

VITALISERINGSPSYKOLOGI I NEUROREHABILITERING

Lise Christensen¹

Artiklen vil vise, hvordan vitaliseringspsykologien kan bidrage til arbejdet med hjerneskaderamte med henblik på forståelse af den hjerneskaderamtes erhvervede underskudsposition – psykologisk set. Der argumenteres for, at den vitaliseringspsykologiske forståelse af menneskets almene psykologiske behov og omverdensforbundetheder kan bidrage til udviklingen af en mere helhedsorienteret neurorehabilitering. Diskussionen af de praktiske implikationer for tilgangen til neurorehabilitering på de vitaliseringspsykologiske præmisser kontekstualiseres i en integrativ begrebsramme, der faciliterer kompleksitetsrespekt.

Indledende betragtninger

Den akutte behandling af erhvervet hjerneskade har i en årrække været i fokus såvel nationalt som internationalt med gode resultater til følge. Flere overlever alvorlige traumer og sygdomme, hvilket har medført, at flere personer lever med eller er i risiko for at få komplekse følger efter erhvervet hjerneskade. Disse følgevirkninger kan manifestere sig som nedsat funktionsevne fysisk, psykisk og socialt. Hjerneskaderehabilitering omfatter forløb med en række forskellige indsatser rettet mod sygdommen eller skaden og mod personens livssituation. Målet er at mindske følgerne af sygdommen eller ulykken, og at personen opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

(Sundhedsstyrelsen, 2011, p. 11)

Lægeprofessionen er blevet så dygtig til at redde liv, at stadig flere overlever en hjerneskade, men et reddet liv forpligter og dermed følger et ansvar i forhold til at sikre, at alle hjerneskaderamte får hjælp til efterfølgende at opnå et liv med mest mulig værdi og mening. Interessen inden for neurorehabiliteringsområdet har som følge heraf i nogen grad flyttet sig til i dag at rette et større fokus mod, og udtrykke et behov for, viden omkring rehabiliteringsforløbet efter den akutte behandling. Siden kommunalreformen blev vedtaget i 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005), skete der en reorganisering af ansvarsområder og arbejdsdelinger mellem regioner og kommuner, hvilket gav, og stadig giver, nogle udfordringer i forhold til rehabili-

¹ Lise Christensen, cand.psych. fra Aarhus Universitet, ansat som neuropsykolog på Hammel Neurocenter.

teringsprocessen, og med Spareplanen 2015-2019 i Region Midt (2015) er der yderligere besparelser, der får betydning for området. Derfor er det centralt kontinuerligt at beskæftige sig med, hvordan neurorehabilitering bedst tilrettelægges i fremtiden, således at der sikres en helhedsorienteret rehabilitering.

I mit arbejde som neuropsykolog på et neurocenter oplever jeg, hvordan en hjerneskade igangsætter en kompleks proces, der involverer dynamiske transaktionelle påvirkninger, der influerer på rehabiliteringsprocessen på multiple måder og inddrager forskellige personer, miljøer og systemer. Neurorehabilitering er i overensstemmelse med dette komplekst, og vores mål – at skabe livsopretning for vores patienter – kræver arbejdstilgange med fokus på kommunikation, vidensdeling og kontinuitet. Jeg vil med denne artikel vise, hvordan vi med en integrativ vitaliseringspsykologisk tilgang kan udvide forståelsen af, hvordan forskellige faktorer influerer på hinanden i rehabiliteringsprocessen, og hvorledes vi på dette grundlag kan finde meningsfulde løsninger på nogle af de udfordringer, som neurorehabiliteringsområdet står over for.

Artiklen består af fire hovedsektioner. Den indledende teoretiske del I, som omhandler en forståelse af individets psykologiske grundbehov, der har rettethedens form, danner grundlag for den mere omfattende del II, der undersøger, hvordan en hjerneskade igangsætter en kompleks, multifacetteret og langvarig proces, der kan underskudspositionere den hjerneskaderamte. I del III kontekstualiseres de vitaliseringspsykologiske perspektiver inden for en integrativ ramme, og der søges en udvidet forståelse af rehabiliteringsprocessens kompleksitet og de dynamiske bevægelser, der påvirker alle de implicerede parter. I del IV argumenteres der for, hvorfor vitaliseringspsykologien er meningsfuld at inkludere i forhold til vores kerneopgaver i neurorehabilitering, og hvordan den kan facilitere udvikling i en tid, hvor kravet er konstant innovation og forbedring, men hvor praksis løbende er underlagt besparelser.

Framing af artiklens arbejde

Artiklens bidrag kan ses i relation til den mere helhedsorienterede tilgang til neurorehabilitering, som, særligt inden for de sidste årtier, har optaget flere og er blevet et prioriteret arbejdsområde inden for feltet, hvilket har resulteret i en udvidet forståelse af, hvad den hjerneskaderamte har brug for i sin rehabilitering. Opmærksomheden på helheden i arbejdet med hjerneskaderamte blev søsat omkring 1980 af George Prigatano og hans kolleger Leonard Diller (1976) og Yehuda Ben-Yishay (1978), der understregede vigtigheden af at beskæftige sig med interaktionen mellem de forskellige komponenter (både i og uden for den hjerneskaderamte) i rehabiliteringsprocessen (Prigatano et al., 1986).

I den senere bog *Principles of Neuropsychological Rehabilitation* (1999) opstiller Prigatano 13 principper¹ (se principperne i slutnote),

som han mener generelt kan guide den neuropsykologiske rehabilitering til trods for patienters forskellighed. Med principperne understreges især betydningen af at inkludere viden omkring den hjerneskaderamtes personlighed, forstå rehabiliteringsprocessen som dynamisk, inddrage de pårørende i processen, anerkende presset ved at arbejde med denne målgruppe samt etablere samarbejder på tværs af sektorer. Princippernes betydning underbygges i bogen af empiri, der i vid udstrækning retter opmærksomheden mod behovet for en mere inkluderende rehabilitering, og Prigatano forholder sig kritisk til, og undrende over for, hvorfor der ikke forskes mere i, hvorfor og hvordan multiple faktorer, i og omkring den hjerneskaderamte, influerer på rehabiliteringsprocessen. Prigatanos forståelse af den helhedsorienterede tilgang ses videreført i flere nyere beskrivelser af neurorehabilitering, bl.a. hos Barbara Wilson, Fergus Gracey, Jonathan Evans og Andrew Bateman (2009), der arbejder ud fra en holismeforståelse, hvor rehabiliteringsprocessen anskues som interaktiv og som involverende både fagpersoner, den hjerneskaderamte, de pårørende og et støttende "*community*". Tilgangen til den ramte skal, i deres optik, baseres på anerkendelse af netop hans eller hendes kombination af styrker, svagheder, motivation, personlighed og ressourcer, og rehabiliteringsindsatsens succes vurderes ud fra dens evne til at assistere den hjerneskaderamte i at nå sine personlige mål og højne sin livskvalitet.

Denne artikel lægger sig i forlængelse af den helhedsorienterede forståelse af arbejdet med hjerneskaderamte og vil således, på samme måde som bl.a. Prigatano og Wilson, beskrive en tilgang til neurorehabilitering, hvor fokus rettes mod den hjerneskaderamtes oplevelse af succesfuld rehabilitering – her defineret som livsopretning.

Der er bred enighed blandt fagprofessionelle om, at en udvidet tilgang til arbejdet med hjerneskaderamte er den mest meningsfulde (Ben-Yishay, 1996; Ylvisaker & Feeney, 2000; Wilson, 2003), og i praksis ses det afspejlet i udviklingen af neurorehabiliteringsprogrammer (for eksempel ved Center for Hjerneskade i Danmark, 2015; The Oliver Zangwill Centre i England, 2015, og NYU Langone Medical Center i USA, 2015). Af programmernes beskrivelser fremgår det, at de alle har som præmis, at rehabilitering af hjerneskaderamte må tage højde for, inkludere og arbejde med, langt mere end blot de fysiske følger efter en hjerneskade.

Med inddragelse af en vitaliseringspsykologisk forståelse af de dynamikker, der er på spil i den hjerneskaderamte, og omkring denne, er det min intention at bidrage til den grundlæggende forståelse af, hvorfor og hvordan helhedsorienterede/holistiske/integrative programmer er virkningsfulde og dermed yderligere kvalificere og udvikle den helhedsorienterede tilgang.

I. Vitaliseringspsykologiens teoretiske fundament

I vitaliseringspsykologien arbejdes der med udgangspunkt i, at vi mennesker grundlæggende har fire psykologiske behov: behov for autonomi, mening, tilhør og mestring. De fire psykologiske behov er karakteriseret ved at have rettethedens form (Tønnesvang, 2015), hvormed menes, at de folder sig ud som manifestationer af intentionalitet, dvs. som måder at rette sig *mod* omverdenen og de mennesker, der er i den, og måder at lade sig rette *af* betingelser og muligheder i omverdenen (Hansen, 2001). Som rettethedsformer kan behovene ændre karakter livet igennem, idet gensidig interaktion med omverdenen påvirker deres udtryk, der således både kan modnes og nuanceres i sunde relationer og begrænses og forvirres i usunde relationer.

I neurorehabiliteringsarbejdet har vi altid først og fremmest at gøre med et menneske, der kommer med en hjerneskade, og ikke omvendt. Viden omkring psykologiske grundbehov, der har rettethedens form, kan udvide forståelsen af og muligheden for at arbejde med de skævvridninger, der kan være sket i den hjerneskaderamtes følelse af at være "en nogen" i relation til andre *efter* hjerneskaden. Ligeledes kan en diskussion af rettethedsniveau og udtryk ved deprivationstilstande nuancere vores opfattelse af den hjerneskaderamtes og de pårørendes (mod)reaktioner, hvilket kan styrke vores indsats i rehabiliteringsprocessen.

Eksistentielle grundvilkår og psykologiske grundbehov

Ifølge Hansen (2001; Tønnesvang, 2014) er det karakteristisk for de fire nævnte grundbehov, at de udspringer af menneskets grundlæggende eksistensvilkår, og at de driver mennesket til at realisere dets tilværelse. De eksistentielle grundvilkår, der af eksistenspsykologer og filosoffer er identificeret som centrale i menneskers liv, sammenfattes af Yalom (1980) til at omfatte hhv. døden, meningsløsheden, isolationen og friheden. Ifølge Yalom er hvert af de fire ultimative vilkår dybt forankret i menneskets eksistens og er således en konstant følgesvend, der kan føre til eksistentiel angst. Der eksisterer som følge heraf en konstant spænding mellem på den ene side bevidstheden omkring disse ultimative vilkår og på den anden side den kontinuerlige kamp for at konfrontere deres absolutisme og dermed undgå opslugning heri. Disse grundlæggende vilkår er således ansporende for vores livsengagementer, hvilket har en betydning i forhold til de psykologiske grundbehov, som de naturligt bør diskuteres i forhold til.

Når det i vitaliseringspsykologien beskrives, at de psykologiske grundbehov har rettethedens form, vil det sige, at de kommer til udtryk som motivationelle rettetheder. I overensstemmelse med at der eksisterer fire grundbehov, hævder teorien så også, at der er fire grundformer af motivationel rettethed: den selvhenførende rettethed (ved autonomi), den andenhenførende rettethed (ved mening), den fællesskabshenførende rettethed (ved tilhør) og den mestringshenførende rettethed (ved mestring). Som individer indgår vi hele livet igennem i en form for dialog med vores omgivende verden for at

blive vitaliseret på disse fire rettetheder og for at bidrage til andres vitalisering. De følgende afsnit hviler på teori og empiri fra Tønnesvang (2015), Tønnesvang og Hedegaard (2015), Hansen (2001) og Ryan, Huta og Deci (2008).

Den selvhenhørende rettethed handler om vores behov for at blive set som den, vi er. Gennem denne rettethed stræber vi efter at manifestere vores individualitet og at blive anerkendt i forhold til denne. Vi ønsker at blive forstået og spejlet, når vi opfører os som den, vi er, og dermed blive bekræftet i vores selvfremstilling og selvhævdelse. Når vi understøttes i vores udvikling af selvværd og selvagtelse, styrker det vores selvtillid i forhold til at fastholde det særlige, vi har med os, og dermed handle med selvstændighed og selv-sikkerhed. På baggrund heraf er denne rettethed også udtryk for et behov for autonomi, og til dette behov knytter sig en angst for ikke at være sig selv, være fremmed for sig selv eller miste sig selv, dvs. en angst for døden forstået som en afmontering af det at være "en nogen".

Den andenhenførende rettethed handler om, at vi har brug for noget og/eller nogen, der giver os noget at stræbe efter, og som kan fungere som betydningshorisont, således at vi ser et billede af, hvem eller hvad vi kan blive. Det vedrører ligeledes et behov for at have meningsfulde strukturer i vores liv, der kan virke organiserende på et højere niveau, end dagligdagen kan. På denne måde er rettetheden ligeledes udtryk for et behov for mening. Ifølge eksistensfilosoffer er dette behov udledt af den eksistentielle meningsløshed, der leder an til spørgsmålet om, hvordan et væsen, der behøver mening, skal finde denne i et univers, som er vilkårligt og uden nogen storslået plan. Ved at rette os mod noget større end os selv udholdes dette vilkår, og vi styrkes i vores tro på at være på vej.

Den fællesskabshenhørende rettethed handler om at høre til i fællesskab med andre. Angsten for at blive isoleret er et grundvilkår, mennesket lever med, og som både kan forstås i snæver forstand – ikke at have nære, intime relationer, og i bred forstand – ikke at være en del af meningsfulde sammenhænge i verden. Vi har alle et behov for at indgå i sociale relationer, hvor vi oplever at blive holdt af, hvor vi føler tilhør og anerkendelse, og hvor vi ligeledes har mulighed for at tilbyde dette fællesskab til andre. Denne rettethed vedrører dermed det grundlæggende behov, som vi har for at være en del af identitets-fællesskaber, hvor vi deler og skaber en historie med de andre mennesker, der indgår heri. Dermed er denne rettethed også udtryk for behov for at høre til.

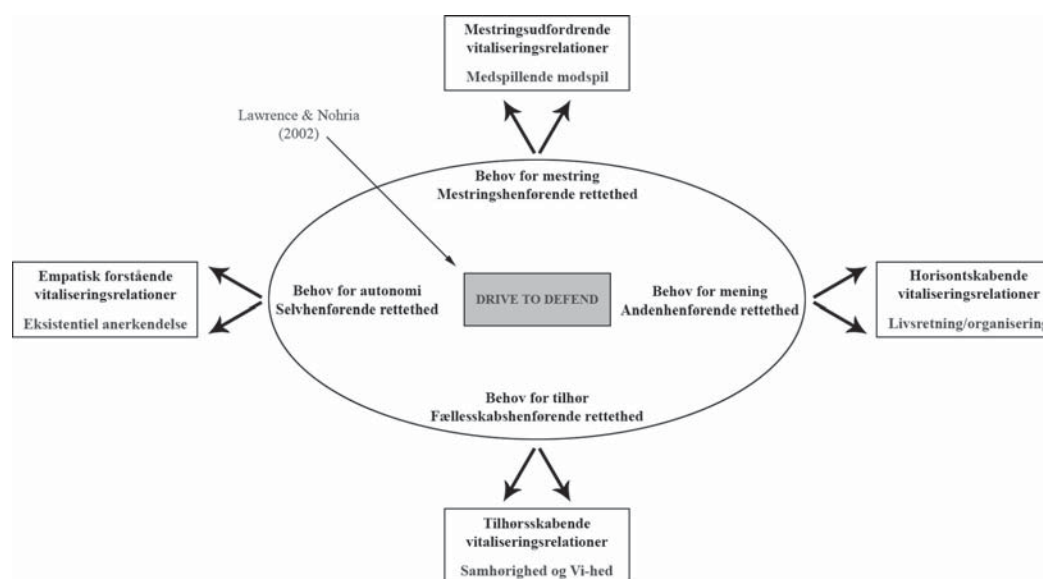
Den mestringshenførende rettethed handler om, at vi har brug for at føle, at vi behersker forhold både i det indre og ydre miljø. Dette vedrører således både den naturlige, den sociale og den personlige verden. Idet vi retter os herimod, udvikles vores evner, talenter og færdigheder således, at vores anstrengelser kan stå mål med vores ønsker og ambitioner. Eksistentielt er vi frie til at tage kontrol over vores liv, men samtidig tynget af visheden om, at det er vores ansvar at opnå den sande mestrings. For at tøjle denne angst er

individet nødsaget til at agere progressivt for dermed at føle sig kompetent til at skabe og følgelig mestre sin egen eksistens. Det er vigtigt, at vi udfordres på det rigtige niveau, så vi hele tiden får/har positive oplevelser med kompetenceudvikling. Denne rettedhed er udtryk for et behov for mestring.

Vitaliseringsmodellen og drive to defend

Menneskers psykologiske grundbehov, der har rettedhedens form, folder sig ud i en omverden, gennem hvilken vi bliver vitaliseret på vores rettedhedsdimensioner. Vi kan ikke skabe en kontinuerlig selvfølelse uden andres spejling og respekt eller opnå tilhør uden andres omsorg og fællesskab eller opleve mestring uden anerkendelse eller finde frem til mening uden erfaringsdeling og opmuntring. Disse responser, som mennesket oplever og svarer tilbage på, findes i vitaliseringsrelationerne, og de er betingende for at kunne etablere og opretholde en sammenhængende selvfølelse og for fortsat at udvikle sig som en hel person. Deres karakter må derfor, qua deres livsunderstøttende funktion, være af en særlig tyngde, før de opleves som ilttende for mennesket og kan kendetegnes ved at indeholde *psykologisk ilt*, som er et kernebegreb inden for vitaliseringspsykologien.² Samspillet mellem behov, rettedheder og vitaliseringsrelationer er udtrykt i Vitaliseringsmodellen nedenfor.

2 Teoretisk siger man, at de fire psykologiske grundbehov har brug for vitalisering fra forskellige miljøer, inden for hvilke vitaliseringsrelationerne findes. Man kan for eksempel indgå i vitaliseringsrelationer med familien, med vennerne, med kollegerne, med sin chef osv. Optimalt set skal der omkring mennesker være en tæt forgrening af vitaliseringsrelationer, gennem hvilke man vitaliserer hinanden på "gode nok" måder. I overensstemmelse med definitionen om "gode nok" måder er det væsentligt for individet, at de relationer, som det indgår i, rummer tilstrækkelige mængder psykologisk ilt. Dette begreb er således centralt i vitaliseringspsykologien, fordi det giver kvalitet til de livsunderstøttende, livsopløftende eller på anden måde livsvitaliserende elementer, som eksisterer i vores forhold til andre og/eller aspekter i vores verden (Tønnesvang, 2015). I den livsunderstøttende udvikling ser man generelt, at der er et flow i, hvordan den "gode nok" psykologiske ilt gives og modtages mellem mennesker. Uden at vi tænker over det, sker der typisk en gradvis ændring i måden, hvorpå vi søger ilten, i takt med at vi modnes, bliver mere reflekterede og får nye/andre interesser. Afstemningen af iltningens behov med vores vitaliseringsrelationer sker som regel kontinuerligt, hvilket virker beskyttende, idet det sikrer, at vi ikke i længevarende perioder befinder os i iltdepriverede miljøer, men formår at opretholde en forholdsvis konstant vitalisering. Begrænset tilførsel af psykologisk ilt kan medføre rystelser på vores rettedhedsdimensioner, der, hvis ikke adgangen genoprettes, på sigt kan resultere i oplevet tab af autonomi, mening, tilhør og mestring, som er skadeligt for den psykiske sundhed.



Figur 1. Vitaliseringsmodellen (tillempet efter Tønnesvang, 2015, p. 41.) samt en introduktion af drive to defend (Lawrence & Nohria, 2002).

Inspireret af Lawrence og Nohria kan man i tillæg til de fire behov tale om et *need* (eller *drive*, som det hedder i deres terminologi) for *defend*, som er en interessant størrelse at tænke ind i vitaliseringspsykologien, fordi det karakteristisk kan blive aktiveret som en reaktion på frustration i forhold til hvert af de øvrige fire behov. *Drive to defend* er en medfødt drivkraft til at forsvare sig selv og sine besiddelser, når disse opleves som værende truede, og forfatterne fremsætter hypotesen om, at det evolutionært har været det først udviklede responsystem, repræsenteret ved en simpel forsvarsrefleks aktiveret af kemiske og/eller elektriske impluser (Lawrence & Nohria, 2002). Dog indeholder drivkraften mere end primitiv aggressivitet eller forsvar, som respons på en ydre trussel, idet *drive to defend* i takt med øget mental kapacitet hos primater har udviklet sig til ligeledes at omhandle et behov for at beskytte sine værdier, sine bedrifter og sine relationer, ligesom det tænkes at være knyttet til menneskets søgen efter mening, retfærdighed og opnåelse af mål (Nohria, Groysberg & Lee, 2008). Hermed argumenteres for, at aktiveringen af *drive to defend* ikke blot afstedkommer en ubevidst refleks hos en person, men ydermere rummer muligheden for et udviklingspotentialt for mennesket. Denne udvikling er især knyttet til emotioner og evner, der sekundært bliver afledt af en mere bevidst reaktion på omgivelsernes pres, der således afføder et ønske om at bevæge sig fra uønskede til ønskede tilstande (Lawrence & Nohria, 2002).

Drive to defend er her placeret i midten af Vitaliseringsmodellen for at indikere, at det på samme tid både er adskilt fra og knyttet til grundbehovene, fordi det kan påvirke, hvordan vi som mennesker reagerer på de indre og ydre elementer, som vi retter os mod/af. *Drive to defend* adskiller sig fra de øvrige behov ved altid at være reaktivt, det reagerer på trusler, men opsøger

dem ikke (Lawrence & Nohria, 2002), hvorimod de fire psykologiske grundbehov er proaktive forstået på den måde, at de initierer en form for søgeadfærd, repræsenteret ved deres motivationelle rettethed. At inkludere drive to defend giver os mulighed for at opnå en mere nuanceret forståelse af persons reaktionsmønster, når denne står over for forandring, der opfattes som en trussel mod vedkommendes psykologiske eksistens.

Fordi de fire psykologiske grundbehov alle er essentielle for vores psykiske sundhed, er vi særlig sårbare over for bevægelser i vores omverden, der opleves truende i forhold til opfyldelsen af netop disse. Dog synes det vanskeligt, hvis ikke umuligt, at opstille normer eller regler for, hvad der per definition er truende for den enkelte person på et psykologisk plan, fordi dette, i højere grad end opfattelsen af fysiske trusler, afhænger af en vurdering hos den enkelte. At diskutere drive to defend i en vitaliseringspsykologisk sammenhæng øger dermed bevidstheden omkring, at forståelsen af det reaktionelle drive to defend-mønster hos den enkelte må søges i undersøgelsen af netop dennes fænomenologiske oplevelse af truslens betydning mod opfyldelsen af vedkommendes grundbehov. Hermed kan vi bedre forstå og udtale os om, hvorfor to mennesker, der står over for de samme trusler eller udfordringer, kan have forskellige reaktioner.

Vitaliseringsrelationer som livsunderstøttende i udvikling – som livsoprettende i neurorehabilitering

Til trods for, at de fire psykologiske grundbehov i høj grad interagerer med hinanden, er de ikke ombyttelige, dvs. at man for eksempel ikke kan udfylde tabet af autonomi ved at opfylde behovet for tilhør i større omfang. Derfor er det adaptivt ved mennesket, at det er i stand til at søge nye vitaliseringsrelationer, hvis det oplever, at det ikke bliver vitaliseret optimalt, eller at det sammen med sine nuværende vitaliseringsrelationer giver udtryk for sine behov, således at vitaliseringen har de bedste forudsætninger for at blive afstemt. Menneskets evne til at reflektere over sine behov og dernæst initiere handling kan i høj grad være foranlediget af et velbalance- ret drive to defend. Endvidere er det centralt, at vitaliseringsrelationer er opmærksomme på ændringer i personens fleksibilitet og handlemønstre, således at de bedst muligt kan fortsætte med at tilbyde optimal vitalisering. Ligeledes er det vigtigt, at vitaliseringsrelationer kan hjælpe personen ud af eventuelle uhensigtsmæssige forestillinger gennem iltende realitetskorrigering, der knytter sig til begrebet *optimal frustration*, hvilket omhandler en gradvis korrektion af den andens forestillinger, i fald dette skønnes at have en vitaliserende funktion, og som altid, uanset rettethed, er en del af relationen (Tønnesvang, 2015).

Muligheden for den kontinuerlige afstemning med vitaliseringsrelationer udfordres, når en person får en hjerneskade, fordi forudsætningerne for at modtage og give ilt ændres pludseligt hos den ene part, hvilket kan medføre et akut sammenbrud af den psykologiske ilttilførsel. På et øjeblik ændrer

behovet for vitalisering sig fra kun at omhandle den fortsatte naturlige livs-understøttende tilførsel til nu ligeledes at inkludere en livsoprettende understøttelse. Den hjerneskaderamte person har været ude for en traumatisk hændelse, der ryster og stresser personen i en sådan grad, at denne typisk ikke umiddelbart har ressourcer, der er beregnet på at klare den efterfølgende belastning og genoprettelse. Ifølge Silver og Updegraff (2013) er dette et almindeligt billede, når vi møder udfordringer, der overskrider de basale antagelser, vi har omkring os selv i verden. Den hjerneskaderamte befinder sig således i en traumatisk krisetilstand, der opleves som en trussel mod dennes psykologiske eksistens, hvilket medfører en aktivering af drive to defend, og den hjerneskaderamte person er afhængig af, at de omgivende miljøer er i stand til at vitalisere med "god nok" psykologisk ilt, fordi personen, til trods for komplet ændrede livsvilkår, fortsætter med at eksistere med sine psykologiske grundbehov. Den hjerneskaderamtes vitaliseringsrelationer står over for en vanskelig opgave, fordi afstemningen af vitalisering kompliceres af multiple faktorer i perioden efter skadestidspunkt, bl.a. skadens sværhedsgrad, den hjerneskaderamtes reaktion, relationernes ressourcer og deres egne psykiske tilstande samt mulighederne for rehabilitering. Den hjerneskaderamte vil oftest ikke være i stand til umiddelbart at reflektere over sine rettedhedsrystelser, men kan reagere voldsomt på dem, hvilket er kendetegnende for et forsvarsorienteret drive to defend. Alt efter hvor truende rystelserne opfattes, kan man, i henhold til Lawrence og Nohrias (2002) kategorier, forvente alt fra et mildt angstniveau til fornægtelse, tilbagetrækthed eller decideret afmagtsbetinget (fysisk eller verbalt) angreb. Den hjerneskaderamtes adfærd korrelerer ikke nødvendigvis med omfanget af skaden, fordi den netop er udtryk for den ramtes fænomenologiske oplevelse af trusselsniveau og ikke baseret på en objektiv eller rationel bedømmelse.

Den hjerneskaderamte person har derfor brug for, at de, der er omkring personen, aflæser dennes behov og understøtter personen uden nødvendigvis at få noget tilbage. Disse skæve vitaliseringsrelationer kan være hårde at befinde sig i – både for den ramte, som kan føle sig hjælpeløs, nytteløs og afmægtig, men også for de pårørende, fordi de pludselig skal justere på iltningensventilen, mens de selv befinder sig i en krisesituation, der opfattes som truende. Endvidere er det naturligt, at det er de vitaliseringsrelationer, der er den ramte nærmest, som er omkring den hjerneskaderamte, og dermed bliver kanalerne til dennes vitalisering begrænset i antal, hvilket vil sige, at der hviler et stort ansvar på ganske få vitaliseringsrelationer. De er nu i høj grad afhængige af, at der er mennesker omkring dem, der kan understøtte *deres* behov for at sikre, at de ikke selv oplever for store rystelser og dermed bukker under for belastningen. Hermed er der igangsat en form for vitaliseringsbehovskæde.

Vi kan forestille os problemstillingen repræsenteret i form af en luftballon-allegori. Normalt flyver en luftballon (en person) ukompliceret med den samme tilstrømning af gas. Den kan godt klare lidt modvind eller at tabe

noget højde, fordi dette betragtes som normale svingninger, der hurtigt kan afhjælpes ved at justere gastilførslen gradvist, hvilket foregår helt automatisk, fordi ballonen er indstillet til at flyve i en bestemt højde. Passagererne om bord kan nyde oplevelsen sammen med ballonen, idet de blot skal tage sig af små svingninger eller hjælpe til at styre uden om alt for dårligt vejr. Altså har ballonen som oftest kun brug for gas- eller, i vores terminologi, "ilt"-understøttende vitalisering.

Et billede på den hjerneskaderamtes situation

En hjerneskade kan forstås som et hul, der pludselig opstår i ballonen (som nu bliver en hjerneskaderamt person), hvilket akut forstyrrer den planlagte rute. Ballonen mister opdrift og bevæger sig pludseligt mod jorden. Gassen, der sikrer dens fortsatte opdrift, må derfor skrues kraftigt op for at understøtte ballonen. Der må med det samme skiftes fra autopilot til manuel styring, fordi omstændighederne adskiller sig så kraftigt fra normalen. Der må derfor være mennesker, der kan iværksætte denne øgede gastilførsel, og ansvaret falder naturligt på dem, der som oftest er med ballonen, og som kender den. Som regel er det dog tydeligt for passagererne at mærke, at ballonen ikke synes at blive, som den var før, selv med deres ihærdige indsats på gasventilen, hvilket betyder, at ruten ikke blot med det samme kan genoprettes, og der er risiko for, at ballonen fortsat taber højde.

På et tidspunkt løber gastilførslen tør, det er næsten uundgåeligt. Beholderen er tom, og der er derfor ikke mere at give af, og man kan næsten forestille sig en flok mennesker, der i desperation står og puster op i en stadigt mere sammenkrøllet ballon, der bevæger sig hastigt mod jorden. For at undgå dette er der brug for kyndige balloneksperter, der kan gå om bord i ballonen og sørge for, at gassen bliver skiftet, som evt. kan smide ballast fra kurvens sider, og som kan sikre, at bunden ikke bliver slidt og efterlader et stort hul, så man kun kan klamre sig til siderne. Hvem andre end eksperter skulle kunne dette? Dog er eksperterne afhængige af gode arbejdsforhold forstået på den måde, at deres arbejde med ballonen forudsætter, at der på jorden tages en beslutning om at forsøge at redde den, og at denne beslutning følges op med en støt tilstrømning af materialer. Hvis ikke dette er tilfældet, bliver eksperterne frustrerede og udstråler ikke den ro og kompetence, der er nødvendig. Man skal huske på, at der, samtidig med at eksperterne arbejder, befinder sig rystede mennesker i kurven, som af al magt prøver at få luft i ballonen uden at vide, hvordan man gør, og som har brug for, at der skabes tryghed omkring dem.

Der kan ofte være brug for, at man arbejder flere om den samme ballon for på den måde at hjælpe hinanden med at tage beslutninger, dele erfaringer fra tidligere oplevelser, finde på bedre metoder i fællesskab og støtte hinanden i, at det er et svært og uforudsigeligt arbejde. Der vil for eksempel altid være udefrakommende faktorer, som eksperterne skal forsøge at forudse og tage højde for – såsom vind, regn eller lyn, der påvirker redningsaktionen, og som naturligt forskrækker passagererne og ballonen. Hvis der er flere eksperter med forskellige kompetencer, øges sandsynligheden for, at ballonen bliver i luften, og der vil ligeledes være bedre mulighed for, at viden omkring ballonen, og dens behov i forhold til fortsat at flyve, videregives på en forståelig og støttende måde. Dette er vigtigt, fordi passagererne på et tidspunkt, når ballonen er stabiliseret, selv skal tage et stort ansvar for resten af turen.

Vitalisering, som repræsenteret i tekstboksen, må forstås som et af de vigtigste begreber i neurorehabilitering, og det må være gennemgående på alle niveauer for at sikre, at der ikke på noget tidspunkt opstår et brud på vitali-

seringsbehovskæden, der kan få alvorlige konsekvenser for det nødvendige flow af "god nok" psykologisk ilt, der i sidste ende er afgørende for den hjerneskaderamtes livsopretning. Det kan synes omstændeligt at beskrive og betone noget så selvfølgeligt som vitalisering, fordi det eksisterer så naturligt i vores forbundetheder med omverdenen, men en aktiv refleksion over og forholde sig til begrebet kan øge vores bevidsthed omkring, hvordan vi bruger eller ikke bruger det i vores arbejde, og hvordan vi fremtidigt kan bruge det bedre, og hvorfor det er vigtigt.

Risikoen for underskudspositionering, en gradvis psykologisk forværring over tid, er høj efter en hjerneskade, og det er et emne, der optager feltet i stigende grad, fordi vi ikke er helt klar over, hvad der præcis er afgørende for, hvorfor rehabilitering lykkes i nogle tilfælde og mislykkes i andre. I den følgende sektion diskuteres det, hvorledes problematikken vedrørende succesfuld rehabilitering kan relateres til vitaliseringsbegrebet.

II. Den erhvervede underskudsposition

I vitaliseringspsykologien skelnes der mellem *underskudspositionering* og *underskudsposition*, hvilket implicerer, at et individ, af forskellige årsager, kan bevæge sig mod en underskudsposition ved at blive gradvist mere underskudspositioneret. Oftest vil man se en proces, hvor netop samspillet mellem individ og vitaliseringsrelationer bliver belastet, skævvrides og til sidst braser sammen, hvilket betyder, at risikoen for en underskudsposition er overhængende. Et sådant procesforløb kan forstås som en uhensigtsmæssig transaktionel udvikling, der kan igangsættes (til- eller utilsigtet) af begge parter, og som et langt stykke ad vejen kan stoppes eller ændre retning, inden det til sidst resulterer i en reel underskudsposition.

Kendetegnende for en person i en underskudsposition er, at der sker en form for regression i rettethedsniveau, der kommer til udtryk som reaktiv adfærd og mindre grad af refleksion, hvilket resulterer i en ufleksibel og rigid forbundethed med omverdenen. Hos den hjerneskaderamte ses disse karakteristika typisk i en periode af længere eller kortere varighed efter skaden, hvorfor profilen kan sammenlignes med underskudspositionen, som Tønnesvang (2005) fremstiller den.

Akut underskudsposition induceret af rettethedsrystelser

Risikoen for, at den hjerneskaderamte ender i en erhvervet underskudsposition, er nærværende, netop fordi der lægges et voldsomt pres på relationen mellem den hjerneskaderamte og dennes vitaliseringsrelationer, og er derfor relevant at beskæftige sig med og intervenere over for. Dog er der noget andet på spil, der netop kendetegner den hjerneskaderamtes situation, og som må medtages, når vi diskuterer underskudspositionsbegrebet. For den hjerneskaderamte person, der pludselig oplever rystelser, både fysisk og psykologisk, kan der tales om, at personen i en periode befinder sig i en akut

underskudsposition direkte induceret af den livsomvæltning, som skaden umiddelbart har medført.

Den traumatiske krise udløser hos den hjerneskaderamte en intuitiv og ubevidst reaktion, der får betydning for måden, hvorpå dennes rettetheder kommer til udtryk, samt hvilke behov der træder i forgrunden. Blandt andet antager de psykologiske grundbehov en mere elementær form, fordi den ramte især bliver optaget af overlevelse, sikkerhed og tryghed. Den kompleksitet, der normalt knytter sig til de fire behov, for eksempel at behovet for mestring både omhandler at kunne tage vare på sig selv, sin familie og sit job samt indgå i en eksistentiel udvikling af kompetencer og evner, reduceres ofte til blot at dreje sig om helt basal naturlig selvmestring i form af personlig pleje. Disse forskydninger i polariseringer, både i forhold til hvilke behov der træder mere tydeligt i forgrunden, men også i selve orienteringen inden for det enkelte behov, initieres af en umiddelbar menneskelig kamp for overlevelse og af det kontroltab, som opleves af de fleste som følge af en hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011). Denne kamp kommer derfor ofte til udtryk som en egocentrisk, insisterende og rigid "rækken ud efter"-vitalisering uden en samtidig refleksion over, hvad dette betyder for den hjerneskaderamte selv, eller det noget denne er rettet mod/af. Med reference til drive to defend kan denne adfærd helt naturligt forstås som et forsvar mod den trussel, den hjerneskaderamte person står over for. Personens adfærd er reaktiv, ofte på et mere eller mindre ubevidst plan, fordi han eller hun føler sig akut truet på sine rettetheder grundet det deprivationsmiljø, som personen pludselig befinder sig i, og situationen er så overvældende, at den hjerneskaderamte ikke har ressourcer til at reflektere, men blot kan reagere. For den ramte er målet overlevelse, ikke udvikling, og i flere tilfælde medfører det en form for selvabsorption, hvor fokus bliver meget snævert, og verden indskrænkes til at omhandle alene den hjerneskaderamte og dennes træning.

Differentiering mellem den hjerneskaderamtes udtryk

Man skal være opmærksom på, at de kognitive følgevirkninger efter en hjerneskade i sig selv kan medføre ovenstående vanskeligheder, hvilket ofte er tilfældet. Hermed taler vi om en organisk dysfunktion, der adskiller sig fra den psykologisk betingede nedsatte evne til refleksion. Prigatano (1999) skelner mellem dette ved at operere inden for forskellige niveauer, hvormed han kan kategorisere den hjerneskaderamtes udtryk. Han beskriver, at den hjerneskaderamtes adfærd kan være 1) neuropsykologisk medieret, dvs. direkte induceret af skaden, 2) reaktionel, dvs. indirekte induceret af skaden, eller 3) karakteriserende, dvs. reflekterende præmorbid personlighedstræk. I virkeligheden er alle tre kategorier altid i spil, og en definitiv afgrænsning vil ikke være hensigtsmæssig, når man arbejder helhedsorienteret med den hjerneskaderamte, men den kan dog være guidende for de fagprofessionelle, der forsøger at danne sig et overblik. I denne artikelsammenhæng, hvor den hjerneskaderamtes rehabilitering diskuteres ud fra en vitaliseringspsykolo-

gisk forståelse, er præmissen selvsagt, at der er tale om en hjerneskade, men i forhold til Prigatanos kategorier holdes fokus overvejende på den psykologisk afledte reaktion (de indirekte følger efter hjerneskaden) og på de præmorbid karakteristika – både i forhold til de umiddelbare akutte reaktioner og de mere langvarige processuelle reaktioner. Der er inden for feltet en øget bevidsthed omkring, at netop emotionelle og psykosociale konsekvenser af hjerneskade bør adresseres i højere grad i rehabiliteringen og ikke stå i skyggen af de kognitive deficits (Wilson, 2003). En diskussion omkring, hvordan de psykologiske reaktioner interagerer med, forstærker eller tilsidesættes af de organisk betingede dysfunktioner, er interessant og relevant, men ikke i fokus her.

Risikoen for underskudspositionering

Målet for enhver rehabilitering er, at den hjerneskaderamte genfinder sine ben i en nyorienteret forvaltning af sine grundbehov med tyngdepunkt i en overskuds- frem for en underskudsposition. Den hjerneskaderamte person skal i den sammenhæng bevæge sig fra at opleve verden og fremtiden som en trussel, der handlingslammer personen, til at acceptere sine ændrede livsvilkår og finde lysten til at arbejde med de nye udfordringer samt blive motiveret af oplevelsen af mestring i forhold til sine livsengagementer og sin omverden.

Der er to ting, der adskiller den akutte underskudsposition fra den erhvervede underskudsposition (som vi kommer nærmere ind på senere). For det første er den udledt af en traumatisk begivenhed og er derfor i udgangspunktet ikke et produkt af en længevarende deprivationstilstand, og for det andet er den ikke foranlediget af gradvise skævvridninger i vitaliseringsrelationer, hvilket betyder, at der omkring den akut-underskudspositionerede oftest eksisterer et netværk, der er klar til at tilbyde den “gode nok” psykologiske ilt. Risikoen for, at den akutte underskudsposition fører direkte til en erhvervet underskudsposition, er derfor lille, fordi den hjerneskaderamte typisk vil være omgivet af både pårørende og personale, der er parate til at tilbyde den ramte vitalisering og således hjælpe denne til at opleve en stabilisering af sine rettethedsrystelser.

Bevægelsen fra den akutte underskudsposition mod et mere integreret og reflekteret rettethedsniveau må forstås som en gradvis proces, hvor flere forskellige faktorer spiller ind. Typisk igangsættes den af en kontinuerlig forholden sig til sine vanskeligheder, hvor det indledningsvist kan dreje sig om at indse, at der er tale om en hjerneskade, og erkende, at den har ført til nogle følgevirkninger, samt hvor alvorlige de er, og hvordan de kan komme til at influere på det liv, den hjerneskaderamte ønsker at have efter udskrivelse. På dette tidspunkt lader den hjerneskaderamte verden blive større og skaber således grundlaget for at sætte sine vanskeligheder i forhold til den verden, som vedkommende igen skal blive en del af. Den hjerneskaderamtes vitaliseringsrelationer spiller en stor rolle i denne proces, fordi deres under-

støttelse er betingende for, at den hjerneskaderamte kan opnå en realistisk forståelse af sine funktionsnedsættelser gennem iltende realitetskorrigerende (Tønnesvang, 2015). Ved at anspore og hjælpe den hjerneskaderamte person til at se mulighederne, som de udfolder sig, kan personens vitaliseringsrelationer facilitere bevægelsen fra et forsvarsorienteret til et udviklingsorienteret drive to defend. Progressionen er dog sjældent hverken lineær eller lige-til, og der er flere udfordringer forbundet hermed, fordi en hjerneskade medfører en kompleks og langvarig rehabilitering, der implicerer multiple personer, miljøer og systemer. De forventninger, vi selv og vores samfund har til os som familiemedlem, som medarbejder og som borger, kan være svære at leve op til i forvejen, og med en hjerneskade bliver det endnu sværere. Accepten af, at det, man kan tilbyde nu, ikke er det samme som før, kan være problematisk – ikke blot for den ramte, men også for de pårørende og for arbejdspladsen, og hvis ikke den hjerneskaderamte, familien og sågar arbejdspladsen støttes optimalt, kan det medføre konsekvenser, der i sidste ende rammer den hjerneskaderamte hårdest, fordi dennes ressourcer er mindre. Til trods for, at den hjerneskaderamte person har bevæget sig væk fra den akut inducerede underskudsposition, kan personen derfor stadig være i risiko for at bevæge sig mod en erhvervet og mere permanent underskudsposition, idet personen nu står over for at skulle genvinde en tilfredsstillende og meningsfuld tilværelse.

Hvad sker der, når ilten ikke er "god" nok?

I takt med, at den hjerneskaderamte gradvist forholder sig mere til sin situation og således får et udvidet perspektiv på sig selv i en verden, hvor dennes forudsætninger for at imødegå krav og forventninger er ændret, vil den ramte typisk genopleve eller på ny føle sig voldsomt rystet på sine rettethedsdimensioner. Som nævnt ovenfor ses det ofte, at denne gradvise erkendelse, accept og integration begynder i den subakutte fase, men dette er en beskyttet atmosfære, hvor både den hjerneskaderamte og de pårørende bliver understøttet i en sådan grad, at de kan koncentrere sig om heling og ikke står alene tilbage med alt ansvaret. Kontrollen for den manuelle styring ligger hos balloneksperterne, og de skaber tryghed i forhold til ballonens evne til at genvinde højde. Personalet fungerer helt konkret som en buffer, der sørger for, at den hjerneskaderamte konstant udfordres på et passende niveau og holder fokus på kortsigtede, realistiske delmål. Dette motiverer og bekræfter den hjerneskaderamte person i, at personen har ressourcer til at cope med de udfordringer, vedkommende oplever. Den ramtes drive to defend er aktivt, men denne føler mestring og ejerskab over sin træning, hvilket virker ansporende i rehabiliteringen, og den hjerneskaderamte kan dermed udnytte den arousal til at udvikle sit engagement og sin optimisme. Den hjerneskaderamtes drive to defend er således udviklingsorienteret.

Den store udfordring er den lange proces, efter at den hjerneskaderamte forlader neurobehandlingen i den sekundære sektor og skal hjem og forsøge

at genoptage eller redefinere sit liv uden et massivt sikkerhedsnet, der kan motivere, opmuntre og understøtte både den ramte og de pårørende. Det er ofte efter udskrivelse og en lang periode frem, at den hjerneskaderamte og dennes familie indser, hvor meget hjerneskaden egentlig påvirker deres genoptagelse af hverdagen. For de fleste vil det føles som et tab ikke længere at være i stand til at overkomme det samme, som de kunne tidligere. At opleve sig selv sat tilbage i et samfund, hvor personlig og faglig udvikling er hverdagskost, kan opleves som et stort autonomi-, mestrings- og meningstab, og det er i forbindelse med denne erkendelse, at risikoen for underskudspositionering er størst. De fleste hjerneskaderamte vil blive tilknyttet fagpersoner i kommunen, der skal hjælpe dem med at overkomme denne store opgave, men til trods herfor ses der ofte arbejdsløshed, depression eller skilsmisse som følge af en hjerneskade (Temkin, Corrigan, Dikmen & Machamer, 2009; Seel, Macciocchi & Kreutzer, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2011). Hvorfor det? Ud fra en vitaliseringspsykologisk forståelse er det muligt at forestille sig, at de rystelser, hjerneskaden medfører på rettedimensionerne, i mange tilfælde er mulige at afværge, mens den hjerneskaderamte er indlagt, fordi forhåbninger og målbare fremskridt træder i forgrunden. Når den hjerneskaderamte person kommer hjem, bliver personen pludselig konfronteret med realiteterne – personen kan ikke arbejde i haven, kan ikke overskue at have gæster eller hjælpe børnene med lektierne og kan da slet ikke varetage sit tidligere arbejde. De forhåbninger, den hjerneskaderamte havde i forhold til at genoptage sin planlagte rute, brister, og uden eksperthjælpen til at understøtte den ramte oplever denne en utilsigtet kursændring og en faretruende mangel på gas.

Flere af de kanaler, hvorfra den hjerneskaderamte person er vant til at modtage sin vitalisering, er tilstoppede, og risikoen er her for, at familien, vennerne og de fagpersoner, der ser personen et par gange om ugen, ikke er i stand til at tilbyde "god nok" psykologisk ilt. Eller at det ganske enkelt ikke er nok for den hjerneskaderamte, der oplever at have brug for mere og derfor kan have vanskeligt ved at tage imod eller tro på, at den iltning, der modtages, er reel, fordi vedkommende endnu ikke har accepteret de ændringer, der er sket i dennes liv, og derfor mistænker sine omgivelser for at være uærlige. Skævvridningen i selvpositionering sker gradvist og kan i flere tilfælde rettes op, i takt med at de forskellige parter langsomt tuner sig ind på hinanden og den hjerneskaderamte, sammen med sine omgivelser gennem iltende realitetskorrigering, hjælpes til at acceptere sine funktionsnedsættelser og integrere dem i sin selvforståelse. Dette kræver tålmodighed og hårdt arbejde, men heldigvis er der utallige eksempler på succesfuld rehabilitering, hvor kommunikation og kontinuitet har medført, at den hjerneskaderamte og dennes familie er blevet støttet og har fået mulighed for at redefinere deres tilværelse på en meningsfuld måde.

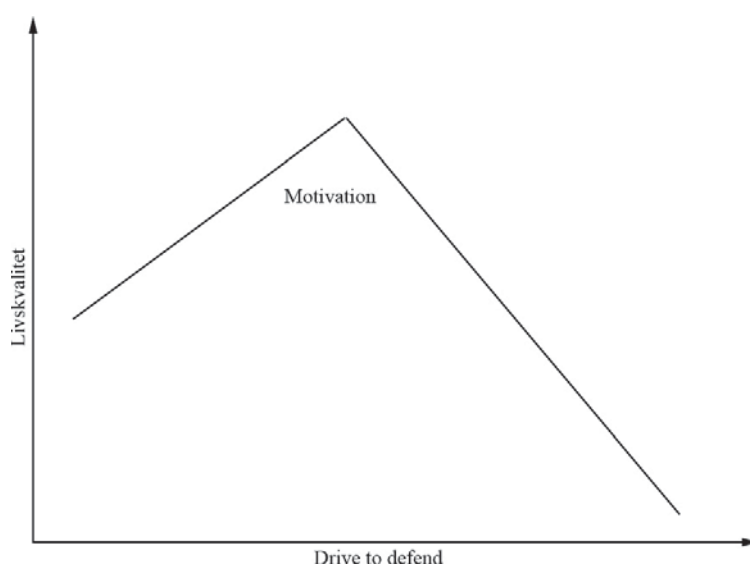
Det handler så at sige først om at få stabiliseret ballonen og at være op-

mærksom på, at menneskene i kurven hele tiden informeres om de tiltag, der iværksættes, og at eksperterne husker at krydse deres tjeklister af, så det nye hold kan se, hvor meget fremskridt der er opnået, og kan arbejde videre derfra i stedet for at starte forfra. Og på den anden side handler det om, at ballonen indser og accepterer, at hullet muligvis kommer til at betyde en kursændring, men at en ny rute kan byde på andre udfordringer, der kan vise sig at være lige så spændende som dem på den først planlagte. Passagererne skal også acceptere denne ændring, for deres støtte er nødvendig, for at kursen opretholdes, og hvis ikke de kan nyde turen, sammen med ballonen, vil det være svært for den at opfatte ruten som meningsfuld.

Rystelsernes manifestation som tab

I Lawrence og Nohrias (2002) første beskrivelse af drive to defend ser de, som tidligere nævnt, drive to defend-reaktioner som former for automatiserede reflekser i forhold til udefrakommende trusler. Truslerne ansporer ikke til lyst til ændringer, men efterlader mennesket i en forsvarsorienteret position, hvorfra det netop kæmper for at undgå forandring og i stedet fastholde en tilstand af homeostasis.

I vores postmoderne verden kan man, i overensstemmelse med Nohria et al. (2008), tale om, at drive to defend har ændret sig eller er vokset i takt med de krav, som verden stiller, og de behov, vi har for mestring, således at dets karakter er blevet todimensionel. Lysten til udvikling, både fra samfundet og iboende hos mennesket, har ansporet til denne ændring. Trusler perciperes som udfordringer, og forandring forbindes med vækst, både på et konkret og et eksistentielt plan. På den måde kan vi forestille os, at udfordringer og udsigt til forandring aktiverer vores drive to defend, hvilket ikke blot fremtvinger en refleks, men decideret motiverer og ansporer os til at handle aktivt i forhold til at bevare og optimere vores livskvalitet. Denne positive korrelation mellem drive to defend og motivation er det, der driver os i vanskelige tider, og det, der udvider vores horisont og udvikler os som mennesker. Vores drive to defend, forstået i en vitaliseringspsykologisk sammenhæng, skal dog være inden for en slags zone for nærmeste udvikling, således at udfordringerne ikke i overdreven grad eller i længere perioder overstiger de ressourcer, vi har til rådighed eller har mulighed for at finde. Når der eksisterer en sund drive to defend-balance, kan arousal af drive to defend øge vores motivation for handling, og en efterfølgende succesfuld løsning af problemet eller håndtering af udfordring kan højne vores livskvalitet, fordi det afføder en følelse af mestring og ejerskab over vores eksistens. Oplever vi derimod nederlag i vores forsøg på mestring, samtidig med at det ydre pres fortsætter, vil vores drive to defend aktiveres i stadig højere grad, og dermed opstår der en diskrepans mellem ydre pres og indre ressourcer, hvilket med tiden har en negativ indflydelse på vores motivation og som følge heraf på vores livskvalitet. Jeg har forsøgt at vise denne transaktionelle proces i, hvad jeg har valgt at kalde, en ressourcemodel nedenfor.



Figur 2. Ressourcemodellen. Graf, der viser, hvordan motivation påvirkes af drive to defend-arousal, og hvilken indvirkning dette har på livskvaliteten.

Med en tiltagende underskudspositionering, hvor den hjerneskaderamtes rettethedsrystelser gradvist manifesteres som tab, kan det således være vanskeligt at reflektere over nye muligheder eller fremmane motivation for handling.

Såfremt denne negative udvikling ikke medieres af en form for intervention, vil den sætte den hjerneskaderamte person i en stresstilstand, hvilket ofte er kendetegnet ved et mere ufleksibelt og ureflekteret handlemønster, hvor personen regredierer til en forsvarsposition (et forsvarsorienteret drive to defend) og kæmper for overlevelse frem for udvikling. Det er dette billede, man kan opleve hos patienter, der er rystede, og som føler sig magtesløse i deres rehabilitering, men som stadig kæmper med næb og kløer for at finde fodfæste i en ny tilværelse. Såfremt de ikke er omgivet af vitaliserende andre, der kan understøtte dem og dermed udnytte den gejst og motivation, der, til trods for det uhensigtsmæssige udtryk, stadig er et tydeligt tegn på livsvilje, kan der ske det, at deres drive to defend i en stadig højere arousal tilstand til sidst ikke længere kan afstedkomme motivation, men i stedet har den effekt, at den hjerneskaderamte oplever amotivation, nedsat livskvalitet og endeligt resignerer. Lawrence og Nohria (2002) understreger, at dette er en meget sandsynlig konsekvens af, i en længerevarende periode, at have oplevelsen af et meget højt trusselniveau, som det ikke synes muligt at sænke. Følelsen af utilstrækkelighed, ensomhed og svigt i denne kamp kan medføre en kronisk forsvarsposition karakteriseret ved tillukkethed og rigiditet over for omverdenen.

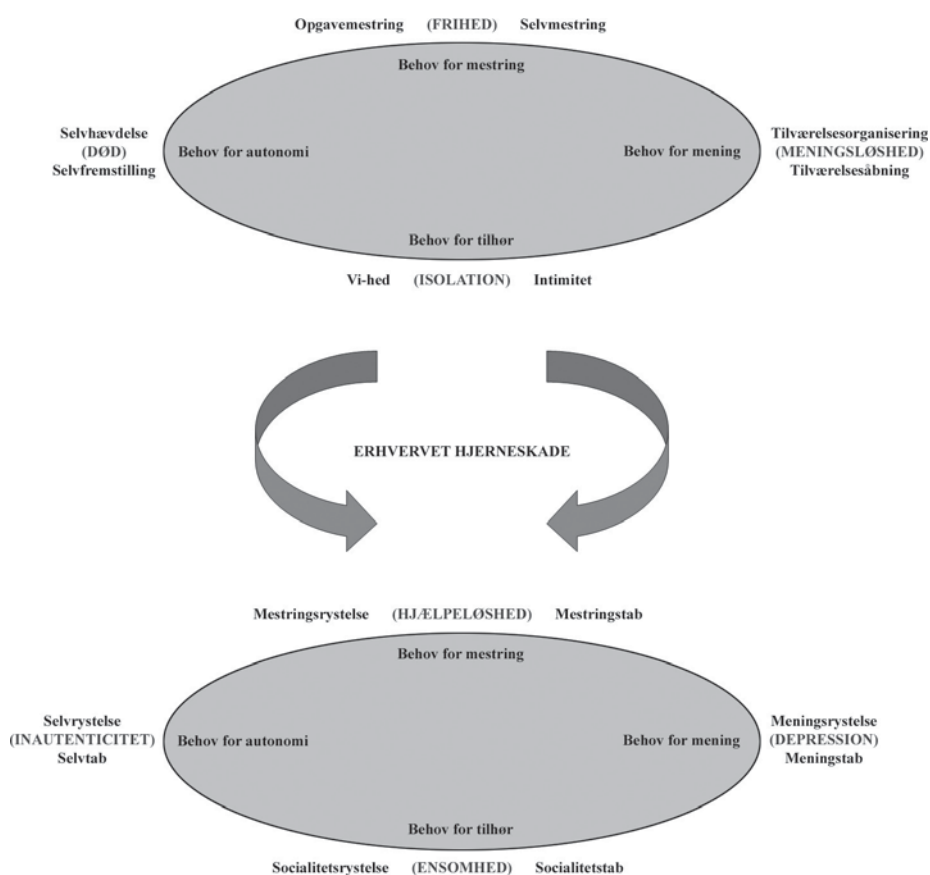
Den hjerneskaderamte har ikke evnerne til selvrefleksion eller overblikket til at organisere sin tilværelse, men er ikke fleksibel nok i sin tankegang til at modtage den nødvendige hjælp eller på nogen måde at mestre overskud til at indgå i fremadrettede initiativer til bedre livskvalitet. Den ramtes rystelser er blevet konsolideret til tab, og vedkommende befinder sig i en underskudsposition, hvorfra det kræver omfattende hjælp at bevæge sig væk fra.

Det er således ikke nødvendigvis hullet i sig selv, der har fået ballonen til at styrte til jorden, men i stedet en kombination af de processer, der er blevet igangsat efterfølgende. Denne ulykke kan meget vel forekomme, til trods for at hullet oprindeligt blev vurderet som meget lille, fordi det netop handler om en individuel oplevelse af trusselsniveau, mængden af indre og/eller ydre ressourcer, og om man i sidste ende kan hjælpes til at være tilfreds med, og endda motiveret af, den nye kurs muligheder.

Den erhvervede underskudsposition

Med afsæt i eksistentiel teori, vitaliseringspsykologien, og den samtidige forståelse af drive to defend, har jeg udarbejdet en model, der viser, hvordan en ellers sund person, der på normal vis interagerer med sin omverden og opretholder sunde vitaliseringsforhold, kan ende i en erhvervet og muligvis permanent underskudsposition på baggrund af den transaktionelle proces, som en hjerneskade igangsætter. Denne deprivationsmiljø-model, som kan ses nedenfor, er i form udarbejdet på baggrund af Vitaliseringsmodellen (Figur 1), og således er der indlejret i den en antagelse om de psykologiske grundbehovs kontinuitet og de eksistentielle grundvilkårs metamorfose.

Den er opdelt i to ovale komponenter, hvor den øvre er repræsentativ for den raske person og den nedre for den person, der har pådraget sig en hjerneskade.



Figur 3. Deprivationsmiljø-modellen (udviklet i samarbejde med Jan Tønnesvang).

Det ses af figur 3, hvordan den raske person i den øvre oval eksisterer med de fire psykologiske grundbehov, samtidig med at personen er bevidst omkring de eksistentielle grundvilkår, der er en del af dennes tilværelse. Som beskrevet tidligere er den livsunderstøttende vitalisering normalvis en naturlig og kontinuerlig komponent i den raske persons liv, og ved at være omgivet af, modtage og tilbyde vitalisering styrkes den sunde persons følelse af autonomi, mening, tilhør og mestring. Ved egen kraft kan personen nu, støttet af sine vitaliseringsrelationer, imødegå de eksistentielle grundvilkår, der endog kan virke ansporende for dennes livsengagementer. Støttet på sin vej vil den raske person generelt befinde sig i en sund drive to defend-balance, hvor der ikke i længerevarende perioder opleves uoverensstemmelse mellem ydre krav og indre ressourcer, og derfor vil personen livet igennem opleve udvikling på de fire rettethedsdimensioner.

I den nedre oval illustreres det, hvad der sker, når den raske person pludselig pådrager sig en hjerneskade og som følge heraf oplever rettethedsrystelser, der kan føre til rettethedstab, og hvordan det kan resultere i en erhvervet underskudsposition. Den hjerneskaderamte eksisterer på samme måde som tidligere med de fire psykologiske grundbehov og har derfor stadig et behov for at blive vitaliseret på disse. Ligeledes erkender, eller i hvert fald fornemmer, den hjerneskaderamte person, at der eksisterer nogle vilkår i dennes verden, som er styrende for, om han eller hun grundlæggende har ejerskab over og er tilfreds med sin tilværelse. Som beskrevet tidligere i denne sektion er personens vitaliseringsrelationer nu afgørende for, om han eller hun bliver understøttet i genoprettelsen af en meningsfuld tilværelse. Bliver den hjerneskaderamte overvældet af situationen uden at føle sig hjulpet af sine vitaliseringsrelationer, vil denne opleve en stadig større uoverensstemmelse mellem ydre krav og indre ressourcer, hvilket kan medføre en usund drive to defend-balance. Den hjerneskaderamte er således udfordret i forhold til at leve med de eksistentielle vilkår som ansporende for sin rettethed og er i stedet i risiko for at blive overvældet af dem og opleve inautenticitet, depression, ensomhed og hjælpeløshed, idet den ramte i stigende grad bliver mere forsvarsorienteret end udviklingsorienteret.

Figur 3, og i det hele taget hele sektion II, viser, at der fænomenologisk er meget på spil for den hjerneskaderamte, og spørgsmålet omkring, hvad der gradvist polariserer denne mod en erhvervet underskudsposition og dermed en mislykket livsopretning, er langt fra simpelt. Dog er der tegn på, at i hvert fald en del af svaret kan søges i en udvidet forståelse af vitaliseringsdynamikker og -problematikker. For at finde flere dele af svaret er det essentielt at brede sin undersøgelse ud og på den måde bevare en opmærksomhed på alle de aspekter, der omgiver den ramte i dennes rehabiliteringsproces. Den hjerneskaderamte person er midtpunktet i den proces, der har som mål at genoprette personens liv på en meningsfuld måde, men dennes muligheder, og ejerskab over processen, er påvirket af de personer, miljøer og systemer, der omgiver vedkommende. Disse vilkår samt deres betydning er værd at

diskutere nærmere. I sektion III præsenteres derfor et integrativt perspektiv på neurorehabilitering, som undersøger de transaktionelle dynamikker, der er på spil i rehabiliteringsprocessen.

III. Et integrativt perspektiv på den hjerneskaderamtes rehabilitering

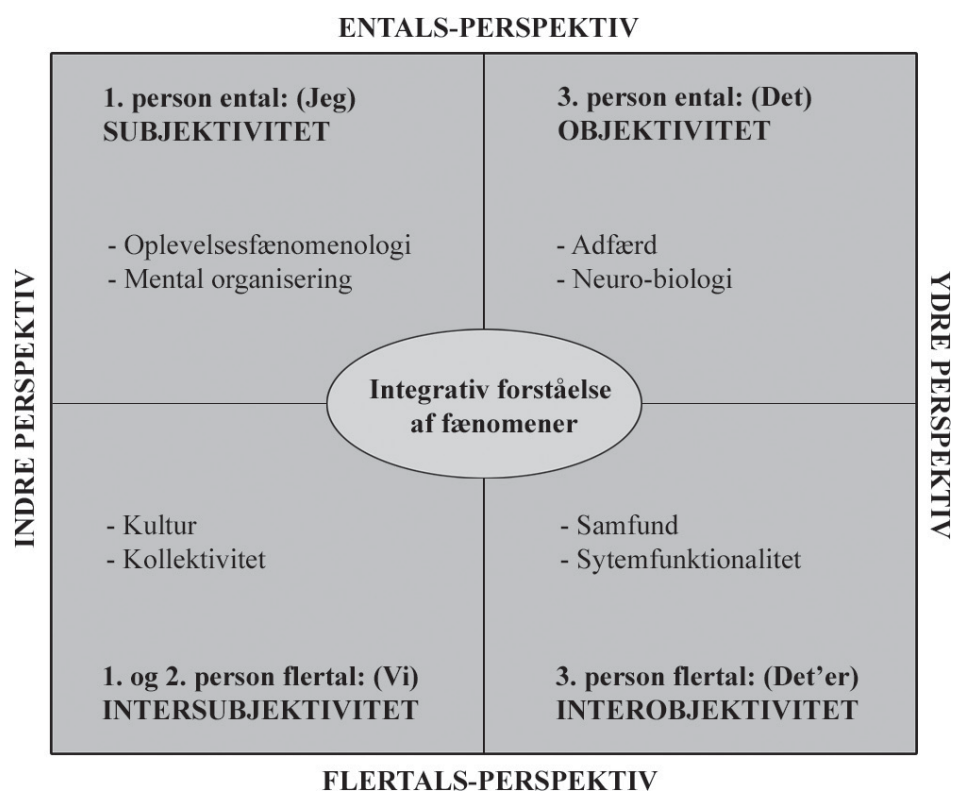
Hvorfor er det meningsfuldt at tale om et integrativt perspektiv på den hjerneskaderamte specifikt og på neurorehabiliteringsområdet og -processen generelt? Det er det, fordi en hjerneskade igangsætter en kompleks, emotionel, fysisk, kulturel og systemisk proces – både for den hjerneskaderamte person og de pårørende, men også for de fagpersoner, den ramte møder, og de miljøer, personen bliver en del af. Endvidere bliver rammerne for den rantes rehabilitering fastsat af politikere, der overordnet set har bestemt, hvilke ressourcer dennes livsopretning skal tilføres eller fratages, uden at have en direkte forståelse for, hvordan det føles at være en del af processen. Man kan derfor anskue dette felt som bestående af multiple agenter og agendaer, der skal forenes i det, der giver den bedste rehabiliteringsproces, og dette er en udfordrende opgave, der kræver fokus på kommunikation, vidensdeling og kontinuitet. Det er umådeligt vanskeligt at udarbejde en konkret skabelon for, hvordan den korrekte neurorehabilitering skal være, men arbejdet kan faciliteres ved at anskue selve situationen i et mere overordnet perspektiv. Her kan man tage sit udgangspunkt i, at der eksisterer nogle eksistentielle udfordringer ved at være hjerneskaderamt og ved at være pårørende til en hjerneskaderamt, ligesom der er nogle praktiske udfordringer ved at være professionel i processen, og disse kan vi undersøge på en bestemt måde ved at situere, forstå og anvende vitaliseringspsykologien inden for en integrativ rammeforståelse.

Kvadrantmodellen som forståelsesramme

En hjerneskade ændrer ikke blot personens psykologiske profil og dennes biologiske forudsætninger, men medfører ligeledes, at personen fra den ene dag til den anden underlægges nye systemrammer og indgår som (ufrivilligt) medlem af en minoritetsgruppe. For at skabe overblik over disse mange komponenter har jeg, med udgangspunkt i Ken Wilbers kvadrantmodel (Wilber, 2006), udarbejdet en figur, der forsøger at integrere de forskellige perspektiver for på den måde at opnå et større indblik i de delkomponenter, der er på spil i en rehabiliteringsproces, og hvordan disse indgår i dynamiske transaktionelle påvirkninger. Den kigger vi på lidt senere.

Hos Wilber handler det integrative ikke blot om at se på, hvilke faktorer der er i spil lige nu, når et fænomen, et menneske eller et problem betragtes, men om samtidig at have indsigt i eller blik for eksistensen af en fortid og en fremtid. Kvadrantmodellen, som ses nedenfor, er et integrativt operativsystem for kompleks videns- og praksisudvikling i forskellige områder af tilværelsen (Tønnesvang, Hedegaard & Nygaard, 2015) med en bevidsthed omkring, at *her* og *nu* hænger uløseligt sammen med *der* og *da* og med de

fremtidige ønsker og muligheder. Det tilstræbes hermed at skabe helhed i flere perspektiver på én gang.



Figur 4. Kvadrantmodellen (Tønnesvang, 2014, p. 64).

Kvadrantmodellen indkredser fire grundlæggende perspektiver, der kan øge vores forståelse for et givent fænomen ved at kombinere præcision og fokus med bredde og overblik. Når man i sine livs- og arbejdslivssammenhænge analyserer fænomener ud fra kvadrantmodellen, hvor så mange perspektiver som muligt kommer i spil, og hvor så megen viden som muligt inddrages, får man en udvidet forståelse for den genstand, man er nysgerrig på, hvilket øger ens muligheder for at handle kompetent og præcist, samtidig med at man bedre sikrer udnyttelse af samarbejds muligheder. Når man arbejder med at forstå ting ud fra kvadrantmodellen, stræbes der efter at have en opmærksomhed på helhed og kompleksitet, hvor opmærksomheden både er omfattende, inkluderende og afbalanceret (Tønnesvang et al., 2015).

De fire kvadranter repræsenterer fire forskellige perspektiver. Disse opstår ved at skelne mellem indre og ydre forhold ved tingene, således som disse opfattes i hhv. et entals- og et flertalsperspektiv. Dermed skabes både to observationsperspektiver (det, der objektivt kan betragtes, fra hhv. et entals- og et flertalsperspektiv) og to fortolkningsperspektiver (det, der subjektivt kan føles, fra hhv. et entals- og et flertalsperspektiv). Ens undersøgelsesmetode kommer til at afhænge af, hvilket perspektiv man ønsker at udforske. Dermed gælder det for de ydre forhold, at man reelt kan se, måle og veje det, der

findes, mens man for de indre forhold må afdække det, der findes, ved hjælp af samtale, fortolkning og indlevelse.

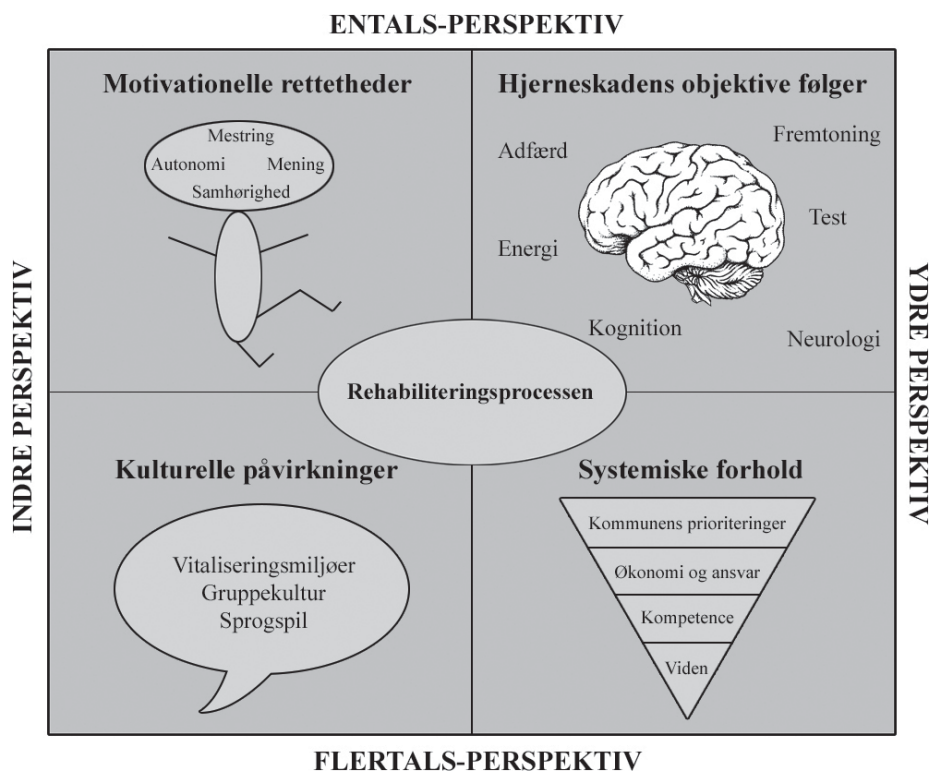
Sonne og Tønnesvang (2013) foreslår i deres anvendelse af Wilbers integrale tænkning, at vi i vores udforskning af fænomener skelner mellem begreberne struktur og proces, hvor struktur omhandler de blivende karakteristika ved menneskets og dets eksistens over tid, og det processuelle aspekt omhandler, at mennesket konstant udfolder sig i nuet i interaktion med sin omverden. De blivende egenskaber ved et menneske er nogle, der er tydelige, hvis vi betragter dette menneske i et objektiverende kvadrivia-perspektiv, som er Wilbers udtryk for at se "på" den anden (Wilber, 2006). Men de ting, der er synlige, er altid kun et delvist billede. For at forstå, hvordan en person tænker, føler, eller hvorfor vedkommende handler på en bestemt måde, er det nødvendigt at anvende et subjektivt indlevende kvadrant-perspektiv, som er Wilbers udtryk for at se "som" den anden (Wilber, 2006; Sonne & Tønnesvang, 2013). Til denne differentiering knytter sig to begreber, som Laura Divine (2009) kalder hhv. "Looking AT" og "Looking AS".

Begge anskuelsesformer er vigtige at inddrage i undersøgelsen af fænomener, og dermed også når det handler om at være nysgerrig på den hjerneskaderamtes situation, hvor en komplet viden og forståelse må indhentes og opnås ved at undersøge ikke blot den ramtes aktuelle funktionsduelighed, men ligeledes dennes fortid, relationer, job og reaktioner på sin situation. Fortaber vi os i et ensidigt billede, kommer vi til at reducere verden, fordi vi, bevidst eller ubevidst, ekskluderer en eller flere kvadranter og ikke tager højde for den skelnen, der eksisterer mellem kvadrantperspektiverne. Ken Wilber, Terry Patten, Adam Leonard og Marco Morelli (2008) beskriver sådanne reduktioner som kvadrantabsolutisme, og de advarer mod, at man baserer sin undersøgelse og sine resultater på det snævre grundlag, en sådan udforskning indebærer. Vi kan se det hos neurologen, der alene har observeret scanningsbillederne og på den baggrund udtaler sig om den hjerneskaderamtes tilstand eller prognose, hos sygeplejersken, der har lyttet til den hjerneskaderamtes historie og bliver revet med og derfor fortaber sig i forhåbninger på dennes vegne eller i systemet, der blot kan se, at sygedagpengene er ved at løbe ud, og derfor indkalder til møde på jobcentret. Deler alle disse individer i stedet deres observationer og tanker omkring den hjerneskaderamte med en bevidsthed omkring og en åbenhed over for, at det, "jeg" kommer med, er en brik til puslespillet, og de andre har brikker, der er lige så vigtige, er sandsynligheden for en integreret, gennemsigtig og succesfuld rehabilitering langt større.

At anvende kvadrantmodellen, og den perspektivdifferentiering der ligger heri, som grundmodel for, hvordan man overordnet tilgår og forstår rehabiliteringsprocessens kompleksitet, er givtigt, fordi den faciliterer kommunikation, vidensdeling og kontinuitet, som er centrale komponenter i samarbejdet mellem fagprofessionelle, samt i tilrettelæggelsen og oplevelsen af succesfuld rehabilitering.

Dynamikken i neurorehabilitering – og respekt for kompleksitet

I figur 5 nedenfor er kvadrantskabelonen anvendt mere specifikt i forhold til hjerneskadeområdet og med rehabiliteringsprocessen som undersøgelsesgenstand. Den integrative ramme gør det muligt at betragte alle disse komponenter som dele af en større helhed, og i vores undersøgelse er det centralt, at vi i mere specifikke udforskninger af de enkelte komponenter hele tiden har en bevidsthed omkring de andre kvadranter, tidsperspektiverne, samt at vi skelner mellem de to anskuelsesformer. I neurorehabilitering er vi mange fagpersoner og flere sektorer, der skal samarbejde omkring og med den hjerneskaderamte, og med en integrativ forståelse kan man skærpe opmærksomheden omkring, hvordan bevægelser i kvadranterne påvirker og igangsætter andre bevægelser på tværs af domæner og tidszoner, som igen rækker tilbage og frem i deres påvirkninger. Diskussionen omkring, hvordan elementernes transaktionelle dynamik former rehabiliteringsprocessen, og hvilken betydning det får, er vigtig, fordi den retter opmærksomheden på, at selvom vi kontinuerligt og metodisk måler inden for vores enkelte områder, sikrer det ikke, at vi opnår indsigt i, eller forståelse for, det egentlige slutprodukt, da dette ikke blot kan reduceres til summen af delene. Vi må derfor situere og vurdere vores målebehov inden for en større ramme, der kan respektere den kompleksitet, som rehabiliteringsprocessen indeholder, og således arbejde ud fra Wilbers holisme-forståelse om, at helheden er mere end summen af delene (Sonne & Tønnesvang, 2013), og at hjerneskadeområdet er præget af uforudsigelighed.



Figur 5. Dynamikken i neurorehabilitering. Figuren illustrerer, hvordan den hjerneskaderamte og dennes rehabiliteringsproces påvirkes af multiple faktorer.

Som illustreret i figur 5 er det tydeligt, at der er mange faktorer, der interagerer i en neurorehabiliteringsproces, og det er vigtigt at kende denne overordnede kompleksitet og forstå dynamikken mellem de fire kvadranter, da man hermed har bedre forudsætninger for at forstå, at forbindelserne mellem dem kan få større betydning for rehabiliteringsbehov og påvirke processen mere, end de specifikke observationer i hver enkelt kvadrant kan. Denne forståelse af dynamikker er vigtig, allerede fra den hjerneskaderamte person indlægges på primært hospital, fordi den kan guide fagprofessionelle i deres undersøgelse af den ramte. Hermed øges sandsynligheden for en helhedsorienteret vurdering af den hjerneskaderamte. Endvidere vil det i rehabiliteringsforløbet være centralt fortsat at forholde sig til den transaktionelle dynamik, da den kontinuerligt kan bidrage til en udvidet forståelse af den hjerneskaderamte, dennes sejre og nederlag samt rehabiliteringens mål.

Behovet for en helhedsorienteret tilgang til den hjerneskaderamte

[...] i Danmark mangler [der] tilstrækkeligt velunderbyggede estimater for rehabiliteringsbehov, der både tager højde for skadens sværhedsgrad, type af symptomer, kombination af symptomer samt sociodemografiske faktorer, der har betydning for rehabiliteringsbehov.

(Sundhedsstyrelsen, 2011, p. 71).

Således lød kritikken i Sundhedsstyrelsens medicinske teknologirapport fra 2011. Anken bestod i, at behovet for videre rehabilitering bliver vurderet på et for smalt grundlag. I kvadrantoptiske termer kan man sige, at det på nuværende tidspunkt primært vurderes ud fra objektive følgevirkninger observeret i øvre højre kvadrant, selvom vi ved, at følgerne fra en erhvervet hjerneskade ofte er diffuse, og at der typisk ses et bredt skadesbillede, hvor flere fysiske og kognitive domæner er ramt. At tage højde for den komplekse, og ikke nødvendigvis lineære, korrelation mellem fysisk påvirkning og rehabiliteringsbehov er derfor vanskelig, og alene på den baggrund er vilkårene for henvisning til neurocentre komplicerede. Læg dertil, at graden af funktionsnedsættelser og rehabiliteringsbehov yderligere bliver påvirket af adskillige faktorer i og uden for den hjerneskaderamte – blandt andet præmorbid personlighed, sociale relationer og genoptræningsfaciliteter. Dette samspil af faktorer skaber en uforudsigelighed, der som sagt betyder, at der bør stilles store krav til undersøgelsen af den hjerneskaderamte person, vurderingen af personens rehabiliteringsbehov, planlægningen af og opfølgningen på personens rehabilitering samt estimeringen af, hvornår vedkommende er succesfuldt rehabiliteret.

I den fortsatte nuancering af vores undersøgelsesmetoder og vores forståelse af den hjerneskaderamte og dennes komplekse situation er vitaliseringspsykologiens præmisser derfor vigtige at kende til, for uden en grundlæggende viden omkring, hvad det vil sige at være en person, der, influeret af sine grundbehov, retter sig mod og af sine omgivelser, hvilke forudsætninger

har vi så for at vurdere, hvilke vanskeligheder den hjerneskaderamte person oplever, som er anderledes end det, der er normalt at opleve? I stedet for blot at tale om og fokusere på rehabilitering af konkrete tab skal vi som behandlere være nysgerrige på, hvilken betydning de enkelte tab har. For én hjerneskaderamt kan manglende førlighed betyde enden på dennes arbejdsliv, fritidsinteresser og dermed vedkommendes livskvalitet, mens det for en anden kan være en udfordring, men ikke en, der hindrer den ramte i at leve et tilfredsstillende liv, fordi denne enten ikke er lige så afhængig af sine kropslige funktioner, eller at vedkommende formår at finde andre veje til et meningsfuldt liv. Betydningen af målte skader i øvre højre kvadrant må derfor altid søges i øvre venstre kvadrant, da det i højere grad sikrer, at rehabiliteringen tager udgangspunkt i det, der er vigtigst for den ramte, i stedet for i det, der objektivt set synes vigtigst.

Kvadranternes indbyrdes påvirkninger

At betragte rehabiliteringsprocessen som en helhed udelukker ikke en indledende opmærksomhed på hver enkelt kvadrant, da vi er nødt til at forstå de enkelte spor, før vi kan danne os et overblik over og navigere på den firesporede motorvej.

– Øvre venstre kvadrant

Det betyder, som vist i figur 5, at vi i øvre venstre kvadrant altid har at gøre med en specifik person, der får hovedrollen i en rehabiliteringsproces, og som eksisterer i denne med sine fire rettetheder. Den hjerneskaderamte person kommer med en bagage og en personlighed, der får betydning for personens forløb – på den ene eller anden måde. Personen kan være svag eller ressourcestærk, resilient, rigid, omstillingsparat, stolt, modtagelig, opgivende, motiveret osv. Måden, den hjerneskaderamte er på, og måden, hvorpå denne tackler sine udfordringer, kan få stor betydning for vedkommendes fremtidige livsopretning. Viden om den hjerneskaderamte persons fortid er derfor vigtig i en rehabilitering, fordi det giver os et udgangspunkt i forståelsen af, hvem denne person er, hvilket kan hjælpe os med at forstå de reaktioner, vi møder hos personen. Vi kan aldrig på baggrund af dette forudse, hvordan den ramte vil reagere, fordi en pludselig traumatisk begivenhed kan fremdrage reaktioner, der ikke normalt karakteriserer en person, eller lukke af for dem, der gør. Viden omkring, hvad der før skaden var kendetegnende for den hjerneskaderamte, er derfor med til at guide os i vores indledende undersøgelse af, om og i hvilken grad adfærden kan relateres til en præmorbid personligheds- og/eller copingstil. Vi søger således en indledende tentativ sondring mellem Prigatanos tre kategorier (de direkte følger, de indirekte følger og de karakteriserende personlighedstræk), hvilket i højere grad sikrer, at alle atypiske eller særegne reaktioner, vi ser hos den ramte, ikke blot på forhånd tilskrives enten organiske eller psykologiske følger efter hjerneskaden.

– Øvre højre kvadrant

Vores udforskning kan dog aldrig stoppe der, for vi har at gøre med en person, der er blevet ramt af en hjerneskade, som typisk har medført nogle skader, der konkret kan observeres i øvre højre kvadrant ved hjælp af scanninger og undersøgelser. Den viden, vi objektivt har adgang til via vores teknologi, skal indsamles og indgå i vores vurdering, fordi det er et essentielt redskab i vores fortsatte forståelse af, hvilken påvirkning hjerneskaden har medført. Ved at kende lokaliseringen af blodproppen eller blødningen kan vi udtale os kvalificeret omkring, hvorfor den hjerneskaderamte person ikke kan gå, tale eller huske, som personen kunne tidligere. Vi kan give en konkret forklaring på nogle ting, der ofte giver den ramte og de pårørende en følelse af at være i kompetente hænder og nogle gange også en udvidet forståelse af, hvad der er sket. Hele forløbet igennem er det vigtigt kontinuerligt at gøre brug af den information, vi kan få gennem undersøgelser, blot vi har en opmærksomhed på, at dette er viden fra én kvadrant, og dermed ikke foranlediges til at tro, at hele sandheden findes her. I stedet bør vi være kritiske over for, hvad vi måler, og altid spørge os selv, hvad formålet er med denne måling, fordi en sådan tilgang i højere grad sikrer inklusion af de andre kvadranter. I diskussionen omkring rehabiliteringsmål er det derfor vigtigt at inddrage den hjerneskaderamte, så denne herigennem får indflydelse på, hvad der skal fylde i træningen, og dermed hvad der måles på. Det er ligeledes relevant at inddrage de pårørende i disse møder, fordi de, som tidligere nævnt, er en vigtig faktor i rehabiliteringen og derfor har brug for at blive inkluderet, men også fordi det typisk er dem, der har kontakten til den hjerneskaderamtes venner, kolleger og eventuelt arbejdspladsen. De pårørende har derfor brug for konkret information i forhold til fremskridt eller tilbagegang, og de har brug for råd og vejledning omkring, hvilke informationer der er relevante og hensigtsmæssige at bringe videre, og i hvilket omfang de mere perifere relationer skal inddrages.

– Nedre venstre kvadrant

Ved at inkludere de pårørende skabes der dermed den vigtige forbindelse til nedre venstre kvadrant, som blandt andet omhandler miljøet omkring den hjerneskaderamte – herunder dennes vitaliseringsrelationer og samfundskulturen, der for eksempel har at gøre med, hvordan der kigges på og tales om hjerneskaderamte generelt. Som fagprofessionelle har vi en stor opgave i forhold til at informere og støtte de pårørende til en hjerneskaderamt og at inddrage den kulturelle offentlighed i debatten omkring hjerneskaderamte for på den måde at fremme forståelsen for de skjulte handicaps, en hjerneskade ofte medfører, hvilket kan understøtte udviklingen af positive sprogspil omkring hjerneskaderamte og deres pårørende. Både den hjerneskaderamte og de pårørende har brug for, at samfundet ved, hvad det vil sige at få, og leve med, en hjerneskade. Denne information kan vi ikke regne med, at de selv skal udbrede, for det kan stadig være tabu at sige, at man har fået en

hjerneskode – til chefen, kollegerne og selv til venner og familie. Rehabiliteringsprocessen er meget følsom over for stemninger i samfundet og særdeles afhængig af understøttende nærmiljøer, og derfor er der brug for vidensdeling og støtte til kampagner, til arbejdspladsen, til familien og selvfølgelig til den hjerneskode ramte selv. Det er ofte grundet bevægelser i nedre venstre kvadrant, at den hjerneskode ramte person bliver rystet på sine rettethedsdimensioner, fordi det i samspillet med omverdenen bliver tydeligt, hvis personen ikke kan leve op til egne eller andres forventninger. På den anden side muliggør dette ligeledes, at bevægelser i denne kvadrant omfatter potentialet til at beskytte den ramte mod rystelserne, såfremt vitaliseringen fortsat er tilgængelig og hjælper til opretholdelsen af et velafbalanceret drive to defend. Dette understøtter den hjerneskode ramtes motivation, så vedkommende, i samspil med sine vitaliseringsrelationer, kan føle mestring over sin begyndende livsopretning.

Betydningen af dynamikkerne i nedre venstre kvadrant er derfor stor, og eftersom der simultant heri ligger risici og muligheder, er det et indsatsområde, der skal være i fokus, således at vi kan vende de stærke kræfter til vores fordel. Det kan være i arbejdet med denne kvadrant, i kulturen og i de vitaliserende nærmiljøer omkring den hjerneskode ramte, at vi skal søge en begyndende forståelse for, hvilke faktorer der hæmmer eller faciliterer succesfuld livsopretning.

– *Nedre højre kvadrant*

På samme måde som de objektive fakta, der kan måles og vejes i øvre højre kvadrant, aldrig bør stå uden en samtidig hensyntagen til de fænomenologiske oplevelser, der på samme tid opleves i øvre venstre kvadrant, følger, at en diskussion af kultur og vi-hed i nedre venstre kvadrant ikke kan føres adskilt fra inddragelsen af systemiske betingelser i nedre højre kvadrant. Mulighederne, for den kontinuerlige vitalisering af og omkring den hjerneskode ramte i hele dennes rehabiliteringsproces, afhænger i høj grad af bevægelserne i nedre højre kvadrant, som omhandler de systembetingelser, der er gældende for hjerneskodeområdet. I det øjeblik en person får en hjerneskode, bliver vedkommende overordnet kategoriseret som hjerneskode ramt, hvilket betyder, at personens fremtid rammesættes af de ressourcer, som "hjerneskodekassen" indeholder. Overordnede reformer, der omhandler spørgsmål omkring økonomi, prioriteringer og ansvar, der vedtages af politikere, får en direkte betydning for den hjerneskode ramte, fordi det påvirker udviklingen i de andre kvadranter. Eksempelvis hvordan den hjerneskode ramte person undersøges, hvilke muligheder personen har for at modtage rehabilitering, i hvor høj grad der rettes fokus på at tilføre personens familie ressourcer, og hvor attraktivt det er for personens arbejdsplads at genansætte vedkommende på nedsat tid eller for kommunen at tilbyde revalidering. De overordnede prioriteringer, samfundet dikterer, får en reel og meget virkelig konsekvens for hele neurorehabiliteringsområdet. Nedsættelser har en håndgribelig

betydning for sengekapacitet og normering, men de har ligeledes en afledt effekt på medarbejdernes tid til at sikre kommunikation og kontinuitet, både inden for egne rammer, men især i overgangene mellem sektorer. Med den integrative ramme som hjælp kan og bør vi forsøge at danne hypoteser omkring, hvordan beslutninger i nedre højre kvadrantperspektiv påvirker bevægelser i de andre kvadrantperspektiver, og hvilken dynamik der hermed igangsættes – både lige nu, men også i fremtiden.

Det er vores opgave som fagprofessionelle at advokere for investeringen i neurorehabiliteringen og for eksempel gennem undersøgelser vise, at det på den lange bane kan betale sig – både for den hjerneskaderamte og for samfundsøkonomien (Prigatano & Pliskin, 2003; Wilson & Evans, 2003).

Refleksioner over neurorehabiliteringens transaktionelle præmis

Når figur 5 betragtes, skal vi altså forestille os alle mulige pile, der peger fra den ene kvadrant til en anden kvadrant, på tværs af kvadranter og tilbage igen. De variabler, der kan lokaliseres i de enkelte kvadranter, påvirker konstant hinanden og dermed rehabiliteringsprocessens udvikling. Det, at elementer fra fire kvadranter har gensidig indflydelse på rehabiliteringsprocessen, samtidig med at der er tilknyttet multiple fagpersoner og sektorer til den hjerneskaderamte, betyder, at man aldrig kan være sikker på, at de tiltag, der igangsættes, videreføres eller afsluttes på den oprindeligt forventede måde og med det ønskede resultat. Derfor er det nødvendigt at acceptere, at rehabiliteringsprocessen er uforudsigelig, og at man som fagperson konstant skal være opmærksom på at prioritere vidensdeling med kolleger og med den hjerneskaderamte samt pårørende, idet udgangspunkt og målsætninger kontinuerligt ændrer sig. Endvidere er det vigtigt at have i sin bevidsthed, at de hjerneskaderamte, der bliver underskudspositioneret, ikke nødvendigvis er dem, der har de største følgevirkninger, hverken kognitivt eller fysisk, men i stedet er dem, der i størst omfang oplever en længerevarende forøget drive to defend-arousal, hvilket sætter dem i risiko for at udvikle en kronisk forsvarsposition. Disse hjerneskaderamte har sværest ved at bevare motivationen og vil sandsynligvis opleve nederlag i deres rehabiliteringsproces, hvis ikke der igangsættes en omfattende intervention, der kan facilitere succesfuld livsopretning.

I denne uvished har man lyst til og brug for noget konkret, noget, der kan sammenlignes med noget andet, således at man kan udtale sig om, hvorvidt man kommer nogen vegne. Det er der også mulighed for og brug for i en neurorehabilitering, især for den hjerneskaderamte, der er meget drevet af fremskridt. At arbejde integrativt og helhedsorienteret med hjerneskaderamte udelukker ikke konkrete mål eller negligerer betydningen af, hvad opnåelsen af disse kan betyde for motivationen. Der rettes blot en opmærksomhed på, at det er nødvendigt, at der *samtidig* med målingen og sammenligningen er en refleksion over, hvorfor vi måler disse ting, og hvad det skal bruges til. Symbolmåling er nytteløst, og det tager værdifuld tid fra medarbejdere, fordi

alle målinger skal registreres, og en måling fra A til B er i sig selv ikke værdifuld information. Det handler om, hvad vi gør med den viden, hvordan den kan anvendes meningsfuldt i rehabiliteringen, og at den vitaliserer den hjerneskaderamte, således at denne forbliver i den nærmeste zone for udvikling. Det kan være værdifuldt at huske sig selv på, at det *at blive bedre* ikke nødvendigvis er lig med at *få det bedre*. Fysiske og psykiske aspekter læges i hver deres tempo, og med vitaliseringspsykologien sættes der fokus på, at den hjerneskaderamtes reaktioner, og de rystelser og/eller tab, vedkommende har lidt på sine rettethedsdimensioner, kan skyldes bevægelse i flere kvadranter og kan komme til udtryk på forskellige tidspunkter i livet. I forlængelse heraf ligger dermed også en accept af og en respekt for, at der også kan opstå tilbagegang hos den hjerneskaderamte, og at denne tilbagegang ofte kan tilskrives en vitaliseringsproblematik i øvre venstre kvadrant, men at dens progression højst sandsynligt må tilskrives bevægelser i alle kvadranterne.

Årsagen til underskudspositionen kan derfor ikke alene tilskrives faktorer hos enten den hjerneskaderamte eller hos de pårørende eller hos de professionelle, men må anskues som en dynamisk størrelse, der næres af transaktionelle vitaliseringsammenbrud. For at anvende vitaliseringspsykologien i arbejdet med at optimere den succesfulde rehabilitering må vi konkret beskæftige os med, hvordan manglende eller utilstrækkelig vitalisering, på alle niveauer, inden for en integrativ ramme kan føre til denne gradvise skævvridning. Artiklens sidste sektion vil beskæftige sig med dette emne.

IV. Overvejelser omkring integrativ vitaliseringspsykologi i praksis – et udviklingsperspektiv

Hvorfor er det overhovedet relevant at tale om, at neurorehabiliteringsområdet skal udvikles? Jeg mener, at svaret er tofoldigt. For det første hører jeg ofte hjerneskaderamte og deres pårørende sige, at de ville ønske, at kommunikationen og kontinuiteten i deres rehabilitering var bedre, og at der blev lyttet mere til deres behov. Især i skiftet mellem sektorer er der risiko for, at progression bremses og muligheder begrænses, fordi samarbejdet ikke altid fungerer optimalt, at der ikke er tid nok, eller at forventninger og forhåbninger ikke kan indfries eller mødes. Sektorskift kan føles som at krydse en landegrænse, hvor man pludselig ikke kender det sprog, der bliver talt det nye sted, hvilket ofte skaber stor frustration og forvirring hos den hjerneskaderamte, vrede hos de pårørende og en afmagtsfølelse hos de professionelle. For det andet står neurorehabiliteringsområdet over for nogle udfordringer, i og med at vi befinder os i en tid, hvor vi skal spare, og i den forbindelse kan det være nødvendigt at præcisere, hvad vores kerneopgaver er, og hvordan vi bedst løser dem – med de ressourcer, vi har til rådighed. Det forventes af vores ledelse, af os selv og af vores patienter, at vi kan påtage os og succesfuldt løse denne opgave, og jeg kan se nogle muligheder i vitaliserings-

psykologien udfoldet inden for en integrativ ramme – både som baggrund for teoretisk viden, men ligeledes i udviklingen af vores praktiske arbejde – med hinanden og med den hjerneskaderamte samt dennes pårørende.

En procesorienteret tilgang til problemstillinger

Udfordringen for de regionale og kommunale systemer er at sikre, at deres systemorganisering og systemforvaltning har en sådan karakter, at de fremmer mulighederne for, at vitaliseringsmiljøer kan udvikle sig – både omkring den hjerneskaderamte, men også i fagligt regi. Ansvar for dette hviler ikke blot på praktikerens skuldre, men ligeledes på dem, der skaber de eksterne betingelser for neurorehabilitering – dvs. politikere og embedsadministratorer på regionale og kommunale niveauer.

Det er min opfattelse, at vitaliseringspsykologien kan bidrage til at optimere udviklingen af vitaliseringsmiljøer for og omkring den hjerneskaderamte, fordi den med sit fokus på betydningen af menneskelige grundbehov og vitaliseringsdynamik skaber rammer for, hvordan vi kan betragte den hjerneskaderamte, vores rehabiliteringsproces og udviklingen af vores tværsektorielle samarbejde. Det integrative framework faciliterer derudover en bottom-up-tilgang til udvikling, fordi det, til trods for dets egenskab som metateoretisk operativsystem, ikke dikterer en løsrevet overordnet løsning, men i stedet muliggør en processuel udvikling med udgangspunkt i vores patienter og deres behov – for rehabilitering og for involvering.

Siden 2007, hvor kommunalreformen trådte i kraft, har det været en udfordring at sikre kontinuitet i den hjerneskaderamtes rehabilitering – både fordi det har været to forskellige sektorer, der har skullet samarbejde omkring den, og fordi økonomien har betydet, at nogle af de tidligere tilbud ikke har fortsat med at eksistere (dr.dk, 2011). Derfor har et af de helt store spørgsmål på neurorehabiliteringsområdet været: “Hvordan kan vi udvikle vores overordnede procedurer, således at vi kan løfte den samme byrde med det samme resultat, men med færre ressourcer?” Dette er en prøvelse for flere offentlige områder i dagens Danmark, og det medfører naturligt, at der især fokuseres på fleksibilitet og innovation, fordi vi har brug for medarbejdere, der kan være omstillingsparate, og som er kreative og nytænkende – både i varetagelsen og udviklingen af egne områder, men også i tilegnelsen af nye procedurer samt implementeringen af systemer og ny teknologi. Problemet, som jeg ser det, er blot, at disse egenskaber fremelskes løsrevet fra praksis og derfor har antaget karakter af mål i stedet for middel. En innovativ tankegang er kun nyttig, hvis den anvendes i praksis i forbindelse med løsning af et problem eller i udviklingen af et område, og i virkeligheden er det i sig selv vanskeligt at tale om innovative løsninger før lang tid efter implementering. Derfor er udfordringen ikke at anskaffe komplekse maskiner, introducere udviklede systemer eller ansætte kloge hoveder, men det er meget mere basalt at beskæftige sig med, hvordan vi faciliterer, at en arbejdsplads har gode forudsætninger for innovation. Dette er en svær op-

gave, men ifølge Christensen og Seneca, forfattere til bogen *Kend din kerneopgave* (2012), er muligheden for, at den lykkes, større, hvis man starter med først at definere sine kerneopgaver og derefter arbejder på at finde de innovative løsninger til at løfte dem bedre og smartere – i hverdagen. Hermed øges sandsynligheden for at skabe resultater, der i stedet for at blive målt sikrer, at vi kommer i mål.

Hvad er vores kerneopgaver?

– *funktionsopretning vs. livsopretning*

Som jeg ser det, har neurorehabiliteringsområdet to overordnede kerneopgaver. Vi skal sikre den bedst mulige livsopretning for vores patienter, og vi skal beskytte vores arbejdsfelt, således at vi har ressourcerne og kræfterne til at varetage denne opgave.

At definere kerneopgaven i forbindelse med arbejdet med hjerneskaderamte kan synes vanskeligt eller nærmest umuligt, når man betragter gruppens heterogenitet, både i forhold til hvem de er, hvor svært de er skadede og hvilke mål, de har i rehabiliteringen. En hjerneskade er en kompliceret størrelse, fordi den kan ændre måden, hvorpå et menneske definerer sig selv, og i den forbindelse ofte vedkommendes prioriteter, mål og drømme. Derfor kan rehabilitering af en hjerneskade ikke reduceres til funktionsopretning – genvinde evnen til at gå, til at tale eller til at genoptage arbejde, selvom det ofte inkluderer disse elementer. En hjerneskaderamt person er ikke nødvendigvis succesfuldt rehabiliteret, blot fordi personen overkommer sine lammelser eller bliver erhvervsdygtig igen, men det kan også være, at vedkommende er. Hvordan navigerer vi i denne forskellighed? Vi tager udgangspunkt i, hvad der skaber værdi for den hjerneskaderamte, og arbejder dernæst på at støtte denne i genopretningen af sit liv, og det er essentielt, at støtten er kontinuerlig gennem hele rehabiliteringsprocessen.

Vi skal sætte den hjerneskaderamte i centrum og tage udgangspunkt i dennes mål og ønsker, samtidig med at det er vores opgave at sikre, gennem iltende realitetskorrigerende, at ambitioner ikke overstiger mulighederne, således at nederlag, skuffelse og nedsat livskvalitet træder i stedet for sejr, motivation og livsopretning. Vi skal desuden inkludere de pårørende som en vigtig ressource med henblik på at sikre tilstedeværelsen af den “gode nok” psykologiske ilt og således inddrage dem så meget som muligt i rehabiliteringsprocessen, samtidig med at vi anerkender den belastende situation, de står i, og tilbyder vores hjælp, når det er nødvendigt. At tale om livsopretning implicerer typisk et længere tidsperspektiv end funktionsopretning, og derfor er det vigtigt, at neurorehabiliteringsområdet fortsat forholder sig til begrebet succesfuld rehabilitering. Den transaktionelle dynamik, der finder sted i en rehabiliteringsproces, betyder, at bevægelser i de fire kvadranter, igangsat af hjerneskaden, kan medføre psykologiske reaktioner lang tid efter skadestidspunkt og nogle gange flere år efter endt behandling. Hvornår en

rehabilitering afsluttes, eller hvorvidt den skal genoptages, bør derfor være en vurdering, der i mindst lige så høj grad inkluderer neuropsykologiske og psykologiske parametre som fysiske. Kun på den måde kan vi stå inde for, at vores begreb om livsopretning reelt manifesteres i praksis.

– *Brandslukning vs. brandforebyggelse*

Den tid og de ressourcer, det kræver rent professionelt at facilitere, støtte op omkring og lykkes med den hjerneskaderamtes livsopretning, er blevet presset og beskåret gennem længere tid (Sundhedsstyrelsen, 2011), hvilket lægger pres på de faggrupper, der skal varetage denne opgave – både i regionerne og i kommunerne. Brandslukning er derfor et ofte brugt begreb blandt medarbejdere, der oplever, at der hverken er tid eller hænder nok til de opgaver, der skal løses.

I takt med besparelser følger derfor et større fokus på trivsel på arbejdspladsen, fordi det bliver mere tydeligt, at medarbejdertilfredshed er afgørende for, at der med færre ressourcer fortsat kan tilbydes behandling af høj kvalitet.

Der findes generelt nogle retningslinjer for, hvornår medarbejdere trives på en arbejdsplads. At få lov til at lave et vigtigt stykke arbejde er essentielt, uanset hvilken type job man har, og derfor er det helt afgørende for trivsel på arbejdspladsen (Kjærsgaard, 2009). Desuden er indflydelse på, hvilke arbejdsopgaver man prioriterer, hvornår man udfører dem, og at man mestrer dem, centralt for oplevet trivsel (KTO, 2009). Endelig betoner dele af forskningslitteraturen, at trivsel også har med udvikling på arbejdspladsen at gøre (Clematide & Lassen, 1999; Milsted, 2008), hvilket medfører, at tiltag i form af at skabe rammer for udviklende og godt arbejde er vigtige. Slutteligt understreges det, at den enkelte ansatte løbende skal mærke, at der er balance mellem udfordringer og ressourcer (KTO, 2009; Prætorius, 2002).

Ifølge Lystbæk (2009) er en af udfordringerne ved at skabe og måle trivsel, at oplevelsen af trivsel er individuel, så mens et vist tempo og arbejdspress for nogle vil være motiverende, kan det for andre opleves som stressende og hæmmende for deres trivsel. Ligesom hos den hjerneskaderamte kan vi indhente viden fra ressourcemodellen (figur 2) i vores forståelse af, hvorfor vi må være opmærksomme på og intervenere over for denne problematik. I situationer, hvor medarbejdere oplever, at kurven knækker, således at drive to defend-arousal bliver for høj grundet for stor diskrepans mellem indre ressourcer og ydre krav, påvirkes deres følelse af mestring og tilfredshed, hvilket, såfremt der ikke intervenseres eller tilføres ressourcer, kan føre til dårlige tilfredshedsrapporter, stress-sygemeldinger og i sidste ende amotivation og resignation. Medarbejdere, der er presset til det yderste på deres arbejdsplads, har desuden svært ved at være fleksible og tænke alternativt, og de har mindre lyst til at implementere nye tiltag, fordi selve tanken om at skulle investere yderligere energi, selvom det har til hensigt at være tidsbesparende, virker uoverskueligt (Prætorius, 2002).

I henhold til, om kurven knækker og fører til sammenbrud eller blot presses og medfører, at arbejdet fortsættes på ikke-optimale betingelser, er det interessant at diskutere, om, og i givet fald hvordan, dette kan relateres til en vitaliseringsproblematik. Hermed flyttes fokus fra personlige evner, og svaret kommer til at hvile på et bredere grundlag – nemlig om der i hverdagen er overskud til og mulighed for at lytte til, sparre med, forstå og anerkende sine kolleger på arbejdspladsen. Endvidere kommer det til at dreje sig om muligheden for prioritering i forhold til kommunikation omkring processer samt vidensdeling med henblik på optimering af procedurer, tiltag og kompetencer. Det handler om, hvorvidt der er mulighed for sammen at forebygge brande for dermed at undgå, at medarbejdere styrter omkring med konstant udrykning på og oplever sig som utilstrækkelige, fordi de samme brande bryder ud gang på gang.

Vitalisering i forhold til beskyttelse mod arbejdsstress, individualisering og drive to defend-arousal er en intervention, der bør prioriteres, således at vi kan bevæge os fra forsvar til udvikling eller undgå en faretruende negativ udvikling, men den kræver, at der er tid – tid til at stoppe op og tid til at samle op.

Opgaven i neurorehabilitering omhandler derfor to sider af samme sag. Livsopretningen for den hjerneskaderamte inkluderer og forudsætter på én gang både *vitaliserende* og *vitaliserede* miljøer og relationer omkring personen. Vedligeholdelsen eller oprettelsen af understøttende arbejdspladser, fællesskaber, teams osv. er især essentielt for succesfuld rehabilitering, idet de fungerer som forudsætninger for innovation på neurorehabiliteringsområdet. Overblik, overskud og motivation fører til bedre arbejdsmiljø og giver dermed bedre forudsætninger for, at udviklende projekter kan trives. De tiltag, der skal sættes i værk, skal derfor fokusere på værdi i form af motivation og livs- og arbejdskvalitet og indeholde redskaber, der forbedrer kontinuitet og kommunikation, og som faciliterer overgange og inddragelse af den ramte og de pårørende i processen.

På den måde kan innovation indlejres i hverdagen og blive et produkt af vores overvejelser omkring, hvordan vi bedre løser vores kerneopgave – at skabe livsopretning for vores patienter – og sikre, at vi som fagpersoner har ressourcerne hertil. Hvis ikke dette lykkes, vil tanken om innovation komme til at eksistere som et løsrevet kernebegreb, der afføder målorienterede overordnede forbedringer, der for både medarbejdere, pårørende og patienter mister deres gyldighed, fordi de forbliver disintegrerede fra praksis.

Afsluttende bemærkninger

“Et liv, der reddes, skal også leves” er et slogan, der i stigende grad dukker op i kulturen omkring hjerneskaderamte. Det stiller skarpt på den dobbeltthed, der kommer af, at flere mennesker reddes efter at have fået en hjerne-skade, men at det ikke alene er nok. At redde et liv er blot starten på at

genoprette det, og for den hjerneskaderamte handler det i høj grad om igen at komme til at leve en tilfredsstillende og meningsfuld tilværelse. Fokus på, hvordan den hjerneskaderamte og de pårørende bedst støttes i at opnå dette, er derfor en central komponent inden for neurorehabiliteringsområdet. At arbejde inden for dette felt indebærer muligheden for overraskelse hver dag – både positivt og negativt, og det er her en tanke værd at forestille sig at være den, der overrasker?

Viden omkring vitaliseringspsykologien retter opmærksomheden på, at undersøgelsen af, og tilgangen til, den hjerneskaderamte og dennes rehabilitering først og fremmest må bero på en kvalitativ og kontinuerlig metode, der er kendetegnet ved nysgerrighed i forhold til rettethedsrystelser og vitaliseringsbehov. Mere overordnet er det vigtigt at forstå den hjerneskaderamte person som ufrivilligt midtpunkt i en proces, der implicerer multiple personer, miljøer og systemer, der både *med* den ramte, men ligeledes i høj grad *om* den ramte, skal tilrettelægges og facilitere dennes livsopretning. Den integrative ramme tydeliggør denne kompleksitet, samtidig med at den ved hjælp af sit fokus på samspejlet mellem kvadranter og en forståelse af, at tidsperspektiver må række både tilbage og frem, støtter en helhedsorienteret tilgang, hvor kontinuitet, kommunikation og vidensdeling er nøglebegreber.

Den succesfulde rehabilitering bevæger sig omkring den hjerneskaderamte person, men kræver, at der ligeledes rettes en opmærksomhed på de miljøer, der er omkring personen på forskellige tidspunkter i dennes rehabilitering. Udfordringen består bl.a. i, at neurorehabiliteringsområdet er truet på grund af løbende besparelser, hvilket indebærer risikoen for en fremtid, hvor brandslukning bliver et stadigt oftere brugt begreb, hvilket er opslidende for alle parter. Fokus må derfor rettes mod metoder, hvormed vi sikrer en sund og proaktiv kultur omkring arbejdet med hjerneskaderamte, fordi det kan være beskyttende for arbejdsglæde, motivation og udviklingsinitiativer, der er betingende for den succesfulde rehabilitering.

Forståelsen af en integrativ vitaliseringspsykologi har, som jeg ser det, potentiale for at danne grundlag for at arbejde med nogle praksismodeller, der kan skabe disse forudsætninger. Modellerne skal have fokus på den hjerneskaderamte, på udvikling over tid, facilitere kontinuitet og gennemsigtighed og styrke vidensdeling internt og mellem sektorer. I et sådant arbejde må en stor del af bearbejdet lægges i forhold til de faglige miljøer, den hjerneskaderamte person bliver en del af, fordi sundheden af disse er grundlaget for personens begyndende livsopretning. Det er derfor vigtigt at starte med udgangspunkt i vitaliseringsbegrebet og at indarbejde en selvfølgelighed i forhold til at lade tanken om den “gode nok” psykologiske ilt være bærende for arbejdet med hjerneskaderamte på alle niveauer i processen.

Udviklingen af arbejdsmodeller og -metoder, på baggrund af vitaliseringspsykologien, er en udfordring, der er interessant at tage op inden for neurorehabiliteringsområdet.

REFERENCER

- Ben-Yishay, Y. (red.). (1978) *Working Approaches to Remediation of Cognitive Deficits in Brain Damaged Persons (Rehabilitation Monograph)*. New York: New York University Medical Center.
- Ben-Yishay, Y. (1996). Reflections on the evolution of the therapeutic milieu concept. In *Neuropsychological Rehabilitation*, 6, 327-343.
- Center for Hjerneskade (2015). <http://cfh.ku.dk/>
- Christensen, M., & Seneca, A. (2012). *Kend din kerneopgave – Innovation til hverdag* (1. udgave). København: Gyldendal.
- Clematide, B., & Lassen, M. (1999). *Virksomheden og det udviklende arbejde – et kritisk blik*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Diller, L.L. (1976). A model for cognitive retraining in rehabilitation. In *The Clinical Psychologist*, 29, 13-15.
- Divine, L. (2009). Looking AT and Looking AS the client. The quadrants as a type structure lens. In *Journal of Integral Theory and Practice*, 4(1), 21-40.
- Dr.dk (2011). <http://www.dr.dk/nyheder/indland/ringere-muligheder-hjerneskadede>
- Hansen, J.T. (2001). *Selvet som rettethed – en teori om noget af dét, der driver og former menneskeliv*. (1. udgave). Aarhus: Klim.
- Kjærgaard, K. (2009). Alle trives ved at gøre et godt stykke arbejde. I *Køkkenliv* 9, 9-11. KTO. *Trivsel i arbejdet*. KTO, 2009 (www.personaleweb.dk).
- Lawrence, P.R., & Nohria, N. (2002). *Driven: How Human Nature Shapes Our Choices*. San Francisco: Jossey Bass.
- Milsted, T. (2008). *Trivsel – en guide til motivation og arbejdsglæde*. København: Jyllands-Postens forlag.
- Nohria, N., Groysberg, B., & Lee, L.E. (2008). Employee motivation: A powerful new model. In *Harvard Business Review*, July-August, 78-84.
- NYU Langone Medical Center (2015). <http://nyulangone.org/locations/rusk-rehabilitation/brain-injury-rehabilitation-program>
- Prigatano, G.P., Fordyce, D.J., Zeiner, H.K., Roueche, J.R., Pepping, M., & Woods, B.C. (red.). (1986). *Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Prigatano, G.P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G.P., & Pliskin, N.H. (red.)(2003). *Clinical Psychology and Cost-Outcome Research: An Introduction*. Hove: Psychology Press.
- Prætorius, N.U. (2002). Mennesket i produktudviklingens tidsalder. I *Psyke & Logos* 23, 166-185.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. In *American Psychologist* 55(1), 68-78.
- Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E.L. (2008). Living well: A selfdetermination theory perspective on eudaimonia. In *Journal of Happiness Studies* 9, 139-170.
- Seel, R.T., Macciocchi, S., & Kreutzer, J.S. (2010). Clinical considerations for the diagnosis of major depression after moderate to severe TBI. In *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 25(2), 99-112.
- Silver, R.C., & Updegraff, J.A. (2013). Searching for and finding meaning following personal and collective traumas. In K.D. Markman, T. Proulx & M.J. Lindberg (Ed.). *The Psychology of Meaning*, 237-256. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sonne, M., & Tønnesvang, J. (2013). *Integrativ gestaltpraksis*. (1. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

- Spareplanen 2015-2019 (2015). <http://www.rm.dk/siteassets/om-os/okonomi/spar1519/budgetforlig-2015/politisk-aftale-om-spareplanen-for-2015-2019.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*. (1. udgave). København: Sundhedsstyrelsen, sundhedsdokumentation, s. 1-241.
- Temkin, N.R., Corrigan, J.D., Dikmen, S.S., & Machamer, J. (2009). Social functioning after traumatic brain injury. In *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 24(6), 460-467.
- The Oliver Zangwill Centre (2015). <http://www.ozc.nhs.uk/>
- Tønnesvang, J. (2005). Selvrealisering som bipolart fænomen. I S. Brinkmann & C. Eriksen (red.). *Selvrealisering: Kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur*, s. 251-279. Aarhus: Klim.
- Tønnesvang, J. (2014). Hvad vil det sige at være en person? – et integrativt perspektiv på personlighed. I H. Høgh-Olesen & T. Dalsgaard (red.). *Mærkelige menneske – moderne personlighedspsykologi* (kap. 1, 31-71). Aarhus: Plurafutura publishing.
- Tønnesvang, J. (2015). Grundlag for en pædagogisk dannelsestænkning – kvadrantlogik, vitaliseringsmiljø og kvalificeret selvbestemmelse. I J. Tønnesvang & M.S. Ovesen (red.). *Psykologisk ilt i pædagogisk og organisatorisk arbejde: praksisudvikling på grundlag af vitaliseringspsykologi* (kap 1, 27-88). Aarhus: Klim.
- Tønnesvang, J., Hedegaard, N.B., & Nygaard, S.E. (2015). *Kvadrantmodellen – en introduktion* (2. udgave). Aarhus: Klim, s. 1-24.
- Tønnesvang, J., & Hedegaard, N.B. (2015). *Vitaliseringsmodellen – en introduktion* (2. udgave). Aarhus: Klim, s. 1-24.
- Wilber, K. (2006). *Integral Spirituality: A Startling New Role for Religion in the Modern and Postmodern World* (1st Ed.). Boston: Integral Books.
- Wilber, K., Patten, T., Leonard, A., & Morelli, M. (2008). *Integral Life Practice: A 21st-Century Blueprint for Physical Health, Emotional Balance, Mental Clarity, and Spiritual Awakening* (1st Ed.). Boston: Integral Books.
- Wilson, B.A. (2003). The Future of Neuropsychological Rehabilitation. In B.A. Wilson (Ed.). *Neuropsychological Rehabilitation – Theory and Practice*, p. 293-301. Hove and New York: Psychology Press.
- Wilson, B.A., & Evans, J. (2003). Does cognitive rehabilitation work? Clinical and economic considerations and outcome. In G. Prigatano (Ed.). *Clinical Neuropsychology and Cost-Outcome research: An introduction*, p. 329-349. Hove: Psychology Press.
- Wilson, B.A., Gracey, F., Evans, J.J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation – Theory, Models, Therapy and Outcome* (6th Ed.). New York: Cambridge University Press.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic-Books.
- Ylvisaker, M., & Feeney, T. (2000). Reconstruction of identity after brain injury. In *Brain impairment*, 1, 12-28.

Endnotes

1. The clinician must begin with patient's subjective or phenomenological experience to reduce their frustrations and confusion in order to engage them in the rehabilitation process.
2. The patient's symptom picture is a mixture of premorbid cognitive and personality characteristics as well as neuropsychological changes directly associated with brain pathology.
3. Neuropsychological rehabilitation focuses on both the remediation of higher cerebral disturbances and their management in interpersonal situations.
4. Neuropsychological rehabilitation helps patients observe their behavior and thereby teaches them about the direct and indirect effects of brain injury. This may help patients avoid destructive choices and better manage their catastrophic reactions.
5. Failure to study the intimate interaction of cognition and personality leads to an inadequate understanding of many issues in cognitive (neuro)sciences and neuropsychological rehabilitation.
6. Little is known about how to retrain a brain dysfunctional patient cognitively, because the nature of higher cerebral functions is not fully understood.
7. Psychotherapeutic interventions are often an important part of neuropsychological rehabilitation because they help patients (and families) deal with their personal losses. The process, however, is highly individualized.
8. Working with brain dysfunctional patients produces affective reactions in both the patient's family and the rehabilitation staff. Appropriate management of these reactions facilitates the rehabilitative and adaptive process.
9. Each neuropsychological rehabilitation program is a dynamic entity. It is either in a state of development or decline. Ongoing scientific investigation helps the rehabilitation team learn from their successes and failures and is needed to maintain a dynamic, creative rehabilitation effort.
10. Failure to identify which patients can and cannot be helped by different (neuropsychological) rehabilitation approaches creates a lack of credibility for the field.
11. Disturbances in self-awareness after brain injury are often poorly understood and mismanaged.
12. Competent patient management and planning innovative rehabilitation programs depend on understanding mechanisms of recovery and deterioration of direct and indirect symptoms after brain injury.
13. The rehabilitation of patients with higher cerebral deficits requires both scientific and phenomenological approaches. Both are necessary to maximize recovery and adaptation to the effects of brain injury.