

# Terapeutrollen belyst ved studenterfaringer



**Elisabeth Møyner**, spesialist i psykomotorisk fysioterapi (MNFF). Høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. elisabeth.moyner@hioa.no

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 10.3.2016. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er innhentet skriftlig informert samtykke fra alle informanter. Ingen interessekonflikter oppgitt.

## Sammendrag

- **Innledning:** Ved fysioterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) er det utviklet en ny type studentpraksis, der bachelorstudenter er treningskontakter for pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser. For å kvalitetssikre denne praksismodellen ble studentene intervjuet om sine praksiserfaringer
- **Hoveddel:** Studentene møter relasjonelle utfordringer og bevisstgjøres på ulike sider ved terapeutrollen i møte med pasientene. Artikkelen diskuterer hvordan ulike terapeutposisjoner opptrer som dialektiske motsetninger. Eksempler på slike motsetningspar er ydmykhet/skrårsikkerhet, nærhet/distanse, involvering/avgrensning, profesjonell/privat og venn/terapeut. Som terapeut vil man være i flyt fram og tilbake mellom disse ytterpunktene.
- **Konklusjon:** Denne studien viser at selvstendig studentpraksis gir god læring om egen rolle og hvordan man må tilpasse egen væremåte til den enkelte pasient. Dette er grunnleggende tematikk i all fysioterapibehandling.
- **Nøkkelord:** Terapeutrolle, schizofreni, trening.

## Innledning

Denne artikkelen omhandler studenterfaringer med å være treningskontakter for pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser. Treningskontaktordningen ble utprøvd som studentpraksis i et samarbeidsprosjekt mellom sykehus, bydeler og fysioterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), og senere innført på permanent basis.

### Treningskontaktpraksis

Utgangspunktet for samarbeidet var at utdanningen ble kontaktet av en sykehusfysioterapeut som erfarte at pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser ofte blir passive og fysisk inaktive igjen, etter utskrivelse fra opphold på psykiatrisk avdeling. For å bedre overgangen til en mer aktiv hverdag, ble studenter i 4. semester ved bachelorutdanningen treningskontakter for hver sin pasient ukentlig i 12 uker. Studentpraksisen

bygger på treningskontaktmodellen som ble utviklet for pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer (1). Studentene gjennomgikk et forberedende introduksjonskurs. De hadde to gruppeveiledninger med psykolog og fysioterapeut, og individuell veiledning ved behov. Deltakende pasienter ble vurdert til å kunne fungere alene med studenten og valgte selv treningsaktivitet. Pasientene ble koblet sammen med studenter som kunne «matche» pasientens væremåte, ønsker og behov.

### Schizofreni og bipolare lidelser

Pasientene i prosjektet hadde diagnosene schizofreni eller bipolar lidelse. Kjennetegn ved pasientgruppen er følelsesmessig ustabilitet, nedstemthet og lav selvvrurdering. Bipolare lidelser uttrykkes ved vekslende perioder med mani og depressivitet (2,3). Schizofreni kjennetegnes ved *negative* symptomer som affektavflating, tilbaketrekning,

passivitet og lite initiativ og utholdenhet, og *positive* symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner (2,3). Manglende initiativ og utholdenhet, sammen med bivirkninger av medisiner, fører ofte til inaktivitet, overvekt og somatiske lidelser (4).

### Formål

Det er lite studentpraksis innen psykiatrifeltet, og treningskontaktordningen er en helt ny måte å organisere studentpraksis på. For å kvalitetssikre praksismodellen ønsket utdanningen å undersøke hva studentene hadde erfart og lært gjennom treningskontaktordningen. Artikkelforfatter, som også var prosjektleder, intervjuet studentene for å få utdypet deres praksiserfaringer. Kunnskap om studenterfaringene kan være av interesse for andre utdanningssteder. Studentene deler tanker og erfaringer som også erfarne fysioterapeuter kan ha nytte av å reflektere over for egen del, siden studentene

har et «nybegynnerblikk», og ikke er sosialisert inn i terapeutrollen der ulike sider ved samhandling tas for gitt.

### Hoveddel

#### Metode

Intervjuene ble foretatt åtte måneder etter avsluttet treningskontaktpraksis. Det ble gjennomført tre gruppeintervjuer med henholdsvis fem, to og to deltakere. Ni av ti aktuelle studenter deltok. Studentene var engasjerte og stimulerte hverandre til å huske ulike erfaringer fra praksisperioden. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett, for så å bli analysert gjennom en hermeneutisk fortolkningsmetode. I fortolkningsprosessen veksler en mellom å se på helheten, utvikle meningsenheter ved delanalyse, og deretter se delene inn i en helhet igjen (5,6). Analysen ga følgende tema: relasjonskompetanse, personlige utfordringer, kommunikasjon, motivasjon og endret syn på trening og psykiatri. Ved videre analyse vurderes disse tema som elementer ved terapeutrollen. Studentene ga skriftlig samtykke til intervjuet, og studien er godkjent av NSD.

#### Terapeutiske utfordringer

Studentene hevdet at denne typen praksis ikke passet for hvem som helst; man måtte ha litt «bein i nesa». Hva innebærer et slikt utsagn? Studentene møter en ukjent pasientgruppe, har ansvar alene og møter pasientene på en uvanlig arena for studentpraksis. De opptrer derfor ganske ubeskyttet og sårbare i forhold til annen studentpraksis. I dette møtet der mye er nytt og ukjent, blir terapeutiske utfordringer veldig tydelige. Analysen av materialet viser hvordan ulike terapeutposisjoner opptrer som dialektiske motsetninger. Eksempler på slike motsetningspar er: ydmykhet/skråsikkerhet; nærhet/distanse; involvering/avgrensning; profesjonell/privat og venn/terapeut. Motsetningsparene kan ses på som ytterpunkter på et kontinuum. I behandlingsprosesser vil fysioterapeuter møte kommunikative dilemmaer, der en beveger seg mellom disse ytterpunktene i møte med pasienter. Følgende presentasjon av studenterfaringene synliggjør dette.

#### Å utvikle seg selv i møte med andre

Intervjuene viser stor enighet blant studentene om at det var spesielt lærerikt å ha selvstendig behandleransvar og kunne følge en pasient over tid. Studentene forteller om



Profesjonell kompetanse handler om å kunne forholde seg til ulike typer usikkerhet.

utfordringer med interpersonlige forhold i møte med pasientene. Dette kan blant annet sees i sammenheng med at det ved psykose skjer en subjektivitetssvikelse som endrer pasientens opplevelse av seg selv, gir tankeforvirring, tilbaketrekning og uvirkelig opplevelse av verden (2). Når en person mister fotfeste i en felles menneskelig virkelighetsoppfatning, kan det derfor bli vanskelig å nå inn til vedkommende (3).

For å mestre slike forhold må studentene ha mentaliseringsevne, som defineres til å kunne se seg selv utenfra og andre innenfra. Det innebærer også å kunne ha en forståelse av selve relasjonen og konteksten den utspilles i (3,7). På veiledningsmøter reflekterte studentene over egen rolle og sine relasjonelle erfaringer i etterkant. Selvrefleksjon er å kunne betrakte seg selv, mens det å reflektere over relasjonen man står i, kaller Schibbye relasjons-refleksivitet (7). Slike refleksjonsformer kan gi ny innsikt og forståelse av seg selv, og er sentrale i profesjonsutøvelsen.

#### Usikkerhet i møte med det ukjente

Studentenes første møte pasienten var på sykehuset der pasienten hadde vært innlagt, sammen med behandlende fysioterapeut. Studentene var spente og usikre på hvordan diagnosen ville spille inn på pasientenes oppførsel. En sa det slik: «*For å være ærlig, ... var litt redd ... for jeg har hørt de er helt gærne på psykiatrisk avdeling*». En annen sa: «*Jeg var litt redd for at pasienten min skulle høre andre stemmer, begynne å se ting som jeg ikke så, ...(..) hvordan skal vi da reagere?*». En tredje tenkte tilsvarende: «*Nå ser jeg en mann der borte, ser du ham? Hvordan takle en situasjon med hallusinasjoner og paranoide tanker... og sånt?*».

Studentenes forforståelse preges av både allmenn og teoretisk kunnskap om alvorlige psykiske lidelser. De er oppriktige og ærlige om egen usikkerhet om hvordan man skal forstå og forholde seg til aktuell pasientgruppe. Smebye omtaler dette som kognitiv usikkerhet og interaksjonsusikkerhet. Han fremhever at profesjonell kompetanse handler om å kunne forholde seg til slike typer usikkerhet (8).

Studentenes forforståelse ble endret da de møtte sin pasient. Noen forventet at pasienten ville vært mer i sin egen verden, slik en uttrykte: «*Hun var jo egentlig normal, ... (...) akkurat som en ungdom som var usikker på seg selv*». En student fortalte at pasienten ikke kom til første avtale og dette gjorde henne usikker. Da de senere møttes, merket pasienten hennes usikkerhet: «*Det første min pasient sa til meg var: 'må ikke være nervøs. Er du nervøs, eller?'*». Studenten kommer her opp i en uventet situasjon, der den andre oppfatter hennes usikkerhet, og helt uforberedt mister hun sin autoritet som terapeut og fremtrer som en vanlig, likeverdig person. Vetlesen beskriver hvordan et positivt møte ledsages av ord som likeverdighet, åpenhet for annerledeshet, tillit og ydmykhet (9). Tolket ut fra en slik ramme, kan studentenes usikkerhet og ydmyke holdning ha gitt pasienten en opplevelse av fellesskap basert på likeverd og tillit.

I motsetning til andre behandlere hadde studentene begrenset kunnskap om pasientens symptomer og særtrekk. Pasienten har personlig ekspertise om seg selv og sin livsverden, mens studenten har faglig ekspertise på kropp og trening. Ekspertbegrepet er alltid relasjonelt, man er ekspert i forhold til «ikke-eksperter» (8). Deling av ekspertroller, som her, vil gjøre begge meningsberettigede og kan gi et utgangspunkt for en likeverdig og symmetrisk allianse (7). Pasienten må stille opp for at studentpraksisen blir godkjent, mens studenten bidrar til at pasienten får en mer aktiv hverdag. De blir derfor gjensidig betydningsfulle for hverandre, noe som forsterker symmetrien i relasjonen.

#### Venn eller terapeut?

Mange studenter strevde med grenseoppgangen mellom å være venn eller terapeut, og privat eller profesjonell. Ifølge studentene omtalte pasientene dem som en «treningskompis» eller «treneren min» til familie og øvrige behandlere. Dette kan spille at pasientene deltok i en hverdagsaktivitet, i kontrast til andre støtte- eller behandlingstiltak. Flere pasienter hadde lite sosiale nettverk utover familie og behandlere, og studentene kan derfor ha fått en sentral sosial rolle. Pa-

sient og student trener sammen i et tilsynelatende likeverdig forhold, og flere studenter var jevngamle med sin pasient. Dette kan øke opplevelsen av nærhet og fellesskap og forsterke vennefølelsen. Erfaring viser at det kan skapes sterke bånd mellom personer som gjør og opplever ting sammen (10).

Flere pasienter var sosialt unnvikende med stor grad av angst. De ville trene hjemme eller starte trening hjemmefra. Det å møtes i pasientens hjem, gjerne med en kaffekopp, kunne forsterke vennefølelsen og utfordre profesjonsrollen. Når treningsaktiviteten skjer på en utradisjonell arena for fysioterapi, mangler ytre rammer som regulerer aktiviteten. Dette kan bidra til at grensene utviskes og rollene blir utydelige, slik en student uttrykte: «*Det er mye lettere når jeg er kledd i en blå treningsbukse og hvit T-skjorte med navneskilt. Da synes det at du er fysioterapeut*».

Dersom pasienten har lite erfaring med nære relasjoner, kan vedkommende åpne opp for nær tilknytning, uten å innse at det ikke kan bli varig. Henriksen og Vetlesen hevder at dersom pasienten tildeler terapeuten en vennerolle, kan dette være en projisering av et slikt vennebehov. Nærhet forutsetter et personlig engasjement, samtidig er det etisk nødvendig i en terapisisituasjon å skape en avstand. Yrkesetisk profesjonalitet forutsetter et slikt samspill mellom nærhet og avstand (7,11). Terapeuten må derfor opptre som en autonom person som ivaretar egne behov og har et avgrenset forhold til seg selv og andre, slik at pasienten kan ha noen «å speile seg mot» (7). For studenter må dette bevisstgjøres og læres over tid.

### Involvering og selvavgrensning

Studentene påpekte at de ikke var godt nok forberedt på hvordan man møter pasienters ulike væremåter. Dette ble tydeliggjort i møte med aktuell pasientgruppe, der pasientene kunne være uforutsigbare, ambivalente, demotiverte og ha forvrent virkelighetsforståelse. Studentene uttrykte eksempelvis usikkerhet for om noe kunne «*eskalere*» dersom de sa noe feil. De fortalte hvordan de måtte «*lese den andre*» og vurdere kroppsuttrykk og mimikk når den andre ikke uttrykte seg verbalt. Evne til å fortolke tegn og uttrykksmåter er viktig for å forstå sosial mening, og er en vesentlig del av interaksjonskunnskap (8). Å utvikle slik taus kunnskap forutsetter empatisk holdning og mentaliseringsevne (3,7,9).

Pasientene kunne være nedstemte, innadvendte og lite verbale, og dette kunne ha betydning for at kommunikasjonen opplevdes som tung og vanskelig. En student uttrykte det slik: «*Jeg måtte bruke mye energi på å dra ut og bygge opp (...) hun hadde et veldig negativt syn på seg selv... var veldig innesluttet og usikker*». En annen student reflekterte over det å tåle stillhet i en terapisisituasjon: «*Det er OK å være litt mer stille selv, så må pasienten på banen*». Schibbye beskriver hvor viktig det er at terapeuten lener seg tilbake og lar den andres uttrykk komme fram (7). Men pasientens adferd kan også forstås som et diagnostisk uttrykk, eller tolkes til at pasienten holder avstand til andre for å beskytte seg mot nye relasjonelle skuffelser (12). Pasienten kan altså ha problemer med å forholde seg til andre enn seg selv, men allikevel trenge oppmerksomhet.

Motsatte erfaringer kom også frem, eksempelvis når pasienten i første møtet skravlet uavbrutt og overøste studenten med komplimenter. Studentene fortalte: «*Jeg ble helt 'satt ut', og måtte gå litt unna og sette meg*». I terapi er det nødvendig å jobbe med selvavgrensning for å kunne tåle ulike reaksjoner fra den andre. Slik kan en unngå emosjonell smitte eller overføring av den andres følelser (7,12).

Ved oppstart av treningsperioden ble det anbefalt å avtale faste møtetidspunkt og innhold for treningstimen. Noen pasienter kom stadig for sent eller utsatte avtalene. I ettertid mente studentene at de skulle satt tydeligere grenser. En fortalte at hun ventet i nesten to timer, med flere telefonsamtaler, før pasienten dukket opp. En slik utholdenhet speiler et stort engasjement som kan ha gitt positive forhåpninger hos pasienten (10,13). For studentene kunne det være vanskelig å forstå at manglende oppmøte skyldtes forhold ved pasienten, og ikke ved treningsopplegget eller en selv. Schibbye hevder at dersom terapeuten er usikker på egen kompetanse kan pasientens ambivalens lett omformes til en negativ egenskap ved en selv (7). Studentene er i sin første praksis og er naturlig nok ekstra sårbare for denne type opplevd avvissning.

### Personlig og profesjonell

Noen studenter ble opprørte og uttrykte sympati for pasientene, når de hørte historier om hvordan pasientene ble møtt av behandlerapparatet. Men studentene måtte korrigere egen oppfatning, når det viste seg

at pasientens historie var en fordreining av virkeligheten. I terapeutiske sammenhenger kan det være utfordrende å finne balansen mellom egenperspektivet (min verden), andreperspektivet (din verden) og det intersubjektive perspektivet (vår verden) (12). Som terapeut må en våge å tro på den andre, men også være forberedt på at historiene kan presenteres ut fra hva som er til fordel for pasienten i situasjonen. Terapeuten må derfor være deltagende på både en personlig og faglig måte, og kunne analysere hva som skjer i situasjonen.

En student fikk høre at pasienten var lagt i tvangsjakke og tvangsmedisinert under innleggelse. Studenten syntes det var vanskelig å forestilles seg at hennes pasient ble utsatt for tvangstiltak, og forklarte hvordan hun: «*valgte å tro at det ikke stemmer, ... lettere for meg å håndtere det sånn*». Terapeuter kan unngå å følge opp utsagn med spørsmål og utdypninger for å beskytte seg selv, når virkeligheten innimellom er for tung å ta inn. Terapeutrollen krever at en kan være i et bredt spekter av følelsesmessige tilstander, uten å distansere seg ved bruk av avvergestrategier (eksempelvis benektning) når vanskelige følelser dukker opp (12).

### Tiltro til den andre gir håp om mestring

Mange studenter oppfattet pasientene som mindre «*uvanlige*» enn antatt. Denne «*naiviteten*» kan ha vært betydningsfull. Ifølge bydelskontaktene hadde studentene en annen holdning til pasientene enn andre behandlere, og stilte mer krav til pasientene enn de var vant til. Eksempelvis kom studentene med pigger til sko, staver og reflekser, hvis pasienten ikke ville møte til avtalt trening fordi det var kaldt, glatt eller mørkt ute. Dersom pasientene ikke ville gjøre plan-

#### Kort sagt

- Selvstendig behandleransvar for en pasient over tid, gir god læring for studenter.
- Personlige egenskaper og relasjonelle ferdigheter er sentralt for en god terapeutisk allianse med pasienten.
- Profesjonell kompetanse innebærer et reflektert forhold til egne verdier og væremåter for å kunne håndtere relasjonelle dilemmaer og konflikter.



lagt aktivitet, fant studentene på noe annet. Det å bli møtt med krav og forventninger og en ikke-dømmende holdning, representerer likeverd og kan gi pasientene en opplevelse av anerkjennelse og tro på mestring (7,11,13). Likeverdighet er knyttet sammen med prinsippet om selvbestemmelse, og det er et sentralt skille mellom å ta ansvar *for* og ansvar *fra* den andre (11). Anerkjennelse kan styrke egen selvfølelse gjennom håp og økt tiltro til seg selv. Dette står i sterk motsetning til lært hjelpeløshet som kan oppstå dersom pasienter blir objekter som skal hjelpes og ordnes for (13). De kan da bli passive og uten tro på at de selv kan gjøre noe for å lykkes. Manglende tro på seg selv gjør det lett å bli avhengig av andre personer og ytre belønninger (13). Studentene erfarte nettopp dette: pasientene var veldig avhengig av mye ytre motivasjon.

## Urealistisk selvvurdering

Studentene hadde ulike erfaringer med pasientenes treningsnivå; noen kunne trene hardt, mens andre var slitne før de rundet hushjørnet. Det viste seg at flere pasienter hadde urealistiske målsetninger for treningen. De ønsket mer enn de mestret. En pasient hadde foreslått: «Kanskje vi kan svømme, eller danse, ... eller løpe rundt Sognsvann?». Studenten konkluderte med at løping var helt urealistisk siden pasienten knapt orket å gå 400 meter. En annen hadde som mål å svømme 1.000 meter, men i bassenget viste det seg at vedkommende ikke kunne svømme. På den annen side kunne pasientene klare mer enn de ga uttrykk for, slik en student erfarte: «Jeg prøvde å få han til å gå forttere, men han var ikke i form. Da det be-

gynte å regne, løp han avgårde».

En pasient vurderte treningen til «svært anstrengende» på Borgs skala uten tegn til å være andpusten. En annen pasient oppga lav skåring på anstrengelse ved løp på tredemølle, mens pulsbeltet viste 180. Ved samtale etterpå sa pasienten at hun var kjempesliten. Studentene fikk problemer med å fortolke slike motsetningsfylte selvvurderinger. Ville ikke pasienten akseptere egen treningstilstand, men gi inntrykk av at hun var i god form? Kunne det tolkes til at pasienten ønsket å fremstå like sprek som studenten? Vetlesen skriver at psykiske lidelser er sterkt forbundet med skam, og mange ønsker å holde sykdommen skjult (9). Manglende konsentrasjon og tankeforvirring kan også gjøre selvrappotering vanskelig. Generelt sett vil det være en viss usikkerhet knyttet til selvrappotering, da mange ønsker å fremstå bedre enn virkeligheten tilsier.

## Relasjonsgrunnleggende betydning

Noen pasienter trente jevnlig med god intensitet uten problemer. Mange av studentene erfarte imidlertid at de hadde for høye forventninger til nivå på treningsaktiviteten. En student sa: «De kan jo trene som oss, de har ikke noen paralysse eller sånt å ta hensyn til». Studentene hadde lite pasienterfaring, og sammenliknet med eget treningsnivå kunne det bli uforståelig hvor lite pasientene faktisk orket før de måtte ha pause. Flere av pasientene var dekondisjonerte og hadde liten grad av kroppskontakt. I tillegg kan sykdomstegn som ambivalens, unnvikelse, innadvendthet og manglende konsentrasjon bidra til liten utholdenhet (2,4).

Studentene endret sin innstilling til tre-

ningsnivået underveis i praksisperioden. De konkluderte med at det å møte til en avtale, det å gjøre *noe* sammen, kunne være et mål i seg selv. Eksempelvis vil en felles gåtur innebære å være utenfor hjemmet, bevege seg, møte andre personer, snakke med noen og kanskje handle mat. Når studentene erfarte at forhold utenom selve treningsaktiviteten var betydningsfullt i pasientens hverdagsliv, kunne de lettere akseptere at treningseffekten ble liten. En student uttrykte det slik: «Det å kunne se at det gleder den andre at man kommer... når de sier at det letter litt på dagen... selv om man nesten ikke har trent noe». Friis hevder at relasjonen er en hjørnestein i all psykiatrisk behandling. Innen somatisk medisin fokuseres det mest på symptomer og adferd, mens behandlingen av det lidende menneske forsømmes. Gode relasjoner kan bidra til bedring, mens uheldige relasjoner kan ha skadelig effekt i form av økt symptompress og mer uro (14). Sett i lys av dette, var studentenes innsats svært verdifull selv om flere opplevde at motivasjonsarbeidet overfor pasientene ga liten respons på treningsinnsatsen. Men en god relasjon kan muligens gi økt treningsaktivitet over tid?

## Metodekritikk

Dersom studentene hadde blitt intervjuet umiddelbart etter praksis kunne det gitt rikere beskrivelser. Studentene hadde imidlertid hatt en ny praksisperiode i mellomtiden, og flere hevdet at det var i senere studentpraksis de oppdaget hva de hadde lært som treningskontakter. Min forforståelse som intervjuer var preget av kjennskap til student erfaringer fra veilednings- og evalueringsmøte. Dette påvirket intervjuguiden og kan ha hindret nye momenter å komme fram. Dowling hevder dessuten at egen forforståelse kan begrense en i å se mangfoldet av tolkningsmuligheter (5). Studien baseres på et lite utvalg, men de samme hovedtemaene er blitt fremhevet på samtlige evalueringsmøter fra flere studentkull.

## Avslutning

Artikkelen viser at denne praksismodellen kan være en verdifull læringsarena. Det å ha selvstendig behandleransvar ble fremhevet som svært viktig, da studentene selv måtte håndtere uventede forhold og tilpasse treningsaktiviteter ut fra pasientens varierende tilstand. Det å måtte håndtere dilemmaer og konflikter i møte med pasienten er en viktig del av profesjonalisering for terapeuter.

### Title: The therapeutic role illuminated by students' experiences

#### Abstract

- **Introduction:** A new type of student practice has been developed at Oslo and Akershus University College (HiOA), Bachelor students act as physical activity mentors for patients with severe mental disorders. To assure the quality of this practice, the students were interviewed about their practical experiences.
- **Main part:** The data show how different therapeutic positions act as dialectical opposites. Examples of such dichotomies are: unsure/self-assured; proximity/distance; professional/private; friend/therapist. During treatment processes the therapist will move between these extremes. The students experienced how challenging this can be.
- **Conclusion:** This study shows that when the students practice on their own, they learnt about their therapeutic role and how to adapt their own behaviour to the individual patient. These are fundamental in all physiotherapy treatment.
- **Keywords:** Therapeutic role, schizophrenia, physical activity.

# Symptomer må anerkjennes

**Jannicke Smith**, spesialist i psykomotorisk fysioterapi (MNFF).  
jannickesmith@hotmail.com

Dette **fagessayet** ble akseptert 1.3.2016.  
Fagessay vurderes av fagredaktør.  
Ingen interessekonflikter oppgitt.

## Sammendrag

■ Det er for mange mennesker som strever med usynlige symptomer i kropp og sinn, og som ikke tilbys hensiktsmessig behandling og nødvendig oppfølging i helsevesenet. Rehabiliteringsprosjektet «Stopp en halv - beveg deg - og bli beveget» henvendte seg til mennesker med kroppslige og mentale reaksjoner på stress og livsbelastninger. Disse fikk tilbud om et lærings- og mestringskurs, der hovedfokus var å bedre forståelsen for og opplevelse av at kropp og sinn er uløselig knyttet sammen. Kunne et slikt kurs bidra til å bringe prosessen for den enkelte et skritt i riktig retning? Tilbakemeldingene fra deltakerne tyder på det. Mange rettet ryggen med en ny forståelse og etterspurte relevant behandling med større trygghet og tyngde.

**DET LYDER SOM** et paradoks, men det skal visstnok nok være bedre å rammes av sykdommer i hjerte og hjerne. Verre er det å rammes av hendelser som setter smertefulle avtrykk i kropp og sinn. I verste fall kan et funksjonstap reduseres til et spørsmål om å ta seg sammen.

Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering arrangerte sin årlige LEV VEL konferanse 19. januar d.å. Opplevelsen av å leve med såkalte «upopulære sykdommer» var i fokus.

Det var her det ble sagt at det er bedre å rammes av sykdommer i hjerte og hjerne. Ikke fordi dette ikke kan ha fatale konsekvenser for den som rammes, men fordi helsevesenet i økende grad kan tilby effektive behandlinger med gode resultater. Mennesker som sliter med høyt symptomtrykk i kropp og sinn derimot, kan streve med å finne gode behandlingstilbud og få nødvendig oppfølging.

Med støtte fra Rådet for psykisk helse mottok jeg prosjektmidler fra Extrastiftel-



For å bli gode fysioterapeuter trengs ulike typer kompetanse, både faktakunnskap og et reflektert forhold til egne verdier og væremåter

Hvordan kan vi i fremtiden sørge for at faktakunnskap spiller konstruktivt sammen med den relasjonelle tause kunnskap? Med økende grad av akademisering av profesjonsrollen og vektlegging av evidensbasert kunnskap, kan vi stå i fare for at grunnleggende forhold ved det å møte en annen blir sett på som mindre vesentlig, både i utdanning og i praksis. Det er behov for mer forskning for å styrke denne siden av fysioterapifaget for fremtiden.

## Takk

Takk til fysioterapeut Ane Borrebæk som tok initiativ til samarbeidet og har vært

sentral i utvikling og gjennomføring av studentpraksisen. Takk til alle involverte i samarbeidsprosjektet, både i bydeler og på Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus.

## Referanseliste

1. Skrede A, Munkvold H, Watne Ø og Martinsen EW. Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:1925-7.
2. Malt UF, Årslund D, Andreassen OA et al. Lærebok i psykiatri. 3.utgave Oslo: Gyldendal Akademisk Oslo, 2012.
3. Skårderud F, Haugsgjerd S og Stänicke E. Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
4. Vera-Garcia E, Mayoral F, Vancampfort D et al. A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update. Psychiatry Research 2015; 08: 229 (3).
5. Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 131- 142.
6. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.

7. Schibbye ALL. Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.

8. Smebye J. Profesjon og ekspertise I: Molander A (red) og Smebye J (red) Profesjonsstudier II. Oslo: Universitetsforlaget, 2013.

9. Vetlesen AJ Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1118-21.

10. Bøe TD og Thomassen A. Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.

11. Henriksen J-O og Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006 .

12. Røkenes OH og Hanssen PH. Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.

13. Wørnnes B og Manger T. Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.

14. Friis S. Skjerming - straff eller støtte. Tidsskr Nor Legeforen 2015; (1): 135:8.