

Rehabiliterings- psykologi

En introduktion i teori og praksis

Redigeret af **Chalotte Glintborg**

Rehabiliteringspsykologi

En introduktion i teori og praksis

Rehabiliteringspsykologi

© forfatterne og Aarhus Universitetsforlag 2018

Omslag: Jørgen Sparre

Forsideillustration: Michala Sandberg

e-bogs produktion: Narayana Press

Forlagsredaktion: Lea Albrechtsen

Bogen er sat med Minion Pro

ISBN 978 87 7184 7314

Aarhus Universitetsforlag

Finlandsgade 29

8200 Aarhus N

www.unipress.dk

Bogen er udgivet med støtte fra Aarhus Universitets Forskningsfond.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med Copydan, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.



FAGFÆLLE-
BEDØMT

Indhold

Baggrund og indhold	7
<i>Charlotte Glintborg</i>	
1. Introduktion til rehabiliteringspsykologi	13
<i>Charlotte Glintborg</i>	
DEL 1: MODELLER I PSYKOLOGISK REHABILITERING	
2. Rehabilitering i en biopsykosocial referenceramme	19
<i>Thomas Maribo og Claus Vinther Nielsen</i>	
3. Fra sygdom til sundhed	35
<i>Charlotte Glintborg og Katrine Larsen</i>	
DEL 2: UDREDNING OG PSYKOSOCIALT UDBYTTE	
4. Dynamisk udredning af læringspotentialer i rehabilitering	47
<i>Kristine Jensen de López</i>	
5. Psykosocialt udbytte	65
<i>Charlotte Glintborg</i>	
DEL 3: REHABILITERINGSPSYKOLOGISKE INTERVENTIONER	
6. Kognitiv adfærdsterapi	71
<i>Rikke Schultz</i>	
7. Mindfulness	89
<i>Mette Kold og Karina Ejgaard Hansen</i>	
8. Compassionfokuseret terapi og træning	115
<i>Leif Vind</i>	
9. Acceptance and Commitment Therapy	131
<i>Camilla Grønlund</i>	
10. Dyreassisteret rehabilitering	153
<i>Tia G.B. Hansen</i>	
11. Dyadisk Coping	175
<i>Nina Rottmann</i>	

DEL 4: ANVENDT REHABILITERINGSPSYKOLOGI

12. Resiliens og identitetsrekonstruktion hos unge med senhjernesker	193
<i>Katrine Larsen og Chalotte Glintborg</i>	
13. Acceptance and Commitment Therapy ved senhjernesker	219
<i>Diana Pop</i>	
14. Rehabiliteringspsykologisk behandling af kroniske smerter	239
<i>Karina Ejgaard Hansen og Mette Kold</i>	
15. Dialektisk adfærdsterapi til personer med personlighedsforstyrrelser	263
<i>Christina Prang Behr og Ole Svejstrup</i>	
Forfatteroversigt	283
Register	287

Baggrund og indhold

Chalotte Glintborg

Baggrunden for denne bog er min ph.d., *Grib mennesket* (2015), som var en effektundersøgelse af den koordinerede hjerneskaderehabilitering, set fra et borger- og pårørendeperspektiv. Ph.d.en udsprang af den øgede decentralisering af hjerneskaderehabiliteringen siden kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne overtog ansvaret for rehabilitering. Siden da er forskellige løsninger blevet anbefalet fra nationalt hold til sikring af en helhedsorienteret og sammenhængende rehabiliteringsindsats. I 2011 kom en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen om koordination i rehabiliteringsforløb. Anbefalingen blev støttet af puljemidler, som kommunerne kunne ansøge til implementering af koordinationsløsninger.

I afhandlingen har jeg på baggrund af et mixed methods-forskningsdesign undersøgt udbyttet af neurorehabiliteringsprogrammer hos klienter og pårørende i fire nordjyske kommuner. Studiet inkluderede 82 personer med hjerneskade og 40 pårørende. I studiet anvendte jeg standardiserede tests og udførte psykologiske interviews for på denne måde at samle både objektive og subjektive selvoplevede effekter af de koordinerede rehabiliteringsprogrammer.

Resultaterne fra ph.d.en viste ikke et øget biopsykosocialt udbytte på trods af nye indsats i neurorehabiliteringen. Studiet antyder også hvorfor, nemlig at man ikke satte ind psykologisk. I flere af landets kommuner samarbejder man om at inddrage neuropsykologer i det indledende udredningsarbejde som et forsøg på at styrke det psykologiske aspekt af det interdisciplinære rehabiliteringsarbejde. Ud fra observationer fra mit feltarbejde kunne det konkluderes, at neuropsykologernes arbejde primært afgrænser sig til at omhandle neuropsykologisk udredning og testning, der bidrager med relevant information og præciseringer til rehabiliteringsplaner omkring den hjerneskaderamte samt til at bidrage med vigtig neurofaglig viden i forhold til rehabiliteringsarbejdet. Det er et stort skridt i den rigtige retning. Dog blev det gennem observationer også tydeligt, at der i langt mindre grad var fokus på komorbiditet og håndtering af de psykologiske og mere eksistentielle følger af sygdom, som jeg mener bør være en integreret del af en helhedsorienteret koordineret rehabilitering.

Ca. en tredjedel af alle klienter viste da også tegn på depression, mere end halvdelen rapporterede, at deres fysiske, psykologiske og omgivelsesmæssige livskvali-

tet var utilfredsstillende, og ligeledes rapporterede ca. halvdelen af klienterne om problemer i familierelationerne. De psykosociale niveauer stemmer overens med niveauer fundet i andre empiriske studier (f.eks. Morton og Vehman, 1995; Hall, Mann, High, Kreutzer og Wood, 1996; Jorge et al., 1993; Jorge et al., 2004; Teasdale og Engberg, 2004; 2005; Hackett og Anderson, 2005; Brenner og Homaifar, 2009).

Det kvalitative studie tilbød mulige svar på, hvad der mere konkret fremmer, og hæmmer, rehabiliteringsforløbet og dets udbytte. De kvalitative udsagn understøttede, at de psykosociale problematikker forblev uadresserede, og at dette i sig selv var en væsentlig hindring for at genskabe et liv for personen med hjerneskade og dennes familie. Min afhandling udmundede i en konkret anbefaling til fremtidig rehabilitering, der inkluderer alle tre ben af WHO's biopsykosociale model for sundhed, nemlig det biologiske, det psykologiske og det sociale.

P.t. overses den psykologiske/personlige dimension af rehabiliteringen ikke kun på hjerneskadeområdet, og jeg argumenterer for, at rehabiliteringspsykologi som fagområde indføres i Danmark, som det er blevet det i flere nordiske lande, f.eks. i Sverige, og i andre europæiske lande som Tyskland, samt i USA, der har det som en særskilt division (APA, division 22).

Under mit ph.d.-forløb var jeg på et tre måneders forskningsophold på Freiburg Universitet og var en del af afdelingen for psykoterapi og rehabiliteringspsykologi. Her fik jeg et indblik i, hvordan man arbejder med rehabiliteringspsykologi i klinisk praksis og i forskning. Her samarbejder neuropsykologer og rehabiliteringspsykologer omkring klientforløb inden for forskellige målgrupper, f.eks. hjerneskadeområdet, kræft, KOL, smerte mv., og de har klare snitfladebeskrivelser mellem neuro-, sundheds- og rehabiliteringspsykologer.

Min ph.d. udmundede derfor i en anbefaling om, at vi også i Danmark udvikler rehabiliteringspsykologi som et felt. På Aalborg Universitet (AAU) har jeg sammen med lektor Tia Hansen igangsat et nyt psykologisk professionsprogram, Klinik for Handicap og Rehabiliteringspsykologi (KHARE), der startede pr. 1.9.2015, til at imødekomme behovet i praksis.

Den psykologiske forståelsesramme bag programmet kan beskrives som humanistisk med reference til den såkaldt "tredje vej" i klinisk psykologi (Carl Rogers). Praktiske interventionsteknikker hentes ind fra nyere tilgange, der inkluderer det empatiske klientfokus og opfatter klienten som mere aktiv i processen. Disse er målrettet øget accept af sig selv og andre samt rekonstruktion af identitet og fællesskab. På det teoretiske niveau integrerer projektet dermed redskaber fra kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, compassionfokuseret terapi, dyreassisterede interventioner og narrativ identitetsrekonstruktion i den overordnede ramme af humanistisk psykologi. Humanistisk psykologi udgør derfor den interventionsmæssige indholdsramme for denne bog. På denne måde læner rehabiliteringspsykologien

sig tæt op ad aktuelle internationale strømninger inden for både handicap- og psykiatriområdet. Det være sig det empatiske patientfokus inden for forskningsfeltet *Narrative Medicine*, der netop søger 'at gribe mennesket' (Greenhalgh og Hurwitz, 1999; Charon, 2001). Derudover også forskningen inden for recovery, der har fokus på det oplevede og eksistentielle perspektiv, og hvordan opbygning af formål og mening i livet kan skabes efter sygdom (f.eks. Repper og Perkins, 2012; Anthony, 1993).

KHARE har en samarbejdsaftale med flere danske kommuner og regioner, og flere samarbejder er undervejs. I første omgang inden for hjerneskadeområdet, men på sigt med andre målgrupper, som en forlængelse af samarbejdet omkring ph.d.-projektet, herunder afprøvning af de interventionsanbefalinger, der fremkom af afhandlingen. Her tilbyder KHARE-programmets studerende psykologisk rehabilitering, jævnfør interventionsmanual (BackUp[©]) udviklet af Tia Hansen og mig, til klienter med senhjerneskade samt deres nære pårørende. Anbefalingen om udviklingen og implementeringen af rehabiliteringspsykologi er således allerede i gang i tæt samarbejde med praksis. Såvel som fra praksis som fra nationalt hold fremføres tankerne bag rehabiliteringspsykologi som et nyt fagligt fyrtårn, der både kan sikre sundhedsøkonomiske gevinster og velfærdsinnovation. Bogen her er et næste skridt i den videre konsolidering af feltet.

Bogens indhold

Denne bog har til formål at give en indføring i feltet rehabiliteringspsykologi i teori og praksis. Dette gøres ved at introducere og definere rehabiliteringspsykologi i det indledende kapitel. Dernæst er bogen inddelt i fire dele:

Del 1, "Modeller i psykologisk rehabilitering", indeholder to kapitler. I kapitel 2 udfolder Thomas Maribo og Claus Vinther Nielsen den biopsykosociale model, hvor sundhed (og sygdom) forstås som en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer, hvorfor alle tre faktorer er vigtige at adressere i rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringspsykologien adresserer primært de psykologiske faktorer i modellen. I forlængelse af den biopsykosociale model, der opstod som en reaktion mod et fokus udelukkende på patologi, præsenterer Charlotte Glintborg og Katrine Larsen, i kapitel 3, resiliensmodellen. I denne model fokuseres på studiet af sundhed frem for sygdom. Hvad betyder det eksempelvis, at nogle har større modstandskraft (resiliens) mod sygdom og dens følger end andre? Med dette spørgsmål inviterer resiliensmodellen til, at fagpersoner udreder personers resiliensfaktorer (kompetencer) snarere end patologi, og herunder også fokuserer på, hvordan man kan styrke de personlige kompetencer, så man rustes til at håndtere svære livsomstændigheder, som f.eks. sygdom.

Del 2, “Udredning og psykosocialt udbytte”, præsenterer i kapitel 4 af Kristine Jensen de López en ny form for udredning, nemlig den dynamiske udredning, der viser et alternativ til traditionelle standardiserede testninger. Denne type udredning tager afsæt i personers udviklingspotentialer snarere end statiske målinger, hvilket ligger i fin forlængelse af de allerede præsenterede modeller i del 1, som rehabiliteringspsykologien trækker på. I kapitel 5 sætter Chalotte Glintborg fokus på psykosocialt udbytte, og hvordan vi måler dette inden for rehabiliteringspsykologien. Fælles for de første 4 kapitler er, at disse interventioner alle trækker på Kognitiv Adfærdsterapi (KAT) og særligt på tredje generation af kognitiv adfærdsterapi.

I del 3, “Rehabiliteringspsykologiske interventioner”, giver Rikke Schultz i kapitel 6 en generel indføring i kognitiv adfærdsterapi, udviklingen, grundbegreberne, modellerne og behandlingsprincipperne i KAT og nogle konkrete eksempler på anvendelsen af disse i klinisk praksis. Inden for de senere år er der opstået en række nye interventionsformer, der har samlebetegnelsen tredje bølge eller generation af kognitiv adfærdsterapi. Til forskel fra første og anden generation af kognitiv adfærdsterapi forsøger den tredje generation ikke at ændre på personers negative tanker og følelser, men på personens forhold til, at disse optræder i personens indre. Fokus er i stedet på at reducere undgåelsesadfærd og på at styrke selvaccept og selvomsorg, og hver retning har udviklet en metodisk tilgang til dette i klinisk praksis. Disse interventionsformer har ydermere det til fælles, at de alle inkluderer mindfulness. Derfor følger der en generel introduktion til mindfulness i kapitel 7, hvor Mette Kold og Karina Ejgaard Hansen giver en grundig indføring i mindfulness, ophavet, udviklingen og principperne bag samt en oversigt over de terapeutiske interventionsformer, hvori mindfulness indgår.

Herefter går vi tættere på to af disse tredjegenerations-interventionsformer: Compassionfokuseret Terapi (CFT) (kapitel 8) og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (kapitel 9), præsenteret af hhv. Leif Vind og Camilla Grønlund. Kapitlet om CFT-træning giver os indsigt i det medfølelsefulde sind og i, hvordan vores hjerne er bygget op omkring følelsesreguleringssystemer. CFT har fokus på at udvikle vores evne til at få adgang til en omsorgsfuld og medfølelsefuld tilgang til vores egne indre og i nogle tilfælde smertefulde oplevelser. I kapitlet om ACT illustreres de to overordnede processer i ACT: at kunne acceptere, hvad der ligger uden for ens personlige kontrol, mens man tager kontrol over at engagere sig i de ting, man kan ændre, og lader adfærd være orienteret mod personlig mening frem for indre kamp. ACT handler om at hjælpe klienter med at gøre tre ting: at acceptere sig selv fuldt og helt, vælge værdibaserede livsretninger og engagere sig til handlinger, som leder dem i de retninger.

I kapitel 10 præsenteres et nyt, men hastigt voksende område i Danmark, nemlig brugen af dyr i terapi og rehabilitering. International forskning viser, at dyr

skaber tryghed, stressreduktion og øget motivation. Endvidere viser forskning, at samvær med dyr for mange mennesker er forbundet med glæde. Det er påvist, at dyr fremmer social kontakt mellem mennesker, hvorved dyr kan mindske social isolation. Effekten forekommer, selv når den ene part tilhører en gruppe, der i andre sammenhænge stigmatiseres. Ydermere er det påvist, at der hos kæledyrsejere og dyr sker en gensidig aktivering af tilknytningssystemet, hvilket afstedkommer aktivering af affektregulerende hormoner forbundet med tilknytningssystemet. Goode (2006) har udviklet en specifik teori om intersubjektivitet (hvordan subjekter forstår hinanden), som inkluderer hund-menneske-relationer – dvs. den gensidige forståelse mellem dem, som f.eks. kan udtrykkes i blikke og kropslige gestikker. Donna Harraway kommer i sit hovedværk *When species meet* (2007) også ind på dyr og menneskers gensidige emergerende og helbredende forståelse af hinanden. Intentionen i nærværende bog er derfor at inkludere internationale og nationale strømninger inden for dyr-menneske-relationer i dansk rehabiliteringspsykologi.

I kapitlet udfolder Tia Hansen det virksomme i brugen af dyr i rehabilitering, anvendelsesformer, hvad den foreløbige evidens er på området, og sidst men ikke mindst, hvordan vi sikrer dyrevelfærd i brugen af hunde (servicehunde, terapihunde, besøgshunde mv.) som interventioner i rehabilitering.

Når en person rammes af alvorlig sygdom, er det vigtigt ikke alene at tilbyde psykologisk støtte til den, der rammes, men også den ramtes partner og til parret, som en helhed. I 1990'erne konceptualiserede den schweiziske psykolog Guy Bodenmann dyadisk coping som en proces, der foregår indbyrdes mellem begge parter i et forhold (parret eller dyaden). I kapitel 11 præsenterer Nina Rottmann dyadisk coping eksemplificeret via kræftområdet.

Del 4, "Anvendt rehabiliteringspsykologi", præsenterer tre bud på, hvordan rehabiliteringspsykologiske interventioner konkret kan anvendes inden for udvalgte målgrupper. I kapitel 12 giver Katrine Larsen og Chalotte Glintborg en indføring i, hvordan man kan anvende resiliensmodellen sammenkoblet med narrative perspektiver til personer med en erhvervet hjerneskade. I kapitel 13 illustrerer Diana Pop ACT anvendt i en konkret case på hjerneskadeområdet. I kapitel 14 beskriver Karina Ejgaard Hansen og Mette Kold mindfulness anvendt i forbindelse med personer med kroniske smerter, og slutteligt sætter Christina Prang Behr og Ole Svejstrup i kapitel 15 fokus på brugen af Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) til personer med personlighedsforstyrrelser af borderlinetypen i en kommunal rehabiliteringskontekst. DAT går også under tredje generation af kognitiv adfærdsterapi.

Referencer

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), s. 11-23.
- Brenner, L.A. og Homaifar, B.Y. (2009). Development-acquired TBI and suicidality: Risk and assessment, i: Sher, L. og Vilens, A. (red.). *War and suicide* (s. 189-202). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *Journal of the American Medical Association*, 286(15), s. 1897-1902.
- Glintborg, C. (2015). *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-socialt udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d.-afhandling. Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitets Forlag. http://www.hcci.aau.dk/digitalAssets/129/129472_chalotte_glintborg_phd-afhandling.pdf
- Goode, D. (2006). Playing with my dog Katie. *An ethnomethodological study of dog-human interaction*. West Lafayette: Purdue University Press.
- Greenhalgh, T. og Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: why study narrative? *British Medical Journal*, 318(7175), s. 48-50.
- Hackett, M.L. og Anderson, C.S. (2005). Predictors of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Stroke*, 36, s. 2296-2301.
- Hall, K.M., Mann, N., High, W.M., Kreutzer, J.S. og Wood, D. (1996). Functional measures after traumatic brain injury: Ceiling effects of FIM, FIM+FAM, DRS and CIQ. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 11(5), s. 27-39.
- Harraway, D. (2007). *When species meet*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Jorge, R.E., Robinson, R.G., Arndt, S.V., Starkstein, S.E., Forrester, A.W. og Geisler, F. (1993). Depression following traumatic brain injury: a 1 year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 27, s. 233-243.
- Jorge, R.E., Robinson, R.G., Moser, D., Tateno, A., Crespe-Facorro, B. og Arndt, S.V. (2004). Major depression following traumatic brain injury. *Archives of General Psychiatry*, 61, s. 42-50.
- Morton, M.V. og Wehman, P. (1995). Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: A literature review and recommendations. *Brain Injury*, 9(1), s. 81-92.
- Repper, J. og Perkins, R. (2012). Recovery: A journey of discovery for individuals and services, i: Phillips, P., Sandford, T. og Johnston, C. (red.). *Working in Mental Health: Practice and policy in a changing environment* (s. 71-80). Oxford: Routledge.
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering for voksne med erhvervet hjerneskade*. København.
- Teasdale, T.W. og Engberg, A.W. (2004). Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*, 18(6), s. 535-545.
- Teasdale, T.W. og Engberg, A.W. (2005). Psychosocial consequences of stroke: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*, 19(12), 1049-1058.

1. Introduktion til rehabiliteringspsykologi

Chalotte Glintborg

Når et menneske rammes af alvorlig sygdom, bør der ikke kun være fokus på de somatiske symptomer og følger, men også de psykologiske konsekvenser, det har at blive ramt af svær sygdom. En sygdom, der pludselig rammer og dermed forandrer det liv, man levede, kan betragtes som et traume. Det at skulle leve et liv, der pludselig er forandret, og at skulle forsones sig med varigt nedsatte funktioner kan afstedkomme psykologiske reaktioner som f.eks. depression, nedsat livskvalitet mv. Det er derfor vigtigt som en del af rehabiliteringsindsatsen at forstå de psykologiske processer, der er forbundet med at få og leve med en kronisk eller længerevarende sygdom, og at adressere de psykologiske konsekvenser, det kan medføre.

Rehabiliteringspsykologi har udviklet sig gennem de sidste 60 år, primært i USA, men langsomt også i Europa. Dette kapitel indledes med at præsentere nogle af de mest anerkendte definitioner på rehabiliteringspsykologi. The American Psychological Association definerer rehabiliteringspsykologi som følger:

Rehabiliteringspsykologi er et specialområde inden for psykologien, som fokuserer på studiet og anvendelsen af psykologisk viden og kompetencer i relation til personer med en funktionsevnenedsættelse eller med kroniske sygdomme. Formålet er at fremme sundhed og velvære, uafhængighed og valg, funktionsevne og social deltagelse i løbet af personens liv (American Psychological Association, 2015, egen oversættelse).

Tidligere definitioner kommer fra blandt andet Scherer, Blair, Banks, Brucker, Corrigan og Wegener, der definerer rehabiliteringspsykologi som:

Et specialområde inden for psykologien. Rehabiliteringspsykologi er anvendelsen af psykologisk viden og forståelse på vegne af personer med funktionsevnenedsættelser og samfund og inkluderer aktiviteter som forskning, klinisk praksis, undervisning, folkeoplysning, udvikling af sociale politikker og advokering (Scherer et al., i Kennedy, 2012, s. 3, egen oversættelse).

En tredje definition af Stiers, Perry, Kennedy og Scherer lyder som følger:

Rehabiliteringspsykologi er et specialområde inden for et professionelt psykologisk sundhedsdomæne, der anvender psykologisk viden og kompetencer på vegne af individer med fysiske og kognitive funktionsevnedssættelser samt kroniske helbredstilstande med det formål at maksimere sundhed og velvære, uafhængighed, valgmuligheder, funktionelle evner og social deltagelse, mens sekundære sundhedskomplikationer minimeres (Stiers, Perry, Kennedy og Scherer, i Kennedy, 2012, s. 4, egen oversættelse).

Rehabiliteringspsykologi er nært beslægtet med eksempelvis neuropsykologien og sundhedspsykologien, men adskiller sig dog på en række områder og udgør derfor et selvstændigt psykologisk speciale i flere europæiske lande og i USA – dog endnu ikke i Danmark. Neuropsykologers primære ærinde i den akutte og subakutte fase er at frembringe viden om f.eks. den hjerneskaderamtes eller personer med psykiske sygdommes kognitive funktionstilstand. Rehabiliteringspsykologers opgave er at tilbyde støttende samtaleforløb til de sygdomsramte eller pårørende i krisetilstande og transitioner. Rehabiliteringspsykologi adskiller sig også fra sundhedspsykologien, der beskæftiger sig med, hvordan psykologiske, sociale, kulturelle og adfærdsmæssige faktorer hænger sammen med sundhed og sygdom – eksempelvis hvad livsstil betyder for sundheden. Rehabiliteringspsykologer uddannes i USA via specialiserede ph.d.-programmer eller specialistuddannelser.

Anvendelsen af rehabiliteringspsykologiske teorier er ikke eksklusiv for psykologer, men kan med fordel anvendes af andre relevante fagpersoner i den interdisciplinære rehabilitering, blandt andet inden for medicin, sygepleje, fysio- og ergoterapi samt inden for sociale og pædagogiske faggrupper.

Væksten inden for feltet skyldes hovedsageligt udvikling af teknologier (operative og medicinske), der gør, at flere overlever svære sygdomme og traumatiske begivenheder end tidligere. I takt med et stigende antal overlevende stiger også forekomsten af traumereaktioner og emotionelle følger. Ligeledes er den stigende gennemsnitlige levealder også en faktor, der gør, at vi ser flere aldersrelaterede mentale og emotionelle følger, der også kalder på rehabiliteringspsykologi – f.eks. demens. WHO har også beskrevet behovet for rehabiliteringspsykologi, idet de forudsiger fire hovedsygdomme i 2030, der kalder på det: HIV/aids, depression, hjernesygdomme og trafikulykker (Mathers og Loncar, 2006). Fælles for disse sygdomme er, at de påvirker en person/families hverdagsliv og kan resultere i psykosociale følger. Ifølge Brown, Deleon, Loftis og Scherer (2008) kan der arbejdes med disse målgrupper ud fra almene psykologiske principper og rehabiliteringspsykologiske interventioner.

Rehabiliteringspsykologer er involveret i en række interventioner: tilbud om psykoterapi, forbedring af livskvaliteten, reduktion af stress og katastrofetænkning samt arbejde med normalisering af reaktioner og tilbud om psykoedukation undervejs i et rehabiliteringsforløb.

Rehabiliteringspsykologi bygger på den Bio-Psyko-Sociale model (BPS) (se kapitel 2), der bygger på en helhedsorienteret forståelse af sundhed. Selvom BPS-modellen, oftest operationaliseret ved hjælp af *International Classification of Functioning, disability and health* (ICF), anvendes som referenceramme til rehabilitering i Danmark, synes specielt den psykosociale del af modellen fortsat underudviklet i forhold til at udnytte modellens fulde potentiale.

I min forskning på hjerneskadeområdet (Glintborg, 2015; Glintborg og Hansen, 2016) blev det tydeligt, hvordan de psykosociale følger efter en hjerneskade ikke håndteres tilstrækkeligt.

Resultater fra både kvalitative og kvantitative data viste, at den fysiske genoptræning synes sikret og til dels den kognitive og sociale (dog i langt mindre grad), mens den psykologiske rehabilitering var fraværende. Dette fravær viser sig også at være tilfældet inden for andre målgrupper, som for eksempel kræft, KOL, kronisk smerte m.fl.

Såfremt vi fortsat anskuer rehabilitering ud fra en biomedicinsk optik, vil vi også fortsat kun være i stand til at yde fysiske, kognitive og praktiske indsatser til personer med behov for rehabilitering. Hvordan kan en indsats have psykosocial effekt, hvis der ikke oprettes nye tilbud til at dække de områder, der mangler? Rehabiliteringspsykologiske interventioner vil kunne håndtere og løse de psykosociale udfordringer, som f.eks. en kronisk eller længerevarende sygdom medfører for den ramte og dennes pårørende.

Hvis vi for eksempel skal kunne arbejde med de psykiske følger og personlige kompetencer, som er noget af det, vi kommer ind på i næste kapitel, kræver det, at der oprettes tilbud og indsatser, der målrettet arbejder med disse. Det er dog også en kendsgerning, at målsætnings- og rehabiliteringsprocessen er underlagt ledelsesmæssigt pres for at opnå kortere indlæggelser og rehabiliteringsforløb. Behandlingsmæssig kvalitet vurderes derfor ofte ud fra effektivitet, tid og økonomi før faglig dygtighed og personers individuelle biopsykosociale behov (Olesen, 2010).

Referencer

- American Psychological Association: <http://www.apa.org/about/division/div22.aspx>
- Brown, K.S., Deleon, P.H., Loftis, C.W. og Scherer, M.J. (2008). Rehabilitation Psychology: Realising the true potential. *Rehabilitation Psychology*, 53, s. 111-121.
- Glintborg, C. (2015). *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-socialt udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d.-afhandling. Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitets Forlag. http://www.hcci.aau.dk/digitalAssets/129/129472_chalotte_glintborg_phd-afhandling.pdf
- Glintborg, C. og Hansen, T. (2016). Bio-psycho-social effects of a coordinated neurorehabilitation programme: A naturalistic mixed methods study. *NeuroRehabilitation*, 38, s. 99-113, DOI:10.3233/NRE-161301
- Kennedy, P. (2012). Rehabilitation Psychology: Introduction, Review, and Background, i: Kennedy, P. (red.). *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* (s. 6-9). New York: Oxford University Press.
- Mathers, C.D. og Loncar, D. (2006). Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Public Library of Science Medicine*, 3 (11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Olesen. (2010). Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – specielt med fokus på apopleksi. *Fysioterapeuten*, 10(10), s. 2-6.