

Interpersonlig resonnering

- PRAKTISK ANVENDELSE AV MODELLEN FOR TILSIKTET SAMSPILL

Av Knut Vøllestad, Silje Torgrimsen, Therese Öqvist og Tore Bonsaksen

Knut Vøllestad er ergoterapeut. Han er avdelingsleder ved Bofellesskapet for psykisk helse i Nome kommune og høgskolelærer ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

E-post: knut.vollestad@hioa.no

Silje Torgrimsen er ergoterapeut og medarbeider ved Fontenehuset Oslo.

Therese Öqvist er ergoterapeut og for tiden arbeidssøkende.

Tore Bonsaksen er ergoterapispesialist. Han er ansatt som førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

E-post: tore.bonsaksen@hioa.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

INTERPERSONLIG RESONNERING

Abstrakt

Modellen for tilsiktet samspill (IRM) beskriver interpersonlig resonnering som en betegnelse for terapeutens oppmerksomhet og tenkning om relasjonelle hendelser som oppstår i terapien, om klientens reaksjoner på hendelsene og om terapeutens egne reaksjoner og væremåter. De sentrale elementene i IRM er nylig presentert i Ergoterapeuten, men til nå foreligger det få publiserte beskrivelser av hvordan man kan bruke modellens begreper knyttet til interpersonlig resonnering i ergoterapeutisk praksis. Gjennom en periode med studentpraksis i 2013 utforsket to studenter dette spørsmålet i samarbeid med to av lærerne ved ergoterapiutdanningen i Oslo. Artikkelen beskriver og diskuterer to eksempler som tar utgangspunkt i studentenes erfaringer med å bruke IRM som et redskap for klinisk resonnering over situasjoner i praksis.

Nøkkelord: Modellen for tilsiktet samspill, Intentional Relationship Model, interpersonlig resonnering, studenter, praksis

INTRODUKSJON

Sunn ergoterapipraksis hviler på en teoretisk forståelse av sentrale faktorer som gir retning til menneskets aktivitet i samspillet med sine omgivelser. Terapeutisk resonnering dreier seg om å anvende denne teoretiske forståelsen på en konkret situasjon. I praksis vil dette være den prosessen som resulterer i terapeutens forståelse av klienten og av hans eller hennes aktivitet og aktivitetsproblemer i en gitt livssituasjon, og som ligger til grunn for beslutninger som angår klientens behandling (Kielhofner & Forsyth, 2008; Watson & Haas, 2010). Det er derfor en kompleks øvelse å resonnerer terapeutisk. Det innebærer dels å knytte konkrete problemer sammen med abstrakte prosedyrer for å løse dem, og slik ta observatørens perspektiv. Samtidig vil et terapeutisk resonnement legge vekt på den menneskelige interaksjonen mellom klienten og terapeuten med siktemål om å lære klienten som person bedre å kjenne, og å skape en positiv terapeutisk samarbeidsrelasjon (Mattingly & Fleming, 1994).

En rekke studier og teoretiske arbeider peker mot en relativ samstemmighet i ergoterapiprofesjonen om den sentrale betydningen av en god terapeutisk relasjon til klienten (Allison & Strong, 1994; Cole & McLean, 2003; Eklund & Hallberg, 2001; Palmadottir, 2006; Peloquin, 1990, 2003). Likevel er det først med den nylig introduserte modellen for tilsiktet samspill (Intentional Relationship Model (IRM); Taylor, 2008) at det er blitt innført et konsistent teoretisk rammeverk for å beskrive og forstå interpersonlige prosesser og det terapeutiske forholdet i ergoterapeutisk praksis. Deler av modellen kan

minne om Hagedorns (1995) beskrivelse av terapeutisk prosess, men her ligger hovedfokuset på terapeutens handlinger, og ikke så mye på responsen fra klienten.

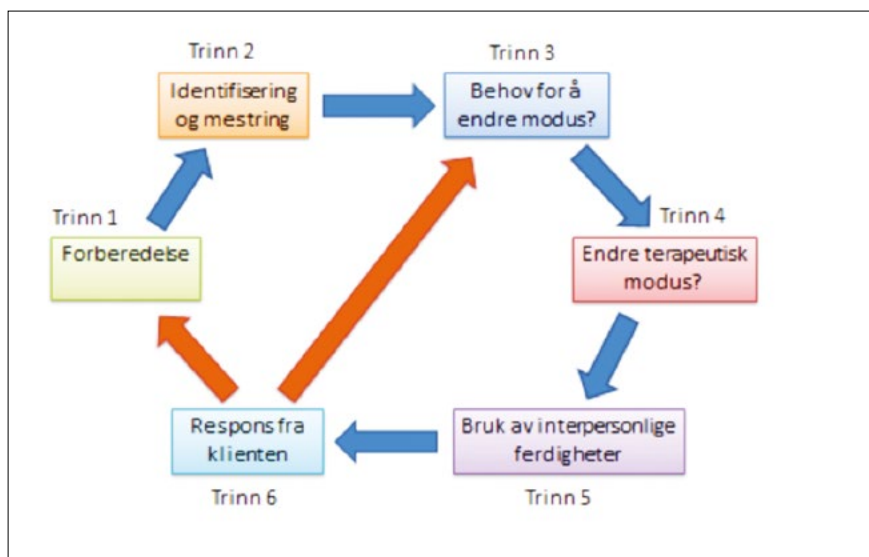
Interpersonlig resonnering er i denne modellen gitt som betegnelse for terapeutens oppmerksomhet og tenkning om relasjonelle hendelser som oppstår i terapien, om klientens reaksjoner på hendelsene og om terapeutens egne reaksjoner og væremåter (Taylor, 2008). Ifølge IRM er dette en prosess som følger en sekvens av seks distinkte trinn (Bonsaksen, Vøllestad, & Taylor, 2013; Taylor, 2008). I første trinn må terapeuten erkjenne at viktige relasjonelle hendelser vil kunne spille seg ut i terapien, og han eller hun bør i en viss utstrekning være i stand til å forutse når eller under hvilke omstendigheter de kan oppstå. I det andre trinnet sikter terapeuten mot å identifisere slike hendelser når de oppstår, slik at det blir mulig å håndtere situasjonen. En rasjonell håndtering av situasjonen består gjerne av at terapeuten finner fram til gode måter å håndtere sine egne følelser på, slik at umiddelbare reaksjoner som kan skape vansker for det terapeutiske forholdet, kan unngås.

Når en interpersonlig hendelse har funnet sted, og terapeuten innledningsvis har avklart sine egne reaksjoner til hendelsen, vurderes det i trinn tre om det er behov for en endring i terapeutstil. En endring kan være nødvendig for å motvirke prosesser som ellers kan skade relasjonen til klienten. I denne modellen har Taylor (2008) definert seks ulike terapeutstiler, eller modi, som hver har sine styrker og potensielle svakheter. De seks modiene benevnes som *talsperson*, *sam-*

arbeid, *empati*, *oppmuntring*, *instruksjon* og *problemløsning*. En endring i terapeutstil vil for eksempel kunne innebære å endre fra en problemløsende stil til en mer empatisk stil.

Trinn fire består i en påfølgende valgt responsmodus, og kan ofte være en endret respons som er tilpasset vurderingen av klientens behov i situasjonen. Samtidig vil terapeuten trekke veksler på en rekke interpersonlige ferdigheter, slik som kommunikasjonsferdigheter, konfliktløsning og forståelse for utfordrende atferd. Interpersonlige ferdigheter forbundet med den valgte responsmodusen trekkes med i resonneringen i trinn fem. Det sjette og siste trinnet innebærer at terapeuten inviterer klienten til å meddele seg om hvordan han eller hun har det med det som nå skjer i terapien, herunder også forholdet til terapeuten og hvordan dette har utviklet seg. Denne informasjonen vil i sin tur sette terapeuten i stand til på nytt å vurdere om han eller hun bør endre sin terapeutstil (trinn 3). Den vil også kunne forberede terapeuten på hvilke relasjonelle utfordringer han eller hun vil kunne bli stilt overfor videre i forløpet (trinn 1).

På denne måten vil interpersonlig resonnering kunne lede til en selvforsterkende prosess hvor terapeuten gjennom erfaring tilegner seg gradvis bedre kunnskap om hvordan ulike typer hendelser, og sin egen respons på disse, kan virke styrkende eller skadelig for forholdet til klienten, og hvordan det terapeutiske forholdet best kan formes for å fremme klientens engasjement i viktige aktiviteter. Figur 1 illustrerer interpersonlig resonnering som en prosess i seks trinn.



Figur 1. Interpersonlig resonnering som en prosess i seks trinn.

Modellen for tilsiktet samspill er nylig presentert også i norsk sammenheng (Bonsaksen et al., 2013). Så langt finnes det imidlertid ingen norskspråklige artikler som viser hvordan modellens begreper konkret kan knyttes til ergoterapeutisk praksis, og vi har funnet kun én tilsvarende artikkel i internasjonale tidsskrifter (Smith & Taylor, 2011). I denne artikkelen sikter vi derfor mot å vise og diskutere eksempler på hvordan IRMs begrep om interpersonlig resonnering kan finne konkret anvendelse i ergoterapeutisk praksis.

Metode

Våren 2013 gjennomførte studentene (forfatterne ST og TÖ) en praksisperiode på ti uker i psykisk helsearbeid på to ulike praksissteder. De ble før praksis invitert til å delta i et prosjekt gjennom praksisperioden. Prosjektet siktet mot å utforske IRMs mulige verdi som et begrepsmessig rammeverk for å gi mening og struktur til erfaringer fra praksis. Konkret ble de bedt om ukentlig å skrive detaljerte, men samtidig strengt

anonymiserte, refleksjonsnotater med utgangspunkt i klientrettede situasjoner fra praksis som de opplevde hadde betydning for deres forhold til klienten. Notatene ble skrevet inn i en organisert begrepsstruktur som tok utgangspunkt i Taylors (2008) beskrivelse av trinnene i den interpersonlige resonneringsprosessen, og skulle sendes til lærerne (forfatterne KV og TB) før hvert møte. Notatmalen med organiserende hjelpespørsmål er vist i Tabell 1.

Videre deltok studentene på tre møter med lærerne i løpet av praksisperioden. Møtene hadde en og en halv times varighet og ble holdt tre, seks, og ni uker ut i perioden. Målet med møtene var å dele studentenes erfaringer fra praksis, med et utgangspunkt i forhåndsinnsendte refleksjonsnotater, og i fellesskap diskutere hvordan begrepene knyttet til IRM og interpersonlig resonnering kunne gi struktur, mening og mulige løsningsforslag til situasjonene som ble beskrevet. Minst en situasjon fra hver av studentene ble presentert og diskutert på hvert møte. Vi vil videre i denne

artikkelen presentere to slike situasjoner der IRM ble tatt i bruk, og som deretter ble diskutert på møtene mellom studenter og lærere ved høgsolen.

Siljes eksempel

En av aktivitetssituasjonene der Silje benyttet seg av IRM, fant sted omtrent midtveis i praksisperioden, og hun hadde på dette tidspunktet allerede fått prøvd ut modellen noen ganger. Hun var derfor bevisst på modellens trinn, sammenhengene mellom dem og ferdighetene knyttet til de ulike modiene.

TRINN 1 – FORBEREDELSE

Klienten i dette eksemplet var sjelden innom praksisstedet, som var en institusjon, og Silje hadde kun møtt henne et par ganger. Det meste av informasjonen Silje satt inne med om klienten, hadde hun fått fra kolleger, og bakgrunnskunnskapen gav henne inntrykk av en klient med et sammensatt sykdomsbilde og en utfordrende livssituasjon, og en dagsform som varierte med svingende stemningsleie og problematisk atferd. Å sitte inne med slik bakgrunnskunnskap kan skape utfordringer for terapeuten fordi man kan bli forutinntatt med skeptiske holdninger eller frykt (Taylor, 2008). Samtidig kan det bidra til at man forbereder seg grundigere på å møte vansker i spillet, og til at man kan planlegge hvordan man vil håndtere spesielle situasjoner som skulle oppstå. En interpersonlig ferdighet Silje brukte i denne fasen var derfor knyttet til å hente kunnskap fra andre samarbeidspartnere.

Klienten fremsto som sliten og fraværende denne dagen, og det var vanskelig å tolke signalene

TRINN	HENDELSER
FORBEREDELSE	Hva ga deg grunn til å tenke at forholdet ditt til klienten kunne bli satt på prøve?
IDENTIFISERING OG MESTRING	Hva var det i hendelsen som ble relasjonelt utfordrende? Hva gjorde du for å håndtere dine egne reaksjoner?
BEHOV FOR Å ENDRE MODUS?	Hvilken modus handlet du i da situasjonen oppsto? Hva var det i hendelsen som eventuelt tilsa et behov for å endre modus?
ENDRE TERAPEUTISK MODUS?	(Hvordan) valgte du å endre modus? Hvordan ga dette seg uttrykk verbalt og i aktivitet?
BRUK AV INTERPERSONLIGE FERDIGHETER	Hvilke ferdigheter brukte du videre i samhandlingen? Hva trenger du å øve mer på?
BE OM RESPONS FRA KLIENTEN	Hvordan opplevde klienten hendelsen? Hvordan opplevde han/hun din respons på hendelsen?

Tabell 1: Mal for refleksjonsnotat om interpersonlig resonnering.

Note. Oversatt og bearbeidet av Tore Bonsaksen etter Taylor, R.R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.

hun sendte. Silje holdt seg bevisst litt avventende i bakgrunnen for å se om klienten ville kontakte henne. Da dette ikke skjedde, spurte Silje klienten om de to skulle spille bordtennis, fordi dette var en aktivitet hun ifølge andre ansatte likte å holde på med. I denne situasjonen følte Silje seg usikker på klientens respons, siden de to ikke kjente hverandre fra før. Silje tenkte at klienten i verste fall ville avvise henne, men hun var positiv og ønsket å spille.

TRINN 2 – IDENTIFISERING OG MESTRING

Underveis i spillet uttrykte klienten interesse for bordtennis, og de to utvekslet erfaringer om spillet. Tonen mellom de to var positiv og dialogen gikk lett. Etter hvert begynte klienten å snakke lavere, og det ble stadig vanskeligere for Silje å høre hva hun sa. Til slutt stoppet klienten helt opp, og Silje trodde det var noe de hadde snakket om som skapte denne reaksjonen. Silje ble da usikker på

hvordan hun skulle møte klienten best. Hadde hun behov for tid og ro til å samle egne tanker? Eller trengte hun å bli hentet tilbake til spillet igjen? Silje vurderte klientens kroppsspråk, og valgte å gi henne tid og ro i situasjonen, før hun gjenopptok samhandlingen.

TRINN 3 – BEHOV FOR Å ENDRE MODUS

I denne situasjonen endret Silje sin modus som samtalepartner og medspiller. Fra å være i en positiv og engasjert spillesituasjon, fremstod klienten nå som taus, passiv og sårbar. Silje begynte å identifisere seg med klienten på bakgrunn av den sårbarheten hun viste, og hadde medfølelse for henne. Silje endret modus fra å være en aktiv deltaker i en spillsituasjon preget av en *samarbeidende modus*, til å gå over i en *empatisk modus*.

TRINN 4 – ENDRE TERAPEUTISK MODUS

Selve skiftet fra den *samarbei-*

dende til den *empatiske* modus skjedde gradvis. Slike behov for skifte av modus er ikke uvanlige i arbeid med sårbare mennesker, hvor stemningsleiet kan skifte raskt. Spesielt i arbeid innen psykisk helse og i rusomsorgen oppleves slike situasjoner stadig. Refleksjon er nødvendig for å skape bevissthet om hva som er ens egne følelser i møtet med klienten («motoverføring»; Røssberg, 2006), og om hvilken strategi man skal velge å bruke videre (Taylor, 2008). Silje valgte å gi klienten tid til å hente seg inn, og åpnet for at de godt kunne ta en pause fra spillet. Klienten pratet rolig videre, og sa at de kunne gjenoppta spillingen senere.

TRINN 5 – BRUK AV INTERPERSONLIGE FERDIGHETER

I denne situasjonen brukte Silje ferdigheter i terapeutisk kommunikasjon. Aktiv lytting og tolking av non-verbal kommunikasjon kan spesielt trekkes frem, sammen med bruk av empati og støtten-

de kommunikasjonsferdigheter. For å kunne støtte klienten bedre gjennom situasjonen ønsket Silje at hun hadde mer informasjon om klienten, og at hun hadde mer erfaring med hvordan hun kunne møte klienten.

TRINN 6 – BE OM RESPONS FRA KLIEN- TEN

Etter at episoden var over, og klienten igjen virket mer opplagt, spurte Silje klienten hvordan hun hadde opplevd samspillet. Klienten svarte at det hadde vært fint å ha noen som lyttet på henne.

Thereses eksempel

Thereses eksempel er hentet fra en annen situasjon som oppstod spontant. Denne episoden fant sted omtrent halvveis i praksisperioden. Therese hadde også fått mulighet til å prøve ut IRM noen ganger, slik at hun hadde et forhold til begrepene og de ulike trinnene i modellen.

TRINN 1 – FORBEREDELSE

Dette var en åpen situasjon og ikke et tradisjonelt terapeutisk møte. Therese skulle delta på en uformell lunsj med enslige mødre av ulik kulturell bakgrunn, og hun hadde få formeninge om hvordan dette skulle bli på forhånd. Under lunsjen satt hun ved siden av en middelaldrende kvinne fra et fremmed land. Allerede tidlig i samtalen begynte kvinnen å fortelle åpent om sine somatiske sykdommer. En grunn til dette kunne være at kvinnen hadde fått vite at Therese var ergoterapiststudent, og dermed kanskje forventet at sykdom skulle være et samtaletema. Under samtalen opplevde Therese at kvinnen hadde et negativt syn på sin situasjon, men også et sterkt ønske om å bli frisk. Siden hun hadde en

kronisk sykdom, tenkte Therese at kvinnen ikke hadde fått god nok informasjon om sykdommen, og om at hun ikke kunne bli helt frisk. Kvinnen begynte deretter å spørre hva Therese kunne hjelpe henne med.

TRINN 2 – IDENTIFISERING OG MESTRING

Kvinnen var direkte og stilte spørsmål om ergoterapi. Hun virket utålmodig og så ut til å forvente raske og klare svar av Therese. Therese syntes det var utfordrende å bli møtt med slike direkte spørsmål og forventninger. Hun svarte så imøtekom- mende hun kunne, og kom med forslag til hva kvinnen kunne gjøre, men alle forslag hun la fram, ble avvist med at det var allerede prøvd. På dette tidspunktet følte Therese seg utilstrekkelig og følte at de ikke kom videre i samtalen.

TRINN 3 – BEHOV FOR Å ENDRE TERAPEUTISK MODUS

Kvinnen virket frustrert av å snakke om egen sykdom, og av ikke å få de svarene hun kanskje ønsket seg. Therese besluttet derfor å skifte fokus i samtalen fra å forsøke å besvare kvinnens spørsmål om sine kroniske sykdommer til å la henne snakke mer om familien og barna, et tema som kvinnen hadde positive følelser for. I begynnelsen av samtalen benyttet Therese seg av et *problemløsende modus* idet hun var løsningsorientert og kom med ulike forslag på tiltak underveis i samtalen. Så forsøkte hun en *samarbeidende modus* ved å søke etter løsninger sammen med kvinnen.

TRINN 4 – ENDRE TERAPEUTISK MODUS

Den interpersonlige hendelsen i dette eksemplet handler om at

Therese i samtalen med kvinnen ble konfrontert med spørsmål om hvordan kvinnen skulle mestre sin kroniske sykdom, mens kvinnen ikke ble fornøyd uansett hva hun fikk til svar. Fokuset på det negative økte, og kvinnen var til slutt nær ved å begynne å gråte. Dette ble krevende også for Therese. Slik samtalen utviklet seg, endret Therese sin væremåte, og brukte etter hvert heller en *oppmun- trende modus*. Hun gikk over til å forsøke å styrke kvinnen ved å støtte opp om hennes optimisme og positive følelser knyttet til familien og barna, i stedet for å snakke videre om sykdommen.

TRINN 5 – BRUK AV INTERPER- SONLIGE FERDIGHETER

Under samtalen tok Therese i bruk flere ferdigheter, blant annet ferdigheter i relasjonsbygging. Gjennom et støttende kroppsspråk og valg av et positivt ladet tema fikk hun mulighet til å påvirke relasjonen mellom de to. I tillegg benyttet hun ferdigheter i terapeutisk kommunikasjon, som empati, aktiv lytting, og et åpent kroppsspråk. Hun brukte strategiske spørsmål ved å be kvinnen fortelle om barna, og terapeutisk egenomsorg ved at hun kjente og respekterte sine egne grenser når det gjaldt å svare på utfordrende spørsmål. I tillegg var hun bevisst sine egne personlige grenser, ved å bruke egne erfaringer i samtalen uten å være privat.

TRINN 6 – BE OM RESPONS

Siden dette ikke var et tradisjonelt terapeutmøte, men et uformelt måltid med et fremmed menneske og med andre mennesker tilstede, var det ikke naturlig for Therese å be om tilbakemelding på samtalen og på hvordan kvinnen hadde opplevd deres møte.

Dersom de to senere skulle ha innledet en mer varig relasjon seg imellom, kunne det vært aktuelt å etterspørre kvinnens erfaringer fra det første møtet, slik at Therese ville ha et utgangspunkt for å vurdere hvordan hennes terapeutstil passet overens med kvinnens behov.

Diskusjon

De to eksemplene som er beskrevet, viser ulike aktivitetssituasjoner der studentene har samhandlet med klienter, og man får en forståelse av hvordan de bevisst har tatt i bruk interpersonlig resonnering for å mestre krevende situasjoner som har oppstått i arbeid med andre mennesker. Tross forholdsvis lik opplæring og erfaring i bruk av modellen kan vi se at studentene brukte de terapeutiske modiene på litt ulike måter. Dette kan, slik tidligere forskning med studenter har vist, ha sin bakgrunn i preferanser for ulike interpersonlige stiler (Bonsaksen, 2013). For begge har likevel et interpersonlig resonnement vært lagt til grunn for valgene som ble tatt underveis i samhandling med klienten.

Silje brukte IRM i en terapeutisk situasjon på en institusjon, mens Therese brukte modellen i en ikke-planlagt samhandling med en fremmed person i en åpen situasjon. Selv om de har fått erfaring med å utforske modellen på ulike arenaer og i ulike situasjoner, kan det synes som om de begge har hatt utbytte av å bruke modellens prinsipper som rettesnor for sin terapeutiske resonneringsprosess. Modellen har bidratt til å styrke deres refleksjon og bevissthet om de interpersonlige hendelsene som oppstod, og de har erfart hvordan de ved endring av terapeutstil har

oppnådd progresjon i krevende mellommenneskelige relasjoner. Spesielt de trinnene der det knyttes bånd mellom refleksjon og terapeutens handlingsalternativer synes å ha hatt stor nytteverdi for begge. Refleksjonen har bidratt til å bevisstgjøre studentene på hva som foregår i samhandlingen, og studentene har blitt i stand til å påvirke i hvilken retning de ønsker at relasjonen skal utvikle seg.

Et spørsmål blir om IRM-modellen, ved sin vektlegging av terapeutens muligheter til å påvirke relasjonen, tydeliggjør og forsterker terapeutens allerede eksisterende maktposisjon overfor klienten (Skau, 2005). Det vil slik kunne hevdes at modellen nedtøner prinsippet om *empowerment*, og dermed i mindre grad tar hensyn til klientens muligheter for å styre utviklingen mot egen måloppnåelse (Helse og omsorgsdepartementet, 1998). Empowerment-strategier vil i IRM for eksempel kunne knyttes til de terapeutiske modiene *samarbeid* og *oppmuntring* (Taylor, 2008), mens man i andre modi vil kunne fokusere sterkere mot andre faktorer som kan styrke det terapeutiske forholdet. Dette står likevel ikke i motsetning til overordnede mål om at klienten skal oppnå mer kontroll og styring over sin egen livssituasjon (Thesen & Malterud, 2001). Hensikten med IRM er å styrke terapeuten i arbeidet med å etablere og utvikle produktive relasjoner med klienter, og at terapeuten med utgangspunkt i en god relasjon skal kunne fremme klientens prosess mot å nå sine mål om deltakelse i ønskede og viktige aktiviteter (Taylor, 2008).

En utfordring i bruk av IRM er knyttet til behovet for resonnering gjennom hele prosessen. I aktivitet og samhandling med

klienter skjer ting så raskt, og det er krevende eller umulig å skulle observere, reflektere, konkludere og endre handlingsmønster fortløpende. Kunnskap og erfaring vil imidlertid bidra til at man mestrer disse komplekse ferdighetene gradvis bedre og raskere. I sammenheng med dette understreket begge studentene at mer kunnskap og erfaring hadde vært en fordel i det de skulle øve på bruk av modellen, som innebærer nettopp det komplekse ved å være i interaksjon, tenke og ta beslutninger i raske, nærmest overlappende sekvenser.

Ved at modellen definerer og beskriver seks ulike modi, gir dette terapeuten et utvalg av stiler man kan bli trygg på og anvende i et bredt spekter av samhandlingssituasjoner (Taylor 2008). Grensegangene mellom de ulike modiene kan imidlertid oppfattes som uklare. Det kan også være vanskelig å avgjøre hvilken modus man skal velge til enhver tid, og om man skal velge én modus eller en sekvens av flere. I det ene eksemplet endret Silje sin modus fra *samarbeidende* til *empatisk*. Therese valgte å bruke flere modi i en sekvens, og endret sin terapeutstil fra *problemløsende*, via *samarbeidende* til *oppmuntrende* modus. Rekkene av valgmuligheter gir terapeuten viktige kliniske utfordringer.

Det man som terapeut med fordel kan være oppmerksom på, spesielt i arbeid knyttet til psykisk helse, er motoverføringer av ulike slag (Røssberg, 2006). I begge eksemplene fremstår det slik at studentene syntes synd på klienten, som ble oppfattet som trist eller tilbaketrukket, og begge undret seg over om de gjorde noe galt, eller om de burde ha gjort eller sagt noe annet i situasjonen.

Denne evnen til emosjonell innlevelse er en viktig forutsetning for å kunne forstå andre mennesker, samtidig som vi må akseptere at denne evnen er høyst feilbarlig. Ved å handle ut fra egne følelser risikerer terapeuter å handle ut fra egennytte – ut fra hva som føles best for dem selv – heller enn ut fra hva klienten til enhver tid har behov for.

IRM kan betraktes som et tanke- og handlingsrammeverk som definerer ulike elementer som inngår i samhandling mellom mennesker, og modellen gir et rammeverk for hvordan man kan resonnerer terapeutisk i praksissituasjoner. I studentenes eksempler kom det frem utfordringer i bruk av modellen. Begge studentene oppga likevel å ha hatt nytte av IRM i sitt arbeid, og vektla at nytteverdien ble større jo mer de brukte den. Vi erfarte at regelmessige samlinger med lærere og studenter i en øvings- og opplæringsperiode, slik vi la til rette for gjennom perioden med studentpraksis, bidro til å styrke studentens erfaring med og forståelse for modellen (Bonsaksen, 2014; Öqvist et al, 2013). I tiden fremover vil vi søke å prøve ut modellen i nærmere samarbeid med praktiserende ergoterapeuter.

Konklusjon

Modell for tilsiktet samspill (IRM) definerer fasene i en terapeutisk resonneringsprosess og setter begreper på ulike terapeutiske modi som terapeuten kan benytte seg av. I denne artikkelen har vi vist to eksempler på hvordan ergoterapiststudenter har brukt modellen gjennom en ti ukers praksisperiode. De ble fulgt opp underveis i form av regelmessige møter med lærere ved høgskolen gjennom praksisperioden. Gjennom de pre-

senterte eksemplene har vi vist hvordan studentene brukte IRM i sin kliniske resonneringsprosess, og vi har diskutert ulike utfordringer som ble møtt. IRM er fortsatt relativt ukjent i norsk sammenheng, og det er derfor behov for å undersøke hvordan modellen vil kunne anvendes i ergoterapeuters praksis.

Reference List

- Allison, H., & Strong, J. (1994). Verbal strategies used by occupational therapists in direct client encounters. *Occupational Therapy Journal of Research*, 14(2), 112-129.
- Bonsaksen, T. (2014). Engaging students in research and inquiry: Issues to consider. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(3), 108-109.
- Bonsaksen, T. (2013). Self-reported therapeutic style in occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(11), 496-502.
- Bonsaksen, T., Vøllestad, K., & Taylor, R. R. (2013). The Intentional Relationship Model - Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. *Ergoterapeuten*, 56(5), 26-31.
- Cole, M.B., & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56.
- Eklund, M., & Hallberg, I. R. (2001). Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients. *Occupational Therapy International*, 8(1), 1-16.
- Hagedorn, R. (1995). *Occupational Therapy. Perspectives and processes*. London: Churchill Livingstone.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008). Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. I G. Kielhofner, *Model of Human Occupation. Theory and Application* (4 ed., pp. 143-154). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mattingly, C., & Fleming, M.H. (1994). *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Helse og omsorgsdepartementet (1998): NOU 18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
- Peloquin, S.M. (1990). The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 13-21.
- Peloquin, S.M. (2003). The therapeutic relationship: Manifestations and challenges in occupational therapy. I E.B. Crepeau, E.S. Cohn & B.A.B. Scell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (10 ed., pp. 157-170). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Røssberg, J.I. (2006). Relasjonen mellom pasient og stab. Hva fremmer et gunstig behandlingsresultat? I P. Vaglum, G.R.B. Thorsen, & S. Opjordsmoen (Eds.), *Oss imellom* (2 ed., pp. 140-151). Stavanger: Hertevig Akademisk.
- Skau, G. (2005). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, C., & Taylor, R. R. (2011). Using the Intentional Relationship Model in the treatment of medically complicated depression. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(1), 41-43. doi: 10.1017/S1742646410000154
- Taylor, R. R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and the Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.
- Thesen, J., & Malterud, K. (2001). «Empowerment» og pasientstyrking - et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 121(13), 1624-1628.
- Watson, C., & Haas, K. B. (2010). Clinical reasoning. In K. Sladyk, K. Jacobs & N. MacRae (Eds.), *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (pp. 65-72). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Öqvist, T., Torgrimsen, S., Vøllestad, K., & Bonsaksen, T. (2013). *Using the Intentional Relationship Model in clinical reasoning with occupational therapy students*. ENOTHE, York, UK. <http://www.enothe.eu/activities/meet/ac13/appendix6.3.1.pdf>