



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för utbildning, kultur och kommunikation

KOMMUNIKATION OCH SAMSPEL I RÖRELSE
shernemotodik med en ung man på tidig utvecklingsnivå och med autism

Ingrid Brandquist

Uppsats i specialpedagogik, avancerad nivå
91-120 högskolepoäng

Termin och år: HT 09

Handledare
Kerstin Göransson

Examinator
Anders Garpelin

SAMMANFATTNING

Ingrid Brandquist

KOMMUNIKATION OCH SAMSPEL I RÖRELSE MED SHERBORNE. - sherbornemetodik med en ung man på tidig utvecklingsnivå och med autism

Årtal: 2009

Antal sidor: 64

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att analysera hur kommunikations- och samspelsförmåga uttrycks över tid när en ung man på tidig utvecklingsnivå och med autism deltar i en dyad i sherbornebehandling. Frågeställningar:

1. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga över tid i behandlingssituationen?
2. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga i hemmet respektive skolan under samma tidsperiod?

METOD

Denna pre-experimentella fallstudie rör en 18-årig man som under drygt ett år kom till habiliteringen för att delta i arton sherbornebehandlingar med en sjukgymnast med mångårig erfarenhet av sherbornemetodik. Sherborne är en rörelsemetodik där rörelser används för att utveckla rums- och kroppsmedvetenhet och skapa relationer till andra. Samtliga arton behandlingar videofilmades och data insamlades via observation. En detaljerad nedteckning av händelseförloppet i en videofilm i början av behandlingsperioden och en i slutet gjordes. Under arbetet med att analysera kommunikation och samspel i videofilmerna uppkom behovet av att komplettera Sherbornes samspelskala med ett bedömningsmaterial för att kunna analysera kommunikation och samspel i detalj med *personer på tidig nivå*, "Brandquists & Althoffs Samspelskala: Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå - Sherborne", bilaga 7. För att öka tillförlitligheten i resultatet inhämtades dels kommentarer från deltagande sjukgymnast och mannens förälder under det att de såg de båda videofilmerna, dels gjordes en översiktlig analys av tio övriga videofilmerna från sherborneperioden. Förälder och lärare intervjuades före och efter behandlingsperioden om den unge mannens kommunikation och samspelsförmåga i hemmet och på skolan.

RESULTAT

Resultat visar på en positiv effekt på den unge mannens förmåga till kommunikation och samspel. Under sherborneperioden framkommer gradvis en förändring av hur mannen riktade sin uppmärksamhet: från att blicken var "tom" eller att blicken svepte över rummet till att han allteftersom kroppsligen riktade sig mot sjukgymnasten och sökte blickkontakt. Sjukgymnasten anpassade sitt förhållningssätt för att få till stånd ett så bra samspel som möjligt. Från att hon i början var mer inlyssnande och använde beröring för att bekräfta hans reaktioner, till användandet av ett ökat verbalt inslag mot slutet. I slutet av perioden började den unge mannen ta egna initiativ till samspel genom att rikta sin hand mot sjukgymnasten. Även i hem och skola ökade hans intresse för omgivningen. Han tog initiativ till kommunikation (ett ökat antal handlingssekvenser) och var på gång att utveckla delad uppmärksamhet. Han började säga ifrån mer genom att använda sin röst. Det självskadande beteendet minskade både under sherbornebehandling och i hemmet. I övrigt märkte både förälder och sjukgymnast en ökad balans och stabilitet i hans kropp och en förbättrad rörelseförmåga i hans svaga högersida.

SLUTSATSER

Fallstudien tyder på att sherbornemetodik kan ha bidragit till en positiv effekt på såväl kommunikation och samspelsförmåga som rörelseförmåga hos denne unge man på tidig utvecklingsnivå och med autism.

Nyckelord: autism, kommunikation, rörelse, samspel, sherborne, självskadande beteende, tidig utvecklingsnivå

SUMMARY

Ingrid Brandquist

COMMUNICATION AND INTERACTION IN MOVEMENT.

- Intervention with Sherborne Developmental Movement (SDM) with a young man with profound autism spectrum disorder and a severe communication impairment

Year: 2009

Number of pages: 64

INTRODUCTION

Caregivers perceive many of difficulties in interaction with persons at a presymbolic stage. In Sherborne Developmental Movement the theoretical issue is that movement experiences developing body and spatial awareness contribute to awareness of self. This gaining of body mastery is fundamental to the awareness of others, the ability to relate to others.

The aim of this study is to analyse how communication and interaction is expressed over a period of time as a young man in an early stage of language development (pre-intentional communication) and with autism participates in a dyad in SDM sessions. Research questions:

1. How do communication and interaction skills develop over time in the SDM sessions?
2. How do communication and interaction skills develop at home and school during the same period?

METHOD

In this pre-experimental case study an 18-year-old man with profound autism spectrum disorder, a right-sided motor disorder and a severe language impairment is participating. Giving no responses in communication, caregivers rarely perceived successful interaction. He suddenly burst out in aggressive acts. Lasting over a year he participated in an intervention consisting of eighteen SDM sessions in a dyad with a physiotherapist, skilled in SDM, at Habilitation Centre. Sessions were based on a "caring" SDM-relationship and treatment focused on basic movements. All sessions were videotaped. Communication and interaction skills were thoroughly assessed at the first and last session. In the process of analysing data the SDM scale of type of relation had to be supplemented by scales showing abilities of communication and interaction of the leader and the participant. This scale named "Brandquists & Althoff Interaction Scale: Analysis of the interaction with individuals at an early stage of development - Sherborne", was used in reporting the data obtained in the study. To increase the reliability of the data, comments from the participating physiotherapist and the father of the young man were registered while they individually watched the two video recordings. A somewhat simplified examination of ten of the video recordings was also made. Communication and interaction skills were also investigated at home and school through interviews and questionnaires before and after the SDM treatment. These data were then to be compare to the data of the SDM sessions.

RESULTS

Results show a positive effect on communication and interaction skills of the young man. During the period of sessions he gradually changed the way of directing attention. Initially his eyes were "empty" or his gaze swept across the room to him. Later he focused on the hands of

the physiotherapist while rocking his leg and eventually he physically directed himself to the physiotherapist and searched eye contact. The physiotherapist was sensitive to his physical reactions adapting her approach in order to making him feel secure and achieve trust. In the beginning she used tactile methods in her communication, but seeing he felt more secure she introduced more verbal confirming towards the end. At the end of the period he began to take communicative initiatives by approaching his hand and “pointing” at the physiotherapist.

At home and school caregivers reported an increasing interest in the environment. He used more initiative for communication (an increased number of action sequences) and was on his way to develop joint attention. He started to use his voice to protest. The number of self-destructive behaviours decreased during the Sherborne sessions and at home. Successively he gained greater stability and balance in his body and the mobility of the weak side improved. The data obtained in interviews with caregivers confirmed the results achieved in the study and strengthened the reliability of the results of SDM.

CONCLUSIONS

The result of the study implies that SDM may have contributed to a positive effect on the communication and interaction skills of this young man.

Keywords: autism, body awareness, pre-intentional communication, movement intervention, interaction, Sherborne Developmental Movement, self-destructive behaviour.

TACK

Först och främst vill jag tacka alla som deltagit i studien och på så sätt gjort denna uppsats möjlig att förverkliga.

Stort tack till min handledare Kerstin Göransson på Mälardalens Högskola för kloka råd och anvisningar som meddelats mig i milda ordalag.

Jag vill också tacka Birgitta och Q som oförtrutligt hjälpt mig och stöttat mig genom denna skivarprouess.

Tack till Lena för genomläsning och till Carina och Eva för deras goda insats att granska uppsatsen i sin helhet.



Sherbornerörelse "väga salt", hämtad från denna studies analysprotokoll.

Illustration: B Althoff

TILLIT

Från vänster till höger
från höger till vänster
framlänges, baklänges

TILLIT

ett förunderligt ord
med raka bokstäver
ett plank som
sträcker sig
mellan dig och mig

Någon gång
genom ovarsamhet
uppstår en spricka
som när en plank
lossnar
men vi lär oss
att reparera

Planket
blir vackrare
färgat av vinden
vildvin och rosor
växer däröver

TILLIT

från höger till vänster
från vänster till höger

B Althoff

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| 1. INLEDNING..... | 2 |
| 2. SYFTE | 3 |
| 3. BAKGRUND..... | 4 |
| 3.1 Kommunikation och samspel..... | 4 |
| 3.1.1 Tidig utvecklingsnivå och autism | 4 |
| 3.1.2 Definition av kommunikation och samspel..... | 5 |
| 3.1.3 Normal utveckling av kommunikation..... | 6 |
| 3.1.4 Språkutveckling..... | 7 |
| 3.1.5 Kroppsuppfattningens betydelse för kommunikation och samspel..... | 8 |
| 3.1.6 Nedsatt kroppsuppfattning och stress leder till självskadande beteende? | 9 |
| 3.1.7 Imitation och spegling..... | 9 |
| 3.1.8 Kommunikation och samspel med barn med funktionsnedsättning..... | 9 |
| 3.1.9 Insatser för kommunikation och samspel..... | 11 |
| 3.1.10 Insatser för personer med autism..... | 12 |
| 3.2 Sherborne – bakgrund och utveckling..... | 13 |
| 3.2.1 Sherbornemetodik | 14 |
| 3.2.2 Förhållningssätt i Sherbornemetodiken | 16 |
| 3.2.3 Dokumentation om Sherborne..... | 17 |
| 3.3 Sammanfattning inför egen studie..... | 22 |
| 3.3.1 Val av kartläggningsinstrument utifrån tidigare studier..... | 23 |
| 4. METOD | 26 |
| 4.1 Design | 26 |
| 4.2 Deltagare | 28 |
| 4.3 Datainsamling | 29 |
| 4.3.1 Intervention med Sherbornebehandling..... | 29 |
| 4.3.2 Kartläggning av kommunikation och samspelsförmåga | 30 |
| 4.3.3 Min egen roll..... | 31 |
| 4.4 Databearbetning | 31 |
| 4.4.1 Videoinspelningar | 32 |
| 4.4.2 Observationsprotokoll..... | 32 |
| 4.4.3 Analysprotokoll | 33 |
| 4.4.4 Kommentarer från föräldern och sjukgymnasten vid förevisning av videofilmerna | 34 |
| 4.4.5 Redovisning av resultat i en samspelsanalys | 35 |
| 4.4.6 Redovisning av intervjuerna i hem och skola..... | 36 |
| 4.4.7 Åtgärder för att ytterligare validera studiens resultat | 37 |
| 4.5 Etiska aspekter | 37 |
| 4.6 Validitet och reliabilitet..... | 37 |
| 5. RESULTAT | 39 |
| 5.1 Kommunikation och samspel i Sherbornebehandlingen | 39 |
| 5.1.1 Samspelsrelation enligt Sherborne..... | 39 |
| 5.1.2 Avvisar med självskadande beteende | 41 |
| 5.1.3 Riktar sin uppmärksamhet..... | 42 |
| 5.1.4 Tar initiativ | 43 |
| 5.1.6 Ledarens bemötande | 43 |
| 5.1.7 Observation av ytterligare videofilmer | 44 |
| 5.1.8 Kommentarer från föräldern och sjukgymnasten vid förevisning av videofilmerna nr 2 och nr 18..... | 44 |
| 5.1.9 Sjukgymnastens bedömning av rörelseförmågan | 45 |
| 5.2 Kommunikation och samspel i hem och skola | 46 |
| 5.2.1 Rörelseförmåga och kroppsmidvetenhet..... | 46 |
| 5.2.2 Kommunikation och ta initiativ | 46 |
| 5.2.3 Intresse för omgivningen och samspel med andra | 47 |
| 6. DISKUSSION..... | 49 |
| 6.1 Resultatet av Sherbornebehandlingen i jämförelse med förändring av kommunikation och samspel i hemmet och på skolan..... | 50 |
| 6.2 Diskussion om metod och genomförande | 53 |
| 6.3 Överföring av Sherbornemetodik till hem och skola | 55 |
| 6.4 Validitet och reliabilitet..... | 55 |
| 6.5 Förslag på fortsatt forskning | 56 |
| REFERENSER | 57 |
| FIGUR- OCH TABELLRUBRIKER | 65 |
| BILAGOR..... | 66 |

1. INLEDNING

I mitt arbete som logoped inom habiliteringen möter jag barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar, bland annat utvecklingsstörning och autism. I samtal med anhöriga och personal på förskolor, skolor, gruppboende och dagliga verksamheter uttrycks ofta önskemål om att förbättra samspel och kommunikation med barnet eller den vuxne. Personerna upplevs ofta som svåra att "förstå sig på", särskilt om de utvecklingsmässigt befinner sig på en tidig nivå och har autism. De är ofta utelämnade till samspelspartners förmåga att tolka ansiktsmimik, ljud, gester och kroppshållning. Personer på tidig utvecklingsnivå är starkt beroende av en omgivning som ger trygghet i bemötande, kontinuitet i personkontakter och dagliga rutiner. Anhöriga och personal behöver god kännedom om personen och dennes kommunikativa uttryck för att få till ett gott samspel.

Ett sätt att möta personer på tidig utvecklingsnivå är att använda sig av Sherbornemetodik (Sherborne, 1990), en rörelsemetodik som syftar till att stärka kropps- och rumsmedvetenhet och utveckla relationer till andra i samspelsövningar. Sedan 1996 har jag haft förmånen att arbeta med en utbildad Sherborneledare, leg sjukgymnast Birgitta Althoff, och även haft möjlighet att gå tre grundläggande kurser i Sherbornemetodik. Mina erfarenheter består framför allt av arbete med gruppverksamhet med barn och vuxna med utvecklingsstörning och/eller autism. Då deltagarna i våra Sherbornegrupper har autism brukar även närstående (förälder, assistent, personal) delta. Under årens lopp har sjukgymnasten och jag som logoped tyckt oss märka tydliga, positiva effekter på såväl förmåga till samspel och kommunikation som deltagarnas rörelseförmåga. En anledning till denna uppsats om Sherborne är behovet av att utveckla och dokumentera arbetssätt och metoder för att förbättra vår kommunikation och vårt samspel med personer på en tidig utvecklingsnivå med och utan autism.

2. SYFTE

Syftet med denna uppsats är

att analysera hur kommunikations- och samspelsförmåga uttrycks över tid när en ung man på tidig utvecklingsnivå och med autism deltar i en dyad i Sherbornebehandling.

Frågeställningar:

1. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga över tid i behandlingssituationen?
2. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga i hemmet respektive skolan under samma tidsperiod?

3. BAKGRUND

Den teoretiska bakgrunden är indelad i Kommunikation och samspel samt Sherborne. Den första delen om kommunikation och samspel inleds med en beskrivning av vad som menas med att vara på tidig utvecklingsnivå och att ha autism. Begreppen kommunikation och samspel definieras. Därefter ges en beskrivning av hur den tidiga kommunikationen normalt utvecklas. Detta görs eftersom uppsatsen rör en person som fungerar på tidig nivå. Sedan följer ett kort avsnitt om språkförmåga, som lyfter fram den kommunikativa miljön som en förutsättning för språkutveckling. Då studien handlar om rörelsemetodik tas kroppsuppfattningens betydelse för kommunikationen upp. Nästföljande avsnitt rör självskadande beteende och imitation/speglning eftersom det är en uttalad problematik särskilt gällande personer med autism. Sedan beskrivs hur kommunikation och samspel kan påverkas av att ena partnern har en funktionsnedsättning och samspelepartnerns behov av kommunikativa strategier för att skapa och upprätthålla relation. Slutligen beskrivs det gängse sättet att kartlägga kommunikationsförmåga, vilket följs av bemötande i insatser med AKK (Alternativ och Kompletterande Kommunikation) och insatser för personer med autism.

Sherbornedelen inleds med en historik om Sherbornemetodik. Sedan görs en beskrivning av Sherbornemetodikens grunder med tre sorters relationsövningar och sätt att analysera rörelser med utgångspunkt från rummet, kroppen och relation med andra. Därefter tas samspelepartners förhållningssätt i Sherborne upp. Sherbornedelen avslutas med en redovisning av rapporter om Sherbornemetodik, varav merparten rör förskole- och skolbarn med någon form av funktionsnedsättning.

Bakgrunden avslutas med en sammanfattning av det som utmärker bemötande, kommunikation och samspel med personer som befinner sig på tidig nivå utifrån det som framkommit i litteraturgenomgången. Därefter följer en genomgång av instrument för kartläggning som använts i tidigare studier med liknande syfte.

3.1 Kommunikation och samspel

Hos spädbarnet finns normalt en medfödd motivation att kommunicera. Kommunikation med andra människor är en grundläggande mänsklig förmåga skriver Nettelbladt och Salameh, (2007). Det är i samspelet med andra som kommunikation och språkförmåga utvecklas (Björck-Åkesson 2002; Heister Trygg & Andersson & Hardenstedt & Sigurd Pilesjö, 1998; Nilsson & Waldemarsson 1994). När det finns brister i kommunikationsförmågan blir det ofta svårt att få kontakt. Med personer som befinner sig på en tidig utvecklingsnivå sker kommunikationen på en förspråklig eller ickespråklig nivå, det vill säga här och nu och utan ord, och personen använder kroppsspråk och ljud (Heister Trygg, 2008). För personer med funktionsnedsättning har samspelepartnerns egenskaper, kommunikationsstil och strategier stor betydelse för att utveckla barnets kommunikativa förmåga (Björck-Åkesson, 1992; Brodin, 1991; Brodin & Thurffjell, 1995; Ferm, 2006; Heister Trygg et al, 1998). Om personen dessutom har en autismspektrumstörning påverkas kontakten och förmågan att samspela med andra ytterligare (Thunberg, 2007; Åstrand, 2005).

3.1.1 Tidig utvecklingsnivå och autism

När en person omnämns vara på tidig utvecklingsnivå menas att han eller hon *fungerar* på tidig utvecklingsnivå (Heister Trygg, 2008). Personen kan också beskrivas att ha en svår funktionsnedsättning, en grav utvecklingsstörning eller vara begåvningsmässigt på A-nivå enligt Kyléns klassificeringssystem (1981). Kommunikativt befinner sig personen på en förspråklig eller ickespråklig nivå (Heister Trygg, 2008) liksom det lilla barnet som ännu inte har tillägnat sig språklig och symbolisk nivå. Det innebär att kommunikationen i stort sett sker om

det som är här och nu. För att kunna föreställa sig saker som inte finns här och nu krävs ett "plocka-fram-minne", så kallat evokativt minne, vilket utvecklas först på B-nivå (Göransson, 1982). Personen har en nedsatt förmåga att ta emot och bearbeta intryck från omvärlden. Tidsuppfattning, korttidsminne och abstraktionsförmåga är starkt begränsade. Föremål, personer och upplevelser som ofta återkommer känns igen, vilket gör att dagliga rutiner och samma bemötande ger trygghet (Heister Trygg, 2008). Initiativförmågan är ofta nedsatt vilket medför att barnet ofta behöver hjälp i att sätta igång aktiviteter (Johansson, 1988).

Autismspektrumtillstånd medför en nedsatt förmåga att samspela och kommunicera med andra människor, såväl språkligt som ickespråkligt. Personerna brukar också uppvisa någon form av repetitivt och/eller avvikande beteende såsom viftande handrörelser och ha ett stort behov av rutiner och att saker görs på samma sätt (Gillberg & Peeters, 2001). Personer med autism/Aspergers syndrom har ett annorlunda tänkande och en annorlunda perception vilket ofta ger negativa effekter i kommunikation och samspel och i upprätthållande av relationer (Abrahamsson, 2008; Andersson, 2008). Under de senaste trettio åren har flera arbetssätt och metoder utvecklats för att bemöta dessa barn, bland annat Son-Rise-metoden (Kaufman, 1994), strukturerad/tydliggörande pedagogik i TEACCH-programmet (Mesibov, Shea & Schopler, 2007), PECS (Bondy & Frost, 2002), inlärning och beteendemodifikation med beteendeterapeutiska metoder (Eikeseth & Jahr, 2007; Lovaas, 1988) och även med Sherbornerörelser (Klinta, 1998; Åstrand, 1997).

I denna uppsats kommer i fortsättningen tidig nivå/tidig utvecklingsnivå användas samt ordet autism för att beteckna alla former av autismspektrumtillstånd.

3.1.2 Definition av kommunikation och samspel

Ordet kommunikation kommer från latinska "communicare" och kan översättas med "att dela, något blir gemensamt" (Backlund, 1991). Inom språkvetenskaplig forskning ses kommunikation som en situation där människor skapar och överför betydelser mellan sig. Kommunikation kan då i en förenklad modell uttryckas som en överföring av budskap från en individ till en annan (Heister et al, 1998). Förutom att delge omgivningen någon form av meddelande menar Nettelbladt (2007b) att yttrandet behöver ha en avsikt. Enligt Light (1989) kommunicerar vi med andra i avsikt att tillfredsställa behov och önskemål, att få social kontakt eller utifrån social etikett. Johansson (1990) ser att det finns ett behov hos personen att kommunicera och att det är den inre motivationen, behovet, som är grunden för den kommunikativa och språkliga utvecklingen. Hon menar också att utvecklingen av individens kommunikativa förmåga är beroende av förhållanden i den sociala och fysiska miljön; efterhand vidgas barnets kommunikativa kompetens och det lär sig att anpassa sin kommunikation till olika samtalspartners och i olika sociala sammanhang.

Kommunikation kan även ses som en process ur en psykologisk och sociologisk synvinkel. Petterson (2001) beskriver kommunikation som en samspelsprocess varigenom en individ påverkar och påverkas av någon annan och där individerna delar uppmärksamhet om något. Brodin (1991) uttryckte i sin doktorsavhandling om lek och gravt utvecklingsstörda barn att samspel/social interaktion uppstår då personer påverkar eller blir påverkade av varandra. Kontakten kan vara mer eller mindre uppenbar och Brodin ger exempel på barns parallelllek där man befinner sig i samma rum utan att egentligen ha kontakt. När det gäller barn och vuxna på tidig utvecklingsnivå eller med autism där den inre motivationen och behovet av att kommunicera kan vara begränsade, behövs en vidare definition på kommunikation så att dessa personer inte betecknas som icke-kommunikativa anser Olsson (2006). Hennes definition är: "*Communication occurs when messages are transmitted between persons, which happens when the behaviour of one person is assigned meaning or intent by another person*" (Olsson, 2006, s 37). Min översättning: Kommunikation uppstår när budskap/meddelande

överförs mellan personer, då den ena tillskriver en mening eller intention hos den andras beteende. Olssons definition av kommunikation har anammats i min studie eftersom den rör en person vars funktionsnedsättningar medför ett beroende av att andra i omgivningen uppmärksammar uttryck och tolkar dem kommunikativt. Huvudansvaret för kommunikationen med personer med nedsatt kommunikativ förmåga ligger alltid på samspeletpartnern.

Ett tidigt etablerat positivt samspel mellan barnet och föräldrar lägger grunden för barnets kommunikativa och språkliga utveckling (Heister Trygg et al, 1998; Johansson, 1988; Nettelblatt, 2007b). Abrahamson (1999) betonar den känslomässiga, harmoniska relationen som grund för kommunikations- och personlighetsutveckling. I samspel stimuleras barnet att uttrycka vilja, känslor och tankar. I samspelet uppstår en växelverkan mellan två personer som påverkas av varandra. Heister Trygg et al (1998) menar att en förutsättning för att samspel överhuvudtaget ska vara möjligt mellan människor är att vi har förmågan att förutse hur andra personer kommer att agera i vissa situationer; tolka intentioner, känslor och beteende hos samtalspartnern och själva anpassa vårt beteende efter vilka regler som gäller i olika samspelelssituationer. Samspelelförmågan anses fullt utvecklad vid 12-13 års ålder skriver Heister Trygg et al (1998). En definition av samspel som betonar process och ömsesidighet finns i en avhandling av Wilder (2008) med ursprung från Robert W. Fogel år 1993: *”Interaction is a continuous process system where partners co-regulate their actions depending on the interpretations of the others ongoing anticipated actions”*(sid 32). Min översättning: Samspel är en pågående process där deltagarna anpassar sitt beteende utifrån att kontinuerligt tolka och förutse de andras beteenden. Samspelet kan ses som en dynamisk process där ömsesidig reglering och anpassning för samspelet vidare. Budskapets mening (innehåll) formas i samspelet mellan de som kommunicerar. Faktorer som påverkar samspelet är samspelelviljan och samspelelförmågan hos de ingående parterna. Föreliggande studie delar Wilders syn på samspel. När det gäller samspel med personer på tidig nivå där både samspelelvilja och samspelelförmåga kan vara bristande krävs att den vuxne/samspelelpartnern tar det största ansvaret för den ömsesidiga regleringen och anpassningen. Ett lyckat samspel innebär en delad upplevelse, ömsesidig glädje och förståelse skriver Granlund och Wilder (2006) i sin rapport om samspel mellan föräldrar och barn med grava flerfunktionsnedsättning som inte använder symboler. Nilsson och Waldemarsson (1994) påtalar samspelets funktion för att skapa och vidmakthålla relationer mellan människor och utveckling av självkänsla.

3.1.3 Normal utveckling av kommunikation

Barnets första uttryckssätt är skriket och blickkontakten (Nettelblatt, 2007a). Redan under nyföddhetsperioden inbjuder föräldrarna barnet till samspel i ”protokonversationen” (Heister Trygg et al, 1998). Hos nyfödda spädbarn har forskning visat att barnet följer moderns talrytm och röst med sitt rörelsemönster redan efter tolv timmar (Nettelblatt, 2007a). Denna samtidighet i rytmisk aktivitet hos den vuxne och barnet brukar kallas temporal synkroni (Johansson, 1988) eller interaktionell synkroni (Nettelblatt & Salameh, 2007). Exempelvis kan en lång duration i moderns tal återspeglas av en uthållen rörelse hos barnet. Den temporala synkronin i föräldrarnas och barnets aktivitet formas successivt till ett alternationsmönster. I protokonversationens växelvisa jollrande växer turtagningsmönstret fram då barnet är cirka fyra månader (Heister Trygg et al, 1998; Johansson, 1988). Redan från cirka två månaders ålder börjar barnet le mot ansikten och röster, dock inte mot ansiktslösa föremål. Det finns en preferens för mänskliga ansiktet och röster (Nettelblatt & Salameh, 2007). Barnet ljudar mer och tittar mer på moderns ansikte, särskilt då modern är aktiv skriver Johansson (1988). Blick, leende och senare joller har stor betydelse för interaktionen och ger barnet erfarenhet av turtagning (Brodin et al, 1995; Brumark, 1989).

Till en början är det föräldrarna som styr konversationen. Föräldrarna svarar på barnets reaktioner som om barnet hade en avsikt och övertolkar barnets reflexmässiga beteende, uppmärksamhetsreaktioner och uttryck för inre tillstånd (Söderbergh, 1979). De tillskriver barnets handlingar en mening och tolkning görs utifrån tidigare erfarenheter av känslor, attityder, kunskap om barnet och kontext (Olsson, 2006). Barnet överför information om sig själv, men kommunicerar inte i egentlig mening (Granlund & Olsson, 1987) men i och med att föräldrarna bemöter barnet som om det kommunicerade blir barnet kommunicerande (Dunst, 1978). Successivt ökar medvetenheten hos barnet om att man kan kommunicera sina avsikter till omvärlden. Det är först när barnet kan *rikta sig* mot en partner med en *intention* att kommunicera som det har utvecklat förmågan till turtagning (Björck-Åkesson, 1992, 2002).

Övergången mellan ickemedveten och medveten, avsiktlig kommunikation är mycket flytande (Granlund et al, 1987; Heister Trygg, 2008). Barnet börjar bli medvetet om att det kan påverka sin omgivning vid cirka 10 månaders ålder och utvecklar då en så kallad performativ kommunikation det vill säga en avsiktlig, medveten och målinriktad användning av sin kommunikation (Heister Trygg et al, 1998). Performativ kommunikation delas in i en imperativ och en deklarativ form (Johansson, 1988). Imperativ innebär att barnet utnyttjar en person som redskap för att uppnå något till exempel en leksak som ligger utom räckhåll. Kommunikationen kallas deklarativ om barnet använder sig själv eller ett föremål för att uppnå social samvaro med en annan person. Under denna tid ökar barnets medvetenhet om att andra kan ha intentioner. Olsson (2006) gör i sin avhandling en indelning av utvecklingen av kommunikativ avsikt/intention i fyra nivåer. På första nivån ("unawareness of any intent") finns ingen medveten intention utan barnet uttrycker sig med reflexer och naturliga reaktioner. På nästa nivå ("goal-intentional") har barnet börjat förstå orsak och verkan och att det går att påverka andra med handlingar och handlingssekvenser. Syftet kan vara att få något eller social samvaro. På tredje nivån "(means-intentional") har barnet kommit på att redskap kan användas för att uppnå något. Redskapet kan vara ett föremål eller en människa för att få ett annat föremål eller att något ska hända. Under den fjärde nivån ("partner-intentional") som motsvaras av den deklarativa formen visar barnet intresse av att dela uppmärksamhet och upplevelser med andra. Barnet börjar förstå att andra kan ha tankar och önskemål som kan skilja sig från de egna tankarna, "theory of mind" utvecklas (Frith, 1989). Delad uppmärksamhet utvecklas normalt hos ett barn i ettårsåldern (Heister Trygg et al, 1998; Sarriá, Gómez & Tamarit, 1996). Sarria et al (1996) menar att barnet har tillägnat sig en avsiktlig kommunikation först när barnet klarar att fånga uppmärksamheten med blickkontakt och använder pekgest.

3.1.4 Språkutveckling

För att utveckla språkförmågan är förmågan till turtagning, interaktion och att ta kommunikativa initiativ grundläggande (Heister Trygg et al, 1998). Inom barnspråkforskningen finns två olika synsätt på språk; den generativa och nativistiska inriktningen samt den kognitiva/konnektionistiska och konstruktivistiska inriktningen. Anhängare av Chomskys generativa grammatik menar att vi föds med en grundläggande kunskap om hur språk kan se ut, med en så kallad universell grammatik. Den medfödda språkförmågan spelar en avgörande roll för språkinläring och språkutveckling enligt nativisterna. Den andra inriktningen anser inte att språkförmågan är medfödd utan utvecklas efter hand som hjärnan bearbetar information från omgivningen. De menar att det språkliga inflödet är tillräckligt för att utveckla språk. I samspel med omgivningen sker språkutvecklingen utifrån ord och morfem (konnektionism) eller yttranden (konstruktivismen) (Håkansson & Hansson, 2007; Strömquist, 2008). Redan i protokonversationen lär sig barnet skilja språkljud (fonem) från varandra och situations- och språkförståelsen börjar utvecklas (Heister Trygg et al, 1998). Den performativa kommunikationen kräver en samordning av kroppsrörelser, arm- och

handrörelser, blick och ljud. Allteftersom barnet börjar använda symboler (tal, tecken) övergår den performativa kommunikationen i en språklig kommunikation (Heister Trygg et al, 1998). Ett grundläggande ordförråd och grammatik anses utvecklat vid tre års ålder (Strömquist, 2008). För barn med språkstörning verkar förmågan att imitera vara en kritisk faktor för att språklig utveckling ska komma igång och även viljan att benämna (Nettelblatt, Håkansson & Salameh, 2007). Brown och O'Regan (2001) menar att de tre första åren normalt är en kritisk tid för inläring och att bristande kommunikativ och språklig stimulans inte kan tas igen efter sex års ålder. Heister Trygg et al (1998) samt Blackstone och Hunt Berg (2007) påtalar att den kommunikativa miljön har en avgörande betydelse för utveckling av språkförmågan. Föräldrarna anpassar sitt språk i sin kommunikation med barnet i syfte väcka och vidmakthålla barnets uppmärksamhet, underlätta barnets förståelse och inläring av språket (Nettelblatt, Håkansson & Salameh, 2007). Orden och hur barnet kan hantera sin omvärld har betydelse för hur barnets språk och tanke utvecklas (Vygotsky 1986). När relationer utvecklas och omgivningen sätter ord på tillvaron blir tillvaron begriplig och barnet får en känsla av sammanhang, KASAM (Antonovski, 2005).

3.1.5 Kroppsuppfattningens betydelse för kommunikation och samspel

Grundmotorikens rörelsemönster anses vara medfödda och utvecklas genom neurofysiologisk mognad och inläring skriver Bader-Johansson (1991). Barnet utvecklar sin kroppsuppfattning genom återkoppling från de taktila, kinestetiska och vestibulära (som rör balansen) systemen. Om barnet har en funktionsnedsättning kan det medföra en annorlunda upplevelse av återkoppling från leder, beröring och känsla för smärta och temperatur (Heister Trygg, 2008). Johansson (2008), som i barndomen fick diagnosen autism, framhåller beröring och taktil stimulering för att hjälpa barn med autism att utveckla känsla för kroppen och mognad. Hennes far tränade henne dagligen under flera månader att lära sig krypa genom att förflytta hennes händer och ben. Hon var också ytterst känslig för fysisk beröring från andra människor och upplevde också stort obehag då duschstrålarna träffade hennes kropp. Bader-Johansson (1991) menar att en kroppskänsla utvecklas allteftersom barnet börjar förstå de olika kroppsdelarnas läge och funktion. Hon anser att en fysisk och känslomässig stabilitet hos barnet medför en förbättrad koncentrationsförmåga och uppmärksamhet. Hon menar att det är svårare att utestänga ovidkommande visuella och auditiva stimuli då kroppsuppfattningen är sämre.

Barn med grava fysiska funktionsnedsättning är helt beroende av sin omgivning vad gäller kroppsfunktioner, förflyttning och socialt samspel (Ferm, 2006). Heister Trygg et al (1998) menar att både begreppsutveckling och språkutveckling påverkas hos barn med motoriska svårigheter; både i Karlstadmodellen för barn med Downs Syndrom (Johansson, 1988) och i Montessoripedagogiken påtalas rörelsens betydelse för utveckling och inläring (Brodin 1991). Johansson (1988) menar att den egna rörelseaktiviteten bidrar till barnets självuppfattning och ger insikt om att man kan påverka sin omgivning. Barnets egen rörelse och barnets perception av andra personers, djurs och föremåls rörelser hjälper barnet till kunskaper om objekt och relationer mellan objekt samt men bidrar även till förmågan att uppleva ordnings- och tidsföljd inom en händelsesekvens. Upplevelse av den egna kroppen och rytmen kan ligga till grund för utveckling av tidsuppfattning skriver Brodin (1991). Johansson (1988) ser handen som ett viktigt kommunikations- och språkverktyg. Om barnet inte kan hålla kroppen i upprätt ställning förhindras vissa samordnade uttryck/samordning mellan blick och hand. Hon påtalar att pekning har en viktig funktion. Genom pekning skiljer barnet ut sig självt från omgivningen och samtidigt utvecklas förmågan till referens och delad uppmärksamhet. Grava rörelsehinder medför ofta begränsad beteende- och rörelserepertoar vilket påverkar samspelet med andra, exempelvis att samspeletpartnern inte erhåller förväntade responser (Ferm, 2006; Heister Trygg, 2008).

3.1.6 Nedsatt kroppsuppfattning och stress leder till självskadande beteende?

Winlund och Rosenström Bennhagen (2004) menar att nedsatt kroppsuppfattning och/eller upplevelse av stress i tillvaron kan leda till självskadande beteende. Personer med utvecklingsstörning har ofta en kaotisk tillvaro och reagerar med oro när det är svårt att tolka vad som händer i omgivningen (Bakk & Grunewald, 2004). Orsakerna kan ligga i en svårighet att samordna och bearbeta sinnesintryck, att situationen upplevs kravfylld när man inte förstår vad som förväntas i situationen eller en svårighet att kommunicera (Bruce & Thernlund, 2008; Winlund et al, 2004). Personen reagerar med stress och ångest som kan visa sig i självskadande beteende. För att komma till rätta med självskadande beteende förordar Winlund et al att ge individen total uppmärksamhet i en trygg miljö och att successivt göra personen mer medveten om sin egen kropp med beröring och grov- och finmotoriska övningar. Althoff (2007) refererar till Forsberg och Hirschfeldt, vilka i sin rapport år 1992 om sensorisk stimulering påtalat att motorisk stimulering har stor betydelse för att utveckla och behålla olika funktioner och bidra till minskad oro och rastlöshet hos personer med inskränkt av rörelseförmåga.

3.1.7 Imitation och spegling

Imitation är en komplex process som kan vara påverkad vid funktionsnedsättning, särskilt vid autism (Williams, Whiten & Singh, 2004). Det gäller att uppfatta ett uttryck, minnas det och sedan återskapa det (Johansson, 1988). Förmågan att imitera är grundläggande för barnets inläring och utveckling av kommunikation och språk (Nettelbladt, Håkansson & Salameh, 2007); Schopler, Reichler och Lansing, 1993). Forskning har visat att spädbarn kan härma/spegla förälders tungutträckning och munöppning redan under det första levnadsdygnet (Michael Hermann i Stern, 1991). I varje kommunikationssituation imiterar vi omedvetet den andra personens gester och mimik. I det tidiga samspelet mellan barnet och dess föräldrar utgör detta det första ledet i en process som utvecklar "theory of mind" och empati (Sonnby-Bergström, 2002). Barn med autism kan lära sig att handklappning, vinkning och ljud men detta innebär inte att de klarar av att imitera anser Schopler et al (1993). De anser det är viktigt att inte förväxla barns utförande av olika rörelser med förmågan att imitera och uttrycker att riktig imitation uppstår när barnet kan växla mellan olika aktiviteter och göra efter vad barnet ser att den vuxna gör. Carpenter (2007) anser att förmågan "att kopiera rätt" är det enda som predicerar barnets fortsatta utveckling. I ett forskningsexperiment visade Heimann, Laberg och Nordoen (2006) att spegling kan vara ett sätt att nå kontakt och få till ett samspel vid autism. Enligt Rizzolatti, Fogazzi och Galese (2006) finns det en sorts speciella neuron, spegelneuron, i hjärnan som aktiveras då vi ser någon utföra en viss aktivitet eller uttrycka en känsla. Spegelsystemet verkar utgöra en bro som gör det möjligt att imitera andra och lära in nya färdigheter. Även förmågan att läsa av ansiktsuttryck och förstå andras känslor kan ha sitt ursprung i spegelneuronen. Den nedsatta förmågan till kommunikation och interaktion samt stereotypa beteenden som utmärker autism skulle kunna förklaras av en brist i spegelneuronens funktion, menar Rizzolatti et al.

3.1.8 Kommunikation och samspel med barn med funktionsnedsättning

Under normala förhållanden antas det att det finns en biologisk beredskap att möta sitt spädbarn på ett lämpligt sätt. Om det nyfödda barnet på något sätt inte motsvarar föräldrarnas förväntan till exempel om barnets uttryck är svagare och till en del annorlunda än normalt eller debuterar vid andra tidpunkter än normalt kan föräldrarnas beredskap komma i otakt med barnets signaler och uttryck (Johansson, 1988). Barn på tidig nivå har ofta nedsatta sinnesintryck vilket kan göra att barnet kan reagera annorlunda och/eller långsammare än normalt. Brodin (1991) noterade ett kommunikationsmönster hos de barn med grav funktionsnedsättning som ingick i hennes undersökning. När barnet vände bort blicken för att bearbeta/programmera sitt svar tolkade modern det som ett avvisande och gjorde ett nytt

kontaktförsök med barnet och uppfattade inte barnets intention att svara. Samma fenomen finns omskrivet av Stern (1991) med ett sex veckor gammalt spädbarn utan funktionsnedsättning.

Synen är påverkad hos en tredjedel och hörseln hos hälften av barn med flera funktionsnedsättningar (Brodin, 1991; Heister Trygg, 2008). Ett barn med utvecklingsstörning och synskada eller perceptionsstörning begränsas i sina möjligheter till samspel och får även svårt att tillägna sig kropps- och rumsuppfattning skriver Brodin (1991). Ungefär 80 % av alla intryck erhålls genom synen och ger barnet en samlad bild av omvärldens beskaffenhet och den egna positionen i världen (Brodin & Thurffjell, 1995). Blicken är förmodligen det viktigaste redskapet i den tidiga kommunikationen för kontroll av den andres uppmärksamhet, intresse, receptivitet och kommunikationsvilja. Johansson (1988) påtalar även leendet som en signal för samspel och som information om den känslomässiga aspekten av samspellet. Den ömsesidiga blicken och uppmärksamheten är av uppenbar betydelse för utvecklingen av den växelvisa turtagningen och för utvecklandet av gemensam referens vilket behövs i performativ kommunikation. Det är svårt för föräldrar att få till ett samspel om gensvar på leenden och blickkontakt uteblir eftersom blicken har en viktig reglerande funktion i att initiera, upprätthålla och avsluta kontakt (Brumark 1989). Om barnet har en grav synskada används inte ögonkontakt och leende för interaktion under de första månaderna vilket kan ha en negativ inverkan på det emotionella bandet mellan föräldrar och barn. Interaktionen behöver då utvecklas med taktila och vokala uttryckssätt i stället och forskning har visat, skriver Brumark, att gravt synskadade barn kan vara långsamma i att svara på föräldrars initiativ samt att själv använda rösten för att initiera kommunikation. I den medfödda kommunikativa förmågan finns vanligtvis ett förprogrammerat intresse för människoansikten. Barn med störning i sin utveckling kan ha ett annorlunda sätt att uppfatta, bearbeta och tolka perceptuella intryck. Vid autism föreligger ofta en svårighet att tolka ansiktsuttryck och annan ickeverbal kommunikation. Ögonkontakt kan upplevas som mer eller mindre hindrande och störande för kommunikationen anser Abrahamsson (2008) som själv har diagnosen Aspergers syndrom. Studier har visat att barn med autism inte riktar blicken åt samma håll som andra, att de helt enkelt inte följer andra människors blickriktning. Gillberg (1999) menar att det endast är en minoritet av barn med autism som helt undviker ögonkontakt, ofta kastas en hastig blick på samspelepartner eller att personen med autism stirrar på partnern på ett stelt och märkligt sätt. Personer med autism har ofta en variation i under- och överkänslighet för syn- och hörselintryck samt en beröringskänslighet (Abrahamsson, 2008; Åstrand, 2005); beröring uppfattas ofta som obehaglig. Ett annat hinder för utveckling av samspel är epilepsi och rörelsehinder, vanliga tilläggshandikapp vid grav utvecklingsstörning (Brodin, 1991).

Samspel med personer på tidig nivå och autism ställer större krav på den vuxne och utformningen av den omgivande miljön och situationen har stor betydelse för kommunikationen (Heister Trygg, 2008). Stephenson & Dowrick (2005) menar att utveckling av kommunikativa färdigheter hos barn med svåra funktionsnedsättningar till stor del är beroende av samtalspartnerns lyhörddhet på alla former av kommunikativt beteende. Som lyssnare gör man normalt sitt yttersta för att tolka det som andra människor uttrycker, hur konstigt det än är som uttrycks menar Nilsson et al (1994). Brodin (1991) har i sin forskning visat att föräldrar uppmärksammar även mycket små nyansskillnader i barnets aktivitet i ickeverbala uttryck: mimik, gester, kroppshållning och ögon/blickkontakt. Om ett uttryck varar längre än en sekund är det lättare att uppfatta (Björck-Åkesson, 1992). Även barnets vakenhetsgrad och personliga egenskaper har betydelse (Olsson 2006; Sonntag, 1996). Det är lättare att samspela med barn på tidig nivå om barnet har ett mer intensivt temperament och visar mer reaktioner såsom leenden (Wachs, 2000; Wilder & Granlund, 2003). Om barnet saknar motivation att samspela behöver föräldrar mycket stöd i att hitta strategier för att lära barnen att påverka sin omgivning (Brodin, 1991; Olsson 2006).

Den vuxnes samspelsstrategier har stor betydelse för om kommunikation uppstår menar Heister Trygg (2008). Det är av stor betydelse att samspelspartnern är fysiskt närvarande i sin kropp, använder kroppsspråk, mimik och tonfall, anpassar tempot i samspelet och använder lämpligt språk (Björck-Åkesson et al, 1997; Heister Trygg 2008). Som förälder måste man ha full uppmärksamhet och närvaro i situationen menar Ferm (2006). Personer i omgivningen behöver ha kompetens om funktionsnedsättningen och om kommunikation (Heister Trygg et al, 1998) och en medvetenhet om sitt beteende och reaktionsmönster för att förbättra kommunikationen (Bader-Johansson, 1991).

Den vuxne anpassar sitt språkliga beteende efter barnets språkliga utvecklingsnivå (Nettelblatt, Håkansson & Salameh, 2007). På sikt kan det innebära att samspelet med gravt utvecklingsstörda fastnar i gamla kommunikations- och samspelsmönster; risken är att föräldrar blir kvar i spädbarnsanpassningen och behöver stöd att utveckla sin samspelsförmåga (Heister Trygg et al, 1998). Stephenson et al (2005) påtalar behovet av att utveckla kommunikation för barn med funktionsnedsättningar och efterlyser mer forskning om att involvera föräldrar i intervention. I deras studie med tio barn med svåra funktionsnedsättningar framkom att föräldrarna sällan använde presymbolisk kommunikation (tecken eller bilder som signaler) i funktionellt syfte med barnen. I Göranssons (1995) avhandling och i Olssons (2006) forskningsksammanställning framgår att personer med kommunikativa nedsättningar ofta kommunicerar på en lägre nivå än deras kognitiva.

Förmågan att initiera och upprätthålla socialt samspel är avgörande för fortsatt utveckling för att skapa och upprätthålla relationer med andra anser Stephenson et al (2005). Barn på tidig utvecklingsnivå kan klara att påbörja och avsluta samspel(et) till exempel genom att vända sig bort. Att upprätthålla samspel är svårast. Det kräver att man klarar av växelspelet, turtagningen, mellan att vara den frågande och svarande i kommunikationen skriver Heister Trygg (2008). Forskning har visat att barn med funktionsnedsättning och utan tal sällan initierar kommunikation utan är ofta i en svarandeposition (Ferm, 2006; Granlund & Olsson, 1987; Heister Trygg et al, 1998). Ferm (2006) och Wilder (2008) har i sina avhandlingar konstaterat att samspelspartnern anpassar sitt samspel för att uppnå lyckade kommunikationstillfällen och undviker att prata om sådant som kan ge upphov till missförstånd. Det är mycket mer krävande att samtala med funktionshindrade barn i jämförelse med typiska barn i samma ålder och att kommunikationen genomgående var mycket långsam skriver Ferm (2006). Barnen är kommunikativt beroende av sina föräldrar, vilka ofta är deras främsta samspelspartners (Heister Trygg et al, 1998). Wilder (2008) refererar i sin avhandling till en undersökning av Lund och Light rörande vuxna som använt AKK (Alternativ och Kompletterande Kommunikation) i femton år och som visade att samspelsförmågan har större betydelse för att känna delaktighet än den språkliga förmågan.

3.1.9 Insatser för kommunikation och samspel

För att få till en så välfungerande kommunikation som möjligt för personer som behöver stöd för att utveckla kommunikation och språk behövs insatser inom tre områden: brukaren, redskapet och omgivningen, den så kallade BRO-modellen för Alternativ och Kompletterande Kommunikation, AKK (Heister Trygg et al, 1998). En kartläggning görs av barnets nuvarande kommunikation och förutsättningar att uttrycka sig med AKK på något kompletterande sätt och med eventuella kommunikationshjälpmedel. De största insatserna görs för att anpassa omgivningen, vilket innebär insatser i den fysiska miljön, men framför allt att ge kunskaper om funktionshindret och samspelsstrategier till det sociala nätverket (Heister Trygg, 2008). Blackstone et al (2007) och Johansson (1988, 1990, 1996) framhäver insatser till det sociala nätverket som en avgörande faktor för kommunikationsutvecklingen.

En kartläggning av kommunikationsförmågan görs utifrån kommunikativ avsikt, form och innehåll (Blom & Lahey, 1978). Granlund och Olsson utgår från den indelningen i ett kartläggningmaterial, "Kommunicera Mera" (1988), utformat för personer med grav, måttlig och lindrig utvecklingsstörning. De delar in den kommunikativa avsikten i: 1. Den styrande funktionen: "att få någon att göra något", 2. Den kontaktskapande: "jag vill ha kontakt med dig", 3. Den riktande: "jag vill uppmärksamma dig på det här". I den kontaktskapande kommunikationsformen är den andra personen fokus för en social kontakt eller rutin (Olsson, 2006) och kan innehålla en turtagning med flera turer. Den sistnämnda innebär delad uppmärksamhet det vill säga en förmåga att dela en upplevelse, ha ett gemensamt fokus, och att kunna växla sin uppmärksamhet mellan det man är intresserad av och den man vill kommunicera med. Den nedsatta förmågan till delad uppmärksamhet är den avgörande faktorn för de kommunikativa svårigheterna vid autism enligt Sarriá et al (1996). Hos barn med svår funktionsnedsättning finns det en uppenbar risk att det delade uppmärksamhetsbeteendet minskar eftersom det är svårare att uppfatta och samspelepartnerns svar dröjer (Olsson, 2005).

Med kommunikativt innehåll menas vad man vill kommunicera om. Nedsatt kommunikativ och språklig förmåga hos en person med funktionsnedsättning leder ofta till ett begränsat antal samtalsämnen i jämförelse med personer utan funktionsnedsättning (Ferm, 2006). Personer med funktionsnedsättning har ofta färre erfarenheter och upplevelser och färre samspelepartners (Heister Trygg, 2008).

Kommunikativ form, uttrycksförmågan, hos personer på tidig nivå delas in, utifrån stigande komplexitet, i naturliga reaktioner, handlingssekvenser, signaler och symboler (Granlund & Olsson, 1988). Naturliga (och reflexmässiga) reaktioner sker ofta spontant från barnet då något händer och är utan avsikt. Skillnaden mellan reflex och viljemässig rörelse är svår att uppfatta och Bader-Johansson (1991) menar att all rörelse bör tolkas som svar på ett stimulus. Handlingssekvenser är mer eller mindre målinriktade aktiviteter som är riktade mot en viss person i ett visst syfte, exempelvis att ta någons arm och dra fram till frysen för att få glass. Om omgivningen konsekvent bemöter naturliga reaktioner och handlingssekvenser som om de hade en avsikt, övertolkar, kan de utvecklas till signaler för barnet (Heister Trygg, 2008). En signal är en aktivitet eller rörelse som riktas mot en annan person och som barnet gör i en viss specifik situation (Olsson, 2006). Föremål används av omgivningen som signaler till barnet, exempelvis att en boll betyder att vi ska gå till rörelserummet eller en sked för att det är dags för lunch. Barnet har uppnått symbolnivån då det kan förstå och uttrycka sig genom tecken, verbalt eller peka på bild för att prata om händelser och personer, som inte är närvarande i tid och rum (Heister Trygg, 2008).

3.1.10 Insatser för personer med autism

Den allra viktigaste pedagogiska principen för att bemöta barn med autismspektrumstörning är att visuellt strukturera och ordna omvärlden (Åstrand, 2005). Inom förskola och skola används TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) vars mål är att personer med autism ska kunna fungera så självständigt som möjligt i vuxen ålder (Schopler et al, 1993). Det är ett allsidigt program för personer med autism och deras familjer som bygger på tydlig struktur och visualisering med utpräglad systematisering och organisation av arbetsordning och dagsrutiner. Med hjälp av bildstöd ökas förståelsen av omvärlden och om vad som ska hända vilket kan minska avvikande beteende (Åstrand (2005). Den yttre strukturen kan ses som ett försök att bygga upp en inre struktur hos barnet. "I de 1000 gångernas pedagogik handlar det om att upprepa. Upprepning hjälper barnet att uppleva och uppfatta. Efter många upprepningar vet barnet vad som ska komma och det ger trygghet. Genom fasta förutsägbara aktiviteter och klart uttryckta gränser, tydligt lyhört och konsekvent förhållningssätt och enkel konkret och förstärkt kommunikation

ger man barnet en omgivning som kan bli gripbar” (Åstrand, 1997, s 52). I kommunikationen med personer med utvecklingsstörning och autism används ofta TAKK, Tecken som Alternativ och Kompletterande Kommunikation, (Heister Trygg et al, 1998) och PECS, Picture Exchange Communication System (Frost & Bondy, 2002). PECS är en metod i sex faser där man med hjälp av bilder eller föremål i fas 1 lär barn med autism att rikta sig till någon för att få något föremål eller få göra någon högmotiverad aktivitet till att slutligen i fas 6 kunna kommentera vad som händer i omgivningen. Inom många habiliteringar används beteendeterapeutiska insatser (Eikeseth et al, 2007) för att förbättra kommunikativa och språkliga förmågan hos små barn med autism. Lagerheim (2007) påtalar vikten av vårt bemötande av personer med autism och hänvisar till Antonovskis KASAM-begrepp, det vill säga att sammanhanget måste göras begripligt för personer med autism: med lagom anpassade krav ges möjlighet att påverka situationen. Det är viktigt att träning och stimulans utgår från här- och nu-upplevelser om personen har en påtaglig utvecklingsstörning (Bruce et al, 2008).

3.2 Sherborne – bakgrund och utveckling

Sherbornemetodiken utvecklades av den engelska sjukgymnasten Veronica Sherborne (1922-1990). I början av 1940-talet kom hon i kontakt med koreografen Rudolf Laban (1879-1958) och blev inspirerad av hans rörelsefilosofi. Med utgångspunkt från hans tankar om rörelser och sina egna kunskaper om barns rörelseutveckling utformade hon ett speciellt arbetssätt för barn med behov av särskilt stöd. Veronica Sherborne beskriver sitt arbetssätt i boken ”Developmental Movement for Children” (Sherborne, 1990). Hennes grundtankar är att barnet först behöver utveckla sin kroppsmedvetenhet och rumsmedvetenhet för att sedan kunna relatera till andra. Hon hävdar att “all children have two basic needs: they need to feel at home in their bodies and so to gain body mastery, and they need to be able to form relationships” (Introduction, p. XIII). Barnet behöver bli medvetet om sitt kroppscentrum (bålen) för att få en trygghet i sin kropp och bli medveten om sitt jag. Hon uttrycker att det är i *relationen med andra* som förmågan till samspel och kommunikation utvecklas. I relationen med andra bygger man upp trygghet, självförtroende och tillit till sig själv och andra. Samma grundsyn, att den sociala miljön har stor betydelse och att människans självuppfattning och hennes jag byggs upp i det sociala samspelet med andra, återfinns bl. a. i Meads symboliska interaktionism (Fhanér, 1987). Sherbornes tankar var även i samklang med de undervisningsteorier som började få inflytande i England under 1950-1960-talet. Med inspiration av tankar från bland annat filosofen och pedagogen John Dewey, psykoanalytikern Erik H Erikson, barnpedagogen Maria Montessori, utvecklingspsykologen Jean Piaget och filosofen och pedagogen Lev Vygotsky började en mer barncentrerad undervisning göra sig gällande; en vilja att göra barnet mer aktivt och interaktivt i sin sociala miljö (Konaka, 2007a; Marsden & Sparkes, 2007). Deras teorier fokuserades mer på barnets kognitiva utveckling medan Sherborne utgick från barnets rörelseförmåga. Sherborne hade som sjukgymnast en helhetssyn på barnet och dess behov vilket då skilde sig från gängse synsätt vars fokus låg på att förbättra motorisk förmåga och avhjälpa motoriska brister. Hon ansåg att barnets perceptuella och sensoriska förmåga var förbundna med barnets fysiska utveckling (Marsden & Sparkes, 2007).

Under 1970-talet fick Sherborne, som arbetade i skolan, möjlighet att utveckla sina teorier i praktiskt arbete även med barn i behov av särskilt stöd då ansvaret för dessa barn överfördes från hälso- och sjukvården till skolväsendet i England. Hennes visshet om att det var grundläggande att ge barn goda rörelseerfarenheter blev än mer bekräftat då hon arbetade med dessa barn. Hon såg att de ofta hade svårt att relatera till sin egen kropp och till andra i omgivningen. I sin undervisning inbjöd hon vuxna i barnens omgivning att delta under rörelselektionerna. Hon delade med sig av sina kunskaper och erfarenheter till sjukgymnaststudenter genom att hålla kurser i England och utomlands.

I början av 60-talet höll Veronica Sherborne den första nordiska kursen i Oslo (Dahl, 2005). I Sverige är arbetssättet känt sedan slutet på 1970-talet, främst bland sjukgymnaster och bland specialpedagoger under beteckningarna Sherborne respektive Relation Play. I engelskspråkig litteratur går metodiken under benämningen "Sherborne Development Movement", i engelsk litteratur förkortat till SDM. Veronica Sherborne var vid ett flertal tillfällen inbjuden till Sverige och höll workshops (Holst, 1979; Moberg, 1984). År 1994 bildades Svenska Sherborne-föreningen för Relation Play (www.sherborneforeningen.com). I Sherborne-föreningens regi ges utbildning i baskurs 1 och 2 samt en fördjupad praktisk kurs (nivå 3) och en ledarutbildning (nivå 4) på internationell nivå. Föreningen har en tidskrift, "In touch", som utkommer med ett par nummer per år. Efter Sherbornes död 1990 startades i Storbritannien "UK Sherborne Association" (www.sherbornemovement.org). Metodiken är spridd till övriga Europa och även till Japan, Australien, Canada och Sydamerika. År 1993 bildades "International Sherborne CoOperation" med uppgift att leda arbete med internationella kurser ("Advanced Practicers Course") och ledarkurser ("International Course Leader") på internationell nivå (Marsden, 2007).

3.2.1 Sherbornemetodik

Syftet med Sherbornemetodiken är att använda rörelser för att utveckla kropps- och rumsmedvetenhet och att skapa relationer med andra. Genom att i rörelseövningar ge fysiskt stöd och emotionell trygghet får barnet en möjlighet att utveckla kommunikation och samspel med andra, se bilaga 1. Sherbornerörelser kan göras enskilt, två och två, eller i grupp. Samspelspartnern erbjuder personen rörelseförslag och är lyhörd för personens gensvar. Det finns inget rätt eller fel i utförande av rörelserna utan man gör dem på sitt eget sätt. Alla lyckas. Att uppleva rörelseglädje genomsyrar metodiken. När samspelspartnern har fångat barnets uppmärksamhet och intresse, kan dialogen sätta igång. Alla initiativ från personen uppmärksammas och anammas. Detta synsätt på kommunikation är i analogi med Olssons definition av kommunikation (2006) där alla uttryck tillskrivs en mening, se sid 5. Så småningom börjar barnet förstå att det barnet själv gör påverkar andra och att andra svarar på dess signaler. Genom systematiska övningar lär sig barnet att uttrycka sig mer medvetet och förvänta sig svar från samspelspartnern (Marsden & Sparkes, 2007).

Fokus för inläringen är processen, inte resultatet. Man strävar efter att varje deltagare ska uppnå tillräcklig emotionell och fysisk trygghet, så att personen vågar pröva nya rörelser. Ledaren fångar upp deltagarnas uttryck och svarar på dem (sensitive responsiveness). Denna interaktiva ledarstil bekräftar barnet i dess rörelseutveckling och bidrar till självförtroende. Man skapar en glädje i att uttrycka sig med rörelse. En atmosfär av rörelseglädje i samspel ger en känsla av att mötas på samma nivå, något som kan vara svårt att uppnå i kontakten mellan vuxna och barn med funktionsnedsättning. Ett jämlikt förhållande uppstår. Denna strävan efter en atmosfär av tillit och jämlikhet är en av de största skillnaderna mellan SDM och andra rörelsemetodiker skriver Marsden & Sparkes (2007). Deltagarna får en gemensam upplevelse där individens bidrag, *att* man rör sig (*effort*) är det viktiga, inte själva uttrycket, *hur* man rör sig (*performance*).

Eftersom personer med funktionsnedsättning ofta befinner sig i underläge eftersträvas alltid att befinna sig på samma nivå, exempelvis sittande på golvet. Golvet ger trygghet vid balanssvårigheter: "Man kan inte ramla ifrån ett golv" (B Althoff, personlig kommunikation, 12 juli, 2005). Sherborne anser att samspelspartnern bör ha ögonkontakt och tydlig ansiktsmimik för att kunna utveckla kommunikation hos personen. Om personen tar initiativ till rörelse eller ljud, imiterar/speglar samspelspartnern detta direkt i syfte att få till en dialog.

Veronica Sherborne arbetade med grupper, sällan individuellt. Syftet var att ge deltagarna möjlighet att skapa relationer till andra både i stor grupp och i mindre grupper. Aktiviteterna i gruppen bidrog till gemensamma erfarenheter och upplevelser av kontakt och gemenskap.

Tre relationsövningar

Grunden i Sherbornemetodiken utgörs av tre olika relationsövningar med ökande komplexitet: *med-övningar*, *delade övningar* och *mot-övningar*, se bilder i bilaga 2. 1.

I *med-övningarna*, "caring or with relationships", är samspelspartnern ett fysiskt stöd åt deltagaren. En av de grundläggande rörelserna är "containing"-rörelser där partnern exempelvis sitter på golvet och håller om barnet framför sig och gungar från sida till sida eller framåt-bakåt. Att vara omhållen ger barnet en upplevelse av hela sin kropp och en vaggande rörelse från sida till sida har en lugnande och harmonisk effekt (Sherborne 1990). Partnern anpassar tempo och rörelseutslag till vad man uppfattar att deltagaren upplever som behagligt. Personer som ogillar beröring kan sitta/ligga på en filt medan partnern drar dem runt i rummet. De svepande rörelserna åt sidorna och kroppens böjningar i sidled ger barnet en upplevelse av sin egen kropp mot underlaget och stärker bålstabiliteten. Till en början mottar deltagaren passivt partnerns rörelseförslag. Partnern är hela tiden lyhörd efter tecken, gensvar, från personen. Det kan vara signaler från kroppen, ansiktsmimik eller ljud.

Delade övningar, "shared relationships", utförs tillsammans med en partner och innebär en delad upplevelse med ett gemensamt fokus. Det kan till exempelvis vara att sitta rygg mot rygg med en partner och gunga från sida till sida i gemensamt tempo, ro en båt eller att väga salt sittande eller stående. Övningarna kan innehålla inslag av turtagning och ibland ögonkontakt som i väga salt och ro en båt.

Mot-övningar, "against relationships", där den egna kraften möter en annan partners kraft. Sittande rygg mot rygg kan man till exempel trycka ryggarna mot varandra och pröva varandras motkraft eller att i stående position luta händerna mot varandra och uppnå jämvikt. Syftet är att fokusera sin kraft och att uppleva den egna kraften i möte med andras.

Fyra rörelsekvaiteter

Inom Sherbornemetodiken strävar man efter att bredda deltagarnas rörelserepertoar. Då Veronica Sherborne kom i kontakt med koreografen Rudolf Laban under 1940-talet inspirerades hon av hans sätt att se på rörelse. Laban ansåg att det var *känslan* i rörelsen, den personliga upplevelsen, som var det viktigaste, inte hur själva rörelsen såg ut eller utfördes. En rörelse kan analyseras inom fyra rörelsekvaiteter, "movement qualities": energi, flyt, rum och tid, se figur 1.

Indelningen av rörelser i relationsövningar och rörelsens kvaiteter ingår som en del av Labans rörelseanalys vilken Sherborne utgick ifrån. I rörelseanalysen (se bilaga 3) analyseras rörelsen utifrån relation till andra, rörelsekvaiteten, utifrån var den sker i rummet ("direction"), och i relation till den egna kroppen. I analysen kan följande frågor ställas: Vad är det som rör sig? Hur är rörelsen? Kan man se ett flyt i rörelsen eller är den mer återhållen? Är det en snabb eller långsam rörelse? I vilken riktning sker rörelsen? Var utförs rörelsen i förhållande till kroppen och övriga rummet? I rörelseförslagen som presenteras för deltagaren eftersträvas upplevelser av *kontraster* inom de fyra olika rörelsekvaiteterna i förhållande till rummet, till den egna kroppen och andra deltagare. Syftet är att öka personens kropps- och rumsmedvetenhet och rörelserepertoar.

| | |
|--|---|
| ENERGI (ENERGY) | |
| Stark, kraftfull känsla (strong) | lätt, känsla av svävande i luften (gentle) |
| FLYT ("FLOW") | |
| Fritt, okontrollerad (free) | återhållen, försiktig, kontrollerat (controlled) |
| RUM (SPACE) | |
| flexibel, utrymmes- krävande, stora gester (flexible) | direkt, raka vägen mot målet (direct) |
| TID (TIME) | |
| Snabb, plötslig (quick) | långsam, utdragen (slow) |

Figur 1. "Movement qualities" (Klinta, 1998)

Barn med svår funktionsnedsättning (severe learning difficulties) befinner sig ofta i mitten av rörelsespektrat skriver Sherborne (1990). Deras rörelserepertoar är varken fri eller återhållen, varken flexibel eller direkt, varken snabb eller långsam. Barn med autistiska tendenser uppvisar ett bundet flyt (sustainment and fine touch). Trots deras ointresse av andra människor och att utveckla kroppsmedvetenhet är det möjligt att få kontakt med dessa barn i en-till-en-relationer (Åstrand, 1997; 2005). För personer med grava funktionsnedsättningar är det primära för partnern att ge en känsla av trygghet och tillit i medrörelser (Althoff, 2007). En vaggande rörelse ger upplevelse av fritt flyt och minskar spänningar. Exempelvis kan personen ligga ned på sidan, partnern sitter nära och gungar personens ben i ett anpassat tempo (snabbt-långsamt) och energi (kraftfull-lätt beröring).

3.2.2 Förhållningssätt i Sherbornemetodiken

Förhållningssättet i Sherborne genomsyras av att anpassa sig till individens nivå och nivå på gensvar. Sherborne (1990) uppmanar ledarna att uppmärksamma, uppmuntra och bekräfta deltagare. Från sin undervisning i grupper med utvecklingsstörda barn hade Veronica Sherborne stor erfarenhet av att rörelsestimulans kan förändra och åstadkomma mycket positivt om utgångspunkten är barnets egen förmåga (Moberg, 1984). Upprepning av samma rörelseförslag ger erfarenheter hos deltagaren och det kan även skapa förväntan. Genom att ibland stanna upp och invänta barnet – väcka förväntan - kan barnet själv börja ta initiativ att fortsätta rörelsen skriver Åstrand (1997), som har lång erfarenhet av arbete med barn med autismspektrumstillstånd. Dahl (2005), en norsk sjukgymnast som arbetat med Sherbornemetodik sedan 60-talet, anser Sherbornerörelser vara ett ovärderligt arbetsredskap och påtalar att hon inte skulle ha nått så långt med personer med utvecklingsstörning och framför allt inte med autism om hon inte kunnat använda Sherbornemetodiken med dessa personer.

Hill (2006) som arbetade tillsammans med Veronica Sherborne påtalar det unika i ledarstilen i Sherbornemetodiken: individualitet, flexibilitet, inkluderande, vara på samma nivå/jämlika, kreativitet, positivism och rörelseglädje. Metodiken sätter individen i centrum. Ledaren uppmuntrar deltagarna att utforska genom att ge dem "öppna" rörelseförslag utan fastställd utformning (set "open" movement tasks). Alla deltagare kan delta utifrån sin kognitiva och rörelsemässiga nivå. De traditionella rollerna som vuxen-barn/överläge-underläge kan kastas om och barnet leder den vuxne i rörelserna. Deltagarna ges förtroende att utforska, initiera och att lösa problem. Ledaren planerar sessionen så att barnet lyckas i uppgifterna. Glädjen i att röra sig (och leka) tillsammans uppmuntras. Sherborne tyckte att det var viktigt att våga leka och att undervisa genom lek (Dahl, 2005).

3.2.3 Dokumentation om Sherborne

Sherbornemetodik har använts för barn, ungdomar och vuxna med olika funktionsnedsättning för att främja rörelse och kommunikation. En litteratursökning resulterade i 16 studier, varav 14 rörde barn på förskola, skola eller motsvarande i Europa och två studier rörde vuxna i Sverige. Systematiska studier fanns från Norge, Sverige, Storbritannien, Belgien och Polen kring barns utveckling genom Sherborne. De flesta av dessa fyllde dock inte de krav som ställs på evidens. I alla studierna, förutom i Marsden, Hare and Westons (2007) saknades kontrollgrupp. Olika observationsformulär förekom i studierna men när denna sökning gjordes hade inte något observationsinstrument testats i större grupper vad gäller reliabilitet och validitet. Perspektiven växlar, möjligen beroende på forskarens yrkesbakgrund. Fokus ligger för det mesta på rörelseförmåga och rörelserepertoar, men även självkänsla och samspel nämns i rapporterna. I många av rapporterna skrivs att emotionell, kognitiv och kommunikativ förmåga förbättrades utan att närmare specificera eller definiera vad som menas. I några av rapporterna framkommer inte tydligt i vilken omfattning man jobbat med Sherborne och vilka svårigheter barnen hade. En del av studierna rör personer med någon form av autismspektrumstörning (Althoff, 2007; Althoff & Brandquist, 2006; Bogdanowicz, 2007; Konaka, 2007b; Åstrand, 1997, 2005). I andra studier har man arbetat med Sherborne med barn med hörselnedsättning (Bogdanowicz, 2007; Friberg, 1999), inlärnings- och koncentrationssvårigheter (Lasila & Uusitalo, 2007) samt emotionella svårigheter och beteendeproblematik (Filer, 2007). Endast en studie fanns som rörde personer med grava rörelsehinder (Bergström & Althoff, 2004). Ett par av studierna hade tydligt fokus på kommunikation och samspel (Åstrand, 2005; Konaka, 2007b).

De flesta av studierna saknar tydliga beskrivningar av tillvägagångssätt och definierar inte heller tydligt exempelvis hur en förbättrad kommunikativ och kognitiv förmåga har mätts och vad begreppen står för, vilket gör det svårt att dra några slutsatser av Sherbornemetodikens effekt. Några av rapporterna innehåller dock en tämligen god redogörelse av den studie som genomförts och nedanstående redovisning inleds med dessa. Det är detaljerade beskrivningar av Sherbornebehandlingar/stimulans från olika miljöer. Den första tar upp hur Sherborne introducerats på en förskola i Sverige och utformandet av en arbetsmodell (a). Sedan följer ett exempel på Sherborne i grupp med vuxna deltagare med måttlig utvecklingsstörning och autism (b). Därefter beskrivs Sherborne med personer med grava rörelsehinder på dagcenter (c). Avsnittet avslutas med de två studierna som har fokus på kommunikation och samspel. Båda studierna rör autism, den ena förskolebarn i Sverige (d), den andra engelska skolbarn (e).

Därefter har information från litteraturgenomgången samlats under sex olika rubriker: samspelepartnerns roll, motorisk trygghet och kroppsuppfattning, turtagning och initiativ, ökad självkänsla och minskad beteendeproblematik, rörelsevokabulär samt Sherborne och lek för att utveckla samspel och kommunikation. Rubrikerna är valda framför allt utifrån ett kommunikations- och samspeleperspektiv och vad som är viktigt inom Sherbornemetodiken, men även utifrån det som tagits upp i rapporterna som exempelvis rörelsevokabulär.

Rapporter om kommunikation och samspel från förskola, gruppverksamhet, daglig verksamhet och skola

Berit Åstrand beskriver i sin bok "Ett steg i sänder" (1997) hur man arbetat med Sherborne Relation Play (SRP) på en förskola i Täby inom ramen för ett projekt, Kristinaprojektet (a). De sexton barn som ingick i projektet hade alla en autismspektrumdiagnos. Syftet med projektet var att utveckla en kommunikationsmodell för barn med autism och liknande kommunikativa svårigheter. I projektet ingick att utforma en Sherbornemetodik anpassad till

barnen med autism och även att beskriva utvecklingen av kommunikation och samspel hos de barn som ingick i projektet. Från början fanns en tveksamhet över om rörelsemetodiken kunde vara tillämpbar på barn med autism eftersom de har en annorlunda känslighet för beröring. Det visade sig dock fungera över förväntan. En arbetsmodell för SRP på förskolan utarbetades. I arbetsmodellen ingick att tydliggöra rutiner och ordning för varje SRP-tillfälle. Initialt byggdes tilliten upp genom att barnet hade SRP-övningar med en och samma vuxen fem dagar i veckan vid samma tidpunkt. Projektet gav positiva effekter på barnen och på verksamheten. När man arbetade med Sherborne Relation Play-övningar uttryckte barnen vilja, intresse, glädje, initiativ och medvetenhet på ett sätt som inte sågs hos dem i andra sammanhang skriver Åstrand. Barnen började också använda ljud, ord och tecken och att imitera. Ett ökat välbefinnande, trygghet och självkänsla märktes hos barnen. En mor uttryckte att hennes femårige son fått en medvetenhet om den egna kroppen, att han förstod lite bättre hur man lekte och vad som gjorde ont på någon annan. Hon upplevde att han blivit mer delaktig socialt i familjen. Han hade också börjat kalla sig själv ”jag”. SRP-övningarna gjorde att en pojke, som tidigare då han blivit ledsen och arg reagerat genom att bita sig i handen, kunde rikta sin ilska på ett annat sätt och blivit mer stabil i sitt humör.

Althoff et al rapporterar (2006) om förbättrat rörelseregister, bättre förmåga till turtagning och fokusering i en Sherbornegrupp med vuxna med utvecklingsstörning och autism (b). Varje deltagare hade en supporter/coach med sig som också deltog vid varje grupptillfälle. Spänningsreducerande rörelser och en fast och tydlig beröring frigjorde energi för kommunikation. Deltagarna tog initiativ till kontakt och till rörelse under rörelsepassen. I vardagen märkte personalen en ökad vilja hos deltagarna att kommunicera med röst och tal och att samspela med andra.

Bergström et al (2004) och Althoff (2007) rapporterar om en studie på ett dagcenter (c). Studien är unik på så sätt att man arbetat med Sherborne med vuxna med grav rörelsenedsättning och på tidig utvecklingsnivå. Hittillsvarande dokumentation om Sherborne hade mest rört personer med relativt god rörelseförmåga. Förutom grav rörelsenedsättning hade de sex deltagarna även en grav utvecklingsstörning och saknade funktionellt tal. Personalen upplevde stora svårigheter att kommunicera med dessa personer. Sherbornebehandlingen pågick under sex månader. Personalen fick utbildning i Sherborne Relation Play nivå 1. Rörelseförslagen anpassades till personernas funktionsnivå. Det visade sig att de personer som var svårast att kommunicera med var de som bäst svarade på rörelserna. Efter sex månader upplevde personalen att deltagarna visade mindre oro, var mer vakna, såg mer glada ut och att ögonkontakten ökat. Cirkulationen i kroppen hade ökat, medan spasticitet och stereotypa rörelser minskat. Deltagarna visade mer tillit, ökad ögonkontakt, leende och skratt. I de vuxnas gruppboende och hem noterades en ökad uppmärksamhet, lugn och trygghet.

Under 2000-talet har det kommit studier som mer specifikt tar upp samspel och kommunikation. I en svensk studie (d) av Åstrand (2005) påvisades en generell ökning av kommunikationsförmågan efter insatser med Sherborneövningar. I studien definierades kommunikativ förmåga som förmågan att uttrycka sig, bli förstådd och förstå andra. Åtta barn med autismspektrumstörning i åldrarna 2½ år till 9 år deltog i studien. Under fyra terminer fick barnen Sherborneövningar varje vecka individuellt med pedagog som handleddes i Sherbornemetodik. Syftet var att etablera en ickeverbal dialog, en rörelselek med träning av samspel, turtagning och imitation under rörelsepassen. Utvärdering skedde med enkäter till föräldrar och deltagande pedagoger varje termin. Resultatet redovisades på gruppnivå och visade att både föräldrar och pedagoger upplevde att samtliga barn hade ökat sin kommunikativa förmåga successivt under de fyra terminer som behandlingen pågick. Föräldrarna märkte en större ökning än pedagogerna. Åstrand konstaterade att barnens

möjlighet att utveckla sin kommunikativa förmåga hade ökat genom införandet av Sherbornes målinriktade kroppsupplevelser i relationer med andra.

På en specialskola för elever med autismspektrumstörning i England genomfördes ett tvåårigt projekt (e) med att införa Sherborne, sherborne@sunfield, på skolschemat (Konaka, 2007b). Syftet med projektet var att anpassa Sherborne för barnen med autism, implementera metodiken i skolundervisningen och undersöka personalens upplevelser av effekterna. Sammanlagt deltog 100 elever i åldern 7 till 19 år med diagnos svår autismspektrumstörning (enligt Konaka) samt personal från Sunfield och tio andra skolor i olika faser av implementeringen. Barnen fick Sherborne i en-till-en-relation med en och samma personal och rörelseövningarna presenterades enligt en fastställd ordningsföljd som upprepades. För varje elev fanns en planering för varje rörelselektion och ett utvärderingsschema av elevens engagemang. Nya rörelseförslag introducerades efterhand. Under projekttiden uttryckte personalen behov av mer kunskap om Sherborne för att förstå det interaktiva förhållningssättet. Personalen erhöll därför nivå 1-utbildning i Sherborne. Elevernas engagemang ökade när personalen var engagerade och livfulla. Under projektet framkom att eleverna medverkade bättre då omgivningen var "contained" och fri från visuella distraktorer och då personalen använde ett enkelt och tydligt språk (1-2 ordsmeningar) och förtydligade sitt tal med visuellt stöd, det vill säga visade en tecknad bild som visade rörelsen. Det visade sig att övergångar mellan en rörelse till en annan var svåra för eleverna och man införde en viss rörelse ("rocking") som signalerade övergång och en annan ("sliding on a blanket") som signal för samlingen i slutet av sessionen. Slutresultatet visade en förbättrad kommunikativ förmåga hos eleverna i form av att upprätthålla ögonkontakt, dela uppmärksamhet (joint attention) och dela upplevelse (shared experience). Personalen rapporterade om ökad förmåga till turtagning och ett ökat uppmärksamhetsspann hos eleverna under de andra lektionerna i skolan.

Dokumentation rörande samspeletpartnerens roll

I flera av studierna framhävs samspeletpartnerens roll. Samspeletpartneren behöver ha kunskap om Sherborne (Althoff 2007; Konaka, 2007; Åstrand, 2005, 2007). I alla dessa fyra rapporter, som omfattar en behandlingsperiod från 6 månader upp till 2 år, framkommer att samspeletpartnererna erhållit handledning kontinuerligt och i Althoffs rapport (2007) framgick att personalen på daglig verksamhet gick en nivå 1-kurs. En studie av Marsden, Hare och Weston (2007) visar att elevgruppen som erhållit Sherborne med utbildad Sherborneledare fick bättre resultat än de andra grupperna. Åstrand (2005) betonar också behovet av kunskap om det aktuella specifika funktionshindret och dess konsekvenser. I de flesta av studierna påtalas att samspelet är beroende av ledarens intresse och engagemang (Althoff, 2007; Friberg, 1999; Konaka, 2007b; Åstrand 1997, 2005). Friberg (1999) uttrycker att kommunikationen är beroende av "lärares utstrålning och verbalisering". Engagemang gör elever engagerade skriver Konaka (2007a). Friberg (1999) framhäver att samspeletpartneren behöver ha tålamod att ta sig tid att vänta in gensvar hos personen. Även Åstrand (2005) betonar den vuxnes uppmärksamhet på signaler och initiativ från barnet och att omedelbart besvara barnets reaktioner.

I många av studierna rapporteras om fördelar med att ha Sherbornerörelser initialt i en-till-en-relation med samma partner vid funktionsnedsättning (Althoff, 2007; Friberg, 1999; Konaka, 2007b, Åstrand, 1997, 2005, 2007). Ett tydliggörande av rutiner och ordning för varje Sherbornetillfälle är viktigt i början för att bygga upp tillit (Åstrand, 2005). I den Sherborne-metodik hon anpassat till barn med autismspektrumdiagnos på förskolan har barnet Sherborne med en och samma vuxen fem dagar i veckan vid samma tidpunkt. Utgångspunkten är en absolut struktur på rörelsepassen från början där den vuxne helt och hållet tar ansvaret och allteftersom inför en större flexibilitet. Med personer som befinner sig på tidig

utvecklingsnivå och med grava rörelsehinder är det dock svårt att ha en absolut struktur uttrycker Bergström et al (2004) eftersom en anpassning bör ske utifrån dagsform som exempelvis spänningar i kroppen, initialskede på förkylning, extrem trötthet efter epilepsianfall. Detta medför att samspelspartnern måste ha en utforskande attityd och vara lyhörd för gensvar hos personen. Heister Trygg (2008) påtalar att förutsättningar för att få till ett samspel med personer på tidig nivå är kunskap, lyhördhet, tålmod och förståelse och förmåga att vara kroppsligt och själsligt närvarande. Den vuxne bör också förvänta sig att barnet kommunicerar, uppmärksamma varje initiativ och vidareutveckla samspelet. Även i andra metoder ses etablering av tillit som en grund för att få till ett bättre samspel. I utbildningsprogrammet ICDP (International Child Development Programmes) för tidigt samspel mellan föräldrar och barn är utgångspunkten tillit och en positiv omdefiniering av barnet (Heister Trygg, 2008).

Dokumentation rörande motorisk trygghet och kroppsuppfattning

Rapporter om Sherbornebehandlingar visar att deltagare fick en ökad kroppsmedvetenhet (Bogdanowicz, 2007; Lassila et al, 2007; Åstrand 1997), ett ökat rörelseregister (Althoff et al, 2006), en förbättrad koordinationsförmåga (Lassila et al, 2007) och minskad rörelserädsla (Althoff, 2007; Bogdanowicz, 2007). Hos personer på tidig utvecklingsnivå med rörelsehinder har Althoff (2007) rapporterat om minskad spasticitet och stereotypa rörelser. Åstrand (1997) har visat att beröringskänsligheten minskade hos barn med autism. Hon märkte också att förmågan att imitera rörelser förbättrades hos barnen. Genom regelbunden Sherborne anser Carpenter (2007) att spegelneuronen påverkas vilket skulle ge en positiv effekt på imitationsförmågan och därigenom förbättra förmågan till empati och socialt samspel. Carpenter hänvisar till Trevarthen et al som redan 1996 föreslog att stimulering av rörelse och motorik kunde vara hjälpsamt för att utveckla empati hos barn med autism.

En nedsatt kroppsuppfattning, motoriska koordinationssvårigheter och svårigheter med interaktion finner man ofta hos barn med inlärningssvårigheter enligt finsk forskning (Lassila et al, 2007). I deras undersökning fick sju lågstadiet barn med inlärnings- och koncentrations-svårigheter Sherborne under två månader. Lärare och föräldrar rapporterade om ökad självkänsla, förbättrad motorisk koordinationsförmåga, ökad koncentration hos barnen och minskat antal konflikter. Lassila och Uusitalo ser Sherborne som ett värdefullt sätt att utveckla basal kroppsmotorik och interaktion och att Sherborne lämpar sig bra för tvärprofessionellt samarbete både på individ- och gruppnivå. "Even though exercise takes a lot of effort, it is also fun. Seeing the children learn and develop makes everyone happy to work with SDM (Sherborne Development Movement) again and again." (Lassila et al, 2007, p. 138). Min översättning: Även om sessionerna tar mycket kraft uppvägs det av att man har roligt. Att se barnen lära sig och utvecklas gör att man gladeligen vill arbeta med Sherborne återigen.

Dokumentation rörande turtagning och initiativ

Förmågan till turtagning, att ta initiativ till sociala kontakter och samspela med andra ökade rapporteras i flera studier (Althoff et al, 2006, Bogdanowicz, 2007; Konaka 2007; Marsden, Hare & Weston, 2007; Åstrand, 1997). Loots och Malschaert (1999) skriver i en belgisk rapport att deltagarnas kommunikativa förmåga ökade. Som redan nämnts förbättrades eleverna med autism i Konakas (2007b) studie att upprätthålla ögonkontakt och dela uppmärksamhet. I Åstrands studier (1997, 2005) med förskolebarn med autism framkom initiativ till att leka och att uttrycka sig verbalt och med tecken. Även de vuxna med autism som deltog i Sherbornegrupp tog initiativ till kontakt med andra med ljud, ord och rörelser (Althoff et al, 2006). Friberg (1999) märkte att en döv elevs förmåga till turtagning ökade och att han visade glädje då han "upplevde samhörighet och ömsesidighet" och då han förstod syftet med övningen. Flera studier rapporterar om glädje, skratt och leenden (Althoff, 2007;

Åstrand, 1997, 2005) och ökad blickkontakt (Althoff et al, 2006; Friberg, 1999; Konaka, 2007b).

Dokumentation rörande ökad självkänsla och minskad beteendeproblematik

I flera av studierna rapporteras om en ökad självkänsla, välbefinnande och trygghet hos barnen efter att ha deltagit i Sherborne (Althoff, 2007; Bogdanowicz, 2007; Lassila et al, 2007; Filer, 2006; Åstrand, 1997). Filer (2006) som arbetat med barn med beteendeproblematik visade att barnens självkänsla och tillit till vuxna ökade och även att familjerelationerna förbättrades. Barnen började bry sig om andra barn (Marsden, Hare & Weston, 2007). Vuxna med grav funktionsnedsättning utvecklade tillit till andra (Althoff, 2007). Oro och självskadande beteende såsom bitande minskade hos barn (Åstrand, 1997) och vuxna (Althoff, 2007). Lassila et al (2007) rapporterar om minskat antal konflikter i skolan och Filer (2007) om att beteendeproblematik minskat hos barn med psykiska och emotionella svårigheter. I en studie av Bogdanowicz (2007) på 36 barn i åldrarna 3-16 år med autismspektrumstörning märktes förbättring både motoriskt, socialt, emotionellt och kognitivt. I flera studier rapporteras om förbättrad uppmärksamhet och koncentrationsförmåga hos förskolebarn (Åstrand, 1997, 2005) och elever (Konaka, 2007b; Lassila et al, 2007). I Åstrands (1997) studie berättade ett föräldrapar att ett barn kunde sitta med vid matbordet i hemmet.

Dokumentation om rörelsevokabulär

I nutida dokumentation finner man stöd för Sherbornes tankar om att rörelse är positivt för barnets utveckling. Barn behöver utveckla en ”rörelsevokabulär” (eng. movement vocabulary) och inläring sker genom rörelse (Marsden, Hare & Weston, 2007). The Sports Council i Storbritannien har infört begreppet ”fysisk litteracitet” (eng. physical literacy) och påtalar att inläring av olika motoriska rörelser är lika nödvändigt för varje människa som att uttrycka sig verbalt. Utveckling av den fysiska litteraciteten spelar en avgörande roll, menar Whitehead, 2001, (i Marsden, Hare & Weston, 2007) för att utveckla individens självmedvetenhet, självförtroende och självkänsla. Whitehead menar att barnet utvecklar fysisk litteracitet genom en förståelse av jaget som en fysisk och rörlig varelse i en social och interaktiv värld (Weston, 2007). Han använder ordet ”embodiment” vilket kan jämföras med Sherbornes att ”känna sig hemma i sin kropp”.

Marsden, Hare och Weston (2007) rapporterar om tydliga överföringseffekter hos 5-6 åriga barn som hade Sherbornelektion under första skolåret. De förbättrade sin ”movement vocabulary” och även socialt, vilket mättes i förmåga till samarbete, turtagning och delad upplevelse. Med ”movement vocabulary” menas ett ordförråd som rör kroppens olika delar, rörelser som utförs med kroppen, hur rörelser utförs i rummet och i tempo samt ord för att beskriva relation. Movement vocabulary utgår från Labans rörelseanalys (se bilaga 3). Under en termin erhöll två grupper med 14 barn en lektion med Sherborneövningar och två med vanlig gymnastik/idrott medan barn i en kontrollgrupp fick tre vanliga gymnastiklektioner. Sherbornelektionerna leddes av en Sherborneutbildad lärare. De barn som haft Sherbornelektioner fick fyra gånger bättre resultat än kontrollgruppen på ”movement vocabulary” och var signifikant bättre på den skala som användes för att bedöma social förmåga. Eleverna i den grupp som hade Sherborneutbildad lärare på alla sina tre gymnastiklektioner fick bättre resultat än den andra gruppen. I rapporten konstateras att kombinationen av Sherborne och dess ledarstil har en signifikant effekt på att lära ut ”movement vocabulary” i jämförelse med traditionell gymnastik. Hon konstaterar också att resultatet korrelerar med Sherbornes antagande om att rörelsemetodiken hjälper barn att skapa relationer, att bry sig om andra, kommunicera och ställa upp för varandra. Dibbo (2007) påtalar i sin undersökning språkets betydelse för inläring och utveckling av ett ”movement vocabulary”. Han utgår från Vygotsky tankar (1986) och anser att språket har en avgörande

roll för inläring, kognitiv utveckling och problemlösning. I hans undersökning gjordes videoinspelningar av Sherbornelektioner med skolbarn under sju veckor. Vid genomgången av videoinspelningarna och gruppintervjuerna med barnen framkom att barnen hade utvecklat en kunskap om rörelse och att de verbalt kunde reflektera kring rörelse.

Dokumentation om Sherborne och lek för att utveckla samspel och kommunikation

Brodin (1999) påtalar att det är i leken som barn lär sig att samspela och påverka sin omgivning. Inom ramen för en C-uppsats har Johansson (2006) intervjuat lärare om deras erfarenhet av rörelse, rörelselek i svenska och matematik. I intervjuer framkom att rörelse och rörelselek i matte och svenska främjar inlärningsförmågan. Hon refererar även till andra rapporter som påvisar goda effekter av rörelse- och fysisk aktivitet och inläring i skolan; "Det man gör med kroppen, det fastnar också i "knoppen" skriver hon. Dent och Fouts (2003) har studerat utveckling av självuppfattning i lek med 3-5 åriga barn med Downs syndrom och använt Sherbornerörelser. De drar slutsatsen att en kroppslig självuppfattning är en förutsättning för att barnet senare ska kunna utveckla en symbolisk och språklig förmåga. De har i sin studie tittat på tre olika stadier av samspelesituationer i lek och ser en hierarki mellan dem. Den första var rörelselekar (No Object Play) med Sherbornerörelser för att studera kroppslig självuppfattning, det vill säga kroppsmidvetenhet om sig själv, och andra. När barnet utvecklat den subjektiva självuppfattningen finns förmåga till avsiktlig kommunikation, delad uppmärksamhet och social interaktion. I den andra leksituationen (Joint Object Play) användes material som stimulerade gemensamt fokus och initiativ som till exempel boll och ansiktskriter. Nästa steg var en symbolisk självuppfattning som visar att barnet utvecklat en "theory of mind", en förmåga att göra mentala bilder och sätta sig in i hur andra människor tänker. Det visar sig bland annat i att barnet utvecklar ett inre tal, reflekterar över händelser och leker rollekar. I den symboliska leksituationen (Toy Object Play) användes exempelvis ett leksakskök och en docka med säng. Barnen i deras undersökning visade förmåga till delad uppmärksamhet och interaktion och befanns vara på det subjektiva självuppfattningsstadiet. De drar slutsatsen att rörelselek med inriktning på kommunikation och samspel bidrar till utveckling av språklig och symbolisk förmåga.

Carpenter (2007) menar att Sherborne kan vara ett betydande och värdefullt verktyg för att utveckla personer med autism. I Sherborne stimuleras motorisk, emotionell och social utveckling i och med att barnet uppmuntras i rörelserna till kommunikativt beteende såsom ögonkontakt, turtagning och delade upplevelser.

3.3 Sammanfattning inför egen studie

När kommunikations- och samspelesförmågan är bristfällig eller inte utvecklas på normalt sätt krävs insatser från omgivningen (Blackstone & Hunt Berg, 2007; Heister Trygg, 1998; Stephenson et al, 2005). När det gäller personer som befinner sig på tidig utvecklingsnivå och med autism ligger ofta hela ansvaret för samspelet på samspelespartnern. Samspelespartnerns bemötande har en avgörande betydelse för att få till lyckade kommunikationstillfällen (Granlund et al, 2006; Heister Trygg, 2008). Det kan vara svårt för föräldrar att få till ett samspel om gensvar på leenden och blickkontakt uteblir då personen reagerar annorlunda och/eller långsammare än normalt (Brodin, 1991). Blicken har en viktig reglerande funktion i att initiera, upprätthålla och avsluta kontakt (Brumark 1989). Föräldrar behöver mycket stöd i att hitta strategier för att samspela (Brodin, 1991; Heister Trygg, 2008; Olsson 2006). Det behövs lyhördhet och tålmod och framför allt att vara kroppsligt och själsligt närvarande skriver Heister Trygg (2008) för att uppmärksamma varje initiativ från personen och tolka det kommunikativt. Samma synsätt på samspelespartnerns bemötande uttrycks inom Sherbornemetodiken vilket gör att den kan vara ett värdefullt arbetssätt med personer på tidig nivå och med autism. Sherbornemetodiken utgår också från kroppskommunikation vilket är det primära sättet att uttrycka sig på tidig nivå. Grundtanken är skapandet av en relation i ett

positivt samspel vilket är grunden för kommunikativ och språklig utveckling (Heister Trygg et al, 1998; Johansson, 1988; Nettelblatt, 2007b). I bemötande av personer med autism kan konstateras att visuella och sensoriska (beröring) kanaler ofta används för inläring, medan den kinestetiska modaliteten, som rör djupkänsl och rörelsesinne, inte har varit föremål för lika stort intresse.

Litteratursökningen om Sherbornemetodik visade att det mesta som dokumenterats hittills om Sherborne är framför allt fallbeskrivningar på gruppnivå. Rapporterna handlar framför allt om Sherbornemetodik med förskolebarn eller skolbarn, både med och utan funktionsnedsättning i grundskolan. Endast sex av de sexton rapporterna beskriver sherbornemetodik med barn och vuxna med utvecklingsstörning eller med autism (Althoff & Brandquist, 2006; Bergström & Althoff, 2004; Bogdanowicz, 2007; Konaka, 2007b; Åstrand, 1997, 2005). Övriga studier rör förskolebarn eller skolbarn utan funktionsnedsättningar, med andra funktionsnedsättningar eller med beteendeproblematik. Det är bara en av de sexton rapporterna som har en experimentell ansats med kontrollgrupp med barn inom grundskolan (Marsden, Hare & Weston, 2007). I studierna rapporteras bland annat om förbättrad motorik, kommunikation, koncentration, kognition och självkänsla, men för det mesta saknas närmare beskrivning av och definition av förbättringen. Litteraturgenomgången visar en stor brist i nuläget på studier som kan bidra till evidens för Sherbornemetodik för personer med utvecklingsstörning och med autism. Det finns behov av att ingående studera hur kommunikation och samspel ter sig under en Sherbornebehandling. Det är särskilt angeläget att dokumentera Sherborne som ett arbetssätt med personer som befinner sig på tidig utvecklingsnivå och med autism där kommunikation och samspel upplevs som svårt att få till stånd.

3.3.1 Val av kartläggningsinstrument utifrån tidigare studier.

I flera studier där kommunikation och samspel har studerats, har videoinspelning använts som verktyg (Björck-Åkesson, 1992; Brodin, 1991; Ferm 2006; Olsson, 2006; Wilder, 2008). En videoinspelning ger möjlighet att studera samspelet i detalj och återger en mer sann bild av händelseförloppet än vad deltagarna kan åstadkomma i efterhand skriver Patel och Davidson (1994). I Marte Meo- och Hanenmetoderna ingår videoinspelning som viktiga redskap för handledning av personal (Heister Trygg, 2008). Videoinspelningar är ett värdefullt instrument för studiet av personer på tidig nivå som ofta har latens, fördröjning, i reaktionerna (Heister Trygg, 2008) och ger en djupare förståelse för individens reaktioner (Wilder, 2008). Det är också svårt att i förväg avgöra vilka beteenden som har betydelse för samspelet (Olsson, 2004).

Brodin (1991) har i sin undersökning videoinspelat samspel i lek- och måltidsstunder mellan förälder och barn på förspråklig nivå. Brodin transkriberade föräldrarnas och barnets ickeverbala och verbala uttryck för varje sekund. Uttrycken sammanfördes därefter i följande kategorier: kroppsspråk (kroppshållning), gester (vänder sig från/mot, viftar med armar), huvudrörelser (lyfter upp/böjer ned huvudet), blick/ögonkontakt (tittar intresserat/flyktigt, följer med blicken) och munrörelser/ljud (gapar, ler, skrattar). Dessa kategorier med deras innehåll är användbara i analys av videoinspelningar med personer på tidig nivå. Brodin redovisade sedan samspelet mellan förälder och barn kvalitativt i den löpande texten i sin avhandling. Barnets kommunikation redovisades i form, innehåll och användning enligt Bloom & Laheys modell (1978). I Björck-Åkessons studie (1992) registrerades ickeverbal och verbal kommunikation samt den vuxnes samspeletsstrategier. I den modell hon använt för att analysera samspelet mellan den vuxne och barnet i videoinspelningar görs en bedömning av hur turtagningen ser ut i form av bland annat ointresse, ta emot, ge respons, ta egna initiativ. De kommunikativa formerna (gester, mimik, ljud med mera) som barnet använder registreras i frekvens (ex. ofta) och i vilket syfte som till exempel uppmärksamhetspåkallande, reglerande och instrumentell (jag vill ha mer). Denna analysmodell är användbar då det hos

barnet finns ett intresse och uppmärksamhet för andra och en vilja till kontakt, vilket ofta inte föreligger vid grav autism. Wilder (2008) har också använt denna modell för att analysera turtagningsförmågan hos barn på tidig nivå. Även Thunberg (2008) har i sin studie med barn som använder kommunikationshjälpmedel analyserat kommunikativa händelser och funktioner såsom svara, begära och kommentera i videoinspelningar. Hennes analysinstrument är användbart för studier med personer som befinner sig på symbolisk nivå. Olsson har i en studie (2004) observerat hur barn tar initiativ till kommunikation för att få en leksak. Hon delar in samspelet i "consensual frames". Med en "consensual frame" menas en ömsesidig överenskommelse om vad vi kommunicerar om och i samspelet mellan två parter sker ständigt "förhandlingar" som utmynnar i dessa "consensual frames". I genomgången av ovanstående undersökningar återfinns inte något observationsinstrument som är direkt överföringsbart och användningsbart för att beskriva samspel och kommunikation med personer på tidig nivå med rörelsehinder och autism, där motivation och intresse för kontakt med andra är starkt begränsade.

I flera rapporter om Sherborne (Bergström et al, 2004; Konaka, 2007; Åstrand, 2005) har förändringar på barnets förmåga till kommunikation och samspel märkts även i andra miljöer förutom under Sherbornebehandlingen. En kartläggning av personens kommunikation och samspel behöver även göras i denna studie, dels för att få initialt status, dels för att kunna notera om förändring sker. Åstrand (2005) har i sin studie använt ett frågeformulär för föräldrarna för att utvärdera eventuella överföringseffekter av kommunikation och samspel för barn med autism som deltog i Sherbornebehandling på förskolan. Frågorna utgår från barn som befinner sig på symbolisk nivå. I ÅSK-projektet (Björck-Åkesson, Brodin & Fälth, 1997) användes ett kartläggningsmaterial med intervjufrågor och skattning av social kommunikation och samspel baserat på ESCS (Early Social-Communication Scales), det fångar dock inte upp svårigheter inom autismspektrumtillstånd. I Winlunds och Rosenström Bennhagens (2004) bok "Se mig, hör mig, förstå mig" finns ett material som är anpassat för vuxna med grav utvecklingsstörning och där kartläggning sker av sinnen, motorik, begåvning, kommunikation samt av självständighet och självbestämmande. Deras material är lämpligt för personer på tidig nivå men saknar autismspektivet. Ett kartläggningsmaterial som däremot skulle kunna användas i denna studie är utformat av K. A. Quill år 2000 och översatt till svenska av Ulrika Aspeflo (2001), se bilaga 4, "Bedömning av sociala och kommunikativa färdigheter för barn med autism". Frågorna är anpassade för att kartlägga barn med autism men skulle kunna vara användbart även för kartläggning av äldre skolbarn. Frågeformuläret innehåller frågor om kommunikativa och sociala färdigheter och beteenden, om förmåga till imitation och om perception.

I en studie rörande Sherborne behöver analys göras rörande samspelsrelationen. George Hill, mångårig medarbetare till Veronica Sherborne, framställde år 1991 en samspelsskala som bygger på Sherbornes grundövningar för relation; med-relation, delad relation och mot-relation. Skalan har översatts till svenska och reviderats något av Althoff (2000), se bilaga 5. Skalan innehåller sex nivåer. Nivå 1-3 är med-relationer där en partner tas om hand av en ansvarig. Nästa steg, nivå 4, är en delad relation som innebär ett ömsesidigt engagemang där båda ger och tar, en aktiv turtagning. Nivå 5 och 6 är motrelation där båda tillåts testa och anpassa sin kraft i samspel med den andre.

Konaka (2007b) gjorde i sin sherbornestudie av elever med autism även en bedömning utifrån elevens engagemang i situationen. I hans undersökning registrerades elevens grad av engagemang samt samspelsreglerare (ögonkontakt, turtagning, delad uppmärksamhet, imitation och initiativ) för varje rörelse under lektionerna med Sherborne. Lärarna uppmärksammade också vilken typ av prompting (kroppslig, visuell, verbal) eleven behövt för att påbörja rörelsen. För att registrera elevens grad av engagemang i Sherbornerörelsen

användes en skala i fem steg för samspelet: "Refusal (avvisande), retreatism, ritualistic engagement, passive engagement, authentic engagement". Konakas observations- och utvärderingsinstrument lämpar sig bra för barn med autism utan större motoriska funktionsnedsättningar. Instrumentet saknar registrering av kommunikativa uttryck hos en person på förspråklig, tidig utvecklingsnivå vilket gör att det i sin helhet inte kan användas i min studie.

4. METOD

4.1 Design

I min undersökning har jag valt att fokusera på en enskild deltagares förmåga till samspel och kommunikation i en dyad. Syftet är att analysera hur kommunikations- och samspelsförmåga uttrycks över tid när en ung man på tidig utvecklingsnivå och med autism deltar i en dyad i Sherbornebehandling. Mina frågeställningar är:

1. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga över tid i behandlingssituationen?
2. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga i hemmet respektive skolan under samma tidsperiod?

Fallstudie används ofta i rapporter rörande personer med funktionsnedsättning eftersom funktionsnedsättningen för det mesta är individspecifik (Björck-Åkesson, 1992; Brodin, 1991; Ferm, 2006; Thunberg, 2007). Fallstudie är lämplig för att studera processer och förändringar (Patel & Davidson, 1994). Inför studien reflekterade jag över om den skulle genomföras då personen deltog i en grupp eller enskilt. I detta fall var deltagarens funktionsnedsättning så pass grav att gruppverksamhet skulle vara svår att genomföra. Deltagaren behövde en till en kommunikation. Genomgången av tidigare studier gav otillräcklig kunskap om vilka uttryck för kommunikation och samspel som var karakteristiska för ett samspel med en person på tidig nivå och med autism, vilket medförde att en detaljerad nedteckning av händelseförloppet i samspelet/dyaden behövde göras. Behovet att göra en beskrivning och registrering av kommunikativa uttryck passade en pre-experimentell design. En pre-experimentell studie kan användas i syfte att beskriva och mäta ett fenomen, såsom kommunikation och samspel i Sherborne, i en population, där litteraturgenomgång visat att kunskapen behöver ökas (Patel et al, 1994). Denna studie är inte en äkta experimentell studie eftersom den inte uppfyller krav på att deltagare ska vara slumpmässigt utvalda. Även en kontrollgrupp saknas och därigenom kan ingen manipulation mellan experiment- och kontrollgrupp göras. Den kan heller inte visa på orsakssamband då det bara är en deltagare. Det fanns inte möjlighet att låta ytterligare deltagare ingå i studien på grund av begränsade resurser i tid och personal. I en pre-experimentell design behöver kraven på slumpmässighet, kontrollgrupp och manipulation inte uppfyllas (dePoy & Gitlin, 1999). Användandet av en pre-experimentell design gör det möjligt att beskriva fenomen eller generera pilotresultat som pekar mot förklaringar.

Denna studie innehåller två parallella pre-experimentella designer utifrån de två frågeställningarna. Tillvägagångssättet i denna studie har förtydligats i Tabell 1. Dessa två designer kompletterar varandra. Det första upplägget är en intervention¹ med efterföljande bedömning och liknar i huvuddrag det som DePoy och Gitlin (1999) kallar "one-shot"-fallstudie. Denna "one-shot"-studie består av en intervention med Sherbornebehandling och efterföljande bedömning. Sherbornebehandlingarna pågick under drygt ett år och videoinspelades av mig. Efter behandlingsperiodens slut valdes ett tillfälle i början och ett i slutet ut för detaljerad observation. Anders uttryck för kommunikation och samspel samt den deltagande sjukgymnastens bemötande registrerades i ett antal observationskategorier. Resultatet redovisas kvantitativt i diagramform och i löpande text. I syfte att validera resultatet kompletterades redovisningen med kommentarer från deltagarens förälder och sjukgymnast om skeendet i de aktuella Sherbornebehandlingarna. För att öka validiteten i resultaten gjordes även en kompletterande observation av Sherborneperiodens videofilmer

¹ Intervention: Inom habiliteringen innefattar intervention kartläggning och åtgärder som syftar till att "göra barnet skicklig", att anpassa eller habilitera barnet till att föra ett så normalt liv som möjligt. Utifrån ett systemteoretiskt perspektiv innefattas åtgärder på olika nivåer, från insatser riktade mot individen och närstående till generella åtgärder i samhället (Björck-Åkesson et al, 1997). I denna studie utgörs interventionen av Sherbornebehandlingen och en kartläggning av hans kommunikations- och samspelsförmåga.

utifrån de observationskategorier som framkommit i analysen av videofilmerna. Detta redovisas kvalitativt i löpande text.

Tabell 1. Sammanställning av genomförandet av studien

| | Frågeställning 1 BEHANDLING MED SHERBORNE | Frågeställning 2. KOMMUNIKATION OCH SAMSPEL I HEM OCH SKOLA |
|--|---|---|
| FÖRE | Urval av deltagare Sjukgymnasten tillfrågas om att vara Sherborneledare Val av Sherbornerörelser | Frågeformulär utskickas till förälder och lärare. Intervju med förälder Intervju med lärare Journaluppgifter |
| UNDER BEHAND- LINGS- PERIODEN | Videoinspelningar från december 2005 till mars 2007, sammanlagt 18 tillfällen. Assistenter introduceras att utföra Sherbornerörelser i hemmet från hösten 2006. Sjukgymnasten och jag för kontinuerligt diskussioner om att förändra bemötande och Sherbornerörelser. | Intervju med förälder i juni 2006 efter 8:e Sherbornetillfället. (bandinspelning) |
| EFTER | Förälder ser videofilm från Sherbornetillfälle nr 2 och nr 18 och kommenterar skeendet (bandinspelning). Sjukgymnasten ser de båda videofilmerna och kommenterar skeendet. Intervju med sjukgymnasten ang deltagarens förändring av rörelseförmåga (bandinspelningar). | Intervju med förälder Intervju med lärare (bandinspelningar) |
| BEARBET- NING AV MATERIAL | Skeendet i videofilm nr 2 och nr 18 nedtecknas i ett observationsprotokoll. Därefter analyseras skeendet i ett antal observationskategorier (engagemang, intresse av omgivningen, ögonkontakt, bemötande) i ett analysprotokoll. Den fortsatta analysen utmynnar i utformning av ett analysinstrument för kommunikation och samspel i Sherborne för personer på tidig nivå, vilket används för att redovisa resultat av Sherbornebehandlingen. Redovisningen kompletteras med kommentarer från förälder och sjukgymnasten. Resultatet av observationerna av videofilm nr 2 och nr 18 kompletteras med observation av ytterligare videofilmer från Sherborneperioden. | Information som framkommer i frågeformulären och i de initiala intervjuerna kompletteras med uppgifter ur journalen och används till fallbeskrivning av deltagaren. Intervjuerna före, under och efter behandlingsperioden sammanställs under tre olika rubriker och redovisas i resultatdelen under kommunikation och samspel i hem och skola |

För den andra frågeställningen som rörde förändring i kommunikation och samspelsförmåga i hem och skola valdes en pre-experimentell ”pretest-posttest-design” (DePoy et al, 1999). Den

kännetecknas av bedömningar före och efter intervention. En kartläggning av Anders kommunikation- och samspelsförmåga i hemmet och i skolan gjordes före och efter Sherbornebehandlingen. I kartläggningen intervjuades förälder och lärare utifrån frågeformulär och intervjuer med öppna frågor. Kartläggningen användes för en nulägesbeskrivning av Anders då Sherborneperioden inleddes samt till redovisning av förändring av kommunikation och samspel i hem och skola efter att Sherborneperioden avslutats.

4.2 Deltagare

Urvalet av deltagare gjordes enligt det så kallade bekvämlighetsförfarandet, ”convenience sample” (Creswell, 1998). Önskemålet att dokumentera Sherbornemetodik för en person med stora svårigheter med kommunikation och samspel sammanföll tidsmässigt med en problematik som framfördes av god man vid ett planeringsmöte på habiliteringen. Vårdnadshavaren uttryckte behov av stöd för att utveckla kommunikativa förmågan hos sin son. Förälder och skolpersonal uttryckte också problem med självskadande beteende hos Anders. Både sjukgymnast, arbetsterapeut och logoped deltog vid kartläggningen efter planeringsmötet med föräldern. En av åtgärderna i habiliteringens intervention blev att pröva Sherborneövningar med Anders.

Här följer en beskrivning av deltagaren som baseras på intervjuer med föräldern och läraren innan Sherbornebehandlingen startade samt uppgifter hämtade ur habiliteringsjournal. Deltagaren kallas i denna studie Anders. Anders är en storvuxen, ung man på 18 år. Han har en medfödd kromosomavvikelse, grav autism, rörelsehinder, utvecklingsstörning på A2-nivå enligt Kylén (1981) samt epilepsi.

Socialt: Anders bor med en av sina föräldrar och har stöd av assistenter i hemmet. Går i träningsskola.

Förflyttning: Då studien startade skedde den mesta förflyttningen i rullstol i vilken han satt med överkroppen hängande snett ned åt vänster. Han klarade att gå en kort sträcka själv i sitt hem, men för att kunna gå tryggt behövde han alltid fysiskt stöd av en annan person.

Samspel och kommunikation: Uttryckte sig ytterst sparsamt med kroppshållning, gester, och ljud. Ansiktsmimiken var utslätad. Var beroende av att andra kunde tolka honom. Visade välbefinnande genom att klappa med handen mot sin mun, låta ”mm” eller göra en insniffning. Riktade sällan blicken för att få aktiv kontakt med andra, men kunde ibland lägga armen om lärarens/förälderns hals och ”snooza” i deras hår. När han var sugen på kaffe tog han tag i någons arm och drog den mot kaffebyggaren. Fadern hade lyckats få till ett samspel med sonen genom att imitera honom när han slog med handen på låret. Sonen härmade honom en gång, inte fler gånger. I vardagen gavs förberedelse på vad som skulle hända huvudsakligen verbalt. Ett fåtal tecken som stöd användes, bland annat ”äta” och ”bada”. I skolan användes föremål som signaler, exempelvis en sked för ”lunch”. Varken läraren eller föräldern upplevde att han förstod bilder eller fotografier. Kände ofta igen sitt namn och ordet kaffe, men gav sällan någon svarsreaktion. Fick utbrott av ilska som var svåra att förutse för omgivningen. Slog då med handen kraftigt mot tinningen och kastade huvudet och överkroppen snett bakåt.

Socialt beteende: Stereotyp lek med förkärlek för bollar, både i hemmet och i skolan. I övrigt inget intresse av att manipulera föremål/leksaker. Förstod inte skoj eller tittut-lekar. Fungerade bäst i rutiner, men kunde klara av förändringar då något helt nytt inträffade; exempelvis luciafirande i skolan.

Sensomotorik och perception: Försvagad höger kroppshalva med nedsatt känsel och rörelseförmåga i höger arm och hand. Handen hölls knuten intill kroppen. Saknade snabba armskyddsreflexer. Nedsatt balans. Ogillade starkt beröring av båda sina händer. Uppskattade ibland att bli kittlad av föräldern och skrattade då högt. Osäkert vad han uppfattade visuellt, hade börjat visa intresse för tavlor i hemmet. Ljudkänslig, stark reaktion på plötsliga ljud och

ljud från dammsugare och gräsklippare. Föreföll inte uppfatta höger kroppshalva visuellt eller sensomotoriskt. Stötte ofta i väggar och andra hinder på höger sidan när han gick.

Sammanfattningsvis hade Anders en gravt nedsatt förmåga att samspela och kommunicera med sin omgivning. Oförutsägbara reaktioner med självskadande beteende förekom. Han var starkt beroende av att personer i omgivningen kunde tolka vad han signalerade i sitt kroppsspråk.

Sjukgymnasten i teamet tillfrågades om att delta i denna studie och samtyckte. Hon hade lång erfarenhet av Sherbornemetodik. Sedan 1970-talet hade hon arbetat både individuellt och i grupp med Sherbornemetodik med barn och vuxna med olika funktionshinder, bl a personer med reumatisk sjukdom, utvecklingsstörning och autism. Periodvis hade sjukgymnasten och jag arbetat inom samma team under ett tiotal år och även haft Sherbornegrupper tillsammans. Ett halvår innan studien påbörjades hade sjukgymnasten träffat Anders sammanlagt vid tre tillfällen för kartläggning tillsammans med skolpersonal. Hon hade då gjort bedömningen att en insats med Sherbornemetodik skulle kunna vara möjlig att genomföra.

Förälder och skolpersonal deltar i studien vid intervjuer före och efter Sherborneperioden. Förälder intervjuas också i mitten av perioden. Under de tre första behandlingstillfällena kommer föräldern och lämnar sonen på habiliteringen. Assistent var närvarande i rummet under alla Sherbornepassen Efter passet slut deltog assistent i samtal med logoped och sjukgymnast rörande den aktuella Sherbornebehandlingen, men även om Anders kommunikation och rörelseförmåga i övrigt. Samtalet innehöll även en uppföljning av Sherbornerörelser i hemmet efter att assistent introducerats i sherbornemetodik.

4.3 Datainsamling

4.3.1 Intervention med Sherbornebehandling

Inom ramen för denna studie fick Anders 18 Sherbornebehandlingar från december 2005 till februari 2007 (femton månader) på habiliteringen på en ort i Mellansverige. Behandlingen skedde varannan vecka under vår- och höstterminerna med undantag för semestrar och annan ledighet. Fördelningen av behandlingarna var två under dec 2005, sex under våren 2006, sex under hösten 2006 och fyra under våren 2007. Behandlingarna gavs av en och samma sjukgymnast, väl förtrogen med metodiken och utbildad Sherborneledare. Alla tillfällen videospelades av mig samtidigt som jag observerade skeendet i rummet, så kallad "passive participation" (Mertens, 1998). Ett behandlingstillfälle i början av perioden och ett i slutet valdes sedan ut för en fördjupad studie över förändringen av samspelet mellan Anders och sjukgymnasten. Den fördjupade studien omfattar tillfälle nummer 2 och nummer 18. Enär det är samspelet mellan sjukgymnast och Anders som ska belysas i denna studie valdes det allra första tillfället bort eftersom fadern då deltog aktivt med sjukgymnasten och sonen. En del² av de övriga videospelningarna har därefter observerats i syfte att stärka resultatets tillförlitlighet, det vill säga att observationerna gjorda i inspelning nr 2 och 18 motsvarade hans dåvarande normalfungerande.

Valet av lämpliga Sherbornerörelser gjordes gemensamt av sjukgymnasten och mig innan behandlingen startade. Tyngdpunkten lades framför allt på rörelseförslag som ökade mannens kroppsmedvetenhet, grundning, men även på rörelseförslag som främjade samspel såsom väga salt i enlighet med Sherbornes (1990) teori om behovet att känna sig hemma i sin kropp för att kunna utveckla relation med andra. Under det att behandlingsperioden pågick fördes

² Anledningen till att det endast är *en del av* de övriga videospelningarna som har använts, är att några av videospelningarna av tekniska skäl (otillräcklig arbetskapacitet i datorn och datorkrasch) inte fanns tillgängliga då resultatet skulle bearbetas.

kontinuerligt diskussioner mellan sjukgymnast och mig rörande modifiering av rörelser och bemötande. Rörelseförslagen behövde även anpassas utifrån Anders dagsform³. Hans funktionsnedsättningar medförde variation i tonus (muskelspänning) och trötthet. Videoinspelningarna användes för utvärdering av rörelsepassen och för den fortsatta planeringen av behandlingen. Videoinspelningarna gjorde det möjligt att till exempel upptäcka gensvar även då dessa skedde med tidsfördröjning.

Sherbornebehandlingen utfördes i ett speciellt anpassat rum, rörelserummet, på habiliteringen. Passet började kl 9 och varade under 45 min till en timme. Varje tillfälle videoinspelades från det att mannen kom in i rummet tills han gick ut. Själva behandlingen pågick under 20-30 minuter beroende på mannens dagsform. Under Sherbornepassen var hans assistent närvarande i rummet och deltog under de första sex tillfällena som mänskligt stöd då han satt. De yttre ramarna för interventionen var fast strukturerade medan själva innehållet i behandlingen ändrades utifrån att relationen mellan de båda samspelepartnerna förändrades, så kallad "response-guided experimentation" (Mertens, 1998). Efter att mannen tagit av sig ytterkläder och skor hjälptes han att sätta sig ned på en gymnastikmatta på golvet av sjukgymnasten och en assistent. Om han inte ville sätta sig på mattan, företogs en kort promenad i rummet innan nästa försök. Sherborneörelser gjordes först i sittande position, därefter liggande. Antalet minuter i sittande respektive liggande position varierade mellan Sherbornebehandlingarna beroende på Anders trötthet och därigenom behov av att ligga ned. Vi eftersträvade så många minuter som möjligt sittande eftersom förutsättningar till kontakt och samspel ökar i den positionen. Behandlingen avslutades med att han fick vila på mattan medan sjukgymnasten och jag samtalande med deltagande assistent. Min roll var en observerande videoinspelare under den delen av besöket då Sherbornebehandlingen pågick. Efter att själva behandlingen var avslutad tog jag aktiv del i samtalet med sjukgymnast och assistent.

4.3.2 Kartläggning av kommunikation och samspeleformåga

En kartläggning med syfte att beskriva nuläget av Anders kommunikations- och samspeleformåga gjordes genom intervjuer med hans lärare och föräldern, var för sig. Innan Sherbornebehandlingen startade skickades ett frågeformulär ut till dem, Quills "Bedömning av sociala och kommunikativa färdigheter för barn med autism" (Aspeflo, 2001), se bilaga 4. De flesta kartläggningsmaterial med personer på tidig nivå rör barn i förskola. Varken Winlund och Rosenström Bennhagens kartläggningsmaterial (2004) eller det som använts inom ÅSK-projektet (Björck-Åkesson et al, 1997) med intervjufrågor och skattning av social kommunikation och samspel baserat på ESCS (Early Social-Communication Scales) befanns kunna fånga upp svårigheter inom autismspektrumtillstånd. Quills frågeformulär innehöll strukturerade frågor med ja/nej-alternativ med möjlighet till kommentarer, frågor om socialt, kommunikativt och utforskande beteende samt frågor om färdigheter inom kommunikation, social interaktion, imitation och förståelse av omvärlden. Intervjuerna utgick från frågeformuläret och lärare respektive föräldern ombads ge konkreta exempel från vardagsfungerandet vad gällde Anders rörelseformåga, samspel och kommunikativa formåga. Kompletterande uppgifter om diagnos och funktionsnedsättning hämtades ur habiliteringens journalsystem.

I mitten av behandlingsperioden, augusti 2006, gjordes en intervju med föräldern. På grund av tidsbrist gjordes ingen intervju med läraren. Inför intervjun hade föräldern fått en öppen fråga om upplevda förändringar på rörelse-, kommunikations- och samspeleformåga hos sonen.

³ För personer med funktionsnedsättningar som Anders kan dagsformen variera beroende på trötthet efter bland annat epilepsianfall, många sensoriska intryck eller variation i tonus, kroppens muskelspänning, (personligt samtal, B. Althoff, 8 maj 2009).

Föräldern berättade spontant och jag ställde frågor för att få förtydliganden. Intervjun bandinspelades.

Efter behandlingsperiodens slut intervjuades läraren och föräldern var för sig. Syftet med intervjuerna var att notera eventuella förändringar av kommunikation och samspel i vardagen samt även andra förändringar av Anders sociala situation, som skulle kunna påverka hans kommunikation och samspelsförmåga. Både läraren och föräldern blev förberedda på att intervjun rörde deras upplevelse av förändring av kommunikativt beteende och samspel med Anders i jämförelse med innan Sherbornebehandlingen startade samt frågor om möjliga orsaker till förändringen. I intervjun med läraren användes ovan nämnda Quills frågeformulär (bilaga 4) och lärarens upplevelse av förändring av deltagarens förmåga registrerades. Quills frågeformulär användes inte i intervjun med föräldern. Inför intervjun hade han förberett sig genom att anteckna vad han tyckte var viktigt att ta upp. Intervjuerna gjordes under cirka en timmes tid och bandinspelades. Alla bandinspelningar nedtecknades skriftligt.

4.3.3 Min egen roll

Min egen roll under Sherbornebehandlingarna har varit som tyst observatör och videospelare. Efter själva behandlingen tog jag aktiv del i diskussioner med mannens assistenter som var närvarande. Under behandlingsperioden har sjukgymnasten och jag haft kontinuerliga diskussioner om bemötande och utvecklande av rörelseförslag. I kartläggningen av kommunikation och samspel har min roll varit att göra intervjuerna och transkribera dem skriftligt.

4.4 Databearbetning

Här följer först en sammanfattning av hur databearbetningen gått till, därefter beskrivs bearbetningen mer i detalj. Syftet med videospelningarna var att ge underlag för att kunna beskriva och därefter analysera den kommunikation och det samspel som pågick under Sherbornebehandlingen. I litteraturgenomgången framkom inte något bedömningsmaterial som var speciellt anpassat för analys av kommunikation och samspel för personer på tidig nivå och autism. Bedömning av kommunikation och samspel hade gjorts på en mer övergripande nivå genom att registrera barnets turtagningsmönster (Wilder, 2008), kommunikativa funktioner (Björck-Åkesson, 1992; Ferm, 2006) och införande av samtalsämnen i samspelet (Olsson, 2005). Eftersom kartläggningsmaterial inte fanns att tillgå och en ovisshet om vad som var utmärkande för samspel med denna deltagare förelåg var det tvunget att i detalj beskriva händelseförloppet i videofilmerna från tillfälle nr 2 och nr 18. Beskrivningarna gjordes i två observationsprotokoll. Observationerna av Anders mer eller mindre medvetna kommunikativa uttryck inordnades därefter i tre observationskategorier: intresse för omgivning, engagemang (intresse för sjukgymnasten) och ögonkontakt. Sjukgymnastens kommunikation registrerades i observationskategori bemötande. Därefter utformades ett analysprotokoll där observationsprotokollets indelning av händelseförloppet i episoder bibehölls, se utdrag i bilaga 6. Analysprotokollen för de båda videospelningarna gav en överblick över händelseförloppet och samspelet mellan Anders och sjukgymnasten.

Utifrån innehållet i observationskategorierna i analysprotokollet samlades Anders kommunikativa uttryck i kategorierna att *rikta sin uppmärksamhet* och *ta initiativ* vilka är grundläggande kommunikativa förmågor för att utveckla turtagning (Heister Trygg et al, 1998; Heister Trygg, 2008). Dessa kategorier användes sedan i redovisningen av resultatet tillsammans med kategorin *bemötande* för sjukgymnastens kommunikativa förhållningssätt under Sherbornebehandlingen. För att redovisa vilken Sherbornerelation som Anders och sjukgymnasten hade i de olika rörelseförslagen användes ifrån Hills samspelsskala (bilaga 5) i sex nivåer för Sherborne-Relation Play. Skalan anpassades med en mer detaljerad beskrivning av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå och kompletterades med en kategori för att

avvisa rörelseförslag (Konaka, 2007b). Under arbetet med att redovisa resultat i denna studie utformades efterhand ett analyschema för att beskriva samspel med personer på tidig utvecklingsnivå i Sherborne, ("Brandquists och Althoffs Samspelsskala: Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå – Sherborne"), se bilaga 7. Redovisningen av resultatet av Sherbornebehandlingen utgår från den samspelsskala som utvecklades.

4.4.1 Videoinspelningar

Videofilmerna överfördes i sin helhet till dator, men redigerades i Windows Movie Maker och Pinnacle 9 med en vinjett som angav numret på Sherbornebehandlingen. Som tidigare nämnts uppstod datatekniska problem vilket medförde att en del videoinspelningar gick förlorade, nämligen nr 7, 9, 11, 12, 14 och 17.

Under videoinspelning nr 2 deltog Anders, sjukgymnasten och en assistent som agerade fysiskt stöd det vill säga att assistenten satt rygg mot rygg med Anders. I rummet fanns jag som inspelare samt föräldern vilken lämnade rummet efter sju minuter. Vid videoinspelning nr 18 deltog Anders och sjukgymnasten. I rummet fanns också två assistenter, två logopedstudenter och jag som inspelare.

Det var svårt att uppfatta vad som var utmärkande för Anders och sjukgymnastens kommunikation och samspel bara genom att observera videofilmerna, följaktligen behövdes ett sätt att beskriva skeendet. Som redan nämnts befanns inte de metoder för att analysera kommunikation och samspel i videoinspelningar som använts av Brodin (1991), Björck-Åkesson et al (1997) och Olsson (2004, 2005) tillräckliga för mitt behov av att *i detalj* beskriva ett samspel med kroppskommunikation på förspråklig nivå med en person där intresse för kontakt med andra och turtagning var sällsynt. För att utröna vad som var av betydelse i detta Sherbornesamspel gjordes en noggrann nedteckning av händelseförloppet av de båda videoinspelningarna. Nedteckningarna benämns härefter observationsprotokoll och i dessa beskrevs händelseförloppet.

4.4.2 Observationsprotokoll

Videoinspelning nr 2 och nr 18 nedtecknades i var sitt observationsprotokoll, se tabell 2 och se utdrag innehållande observations- och analysprotokoll av två episoder i bilaga 6. Nedtecknandet gjordes så noggrant som möjligt eftersom det var omöjligt att i förväg veta vilka beteenden som hade betydelse för samspelet (Olsson, 2004). Transkribering av skeendet i nr 2 gjordes från och med att Anders rests upp från en stol i rörelserummet till då han återigen satt på stolen, från 3:17 till 31:07 av tiden för inspelningstillfället. Transkribering av video nr 18 gjordes från det att Anders reste sig från rullstolen med hjälp av en assistent och sjukgymnasten. Transkriberingen avslutades då sjukgymnasten bad en assistent ta över Sherbornerörelsen. Av tiden för inspelningstillfället varade detta från 01:55 till 23:44.

Observationsprotokollet delades in i fyra kolumner, benämnda episod, tid, Anders (A), Sjukgymnast (B) och Inspelare (I) samt Pappa (P) och assistent (C/D). Episod är en term som Olsson (2004) har använt i sin transkribering då en ny episod uppstod när en av parterna gjorde något som den andra kunde reagera på och slutade när konsensus uppnåddes, någon gav upp eller då en tydlig förändring av fokus för aktiviteten uppstod. I mitt material noterades ny episod då en tydlig förändring i aktiviteten uppkom, det vill säga mestadels när sjukgymnasten introducerade ett rörelseförslag. En kolumn för tid behövdes för att lättare kunna navigera i inspelningen eftersom flera personers beteenden och reaktioner behövde registreras och det skulle vara möjligt att gå fram och tillbaka i videoinspelningen. I kolumnen tid antecknades tiden då ny episod uppstod. I kolumnerna för Anders, sjukgymnast och inspelare samt förälder och assistent beskrevs alla ickeverbala och verbala uttryck på så sätt att aktiviteter hos deltagarna som skedde samtidigt antecknades på samma rad inom episoden så att en känsla av parallellitet skulle uppstå för läsaren. Händelseförlopp skrevs med normal stil i kolumnerna. Deltagarnas verbala uttryck transkriberades ortografiskt, det vill säga enligt

skriftspråkliga normer, med kursiv stil. Kraftig ljudstyrka markerades med versaler. Se tabell 2.

Tabell 2. Utdrag ur observationsprotokoll video nr 2.

| Epis | Tid | Anders | Sjukgymnast B, Inspelare I | Pappa P, Assistent C |
|------|------|---|--|-----------------------------------|
| 13 | 8:35 | Böjer ner huvudet. Ruskar huvudet. Vänder huvud åt hö. Ruskar på huvudet. Kastar huvudet bakåt. För upp vä hand och slår två ggr mot vä tinning. Kliar i örat. För handen över munnen. Sätter sin vä hand på hö lår. Tar upp handen och slår mot vä tinning två ggr. Läger ner vä hand på hö lår. Huvudet böjs nedåt. Lutar överkroppen åt hö mot B | Kasar något åt sidan. Sätter händerna på A och C överarmar. Börjar gunga. Slutar. <i>Okay</i> . Sätter vä hand på A nacke. Sätter händerna på överarmarna o börjar gunga igen. Sätter hö hand på As huvud. <i>Okay</i> . Stryker på huvudet och ner mot nacken. Upprepar. | C rör As vä hand med sin hö hand. |


4.4.3 Analysprotokoll

I observationsprotokollen var det därefter möjligt att uppmärksamma beteenden och rörelser hos Anders och hans sjukgymnast. För att få en överblick över vilka reaktioner och bemötande som fanns i samspelet gjordes ett försök att sammanföra liknade reaktioner till en viss observationskategori. Allteftersom strukturerades händelseförloppet i ett antal observationskategorier. Kolumnen för numrering av episoderna togs bort, men observationsprotokollets indelning i tid bibehölls. Eftersom fokus låg på att studera kommunikation och samspel mellan Anders och sjukgymnasten togs assistentens kolumn bort och hennes agerande infördes i sjukgymnastens kolumn. Se utdrag ur analysprotokoll för video nr 2 i tabell 3. Analysprotokollet omfattade tiden för själva Sherbornebehandlingen, det vill säga från det att Anders satte sig på mattan till att sjukgymnasten sa att det var slut. Förflyttning från stol/rullstol till Sherbornemattan har inte tagits med, inte heller då Anders låg kvar på mattan under tiden som sjukgymnast och jag samtalade med assistent. Registreringen omfattade tiden 7:48-27:19 (19'31) för videoinspelning 2 och tiden 3:32- 23.31 (19'59) för videoinspelning 18.

I Anders kolumn sammanfördes rörelser och beteenden som hade samma *funktion* till samma observationskategori. Exempelvis rörelser såsom lyfter upp huvudet, snett åt vänster och höjer upp blicken visade på ett intresse utanför honom själv och hans egen kropp och inordnades under kategorin *intresse för omgivningen*. Självdestrutiva beteende såsom att kasta huvudet bakåt samt att följa med i rörelsen bedömdes som svar på sjukgymnastens inviter till samspel och samlades under kategorin *engagemang*. I *intresse för omgivningen* registrerades reaktioner där han uppmärksammade rummet/omgivningen medan *engagemang* inbegrep en reaktion på eller uppmärksamhet för sjukgymnasten. Termen *intresse för omgivningen* hämtades från Åstrands studie (1997) där det beskrevs som en av effekterna av Sherbornebehandling hos barn med autism och även från Anders förälder som i första intervjun hade nämnt ett nyvaknat intresse för omgivningen. Engagemang har tagits upp av Konaka (2007a) som en avgörande faktor för utveckling av kommunikation hos barn med autismspektrumstörning. Konaka hade med observation av engagemang i sin studie (2007b). *Ögonkontakt* togs med som en kategori eftersom det förekom i båda videofilmerna och är en faktor för kontaktskapande (Heister Trygg et al, 1998). I *ögonkontakt* noterades blickkontakt i antal och sekunder. Förutom kategorierna *intresse för omgivning*, *engagemang* och *ögonkontakt* i Anders kolumn beskrevs också hur han satt/låg i observationskategorin *position*.

Sjukgymnastens kolumn benämndes i analysprotokollet Beskrivning av rörelseförslagen, bemötande av Anders. Den kom att innehålla observationskategorierna *rörelse*, *beskrivning* och *bemötande*. I observationskategorin rörelse stod rörelseförslaget i fet stil för att underlätta min egen genomläsning. Därefter gjordes en beskrivning av rörelseförslaget i kategorin *beskrivning*. Hur personer på en tidig nivå bemöts är av avgörande betydelse för att utveckla kommunikation och samspel (Heister Trygg, 2008) och påtalas i Sherbornemetodiken (Hill, 2006). I observationskategorin *bemötande* beskrevs sjukgymnastens sätt att bemöta Anders och hans reaktioner.


Tabell 3. Utdrag ur Analysprotokoll av video nr 2.

| TID | ANDERS | BESKRIVNING AV RÖRELSEFÖRSLAGEN BEMÖTANDE AV ANDERS |
|---|--|---|
| 11:55  | Engagemang: visar missnöje. Kroppen strävar emot. Huvudet följer stelt med framåt och bakåt | RÖRELSE: Gunga framåt-bakåt. Beskrivn: Gungar dem framåt-bakåt i 9 sek Bemötande: slutar gunga. Stryker honom på bakhuvudet, nacken. |
| 12:25 | Engagemang: Följer i rörelsen. Intresse för omgivn: Huvudet upprest tittar sig omkring. Reagerar på knackning genom att vrida huvudet åt sidan, stelnar till i kroppen. | RÖRELSE: Gunga sidledes. Beskrivn: Återupptar att gunga A o C sidledes. Håller händerna på deras axlar. Efter 29 sek knackar det på dörren. Bemötande: Stoppar efter 35 sek. |

4.4.4 Kommentarer från föräldern och sjukgymnasten vid förevisning av videofilmerna

Efter behandlingsperiodens slut visades videofilmerna från session 2 och 18 för föräldern och sjukgymnasten. De såg båda filmerna vid ett och samma tillfälle, var och en för sig. Syftet med detta var att komplettera mina egna observationer med föräldrarnas och sjukgymnastens tolkningar av Anders ickeverbala reaktioner och samspelet i videofilmerna, så kallad "dubbelcheckning" (Brodin, 1991). Kommentarererna bidrog till att stärka bedömningen. Deras kommentarer spelades in på band under tiden de såg på filmerna. Kommentarererna fördes därefter in i respektive episod i de båda analysprotokollen (se bilaga 6) som utformades utifrån observationsprotokollen. Kommentarer av föräldern från genomgången av filmen finns med kursiv och understruken text i Anders kolumn. Sjukgymnastens kommentarer vid genomgång av filmen står även de kursivt och understruket i löpande text i hennes kolumn, se tabell 4. Eftersom analysprotokollen inte redovisas i sin helhet gjordes en sammanställning av föräldrarnas och sjukgymnastens kommentarer. Sammanställningen av föräldrarnas och sjukgymnastens upplevelse av Anders balans, rörelseförmåga, kommunikativa uttryck och samspel med sjukgymnasten under videoinspelning 2 och 18 finns i resultatdelen.

Tabell 4. Utdrag ur analysprotokoll video nr 18. Faderns kommentarer från observation av videon visas med understruken, kursiv text i Anders kolumn. Sjukgymnastens visas likaledes i Bemötande-kolumnen.

| Tid | ANDERS | BESKRIVNING AV RÖRELSEFÖRSLAGEN BEMÖTANDE AV ANDERS |
|------|--|---|
| 8:56 | <p>Position: Sitter kvar med korslagda ben. <u>Utan stöd på mattan.</u></p> <p>Engagemang: <u>Nu sitter han en lång stund.</u> <u>Har koll på ass C.</u></p> <p>Intresse för omgivn: Förefaller titta runt i rummet. Vrider huvudet åt vä, blicken upp mot taket Ruskar på huvudet och återkommer med blicken på B under tiden hon gungar hans ben.</p> <p>Ögonkontakt: 2 ggr à 2 sek</p> | <p>RÖRELSE: Grounding av ben</p> <p>Beskrivning: B sitter mittemot A o gungar sakta As vä ben (delvis ur bild) ackompanjerar gungningen med rytmiskt <i>hu-hu-hu</i>.</p> <p><u>Han tittar bort. Viktigt att man inte är uppfordrande. Man får ett ögonkast.</u></p> |
| 9:37 |  <p><u>"Jag vill att du ska sluta gunga"..</u></p> <p>Engagemang: Möter Bs hand (delvis ur bild).</p> <p>Tittar ner på händerna. <u>Han tar aktiv kontakt med hö hand.</u> (Tar eget initiativ): Sätter fingrarna runt Bs hand och tumme, håller kvar i 6 sek. Släpper och tittar ner på sin hand. För in sin hö hand mot kroppen.</p> | <p>RÖRELSE: Hålla i As hö hand</p> <p>Beskrivn: B vill hålla i As hö hand.</p> <p>Beskrivn: B sträcker sig efter As hand, sätter sin hand under hans hand. Kommenterar <i>Varma fingrar</i>. Fingrarna möts.</p> <p>Nu släppte du.</p> <p><u>Nu räcker jag honom handen här. Det är ett förslag. Han tar tag i min tumme, tar emot min hand. Han svarar. Det är väldigt starkt. Det är i den handen han har minst motorik o sensorik. Den hand som han inte vill att man tar i. Den är troligtvis rätt så känslig.</u></p> |

4.4.5 Redovisning av resultat i en samspelsanalys

Arbetet med att analysera Anders kommunikation och samspel ledde till utformning av ett analysinstrument anpassat för personer på tidig nivå som deltar i Sherborne, "Brandquists och Althoffs Samspelsskala: Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå – Sherborne"), se bilaga 7. Analysinstrumentet består av fyra delar vilka kommer att beskrivas i följande stycke: *relation i Sherborne, riktar sin uppmärksamhet, tar initiativ till samspel och ledarens bemötande*. Utformningen av samspelsskalan gjordes i samråd med sjukgymnasten. I resultatdelen redovisas kommunikation och samspel i Sherbornebehandlingen med denna samspelsskala som grund.

Relation i Sherborne

I Sherborne kan en bedömning göras av varje rörelseförslags samspelsrelation, det vill säga om utformningen av rörelseförslaget innebär en medrelation, delad relation eller motrelation (Sherborne, 1990). I bedömningen ingår också att notera vilket gensvar som deltagaren ger på varje rörelseförslag. Rörelserna i Sherborne kan även analyseras enligt Labans teori (Sherborne, 1990), se bilaga 3, men denna studie har inte syftet att göra en rörelseanalys av de rörelseförslag som ingått. Däremot ingår en bedömning av sjukgymnastens och Anders typ av samspelsrelation enligt Sherborne (1990) samt Anders gensvar på sjukgymnastens rörelseförslag. I min analys utgick jag från Hills samspelsskala i sex nivåer för Sherborne (översättning B Althoff, 2001), se bilaga 5, och fann att den behövde kompletteras och förtydligas för att kunna användas för att analysera kommunikativa uttryck på tidig nivå, se bilaga 7.

Samspelsskalans *medrelation* utökades med gensvaret avvisa rörelseförslag, eftersom Anders gjorde detta vid flertalet tillfällen. Termen avvisar användes av Konaka (2007b) i hans studie för att beskriva grad av engagemang i Sherborne med elever med autism. Medrelation delades således in i två delar, dels *gensvar*, dels *avvisa rörelseförslag*. Skalans medrelation behövde även kompletteras med på vilket sätt Anders gav gensvar. Under *gensvar* förtydligades att det första steget var det passiva mottagandet av rörelsen, därefter att kroppen slappnar av och vad som slappnar av (bålen, armar och ben, ansiktsmimik) och sist att kroppen aktivt följer med i rörelsen och att ett gensvar kan komma i form av leende, ljud och rörelser i händer och ben. Under *avvisar rörelseförslag* gjordes en beskrivning av när (direkt efter rörelseförslaget introducerats eller efter antal minuter) och på vilket sätt Anders avvisade (spänd kropp, avvisande gest med hand, ben, huvud, med ansiktsmimik, ljud eller självskadande beteende). Även indelningen under *delad relation/turtagning* var för grov och behövde brytas ned i flera steg för att ge möjlighet att notera förändringar i riktning mot att Anders utvecklade turtagning. Det första steget beskrevs i termer att delta i turtagning och följa i rörelsen. Nästa steg var att vara aktiv i växelvisa rörelser. I det tredje steget uppstod ett ömsesidigt samspel och det fjärde steget innebar att själv ta initiativ till att påbörja en rörelse. Samspelsskalans *motrelation* var inte aktuell för studiens samspel och dess innehåll ändrades inte.

Riktat sin uppmärksamhet och Tar initiativ till samspel

Både Heister Trygg (2008) och Björck-Åkesson et al (1992) påtalar att förmåga att rikta sin uppmärksamhet och ta initiativ utgör grunden för att utveckla turtagning. Anders förmåga att visa uppmärksamhet samlades under kategori *rikta sin uppmärksamhet*. Kategorin innefattade: uppmärksamhet mot sin egen kropp, rummet, vänder sig mot ledare, får blickkontakt med ledaren samt tar gemensamt fokus med ledaren. I analysprotokollets observationskategori engagemang i analysprotokollet registrerades om Anders tog egna initiativ i syfte att få kontakt med sjukgymnasten. Dessa samlades under kategorin *tar initiativ till samspel* och innehöll ögonkontakt, leende, handrörelse, kropps rörelse och ljud vilka är tidiga sätt att ta kontakt (Brodin, 1991). Då blickkontakt/ögonkontakt ska redovisas kan det vara svårt att avgöra om blickkontakten är närvarande kommunikativ eller om den är ”tom” och bara råkar falla på sjukgymnasten i observation av videofilmer. Den definition av ögonkontakt som en tydligt riktad blick till någon annans ansikte/ögon i Ronski and Sevciks (1996) Communication Coding Scheme som Thunberg (2008) använt i sin studie kan vara svår att tillämpa. Efter diskussion med sjukgymnasten beslöt jag att redovisa all blickkontakt på ett ställe eftersom gränsdragningen mellan närvarande och tom blick skulle kunna vara svår att dra. I resultatet redovisas all blick/ögonkontakt i riktat blicken mot ledare.

Ledarens bemötande

Samspelspartnerns bemötande har en avgörande betydelse i kommunikationen med personer på tidig nivå (Björck-Åkesson, 1992; Brodin, 1991; Heister Trygg, 2008) och även i Sherborne lyfts samspelsrelationen fram (Hill, 2006; Konaka, 2007b; Åstrand, 2005). Hur sjukgymnasten anpassade sitt samspel i rörelseförslagen fördes in under kategorin *ledarens bemötande*. I denna beskrevs behov av att lyssna in och läsa av deltagaren, att ta paus, att kommentera och ge bekräftelse verbalt samt hur deltagaren förbereddes på vad som ska hända: med ord, beröring eller med bild/pekning.

4.4.6 Redovisning av intervjuerna i hem och skola

Informationen som erhöles i intervjuerna av föräldern och läraren sammanställdes i resultatdelen under tre rubriker: rörelseförmåga och kroppsmedvetenhet, kommunikation och ta initiativ samt intresse för sin omgivning och samspel med andra. Frågeformuläret (bilaga 4) har egentligen inga direkta frågor om rörelseförmåga, men i lärarens och förälderns svar ingick ofta information om Anders rörelseförmåga. Utveckling av rörelseförmåga och kroppsmedvetenhet var egentligen inte fokus för denna studie men var ändå angeläget att ta

med i resultat då det är utgångspunkten i Sherbornemetodiken (Sherborne, 1990). Rörelseförmåga har en avgörande betydelse för att uttrycka sig kommunikativt på preverbal nivå (Heister Trygg, 2008). I analogi med resultatredovisningen av Sherbornebehandlingen i kategorierna *rikta sin uppmärksamhet* respektive *ta initiativ*, sammanställdes lärarens och föräldrarnas information under rubrikerna *intresse för omgivning och samspel med andra* respektive *kommunikation och ta initiativ*.

4.4.7 Åtgärder för att ytterligare validera studiens resultat

Bedömning av rörelseförmåga av sjukgymnast

Eftersom utveckling av kroppsmedvetenhet anses vara av central betydelse i Sherbornemetodiken (Sherborne, 1990) för att utveckla relationer med andra ombads sjukgymnasten göra en professionell bedömning av eventuell förändring av mannens rörelseförmåga under Sherbornebehandlingen. Efter att ha sett de båda videofilmerna fick sjukgymnasten frågan: "Om du rörelsemässigt skulle jämföra Anders mellan videofilm 2 och 18?". Merparten av sjukgymnastens bedömning redovisas i resultatdelen. Sjukgymnastens bedömning av Anders rörelseförmåga har sedan använts i diskussionen dels för att stärka resultatredovisningen av Sherbornebehandlingen dels för en jämförelse av lärarens och föräldrarnas upplevelse av rörelseutveckling i hem och skola.

Observation av ytterligare videofilmer

Eftersom upplägget i denna studie endast omfattade observationer av videoinspelning nr 2 och nr 18 under behandlingsperioden behövde observationerna valideras mot kritik för variation av dagsform hos Anders. Observationer gjordes av de videofilmer som fanns tillgängliga, nämligen nr 1, 3-6, 8, 10, 13, 15 och 16. Observationerna utgick från den samspelsskala som utarbetats i studien. Observationerna redovisas i brödtext i resultatdelen.

4.5 Etiska aspekter

Inom ramen för uppsatsen har Vetenskapsrådets etiska principer (2009-05-09) för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning beaktats. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vårdnadshavare informerades om studiens syfte och familjens delaktighet i genomförandet av studien samt att deltagandet var frivilligt och om rättigheten att avbryta sin medverkan. Vårdnadshavaren gav sitt samtycke till deltagande och informerade i sin tur de assistenter som deltog i behandlingstillfällena om förutsättningarna. Samtycket innebar ett godkännande av Anders deltagande i denna studie och att videofilmer tagna inom ramen för studien fick visas i utbildningssyfte av den ansvariga för studien. Av förklarliga skäl kunde inte Anders tillfrågas, dock kan man säga att det i Sherbornemetodiken ingår ett hänsynstagande till deltagaren och inkännande av samtycke under utförandet av Sherbornerörelserna. Foto- och filmtillstånd, bilaga 8, inhämtades av vårdnadshavare samt assistenter som var närvarande under rörelsepassen. Lärare fick information om studien och samtyckte till att medverka i intervjuer inom ramen för studien. Både vårdnadshavare och lärare informerades om att uppgifter som insamlats under studiens gång inte skulle användas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften. Enligt kravet på konfidentialitet föreslogs föräldern och läraren att alla personuppgifter skulle avidentifieras i studien. Alla personer som ingår i studien har tystnadsplikt genom sitt arbete. I enlighet med Vetenskapsrådets rekommendationer har sjukgymnasten, läraren och vårdnadshavaren erbjudits genomläsning av de textavsnitt som innehåller uppgifter hämtade från intervjuer med dem. De har även tillfrågats om intresse att bli delgivna information om resultatet.

4.6 Validitet och reliabilitet

Enbart observation är otillräckligt för att kunna göra en bedömning av kommunikation och samspel över tid. Denna studie utgår från videoinspelningar. Videoinspelningarna ökar

möjligheten att göra en objektiv beskrivning av samspel och kommunikation, upptäcka beteende (mönster) och att se förändringar över tid (Olsson, 2006). Mina egna observationer av videofilmerna har jag validerat med att sjukgymnasten och föräldern, som är van att tolka sin son, har sett filmerna och givit sina kommentarer till händelseförloppet, så kallad "dubbelcheckning" (Brodin, 1991).

Interbedömaröverensstämmelse har utförts genom att en logopedkollega nogsamt kontrollerat att beskrivningarna i observationsprotokollen för session 2 och 18 överensstämmer med händelseförloppet på de båda videoinspelningarna. Därefter läste kollegan igenom de båda analysprotokollen och kontrollerade att uppgifterna kunde härledas ur de båda observationsprotokollen.

Uppgifterna om Anders rörelse-, kommunikations- och samspelsförmåga har hög tillförlitlighet eftersom både läraren och föräldern var väl förberedda inför intervjuerna. Innan intervjuerna hade de erhållit frågeformulär och information om att fokus för intervjun var kommunikation och samspel. Intervjuerna bandinspelades och nedtecknades skriftligt. En avskrift av sista intervjun sändes till läraren och hon godkände att innehållet stämde överens med hennes uppfattning. Både läraren och föräldern har givits möjlighet att läsa igenom avsnittet om kommunikation och samspel i hem och skola i resultatdelen.

Trovärdigheten i resultatet ökar om liknande resultat även kan påvisas från andra källor, så kallad triangulering (Creswell, 1998). I denna studie kan trovärdigheten av resultatet av Sherbornebehandlingen anses öka då data om kommunikation och samspelsförmåga även inhämtas från källor i hemmet och i skolan. Förälderns och lärarens upplevelser av förändring av rörelseförmåga valideras med bedömning av sjukgymnast. Creswell (1998) uttrycker vidare att de yttre betingelserna bör hållas konstanta för att få jämförelsebara data. I min studie är det genomförbart vad gäller de yttre ramarna för rörelsepassen. Däremot kan det vara svårt att avgöra om en förändring av kommunikations- och samspelsförmågan över tid verkligen är ett resultat av Sherbornebehandlingen eller beror på yttre händelser eftersom studien sträcker sig över lång tid (Granlund & Wilder, 2006).

5. RESULTAT

Resultatdelen inleds med redovisning av Sherbornebehandlingen. De förändringar av kommunikativ förmåga och samspel som registrerats under Sherbornebehandlingen har sammanställts både i beskrivande text och i diagramform, se vidare 5.1.

Därefter kommer en redovisning av kommunikation och samspel i hem och skola baserad på intervjuerna med föräldern och läraren. Förändringar av samspel och kommunikation med Anders redovisas i relation till möjliga påverkansfaktorer i hemmet och på skolan. Redovisningen delas in i rörelseförmåga och kroppsmedvetenhet, kommunikation och ta initiativ samt intresse för sin omgivning och samspel med andra.

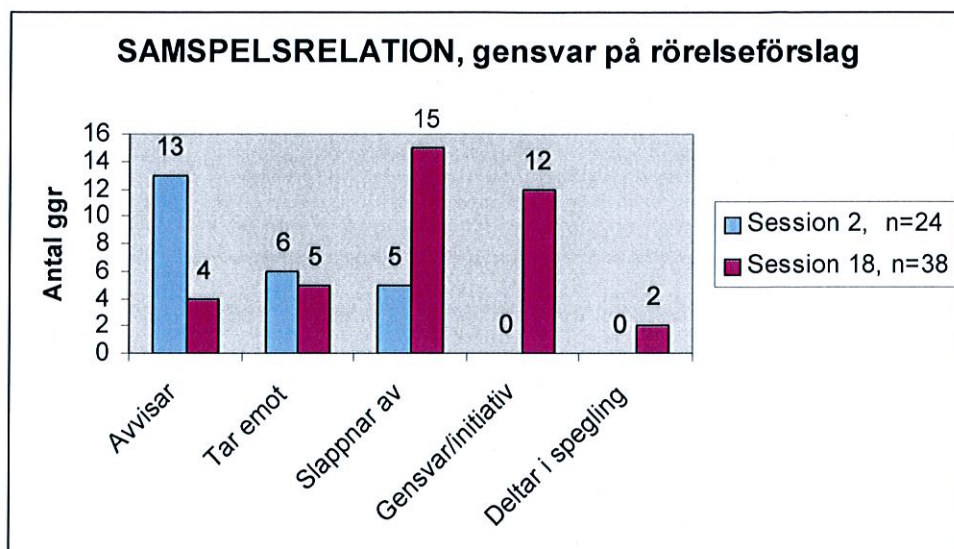
5.1 Kommunikation och samspel i Sherbornebehandlingen

Redovisningen fokuserar på Anders och sjukgymnastens samspel, medan assistentens del i situationen inte är medtagen. Faktorer som bidrar till kommunikation och samspel har urskiljts i bearbetningen av materialet. Redovisningen sker utifrån den samspelsanalys som utarbetats i denna studie: "Brandquists och Althoffs Samspelsskala: Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå – Sherborne"), se bilaga 7. Resultat redovisas i diagram och i brödtext under de fyra rubrikerna: Samspelsrelation enligt Sherborne, avvisar med självskadande beteende, riktar sin uppmärksamhet och tar initiativ till samspel. I diagrammen visas resultat från både session 2 och 18 parallellt. En bedömning av hur sjukgymnasten bemöter Anders görs i "Ledarens bemötande". Sedan följer en kort sammanfattning av förändring i kommunikation och samspel i de videoinspelningar som inte varit föremål för en detaljerad observation.

Sedan redovisas kommentarer och synpunkter från sjukgymnasten och föräldern som framfördes under genomgången av de båda videoinspelningarna. Därefter följer en bedömning av sjukgymnasten över hur Anders rörelsemässigt har förändrats från session 2 till 18.

5.1.1 Samspelsrelation enligt Sherborne

I behandlingen lades tyngdpunkten på rörelseförslag som syftade till en ökad kroppsmedvetenhet hos Anders. Utgångspunkten var att han skulle bli stabil mot underlaget, så kallad grundning. Anders satt kors sittande på mattan medan sjukgymnasten satt bredvid och grundade honom genom att ge lugna och gungande rörelseförslag till hans kropp. Under de första sex behandlingstillfällena hade Anders fysiskt stöd av assistent som satt rygg mot rygg med honom. I liggande position gavs lugna och gungande rörelseförslag mot hans höft och axelparti. Rörelserna varierade i intensitet och tempo för att Anders skulle uppleva kontraster. Samspelspartnern lyssnade efter gensvar i Anders kropp och anpassade sitt agerande med hänsyn till hans dagsform. Allteftersom behandlingen fortskred provades andra rörelseförslag. Det registrerade tidsspannet för session 2 var 19 min 31 sek och för session 18 19 min 59 sek. Tiden som ägnas åt rörelseövningar i sittande respektive liggande position skiljer sig mellan de båda gångerna. Under session 2 varar behandlingen i sittande position i 9½ minut, förflyttning till liggande tar 4 min och behandling liggande 6 min. Tiderna för session 18 är 8½ min i sittande position, 1 min i förflyttning och 10 ½ min i liggande.



Figur 2. Stapeldiagram SAMSPELSRELATION. Anders gensvar på samspelspartnerns rörelseförslag. Det faktiska antalet gensvar fördelat inom varje nivå för session 2 respektive session 18.

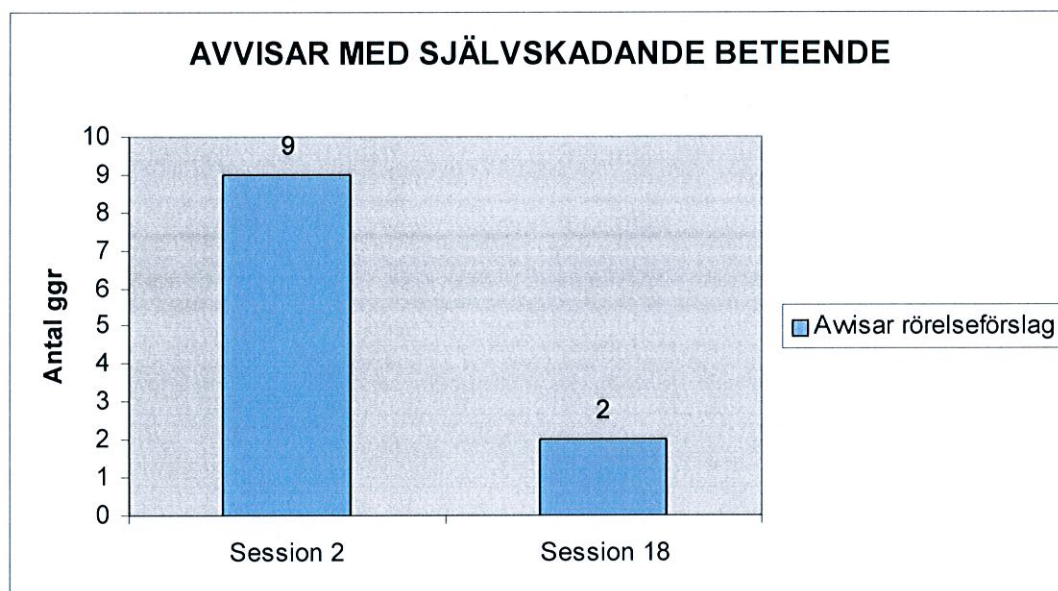
I båda inspelningarna var samspeletsrelationen en *med-relation* enligt Sherborne (1990). Anders är på gång att utveckla *delad relation* (turtagning) i och med att han visar intresse för att delta i spegling med sjukgymnasten. Anders avvisade sjukgymnastens rörelseförslag 13 gånger under session 2, varav självskadande beteende användes nio gånger. Motsvarande för session 18 är fyra gånger och självskadande beteende vid två av dessa tillfällen, se vidare under *Självskadande beteende* och figur 3. Han tar emot/accepterar rörelseförslag sex respektive fem gånger. Han slappnar av och följer med i rörelsen fem gånger under session 2 medan under session 18 antalet ökade till 15 gånger. Under session 2 förekom inga gensvar. Under session 18 ger han gensvar genom någon form av rörelse med handen i sittande eller med benet då han ligger ned. Responsen på sjukgymnastens rörelseförslag är för det mesta lugn och inte självskadande. Av dessa 12 gånger tar han eget initiativ sex gånger, se vidare under *Ta initiativ* och figur 5. Någon egentlig turtagning uppkommer inte, däremot speglar sjukgymnasten honom när han drar sin hand över munnen vid två tillfällen, något som här benämns *deltar i spegling* och som kan ses som ett förstadium till delad relation.

I en jämförelse mellan de båda sessionerna syns i diagrammet en minskning av antalet avvísningar av rörelseförslag och en ökning av *slappnar av* och att ge *gensvar/ta initiativ* under session 18.

I session 2 ger sjukgymnasten stöd åt Anders och försöker bygga upp trygghet och tillit i relationen. Anders gungar rygg mot rygg med sin assistent och väger salt med sjukgymnasten. I liggande position rör sig hela hans kropp då sjukgymnasten gungar hans höft och knä. Hon uppmärksammar hans reaktioner och anpassar sina rörelseförslag. Anders deltar passivt och avvaktande främst i sittande position. Kroppen strävar ofta emot. Han avvisar hälften av hennes rörelseförslag genom att stelna till i kroppen, slå sig mot pannan och kasta huvudet bakåt. Hans starka reaktioner uppkommer ofta vid beröring av hans händer i rörelsen *väga salt*. Han accepterar att sjukgymnasten modifierar rörelseförslaget och håller i hans arm istället för hans hand. Rörelseförslaget *gunga sidledes* är det som fungerar bäst i sittande med Anders och pågår i 31, 35, 37 och 79 sek, medan han upplever det obekvämt att gunga framåt-bakåt (högst i 9 sek). Sammanfattningsvis kan sägas att han stundtals kan slappna av under rörelse trots den obekanta situationen. Det är framför allt märkbart då han ligger ned och sjukgymnasten gungar hans höft respektive knä i sekvenser upp till 2 minuter.

Efter drygt ett år med Sherbornebehandlingar förbereder sjukgymnasten honom mer verbalt på rörelserna. Anders följer för det mesta med i rörelserna och slappnar av. En tillit och trygghet har byggts upp. I liggande position då sjukgymnasten gungar hans höft, knä och bröstorg blir rörelsesekvenserna ½-1 minut långa och Anders tillåter mer variationer i tempo och tryck. I sittande fungerar rörelseförslaget grundning av höger ben bra med variation av tryckstyrka i halv-minutpass vilket alterneras med klappa på ryggen. Anders avvisar ofta rörelseförslag där sjukgymnasten vill hålla i hans händer för att *väga salt*, men klarar för det mesta att avvisa rörelsen genom att visa ett lugnt kroppsligt gensvar. Han ger gensvar med sin kropp och tar initiativ i 12 av 38 rörelseförslag. Han lutar sig mot sidan då det är dags att lägga sig ned. I liggande position drar han upp sitt ben för att ligga bättre som svar på sjukgymnastens förslag på annan position. Han tillåter att sjukgymnasten håller i hans hand i 6 sek och drar den sen till sig. Vid sex tillfällen tar han eget initiativ till samspel bland annat genom att föra fram sin hand mot sjukgymnasten. Dessa redovisas under *Ta initiativ* och figur 5. Han deltar i spegling: Vid två tillfällen inbjuder sjukgymnasten till turtagning genom att spegla och imitera hans handrörelse (drar handen över näsan). Han tittar på henne när hon imiterar hans handrörelse och därefter gör han om sin gest utan kontakt med henne.

5.1.2 Avvisar med självskadande beteende

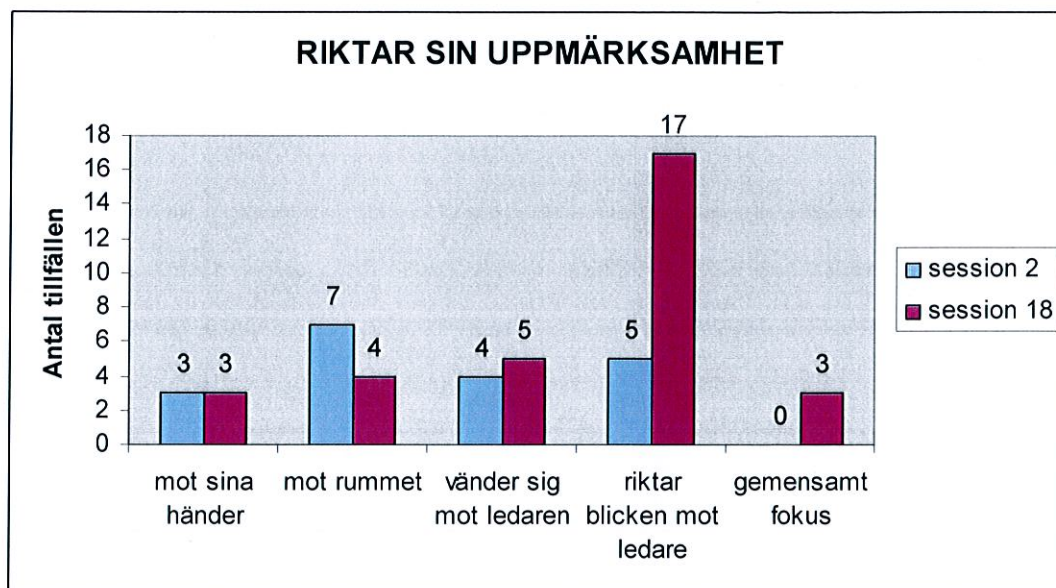


Figur 3. Stapeldiagram. Avvisar med självskadande beteende.

Sherbornerörelser introducerades för Anders med en förhoppning om att reaktioner med självskadande beteende skulle minska. Under session 2 uppkom reaktion med självskadande beteende vid nio tillfällen, medan under session 18 inträffade detta två tillfällen. Under session 2 reagerade han med att kasta överkroppen och huvudet bakåt två gånger och med att slå kraftigt med handen mot sin tinning sju gånger. Ibland föregicks det sistnämnda även av att han vred överkroppen och kastade huvudet bakåt. Reaktionerna kom i början av sessionen, vid beröring av hans händer i rörelse *väga salt* och då han skulle byta position från sittande till liggande.

Under session 18 reagerade han med att slå sig mot pannan då sjukgymnasten tog i hans hand då hon försökte få till *väga salt* och det andra tillfället uppkom i slutet av session 18 när han vändes i ryggläge för att vila efter avslutad behandling.

5.1.3 Riktat sin uppmärksamhet



Figur 4. Stapeldiagram Riktat sin uppmärksamhet. Det faktiska antalet tillfällen fördelat inom varje nivå.

Under session 2 riktar Anders sin uppmärksamhet främst mot sina händer och rummet. Han vänder sig mer eller mindre avsiktligt mot sjukgymnasten och blickkontakten uppstår som negativa reaktioner på beröring av hans händer. Under session 18 visar han ett tydligt intresse för sjukgymnasten genom att vända sig mot henne och aktivt rikta sin blick mot henne. Han riktar också sin blick på hennes händer så att ett gemensamt fokus uppstår.

I stapeln *riktar blicken mot ledare* ingår alla de tillfällen då Anders tittar på sjukgymnasten. Vid genomgång av filmerna har det inte varit helt okomplicerat att tolka Anders blickkontakt med sjukgymnasten; om blicken bara råkar falla på sjukgymnasten eller om det är en viljemässig ögonkontakt.

Under session 2 uppmärksammar Anders sina händer i rörelsesekvensen *väga salt*. Han ogillar att man tar i hans händer och drar till sig dem och därefter riktas blicken ned på dem i knät. I liggande position i sidoläge riktas hans blick på händerna som förts ihop i ögonhöjd: han trycker fingertoppar mot varandra, gör en vippande och därefter gungande rörelse med fingrarna. Vid flera tillfällen under session 2 följer Anders med i rörelsen under en längre tid och då lyfter han upp huvudet och uppmärksammar rummet. Han höjer blicken i svepande rörelser åt sidorna och uppåt. Ibland råkar då blicken falla en kort sekund på sjukgymnasten men ingen ögonkontakt förefaller uppstå. Han uppmärksammar ljudet av en dörr som öppnas och stängs och vrider huvudet mot ljudkällan. Anders visar tydligt vid ett tillfälle att han är intresserad av vad sjukgymnasten håller på med när han under fyra sekunder tydligt följer henne med blicken när hon byter position och sätter sig framför honom och de har då blickkontakt under tre sekunder. Blickkontakt (2-3 sek) uppkommer vid de fyra övriga tillfällena som negativa reaktioner på att sjukgymnasten tagit i hans hand eller tryckt på hans kropp. Blickkontakt i liggande position kunde ofta inte mätas då hans ansikte var skymt för kameran. Inte vid något tillfälle uppkommer gemensamt fokus mellan Anders och sjukgymnasten under session 2.

Under session 18 uppmärksammar Anders också sina händer. Vid två tillfällen gör han en gest med handen som dras ned över ansiktet. Sjukgymnasten speglar hans rörelse och får då ögonkontakt. I liggande position i sidoläge för Anders aktivt ihop sina händer framför sig.

Han tillåter att sjukgymnasten lyfter hans högra arm och håller i hans hand under en kort stund. Han uppmärksammar rummet initialt och då ljud hörs. I fortsättningen görs korta utflykter med blicken i rummet, som slutar med uppmärksamhet mot henne. Han vänder sig mot sjukgymnasten och tittar på henne och vad hennes händer gör i större utsträckning än under session 2. Han riktar blicken mot henne när hon imiterar hans gest med handen, då hon klappar honom på ryggen, då hon sitter mittemot och drar upp honom i *väga salt*. Han har också blickkontakt med sjukgymnasten vid de två tillfällena som han tar eget initiativ och för fram sin hand mot henne. Den längsta blickkontakten uppkommer i liggande position då Anders lyfter huvudet och tittar på sjukgymnasten under fem sekunder och skrattar till. Hon har försökt att gunga över honom i viloposition i ryggläge, men han har aktivt fört sig tillbaka till sidoläge.

Sjukgymnasten och Anders har gemensamt fokus på hennes händer vid tre tillfällen. Vid två av dessa tillfällen uppkommer delad uppmärksamhet när Anders tittar omväxlande på händerna och på sjukgymnasten. Vid det ena av dessa tillfällen för han blicken omväxlande sex gånger.

5.1.4 Tar initiativ

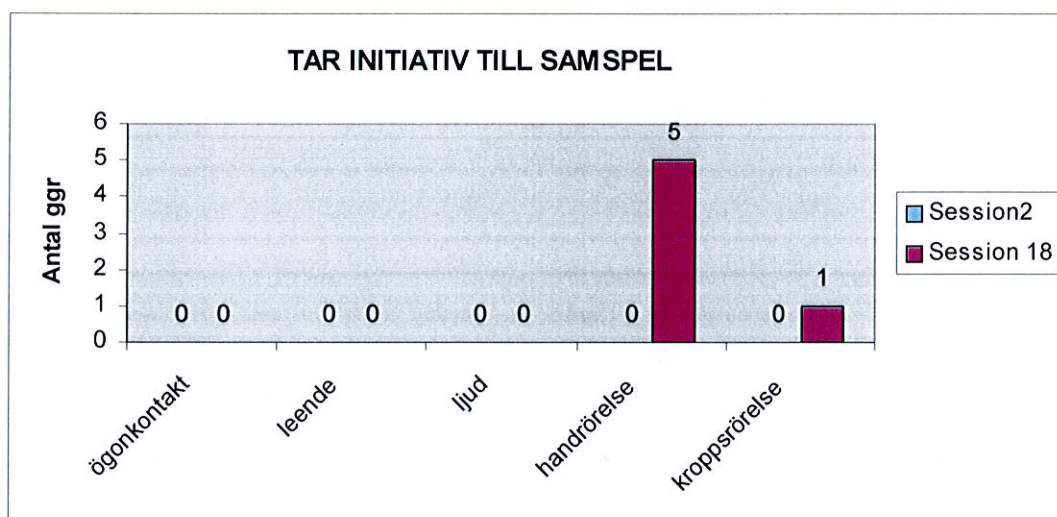


Fig. 5. Stapeldiagram. Tar initiativ till samspel.

Under session 2 märktes inga initiativ från Anders sida att ta kontakt med sjukgymnasten. Däremot under session 18 tog Anders initiativ med en tydlig avsikt att få kontakt med henne. Vid fyra tillfällen gjordes en rörelse med vänster handen mot sjukgymnasten. Vid två av dessa tillfällen berör han sjukgymnastens hand. Vid två tillfällen speglar sjukgymnasten honom med att möta hans hand med samma handposition. Vid ett tillfälle har sjukgymnasten full koncentration på Anders ögon och märker inte att han sträcker fram sin hand. Vid ett annat tillfälle sträcker hon fram sin hand och han tar initiativ att ta tag i hennes tumme. Vid ett tillfälle då han ligger ned tar han initiativ genom att lyfta på huvudet och ta ögonkontakt med sjukgymnasten i 5 sek. Hon slutar gunga och nickar bekräftande till honom. När hon lägger sin hand över hans händer skrattar han till.

5.1.6 Ledarens bemötande

Session två präglas av att sjukgymnasten lyssnar in Anders kroppsliga gensvar. Hon använder verbalt språk sparsamt. Endast då hon förflyttar sig framför honom förbereder hon honom verbalt och då hon bekräftar hans starka reaktion vid förflyttning från sittande till liggande. I övrigt bekräftas han kroppsligen genom lugnande strykningar över huvudet och nacken.

Under session 18 fortsätter sjukgymnasten att lyssna in men de verbala inslagen har ökat. Hon förbereder Anders verbalt på vad hon ska göra: "Nu tar jag båda händerna och gungar". Hon kommenterar det hon gör: "nu klappar jag dig på ryggen" och vad han gör: "nu satte du ner din hand". Hon ackompanjerar sitt gungande med "gung, gung, gung".

Tabell 5. Ledarens bemötande. Alternativ är förkryssade för det som i huvudsak präglade ledarens bemötande i samspelet under session 2 respektive session 18.

Session nr 2

Session nr 18

| 4. LEDARENS BEMÖTANDE. HUR ANPASSAR JAG MITT SAMSPEL I DETTA RÖRELSEFÖRSLAG? | 4. LEDARENS BEMÖTANDE. HUR ANPASSAR JAG MITT SAMSPEL I DETTA RÖRELSEFÖRSLAG? |
|--|---|
| Förbereder partnern på vad som ska hända <input type="checkbox"/> med ord <input checked="" type="checkbox"/> med beröring <input type="checkbox"/> med bild eller peka <input checked="" type="checkbox"/> "lyssnar in"/läser av partnern, känner tyst in rörelsen/deltagarens gensvar <input checked="" type="checkbox"/> stannar upp, tar paus i rörelsen <input type="checkbox"/> kommenterar vad ni gör, tolkar uttryck, bekräftar gensvar verbalt | Förbereder partnern på vad som ska hända <input checked="" type="checkbox"/> med ord <input type="checkbox"/> med beröring <input type="checkbox"/> med bild eller peka <input type="checkbox"/> "lyssnar in"/läser av partnern, känner tyst in rörelsen/deltagarens gensvar <input type="checkbox"/> stannar upp, tar paus i rörelsen <input checked="" type="checkbox"/> kommenterar vad ni gör, tolkar uttryck, bekräftar gensvar verbalt |

5.1.7 Observation av ytterligare videofilmer

Följande redovisning baserar sig på observationer av inspelningar nr 1, 3-6, 8, 10, 13, 15 och 16. Under de första sex Sherbornebehandlingarna satt Anders rygg mot rygg med assistent som då utgjorde ett fysiskt stöd för Anders. Sjukgymnast satt först vid sidan och gungade dem sidledes. Därefter placerade hon sig framför Anders och erbjöd rörelseförslaget *väga salt*. Från tillfälle 8 satt Anders utan stöd. Sjukgymnasten satt bredvid och gav rörelseförslag såsom *grundning av ben* eller *mittemot* för att *väga salt*. Tiden för sittande position varierade mellan 1 min 43 sekunder vid inspelning 6 till 12 min 34 sek i inspelning nr 4. Självskadande beteende förekom i varje inspelning men framför allt under nr 4 och 5 reagerade Anders ofta med att skrika och kasta huvud och överkropp bakåt och slå sig mot tinningen. I februari 2006 under inspelning nr 5 tillät Anders kort beröring av hans händer då han låg ned. Blicken var mestadels nedsänkt och han föreföll försjunken i sig själv. I slutet av maj 2006, inspelning nr 8, hade han ibland blicken uppåtriktad och satt och fingrade med sina händer framför sig. I sittande position tillät han beröring i inspelning nr 10 i oktober 2006. Från och med videoinspelning nr 10 märktes ett större intresse av rummet, Anders tittade runt i rummet. Han satt mer i balans. Han blev mer intresserad av sjukgymnasten och vände sig mot henne, blicken föll på hennes händer och han fick ibland även blickkontakt med henne. I slutet av november 2007 under inspelning nr 13 tog han själv initiativ genom att föra fram sin hand och beröra sjukgymnastens händer. I inspelning nr 15 i januari 2007 tillät han beröring av sina händer och fokuserade sin blick på sjukgymnastens händer på hans ben. Vid ett tillfälle höll han i sjukgymnastens hand under en minut och drog den fram och tillbaka framför sig. I inspelning 16 märktes en nyfikenhet på rummet och att han mötte sjukgymnastens blick.

5.1.8 Kommentarer från föräldern och sjukgymnasten vid förevisning av videofilmerna nr 2 och nr 18

I videofilm nr 2 kommenterade både föräldern och sjukgymnasten att Anders satt i obalans. Sjukgymnasten uttryckte att hon försökte "få honom lite mer i mittlinjen, mer symmetrisk" för "man måste vara stabil och grundad för att kommunicera". Föräldern uttryckte att det blev jobbigt för sonen då sjukgymnasten tog i hans händer och då han inte ville lägga sig ned. "Han gillar inte att man tar i vänster hand" säger sjukgymnasten. När Anders slog sig mot huvudet, bemötte sjukgymnasten honom med strykningar över huvudet som hon sett föräldern

göra. Både föräldern och sjukgymnasten påtalade att Anders accepterade rörelseförslag under ganska lång tid i session 2. Han accepterade även en variation av tempot. Föräldern såg att Anders var medveten om sjukgymnastens närvaro, *"men han undrar vem det är"*. När sjukgymnasten satte sig framför honom och berättade vad hon skulle göra fick hon *"en lång blick av honom"*. När han låg ned på sidan ser föräldern att han *"inte slappnar av, spänd i ena sidan"* men att det såg *"rofylt ut, verkar tillfreds"*. Sjukgymnasten konstaterade då han förde samman sina händer *"att sidoläge är det enda sättet att samla ihop sig"*.

Då föräldern såg videofilmen från session 18 uttryckte han vid flera tillfällen att Anders *"sitter i bättre balans"* och *"verkar mer avspänd"*. Både föräldern och läraren kommenterade att han kunde sitta utan enhandsstöd. Föräldern konstaterade att sonen tittade med förtroende på sjukgymnasten och var mer intresserad av henne: *"han söker kontakt med sjukgymnasten, både med blick och hand"*. Sjukgymnasten såg att Anders nu klarade att rikta sig med sin kropp och ta kontakt: *"han roterar och riktar sig, en viljeakt med kroppen. Han TITTAR. Den blicken upplever jag som mer närvarande"*. Hon upplevde att även hon själv var bättre på att rikta kontakten och att säga *"vad hon gör"*. Han följde med i rörelseförslag och hela hans kropp var i vågrörelse vilket hon såg som *"ett uttryck för tillit"* och att han även *"klarar ett mer kraftfullt tempo"*.

Föräldern upplevde att sjukgymnasten var mer lugn och säker i sitt bemötande. Sjukgymnasten uttryckte att det varit en läroprocess. Det hade tagit sin tid att öva upp *"timing och att ändra melodin efter honom"* och *"man behöver känna in hur han svarar först"* innan man kunde börja prata under behandlingen. Föräldern konstaterade att sonen accepterade beröring helt annorlunda i jämförelse med videofilm nr 2 och att han hade *"upptäckt sin högra hand"* och att *"tar aktivt kontakt med höger hand"*. Han tillät beröring av sin högra hand: *"Han kunde bli arg när jag är där och bråkar med honom, men det blir han inte"* säger sjukgymnasten. *"Det är väldigt starkt. Det är i den handen han har minst motorik och sensomotorik. Den hand som han inte vill att man tar i. Den är troligtvis rätt så känslig"* uttryckte sjukgymnasten. Sjukgymnasten kommenterade att han med kroppen *"kan visa vad han vill, inte bara det han inte vill"* och att det var viktigt att bekräfta: *"att visa att han bestämmer, det har ett egenvärde"*.

5.1.9 Sjukgymnastens bedömning av rörelseförmågan

Sjukgymnasten svarade på frågan: *Om du rörelsemässigt skulle jämföra honom mellan session 2 och 18?*

Sjukgymnasten upplevde att han var mer följsam i rörelseförslagen under session 18, både i sittande och liggande position. Då han låg ned fanns det inte längre någon spänning som tog emot i något kroppssegment vid gungningar. Hon hade märkt att han klarade av flera olika rörelseförslag, att han inte behövde känna igen sig, och att det gick att variera tempo. Det gällde att hitta rätt "dosering", så att han inte blev sömning utan alert och intresserad av att ta kontakt med omgivningen. Han accepterade en fast beröring av huvud och händer, men även av höger knä och höft. Han var mer aktiv med sin känsliga högra hand och tillät passiv beröring. Handens inåtrotering hade minskat. Liggande i sidoläge lade han spontant ihop sina handflator mer symmetriskt och utsträckt än från början. Han hade blivit mer aktiv med högerhanden och tog själv initiativ att röra sjukgymnastens pekfinger, något som skulle ha varit helt otänkbart i början.

En förändring som hade kommit indirekt av rörelsekommunikationen var att Anders klarade att sitta korssittande utan stöd av vänster hand. Från början satt han asymmetriskt och lutade sig mot vänster höft, med huvudet och höger arm lutade åt höger. Efter ett år med Sherborne satt han mer med kroppen i mittlinje. Bålstabilitet hade ökat, vilket sjukgymnasten menade kunde vara en följd av ökad kroppskänsla, ökad självförtroende och en medvetenhet om den högra

sidan. Hon konstaterade att han klarade att aktivt vrida sig och korsa mittlinjen för att rikta sig mot någon annan.

5.2 Kommunikation och samspel i hem och skola

I intervjuerna framkom att familjen beviljades avlastning med assistenter en månad innan Sherborne introducerades. Under det att studien pågick arbetade uppskattningsvis sex assistenter periodvis i familjen. I början av behandlingsperioden bytte familjen bostad. Anders bytte även lärare och assistenter i skolan. Klassrummet var dock detsamma och så även personalen på fritidshemmet. Föräldern började införa rutiner och vanor mer strukturerat med Anders. Dagliga promenader infördes i skolan med den nya läraren och även hemma tack vare att familjen fick avlastning med assistenter. Initialt gjordes dessa promenader mestadels i rullstol och allteftersom infördes mer gående och då denna studie avslutades gick Anders själv med mänskligt stöd 30 minuters kvällspromenad. Han hade också blivit mer aktiv med sina assistenter med ridning, bowling med ränna, bad, utflykter och cafébesök.

”Hela Anders mår ju väldigt bra idag. Han har fått ett annat lugn” uttryckte Anders förälder efter avslutad Sherborneperiod. Läraren i skolan konstaterade att *”Anders har blivit mera öppen och på gott humör de flesta dagar. Mer harmonisk och mer vaken med. Ja, det har varit en positiv utveckling i alla fall. Fast det kan vara olika, olika dagar. Det beror ju på krampor och allt sån't där också”*.

Föräldern upplevde att sonen har fått en ökad medvetenhet om sin kropp. *”Mest markant är att han har fått igång sin svaga högersida. Hans högra arm och hand har varit helt spastiska. Anders har börjat uttrycka sig mer med både röst och rörelser och självdestruktiviteten har minskat. Sedan har han lärt sig att klura ut lösningar och det är tack vare att han har förstått att han har en kropp.*

5.2.1 Rörelseförmåga och kroppsmedvetenhet

Föräldern uttryckte att Anders har fått en ökad rörelseförmåga i sin svaga högra sida och hade märkt en ökad styrka och stabilitet i kroppen. Anders behövde inte ägna all sin koncentration till att hålla balansen när han stod. Det hade medfört att han hade börjat uppmärksamma omgivningen. Läraren upplevde att Anders rörde sig lite mer fritt i rummet och att hon inte längre alltid behövde vara nära honom.

Både hemmet och skolan uttryckte att han var mer aktiv med sin högra hand. Han klappade händer med båda händerna. Han klarade att flytta en boll från den ena handen till den andra. Förut hade han varit tvungen att lägga ifrån sig bollen för att dricka vatten. Nu hade han börjat föra över bollen till höger hand, dricka och därefter föra tillbaka bollen till vänsterhanden. Han hade också börjat leka med vattenstrålen då han skulle duscha. Fadern hade då lagt märke till att höger handens insida verkade vara mer sensitiv än vänsterhandens.

Anders klarade att hantera mer kognitivt krävande situationer, mer än vad han hade visat förut. Föräldern ansåg att en ökad kroppskänedom hade gjort att Anders kunde sträcka sig framåt för att nå en skål med något åtråvärt som stod på bordet. Han berättade att Anders nu kunde böja sig ned och ta upp en boll som han tappat, även om den rullat in och låg till hälften skymd bakom en dörr. Han kunde nu förstå att han måste öppna dörren för att få tag på bollen. Förut skulle han ha blivit arg och slagit sig själv mot huvudet. Han klarade nu även att öppna en dörr. Tidigare stod han och ryckte i handtaget.

5.2.2 Kommunikation och ta initiativ

Både i hemmet och skolan hade man lagt märke till en ökad användning av handlingssekvenser, medvetna gester och ljudande i syfte att få uppmärksamhet, protestera eller att få

någon att göra något. Anders hade också visat förmåga till delad uppmärksamhet. Han hade börjat gå och ställa sig vid ytterdörren hemma när han ville gå ut. Han vände sig sen mot pappa som då bekräftade att de skulle gå ut. "Han drar mer runt med oss i kåken" sa fadern. Anders hade också börjat ta assistenten i handen och gå in i vardagsrummet och fram till stereon. Där vände han sitt öra mot stereon och tittade sen på personen. Ibland förde han pappas vänsterhand mot stereon. Han hade börjat göra samma sak när han ville ha något i kylskåpet. Om han ville ha kaffe tog han tag i kaffekannan. I skolan hade han börjat slå med handen i bordet framför sig för att visa att han var klar på toaletten. Med samma gest hade han börjat visa att han var glad över att få kaffe. Han hade också börjat slå med glaset i bordet då han ville ha mer vatten. När han inte ville ha något kunde han använda handen och fösa undan det. Återkommande rutiner hade skapat förväntan. Fadern upplevde förväntan hos sonen när de var på väg till pizzerian efter badet. Läraren upplevde en förväntan hos Anders när hon satte på en CD. Anders skrattade högt och med stort leende när han kände igen musiken. Om han inte ville lyssna på den musiken visade han detta genom att kasta sig bakåt i soffan. Anders hade även börjat använda sin röst mer. Då han inte ville gå upp på morgonen gnällde han starkt och missnöjt. Föräldern berättade att ljudandet hade ersatt att slå sig själv i initialt skede och att han slog sig sen. Han skrek som protest mer frekvent än förut. Innan hade han varit helt tyst och slagit sig själv eller kastat huvudet bakåt. I hemmet hade han börjat säga ifrån, särskilt då det gällde att ta på sig skorna eller borsta tänderna.

5.2.3 Intresse för omgivningen och samspel med andra

Föräldern tyckte att Anders hade blivit mer medvetenhet om sig själv som person och sin omvärld. Han visade mer nyfikenhet och hade fått en större förmåga att uttrycka sig så att andra förstod att han ville ha en viss kontroll på sin omvärld. När Anders ville veta var pappan var någonstans i hemmet, ljudade han för att få kontakt. Fadern svarade med ord "Här är jag" eller imiterade sonens ljudande. Ibland fick han svar från sonen, ibland inte. När Anders var på stan och fikade med sina assistenter hade han börjat titta sig mycket omkring i lokalen, oftast inte på människor utan mer på tavelramar, blommor och ljusreflexer i fönster. Föräldern upplevde att Anders hade utvecklat en större rumsmedvetenhet. Läraren berättade att Anders hade börjat visa intresse för andra. På skolan hade han tagit kontakt med jämnårig flicka som han satt bredvid och de tog varandras händer. I badhuset hade han börjat ha kontroll på var föräldern höll hus. Om föräldern stod och pratade med någon annan, kunde han komma fram lite genererat för att "gosa" med honom. Föräldern berättade också att Anders börjat protestera hemma. När föräldern kom hem brukade han först hälsa på Anders och därefter stämma av läget med assistenterna och då hade sonen börjat visa sitt missnöje genom att banka med koppen.

Anders hade börjat undersöka saxar och pennor som låg framme på bordet, vilket inte hade intresserat honom förut. Han hade också börjat imitera sin förälder. När föräldern satt och läste tidningen tog Anders ibland tag i tidningen, förde den mot ansiktet och kastade därefter bort den när han "läst" klart. Sonen hade också börjat visa intresse för att "öppna" kuvert då föräldern gick igenom sin post. Förut hade Anders suttit nöjd vid bordet med sin kopp, knackande sig på hakan eller rullandes en boll. Föräldern sa också att han försökt spegla Anders gester och då fått igång en turtagning. Turtagningen omfattade högst fyra led innan Anders reagerade genom att slå mot sitt huvud. Fadern startade turtagningen då Anders omedvetet klappade på sitt ben eller medvetet "snoozade" fadern i håret. Föräldern berättade att det hade blivit lättare för Anders att lämna ifrån sig bollar. Både hemmet och skolan beskrev att det hade blivit lättare att busa med Anders. Han förstod fortfarande inte tittut, men uppskattade när man kittlade, spelade apa eller annat skoj och skrattade då högt.

Både läraren och föräldern tyckte att han hade blivit mer ljudtålig. Han klarade av oväsen i matsalen, starka ljud såsom dammsugare och motorgräsklippare och till och med då brandlarmet satte igång. En förutsättning var att han förbereddes.

Föräldern avslutade intervjun med att säga: *"Tänk om man kunde köpa en timme då Anders kunde berätta vad han tänker."*

6. DISKUSSION

Syftet med denna studie var att analysera hur kommunikations- och samspelsförmåga uttrycks över tid när en ung man på tidig utvecklingsnivå och med autism deltar i en dyad i Sherbornebehandling. Mina frågeställningar var:

1. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga över tid i behandlingssituationen?
2. Hur utvecklas kommunikations- och samspelsförmåga i hemmet respektive skolan under samma tidsperiod?

Redovisningen av resultatet utgick från en samspelsanalys som utformades under processen med resultatredovisningen. En genomgång av kartläggningmaterial för att användas i redovisningen gav inte tillräcklig information för att kunna användas i denna studie. Observationskategorier som använts i tidigare studier befanns inte tillräckliga för att kunna göra en beskrivning av samspelen med en person på tidig utvecklingsnivå där kroppsliga uttryck är av avgörande betydelse. En stor del av arbetet i denna uppsats ägnades följaktligen åt nedteckning av videoinspelningar och efterföljande analys för att finna lämpliga observationskategorier för redovisningen. Utifrån dessa observationskategorier utformades därefter en samspelsskala i samarbete med sjukgymnasten ("Brandquists och Althoffs Samspelsskala: Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå –Sherborne"), se bilaga 7.

Positiva förändringar av Anders kommunikativa förmåga och samspel i Sherbornebehandling har kunnat visas dels kvantitativt genom bland annat ökat antal kommunikativa initiativ och minskat antal självdestruktivt beteende, dels kvalitativt i kommentarer från föräldern och sjukgymnasten. Positiva förändringar i kommunikation och samspel har även noterats i hemmet och i skolan, vilket framkommer i intervjuerna av lärare och förälder. Det är emellertid svårt att avgöra vilken betydelse införandet av Sherbornerörelser har haft för kommunikation och samspel i hemmet. Åstrand (1997, 2005), Bergström et al (2004) och Konaka (2007b) har dock i sina rapporter beskrivit positiva överföringseffekter av Sherborne i hem- och skolmiljö. För personer med autism brukar det dessutom föreligga en svårighet att kunna generalisera, det vill säga överföra sina kunskaper och erfarenheter till en annan situation än där inlärningen skedde (Gillberg, 1999).

I denna studie finns flera faktorer i den sociala miljön/familjesystemet som kan ha bidragit till resultatet och påverkat det både i positiv och negativ riktning bland annat flytt till ny bostad, införande av assistentstöd och byte av personal i skolan. Föräldern upplevde inte att Anders påverkades något nämnvärt negativt av förändringarna. Gillberg (1999) skriver att stora förändringar kan vara lättare att klara av om man har autism medan små förändringar stör rutinerna. Föräldern har också den grundinställningen att kontakt med nya människor gynnar sonens utveckling och det kan också ha haft en positiv inverkan. Föräldern var mycket angelägen att sonen skulle delta i Sherbornebehandlingen. Forskning har visat att intervention har större effekt då det finns en uttryckt efterfrågan (Dunst, Trivette & Jodry, 1997). Beviljandet av assistent underlättade deltagandet i interventionen och upprätthållande av dagsrutiner. Socialt stöd har ofta en positiv inverkan på föräldrarnas välmående och känsla av kontroll (Dunst et al, 1997). Familjen är i sin tur den största påverkansfaktorn för barns uppväxt och utveckling (Schonkoff & Philips, 2000) De positiva förändringarna kan också bero på att föräldern, skolpersonal och assistenter i hemmet lärt känna Anders mer och blivit bättre på att bemöta honom kommunikativt. Introduktionen av Sherborne kan ha bidragit till en förändring av omgivningens bemötande till att bli mer relationsinriktat. I Sherborne är det relationen i sig som är viktig i kommunikationen, den känslomässiga aspekten (Birgitta Althoff, personlig kommunikation, 16 juni 2009).

6.1 Resultatet av Sherbornebehandlingen i jämförelse med förändring av kommunikation och samspel i hemmet och på skolan.

En jämförelse mellan resultaten av Sherbornebehandlingen under session 2 och 18 visar en minskning av antalet avvisanden av sjukgymnastens rörelseförslag och en ökning av antalet gensvar där Anders slappnade av i kroppen och även då han gav aktivt gensvar och initiativ. Antalet självskadande beteenden minskade. Detta framkom även i rapport av Åstrand (2007) och Althoff (2007) efter Sherbornebehandling. Winlund och Rosenström Bennhagen (2004) påtalar också ett samband med rörelsestimulans för att minska oro och självskadande beteende för personer på tidig nivå. En förklaring till minskningen kan vara att sjukgymnasten och Anders har lärt känna varandra och att hon anpassar rörelserna. Han känner igen situationen och vet vad han kan förvänta sig. Wilder och Granlund (2003) har i sin undersökning av föräldrars interaktion med barn med grava funktionsnedsättningar visat att föräldrarna styr samspelet så att det blir så bra som möjligt utifrån sin kunskap om barnets sätt att kommunicera, barnets dagsform och om situationen. Barnet å sin sida får allteftersom en mental föreställning av hur interaktionen med föräldern brukar gå till. Föräldrarnas styrande leder till lyckade kommunikationstillfällen och dessa två processer befruktas varandra och utvecklar interaktionen (Wilder, 2008). Ferm (2006) har också i sin undersökning rörande interaktion mellan föräldrar och deras funktionshindrade barn visat att föräldrarna anpassar samtalsämnet utifrån om barnets kommunikationshjälpmedel finns tillgängligt eller inte och på så sätt undviker missförstånd.

Rörelserna kan också ha stärkt Anders kroppsuppfattning och medfört att han blivit mer "hemma i sin kropp" (Sherborne, 1990, p IX). Tidigare studier om Sherborne har visat på minskat antal stereotypier, ökad motorisk trygghet och kroppsmäthet och en förbättrad koordinationsförmåga hos deltagarna (Althoff, 2007; Bogdanowicz, 2007; Lassila et al, 2007; Åstrand, 1997). Han har hittat sätt att uttrycka sig med sin kropp. En kort tid efter att Sherborne introducerats, infördes promenader både i skolan och hemma med assistenterna. Det är troligtvis så att både Sherborne och promenaderna har varit en bidragande orsak till att Anders har blivit fysiskt starkare och fått en ökad rörelseförmåga. Den ökade rörelseförmågan och rörelserepertoaren har han börjat använda i sin kommunikation. "Han drar runt med oss i kåken" säger föräldern och "nu klarar han att få tag på bollen som smitit in bakom dörren, förut så slog han mot sitt eget huvud". Hans tidigare självdestruktiva beteende med stereotypa rörelser mot huvudet och att kasta sig bakåt, har ersatts initialt av att ljuda, säger föräldern. En effekt av att han nu kan *uttrycka sig* mer kroppsligt och verbalt är att han kan visa att han förstår mer (kognitivt) än vad han tidigare kunnat uttrycka. Detta förhållande finns omnämnt av Vygotsky (1986), Ferm (2006), Romski och Sevcik (i Wilder, 2008), vilka menar att det finns en ömsesidighet mellan kognition och språk på så sätt att kommunikativ och språklig utveckling påverkar kognitionen och tvärtom.

Sherbornebehandlingen skulle kunna ses som en "fjärilsvingseffekt" (Guess & Sailor, 1993) som inverkat positivt på Anders hälsa, rörelserepertoar, kommunikativa och kognitiva förmåga.

Samspelsrelationen i båda sessionerna är på en medrelations-nivå enligt Sherborne (1990), men på väg mot en delad relation med turtagning under den sista sessionen. Anders deltog avvaktande och motsträvt i rörelseförslag som väga salt under korta sekvenser innan han avvisade dem genom att vrida händerna ur sjukgymnastens. När sjukgymnasten speglade Anders egen gest (dra handen över näsa och mun) kunde man däremot skönja ett intresse som skulle kunna ses som en början på förmåga till turtagning. Turtagning är annars en av svårigheterna vid autism (Gillberg, 1999). Wilders studie (2008) rörande samspel mellan

föräldrar och barn med svåra funktionsnedsättningar visade att barnen överlag tog färre initiativ till turtagning än deras föräldrar. Andra studier med Sherbornebehandling har visat en ökad förmåga till turtagning hos personer med autism (Åstrand, 1997; Konaka 2007b). I kartläggningen innan Sherborne inleddes berättade fadern att han försökte få till en turtagning med sonen genom att spegla sonens gest att slå med handen mot låret. Sonen upprepade sin gest en gång, men ej fler. Efter Sherborneperioden framkom inte någon förändring i speglings-turtagningen i hemmet. Däremot hade en vilja att göra lika/imitera någon annan utvecklats i hemmiljö. När fadern sitter och öppnar sin post vill Anders nu ha kuverten till skillnad från att tidigare ha nöjt sig med att rulla en boll mellan sina händer.

Sjukgymnastens samspel präglas av en utforskande attityd och en lyhördhet efter gensvar. I flera rapporter påtalas samtalspartnerns lyhördhet som avgörande för att barn med svåra funktionsnedsättningar ska utveckla kommunikativa färdigheter (Björck-Åkesson et al, 1997; Heister Trygg, 2008; Stephenson et al, 2005). Under den första inspelningen var sjukgymnasten tyst för att kunna lyssna och känna in Anders gensvar vilka uppkom i form av plötslig anspänning i kroppen eller subtil ansiktsmimik. Heister Trygg (2008) påtalar också att samspellet med personer på tidig nivå ställer större krav på närvaro i samspelets partners kropp och att ha tålamod. Hon beskriver närvaro som bland annat att fokusera på situationen, själv delta i aktiviteten och vara på samma fysiska nivå, vilket har varit utmärkande för denna Sherbornebehandling. Samspelets partner behöver vidare ha tålamod att ta paus i aktiviteten och invänta svar från personen vilket var mer utmärkande i session 2 än 18 eftersom sjukgymnasten strävade efter att undvika reaktioner med självskadande beteende. Under session 18 är Anders gensvar mer tydliga och sjukgymnasten behöver inte ägna hela sin energi åt att lyssna in honom utan har kunnat införa verbala kommentarer. Verbalt ackompanjering kan följa rörelsen skriver Åstrand (2005). Hennes kommentarer om det som pågår här och nu stärker förståelsen av situationen och språkförmågan (Heister Trygg, 2008). Anders uttrycker sig framför allt kroppsligt som exempelvis genom att dra undan sina händer, dra upp sitt knä då han ligger ned. Sjukgymnasten uppfattar hans rörelser som viljemässiga och med ett avsiktligt budskap att hon ska sluta med det rörelseförslag hon introducerat. Anders använder rörelse för att styra interaktionen. I den tidiga kommunikationen brukar barnet ofta styra med leende, blickar och vokalisering (Heister Trygg, 2008; Wilder, 2008). Leende förekommer inte, men däremot kraftfullt ljudande som uttryck för avvisande under session 2 och ett belåtet skratt under session 18. Både hemmet och skolan rapporterar om ett ökat antal handlingssekvenser, gester och ljudande i syfte att få uppmärksamhet, protestera och att få någon att göra något, exempelvis att Anders tar tag i assistentens arm och drar honom till kylskåpet. Även Åstrand (1997, 2005) rapporterar om kommunikativ förmåga med ökad användning av ljud, tecken och ord i hemmiljön. Anders har också börjat säga ifrån genom att använda sin röst i stället för att slå sig själv. Fadern ger också exempel på att Anders börjar visa förmåga till delad uppmärksamhet då han för fadern till stereon och att han vänder sitt öra mot stereon och tittar sen på pappan. Delad uppmärksamhet uppkom även under session 18 då Anders ömsom tittade på sjukgymnastens händer och mot hennes ansikte. I rapporten från Konaka (2007b) framkommer också en ökad förmåga till ögonkontakt och delad uppmärksamhet efter Sherborne.

Under session 18 tar Anders eget initiativ till kontakt genom att sträcka fram sin hand mot sjukgymnasten vid fem tillfällen, varav hon uppfattar fyra. I kartläggningen innan Sherborne framkom att han tog kontakt med andra genom att lägga armen om personen, dra till sig den och "snooza" i håret. I intervjun med läraren efter Sherborne berättar hon att Anders suttit bredvid en jämnårig flicka och tagit kontakt med henne genom att hålla i hennes hand. Fadern berättar också att Anders valt att ta tag i den manlige assistentens hand då de skulle gå uppför en backe. Initiativ till kontakt med andra efter deltagande i Sherbornegrupp redovisas även av Althoff et al (2006) och efter individuell behandling (Åstrand, 1997).

Både i resultatet av Sherbornebehandlingen och i intervjuerna med lärare och förälder märks en ökning av Anders förmåga att rikta sin uppmärksamhet. En ökad uppmärksamhet och koncentrationsförmåga finns också dokumenterad i Sherbornebehandling av Åstrand (1997) och Konaka (2007b). I intervju med föräldern innan Sherborne berättar han om sonens nyvaknade intresse för ett par tavlor i ett av rummen. I avslutande intervjun upplever han att sonen visar mer nyfikenhet över sin omgivning. Han har börjat se saker som ligger på bordet och när de fikar på stan tittar han på rummets väggar och fönster. I resultatet av Sherbornebehandlingen syns också en förändring av Anders förmåga att rikta sin uppmärksamhet i jämförelse mellan session 2 och 18. Från att ha riktat sin uppmärksamhet främst mot sina egna händer och rummet under session 2, vänder han sig mer avsiktligt mot sjukgymnasten och riktar aktivt sin blick mot henne under session 18. Anders visar även intresse för sjukgymnastens händer. Han märker hennes beröring och riktar sin blick och visar på så sätt att han är intresserad av vad hon håller på med, de får ett gemensamt fokus. Denna förmåga framkom inte under session 2. Att kunna rikta sin uppmärksamhet och ha ett budskap är en förutsättning för att utveckla turtagning (Björck-Åkesson, 1992, 2002). En av svårigheterna vid autism är att kunna rikta sin uppmärksamhet mot andra (Gillberg, 1999). Anders har börjat rikta sig mot andra människor och kan således vara på väg att utveckla turtagning.

I resultatet redovisades all blick/ögonkontakt under kategorin *riktar sin uppmärksamhet* under benämningen riktar blicken mot ledare. I beskrivningarna till diagrammet framkommer dock att den kommunikativa ögonkontakten hade ökat i session 18. Både föräldern och sjukgymnasten uttrycker också i sina kommentarer att han söker kontakt med blicken och att han TITTAR. Ögonkontakt är egentligen inte viktig för att få till ett samspel, men däremot ger den en återkoppling som underlättar för det fortsatta samspelet (Heister Trygg, 1998). Även Friberg (1997), Konaka (2007b) och Åstrand (1997, 2005) rapporterar om ökad blickkontakt.

Anders har blivit mer "hemma" i sin kropp och fått en ökad rörelseförmåga. Det kan ha bidragit till att han började använda sin kropp för att ta initiativ. Granlund och Olsson (1987, 1988, 1993) har visat att en ökad rörlighet har en positiv påverkan på kommunikation för att signalera behov och social närhet. När de två barnen med funktionsnedsättning i Ferm's studie (2006) använde blisskarta hade de större möjlighet att styra samtalet och tala om sig själva, vad de ville och hur de kände sig. Hemma styr Anders kommunikationen oftare genom att ta initiativ med handlingssekvenser, gester och ljud. Tillgång till sätt att kommunicera på ökar initiativ och engagemang (Ferm, 2006; Granlund et al, 1988, Thunberg, 2008) vilket bidrar till erfarenheter av lyckade kommunikationstillfällen.

En sammanfattande bedömning av Anders kommunikativa utveckling enligt Granlund och Olssons kartläggningmaterial för kommunikativ avsikt, form och innehåll (1988) visar att han främst använder sig av den styrande funktionen (att få någon att göra något), men är på gång att utveckla den kontaktskapande (jag vill ha kontakt med dig). Hans kommunikativa form är för det mesta handlingssekvenser som fungerar som signaler för personerna i hans omgivning där de tolkar det kommunikativa innehållet. Om man utgår från Olssons (2006) mer specifika indelning i fyra nivåer av medveten avsikt kan han nu visa att han förstår orsak och verkan (med bollen) och att det går att påverka andra med handlingar och handlingssekvenser i syfte att uppnå något eller social samvaro (goal-intentional). Han har också kommit på att han kan använda sig av andra människor för att uppnå något, mean-intentional. Hans ökade intresse för människor i sin närhet och en begynnande förmåga till delad uppmärksamhet kan tyda på ett förstadium till den fjärde nivån, partner-intentional.

Föräldern uttrycker att han i Anders kropp märker en ökad styrka, stabilitet och balans och att han har "fått igång sin högra sida". Detta bekräftas av sjukgymnasten i hennes kommentarer om att Anders sitter mer i mittlinjen och om en ökad bålstabilitet och hon tolkar det som en följd av ökad kroppsmedvetenhet. Vårt val av rörelser som innehöll gungningar, vibrationer och tempoväxlingar får också stöd av sjukgymnast Bader Johansson (1991). I sin bok "Grundmotorik" skriver hon att externa stimuli som vibration, tryck och beröring och motstånd kan ge personer i behov av rehabilitering nödvändig information om kroppsdelarnas position i förhållande till varandra och till rummet. Hon antar att detta kan leda till att den inre kroppsbilden byggs upp på nytt, vilken är en förutsättning för välkoordinerade rörelser. Hon förordar upprepning i kombination med taktila stimuli.

Även Anders beröringskänslighet minskade under Sherborneperioden. Han blev mer tillåtande för beröring av båda sina händer, särskilt den högra. Med vänster hand gjorde han också pekgest. Konaka (2007b) skriver att eleverna i hans studie accepterade nära kontakt och beröring eftersom det i Sherbornemetodiken ingår i ett tydligt sammanhang. Både i hemmet och i skolan lade man också märke till en ökad aktivitet i hans händer. Han började till exempel att flytta bollen från sin ena hand till den andra, något han inte hade gjort förut. Föräldern upplever också att Anders börjat bli mer medveten om sig själv och sin omvärld, vilket också framkommer i flera studier av Sherborne (Bogdanowicz 2007; Filer, 2006; Konaka 2007b; Åstrand, 1997).

6.2 Diskussion om metod och genomförande

I forskningsrapporter rörande intervention med personer som har funktionsnedsättning används ofta fallstudier (Björck-Åkesson, 1992; Olsson, 2005; Thunberg, 2007; Wilder, 2008) och så även i denna studie. Validiteten i resultaten hade ökat om flera personer ingått i fallstudien men det fanns varken resurser i tid eller personal att genomföra denna intervention med ytterligare personer. Någon kontrollgrupp var inte heller aktuell då det inte är etiskt försvarbart inom hälso- och sjukvården. Denna studie kan ses som en pilotstudie med fokus på kommunikation och samspel på tidig nivå med Sherbornemetodik. För att kunna visa på förändringar av förmåga till kommunikation och samspel valdes en pre-experimentell design innehållande behandling och bedömning. Det blev en "one-shot"-fallstudie eftersom en baseline omfattande tre behandlingar, som är det gängse upplägget, inte kunde genomföras, då det i det initiala skedet saknades bedömningsinstrument för att bedöma kommunikation och samspel i den aktuella situationen. Föräldern kunde heller inte säkert avgöra sonens dagsform. Efter att samspelsanalysen utformats, se bilaga 7, kunde i observation av videoinspelningar från Sherborneperioden konstateras att Anders prestation i session nr 2 respektive nr 18 låg i paritet med hans kapacitet i de närliggande inspelningarna samt att man tydligt såg en förändring av hans förmåga från inspelning nr 2 till nr 18. Det kvantitativa upplägget med mätbara resultat gav tydlig visuell information för att se förändring av kommunikations- och samspelsförmåga. En kvalitativ beskrivning skulle inte ha givit samma tydlighet. Beskrivningarna som åtföljt diagrammen har däremot varit nödvändiga för att ge en förståelse av den process och utforskande som är utmärkande för Sherbornemetodik med personer på tidig nivå eller med autism. Den pre-experimentella pretest-posttest-designen kompletterade behovet av kartläggning av deltagaren. Quills frågeformulär (bilaga 4) visade sig lämpligt att använda trots att det var avsett för förskolebarn med autism.

Eftersom det var tänkt att jag skulle skriva denna uppsats blev min roll en icke-deltagande observatör under Sherbornebehandlingarna. Rollen som icke-deltagande observatör gjorde det möjligt för mig att följa samspelen under behandlingarna. Det kan vara problematiskt att observera arbetskamrater i forskningssyfte men i detta fall hade vi en lång erfarenhet av gott samarbete som gjorde att den risken minskade. Sjukgymnasten var trygg i sin roll som sjukgymnast och hade mycket god kunskap om sherbornemetodiken. Det skulle kunna ha

varit problematiskt för sjukgymnasten att bli utsatt för observation och påverkat hennes samspel med Anders. Men jag har ändå inverkat på resultatet eftersom jag vid varje Sherbornetillfälle deltog aktivt i samtalet med assistent och sjukgymnast och efter varje Sherbornebehandling reflekterade tillsammans med sjukgymnasten. Mina reflektioner har påverkat både valet av rörelser i Sherbornepassen och sjukgymnastens bemötande. Valet av sjukgymnasten som samspelepartner har säkerligen bidragit till det goda resultatet. Sjukgymnasten har lång erfarenhet av Sherbornemetodik, kunskaper om rörelsehinder och kompetens inom autism och tidig utvecklingsnivå och deras konsekvenser. Valet av profession som samspelepartner inverkar utan tvivel på resultatet. En logoped skulle kunna ha givit ett annat bemötande utifrån sina kunskaper om kommunikation och språk och till exempel infört inslag inriktade på turtagning i rörelserna eller tidigare under behandlingsperioden infört att verbalt kommentera det som hände, men då skulle det kanske inte alls ha blivit samma förändring och utveckling.

Under behandlingsperioden kom Anders varannan vecka med undantag för semestrar och annan ledighet. Min förhoppning var att han skulle få Sherborne varje vecka, men faderns önskemål om att fortsätta med bad i simhall för sonen varannan vecka behövde beaktas. Det är viktigt att våra insatser anpassas till familjens önskemål (Gallimor, Coots, Weisner, Garnier & Guthrie, 1996; Granlund & Olsson, 1998). Trots att Anders fick Sherbornebehandling varannan vecka kan konstateras att behandlingen ändå har inneburit en förändring av rörelseförmåga samt kommunikation och samspel. För rörelseförmågan kan badet också ha bidragit till en positiv effekt.

Videoinspelningarna har varit en förutsättning för genomförandet av studien. Under behandlingsperioden gav videoinspelningarna oss en möjlighet till reflektion över samspelet vilket också är ett beprövat sätt i Marte Meo- och Hanenmetoderna (Heister Trygg, 2008). Både Heister Trygg (2008) och Wilder (2008) påtalar att observation av videoinspelningar ger en möjlighet att upptäcka responser eller initiativ hos personer på tidig utvecklingsnivå även då de sker med latens.

I genomgången av rapporter där kommunikation och samspel undersökts hittades tyvärr inget bedömningsinstrument som kunde användas för att bedöma samspel i detalj för personer på tidig nivå med autism och som fokuserade på den tidiga kommunikativa utvecklingen. Det var en lång och tidskrävande process att komma underfund med vilka observationskategorier som var utmärkande för kommunikation och samspel på tidig nivå i Sherborne. Processen har bestått av detaljerad beskrivning av skeendet i videoinspelningarna i var sitt observationsprotokoll, försök till att beskriva mönster i ett analysprotokoll till en utformning av en samspelsskala (se bilaga 7). I redovisningen av resultatet användes därefter samspelsskalans observationskategorier. Transkriberingen av videoinspelningarna nr 2 och 18 var ett mycket tidskonsumerande arbete omfattande två videofilmer på cirka 20 min, men samtidigt nödvändigt för att förstå vad som hände i samspelet. På videofilmerna var det ibland svårt att avgöra vilket gensvar som mannen gav på de rörelseförslag som sjukgymnasten erbjöd, vilket medförde behov av kompletterande information från både sjukgymnasten och föräldern. Deras kommentarer när de såg videofilmerna har hjälpt mig i att göra en mer säker bedömning av Anders gensvar/reaktioner. Det som var svårast att bedöma i efterhand på videoinspelningarna var blickkontakten, att bedöma om blicken bara råkade falla på sjukgymnasten eller om det var en aktiv handling i syfte att få ögonkontakt. Kvaliteten på blickkontakt är lättare att avgöra om man själv är subjekt för kontakten.

Arbetet med denna studie har givit mig värdefull kunskap om vad som är utmärkande för samspel med en person på tidigt nivå och med autism och hur samspelet kan utvecklas med dessa personer. Med hjälp av analyschemat som utformades kunde en systematisk

bedömning av effekterna av Sherbornebehandlingen göras. I denna studie har samspelsskalan använts för en utvärdering av Sherbornebehandlingen som helhet. Det kan även användas för att bedöma gensvar och kommunikation för ett rörelseförslag i taget.

6.3 Överföring av Sherbornemetodik till hem och skola

Efter drygt ett halvår när sjukgymnasten och jag blivit mer säkra på att Sherborne var en bra metodik för Anders föreslog vi införande av Sherbornerörelser i hemmet. Assistenterna utförde olika Sherbornerörelser i hemmet under handledning av sjukgymnast och logoped varannan vecka under Sherbornepasset. Petterson (2001) skriver att det är viktigt för professionella att vara övertygade om att interventionen är möjlig att genomföra med personal och anhöriga. Om det krävs för mycket omändringar av dagliga rutiner riskerar insatserna att falla (Gallimor et al, 1996). En utbildning i Sherborne behövs för att kunna utöva metodiken. Efter ett år (januari 2007) deltog personal från skolan samt två av assistenterna i hemmet i en Sherbornekurs som hölls av sjukgymnasten och mig på habiliteringen. I skolan gjordes därefter Sherborneövningar i mån av tid. I hemmet fortsatte assistenterna under handledning av sjukgymnast och mig.

Vi valde att avsluta studien efter det artonde behandlingstillfället då sjukgymnasten inte hade möjlighet att delta längre. Rapporter om Sherborne har visat på tydligare effekt av Sherbornebehandlingen om det är samma vuxen som deltar i samspelet (Konaka, 2007b; Åstrand 2005). Besöken glesades ut och mannen kom till habiliteringen ytterligare åtta tillfällen för Sherbornebehandling med en annan sjukgymnast och mig. Därefter har Sherborneintervention helt övergått i konsultativa insatser för personal och assistenter.

6.4 Validitet och reliabilitet

Det är inte möjligt att påstå att utvecklingen av Anders kommunikation och samspelsförmåga endast beror på Sherbornebehandlingen. Creswell (1998) påtalar att de yttre betingelserna bör hållas konstanta för att få jämförelsebara data i en undersökning. Det är så gott som omöjligt att uppnå i en studie som denna då den spänner över en lång tidsperiod. För att kunna se effekter är det samtidigt viktigt med en längre tidsperiod. Granlund och Wilder (2008) menar att det är viktigt att studera samspel rörande familjer över tid, men påtalar samtidigt svårigheterna att dra slutsatser av resultatet eftersom hänsyn behöver tas till flera faktorer och hur dessa påverkar varandra. Effekten på resultatet av att individen mognar kan dock anses minska eftersom Anders var arton år när studien inleddes.

Att bli ombedd att delta i en undersökning med särskild behandlingsmetod under en förhållandevis lång interventionstid och bidra till uppsats kan göra att berörda blir mer positivt inställda och även uttrycker sig mer positivt i intervjuer, vilket kan påverka resultatet. Samtidigt kan detta ha haft en positiv effekt i föräldrarnas, assistenters och skolpersonalens relation med Anders. De fick möjlighet att prata med personer som är professionellt intresserade av Anders och tillsammans med dem reflektera över hans förmåga och vardagsfungerande i större omfattning än vad som annars skulle vara möjligt. Eftersom det saknas kontrollgrupp är det inte möjligt att hävda att skillnader i resultaten enbart beror på den experimentella effekten och inte helt enkelt är en effekt av den ökade uppmärksamheten (Patel et al, 1998).

Det föreligger en svårighet att dokumentera det egna praktiska arbetet på ett objektivt sätt; en risk att bli "hemmablind". Mina tidigare erfarenheter av goda effekter av Sherbornemetodik för personer med funktionsnedsättningar och min vilja att sprida metodiken så att andra kan få del av den kan ha påverkat mig att göra mer positiva tolkningar av samspelet i videoinspelningarna än i realiteten. Ett sätt att förhindra detta var att låta en logopedkollega kontrollera de båda observations- och analysprotokollen gentemot videoinspelningarna.

Logopedkollegan arbetade inom rehabiliteringen och var väl förtrogen med kommunikations- och samspelsproblematik men inte insatt i Sherbornemetodik.

En fallstudie behöver starkt verifieras. Eftersom denna studie även pågick under en lång tid var det nödvändigt att på olika sätt försöka öka tillförlitligheten av de resultat som framkom i behandlingen. Stake (i Creswell, 1997) föreslår en triangulering av informationen. Information från flera källor kan förhoppningsvis öka objektivitet och trovärdigheten i resultatet. I syfte att öka tillförlitligheten i att observationerna av videofilm nr 2 och 18 visade Anders "normala" dagsform observerade jag övriga videofilmer under Sherborneperioden. I min studie inhämtade jag kunskap från både sjukgymnasten och föräldern för att bedöma kommunikation och samspelsförmågan i Sherbornebehandlingen. Denna bedömning jämfördes därefter med utvecklingen av kommunikation och samspel i hemmet och på skolan. Olika perspektiv har tagits tillvara (sjukgymnast, lärare, förälder, logoped) för att stärka resultatet.

Eftersom denna studie omfattar *ett* fall med djup beskrivning kan inga anspråk göras på att vara generaliserbart (Mertens, 1998). Det överläts till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart till andra individer med liknande funktionsnedsättningar. Om resultatet är stabilt över tid, "dependability" (Guba & Lincoln i Mertens, 1998) kan endast avgöras i en uppföljande studie.

6.5 Förslag på fortsatt forskning

Det finns ett stort behov av forskning om personer som fungerar på tidig utvecklingsnivå och/eller med autism. Min förhoppning är att denna uppsats kan inspirera andra till att undersöka kommunikation och samspel med ungdomar och vuxna på tidig utvecklingsnivå och/eller med autism. Det behövs fler fallbeskrivningar rörande kommunikation och samspel. Fler studier rörande Sherbornemetodik i både individuell behandling och gruppverksamhet behövs. Det vore också intressant att närmare studera samspeletpartnerens anpassning av sitt bemötande i samspel – vad som påverkar Sherborneledaren och dennes egna reflektioner över samspelet. Uppföljningar av studier behöver göras för att visa på effekter av Sherborne på längre sikt. Samspelsskalan som utarbetats i denna studie, "Brandquist & Althoffs samspelsskala: Analys av samspel med personer på tidig nivå- Sherborne", behöver användas, valideras och säkerligen revideras.

REFERENSER

- Abrahamsen, G. (1999). *Det nödvändiga samspelet*. Lund: Studentlitteratur.
- Abrahamsson, L. (2008). *Perception hos personer med Aspergers syndrom*. Föredrag presenterat vid föreläsning arrangerad av Lappvärket AB 2008-09-10, Stockholm.
- Andersson, T. (2008). *Perception hos personer med Aspergers syndrom*. Föredrag presenterat vid föreläsning arrangerad av Lappvärket AB 2008-09-10, Stockholm.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Althoff, B. (2000). *Samspelskala*. Kompendium till Sherbornekurs, nivå 1, 2000-08-24.
- Althoff, B. (2007). Sherborne developmental movement in Sweden 2. When the body becomes music. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp 146-155). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Althoff, B., & Brandquist, I. (2006). Känsla, kroppsspråk och kommunikation – Gruppverksamhet med unga vuxna. Projekt om ömsesidigt lärande. *In touch*. Kontakt och kommunikation. Nyheter från Sherborneföreningen våren 2006, nr 17, 2-3.
- Aspeflo, U. (2001). *Bedömning av sociala och kommunikativa färdigheter för barn med autism*. Översättning av "Assessment of Social and Communication Skills for Children with Autism. Ur Quill, K. A. (2000). *Do-Watch-Listen-Say: Social and Communication Intervention for Children With Autism*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Pub.
- Backlund, B. (1991). *Inte bara ord - En bok om talad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bader-Johansson, C. (1991). *Grundmotorik. Om inre och yttre rörelse i människans motorik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bakk, A., & Grunewald, K. (2004). *Omsorgsboken – en bok om människor med begåvningsmässiga funktionshinder*. Stockholm: Liber.
- Bergström, A., & Althoff, B. (1994). *Sherbourne. Ett projekt i sinnesstimulering och kommunikation*. Dokumentation från stipendiater i FoU Västmanland. Hämtas: www.fouvastmanland.se
- Björck-Åkesson, E. (1992). *Samspel mellan små barn med rörelsehinder och talhandikapp och deras föräldrar – longitudinell studie*. Göteborg studies in educational sciences 90. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Björck-Åkesson, E. (2002). *Att ge och ta emot*. Göteborg: Specialpedagogiska institutet.
- Björck-Åkesson, E., Brodin, J., & Fälth, I-B. (1997). *Åtgärder – Samspel - Kommunikation. En modell för tidig familjeorienterad intervention*. Jönköping: WRP International.

- Blackstone, S. W., & Hunt Berg, M. (2007). *Socialt nätverk. Karlläggning av kommunikationen mellan individer med komplexa kommunikativa behov och deras kommunikationspartners. Manual*. Härnösand: Specialpedagogiska institutet. Hämtas: <http://www.sit.se/net/Specialpedagogik/Om+oss/Publikationer>
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Bogdanowicz, M. (2007). Sherborne developmental movement in Poland. A series of studies under the supervision of professor Marta Bogdanowicz. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp 125-132). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Bondy, A., & Frost, L. (2002). *A picture's worth. PECS and Other Visual communication Strategies in Autism*. Bethesda, Maryland: Woodbine House.
- Brodin, J. (1991). *Att tolka barns signaler. Gravt utvecklingsstörda flerhandikappade barns lek och kommunikation*. Stockholm: Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Brodin, J., & Thurfell, F. (1995). *Bedömning av kommunikativ förmåga hos personer med utvecklingsstörning. TeleCommunity*. (Forskningsrapport nr 12. Teknik, Kommunikation, Handikapp). Stockholm: Lärarhögskolan, Institutionen för specialpedagogik.
- Brown, J. K., & O'Regan, M. E. (2001). The neurology of speech and language disorders in children. Part 1: Disorders of comprehension and inner language. In H. Cockerill & L. Carroll-Few (Eds.) *Communicating without Speech. Practical Augmentative & Alternative Communication* (pp 1-32). Cambridge: University Press.
- Bruce, B., & Thernlund, G. (2008). Språkstörning vid neuropsykiatriska funktionshinder. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B Hammarberg (Red.) *Logopedi* (s. 165-174). Lund: Studentlitteratur.
- Brumark, Å. (1989). *Blindness and the Context of Language Acquisition*. MINS31. Stockholm: Institutionen för nordiska språk.
- Carpenter, B. (2007). Moving forward. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp. 157-164). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dahl, K. V. (2005). Laban, Jordan og Sherborne de betydde mye for meg. *In touch*. Kontakt och kommunikation. Nyheter från Sherborneforeningen våren 2005, 17, 4-6.
- Dent, T., & Fouts, G. (2002). Play contexts and assessing senses of self in children with Down syndrome. *International Journal of Practical Approaches to Disability*, 25(2), 21-27.
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999) *Forskning - introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

- Dibbo, J. (2007). Developing understanding. Sherborne developmental movement, gymnastics and mainstream school teaching. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp. 107-122). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Dunst, C. J. (1978). A cognitive-social approach for assessment of early nonverbal communicative behavior. *Journal of Childhood Communication Disorders*. 2, 110-123.
- Dunst, C. J., Trivette, S. M., & Jodry, W. (1997). Effectiveness of early intervention. Influence of social support on children with disabilities. In M. J. Guralnick (Ed.) *Effectiveness of Early Intervention* (pp. 499-522). Baltimore, Md: Paul H Brookes Publishing Co.
- Eikeseth, S., & Jahr, E. (2007). Autism. I S. Eikeseth & F. Svardal (Red.) *Tillämpad beteendeanalys* (s. 267-288). Lund: Studentlitteratur.
- Fhanér, S. (1987). Bilder av människan. Skinner, Rogers och Freud – tre portalfigurer inom psykologin. Lund: Natur och Kultur.
- Ferm, U. (2006). *Using language in social activities at home. A study of interaction between caregivers and children with and without disabilities*. Gothenburg monographs in linguistics 31. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori.
- Filer, J. (2006). SDM and its role in family therapy. In C. Hill (Ed.). *Communicating through movement. Sherborne Developmental Movement – towards a broadening perspective* (pp. 52-61). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Filer, J. (2007). Bonding through developmental movement play. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp. 69-88). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Friberg, S. (1999). *En elevs utveckling med hjälp av Sherborne-metodik*. (B-uppsats 5 p) Stockholm: Lärarhögskolan, Institutionen för specialpedagogik.
- Frith, U. (1989). Autism and "Theory of Mind". In C. Gillberg (Ed.) *Diagnosis and Treatment of Autism* (pp. 33-52). New York: Plenum Press.
Hämtas:http://www.icn.ucl.ac.uk/dev_group/ufriith/documents/Frith,%20Autism%20and%20Theory%20of%20Mind%20copy.pdf
- Frost, L., & Bondy, A. (2002). *The picture Exchange Communication System*. Second Edition. Training Manual. Newark, DE: Pyramid Educational products. Översättning kap 1-10 av Ulrika Aspeflo, RFA Utbildningscenter Autism.
- Gallimor, R., Coots, J., Weisner, T., Garnier, H., & Guthrie, D. (1996). Family responses to children with developmental delays II: accommodation intensity and activity in early and middle childhood. *American Journal of Mental Retardation* 101, 215-232.
- Gillberg, C. (1999). *Autism och autismliknande tillstånd hos barn, ungdomar och vuxna*. Tredje rev upplagan. Stockholm: Natur och kultur.

- Gillberg, C., & Peeters, T. (2001). *Autism: Medicinska och pedagogiska aspekter*. Stockholm: Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Granlund, M., & Olsson, C. (1987). *Talspråksalternativ kommunikation och begåvningshandikapp*. Stockholm: Stiftelsen ala.
- Granlund, M., & Olsson, C. (1988). *Kommunicera Mera – ett kursmaterial*. Stockholm: Stiftelsen ala.
- Granlund, M., & Olsson, C. (1993). Investigating communicative functions in profoundly retarded persons: A comparison of two methods of obtaining information about communicative behaviors. *Mental Handicap Research*, 6, 50-68
- Granlund, M., & Olsson, C. (1998). *Familjen och habiliteringen*. Stockholm: Stiftelsen ala.
- Granlund, M., & Wilder, J. (2006). Studying interaction between children who do not use symbols in interaction and their parents within the family system – methodological challenges. *Disability and Rehabilitation*, 28(3), 175-182.
- Guess, D., & Sailor, W. (1993). Chaos theory and the study of human behavior: Implications for special education and developmental disabilities. *Journal of Special Education*, 27, 16-34.
- Göransson, K. (1982). *Hur förståelsen av verkligheten utvecklas*. Best nr 2302 1982. Stockholm: Stiftelsen ala/Handikappinstitutet.
- Göransson, K. (1995). *De liknade varandra men inte mer än andra. Begåvningshandikapp och interpersonellt samspel*. Stockholm: HLS förlag.
- Heimann, M., Laberg, K. E., & Nordoen, B. (2006). Imitative Interaction Increases Social Interest and Elicited Imitation in Non-verbal Children with Autism. *Infant and Child Development*, 15, 297-309. Hämtas: <https://polopoly.liu.se/content/1/c6/06/30/86/8%20Heimann%20Laberg%20Nord%C3%B8en.pdf>
- Heister Trygg, B. (2008). *Tidig AKK. Stöd för stora och små*. Best nr SÖK 6/2008. Malmö: SÖK (Södra Regionens Kommunikationscentrum).
- Heister Trygg, B., Andersson, I., Hardenstedt, L., & Sigurd Pilesjö, M. (1998). *Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik*. Stockholm: Handikappinstitutet.
- Hill, C. (2006). *Communicating through movement. Sherborne Developmental Movement – towards a broadening perspective*. Stourbridge: Sunfield Publications.
- Holst, A. (1979). *Veronica Sherborne i Umeå*. Umeå: RPH-Sär.
- Håkansson, G., & Håkansson, G. (2007). Grammatisk utveckling. I Nettelblatt, U. & Salameh, E-K. (Red.) *Språkutveckling och språkstörning hos barn. Del 1* (s. 135-169). Lund: Studentlitteratur.

- Internationella Sherborneföreningen: www.Sherbornemovement.org
- Johansson, I. (1988). *Språkutveckling hos handikappade barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, I. (1990). *Kommunikationsbegreppet*. VAT-gruppen. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för lingvistik, avd för fonetik.
- Johansson, I. (2006). Ta med kroppen i lärandet. *In touch*. Kontakt och kommunikation . Nyheter från Sherborneföreningen våren 2006, nr 17, 3-6.
- Johansson, I. (2007). *En annorlunda barndom*. Stockholm: Forum.
- Kaufman, B. N. (1994). *Son Rise – the miracle continues*. Tiburon, CA: H J Kramer Inc.
- Klinta, C. (1998). *Självföreläsa, kommunikation, rörelseglädje genom Sherborneövningar*. Solna: Ekelunds förlag.
- Konaka, J. (2007a). Autism, Engagement and Sherborne Developmental Movement. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp. 19-30). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Konaka, J. (2007b). Developing social engagement through movement. An adapted teaching approach for children with ASD. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp. 31-51). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Kylén, G. (1981). *Begåvning och begåvningshandikapp*. Stockholm: Stiftelsen Ala.
- Kroksmark, T. (2003). *Den tidlösa pedagogiken*. Lund: Studentlitteratur
- Lagerheim, B. (2007). *Autismspektrum i kombination med andra funktionshinder*. Hämtas: http://www.autismforum.se/gn/export/download/af_pdf_foredrag/Autismforum_Autismspektrum_i_kombination_med_andra_funktionshinder_ahorarkopior.pdf
- Lassila, K., & Uusitalo, M. (2007). Sherborne Developmental Movement in Finland. Making learning possible for everyone. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp 133-139). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication, vol.5*, 137-144.
- Loots, G., & Malschaert, E. (1999). The use in Belgium of the developmental movement according to the work of Veronica Sherborne: a developmental psychology view. *European Journal of Special Needs Education, Vol 14, No 3*, 210-230.
- Lovaas, O. I. (1988). *Opplæring av utvikningshemmede barn "meg-boka"*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Marsden, E. (2007). What is ISCO and what does it do? *In touch*. Sherborne Association Journal, Spring 2007, Volume 1, 13-15.

- Marsden, E., Hare, M., & Weston, C. (2007). Improving the movement Vocabulary and social development of children in the early years. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp 52-68). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Marsden, E., & Sparks, J. (2007). Understanding the philosophical basis of Veronica Sherborne's approach to movement. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp 7-18). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Mesibov, G., Shea, V., & Schopler, E. (2007). *TEACCH vid autismspektrumstörning hos barn och vuxna*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Mertens, D. (1998). *Research methods in education and psychology*. London: Sage Publications Ltd
- Moberg, I. (1984). *Veronica Sherborne i Kristianstad: en presentation av ett rörelseprogram*. Högskolan Kristianstad: Pedagogisk metodisk utveckling, 82.
- Nettelbladt, U. (2007a). Fonologisk utveckling. I U. Nettelbladt, & E-K. Salameh (Red.) *Språkutveckling och språkstörning hos barn. Del 1* (s. 57-94). Lund: Studentlitteratur.
- Nettelbladt, U. (2007b). Lexikal utveckling. I U. Nettelbladt, & E-K. Salameh (Red.) *Språkutveckling och språkstörning hos barn. Del 1* (s. 199-230). Lund: Studentlitteratur.
- Nettelbladt, U., Håkansson, G., & Salameh, E-K. (2007). Specifik intervention av fonologi, grammatik och lexikon. I U. Nettelbladt, & E-K. Salameh (Red.) *Språkutveckling och språkstörning hos barn. Del 1* (s. 13-33). Lund: Studentlitteratur.
- Nettelbladt, U., & Salameh, E-K. (2007). Språkstörning hos barn. I U. Nettelbladt, & E-K. Salameh (Red.) *Språkutveckling och språkstörning hos barn. Del 1* (s. 13-33). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, B., & Waldemarsson, A-K. (1994). *Kommunikation. Samspel mellan människor*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, C. (2004). Dyadic interaction with a child with multiple disabilities: A system theory perspective on communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 20, 288-242
- Olsson, C. (2005). The Use of Communicative Functions among pre-school children with multiple disabilities in two different setting conditions: Group versus individual patterns. *Augmentative and Alternative Communication. Vol 21 (1)*, 3-18.
- Olsson, C. (2006). *The kaleidoscope of communication*. Stockholm: HLS Förlag
- Olsson, C., & Granlund, M. (1988). *Kommunicera mera*. Stockholm: Stiftelsen ALA
- Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Pettersson, B-M. (2001). "Hur kommunicerar vi med varandra?". *Ett samverkansmaterial för föräldrar till barn med funktionshinder och särskolans personal för att stödja barnets kommunikation*. Stockholm: Stiftelsen ala.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2006). "Mirrors in the mind". *Scientific American Magazine*, November 2006, 63-69.
- RFA, Riksföreningen för Autism: www.autism.se
- Sarriá, E., Gómez, J. K., & Tamarit, J. (1996). Joint attention and alternative language intervention in autism. Implication of theory for practice. In S. von Tetzchner & M. Hygum Jensen (Eds.) *Augmentative and Alternative Communication. European perspectives*. (Chap 3). London: Whurr Publishers Ltd.
- Schonkoff, J., & Philips, D. (2000). *From neurons to neighbourhoods*. The science of early childhood development. Introduction (pp 19-38). Washington DC: National Academy Press.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Lansing, M. (1993). *Lära barn med autism: Strategier för föräldrar och professionella*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sherborne, V. (1990). *Developmental Movement for children*. London: Worth Publishing Ltd.
- Socialstyrelsen. (2009-05-09). *Habiliteringsplan*. Hämtas: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2001/2538/2001-123-29.htm>
- Sonnby-Bergström, M. (2002). Automatic mimicry reactions as related to differences in emotional empathy. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, (1158-1173).
- Sontag, S. (1996). Toward a comprehensive theoretical framework for disability research: Bronfenbrenner revisited. *Journal of Special Education* 30, 319-344.
- Stephenson, J., & Dowrick, M. (2005). Parents' perspectives on the communication skills of their children with severe disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 30 (2), 75-85.
- Stern, D, N. (1991). *Ett litet barns dagbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Strömqvist, S. (2008). Barns språkutveckling. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B Hammarberg (Red.) *Logopedi* (s. 69-83). Lund: Studentlitteratur.
- Svenska Sherborneföreningen för Relation Play (SSRP): www.svenskasherborneforeningen.com
- Söderbergh, R. (1979). *Barnets tidiga språkutveckling*. Lund: Liber
- Thunberg, G. (2007). *Using speech-generating devices at home*. A study of children with autism spectrum disorders at different stages of communication development. Gothenburg monographs in linguistics 34. Göteborg: Göteborgs universitet. Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori.

- Vetenskapsrådet. (2009-05-09). *Vetenskapsrådets forskningsetiska principer*. Hämtas: <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>
- Wachs, T. (2000). *Necessary but not sufficient: The problem of variability in individual outcomes*. Washington DC: American Psychology Association.
- Weston, C. (2007). Quality Physical Education in the Early Years: The influence of Sherborne Movement on Teacher Approach. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp. 89-106). Stourbridge: Sunfield Publications
- Wilder, J. (2008). *Proximal processes of children with profound multiple disabilities*. Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska institutionen. Hämtas: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-8140>
- Wilder, J., & Granlund, M. (2003). Behaviour style and interaction between seven children with multiple disabilities and their caregivers. *Child Care Health and Development*, 29(6), 559-567.
- Williams, J. H. G., Whiten, A., & Singh, T. (2004). A Systematic Review of Action Imitation in Autistic Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 34, (No 3), 285-299.
- Winlund, G., & Rosenström Bennhagen, S. (2004). *Se mig! Hör mig! Förstå mig!* Stockholm: Stiftelsen Ala
- Vygotsky, N. (1986). *Thought and language*. London: The Massachusetts Institute of Technology.
- Åstrand, B. (1990). *De sköra barnen: om barndompsykos och specialpedagogik*. Örebro: SIL.
- Åstrand, B. (1997). *Ett steg i sänder*. Umeå: SIH läromedel.
- Åstrand, B. (2005). *Relation Play vid autismspektrumstörning*. (Magisteruppsats i pedagogik nr 47, 2005. ISSN 1404-9023). Stockholm: Lärarhögskolan Stockholm, Institutionen för individ, omvärld och lärande. Hämtas: <http://www.lhs.se/iol/publikationer>.
- Åstrand, B. (2007). Sherborne developmental movement in Sweden 1. Adapted relationship play and children on the autistic spectrum. In E. Marsden & J. Egerton (Eds.) *Moving with Research. Evidence-Based practice in Sherborne Developmental Movement* (pp 140-145). Stourbridge: Sunfield Publications.
- Personlig kommunikation
 Althoff, B. (2005-07-14)
 Althoff, B. (2009-06-16)

FIGUR- OCH TABELLRUBRIKER

| | |
|---|--------|
| <i>Figur 1.</i> Movement qualities | sid 16 |
| <i>Figur 2.</i> Stapeldiagram. Samspelsrelation | sid 40 |
| <i>Figur 3.</i> Stapeldiagram. Avvisar med självskadande beteende | sid 41 |
| <i>Figur 4.</i> Stapeldiagram. Riktat sin uppmärksamhet | sid 42 |
| <i>Figur 5.</i> Stapeldiagram. Tar initiativ till samspel | sid 43 |
| | |
| Tabell 1. Sammanställning av genomförandes av studien | sid 27 |
| Tabell 2. Utdrag ur observationsprotokoll av video nr 2 | sid 33 |
| Tabell 3. Utdrag ur analysprotokoll av video nr 2 | sid 34 |
| Tabell 4. Utdrag ur analysprotokoll video nr 18 | sid 35 |
| Tabell 5. Ledarens bemötande | sid 44 |

BILAGOR

Bilaga 1. Från kroppsmedvetenhet till tillit

Bilaga 2. Exempel på Sherborneövningar

Bilaga 3. Movement Analysis

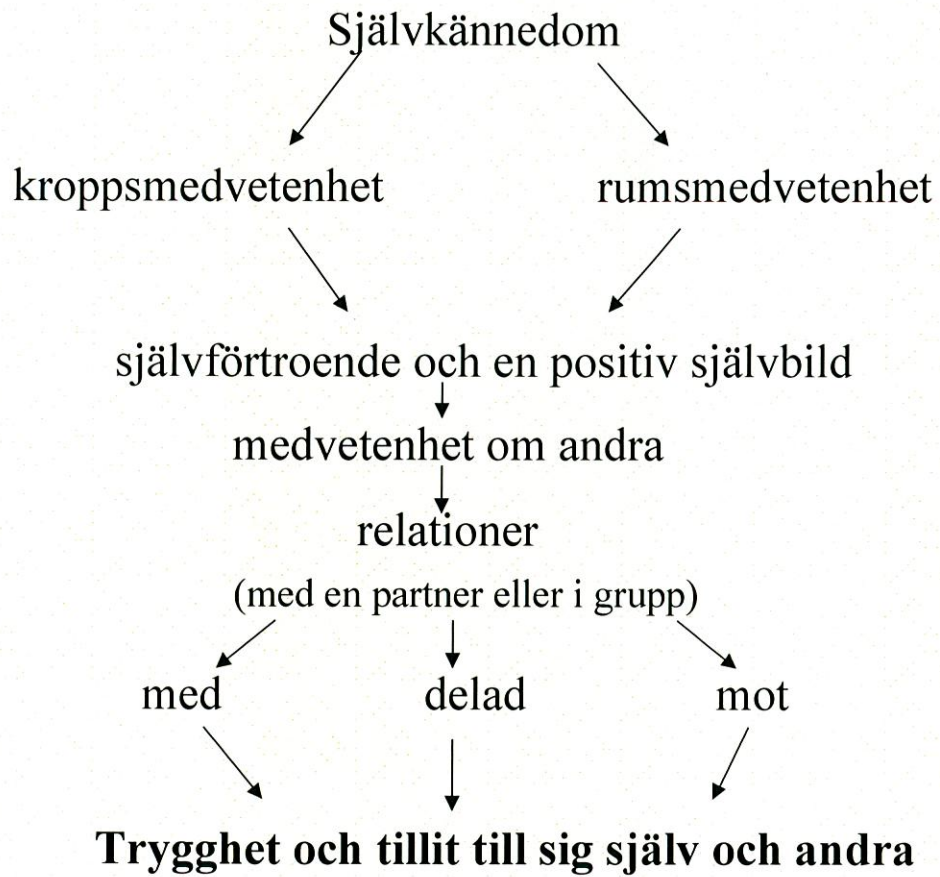
Bilaga 4. Bedömning av sociala och kommunikativa färdigheter för barn med autism.

Bilaga 5. Hills samspelsskala

Bilaga 6. Utdrag ur observations- och analysprotokoll

Bilaga 7. Brandquists och Althoffs SAMSPELSSKALA. Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå - Sherborne.

Bilaga 8. Anhållan om foto- och filmtillstånd.



(Klinta, 1998)

Bilder med sherborneövningar

Exempel på

”medövning”: En person tas om hand i containing

(bild hämtad:http://www.ljusetsskola.net/min_hemsida/tomas_texter/bilderelefanten/2a.jpg)



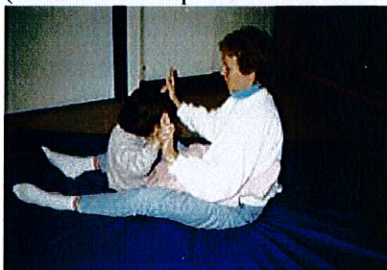
”delad övning”: sitta rygg mot rygg- beröring utan ögonkontakt

(bild hämtad: <http://www.sherborne-association.org.uk/>)



”delad övning”: sittande – turtagning, ögonkontakt

(bild hämtad: <http://www.kristinaskolan.com/>)

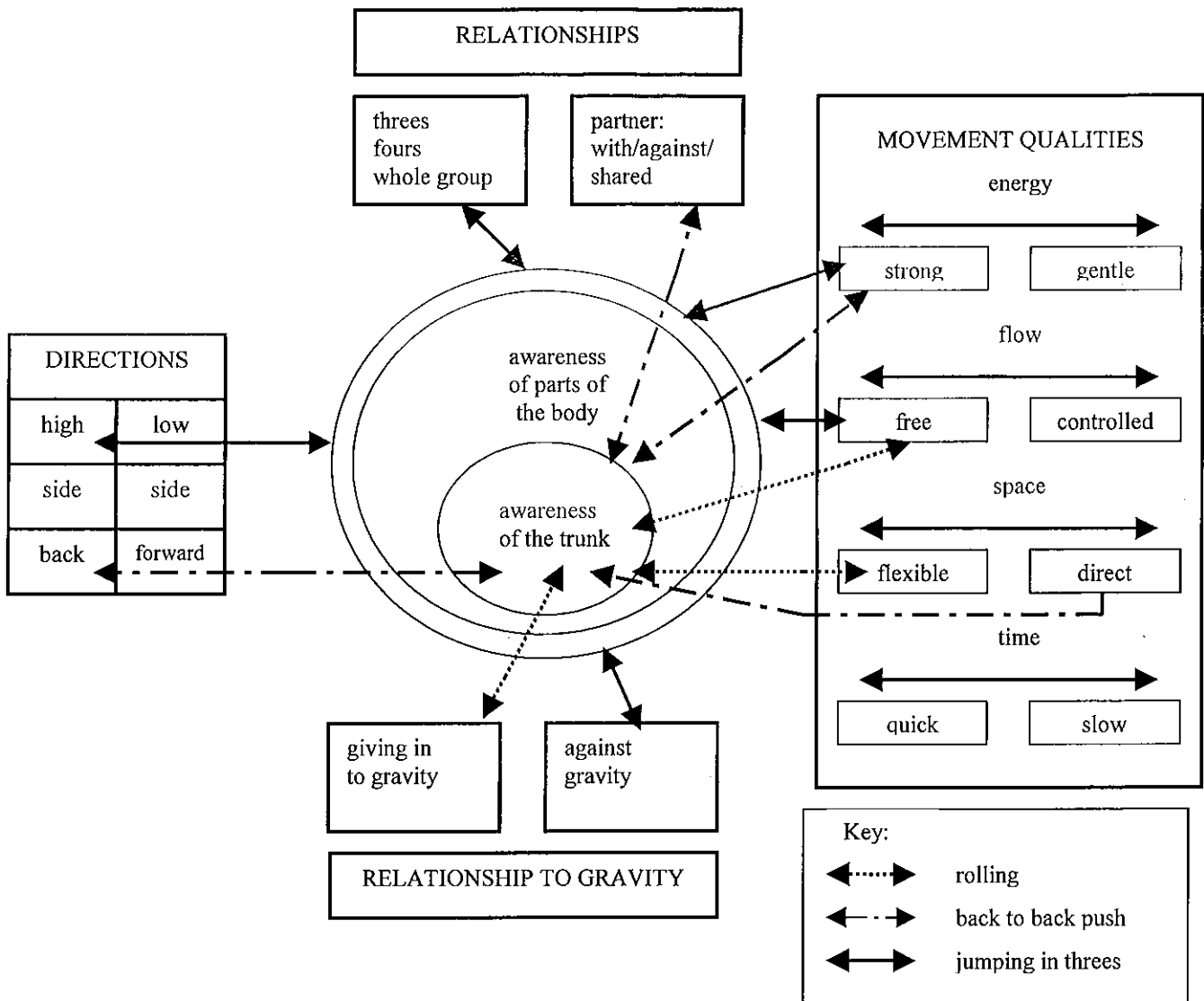


”mot-övning”: avväga sin kraft gentemot en partner

(bild hämtad: <http://www.sherborne-association.org.uk/>)



MOVEMENT ANALYSIS



Ur "Developmental Movement for Children", Sherborne, 1990

L. Kartläggning av sociala och kommunikativa beteenden

| A. Socialt beteende | | Ja / Nej | | Kommentarer | |
|--|--|----------|--|-------------|--|
| Leker barnet | | | | | |
| 1. ensam | | | | | |
| 2. med vänner | | | | | |
| 3. med jämnåriga | | | | | |
| Leker barnet | | | | | |
| 1. sociala samspel | | | | | |
| 2. funktionellt med ett eller flera leksaker | | | | | |
| 3. leksaker med föremål | | | | | |
| Leker barnet bäst när andra är | | | | | |
| 1. aktiva | | | | | |
| 2. lyssna | | | | | |
| 3. följaktbara | | | | | |
| 4. kreativa | | | | | |
| Klavar barnet av | | | | | |
| 1. föredömlar av minuter | | | | | |
| 2. övergåtar / teater / föreläsningar på uppmaning | | | | | |
| Uppvisar barnet någon av följande | | | | | |
| 1. självutmanande beteende | | | | | |
| 2. stereotyp, upprepande eller tvärläk | | | | | |
| 3. negativ reaktion på förändringar | | | | | |
| 4. beteendeproblem hemma | | | | | |
| 5. beteendeproblem när i sällskapet | | | | | |

Beförmling av sociala och kommunikativa fördigheter för barn med autism

Översättning av Assessment of Social and Communication Skills for Children with Autism, Do - West - Liden - Siv, Gallens Auk Quell, 2000
© Copyright 2001 Ulla Aspelö

Barnets namn: _____

Födelsedatum: _____

Person som utför i familjen: _____

Personer som intervjus: _____

Intervjuidatum: _____

Observation utförd på: /

Observeringsdatum: _____

Planering för: _____

B. Kommunikativa beteende

| Kommunikativa barnet | Ja / Nej | Kommentarer |
|--|----------|-------------|
| 1. ser ut att använda | | |
| 2. gestar | | |
| 3. leksaker | | |
| 4. Ansvar (bilder, skrift) | | |
| Kan barnet | | |
| 1. bryta vid han / hon vill ha / göra | | |
| 2. visa vad han / hon inte vill göra | | |
| 3. kommentera vad han / hon gör | | |
| 4. visa hur han / hon mår / känner sig | | |
| Kommunicerar barnet med | | |
| 1. vuxen | | |
| 2. jämåriga | | |
| Kommunicerar barnet bäst med andra vuxna | | |
| 1. enkelt språk | | |
| 2. gestar | | |
| 3. bilder | | |
| 4. annat | | |
| Uppvisar barnet något av följande beteende | | |
| 1. skada | | |
| 2. gnara för sig själv | | |
| 3. upprepning / fixering vid visat föremål / föremål | | |
| 4. upprepande av innehåll i böcker / videofilmer | | |
| 5. oåtkomliga arbetslön | | |

D. Motivation och intressen

| Enrollning | | Ja / Nej | | Kommentarer | |
|--|--|----------|--|-------------|--|
| Leker barnet | | | | | |
| 1. ensam | | | | | |
| 2. med vänner | | | | | |
| 3. med jämnåriga | | | | | |
| Enrollning | | | | | |
| 1. sociala samspel | | | | | |
| 2. funktionellt med ett eller flera leksaker | | | | | |
| 3. leksaker med föremål | | | | | |
| Leker barnet bäst när andra är | | | | | |
| 1. aktiva | | | | | |
| 2. lyssna | | | | | |
| 3. följaktbara | | | | | |
| 4. kreativa | | | | | |
| Uppvisar barnet någon av följande | | | | | |
| 1. självutmanande beteende | | | | | |
| 2. stereotyp, upprepande eller tvärläk | | | | | |
| 3. negativ reaktion på förändringar | | | | | |
| 4. beteendeproblem hemma | | | | | |
| 5. beteendeproblem när i sällskapet | | | | | |

B. Intressen

| Motiv till intressen | Här barnet föredrager? | Generaliserad föredrager? | Kryssa i tre önskade mall |
|---|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Intressen är aktivitet med en lekare | | | |
| 2. Intressen är enkel | | | |
| 3. Intressen är aktiviteter i bild | | | |
| 4. Intressen är sakernas av tre eller fler aktiviteter | | | |
| 5. Intressen är en handling under en verklig aktivitet | | | |
| 6. Intressen är nya sammanhang / situationer | | | |
| 7. Intressen är handlingar från en tidigare lekaktivitet (Barns föregångna intressen) | | | |
| Verbal intressen | | | |
| 1. Initiera, muntligt berätta / ljud | | | |
| 2. Intressen är | | | |
| 3. vid sång, ramsor, sagor | | | |
| 4. vid sociala lekar | | | |
| 5. vid tekniska aktiviteter | | | |
| 6. vid lek | | | |
| 7. Intressen är på | | | |
| 8. Repetition av föremål, saker, bokstaver eller tecken (föredrager) | | | |

H. Checklista över kommunikativa fördigheter

| A. Interaktion, social interaktion | Här barnet föredrager? | Generaliserad föredrager? |
|--|------------------------|---------------------------|
| Socialt samspel | | |
| 1. Reagerar på sitt namn genom att titta på personen / avbryta aktivitet | | |
| 2. Tittar på föremål när man pekar på det | | |
| 3. Delar i lek med en till - en - minuter | | |
| 4. Delar i ny en till - en - aktivitet / minuter | | |
| Ömsesidig interaktion / utmaning | | |
| 1. Använder ögonkontakt för att utmanas socialt samspel | | |
| 2. Utmanar andra barns föredrager för att utmanas | | |
| 3. Utmanar andra barns föredrager för att utmanas socialt lek | | |
| Socialt bekräftande / påverkan / styrning | | |
| 1. Knuffar / drar / tar någons hand för att begära något | | |
| 2. Ger / hanterar föremål för att begära något | | |
| 3. Pekar på föremål för att begära något | | |
| 4. Kombinerar blick och pekning för att begära | | |
| Delat uppmärksamhet | | |
| 1. Vaktar blick mellan föremål och person | | |
| 2. Ger lek sak / föremål till någon för att visa / dela intresse | | |
| 3. Pekar på lek sak / föremål för att visa / dela intresse | | |
| 4. Pekar upp på samarbeten utan att bli avvisad | | |

C. Organisations

| Rum / plats | Här barnet föredrager? | Generaliserad föredrager? | Kryssa i tre önskade mall |
|--|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Förbereder sig för aktiviteten genom att identifiera plats / föremål (söj, jacke, plåsar) | | | |
| 2. Förbereder lek sak / material på bestämd plats | | | |
| 3. Läger tillräckligt material eller avslutad material | | | |
| 4. Kan välja ut en aktivitet | | | |
| 5. Kan välja mellan två föremål / aktiviteter | | | |
| 6. Kan välja mellan många föremål / aktiviteter | | | |
| Tid | | | |
| 1. Sammar avstämning om aktivitet tills den är slut | | | |
| 2. Vaktar på uppmaning | | | |
| Vet vad som förväntas av honom / henne | | | |
| 1. Utvärderar aktiviteten självständigt | | | |
| 2. Följer instruktioner / nya aktiviteter | | | |
| Övergång / förnyelse / byte av aktivitet | | | |
| 1. Övergår / förnyelse sig till nästa aktivitet på uppmaning / signal | | | |
| 2. Accepterar avbrott av aktiviteten för att göra något annat | | | |
| 3. Klara av förnyelser vid oförutsebara förändringar | | | |
| Ägande | | | |
| 1. Kan återgå till personliga tillhörigheter | | | |
| 2. Vet vilka saker som tillhör andra | | | |
| 3. Vet vilka saker som delas av alla | | | |
| 4. Kan lämna av andra | | | |
| 5. Kan lägga ner sig själv | | | |

B. Sociala / Kommunikationsfärdigheter

| Utrycka Måster | Här färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|--|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Begår "när" när han / hon är i ett rum? | | | |
| 2. Berör honom när aktivitet när han / hon är uppgödd? | | | |
| 3. Visar behov av att använda avslappnings / utvecklingsprocedur | | | |
| 4. Gillande / Ojillande | | | |
| 5. Jästa | | | |
| 6. Glad / Ledsen | | | |
| 7. Ligger / avkopplad | | | |
| 8. Ömt / Snick / Trött | | | |
| 9. Stolhet / Jag klärde det ! | | | |
| 10. Dum / Bång | | | |
| 11. Radd / nervös | | | |
| 12. Förvirrad / Jag vet inte | | | |
| *Prosociala statementer / empatiska uttryck | | | |
| 1. Begår när av samspel / social interaktion | | | |
| 2. Begår ömsesidigt / ömsesidighet (Kryssa i båda riktningarna) | | | |
| 3. Följer någon om han / hon vill bli hjälpt | | | |
| 4. Använder "Tack, tack" | | | |
| 5. Delar sig / med sig (mat, leksak, saker) | | | |
| 6. Söker hjälp / hjälp (" Jag inte så) | | | |
| 7. Ger ömsesidigt / ömsesidighet (" Jag hjälper / bekräftar dig " | | | |
| 8. Erbjuder hjälp | | | |
| 9. Erbjuder om (" Vill du ha den eller den ? " | | | |
| 10. Tröstar andra som är ledsna, har ont, mm. | | | |

C. Samspelsfärdigheter av bedömnings.

G4 Igenom bedömningen och gör följande:

1. Identifiera alla kryssade mål.
2. Visa upp till tre mål från varje färdighetsområde.
3. Överför målen till tabellen nedan och skriv ner dem som underväringsmål.

| Grundläggande färdigheter | | Organisations | |
|--|-----------|-------------------------------------|-----------|
| Interaktion | Intention | Interaktion | Intention |
| 1. | 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |
| Sociala färdigheter | | | |
| Lek | | Grupp färdigheter | |
| 1. | 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |
| Kommunikativa färdigheter | | | |
| Grundläggande kommunikativa funktioner | | Sociala / Kommunikationsfärdigheter | |
| 1. | 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |

C. Grundläggande kommunikativa funktioner, forts.

| Kommentarer | Här färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|---|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. K. Konversationer när någon erbjuds initiativ (o, j, h, h) | | | |
| 2. Benämner föremål | | | |
| 3. Benämner olika ljud / ljud | | | |
| 4. Namnger familjemedlemmar / vänner | | | |
| 5. Här "ord" för aktiviteter | | | |
| 6. Här "ord" för platser | | | |
| 7. Använder attribut (färg, storlek, antal mm) | | | |
| 8. Talar om tiden som har gått | | | |
| 9. Talar om säsått som ska tillåtas | | | |
| Söka information | | | |
| 1. Upprekar kändhet (ålder, adress mm) | | | |
| 2. Information om föremål (Vad ? / Vad är det ?) | | | |
| 3. Information om person (Vem ?) | | | |
| 4. Information om aktivitet (Vad gör ... ?) | | | |
| 5. Information som beräknas med Ja / Nej | | | |
| 6. Information om plats (Var ?) | | | |
| 7. Information om tid (När ?) | | | |
| 8. Information om orsak (Varför ?) | | | |

C. Grundläggande samtal/färdigheter

| Verbala färdigheter | Här färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|---|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Påbörjar samtal genom att fråga om annans personens uppmärksamhet / säga namnet. | | | |
| 2. Avslutar samtal genom att säga namnet. | | | |
| 3. Upprekar konversation genom att upprepa vändningen. | | | |
| 4. Kräver eller upprepar sagt budskap för att det ska uppfattas / förstås. | | | |
| 5. Upprekar konversation när andra strukturerat samtal. | | | |
| 6. Påbörjar konversation med hjälp av riktlinjer. | | | |
| 7. Upprekar konversation genom att ge feedback (ja, mm, okey) | | | |
| 8. Upprekar konversation i nya sammanhang / ämnen. | | | |
| 9. Upprekar konversation genom att hålla sig till ämnet. | | | |
| Hörselverbala färdigheter | | | |
| 1. Upprekar konversation / riktar sig mot dem som talar. | | | |
| 2. Befinner sig på lagom avstånd från talar. | | | |
| 3. Skriver / noterar (tillämpligt och utvärderat) under konversationer. | | | |
| 4. Repetier / anpassar röststyrka vid olika omgivningar. | | | |
| 5. Lyssnar / väntar på lyssnarens bekräftelse (nicken, leende) innan han / hon fortsätter tala. | | | |

B. Färdigheter i gruppsammanhang

| Mestverkan / deltagande | Färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|--|--------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Vid aktiviteter | | | |
| 2. I aktiviteter skrivs ut | | | |
| 3. I aktiviteter som kräver utvärderade spel / lekar | | | |
| 4. I strukturerade spel / lekar | | | |
| 5. I fria lekaktiviteter | | | |
| 6. I samtalaktiviteter (samling) | | | |
| 7. I fria lekaktiviteter | | | |
| 8. I samtalaktiviteter | | | |
| 9. I samtalaktiviteter | | | |
| 10. I samtalaktiviteter | | | |
| 11. I samtalaktiviteter | | | |
| 12. I samtalaktiviteter | | | |

IV. Checklista över kommunikativa färdigheter

| Utrycka behov / begära | Här färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|--|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Mer än gång till / igen | | | |
| 2. Mer än en gång (när väl) | | | |
| 3. Mer än en gång | | | |
| 4. Mer än en gång | | | |
| 5. Färdigheter | | | |
| 6. Slut på aktivitet (färdig, slut) | | | |
| 7. Hjälpl | | | |
| Svara andra | | | |
| 1. Rengör på sitt namn | | | |
| 2. Bekräfta föremål | | | |
| 3. Bekräfta aktivitet | | | |
| 4. Svarar på hälsning | | | |
| 5. Svarar på invitation till lek | | | |
| 6. Bekräfta "jagade" (ja, okey) | | | |
| 7. Bekräfta personliga frågor (Vad heter du ?) | | | |
| 8. Svarar / besvarar andra kommentarer | | | |

III. Checklista över sociala färdigheter

| Självständig lek / gruppaktivitet | Här färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|---|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 2. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 3. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 4. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 5. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 6. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 7. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 8. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 9. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |
| 10. Funktionell: Över en aktivitet med ett föremål å vilken | | | |

C. Sociala färdigheter i samhället

| Att handla | Här färdighet Ja / Nej | Generaliserad färdighet Ja / Nej | Kryssa för tre önskade mål |
|-----------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 1. Mata sig | | | |
| 2. Läs av tidning | | | |
| 3. Gå på restaurang | | | |
| 4. Besöka restaurang | | | |
| 5. Besöka restaurang | | | |
| 6. Besöka restaurang | | | |
| 7. Besöka restaurang | | | |
| 8. Besöka restaurang | | | |
| 9. Besöka restaurang | | | |
| 10. Besöka restaurang | | | |

| | | |
|---|--|--------------------|
| SAMSPELSKALA | | Datum: |
| 6 nivåer i Sherborne-Relation Play | | Deltagarens namn: |
| | | Ansvarig ledare: |
| MED-relation | | |
| En partner tas om hand av en ansvarig. Här krävs lyhördhet från den ansvarige, så att den omhändertagne partnern känner tillit. | | |
| | | Kommentarer |
| 1. | Den ansvarige ger stöd (containing). Följer med i partnerns rörelser d v s speglar. Ger partnern behagliga rörelseupplevelser som "förslag". | |
| 2. | Partnern tar emot , slappnar av efter hand, följer med i rörelsen. | |
| 3. | Den ansvarige ger, ett gensvar märks.... ett leende, en rörelse som svar | |
| DELAD relation. | | |
| Engagemang från båda. Här krävs tillit till varandra och en känsla för samarbete. Humor och rörelseglädje är ofta viktiga moment i en delad relation. | | |
| | | Kommentarer |
| 4. | Samspelet är ömsesidigt. Båda ger och tar. Turtagning. | |
| MOT-relation. | | |
| Tillåter båda att få testa sin kraft –utan aggression. Här krävs förståelse för partnerns sensibilitet och en medvetenhet om och när man ska ge efter. | | |
| | | Kommentarer |
| 5. | Man turas om att vara den starka i en rollek. Uppmuntrar partnern att få visa sin styrka på ett positivt sätt | |
| 6. | Partnern kan snabbt variera sitt svar, anpassar sitt samspel. | |

UTDRAG UR OBSERVATIONS PROTOKOLL VIDEO NR 2

Normal stil: Beskrivning av händelser och rörelser.

Kursiv stil: *tal. Om talet ej har kunnat uppfattas skrivs ett antal punkter (.....).*

(Inom parentes) beskrivs dels vem talet riktar sig till om det är oklart, dels talets ljudkvalité (stark, lugn röst) dels ljud såsom knackning, hostning och skratt.

| Epis | Tid | Anders | Sjukgymnast B, Inspelare I | Pappa P, Assistent C |
|------|-------|---|--|---------------------------------|
| | 14:03 | Riktat huvudet mot B. Tittar på B. Vrider huvudet åt vä, sen framåt. Tittar på B. | <i>A stopp. Slutar gunga, tar ner händerna. Nu ska jag sätta mig framför dig. Pekar. Vi ska gunga tillsammans. Sätter sig framför A. Nu är jag framför dig här. Det är nog bra att C sitter kvar där.</i> | C sitter kvar med ryggen mot A. |
| | 14:25 | Tittar ner på handen, tittar upp. Tittar på B. Ruskar på huvudet under tredje ggn. Tittar på B. Sitter still med överkropp. Vid andra, tredje o fjärde ggn drar A till sig handen. Ruskar på huvudet. | Tar med sin hö hand tag i As hö hand. Sätter vä hand mot As bröstorg och trycker lätt så att han gungar bakåt tre gånger. 14:39 Tar tag med båda händerna om As hö hand, drar till sig handen samtidigt som B lutar sig bakåt. Drar sig framåt. Lutar sig bakåt och drar fyra gånger. | C börjar gunga framåt-bakåt. |

UTDRAG UR ANALYS PROTOKOLL FÖR VIDEO NR 2 för samma episod.

Förklaringar till tabellen:

Kolumn TID visar tidsintervall i videofilmen. Nytt tidsintervall uppkommer vid ändringar av rörelseförslag eller ändrade förutsättningar för samspel.

Kolumn ANDERS

Normal stil: beskriver Anders position, engagemang, intresse för omgivning och ögonkontakt under ett skeende.

Kursiv stil: *Anders vokaliseringar (ljud)*


Understruken kursiv stil: Förälders kommentarer vid genomgång av filmen 31 aug 2007.

Kolumn BESKRIVNING AV RÖRELSEFÖRSLAG och BEMÖTANDE AV ANDERS

Fet stil: rörelseförslag utifrån sherbornemetodik Normal stil: beskriver rörelse och bemötande

Kursiv stil: *Sjukgymnast Birgittas verbala yttranden under inspelningen.*

Understruken kursiv stil: Sjukgymnastens kommentarer vid genomgång av filmen 28 sept 2007.

| TID | ANDERS | BESKRIVNING AV RÖRELSEFÖRSLAGEN BEMÖTANDE AV ANDERS |
|-------|--|--|
| 14:03 | Engagemang: Intresserad. <i>Vad ska hända nu då?</i> Ögonkontakt: Möter Bs blick då hon talar 3 sek. Vrider huvudet åt vä, sen framåt. Intresse för omgivn. Följer B med blicken 4 sek då hon sätter sig framför honom. Tittar sen nedåt hö sida. | RÖRELSE: Ändrar position. Beskrivn: Säger: <i>Nu ska jag sätta mig framför dig. Pekar. Vi ska gunga tillsammans. Sätter sig framför A. Och nu när jag snackar med honom får jag en lång blick av honom. Att sätta sig mittemot innebär en stegring av kontakten. Det kan kännas närgånget.</i> |
| 14:25 | Position: A sitter med benen i kors, vä hand stödjer i mattan. B sitter framför A med benen vid sidan om A. C sitter kvar med ryggen mot A  Engagemang: Stel i kroppen. Drar till sig sin hand, ogillar att man tar i hans hö hand. Ruskar på huvudet. <i>Där försökte hon sträcka hans hand, spastisk muskel.</i> Turtagning: uppkommer passivt då han drar till sig sin hand. Intresse för omgivn: Tittar ner på handen, tittar upp. Ögonkontakt: Tittar i 1 sek på B när hon sätter handen på hans bröst. | RÖRELSE: Sitta mittemot varandra och väga salt enhändigt (hö hand) i 13 sek Beskrivn: Tar med sin hö hand tag i As hö hand. Sätter vä hand mot As bröstorg och trycker lätt så att han gungar bakåt tre gånger, tar tag med båda händerna om As hö hand, drar till sig handen samtidigt som B lutar sig bakåt. Drar sig framåt. Lutar sig bakåt och drar fyra gånger. Bemötande: Ändrar rörelsen då A fortsätter att vara stel i kroppen. |

Brandquists & Althoffs SAMPELSSKALA "Analys av samspel med personer på tidig utvecklingsnivå - sherborne"

Samspelepartners namn:

Ledarens namn:

RÖRELSE – beskriv rörelseförslaget:

Datum: _____

1. RELATION I SHERBORNE

| | |
|--|------------------------------|
| MED-RELATION | GENSVAR |
| <input type="checkbox"/> partnern tar emot rörelsen passivt <input type="checkbox"/> slappnar av i <input type="checkbox"/> bålen, <input type="checkbox"/> armar och ben, <input type="checkbox"/> ansiktsmimik <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> följer aktivt med i rörelsen och ger gensvar i form av <input type="checkbox"/> leende <input type="checkbox"/> ljud <input type="checkbox"/> rörelser (händer, ben....) | |
| MED-RELATION | AVVISAR RÖRELSEFÖRSLAG |
| När: <input type="checkbox"/> direkt, <input type="checkbox"/> efter min Hur: <input type="checkbox"/> spänner kroppen, <input type="checkbox"/> gör avvisande gest med hand, ben, huvud, <input type="checkbox"/> ansiktsmimik <input type="checkbox"/> ljud <input type="checkbox"/> självskadande beteende | |
| DELAD RELATION | TURTAGNING |
| <input type="checkbox"/> deltar/ följer med i turtagning <input type="checkbox"/> aktiv i turtagning genom växelvisa rörelser <input type="checkbox"/> ömsesidigt samspel, båda ger och tar <input type="checkbox"/> tar initiativ till rörelse. Vad: | |
| MOT-RELATION | ANPASSAR KRAFT I ROLL-LEK |
| <input type="checkbox"/> kan turas om att vara stark i rollek <input type="checkbox"/> kan snabbt anpassa sina rörelser i samspel. | |

2. RIKTAR SIN UPPMÄRKSAMHET

-
- mot sin egen kropp. På vad sätt?
-
-
-
-
- uppmärksammar rummet där ni är
-
-
- vänder sig mot ledaren
-
-
- får blickkontakt med ledaren
-
-
- tar gemensamt fokus med ledaren (tittar
-
- på samma sak)

3. TAR INITIATIV TILL SAMPEL MED

-
- ögonkontakt.
-
-
- leende
-
-
- handrörelse
-
-
- kroppsrörelse
-
-
- ljud

4. LEDARENS BEMÖTANDE – HUR ANPASSAR JAG MITT SAMPEL I DETTA RÖRELSEFÖRSLAG?

- Förbereder partnern på vad som ska hända
-
-
- med ord
-
- med beröring
-
-
- med bild eller peka
-
-
- "lyssnar in"/läser av partnern, känner
-
- tyst in rörelsen/deltagarens gensvar
-
-
- stannar upp, tar paus i rörelsen
-
-
- kommenterar vad ni gör, tolkar uttryck,
-
- bekräftar gensvar verbalt

Övriga reflektioner, kommentarer

Anhållan om fotograferings- och filmtillstånd gällande videofilmer inspelade med xx under åren 2005-2007.

I olika informations- och utbildningssammanhang har vi på Habiliteringen i X-stad behov av bildmaterial för att illustrera hur vi arbetar. Det kan röra sig om enskilda foton eller kortare videofilmer.

Genom att fylla i nedanstående ger Du som **assistent/personal/godman** tillstånd till att vi använder bildmaterial där du förekommer.

Jag ger mitt tillstånd till att fotografier och film visas där jag förekommer
Sätt kryss.

- Ja
 Nej

Om ”ja”, i vilka sammanhang ?

- För assistenter och personal som kommer i kontakt med xx
 I utbildningar, kurser och föreläsningar om Sherbornemetodik.
 I redovisning av D-uppsats på Mälardalens högskola, Institutionen för specialpedagogik.

Är det något särskilt sammanhang som Du inte vill att bildmaterialet ska visas?

.....
Jag är assistent , personal, god man

Ort och datum:

Underskrift:

Namnförtydligande

Med vänlig hälsning

Ingrid Brandquist, leg logoped