

KIT – terapi for barn som ikke vil ha nærkontakt

– Hovedmålet med kroppsrelatert interaksjonsterapi er å bygge opp barnets evne til å ta imot nær og positiv kroppskontakt og positive berøringer. Barnet skal få mulighet til å utvikle sine grunnleggende evner til å ta imot emosjonell og kroppslig nærhet, og selv ta initiativ til slik kontakt, sier Ute Imhof, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi.

Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no

Imhof ble kjent med denne behandlingsformen i 1995 på et vojta-kurs i Tyskland. Der traff hun dr. Fritz Jansen, som er psykolog. Jansen har jobbet mye med dr. Vaclav Vojta og ble særlig interessert i hans behandling av barn som har kroppskontaktblokkering.

Ifølge Imhof kan vojtat terapi bidra til å deblockere lette kroppskontaktblokkeringer. Gjennom sin behandling av KISS- og KIDD-barn har hun erfart at mange av disse barna opplever kroppskontakt som noe vondt, for eksempel i ammesituasjoner og kosesituasjoner.

– Mange barn går rundt og kan ikke ta imot kroppskontakt. De kan godt sitte på fanget, men ikke nær. De vil ikke sitte mage mot mage med hodet hvilende på mors bryst, eller mot andre nære personer. Setter du dem med ansiktet mot deg og forsøker å få blikkontakt, vrir de seg unna og gir uttrykk for at dette liker de ikke. De går ikke bort til foreldre, søsken eller andre nære personer og henter seg en klem, og de lar seg sjelden trøste med kroppslig kontakt og kos når de er lei seg.

Dette er vondt både for barnet og foreldrene, som ikke skjønner hva de skal gjøre, sier Imhof. Hun viser med en dukke de fire sittestillingene hun blant annet tester for å finne ut om barnet har KIT. (Se bildene 1-4).

Terapiens mål

Målet med terapien er at barnet skal få løst opp sin kroppskontaktblokkering ved å bli konfrontert med fysisk nærhet. Barnet skal øke sine sosiale ferdigheter og lære å gå inn i relasjoner. Det skal også lære å søke blikkontakt og nyte nærkontakt, slik at de kan differensiere mellom kvalitetskontakt og overfladisk kontakt og gjøre hva det får beskjed om, for eksempel å ta initiativ til sosial kontakt.

Imhof sier videre at KIT kan være nyttig å prøve ved adopsjon, prematurfødte barn, KISS-barn og for å trene et barn til å gå inn i relasjoner med personer det ikke er vant til å være sammen med. Barn har et grunnleggende behov for å ha spesielt god kontakt med en



KIT – kroppsrelatert interaksjonsterapi

KIT er indisert når man ser at barnet har store problemer med å ta imot positiv oppmerksomhet. Dette viser seg på to måter:

1. Kroppskontaktblokkeringer. Tydelige problemer med nær kroppskontakt og å ha fysisk nærhet til sine nærmeste.
2. Problemer med å gå inn i positive relasjoner i hverdagen i forhold til intensitet, dybde, kvalitet og hyppighet i relasjonen. Gjelder blant annet blikkontakt, samtale og fysisk nærhet, for eksempel å kunne sitte på fanget mage mot mage, ikke bare rygg mot mage.

Mulige kjennetegn:

- Kontinuerlig maktkamp og opposisjon.
- Manglende eller blokkerte evner i forhold til å bygge adekvate relasjoner fra barnets side.
- Dette kan være ADD (en oppmerksomhetsforstyrrelse uten hyperaktivitet), autistiske trekk, psykisk utviklingshemming, traumatiske opplevelser og at barnet ikke kan ta imot eller sanse foreldrenes tilbud om nærhet.

(Kilde: Dr. Fritz Jansen)

eller to personer i sitt liv, vanligvis mor eller far. Man skal ikke påtvinge god kontakt til hvem som helst, men i hvert fall til en av foreldrene.

– Gjennom terapien kan foreldrene oppnå differensiert sansing av barnets atferd og sinnstilstand, bygge opp klare signaler som å gi ros og å sette grenser. Terapien kan også minske egne vanskeligheter med å inngå fysiske nærhet og forholde seg til en positiv interaksjon med barnet, sier Imhof.

Gjennomføring

KIT-behandlingen gjennomføres vanligvis av en person som står barnet nær, som regel foreldrene. Unntak kan være behov for heldags behandling over flere måneder, ved store multifunksjonshemminger, autisme og i forhold til hvor stort barnet er.

– Å gjennomføre behandlingen krever en stor dose konsentrasjon av den som holder barnet og kan ved lange terapiøkter og ved behandling av store barn være fysisk anstrengende. Derfor tar vi regelmessige pauser, ca. hvert 30. minutt. Pausene oppstår når barnet går inn i relasjon med den voksne og ikke kjemper imot. Ikke en pause i vanlig forstand, men fasen da barnet oppdager og sanser nærhet. Da blir vanligvis barnet hos den som holder. Mor eller far stryker barnet uten å stille krav til det. Når vi avslutter, bør barnet være i en tilstand der det tar imot nærhet. Alle nødvendige pauser må skje i en fase når barnet ikke yter fysisk motstand.

– *Når det gjelder større barn; hvordan kan du vite at det ikke er overgrep som er årsak til blokkeringene?*

– Man kan selvsagt ikke være 100 prosent sikker på at man ikke har å gjøre med en overgriper, enten det er mor, far eller en annen person. Men i samtalen forut for behandlingen og i de standardopptakene man gjør, får man et inntrykk av om det kan være noe slik som er bakgrunn for blokkeringene. Det er da den terapeutiske erfaringen skal få varselklokken til ringe. Har et barn en kontaktblokkering i forhold til en person, men ikke til en annen, kan det være tegn på at noe må undersøkes.

Opplæring

Ute Imhof har behandlet et titalls barn med denne terapiformen. Første behandling skjedde i juni 2007, etter at hun hadde gjennomført opplæring hos en KIT-terapeut i Tyskland. Behandlingen må skje under veiledning helt til hun blir godkjent KIT-terapeut. Alle behandlingene blir tatt opp på video etter avtale med foreldrene, og via bildene får hun veiledning og tilbakemelding fra terapeuten i Tyskland.

Det første barnet hun behandlet var en gutt på ett år. Fødselen var tøff, og han ble forløst med vakuum. Han hadde KISS-syndrom, og foreldrene kom til behandling for dette hos Imhof da gutten var ni måneder gammel.

– KISS- og KIDD-barn er utsatt, fordi de har hatt smerter og skriker når foreldrene skal holde dem eller kose med dem. For tidlig fødte barn kan også oppleve kroppskontakt som vondt og skriker når de er små. En del vil heller ikke ha kroppskontakt når de vokser til. Her er det snakk om den nære kontakten. Barna tar imot kroppskontakt, men bare kort og distansert. Kommer man for nært blir det vanskelig. Ettåringen som kom til meg var en aktiv gutt, men han ville ikke ha kontakt og ville ikke sitte på fanget. Foreldrene var fortvilte, og da de hørte om behandlingen, ble jeg kontaktet, sier Imhof.

Videofilmet

Fysioterapeuten får se videoen av behandlingen hvor både mor og far er med. Moren prøver først og får ikke avbryte, selv om barnet skriker og forsøker å komme fri. Etter 14 minutter med gråt blir det stille, og etter 19 minutter er det kontakt mellom mor og barn. Far tar neste økt, og da er gutten roligere. Faren sier til Imhof at han aldri har opplevd gutten så rolig. Etter å ha sittet helt rolig noen minutter får de blikkontakt. Når moren kommer bort, får hun øyekontakt med barnet, og Imhof sier at det da er viktig at gutten får kos. Gutten gråter litt igjen, men gråten stilner etter en stund. Første dag varte behandlingen i vel en time. Neste dag er det faren



– En tøff utfordring

Fysioterapeut Heidi Flølo hadde ingen betenkeligheter med å forsøke KIT-behandling på sin sønn, sju måneder gamle Leon Alexander. Den lille pjokken stråler og smiler til alle rundt seg. Men mor og fars hverdag har ikke vært like strålende.

Første møte. Leon Alexander på mamma Heidi Flølos fang før terapien starter. Foto: Heidi Johnsen



Av Heidi Johnsen
hj@fysio.no

Gutten våkner hver time om natten, og de siste fire månedene har det vært dårlig med nattesøvn for både foreldre og barn. Den tredje natten etter behandling sov gutten. Det gjorde han også neste natt. Vi treffer Flølo og Leon Alexander på Barneklubben hos fysioterapeut Ute Imhof.

– Jeg oppsøkte Imhof etter anbefaling fra en venninne. Leon Alexander var svært urolig og sov dårlig.

Jeg lurte derfor på om det kunne være noe med nakken. Imhof undersøkte gutten, men fant ikke noe galt. Men hun spurte meg om jeg hadde lagt merke til at han var så kavete. Hun nevnte KIT-behandlingen, som jeg ikke kjente noe til, og vi ble enige om å forsøke, sier Flølo.

Hun forteller at de to første nettene etter behandlingen var fryktelige. Tredje natten sov han, og det har han gjort siden.



som skal sitte først med barnet. Gutten gråter fortsatt, men jobber ikke så mye med kroppen. Denne gangen tar behandlingen en halv time.

– *Hvor mange behandlinger hadde du på denne gutten?*

– Vi hadde to økter.

– *Hvordan følger du opp foreldrene?*

– Jeg har kontakt med dem via e-post, og ut fra til-

bakemeldingene går det riktig bra med dem, sier hun.

De ti barna som Imhof har behandlet er alle gutter. En forklaring på det kan være at det er flere gutter som har KISS-syndrom.

– *Når må du avbryte en behandling og si at dette ikke kan hjelpe deg og ditt barn?*

– KIT-behandling krever utførlig samtale med den som holder barnet. Hvis denne er enig med målet for



Liker seg ikke. Mor plasserer Leon Alexander med ansiktet vendt mot seg. Han trekker hodet unna og gir tydelig uttrykk for at han ikke liker situasjonen. Foto: Heidi Johnsen

bare det «riktige». Det kan være belønnende signaler i riktig øyeblikk og å ta vekk varme i stemmen, ansiktet og hendene når atferden ikke er ønsket. Hun får ikke si noe før fysioterapeuten avslutter eller tar pause. Når Leon Alexander blir plassert på mammas fang, må han sitte med ansiktet inn mot mor (se demonstrasjonsbilde 3 og 4), som holder han fast inntil seg. Han får ikke beveget armene. Leon Alexander vil vri seg unna, men Imhof holder hodet inntil moren, slik at han ikke kommer løs. Han blir konfrontert med å se på sin mor og å holde ut blikkontakten med mor, det er målet.

– Holder du hardt rundt hodet?

– Nei, jeg bare støtter opp. Det er ikke meningen å bruke kraft. Etter hvert som barnet slapper av fjerner jeg hånden forsiktig, men holder den bak hodet helt til barnet faller til ro, sier Imhof.

Liker seg ikke

Den lille gutten gråter og viser tydelig tegn på at han ikke liker situasjonen. I begynnelsen er gråten intens, noe mor kommenterer. Imhof beroliger og sier gråten er lettere enn forrige gang. Gråten kommer i hikst, men det blir lengre og lengre mellom hikstene. Gutten roer seg og hviler hodet litt inn mot moren, før han igjen gir uttrykk for at han ikke liker situasjonen. Denne gangen stilner gråten raskt. Moren småsnakker litt med sønnen, som igjen reagerer når Imhof holder hodet inn til mor.

– Å holde hodet inntil kroppen er noe av poenget med behandlingen, sier Imhof, mens hun forsiktig fjerner hånden fra hodet og holder den beskyttende en centimeter fra.

Gutten er rolig, moren stryker ham over ryggen og småprater og sier til fysioterapeuten:

– Han vil fortsatt ikke møte blikket mitt.

Roligere

Leon Alexander blir lagt på den andre siden. Det samme gjentar seg når han blir holdt fast, og hodet legges inntil mor. Han gråter litt, før gråten gradvis stilner. Det er tydelig at han ikke liker at fysioterapeuten holder hånden inntil hodet, men han roer seg ned. Mor synes gråten er litt sår, men Imhof roer ned. Litt etter litt kan vi høre gode sovelyder.



– Etter første behandling var jeg veldig spent og lurte litt på om dette var riktig. Det var en tøff time, og vi var begge nokså slitne etterpå. Men jeg merker at det har skjedd noe og vil fortsette.

Terapeuten bestemmer

Når behandlingen starter, er det Imhof som bestemmer. Mamma får ikke avbryte. Hun får lov til å si noe, men

behandlingen, men dypt uenig når det gjelder metoden som brukes, avslutter vi. Det hender at den som holder underveis bestemmer seg for ikke å gå inn i en mer intens relasjon til barnet og vil slutte. Dette gjelder ofte med større barn. Behandlingen må ikke forveksles med «hold-fast-terapi» hvor man er mye mer oppmerksom på barnets reaksjoner og reagerer på det. Det må alltid være et relasjonelt aspekt ved behandlingen, sier Imhof.

– Er det gjort noe forskning på denne behandlingen?

– Det foreligger ingen forskning i dag, men Dr. Fritz Jansen har et stort prosjekt på Charité-klinikken i Berlin, som inkluderer mange barn i alderen fra 0-6 måneder. Dette arbeidet er i sluttfasen, sier hun. ■



Holder hodet (øverst). Fysioterapeuten holder guttens hode lett inntil morens bryst. Den lille gutten protesterer høylydt med gråt. Foto: Heidi Johnsen

Kontakt (midten). Leon Alexander er rolig og har øyekontakt med mor.

Etter behandling (nederst). Behandlingen er over og både mor og barn ser ut til å slappe av sammen med terapeuten.



– Hvordan kjennes kroppen hans? spør Imhof.
– Han virker helt rolig, og det ser ut som han har sovnet. Nå sitter jeg med en god følelse. Var litt usikker midtveis, da vi skiftet side. Jeg har nok vært litt usikker hjemme også når vi har trent, om dette var riktig. Nå er jeg mindre skeptisk. Første behandling var vond å gjennomføre, og jeg begynte nesten å gråte. Nå kjennes det helt annerledes, sier Flølo.

– Foreldre har ofte en redsel for at barnet skal hate dem. Men barnet sitter fortsatt på fanget etter behandlingen. Behandlingen er ikke vond, men den er en smertelig erfaring, spesielt for foreldrene, sier Imhof.

Leon Alexander hviler hodet frivillig inn til moren og ser på oss andre, smiler og pludrer.

Begge foreldre

Foreløpig er det bare mamma som har vært gjennom terapitimene.

– Han søker mest til meg i hverdagen, men far er med, og jeg ser at han er roligere når far legger om kvelden. Men på kveldene har han generelt vært roligere, sier Flølo.

Imhof sier det er viktig at både mor og far er enige om behandlingen, men hvis far ikke ønsker å delta, er det ingen vits i å presse. Hun synes det fungerer bra med foreldre som bytter på å delta i behandlingen, men det er deres valg. Leon Alexander går til behandling en gang i uken. I tillegg kommer trening hjemme hver dag.

– Er dette behandling du vil anbefale til andre foreldre?

– Ja. Selv om behandlingen er krevende, har jeg ingen betenkeligheter med å fortsette og anbefaler gjerne behandlingen til andre foreldre, sier Flølo.

Fortsatt bedring

Fysioterapeuten kontakter Heidi Flølo en måned senere for å høre hvordan det går.

– Det går veldig bra. Vi trener mye hjemme og er en gang i uken hos Ute Imhof. Jeg merker stadig bedring. Hvis jeg ikke har utført terapien, blir han urolig og sover mindre, sier Flølo. ■



Mer informasjon: E-mail: post@barneklubben.com og www.barneklubben.com

– Flere må få muligheten

Anette Jolma-Stensland fra Stavanger tok første KIT-behandling på sin sønn da han var ni måneder gammel. Den neste da han var 12 måneder. Deretter har foreldrene trent med gutten, i begynnelsen flere ganger om dagen, i dag en gang i uken.

– Vi merket forskjell på gutten bare et par dager etter første behandling, sier Jolma-Stensland til Fysioterapeuten.

Hun forteller om en tøff fødsel med en del komplikasjoner, blant annet låsninger i de to øverste leddene i nakken. Gutten ble behandlet av manuellterapeut, som manipulerte opp låsningen. En skade i armen gjør at han fortsatt går hos fysioterapeut.

– Babyen var urolig i kroppen, sov lite, gråt veldig mye og var ellers utilpass. Han likte ikke å bli tatt i. En fysioterapeut ved sykehuset nevnte KISS-behandling, men legen ville ikke høre om det. Da jeg kom hjem, søkte jeg på nettet og fant KISS-forumet. Jeg kontaktet Ute Imhof, fordi jeg følte jeg måtte få en bekreftelse på

hvorfor gutten var så urolig. Det var utrolig godt å få en diagnose å forholde seg til. Da kunne jeg blant annet forklare andre hvorfor gutten var som han var, forteller moren.

Forandringene er store. Jolma-Stensland forteller at han fortsatt er en aktiv gutt, men på en helt annen måte. Nå sitter han rolig og leker med én ting av gangen.

– Han går bort til andre barn og gir dem en klem. Kommer og setter seg på fanget for å kose eller lese. Tidligere kavet han rundt og kunne ikke konsentrere seg. I begynnelsen måtte vi være nøye med å følge opp behandlingen. I dag utfører jeg behandlingen mest for å vedlikeholde, sier Jolma-Stensland, som håper at flere foreldre kan få informasjon om denne behandlingen. ■

KISS

De vanligste symptomene på KISS er skjevhet i nakken som barnet ikke kan komme ut av selv. Symptom på KISS kan være tre-måneders-kolikk, utrøstelig gråting, forstyrret søvn, spiseproblemer, motorisk uro. Manuellterapi er en behandlingsform som består av å undersøke, vurdere og behandle plager i muskel/skjelett-systemet for å gjenopprette kroppens funksjoner.

Kilde: www.kiss-kidd.no

KIDD

KIDD er definert som øvre nakkeledd indusert dyspraksi og dysgnosi. Dysgnosi er sanseintegrasjonsforstyrrelse, som er en forstyrrelse i evnen til å bearbeide sanseinntrykk. Dyspraksi er det samme som klossethet.

KIDD-syndrom er en følge av en ubehandlet KISS-problematikk. Funksjonsforstyrrelsene i øvre nakkeledd forsvinner ikke, men kompenseres og potenseres. Svært ofte vil problemene forplante seg videre til bekkenet. Symptomer er blant annet konsentrasjons- og lærevansker, skrive- og lesevansker, diffus hodepine og forsinket motorisk utvikling. Undersøkelse- og behandlingsform er manuellterapi. Kilde: www.kiss-kidd.no

Regulatory disorders

I Norge snakker vi ikke så høyt om barn som skriker mer enn normalt, og de diagnostiseres sjelden. I Tyskland har de egne klinikker, «Schreibabypoliklinik», der de behandler slike barn, fortrinnsvis før de er tre måneder gamle. Barn som skriker mer enn tre timer om dagen, i tre dager etter hverandre, blir diagnostisert som skrikerunge og klassifisert under ICD 10-F43.2, regulatory disorders.

Disse barna skriker utrøstelig, har sove-, spise- og vokseforstyrrelser og har en kronisk uro i kroppen.



fysio terapeuten



Terapi for barn som skyr nærhet, side 32

NFF tar grep om A9-taksten, side 6

Uføretryggede tilbake på jobb, side 19