

Kvalificer din ergoterapi

Udvikling af terapeutisk stil og relation ved hjælp af
"Intentional Relationship Model"

Lone Decker & Henrik Hansen

Dato

3. november 2014

Kvalificer din ergoterapi

Udvikling af terapeutisk stil og relation ved hjælp af "Intentional Relationship Model"

Af Lone Decker og Henrik Hansen

Udgivet af

Ergoterapeutuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol, København

ISBN 978-87-7548-189-7

Indhold

1. Indledning.....	5
2. Præsentation af Modellen for tilsigtet samspil	7
3. Ergoterapeuten.....	9
3.1 Terapeutiske modi i ergoterapeutisk praksis	9
3.1.1 Advokerende	9
3.1.2 Samarbejdende.....	10
3.1.3 Indfølelse	10
3.1.4 Opmuntrende	11
3.1.5 Instruerende	11
3.1.6 Problemløsende.....	11
3.2 Supplerende kommentarer til "Terapeutiske modi"	12
3.3 Terapeutisk stil	12
3.4 Interpersonelle færdigheder	14
3.5 Interpersonel ræsonnering.....	16
4. Aktiviteten	17
5. Klienten.....	17
5.1 Klientens interpersonelle karakteristika.....	18
5.1.1 Klientens kommunikationsstil	18
5.1.2 Klientens evne til at have tillid til andre	19
5.1.3 Klientens behov for kontrol.....	19
5.1.5 Klientens reaktioner på forandring og udfordring	20
5.1.4 Klientens evne til at udtrykke sine behov.....	19
5.1.6 Klientens affektforvaltning	20
5.1.7 Klientens evne til at give feedback.....	20
5.1.8 Klientens evne til at modtage feedback	21

5.1.9 Klientens reaktioner på menneskelig mangfoldighed	21
5.1.10 Klientens ønske om at ergoterapeuten viser følelser	21
5.1.11 Klientens ønske om fysisk kontakt	22
5.1.12 Klientens evne til at indgå i gensidige relationer	22
5.2 Supplerende kommentarer til "Klientens interpersonelle karakteristika"	22
6. Uundgåelige interpersonelle hændelser	24
6.1 Gennemgang af typer af interpersonelle hændelser	24
6.1.1 Udtrykke stærke følelser	24
6.1.2 Intime selvafsløringer	24
6.1.3 Magtdilemmaer	25
6.1.4 Nonverbale signaler	25
6.1.5 Krisesituationer	25
6.1.6 Modstand og tøven	26
6.1.7 Testning af terapeutens grænser	27
6.1.8 Empatiske brud	27
6.1.9 Følelseskrævende opgaver og situationer i terapien	27
6.1.10 Begrænsninger i forbindelse med terapien	28
6.1.11 Forandringer i konteksten	28
6.2 Supplerende kommentarer til "Uundgåelige interpersonelle hændelser"	28
7. Grundlæggende principper for IRM	29
8. Afslutning	30
9. Referenceliste	30

1. Indledning

Denne artikel tager udgangspunkt i Renée Taylors (2008) bog *The intentional relationship. Occupational Therapy and Use of Self*. Taylor er amerikansk psykolog og Ph.d. Hun har arbejdet som psykoterapeut og har gennem en årrække været ansat som professor ved Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago, hvor hun har undervist ergoterapistuderende i psykologi. Endvidere var hun gift med Gary Kielhofner frem til dennes død i 2011.

Taylor (2008) har sat sig grundigt ind i ergoterapilitteratur, interviewet en række praksisudøvere i såvel USA som i Europa og observeret deres fremgangsmåde. Endvidere har hun inddraget sin viden om og erfaring med psykologi og psykoterapi. Ud fra dette har hun udviklet sin model; Modellen for tilsigtet samspil. Hendes formål er at udvikle en begrebsmæssig model, der redegør for terapeutisk anvendelse af selvet og giver ergoterapeuter anvisninger på, hvilke konkrete handlemuligheder og interpersonelle færdigheder, der kan fremme klientens aktivitetsengagement.

Taylor (2008) skriver, at mange af begreberne i Modellen for tilsigtet samspil har deres udspring i de psykologiske teorier, der ligger til grund for psykoterapi. Hun beskriver ikke, hvilken form for psykoterapi, hun har udøvet og ej heller hvilke psykologiske teorier, hun baserer sin model på, men når vi læser hendes bog og kigger på referencerne, så vurderer vi, at hun tager udgangspunkt i såvel psykodynamisk som kognitiv-adfærdsterapeutisk teori. Endvidere ses hendes inspiration fra MOHO tydeligt, idet hun henviser til ord og begreber fra MOHO fx aktivitetsengagement og begrebsmodeller for praksis. Vi vurderer, at der er en dynamisk systemteoretisk forståelse af de fire hovedelementer i modellen, hvilket videnskabsteoretisk hænger fint sammen med inddragelse af såvel psykodynamisk og kognitiv-adfærdsterapeutisk teori samt ergoterapiteori, herunder MOHO.

Vi vil i det følgende beskrive Modellen for tilsigtet samspil. I vores gennemgang følger vi opbygningen ud fra de fire hovedelementer i modellen. I 4. udgave af *Det begrebsmæssige grundlag* (Kielhofner 2010a) er der en introduktion til Modellen for tilsigtet samspil, hvilket vi anbefaler interesserede at læse. Vi har som udgangspunkt valgt at anvende samme oversættelse

af ord og begreber, som findes heri. Der er dog steder, hvor vi finder oversættelsen upræcis, hvorfor vi har valgt en anden formulering. I de tilfælde gør vi eksplicit opmærksom på dette. I forhold til Taylors bog har vi tilladt os konsekvent at skrive ergoterapeuten og ikke veksle mellem terapeuten og ergoterapeuten, som Taylor gør. I sin bog forkorter Taylor (2008) The Intentional Relationship Model til IRM, hvilket Modellen for tilsigtet samspil også er forkortet til i *Det begrebsmæssige grundlag* (Kielhofner, 2010a). Vi har valgt at anvende den samme forkortelse i resten af artiklen.

Årsagen til, at vi har skrevet denne artikel og ikke nøjes med at henvise til Taylors bog og/eller kapitlet i *Det begrebsmæssige grundlag*, er, at vi gerne vil fremhæve det mest nytænkende ved modellen, som set med vores øjne er beskrivelsen af ergoterapeutens individuelle terapeutiske stil og modellens tydelige kobling til ergoterapi. Vi mener, at modellen tydeliggør, hvad ergoterapeuten kan bruge især psykologiske teorier til. Imidlertid redegør Taylor kun implicit for sit teoretiske grundlag og hun inddrager ikke teorier, der fx kan hjælpe ergoterapeuten til at forstå klienten bedre og interagere mere reflektivt. Vi vil derfor supplere IRM med de vigtigste af de teorier, vi på Ergoterapeutuddannelsen Metropol inddrager i undervisning af de studerende, således at de kan etablere og vedligeholde terapeutisk kontakt med klienten med henblik på at fremme aktivitetsengagement. Vi har begge arbejdet mange år indenfor det psykiatriske område, og det er også vores primære undervisningsområde. Dette afspejler sig i de teorier, vi supplerer IRM med.

2. Præsentation af Modellen for tilsigtet samspil

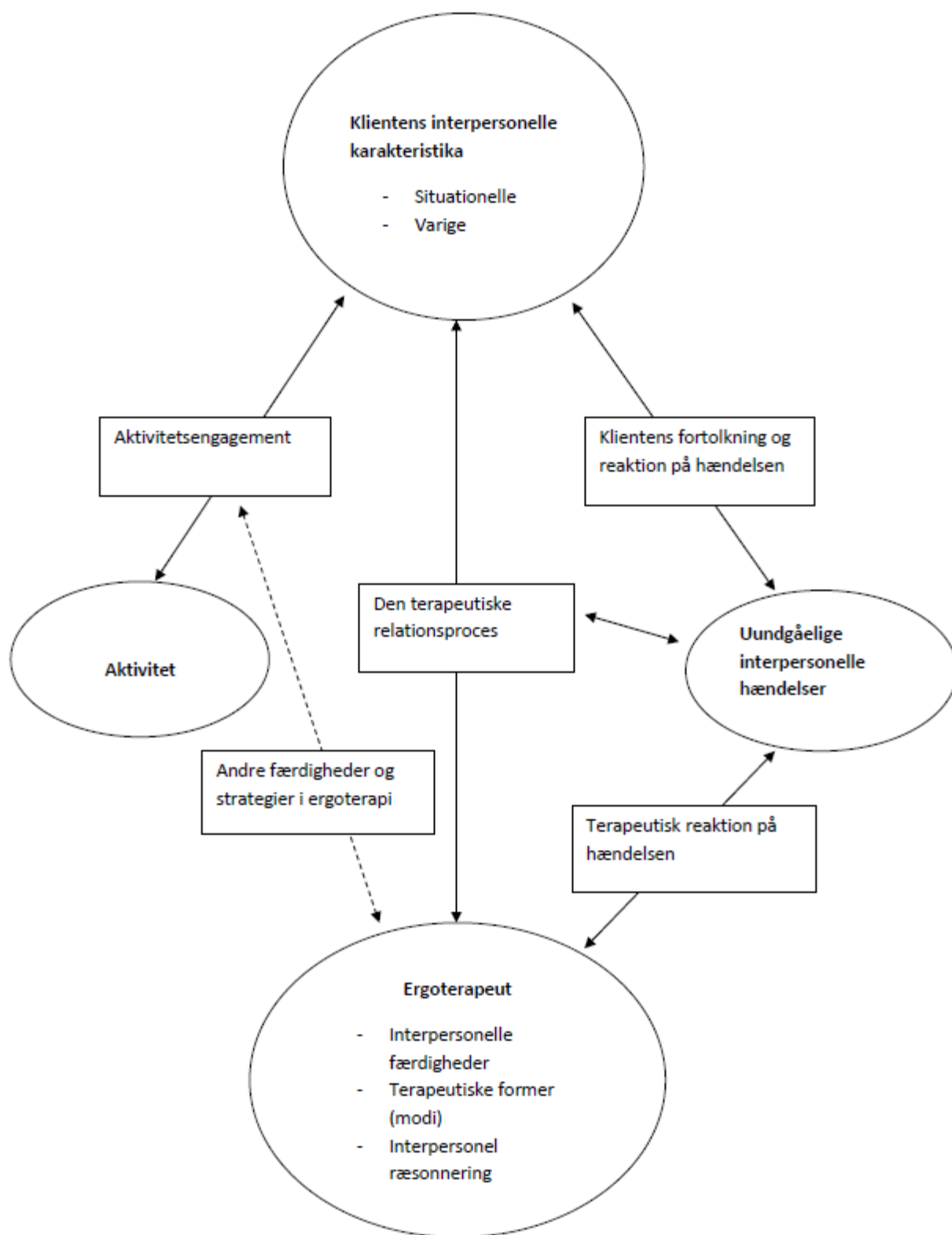
Modellen for tilsigtet samspil er opbygget omkring 4 hovedelementer

- Ergoterapeuten
- Aktiviteten
- Klientens interpersonelle karakteristika
- Uundgåelige interpersonelle hændelser

Taylor (2008) understreger, at IRM ikke kan stå alene, men at ergoterapeuten skal anvende andre færdigheder og strategier i sin ergoterapeutiske praksis. Som eksempler på disse nævner hun bl.a. den biomekaniske model, den kognitive model og MOHO. Det tilsigtede samspil skal forstås som ergoterapeutens terapeutiske og bevidste brug af sit selv med henblik på at fremme klientens aktivitetsengagement. Det at fremme klienters aktivitetsengagement fremgår som en integreret del af modellen.

Taylor (2008) definerer ikke, hvad hun forstår ved aktivitet og henviser heller ikke til yderligere litteratur om emnet. Vi tolker dette som et udtryk for, at hendes ønske er at fokusere på relationen mellem ergoterapeut og klient, som er det, hun med sin psykologiske tilgang har en særskilt viden om.

Modellen ser således ud



3. Ergoterapeuten

I såvel IRM som i det ergoterapeutiske klientarbejde er relationen mellem ergoterapeut og klient det centrale. IRM er brugbar til at rette opmærksomheden mod, hvordan man som ergoterapeut kan etablere en god kontakt til en klient. En dygtig ergoterapeut skal ifølge Taylor (2008) mestre en række interpersonelle færdigheder og kunne anvende forskellige måder at relatere til klienter på. Det vigtigste i forhold til at etablere en god relation til klienten er dog, at ergoterapeuten er bevidst om sin egen personlighed og måde at udøve ergoterapi på. Det indebærer at kende såvel egne muligheder som udfordringer. Kun derved kan ergoterapeuten være kritisk selverkendende og via ræsonnering udvikle sin terapeutiske stil. Denne stil vil imidlertid altid afspejle ergoterapeutens personlighed og kan derfor ikke fuldstændig frit formes.

3.1 Terapeutiske modi i ergoterapeutisk praksis

IRM retter sit fokus mod, hvordan man som ergoterapeut ved kritisk selverkendelse bevidst kan anvende sin personlige terapeutiske stil. En sådan stil består af en række modi (måder), hvorved man kan søge at skabe en positiv relation med henblik på at fremme klientens aktivitetsengagement. Taylor (2008) understreger, at det er ergoterapeutens ansvar at etablere og vedligeholde relationen med klienten. Hun henviser til forskning, som pointerer at ergoterapeutens evne til at etablere en positiv relation til sin klient, har stor betydning for klientens udbytte af den ergoterapeutiske indsats.

Taylor (2008) har identificeret 6 forskellige modi, hvorved man som ergoterapeut kan relatere til en klient. Hun er meget opmærksom på, at enhver af disse modi har såvel fordele som ulemper. Forståelsen af dette er essentiel for, at man som ergoterapeut får muligheden for at reflektere over og forstå betydningen af sine valg og især, hvad man dermed implicit til- og fravælger. De seks modi at relatere til en klient på benævner Taylor som advokerende, samarbejdende, indfølelse, opmuntrende, instruerende og problemløsende. Vi vil i det følgende gennemgå de 6 forskellige modi, hvorved man kan relatere til en klient.

3.1.1 Advokerende

Denne modus handler primært om at sikre klientens sociale og juridiske rettigheder. Ordet advokere skal forstås meget konkret. Hvis man anvender denne tilgang, vil man som ergoterapeut

være særligt optaget af omgivelserne og søge at påvirke disse. En fordel ved at vælge at den advokerende modus er, at klienten sikres de fornødne ressourcer. En anden fordel er perspektivet på sygdom og funktionsnedsættelse. Problemet er ikke funktionsnedsættelsen. Problemet er de holdninger og barrierer, som klienten kan møde i samfundet. En ulempe ved den advokerende modus er, hvis fokus rettes mod omgivelserne i så høj grad, at klienten ikke får mulighed for at tale om og sætte ord på sin indre oplevelse af situationen (Taylor, 2008).

Vi finder det værd at bemærke, at Taylor skriver ud fra en amerikansk kontekst, hvor menneskers adgang til behandlingssystemet er betinget af individuelle forsikringsforhold. I en dansk kontekst vil ergoterapeuter ofte være optaget af at advokere for brugerinddragelse og, at klientens synspunkter bliver hørt og imødekommet.

3.1.2 Samarbejdende

Denne modus indebærer et tæt samarbejde med klienten, hvor vedkommende har stor mulighed for at præge eller endog tillades at styre terapiforløbet. Denne modus er velegnet til at fremme klientens selvværd, selvtillid og autonomi. Der er imidlertid også ulemper ved denne modus. For det første appellerer hele den samarbejde modus langt fra til alle mennesker. Og det er en modus, som kan være decideret uegnet til et menneske, som befinder sig i en sorg/krisesituations afmagt eller til mennesker, som er præget af stor ængstelighed eller har svært ved at træffe valg. Man risikerer ligeledes, at terapien kommer til at fremstå grumset og uklar, for hvad er det egentlig ergoterapeuten skal, og hvad skal klienten? Vælger man som ergoterapeut den samarbejdende modus, gør man derfor både sig selv og klienten en stor tjeneste ved at bruge tid på at definere, hvem der er ansvarlig for hvad i den terapeutiske proces. Der vil også være kulturelle sammenhænge, hvor den samarbejdende modus vil blive set som et udslag af faglig inkompetence (Taylor, 2008).

3.1.3 Indfølelse

Med denne modus sætter man forståelsen af og indlevelsen i klientens perspektiv i højsædet. Dette medfører den umiddelbare fordel, at en klient vil føle sig set, hørt og forstået. Den negative side af at være indfølelse er, at ergoterapeuten kan blive meget optaget af at leve sig ind i klientens tanker, følelser og handlinger. Så optaget at vedkommende glemmer at stille spørgsmål

til klientens udlægning eller undlader at udfordre klienten til at afprøve nye/alternative handlemuligheder (Taylor, 2008).

3.1.4 Opmuntrende

Denne modus handler overordnet om at bibringe klienten håb, mod og vilje til at deltage i eller udføre en given aktivitet. Det er en modus, som har en stor styrke i den glæde og optimisme, som den implicit tilbyder. Såfremt en klient er stærkt præget af modstand mod terapi, kan den opmuntrende tilgang være et velegnet middel til at møde denne modstand med. Man kan imidlertid heller ikke bruge denne modus ukritisk. Nogle klienter vil provokeres af ergoterapeutens ros og anerkendelse og i stedet høre dette som et forsøg på manipulation. Med andre klienter risikerer man at skabe afhængighed af den opmuntrende ergoterapeut med det resultat, at klienten parkerer sin motivation hos ergoterapeuten i stedet for at integrere denne i sit eget indre (Taylor, 2008).

3.1.5 Instruerende

Ved denne modus er det ergoterapeuten, som tager styringen i terapien og underviser klienten i, hvordan vedkommende med fordel kan agere i forskellige situationer. Ergoterapeuten er ikke bange for at sige sin faglige mening og på den baggrund risikere at være uenig med klienten. Den instruerende modus har den fordel, at klienten hurtigt kommer til at føle sig i kyndige hænder og klart får at vide, hvordan fx træningen skal udføres. Risikoen ved den instruerende modus er, klienten bliver provokeret af den autoritære stil med konflikter og magtkampe til følge. Man risikerer ligeledes, at klienten ikke tager ejerskab for terapien (Taylor, 2008).

3.1.6 Problemløsende

Denne modus fokuserer på biomekanik, kognitiv rehabilitering og brug af hjælpemidler. Den har en klar fordel i at være meget resultatorienteret. Klienten vil derfor hurtigt føle, at "der sker noget" i terapien. Ulempen ved denne modus er en risiko for, at fokuseringen på hurtige, konkrete og synlige resultater bliver så dominerende, at man som ergoterapeut glemmer at søge at forstå baggrunden for klientens følelser, tanker og handlinger (Taylor, 2008).

3.2 Supplerende kommentarer til "Terapeutiske modi"

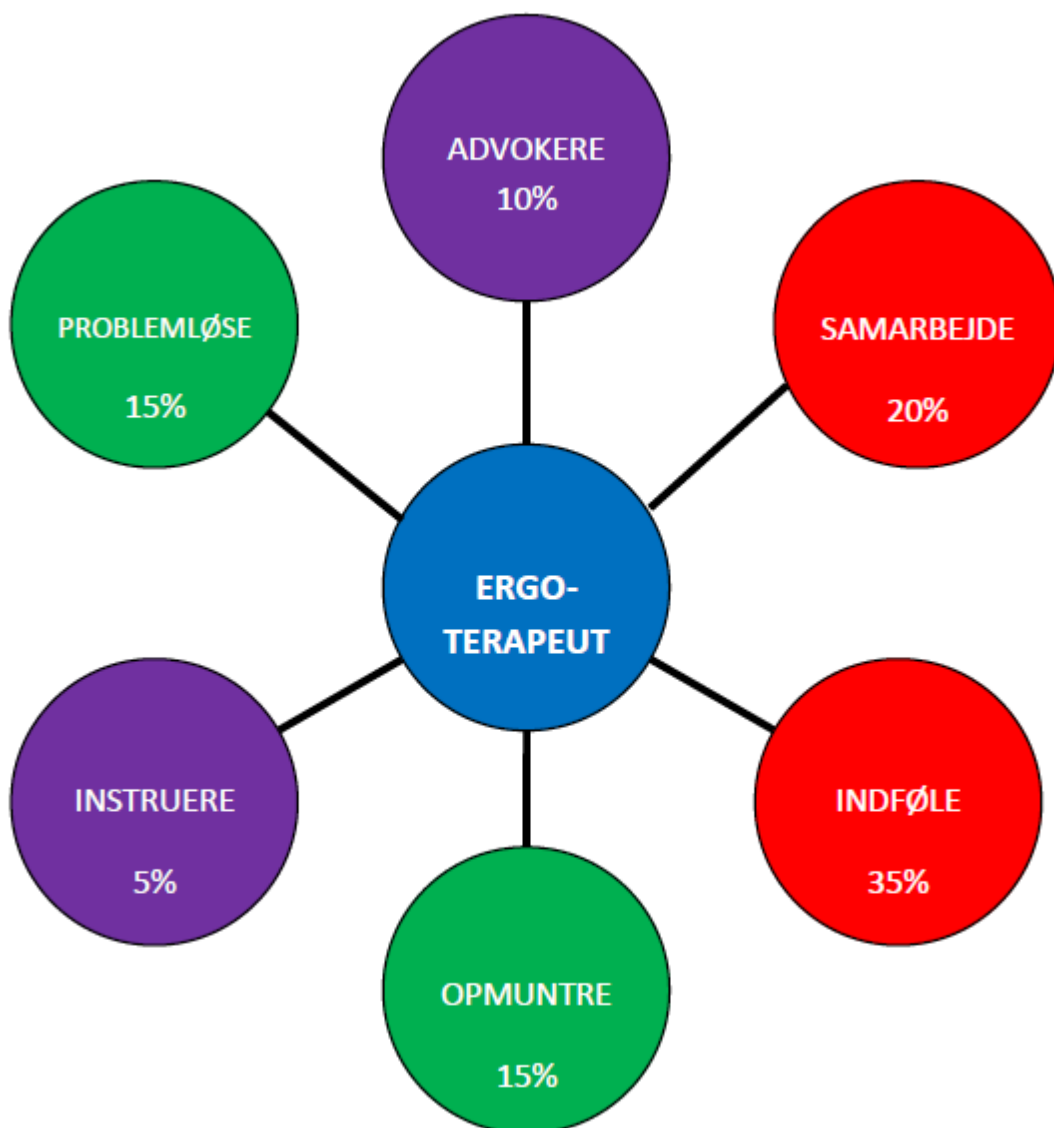
Der er et vist sprogligt sammenfald mellem nogle af de terapeutiske modi og såvel CMCE-nøglefærdighederne (Townsend & Polatajko, 2011) som MOHO-strategierne (Kielhofner, 2010b). Vi mener, at der er en væsentlig forskel, idet de nævnte modi primært dækker over forskellige måder, hvorved man kan opbygge en terapeutisk relation, hvorimod nøglefærdighederne og strategierne i højere grad beskriver terapeutiske handleanvisninger (Kielhofner, 2010b) (Townsend & Polatajko, 2011). Et eksempel på sprogligt sammenfald er "samarbejde", som både er en CMCE-færdighed og en terapeutisk modus i IRM. Ligeledes er "opmuntre" (encouraging) såvel en MOHO-strategi som en terapeutisk modus i IRM. Det engelske ord encouraging er i øvrigt oversat forskelligt i forskellige bøger. I *MOHO - modellen for menneskelig aktivitet* (Kielhofner, 2010b), er det blevet til "opmuntre" mens det i kapitlet om IRM i *Det begrebsmæssige grundlag* (Kielhofner, 2010a) er oversat til "anspore". Så her er det kun i originallitteraturen, at der er et fuldstændigt sprogligt sammenfald. Vi har her valgt at oversætte encouraging til opmuntre.

3.3 Terapeutisk stil

Som det fremgår af ovenstående, er det altså ikke intentionen, at man som ergoterapeut skal stræbe efter eller udvælge én af de seks måder at relatere til klienter på. Tværtimod bør man forsøge i et vist omfang at mestre dem alle. Man vil imidlertid have sine favoritter, altså måder som det falder en mere naturligt at gå til eller anvende end nogle af de øvrige. Hvordan og hvor meget man anvender de seks måder at relatere til klienten på, afgør hvordan ens individuelle terapeutiske stil udvikler sig. En stil som ikke er stationær eller "færdig" på noget tidspunkt, men som hele tiden må evalueres og udvikles (Taylor, 2008).

I *The Intentional Relationship* har Taylor (2008) indarbejdet et Self-Assessment of Modes Questionnaire med beskrivelser af i alt 20 tænkte praksissituationer med tilknyttede forskellige terapeutiske handlemuligheder, som man vælger imellem. På baggrund af disse valg kan man til slut se, hvilke modi man som ergoterapeut hælder mest til og dermed få en større bevidsthed om sin personlige terapeutiske stil. Taylor forklarer ikke, hvordan spørgeskemaet er blevet til, og det er dermed heller ikke muligt for os at udtale os om validiteten af dette.

Man kan indvende, at Taylors fremstilling af de seks modi kan virke reduktionistisk, da man som ergoterapeut i praksis ofte vil skifte meget hurtigt og behændigt imellem forskellige modi. Ligeledes kan man forfalde til at tro, at man f.eks. ikke er empatisk, hvis man scorer lavt på dette i Taylors Questinaire. Dette er ikke tilfældet. Man afslører blot, at der er noget andet, som falder en mere naturligt at gøre som det første. Vi mener, at opmærksomhed på de seks modi, giver ergoterapeuten en mulighed for at arbejde med sine mindre brugte sider og dermed komme til at fremstå som en mere alsidig ergoterapeut, der evner at relatere til flere typer af klienter. Vi har nedenfor udarbejdet et eksempel på en terapeutisk stil.



Ovenstående ergoterapeut har altså en stil, som er overvejende præget af indføling og samarbejde som de foretrukne måder at relatere til klienter på. Bevidsthed om sin egen terapeutiske stil giver mulighed for at forfine denne eller udvikle andre eller anderledes måder at agere på.

3.4 Interpersonelle færdigheder

Når man som ergoterapeut skal indgå i en relation til en klient, vil man uvægerligt trække på en række mere eller mindre bevidste fremgangsmåder, som man har fundet brugbare og udviklet i løbet af sit liv. Taylor (2008) beskriver dette som vores interpersonelle færdighedsbase. Hun har forsøgt at afdække, hvad denne færdighedsbase er opbygget af. Hun er på den baggrund kommet frem til en række "byggesten", altså de interpersonelle færdigheder, som en ergoterapeut skal kunne mestre.

Efter at have gennemgået selve modellen gennemgår Taylor (2008) i anden del af bogen grundigt, hvordan ergoterapeuten kan opbygge en interpersonel færdighedsbase. Hun har enkelte referencer til psykodynamiske, især selvpsykologiske teorier, og til kognitiv adfærdsterapi. Vi har her valgt at præsentere de interpersonelle færdigheder i et skema, hvori der fremgår nogle få eksempler på litteratur på dansk, der kan understøtte den nævnte færdighed. Når vi har valgt at gøre dette, er det dels fordi, vi ønsker at gøre det mere overskueligt for såvel danske studerende som færdiguddannede ergoterapeuter at skaffe og læse yderligere litteratur, men også fordi vi finder det hensigtsmæssigt, at man som ergoterapeut læser flere kilder end udelukkende Taylors bog.

<i>Interpersonelle færdigheder</i>	<i>Eksempler på teoretisk understøttelse</i>
Terapeutiske kommunikationsfærdigheder	<ul style="list-style-type: none">• <i>Samtaletræning</i>. (Metze & Nystrup, 2004).• <i>Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner</i> (Nielsen & Rom, 2006)

<p>Interview færdigheder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interview</i> (Decker, 2012a) • <i>Livshistorien – en vej til det menneskelige</i> (Gustafsson & Ramian, 2003) • <i>Samtale med klienter: Undersøgelsesredskaber der indsamler oplysninger igennem interview.</i> (Kielhofner et al., 2010)
<p>At kunne etablere relationer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relation før metode</i> (Belin, 2010) • <i>Mentalisering – At lege med virkeligheden</i> (Rydén & Wallroth. 2010. • <i>Teorier om udvikling og tilknytning.</i> (Møhl, 2008). • <i>John Bowlbys tilknytningsteori.</i> (Jerlang, 2008). • <i>Relationer – et dialektisk perspektiv.</i> (Schibbye, 2002)
<p>At kunne forstå og samarbejde med klienter, grupper, familier og sociale grupperinger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gruppeprocesser</i> (Decker & Johannesen, 2013) • <i>Modellen for den funktionelle gruppe</i> (Kielhofner, 2010a)
<p>At kunne samarbejde effektivt med supervisorer, kollegaer og andre professionelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tværfagligt samarbejde</i> (Lauvås & Lauvås, 2006) • <i>Arbejdsgruppens psykologi</i> (Axelson & Thylefors, 2006)
<p>At kunne forstå og håndtere klienters stærke reaktioner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Krise og udvikling</i> (Cullberg, 2007) • <i>Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling.</i> (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2007) • <i>Mentalisering - at lege med virkeligheden</i> (Ryden & Wallroth, 2010)
<p>At kunne håndtere/løse konflikter og empatiske brud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Konflikt og kontakt</i> (Hammerich & Frydensberg, 2010) • <i>Mød konflikten</i> (Plenge, 2008)

<p>At have opmærksomhed på om der er overensstemmelse mellem egne værdier og de ergoterapeutiske kerneværdier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Etik</i> (Thompson, 2009) • <i>Menneskelig Aktivitet 2</i> (Townsend & Polatajko, 2011)
<p>At have opmærksomhed på terapeutisk egenomsorg og professionelle udviklingsmuligheder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Professionsgrundlaget for ergoterapi – en dokumentsamling</i> (Ergoterapeutforeningen, 2008)

De sidste to interpersonelle færdigheder adskiller sig efter vores mening markant fra de øvrige ved snarere at være faglige og terapeutiske opmærksomhedspunkter end egentlige færdigheder. Vi mener derfor, at overskriften til denne del af modellen rettelig burde være "Interpersonelle færdigheder og opmærksomhedspunkter" i stedet for blot "Interpersonelle færdigheder".

3.5 Interpersonel ræsonnering

Når ergoterapeuten er i gang med et forløb, indtræffer der interpersonelle hændelser, som vedkommende skal holde øje med og reagere på. Ligeledes skal ergoterapeuten være opmærksom på sin egen adfærd. Denne proces benævnes interpersonel ræsonnering. Den interpersonelle ræsonnering involverer ifølge Taylor (2008) 6 trin.

1. At forvente interpersonelle hændelser eller klientadfærd, som kan teste, udfordre eller true den terapeutiske relation.
2. At identificere interpersonelle hændelser korrekt og håndtere dem hensigtsmæssigt.
3. At beslutte om et terapeutisk modusskift er påkrævet
4. At vælge den modus/de modi, som er relevante i den givne situation.
5. At trække på relevante interpersonelle færdigheder, der har tilknytning til de anvendte modi.
6. At indsamle feedback og stræbe mod en fælles forståelse, hvis klienten føler, at hændelsen ikke er blevet løst tilfredsstillende.

I MOHO (Kielhofner 2010b) beskrives teoribaseret ergoterapeutisk ræsonnering som en cirkulær proces, hvor ergoterapeuten stræber imod en stadig større forståelse af sin klient for derigennem at kunne tilrettelægge den bedst mulige intervention med det bedst mulige resultat. Taylors (2008) ræsonneringsproces har fokus på forståelsen af de særligt betydningsfulde øjeblikke i terapien og ergoterapeutens evne til at håndtere disse. Og dermed fokus på den terapeutiske relation. De to måder at ræsonnere på kan efter vores opfattelse med fordel anvendes som et supplement til hinanden. Tilsammen giver de to tilgange derfor ergoterapeuten mulighed for at foretage en dybere faglig refleksion.

4. Aktiviteten

Taylor (2008) beskriver, hvordan ergoterapeuten kan bruge sit selv til at engagere klienten i aktivitet. Som tidligere nævnt definerer hun ikke, hvad hun forstår ved aktivitet. Hun pointerer dog, at netop det at begrebet aktivitet indgår i modellen bevirker, at det er en model over ergoterapeutens terapeutiske anvendelse af selvet i forhold til fremme af klientens aktivitetsengagement. Modellen er således med til at tydeliggøre, hvorledes ergoterapi adskiller sig fra psykoterapi. Manglede venstre side af modellen, kunne det lige så godt være en model over relationen mellem psykoterapeut og klient.

Som tidligere nævnt referer Taylor (2008) til MOHO. Definitionen i MOHO af menneskelig aktivitet er derfor nyttig at have in mente, når man læser om Taylors model. I MOHO defineres menneskelig aktivitet som "udøvelsen af arbejde, leg eller dagligdags aktiviteter inden for en tidsmæssig, fysisk og sociokulturel sammenhæng, der kendetegner en stor del af menneskers liv" (Kielhofner 2010b).

5. Klienten

Klienten er omdrejningspunktet for modellen. Interpersonelle karakteristika dækker over klientens følelser, adfærd og reaktioner, som opstår i løbet af interaktion mellem klient og ergoterapeut og som udspringer af klientens aktuelle situation og klientens underliggende personlighedstræk (Taylor, 2008).

Taylor (2008) skelner mellem situationsbestemte og varige interpersonelle karakteristika hos klienten. De situationsbestemte karakteristika er kontekstafhængige og dermed ikke udtryk for et

gennemgående træk hos klienten. Ofte vil klienten være i en vanskelig situation, når denne møder ergoterapeuten, hvilket kan påvirke klienten følelsesmæssigt i retning af at være mere trist, irriteret eller nervøs end sædvanligt. Det er vigtigt, at ergoterapeuten husker på dette, og ikke dømmes klienten. Især i forhold til den første kontakt med klienten er det særdeles vigtigt, at ergoterapeuten er opmærksom på dette, da denne indledende kontakt har stor betydning i forhold til den terapeutiske kontakt. Ergoterapeuten skal således være i stand til at fleksibelt at vælge den rette respons og dermed fx være mere styrende i starten end senere hen i forløbet, selvom vedkommende generelt har et ønske om, at klienten skal tage ansvar for mest muligt.

Vi vil gerne understrege vigtigheden af, at ergoterapeuten husker på, at selvom vedkommende har set mange klienter med en given problematik, kan situationen være ny og skræmmende for klienten. Dette vil påvirke klienten følelsesmæssigt, og der kan således opstå en situation, hvor det som er "almindeligt" for ergoterapeuten, vil være en krisesituation for klienten.

5.1 Klientens interpersonelle karakteristika

Taylor (2008) identificerer 12 kategorier af interpersonelle karakteristika hos klienter. Hun redegør ikke for, hvordan hun er kommet frem til netop disse 12 kategorier. Vi vil i det følgende kort gennemgå, hvad Taylor mener, der karakteriserer disse interpersonelle karakteristika. Herefter vil vi give vores bud på, hvilke teorier, det kan være relevant at inddrage således, at ergoterapeuten kan forholde sig til disse karakteristika.

De 12 kategorier er i *Det begrebsmæssige grundlag* (Kielhofner 2010a) oversat meget direkte fra engelsk og dermed til et unaturligt dansk sprogbrug. Vi har derfor valgt en lidt anden oversættelse i vores gennemgang af kategorierne.

5.1.1 Klientens kommunikationsstil

Med kommunikationsstil forstås måden, klienten udtrykker sig mundtligt eller skriftligt. Den er påvirket af mange faktorer. Fx om klienten kan lide at kommunikere med andre, klientens følelser i forhold til ergoterapeuten, klientens sociale og kulturelle baggrund, om klienten er påvirket af alkohol eller stoffer samt om klienten har neurologiske skader eller er psykotisk. Hvis der undervejs i terapien sker ændringer i klientens kommunikationsstil, kan dette være et tegn på ændringer i den terapeutiske relation – enten til det bedre eller det værre (Taylor, 2008).

5.1.2 Klientens evne til at have tillid til andre

Klientens tillid til ergoterapeuten skal ideelt set øges i løbet terapien, men der kan være klienter, der pga. af tidligere oplevelser har vanskeligheder ved at etablere denne tillid. Disse situationer kræver, at ergoterapeuten er ekstra opmærksom i forhold til klientens interpersonelle adfærd. Manglende tillid til ergoterapeuten kan dog også skyldes, at klienten bare har brug for lidt længere tid eller, at ergoterapeuten har gjort eller sagt noget, som har været ubehageligt for klienten. Det er naturligvis vigtigt, at ergoterapeuten får lokaliseret årsagen til den manglende tillid (Taylor, 2008).

5.1.3 Klientens behov for kontrol

Overordnet skal ergoterapeuten tilstræbe at understøtte klientens empowerment og dermed overlade så mange valg og så meget kontrol som muligt til klienten. Dog har forskellige klienter det forskelligt med behov og evne til at kontrollere deres liv. Den måde, hvorpå ergoterapeuten takler dette, har stor betydning for den terapeutiske relation. Der er klienter, der har et meget stort behov for kontrol og som måske vil forsøge at styre terapien samt forholder sig meget kritisk til ergoterapeuten. Og der er klienter, hvor deres behov for kontrol og evne til selv at kontrollere og strukturere er så lille, at de har behov for, at ergoterapeuten er mere direktiv (Taylor, 2008).

5.1.4 Klientens evne til at udtrykke sine behov

Klienten vil undervejs i terapien have behov for assistance, information, følelsesmæssig støtte m.m., hvilket det er ergoterapeutens ansvar at aflæse, således at disse behov kan blive mødt. Nogle klienter udtrykker deres behov direkte, hvorimod andre har vanskeligheder med dette og i stedet gør det indirekte eller nonverbalt. Der er også klienter, der er meget krævende i forhold til at få tilgodeset deres behov, hvilket kan vække ergoterapeutens modvilje. Hvis dette er aktuelt, er der ofte er tale om et personlighedstræk hos klienten (Taylor, 2008).

Udover at nogle klienter har svært ved at udtrykke deres behov, er det også vores erfaring, at der er klienter, der har svært ved i det hele taget at mærke deres behov – ja endog deres krop og følelser. Vi mener, at det er noget, ergoterapeuten også skal være opmærksom på.

5.1.5 Klientens reaktioner på forandring og udfordring

Det er ofte i forbindelse med forandringer og udfordringer, at klienten er i kontakt med ergoterapeuten. Nogle klienter vil have såvel indre styrke og copingstrategier samt støtte fra deres netværk, således at de er i stand til at håndtere situationen. Andre har færre indre ressourcer og måske også mindre støtte fra deres netværk. Dette kan medføre, at de reagerer på selv forholdsvis små forandringer som et nyt lokale eller reagerer på ændringer i ergoterapeutens adfærd. Reaktionerne kan fx være i form af modstand mod at indgå i terapien, udfordring af ergoterapeuten eller følelsesmæssige reaktioner som vrede, tristhed eller angst. Ergoterapeuten må anerkende og forholde sig til klientens vanskeligheder med forandringer for at terapien kan fortsætte på en hensigtsmæssig måde (Taylor, 2008).

5.1.6 Klientens affektforvaltning

Klientens affektforvaltning afslører ikke blot noget om dennes tanker og følelser men påvirker også de tanker og følelser, ergoterapeuten har i relation til klienten. Der er en stor variation i måden, hvorpå klienter udtrykker følelser. Dette til trods kan klientens måde at udtrykke følelser på være en indikator for, om der er en bagvedliggende sygdom som fx bipolar lidelse, depression, skizofreni, personlighedsforstyrrelse, alkoholmisbrug eller traumatiske hjerneskader. Dog kan der også være tale om en klient, der er i krise og dermed om et situationsbestemt interpersonelt karakteristika hos klienten. Hvis klientens måde at udtrykke følelser på er meget anderledes end ergoterapeutens, kan denne blive overvældet eller provokeret og dermed have svært ved at forholde sig indfølelse overfor klienten, hvilket yderligere kan påvirke klienten følelsesmæssigt (Taylor, 2008).

5.1.7 Klientens evne til at give feedback

Ergoterapeuten og dermed terapien er afhængig af, at klienten giver feedback. Der er klienter, der direkte kan give såvel negativ som positiv feedback både, når de bliver opfordret til det og uopfordret. Andre klienter har svært ved at give feedback. Det kan skyldes flere ting. Fx kulturelle normer, at klienten ikke er opmærksom på ergoterapeutens behov for feedback, at klienten har problemer med autoriteter eller er utryk i forhold til, om ergoterapeuten bliver vred eller ked af det. Hvis ergoterapeuten ikke reagerer i forhold til den feedback, klienten giver, kan det gøre

klienten modvillig overfor at give fremtidig feedback. Nogle klienter har en meget aggressiv måde at give feedback på. Hvis ergoterapeuten undlader at forholde sig til den måde, som klienten giver feedback på, kan det resultere i, at ergoterapeuten selv bliver vred og får lyst til at afbryde det terapeutiske forløb (Taylor, 2008).

5.1.8 Klientens evne til at modtage feedback

Ergoterapeuten giver kontinuerligt feedback til klienten. Det kan både være ros og opmuntring, men også negativ feedback i forhold til betydningen af klientens funktionsnedsættelse, klientens engagement i terapien m.m. Feedback indeholder altid et element af bedømmelse, som kan gøre det vanskeligt for klienten at modtage feedback. Især negativ feedback kan være vanskeligt at tage imod for mange klienter, men også positiv feedback kan være provokerende for nogle. Hvis klienten reagerer voldsomt på feedback, kan det være tegn på en bagvedliggende sårbarhed (Taylor, 2008).

5.1.9 Klientens reaktioner på menneskelig mangfoldighed

Her beskriver Taylor (2008) primært klientens reaktion på, at ergoterapeuten adskiller sig fra klienten. Det kan være i forhold til køn, race, alder, uddannelsesniveaue, civilstand mm. Hvis klienten har svært ved at acceptere forskellighed, kan dette komme til udtryk i form af udfordrende og kritiske spørgsmål til ergoterapeuten. Denne forholdelsesmåde kan dog også skyldes, at klienten har en underlæggende bekymring for, om ergoterapeuten kan forstå vedkommende på et mere fundamentalt og grundliggende plan.

5.1.10 Klientens ønske om at ergoterapeuten viser følelser

Der er stor forskel på, hvordan klienter har det med, at ergoterapeuten viser følelser. Nogle vil føle sig ubehageligt til mode, hvis ergoterapeuten viser følelser, ja de kan endog blive angste og føle, at de har overvældet ergoterapeuten. Andre klienter vil føle sig forladte, hvis ergoterapeuten forsøger at fremstå emotionel neutral. Og endelig vil der være klienter, der lige meget hvordan ergoterapeuten viser følelser, vil være utilfredse. Det, at der er tale om en relation mellem klient og professionel, kan virke provokerende på nogle. Den samme klient kan også over tid skifte mellem at ønske, at ergoterapeuten viser følelser eller fremstår mere neutral (Taylor, 2008).

5.1.11 Klientens ønske om fysisk kontakt

Taylor (2008) referer til en undersøgelse, der påpeger berøringens betydning i ergoterapi. Mange typer af ergoterapeutisk intervention kræver, at ergoterapeuten rører ved klienten. Ligeledes kan berøring opleves støttende. Der er imidlertid klienter, der har vanskeligheder i forhold til berøring. Denne vanskelighed kan skyldes deres opvækstmæssige eller kulturelle baggrund, fysiske smerter, posttraumatisk reaktion efter seksuelle krænkelser, fysiske eller psykiske overgreb eller seksuelle følelser rettet mod ergoterapeuten.

5.1.12 Klientens evne til at indgå i gensidige relationer

Mange ergoterapeuter drages mod faget pga. mulighederne for at indgå i meningsfulde relationer med klienter. Samtidig lærer ergoterapeuter betydningen af at behandle alle klienter lige og at have en objektiv og neutral holdning. Det er imidlertid ikke muligt at undgå følelser i forhold til klienten. Ergoterapeuten vil opleve en umiddelbar lyst til at hjælpe mange af sine klienter, men der kan også være klienter, som ergoterapeuten vil have vanskeligere ved at forstå og føle empati for og dermed mindre lyst til at hjælpe. Der vil ligeledes være klienter, der er mest optaget af dem selv og som har svært ved at sætte sig ind i ergoterapeutens synspunkter og være tolerante og empatiske overfor andre. Netop klientens evne til at indgå i gensidige relationer er noget af det mest betydningsfulde i forhold til, at denne får et positivt udbytte af behandlingen. Det er i midlertidigt vigtigt, at ergoterapeuten kender sine egne reaktioner, så vedkommende kan give alle klienter en god behandling – uanset klientens evner til at indgå i en gensidig relation (Taylor, 2008).

5.2 Supplerende kommentarer til "Klientens interpersonelle karakteristika"

Ifølge Taylor (2008) er det vigtigt at anerkende og forholde sig til klientens interpersonelle karakteristika samt være opmærksom på, hvordan disse påvirker én selv som ergoterapeut. Hun opstiller i bogen en liste, hvor hun beskriver hvilke terapeutiske modus, der skal anvendes overfor forskellige interpersonelle karakteristika hos klienten. Dog skriver hun også, at der ikke findes faste regler for hvilke terapeutiske modi, en klienten har behov for, men at ergoterapeuten skal være nærværende og reflektiv. Det kan virke som en noget skematisk tilgang, at der opstilles lister

over, hvordan man som ergoterapeut skal respondere i givne situationer, men det er samtidig med til at gøre modellen enklere og mere tilgængelig.

Taylor (2008) skriver, at der er vigtigt, at ergoterapeuten er bevidst om og opmærksom på klienters forskellighed. Og, mener vi, at vedkommende kan skelne mellem, hvad der er situationsbestemte og varige interpersonelle karakteristika hos den enkelte klient, således at også konteksten tillægges betydning. Dette kræver for os at se, at ergoterapeuten inddrager relateret viden, især psykologiske teorier. Taylor (2008) giver ikke noget bud på, hvilke teorier, ergoterapeuten kan inddrage for at kvalificere forståelsen af såvel situationsbestemte som personlighedsbestemte interpersonelle karakteristika. Vores bud på dette er bl.a. personlighedspsykologi, herunder forsvarsmekanismer samt tilknytningsteori, neuroaffektiv udviklingspsykologi, Daniel Sterns udviklingsmodel, mentalisering, theory of mind, viden om sorg og krise og copingstrategier. Endvidere mener vi, at viden om psykiatri og neurologi og hvordan sygdomme relateret til disse områder påvirker fx affektforvaltning, er relevant. Også viden om "normale", men dog forskellige måder at udtrykke følelser på, er vigtig, således at ergoterapeuten ikke mener, at alle skal udtrykke sig på samme måde for at være "normale".

Udover psykologiske teorier finder vi også, at viden om sociologi, diversitet, empowerment og brugerinddragelse er essentiel for at sikre, at ergoterapeuten også har en teoretisk forståelse for de faktorer, der har en betydning for den kontekst, som klienten befinder sig i. Og endelig skal ergoterapeutiske teorier naturligvis kunne inddrages.

Taylor (2008) betoner flere gange, at ergoterapeuten skal kunne være kritisk selverkendende for bevidst at kunne anvende sit selv i den terapeutiske relation. For at kunne dette, mener vi, at ergoterapeuten også skal kunne anvende nogle af ovennævnte teorier i forhold til sig selv, idet terapeuten jo også har såvel situationsbestemte som personbestemte interpersonelle karakteristika.

6. Uundgåelige interpersonelle hændelser

Taylor (2008) beskriver en række interpersonelle hændelser, som kan påvirke den terapeutiske relation. Hun forsøger at gøre dette operationelt via en eksemplificering af kategorier af det, som hun benævner uundgåelige interpersonelle hændelser. Disse typer af hændelser adskiller sig fra andre hændelser ved at have et emotionelt ladet indhold. Det er derfor vigtigt, at ergoterapeuten er i stand til at møde disse følelsesmæssige udtryk på en måde, således at terapien kan fortsætte i en positiv retning. Taylor understreger da også vigtigheden af, at man som ergoterapeut netop er opmærksom på forandringer i klientens reaktioner, da dette højst sandsynligt vil indikere noget, man som ergoterapeut må være særligt opmærksom på eller reagere anderledes på. Vi vil nedenfor gennemgå de uundgåelige hændelser, sådan som Taylor forklarer disse.

6.1 Gennemgang af typer af interpersonelle hændelser

6.1.1 Udtrykke stærke følelser

Her er der tale om, at klienten giver udtryk for følelser med en intensitet, som ligger uden for almindelige kulturelle normer for menneskeligt samvær. Der kan være tale om såvel positive som negative reaktioner, men ergoterapeuten skal altid være opmærksom på, om dette som et udtryk for en betydningsfuld interpersonel hændelse. Eksempler på at udtrykke stærke følelser er, at klienten ler hårdt, højt eller i en forlænget periode, at klienten taler hårdt eller demonstrativt, at klienten får tårer i øjnene eller begynder at græde, at klienten kommer med vredesudbrud, at klienten udviser en påfaldende nervøs og ængstelig adfærd m.v. (Taylor, 2008)

6.1.2 Intime selvafsløringer

Her er der ifølge Taylor (2008) tale om udtalelser eller fortællinger, som afslører noget ikke-observerbart, privat eller sensitivt om personen. Det kan komme til udtryk i klientens fortællinger om sig selv eller om personer, som vedkommende har en tæt relation til. Intime selvafsløringer er fra klientens side et udtryk for stor tillid, hvorfor det er vigtigt, at man som ergoterapeut møder en sådan selvafsløring med omtanke.

6.1.3 Magtdilemmaer

Der vil altid være tale om en skævhed i magtfordelingen mellem ergoterapeut og klient, da det er ergoterapeuten, som besidder viden og kundskaber, som influerer direkte på klientens funktionsniveau og livskvalitet. Magtdilemmaer opstår, hvis en klient af den ene eller anden årsag føler sig utilpas ved eller måske endda får lyst til at udfordre den givne magtfordeling. Det er ikke ualmindeligt, at der opstår magtdilemmaer i løbet af en terapi. Hvis klienten i løbet af terapien begynder at udvise tegn på passivitet eller modstand, begynder at konfrontere eller udfordre ergoterapeuten eller endog søger at vinde kontrollen over terapien, er det indikationer på, at der er et magtdilemma på spil (Taylor, 2008).

6.1.4 Nonverbale signaler

Nonverbale signaler er netop, hvad ordet siger: Kommunikation, som ikke involverer brug af formelt sprog. Der kommunikeres i stedet f.eks. via ansigtsudtryk, kropsholdning, gestik, øjenkontakt (eller mangel herpå), osv. Taylor (2008) henregner også fænomener som påklædning, frisure og make-up til de nonverbale signaler.

De nonverbale signaler har en vigtig rolle i ergoterapien. De giver bl.a. ergoterapeuten mulighed for at deltagtiggøre klienten i sine observationer f.eks. *"Jeg kan se, at du sidder uroligt på stolen"* og dermed klienten mulighed for at fortælle om årsagen til dette. De nonverbale signaler kan fungere som et positivt bindemiddel mellem klient og ergoterapeut, f.eks. hvis begge parter har nogenlunde samme smag og tøjstil, da klienten kan vælge at tolke denne samhørighed som et udtryk for en ergoterapeut, som vil være i stand til at sætte sig ind i og forstå klientens problemer (Taylor, 2008). Taylor skriver det ikke, men vi tillader os at formode, at det modsatte må gøre sig gældende, hvis klienten bliver mødt af en ergoterapeut, der i sin ydre fremtoning fremstår meget forskellig fra klienten.

6.1.5 Krisesituationer

Taylor (2008) beskriver dette som uventede og stressende begivenheder, som fjerner fokus fra klientens aktivitetsengagement. Rækken af faktorer, som kan fremkalde krisesituationer, spænder meget vidt. Her kan nævnes f.eks. truende sygdom, forandringer i funktionsniveau, psykologiske

spændinger, tab af eller adskillelser fra nære relationer, arbejdsløshed, økonomiske problemer m.v.

6.1.6 Modstand og tøven

Her er der ifølge Taylor (2008) tale om to typer af interpersonelle hændelser, som deler nogle træk men også er forskellige.

Modstand defineres som klientens passive eller aktive afstandstagen fra at deltage i ergoterapien eller dele heraf. Denne modstand retter sig mod det system, som ergoterapeuten repræsenterer eller mod ergoterapeuten. Klienten kan fx afslå at udføre en træningsaktivitet i ergoterapien, fordi vedkommende er vred på eller ikke føler sig forstået af ergoterapeuten. Det kan være vanskeligt for ergoterapeuten at håndtere, da der er tale om en adfærd, som sjældent tjener klientens bedste (Taylor, 2008).

Tøven beskrives som en modvilje mod dele af ergoterapien på grund af forhold, som ikke vedrører den terapeutiske relation. Det er derfor langt nemmere for ergoterapeuten at forstå og håndtere en klients *tøven*, da denne kan bunde i f.eks. personlig ængstelse for ikke at kunne klare en opgave fremfor negative følelser rettet mod ergoterapeuten (Taylor, 2008).

Denne type af hændelse hedder på engelsk Resistance and Reluctance. Vi skal her gøre opmærksom på, at det engelske ord "reluctance", som vi her har valgt at oversætte til "tøven" i Kielhofners danske oversættelse er blevet oversat til "modvilje" (Kielhofner, 2010a). Vi mener, at forskellen de to begreber imellem fremstår tydeligere, når man taler om "modstand og tøven" frem for "modtand og modvilje". Endvidere har Kielhofner opdelt "Resistance and Reluctance" (modstand og modvilje) i to selvstændige hændelser (Kielhofner 2010a). Vi har valgt at være tro mod Taylor og beholde de to begreber i én samlet kategori. Som det fremgår af ovenstående, er det afgørende for forståelsen af begreberne, at modstand retter sig mod ergoterapeutens person eller det system, hun repræsenterer, og tøven retter sig mod forhold, som ikke har noget med ergoterapeuten at gøre.

6.1.7 Testning af terapeutens grænser

Her er der ifølge Taylor (2008) tale om en klient, hvis adfærd overskrider ergoterapeutens grænser eller, som beder ergoterapeuten om at gøre ting, som ligger udenfor den definerede terapeutiske relation. Dette kan f.eks. ske ved at spørge til ergoterapeutens private anliggender eller komme med uopfordrede kommentarer om ergoterapeutens adfærd. Andre måder at teste grænser på kan være at forære ergoterapeuten dyre gaver, invitere ergoterapeuten i byen o.l. Grænsetestning kan tjene flere formål. Nogle klienter tester grænser for at forsøge at finde ud af, hvordan deres relation til ergoterapeuten egentlig er, altså som et led i en tryghedsproces. For andre klienter kan grænsetestningen være et udtryk for forvirring over følelserne for ergoterapeuten eller grænsetestningen kan fungere som en slags magtafprøvning i form af "hvor langt vil du lade mig gå"?

6.1.8 Empatiske brud

Der er tale om et empatisk brud, hvis en ergoterapeut ikke bemærker eller forstår en klients kommunikation eller adfærd, hvilket af klienten bliver opfattet som sårende eller ufølsomt. Klienten kan opfatte ergoterapeutens manglende opmærksomhed eller reaktion som ligegyldighed, sårende eller fornærmende. Men mange klienter vil ikke være i stand til at tale om det og vil i stedet reagere ved f.eks. at blive væk fra den næste aftale, udvise passiv eller irriteret adfærd eller bagatellisere betydningen af ergoterapien – alt sammen som udtryk for forskellige måder at disengagere sig fra ergoterapeuten (Taylor, 2008).

6.1.9 Følelseskrævende opgaver og situationer i terapien

Klienten kan i et ergoterapeutisk forløb ofte komme ud for situationer eller omstændigheder, som vil overvælde vedkommende følelsesmæssigt. Der kan også være tale om følelsesmæssige reaktioner, som klienten oplever som ubehagelige fx forlegenhed, ydmygelse eller skam. Sådanne følelser kan opstå, hvis klienten er i færd med at lære en ny færdighed og har svært ved at dette. Eller hvis en klient forsøger at udføre en aktivitet, som vedkommende tidligere har kunnet og værdsat højt, kan det være følelsesmæssigt krævende for klienten at erkende, at dette ikke længere er muligt eller kun muligt at udføre på et lavere niveau. I denne forbindelse er det vigtigt,

at ergoterapeuten er i stand til at udvise empati samt bruger den fornødne tid sammen med klienten til at bearbejde den følelsesmæssige reaktion (Taylor, 2008).

6.1.10 Begrænsninger i forbindelse med terapien

Dette omhandler restriktioner af de tilgængelige eller mulige ydelser, tid, ressourcer eller terapeutiske handlinger. Og enhver terapi vil altid møde sine begrænsninger. Eksempler på begrænsninger i terapien kan være ergoterapiens tidshorisont, lokaleforhold, tilgængelige ressourcer m.m. (Taylor, 2008).

Taylor's amerikanske baggrund fremstår tydeligt, når hun eksemplificerer begrænsninger i ergoterapi som omhandlende forsikrings- eller betalingsforhold. Disse forhold gør sig ikke gældende på samme måde i Danmark, men man kan efter vores opfattelse nemt trække en parallel til f.eks. "kommunale pakkeforløb" i en rehabiliteringsproces.

6.1.11 Forandringer i konteksten

Disse hændelser omhandler ifølge Taylor (2008) ethvert aspekt af klientens interpersonelle eller fysiske omgivelser, der ændres under terapiforløbet. Det kan fx være personaleforandringer, forandringer i en gruppes deltagere, forandringer i ergoterapeutens måde at agere på, lokaleforandringer osv.

6.2 Supplerende kommentarer til "Uundgåelige interpersonelle hændelser"

Vi har nu gennemgået de uundgåelige interpersonelle hændelser tro mod den måde, som Taylor fremstiller dem i sin bog. Efter vores opfattelse kan man imidlertid anskue de uundgåelige interpersonelle hændelser på to måde. Både som Taylor beskriver dem, men også som udtryk for, at der er sket en hændelse. Et nonverbalt signal som f.eks. en klients himmelvendte øjne skal nødvendigvis ikke kun anskues som en hændelse i sig selv. Det kan også være et udtryk for, at der er sket noget i den terapeutiske relation, som klienten ikke er tilfreds med. Den samme indvending gør sig gældende, hvis en klient udtrykker stærke følelser. At en klient får tårer i øjnene er både en hændelse i sig selv, men hændelsen er også det, som fremkalder tårerne.

Hvis en klient udviser modstand overfor ergoterapeuten, er dette heller ikke kun en hændelse i sig selv. Hændelsen er lige så meget det, som er ergoterapeuten tidligere har gjort eller sagt, og som

har vakt klientens modstand. Efter vores opfattelse ville en mere korrekt betegnelse for denne del af modellen end "uundgåelige interpersonelle hændelser" (Inevitable Interpersonal Events) derfor være "betydningsfulde interpersonelle hændelser og signaler herpå".

7. Grundlæggende principper for IRM

IRM bygger på 10 underliggende principper om, hvordan man som ergoterapeut etablerer klient – terapeut relationen. Formålet med disse principper er at understrege, at IRM anvendes, når ergoterapeuten er i kontakt med klienten. Da de ikke er vores fokus i denne artikel, vil vi nøjes med at opremse principperne og så i øvrigt henvise til Kielhofner (2010a) og Taylor (2008).

Principperne er

- Kritisk selverkendelse er nøglen til bevidst brug af egen person
- Interpersonel selvdisciplin er fundamental for effektiv brug af ens egen person
- Det er nødvendigt at sætte hovedet over hjertet
- Opmærksom empati er en forudsætning for at kende sin klient
- Terapeuten er ansvarlig for at udvikle sine interpersonelle færdigheder
- Under forudsætning af, at de bliver anvendt rent og fleksibelt, kan en bred vifte af terapeutiske modi fungere og benyttes på skift i ergoterapi
- Klienten definerer en velfungerende relation
- Fokus på aktivitet skal afbalanceres med fokus på det interpersonelle
- Anvendelsen af modellen skal være præget af kerneværdier og etik
- Kulturel kompetence er vigtig for praksis

8. Afslutning

Denne artikel er et bud på, hvordan IRM kan forstås og suppleres. Modellen er under fortsat udvikling af Taylor, ligesom der er ergoterapeuter andre steder, der som os anvender modellen i undervisning eller i det kliniske arbejde.

Taylor giver med *The Intentional Relationship* et godt og sammenhængende bud på betydningen af ergoterapeutens anvendelse af sit selv i den ergoterapeutiske intervention samt tydeliggør betydningen af at forstå og anvende især psykologiske teorier. Hvordan og hvilke teorier har vi ønsket at tydeliggøre via vores tilføjelser til gennemgangen af IRM og vi håber dermed, at vi er med til teoretisk at underbygge modellen således, at vi kan inspirere såvel færdiguddannede som især ergoterapistuderende til yderligere læsning.

9. Referenceliste

- Axelson, B. & Thylefors, I. (2006): *Arbejdsgruppens psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag
- Berlin, S. (2010). *Relation før metode*. København. Akademiske Forlag.
- Cullberg, J. (2007). *Krise og udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Decker, L. (2012a): *Ergoterapeutisk interview*. København: Ergoterapeutuddannelsen Metropol. [https://www.ucviden.dk/portal/da/persons/lone-decker\(3038f394-f084-44ff-a602-dd61135ff6d9\)/publications.html](https://www.ucviden.dk/portal/da/persons/lone-decker(3038f394-f084-44ff-a602-dd61135ff6d9)/publications.html). Hentet d. 18.12.2013.
- Decker, L. & Johannesen, A.(2013). Gruppeprocesser. I: Jessen-Winge, C. (red.) *Manualen til Gør noget – få det godt*. København: Ergoterapeutuddannelsen Professionshøjskolen Metropol. <http://www.phmetropol.dk/Lifestyle+redesign/Teori+og+metoder/Gruppeprocesser>. Hentet d. 3.11.2014
- Ergoterapeutforeningen (2008). *Professionsgrundlaget for ergoterapi – en dokumentsamling*.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Gústafsson, J. & Ramian, K. (2003). *Livshistorien – en vej til det menneskelige*. Aarhus: Systime
- Hammerich, E., Frydensberg, K. (2013). *Konflikt og kontakt*. Gjern: Forlaget Hovedland.

- Jerlang, E. (2008). John Bowlbys tilknytningsteori. I: Jerlang, E. (red). *Udviklingspsykologiske teorier* (4. udgave, side 156 – 179). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kielhofner, G. (2010a). *Ergoterapi i praksis – det begrebsmæssige grundlag*. København: Munksgaard Danmark.
- Kielhofner, G. (2010b). *MOHO – modellen for menneskelig aktivitet*. København: Munksgaard Danmark.
- Kielhofner, G. et al. (2010). Samtale med klienter: Undersøgelsesredskaber der indsamler oplysninger gennem interview. I: Kielhofner, G. *MOHO – modellen for menneskelig aktivitet* (2. udgave, side 283 – 308). København: Munksgaard Danmark.
- Lauvås, P. & Lauvås, K. (2006): *Tværfagligt samarbejde*. Århus: Klim
- Metze, E. & Nystrup, J.(2004). Gensvarsmodeller. I: Metze, E. & Nystrup, J. *Samtaletræning. Håndbog i præcis kommunikation* (1. udgave, side 25 -38). København: Hans Reitzels Forlag
- Møhl, B. (2008). Teorier om udvikling og tilknytning. I: Simonsen, E. (red). *Personlighedsforstyrrelser* (1. udgave, side 61 – 83). København: PsykiatriFondens Forlag.
- Nielsen, M. & Rom, G. (2006). *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. København: Munksgaard Danmark.
- Plenge, Nethe (2008): *Mød konflikten*. København: Hans Reitzels Forlag
- Ryden, G. & Wallroth, P. (2010). *Mentalisering – at lege med virkeligheden*. København: Dansk Psykologisk Forlag A/S
- Schibbye, A. L. (2002). *Relationer – et dialektisk perspektiv*. København: Akademisk Forlag
- Taylor, R. (2008). *The Intentional Relationship*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Thompson, I. (2009). Etik. I Creek, J. (red): *Psykiatrisk ergoterapi*. København: Munksgaard Danmark
- Townsend, E. & Polatajko, H. (2011). *Menneskelig aktivitet II*. København: Munksgaard Danmark.

Intentional Relationship Model (IRM) er en begrebsmæssig model, som redegør for terapeutisk anvendelse af selvet i en ergoterapeutisk intervention. Som ergoterapeut får man via modellen anvisninger på, hvilke handlemuligheder og konkrete interpersonelle færdigheder, der kan anvendes til at fremme klienters aktivitetsengagement.

I artiklen bliver modellens elementer gennemgået, og forfatterne af artiklen har suppleret med forslag til psykologisk litteratur, som kan understøtte de enkelte dele i modellen.

Artiklen henvender sig til såvel ergoterapistuderende som ergoterapeuter i praksis.

Artiklen er tilgængelig fra Ergoterapeutforeningens videnbank

<http://www.etf.dk/kvalificer-din-ergoterapi>