

Intervjustudie fra psykiatrisk barnefysioterapi praksis: Undersøkelse og samhandling



Beate Ytreberg,
fysioterapeut, cand.
san., universitets-
lektor, Universitetet
i Tromsø, e-post:
beate.ytreberg@
uit.no

Eline Thornquist, fysioterapeut,
dr. philos., professor, Høgskolen i Bergen

Marianne Aars, fysioterapeut, cand.
polit., førstelektor, Universitetet i
Tromsø

Denne **vitenskapelige artikkel-**
len, mottatt 14.06.10 og godkjent
09.06.11, er eksternt fagfelleurdert
etter Tidsskriftet Fysioterapeutens
retningslinjer på www.fysioterapeuten.no
og redigert av Kjartan Vårbakken.

Oppgitte interessekonflikter: ingen.

Sammendrag

- **Hensikt:** Hensikten med artikkelen er å bidra til kunnskap om betydningen av den relasjonelle kvaliteten i fysioterapiundersøkelse av barn.
- **Design:** Kvalitativ intervjuundersøkelse.
- **Materiale og metode:** Studien undersøker den fysioterapeutiske vurderingen av et barn i psykiatrisk praksis. En strategisk valgt barnefysioterapeut med daglig arbeid innenfor psykiatrisk helsetjeneste ble intervjuet om hva han vektlegger i undersøkelse av et barn. Intervjuet ble analysert med en hermeneutisk innfallsvinkel.
- **Resultat:** Analysen viser at fysioterapeuten strukturerer og gjennomfører undersøkelsen av barnet med alle de kjennetegn som karakteriserer en meningsbærende dialog. Barnet anerkjennes som en aktiv og betydningsfull deltaker, og styrkes i sin evne til å etablere og være i gjensidig anerkjennende samspill med andre mennesker. Undersøkelsessituasjonen gir barnet rom for individualitet og selvhevdelse, tilknytning og bekreftelse.
- **Konklusjon:** Undersøkelser som gjennomføres med et relasjonsfokus kan utvide mulighetene for at barnet blir anerkjent, sett og forstått. Slik kan undersøkelsessituasjoner ikke bare ha til hensikt å gi en vurdering av barnet, men også ha terapeutisk virkning på barnets selvfølelse og egenverd.
- **Nøkkelord:** barn, fysioterapi, undersøkelse, relasjon, dialog, psykiatri.

Innledning

Mange fysioterapeuter arbeider med barn, og Norsk Fysioterapeutforbunds faggruppe for barne- og ungdomsfysioterapi er en av de største faggruppene. Få av disse fysioterapeutene arbeider innenfor psykiatrien på tross av at både barn og psykiatri er prioriterte grupper i helsevesenet.

Mange fysioterapeuter har god kompetanse til å vurdere funksjon hos barn som har forsinket utvikling, funksjonshemninger og fysisk funksjonsnedsettelse, men det er mer uklart hva fysioterapeuter bidrar med til barn som er henvist for psykiatriske problemstillinger. Fagfeltet psykiatrisk barnefy-

sioterapi gir muligheter til å se undersøkelse av barn i et utvidet perspektiv i forhold til å kartlegge og vurdere barnets bevegelsesutvikling og fysiske funksjon, og er derfor interessant å undersøke nærmere.

Forskning på fagfeltet er foreløpig sparsom, men vi fant enkelte studier. Disse setter søkelys på barnets kropp som bærer av relasjonelle erfaringer (1), fysioterapi som relasjonell virksomhet (2), fysioterapeutens kroppslige tilnærming til psykiatriske problemer hos ungdom (3) og fysioterapeutens rolle som del av barne- og ungdomspsykiatriske team (4, 5).

Hensikten med denne artikkelen er å bi-

dra til å vise hva som tillegges betydning i undersøkelse av barn innenfor psykiatrien, med utgangspunkt i én fysioterapeuts praksis.

Forskningsspørsmål

- Hvordan beskriver og begrunner en fysioterapeut sin egen undersøkelse av et barn som er henvist til utredning i den psykiatriske helsetjenesten?
- Hvilken betydning kan hans måte å undersøke på ha for barnet?

For å belyse problemstillingene ble en fysioterapeut som arbeider i barnepsykiatrien in-



En undersøkelse som kjennetegnes ved at barnets initiativ stimuleres og støttes kan fungere terapeutisk i vid forstand.



RELASJONER Barn inngår i relasjoner med andre, og relasjonens kvalitet og innhold er bestemende for hva barn lærer om seg selv og om hvordan de forholder seg til andre. Foto: Colourbox.com

tervjuet om en undersøkelse av ett bestemt barn. I tillegg valgte vi å filme undersøkelser som støtte for intervjuet, da det bidrar til å assosiere spørsmål, beskrivelser og refleksjoner til konkrete situasjoner (6).

Metode

Teoretiske perspektiver

For å diskutere fysioterapeutens beskrivelse av undersøkelsen ble det relevant å benytte teori hentet fra utvalgte deler av utviklings-

psykologi, tilknytningsteori og relasjonsteori.

Fysioterapiundersøkelse

Fysioterapiundersøkelse av barn kan gjennomføres som observasjon av barnet i daglige situasjoner og lek, kroppsundersøkelse, standardisert test eller som en kombinasjon av disse. Når problemene er omfattende og sammensatte, kan en undersøkelse strekke seg over flere møter. Undersøkelsens mål er å identifisere og beskrive barnets problemer og ressurser, vurdere funn og forstå sammenhenger. Samtidig skal barnet ivaretas slik at undersøkelsessituasjonen oppleves minst mulig belastende for barnet. Studier med longitudinelle data fra 401 mødre (7) og 921 familier som er fulgt over en periode på 12 år (8) viser at barn som har psykiske og psykosomatiske symptomer er sårbare, og trenger erfaringer fra å være i meningsfulle og anerkjennende relasjoner med voksne. Fysioterapiundersøkelse kan gi muligheter for at barn får slike gode erfaringer, men det avhenger av måten undersøkelsen gjennomføres på. Barnefysioterapeuter har tradisjonelt ikke hatt et uttalt fokus på betydningen av relasjonen mellom fysioterapeut og barn, mens det i psykoterapi finnes retninger som tydeligere vektlegger denne (9-12). Fysioterapeuter som daglig samarbeider med psykoterapeuter kan være inspirerte av psykoterapeutiske perspektiver, samtidig som de gjennom sitt kroppslige fokus vil ha andre innfallsvinkler enn psykoterapi.

Intersubjektivitet

Begrepet «intersubjektivitet» er nært beslektet med begreper som samhandling og samspill, og forutsetter fornemmelse av både seg selv og den andre. Intersubjektivitet kan med utgangspunkt i tilknytningsteori og utviklingspsykologi beskrives som «jeg vet at du vet at jeg vet.» Det er en grunnleggende opplevelse av å være sammen om noe; føle seg forstått og forstående. Evne til å være i samspill med andre er til stede hos spedbarn allerede rett etter fødselen (11, 13). Medfødt evne til å sanse og fornemme seg selv og andre danner grunnlaget for utvikling av sosial kompetanse. Mennesker utvikler

i varierende grad evne til å oppfatte andres intensjoner og sette seg inn i andres ståsted. Tidligere studier tyder på at barn med motoriske problemer kan ha vansker med å registrere og tolke emosjonelle ansiktsuttrykk, og de har ofte samtidig emosjonelle vansker og nedsatte sosiale ferdigheter (14). Hvordan dette henger sammen er ikke klarlagt, men bunner trolig i mange og sammensatte forhold. Blant annet i at egne kroppslige erfaringer med verden danner referanseramme for tolkning av andres handlinger, intensjoner og emosjoner (15). Barn inngår altså i relasjoner med andre, og relasjonens kvalitet og innhold er bestemmende for hva barn lærer om seg selv og om hvordan de forholder seg til andre.

Dialog

Intersubjektivitet forutsetter felles oppmerksomhet som utgangspunkt for meningsskapende dialog. Meningsskapende dialoger har ifølge Hansen (10) følgende kvaliteter:

- Oppmerksomhet om noe felles, og deltakelse i et felles prosjekt.
- Turtaking, der deltakerne veksler på rollen som aktiv og rollen som oppmerksom tilskuer.
- Sekvenser med begynnelse, midtparti og slutt.
- Affektinntoning; at man innstiller og justerer seg til hverandres følelsesmessige tilstand.
- Selektiv inntoning; at man velger ut noe man gir oppmerksomhet mens noe annet overses.
- Avhengighet og autonomi: I dialogen er man både avhengig av den andre og selvstendig handlende.

Hansen (10) knytter dialogbegrepet både til den verbale dialogen og til førspråklig kommunikasjon. Thornquist (15) påpeker at uttrykksmåter som «førspråklig» og «non-verbal kommunikasjon» viser til at talespråk og skriftspråk ofte framheves som den egentlige kommunikasjonsmåten. Men mennesker uttrykker seg på mange måter, og alle dialoger i direkte møter innebærer både kroppslige og verbale budskap.

Nå-øyeblikk

Det er grunn til å tro at ikke bare stabile eller gjentakende situasjoner, men også enkeltsituasjoner kan ha betydning i menneskets liv og være viktige for utvikling av jeg-et. Stern (13) understreker at all utvikling bygger på faktiske opplevelser. En *erfart opplevelse* av-



Når undersøkelsen utføres med sensitivitet for barnets handlinger og væremåte, kan den fungere som motvekt til tidligere negative erfaringer.

henger av at en hendelse følelsesmessig oppleves og fanges i det øyeblikket hendelsen opptrer. Dette subjektive opplevelsesøyeblikket kaller Stern for «nå-øyeblikket», og karakteriserer det som rikholdig og helhetlig, men kortvarig. Forutsetning for opplevelsen er at øyeblikket festes i bevisstheten. Nå-øyeblikket er ikke en isolert hendelse, men har sammenheng med livet for øvrig og er fortettet av mening og betydning. Nå-øyeblikk er knyttet til en følelse av «selv». Jeg-et vet at opplevelsen tilhører meg og er en del av meg. Subjektivitet kan derfor sies å ha grunnlag i erfarne opplevelser (13). Enkeltsituasjoner som erfares sammen med andre er særlig interessante når det gjelder terapi. Man kan tenke seg at evnen til å etablere og være i relasjoner med andre som et selvstendig subjekt, utvikles avhengig av hvilke muligheter som gis til å oppleve og dele nå-øyeblikk.

Materiale

Mulige informanter ble strategisk valgt med utgangspunkt i artikkelforfatternes kjennskap til fagfeltet, og kontaktet per e-post. Eneste inklusjonskriterium var at informantene skulle ha mer enn fem års erfaring fra å arbeide med barn innen psykiatrien. Den første som sa seg interessert ble studiens informant. Undersøkelsen av det første barnet som kom til utredning etter at samtykke var gitt ble tema for intervjuet. Det første og det tredje møtet mellom fysioterapeuten og barnet ble filmet. Filmen ble ikke analysert på systematisk vis, men sett igjennom av førsteforfatter på forhånd, og dannet utgangspunkt for utvikling av en semistrukturert intervjuguide (fig. 1). Intervjuguiden var påvirket av førsteforfatters bakgrunn fra barnefysioterapifeltet, kjennskap til fysioterapi i psykiatrien og refleksjoner om filmen, men samtidig åpen slik at informantens eget fokus kunne tre fram.

Datainnsamling og dataproduksjon

Intervjuet ble gjennomført ved at førstefor-

fatter og informant så filmen sammen. Fysioterapeuten snakket spontant om det som foregikk på filmen, og førsteforfatter kom med oppfølgende spørsmål i tråd med intervjuguidens tema. Filmen ble stoppet gjentatte ganger slik at det var tid til tilstrekkelig utdyping. Intervjuet ble tatt opp på bånd og transkribert til tekst. Teksten ble skrevet i bokmålsform, men beholdt i en muntlig tone.

Analyse

Intervjuet ble tolket og analysert ut fra en hermeneutisk innfallsvinkel med kontinuerlig veksling mellom del og helhet (16). Analysen er informert av forforståelse fra barnefysioterapi, og prosjektets teoretiske felt. Samtidig styrer datamaterialet valg og presisering av teori. Gjennom analysen vokste etter hvert fem kategorier fram.

Etikk

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Informanten har gitt skriftlig samtykke til deltakelse i prosjektet. Selv om barnet ikke er en del av studiens utvalg er det innhentet tillatelse fra barn og foresatt. Barnet og mor fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet via informanten, samt informasjon om at de når som helst og uten konsekvenser kunne trekke seg. Både mor og barn samtykket skriftlig. Etter intervjuet ble filmen returnert til fysioterapeuten.

I et lite fagmiljø kan det være mulig å identifisere informanter ved hjelp av sparsom informasjon. Søkeområde for mulige informanter ble derfor hele Skandinavia, og av anonymitetshensyn er kjennetegn ved informanten tatt vekk og intervjuet omskrevet til bokmål. «Han» brukes som pronomen om fysioterapeuten uten at «han» spiller fysioterapeutens kjønn, mens «hun» brukes om pasienten.

Resymé av filmede undersøkelsessituasjoner

Barnet, en jente på 10 år, er henvist til utred-

Generell informasjon

- Utdanningsår, etter- og videreutdanning. Rolle i teamet.

Generelle spørsmål

- Hva visste du om barnet fra før?
- Hvordan planla du denne undersøkelsen/behandlingen?
- Er det noen/noe i rommet som virket forstyrrende?
- Hva gjør du for å etablere og opprettholde kontakt?
- Hva tenker du om kroppskontakt og berøring i forhold til dette barnet?

Spørsmål til situasjonene på filmen

- Hvorfor stopper du opp ved dette klippet?
- Beskriv det som skjer. Hva ser du hos barnet? Hva ser du ved deg selv? Hva skjer mellom dere? Hva tenker du om det som skjer?
- Hva får du informasjon om?
- Hvilke overveielser og vurderinger gjør du?
- Hva bestemmer du deg for? Hvorfor bestemmer du deg for akkurat det?
- Hvordan forstår du dette barnet?

Etterpå

- Hvilke tanker sitter du igjen med etter dette intervjuet?

FIGUR 1 Intervjuguide

Selektiv mutisme innebærer at barn konsekvent ikke snakker i visse sammenhenger. Ofte er også ikke-verbal kommunikasjon svakere og mer utydelig; som gester og blikk-kontakt. Barnet er gjerne taus i barnehage og skole, men snakker hjemme. Tausheten medfører sosiale og faglige problemer og er ofte til stor frustrasjon for omgivelsene. Tilstanden forstås i dag i hovedsak som en angsttilstand (20).

FIGUR 2 Selektiv mutisme.

ning i spesialisthelsetjenesten på grunn av selektiv mutisme og forsinket utvikling (fig. 2). Fysioterapiundersøkelse er en del av spesialistutredningen. For å gjøre en tilstrekkelig vurdering møter fysioterapeuten barnet flere ganger i løpet av en uke.

Undersøkelsene fant sted i et rom på cirka 25 kvadratmeter. Det fantes noe utstyr/leker i rommet, plassert slik at barnet aktivt måtte oppsøke og velge aktiviteter. Situasjonene forløp stille ettersom barnet på grunn av selektiv mutisme ikke snakket. Fysioterapeuten snakket der det var naturlig, fanget opp og forholdt seg til barnets måte å uttrykke seg på. Innledningsvis viste barnet få og utydelige initiativ. Fysioterapeuten kommenterte leker/utstyr som barnet viste spor av in-

teresse for og kom med forslag til aktiviteter. Etter hvert beveget barnet seg mot lekene og viste interesse for utforskning med blikk, smil eller kroppslig oppmerksomhet. Lekene ble tatt ned på gulvet der de lekte sammen. Det var lange perioder med variasjoner over det samme temaet. Mest tid ble brukt på å lage og bruke et byggverk. Den første timen sluttet med vurdering av spenningsforhold og muskulatur, gjennomført på matte på gulvet. Den andre timen besto av aktiviteter som å bygge store tårn, rive det ned med ball og å kaste stor ball til hverandre. Det var mer smil, lyder og aktivitet enn i den første timen, barnet brukte kortere tid før hun satte i gang med aktiviteter og hun prøvde ut flere muligheter innenfor samme aktivitet.

Filmopptakene fra de to undersøkelsestidene inngår ikke i det bearbejdede datamaterialet.

Resultat

Resultatene er organisert i fem kategorier. Alle kategoriene innledes og avsluttes med artikkelforfatternes tekstmære fortolkninger av utvalgte sitater. Sitatene er valgt fordi de synliggjør karakteristiske forhold i datamaterialet knyttet til kategoriene Felles oppmerksomhet, Turtaking, Sekvenser med begynnelse, midtparti og slutt, Inntoning, og Avhengighet og autonomi. Samlet viser kategoriene at undersøkelsen er strukturert

som en meningsskapende dialog. Dialogen er i liten grad en muntlig dialog, men heller en som bæres av det å gjøre noe sammen. [I sitatene angis stillhet eller pause med tre påfølgende punktum (...).]

Felles oppmerksomhet

Fysioterapeuten sørger for felles oppmerksomhet og deltakelse ved å la barnets interesse og oppmerksomhet styre handlingene:

Fysioterapeuten (F): (...) Det gjør jeg bevisst. Jeg prøver å se... hva er i hennes fokus nå? Hva ser hun på?

F: (...) Og så følger jeg hennes mønster og. Du kan gå inn og si, «nei! Sett den oppå der». Det er hele tiden situasjoner som innbyr til at du korrigerer henne. Men i stedet for å gjøre det, så tar jeg hennes idé opp...

Fysioterapeuter har vanligvis en undersøkelsesplan. Det gjelder også denne informanten, men i stedet for å be barnet utføre handlinger på bestemte måter lar han barnet leke på sin måte. Han leter etter barnets initiativ og forsøker å forsterke tilløp til interesse og initiativ. Når barnet etter hvert blir opptatt av å leke, følger han barnet og er oppmerksomt interessert i det samme som barnet. Med dette anerkjennes barnet som en kreativ og verdifull samarbeidspartner, og det skapes grunnlag for opplevd samholdighet.

Turtaking

Fysioterapeuten utnytter mulighetene for turtaking i aktiviteter som barnet velger:

Intervjuer (I): *Kan du si litt om hvorfor du valgte den aktiviteten? Og hva du tenkte rundt det?*

F: Den aktiviteten... den aktiviteten krever ikke motorikk. Pluss at jeg velger noe som vi kan gjøre sammen. Noe som går litt på turtaking, noe som du ikke trenger språk...

I: *Og du visste at hun likte sånne små puslerier?*

F: Små puslerier! Det visste jeg. Pluss at jeg velger det fordi du kan gjøre ting sammen. Det er turtaking! Legge en til brikke, og... ser du... ser jeg... Og så ser vi det sammen...

Aktiviteten ble valgt ved at barnet gikk bort til hyllen og lot blikket gli over lekene. Fy-

sioterapeuten hjalp barnet til å velge ved å kommentere hva barnet så på. Han var entusiastisk i tonefallet når barnet så på akkurat denne leken. Barnet selv løftet leken ned på gulvet. Begge var med dette aktive i valgprosessen, og vi ser at også valg av aktivitet inneholder turtaking. Turtaking består ikke bare av å gjøre noe hver sin gang, men å engasjere seg i hverandres prosjekt og veksle mellom å være aktør og deltakende tilskuer.

Sekvenser med begynnelse, midtparti og slutt

Fysioterapeuten sørger for å fullføre prosjekter som er påbegynt:

F: (...) men når jeg først velger dette materialet... så... er det ikke sånn at nå har vi bygget litt, og nå ser jeg at du kan dette, og jeg har undersøkt hvilken hånd bruker du, er du presis, forsto du systemet, spiller du, ... eller alle de greiene vi også ser etter. Men når vi først er i gang, så må vi bruke den tiden til at det blir et byggverk, at det er morsomt. Uansett hva jeg taper på det i forhold til fysioterapeutisk utredning. For jeg får ikke se så mye nytt, men vi må bruke den tiden.

I: Å gjøre ferdig prosjektet?

F: Vi må gjøre ferdig prosjektet! Selv om jeg gjerne skulle sett om hun kan hoppe, og... Må gjøre ferdig det prosjektet!

Her foregår det to parallelle prosjekter: Fysioterapeutens prosjekt er å observere barnet og få informasjon om motorikk og håndfunksjon, forståelse og evne til imitasjon. Barnets prosjekt er å lage et byggverk. Fysioterapeuten anerkjenner barnet som subjekt i situasjonen ved å vise samme respekt for barnets prosjekt som for sitt eget, og lar henne gjøre seg ferdig.

Inntoning

Fysioterapeuten toner seg affektivt inn på barnets tempo og emosjonelle uttrykk:

F: (...) Så ser jeg at jeg matcher henne litt. I: *Hvordan ser du det?*

F: Kroppslig! Og jeg prøver å legge tempo... ned. (...) Jeg prøver å... senke mitt tempo, selv om jeg blir stresset (ler). Fordi jeg vet av erfaring, når du har barn som ikke snakker, så blir man så forferdelig aktiv!... fordi vi tåler det ikke! (...)... så det er ... for meg er dette situasjoner som er mye vanskeligere enn å få en hyper, som

jeg må sette tilbake på benken (smiler)... enn en som ikke gir noe.

I: *Ja. Tenkte du det i selve situasjonen? At nå må jeg redusere tempo, eller tenker du at det bare skjedde, og så er det nå i ettertid at du legger merke til det?*

F: Nei, nei! Jeg tenker det helt bevisst! I situasjonen. (...) Ser du at... jeg må holde meg sånn tilbake! Ikke snakke! Det er jo en pine!

Dette aktuelle barnet var langsomt, snakket ikke og hadde kroppslige og affektive uttrykk som var vanskelige å fange opp og tolke. Fysioterapeuten viser til at det som voksen er utfordrende å holde seg selv tilbake i en slik situasjon. Likevel vektlegger han at det er barnets affektive tilstand som må være styrende: Ved at den voksne holder tilbake slippes barnets opplevelse fram, får plass og betydning.

Avhengighet og autonomi

Dialoger kan innebære både avhengighet og autonomi. Slik snakket fysioterapeuten om dette temaet:

I: *Hva skjer hvis du ikke er konsekvent, da?*

F: Ja da... da mister du barnet. Også til liten og troverdigheten, hvis du plutselig gjør disse andre tingene. Altså, for eksempel hvis du... sier til barnet «du kan velge» mellom to baller, en liten rød og en stor blå. Og dette valget er vanskelig... for barnet. Og så... bestemmer barnet seg til slutt for den store blå, og så tenker du som fysioterapeut kanskje at «å nei, jeg tror heller at jeg tar en liten i stedet for det passer bedre». Og da har du mistet barnet, for barnet har skjont at du ikke respekterer.

I: *Og du velger å gjøre kroppsundersøkelsen på matte?*

F: Ja.

I: *Ikke benk?*

F: Nei!

I: *Hva er tanken bak?*

F: ... Undersøkelsesbenk, det er i høyden, der jeg er over barnet.. Nå er vi på et nivå hvor jeg er på gulvet, og det er i samme rommet som vi har lekt i... og det er muligheter for å... komme seg vekk. ... Jeg tvinger de jo ikke! De skal ha muligheten til å avslutte... når de ikke vil mer. Det oppfordrer jeg faktisk til. Si fra når det er nok.

Dialog forutsetter parter som engasjerer seg i et felles prosjekt. Dette innebærer en form for avhengighet, samtidig som partene står i et autonomt forhold til hverandre. Autonomi handler blant annet om å oppleve respekt fra andre, og være adskilt fra andre og andres behov. Vi tolker det som at fysioterapeuten synliggjør for barnet at hun har valgmuligheter, ber henne kjenne etter hva hun vil, og viser respekt for barnets valg i handling og ord.

Diskusjon

Oppsummert resultat

Analysen viser at fysioterapeuten vektlegger situasjonens relasjonelle potensial, og at man kan tolke undersøkelsen som å være en meningsskapende handlingsdialog mellom fysioterapeut og barn.

Metodiske betraktninger

Potensielle informanter ble kontaktet via e-post, noe som ble vurdert som uforpliktende henvendelse fordi informanter sto fritt til å velge bort deltakelse (17).

Siden artikkelforfatterne har kjennskap til både fysioterapi for barn og unge, og til psykiatrik og psykosomatisk fysioterapi er vår innsikt en posisjonert innsikt, og prosjektet kan forstås som en studie i egen kultur. Det gjorde det viktig å stille oppfølgende spørsmål i intervjuet for å få verbalisert og utdypet kunnskap og resonnementer som lett tas for gitt. Fysioterapeutens uttalelser og kommentarer til filmen framsto som fysioterapeutens egne oppfatninger av situasjonene. I etterkant av intervjuet sa fysioterapeuten spontant at han opplevde det som positivt å «få snakke om sine egne ting». Det var dessuten viktig å skape avstand til datamaterialet gjennom å innta en analytisk posisjon, diskutere med andre og hverandre, og lese og anvende teori.

Utvalget består av én fysioterapeut. Studiens resultater kan ikke uten videre overføres til andre fysioterapeuter og undersøkelsessituasjoner, men kunnskap fra studien kan være gjenkjennbar og relevant både for barnefysioterapeuter i psykiatrien og for fysioterapeuter generelt (18).

Diskusjon av samlet resultat

Her diskuteres hvilken betydning et relasjonelt fokus kan ha for barnet.

Relasjonell utvikling

I den aktuelle undersøkelsen prioriterer fy-

sioterapeuten kvaliteten på samhandlingen med barnet. Bevegelseskvaliteter og –ferdigheter undersøkes også, men kommer i andre rekke. Analysen av undersøkelsen viser en dialogstruktur med begynnelse, midtparti og slutt, og det er barnets handlinger som driver situasjonen framover. Dermed legger fysioterapeuten til rette for at samspillet med barnet kan virke støttende for relasjonell utvikling og selvutvikling. Fysioterapeuten legger vekt på barnets opplevelse og utbytte av undersøkelsessituasjonen og gir henne muligheter til å øve på å lese og tolke andre. Undersøkelsen gir med dette barnet erfaring med å være viktig deltaker i en annens opplevelse, og i sentrum for oppmerksom interesse. Med Stern (11, 13) kan vi kalle dette for intersubjektiv deltakelse i et nå-øyeblikk. En slik deltakelse bidrar til å styrke barnets evne til å etablere og være i gjensidig anerkjennende samspill med andre mennesker og gir rom for både individualitet og selvhevdelse, tilknytning og bekreftelse. For å utvikle oss til autonome mennesker med et tydelig avgrenset «selv» er vi avhengige av andres bekreftelse (20). At barnet får uttrykke seg og hjelp til å holde oppmerksomheten på det hun selv formidler, er i seg selv et terapeutisk virkemiddel (12). Det innebærer at en undersøkelse kjennetegnet av terapeutens og barnets intersubjektive deltakelse i dialog og lek kan fungere terapeutisk for barnet i vid forstand.

I mange undersøkelsessituasjoner kan relasjonens mening sies å være styrt av fysioterapeutens behov for å undersøke barnet. Oppgavene er bestemt av fysioterapeuten, og det legges ikke til rette for et felles intersubjektivt prosjekt. Barn som viser egeninitiativ eller kreativitet kan i slike situasjoner lett bli betegnet som «ukonsentrert», «umoden» eller «lite samarbeidsvillig». Hvis barnet vil gjøre noe annet, eller ikke får til det som fysioterapeuten ber om, vurderes oppgaven som mislykket eller ikke utført. Situasjonene utgjøres av enkeltelementer som avbrytes når fysioterapeuten har fått den nødvendige informasjonen.

En undersøkelsessituasjon som styres av den voksnes mål og behov gjør det vanskelig å være i dialog. Samtidig er alle undersøkelsessituasjoner også samhandlingssituasjoner der barn erfarer og lærer noe om relasjoner med andre. Vi mener at det er gode grunner til å spørre seg hva barnet lærer om seg selv i møte med andre, av å bli undersøkt. Dette bør være et element i vurderingen når

man bestemmer seg for framgangsmåte for undersøkelsen.

Undersøkelse som sentralt nå-øyeblikk

Man kan spørre seg om det har betydning for barnets relasjonelle utvikling hvordan fysioterapeuten forholder seg i en tidsavgrenset vurderingssituasjon. Kanskje er det ikke viktig om barnet er deltakende og samhandlende subjekt i dialog med fysioterapeuten, eller blir observert og instruert av fysioterapeuten så lenge situasjonen ikke er gjentakende? Hvis man legger til grunn en antakelse om at mange barn som henvises til utredning hos fysioterapeut vil ha behov for en styrking av jeg-et, samtidig som relasjonelle enkelthendelser (nå-øyeblikk) forstås som vesentlig for selvets utvikling, er det gode grunner til å vurdere hvordan undersøkelsessituasjoner virker inn på barnet fra et terapeutisk/antiterapeutisk ståsted. Undersøkelsessituasjoner med stor grad av voksenstyring kan være spesielt uheldige nå-øyeblikk for barn med psykiske og psykosomatiske problemer, fordi subjekt-objekt-forholdet kan forsterke oppfatninger barnet allerede har om seg selv som uviktig eller underordnet. Kanskje kan undersøkelser med fokus på intersubjektivitet og samspill være sentrale nå-øyeblikk med terapeutisk virkning også på sikt fordi barnet for første gang opplever seg som sett og forstått.

Avslutning

Fysioterapeuten beskriver undersøkelsene av barnet i psykiatripraksis som menings- skapende handlingsdialoger med relasjonell terapeutisk potensial, hvor intersubjektiv dialog og samspill i lek – ut fra barnets interesser og intensjoner – kan gi barnet sentrale nå-øyeblikk med opplevelse av å bli sett og forstått. En slik tilnærming kan ha stor terapeutisk betydning, og det vil være interessant å undersøke videre om fokus på relasjon kan ha betydning også i undersøkelse av barn som er henvist til fysioterapeut for vurdering av bevegelsesutvikling og kroppslig funksjon. Kunnskap om relasjonens betydning kan være gjenkjennbar og relevant også innen andre deler av fysioterapifaget.

Litteratur

1. Thornquist E. Kropp er livshistorie - en kasuistikk. Fysioterapeuten 1997; 64 (2): 14-6.
2. Thornquist E. "Anspenhet og atferdsvansker" - en kasuistikk. Fysioterapeuten 2000; 67 (4): 20-5.
3. Andli E. Kroppsbevissthet i ungdomspsykiatrien: kroppslig tilnærming til ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD: et pilotprosjekt ved Lillestrøm klinikk, Bråten behandlingssenter. Lillestrøm: Akershus Universitetssykehus, 2005.
4. Albert R, Geer U, Horn K, et al. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kinder und Jugendpsychiatrie und Physiotherapie am Beispiel psychogener Gang- und Bewegungsstörungen. Kranken Gymnastikk 1999; 51: 833-8.
5. Meisingseth GC. Fysioterapi som døråpner til psykoterapi: Hvordan jobber fysioterapeuter i et barne- og ungdomspsykiatrisk team. Oslo: Norsk Fysioterapeutforbund, 1996.
6. Pink S. Visual methods. I: Seale C et al. (eds) Qualitative Research Practice. 2. utgave. London: Sage, 2007.
7. Mathiesen KS. The impact of temperament factors and



Title: Physiotherapy assessment and collaboration - an interview study from psychiatric paediatric physiotherapy practice Abstract

- **Aim:** The aim of the article is to add knowledge about the value of the relational quality in paediatric physical therapy assessment.
- **Design:** Qualitative research interview.
- **Material and methods:** This study investigated physiotherapeutic assessment of a child, within a psychiatric paediatric practice. One strategically selected physiotherapist was interviewed about his major focus when assessing a child. The data were analysed and interpreted within a hermeneutic frame of reference.
- **Results:** The analysis shows that the physiotherapist structures the assessment of the child in accordance with the central features that characterize a meaningful dialogue. The child is recognised as an active and equal dialogue partner, and is strengthened in its ability to establish and participate in acknowledging interplays. The assessment situation creates an opportunity to build upon the child's individuality, self-esteem and assertiveness.
- **Conclusions:** Physiotherapy assessments which focus on relational aspects in the situation, opens up possibilities for acknowledging and understanding the child. Hence, such assessment situations can have therapeutic potentials.
- **Key words:** (Paediatric) physiotherapy, assessment, relation, dialogue, psychiatry.

family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology*, 2006; 3: 357-87.

8. Karevold E. Emotional problems in childhood and adolescence: predictors, pathways and underlying structure. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences. Oslo: University of Oslo Unipub, 2008.

9. Winnicott DW. *Playing and reality*. 1. utgave. London: Tavistock, 1971.

10. Hansen BR. Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1991; 28: 568-78.

11. Stern DN. Spedbarnets interpersonlige verden. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.

12. Theophilakis M. Individuell psykoterapi. I: Lier L, Isager T, Jørgensen OS, Larsen FW (red). *Børnepsykiatri*. København: Hans Reitzels forlag, 1988.

13. Stern DN. Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv. 1. utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS, 2007.

14. Cummins A, Piek JP, Dyck MJ. Motor coordination, empathy and social behaviour in school-aged children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2005; 47: 437-42.

15. Thornquist E. Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.

16. Ricoeur P, Thompson JB. *Hermeneutics and the human sciences: Essays on language, action and interpretation*. 1. utgave. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

17. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget, 2009.

18. Flyvbjerg B. Five misunderstandings about case-study research. I: Seale C et al. (eds) *Qualitative Research Practice*. 2. utgave. London: Sage, 2007.

19. Bae B, Waastad JE. Erkjennelse og anerkjennelse – En introduksjon. I: Bae B, Waastad JE (red) *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner*. 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.

20. Ørbeck B. Selektiv mutisme hos barn. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 2008; 45: 1149-54.

Lavterskeltilbud med høy uttelling

■ Brukerne er svært fornøyde med treningstilbudet «Aktiv på dagtid». De fleste opplever at treningen har gitt dem bedre helse – også psykisk. I tillegg har de fått en ny sosial arena.

Aktiv på dagtid (Apd) er et treningstilbud for folk som står utenfor arbeidslivet i Oslo. Tilbudet drives i regi av Oslo Idrettskrets og har eksistert siden 1995. I dag er det tilsvarende treningstilbud flere steder i landet. De som deltar er trygdede, sykemeldte eller personer på arbeidsavklaringspenger. Formålet er å fremme fysisk aktivitet og integrasjon for Oslo-beboere i alderen 18 – 65 år.

NOVA-forskerne Åse Strandbu og Ørnulf Seippel har gjennomført en spørreundersøkelse blant 498 deltakere på oppdrag fra Oslo Idrettskrets. Svært mange mener deltakelsen har bedret helsen. Apd representerer samtidig et møtested, og mange oppgir at det er et sted der de føler de blir møtt som vanlige mennesker - noe de setter stor pris på. Ifølge forskerne er det særlig fire forhold som gjør Apd til et vellykket treningstilbud: kvaliteten er god, det er rimelig å delta, det er et lavterskeltilbud og det er ikke en del av hjelpeapparatet, men en nøytral arena.

Nye Neurac-kurs i høst!



NEURAC - for behandlere, les mer på redcord.no

Neurac 1 - in English	Oslo	14th-16th Oct
Neurac 1	Oslo	19.-21. oktober
Neurac 1	Oslo	9.-11. november
Neurac 1	Oslo	7.-9. desember
Neurac 2 Stimula	Oslo	30. september
Neurac 2 Stimula	Oslo	28. oktober
Neurac 2 Stimula	Oslo	25. november
Neurac 2 Rygg og Bekken	Oslo	26. oktober
Neurac 2 Rygg og Bekken	Oslo	1. desember
Neurac 2 Nakke	Oslo	16. november
Neurac 2 Overekstremitet	Oslo	17. november
Neurac 2 Underekstremitet	Oslo	27. oktober
Neurac 2 Underekstremitet	Oslo	2. desember



Er det noe du lurer på angående Neurac-kurs?
Kontakt oss på telefon 37 05 97 70, eller e-post til redcord@redcord.com