtrædende.

Ofte mye skriking, vansker med å falle i søvn, smerter fra mage-tarm og vansker knyttet til spising. Andre tegn på ubehag eller stress kan være hikking, gulping og/eller raskt, overfladisk respirasjon.

1.5 Problem-stilling

På grunnlag av presentasjon av tema har jeg valgt følgende problemstilling:

Hva kan spedbarn fortelle med sine kroppslige uttrykk når de avviker fra forventet normalutvikling – fortellinger og forståelser

Avgrensing: Forventet normalutvikling hos spedbarna fra fødsel. Ingen kjent sykdom eller skade. Vektlegging av de kroppslige uttrykkenes mulige meningsinnhold. Ikke vektlegging av oppfølgings- eller behandlingstiltak.

2.0 Teoretisk referanseramme

Dette kapittelet utdyper vitenskapsteori og teori med særlig betydning for problemstillingen. Hermeneutisk vitenskapsteori fungerer som bakteppe for studien der forståelse for spedbarns kroppslige uttrykk er sentralt. Hermeneutikk dreier om forståelse og fortolkning, hvordan vi skal oppnå gyldige tolkninger, og kanskje særlig at man må være bevisst og forsiktig med å tolke (Thornquist, 2003, s. 139). Samtidig er forståelse og fortolkning av meningsinnhold alltid sentralt i møte med mennesker. Hermeneutikken knyttes til kroppen fordi den enkeltes kropp bærer med seg mening, er formidler budskap og bærer av spor (Thornquist, 2003, s.194). Denne utviklingen starter allerede før vi blir født, og tydeliggjøres allerede i de første levemånedene til spedbarnet.

Fenomenologisk vitenskapsteori står sentralt i forhold til det subjektive og meningsbærende i presentasjonen av spedbarns- eksempler, resultater og drøfting. Den vitenskapsteoretiske hovedvekten ligger her. Sentral teori knyttet til forståelse av kropp, kroppsuttrykk og spedbarns utvikling blir presentert.

2.1 Fenomenologi

Den fenomenologiske tradisjonen er opptatt av det subjektive og meningsbærende i menneskers liv. Mens det dominerende kroppssyn i vitenskapelig virksomhet er basert på tenkning om kroppen som et rent naturfenomen og forklares uavhengig av tid, sted og sammenheng, er den fenomenologiske kroppen en konkret og «situert» kropp, en kropp som deltar i menneskelig og meningsskapende liv (Thornquist, 2003, s. 116). Fenomenologi innebærer analyse av den kontekst eller erfaringsverden som utgjør de muliggjørende betingelser for subjektive opplevelser. Ved begrepet intersubjektivitet har fenomenologien bidratt til grunnleggende forståelse av hvordan vi kan delta eller gå inn i den andres opplevelser (Hansen, 2012). Vi vet i dag at spedbarn er aktive medspillere i relasjoner og reagerer med varierte uttrykk tilpasset tid, sted og sammenheng (Brodèn, 2000, Hansen, 2012, Hart, Schwarz, 2014). Fenomenologiens far, E. Husserl mente at «intet viser seg uten å vise seg for noen». Subjektivitet er en forutsetning for å kunne forstå, og fenomenologi handler om det som betegnes som vår «væren i verden». Fenomenologiens subjekt- og forståelsesperspektiv er derfor sentralt også for spedbarns opplevelse og uttrykk og oppgavens problemstilling.

2.1.1 Kroppsfenomenologi

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) var særlig opptatt av den kroppslige siden av forståelse, og at det er gjennom kroppslig erfaring vi forstår verden. Han forsto kroppen som senter for erfaring og uttrykk og samtidig en fysisk organisme som kunne beskrives i biologisk terminologi (Øberg, 2015, s. 246). Merleau Ponty er en av få tenkerne i vesten som tar utgangspunkt i at vår forståelse av verden er grunnet på vår kroppsforståelse i omgivelser og situasjoner. (, 1994, s. VI):

«Kroppen er bæreren av væren-i-verden, og det at besidde en kropp betyr for et levende væsen å slutte seg til et bestemt miljø, smelte sammen med særlige forehavender og uavbrudt engagere seg deri». (Merleu-Ponty 1994, s. 20).

Han fremhever hvordan vi er *involvert* i våre aktiviteter som sansende kroppslige subjekter, som forholder seg til verden før de reflekterer bevisst om den. Som kroppslig eksisterende står heller ikke spedbarnet utenfor verden men som en deltager i interaksjon med omgivelsene. Vår kroppslige eksistens innebærer et pre-refleksivt engasjement i verden,

mennesket forholder seg til det det er midt i (Thornquist, 2003, s.113). Kroppen er både sentrum for erfaring og et uttrykksfelt. Det et spedbarn erfarer og gjør blir ikke bare tanker, forestillinger og minner, men en del av dets kroppslig het (Thornquist, 2003, s. 130). Kroppen er både subjekt og objekt. Samtidig som den erfares av subjektet selv, kan den betraktes utenfra som et objekt (Øberg, s. 33). Det vi har erfart sitter ifølge Merleau-Ponty i kroppen og dette vil igjen bestemme hva kroppen registrerer og oppfatter. I dette ligger at kroppen fornemmer situasjoner først og alltid før tanken og bevisstheten. Intersubjektive, relasjonelle erfaringer blir da alltid kroppslige erfaringer. Spedbarnet kan bare møte den andre, omsorgspersonen ved konkret og kroppslig å erfare. Spedbarn og omsorgsgiver vil skape hverandre gjennom gjensidig kroppslig het (Hansen, 2012, s. 40).

Merleau-Ponty brukte uttrykket «body schema» som han forsto som en dynamisk sensorisk-motorisk fungering av kroppen i sitt miljø (Gallagher, 2001, s. 148). Kroppen består av to lag: «the habitual body» og «the present body» (Thornquist, 2003, s 130). En vanemessig kropp som har fortiden iboende og den kroppen vi har her og nå. Han mente at «body-schema» ble gradvis utviklet med erfaring gjennom barndommen. Senere har spedbarnsforskning vist at vi utvikler indre automatiske kropps-skjemaer fra fødsel og kanskje enda tidligere. Hvordan våre indre skjemaer blir, vil ha sammenheng med våre opplevelser i relasjoner. Merleau-Ponty forstår ikke kroppslige uttrykk bare som noe «ytre», men uttrykket og det uttrykte kan vanskelig skilles. Han presiserer at det er samtidighet mellom å bevege seg og følelsene bevegelsen uttrykker (Thornquist, 2003, s. 128). Dette er viktig i forhold til at også spedbarn uttrykker noe med sitt kroppsuttrykk. Det kroppslige uttrykket involverer følelser. Omsorgspersoner forholder seg vanligvis helt intuitivt til dette. De tillegger spedbarnas bevegelser intensjon og følelse, og det synes viktig at fagpersoner i helsetjenestene også har dette perspektivet med seg i møter med spedbarn og familier.

2.1.2 Kroppsbilde og kropps-skjema

Fenomenologer med arv tilbake til Edmund Husserl understreker at kroppen ikke kan utelates i den menneskelige subjektivitet. Merleau-Ponty var opptatt av utvikling av kroppsskjema og automatiske mønstre, men tenkte at kroppsskjemaet utviklet seg over tid på grunn av spedbarnets umodne nevrologiske utvikling, ble modnet litt etter litt og gradvis integrert (Gallagher, 2001,s. 155).

Shaun Gallagher (Gallagher, 2001) tar kroppsfenomenologien videre, og understreker at det er viktig å ha et klart skille mellom «body image» og «body schema». Kroppsbilde handler om intensjonell bevissthet som består av et system av persepsjoner, holdninger, og forståelser knyttet til egen kropp. Kropps-skjema, derimot, er et førbevisst og automatisk system av prosesser som hele tiden regulerer holdning og bevegelse for å fremme bevisst aktivitet; et system av sensorisk-motoriske kapasiteter og virkeligheter som fungerer uten behov for perseptuell observering eller bevissthet om kroppen. Dette inkluderer bevegelseskontroll-kapasiteter og vaner som både fremmer og hemmer bevegelse (Gallagher, 2001, Gallagher 2005, Øberg 2015).

Vi vet i dag som følge av spedbarns-forskning at kropps-skjemaer som inkluderer ulike gester og kropps-bevegelser allerede er utviklet og tas i bruk av spedbarnet ved fødsel (Gallagher, 2001, s. 158). Selv om kropps-skjemaene ved fødsel er umodne og primitive er de godt nok utviklet til å gjøre spedbarnet i stand til å bevege kroppen sin på hensiktsmessig måte i forhold til miljømessige stimuli (Gallagher, 2001, s.157). Spedbarnets evne til å imitere andre og til å justere sine bevegelser indikerer at det registrerer en forskjell mellom sine egne gester og bevegelser og andres svært tidlig. Dette igjen tyder på at en følelse av «selv» starter mer som en kroppslig sansning enn en kognitiv eller psykologisk forståelse. Syn, blikk-kontakt og proprioepsjon er viktige elementer i dette bildet. Fra tidlig spedbarnsalder kommuniserer spedbarnet visuell erfaring av den andre personen med koder som er koblet til «kropps-selvet». Det spedbarnet ser av den andres (omsorgspersonens) kroppslige adferd er reflektert og levd ut som egne motoriske muligheter. Det er altså helt fra starten av livet en selvorganiserende samhandling mellom visuell persepsjon og proprioepsjon i barnet, mellom sensoriske og motoriske systemer og mellom barnet og den andre (Gallagher, 2001, s. 159).

2.1.3 Bevegelse og følelse - samtidighet

Filosofen Maxine Sheets-Johnstone mener at det må være noe forut for kropp og verden, noe som allerede er der, og som kan sies å være et fundament for den fenomenale kropp (Øberg, 2008, s. 35). Hun vektlegger at det er som bevegende menneske det nyfødte spedbarnet møter verden, og tilskriver allerede eksisterende bevegelse å gå forut for kropp og væren. Den nyfødte erfarer sin egen kropp gjennom bevegelse, den første bevissthet er en taktil-kinestetisk bevissthet. Spedbarnet lærer og erfarer sammenhengen mellom

bevegelse og virkning på gjenstander og personer og får en stadig mer innholdsrik kinestetisk bevissthet. Parallelt utvikles barnets gryende intensjonalitet (Øberg 2008, s. 36).

Maxine Sheets-Johnstone presiserer at: «alt som er bevegelig er følelsesbetont, eller potensielt følelsesbetont, og alt som er følelsesbetont er bevegelig eller potensielt bevegelig» (Sheets-Johnstone, 1999b, s. 259). Hovedpoenget er at å uttrykke følelser er et bevegelsesfenomen, at basis for affekt er neuromuskulær sekvens. Neuromuskulær spenning er emosjonelt ladet, og enhver forandring i affekt krever endring i postural «set» eller muskelspenning. Emosjoner er ikke identiske med å sparke, omfavne eller løpe vekk, men er fra begynnelsen via postural «set»/holdning, den motivasjonelle, affektive kilden til bevegelsesuttrykk. Det å holde seg stille eller løpe unna er følelses uttrykk (ibid). Alle emosjoner løses opp i ekstensjons(strekk) eller kontraksjons(bøye) bevegelser, bevegelser som går enten mot (towards/against) eller vekk fra (away) en person, inkludert den personen som er en selv. Bevegelsen behøver ikke å komme fysisk til uttrykk som bevegelse, men vil da innebære en økt muskelspenning i personen. Sheets-Johnstone refererer her De Rivera: «we are moved to move toward or against or away, we are moved basically to extend or to contract ourselves» (Sheets-Johnstone, 1999b, s. 264). Følelser er primære motivatorer for menneskelig adferd. Vi blir følelsesmessig beveget til å bevege oss. Intens frykt er den farligste av alle følelseskvaliteter man kan oppleve, og de medfødte tegn som kan fremme frykt er: å være alene, fremmed-het, høyder, plutselig tilnærmelse av annen person, plutselig endring i stimuli og smerte (Sheets-Johnstone, 1999b, s.271).

Sheets- Johnstone understreker at en bevegelsesutelatende forståelse av emosjon¹ er en utarmet forståelse av begrepet. Affekter er primære måter å utveksle informasjon på. Gjennom hele livet kommuniserer vi affekter først og fremst gjennom ikke-språklig adferd som ansiktsuttrykk, blikk-retning, stemmeleie, kroppsbevegelse og tidsmessig plassering av en respons (Røed Hansen, 2012, s. 65). I forhold til spedbarn og deres normale og avvikende bevegelsesuttrykk er disse teoretiske bidragene svært relevante for å kunne tenke rundt og forstå hva spedbarn forsøker å uttrykke kroppslig med bevegelsesformer som ekstensjons-overvekt, asymmetri og uro.

¹ Definisjoner på forskjeller mellom begrepene emosjon, affekt og følelse er ikke gitt i kilden.

2.1.4 Psykomotorisk forståelse

Det er en utbredt erkjennelse at følelser uttrykkes kroppslig (Thornquist, 1998, s.145). Muskulær og emosjonell kontroll er viktige menneskelige beskyttelses-mekanismer, men kan også bremse opplevelse, utvikling og læring (Thornquist, 1998, s.145). I psykomotorisk fysioterapi erkjennes at vi regulerer og bremser følelsene våre med kroppen og med respirasjonen. Muskulære spenninger og bremsing av pust og bevegelse er ledd i vårt emosjonelle og sosiale forsvar, i overlevelse, i tilpasning til omgivelsene og til egne og andres forventninger (Thornquist, 1998, s.145). Slik vil det også være for spedbarn. Ved å bremse pusten og bevegelsene kjenner vi mindre og holder opplevelser og følelser unna bevisstheten (ibid.). Et hvert menneskes respirasjonsuttrykk, muskelspenninger og følelser varierer sammen med opplevelser og relasjonelle erfaringer i fortid og nåtid. Muskelspenningene binder emosjonene, «lagrer dem», og blir en del av personens forsvarsholdning og middel til å bevare kontroll.(Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, et al 1995, s. 19). Dette er sentralt også i forståelse av spedbarns kroppsuttrykk.

Kroppen betraktes i psykomotorisk tradisjon som en funksjonell enhet der omstilling av kroppslige balanseforhold må omfatte både delene og helheten. Det dynamiske vekselspillet internt i kroppen og mellom kropp og følelser står sentralt, og hele kroppsholdningen og kroppsuttrykket tas med i vurdering og behandling. Respirasjonen tillegges spesielt stor betydning i forståelse av uttrykk for og regulering av følelser (Thornquist, E. 2006). I den psykomotoriske undersøkelse ser en etter symmetri, bevegelighet, stabilitet, kroppslig kontakt og balanseforhold både lokalt og i kroppens uttrykk som helhet. Psykomotorisk forståelse vektlegger å fremme endring mot fleksibel og balansert kroppsbruk ved forsiktige endringspåvirkninger i ulike stillinger og i ulike samhandlingssituasjoner (Thornquist, 2005, s. 40). Det erkjennes at samhandlingen ledes og rammes inn av terapeuten samtidig som endringsmuligheter mot mer kroppslig og følelsesmessig kontakt og bevegelighet er avhengig av det samspillet som oppstår i relasjonen (Øvreberg, Andersen, 2002). Forståelsen for ansvarsforhold er ikke ulik mor-spedbarn relasjonen der den voksne må ta ansvar for å støtte og styrke barnets utvikling, samtidig som spedbarnet har høy kompetanse på egne behov.

Psykomotorisk kroppsførståelse og behandlingstilnærming er mest brukt i tilnærming til voksne, men har også fått fotfeste innenfor oppfølging av barn og ungdom (Monsen, 1989,

Meisingseth, 1997, Øvreberg i Ianssen, Øvreberg, Andersen, et al., 1997, s.149). I forhold til små barn og spedbarn har tenkningen vært mindre brukt. Spedbarn er aktive deltagere i relasjoner og har som mennesker generelt respirasjons-uttrykk, spenningsmønstre og følelsesuttrykk som reflekterer hvordan de har det og opplever situasjoner. Dette vet foreldre som intuitivt modifierer sin adferd til spedbarnet som kompetente kommunikasjons-deltagere, et helt individ med sin unike måte å oppleve verden på (Tronick, 1989, s. 115, Brodèn, 2000, s. 174). Den psykomotoriske tenkningen framhever at kunnskap om muskelspenning, respirasjon, kroppsholdning og bevegelsesfunksjon varierer sammen med følelsesuttrykk og livserfaringer. Selv om man må tilpasse tenkningen til tidlig nevrologisk modning og bevegelsesrepertoar, oppleves psykomotorisk forståelse som sentral kunnskapskilde også for spedbarns kroppslig het. Psykomotorisk forståelse vil bli integrert i analyse og diskusjonsdel av oppgaven.

2.2 Spedbarnets utvikling

Med en fenomenologisk innfallsvinkel er spedbarnets bevegelsesutvikling ikke noe annet ved siden av dets relasjonelle og psykologiske utvikling, men representerer et samtidig uttrykk for eller del av en helhet i dets møte med verden. Spedbarnets bevegelsesutvikling får likevel et eget avsnitt med beskrivelse av det normale bevegelsesuttrykket i de første levemånedene der en intersubjektiv livsverden gir mulighet for gode utviklingsforhold. Hvis vi skal forstå eller kunne tenke rundt kroppslige uttrykk som er mindre vanlige eller avvikende er det nødvendig med en referanseramme. Normal bevegelses-utvikling er en slik referanseramme som helsepersonell manøvrerer sine vurderinger og tiltak i forhold til.

2.2.1 Spedbarnets kroppslige utvikling

Det nyfødte barnet har lite viljestyrt kontroll over kroppen. Barnet kan ikke holde balansen selv, og normal utvikling er avhengig av at det blir holdt av en trygg, forutsigbar voksen person som kan gi det fysisk støtte og beskyttelse (Grøntoft, 2006, s. 52). Som nyfødt ligger barnet asymmetrisk og ustabil i ryggleie. Det asymmetriske uttrykket er varierende med hvilken vei barnet snur hodet. Bevegelsene er massebevegelser der hele kroppen deltar. Ved plutselig skarpt lys, lyd eller brå bevegelser slår barnet ut med armene, strekker fingrene, og begynner kanskje å skrike. Det er overvekt av strekk i bevegelsene. Lagt på magen vil det være overvekt av bøy i alle ledd. Barnet har tyngdepunkt på brystbenet og hodet til siden,

det kan snu hodet sitt etter behov. Bevegelsene blir gradvis mer viljestyrte. Kroppsdelene kan bevege seg mer uavhengig av hodets stilling (Mork, Amdam, 1989, s.90). Gradvis, i takt med den sosiale utviklingen blir blikk-kontakten mer langvarig og barnet forholder seg til omverden i stadig lengre tids-sekvenser. Hodet holdes mer i midtstilling der det er lettest å kommunisere med omsorgspersonen, og barnet får etter hvert hendene mot munnen. Bein og armer beveger seg mer symmetrisk mot midten av kroppen. Barnet er samhandlende og kontaktsøkende. Barnet trenger mye fysisk og emosjonell støtte og hjelp til å holde seg samlet og utvikle seg i denne tidlige perioden. Det er i slik kroppslig understøttet stilling med overvekt av bøy i kroppen at barnet har mulighet til å være sosial og bruke blikket sitt mot omsorgspersonene. Gradvis vil økende symmetri og stabilitet i barnet selv gi det større evne til kjenne kontakt og kontroll og tåle mer variasjon i omsorg og samhandling (Grøntoft, 2006). Et barn på tre måneder har god kontakt med verden rundt seg, men trenger fortsatt mye støtte. Ved 4-5 måneders alder har et barn i god kroppslig og sosial utvikling godt etablert stabilitet og symmetri i kroppen, kan bruke hendene mot omsorgsperson og mot gjenstander og holde fast, og det har god kontakt med forsiden av kroppen i ryggeleie. I mageleie kan det ligge uanstrengt og stødig med støtte på albuene og snu hodet fritt fra side til side. Blikket er stabilt og granskende, og det kan gi langvarig blikk-kontakt. Evnen til samspill og dialog som er der begynnende fra fødsel er videreutviklet til lange samtaler i ulike utgangsstillinger og sammenhenger.

I disse første månedene er barnet preget av umodenhet på flere utviklingsområder. Det skal gradvis bli forstått og få hjelp til regulering av våkenhet, fødeinntak, aktivitet og samvær. Det er et stort arbeid som skal på plass. Spedbarns-forskere mener at perioden fra 2-7 måneder, er den mest gjennomgripende sosiale perioden i livet. Ved tre måneders alder kan et spedbarn opprettholde en noenlunde konstant indre tilstand, som gjør det i stand til å være oppmerksomt og reagere ovenfor omgivelsene i opptil 15 minutter av gangen (Hart, Schwartz, 2014 s. 120). Dette er også spedbarnets periode av kroppslig og motorisk ro, symmetri og stabilitet. Det kroppslige fokuset er interaksjon med omsorgsperson mer enn bevegelse i rommet eller mot objekter. Fra 5-7 måneders alder begynner spedbarn gradvis å bli mer motorisk aktive ved rulling og etterhvert åling og krabbing. Avstand til omsorgsperson varierer mer og interesse for å dele oppmerksomhet om gjenstander og opplevelser kommer i fokus. Spedbarnet bruker det kroppslige og psykiske grunnlaget inn i nye bevegelsesmessige og relasjonelle samværsformer.

2.2.2 Spedbarnets relasjonelle utvikling

Mennesket er biologisk disponert for å etablere følelsesmessig tilknytning (Hart, Schwarz, 2014, s.9). Tilknytningen skaper psykologiske bånd mellom barnet og den primære omsorgspersonen og avfører indre arbeidsmodeller i barnets bevissthet; arbeidsmodeller av barnet selv, av viktige nærstående personer og av samspillet mellom dem. Mønstrene blir lagret i hjernens hukommelsesnettverk og strukturerer spedbarnets framtidige møter med omverdenen. Utvikling foregår derfor i en relasjonell kontekst (Hart, Schwarz, 2014, s. 10).

Donald W. Winnicott (1896-1971) understreker at det finnes et grunnleggende menneskelig behov for å være forbundet med eller relatere til andre, og at utviklingen bæres av et potensial hos spedbarnet som modnes når omgivelsene er gunstige, noe han betegner som en «faciliterende omverden», der en god nok morfunksjon eller støttende omsorg er sentrale begreper. (Hart, Schwarz, 2014, s. 20,21). Winnicott er opptatt av den «den primære moderlige opptattheten», en egen sensitivitet ovenfor barnet, som gir henne særlige evner til å fornemme barnet, bidra med hva det trenger og forfølge dets befinnende fra øyeblikk til øyeblikk. Han skiller mellom «holdning» og «håndtering». Morens «holding» støtter barnets ikke-integrerte jeg, beskytter mot for sterke stimuli utenfra, drar omsorg for dets spesielle behov og tar hensyn til dets følsomhet slik at verden oppleves vennlig og tillitsvekkende. Håndtering viser til den fysiske støtten av barnet som støtter spedbarnets fornemmelse av kroppen sin og gir det en opplevelse av å være virkelig; «bo i sin egen kropp». Ved en forstyrret håndtering mener han at psyken utvikler en eksistens som bare er løst knyttet til kroppen og de kroppslige opplevelsene, og dermed registreres ikke fysiske opplevelser psykisk (Hart, Schwarz, 2014, s. 47). Et annet sentralt begrep er «det nølende øyeblikket». Realisering av barnets kreativitet er avhengig av at moren er til stede og venter på dets initiativ. Utvikling finner sted i det potensielle rommet som ligger mellom moren og spedbarnet, hvor barnet rammes inn av morens adferd, og gir det plass til å være kreativt tilstede (Hart, Schwarz, 2014, s. 48). Mor og barn forutsetter hverandre. Grunnlaget for et potensielt rom mellom moren og spedbarnet er at omgivelsene er pålitelige, stabile og speilende og slik at spedbarnet får tid til å fornemme seg selv (Hart, Schwarz, 2014, s. 13). Winnicott fremmer sterkt at en forutsetning for å utvikle seg er at spedbarnet internaliserer opplevelsen av å ha blitt sett, og at det ser seg speilet i morens ansiktsuttrykk. Hvis omsorgspersonen har vansker med å se på barnet og besvare dets uttrykk, vil det kunne føre

til at spedbarnet ikke ser seg selv, men moren, og blir forstyrret i selvutviklingen. Winnicot er også opptatt av hva som skaper feilutvikling og utvikling av det «falske selvet». Hvis omsorgspersonen i stor grad ikke tilpasser seg barnet, er det personlighetens skall snarere enn kjerne som utvikler seg, og spedbarnet vil miste spontanitet og selvfornekkelse. Det vil utvikle ferdighet på å avlese omverdenens signaler og orientere seg etter dem. Utvikling av et «falsk selv» er bilde på en utvikling som har gått av sporet fordi barnet mister initiativet i møtet med verden. Hvis spedbarnet opplever god nok holding og tilretteleggelse vil det utvikle sin «primære kreativitet». Spedbarnets væren, spontanitet og initiativer oppleves å komme innenfra spedbarnets egen kroppslig het, egne rytmer og indre tilstander (Binder, 2002, s. 181).

John Bowlbys tilknytningsteori er en annen viktig inspirasjon til forståelse av spedbarns uttrykk i relasjoner. Hans forstår spedbarnets utvikling som dets medfødte tilbøyelighet til å knytte nære bånd til personer som kan yte beskyttelse. Adskillelse fra tilknytningspersonen framkaller angst og tilknytningsadferd. Tilknytningsadferd organiseres og utvikles fra spedbarns-tiden av, i samspill mellom morens omsorgssystem og barnets tilknytningssystem. Det dannes indre arbeidsmodeller. En indre arbeidsmodell i spedbarnet blir styrende for dets forståelse av og reaksjon på de innspill som kommer utenfra. Arbeidsmodellen er ubevisst på samme måte som motoriske eller andre automatiserte ferdigheter og fungerer som den selvfølgelige måten verden organiseres på (Hart, Schwarz, 2014,s.73). Tidligere erfaringer er særlig viktige fordi de generaliseres og overføres til andre personer, som oppfattes med utgangspunkt i barnets arbeidsmodell (Hart, Schwarz, 2014, s. 73). Bowlby beskriver ulike tilknytningsmønstre mellom barn og omsorgsperson som seinere er bekreftet av forskere som M. Ainsworth og P. Fonagy. Trygg tilknytning mellom mor og spedbarn er kjennetegnet ved at moren holder øye med hvordan barnet har det, registrerer barnets signaler og besvarer dem, og lar barnet få tid til å handle før hun selv griper inn. Mødre til spedbarn som utvikler utrygg tilknytning legger bare sporadisk merke til barnet, oppfanger bare delvis barnets signaler og er tilbøyelige til å reagere for seint eller ute av føling med spedbarnet. Tilknytningsmønstret blir som indre arbeidsmodell i økende grad en egenskap ved barnet selv (Hart, Schwarz, 2014, s. 81,82).

Bowlby skiller mellom tilknytning og tilknytningsadferd. Tilknytning representerer et adferds-system, det vil si en sterk disposisjon i spedbarnet som setter det i stand til å komme

nær og være i forbindelse med den personen tilknytningen er rettet mot, og som evner å gi barnet sikkerhet i utforskning av verden. Tilknytningsadferd er selve adferden som hjelper spedbarnet å skape og opprettholde nærhet til omsorgspersonen, for eksempel smil, gråt, og senere for eksempel krabbing bort til eller bort fra omsorgspersonen (Hart, Schwarz, 2014, s. 69). Tilknytningsadferden er mest iøynefallende i situasjoner hvor spedbarnet er trett, sultent, sykt eller på annen måte belastet av indre press, hvis moren ikke er tilgjengelig eller barnet av annen grunn er redd for noe. Det som grunnleggende kan bringe tilknytningsadferden til avslutning er at tilknytningspersonen blir tilgjengelig (Hart, Schwarz, 2014, s. 69).

Daniel Stern har stått sentralt i teoriutvikling om spedbarnets utvikling og kapasitet siden 1970-tallet. Med ham begynte spedbarnsforskningen å undersøke observerbare fenomener. Videoteknologien som metode viste at spedbarn og mødre har synkroniserte adferdsmønstre, noe man tidligere ikke hadde vært oppmerksom på (Hart, Schwarz, 2014, s. 102). Ny kunnskap kom fram ved å rette systematisk oppmerksomhet mot hva spedbarn faktisk kan og stille forskningsspørsmål ut fra dette. Stern forsøker å integrere de to perspektivene; det kliniske spedbarnet og det observerte spedbarnet, i det han kaller «det subjektivt opplevende spedbarnet» (Stern, 2003, s. 14). Han definerer selvet som barnets totale organisering av sine erfaringer, både perseptuelle, affektive, adferdsmessige, symbolske og narrative, og overskrider dermed skillet som ofte gjøres mellom handling, følelser og tenkning (Stern, 2003 s. 15). Barnets utvikling av selvopplevelse, hvordan det forstår seg selv og andre, kommer i Sterns teori til syne gjennom fire selvopplevelsesdomener som utvikles suksessivt fra barnet er nyfødt. Disse fire områdene; det gryende selvet, kjerneselvet, det subjektive selvet og det verbale selvet er resultat av både cerebral reorganisering og erfaring, og fortsetter å eksistere og videreutvikles gjennom livet.

Det først organiseringen, det gryende selvet, dreier seg om kroppens sammenheng, handlinger og indre følelsestilstander. Mye av den sosiale interaksjonen er rettet mot å støtte spedbarnets fysiologiske regulering i de første månedene. Samspillet handler om omsorgspersonens evne til å avlese spedbarnet signaler og regulere dets oppmerksomhets- og aktivitetsnivå. Spedbarnets selvfornekkelse i denne perioden har kroppen som referansepunkt. Spedbarnets kroppsfornekkelse spesifiserer ved hjelp av omsorgspersonen at det er spedbarnet som har en opplevelse her og nå. Spedbarnet oppfatter sansekvaliteter

som intensitet og tidsmessige mønstre, og synsinntrykkene er dominerende. Gjentakelser av ytringer, ansiktsuttrykk og bevegelser sammen med omsorgspersonen gir spedbarnet stadig fler kategorier av menneskelige adferds uttrykk (Hart, Swartz, 2014, s. 118). Spedbarnet utvikler gradvis en indre kjerne og et selv som opplever verden (ibid.).

I kjerneselv perioden fra 2-3 måneder beskrives spedbarnet som et fysisk selv hvor mening og sammenheng er knyttet til kroppslig adferd og erfaring. Fornemmelsen av et kjerneselv er å være en sammenhengende, viljes-betont fysisk enhet med spesifikt følelsesliv og historie. Barnet kan på dette alderstrinnet skille mellom handlinger forårsaket av andre og handlinger det selv initierer, og barnet er svært sosialt, kanskje mer enn noen gang senere i livet (Stern, 2003 s. 17). Det sosiale samspillet er preget av ansikt til ansikt kontakt og gjensidig regulering rundt oppmerksomhet, initiativ og følelser. Ved at spedbarnet får respekt for små pauser der det velger å se vekk, får det en følelse av å kunne påvirke omgivelsene og omsorgspersonen. Barnet får også erfaring med at egen følelsetone kan være forskjellig, det viser mer følelsesmessig repertoar og også mer stabilitet. Fordi det får hjelp med reguleringen varer den positive følelsen lenger. Disse erfaringene av selv i interaksjon med annen danner grunnlaget for indre representasjoner og hukommelsesstrukturer. Slike generaliserte erfaringer kaller Stern for RIG`s: «representation of interaction episodes generalised».

Spedbarnet har et optimalt spenningsnivå som føles behagelig. Hvis dette nivået overskrides blir opplevelser ubehagelige og under et visst nivå blir opplevelser uinteressante. Spedbarnet regulerer også spenningsnivået sitt ved å unngå blikk-kontakt og avbryte stimulering på for høyt spenningsnivå, samtidig som det benytter blikk og ansiktsadferd til å oppsøke og invitere til ny stimulering på høyere nivå. Gjennom denne gjensidige reguleringen får spedbarnet erfaring med regulering av stimulerings- og spenningsnivået sitt og utvikler en tidlig evne til selvmestring (Hart, Schwartz, 2014, s. 122). Stern m.fl. mener at spedbarn fra livets begynnelse har kapasitet til å forbinde seg med andres subjektivitet og oppfatte dem som subjekter med et eget sentrum. Spedbarnet skaper indre representasjoner av mennesker ved å imitere dem. Mye tyder også på at spedbarn kan fortolke intensjoner, det vil si målrettet, motivert adferd hos mennesker på en intuitiv og primitiv måte (ibid.).

Møteøyeblikk er et viktig begrep hos Stern. Den tidlige reguleringen de første leveukene og månedene av spedbarnets aktiviteter som søvn, mat, lek og stell gir gjentakelser for hvordan

øyeblikk i livet med en annen person kan være. I interaksjonen mellom omsorgsperson og spedbarn skaper denne gjentakelsen av aktiviteter et repertoar av «nåværende øyeblikk»; interaksjon på 3-4 sekunder hvor en adferds innhold og mål blir mikro-regulert og justert. Et nå-øyeblikk kan omformes til et møte-øyeblikk hvis omsorgspersonen reagerer autentisk på det. Umiddelbart etter slike møteøyeblikk oppstår et «rom» der spedbarnet kan være alene i omsorgspersonens nærvær og interaksjonen mellom dem endres og utvikles. Det er en unik mulighet der den intersubjektive relasjonen utvikler seg (Hart, Schwartz, s. 108).

Spedbarnets evne til å gå inn i den synkroniteten som skaper nåværende øyeblikk, nå-øyeblikk og møteøyeblikk er medfødt (ibid.).

Gjennom den intersubjektive orienteringen utvikles selvidentitet og selvsammenheng, og evne til å være alene. Barnet har behov for å bli sett gjennom en annens øyne (speiling) for at psyken skal kunne formes og holdes sammen. Fornemmelsen av intersubjektivitet i Sterns forståelse handler om at spedbarn og omsorgspersonen kan ha felles oppmerksomhet mot noe utenfor dem selv, og at de er i hverandres oppmerksomhet bevisst. Barnet kan da tillegge omsorgspersonen hensikter og motiver. De oppdager sitt eget og andres sinn og kan gjøre andre delaktige i sine indre subjektive opplevelser. Den interpersonlige interaksjonen flyttes gradvis fra de ytre handlingene og reaksjonene til indre subjektive tilstander som ligger bak den ytre adferden (Hart, Schwarz, 2014, s. 142). Barnet kan tillegge andre motiver og forstå dem, samt tillegge andre følelser og fornemme om de stemmer overens med spedbarnets egne følelser (ibid.). Egentlig intimitet krever intersubjektivitet.

Stern omtaler også begreper som overstimulering, understimulering og paradoksal stimulering. Hvis spedbarnet ikke blir respektert for å trenge en pause når det vender blikket bort blir det fratatt en av sine viktigste selvregulerende muligheter. Spedbarn kan tilpasse seg «et feilregulert system» ved å få et glass-aktiv blick og stirre tvers gjennom eller ved siden av omsorgspersonens ansikt. Dette kan være en tidlig form for dissosiering (Hart, Schwarz, 2014, s. 145). Hvis omsorgspersonen er dempet og uttrykksløs i sin respons til barnet, vil dette kunne medføre at barnets livlighet avtar, kroppsholdningen blir slapp og det blir mindre positiv affekt. Avvik i spedbarnsalderen handler først og fremst om avvik i samspillet og relasjonen til omsorgsgivere, og det er sentralt å identifisere karakteristiske mønstre og variasjon i mønstre over tid, fordi de kan ha klinisk relevans for senere

fungering. Sunn utvikling forutsetter at omsorgspersonen justerer seg i forhold til spedbarnets gryende og økende kompetanser (Hart, Schwarz, 2014, s. 105, 142).

3.0 Metode

Masterprosjektet er fundert i prosjektskisse godkjent ved universitetet i Tromsø våren 2015 og av Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) datert 02.10.15. Utgangspunkt for valg av metode var å bringe fram eksempler på oppfølgingssaker med spedbarn og omsorgspersoner der spedbarnet hadde et avvikende kroppslig uttrykk og dernest utforske mulige måter å forstå disse uttrykkene på. Studien innebærer altså fordypning i eget arbeidsfelt. Den handler om å knytte empiri og teori sammen. Arbeidet kan betraktes som et feltarbeid i egen kultur der formålet er å utvide og utdype grunnlaget for gyldig kunnskap innenfor et fagområde.

3.1 Valg av metode og forskningsdesign

En kvalitativ tilnærming ble valg til å undersøke problemstillingen. Målet var å finne ut mer om avvikende kroppslige uttrykk hos spedbarn har fellesnevner som er gjenkjennbare for fagpersoner, hvordan de kan forstås og hvordan slike uttrykk kan knyttes opp mot teori. Kvalitative metoder er godt egnet der kunnskapsgrunnlaget er lite og formålet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener (Malterud, 2008, s.31). Forskningsdesign i studien har vært semi-strukturerte dybdeintervjuer av spesialister i barnefysioterapi. Når man ønsker å få vite noe man ikke vet fra før eller bidra til nye forståelser er dette en egnet innfallsvinkel (ibid., s. 129).

3.1.1 Utvalg og rekrutering

Kriterier for å være informant var å ha egenskaper og erfaringer som var relevante for å belyse problemstillingen (Tjora, 2010, s. 105). I studien var a) å være godkjent spesialist i barnefysioterapi og b) å jobbe med spedbarn og omsorgspersoner i sin daglige virksomhet slike kriterier. Antagelsen var at fysioterapeuter med variert erfaring fra fysioterapiutøvelse til spedbarn og familier har både erfaringsgrunnlag og evne til å verbalisere og undre seg rundt sine erfaringer fra praksis (Tjora, 2010, s. 105). Informantene ble strategisk valgt ved

å kontakte tjenestelederne i kommunal fysioterapi-tjeneste i ulike større byer der det var sannsynlig at tjenestene hadde fysioterapeuter med spesialistkompetanse. Tjenestelederne ble skriftlig informert gjennom tilsendt informasjonsskriv (vedlegg). De tre første fysioterapeutene som tok kontakt tilbake oppfylte kriteriene og ble prosjektets informanter. Informantene fikk skriftlige informasjonsskriv som sine tjenesteledere, og ble i tillegg informert muntlig pr. telefon. De ga skriftlig samtykke til deltagelse i prosjektet, der de også ble gjort oppmerksomme på sine rettigheter angående mulighet for å trekke seg. To av intervjuene foregikk på fysioterapeutenes arbeidsplasser i respektive byer, mens et intervju ble foretatt på min arbeidsplass etter ønske fra informanten. Informantene, tre kvinner, var ukjente for meg på forhånd. Utvalgets størrelse ble forsøkt tilpasset problemstillingen og studiens størrelse og tidsramme (Malterud, 2008, s. 59). Antall deltagere som behøves for å besvare et forskningsspørsmål avhenger av kompleksiteten i problemstillingen, hvor dekkende utvalget er og hvor godt intervjuene fungerer som kilde til kunnskapsutvikling (Malterud, 2008).

3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Intervju som metode kan betraktes som et håndverk (Kvåle, 2015, s. 19). Intervjuerens faglige dyktighet i dette håndverket vil avgjøre hvilke data man får fram (Malterud, 2008, s.131). Et mål var at intervjuet skulle utgjøre en konstruktiv erfaring, ikke bare for meg som forsker, men også for informanten

3.2.1 Retrospektivt design

Informantene ble bedt om å tenke tilbake på spedbarn og familier som de hadde møtt i sin praksis der avvikende kroppsuttrykk hos spedbarnet var sentral problemstilling. Jeg forsøkte å skape en trygg ramme for en samtale der informantens erfaringer førte an, og legge til rette for undring og utvidelse av forståelse knyttet til spedbarnets kroppslige uttrykk. Målet var å åpne for kunnskap som var forankret i informantens livsverden (Malterud, 2008, s. 130). Når kliniske saker tilbake i tid skal belyses kan det være fare for at viktige detaljer har gått tapt. Samtidig gir innfallsvinkelen mulighet for å løfte blikket og se erfaringer og forståelser i nytt lys.

3.2.2 Intervjuguide

Det semi-strukturerte intervjuet innebærer en halvfast struktur som bærer preg av samtale. Intervjuene hadde en naturlig inndeling i tre faser med oppvarmings-spørsmål, dybdedel med vekt på pasienthistorier om spedbarn fra praksis og til slutt avrundings-spørsmål og generell avslutningssamtale (Tjora, 2010, s. 112). Det ble utarbeidet en intervju-guide (vedlegg), til støtte for framdrift i intervjuene. Denne intervju-guiden hadde en tredeling med spørsmål angående spedbarnet, spørsmål angående mor-barn relasjonen og spørsmål angående fysioterapeutens forståelse og tilnæringsmåte til vanskene. Den var ment som en veileder jeg kunne vende tilbake til for å holde struktur i intervjusituasjonen og hvis framdrift stoppet opp. Den hadde ikke konkrete spørsmålsformuleringer (Tjora 2010, s. 135). Intervjuguiden ble brukt mest i egen forberedelse til intervjuene og mindre underveis i samtalene. Det var planlagt et prøveintervju for å teste ut intervjuguiden, men dette ble avlyst fordi det første intervjuet ble plassert før dato for prøveintervju.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt over en tidsperiode på 1 ½ måned. Avsatt tid til hvert intervju var ca. 90 minutter. Jeg fikk noe tid mellom intervjuavtalene til å foreta transkribering og forberede meg til neste samtale, noe som ga litt tid til refleksjon rundt min rolle som intervjuer, og refleksjon over faktorer som ga informasjonsflyt eller brudd i samtalene. Jeg repeterte intervjuguiden og passet på å være uthvilt før samtalene. Det var viktig å skape en avslappet, trygg stemning der informantene kunne reflektere over egne erfaringer og meninger (Tjora, 2010, s. 104). Fysioterapeutene hadde mange eksempler og mye informasjon å dele i alle intervjuene. De trengte noen ganger støtte til å utdype og fullføre resonnementer, men jeg erfarte også at det kunne være forstyrrende for dem hvis jeg ble for aktiv. Det ga ofte mer informasjonsflyt å være noe avventende, og gi tid for informanten til å formulere sine tanker og forståelse (Tjora, 2010, s. 113). Enkelte innspill fra min side førte til at informanten kom ut av sin fortelling og strevde med å finne igjen «sin egen stemme». Dette gjorde at jeg muligens ble for forsiktig i å stille dybdeforskende spørsmål. Jeg opplevde det krevende å måtte ta raske valg i forhold til holde temaer som hadde blitt omtalt framme i samtalen, eller følge informantens tanke-rekke inn i nye eksempler med mye ny informasjon. Som deltagende observatør er man engasjert i å erfare feltet samtidig som man forsøker å forstå det gjennom samtalen (Fangen, 2004, s. 171). Her kjenner jeg meg igjen

ved at jeg ble engasjert i informantens fortelling og samtidig måtte forsøke å opprettholde en reflekterende avstand. Jeg opplevde at de tre informantene hadde ulik personlighet og innfallsvinkel til problemstillingen, noe som gjorde at ulik faglig vektlegging og forståelse rundt temaet kroppslige avvik hos spedbarn fikk plass. I tråd med en fenomen-nær forståelse der spedbarnet som subjekt sto i sentrum, forsøkte jeg å etterspørre følelser og intensjoner hos spedbarnet, hos omsorgs-personen og hos fysioterapeut i de enkelte situasjonene. Det var et mål å utvikle en samtale der det kvalitative fikk stemme (Malterud, 2008, s. 130) og utdype på hvilke måter spedbarnets kroppslige uttrykk kunne ha et meningsinnhold knyttet til deres livsverden. Intervjuene ble tatt opp på bånd på egen lydopptaker, og ble avrundet da vi hadde nådd tidsrammen. Under intervjuene tok jeg kun stikkordsmessige notater til hjelp videre i intervjuprosessen. Etterpå brukte jeg tid på å fylle ut disse med umiddelbare refleksjoner. Alt materiale er oppbevart forsvarlig og låst.

3.3 Databearbeiding

3.3.1 Transkribering

Jeg transkriberte intervjuene til skriftlig form. Dette var forholdsvis tidkrevende på grunn av stor informasjonstetthet i samtalene. Intervjuene ble først transkribert så nøyaktig som mulig, og deretter gitt mer dialekt-nøytral bokmålsform der anonymiserings-hensyn sto sentralt, samtidig som det muntlige i språket ble forsøkt opprettholdt. Ifølge Tjora finnes det ingen fullstendig objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form, slik at man må se transkripsjonen i forhold til formålet (Tjora, 2010 s. 144). Ord og utsagn som informantene vektla ble uthevet med utropstegn der det ble oppfattet som meningsbærende i konteksten. Følelsesuttrykk som for eksempel latter eller ble bemerket i parentes.

Transkriberingen innbar foruten mental bearbeidelse av materialet, også læring om egen intervjustil, i hvilken grad jeg stilte åpne spørsmål eller la føringer, og i hvilken grad jeg lyktes i å forfølge temaer i dybden. Jeg følte til en viss grad at jeg hadde kommet til kort i å forfølge temaer og forståelser i dybden. Samtidig hørte jeg at mine innspill kunne bli forstyrrende siden informantene var engasjerte i historiene de fortalte og hadde en rød tråd de ønsket å forfølge. Jeg lyttet til intervjuene og leste igjennom transkripsjonene flere ganger og tok samtidig notater underveis der det oppsto refleksjoner hos meg selv som kunne få betydning for seinere analysearbeid. Hovedvekten av innsamlet informasjon besto

i «mitt felt» av fortellinger om og forståelse av spedbarns kroppslige uttrykk og forståelser knyttet til spedbarnet og den samhandlingen det var en del av. Intervjuene inneholdt også informasjon om fysioterapeutenes tanker rundt oppfølgingsbehov i den enkelte sak og generelt i tilsvarende saker og ulike sider ved deres arbeidssituasjon rettet mot spedbarn og familier.

3.3.2 Bearbeiding og avgrensing av råmaterialet

Avgrensing av råmaterialet innebar å fjerne innledende prat og samtalesekvenser underveis som ikke omhandlet faglig virksomhet. I videre bearbeiding av transkribert materiale valgte jeg å avgrense oppgaven til spedbarns kroppslige uttrykk og forståelser rundt disse uttrykkene når de avviker fra normalutvikling. Alt som handlet om fysioterapeutenes yrkesutøvelse, ulike oppfølgingsmuligheter for spedbarna og faglig samarbeid ble utelatt. Avgrensingen innebar å fokusere på det som interesserte meg mest i materialet, samtidig som jeg anså at utforskning av mulige forståelser for spedbarns avvikende kroppsuttrykk utgjorde en «grunnmur» i materialet som fortjente å få et tydelig uttrykk.

3.3.3 Utvelgelse av vignetter og samtaleutdrag

Intervjuene ble lest flere ganger med ulik vektlegging av innholdet. De 12 spedbarns-eksemplene ble overført til en enkel, lettlest tabellform med horisontale og vertikale kolonner. Hvert enkelt spedbarn med sitt kroppslige uttrykk ble ført i en vertikal kolonne i hovedkategoriene ekstensjonsovervekt, asymmetri, uro og passivitet/forsinket utvikling. Utdyping av de ulike kroppslige uttrykkene hos spedbarna, mulig meningsinnhold i de kroppslige uttrykkene, fysioterapeutens forståelse for spedbarnets kroppsuttrykk, omsorgspersonens forståelse for uttrykket og fysioterapeuts forståelse av spedbarnets behov ble stikkordsmessig ført inn horisontalt for hvert eksempel. Mine innspill til det enkelte spedbarn fikk innledningsvis en egen kolonne. Tabellen systematiserte innhold i alle spedbarns eksemplene på en oversiktlig og forkortet måte. Nøyaktig ordbruk ble brukt og ingenting nytt ble tilført på dette stadiet i prosessen. Tabellen ble senere forenklet slik at fysioterapeutenes forståelse og følelser knyttet til det enkelte eksempel ble trukket tydeligere fram. Tabellene ble brukt som en hjelp til utdyping i analysens to første avsnitt, tekst-nær analyse og egne forståelser.

Totalt frambrakte intervjuene 12 fortellinger om spedbarn med kroppslig avvikende bevegelsesuttrykk. Av disse er 7 fortellinger presentert i oppgaven som korte vignetter sammen med tilhørende samtaleutdrag med informantene. Disse 7 vignettene og samtaleutdragene danner grunnlag for resultat og drøftingsdelen av oppgaven.

3.4 Analyse

Den kvalitative analysens mål er å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få økt kunnskap om saksområdet det forskes på (Tjora, 2010, s. 174). Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet (Malterud, 2008, s. 93).

Analysen tar altså utgangspunkt i 7 kliniske vignetter og tekst/samtale knyttet til dem. Vignettene er hentet direkte fra intervjuene, og komprimert til små fortellinger der opprinnelig språk og setninger er brukt mest mulig, men forkortet og anonymisert. Anonymiseringen og omforming til vignetter har elementer som endring av kjønn, endring av historiske detaljer og forkorting av språkbruk. Vignettene ble sendt tilbake til informantene for gjennomsyn for å sikre at det sentrale innholdet ble videreført. Direkte etter eksemplene, presenteres små utdrag av samtalen som er knyttet til den enkelte vignett i intervjuene. I ett tilfelle er det presentert to samtaleutdrag til en vignett fordi de omhandler samme aktuelle tema. Vignettene og samtaleutdragene blir deretter gransket i 3 trinn, kalt første, andre og tredje grads fortolkning (Fangen, 2010, s. 208). Disse tre fortolkningsgradene kan kort beskrives slik:

Førstegrads fortolkning innebærer konstatering av det som er sett og hørt og være mest mulig nøytral ovenfor aktørene og feltet. Fortolkning av første grad kan også bety fortolkning av begivenheter med begreper som er knyttet nært opp til eller identiske med dem deltagerne selv benytter. I trinn 1 i min analyse vil informantens utsagn bli knyttet tydeligere til vignetten.

Andregrads fortolkning innebærer veksling mellom erfarings nære begreper og mer erfaringsfjerne akademiske begreper. Her er det viktig at man fortolker observasjoner ut fra den konteksten de forekommer innenfor og at man klargjør hvilke sammenhenger utover denne man benytter (Fangen 2010,s.214). Man kan overskride et erfaringsnært perspektiv ved å dra veksler på mange ulike meningssammenhenger eller kontekster i fortolkningen

(ibid.). I trinn 2 i min analyse blir mer av situasjonsbeskrivelsen og min egen forståelse trukket inn.

Fortolkning av tredje grad innebærer fortolkning av «underliggende og skulte interesser og drivkrefter». Her fortolker man ikke bare deltageres fortolkninger, men stiller seg også kritisk til dem eller leter etter skjulte agendaer eller behov. Kritisk tolkning tar fatt på de ubevisste prosesser, ideologier, maktforhold og andre uttrykk for dominans som fører til at visse interesser gjemmes på bekostning av andre i de forståelsesformene som oppstår (Fangen, 2010, s. 223). Trinn 3 i min analyse blir tolkning av data knyttet opp mot tidligere presentert teori, og kritiske elementer trekkes fram. Temaer om som kommer tydeligere i forgrunnen gjennom analysen blir diskutert videre i eget drøftingsavsnitt.

Resultatdelens oppdeling i henholdsvis tekst-nær tolkning, egne tolkninger og teorirettet tolkning av data, gjorde det mulig å knytte sammen praksis-nær forståelse og teori. En tredeling som skissert ovenfor ga også mulighet til å være strukturert og ikke ta inn for mye informasjon i gangen. Analysen av de 7 ulike vignettene med tilhørende samtaleutdrag fra intervjuene viser en viss bredde i spedbarns kroppslig avvikende uttrykk og mulige måter å forstå spedbarns kroppsuttrykk på.

3.5 Etske betraktninger

Innsamlet data er basert på informert samtykke, der informantene hadde nok kjennskap til prosjektet til å ta stilling til ønske om å bidra (Malterud, 2008, s. 203). Informantene er anonymisert og de er kjent med sine rettigheter. De ble forsøkt ivaretatt best mulig både før, under og etter intervjuene, og de har fått mulighet til å uttale seg underveis i prosjektet. Taushetsplikt er ivaretatt ved at navn er utelatt, kjønn er endret og færrest mulig identifiserende elementer for er øvrig tatt med. Samtidig så tydelig beskrevet at problemstillingen kan analyseres og drøftes.

Som forsker er jeg opptatt av å få fram mest mulig informasjon i forhold til problemstillingen. Min grunnforståelse er at samtaler utfolder seg når man finner en grunnstemning av positivt nærvær. Samtidig som mitt ansvar for framdrift av samtalen var tydelig, forsøkte jeg å skape en trygg atmosfære, gi god plass og nok tid for informantene i intervjuprosessen.

I forhold til respekt for fortolkning av andre, har materialet blitt brukt uten endringer i så stor grad som mulig. Samtalesekvensene hører alltid til den vignetten de er presentert sammen med i det opprinnelige intervjuet, med ett unntak som er begrunnet. Informantenes ordvalg er beholdt mest mulig samtidig som vignettene og samtaleutdragene er fortettet, forkortet og endret vedrørende identifiserbare elementer. Fortolkningene i resultatdelen er forsøkt gjennomført slik at de kan medvirke til økt refleksjon og positiv interesse for problemstillingen i studien.

4.0 Resultater

Analyse innebærer å tilføre noe mer enn det som er hørt og sett. Ved å trekke veksler på bredere menings-sammenhenger kan man sette det observerte/omtalte inn i nye perspektiv (Fangen, 2010, s. 208). Målsetning i resultatdelen er å presentere og utdype innhentede data slik at det kan medvirke økt kunnskap om kroppslige avvikende uttrykks mulige betydning hos spedbarn. Spedbarna i vignettene er i alder 2-5 måneder.

Resultatene presenteres i tre trinn som beskrevet i metodekapittelet: Det første trinnet er tekstnært der informantens utsagn knyttes mot vignettene. Trinn to går mer i dybden og min egen forståelse trekkes inn. Trinn tre knytter drøftingen opp mot tidligere presentert teori.

Tolkningene som presenteres er mulige tolkninger. Andre tolkninger er også mulige og sannsynlige både knyttet til det enkelte spedbarns-eksempel og på tvers av eksemplene. Informantene omtales som fysioterapeut/fysioterapeuten. Den primære omsorgspersonen omtales oftest som «omsorgsperson» eller mor/moren. Overgang mellom analysenivåer i resultatdelen vises med innrykk.

4.1- 4.8 Vignetter, samtaleutdrag og analyse

4.1 Spedbarn 1

4.1.1 Vignett: Ekstensjonsovervekt: 3 måneder gammelt spedbarn i oppfølgings-situasjon hjemme og i undersøkelses-situasjon på sykehus

Det var et barn som var født for tidlig. Hun ble fulgt opp tett med fysioterapi for å sikre best mulig bevegelses-utvikling. Hun hadde også tverrfaglig oppfølging på sykehus på grunn av risiko for feilutvikling.

I det daglige i eget hjem hvor fysioterapeuten møtte barnet og moren, opplevdes hun som ei sterk og sosial jente i god utvikling. Hun ga god blikk-kontakt, pratet mye, var nysgjerrig og blid. Det var god relasjon mellom mor og barn; trygg og god håndtering og rolig mor som ga seg god tid. Fysioterapeuten var opptatt av å styrke jenta og relasjonen, ikke redusere henne/dem til risiko eller skjevutvikling. Hun ønsket å styrke kroppslig midtstilling og symmetri; «reire» henne, gi stabilitet. Gjøre det lett for henne å prate og feste blikket. Jenta hadde også noen sårbare sider; hun strevde med regulering; tålte ikke så godt å vente og hun skrek fort ved ubehag. Men overveiende opplevdes hun som ei trygg jente i sitt hjemmemiljø. Utviklingshjelpen som fysioterapeuten ga dreide seg om å finne ro, bruke hendene, være stabil i ryggeleie og få være sosial. Jenta hadde også kompetanse på å si ifra når det var nok; snu seg bort, sutre, bli mer stille eller finne noe i rommet å se på.

Ved 3 måneder (korrigert alder) var det tid for kontroll på sykehuset fordi hun hadde en medisinsk definert risiko for feilutvikling. I undersøkelses/test-situasjon som innebar video-opptak, måtte hun ligge alene og avkledd på matte med kun bleie på. Jentas mor og fysioterapeut var i rommet, men ingen fikk si noe og ingen skulle være nær henne når bevegelses-mønstre ble filmet for å kunne bli vurdert objektivt.

Hun lå helt alene. Avkledd. Et ekstremt strekkemønster i hele kroppen kom fram. Hun forsterket en bevegelse med hele seg som aldri er normal i utviklingen. Hun holdt denne strekke-stillingen i lang tid uten å få hjelp fordi det var en test. Hun gråt ikke og brukte ingen lyder, men fortsatte å forsterke et ekstremt strekkemønster over lang tid. Hun skulle vise bevegelsesrepertoaret sitt i en nøytral situasjon.

4.1.2 Samtaleutdrag

Intervjuer: « hva tenkte du om hvordan hun hadde det? Hva var det hun trengte? Hva var det hun viste?»

Informant: « at det var ukomfortabelt, hvorfor er det ingen som snakker med meg?»

Intervjuer: »ja?»

Informant: « jeg tenkte at hun sa... men hun snakket ikke selv engang, så det var tydelig at det var utrygt, ukomfortabelt.. hun kom seg ikke ut av den strekke-stillingen heller!»

Intervjuer: «hva var det hun prøvde å få til?»

Informant: «jeg tror hun forsøkte å se etter oss!»

Intervjuer: «mm?»

Informant: « det var veldig u gjenkjennbart.. ja, så sier hun(test-ansvarlig): sånn er nå testen! Men det ble veldig rart, synes jeg.. og den måten hun viste seg på eller fikk uttrykt seg på.. ble nok tolka som.. noe annet enn det jeg følte..»

4.1.3 Resultat

Dette er den første kliniske situasjonen fysioterapeuten trekker fram i intervjuet. Den sitter godt i minnet. Hun legger umiddelbart mening i barnets bevegelsesuttrykk. Barnet viser at hun har det ukomfortabelt og forsøker å fortelle om det, sier hun. Jenta forsøker å oppnå noe: hun vil snakke med noen og hun ser etter noen hun kjenner. Fysioterapeuten sier at det er tydelig at situasjonen er utrygg for jenta fordi hun ikke snakker². Fysioterapeuten har tidligere fortalt at spedbarnet vanligvis er ei jente som gir god blikk-kontakt, prater mye og er nysgjerrig. Hun fremmer at å ikke snakke, bli stille, kan være uttrykk for å være utrygg. Spedbarnet kommer seg heller ikke ut av stillingen, men ble låst i dette utrygge. Bevegelsene hennes, som testsituasjonen var ment å skulle undersøke, kom ikke fram slik de gjorde vanligvis. I hjemmesituasjon har jenta kompetanse på å si ifra og bevege seg, snu seg bort, eller bli stille og finne noe i rommet å se på når «noe er nok». I testsituasjonen blir hun ubevegelig og lydløs. Forståelsen for dette uttrykket synes å være forskjellig hos fagpersonene som er tilstede. Fysioterapeuten uttrykker at måten spedbarnet viste seg på handlet om følelser og behov hos henne som hun selv også kunne føle på.

Fysioterapeutens beskrivelse av situasjonen kan tyde på at spedbarnet på et kroppslig nivå vet at hun trenger noe og forsøker å vise det og kommunisere det, med et kroppslig uttrykk. Det beskrives en ekstrem ekstensjonsovervekt som låser barnet. Til vanlig vil mindre ubehag føre til sutring og bevegelse der hun snur seg vekk. I hjemmesituasjon kan

² At spebarnet snakker betegner at det kommer med varierte lyder tilsvarende 3-måneders utviklingsnivå rettet mot samspill med omsorgsperson

spedbarnet fortelle om «å ha fått nok» med både lyder, bevegelse og mimikk: normale uttrykk for å trenge noe annet. På sykehuset blir hun nærmest frosset i en ekstrem utgave av å bevegelse seg vekk. Det er nærliggende å tenke at hun ikke bare har det litt ubehagelig, men er såpass skremt at hun forblir fastlåst i en stilling, i ekstensjons-overvekt, som nesten kan forveksles med nevrologisk patologi. Å være helt alene i en fremmed situasjon er ubehagsskapende for mennesker generelt. Man kan forstå spedbarnets kroppsuttrykk som et meningsbærende språk for å føle seg skremt, redd, alene og trenge trygghet og trøst. Fysioterapeuten sier at «hun snakket ikke engang». Kanskje var følelsen av frykt og så kroppslig ubehagelig og overveldende at hun ble låst i strekk og heller ikke kunne gi lyd fra seg eller skrike. Da vil også pusten være bremsset og overfladisk og kunne være et klinisk for fastlåste, sterke følelser. Med en fenomen-nær forståelse der spedbarnets subjektive opplevelse settes i sentrum kan det også spørres om hvilken kunnskapsforståelse og etikk som styrer en slik undersøkelsessituasjon.

Maxine Sheets-Johnstone understreker at følelse er bevegelse eller potensiell bevegelse. For dette spedbarnet kan følelsen spedbarnet har være så sterk at bevegelsen blir låst. Følelsen er da en potensiell bevegelse som ikke kommer til uttrykk som bevegelse, men som er synlig ved en stiv avvikende strekkestilling som omfatter hele kroppen. Å holde seg stille er følelses uttrykk. (Sheets-Johnstone 1999b, s. 265). Alle emosjoner løses opp i ekstensjons(strekke)- eller kontraksjons(bøye)- bevegelse. Ekstensjonsbevegelse innebærer å komme bort fra noe eller noen, inkludert den personen som er en selv (ibid.). Vi kan med en slik forståelse både se og fornemme følelsen i det avvikende kroppsuttrykket. Spedbarnet vil vekk fra noe svært ubehagelig, men blir sittende fast i økt muskelspenning, bevegelsen låses. Frykt bringer med seg fysiologiske endringer og man kan fyse og bli immobil (ibid.). Spedbarnet kan være så redd eller ha det så ubehagelig at hun vil bort fra seg selv. Dette kan representere en tidlig form for dissosiering når relasjonell kontakt bryter sammen og barnet må tilpasse seg et «feilregulert system» (Hart, Schwarz 2014, s. 145). Situasjonen beskriver kanskje også det Stern betegner som et nå-øyeblikk, et kortvarig øyeblikk der det foregår noe av stor betydning som også kan påvirke framtiden (Hart, Schwartz, 2014). Å være alene eller fremmed-het i situasjoner en blant de medfødte disposisjoner som er mest fryktskapende (Sheets-Johnstone 1999b, s. 271, Montirosso, Tronick et al. 2013, s.5). Forskning støtter at selv engangshendelser av svært skremmende natur lagres i langtidshukommelsen (ibid.). Negativ affekt, ofte i moderat grad, er både vanlig og viktig i

utvikling (Hart, Schwartz, 1014, s. 148, Tronick 1989, s. 116). Det sentrale er om relasjonelle brudd og negativ affekt fører til reparasjoner i samhandling som gjør at spedbarnet overveiende kommer tilbake til øyekontakt, gjenopptar samspillet og blir møtt (ibid.). I denne historien tok det lang tid før slik gjenopprettelse skjedde.

Ved å bremse pust og bevegelse kjenner vi mindre. Dette er en viktig beskyttelsesmekanisme, men kan også bremse opplevelse, utvikling og læring (Thornquist 1998, s.145). Økt ekstensjons-spenning i bevegelsesmønsteret hos et spedbarn gir overfladisk og låst respirasjon. Det blir vanskelig å finne tilbake til ro og balanse mellom bøy og strekk, vanskelig å bruke stemmen og skrike og dialog og møteøyeblikk blir utilgjengelig. I psykomotorisk tenkning er respirasjonen den beste indikator på en persons tilstand (Braatøy 1954, Bunkan 2001). Et spedbarn kan ikke fortelle med ord hvordan det har det. Kroppsuttrykk og respirasjonsmønster blir viktige kjennetegn for grad av trygghet i situasjoner. Økt muskelspenning, overfladisk anstrengt, hurtig eller stillestående respirasjon og fastlåste følelser henger tett sammen. Respirasjonen har sitt eget språk som kan tilføre viktig informasjon også om et spedbarns tilstand (Thornquist, Bunkan 1995 s. 26).

.4.2 Spedbarn 2

4.2.1 Vignett: Ekstensjonsovervekt: Gutt tre måneder og i strekk, også urolig, kvikk, aktiv

Gutt på tre måneder. Han var veldig kvikk, og tok inn mye fra omgivelsene. Han hadde veldig god blick-kontakt, men lå omtrent over benken; lå i bue- over benken i ryggeleie. Han presset seg bakover, og lå med bakhode, skuldrene, baken og hælene i kontakt med benken. Han lå veldig i spenn. Klarte ikke å finne ro, men hadde masse lyder. Han var henvist fordi han var stiv og ikke fant ro, var både veldig i strekk og veldig urolig.

Fysioterapeuten skulle undersøke ham. Hun forsøkte å få blick-kontakt, omsluttet bolen hans med hendene og bøyde opp i beina. Da grep han tydeligere med blikket mot henne og slappet etter hvert av i kroppen, så på fysioterapeuten og begynte å snakke³. Hun ga kroppskontakt rytmisk gjennom kroppen til barnet og trykket til slutt litt under fotsålene. Ga seg god tid og vektla å få kontakt. Gutten slappet enda mer av og «landet» på benken. Han slappet av i kroppen, slappet av i ansiktet og ble stille, brukte blikket sitt og slappet veldig godt av. Moren kommenterte at så rolig og avspent var han ikke ofte.

³ Å snakke betyr hos spedbarn å bruke varierte lyder i samhandlingssituasjoner.

Ved videre undersøkelse syntes fysioterapeut at han var ganske stiv i midtpartiet i ryggen. Hun tenkte at han hadde en plage som gjorde ham så spent og urolig. Han ble henvist til manuell terapeut som «løste opp» i bryst-ryggen. Etter manuell terapi fant barnet mer ro i ryggleie. Han var fortsatt «gira» og urolig, men lå litt mer «nedpå». Fysioterapeuten viste mor hvordan hun kunne stimulere til kroppslig ro ved rolige trykkgrep mot kroppen. Hun viste nøyaktig med trykk og tempo for at de skulle fortsette med dette hjemme.

4.2.2 Samtaleutdrag

Intervjuer: følte du at mor greide å roe ham?

Informant: ja, jeg følte vel egentlig det, men hun var veldig effektiv mor! Det ser jeg jo ofte, med nummer tre..

Intervjuer: mm.. litt travel?

Informant: ja

Intervjuer: men har det betydning tror du.. at et spedbarn må.. gjøre ting i kroppen sin fordi det trenger noe.. eller for å vise tydelig at det trenger noe... at det har en type meningsinnhold?

Informant: ja.. jeg tror jo det! Med denne gutten her mener jeg det var en mekanisk årsak til at han var slik... men samtidig, det er ikke sikkert det bare var det, for når jeg ser det hele i familiesituasjonen og mor som var, som sagt, veldig effektiv..

Intervjuer: mm..

Informant: så tenker jeg at han også var et resultat av det!

Intervjuer: mm.. du beskrev noe veldig annet når du roet ham.. du tok opp beina hans, du brukte tid, fikk jeg inntrykk av?

Informant: ja, jeg brukte tid!

Intervjuer: du tok mye på kroppen hans.. han kjente.. han fikk tid til å kjenne det, eller?

Informant: mm.. jeg tror han fikk tid til å kjenne etter også..

Intervjuer: han fikk tid og han fikk litt hjelp til å endre på den stillingen?

Informant: ja, ja.. jeg tror det var litt det det handlet om..

Intervjuer: for det høres ut som det var en ganske stor forandring?

Informant: ja det var det, men den endra seg jo igjen..

Intervjuer: ja?

Informant: når jeg slapp han igjen så var han tilbake der..

Intervjuer: ja? det var der han hadde kontrollen.. i det daglige..?

Informant: det var der han hadde kontrollen.. det tror jeg også, det er jo det han vet om..

Intervjuer: er det noe vi snakker med foreldre om? Hvis vi nå bare skulle leke litt med tanker.. Kan det ha vært sånn at jo mer han sprellet og stivere han ble, jo mer desperat han ble, kanskje..

Informant: mm..

Intervjuer: jo mer sannsynlig var det at hun tok han opp? Kan det være en styrke i et barn at de gjør noe som på en måte.. er avvikende...?

Informant: ja.. det tror jeg absolutt at det kan! For det er ganske enkel regning det da.. Hva må jeg gjøre for å få oppmerksomhet her? Her må jeg kjempe litt for oppmerksomhet.. ja, da gjør jeg det.. og girer meg litt opp, blir veldig urolig.. og kanskje til og med skriker litt.. Da får jeg oppmerksomhet!

Intervjuer: mm..

informant: for det lærer jo barn... og det blir det et mønster av..

4.2.3 Resultat

Fysioterapeuten forteller at moren kan hjelpe gutten sin til mer ro, men samtidig er det travelt i det daglige. Fysioterapeuten mener at det er en mekanisk årsak i barnet, stivhet i ryggen, som ligger til grunn for strekk og uro, men trekker så inn familiesituasjonen og travelhet som viktige faktorer for barnets uttrykk. Effektivitet og lite tid blir livsforhold som påvirker barnets kroppsuttrykk. Fysioterapeuten undersøkte barnet med samtidig vektlegging av kroppskontakt og blikk- kontakt. Spedbarnet ble roligere når han fikk tid, nærhet og kroppskontakt. Samtidig som han ble roligere og mer avspent ble han også mer oppmerksom mot fysioterapeuten, og moren la godt merke til denne endringen. Spedbarnet gikk raskt tilbake til kroppslig strekk og uro når relasjonell nærhet og kroppskontakt forsvant. Intervjuer styrer samtalen videre for å få utdypet momenter i historien. Betydningen av å ha kroppslig kontroll blir vektlagt. Intervjuer lurer på om avvik i bevegelsene hos et spedbarn kan være uttrykk for at spedbarnet trenger noe og viser det kroppslig. Fysioterapeuten fremmer at det er sannsynlig at spedbarnet girer seg opp og blir

uroelig og i strekk nettopp for å oppnå noe, for å få den oppmerksomhet han trenger. Hun sier også at gjentakelse av slik adferd vil gi læring og føre til kroppslige mønstre.

Fysioterapeuten mener det er en mekanisk årsak i spedbarnets rygg som gir strekkemønsteret. Her kan imidlertid kroppsuttrykket hos spedbarnet ha sammenheng med behov og følelser barnet forsøker å uttrykke, og at dette gir strekk og stivhet i kroppen. Meningsinnholdet i strekkemønsteret, handler i så fall ikke om noe rent mekanisk, det kroppslig låste blir en følgevirkning av det emosjonelle og meningsfulle. Når hun er tett på, gir kroppsstimulering og møter blikket hans, roer gutten seg og blir stille og oppmerksom - uten noen påvirkning eller behandling av selve ryggsøylen. Fortellingen tyder på at relasjonelle faktorer er svært virksomme i å gi ro og mer normale kroppslige spenningsforhold hos spedbarnet. Dette kan støtte at det nettopp er kontakt og samvær barnet søker og «jobber» for å oppnå. Fysioterapeuten tar imot dette perspektivet i samtalen. I den faglige veiledning hun gir er det også slike faktorer hun vektlegger, tiltak der moren får være sammen med barnet sitt over tid, hvor de begge kan være i kontakt med sine indre fornemmelser og bearbeide inntrykk. Spedbarn lærer fort og det vil dannes kroppslige mønstre og interaksjonsmønstre som følge av de faktiske relasjonelle hverdagsforholdene. Her jobber spedbarnet hardt for å oppnå den utviklingshjelpen han trenger. Mer oppmerksomhet mot kommunikasjons-innholdet i spedbarnets signaler og kroppsuttrykk kan fremme nærhet i relasjonen og bedre emosjonell og kroppslig utvikling for spedbarnet. Etter manuell terapi er barnet mindre i strekk, men fortsatt urolig. Hva skjer med spedbarnets behov for inntoning og relasjonell nærhet når symptomet blir mindre uttalt? Får spedbarnet og moren flere møtepunkter i sitt samvær fordi gutten blir roligere, eller blir han mer alene fordi moren fortsatt er en travel og effektiv. Behov for dyp følelsesmessig kontakt kan forbli en ikke møtt sårbarhet i barnets videre utvikling.

Fysioterapeuten fremmer at spedbarn lærer og at det etableres mønstre. Kroppsskjemaer som inkluderer ulike gester og kroppsbevegelser er utviklet og tas i bruk av spedbarnet ved fødsel (Gallagher 2001, s.157). Kroppsskjemaene er da godt nok utviklet til å gjøre spedbarnet i stand til å bevege kroppen på hensiktsmessige måter i forhold til miljømessige stimuli. Det er altså helt fra starten av livet en selvorganiserende samhandling mellom visuell persepsjon og proprioepsjon i barnet, mellom sensoriske og motoriske systemer og mellom barnet og den andre (Gallagher 2001, s. 158). Uheldige kroppsmønstre,

som utvikles som følge av meningsfulle forsøk på å bli forstått kan da bli barnets kroppslige kontroll og balanse. Læring og mønstre skapes tidlig i utviklingen, og understreker betydningen av holding og håndtering der omsorgspersonen både psykisk og fysisk støtter barnets utvikling ved å være tilstede for det nært og kroppslig, i tidsmessig samtidighet, og med oppmerksomhet og mulighet for blikk-kontakt (Gallagher 2001, s. 159, Hart, Schwarz 2014, s. 47). Det er en forutsetning for utvikling at barnet internaliserer opplevelsen av å bli sett, og at det ser seg speilet i moren ansiktsuttrykk. Fysioterapeuten i historien gir barnet noe spedbarnet trenger i selv-utviklingen; hun samler, holder ham og ser på ham, slik at han både kroppslig, følelsmessig og mentalt kjenner seg mer stødig og stabil og dermed klar for dialog og samhandling. Fysioterapeuten hjelper omsorgspersonen til å lage en slik ramme eller stilas rundt spedbarnet, også kalt «scaffolding» der barnet hjelpes til å mestre utover sin kompetanse inntil det mestrer på egen hånd (Hansen 2012, s. 48). Så lenge spedbarnet er ustabil i sine ferdigheter trenger det mye fysisk og emosjonell støtte. Vanligvis fornemmer omsorgspersonen dette intuitivt og gir slik utviklingshjelp. Hvis omsorgspersonen i stor grad ikke tilpasser seg barnet, vil spedbarnet kunne miste spontanitet og fornemmelse av seg selv (ibid.). Tilknytningsteori understreker at medfødt behov for å knytte nære bånd og få beskyttelse styrer spedbarnets adferd i relasjoner (Hart, Swartz 2014 s. 65). Å være adskilt fra tilknytningspersonen framkaller angst og gir tilknytningsadferd, måter å være på med kropp, blikk, pust og lyder. Ekstensjonsovervekt og uro kan være slik tilknytningsadferd, som lett kan forstås som sykdom eller skade i barnet.

En forstret kroppsholdning er i psykomotorisk tenkning mulig tegn på opplevelser og følelser som har vært vanskelige og låst over tid. Økt ekstensjons-spenning i bevegelsesmønsteret, skrik og uro hos et spedbarn gir hurtigere og mer overfladisk respirasjon, dårligere forhold for mage/tarmfunksjon og nedsatt sensitivitet for indre fornemmelser. En slik uheldig utvikling kan gi mønstre og nedsatt tilgang til kroppslige fornemmelser på mer varig basis. Gjentatte erfaringer med kroppslig stabilitet og fleksibilitet i en trygg, nær relasjonell ramme kan gi roligere kroppslige balanseforhold, roligere og dypere respirasjon og større evne til å kjenne egne følelser og fornemmelser. Kroppen er personen i psykomotorisk tenkning. Når vi endrer noe i et spedbarns kropp, skjer også følelsmessige og relasjonelle endringer (Bunkan, Thornquist, 1995 s. 22). For å kunne «slippe strekken», den forøkte muskelspenningen på kroppens baksida og komme mot kontakt er det nærliggende å tenke at gjentatte positive relasjonelle opplevelser er

sentralt (Bunkan 2001, Thornquist 2005). Ren symptombehandling kan medføre at opplevelsesaspektet og meningsinnholdet i spedbarnets uttrykk forblir ureflektert.

4.3 Spedbarn 3

4.3.1 Vignett: Asymmetri. Jente med kroppslig asymmetri, ingen framgang til tross for tiltak

Barnet var henvist på grunn av kroppslig asymmetri. Mor og barn kom til oppfølging hos fysioterapeut. Barnet var ca. 3 måneder gammelt og hadde en typisk asymmetri. Det var alltid mor som kom sammen med barnet. Fysioterapeuten: «Det var en slik skjevhet som setter seg i kroppen til barnet fordi det snur seg til en side; barnet var vridd med hodet til en side med en c-formet skoliose (skjevhet i ryggen) som følger på det og lateralfleksjon (sidebevegelse) av hodet mot andre siden». Spedbarnet var vanskelig å samle i midtlinje, men når det fikk god støtte og god blikk-kontakt så kunne hun godt bli med over til den siden hun ikke likte så godt, men ganske kortvarig. Det var ingen alvorlig asymmetri, men spedbarnet var snudd med hode og blikk til en side. Fysioterapeuten ga tiltak, tips og råd, og det virket som mor fikk med seg hva som skulle gjøres. Men det skjedde ingen endring med barnet mot mer normalt bevegelsesmønster.

Så var far også med til en time. Situasjonen var annerledes, barnet begynte å skrike litt. Far ble veldig stresset, og det utviklet seg etterhvert en krangel mellom foreldrene. Mor sa til slutt at barnets far skulle gå. Fysioterapeut tenkte: «det er kanskje ikke så rart at barnet snur seg bort. Jeg kan streve med å få henne til å se den andre veien, men når hun ønsker å komme bort fra noe, så vil hun fortsette å snu seg bort».

Underveis i oppfølgingen utviklet det seg en barnevernssak på grunn av fars rusmisbruk.

4.3.2 Samtaleutdrag

Informant: dette er en stund tilbake. Jeg reflekterte mest over det selv, at jeg burde egentlig fulgt opp.. når mor sender far ut, så burde jeg tatt tak i det.. hvorfor, hva skjedde nå?

Intervjuer: mm, jeg forstår, hvordan følte den situasjonen for deg..?

Informant: det var jo veldig ubehagelig, jeg kom jo midt opp i en konflikt som jeg ikke var forberedt på..

Intervjuer: mm..

Informant: ja.. jeg tenker barnet virket stressa i situasjonen..

Intervjuer: så barnet var mer stresset når de to var der sammen?

Informant: ja, for de påvirket hverandre veldig,... hvis barnet begynte å sutre litt så ble far kjempestressa, og barnet skrek mere, var vanskelig å roe. Det var stor forskjell på det.

4.3.3 Resultat

Her er spedbarnets kroppsspråk preget av at det snur seg bort, snur seg til en side. Fysioterapeuten sier det er en «typisk asymmetri», som tyder på at hun ser slike kroppsuttrykk ofte. Hun viser hvordan god støtte, samling i midtlinje og blikk-kontakt er viktig når mor skal hjelpe barnet med å snu seg til den andre siden. Fysioterapeuten fremmer at spedbarnet har en skjevhet i kroppen og nakken fordi det snur seg vekk. Inntrykket er at dette forstås som et problem i spedbarnet, og at barnet vil få det bedre med tiltak rettet mot skjevheten. Fysioterapeuten veileder moren, og forventer at barnet vil utvikle mer symmetri og kunne snu hodet fritt, men utviklingen uteblir. Ny informasjon om hvordan barnet har det og stemning i familien kommer fram i en time der faren er med. For fysioterapeuten var den kroppslige asymmetrien først ingen alvorlig tilstand, men i denne timen blir barnet mer urolig og gråter. Det er en stresset atmosfære i rommet som utvikler seg til en uttrykt konflikt mellom foreldrene. For Fysioterapeuten er det veldig ubehagelig å være midt oppe i følelsesutbruddene. Hun opplever det vanskelig ikke å være forberedt, og tenker nå at barnet kan være stresset på grunn av situasjonen mellom foreldrene. Hun undrer seg rundt om barnets asymmetri, bortvendt-het, kan handle om at barnet ble stresset av uroen mellom foreldrene. Hun sier til slutt at det kan være meningsløst å behandle et spedbarns asymmetri hvis kroppsuttrykket forteller om at barnet vil bort fra noe ubehagelig.

Fysioterapeuten forteller om sitt ubehag ved å være uforberedt midt i en konflikt. Hun kjenner sterkt på det og tenker på det etterpå. Sannsynligvis var situasjonen også svært vanskelig for spedbarnet, både ubehagelig, stressende og uforutsigbar. Det er sannsynlig at de følelsene fysioterapeuten kjente på også var følelser som spedbarnet registrerte og uttrykte på sin måte. Det er sannsynlig at spedbarnet følte seg redd. Hvis uforutsigbare situasjoner som gir utrygghet repeteres ofte i relasjonen vil det gi kroppslig læring og dermed observerbare, avvikende bevegelsesmønstre hos et spedbarn. Den kroppslige skjevheten uttrykker da noe mer enn en vane i barnet. Kroppsuttrykket har mening i en

kontekst, der konkrete hendelser i barnets nære omsorgs-miljø står sentralt. Fysioterapeuten betegnet det kroppslige uttrykket som en typisk ensidig asymmetri, det snur seg vekk fra kontakt gjentatte ganger. Man får inntrykk av at foreldrenes adferd ikke var rettet godt nok mot å trygge barnet, og kanskje skjedde dette ofte. Asymmetrien i barnets kropp kan være resultat av at det har beveget seg bort fra kontakt og samspill gjentatte ganger. Kanskje hadde det funnet noe utenfor relasjonen å feste seg blikket på. Hvis moren ble distraheret ofte eller manglet overskudd og tilstedeværelse kan det å snu seg bort eller snu seg mot noe annet blitt spedbarnets måte å holde seg samlet på i morens fravær. Her er det flere mulige forståelser. Å få spedbarnet til å snu hodet andre veien er en sentral forståelse i historien. Kanskje er det nok å tilstrebe et møte der det er lett å se hverandre uten å skulle endre så mye. Å møtes i blikk-kontakt, å være i samspillet ansikt til ansikt med passe nærhet og utveksling av følelsesuttrykk, lyder og kroppssignaler skal vanligvis være intuitivt tilstede, men kan også bli forstyrret (Hansen 2012, s. 70). At barnet var «lett å få med» når det fikk kroppslig hjelp og inntonet emosjonell kontakt, kan vise til spedbarnets sterke intensjon om og behov for å være i kontakt og at det også hadde positive erfaringer med forutsigbare og trygge samspills-situasjoner.

Fortellingen skaper inntrykk av at barnets kroppsspråk uttrykker flere behov. Barnet vender seg på et punkt i fortellingen bort fra kontakt og begynner å gråte. Det er på andre tidspunkter ikke så vanskelig for fysioterapeuten å få spedbarnet til å følge henne med blikket. I tilknytningsteori vektlegges at mødre til barn som utvikler utrygg tilknytning bare sporadisk legger merke til barnet, de oppfanger bare delvis barnets signaler, og har tendens til å reagere for seint eller ute av føling med barnet (Hart, Schwarz 2014, s. 83). Tilknytningsadferd vil være mest iøynefallende i tilfeller hvor barnet er trett, sultent, sykt eller preget av indre press, hvis omsorgspersonen ikke er utilgjengelig, eller hvis barnet er redd for noe. Fremmede situasjoner med avstand til omsorgspersonen, plutselige forandringer eller støy vil framkalle angst hos spedbarnet (Hart, Schwarz 2014, s. 88). I denne saken forstyrrer konflikt og uro mellom foreldrene deres tilstedeværelse for barnet. Det kroppslige uttrykket kan fortelle om at spedbarnet både vil bort fra og trenger noe/noen samtidig. Sterk intensjon om å komme mot kontakt for å oppnå trygghet blandet med følelser av utrygghet som gir behov for avstand, kan gi det låste, asymmetriske uttrykket i spedbarnets kropp. At barnet begynner å gråte i situasjonen kan også forstås som en ressurs. Det blir ikke helt låst, men følelsene får et uttrykk (Sheets-Johnstone, 1999b s. 265). Stern

understreker at erfaringene av «selv» i interaksjon med «annen» danner grunnlaget for indre representasjoner og hukommelses-strukturer (Hart, Schwarz, 2014, s. 81,82). Spedbarn og omsorgspersoner har synkroniserte adferdsmønstre. Sterke følelser som frykt vil gi bevegelse bort fra kontakt (Sheets-Johnstone, 1999b s. 264). Spedbarn tilpasser sin affekt og adferd til ulike kontekster. Negativ affekt kan bli vist ved gråt, bevegelser og andre negative uttrykk og kan ha varige effekter i nervesystemet (Tronick, 1989, s 114). Et spedbarn på 3-4 måneder kan ikke bevege seg aktivt bort fra det som oppleves som fare eller aktivt til omsorgspersonen for trygghet. Et asymmetrisk bevegelsesmønster kan være et meningsbærende kroppslig uttrykk for utrygge følelser i en uforutsigbar situasjon.

Følelser som får et uttrykk viser ressurs til å reagere og mulighet til å oppnå en endring (Thornquist, 1995, s. 27). Det er tett sammenheng mellom gråt og endring i pustemønstre. Gråten kan være frigjørende for den muskelspenning som har bygget seg opp, en mulighet for å puste dypere igjen og finne tilbake til ro og dialog. Det kan være barnets gråt som får moren til å utbryte at barnets far skal gå. Hun kan vende tilbake til omsorgen for barnet. I vignetten fortelles det at skjevheten i spedbarnets kropp oppstår fordi barnet snur seg til en side. Et årsak-virknings forhold som ligger i barnet alene blir framhevet. Mekaniske leddforhold kommer i forgrunnen på bekostning av spedbarnet som aktivt opplevende, agerende og følende subjekt. Et slikt perspektiv kan gi en fragmentert tenkning der enkeltdeler og funksjoner vurderes og behandles løsrevet fra sammenheng (Thornquist 2003, s. 33).

4.4 Spedbarn 4

4.4.1 Vignett: Asymmetri. Ikke blikk-kontakt mellom mor og barn og forsinket motorikk

Fysioterapeut fikk henvist et spedbarn som ga lite blikk-kontakt. Fysioterapeut tenkte ved vurdering at her var det store behov hos barnet og en mor som ikke hadde så mye ressurser. Men etter hvert kom det fram at moren var veldig usikker. Hun måtte lære å holde spedbarnet sitt, gi nok støtte slik at barnet kunne bruke blikket og snakke. Hun trengte hjelp til hvordan hun kunne møte barnet og få kontakt med henne; hjelp til å bli tydeligere sammen med barnet. Etter hvert som hun ble tryggere på hvordan hun kunne holde barnet sitt, kom bedre kontakt mellom mor og spedbarn ganske fort på plass. Moren sugde til seg alt hun kunne få av veiledning og hjelp.

Fysioterapeut sier: Slik kan fysioterapeuter bidra mye til å styrke kommunikasjonen mellom mor og barn som er kjempeviktig for motorisk utvikling og for etablering av en relasjon. Mor ble etter hvert tryggere i sin mammarolle og bedre i stand til å tone seg inn på barnet. Fordi spedbarnet var trygt nok til å tåle litt mer, ga dette også en vei inn til å jobbe med de motoriske utfordringene barnet hadde.

4.4.2 Samtaleutdrag

Informant: det var et barn som hadde store utfordringer.. som ikke hadde den gode blikk-kontakten, men der mor måtte få tydelig veiledning. Hvordan møte barnet, hvordan få kontakt med barnet.. det gjorde mor mye tryggere.. og når man har kontakt, så kan man jobbe mer konkret med motorikk også; med helt grunnleggende ting, ligge på ryggen å trekke beina opp i bøy, ligge litt på magen og støtte litt på armene..

Intervjuer: mm..

Informant: og det å fortelle foreldre.. det er ikke viktig med masse leker når babyen er to måneder. Da er det viktig at du er der.. det er du (omsorgsperson) som er spennende, da er det ansikt som er i fokus...

Intervjuer: mm..

Informant: det er veldig mange foreldre som, når vi tenker på asymmetri, rister og bråker.. mange leker og..

Intervjuer: hva er det de prøver på da?

Informant: ja.. jeg tenker, de prøver nok å gjøre slik som jeg har sagt, snu fra høyre til venstre.., men jeg tenker at, hvis du møter blikket til barnet ditt og så går dere sammen over til sida.. da får dere det til på en positiv måte..

Intervjuer: ok.. ja?

Informant: og så tar jo barnet pause.. og det er jo lov!

4.4.3 Resultat

Fortellingen handler om en liten familie der spedbarnet har en asymmetri, en ensidig skjevhet i kroppen, som bare nevnes innledningsvis. Deretter forteller historien mer om

moren og barnets samhandling. Fysioterapeuten oppfatter først moren som ressurs-svak, men dette endrer seg når hun forstår at hun er veldig usikker og ikke helt får til å holde barnet sitt trygt. Hun må lære å gi spedbarnet nok støtte til å kunne bruke blikket og snakke. Å få kontakt handler om å møte spedbarnet og være tydelig sammen med henne. Usikkerhet og utrygghet i omsorgsrollen gjør dette vanskelig. Bedre kontakt mellom mor og barn gir trygghet for dem begge. Moren føler at hun får hjelp og støtte hos fysioterapeuten; hun «suger til seg alt hun kan få». Fysioterapeuten resonerer videre rundt kommunikasjonen mellom mor og spedbarn. Hvordan de har det sammen, hvor trygt det er mellom dem, påvirker direkte barnets bevegelsesutvikling. Morens trygghet og inntoningssevne henger tett sammen med spedbarnets kroppslige utvikling og reflekteres også i barnets evne til å tåle utfordringer. Bevegelsesutviklingens uttrykk varierer sammen med trygghet i relasjonen og forståelse for spedbarnets behov. Samtidig forteller fysioterapeuten om at omsorgspersoner ofte vil oppnå mye på et spedbarns vegne når noe oppfattes å være avvikende, som en kroppslig asymmetri. Å ty til leker og aktivitet istedenfor å etablere kontakt og være i øyeblikket sammen, kan føre til at det fokuseres ved siden av det spedbarnet trenger mest. Fysioterapeuten presiserer hvor viktig det er å møtes i blick-kontakt og betydningen av å gi spedbarnet pauser i samhandlingen.

Det blir i vignetten og samtalen understreket at trygghet er nøkkelen til å tåle utfordringer, både for mor og barn, og vi forstår at fysioterapeuten bidrar til å fremme og styrke ressurser og positivt ladede følelser mellom moren og spedbarnet. Fysioterapeuten vektlegger at stabilitet og trygghet, både for mor og barn, gir mulighet for bevegelse. Å føle seg usikker gir også kroppslig usikkerhet hos moren, og dette påvirker måten hun håndterer og holder spedbarnet på. Utrygghet overføres og forsterkes og barnet kan stivne og unnvike kontakt. Hvis spedbarnet må «holde seg selv», etableres heller ikke kroppslig stabilitet innenfra, med symmetri og fleksibilitet i bevegelsene, fordi denne kroppslige dimensjonen innbefatter mange nok trygge og positivt ladede møtepunkter i samhandlingen, der spedbarnet kan ha et regulert spenningsnivå og kjenne innenfra at det er i kontakt. Utviklingsvanskene får flere samtidige uttrykk som følge av grunnleggende kontaktsvikt, både fysisk og emosjonelt. Historien forteller også om hvor vanskelig det er å holde følelsen av å ikke mestre i møtet med barnet sitt. Å få positiv emosjonell bekreftelse er et grunnleggende viktig menneskelig behov. I en hensiktsmessig foreldre-spedbarns-utveksling forekommer gleden hyppig og gjør at spedbarnet tåler aktivering. Stern uttrykker

at angst er låsen og latter nøkkelen til hjertet (Hart, Schwartz, 2014, s. 104). Det er forståelig at «å gjøre noe» med leker og mye lyder i forhold til spedbarnet kan bli løsningen der onde sirkler med negative følelser og avvising har blitt forsterket. Mor-barn samspillet får hjelp til mer positiv affektutveksling ved at fysioterapeuten understøtter endring i det kroppslige samspillet. Historien forteller at bevegelsesuttrykk som ser svært uheldige kan endre seg raskt hvis den emosjonelle kontakten mellom spedbarn og omsorgsgiver blir tryggere og mer gledefylt. Å forstå intuitivt hva spedbarnet trenger på et kroppslig fornemmelsesnivå krever at omsorgspersonen har kontakt med sine kroppslige fornemmelser. Moren må kjenne hvordan hun skal holde barnet sitt rent fysisk, «i seg selv», for at god blikk-kontakt og samspill skal styrkes. Blikk-kontakt skaper trygghet og er byggesteiner for spedbarnets evne til å finne ro i seg selv (Brodèn, 2000, s. 119).

Fysioterapeuten understreker at somatiske vansker hos barnet kan gi inntonings vansker. Spedbarn med økt sårbarhet har ofte særlig stort behov for sensitiv inntonings-hjelp. Avvikende bevegelsesuttrykk kan vise at justering til spedbarnets kompetanse ikke skjer. Etablering av kroppslig stabilitet, midtlinje og symmetri blir forstyrret når samspillsrytmen er feilinntonet. Å styre spedbarnets blikk over til den andre siden kan bli for mye og videreføre en feilinnføring. Noen ganger kan forsøk på å endre spedbarnets uttrykk medføre et element av tvang.

Ved asymmetrier i kroppsuttrykket ser spedbarnet systematisk til siden for kontakt. Spedbarnets og omsorgspersonens rytmer er synkronisert slik at det er vanskelig å være i hverandres opplevelse (Stern, 2003, s. 59). Det er i den intermodale interaksjonen mellom proprioepsjon i spedbarnet og synsinntrykket av omsorgspersonens ansikt at spebarnets kroppsbilde oppstår (Gallagher, 2001, s. 159). Fysioterapeutens bidrag til at moren kan holde og forstå barnet kan gjøre slike møte-øyeblikk hvor fornemmelser og følelser får plass lettere å oppnå (Hart, Schwarz, 2014, s.108). Asymmetri går mot symmetri, instabilitet går mot stabilitet og spedbarnet har nok fleksibilitet og ro til å kjenne sin indre tilstand. Begge parter må tilpasse seg for å holde spedbarnet innenfor et behagelig spenningsnivå med ansiktsuttrykk, prat, fakter og kropps-språk (Stern, 2003 s. 139). Når spedbarnets og omsorgspersonens bevegelser er synkronisert eller tidsmessig koordinert, deltar de i et aspekt av den andres opplevelse. I dette skapes et rom der noe nytt oppstår, et rom for utvikling av spedbarnets forskjellighet fra moren. Stern omtaler disse samspillssekvensene

som små danser som tjener som prototyp på barnets senere mellomenneskelige relasjoner. Her utvikles også evnen til å være alene. Slike autentiske møteøyeblikk skaper tid og rom som er selve kjernen i selvutvikling (Stern, 2003, Hart, Schwarz, 2014, s.108).

I historien understrekes at trygghet gir fleksibilitet til utvikling. Dette står også sentralt i psykomotorisk teori. Tilstivning av kroppsholdning, pust og bevegelser er tegn på at vanskelige følelser blir holdt fast og ikke får uttrykksrom. Fleksibilitet i kroppsholdning og muskulatur, omstillingsevne i pusten og i personen, her spedbarnet, er avgjørende for deltagelse og utvikling. (Thornquist, Bunkan, 1986 s. 27). Psykomotorisk tenkning er også opptatt av pausene, det rommet der det gis tid til å være stille sammen for å kunne fornemme seg selv, kjenne hva en fornemmer og ha mulighet til å få tak i det innefra, slik at det kan deles. Stern understreker hvor viktig det er å respektere små pauser der spedbarnet velger å se vekk. Det er pausen som gjør det positivt å komme tilbake til kontakt. Å kunne påvirke omsorgspersonen, medvirker til regulering av følelser som igjen gjør at positive følelser varer lenger og gir stabilitet i relasjonen. Stabilitet, fleksibilitet og følelses-nærhet er viktige begreper i psykomotorisk fysioterapi. Utvikling krever mellomenneskelig kontakt som er trygg nok til at ugunstig spenning slipper og gir bevegelse.

4.5 Spedbarn 5

4.5.1 Vignett: Motorisk uro, strekkeovervekt: Jente som var urolig og aktiv, smilende og blid, samtidig utilpass og vondt i magen

Jente som var veldig urolig og aktiv, men samtidig smilende og blid. Mor virket sliten og også litt avmålt i forhold til barnet sitt. Når moren ga spedbarnet oppmerksomhet, så hun på mammaen sin og smilte, slukte henne med blikket. Hun smilte fra hun var ganske liten. Men det var også strekk i kroppen og vanskelig å roe henne. Hun hadde mye magesmerter og smerter når man berørte mellom skulderblad og oppe i nakken. Hun hadde i tillegg til generell uro forøkt strekk i bevegelsesmønstrene. Barnet så ut til å ha det bra, men hadde det samtidig ikke bra i kroppen. Hun hadde vært hos manuell terapeut mange ganger.

Fysioterapeut tenkte at det er ikke alltid vi kan finne ut hvorfor det er symptomer. Når spedbarn skriker mye kan det bli vanskelig for foreldrene å få god kontakt med dem.

Foreldrene kan bli så slitne at de ikke ser når barnet trenger kontakt. Når barnet er stille og

våkent får det ligge alene. Foreldrene vil hvile når barnet endelig er stille. Dermed må barnet bli urolig igjen for å oppnå kontakt.

Til denne vignetten blir det presentert to samtaleutdrag fra to informanter om samme tema:

4.5.2 Samtaleutdrag 1:

Informant: jeg tenker.. moren må få roet barnet før hun kan ha denne gode turtakingen.

Intervjuer: mm..

Informant: da er hun avhengig av å finne en stilling for babyen som det er greit å være i.. og det er vel der jeg ser forskjell, de som har spedbarn som skriker mye, de får ikke den gode kontakten med ungen sin, det blir masse bæring, og det er slitsomt..

Intervjuer: ja?

Informant: kanskje blir moren så sliten at hun ikke klarer å se når barnet er «på» heller..

Intervjuer: nei, når barnet vil snakke?

Informant: ja for da er barnet rolig, og da.. (viser oppgitt holdning)..

Intervjuer: da er mammaen utslitt?

Informant. ..ja..

Samtaleutdrag 2:

Informant: I en del av de tilfeller der spedbarnet er urolig så ser jeg spedbarn og foreldrene, som ikke møtes helt i kommunikasjon. Barnet prøver å uttrykke noe og foreldrene klarer ikke helt å møte det, eller gir ikke nok tid for spedbarnet å uttrykke seg..

Intervjuer: mm..

Informant: det er veldig vanlig at et spedbarn skriker og da snakker foreldrene; oi, oi, oi, holde, holde, riste, riste, vugge, vugge, men de tar seg kanskje ikke tid til å la barnet få en liten pause..

Intervjuer: mm..

Informant: det er det som slår meg; som at du og jeg sitter og snakker, og jeg prater på inn-pust og ut-pust, og hver gang det blir litt stille så tørr jeg ikke å høre stillheten.. så jeg fyller den med å prate.. det er det jeg opplever noen ganger hos foreldre..

Intervjuer: hm..

Informant: de er ikke tunet helt inn på spedbarnet. Spedbarnet prøver å uttrykke noe, og må få tid og rom til å bli ferdig å uttrykke det.. før foreldrene er på igjen..

Intervjuer: ja?

Informant: og spedbarnet viser det ved å gråte, ved å være stiv i kroppen, ved å stive av, men så på en måte roer det seg... i gåseøyne, «roer det seg».. i alle fall i foreldrenes tolkning.. fordi man rister på det blir spedbarnet distraheret. Det er ikke sikkert det tar vekk det problemet spedbarnet har, men det blir distraheret nok til at det ikke skriker mer.. og da tror foreldrene at det er det som hjelper..

I: mm.. jeg skjønner..

C: istedenfor å prøve å roe situasjonen ned, komme litt på samme frekvens som spedbarnet, i forhold til å forstå det, hva er det du prøver å fortelle meg nå?

4.5.3 Resultat

Spedbarnet i vignetten var aktiv, smilende og blid, men samtidig urolig og utilpass, med magesmerter og forøkt strekk i kroppen. Historien gir et motsetningsfullt inntrykk av spedbarnet; det har det bra, men ikke bra i kroppen. Fysioterapeuten vektlegger at foreldre noen ganger kan bli så slitne at de ikke ser et spedbarns behov. Det kan bli en tidsmessig u-rytme mellom dem. Når spedbarnet er stille og klar for kontakt og samvær, kjenner omsorgspersonen på sin slitenhet og vil hvile seg. Det føles tungt for foreldre ikke å få god kontakt med barnet sitt. Når nærhet og positive følelser får mindre plass kan samværet bli «avmålt». Den andre informanten er også opptatt av mangelen på rytme i samværet, at omsorgspersoner ikke alltid klarer å møte spedbarnet og gi det nok tid til å uttrykke seg. Å rugge og riste spedbarnet kan forsterke dets uro og ubehag eller spedbarnet kan gi opp. Slitenhet og negative følelser kan ta mye plass. Fysioterapeuten sier at slike inntoningsvansker er vanlige, og et viktig element kan være at spedbarnet får for lite rom og tid.

Spedbarnet kan roe seg fordi det lærer hva foreldrene vil oppnå mer enn at det får hva det trenger mest innenfra, det blir mer distraherert enn forstått. Fysioterapeuten vektlegger at spedbarn forteller noe med uttrykket sitt. Det er viktig å finne rytme og komme på samme frekvens.

Tema i fortellingen er å komme inn i «onde sirkler» som forsterker uheldige samspillsmønstre og bevegelser. Følelser og intensjoner hos omsorgsgiver og spedbarn er i konflikt med hverandre. Spedbarnet smiler og vil ha kontakt, men viser også kroppslig at noe er vanskelig. Dette forteller mye om spedbarns kapasitet og intense vilje mot å forsøke å få det de trenger. Spedbarnets symptomer med strekk, magesmerter og uro tyder på at det har det vondt og vanskelig men likevel forsøker å opprettholde kontakt med omsorgspersonen. Spedbarnets symptomer kan bety at omsorgspersonen har vansker med å tune seg inn på barnets rytme og frekvens. Kanskje er det lettere for moren å gjøre noe aktivt med barnet enn å finne rytme sammen med det. Når vi gjør noe aktivt kjenner vi også følelsene våre mindre. Her kan det være sentralt å finne ut mer om hvordan moren har det. Fokus mot hvordan omsorgspersonen tenker og føler kan være en gunstig innfallsvinkel til mer ro og nærhet i relasjonen og være positivt for spedbarnets helse. I intervjuene understreker fysioterapeutene at slitenhet, oppgitthet og vansker med å bli kjent kan forsterke onde sirkler med skriking og risting. Å finne ro sammen med barnet, kan innebære hjelp til å være i det usikre, der man ikke gjør så mye, men venter og regulerer seg sammen uten helt å vite svaret. Når omsorgspersoner, som andre, blir redde, slitne og frustrerte mister de noe av sin sensitivitet. Kroppslig vil også omsorgspersonen bli «stivere» og det kan bli stadig vanskeligere å forstå hva skriking og uvanlige bevegelser hos spedbarnet handler om. Hvis spedbarnets kroppslige språk blir overkjørt vil det koble seg mer vekk fra egne kroppslige fornemmelser.

Utvikling finner sted i det potensielle rommet som ligger mellom moren og barnet. Hvis omsorgspersonen i stor grad ikke greier å tilpasse seg barnet vil dette påvirke personlighetsutviklingen. Fysioterapeutene understreker at det er vanlig at det er vanskelig for omsorgspersoner å tune seg inn på spedbarnet og at spedbarnet ikke får tid til å uttrykke seg. Spedbarn søker aktivt etter tilstand av interpersonlig følelse av kontakt, og svikt i slik kontakt skaper ødeleggelse i fysisk og psykisk helse (Tronick, E, 2005, s. 293). Når reguleringen og samspillet blir overkontrollert kan det bli vanskelig for barnet å kjenne egne

fornemmelser. Både Winnicot og Stern beskriver overstimulering og for mye kontroll som mulige risikokilder til uheldig utvikling og kompenserende mekanismer i barnets selvutvikling med risiko for framtidig helse (Hart, Schwarz, 2014).

Fysioterapeuten knytter anstrengt respirasjon, « å snakke på innpust og utpust» til en anstrengt relasjonell situasjon. Vi puster forskjellig avhengig av hvordan vi har det følelsesmessig. Når vi føler oss utrygge eller urolige, puster vi overfladisk og raskt, får mer aktiv inspirasjon og også aktiv ekspirasjon. Når vi har det godt, slipper vi pusten mer fri og lar den gå med lite muskulær innsats og styring. (Thornquist E, Bunkan, 1986, s.30). Dette gjelder også for spedbarn. Hos spedbarn med kroppslige avvik som ekstensjonsovervekt og stivhet vil en ofte se og kjenne stivhet i brystkassen, overfladisk pustemønster og høre om vansker knyttet til respirasjon og lungefunksjon. Med mye strekk i bevegelsesmønsteret og overfladisk respirasjon blir det ofte ugunstige forhold for fordøyelsen, og kolikkplager kan oppstå. Å kunne bruke stemmen og lage lyder krever også at pusten får flyte forholdsvis fritt, og spedbarn med uro og strekk vil ofte ha lite volum i lydene sine. Mange kroppslige forhold kan bli roligere hvis de intersubjektive møtene blir styrket. Behandling av en stiv rygg vil i psykomotorisk tenkning bare være til varig hjelp hvis følelsene som holdes fast også blir adressert i relasjon og dialog. Kroppslige avvik og ubehag hos spedbarn kan være diffuse og uhåndgripelige, og vanskelig å formulere i ord. Somatiske symptomer og problemstillinger blir noe konkret som man kan sette ord på og få hjelp for (Brodèn, 2000, s. 322).

4.6 Spedbarn 6

4.6.1 Vignett: Passivitet, forsinket utvikling. Jente som er stille og smilende. Trenger lite.

Det var en veldig rolig jente. Hun viste lite nysgjerrighet. Faren var hjemme, mor på jobb. Babyen var pyntet og fin, lå og smilte. Ei søt, nydelig jente. Hun lå på gulvet og smilte og smilte, men beveget seg veldig lite.

Fysioterapeuten fikk vite seinere at mor var psykisk syk. Mor var aldri hjemme ved fysioterapeutens hjemmebesøk. Far tilrettela for at fysioterapeuten kunne jobbe med barnets motorikk. Fysioterapeuten oppfattet det som barnet var redd for å bevege seg. Etter hvert kom hun i barnehage. Far fulgte fortsatt opp, mor var fraværende. Barnet fortsatte å være motorisk forsinket og utrygg, forsiktig og stille. Hun krevde lite. Hun utviklet allergi, og ble

utredet for dette. Fysioterapeut tenkte at det at hun beveget seg så lite som baby hadde noe med relasjonelle forhold å gjøre, men fikk ikke helt tak i det, og tiden gikk uten at oppfølgingsfokus blir endret. Barnet strevde videre med forsinket bevegelsesutvikling, læringsvansker og sosiale vansker. Allergi-problemene ble et hovedfokus for tiltak. Det ble tenkt at barnet må ha en diagnose, men at man ikke hadde funnet den.

4.6.2 Samtaleutdrag

Informant: jeg synes barnet viste veldig lite nysgjerrighet, var veldig rolig, og foreldrene oppfattet henne som rolig og snill. Hun var pyntet som baby; fin kjole, veldig søt, nydelig jente, og smilte! Lå der og smilte og smilte, men beveget seg veldig lite.

Intervjuer: så det ble en kontrast?

Informant: ja, det ble det! Og så ble vi jo kjent.. hun begynte i barnehage etter hvert, og hun var redd for å bevege seg, veldig tilbakeholden, vanskelig å finne balansegangen mellom det som var trygt, men allikevel ga bevegelsesglede og mestring; en passe utfordring.

Intervjuer: mm..

Informant: jeg fikk vite i etterkant at mor var psykisk syk, og det tenker jeg barnet bærer preg av.

Intervjuer: ja..?

Informant: det jeg så av begrenset bevegelsesrepertoar var kanskje fordi foreldrene, særlig mor da, som var syk.. kanskje ikke møtte det barnet. Hun var så søt og så snill og så blid. Det var det mora ville formidle om jenta.

Intervjuer: hm

Informant: så jeg kjente at jeg syntes det var ekkelt, jeg hadde en dårlig magefølelse. Hva handlet det her om? Jeg brukte på en måte hele meg for å få henne til å bevege seg, for å få henne til å rulle seg rundt, spilte på alt jeg hadde. Jeg syntes det var veldig rart, jeg fikk ikke tak i hva det handlet om..

Intervjuer: har du andre tanker i dag, det høres ut som dette har vært med deg?

Informant: mm, det er klart det var ikke enkelt, det var ikke åpenhet rundt mors psykiske lidelse.

Intervjuer: nei? Hva er det denne jenta formidler at hun trenger i dag?

Informant: veldig lite.

Intervjuer: hun trenger veldig lite?

Informant: Ja, det har det vært hele tiden, hun smiler og er fornøyd.

4.6.3 Resultat

Fysioterapeuten forteller om et spedbarn som var rolig og blid, men som viste lite nysgjerrighet, beveget seg lite og var forsinket i utviklingen. Barnet viste en kontrast i sine uttrykk mellom å være lite aktiv og lite nysgjerrig og samtidig være veldig blid og smilende. Spedbarnet smilte og smilte, som om smilingen ikke var sosialt inntonet til øyeblikket. Barnet ble fulgt opp i hjemmet. Babyens mor var aldri hjemme når fysioterapeuten var der. Babyens far oppfattet forsinket utvikling som babyens vanske, og la til rette for at fysioterapeuten kunne behandle barnet. Fysioterapeuten mente at barnet var redd for å bevege seg, og hun syntes det var vanskelig å vite hva som opplevdes trygt for henne. Hun ble klar over at spedbarnets mor hadde psykiske vansker og koblet barnets forsinkelse, passivitet og væremåte til morens fravær og psykiske helse. I samtalen sier hun at det begrensede bevegelsesrepertoaret hos spedbarnet kan ha hatt sammenheng med at barnet ikke ble møtt. Hun tenker at barnets uttrykk fortalte noe om hva moren ønsket at barnet skulle være mer enn hva barnet var i seg selv. Fysioterapeuten hadde en dårlig magefølelse, som var vanskelig å forstå og tenke rundt. Hun opplevde at mangel på åpenhet gjorde det vanskelig å være til hjelp. Barnet fortsatte å ha vansker som delvis forble de samme og delvis forandret seg med et hovedinntrykk at hun ba om lite fra andre.

Historien gir fornemmelse av at fravær, mangel på kontakt og triste følelser står sentralt i vanskene til spedbarnet, et inntrykk av at spedbarnet trenger noe som fysioterapeuten ikke kan gi henne ved sine ukentlige besøk. Barnet synes å ha behov for mer forutsigbar relasjonell nærhet fra sensitive omsorgspersoner som ser hennes behov. Å bli sett og speilet i en omsorgspersons ansiktsuttrykk er grunnleggende for at spedbarnet skal internalisere opplevelsen av å ha et selvstendig selv og kunne gi uttrykk for behovene sine.

I historien brukes både «å kreve lite» og «å trenge lite» om barnets videre utvikling. Kanskje kan det å kreve lite være resultat å ha fått lite. Å trenge lite kan bli en del av en personlig måte å være på som etter hvert også forsterker at barnet får mindre nærhet enn hvis det hadde «krevet» seg. Samtidig opplever fysioterapeuten spedbarnet som redd, det er vanskelig å få henne til å bevege seg. Kanskje innebærer den kroppslige ubevegeligheten et viktig følelsesinnhold er bundet opp og vanskelig å få tak i. Man får inntrykk av at det finnes en mor som bryr seg om barnet sitt, hun pynter henne og vil vise at hun er fin, men er samtidig fraværende. Faren er til stede og gir omsorg, men det er usikkert hvor nær han er for barnet. Det er mye vi ikke vet. Fysioterapeuten forteller at hun hadde en dårlig magefølelse i den tidlige spedbarns-tiden og at noe var ekkelt. Slike følelser kan si noe om et alvor i den lille jentas situasjon. Barnet fortsetter å ha kroppslige vansker i nye former. Man kan tenke at barnet får en del omsorg gjennom symptomer som trenger oppfølging. Samtidig kan det bli stadig vanskeligere å finne veier inn til nærvær og reell kontakt.

Barnets utvikling bæres framover av en «fasiliterende omverden» der god nok morfunksjon og støttende omsorg står sentralt (Hart, Schwartz, 2014, s.45). I tilknytningsteori vektlegges at adskillelse fra tilknytningspersonen framkaller tilknytningsadferd. Tilknytningsadferd kan også være mangel på bevegelse og uttrykk, eller konstante smil som sikrer barnet mest mulig forutsigbar omsorg. Ifølge Winnicot blir tilknytningsadferd tydelig blant annet hvis omsorgspersonen er fraværende. Omsorgspersonen kan være så emosjonelt fraværende at hun ikke «ser» barnet sitt eller kan nå ut og møte det (Brodén, 2000). Ved en forstyrret håndtering eller manglende håndtering, kan psyken utvikle en eksistens som bare løst er knyttet til kroppen og de kroppslige opplevelsene, og dermed registreres ikke fysiske opplevelser psykisk i nødvendig grad. De kroppslige symptomene eksisterer adskilt fra det subjektive og opplevde (Hansen, 2012, s. 59). Når spedbarnet ikke får nødvendig emosjonell støtte kan avmaktsfølelse og tilbaketrekning oppstå (Benum 2007, s. 29). Smiling uten affektiv deling- er et sterkt forsvar og kan sees på som en dissosiasjon, der behovet for tilknytning blandet med behovet for beskyttelse gir et stumt uttrykk, et smil uten innhold og en kroppslig mangel på liv og bevegelse (Benum, 2007, Stern, 2003). Erfaringer med mangel på interaksjon gir generaliseringer og hukommelsesstrukturer om måter å forholde seg på i relasjoner. Hvis de hindringer som står i veien for å oppnå behovet for emosjonell bekreftelse vedvarer og ikke kan overkommes, kan tilbaketrekning og adskillelse bli resultatet (Stern, 2003).

Sterke følelser som ikke få et bevegelsesuttrykk vil gi økt muskelspenning i spedbarnet (Sheets-Johnstone, 1999b s. 265). Økte muskelspenninger som står over tid vil etter hvert gi symptomer. Slike spenninger kan omsjaltet til andre organsystemer enn muskulaturen (Bunkan, 2001 s. 23). Fra tidlig spedbarnsalder kommuniserer spedbarnet visuell erfaring av den andre med koder som er koblet til «kropps-selvet». Det spedbarnet ser av omsorgspersonens kroppslige adferd er reflektert og levd ut som egne motoriske muligheter. Kropps-skjemaer er lært i relasjoner og derfor ikke påvirkelige for mekanisk endring ved ren trening. Det relasjonelle innholdet med utforskende deltagelse, utvidelse av opplevelse og evne til å ta spedbarnets perspektiv blir sentralt (Hansen, 2012, s. 59). I psykomotorisk tenkning vektlegges det å se etter det som har stoppet opp i bevegelsene, i reaksjonene, i ytringene og i pusten. For å få gang bevegelse må det være trygt nok. Når vi slipper mer i muskelspenninger og kontroll, slipper vi alle, også spedbarn, både mer til oss og mer fra oss (Ianssen, Øvreberg, m.fl. 1997, s. 29, 87).

4.7 Spedbarn 7

4.7.1 Vignett: Passivitet. Forsinket utvikling, svak på alt

Spedbarn som hang etter motorisk og var litt svak på alt. Han var forsinket på kommunikasjon og i forhold til å lage lyder. Også forsinket i forhold til å møte blick og i forhold til å ta tur i dialog. Han beveget seg lite. Men så hadde han noen «rykk» i utvikling på visse tidspunkter hvor det gikk tydelig framover. Rundt jul gikk det fint framover, så stagnerte det igjen. Rundt påske gikk det også tydelig framover i bevegelsesutviklingen. Fysioterapeut undret seg. Det går bedre i feriene? Hun tar det opp med en annen fagperson på arbeidsplassen som sier spontant: «..men pappaen har jo hatt fri!». Fysioterapeuten kommenterer videre at moren til dette barnet virket lite aktiv mot barnet, litt lite responderende og litt «flat» i uttrykket sitt. Kanskje fikk ikke barnet de oppfordringer til aktivitet og dialog det trengte i samspillet med moren, men fikk mer utviklingshjelp når faren var hjemme? Var det faren som utgjorde forskjellen i barnets utviklingsrytme?

4.7.2 Samtaleutdrag

Informant: de var jo flere ganger hos meg, og moren var ikke så veldig responderende, litt flat i uttrykket...

Intervjuer: jeg forstår..

Informant: mens far var litt mer.. herjet litt og tøyset litt, så oppmuntringen til å få til, som spedbarnet kanskje dro veksler på når far var mer hjemme...

Intervjuer: det ble en forskjell?

Informant: det ble en forskjell ja, og jeg tror når jeg tenker tilbake at her var det far som var forskjellen!

Intervjuer: ungen følte noe annet da, eller..?

Informant: ble møtt tydeligere og også tydeligere oppfordret til å være litt aktiv..

Intervjuer: ja..?

Informant: mens mor.. hverken krevde noe eller ga mye, litt lite respons..

Intervjuer: barnet fikk lite respons?

Informant: barnet fikk lite respons fra mor. Jeg tror ikke det var en deprimert mor, men jeg tror det var en mor som var litt mer tilbakeholden.

Intervjuer: så hvis man ikke får respons, så kan noe stoppe opp, der det du sier?

Informant: ... ja, det tenker jeg jo er litt uhyggelig!

4.7.3 Resultat

Fysioterapeuten forteller om et barn som var forsinket i utviklingen, men som hadde framskritt, «rykk i utvikling» som hun koblet til perioder hvor faren var hjemme. Hun reflekterer over at spedbarnets far må ha utgjort en viktig forskjell for spedbarnets utvikling ved å være tydelig og aktiv i sin væremåte sammen med spedbarnet. Moren var mer tilbakeholden, mindre tydelig og spedbarnet fikk lite respons fra henne. Hun hverken krevde eller ga så mye i samspillet. Fysioterapeuten tenkte at morens væremåte reflekterte hennes personlighet. Hun var en tilbakeholden person, og lite uttrykksfull også i forhold til barnet sitt. Spedbarnet fikk slik historien fortelles, for lite utviklingsstøtte og ble forsinket både i bevegelsesutvikling og sosialt. Hun var svak på alt. Samtalen fører fram mot en alvorlig innsikt knyttet til at lite nærvær og tydelighet fra omsorgspersonen kan ha svært uheldige konsekvenser for et spedbarns utvikling.

Spedbarn er fra fødselen av aktive og kompetente med-skapere og medspillere i samspillet med omsorgspersonen (Hart, Schwartz, 2014, s.101). Fysioterapeuten får henvist barnet som følge av forsinket bevegelsesutvikling, og registrerer morens måte å være på i samspillet som betydningsfullt for den forsinkede utviklingen. Å være flat i ansiktet, gi lite og være tilbakeholden kan være tegn på nedsatt emosjonell tilgjengelighet. Positiv interesse for moren situasjon kan gi informasjon om faktorer som påvirker spedbarnets utvikling. Vi vet lite om mor og barns historie, om hvordan hverdagen deres fortøner seg, men ser forsinket utvikling for spedbarnet og tilbakeholdenhet hos moren. Noe er vanskelig. Den forsinkede utviklingen kan være spedbarnets måte å uttrykke dette på. Spedbarnets livsverden gir ikke optimale utviklingsbetingelser, hun trenger mer. Det kan virke som både mor og barn trenger oppmuntring, støtte og bekreftelse for å føle seg sett og få styrket positive følelser av å høre sammen. Kanskje er dette et spedbarn som ikke skriker og blir urolig, men som trekker seg tilbake og blir stille ved mangel på tydelighet og nærhet i samspillet. I så fall kan resultatet for spedbarnet bli alvorlig ved at det former forventninger til hva som skjer i relasjoner og forsterker en kroppslighet som reflekterer tilbaketreking. Det kan nettopp være ved forsinkelse og stillstand eller ved vitalitet og framgang i bevegelsesutviklingen at spedbarnet viser om det får den affektive og relasjonelle støtte det trenger.

Spedbarn er forskjellige med ulike reaksjonsmønstre og temperament (Brodèn, 2000, s. 171). Temperament kan observeres ut fra en rekke faktorer, bl.a aktivitetsnivå, rytme, intensitet og tilpasningsevne. Til en viss grad reagerer spedbarn på ulemper og mangler ved å gjøre mer ut av det de allerede gjør; livlige og aktive barn blir mer aktive, og rolige barn går mot passivitet (Brodèn, 2000, s. 173). Å smile og ta tur i samtale krever at det er noen å smile til og snakke med. Når koordinert følelsesmessig repertoar og mønster hos spedbarnet umiddelbart samspiller med følelsene i samspillspartnerens uttrykk, utgjør dette primær intersubjektivitet (Colwyn Trevarthen, 2011, s. 121). Spedbarnet tilpasser sin subjektive kontroll til andres subjektivitet og det dannes et interaktivt reguleringsmønster. I dette spedbarns-eksempelet kan man tenke at det dannes et reguleringsmønster mellom spedbarn og moren som ikke fremmer utvikling for spedbarnet. Manglende affektregulering kan ha alvorlige konsekvenser for et spedbarns utvikling (Hansen, 2012, s. 68). Ansiktsuttrykk, blikkretning, stemmeleie, kroppsbevegelse og tidsmessig plassering av respons er affektive uttrykk (Hansen, 2012, s. 65, Sheets-Johnstone, 1999b, s. 265). Avhengig av hva

omsorgspersonens uttrykk viser av affektivt innhold vil spedbarnet reagere forskjellig. Spedbarnet er avhengig av en imøtekommende respons fra omsorgsgiver for at positiv emosjonell utveksling skal skje. I dette eksempelet oppfattes mor som flat i uttrykket, hun gir lite, utvikling stopper opp. Når et spedbarn som ikke speiles i morens øyne vil ikke barnets eksistens bekreftes ikke i samspillet, og det kan bli mer oppmerksom på morens ansiktsuttrykk og stemning enn sine egne fornemmelser (Hart, Schwartz, 2014, s.49). Det kan da begynne å orientere seg ut fra kognitive funksjoner og det som er utenfor seg selv, mens egne fornemmelser og følelser holdes borte fra samspillet. Når en omsorgspersons ansikt er uttrykksløst, og hennes respons, livlighet og normale muskeltonus overfor barnet er lav framkaller det tilsvarende trekk hos spedbarnet (Hart, Schwartz, s. 146). Det kan oppstå onde sirkler der manglende livlighet hos spedbarnet deretter oppfattes som avvisning av omsorgspersonen (ibid.). For dette spedbarnet synes var faren den livlige og responderende omsorgspersonen som utgjorde en viktig forskjell.

I psykomotorisk tenkning er man opptatt av å innføre små forskjeller som kan tas imot av den andre. Hvis endringer blir for uvanlige eller store, går vi gjerne i forsvar og trekker oss lenger unna. (Tom Andersen i Ianssen, Øvreberg m.fl. 1997 s. 173). Noen ganger kan hjelp til en liten endring i tilnærming til et spedbarn gi det stor endring i livlighet og spontanitet.

5.0 Drøfting

I dette drøftingskapittelet samles tema fra resultatdelen som er særlig egnet til å tydeliggjøre hva spedbarn forteller med sine kroppslige uttrykk. Analyse av vignettene og samtaleutdragene i resultatdelen fremhever samlet noen viktige hovedmomenter: Overvekt av positive følelser og utvikling av kroppslig stabilitet henger sammen. Spedbarn viser kroppslig at de søker etter trygghet og trenger å dele. Forståelser for spedbarns kroppslige uttrykk og psykomotorisk kroppsforståelse har fellestrekk som kan utfylle hverandre.

5.1 Positive følelser og kroppslig stabilitet

Spedbarn er avhengig av å komme mot kontakt med omsorgspersonen for å utvikle interpersonlig relatering og en sammenhengende selvfornekkelse (Hart, Schwartz, 2014, s.121). Resultatene underbygger at utvikling av kroppslig stabilitet slik vi ser det i den

normale bevegelsesutviklingen også handler om å bli møtt og sett, om å få overveiende positivt ladete emosjonelle samspills-erfaringer, og komme tilbake til kontakt etter pauser i samhandling. Den primære form for affektkommunikasjon og affektregulering foregår i det dyadiske samspillet og spedbarnet har en sterk intersubjektiv intensjonalitet (Stern, 2003, Trevarten, 2011). Spedbarnet søker og trenger blikk-kontakt og oppmerksomhet, men er også preget av ustabilitet i motorisk kompetanse og nevrologisk modenhet, og vil bare gradvis og med mye støtte kunne regulere tilstandene sine (Hansen, 2012,s. 67).

I denne interaksjonen skjer også den normale kroppslige stabilitets- og bevegelsesutviklingen. Normal bevegelsesutvikling for spedbarnet handler om samspill og møteøyeblikk mellom spedbarn og omsorgsperson. Et fenomenologisk subjektært utgangspunkt fremhever at spedbarnets utvikling fysisk, emosjonelt og kognitivt skjer i samtidighet selv om ulike utviklingssider har ulike uttrykk. Å ha en fornemmelse av stabilitet eller instabilitet er både kroppslige, følelsesmessige og mentale tilstander samtidig. Fysioterapeutene bruker mange ulike uttrykk om det kroppslige samspillet som gir stabilitetsutvikling og intersubjektive møteøyeblikk. Uttrykk som «reiring», «få hjelp til å være stabil», «bli samlet og komme i dialog», «få hjelp til ro i kroppen», «et kroppslig rom for kommunikasjon», «balanse i kroppen for turtaking» og «bøyemønster og kontakt med kroppens forside» er noen av dem. Fysioterapeutene assosierer slik kroppslig tilrettelegging for stabilitetsutvikling med følelser hos spedbarnet som: «å slippe å være alene», «få kjenne nærhet», «ha noen å « snakke » med», «føle seg trygg», «bli møtt og forstått» og «trenge støtte, tid og pause». De avvikende kroppsuttrykkene som kommer fram i vignettene assosieres med følelsesuttrykk hos spedbarnet som «å trekke seg unna», «være engstelig», «noe er for mye», «velge bort», «føle seg stresset», «ha fått nok», «trenge trøst», «være på søken etter noe», eller «prøve å få oppmerksomhet». Et hovedinntrykk er at asymmetriske, ekstensjonspregete og uroligere kroppsuttrykk representerer vansker i utviklingen med betoning av utrygghet og negativt ladete følelser og manglende reguleringshjelp.

Å komme mot omsorgspersonen, følelse av behag, smil og positiv affekt varierer sammen med normal bevegelses- og stabilitetsutvikling. Forsterkning av positiv affekt i relasjonen og normalmotorisk utvikling har sammenheng. Dette betyr ikke at alle relasjonelle interaksjoner til enhver tid må ha positiv affekt. Negativ affekt er også vanlig og viktig i utvikling (Stern, 2003, Tronick, 1989). Det sentrale er om relasjonelle brudd og negativ

affekt fører til reparasjoner i samhandling som gjør at spedbarnet overveiende kommer tilbake til øyenkontakt, gjenopptar samspillet og blir møtt med regulering fra omsorgspersonen (ibid.).

5.2 Kroppslig ensomhet og søken etter trygghet

Vignettene i oppgaven presenterer hovedsakelig spedbarn med avvikende bevegelsesmønster knyttet til økt muskelspenning i kroppen. De har økt spenning med ekstensjonsovervekt, i asymmetri og/eller med økt kroppslig uro. Selv om materialet er begrenset tyder funnene på at avvikende bevegelsesmønstre med økte muskelspenninger er kjente fenomener og vanlige oppfølgingssaker i klinisk praksis. Spedbarnet er grunnleggende sosialt og vil prøve å invitere omsorgspersonen til samvær (Hart, Schwartz, 2014, s. 146). Avvikende kroppslige uttrykk hos spedbarn som presentert i oppgaven kan tolkes som ulike måter spedbarnet prøver å oppnå kontakt med omsorgspersonen på eller måter det prøver å beskytte seg på. I alle eksemplene kommer det til syne grader av «for mye alene-het» for spedbarnet. Informantene bruker uttrykk som «hun prøvde å se etter oss», "hvorfor er det ingen som snakker med meg» «mer sannsynlig å få kontakt med mor når urolig» «trenger oppmerksomhet eller hjelp» og «vil bli møtt og få respons» Slike umiddelbare tolkninger fra informantene fremhever spedbarnet som kompetent og sosialt initiativtagende og inviterende til dialog. Spedbarn vil forsøke å opprettholde synkronitet og samstemthet med moren. I to-tre måneders alderen er gjensidig blick-kontakt, regulering av nærhet og avstand, utveksling av følelsesuttrykk, lyder og kroppssignaler svært viktige ingredienser i samspillet og for spedbarnets totale utvikling. Inntonet blick-kontakt og kroppslig regulert orientering mot omsorgsperson gir tilgang til indre fornemmelser og evne til å kjenne hva en trenger innenfra. Dette er viktig utgangspunkt for å føle seg trygg, sette grenser og regulere eget spenningsnivå videre i utviklingen. Spedbarn har allerede fra fødsel motivasjon og følelser som aktiverer dem mot intersubjektivitet (Hart, Schwartz, 2014, Trevarthen, 2011, s. 121).

Det er ikke uvanlig at foreldre har vansker eller utfordringer i sine liv som gjør dem mindre følelsesmessig til stede og åpne for spedbarnet. Livsvansker hos omsorgspersonen kan stenge for kontakt og dialog med spedbarnet. Uten omsorgspersonens reguleringshjelp blir spedbarnet prisgitt overveldende aktivering og forvirrende følelser (Hansen, 2012, s. 68). Hvis omsorgspersonen er uoppmerksom på spedbarnets behov eller på andre måter

forsterker overveiende negative følelser i spedbarnet kan det representere risiko for avvikende bevegelsesutvikling. Spebarnet som kompetent agerende subjekt vil forsøke å gjenopprette kontakt med sine kroppslige muligheter eller beskytte seg med å holde avstand eller vende oppmerksomheten andre veier. De avvikende bevegelsene blir synlige uttrykk for å trenge omsorg og trygghet. Spedbarnet trenger først og fremst en tilgjengelig omsorgsperson. Intense og negative affekter som ikke blir regulert, kan være dramatisk for spedbarnets videre utvikling og innebære irreversible kortikale prosesser med ødeleggelse av nevroner og underproduksjon av synaptiske forbindelser (Hansen, 2012 s. 68). Da er det en ressurs at spedbarnet kan vise at noe er vanskelig, med kroppslig ekstensjons-overvekt, skjevhet eller uro, men oppgaven viser t slike uttrykk kan være vanskelige å forstå. Når et spedbarn trekker seg tilbake og holder det affektive stresset ved ubevegelighet slik at utvikling stopper opp, kan det bli enda vanskeligere å forstå vanskene. Et ensidig fokus mot mulig sykdom i barnet kan da medføre at andre sammenhenger blir utelatt eller oversett. Alle kroppslige uttrykk for selektive inntoninger og feilinntoner som gjør at spedbarnet tilpasser seg et feilregulert system gir indre representasjoner og over tid økt fare for psykiske forstyrrelser (Hart, Schwartz s. 147). I studien er det sett på kroppslige avvikende uttrykk hos spedbarn og omsorgsgiver i et mikroperspektiv der spedbarnet får mest oppmerksomhet. Vi vet ikke nok om omsorgspersonenes følelser og livssituasjon i eksemplene, og har lite informasjon om den større konteksten rundt relasjonene. Mye kan tyde på at dette er viktige informasjonskilder til å forstå mer om spedbarns kroppsspråk.

5.3: Sammenhenger mellom forståelser for spedbarns kroppslige uttrykk og psykomotorisk forståelse

Alt vi utsettes for – som mennesker, som kropper – alle våre erfaringer er bestemmende for vårt følelsesliv og vår personlighetsutvikling (Thornquist, Bunkan, 1995, s. 21). Vi alle, også spedbarn, bruker holdning, respirasjon og muskulatur til å låse fast følelser som har oppstått i konfliktfylte situasjoner (Bunkan, Radøy, Thornquist, 1982, s. 121). Etablering av mønstre er et sentralt begrep i både i teorier om spedbarns utvikling og i psykomotorisk forståelse. Stern kaller det «skjemaer for å være sammen med» (Hart, Schwartz, 2014, s. 134) relatert til måter å være sammen på som gjentar seg i hverdagslivet med en annen. I psykomotorisk fysioterapi snakker vi om kroppslige mønstre som ekstensjonspreget eller fleksjonspreget og forsterkning av kroppslige mønstre over tid som medvirkende til helse og

sykdom. Felles i forståelsen er at de kroppslige automatiseringer og forsterkninger som vi har tatt i bruk fra tidlig i livet påvirker vår trygghet, balanse og følelse av kontroll i nye utviklingsperioder og situasjoner. Spedbarnstiden, særlig tiden mellom 2-7 måneder er vår mest kroppslige og affektivt utvekslende periode (Hart, Schwartz, 2014, s. 120). Både i psykomotorisk forståelse og i forståelser rundt spedbarns utvikling står kroppen sentralt, nettopp fordi kroppen er personen (Thornquist, Bunkan, s. 22). Det er fra en grunnleggende kroppslighet vi fremmer eller hemmer kontakt med oss selv, og det er særlig gjennom den intermodale sammenheng mellom blick og kroppslige fornemmelser av vårt grunnleggende kroppsbilde etableres (Gallagher 2001, s. 158). Den røde tråden i psykomotorisk tradisjon er å oppleve kroppen og oppleve via kroppen. Kropp og følelsesuttrykk, kroppsuttrykk og følelser knyttes hele tiden sammen (Thornquist, Bunkan 1995, s.20). Å bli trygg på det en kjenner og fornemmer innenfra, i kroppen, er sentralt utviklingsteori rundt spedbarn og i psykomotorisk fysioterapi tradisjon.

Synkronisering mellom to samspillspartnere er viktig som begrep i nyere spedbarnsteori (Tronick, 1989, s. 112, Hansen, s. 84). Kroppslig og relasjonell synkronisering er også sentralt i psykomotorisk fysioterapi. Å vente, gi pause og rom som oppleves passe i forhold til pasientens eller spedbarnets evne til å ta imot og være tilstede er sentralt. Psykomotorisk fysioterapi vektlegger at det vi ser i kroppsholdning, bevegelser og pust, det vi kjenner muskulaturen og ser og fornemmer i respirasjonen er utgangspunkt for å forstå (Øvreberg, Andersen, 1997), og for at noe nytt skal kunne tilføres og erfares. Gjentatte erfaringer med å komme mot kontakt og åpne seg for kontakt med den andre i trygge nok rammer er viktig både i psykomotorisk tenkning og i spedbarnets utvikling.

De kroppslige elementene med å kjenne kontakt med forsiden av kroppen, slippe spenning i kroppens bakside, kjenne fornemmelser fra magen, pusten som slipper til og fornemme ulike bevegelser skjer i en relasjonell kontekst. I tilnærming til spedbarn er mange av de faktorer man ser etter og vektlegger i psykomotorisk tenkning nyttige. Den kroppslig het som gir følelse av indre ro, følelse av å ha kraft og energi og ikke minst vite innenfra når det er på tide å stoppe opp eller endre noe, utvikles i samvær og samspill med gjentatte erfaringer over små kroppslige variasjoner og fornemmelser som blir tydeliggjort mellom to personer. Relasjonell synkronisering og regulering er sentralt i det tidlig utviklingsfremmende samspillet (Tronick, 1989, s. 112, Hansen, 2012 s.84), og er grunnleggende kroppslig. Ved

gjensidig synkronisert inntoning moduleres vårt angst- og stressnivå, og det påvirker fysiologiske så vel som nevrologiske prosesser (Hansen, 2012, s. 84). Hvis spedbarnet skal endre sitt spenningsmønster innenfor det som er trygt nok må det være noen der som evne til å gjøre lite, vente passe mye og møter behovet for å bli sett på en finstilt balanserende og stabiliserende måte. Det er snakk om kommunikasjon i et kroppslig mikroperspektiv (Hansen, 2012, s. 85). Her er veksling mellom interaktive brudd og reparasjoner et viktig element som spedbarnsforskning har trukket fram. Slike reparasjoner gir erfaring med at interaktivt stress og misforståelser er midlertidige og at følelser og handlinger kan forstås. Forsterkning av positive følelsestilstander er viktig for normalutvikling fordi det gir motivasjon og kraft til ny samhandling og læring (Hansen, 2012, s. 84) Tilføring av noe forskjellig og nytt som gir modifisering og tilstandsending er viktig i endringsprosesser (Hansen, 2012, s. 85), og gjenkjennbart både fra spedbarns utvikling, barnefysioterapi og psykomotorisk fysioterapi forståelse (Iannsen, Øvreberg, 1997, s. 162).

5.4 Metodediskusjon

Uansett hvilken forskningsstrategi en velger, vil forforståelse og teoretiske referanserammer skap forventninger til resultatene (Malterud, 2008, s. 169). Under prosessen med innsamling, bearbeiding og analyse av data vil min forståelse ha påvirket hva jeg har sett og forstått, siden det jeg selv har med meg av bakgrunn påvirker hva jeg har spurt etter og hvilken retning min oppmerksomhet har tatt i prosessen. Man kan ikke stille oss utenfor de tradisjoner som egen selvforståelse er en del av, men vi kan gjøre våre egne forståelser til gjenstand for kritiske undersøkelser (Thornquist, 2003, s. 153).

5.4.1 Forforståelse - prosess - resultater

I utgangspunktet var min tanke å forske på egen praksis. Jeg endret stilling til dette for i større grad å få tilgang til andre fysioterapeuters forståelse og skape avstand til egen subjektivitet (Paulgaard, 2005 s. 73). Ved semi-strukturerte dybdeintervjuer med fysioterapeuter som jobber med spedbarn og familier opprettet jeg mer distanse til data, samtidig som jeg kunne gjennomføre et arbeid relatert til eget fag- og interesseområde. Et feltarbeid i egen kultur forutsetter at forskeren både går inn og deltar innenfor de sammenhenger som studeres, og er i stand til å stille seg utenfor og velge ut, kategorisere og analysere de erfaringer som gjøres, på en mer systematisk måte enn vi gjør i dagliglivet

(Paulgård, 1997s.73). Noen forskere/forfattere har et avslappet forhold til studier i egen kulturkrets (Wadel, 1991), mens andre hevder at slike studier gjør analytisk distanse vanskelig å oppnå. For en utenforstående kan det være svært vanskelig å forstå en fremmed kultur, som fysioterapi til spedbarn og familier, mens den som kommer innenfra kan ha problemer med å oppnå distanse (Paulgård, 1997 s.71). Nærhet til eget fagområde kan ha gjort det vanskelig for meg både å utvide forståelse og komme nok i dybden i intervjuene, samtidig som den samme nærheten gjorde det mulig i hele tatt å forfølge problemstillingen. Analysen fortolkningsinndeling gjorde det oversiktlig å skille mitt eget ståsted fra fysioterapeutenes pasientfortellinger og teoretisk refleksjon.

Det var viktig å skape nok avstand mellom meg selv og forsknings-data blant annet for å kunne overholde krav til pålitelighet og gyldighet av resultater. Slik avstand fikk jeg også gjennom systematiseringen av data i tabeller, via mange innspill fra veileder og ved studentutveksling. Jeg hadde også kontakt med egen psykomotorisk veiledningsgruppe som ga faglige innspill tilknyttet problemstillingen. Dette ga viktige innspill til videre tenkning, teorilesning og forståelse for materialet. Kulturfortrolighet kan føre til kulturblindhet, og dermed ubevisst medføre at undersøkelsen blir ureflektert preget av egen forforståelse (Thornquist, 2003), samtidig vil data i all forskning etableres av ut fra forskeres forforståelse, ut fra de spørsmål og hypoteser de stiller, og ut fra de begreper, perspektiver og tankemodeller de benytter seg av (ibid.). I hermeneutisk vitenskapstradisjon i vår tid relateres forståelse ikke bare til det fenomen, de objekter og handlinger som skal forstås, men omfatter også den/de som fortolker disse fenomenene, og den forutforståelse de har (Paulgård, 1997 s.73, Malterud, s. 68). Resultatene i av min studie tyder på at spedbarns kroppslige uttrykk har meningsinnhold i relasjoner, noe min forforståelse tilsa. Studien ga også kunnskap om at spedbarns kroppslige meningsinnhold kan ha ulik betydning og være vanskelig å forstå i den enkelte situasjon.

5.4.2 Studiens gyldighet

Validitet handler om arbeidets gyldighet. Intern validitet eller troverdighet (Fangen, 2010, s. 237) angår om resultatet er gyldig for mitt utvalg, og om jeg kan sannsynliggjøre det. God kunnskap om det temaet som studeres er viktig (Kvale, Brinkmann, 2009). Jeg ønsket å unngå ledende spørsmål i intervjuene, samtidig som det var viktig å komme i dybden i forhold til problemstillingen. I gjennomgang av intervjuene så jeg noen ganger at jeg var

ledende i forsøk på å få fram mer forståelse og kunnskap mens jeg andre ganger kunne spurt andre spørsmål for å få mer informasjon om det enkelte spedbarn. Ledende spørsmål kan brukes for å sjekke pålitelighet i de svarene deltagerne gir, eller for å forsøke å få fram mer kunnskap som deltagerne selv holder tilbake eller ikke får så lett fram (Kvåle, 1997, Fangen, 2012, s.174). Å følge opp en persons svar med kontrollspørsmål er også en god måte å sjekke pålitelighet på (ibid.). Dette opplevde jeg noen ganger vanskelig fordi informantene hadde mye på hjertet, men handlet også om egen uerfarenhet i intervjuer-rollen. Det var for øvrig god flyt i samtalene og alle informantene ga uttrykk for at de hadde mer å snakke om rundt problemstillingen hvis tidsrammen hadde tillatt det. Intern validitet innbefatter også om selve intervjusituasjonen var trygg, forutsigbar og preget av gjensidig respekt og anerkjennelse. Informantene ga tilbakemelding på at intervjuet hadde vært en lærerik og faglig innholdsrik situasjon for dem.

Det er sentralt at transkripsjonen som ble gjort var nyttig og pålitelig for min forskning (Kvåle, 2015, s. 201). Gjennom nøyaktighet, flere stadier av transkripsjon og nøyaktige gjengivelser i vignetter og samtaleutdrag har jeg ivaretatt dette. Jeg valgte å sende de komprimerte vignettene tilbake til informantene for gjennomlesning. I etterkant av denne «sikkerhets-sjekken» av om historiene ble gjengitt slik de hadde fortalt dem, foretok jeg enkelte rettelser, presiseringer og ytterligere anonymisering. I skriveprosessen, har jeg gått tilbake til det transkriberte materialet mange ganger for å sikre at jeg forholder meg strengt til innhentet data i resultatdelen av oppgaven.

Det vil alltid være sårbart å innhente informasjon om hendelser i fortid, fordi historiene kan ha endret seg, være påvirket av hendelser etterpå og av situasjonen i dag. Informantene var svært engasjert i sitt eget materiale, det var «nært» for dem, og de bekreftet også historienes innhold da de ble presentert for dem i bearbeidet form.

5.4.3 Overførbarhet

Ekstern validitet viser til om resultatet er gyldig i andre situasjoner og for andre utvalg. Intervjuene produserte 12 ulike eksempler på spedbarns avvikende kroppsuttrykk der menings-innhold sto sentralt. De syv valgte vignettene ble brukt fordi de viste mest bredde og dybde i forhold til problemstillingen. I intervjusamtalenes utdyping rundt det enkelte spedbarn beveget samtalen seg stadig lenger bort fra mekanisk tenkning og årsak-virknings

innhold og ble rettet mer mot følelser mellom personene, livsforhold og meningsinnhold i vanskene. Spedbarns-eksemplene viser samlet stor variasjon i måter spedbarn og omsorgspersoner fungerer sammen på, og at avvik fra det som anses normalt er gjenkjennbart for fagpersoner helsevesenet. Dette kan tyde på at slike kroppslige avvikende uttrykk er vanlige. Et større materiale med flere informanter og flere ulike eksempler ville kunne styrket studien og vist klarere tendenser i materialet.

6.0 Oppsummering

Studien tydeliggjør at spedbarns kroppslige uttrykk, bevegelser, mimikk, lyder og symptomer, deres «kroppsspråk» har et relasjonelt meningsinnhold. Spedbarn kommuniserer behov og følelser med kroppene sine, og deres avvikende kroppslige uttrykk kan ha ulikt meningsinnhold som kan være vanskelig å forstå. Spedbarnet er del av et affektivt kommunikasjonssystem hvor dets målrettede bestrebelser støttes og suppleres av samspills- og omsorgsevnene til omsorgsgiveren. Omsorgsgiverens evne til å møte spedbarnets behov er en sentral del av et spedbarns virkelighet. Spedbarna forteller med sitt kroppslige uttrykk om regulering av følelser, egne og andres, om interaktiv suksess og om emosjonell reparasjon (Tronick, 1989, s. 112). Kroppsspråk og kroppsuttrykk handler om måter vi kommuniserer budskap på. Avvikende kroppslige uttrykk hos spedbarn oppfattes imidlertid lett som skade, vanske eller sykdom i barnet der man overser at sosiale prosesser også har kroppslige aspekter (Kirkengen, Thornquist, 2012, s. 1095). I psykomotorisk tenkning er det sentralt at kroppslige symptomer fungerer som «stoppsignaler» som tilsier at noe viktig må endres. Slik er kroppslige symptomer og kroppslig avvikende uttrykk i utgangspunktet normale beskyttelsesmekanismer som er ment å stimulere endring og forbygge sykdom og skade. Studien styrker forståelse av at spedbarn forteller med kroppene sine at de trenger mer omsorg og støtte, regulering av nærhet og sosial kontakt eller beskyttelse og trygghet i vanskelige situasjoner.

Kroppslige bevegelser som automatiseres i bevegelsesmønstre og indre kroppsskjemaer er motstandsdyktige mot endring (Gallagher, 2001). Økt forståelse for kompleksiteten i avvikende kroppslige uttrykk hos spedbarn kan være viktig i å forebygge kroppslige og emosjonelle vansker. Oppgavens funn tyder på at kroppslige avvik fra normalutvikling hos

Spedbarn representerer viktig informasjon om spedbarns helse, trivsel og omsorg. Kroppslige avvikende uttrykk forteller om følelser, behov og fare for overbelastning. Tiltak må ta dette på alvor, og inkludere spedbarnets omsorgssituasjon og livskontekst.

Spedbarnet er kompetente, men trenger nærhet og intimitet i relasjon med sin omsorgsgiver. Å være følelsesmessig alene i spedbarnsalder skader nevrologisk utvikling og senere evne til å relatere til andre mennesker. Et spedbarns kroppslige uttrykk er samtidig affektive beskjeder som spesifiserer og viser spedbarnets evaluering av om han eller hun lykkes i å oppnå sine utviklingsnødvendige relasjonelle mål (Tonick, 1989). Spedbarnet mellom 2-5 måneder har begynnende interpersonlig relatering, sammenhengende selvfølelse, egne avgrensede følelsesuttrykk og følelse av at andre er avgrensede partnere i samspill. Dette viser spedbarna også med sine kroppslige uttrykk, bevegelser og mimikk der de medvirker til å fremme, unngå eller stoppe samhandling på komplekse måter.

Spedbarns-forskning er i ferd med å fokusere utover følelsesutveksling ved ansikt til ansikt interaksjon som prioritert område. Med den kunnskap vi har om det samtidige i bevegelse og følelse er det viktig å ikke marginalisere fenomener som trenger utvidet oppmerksomhet (Downing, 2005, s. 429). For å forstå spedbarns følelser må de observeres og forstås som ekspressive uttrykk som involverer hele kroppen (ibid.). Dette er i samsvar med funn i mitt materiale og erfaringer fra praksis. Spedbarn formidler seg kroppslig og «snakker» kroppslig kompetent og komplekst om hvordan de har det.

Fagområdene barnefysioterapi og psykomotorisk fysioterapi kan utfylle hverandre og gi bidrag til hverandres forståelse. Kunnskap om spedbarnets relasjonelle utvikling vil styrke fysioterapeuters kompetanse. Psykomotorisk forståelse som vektlegger sammenhenger mellom følelser, muskelspenninger, respirasjonsforhold og relasjoner omfatter viktige perspektiv i forståelse for spedbarns kroppslige uttrykk. Psykomotorisk forståelse kan omvendt dra nytte av spedbarns-utviklingens fokus på å skape dialog, stabilitet og positiv affekt og kunnskap om barns bevegelsesutvikling. Andre fagdisipliner som utreder og følger opp spedbarn og barn generelt trenger å sikre at kunnskap om kroppslige uttrykks meningsinnhold integreres i oppfølgingsarbeid.

Oppfølging og behandling av kroppslige avvikende uttrykk hos spedbarn er et omfattende tema. Dette var et mulig fokusområde fra intervjuene som ikke ble prioritert i denne

oppgaven. Studien viser at fysioterapeuter er en ressurs i helsevesenet med sentral rolle i oppfølging av spedbarn med kroppslige avvikende uttrykk. I videre forskning rettet mot dette temaet kan fysioterapeuter med sin kroppskunnskap og kroppsforståelse være viktige bidragsytere. I slik forskning må fenomenologiske perspektiver som fremhever det subjektive menings- og følelsesinnholdet i spedbarns kroppslige uttrykk vektlegges.

7.0 Litteraturliste

- Benum, K. (2007) Når tilknytningen blir traumatisert: En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon, i Anstrup, T., Benum, K. og Jakobsen, M. (red.) *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. 2. Opplag. Oslo. Universitetsforlaget, s. 22-42.
- Binder, P.E. (2002) *Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald W. Winnicots teori*. Oslo. Unipub forlag og forfatteren.
- Braarud, H.C. (2007) *Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants*. Doktoravhandling. (Dr. psychol.) University of Bergen. Norway.
- Brodèn, M.B. (2000) *Mor og barn i ingenmannsland. Intervensjon i spedbarns-perioden*. København. Danmark. Hans Reitzels Forlag.
- Bunkan, B.H., Radøy, L., Thornquist, E. (1982) *Psykomotorisk behandling, Festskrift til Aadel Bulow-Hansen*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Bunkan, B.H. (2001) *Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling*. 3. utg. Gyldendal Norsk Forlag.
- Crittenden, P. M. (1992) `Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory`. *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 329-343. doi:10.1016/0145-2134(92)90043-q
- Downing, George. (2005) Emotion, body and parent-infant interaction, i: Nadel, J., Darwin, M. *Emotional development*. New York. Oxford University Press.
- Fangen, K. (2010) *Deltagende observasjon*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gallagher, S. (2001) `Dimensions of embodiment: body image and body schema in medical contexts`, i: Toombs, S.K. (red) *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Netherlands. Kluwer Academic Publishers, s. 147-175.
- Gallagher, S. (2005) *How the body shapes the mind*. Cambridge, Cambridge University Press.

Getz, L., Kirkengen, A.L., Ulvestad, E. (2011) `The human biology - saturated with experience`. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. s. 1-9. 2011131:683-7. DOI: 10.4045/tids-skrift 10.0874.

Grøntoft, I. (2006) Balanseutvikling hos barnet. Normal balanseutvikling i første leveår, fra fødsel til gående barn, i: Fadnes B., Leira K. *Balansekoden. Om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Oslo. Universitetsforlaget, s.51-81.

Hansen, B. R. (2012) *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og psykoterapi*. 1 utgave. Oslo. Gyldendal norsk forlag

Hart, S., Schwartz, R. (2014) *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Score & Fonagy*. 5 utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Andersen, T., Hanssen, I., Kvebæk, I., Ottesen, A., Rongved, E. (1997) *Bevegelse, liv og forandring*. Oslo. Cappelen Akademisk Forlag as.

Kirkeengen, A. L., Thornquist, E. (2013) `When diagnoses make us blind`. *Tidsskrift for Den norske legeförening*; 133: 1466-8. Doi: 10, 4045/tidsskr. 13.0519.

Malterud, Kirsti. (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2008. Oslo. Universitetsforlaget. 4.utgave.

Mohr, B. S., Mattsson, M., Thornquist, E. (2005) `Balanse og likevekt – Integrering av ulike teoretiske perspektiver`. *Nordisk Fysioterapi*. Volum 9, s. 9-16.

Kirkengen, A. (2008) `Inscriptions of violence: social and medical neglect of child abuse-impact on life and health`. *Medicine, Health Care and Philosophy*, s. 99-110.

Kirkeengen, A. L., Thornquist, E. (2012) `The lived body as a medical topic: an argument for an ethically informed epistemology`. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Blackwell Publishing Ltd. [Http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x/full). DOI: 10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x

Merleau-Ponty, M. 1994 (1945). *Kroppens fenomenologi* (B. Nake, overs.) Pax Forlag A/S Oslo.

- Misvær, N., Lagerløv, P. (2016) *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*, 5 utgave, 1.opplag. Oslo. Kommuneforlaget.
- Meisingseth, G.C. (1997) `Når barns kropp forteller om et vanskelig liv`. *Fysioterapeuten* nr. 2. 20.26.
- Monsen, K. (1989) *Psykodynamisk kroppsterapi*. Tano AS. Otta.
- Montirosso, R., Tronick, E., Morandi, F., Ciceri, F., Borgatti, R. (2013) `Four-Month-Old Infants` Long-Term Memory for a Stressful Sosial Event`, *PLOS One* 8(12): doi: 10.1371/journal.pone.0082277 6 s.
- Mork, T. E., Amdam, T. V. (1989) *Barn i førskolealder. Fysioterapi i kommunehelsetjenesten*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Norheim, B. I. (2010) *Spedbarns asymmetri, kjært barn med mange navn? Hvilke erfaringer har barnelege, barnefysioterapeuter og manuellterapeuter med begrepsbruk, diagnostisering og behandling?* Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter. Institutt for samfunnsmedisinske fag. Universitetet i Bergen. <http://bora.uib.no>
- Paulgaard, G. (1997) Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? (I:(kompendium) i: Fossaskåret et. al (red). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Schibbye, A. L.L. (2004) *En dialektisk relasjonsforståelse, i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Schjetlein, E.E., Mossige H.(1997) *Fra menneskekryp til gående barn. Observasjon og forståelse av barns bevegelsesutvikling fra 0-15 måneder*. 2.utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Sheets-Johnstone, M. (1999a) *The Primacy of Movement*. John Benjamins Publishing Co, The Netherlands.
- Sheets-Johnstone, M. (1999b) `Emotion and Movement: A beginning Empirical-Phenomenological Analysis of their Relationship`. *Journal of Consciousness Studies*, no 11-12. 6. pp 259-77, www.imprint.academic.com/jcs

- Smith, L., Ulvund, S.E. (1999) *Spedbarnsaldere*. 2.utg. Oslo. Universitetsforlaget AS
- Stern, D.N. (2003) *Spedbarnets interpersonlige verden*. 1. utgave. Oslo. Gyldendal Norsk forlag.
- Stern, D.N. (2007) *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt forlag AS.
- Sveine, A.B. (2015) *Viser spedbarn i risiko høyere grad av sosial tilbaketrekning enn spedbarn uten risiko?* Masteroppgave. Universitetet i Bergen. <http://bora.uib.no>
- Thornquist E, Bunkan, B.H. (1995) *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo. Universitetsforlaget.
- Thornquist. E. (1998) *Klinikk. Kommunikasjon. Informasjon*. Oslo. Ad Notam Gyldendal
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2005) `Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling, En kasustikk fra psykomotorisk fysioterapi`. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.2. Nr.1
- Thornquist, E. (2006) `Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del 1: kjennetegn, prinsipper og framgangsmåter`. *Utposten*. Nr.5.
- Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2.utgave. Oslo. Gyldendal norsk forlag
- Tjora, Aksel. (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Tol, M.. (2010) *Hvilke erfaringer har osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS*. Universitetet i Bergen. Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter.. <http://bora.uib.no>
- Trevarthen, C. (2011) `What Is It Like to Be a Person Who Knows Nothing?`: Defining the Active Intersubjective Mind of a Newborn Human Being`. *Infant and Child Development*, Dev. 20 119-135. DOI: 10.1002/icd.689

Tronick, E.Z. (1989) `Emotions and Emotional Communication in Infants`, *American Psychologist*, The American Psychologist Association, Volume 44. Nr. 2, s. 112-119.

Tronick, E., Breeghly, M. 2011. `Infants` Meaning-Making and the development of mental Health Problems`, *American Psychologist*, Feb-Mar; 66(2): 107-119. DOI: 10, 1037/a0021631

Wadel, C. *Feltarbeid i egen kultur*. 2014. Oslo. Cappelen Damm AS.

Øberg, G.K. (2008) *Fysioterapi til for tidlig fødte barn. Om sensitivitet, samhandling og bevegelse*. Doktoravhandling. UiT. Tromsø.

Øvreberg, G., Andersen, T. (2002) *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*. Compendius forlag AS. Skarnes.

Samtykke erklæring

Samtykkeerklæringen gjelder Masterprosjektet «Sosiale relasjoners betydning for kroppslige uttrykk og bevegelser hos sped- og småbarn».

Som deltager har du fått informasjon om prosjektet skriftlig i eget informasjons-skriv og i tillegg muntlig i telefonsamtale. (stryk det som evt. ikke stemmer)

Deltagelse i prosjektet innebærer å stille seg til rådighet for intervju av ca. 1-1 1/2 times varighet.

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn og uten ansvar for prosjektets videre framdrift.

Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg og informasjon du har gitt, bli slettet.

Jeg har mottatt informasjon om masterprosjektet, og er villig til å delta

Prosjektdeltakers signatur, dato

Masterstudents signatur, dato

12.10.15

Forespørsel om deltagelse i Masterprosjekt - Informasjonsskriv

Foreløpig tittel:

«Sosiale relasjoners betydning for kroppslige uttrykk og bevegelser hos sped- og småbarn.»

Personlige opplysninger, Bakgrunn og formål:

Mitt navn er Inger Grøntoft.

Jeg jobber som privatpraktiserende fysioterapeut i Kristiansund kommune.

Jeg har kompetanse innen barnefysioterapi og psykomotorisk fysioterapi og jobber med både barn, ungdom og voksne.

Jeg har tidligere jobbet med sped- og småbarn i kommunal fysioterapitjeneste.

Jeg holder nå på med et masterprosjekt som retter seg mot sped- og småbarn.

Jeg ønsker å undersøke nærmere hvordan fysioterapeuter tenker og arbeider i forhold til ulike symptomer og kroppslige uttrykk hos spedbarn.

Hensikten er å rette søkelys mot det meningsbærende kroppsspråket hos sped-barn. Hva forteller de oss med kroppene sine? Hvilket meningsinnhold har deres bevegelser i forhold til de relasjoner de inngår i?

Studien vil fortrinnsvis forholde seg til eksempler og intervju/samtale vedrørende barn i alder 0-1 år.

Jeg ønsker ved hjelp av dybdeintervjuer med erfarne barnefysioterapeuter å forstå mer om oppfølgingsarbeid og tenkning innenfor dette praksisområdet i fysioterapi.

Hva innebærer deltagelse i masterprosjektet for deg

Du blir forespurt om deltagelse fordi du er tilgjengelig på Norsk Fysioterapeut Forbunds liste over fagpersoner med spesialistkompetanse i barnefysioterapi, eller på annen måte har gitt til kjenne kunnskap innenfor fagområdet spedbarn/småbarn.

Utvalget i prosjektet vil bestå av to eller tre fagpersoner som blir intervjuet.

Intervjuet vil ha form av et semi-strukturert dybdeintervju.

Intervjuet vil om mulig ta utgangspunkt i ett eller flere eksempler fra praksisfeltet, og derfra gå i dybden for å få fram forståelser rundt spedbarns kroppslige uttrykk.

Alle opplysninger behandles konfidensielt. Data som anvendes i prosjektet skal ikke kunne knyttes til identifiserbare personer.

Ved intervjuet vil det gjøres lydopptak og notater.

Hva skjer med informasjonen om deg

Person opplysninger vil ikke framkomme i videre bearbeiding av data, og kun være tilgjengelig for masterstudent. Alle pasienteksempler som framkommer i intervjuene skal være anonymisert.

Lydopptak og notater fra studien vil bli slettet innen et år etter masterprosjektets avslutning. Tidsrammen er satt for å sikre mulighet for publisering av en eventuell faglig artikkel etter masterprosjektets avslutning.

Deltagere og pasienteksempler vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgave eller eventuell seinere publikasjon.

Endelig tidspunkt for sletting av materiale vil være juni 2017.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg og informasjon du har gitt bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om studien, ta kontakt med masterstudent

Inger Grøntoft tlf: 47 23 61 99
 mail-adresse: igroent@online.no

Veileder for masterprosjektet er Beate Ytreberg, Universitetslektor, Universitetet i Tromsø

Intervju guide

A. Oppvarming

-informasjon om avgrensning av intervjuet: tidsramme
personvern (informant, pasienteksempler)
rett til å avbryte

-arbeidsoppgaver, faglige interesser, samarbeid med annet helsepersonell

-kort om arbeidshverdagen til informanten og erfaring/tenkning/forståelse i forhold til oppfølging av spedbarn.

B. Kliniske eksempler

- Ta utgangspunkt i et spedbarn du har tenkt på i forbindelse med dette intervjuet der temaet er «sosiale relasjoners betydning for kroppslige uttrykk og bevegelser hos spedbarn» og/eller «hva forteller spedbarn med sine kroppslige uttrykk når de avviker fra normalutvikling». Kan du fortelle..

.. la informanten fortelle fritt, men etterspørre/gå i dybden vedrørende informasjon som gjelder spedbarnets kroppslige uttrykk, trivsel/mistrivsel, forståelse for hva spedbarnet formidler, foreldrenes forståelse, samhandling barn/omsorgsperson, tiltak, m.m

C. Oppfølgings-spørsmål

1. Spørsmål angående barnet

- respirasjon og spenningsmønstre hos spedbarnet, forståelse
- sammenhenger mellom kroppslige forhold som spenningsmønstre, respirasjon, mage/tarmfunksjon, smerteuttrykk, samordning av kroppen, bruk av blikket, ro/uro på hvilke måter kan barnets kroppslige uttrykk ha mening
- hva tenker du om spedbarns forutsetninger for dialog og samspill, personlighet forskjeller mm.

2. Spørsmål ang. relasjonen

- hvilke tegn ser du etter for å vurdere om mor og barn har en gjensidig bekreftende relasjon
- hva spør du etter /følger opp i samtalen vedrørende relasjonelle forhold.
- hvordan vektlegges eventuelt livsforhold, helseforhold hos omsorgsperson, familiesituasjon m.m som del av konsultasjonen?
- hva ser du etter i samspillet mor/barn. På hvilke måter har samspillet betydning i forhold til barnets kroppslighet. (Nærhet/avstand, trygghet, håndtering)

3. Spørsmål ang. fysioterapeutens tilnæringsmåte til vanskene

- hva er du opptatt av å se etter/undersøke angående spedbarnet i en ny konsultasjon?
- hvordan er du selv aktiv i forhold til barnet og foresatte i undersøkelses /behandlingssituasjonen?
- hvordan formidler du tilbake til omsorgspersonen det du vurderer og finner viktig?
- hvordan bruker du din kliniske kompetanse rent praktisk i oppfølgingen, hva gjør du i forhold til barnet?
- hvordan forholder du deg til fornemmelser og følelser i deg selv som oppstår/kan oppstå/blir sterke i konsultasjonen?

D. Avslutning

- Generelle betraktninger. - siste innspill – avrunding



Harald Hårfagre's gate
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 1
Fax: +47 55 58 96 1
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 980 321 88

Beate Yttreberg
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 02.10.2015

Vår ref: 44870 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44870	<i>Sosiale relasjoners betydning for kroppslige uttrykk og bevegelser hos sped- og småbarn</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Beate Yttreberg</i>
<i>Student</i>	<i>Inger Grøntoft</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1045 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7891 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 01. kyste.svama@esvt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVE Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmas@svuuit.no