

# Indsigtsproblematik

- En forskningssyntese til betragtning af rehabilitering ved hel eller delvis manglende indsigt i deficits efter erhvervet hjerneskade

Rapportens samlede antal tegn  
(med mellemrum & fodnoter): 192.000  
Svarende til antal normalsider: 80,0

Julie Engell Paulsen  
Studie nr. 20072075

Vejleder: Morten Storm Overgaard

10. semester, Psykologi,  
Kandidatspeciale.

Aalborg Universitet  
31. juli 2012

# Indsigtsproblematik

- En forskningssyntese til betragtning af rehabilitering ved hel eller delvis manglende indsigt i deficits efter erhvervet hjerneskade

## **Abstract**

Unawareness related to brain injury is defined as the phenomenon in which a patient does not appear to be aware of impaired neurological or neuropsychological functioning which is obvious to other reasonable, attentive individuals.

Unawareness related to brain injury has considerable implications for participation in rehabilitation and functional outcome, due to limited motivation, engagement, cooperation and understanding of the purpose of rehabilitation. Despite implications, rehabilitation aimed at unawareness is a relatively unexplored field with many inconsistencies. Therefore, the present paper examines how a rehabilitation program can be designed in a way that increases awareness among individuals with acquired brain injury and consequent problems with unawareness.

Strategies to rehabilitation are examined through a research synthesis based on quantitative, qualitative and case studies to provide a united framework in terms of theoretical bases and research evidence.

The research synthesis identified a range of awareness interventions including multicontextual, psychotherapeutic, holistic, behavioral focused and group based approaches, which all seem to have a positive influence on awareness. In these approaches, some similarities can be identified such as self-regulation training, feedback, active participation, a safe environment and use of contexts and tasks that make sense to the individual. These strategies seem to be important for improving awareness, and it is therefore recommended that they are included in rehabilitation. Some of these strategies are also seen in theories that seek to explain unawareness in connection to brain injury such as the pyramid model proposed by Crosson et al. (1989) and the dynamic interactional model of cognition proposed by Toglia & Kirk (2000). Also the REF-model proposed by Mogensen and Malá (2009) seems to incorporate some of these strategies in accordance with reorganization of the brain after acquired brain injury.

The results of the research synthesis indicate that patients are able to gain awareness in connection to specific tasks and behavior without having a more abstract and general sense of awareness. This is not in accordance with the pyramid model, but instead points to the dynamic interactional model of cognition. This also leaves questions concerning transfer of knowledge from specific tasks in rehabilitation to a real-world setting; questions that are also raised by the REF-model and the dynamic interactional model of cognition.

Distinctions are made between rehabilitation approaches for unawareness due to neurocognitive and psychological factors, different degrees of difficulty, and between global and modality specific unawareness. These distinctions are factors that seem to have implications for rehabilitation, and it is therefore important that rehabilitation is adjusted to accommodate these underlying factors. This indicates the need for individually tailored strategies within rehabilitation programs in accordance with individual reactions. Rehabilitation therefore depends on careful assessment of unawareness, which should be based on considerations of underlying factors and the multifaceted phenomenon of unawareness. This means that assessment of unawareness requires multiple methods such as medical history, cognitive testing, quantitative methods, observations and the reactions of the individuals. For future research, however, this also creates methodological challenges on how to measure increased awareness achieved during rehabilitation.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1 INDLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.2 PROBLEMFELT .....	1
1.3 PROBLEMFOMULERING.....	2
1.3.1 Afgrænsning.....	3
1.3.1.1 Erhvervet hjerneskade .....	3
1.3.1.2 Indsigtsproblematik .....	3
1.3.1.3 Rehabilitering .....	3
1.4 METODE .....	4
1.5 DISPOSITION .....	4
<b>2 INDSIGTSPROBLEMATIK</b> .....	<b>5</b>
2.1 ETIK OG DILEMMAER .....	6
2.2 FÆNOMEN .....	8
2.2.1 Kategorier af indsigtsproblematik.....	8
2.3 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	9
2.3.1 Pyramidemodellen – tre niveauer af indsigt.....	10
2.3.3 Dynamic Interactional Model of Cognition.....	11
2.2.4 Teoriers implikationer for udformning af rehabilitering .....	13
<b>3 GRUNDLAG FOR REHABILITERING</b> .....	<b>14</b>
3.1 FUNKTIONEL LOKALISERING OG REORGANISERING .....	15
3.2 REORGANISATION OF ELEMENTARY FUNCTIONS - REF-MODELLEN .....	15
3.2.1 Kliniske implikationer.....	17
3.3 SYNTETISERING AF TEORETISKE PERSPEKTIVER .....	18
<b>4 METODOLOGI</b> .....	<b>19</b>
4.1 FORSKNINGSSYNTSE.....	20
4.1.1 Variable .....	20
4.1.2 Relevante forskningsdesign.....	21
4.1.3 Litteratursøgning, inklusions- og eksklusionskriterier .....	22
4.1.4 Kodning og analyse .....	23
<b>5 RESULTATER OG ANALYSE</b> .....	<b>24</b>
5.1 REHABILITERINGSSTRATEGIER.....	24
5.1.1 Læring og kontekst – Multikonktextuel rehabilitering .....	24
5.1.2 Terapeutisk alliance og anvendelse af psykoterapi .....	26
5.1.3 Adfærd og feedback – En adfærdorienteret tilgang .....	27
5.1.4 Gruppen som middel til indsigt.....	28
5.1.6 Kombination af strategier - Holistisk rehabilitering .....	29
5.1.6 Rehabiliteringsstrategier i praksis – forskelle og ligheder.....	30

5.2 METODER TIL VURDERING AF INDSIGT .....	30
5.2.1 Grundlag, validitet og reliabilitet.....	32
5.2.2 Indsigt - specifik eller generel? .....	34
5.2.3 Indsigtsproblematikker og patologi.....	37
5.2.4 Opsummering.....	38
5.3 REHABILITERING TIL AT ØGE INDSIGT .....	38
5.3.1. Kvantitative Studier .....	38
5.3.1.1 Resultater .....	39
5.3.1.2 Analyse af kvantitative studier.....	41
5.3.1.3 Metodologiske overvejelser .....	42
5.3.2 Kvalitative Studier .....	44
5.3.2.1 Resultater .....	45
5.3.2.2 Analyse af kvalitative studier.....	46
5.3.2.3 Metodologiske overvejelser .....	47
5.3.3 Casestudier.....	48
5.3.3.1 Resultater .....	48
5.3.3 Analyse af casestudier.....	52
5.3.3.3 Metodologiske overvejelser .....	53
5.4 OPSAMLING OG IDENTIFIKATION AF SAMMENHÆNGE .....	54
5.4.1 Teoretisk afsæt, rehabiliteringsstrategi og målemetode .....	54
5.4.2 Opsummering - Analyse.....	57
<b>6 DISKUSSION .....</b>	<b>58</b>
6.1 KONSEKVENSER FOR REHABILITERING .....	58
6.1.1 Rehabiliteringsstrategier - Forskelle og ligheder.....	58
6.1.2 Overførsel af rehabilitering – transfer af viden.....	61
6.1.3 Forskellige strategier til forskellige problematikker .....	63
6.1.3.1 Faciliterende eller kompenserende rehabilitering?.....	64
6.1.3.2 Global eller modalitetsspecifik indsigt.....	65
6.1.3.3 Psykologisk eller neurologisk indsigtsproblematik? .....	66
6.1.4 Konsekvenser for udformning af rehabilitering - afrunding.....	69
6.2. KONSEKVENSER FOR UDREDNING.....	71
6.3. KONSEKVENSER FOR BEGREBETS ANVENDELSE .....	72
6.4 KONSEKVENSER FOR ANVENDELSE AF TEORETISKE PERSPEKTIVER .....	73
<b>7 METODOLOGISKE OVERVEJELSER KNYTTET TIL SPECIALETS METODE.....</b>	<b>77</b>
7.1 BETRAGTNING AF FORSKELLIGE FORSKNINGSDESIGN.....	77
7.2 BEGRÆNSNINGER .....	78
7.2.1 Inkonsistens i anvendelse af teoretisk afsæt.....	79
7.3 FREMTIDIG FORSKNING .....	80
<b>8 KONKLUSION .....</b>	<b>81</b>
<b>9. REFERENCELISTE .....</b>	<b>85</b>

<b>9. BILAG</b> .....	<b>91</b>
<i>Bilag 1</i> .....	<i>91</i>
<i>Bilag 2</i> .....	<i>94</i>
<i>Bilag 3</i> .....	<i>95</i>

# 1 Indledning

I Danmark vurderes det, at mere end 120.000 mennesker lever med følger efter en erhvervet hjerneskade (Socialstyrelsen, 2012). Disse følger kan indebære forskellige problemstillinger, der gør det problematisk at vende tilbage til dagligdag, arbejde og præmorbid funktionsniveau. Mange af disse mennesker kan via rehabilitering blive hjulpet tilbage til en aktiv og meningsfuld tilværelse, hvilket tilbydes på specialiserede hospitaler og centre i Danmark (ibid.).

I forbindelse med rehabilitering udgør indsigtsproblematik en særlig udfordring, der kan hæmme forløb og resultat (Prigatano, 2008; Fleming & Ownsworth, 2006). George Prigatano beskriver i denne forbindelse indsigtsproblematik som: *“the single greatest impedance to functional entry into society”* (Prigatano, 1985 if. Youngjohn & Altman, 1989, p. 217). Udfordringer ved indsigtsproblematik består i, at hel eller delvis manglende indsigt ofte bevirker ringe motivation, engagement, samarbejdsevne og forståelse for rehabiliteringens formål, hvilket problematiserer deltagelse i og resultat af rehabiliteringsforløb (Prigatano, 2008).

Indsigtsproblematik er blevet rapporteret i forbindelse med en række neurologiske forstyrrelser i hjernen og er således ikke forbeholdt en bestemt type hjerneskade (ibid.). Indsigtsproblematik er ofte specifik for det enkelte tilfælde og kan ikke blot tillægges overordnede kognitive forringelser (ibid.). Endvidere er faktorer, som bidrager til indsigtsproblematik problematiske at identificere, idet de ofte optræder sammen med en konstellation af andre forskellige symptomer, hvorfor individer med indsigtsproblematikker udgør en heterogen gruppe (ibid.).

Disse udfordringer betyder, at udredning og rehabilitering i forbindelse med indsigtsproblematik er et yderst komplekst og svært håndgribeligt felt.

## 1.2 Problemfelt

På trods af at forskning siden 80'erne har beskæftiget sig med indsigtsproblematik efter hjerneskade, er rehabilitering ved indsigtsproblematik stadig et forholdsvist udforsket felt, idet fokus ofte har været på bagvedliggende faktorer frem for rehabilitering, hvorfor der efterlyses yderligere forskning inden for dette (Pedersen, Vogel & Svendsen, 2009; Flashman, Amador & McAllister, 2005). Eksisterende



studier til belysning af rehabilitering i forbindelse med indsigtsproblematik er endvidere ofte svært sammenlignelige grundet stor diversitet i udvælgelseskriterier og metodologiske valg (Orfei, Caltagirone & Spalletta, 2010; Pedersen et al., 2009). Mere viden og samling af feltet kan danne grundlag for udformning af tiltag rettet mod indsigtsproblematik og potentielt skabe bedre muligheder for, at individer med erhvervet hjerneskade og indsigtsproblematik kan vende tilbage til en meningsfuld tilværelse. Der er således behov for systematisk analyse af feltet med henblik på at danne udgangspunkt for udredning og rehabilitering i forbindelse med indsigtsproblematik. Dette imødekommes i nærværende speciale vha. en forskningssyntese til analyse og syntetisering af eksisterende forskning med afsæt i følgende problemformulering:

### **1.3 Problemformulering**

***Hvordan kan rehabiliteringsforløb for individer med erhvervet hjerneskade og indsigtsproblematik udformes med henblik på at øge indsigt?***

I forbindelse med afklaring af specialets problemformulering, anses følgende underspørgsmål som relevante:

- *Hvordan kan indsigtsproblematik defineres?*
- *Hvordan kan indsigtsproblematik udredes og undersøges?*
- *Hvilke og hvordan kan rehabiliteringsstrategier virksomt anvendes iht. indsigtsproblematik, og bør der differentieres mellem forskellige former for indsigtsproblematik?*
- *Hvilke teoretiske perspektiver kan anvendes til at forstå og guide rehabilitering ved indsigtsproblematik efter hjerneskade?*

### 1.3.1 Afgrænsning

#### *1.3.1.1 Erhvervet hjerneskade*

Erhvervet hjerneskade defineres som en ikke medfødt hjerneskade og kan anskues som hjerneskade, der er opstået som følge af sygdom eller traume (Socialstyrelsen, 2012). Som udgangspunkt skelnes der i specialet ikke mellem forskellige typer af ætiologi for erhvervet hjerneskade. Dette skyldes, at specialet ikke har til formål at behandle ætiologi bag indsichtsproblematik, men beskæftiger sig derimod med udredning og rehabilitering.

#### *1.3.1.2 Indsichtsproblematik*

Der eksisterer ikke konsensus i teori og forskning angående anvendelse af begrebet indsichtsproblematik, hvilket bevirker, at forskellige begreber anvendes i flæng (Halligan, 2006). Heraf kan nævnes; *impaired self-awareness (ISA)*, *awareness*, *denial*, *insight*, *metacognition* og *anosognosia*, der alle anvendes til beskrivelse af problematikker knyttet til indsigt (Prigatano, 2010b; Dirette, 2002; Malec & Moessner, 2000; Flashman et al., 2005). Indsichtsproblematik anvendes i specialet som et bredt koncept dækkende over forskellige begreber og problemstillinger knyttet til manglende indsigt i og forståelse for egne defekter, samt indvirkning på og konsekvenser for udførelse af handlinger og livsførelse efter erhvervet hjerneskade. Konceptet indsichtsproblematik dækker i specialet både problematikker, der tilskrives neurologiske og psykologiske faktorer samt forskelligt omfang af indsichtsproblematik.

#### *1.3.1.3 Rehabilitering*

Rehabilitering beskriver tiltag og aktiviteter med det formål at forbedre et individs fysiske, kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle funktion efter en neurologisk skade (Prigatano, 2008).

Iht. forskning i effekt af rehabilitering, er det endvidere nødvendigt at anskue formålet med rehabilitering (Pedersen et al., 2009). I nærværende speciale, er omdrejningspunktet indsichtsproblematik, hvorfor rehabiliteringsstrategier vurderes iht. øget indsigt.

## 1.4 Metode

Udforskning af specialets problemformulering tager afsæt i en forskningssyntese, der danner grundlag for betragtning af rehabilitering ved indsigtspromatik og essentielle problematikker knyttet hertil, samt inddragelse af teoretiske perspektiver. Afsættet er således hovedsageligt empirisk, hvorved eksisterende empiri inden for feltet bestemmer hvilke problematikker, der er relevante at behandle, samt hvilke teoretiske bidrag der er meningsfulde at inddrage.

Med baggrund i specialets problemformulering inddrages udelukkende studier, der beskæftiger sig med anvendelse og heraf virkning af rehabilitering blandt individer med erhvervet hjerneskade og indsigtspromatik (jf. Afsnit 4). Studier, der beskæftiger sig med hjerneskader blandt børn, er fravalgt, idet betragtning af indsigtspromatikker blandt børn kræver en udviklingspsykologisk ramme (Sohlberg & Mateer, 2001), der ligger uden for specialets omfang. Endvidere er studier af neurodegenerative lidelser fravalgt, idet disse lidelsers karakteristika adskiller sig fra øvrige hjerneskader, hvorfor inddragelse af denne patientgruppe ikke synes hensigtsmæssig.

Til betragtning af de inddragede studier anvendes modeller i form af skemaer og tabeller til at skabe overblik over hhv. resultater, teoretiske ståsteder, definitioner og udredning med henblik på at skabe et afsæt, hvorfra resultater kan analyseres, syntetiseres og diskuteres.

## 1.5 Disposition

Specialet indledes med beskrivelse af indsigtspromatik som klinisk fænomen, samt teoretiske perspektiver til forståelse af indsigtspromatik i afsnit 2. I afsnit 3 anskues grundlag for rehabilitering efter erhvervet hjerneskade med afsæt REF-modellen (Reorganization of Elementary Functions) til beskrivelse af hjernens plasticitet og reorganisering. Specialets omdrejningspunkt består i en forskningssyntese, hvis metodologiske fremgangsmåde beskrives i afsnit 4 med henblik på at sikre metodologisk transparens. I afsnit 5 fremstilles de inddragede studiers resultater via tabeller, hvorefter resultaterne analyseres med fokus på rehabiliteringsstrategier, målemetoder samt hvorvidt og hvordan der kan opnås øget indsigt. Afsnit 6 implicerer diskussion af forskningssyntesens resultater til

behandling af specialets problemformulering. Dette udfoldes via diskussion med henblik på ligheder og forskelle rehabiliteringsstrategier imellem, transfer af rehabilitering over flere kontekster, samt diskussion af hvorvidt og hvordan der kan skelnes mellem forskellige indsigtsproblematikker. Endvidere diskuteres betydningen af teoretisk definition og forståelse af indsigtsproblematik, samt teoretiske implikationer for guidning af rehabilitering. I afsnit 7 diskuteres metodologiske overvejelser ved udførelse af forskningssyntese som metode, samt problemstillinger og mangler i eksisterende forskning. Afslutningsvist søges specialets problemformulering besvaret i afsnit 8.

## 2 Indsigtsproblematik

Beskrivelser af indsigtsproblematikker kan findes helt tilbage i antikken (Prigatano, 2010b). Begrebet anosognosi, der henviser til manglende indsigt i deficits, blev introduceret af Joseph Babinski i 1914 (Pedersen et al., 2009). På trods af at beskrivelser af symptomer knyttet til indsigtsproblematik kan findes langt tilbage i litteraturen, står mange spørgsmål ang. indsigtsproblematikker stadig ubesvaret.

Indsigtsproblematik kan involvere forstyrrelser af kognitive såvel som emotionelle processer (Prigatano, 2010c). Endvidere er indsigtsproblematikker ofte mere udtalt for kognitive, emotionelle og sociale funktioner frem for fysiske (Fleming & Strong, 1999; Orfei et al., 2010). Flere elementer menes desuden at have indflydelse på indsigtsproblematik, herunder tid, skadens lokalisation<sup>1</sup> og sværhedsgrad<sup>2</sup>, præmorbid personlighed samt miljøet, hvori individet befinder sig (Prigatano, 1997; 2010a). Der hersker dog usikkerhed omkring, hvordan disse faktorer interagerer (Prigatano, 2010a). Endvidere betyder manglende standardiserede undersøgelsesmetoder divergerende beskrivelser af, hvor hyppigt indsigtsproblematik forekommer (Pedersen et al., 2009).

---

<sup>1</sup> Flere hjerneområder associeres med indsigtsproblematik på baggrund af billeddannende studier og lokalisation af læsioner, hvor indsigtsproblematik bl.a. er set ved skader i frontale og parietale områder (Flashman & McAllister, 2002), frontale og temporale læsioner (Prigatano, 2005), samt skader i insular cortex (Craig, 2009).

<sup>2</sup> Indsigtsproblematik er udtalt ved moderat til svær hjerneskade defineret ud fra Glasgow Coma Scale (Prigatano, 2010a).

I forlængelse af ovenstående kan der ligeledes stilles spørgsmålstejn ved, hvornår mangel på indsigt kan betragtes som patologisk, idet der også blandt individer uden hjerneskade findes fænomener af ukorrekt selv-repræsentation, hvilket bl.a. associeres med opretholdelse af selvværd (Flashman et al., 2005).

Det synes således væsentligt i de følgende afsnit at anskue, hvilke dilemmaer der overordnet er knyttet til rehabilitering ved indsigtsproblematik, samt hvad der i klinisk praksis forbindes med fænomenet indsigtsproblematik og hvilke teoretiske perspektiver der kan anvendes til forståelse af indsigtsproblematik og udformning af rehabilitering.

## *2.1 Etik og dilemmaer*

Specialets omdrejningspunkt angår, hvordan rehabilitering kan udformes og sammensættes, så der opnås øget indsigt blandt individer med indsigtsproblematik efter hjerneskade. I denne forbindelse synes det ligeledes nødvendigt indledende at placere opgavens problemfelt i et etisk perspektiv.

Iht. rehabilitering ved indsigtsproblematik synes etiske overvejelser yderst relevante, idet individer med indsigtsproblematik udgør en gruppe kendetegnet af nedsat dømmekraft iht. egne egenskaber (Prigatano, 2009). I *Etiske Principper for Nordiske Psykologer (2008-2010)* beskrives en række etiske retningslinjer, hvoraf princippet om respekt for klienters rettigheder og værdighed forekommer særlig relevant, idet denne angår individets ret til selvbestemmelse og autonomi, samt krav om at individet informeres om planlagte initiativer, så individet har mulighed for at tage stilling til sin egen deltagelse i fx rehabilitering (ibid.). Ved indsigtsproblematikker kan dette være problematisk, idet indsigtsproblematik kan implicere manglende forståelse, samt motivation for deltagelse i rehabilitering (Prigatano, 2008). Psykologen kan således blive placeret i et dilemma, hvor et individ ikke er interesseret i rehabilitering, men hvor rehabilitering synes at være et nødvendigt tiltag for at sikre individets funktionalitet og fortsatte autonomi. Dette placerer psykologen i et spændingsfelt, der stiller krav om løbende etiske overvejelser ved rehabilitering af individer med indsigtsproblematik.

En yderligere diskussion, der knytter sig til overvejelser iht. rehabilitering ved indsigtsproblematik, angår sammenhæng mellem øget indsigt og forekomst af angstrelaterede og depressive symptomer, idet der i nogle studier er fundet en positiv

sammenhæng og i andre en negativ sammenhæng (Malec & Moessner, 2000; Fleming, Lucas & Lightbody, 2006; Youngjohn & Altman, 1989; Ownsworth, 2005). Denne problematik behandles særligt hos Prigatano (1997), der afviser, at indsigt efter hjerneskade automatisk fører til depression og påpeger endvidere med afsæt i egne kliniske erfaringer, at øget indsigt blandt individer snarere bevirker en bedre forståelse for mulige problemstillinger og en følelse af at være rustet til at håndtere livet frem for at medføre depression. Argumentationen hos Prigatano (2010a) bygger desuden på, at ubehandlede indsigtsproblematikker ligeledes kan føre til psykiske problemstillinger som depression og paranoia grundet manglende forståelse for egne problemstillinger.

Foruden etiske dilemmaer er der til rehabilitering ved indsigtsproblematik knyttet en debat ang., hvorvidt indsigt er nødvendigt for at øge individets funktionsniveau eller om øget funktionalitet kan opnås uden indsigt (Flashman & McAllister, 2002). Strategier til at overkomme problemstillinger knyttet til indsigtsproblematik kan inddeles i tilgange, der hhv. behandler indsigtsproblematik som en skade, der må adresseres, før ændringer kan opnås og tilgange, der anskuer arbejdet med indsigtsproblematik som en integreret del af rehabilitering til at maksimere funktionel kapacitet (ibid.). Spørgsmål ang. hvorvidt indsigt skal øges, før bedring kan opnås, har rødder i kliniske eksempler, hvor individer via træning kan lære at anvende kompensatoriske strategier uden nødvendigvis at have indsigt i en given defekt, hvorfor der stilles spørgsmål ved behovet for indsigt (ibid.). Argumentationen for at indsigt bør gå forud for rehabilitering bygger derimod på, at øget indsigt grundlæggende kan ændre adfærd og funktionalitet (ibid.). Idet indsigtsproblematik knyttes til manglende motivation og engagement i rehabilitering, synes indsigt ligeledes, at kunne føre til øget motivation for deltagelse i rehabilitering (Prigatano, 2008). Overordnet synes det nødvendigt, at både indsigtsproblematik og individets samlede funktionalitet adresseres i rehabilitering, hvoraf nærværende speciale fokuserer på indsigtsproblematik.

På baggrund af ovenstående dilemmaer demonstreres det, at rehabilitering ved indsigtsproblematik befinder sig i et komplekst spændingsfelt, der kræver overvejelse og refleksion.

## 2.2 Fænomenen

Indsigtsproblematik kan overordnet beskrives som en forstyrrelse af den subjektive oplevelse af sig selv, der kan skyldes multiple årsager (Prigatano & Morrone-Strupinsky, 2010). Indsigtsproblematik som klinisk fænomen karakteriseres i denne optik af, at individet ignorerer eller ser bort fra objektive beviser for at have mistet funktionel kapacitet og beskrives som: *”the clinical phenomenon in which a brain dysfunctional patient does not appear to be aware of impaired neurological or neuropsychological functioning which is obvious to the clinician and other reasonably attentive individuals”* (Prigatano, 2008, p. 218f). Yderligere pointeres det, at der kun er tale om indsigtsproblematik i tilfælde, hvor individet umiddelbart har kapacitet til at evaluere beviserne, således at indsigtsproblematik ikke blot kan tilskrives svær kognitiv svækkelse (Prigatano & Morrone-Strupinsky, 2010).

Indsigtsproblematik konkretiseres yderligere hos Orfei et al.:

“Typical clinical description of anosognasia report cases of patients with paralysis, hemiparesis, hemianesthesia, hemianopia, or aphasia who deny their deficit, overestimate their abilities, claim they are moving their handicapped limb and do not differ from other people, or partially admit difficulties, but ascribe them to other causes, persisting in their beliefs despite contradictory objective evidence and external remarks by caregivers and physicians” (2010, p. 429).

Af udtryksformer, der gør sig gældende ved indsigtsproblematik, kan nævnes; manglende spontant udtryk for eller eksplicit benægtelse af defekt, konfabulering om årsagen, manglende adfærdsmæssig tilpasning og manglende følelsesmæssig reaktion eller indifferens (Pedersen et al., 2009).

Fænomenet indsigtsproblematik implicerer således overordnet manglende erkendelse eller direkte afvisning af umiddelbare objektive beviser på tilstedeværelsen af en given defekt.

### 2.2.1 Kategorier af indsigtsproblematik

Ved indsigtsproblematik kan der skelnes mellem forskellige kategorier og bagvedliggende faktorer. Heraf kan der skelnes mellem lokal og global

indsigtsproblematik, hvor lokal indsigtsproblematik vedrører manglende indsigt for specifikke udfald og defekter, og indsigtsproblematik af global karakter indebærer svigt i erkendelse af mere generelle forandringer (Pedersen et al., 2009; Prigatano, 2010c). I overensstemmelse med dette, optræder indsigtsproblematik ofte som modalitetsspecifik, hvor der fx kan eksistere manglende indsigt for hemiparese, men god indsigt for hukommelsesvanskeligheder (Orfei et al., 2010).

Endvidere tyder eksempler fra klinisk praksis på eksistensen af hhv. implicitte og eksplicitte indsigtsproblematikker, hvilket kommer til udtryk i tilfælde, hvor verbale udtalelser ikke stemmer overens med handlinger (Orfei et al., 2010; Halligan, 2006). Med eksplicit menes der, at individet har indsigt i en given defekt fx via verbalisering, uden at defekten nødvendigvis integreres i handlinger. Implicit indsigt ses hos individer, der eksplicit nægter at have en defekt, men implicit agerer som havende indsigt (Orfei et al., 2010).

Et andet aspekt af indsigtsproblematik angår endvidere, at indsigtsproblematik ud over at have et neurologisk fundament også kan være under indflydelse af psykologiske forsvarsmekanismer som benægtelse (Orfei et al., 2010; Ownsworth, Fleming, Desbois, Strong & Kuipers, 2006; Prigatano & Morrone-Strupinsky, 2010). Ovenstående kategorier, udledt på baggrund af adfærd i kliniske populationer, demonstrerer variationer i fænomenet indsigtsproblematik iht. lokal og global, implicit og eksplicit, samt neurologisk eller psykologisk indsigtsproblematik. Dette illustrerer ligeledes, at der kan eksistere stor variation blandt individer med indsigtsproblematik og betyder, at der må stilles spørgsmålstejn ved kategoriernes betydning for udformning af rehabilitering, samt hvordan der kan skelnes imellem dem. Disse spørgsmål er i overensstemmelse med specialets underspørgsmål og søges videre udforsket i specialets forskningssyntese og diskussion.

### ***2.3 Teoretiske perspektiver***

Som beskrevet ovenfor kan indsigtsproblematik være under indflydelse af forskellige faktorer, hvilket ligeledes illustrerer indsigtsproblematik som værende et multifacetteret fænomen (Ownsworth et al., 2007). Indsigtsproblematik udgør således et bredt og svært håndgribeligt koncept, hvorfor det er nødvendigt at betragte teoretiske perspektiver til forståelse af indsigtsproblematik samt tilhørende perspektiver iht. udredning og rehabilitering, hvilket i overensstemmelse med



specialets underspørgsmål kan belyse udformning af rehabilitering i en teoretisk ramme.

Idet der ikke er findes et enkelt sæt af neurologiske eller neuropsykologiske faktorer til forklaring af indsigtsproblematik, eksisterer der imidlertid ikke én teori, der er i stand til at forklare fænomenet (Prigatano, 2010a; 2010c). I følgende afsnit skitseres derfor nogle af de mest fremtrædende teoretiske modeller til forståelse af indsigtsproblematik.

### 2.3.1 Pyramidemodellen – tre niveauer af indsigt

Crosson et al. (1989) står bag en udbredt model til forståelse af indsigtsproblematik, grundlagt med det formål at guide behov for og anvendelse af kompensationsstrategier. Modellen er udviklet på baggrund af erfaringer fra klinisk arbejde med hjerneskadepatienter og case-beskrivelser (ibid.).

I pyramidemodellen forstås indsigtsproblematik som opdelt i tre niveauer, hvoraf de lavere niveauer ansues som forudsætning for opnåelse af højere niveauer, hvilket har givet navnet pyramidemodellen (ibid.). Det laveste niveau er *intellectual awareness*, der angår individets viden om og forståelse af, at en given funktion er svækket (ibid.). Næste niveau udgøres af *emergent awareness*, der er evnen til at opdage et problem, mens problemet opstår og handle derpå (ibid.). Tredje niveau består af *anticipatory awareness*, hvilket implicerer evne til at forudsige mulige problemstillinger (ibid.). Et yderligere aspekt ved pyramidemodellen angår, at der skelnes mellem neurologisk indsigtsproblematik og psykologisk benægtelse, hvoraf sidstnævnte beskrives som en ubevidst proces, hvorved individet kan undgå psykologisk smerte knyttet til accept af skadens konsekvenser (ibid.). Benægtelse antages i denne forbindelse at begrænse individets vilje til opnå et niveau af *intellectual* indsigt (ibid.).

Betragtning af indsigt på forskellige niveauer samt skelnen mellem psykologisk benægtelse og neurologisk indsigtsproblematik har implikationer for udformning af rehabilitering, hvilket ses i de til modellen udviklede retningslinjer for rehabilitering. I retningslinjerne påpeges det, at der ved problemer i indsigt af *intellectual* karakter bør anvendes eksterne kompensationsstrategier, hvor der ved *emergent* fremhæves situationelle kompensationsstrategier og ved *anticipatory* compensation i form af strategier til korrektion ved opdagelse af problemstillinger (ibid.). I modellen af

Crosson et al. (1989) fokuseres der således på udformning af rehabilitering med fokus på kompensation, hvor det påpeges, at den anvendte kompensationsstrategi bør tilpasses individets niveau af indsigt. Endvidere betones anvendelse af psykoterapi blandt individer med benægtelse.

Der fremsættes således i pyramidemodellen en hierarkisk forståelse af indsigt med konkrete trin til at guide rehabilitering ved indsigtsproblematik, med afsæt i kliniske erfaringer og case-beskrivelser.

### 2.3.3 Dynamic Interactional Model of Cognition

Indsigt og særligt selv-indsigt knyttes ofte til metakognition, der udgør en bredere term og hos Joan Toglia og Ursula Kirk (2000) udgør rammen for udvikling af *dynamic interactional model of cognition* til forståelse af indsigtsproblematik, der i specialet vil blive omtalt som den *dynamiske model*.

Metakognition betyder kognition om kognition og udgør et begreb, hvorunder mentale fænomener såsom indsigt kan grupperes (Fleming, Dolan & Frith, 2012). Metakognition er ligesom indsigt et bredt begreb, der anvendes i flæng til beskrivelse af forskellige fænomener og vedrører både relativt konstant viden-om-sig-selv og mere flydende igangværende processer knyttet til selvregulering (David, Bedford, Wiffen & Gillean, 2012; Toglia & Kirk, 2000; Chio, Carlson, Arnett, Cosentino & Hillary, 2011).

Den dynamiske model tager som nævnt afsæt i en metakognitiv ramme og bevæger sig væk fra den hierarkiske forståelse, idet der anlægges et dynamisk perspektiv (Toglia & Kirk, 2000). Endvidere tager modellen afsæt i elementer fra multikonktextuel rehabilitering udviklet af Toglia (1991), der indebærer anvendelse af multiple kontekster til at sikre overføring af viden, hvilket uddybes senere i specialet (jf. Afsnit 5.1.1).

Indsigt ansues som værende forskellig for forskellige modaliteter, inden for hvilke der ligeledes kan være forskelligt omfang, dybde og specificitet af indsigt i overensstemmelse med tidligere omtalte kategorier af indsigtsproblematik (Toglia & Kirk, 2000; jf. Afsnit 2.1.1). Endvidere anerkendes det, at indsigtsproblematik kan være under indflydelse af psykologiske faktorer (Toglia & Kirk, 2000).

I den dynamiske model differentieres der mellem generel indsigt relateret til *præeksisterende* viden og situationsspecifik *on-line* indsigt, hvormellem der eksisterer et dynamisk forhold med gensidig interaktion (ibid.).

On-line indsigt udgør en forholdsvis ustabil form for indsigt og vedrører selv-monitorering og selvregulering, der fx henviser til evne til at tilpasse sin adfærd til specifikke situationer og problemstillinger (ibid.). Heraf rummer selv-monitorering elementer af anticipatory og emergent awareness, som tidligere er beskrevet i pyramidemodellen, hvorimod selvregulering vedrører evne til at anvende og skifte strategier (ibid.).

Præeksisterende indsigt udgør viden om specifikke kognitive processer, opgavekarakteristik og funktionsstrategier, samt indsigt i egne evner og begrænsninger (ibid.). Præeksisterende indsigt er relativ stabil og udvikles med afsæt i gentagne oplevelser og overbevisning, samt lader sig iflg. Toglia og Kirk (2000) ikke adskille fra Albert Banduras (1997) begreb *self-efficacy*. Self-efficacy implicerer bedømmelse og perception af egne egenskaber, samt oplevelse af kontrol over handlingers resultat, hvilket har betydning for selv-indsigt (Toglia & Kirk, 2000).

”One’s belief in the ability to do a task is shaped by an understanding of one’s own abilities and limitations. When understanding of one’s abilities is distorted, judgments and beliefs will be distorted as well. In addition, the individual will experience loss of control. Thus, the concepts of self-awareness and self-efficacy are closely related” (Toglia & Kirk, 2000, p. 62).

Af citatet understreges betydning af præeksisterende indsigt for individets oplevelse af kontrol knyttet til opnåelse af selv-indsigt og self-efficacy, hvorved inspirationen fra Bandura tydeliggøres.

Hos Toglia og Kirk (2000) beskrives processen at opnå indsigt som at restrukturere viden om sig selv. Efter en hjerneskade vil individets viden basere sig på viden og erfaringer omkring egne styrker og svagheder fra før skaden (ibid.). Restrukturering af viden opstår, når individet har mulighed for at opleve og lære på baggrund af gentagne problemer og succesoplevelse (ibid.). I denne forbindelse påpeges den vigtigste kilde til restrukturering som værende oplevelser af kontrol, hvorved der

henvises til Banduras begreb *guided mastery*<sup>3</sup> (ibid.). Stærke oplevelser af kontrol kan i denne optik bevirke restrukturering af præeksisterende viden. For at facilitere oplevelser af kontrol, anbefales i overensstemmelse med Banduras teori anvendelse af familiære strukturerede opgaver tilpasset til den enkeltes niveau (ibid).

Den dynamiske model tager således afsæt i en metakognitiv ramme samt Banduras teori om self-efficacy til at skabe en dynamisk forståelse af indsigt, som beror på hhv. præeksisterende og on-line indsigt, der indbyrdes påvirker hinanden.

### 2.2.4 Teoriers implikationer for udformning af rehabilitering

I ovenstående er præsenteret en hierarkisk og dynamisk forståelse af indsigtsproblematik med forskellige implikationer for udformning af rehabilitering.

I pyramidemodellen bygges der på en hierarkisk forståelse af indsigt, hvilket implicerer, at der i rehabilitering arbejdes med et niveau af gangen. Når individet har opnået et niveau af indsigt, kan der således arbejdes videre med det næste niveau osv. Dette betyder ligeledes, at det som udgangspunkt er nødvendigt, at bestemme det enkelte individs niveau af indsigt for at kunne afgøre, på hvilket niveau rehabilitering bør påbegyndes.

Anskues den dynamiske model, implicerer denne i modsætning til pyramidemodellen, at der i rehabilitering arbejdes både med individets præeksisterende indsigt i form af overbevisninger og on-line indsigt i form af arbejde med selvregulering, herunder evnen til at anvende og skifte strategier, samt at ændring i den ene form for indsigt påvirker den anden.

Forskellen mellem modellerne består således i at der i den ene model arbejdes med afsæt i et hierarkisk udgangspunkt, hvori der tilvejebringes en lineær forståelse af indsigt, og der i den anden model tilvejebringes en dynamisk indsigtsforståelse. I begge modeller ses dog differentiering mellem forskellige aspekter af indsigt. Heraf synes nogle af de samme karakteristika at gå igen mellem præeksisterende indsigt og intellectual indsigt, der bevæger sig på et mere overordnet og generelt niveau, samt mellem on-line indsigt og emergent og anticipatory indsigt, der synes at bevæge sig på et mere kontekstspecifikt niveau. På trods af ligheder synes modellerne dog

---

<sup>3</sup> Guided mastery uddybes i afsnit 5.1.1.

overordnet at have forskellige implikationer for udformning af rehabilitering. En nærmere vurdering af modellernes anvendelse kræver imidlertid en gennemgang af empirisk materiale, hvorfor der vendes tilbage til dette i specialets diskussion efter gennemgang og analyse af specialets forskningssyntese (jf. Afsnit 6.4).

## 3 Grundlag for rehabilitering

*”When injury to the adult brain destroys part of the circuitry mediating behavior and/or conscious experience, neuroplasticity is required to bring about the highest possible degree of post-traumatic functional recovery”* (Mogensen, 2011a, p. 13).

Plasticitet er afgørende for den menneskelige hjernes udvikling, livslange læring og ikke mindst for funktionel bedring efter hjerneskade (Mogensen, 2011a; Kolb & Whishaw, 2009). Den menneskelige hjerne ophører aldrig sin dynamiske tilpasning til omgivelsernes krav (Mogensen, 2011a; Kolb & Whishaw, 2009). Læring, hukommelse og oplevelser er med til at forme det neurale netværk i det voksne menneskes hjerne, hvorved synaptiske forbindelser formes, modificeres og potentielt fjernes (Mogensen, 2011a; Kolb & Whishaw, 2009).

Forandringer i hjernen i forbindelse med hjerneskade kan på den ene side hæmme plasticitet i form af metabolsk dysfunktion og inflammation, og på den anden side øge plastisk potentiale og reorganisering (Mogensen, 2011a). Sammenlignes plasticitet ved hjernes udvikling med plasticitet hos voksne ved hjerneskade, er der trods livslang plasticitet betydelige forskelle (ibid.). Der stilles bl.a. spørgsmålstejn ved nye neuroners evne til at migrere og udvikle dendritter og axoner (ibid.). Endvidere kan hæmmende faktorer forhindre umodne neuroner i at skabe forbindelser (ibid.). På trods af dette påpeger Mogensen: *“There can, however, not be any doubts that a vast spectrum of plastic processes is available to the post-traumatic reorganization of the brain”* (2011a, p. 24).

I de følgende afsnit anskues derfor hjernens plasticitet i form af reorganisering som grundlag for rehabilitering ved inddragelse af REF-modellen. REF-modellen er i nærværende speciale fundet relevant, idet der via REF-modellen kan skabes indsigt i flere niveauer knyttet til plasticitet og reorganisering, bevægende sig fra fast lokaliserede enheder i hjernen, til reorganisering af hjernens forbindelser og disses manifestationer i form af adfærd. Endvidere skabes der i REF-modellen en forståelse

for, hvordan disse niveauer indbyrdes hænger sammen og kan interagere iht. rehabilitering.

### ***3.1 Funktionel lokalisering og reorganisering***

Reorganisering af hjernen er afhængig af plasticitet og er, som det fremgår af ovenstående, væsentlig for funktionel bedring efter hjerneskade. Samtidig stiller reorganisering spørgsmålstejn ved den basale antagelse, at funktioner er lokaliseret i specifikke hjerneområder, en antagelse der bl.a. er funderet i studier af sammenhæng mellem læsioners lokalisering og skaders funktionelle betydning (Kolb & Whishaw, 2009). En række undersøgelser har demonstreret, at det neurale grundlag for en given adfærdsform er forskelligt i hhv. den uskadede og skadede hjerne (Mogensen, 1997). ”*The localization of a function is based on its strict association with the lesioned structure, but the function apparently returns without the recreation of that structure*” (Malá & Mogensen, 2009, p.561f). Af citatet fremgår et modstridende forhold mellem funktionel lokalisering og funktionel reorganisering efter hjerneskade. Til at forklare og forstå dette modsætningsforhold fremsættes hos Jesper Mogensen og Hana Malá (2009) REF-modellen, der forener principper fra funktionel lokalisering og funktionel reorganisering, samt belyser, hvilke processer der kan gøre sig gældende ved reorganisering som følge af rehabilitering efter erhvervet hjerneskade.

### ***3.2 Reorganisation of Elementary Functions - REF-Modellen***

REF-modellen bygger på tre forskningsbaserede principper<sup>4</sup> og søger at forklare mulighed for post-traumatisk bedring trods funktionel lokalisering (Wilms &

---

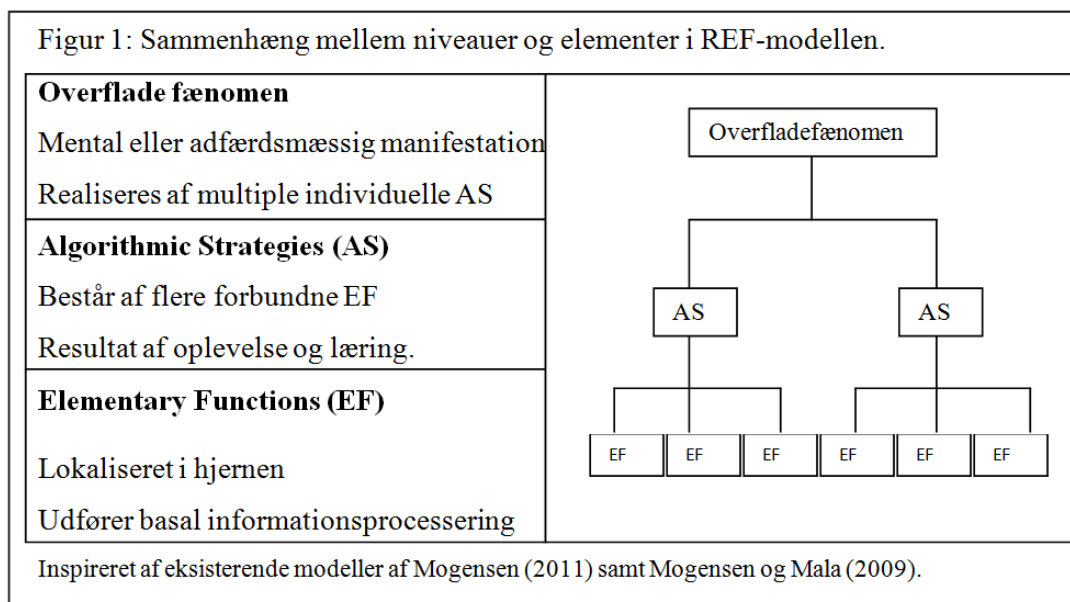
<sup>4</sup>De tre principper, som REF-modellen bygger på, angår, at kunne forklare følgende elementer ved posttraumatisk bedring: 1) Efter hjerneskade modificeres omfanget af individuelle hjernestrukturers bidrag til mediering af opgaver. 2) Forskellige neurale substrater medierer funktionel bedring for forskellige kognitive opgaver. 3) Ved funktionel bedring anvendes nye kognitive strategier, der ikke er magen til strategier, der blev anvendt før skaden (Mogensen & Malá, 2009). For uddybning se Mogensen og Malá (2009).

Mogensen, 2011). REF-modellen rummer tre niveauer af elementer, som er skitseret i Figur 1.

De mindste elementer er basis elementerne EF (Elementary Functions), der er lokaliseret i hjernens regioner og foretager simpel informationsprocessing (Mogensen, 2011a). Hver hjernestruktur består af mange EF (ibid.).

Flere interagerende EF kan danne en Algorithmic Strategy (AS), som resultat af individets læring og oplevelser (ibid.). AS er i modsætningen til EF ikke fast lokaliseret, men kan være fordelt over flere regioner i hjernen, idet AS netop består af flere interagerende EF (ibid.).

Det højeste niveau består af overfladefænomener, der kan observeres som adfærd. Overflade fænomener muliggøres på baggrund af AS, og udgør således den mentale eller adfærdsmæssige manifestation af AS (ibid.).



Når en hjerneskade indtræffer, ødelægges flere EF, der efterfølgende ikke kan genskabes (Mogensen, 2011a). Ødelæggelse af en eller flere EF, der indgår i en AS, resulterer i tab af denne AS, og dermed det overfladefænomen, den pågældende AS er ansvarlig for (ibid.).

Når individet efter en hjerneskade skal udføre en aktivitet, der ikke længere er tilgængelig grundet ødelæggelse af AS for den pågældende funktion som følge af hjerneskade, igangsættes en proces hvor eksisterende alternative AS kan aktiveres via en udvælgelses- og evalueringsmekanisme (ibid.). Hvis der ikke eksisterer tilstrækkelige alternative AS, kan nye organiseres ved dannelse af nye forbindelser til og imellem flere EF, indtil en succesfuld AS til udførelse af det pågældende

overfladefænomen er etableret (Mogensen, 2011a; Mogensen & Malá, 2009). Om denne proces beskriver Mogensen og Malá: *”Post-traumatically, this is the reorganizational process (REF) leading to the creation of novel ASs which –when selected to mediate behavior – can achieve functional recovery”* (2009, p. 571).

### 3.2.1 Kliniske implikationer

REF-modellen har en række implikationer for forståelsen af reorganisering og udformning af rehabilitering efter hjerneskade. Dette gælder bl.a. betragtning af bedring som helbredelse eller kompensation. Iflg. REF-modellen er det ikke muligt at genskabe eller lave en kopi af en ødelagt funktion (Mogensen, 2011a; Mogensen, 2011b). Derimod er det muligt at reorganisere forbindelser mellem eksisterende og tilbageværende EF til en ny AS, hvormed etablering af en ny og lignende funktion er mulig. Endvidere kan overfladefænomener med forskellige AS være problematiske at skelne fra hinanden, idet et overfladefænomen kan realiseres på multiple måder (Mogensen, 2011a).

REF-modellen demonstrerer, at reorganisering og plasticitet iht. hjernens forbindelser er essentiel for funktionel bedring efter hjerneskade (Mogensen & Malá, 2009). Endvidere betragtes funktioner i form af overfladefænomener i REF-modellen ikke som fast lokaliseret, idet AS kan strække sig over flere hjerneregioner og løbende reorganiseres. Hvad der derimod er fast lokaliseret, er de mange EF, som danner det neurale grundlag for etablering af AS (Mogensen, 2011a).

Reorganisering i REF-modellen baseres på feedback iht. individets adfærd, hvilket ligeledes betyder feedback iht. overfladefænomener og dermed sammensætning af AS (Mogensen, 2011a; Wilms & Mogensen, 2011). Feedback tilvejebringes altid iht. en given adfærd eller situation, hvorfor feedback anskues som kontekstspecifik. Mogensen beskriver i denne forbindelse: *”When EFs are reorganized, the involved modification only includes the context (input/output relationships) within which they perform their informations processing.”* (2011a, p. 31). Dette betyder, at reorganisering ofte vil være forbundet med en given kontekst, hvormed generalisering af en funktion potentielt kompliceres (Mogensen, 2011; Mogensen & Malá, 2009). I klinisk forstand kan det iflg. REF-modellen antages, at jo rigere repertoire af AS, desto større chance for posttraumatisk bedring (Mogensen & Malá, 2009). Dette implicerer ligeledes, at der i den post-traumatiske proces bør fokuseres



på fleksibilitet, autonomi og rige oplevelser (Mogensen & Malá, 2009). Til dette beskriver Mogensen og Malá: “*an environment should offer patient possibilities of practicing and developing skills – i.e. creating and selecting ASs – under stimulating but safe circumstances*” (2009, p. 572). Endvidere pointerer Wilms og Mogensen (2011), at der i rehabilitering bør efterstræbes økologisk validitet i den forstand, at rehabilitering bør være i overensstemmelse med individets tidligere livsførelse og interesser, hvormed der kan bygges bro mellem rehabilitering og daglige omgivelser og udfordringer.

### 3.3 Syntetisering af teoretiske perspektiver

Plasticitet og reorganisering af hjernen anskues ud fra ovenstående som væsentlig for funktionel bedring efter hjerneskade. I rehabilitering bør der derfor fokuseres på, hvordan og hvilke strategier der virksomt kan anvendes til at stimulere funktionel reorganisering. Det synes således interessant at udfolde, hvorvidt REF-modellens forståelse af reorganisering kan kombineres med eller forklare elementer beskrevet i de teoretiske perspektiver, udfoldet i afsnit 2, til forståelse af og udformning af rehabilitering ved indsigtspromatik.

Anskues sammenhæng mellem REF-modellen og pyramidemodellen, synes pyramidemodellens hierarki umiddelbart ikke foreneligt med REF-modellens fremlæggelse af reorganisering, idet et af REF-modellens principper beror på, at forskellige neurale substrater medierer forskellige kognitive funktioner (Mogensen & Malá, 2009). Således synes forskellige former for indsigt i form af intellectual, emergent og anticipatory ikke nødvendigvis at være afhængige af hinanden iflg. REF-modellen, hvilket er tilfældet i pyramidemodellen. Pyramidemodellen bygger desuden på observation af adfærd og kliniske erfaringer og henviser dermed til, hvad der i REF-modellen betegnes som overfladefænomener, hvorfor det overordnet må pointeres, at REF-modellen og pyramidemodellen endvidere synes komplicerede at forene, idet de som udgangspunkt beskæftiger sig med forskellige niveauer. Hvor REF-modellen beskæftiger sig med forskellige niveauer til forklaring af hjernens reorganisering i form af EF, AS og overfladefænomener, beskæftiger pyramidemodellen sig udelukkende med forskellige niveauer af selve (overflade)fænomenet indsigt.

Betragtes den dynamiske model til forståelse af indsigt sammenlignet med REF-modellen, synes der at eksisterer ligheder, idet der både i den dynamiske model og i REF-modellen er tale om reorganisering. Imidlertid angår reorganisering i den dynamiske model viden, hvor der i REF-modellen er tale om reorganisering af AS (jf. Afsnit 2.3.3; 3.2.1). Det synes dog ikke utænkeligt, at reorganisering i REF-modellen kan lægge til grund for den reorganisering af viden, der beskrives i den dynamiske model. Endvidere pointeres det i REF-modellen, at reorganisering faciliteres gennem rige og stimulerende omgivelser, der er meningsfulde for individets dagligdag, hvorved der opnås sammenhæng mellem strategier i rehabilitering og individets liv før og efter rehabiliterings (jf. Afsnit 3.2.2). Dette synes endvidere at være i overensstemmelse med rehabiliteringsstrategier, der foreslås i forbindelse med den dynamiske model, i form af multiple og familiære kontekster (Toglia & Kirk, 2000; jf. Afsnit 2.3.3). REF-modellen og den dynamiske model synes således umiddelbart kompatible.

Nærmere anskuelse af hvordan REF-modellen og de teoretiske perspektiver kan anvendes i rehabiliteringssammenhæng, samt vurdering af hvilke rehabiliteringsstrategier der er virksomme ved indsichtsproblematikker, kræver imidlertid en nærmere gennemgang og undersøgelse af eksisterende forskning, hvilket i de følgende afsnit vil blive udfoldet i specialets forskningssyntese.

## 4 Metodologi

Som nævnt findes der kun begrænset forskning inden for rehabilitering ved indsichtsproblematikker efter hjerneskade, hvoraf den forskning der eksisterer, endvidere rummer store variationer (jf. Afsnit 1). Der foreligger desuden kun enkelte reviews inden for feltet (Prigatano, 2005; Fleming & Ownsworth, 2006; Lucas & Fleming, 2005), hvoraf disse kan kritiseres for høj grad af opremsning frem for systematisk samling af feltet. Endvidere anvendes der i de eksisterende reviews brede fokusområder iht. indsichtsproblematik, hvor rehabilitering enten betragtes som delelement (Prigatano, 2005), eller der mangler opdeling af empiriske og teoretiske bidrag (Lucas & Fleming, 2005). Der synes således at eksistere behov for større overblik og samling af feltet, hvilket i specialet søges imødekommet via en forskningssyntese til systematisk behandling og samling af empiri inden for feltet.

## 4.1 Forskningssyntese

For at kunne opbygge viden, er redegørelse og samling af eksisterende forskning nødvendig, hvilket er muligt via en forskningssyntese (Cooper, 2010). Formålet med en forskningssyntese er, at samle forskning fra forskellige undersøgelser der adresserer identiske eller relaterede områder til at belyse væsentlige problemstillinger og drage overordnede konklusioner inden for et givent felt (ibid.).

Gennem tiden er forskningssynteser ofte blevet kritiseret for manglende systematik og kvalitet (ibid.). Dette er som tidligere nævnt ligeledes tilfældet for de eksisterende reviews inden for specialets problemfelt.

I nærværende forskningssyntese søges kvalitet øget via betoning af systematisk fremgangsmåde med ensartede strategier for litteratursøgning, resultatfremstilling og analyse. Samling af enkeltstående empiriske bidrag kræver desuden analytiske udledninger, som kan få indflydelse på pålidelighed og den samlede konklusion, hvorfor metodologiske valg og analytiske udledninger bør være transparente (ibid.). For at sikre metodologisk kvalitet og transparens, beskrives i de følgende afsnit metodologisk overvejelser og fremgangsmåde iht. afgrænsning af variable, inklusions- og eksklusionskriterier, litteratursøgning, kodning og analyse.

### 4.1.1 Variable

Forskningssynteser rummer i modsætning til primærstudier større variation i variabelers afgrænsning (Cooper, 2010), hvilket ligeledes gør sig gældende i specialet. Til belysning af specialets problemformulering betragtes to variable og disses indbyrdes sammenhæng, hhv. **rehabiliteringsstrategi** og **indsigtsproblematik**. Det primære mål er at anskueliggøre, hvilke rehabiliteringsstrategier der kan anvendes til at øge indsigt ved indsigtsproblematik samt hvordan. Til afgrænsning af variablene bør anskues konceptuelle<sup>5</sup> og operationelle<sup>6</sup> definitioner (ibid.). Iht. konceptuel definition af indsigtsproblematik tages der afsæt i specialets indledende afgrænsning samt beskrivelse af indsigtsproblematik som fænomen (jf. Afsnit 1.3.1.2; 2.2).

---

<sup>5</sup> Konceptuel definition beskriver karakteristika, der er uafhængig af tid og sted, samt kan anvendes til at skelne mellem, hvad der er relevant inddrage iht. et givent koncept (Cooper, 2010).

<sup>6</sup> Operationel definition beskriver observerbare karakteristika, der afgør om en begivenhed repræsenterer en forekomst af den konceptuelle variabel (Cooper, 2010)

Operationel definition af indsigtspromatik anskues ud fra de inddragede studiers anvendte teknikker til vurdering og mål af indsigtspromatik.

Afgrænsning af rehabiliteringsstrategier tager afsæt i de inddragede studier og behandles i specialets analyse (jf. Afsnit 5.1).

#### 4.1.2 Relevante forskningsdesign

Ligesom primære studier kan drage nytte af metodetriangulering, kan inddragelse af studier med forskellige metoder i reviews og forskningssynteser skabe et større og samlet indblik i et givent problemfelt (Shadish, Cook & Campbell, 2002). I dette speciale ønskes en undersøgelse af, hvordan rehabilitering virksomt kan udformes iht. indsigtspromatikker, herunder hvilke strategier der virksomt kan inddrages til at øge indsigt, samt i hvilke tilfælde og hvordan. I denne forbindelse vurderes studier af forskellig karakter og videnskabsteoretisk ståsted som relevante at inddrage, idet forskning med forskellig metodologi qua forskellige egenskaber kan belyse forskellige aspekter af problemformuleringen og skabe en bred forståelse af feltet (Yin, 1994; Shadish et al., 2002; Kelle, 2006).

Kvantitativ forskning inddrages i specialets forskningssyntese til at skabe indblik i, hvorvidt der er statistisk funderet belæg for anvendelse af specifikke rehabiliteringsstrategier (Coolican, 2004; Zachariae, 1998). Forskning af kvalitativ karakter anvendes til at skabe dybde, kontekstualitet og diversitet (Tanggaard & Brinkmann, 2010a), og kan belyse hvilke elementer af rehabiliteringsstrategier, der opleves som virksomme. Kvantitativ og kvalitativ forskning kan således komplementere hinanden, hvormed der både kan skabes dybde og brede (Kelle, 2006). Desuden inddrages casestudier til at skabe et mere konkret indblik i specifikke rehabiliteringsforløb (Yin, 1994).

Inddragelse af forskellige studier i specialet, skyldes endvidere pragmatiske årsager, med henvisning til den generelt begrænsede mængde forskning inden for feltet (jf. Afsnit 1.2).

I forbindelse med inddragelse af forskellige typer studier lægges der i nærværende speciale særligt vægt på systematisk analyse på baggrund af studiernes specifikke empiriske egenskaber til belysning af forskellige perspektiver af problemfeltet, hvilket ikke ses eksplicit behandlet i tidligere omtalte reviews (jf. Afsnit 4). For at sikre en sådan systematisk kodes og analyseres de inddragede studier opdelt på

baggrund af deres specifikke egenskaber og videnskabsteoretiske ståsteder, idet det ikke anses som hensigtsmæssigt, at anskue studierne ud fra kvalitetskriterier, der ligger uden for disses oprindelige formål og hensigt (Brinkmann & Tanggaard, 2010b).

### 4.1.3 Litteratursøgning, inklusions- og eksklusionskriterier

Specialets litteratur er rekvireret via søgning på databaserne PsychInfo, PubMed og Cochrane. Litteratursøgningsprocessen danner grundlag for forskningssyntesen og er derfor af stor betydning for specialets resultater (Cooper, 2010), hvorfor fremgangsmåde og metodologiske valg ved litteratursøgning kort skitseres.

Ved litteratursøgningen er der som udgangspunkt søgt på brede koncepter associeret med indsigtspromatik, idet der herved kan skabes et bredt grundlag for afgrænsning og konceptualisering (ibid.). Termer associeret med indsigtspromatik har ikke kunnet identificeres via søgning på Mesh og Thesaurus i hhv. PubMed og PsychInfo. Søgeord til at dække indsigtspromatik er derfor udledt via en begyndende søgning på PsychInfo med fokus på hvilke begreber, der er anvendt i tidligere forskning. Heraf er følgende søgeord fundet relevante til at dække begrebet indsigtspromatik: 'Anosognosia', 'Awareness', 'Insight' og 'Unawareness'. Derudover er der søgt på begreberne; 'rehabilitation' og 'brain injury', der endvidere er udvidet via Thesaurus og Mesh.

På PsychInfo førte denne søgning til 526 hits, hvoraf abstract blev gennemlæst på litteratur med index-terminerne 'awareness', 'self-perception' og 'rehabilitation'. På PubMed gav søgningen 35 hits og på Cochrane 21 hits, hvoraf abstract blev gennemlæst på alle. Derudover er der søgt i citationsdatabasen Scopus og via referencelister. Af den samlede søgning er 131 artikler fundet relevant til belysning af indsigtspromatik.

Heraf blev 38 artikler grupperet som relevante til belysning af rehabilitering ved indsigtspromatik og endvidere opdelt i teoretiske og empiriske bidrag, hvoraf artikler med empiriske bidrag er inkluderet som nøgleartikler i forskningssyntesen, for hvilke der er udviklet inklusions- og eksklusionskriterier. Inklusionskriterierne stiller krav om, at studierne behandler voksne personer med erhvervet hjerneskade,

der lider af indsigtspromatik<sup>7</sup>. Endvidere implicerer inklusionskriterierne, at artiklerne har eksplicit fokus på rehabilitering iht. indsigtspromatikker. Artikler, hvori rehabiliteringsstrategier ikke beskrives eller uddybes, er derfor ekskluderet, ligesom artikler, hvor indsigtspromatikker ikke eksplicit anskues eller som beskæftiger sig med børn eller neurodegenerative lidelser, er ekskluderet (jf. Afsnit 1.3.1.2). Med afsæt i ovenstående kriterier er 22 artikler fundet brugbare og kodet iht. specialets forskningssyntese.

#### 4.1.4 Kodning og analyse

Til behandling af de 22 studier er kodningsskemaer udarbejdet. I specialet er anvendt tre typer kodningsskemaer i overensstemmelse med studierne forskellige forskningsdesign hhv. kvantitative, kvalitative og case-studier (jf. Bilag 1; 2; 3).

Formålet med anvendelse af kodningsskemaerne er at skabe mening og overblik i relaterede, men ikke identiske studier (Cooper, 2010). Udvikling af kodningsskemaer og generering af meningsfulde grupperinger har i denne forbindelse krævet løbende ændringer, således at kodningsskemaerne til sidst kunne rumme relevante aspekter af de inddragede studier og har både taget afsæt i teoretiske og metodologiske aspekter.

I tabel 1 ses de 22 inddragede studiers fordeling iht. forskningsdesign.

Tabel 1. Fordeling af studierne bidrag	
Forskningsdesign	Antal
Case	12
Kvantitativ	6
Kvalitativt interview	2
Metodetriangulering	2
<b>I alt</b>	<b>22</b>

Som det ses af tabel 1, anvender to studier metodetriangulering, idet der både anvendes kvantitative mål og statistisk analyse samt kvalitative interviews (Dirette, Plaisier & Jones, 2008; Lundqvist, Linnross, Orlenius & Samuelsson, 2010). Disse studiers bidrag betragtes i analysen opdelt under forskellig metodologi, hvorfor studierne går igen i disse afsnit.

I hver type kodningsskema kodes der for målemetoder, teoretisk ståsted iht. indsigtspromatik og rehabiliteringsstrategi, samt analyseteknik og resultater (jf. Bilag 1; 2; 3). På baggrund af kodningsskemaerne er studierne efterfølgende blevet

<sup>7</sup> Jf. definition af erhvervet hjerneskade afsnit 1.3.1.1.

analyseret, hvorved der er udledt tendenser i studiernes inddragede rehabiliteringsstrategier. Målemetoder og metodologi til mål af indsigt på tværs af studier er blevet sammenlignet, og resultater i form af øget indsigt eller beskrivelser af samme er skitseret og behandlet. Herefter er resultaterne blevet sammenlignet med henblik på at udlede mulige sammenhænge mellem anvendelse af rehabiliteringsstrategi, valg af målemetode og opnåelse af øget indsigt.

## 5 Resultater og analyse

De 22 inddragede studier samt deres metoder og resultater præsenteres i følgende afsnit. Afsnittet er overordnet inddelt i tre underafsnit og en opsummering. Indledende afgrænses og analyseres rehabiliteringsstrategier, der er grupperet under indholdsmæssige temaer udledt i forbindelse med kodning og analyse (Afsnit 5.1). Disse grupperinger danner grundlag for specialets opdeling og forståelse af rehabiliteringsstrategier. I anden del af analysen (Afsnit 5.2) anskues anvendte målemetoder og teknikker til vurdering af indsigt. I tredje del af analysen (Afsnit 5.3) anskues sammenhæng mellem anvendelse af rehabiliteringsstrategi og opnåelse af øget indsigt for hhv. kvantitative, kvalitative og casestudier via skematiske oversigter til anskueliggørelse af sammenhænge og forskelle, samt analyse af metodologiske begrænsninger. Afsluttende drages der paralleller mellem de tre afsnit med fokus på, hvorvidt der er sammenhæng mellem teoretisk ståsted, valg af målemetode og anvendelse af rehabiliteringsstrategier (Afsnit 5.4).

### 5.1 Rehabiliteringsstrategier

Med afsæt i forskningssyntesen betragtes og analyseres indholdsmæssige tendenser i de inddragede studiers anvendte rehabiliteringsstrategier rettet mod indsigtsproblematik. Endvidere søges rehabiliteringsstrategierne placeret i en teoretisk ramme.

#### 5.1.1 Læring og kontekst – Multikonktextuel rehabilitering

Rehabilitering ved indsigtsproblematik er i en stor del af de inddragede studier centreret omkring læring af strategier til selvregulering i multiple aktiviteter og beskæftigelser med relevans for det enkelte individ (Goverover, Johnston, Toglia &

Deluca, 2007; Toglia, Johnston, Goverover & Dain, 2010; Ownsworth et al., 2006; Landa-Gonzales, 2001; Fleming et al., 2006; Cheng & Man, 2006; Dirette, Plaisier & Jones 2008). Træning af selvregulering refererer til indlæring af strategier til at regulere adfærd, herunder strategier til detektering og forudsigelse af mulige problemstillinger, således at en given adfærd kan ændres eller tilpasses (Liu et al., 2002; Ownsworth et al., 2006; Landa-Gonzales, 2001; Malec & Moessner, 2000; Goverover et al., 2007; Toglia et al., 2010). Til læring og udvikling af selvregulering inddrages komponenter såsom psykoedukation, feedback og review<sup>8</sup> (Goverover et al., 2007; Cheng & Man, 2006; Ownsworth et al., 2006; Fleming et al., 2006). Der argumenteres i denne forbindelse for anvendelse af multiple kontekster som et middel til at øge generalisering af tillærte strategiers anvendelse på tværs af kontekster (Toglia et al., 2010).

I flere af de øvrige studier anskues desuden behov for at arbejde med rehabilitering i vante kontekster og aktiviteter med relevans for individet, på trods af at en anden strategi som udgangspunkt er fokus for rehabilitering (Malec & Moessner, 2000; Malec, Smigielski, DePompolo & Thompson, 1993; DeHope & Finegan, 1999).

Ovenstående betoning af sammenhæng mellem læring og kontekst tager afsæt i en multikontekstuel tilgang til rehabilitering af Toglia (1991). Den multikontekstuelle tilgang til rehabilitering bygger bl.a. på inspiration fra Banduras fremlæggelse af social læringsteori (Toglia & Kirk, 2000). Den sociale læringsteori er både et opgør med og en videreudvikling af behaviorismen (Nielsen, 2007). Bandura anser mennesket som et selv-regulerende væsen, der indgår i et dynamisk forhold med omgivelserne (ibid.). Hos Bandura (1997) synes opnåelse af indsigt at spille en central rolle i form af betoning af self-efficacy, der omhandler tiltro til sig selv, på baggrund af hvilken individet kan handle. Således synes arbejdet med indsigt netop som omdrejningspunkt for rehabilitering med afsæt i social læringsteori. Læring og indsigt kan i dette perspektiv opnås via guided mastery (Toglia & Kirk, 2000). Guided mastery henviser til følelsen og oplevelsen af kontrol, der kan reproducere og restrukturere selv-overbevisning og dermed bevirke opnåelse af indsigt, hvilket faciliteres via strukturerede oplevelser, der tillader individet at monitorere egen

---

<sup>8</sup> Review betragtes i denne forbindelse som gennemgang af individets præstation vha. fx video eller via noter, samt selv-evaluering og refleksion (Liu et al., 2002; Schlund, 1999).



funktion (Toglia & Kirk, 2000). Inspireret af Bandura anses anvendelse af vante omgivelser ligeledes som styrkende for opnåelse af indsigt, idet der herved skabes en basis, hvorfra individet kan evaluere sig selv (ibid.). Restrukturering af selv-overbevisning opnås desuden bedst, hvis individet selv kan opdage fejl og problemstillinger (ibid.). For at opnå oplevelse af kontrol, bør opgaverne, der stilles i rehabilitering, have karakter af *just right challenge*, således at de nøje tilpasses det enkelte individ (ibid.). Ud over inspiration fra Bandura synes den multikontekstuelle tilgang, at hente inspiration fra situeret læringsteori<sup>9</sup>, idet det pointeres, at læring i en kontekst ikke uproblematisk lader sig overføre til en anden (Toglia et al., 2010). I den multikontekstuelle tilgang betones netop overføring af læring over kontekster ved gradvis ændring af konteksters fysiske karakteristika, imens aktiviteter bevarer samme niveau af kompleksitet (Toglia, 1991).

### 5.1.2 Terapeutisk alliance og anvendelse af psykoterapi

I flere af studierne anskues en terapeutisk alliance og et terapeutisk miljø som et centralt udgangspunkt for rehabilitering ved indsigtspromatik (Schönberger, Humle & Teasdale, 2006; Bieman-Copland & Dywan, 2000; Ownsworth, 2005). Argumentation for dette består i, der bør skabes et trygt miljø, hvori indsigtspromatikker kan udforskes (Ownsworth, 2005; Bieman-Copland & Dywan, 2000; Cheng & Man, 2006; Ownsworth et al., 2006).

Endvidere betragtes indsigtspromatik i nogle tilfælde som resultat af eller i kombination med psykologisk forsvarsrelateret benægtelse (Ownsworth, 2005). Alliance og samarbejde betones derfor i rehabilitering, idet konfronterende teknikker kan føre til modstand hos individer, der lider af benægtelse (ibid.). I denne forbindelse anskues endvidere psykoterapi som centralt for bearbejdelse og opnåelse af indsigt (Schönberger et al., 2006; Ownsworth, 2005).

Individuel psykoterapi beskrives blandt fortalere som essentiel iht. at skabe et miljø, hvori indsigtspromatikker kan udforskes uden at individet overvældes af information eller mister motivationen (Klonoff 2010; Prigatano, 1999; 2008).

---

<sup>9</sup> Situeret læringsteori stammer fra Jean Lave og bygger på antagelsen, at læring bør forstås som en integreret del af den specifikke sociale praksis hvori den genereres (Lave & Wenger, 1991).

Psykoterapi som intervention ved indsigtsproblematik, beskrives endvidere særligt som knyttet til benægtelse, der beskrives som en ubevidst forsvarsmekanisme, der anvendes til at blokere en ekstern trussel (Prigatano; 2008; Langer, 1999). Selve betragtningen af indsigtsproblematik som et psykologisk forsvar, knytter sig til en psykodynamisk forståelse (Prigatano, 2008; Langer, 1999). I en psykodynamisk forståelse beskrives forsvarsmekanismer oprindeligt som havende til formål at beskytte ego'et mod id'ets krav (Lewin, 2005). Således er forsvarsmekanismer som udgangspunkt knyttet til intrapsyriske konflikter. Kurt Goldstein (2005) beskriver i denne forbindelse, at benægtelse efter hjerneskade ofte knytter sig til angst for tab af identitet. Endvidere pointerer Goldstein (2005), at følgerne af en hjerneskade kan opleves som en direkte trussel mod individets eksistens, hvorfor individet via benægtelse forsvarer sig mod indsigt i egne deficits. En vigtig del af det psykoterapeutiske arbejde, uanset om der arbejdes med afsæt i psykodynamisk eller kognitiv terapi, består derfor iflg. Goldstein (2005) i at hjælpe mennesker med indsigtsproblematik til at opnå accept af egne begrænsninger.

### 5.1.3 Adfærd og feedback – En adfærdsorienteret tilgang

I flere studier er anvendelse af positiv forstærkning og feedback rettet mod individets adfærd centralt (Rebmann & Hannon, 1995; Liu, Chan, Lee, Li & Hui-Chan, 2002; Chittum, Johnson, Poppen, Guercio & McMorrow, 1996; Zhou, Chittum, Johnson, Poppen & Guercio, 1996). Feedback ses anvendt i flere sammenhænge og på flere måder, herunder via direkte feedback fra omgivelserne (O'Callaghan, Powel & Oyebode, 2011) videooptagelser og review (Liu et al., 2002) samt prospektive og retrospektive selvrapporteringer (Schlund, 1999).

I to af de inddragede studier anvendes desuden Game Board, der er et brætspil, hvori der fokuseres på feedback, forstærkning og gentagelse via spørgsmål vedr. deficits, adfærd og strategier, samt positiv forstærkning af adfærd og point, der opnås ved korrekte besvarelser (Zhou et al., 1996; Chittum et al., 1996). Endvidere arbejdes der i disse spil med belønninger i form af gevinster (ibid.). Spil beskrives i denne forbindelse som et redskab, der kan rumme flere af de samme elementer som i andre terapiformer og hvorigennem der på naturlig vis kan tilvejebringes feedback og gentagelse (Deaton, 1991b). Endvidere er spil ofte underholdende og foregår i social interaktion, hvilket kan motivere deltagerne (ibid.).

Strategier med fokus på adfærdsmodificering som følge af feedback og forstærkning, placeres i specialet i en adfærdsmodificerende ramme. Anvendelse af forstærkning synes endvidere inspireret af operant betingning som kendes fra behaviorismen, hvor læring opnås som følge af udløste konsekvenser bl.a. i form af positiv forstærkning (Nielsen, 2007). Iht. studierne kan dette eksemplificeres som opnåelse af bedre funktionsniveau, point i Game Board eller gevinster. Det behavioristiske perspektiv bygger imidlertid på det observerbare, hvormed indre-psykiske instanser umiddelbart elimineres (ibid.). Således synes målet i et behavioristisk perspektiv i højere grad at være adfærdsmodificering frem for opnåelse af indsigt.

Anvendelse af feedback som rehabiliteringsteknik til at øge indsigt er desuden mere konkret inspireret af retningslinjer fremsat af Barco et al. (1991) med afsæt i tidligere beskrevne pyramidemodel. Hos Barco et al. (1991) betones særligt feedback som en essentiel teknik til opnåelse af indsigt, både via direkte feedback, videofeedback, psykoedukation, oplevelse af fejl og selvrapportering iht. performance, hvor struktur og ensartet anvendelse af terminologi påpeges som vigtigt. Målet hos Barco et al. (1991) er overordnet at facilitere indsigt eller øge evner til kompensation for problemer knyttet til indsigtsproblematik.

#### 5.1.4 Gruppen som middel til indsigt

I en del af de inddragede studier anvendes og inddrages gruppeorienterede tilgange, hvor der i en gruppekontekst arbejdes med strategier og selvregulering til at overkomme problematikker knyttet til indsigt (Youngjohn & Altman, 1989; Malec & Moessner, 2000; Malec, Smigielski, DePompolo & Thompson, 1993; Lundqvist et al., 2010; Ownsworth, McFarland & Young, 2000). I denne forbindelse beskrives gruppen som en kontekst, hvori strategier til selvregulering og kompensation kan udvikles via diskussion og feedback, samt hvor øvelse af egenskaber og adfærd ligeledes kan afprøves (Youngjohn & Altman, 1989; Ownsworth, McFarland & Young, 2000).

Iflg. Tamara L. Ownsworth, Ken McFarland og Ross McD. Young (2000) tager flere specifikke teknikker anvendt i gruppeorienterede rehabilitering afsæt i teoretiske rationaler fremsat af Barco et al. (1991), hvor refleksion, rollespil, udvikling af kompensatoriske strategier og øvelse af adfærd i gruppe-setting også betones. I

overensstemmelse med dette beskrives grupper som en væsentlig kontekst, hvori feedback kan udfoldes både med afsæt i individets egne og andres problematikker iht. opnåelse af indsigt (ibid.). Særligt hos Ann Deaton (1991a) beskrives samvær med ligestillede i en gruppe som væsentlig for opnåelse af indsigt, idet feedback fra ligestillede ofte er mere meningsfuldt og acceptabelt, samt kan mindske følelser af isolation. Grupper kan ligeledes øge motivation for deltagelse, idet grupper kan tilvejebringe en tryk kontekst, hvori individer kan støtte og lære af hinanden via imitation. Endvidere foregår intervention i en social kontekst, der kan minde om livet uden for rehabilitering, hvormed relevante sociale egenskaber ligeledes kan afprøves (ibid.). Anvendelse af gruppen som en kontekst hvori strategier til selvregulering og indsigt kan opnås, synes endvidere kompatibel med flere af de øvrige rehabiliteringsstrategier. Fx synes rehabilitering med afsæt i social læringsteori at kunne udfolde sig i en gruppe kontekst, idet det netop antages at læring er socialt og bl.a. kan forekomme via observation og imitation af andre<sup>10</sup>.

### 5.1.6 Kombination af strategier - Holistisk rehabilitering

Blandt flere af de inddragede studier lægges der vægt på, at det enkelte individs behov bør sættes i centrum i et multidisciplinært perspektiv med inddragelse af forskellige relevante faggrupper og rehabiliteringsstrategier (Schönberger et al., 2006; Dirette, 2002; Ownsworth et al., 2006). Endvidere ses der i flere af de inddragede studier kombination eller inddragelse af flere af ovenstående strategier, på trods af, at der som udgangspunkt beskrives et afsæt i en bestemt teori eller rehabiliteringsstrategi (De-Hope og Finegan, 1999; Ownsworth et al., 2000; Malec & Moessner, 2000; Cheng & Man, 2006; Ownsworth et al., 2006; Toglia et al., 2010).

Ved kombination af flere strategier kan der henvises til holistisk rehabilitering fremsat af Ben-Yishay (2000). Hos Yehuda Ben-Yishay (2000) fokuseres der netop på hele mennesket iht. intrapsyriske, kognitiv, interpersonel og sociale sfærer. Således integreres forskellige perspektiver med henblik på at skabe et terapeutisk miljø, hvori der både kan arbejdes individuelt og i grupper samt med inddragelse af

---

<sup>10</sup> I social læringsteori fremsættes begrebet model-indlæring, til at beskrive, at læring kan foregå ved observation og tolkning af andres intentioner bag en given handling eller adfærd (Nielsen, 2007).

pårørende<sup>11</sup>. (Daniels-Zide & Ben-Yishay, 2000). Rationalet består i, at flere strategier tilsammen forstærker hinanden (ibid.).

### 5.1.6 Rehabiliteringsstrategier i praksis – forskelle og ligheder

Ved opdeling af ovenstående rehabiliteringsstrategier er det væsentligt at holde sig for øje, at strategierne i praksis ikke nødvendigvis er gensidigt udelukkende (Wade, 2010). Endvidere anvendes der i praksis ofte flere forskellige rehabiliteringsstrategier i et mere holistisk orienteret rehabiliteringsperspektiv (Fleming & Ownsworth, 2006). Dette bevirker, at ovenstående grupperinger af strategier ikke skal anskues som en endelig eller modsætningsfyldt opdeling, men snarere betragtes som et forsøg på at afgrænse og skabe overblik over forskellige rehabiliteringsstrategier og disses teoretiske inspirationskilder. Der må således tages forbehold for, at ovenstående grupperinger i klinisk praksis fremstår mere sammenvævede end fremstillet i ovenstående analyse. Overordnet synes forskelle således snarere at vedrøre forskellig betoning frem for modsætningsforhold.

## 5.2 Metoder til vurdering af indsigt

I dette afsnit betragtes de inddragede studiers anvendte metoder til vurdering af indsigt. I studierne ses en række forskellige metoder, hvoraf nogle generelt ses anvendt i flere studier, og andre er udviklet specifikt til det enkelte studie. Endvidere anvendes der i flere studier kombination af flere målemetoder (jf. bilag 1; 3). Grundet diversitet i anvendelse af målemetoder anses en gennemgang af de oftest anvendte målemetoder og disses egenskaber som relevant, før resultater fra de inddragede studier betragtes.

---

<sup>11</sup> Pårørendeinddragelse som del af intervention ved indsigtsproblematikker ved erhvervet hjerneskade, anerkendes i specialet som yderst vigtigt iht. at øge pårørendes forståelse og forventninger, således at de kan støtte patienten under hhv. hospitalsophold og hjemsendelse (Sohlberg & Mateer, 2001). Dette skyldes, at inddragelse af pårørende kan føre til bedre rehabiliteringsudkom for patienter (Brückner & Øhlenschläger, 2009). Nærmere betragtning af pårørendes inddragelse og betydning ligger dog uden for specialets fokus og omfang.

I tabel 2 er de fem oftest anvendte metoder skitseret. I tabellen beskrives først navn, dernæst uddybning af metode og sidst, hvilken betydning dette har for målemetodens definition af indsigt.

Tabel 2		
Navn	Metode	Definition af indsigt
AQ (Awareness Questionnaire)	Selvrapportering via 17 item på en 5 point Likert scale, der gives til patient, pårørende og/eller professionelt personale. Indsigt måles ud fra en samlet score, med mulighed for opdeling i hhv. emotion, fysik og kognition, før og efter skade (Orfei et al., 2010). Der er for AQ demonstreret god intern konsistens (Sherer, Bergloff, Boake, High & Levin, 1998).	Negativ diskrepans mellem rapportering fra patient og professionel og/eller pårørende indikerer manglende indsigt.
PCRS (Patient competency rating scale)	Selvrapporterings-spørgeskema hvor både patient og omsorgsperson evaluerer patienten via 30 items på en 5-point Likert scale, med reference til fire domæner; daglige aktiviteter, emotion, interpersonelle relationer og kognition (Orfei et al., 2010). Der er ved PCRS demonstreret tilfredsstillende test-retest reliabilitet og intern konsistens (Orfei et al., 2010).	Negativ diskrepans mellem rapportering fra patient og omsorgsperson indikerer manglende indsigt.
SADI (Self-Awareness of Deficit Interview)	Et struktureret interview der scores på en 4 point Likert scale på baggrund af interview af patient med generelle spørgsmål, som scores med afsæt i retningslinjer iht. indsigt inden for tre områder; selv-indsigt i defekt, selv-indsigt i funktionelle implikationer og evne til at sætte realistiske mål (Ownsworth et al., 2000). For SADI er der dokumenteret god inter-rater og test-retest reliabilitet (Cheng & Man, 2006).	Indsigt defineres ud fra en professionel vurdering og scoring af interviewet med afsæt i retningslinjer.
SRSI (Self Regulation Skills Interview)	Semistruktureret interview med seks specifikke spørgsmål, inddelt på tre niveauer med relevans for indsigt hhv. indsigt, strategi-adfærd og omstillingsparathed. Interviewet scores med afsæt i retningslinjer på en 10-point Likert scale og kan opdeles eller summeres til en enkelt score (Lundquist et al., 2010; Ownsworth et al., 2000).	Indsigt defineres ud fra en professionel vurdering og scoring af interviewet med afsæt i retningslinjer.
Report-performance	Patienten vurderer indledende sin evne til at udføre en opgave, hvorefter opgaven forsøges løst. I nogle tilfælde skal patienten ligeledes evaluere sin præstation efterfølgende (Schlund, 1999).	Indsigt defineres som diskrepans mellem rapportering og performance.

Måleinstrumenter til mål af indsigt er et diskuterbart område, idet indsigt ikke direkte kan måles, men skal udledes (Sohlberg, Mateer, Penkman, Glang & Todis, 1998). Målemetoderne i tabel 2 beror i overensstemmelse med dette på eksplicit viden og rapportering af kognitive og adfærdsmæssige defekter (ibid.). Tendenser inden for undersøgelsesmetoder af indsigt kan iflg. Schlund (1999) overordnet inddeles i to typer af undersøgelsesstrategier hhv. *report-report*, hvor indsigt udledes af diskrepans ved rapportering mellem patient og pårørende eller fagpersoner, som det ses ved AQ og PCRS, og *report-performance*, hvor indsigt udledes af diskrepans mellem prospektiv selvrapportering og udførelse samt vurdering af præstation på en

opgave (ibid.). Fælles for begge er, at indsigt udledes på baggrund af observeret differens (ibid.). Af specialets inddragede studier fremgår desuden en tredje type målemetode i form af fagpersoners scoring og vurdering af indsigt på baggrund af semistrukturerede interviews, hvilket ses ved SRSI og SADI (jf. Tabel 2). Disse tre typer af målemetoder beror alle på to antagelser; 1) at individets egen og observatørens perception ændres tilsvarende med underliggende bedring i indsigt, samt 2) at det er muligt at identificere adfærd, der er afhængig af indsigt (Sohlberg et al., 1998; Sohlberg & Mateer, 2001). Vurdering af indsigt synes således afhængig af subjektive vurderinger og udledning på baggrund af observation, hvorfor en kritisk indstilling til målemetodernes egenskaber, validitet og reliabilitet vurderes som nødvendig.

### 5.2.1 Grundlag, validitet og reliabilitet

Fælles for målemetoderne er som nævnt ovenfor, at de beror på, at indsigt og ændring af samme kan perciperes og observeres. Måleteknikkens evne til at måle individers subjektive oplevelse er imidlertid begrænset, idet svar opnået fra strukturerede interview eller spørgeskemaer ikke nødvendigvis afslører den underliggende fænomenologiske oplevelse af indsigtsproblematikker (Prigatano, 2010a). Omvendt ligger der implicit i indsigtsproblematik, at individet ikke selv har kendskab til egne deficits, hvorfor den subjektive fænomenologiske oplevelse hos den enkelte heller ikke synes tilstrækkelig til at udlede eksistensen af indsigtsproblematik, hvormed inddragelse af eksterne kilder må anses som nødvendigt.

#### **Report-report**

I flere målemetoder anvendes diskrepans mellem patient og professionelles eller pårørendes rapportering som grundlag for vurdering af indsigt med afsæt i spørgeskemaer (jf. Tabel 2). På trods af at pårørende, grundet deres kendskab til individet før hjerneskaden opstod, udgør en vigtig kilde til information omkring patienter med indsigtsproblematik, kan der dog stilles spørgsmålstegn ved pårørendes rapporteringer som grundlag for vurdering af indsigt, idet pårørende ikke nødvendigvis selv har fuld indsigt i situationen (Orfei et al., 2010). Særligt i den tidlige fase kan det diskuteres, hvorvidt pårørende har fuld indsigt i hjerneskadens

omfang, ligesom de kan være under påvirkning af stress og angst forbundet med situationen (Orfei et al., 2010; Flashman et al., 2005).

Ligeledes kan det diskuteres, hvorvidt fagpersoner ved udfyldning af spørgeskemaer besidder tilstrækkelig information omkring individets personlighed og væremåde før skaden, hvilket også er nødvendigt for vurdering af indsigt (Flashman et al., 2005). I et studie af Mark Sherer, Tessa Hart og Todd Nick (2003) ses ved sammenligning af svar på spørgeskemaer udfyldt af hhv. patient, pårørende og fagpersoner, at pårørende generelt rapporterer om større indsigt hos patienten, end der rapporteres af fagpersoner. Hvorvidt denne diskrepans skyldes underrapportering blandt pårørende, overrapportering blandt fagpersoner eller begge dele, er dog vanskeligt at vurdere. Imidlertid findes i samme studie en korrelation mellem professionelles og pårørendes besvarelser, hvilket omvendt taler for, at der trods forskellige rapporteringer ses en sammenhæng i fagpersoners og pårørendes vurdering af patientens indsigt ved forøgelse (ibid.).

Indsigt målt som diskrepans beskrives endvidere som værende sårbar overfor metodologiske fejl såsom respons bias, hvoraf forskellige forståelser af de samme spørgsmål kan bevirke varierende svar og derfor risiko for misledende resultater (Prigatano, 2010a; Fleming et al., 2006).

### **Interview**

Iht. klienters egen rapportering gennem strukturerede interview, hvor professionelle vurderer niveau af indsigt, er der ligeledes mulige faldgrupper. Der kan bl.a. være diskrepans mellem verbal rapportering og individets faktiske viden, fx hvis individet bevidst holder information tilbage fx grundet frygt for at miste kørekort eller lignende (Sohlberg & Mateer, 2001). På trods af anvendelse af verbal rapportering kan det således være svært, at få kendskab til individets reelle tanker om egne kompetencer og mangel på samme (ibid.). Idet mål via strukturerede interview overordnet beror på fagpersoners vurdering, kan der til interview endvidere knyttes samme problematikker som ved diskrepans-målinger mellem fagperson og patient.

Et aspekt, der er væsentlig at holde sig for øje både ved anvendelse af spørgeskemaer og strukturerede interview, angår desuden, at disse kun er i stand til at måle individers evne til at italesætte indsigt og ikke evnen til at anvende indsigt (Simmond & Fleming, 2003). Således belyses ikke, hvorvidt indsigt i praksis implementeres i individets dagligdag eller planlægning.



**Report-performance og observation**

Målemetoder, der anvender report-performance, er i stand til at overkomme problemer knyttet til subjektive vurderinger fra hhv. professionelle og pårørende, idet disse tager afsæt i diskrepans mellem individets vurdering og efterfølgende præstation på en given opgave (Fleming, Strong & Ashton, 1996). På trods af at der inddrages opgavepræstationer til vurdering af indsigt, kritiseres report-performance alligevel for manglende evne til at måle reel indsigt. ”*Such techniques place greater emphasis on awareness of methods that facilitate success rather than on acknowledgement of deficits*” (Toglia et al., 2010, p. 673). Af citatet fremgår en kritik og spørgsmål angående, hvorvidt metoder med report-performance måler øget indsigt for konsekvenserne af hjerneskaden eller blot måler forbedret indsigt og præstation for en afgrænset opgave. Det kan dermed diskuteres, hvorvidt indsigt målt på disse tests, er svarende til indsigt i virkelige omgivelser (Fleming et al., 1996). I denne forbindelse foreslås det, at anvendelse af virkelige omgivelser i report-performance er mere meningsfuldt, og delvist kan overkomme denne problemstilling (Sohlberg & Mateer, 2001). Endvidere beskrives det, at observation af individet i forskellige sammenhænge, ligeledes kan overkomme problemstillinger knyttet til indsigt vurderet på baggrund af specifikke test (ibid.). Imidlertid tilvejebringes der ved vurdering af indsigt baseret udelukkende på observation heller ikke indblik i individets oplevelser eller tanker bag en handling, hvormed der ikke kan gives indblik i, hvorvidt individet reelt har en oplevelse af at have indsigt eller blot besidder implicit indsigt (jf. Afsnit 2.2.1).

En mere generel begrænsning vedr. eksisterende målemetoder består desuden i, at de fleste stiller krav om sproglige egenskaber som en forudsætning, hvilket er tilfælde for alle de tre ovenfor nævnte metoder, hvorved individer med sproglige vanskeligheder efter hjerneskade såsom afasi ekskluderes (Orfei et al., 2010).

### 5.2.2 Indsigt - specifik eller generel?

Indsigt kan som beskrevet af ovenstående ikke direkte måles, men må udledes. Imidlertid kan der argumenteres for, at indsigt umiddelbart udledes på forskelligt grundlag i de forskellige målemetoder, afhængig af om målet beror på udførelse af specifikke test eller besvarelse af spørgsmål rettet mod forståelse af brede kognitive

funktioner (Markova & Berrios, 2006). Heraf synes en målemetode der beror på udførelse af konkrete opgaver at måle en forholdsvis kontekstspecifik form indsigt, hvorimod mål der beror på besvarelse af mere abstrakte spørgsmål synes at indfange en mere generel form for indsigt. Betragtes målemetoderne beskrevet i figur 2, synes disse ligeledes at bero på forskellige udgangspunkter med betydning for hvilken form for indsigt, der indfanges.

### **Indsigt af generel karakter**

AQ beskrives som en metode med fokus på en generel indsigtsforståelse på baggrund af spørgeskema rettet mod vurdering af egne egenskaber før og efter hjerneskaden (Goverover et al., 2007; Tolia et al., 2010; Orfei et al., 2010).

SADI-interviewet beskrives ligeledes som havende fokus på "*higher levels of self-awareness and self-regulation*" (Ownsworth et al., 2000, p. 472). Dette eksemplificeres endvidere, idet vurderingen af interviewet tager afsæt i en Likert scale med abstrakte termer bevægende sig fra *god indsigt* til *ringe indsigt* (Orfei et al., 2010). Disse målemetoder synes således at være rettet mod indsigt, som værende en overordnet forståelse for egne egenskaber efter hjerneskade, der synes at befinde sig på et forholdsvis abstrakt og generelt niveau.

SRSI angår vurdering af indsigt på baggrund af interview og beskrives ligeledes som en metode til vurdering af indsigt af mere generel karakter (Goverover et al., 2007). Spørgsmål i SRSI tager dog afsæt i en konkret udvalgt problemstilling (ibid.; Ownsworth et al., 2000), hvilket kan indikere, at der er tale om et mål af mere specifik karakter, end det er tilfældet ved AQ og SADI. Denne skelnen understøttes desuden i studiet af Tolia et al. (2010), hvor der til mål af indsigt både anvendes AQ og SRSI til de samme patienter med forskellige resultater til følge, hvilket tillægges metodernes forskellige fokus på hhv. specifik og generel indsigt.

PCRS betragtes i specialet, som bevægende sig på samme niveau som SRSI grundet spørgsmål med fokus på individets evne til at udføre konkrete handlinger (Orfei et al., 2010). På trods af at PCRS i specialet vurderes som mere specifik end AQ, bør det dog nævnes, at der mellem PCRS og AQ er blevet demonstreret en moderat korrelation iht. mål af indsigt (Sherer, Hart & Nick, 2003), hvilket ligeledes indikerer, at der trods forskelligt fokus også eksisterer sammenhæng målemetoderne imellem. Denne sammenhæng kan dog også skyldes, at begge metoder beror på samme teknik nemlig report-report. Overordnet anskues metoder, der måler

diskrepans mellem rapporteringer, eller anvender interview til vurdering af indsigt dog som værende mål, der belyser indsigt af generel karakter (O’Keeffe, Dockree, Moloney, Carton, & Robertson, 2007).

### **Indsigt af specifik karakter**

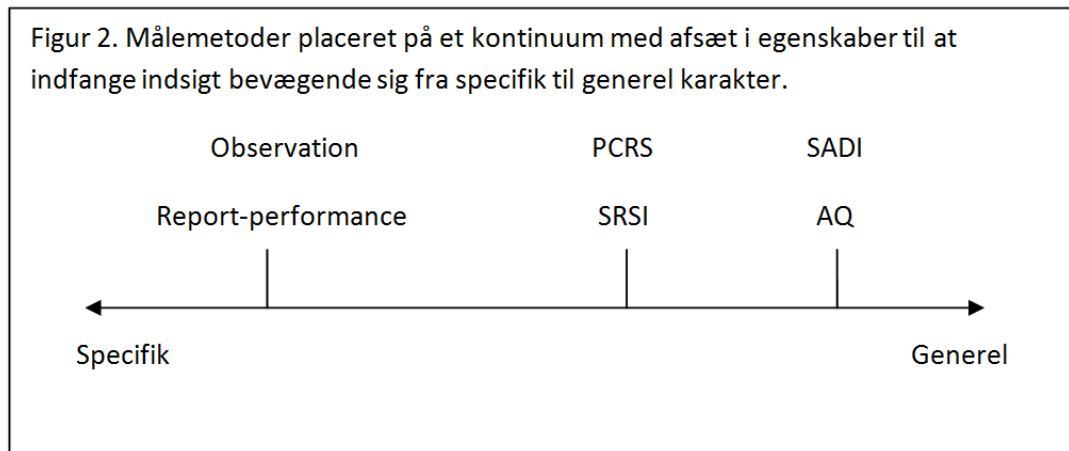
I målemetoder, der anvender report-performance, fokuseres der derimod på, hvad der i specialet betegnes, indsigt af specifik karakter, idet vurdering af indsigt tager afsæt i udførelse af konkrete opgaver eller test med fokus på indsigt i øjeblikket (O’Keeffe, et al., 2007). Ved report-performance anvendes en kombination af individets egen vurdering af egne evner iht. en specifik opgave, samt observation af individets faktiske evne til at udføre den pågældende opgave (Schlund, 1999). Således synes den form for indsigt, der undersøges at være af specifik karakter, idet den umiddelbart er tæt knyttet til den pågældende handling og ikke nødvendigvis kan sige noget om individets indsigt iht. andre egenskaber end den i fokus.

I nogle studier ses endvidere observation alene anvendt som grundlag for vurdering af indsigt, fx med fokus individets adfærd eller hvorvidt individet er i stand til at anvende kompensatoriske strategier (Sohlberg & Mateer, 2001). En sådan vurdering synes ligeledes at knytte sig til de handlinger og strategier der konkret anvendes, og anskues derfor ligeledes som værende af specifik karakter.

Grundlag for vurdering af indsigt og valg af målemetode synes med afsæt i ovenstående at være af væsentlig betydning for, hvorvidt indsigt anskues ud fra et specifikt eller et generelt niveau. Forskellige målemetoder synes således at have egenskaber til at måle indsigt af forskellig karakter bevægende sig fra generel til specifik. Denne antagelse omkring opdeling af målemetoder understøttes endvidere i et studie af O’Keeffe et al. (2007), hvor der ved anvendelse af en række forskellige metoder til mål af indsigt blandt hjerneskadepatienter findes, at indsigt målt ved interview og spørgeskemaer ikke korrelerer med indsigt målt ved anvendelse af report-performance. Dette indikerer en betydelig forskel målemetoderne imellem, der er relevant at holde sig for øje til forståelse og analyse af de inddragede studiers resultater, således at resultater fremkommet på baggrund af forskellige målemetoder ikke ukritisk kan sammenlignes, men må betragtes ud fra de enkelte målemetoders egenskaber.

Anskueliggørelse af, hvilken form for indsigt de forskellige målemetoder er i stand til at indfange, er søgt tilvejebragt i figur 2, hvor målemetoderne er skitseret på et

kontinuum afhængig af, hvilken form for indsigt de synes at indfange. Et kontinuum, der i den resterende del af specialet ligeledes anvendes til analyse og forståelse af de inddragede studiers resultater.



### 5.2.3 Indsigtsproblematikker og patologi

En tidligere omtalt problemstilling angår, at der eksisterer forskelligt omfang af indsigtsproblematik (jf. Afsnit 2.2.1), hvilket stiller krav til målemetoder om, at kunne måle ændringer af en indsigtsproblematiks omfang. Måling til vurdering af grad og ændring af indsigtsproblematik, synes imidlertid imødekommet ved anvendelse af Likert scales i flere af målemetoderne, hvilket muliggør en kvantitativ og sammenlignelig vurdering af indsigtsproblematik over tid blandt enkelte eller flere patienter (Orfei et al., 2010).

Iht. vurderinger af hvornår en indsigtsproblematik bliver patologisk, synes dette imidlertid stadig problematisk at afgøre. I PCRS og AQ er dette søgt løst via cut-off scorer<sup>12</sup> (Orfei et al., 2010, Sherer et al., 2003). Anvendelse af cut-off score kan tilvejebringe en mere konsistent afgræsning og definition af omfang, samt hvornår mangel på indsigt kan betegnes som patologisk. Omvendt kan anvendelse cut-off score kritiseres for ikke at være tilstrækkelig til vurdering af patologi, idet den udelukkende baserer sig på en kvantitativ tærskelværdi. Til vurdering af hvornår

<sup>12</sup> Cut-off scorer er fastlagt på baggrund af et studie hvor i 129 hjerneskadepatienters indsigtsproblematik scores på hhv. PCRS og AQ, hvorefter de grupperes i mild, moderat og svær indsigtsproblematik med afsæt i sandsynlighed for, at komme i arbejde ved udskrivelse fra rehabilitering (Sherer et al., 2003).

indsigtsproblematik bliver patologisk, synes det ligeledes nødvendigt at inddrage information om individets uddannelse, baggrund og kognitive funktionsniveau, således at der tilvejebringes et bredt grundlag for vurderingen (Orfei et al., 2010; Prigatano, 1995). Det synes således nødvendigt at der ved vurdering af indsigtsproblematik anvendes multiple kilder og metoder (Fleming et al., 1996; O’Keffe et al., 2007).

#### 5.2.4 Opsummering

I ovenstående er en række egenskaber og begrænsninger ved målemetoder til vurdering af indsigt blevet skitseret, der synes at knytte sig til, at indsigtsproblematik som fænomen har mange facetter (jf. Afsnit 2.). I denne forbindelse synes det næppe realistisk, at én metode kan rumme de mange facetter ved indsigtsproblematik, hvorfor flere metoder og multiple kilder vurderes som nødvendige ved undersøgelse og udredning, hvilket ligeledes eksemplificeres i følgende citat: *”The measurement challenges in trying to evaluate awareness are substantial; it is thus important to look at awareness from a number of different perspectives, in order to appreciate the nature and degree of deficit.”* (Sohlberg & Mateer, 2001, p. 279).

Med ovenstående gennemgang og analyse af målemetodernes begrænsninger og egenskaber in mente betragtes og analyseres i de følgende afsnit resultaterne fremkommet af de inddragede studier.

### 5.3 Rehabilitering til at øge indsigt

I nærværende afsnit fremlægges studierne resultater, opdelt med afsæt i studierne karakteristika, hhv. kvantitativ, kvalitativ og casestudier, via skematiske oversigter, hvorfra tendenser og rehabiliteringsstrategiernes evne til at øge indsigt udledes og analyseres.

#### 5.3.1. Kvantitative Studier

Ud af de 22 inddragede artikler som inddrages i specialet, anvendes der i syv studier en kvantitativ tilgang med statistisk analyse af resultater. I følgende afsnit behandles de kvantitative studier med henblik på belysning af effekt af rehabilitering i form af øget indsigt ud fra studierne resultater.

### 5.3.1.1 Resultater

I tabel 3 er de syv kvantitative studier kort skitseret. Tabel 3 er opbygget således, at artiklernes forfattere og årstal er beskrevet til venstre, herefter teoretisk afsæt for indsigtforståelse, den undersøgte rehabiliteringsstrategi, antal deltagere (N), målemetoder og resultater. Under resultater beskrives anvendt signifikans-niveau, samt hvorvidt og ved anvendelse af hvilke metoder der er opnået signifikans.

Tabel 3						
Studie	Teoretisk afsæt for indsigtforståelse	Rehabiliteringsstrategi	Forskningsdesign	N	Målemetoder	Resultater
Cheng & Man (2006)	Indsigt som rummende tre elementer. (Toglia & Kirk; Crosson et al.)	AIP. Principper svarende til multikonktextuel tilgang. (Toglia)	Kontrolgruppe-studie med præ- og postmålinger	21	SADI	Signifikant ( $p < 0,01$ ) øget indsigt for eksperimentgruppen. Signifikans opnås ikke for kontrolgruppen.
Goverover et al. (2007)	Indsigt forstås ud fra tre ikke hierarkiske elementer i en metakognitiv ramme (Toglia & Kirk)	Multikonktextuel tilgang (Toglia)	Kontrolgruppe-studie med præ- og postmålinger. Kontrolgruppe fokus på feedback, eksperimentgruppe fokus på selvregulering.	20	ADD (Report-performance) SRSI og AQ	Signifikant ( $p < 0,01$ ) øget indsigt målt på SRSI. Ingen signifikans på ADD og AQ.
Lundquist et al. (2010)	Hierarkisk model med tre elementer (Crosson et al.)	Gruppe-intervention med fokus på coping.	Design med præ-, og postmålinger	21	SRSI	Signifikant ( $p < 0,01$ ) øget indsigt på: Anticipatory Awareness, Strategi-generering Strategi-anvendelse Strategi-effektivitet.
Malec & Moessner (2000)	Indsigt forstås ud fra et neurologisk perspektiv.	Gruppe-intervention (Ben-Yishay & Prigatano)	Præ- og postmålinger.	62	MPAI <sup>13</sup> (indsigt vurderes af fagperson)	Signifikant ( $p < 0,001$ ) øget indsigt på item 24.
Ownsworth et al. (2000)	Hierarkisk model med tre elementer (Crosson et al.)	Gruppe-intervention (Barco et al.)	Design med præ, post- og follow-up målinger.	21	SRSI	Signifikant ( $p < 0,01$ ) øget indsigt på hhv. Emergent Awareness, Anticipatory Awareness, Strategi-anvendelse og Strategi-effektivitet. Resultaterne bevares ved follow up.
Schönberger, Humle & Teasdale (2006)	-	Kombination af: Multikonktextuel og holistisk tilgang med fokus på alliance.	Fire målinger under rehabiliteringsforløb	86	Selvrapporering på en 4 item scale <sup>14</sup>	Signifikans opnås ikke ( $p > 0,1$ )
Youngjohn & Altman (1989)	Indsigt forstås ud fra et neurologisk perspektiv.	Kombination af hhv: Gruppe-intervention, Feedback og Holistisk fokus	Præ- og post målinger ved gentagelse af opgaver indenfor én session og over to sessioner.	19	Report-performance	Signifikant ( $p < 0,05$ ) mindre diskrepans mellem rapportering og performance ved gentagelse inden for en session. Signifikant bedring på matematiske opgaver over to sessioner.

<sup>13</sup> Mayo-Portland Adaptability Inventory er en skala, hvor fagpersoner vurderer emotionelle, adfærdsmæssige, funktionelle og fysiske skader efter hjerneskade, hvoraf item 24 angår indsigt (Malec & Moessner, 2000).

<sup>14</sup> 4-item skema der vurderes af fagperson på en 7-point Likert scale (Schönberger et al., 2006).

Som det ses i tabel 3, er der store variationer inden for de kvantitative studiers design, målemetoder og anvendelse af rehabiliteringsstrategier, hvilket gør det problematisk at drage direkte paralleller studierne imellem, idet forskellige metoder til mål af indsigt, kan betyde forskellige resultater (Malec & Moessner, 2000; jf. Afsnit 5.2). I følgende afsnit betragtes studierne derfor ud fra hvilke rehabiliteringsstrategier og målemetoder de anvender, samt hvorvidt der med afsæt i studiernes statistiske analyser findes belæg for anvendelse af de i tabel 3 og afsnit 5.1 skitserede rehabiliteringsstrategier.

### **Kontekst og læring**

I to af de syv kvantitative studier anvendes multikonkstekstuelle rehabiliteringstilgange af hhv. tre og fire ugers varighed med fokus på indsigt i form af træning af selvregulering (Goverover et al., 2007; Cheng & Man, 2006). I begge studier opereres der med kontrolgrupper, der ligeledes modtager rehabilitering dog uden fokus på indsigt, idet der udelukkende fokuseres på feedback og ikke på træning af selvregulering (ibid.). I begge studier ses signifikant øget indsigt hos eksperimentgruppen sammenlignet med kontrolgruppen målt på hhv. SADI hos Cheng & Man (2006) og SRSI hos Goverover et al (2007). Hos Goverover et al. (2007) anvendes desuden report-performance og AQ målinger, hvorpå der ikke demonstreres nogen signifikant effekt sammenlignet med kontrolgruppen. Det påpeges endvidere, at der demonstreres en positiv forandring på report-performance måling for eksperimentgruppen, hvilket ikke findes hos kontrolgruppen (ibid.).

I studierne ses således signifikant øget indsigt sammenlignet med kontrolgrupper på hhv. SADI og SRSI, samt ændring af indsigt i en positiv retning målt på report-performance. Dette taler overordnet for, at strategier af multikonkstekstuel karakter med fokus på selvregulering har potentiale til at øge indsigt blandt hjerneskadepatienter.

### **Gruppeorienteret rehabilitering**

Ud af de syv kvantitative studier, undersøges der i fire studier teknikker, hvis omdrejningspunkt er gruppeintervention (Ownsworth et al., 2000; Malec & Moessner, 2000; Lundqvist et al, 2010; Youngjohn & Altman, 1989). I to studier ses signifikant øget indsigt ved mål med SRSI over perioder på hhv. 16 uger (Ownsworth et al., 2000) og seks måneder (Lundqvist et al, 2010). I et tredje ses signifikant reduktion af diskrepans mellem report-performance via rehabilitering

rettet mod specifikke opgaver udfoldet i en gruppekontekst over en uge (Youngjohn & Altman, 1989) og i det sidste ses bedring i indsigt på MPAI over en gennemsnitlig rehabiliteringsperiode på 180 dage (Malec & Moessner, 2000). På trods af der er tale om rehabilitering med forskellig fokus og diversitet i længde, opnås der i alle signifikant øget indsigt, hvilket understøtter anvendelse af gruppeintervention som et virksomt led i rehabilitering ved indsigtspøblematik.

### **Terapeutisk alliance**

I det sidste af de syv kvantitative studier anvendes multidimensionel og holistisk rehabilitering, hvor flere dimensioner såsom fysik, emotionel tilstand, social integration og reetablering på arbejdsmarkedet indgår (Schönberger et al., 2006). I studiet fokuseres der dog særligt på betydningen af terapeutisk alliance. Der demonstreres imidlertid ikke signifikant øget indsigt målt på en 4-item skala (ibid.). Derimod findes en sammenhæng mellem terapeutisk alliance, indsigt og samarbejde (ibid.). Det pointeres dog, at denne sammenhæng mellem terapeutisk alliance og indsigt synes at være knyttet til konteksten og ikke nødvendigvis forudsiger øget indsigt på et mere generelt plan (ibid.). En god terapeutisk alliance synes således at være af betydning for udvikling af indsigt i en konkret kontekst.

### **5.3.1.2 Analyse af kvantitative studier**

Som det kan anskues af resultaterne af de kvantitative studier, er der umiddelbart statistisk funderet belæg for anvendelse af både multikonktextuel og gruppeorienteret rehabilitering ved indsigtspøblematik. Endvidere indikeres det, at rehabilitering ikke udelukkende bør bygge på tekniske procedurer, men også bør rumme en tryk alliance (Schönberger et al, 2006).

Betragtes de kvantitative studier mere indgående, ses der med reference til opdelingen af målemetodernes egenskaber i figur 2 overordnet en tendens til, at det i større omfang er muligt at demonstrere øget indsigt ved anvendelse af målemetoder, der måler indsigt af specifik frem for generel karakter. Dette kommer til udtryk, idet der i studier, hvor SRSI eller report-performance anvendes, demonstreres signifikant øget indsigt, hvilket ikke er tilfældet ved anvendelse af AQ, der måler indsigt af mere generel karakter (jf. Tabel 3; Figur 2).

Der ses i de kvantitative studier endvidere generel variation i studiernes længde af rehabilitering fra en uge (Youngjohn & Altman, 1989) til seks mdr. (Lundqvist et al.,



2010), hvilket kan have betydning for effekten af rehabilitering. Hvorvidt længden af rehabilitering har indflydelse på indsigt, er dog svært at vurdere, idet størstedelen af studierne trods varierende rehabiliteringslængder finder signifikant øget indsigt. Dette synes imidlertid at stille spørgsmålstejn ved betydningen af rehabiliteringsforløbets længde og intensitet, hvis der ved både korte og lange rehabiliteringsforløb kan ses øget indsigt, et spørgsmål der ligeledes synes relevant i et mere økonomisk perspektiv. I studiet af Youngjohn og Altman (1989) ses der efter blot en uges gruppeorienteret rehabilitering imidlertid kun forbedret indsigt på én enkelt og meget specifik opgave i rehabiliteringsforløbet. Det kan således diskuteres, om denne indsigt kan overføres til andre opgaver og mere generel livsførelse, eller om der blot er tale om øget indsigt eller bedre præstation inden for et meget snævert område, hvorved virkningen ikke nødvendigvis synes at være af betydning uden for rehabiliteringssammenhæng. I de øvrige studier med længere rehabiliteringsforløb, synes der derimod at være et bredere fokus, idet der fokuseres på mere end blot præstation på to specifikke opgaver (jf. Tabel 3).

I studiet af Scönberger et al. (2006) findes en sammenhæng mellem terapeutisk alliance og opnåelse af indsigt. Denne anskues imidlertid ud fra en en-vejs og ikke en to-vejs sammenhæng, hvormed det ikke undersøges, hvorvidt opnåelse af indsigt også har betydning for den terapeutiske alliance. Det er således ikke muligt at afgøre, hvorvidt den terapeutiske alliance øger indsigt eller omvendt, hvorfor der ønskes yderligere forskning inden for dette område til at afgøre, hvordan dette fund kan implementeres i udformning af rehabilitering (ibid.).

### **5.3.1.3 Metodologiske overvejelser**

I de kvantitative studier ses en række metodologiske begrænsninger. I størstedelen af studierne anvendes forholdsvis små samplestørrelser, idet kun to studier har en samplestørrelse på over 50 deltagere (Malec & Moessner, 2000; Scönberger et al., 2006). Dette kan have indflydelse på studierne evne til at opnå signifikans og problematiserer endvidere resultaternes generaliserbarhed. Iht. opnåelse af signifikans er det dog interessant, at der i størstedelen af studierne på trods af små samplestørrelser opnås signifikant øget indsigt (jf. Tabel 3), hvilket indikerer, at der generelt er belæg for anvendelse af rehabiliteringsstrategier af gruppeorienteret og multikonktextuel karakter.

Ud af de syv kvantitative bidrag anvendes der kun follow-up målinger i ét studie (Ownsworth, 2000). Dette problematiserer en vurdering af, hvorvidt den øgede indsigt bevares over tid. I studiet, hvor follow-up målinger foretages, ses dog bevarelse af den opnåede indsigt (jf. Tabel 3), hvilket peger i retningen af, at indsigt opnået i rehabilitering potentielt kan bevares over tid. Det synes imidlertid relevant, at der foretages flere studier med follow-up målinger, for at afgøre hvilke faktorer, der kan være medvirkende til at indsigt bevares efter rehabiliteringsforløb afsluttes.

Endvidere består en begrænsning ved de kvantitative studier i, at der kun i to studier anvendes kontrolgrupper (Goverover, 2007; Cheng & Man, 2006). Anvendelse af en kontrolgruppe muliggør en basis, hvorfra effekt i eksperimentgruppen kan betragtes, samt skaber en kontrol, hvormed alternative forklaringer kan elimineres (Coolican, 2004). Således kan alternative forklaringer såsom øget indsigt som følge af spontan bedring søges elimineret. Endvidere demonstreres der ved anvendelse af kontrolgrupper i studierne af Goverover et al. (2007) og Cheng og Man (2006), at implementering af fokus på indsigt i form af træning af selvregulering i rehabilitering har en effekt sammenlignet med rehabilitering, hvor indsigt ikke eksplicit inkluderes. I studierne, hvor kontrolgrupper ikke anvendes, er det imidlertid ikke muligt at eliminere øvrige faktorer med indflydelse på indsigt. Det er dog interessant, at der i begge studier som anvender kontrolgrupper, ses en signifikant øget indsigt sammenlignet med kontrolgruppen ved anvendelse af rehabiliteringsstrategi med multikonktextuel tilgang som omdrejningspunkt, hvilket understøtter anvendelse af rehabiliteringsstrategier af multikonktextuel karakter ved indsichtsproblematik.

Generelt er det i de inddragede kvantitative studier muligt at demonstrere signifikant øget indsigt uafhængig af den anvendte rehabiliteringsstrategi (jf. Tabel 3). Signifikans demonstrerer imidlertid kun, hvorvidt en effekt er tilfældig og viser ikke noget om effektens størrelse (Coolican, 2004). Det er således problematisk, at der i studierne ikke anvendes effektstørrelser, som i modsætning til signifikans netop kan indikere størrelsen af en given effekt (ibid.). Den manglende anvendelse af effektstørrelser bevirker ligeledes, at det ikke er muligt at udføre meta-analytiske beregninger til vurdering af effekt på tværs af flere studier, idet sådanne beregninger hovedsageligt tager afsæt i effektstørrelser (ibid.).

En generel problematik angår desuden hvorvidt indsigt, der måles i studierne, kan anvendes til at sige noget om adfærd uden for rehabiliteringens kontekst og dermed

implementering af indsigt i individers dagligdag (Malec & Moessner, 2000). I denne forbindelse stilles der hos Malec og Moessner (2000) ligeledes spørgsmålstegn ved, hvorvidt forbedret præstation på specifikke opgaver, er et resultat af øget indsigt, eller om der blot er tale om forbedret præstation grundet øvelse, uden at der reelt er sket en forandring i individets indsigt. De kvantitative studier synes således ikke på tilstrækkelig vis, at kunne belyse implementering af indsigt i daglige handlinger, hvilket ville kræve observation af individer i deres vante omgivelser, hvorfor der i diskussionen vendes tilbage til denne problematik efter betragtning af de inddragede casestudier, hvori der bl.a. anvendes observation (jf. Afsnit 6.1.2).

Ud fra ovenstående er det ikke muligt at vurdere, hvilken strategi til rehabilitering ved indsigtspromatik der som udgangspunkt er bedst. Omvendt demonstrerer studierne signifikant øget indsigt ved anvendelse af strategier af både multikonktextuel og gruppeorienteret karakter, samt en sammenhæng mellem terapeutisk alliance og opnåelse af indsigt. Signifikans demonstreres på trods af begrænsninger i form af små samplestørrelser og forskellige målemetoder, hvilket peger i retning af, at disse strategier med fordel kan implementeres i rehabilitering ved indsigtspromatik. Det efterlyses dog, at der i fremtidige studier af effekt ved rehabilitering anvendes follow-up til vurdering af, hvorvidt indsigt bevares over tid, ligesom der generelt efterlyses anvendelse af kontrolgrupper og beregning af effektstørrelse.

### 5.3.2 Kvalitative Studier

Ud af de 22 studier, der levede op til specialets inklusions- og eksklusionskriterier, anvendes der i fire studier kvalitative metoder i form af kvalitative interviews med fokus på hvilke strategier, der opleves som havende betydning for opnåelse af indsigt i rehabilitering. I to af disse studier anvendes kun kvalitative interview, hvoraf der i de to andre anvendes kvalitative interview i forbindelse med metodetriangulering ved kombination af både kvalitative og kvantitative metoder. Resultaterne fra de kvalitative interviews fremlægges og behandles i dette afsnit med henblik på at tilvejebringe dybdegående og kontekstnære indblik i førstepersons oplevelser af rehabiliterings betydning for indsigt (Tanggaard & Brinkmann, 2010a).

### 5.3.2.1 Resultater

De fire kvalitative studier er skitseret i tabel 4. Studierne er beskrevet ud fra hhv. metode og design, antal deltagere (N), fremgangsmåde for analyse, samt resultater i form af temaer.

Studie	Metode og design	N	Analyse	Resultater (Temaer)
Dirette (2002)	Interview, (patient og personale)	3	Indholdsanalyse af temaer og mønstre	<u>Patienter:</u> <i>Indsigt</i> Langsom proces Aha øjeblikke Sammenligning Erfaring via real life oplevelser. <i>Strategier</i> Skrive ting ned, lister, kalender, noter og hukommelsesstrategier <u>Personale:</u> <i>Indsigt:</i> Resultat af klinisk testning og feedback.
Dirette, Plaisier & Jones (2008)	Interview, (patient og personale)	18	Indholdsanalyse af temaer og mønstre	<u>Patienter:</u> Indsigt via usuccesfuld deltagelse i daglige gøremål Flytter tidspunkt for indsigt, så det bliver senere og senere <u>Personale</u> Indsigt opnås via testning.
Lundqvist et al. (2010)	Fokusgruppe-interview af patienter	21	Indholdsanalyse af temaer og mønstre	<u>I Temaer</u> <i>Gruppen</i> <i>Indsigt og accept.</i> At få viden medfører indsigt <i>Ændrede normer og strategier.</i> Undgå stress og Spare på energi Coping-strategier
O'Callaghan, Powell & Oyebode (2006)	Interview (patient)	10	IPA, Menings-kondensering af temaer.	<u>Aspekter ved opnåelse af indsigt:</u> Andres reaktioner Personlig opdagelse Forklaringer Forhindringer Frygt og tab Benægtelse Accept af forandring Mig, som jeg er nu

#### Patienters oplevelser

Af de kvalitative studier går særligt et tema igen i patienters beskrivelser i tre af de fire studier: oplevelsen af at opnå indsigt gennem personlig opdagelse og udforskning i dagligdagsomgivelser (jf. Tabel 4). Hos Dirette (2002) eksemplificeres dette af en patients beskrivelse, hvoraf det fremgår, at det først gik op for ham, at han ikke længere var i stand til at køre bil, da han fysisk forsøgte. Ligeledes beskriver en anden patient, at hun, forinden hun kom hjem og oplevede, at problemstillingerne også gjorde sig gældende i hendes vante omgivelser, tilskrev sine problemer til eksterne faktorer i form af hospitalet som en fremmed setting (ibid.). Dette indikerer,

at anvendelse af vante omgivelser og beskæftigelser i rehabilitering opleves som meningsfuldt og dermed øger indsigt (Dirette et al., 2008). Desuden beskrives reaktioner fra pårørende og nærmeste som værende af betydning for oplevelsen at opnå indsigt, idet disse reaktioner tilskrives en særlig betydning (O'Callaghan et al., 2011).

Endvidere fremtræder elementer såsom at få konkret viden og forklaring som indsigtsgivende (jf. Tabel 4), hvilket bl.a. eksemplificeres hos O'Callaghan et al. (2011) hvor, hvad der benævnes, hjerneuddannelsesgrupper med bl.a. selvsyn af skanninger af patienter opleves som medvirkende til at opnå indsigt. Ligeledes beskrives det, at oplevelse af indsigt og viden, er hensigtsmæssig i gruppesammenhæng, idet gruppen muliggør sammenligning med andre patienter (Dirette, 2002; Lundqvist et al., 2010).

### **Fagpersoners oplevelser**

Et interessant perspektiv der fremgår af studierne, hvori både patienter og personale interviewes, består i personalets oplevelse af, at indsigt opnås gennem testning og feedback, en oplevelse der generelt ikke deles i samme omfang af patienterne (Dirette, 2002; Dirette, Plaisier & Jones, 2008). Kun hos O'Callaghan et al. (2011) oplever patienter, at feedback i forbindelse med testning og psykoedukation, kan medvirke til bedre indsigt.

### **5.3.2.2 Analyse af kvalitative studier**

Med afsæt i de kvalitative interview kan der argumenteres for, at meningsfulde aktiviteter i vante og meningsfulde omgivelser uden for rehabilitering, reaktioner fra pårørende, samt undervisning i bl.a. grupper opleves som givtigt til opnåelse af indsigt blandt patienter (jf. Afsnit 5.3.2.1). Dette er i overensstemmelse med anvendelse af multikontekstuelle rehabiliteringsstrategier, idet der i disse netop fokuseres på oplevelser og erfaring i forskellige kontekster med fokus på særligt familiære omgivelser.

Endvidere synes diskrepans mellem patienter og fagpersoners oplevelse af effekt af kognitiv testning til opnåelse af indsigt som interessant, idet der må stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt testning blandt fagpersoner hovedsageligt bør betragtes som et udredningsredskab frem for et middel til opnåelse af indsigt. Ligeledes kan stilles spørgsmålstejn ved fagpersoners evne til vurdering af indsigt, idet de

tilsyneladende ikke har samme oplevelse af processen at opnå indsigt som patienterne. Omvendt kan det også diskuteres, hvorvidt patienter der netop lider af eller har lidt af indsigtsproblematik, er i stand til at vurdere, hvad der er virksomt. På baggrund af patienternes oplevelser synes testning dog umiddelbart ikke at have nær samme indvirkning på opnåelse af indsigt, som oplevelser i familiære og meningsfulde kontekster (jf. Afsnit 5.3.2.1).

### **5.3.2.3 Metodologiske overvejelser**

De kvalitative interview bygger på patienters indsigt og oplevelse af samme, hvilket belyser deres umiddelbare oplevelse af opnåelse af indsigt og anvendelse af strategier. Studierne viser dog ikke, hvorvidt individerne reelt er i stand til at implementere den oplevede indsigt og strategier i deres daglige handlinger. Her kunne observation have givet indblik i, hvordan patienter reelt anvender den øgede indsigt, de rapporterer at have.

Interviewene er desuden foretaget retrospektivt med fokus på tidligere oplevelser og begivenheder, hvilket bevirker, at oplevelser ikke fanges i nuet, men gennemgår genkaldelse og fortolkning (O'Callaghan et al., 2011). Dette kan være problematisk ved interview af mennesker med hjerneskade pga. eventuelle begrænsninger i kognitive evner iht. hukommelse og refleksion, hvilket kan påvirke deres rapportering af oplevelse af indsigt (Dirette, 2002). I overensstemmelse med denne kritik ses der hos Dirette et al. (2008) variation i patienternes oplevelse af, hvornår de begyndte at opnå indsigt afhængig af varighed fra hjerneskaden indtraf til gennemførelse af interview, hvilket demonstreres ved gentagende spørgsmål over tid, iht. hvornår de begyndte at opleve øget indsigt. Desuden berettes der om, at ikke alle patienter demonstrerede øget indsigt, og at disses oplevelser ikke fremtræder af studierne temaer, idet der var tale om et begrænset antal (ibid.). Dette anses som mangelfuldt, idet studierne således ikke er i stand til at belyse hvilke faktorer, der opleves som hæmmende for opnåelse af indsigt. På den anden side synes det ganske kompliceret at interviewe en patientgruppe der lider af manglende indsigt omkring opnåelse af indsigt.

Trods ovenstående begrænsninger belyser studierne, hvilke strategier der opleves som medvirkende til at skabe indsigt, med relevans for sammensætning og implementering af rehabilitering i klinisk praksis, hvoraf særligt meningsfulde

beskæftigelser og vante omgivelser, reaktioner fra pårørende og anvendelse gruppe-kontekst betones som væsentlige for patienterne.

### 5.3.3 Casestudier

Ud af de 22 inddragede studier, tager 12 studier afsæt i en eller flere cases. Casestudier kan rumme forklarende og deskriptive elementer til belysning af begivenheder med begrænset kontrol og komplekse fænomener og sammenhænge i virkelige omgivelser såsom sammenhæng mellem intervention og resultat (Yin, 1994), hvilket er i overensstemmelse med kompleksiteten i specialets problemfelt. Eksempler i form af cases kan både give indblik i specifikke, samt mere generelle aspekter, som må tages i betragtning ved planlægning af rehabilitering (Prigatano & Morrone-Strupinsky, 2010). I følgende gennemgang af de 12 casestudier er det dog væsentlig at holde sig for øje, at casestudier kun kan belyse tendenser af analytisk og ikke af statistisk karakter (Yin, 1994). Endvidere er det ved gennemgang af casestudierne væsentligt at være opmærksom på, at der ofte både anvendes deskriptive beskrivelser med afsæt i observation, samt inddragelse af tidligere omtalte kvantitative målemetoder (jf. Afsnit 5.2).

#### 5.3.3.1 Resultater

I tabel 5 er de 12 casestudier skitseret ud fra teoretisk afsæt til forståelse af indsigt, anvendt rehabiliteringsstrategi, antal deltagere (N), undersøgelses- og målemetoder, samt resultater.

Tabel 5					
Studie	Teoretisk afsæt for indsigt-forståelse	Rehabiliteringsstrategi	N	Undersøgelles- og målemetode	Resultater
Bieman-Copland & Dywan (2000)	-	Adfærds-fokuseret tilgang med terapeutisk alliance.	1	Deskriptiv beskrivelse af frekvens af upassende adfærd (Baseline målinger)	Mindre upassende adfærd <sup>15</sup> , samt bedre deltagelse i rehabilitering.
Chittum et al. (1996)	-	Adfærds-orienteret tilgang via Game Board	3	Procentvis rigtige svar i Game Board. (Multiple baseline målinger)	Forøgelse af procentvis rigtige svar.
DeHope & Finegan (1999)	Hierarkisk model med tre elementer (Crosson et al.)	Fokus på tre faser; Uddannelse, Øvelse og Real life.	3	Deskriptive beskrivelser med afsæt i hierarkisk model med tre elementer af indsigt.	Øget indsigt iht. de tre elementer: emergent awareness, anvendelse af strategier og verbal anticipatory awareness.
Fleming et al. (2006)	-	Multikontekstuel tilgang (Toglia & Kirk)	4	PCRS SADI. (Baseline målinger)	Øget indsigt målt på SADI. Reduceret diskrepans på PCRS hos 3 af 4 patienter.
Landa-Gonzales (2001)	Hierarkisk model med tre elementer (Crosson et al.)	Multikontekstuel tilgang (Toglia & Kirk)	1	Report-performance	Mere korrekt forudsigelse af præstation, samt generalisering til andre situationer.
Liu et al. (2002)	Indsigt forstås som evne til selvregulering.	Adfærds-orienteret tilgang.	3	Deskriptiv beskrivelse af præstation på daglige opgaver.	Større selvstændighed ved udførelse af daglige opgaver.
Owsworth (2005)	Indsigtproblematik som forsvarsmekaniske og/eller neurologisk betinget	Psykotterapi	1	Forløbs-beskrivelse og SADI.	God indsigt målt på SADI både før og efter. Fald i angst og depression. (Benægtelse med indflydelse på indsigt.)
Owsworth et al. (2006)	Biopsykosocial model, dynamisk indsigtforståelse (Toglia & Kirk)	Multikontekstuel tilgang (Toglia & Kirk)	1	SADI, AQ og adfærds-beskrivelser	Større procentdel selv-korrigerede fejl. Ingen ændring i indsigt målt på AQ og SADI.
Rebmann & Hannon (1995)	-	Adfærds-orienteret tilgang.	3	Report-performance (baseline målinger)	Reduceret diskrepans ved report-performance.
Schlund (1999)	-	Adfærds-orienteret tilgang.	1	Report-Performance (Baseline målinger)	Forbedret opgaveløsning og reduceret diskrepans ved report-performance.
Toglia et al. (2010)	Dynamisk indsigtforståelse (Toglia & Kirk)	Multikontekstuel tilgang (Toglia & Kirk)	4	Report-performance, AQ og SRSI	Ingen ændring på AQ, øget indsigt målt på SRSI for alle deltagere, reduceret diskrepans på report-performance.
Zhou et al. (1996)	-	Adfærdsterapeutisk tilgang via Game Board	3	Report-Report og procentvis rigtige svar i Game Board. (Baseline-måling).	Forøgelse af procentvis rigtige svar.

<sup>15</sup> Upassende adfærd beskrives som gentagende telefonopkald, seksuel eksplicit og seksuelt opsøgende eller foreslående adfærd (Bieman-Copland & Dywan, 2000).



**Adfærdsorienteret tilgang**

Ud af de 12 casestudier undersøges der i seks studier rehabiliteringsstrategier med afsæt i adfærdsorienterede tilgange (jf. Tabel 5). I fire af disse studier er feedback og positiv forstærkning omdrejningspunktet, hvorved der ses øget indsigt ud fra reduktion af diskrepans ved mål på report-performance (Rebmann & Hannon, 1995; Schlund, 1999), samt vurderinger på baggrund af større selvstændighed ved opgaveløsning (Schlund, 1999; Liu et al., 2002) og adfærds-ændringer (Bieman-Copland & Dywan, 2000). Fokus er generelt på specifik adfærd, enten iht. handlinger patienterne ønsker at kunne udføre (Liu et al., 2002) eller adfærd der ønskes reduceret (Bieman-Copland & Dywan, 2000). Ved sammenligning af studierne ses generel enighed om, at patienters øgede indsigt skyldes elementerne: feedback, gennemgang og guidning via review og positiv forstærkning (Liu et al., 2002; Bieman-Copland & Dywan, 2000; Rebman & Hannon, 1995; Schlund, 1999). Ved anvendelse af feedback pointeres desuden hos Bieman-Copland og Dywan (2000) et behov for at arbejde ikke-konfronterende i et trygt terapeutisk miljø, således at der frem for konfrontation fokuseres på forhandling. Hos Bieman-Copland og Dywan (2000) understøttes den demonstrerede effekt af feedback ved anvendelse af baseline rapporteringer til at eliminere betydning af øvrige mulige faktorer, hvor der ved påbegyndelse af feedback ses betydelig reduktion i frekvensen af upassende adfærd, der bevares ved efterfølgende follow-up målinger efter endt rehabilitering. Denne tendens støttes ligeledes af indledende baseline målinger i studiet af Schlund (1999) samt i studiet af Rebman & Hannon (1995).

I to af de seks studier, der undersøger anvendelse af adfærdsorienterede tilgange til rehabilitering, anvendes Game Board (Chittum et al., 1995; Zhou et al., 1996). Ved anvendelse af Game Board ses stigning i procentvis rigtige svar, hvilket tilskrives øget indsigt (Chittum et al., 1995; Zhou et al., 1996). Endvidere anvendes der i disse to studier multipel baseline, hvorved der demonstreres øget indsigt, ved introduktion af feedback (ibid). Multipel baseline anvendes i studierne således, at der inden rehabilitering påbegyndes, anvendes baseline målinger, derefter påbegyndes rehabilitering hvor feedback rettet mod forskellige kognitive funktioner sættes i gang på forskellige tidspunkter (ibid.). Herved demonstreres det, at der ved feedback iht. en specifik funktion ses øget indsigt uden at indsigt øges for andre funktioner. Når feedback påbegyndes rettet mod en ny funktion, ses ligeledes øget indsigt for denne

osv. På denne vis tilvejebringes multiple baseline målinger til demonstration af virkningen af feedback i begge studier, hvorved betydning af andre faktorer søges elimineret (Chittum et al., 1995; Zhou et al., 1996). Hos Chittum et al. (1995) vurderes et trygt miljø ligeledes som havende betydning for udvikling af indsigt, hvilket tilvejebringes gennem spilformatets faste rammer. Endvidere ses bevarelse af den opnåede indsigt ved follow-up målinger i begge studier (Chittum et al., 1995; Zhou et al., 1996).

### **Multikontekstuel tilgang**

I fire af casestudierne behandles anvendelse af multikontekstuelle tilgange (Landa-Gonzalez, 2001; Ownsworth et al., 2006; Toglia et al., 2010; Fleming et al., 2006). Her ses ligeledes øget indsigt som følge af rehabilitering vurderet på baggrund af reduceret diskrepans på hhv. report-report og report-performance, (Toglia et al., 2010; Fleming et al., 2006) samt adfærdsbeskrivelser på baggrund af observation (Landa-Gonzalez, 2001; Ownsworth et al., 2005). Der demonstreres imidlertid ikke øget indsigt målt via AQ (Toglia et al., 2010; Ownsworth et al., 2006). Gennemgående beskrives træning og feedback ved anvendelse af strategier iht. selvmonitorering og selvregulering af handlinger i forskellige dagligdagsomgivelser som værende grundlæggende for den påviste øgede indsigt (Landa-Gonzalez, 2001; Ownsworth et al., 2006; Toglia et al., 2010; Fleming et al., 2006). I to af studierne demonstreres endvidere generalisering af den opnåede indsigt til andre kontekster og til hjemmet, hvilket demonstreres på baggrund af rapporteringer og observationer fra pårørende (Landa-Gonzalez, 2001) samt observation af anvendelse af strategier over flere kontekster (Toglia et al., 2010). Denne generalisering tillægges bl.a. træning, hvor der eksplicit drages paralleller mellem forskellige kontekster (ibid.).

### **Kombination**

Hos DeHope og Finegan (1999) anskues Self-Determination Model, hvor der anvendes teknikker fra adfærdsorienterede og multikontekstuelle tilgange, idet der fokuseres på hhv. uddannelse, øvelse, feedback og review, samt betoning af kontekster, der vurderes som meningsfulde for patienten. I dette studie ses via casebeskrivelser øget indsigt i form af øget evne til at italesætte problemstillinger, samt større selvstændighed på baggrund af observation (ibid.).

## **Psykoterapi**

I ét enkelt studie betragtes anvendelse af psykoterapi<sup>16</sup> (Ownsworth, 2005). I denne case argumenteres der for tilstedeværelse af benægtelse med afsæt i manglende effekt af rehabilitering og manglende implementering af indsigt, på trods af der demonstreres indsigt på SADI. Ved anvendelse af psykoterapi påvises der bedre implementering af denne indsigt i dagligdagsopgaver, hvilket vurderes på baggrund af rapporteringer og observation (ibid.). Endvidere ses reduktion i angst og depressive symptomer målt via Depression Anxiety Stress Scale og Social Avoidance og Distress Scale (ibid.).

### **5.3.3 Analyse af casestudier**

Ud af de tolv casestudier undersøges anvendelse af feedback, review og guidning med fokus på specifik adfærd i seks studier, hvorved der via målinger og adfærdsbeskrivelser indikeres øget indsigt, der i flere af studierne understøttes af baseline målinger (jf. Afsnit 5.3.3.1). I studierne anvendes feedback ofte i forbindelse med udvalgte opgaver eller adfærd. Dette betyder imidlertid et meget snævert fokus for den undersøgte rehabilitering, hvormed generalisering og anvendelse af den opnåede indsigt til en kontekst uden for rehabilitering synes problematisk. Ved tilvejebringelse af feedback påpeges desuden i flere af studierne behov for et trygt og ukonfronterende miljø for at undgå modstand (Fleming et al., 2006; Bieman-Copland & Dywan, 2001; Chittum et al., 1996). Dette synes imidlertid, at stille særlige krav til at feedback i praksis bør være ukonfronterende, hvormed direkte feedback bør undgås og erstattes af mere indirekte feedback. Anvendelse af ukonfronterende feedback eksemplificeres i casestudiet af Bieman-Copland & Dywan (2001) hvor konfrontation erstattes af forstærkende feedback, når individet anvender hensigtsmæssige strategier, samt at personalet undlader at give individet ret i uhensigtsmæssige overbevisninger og omvendt støtter op om tilstedeværelse af hensigtsmæssige overbevisninger.

I casestudierne demonstreres der via multikonktextuel tilgang øget indsigt i fire studier hovedsageligt ved anvendelse af målemetoder, der måler indsigt af specifik

---

<sup>16</sup> I den pågældende case anvendes kognitiv terapi, hvor underliggende tankemønstre identificeres og udfordres via adfærdseksperimenter (Ownsworth, 2005).

karakter (jf. Afsnit 5.3.3.1). Et af målene med multikonktextuel tilgang er som tidligere nævnt at øge generalisering af indsigt over flere kontekster (jf. Afsnit 5.1.1). En observerbar generalisering af indsigt over flere kontekster anskues imidlertid kun i casebeskrivelsen hos Landa-Gonazels (2001), hvor der af familiemedlemmer rapporteres om øget indsigt uden for rehabiliteringssetting, samt hos Toglia et al. (2010), hvor der på baggrund af observation af anvendelse af strategier over flere kontekster, rapporteres om generalisering af indsigt. Det er dog umiddelbart problematisk, at evnen til generalisering ikke betragtes i de øvrige studier, idet facilitering af generalisering, synes at være væsentligt ved anvendelse af multikonktextuel rehabilitering, hvorfor der i fremtidige studier efterlyses øget fokus på dette.

Hos Ownsworth (2005) påpeges en sammenhæng mellem opnåelse af indsigt og anvendelse af psykoterapi blandt individer med benægtelse. I casen anvendes kognitiv psykoterapi med fokus på identifikation af uhensigtsmæssige underliggende tankemønstre, samt udforskning og afprøvning af disse, hvorved der demonstreres reduceret angst (Ownsworth, 2005). At der findes reduktion af angst er netop i overensstemmelse med Goldsteins (2005) forståelse af benægtelse ved hjerneskade, hvor det netop påpeges, at angst ligger bag og bør behandles via psykoterapi. Det bør dog pointeres at, der kun er tale om en enkelt case, hvorfor det ikke nødvendigvis er sikkert, at psykoterapi også vil gavne andre patienter. Der indikeres dog umiddelbart et behov for at skelne mellem indsigtspå problematik af neurologisk eller forsvarsorienteret karakter med betydning for valg af rehabiliteringsstrategi, hvilket synes relevant at udforske yderligere i fremtidig forskning.

### **5.3.3.3 Metodologiske overvejelser**

I casestudierne ses en tendens til at anvende måle- og vurderingsmetoder baseret på observeret adfærd i specifikke kontekster i form af report-performance eller adfærdsbeskrivelser på baggrund af observation, hvor der i alle ses ændring af indsigt i en positiv retning (jf. Tabel 5). Tendens til at anvende adfærdsbaserede mål er endvidere særlig udtalt for studierne med en adfærdsoverret tilgang (jf. Tabel 5). Der kan imidlertid stilles spørgsmål ved, hvorvidt adfærd associeret med indsigt, kan generaliseres til andre kontekster, samt hvorvidt funktionel bedring er resultat af øget indsigt eller blot resultat af forbedret præstation (Malec & Moessner,

2000). Det er således muligt, at den observerede indsigt, der umiddelbart opnås i casestudierne, ikke uproblematisk lader sig overføre til andre kontekster, hvorved der her lægges op til en diskussion omkring transfer af viden og generalisering af strategier, som vil blive uddybet i specialets diskussion (jf. Afsnit 6.1.2).

Endvidere kan der stilles spørgsmålstejn ved målemetodernes betydning for resultaterne, og hvorvidt resultaterne havde set anderledes ud ved anvendelse af målemetoder af mere generel karakter. Til besvarelse af dette spørgsmål, ses der i to af studierne ved anvendelse af den generelle målemetode AQ ikke betydelig øget indsigt (Toglia et al., 2010; Ownsworth et al., 2006). Resultaterne fremkommet i casestudierne synes således at være afhængig af målemetoderne, hvor der ved henvisning til tidligere beskrevne kontinuum i figur 2 ses større tendens til øget indsigt ved anvendelse af målemetoder, der måler indsigt af specifik frem for generel karakter (jf. Tabel 5; Figur 2).

## ***5.4 Opsamling og identifikation af sammenhænge***

Af ovenstående analyse ses betydelig variation mellem studierne teoretiske afsæt for indsigtsforståelse, anvendelse af rehabiliteringsstrategi og valg af målemetode, hvorfor det opsamlende anskues som væsentligt at betragte mulige mønstre og sammenhænge studierne imellem. Endvidere påpeges i ovenstående analyse en mulig interessant sammenhæng mellem studierne anvendelse af målemetode og opnåede resultater. Eksistensen af sådanne sammenhænge søges i følgende afsnit identificeret, hvorved problematikker og nødvendige diskussionspunkter affødt af analysen tydeliggøres.

### **5.4.1 Teoretisk afsæt, rehabiliteringsstrategi og målemetode**

Behandling af ligheder og forskelle mellem teoretiske afsæt, valg af rehabiliteringsstrategier og målemetoder anvendt i studierne kan belyse spørgsmål angående udformning af rehabilitering fra både et empirisk og teoretisk perspektiv til belysning af specialets problemformulering. Tabel 6 er udarbejdet med det formål at skabe indblik i sammenhænge mellem teoretisk ståsted, valg af rehabiliteringsstrategi og anvendelse af målemetoder med afsæt i studierne fordeling.

Tabel 6. Skitsering af artiklernes fordeling inden for hhv. teoretisk ståsted, valg af rehabiliteringsstrategi og valg af målemetoder.

Forklaring af tabel:

Fra venstre mod højre skitseres sammenhæng mellem teoretisk afsæt og studiernes fordeling iht. anvendelse af rehabiliteringsstrategi og valg af målemetode.

Teoretisk afsæt	Antal <sup>17</sup>	Rehabiliteringsstrategi	Antal	Målemetoder	Antal
<b>Hierarkisk indsigtforståelse</b>	8	Gruppeorienteret	2	SRSI	2
		Multikontekst	3	SADI	2
				PCRS	1
				Report-Performance	1
		Kombination	1	Deskriptiv case	1
Kvalitative studier	3	Interview	3		
<b>Dynamisk indsigtforståelse</b>	6	Multikontekst	4	SADI	2
				Report-Performance	2
				SRSI	2
				AQ	3
				Adfærdsbeskrivelse	1
		Psykoterapi	1	AQ	1
				SADI	1
Kvalitative studier	1	Adfærdsbeskrivelse	1		
<b>Neurologiske forklaringer/modeller</b>	2	Gruppeorienteret	2	MPAI	1
				Report-Performance	1
<b>Ingen beskrivelse</b>	8	Kombination	1	Selvrapportering	1
		Adfærdsterapeutisk	6	Adfærdsbeskrivelse	3
				Procentvis rigtige svar	2
				Report-Report	1
				Report-Performance	2

Ved betragtning af studiernes teoretiske afsæt fremtræder særligt to teoretiske perspektiver til forståelse af indsigt, hhv. den hierarkiske, tredelte pyramidemodel af Crosson et al.(1989) og den dynamiske model af Toglia og Kirk (2000), der begge tidligere er blevet beskrevet (jf. Afsnit 2.3). I enkelte studier forklares indsigtspromatik med afsæt i neurologisk skadeslokalisering eller lignende, og i de resterende studier gives der umiddelbart ingen teoretisk forklaring (jf. Tabel 6).

Betragtes sammenhænge mellem teoretisk udgangspunkt og valg af rehabiliteringsstrategi med afsæt i tabel 6, ses en tydelig sammenhæng mellem teoretisk udgangspunkt i den dynamiske model og anvendelse af rehabiliteringsstrategi i form af multikontekstuel tilgang. Denne sammenhæng er

<sup>17</sup> I nogle artikler beskrives flere teorier eller kombination af teoretisk afsæt, hvorved begge afsæt medtages i tabel 6.

ikke overraskende, idet den dynamiske model netop er inspireret af og tager afsæt i elementer fra den multikontekstuelle tilgang (Toglia & Kirk, 2000). Anvendelse af den dynamiske model og multikontekstuelle rehabiliteringsstrategi synes ikke umiddelbart at have betydning for valg af målemetode, idet der inden for denne gruppe ses stor variation i anvendte målemetoder (jf. Tabel 6). Dog anvendes der ofte flere forskellige målemetoder i de studier, hvor den dynamiske model og multikontekstuelle rehabilitering anvendes, hvilket kan tilskrives den dynamiske forståelse af indsigt som flere interagerende dimensioner i form af kontekstspecifik on-line indsigt og præeksisterende generel indsigt (Toglia & Kirk, 2000; jf. Afsnit 2.3.3).

Betragtes teoretisk afsæt i pyramidemodellen af Crosson et al. (1989), ses der umiddelbart ingen sammenhæng mellem teoretisk ståsted og valg af rehabiliteringsstrategi eller valg af målemetode (jf. Tabel 6). Dog bør det nævnes, at flere af elementerne i målemetoden SRSI tager afsæt i komponenter fra pyramidemodellen, idet SRSI implicerer mål af emergent awareness og anticipatory awareness, der indgår som de to øverste elementer i pyramidemodellen (jf. Afsnit 2.3.1; 5.2; Lundquist, 2010). Der ses dog ingen sammenhæng mellem teoretisk afsæt i pyramidemodellen og valg af SRSI som målemetode (jf. Tabel 6).

Flere af de inddragede studier beskriver ikke deres teoretiske afsæt for indsigtforståelse, men beskriver blot tilstedeværelse af indsigtspromatik som fænomen. Dette synes problematisk, idet der således ikke skabes et forståelsesmæssigt rationale, som rehabiliteringen kan tage afsæt i. At flere studier undlader at placere indsigt i en teoretisk ramme, kan ligeledes skyldes og være indikation for, at der generelt mangler konsensus inden for feltet, hvilket understreger behovet for forskning og samling af feltet.

Betragtes sammenhænge mellem valg af rehabiliteringsstrategi og målemetode, ses særligt blandt de adfærdsorienterede tilgange med feedback og forstærkning som omdrejningspunkt, en tendens til at indsigt vurderes på baggrund af report-performance og observation af adfærd (jf. Tabel 6). I disse metoder baseres vurdering af indsigt netop på adfærd (Afsnit 5.3.3.3), hvilket er i overensstemmelse med rehabiliteringens fokus. Dette kan imidlertid problematisere, hvorvidt der reelt opnås bedre indsigt eller hvorvidt der blot opnås bedre præstation på de pågældende

opgaver på baggrund af træning, hvorfor der kan sættes spørgsmålstejn ved denne effekts betydning og mulighed for generalisering i praksis.

Opsummerende synes der at være en sammenhæng mellem dynamisk model til forståelse af indsigt og multikonktextuel rehabiliteringsstrategi, samt anvendelse af multiple målemetoder. Der ses umiddelbart ingen sammenhæng mellem teoretisk afsæt i pyramidemodellen og anvendelse af rehabiliteringsstrategi eller valg af målemetode. Endvidere synes flere studier at være præget af manglende stillingstagen til teoretisk ståsted iht. forståelse af indsigtsproblematik.

Iht. sammenhæng mellem rehabiliteringsstrategi og målemetode ses en sammenhæng mellem anvendelse af adfærdsfokuserede rehabiliteringsstrategier og målemetoder med adfærd som omdrejningspunkt.

#### 5.4.2 Opsummering - Analyse

Betragtes studierne anvendte rehabiliteringsstrategier, ses der overordnet øget indsigt ved anvendelse af hhv. multikonktextuel, gruppeorienteret og adfærdsfokuseret rehabilitering, hvoraf alle umiddelbart vurderes som virksomme (jf. Tabel 3; 4; 5). Endvidere pointeres det, at anvendelse af meningsfulde og familiære udfordringer opleves som virksomt (jf. Afsnit 5.3.2). Ligeledes påpeges den terapeutiske alliance og et trygt terapeutisk miljø flere steder som værende af betydning for udvikling af indsigt (jf. Afsnit 5.3.1; 5.3.3). Desuden indikeres et muligt behov for inddragelse af psykoterapi, særligt ved tilstedeværelse af benægtelse (Ownsworth, 2005).

Et generelt træk ved resultaterne på tværs af studierne består i, at der generelt demonstreres øget indsigt ved anvendelse af målemetoder, som måler indsigt af forholdsvis specifik karakter (jf. figur 2), hvorimod der ikke i samme omfang ses øget indsigt ved anvendelse af målemetoder af mere generel karakter (jf. Afsnit 5.3.1; 5.3.3). Dette eksemplificeres idet der i flere studier demonstreres øget indsigt på baggrund af reduktion i diskrepans mellem rapportering og præstation eller øget korrektion af fejl på en specifik opgave, uden at der ses øget evne til at forstå hjerneskadens konsekvenser ved besvarelse af spørgeskemaer, hvori der spørges ind til individets overordnede forståelse af egne evner før og efter hjerneskaden (jf. Afsnit 5.3.1; 5.3.3). Dette kan muligvis være resultat af målemetodernes forskellige



egenskaber til at indfange forskellige facetter af indsigt (jf. Afsnit 5.2; figur 2). Endvidere indikerer disse resultater at indsigt for en specifik opgave ikke uproblematisk lader sig overføre til indsigt på et mere generelt niveau, samt at rehabiliteringsstrategierne umiddelbart er mere effektive til at øge indsigt på et konkret frem for et abstrakt niveau.

## 6 Diskussion

Af forskningssyntesens resultater og analyse fremgår en række punkter og mulige problematikker, der synes relevante at anskue til belysning af specialets problemformulering. I de følgende afsnit diskuteres derfor forskningssyntesens resultater og analyse iht., hvilke konsekvenser disse får for udformning af rehabilitering, udredning af indsigtsproblematik og anvendelse af teoretiske perspektiver til forståelse af og rehabilitering ved indsigtsproblematik.

### 6.1 Konsekvenser for rehabilitering

I de følgende afsnit diskuteres forskningssyntesens resultater med henblik på, hvilke konsekvenser resultaterne kan have for udformning af rehabiliteringsforløb. I denne forbindelse ansues hvilke elementer af rehabiliteringsstrategier, der synes nødvendige for opnåelse af indsigt, samt problemstillinger knyttet til generalisering af indsigt opnået i rehabilitering. Endvidere diskuteres, hvorvidt og hvordan rehabilitering kan tilpasses den enkelte, og hvilke retningslinjer der i denne forbindelse er relevante.

#### 6.1.1 Rehabiliteringsstrategier - Forskelle og ligheder

Af forskningssyntesens resultater ses overordnet en positiv effekt i form af øget indsigt efter rehabilitering, der umiddelbart synes uafhængig af rehabiliteringsstrategi (jf. Afsnit 5.4.2). I de studier, hvori kontrolgrupper inddrages, konkluderes imidlertid, at et direkte fokus på indsigt i rehabilitering bl.a. i form af strategier til selvregulering er væsentligt for at øge indsigt (jf. Afsnit 5.3.1). Ligeledes demonstreres umiddelbart effekt i studierne, hvori der anvendes baselinemålinger, når rehabilitering med fokus på indsigt påbegyndes (jf. Afsnit 5.3.3). Således ansues et eksplicit fokus på indsigt som fordelagtig ved udformning af rehabilitering, idet

indsigt, med afsæt i resultater fra studierne, som anvender kontrolgruppe og baselinemålinger, umiddelbart ikke i øges automatisk. Alle de inddragede studier har med afsæt i specialets inklusionskriterier imidlertid fokus på indsigt, hvorfor det er relevant at betragte, hvilke elementer der i de forskellige studier vurderes som væsentlige for øget indsigt, og hvorvidt der eksisterer fællesnævnerne blandt disse.

Overordnet synes forskelle mellem de anvendte rehabiliteringsstrategier at knytte sig til rehabiliteringsstrategiernes oprindelige teoretiske udgangspunkter i form af adfældsorienteret perspektiv, social læringsteori, gruppeorienteret tilgang samt psykoterapeutiske perspektiver (jf. Afsnit 5.1).

Anskues rehabiliteringsstrategier kan der på trods af forskellige teoretiske udgangspunkter identificeres flere ligheder i de konkrete strategier.

### **Selvregulering**

Generelt beskrives træning af selvregulering som omdrejningspunkt til at opnå indsigt uafhængig af, hvorvidt der tages afsæt i en adfærdsfokuseret, gruppeorienteret eller multikontekstuel tilgang (jf. Afsnit 5.3). Således synes træning af selvregulering i høj grad forbundet med indsigt, uanset hvilken rehabiliteringsstrategi der tages afsæt i. Med træning af selvregulering, refereres der som tidligere nævnt til strategier og egenskaber til at tilpasse adfærd til situation og omgivelser (jf. Afsnit 5.1.1).

### **Feedback**

Til træning af selvregulering anvendes i størstedelen af de inddragede studier feedback af den ene eller anden karakter. I forbindelse med feedback betones forstærkning, fx i form af bedre funktionsniveau og dermed færre problemer og fejl samt anvendelse af gevinster i enkelte studier (jf. Afsnit 5.3.3). Anvendelse af feedback problematiseres imidlertid, idet der ved feedback blandt individer med manglende indsigt er risiko for modstand og benægtelse, hvorfor feedback bør være af ikke-konfronterende karakter (Chittum et al., 1996; Bieman-Copland & Dywan, 2000; Zhou et al., 1996). I overensstemmelse med betoning af ikke-konfronterende feedback understreges det ligeledes i en række af studierne, at et trygt terapeutisk miljø er væsentligt for at kunne tilvejebringe feedback og opnå indsigt (Bieman-Copland & Dywan, 2000; Fleming et al., 2006). At feedback bør være ikke-konfronterende og tilvejebringes i en tryk og tillidsfuld relation, understøttes ligeledes af resultaterne fra de inddragede kvalitative studier, hvori det påpeges, at

information og feedback i familiære omgivelser og fra nærmeste pårørende, til hvem der hersker tillid, opleves som havende særlig betydning for opnåelse af indsigt (jf. Afsnit 5.3.2).

### **Mening**

Et aspekt, der går igen i størstedelen af studierne, er endvidere behovet for meningsfuldhed i rehabilitering i form af inddragelse af meningsfulde opgaver eller at opgaver udføres i en meningsfuld kontekst (jf. Afsnit 5.3). Mening opstår ved anvendelse af kontekster og opgaver med personlig betydning, fx i form af opgaver relateret til arbejde eller huslige gøremål. Sådanne opgaver kan ligeledes skabe et meningsfuldt sammenligningsgrundlag for evaluering af egne egenskaber før og efter skaden (Fleming et al., 2006; Goverover et al., 2007; Toglia et al., 2010; Chittum et al., 1996). I den forbindelse kan der ligeledes drages paralleller til resultaterne af de kvalitative studier, hvor særligt meningsfulde kontekster af familiær karakter opleves som havende betydning for øget indsigt hos de adspurgte patienter (jf. Afsnit 5.3.2). Dette begrundes yderligere, idet de adspurgte patienter i de kvalitative studier rapporterer om, at problemstillinger oplevet i rehabilitering uden personlig relevans i større omfang tilskrives konteksten end fejl oplevet i en meningsfuld kontekst med personlig relevant (jf. Afsnit 5.3.2).

### **Aktiv deltagelse**

Et sidste aspekt, som går igen på tværs af flere studier og rehabiliteringsstrategier, består i aktiv deltagelse, der ses anvendt i både adfærdsfokuserede, multikontekstuelle og gruppeorienterede tilgange (Liu et al., 2002; Cheng & Man, 2006; Goverover et al., 2007; Zhou et al., 1996). Aktiv deltagelse indebærer individets egen selv-refleksion i forbindelse med feedback og review, samt at individet selv søger at anvende strategier til selvregulering, hvor opgaver bør tilpasses den enkeltes niveau (Toglia et al., 2010; Goverover et al., 2007). Mere konkret beskrives aktiv deltagelse bl.a. i form af deltagelse i daglige aktiviteter, gruppe-diskussion, spil mm. (Goverover et al., 2007; Lundqvist et al., 2010; Zhou et al., 1996). Imidlertid synes enighed omkring en grundlæggende betydning af aktiv deltagelse ikke overraskende, idet der næppe kan stilles spørgsmålstejn ved, at læring og egenskaber forbedres via aktiv deltagelse frem for passivitet i tråd med de inddragede rehabiliteringsstrategier.

Med afsæt i ovenstående ligheder og forskelle synes analysens resultater overordnet at understrege, at rehabilitering ved indsigtspromatik bør rumme træning af selvregulering, meningsfulde omgivelser og handlinger, aktiv deltagelse, ikke-konfronterende feedback samt et trygt miljø. Endvidere synes det relevant at påpege, at anvendelse af disse strategier ligeledes er mulige og plausibelt kan øge indsigt, hvis de anvendes i en gruppekontekst, hvilket understøttes af resultaterne fra både de kvantitative og kvalitative studier (jf. Afsnit 5.3.1).

### 6.1.2 Overførsel af rehabilitering – transfer af viden

I specialets analyseafsnit er der flere gange blevet sat spørgsmålstegn ved muligheden for generalisering af indsigt iht., hvorvidt indsigt opnået i rehabilitering uproblematisk lader sig overføre til andre sammenhænge og i så fald hvordan (jf. Afsnit 5.3.3; 5.4.1).

Af forskningssyntesen påpeges det, at øget indsigt ved opgaveløsning af specifikke opgaver i rehabilitering ikke nødvendigvis afspejler, hvorvidt individet har opnået en øget indsigt i mere generel forstand og dermed er i stand til at anvende den opnåede indsigt i andre kontekster (Toglia et al., 2010; Malec & Moessner, 2000; Schönberger et al., 2006; jf. Afsnit 5.3.3). Dette understreger problematikken, at indsigt i forbindelse med en specifik opgave eller problemstilling ikke automatisk lader sig overføre til en anden opgave.

Af forskningssyntesen fremgår desuden en tendens til, at indsigt i højere grad er mulig at opnå for specifikke opgaver, hvorimod indsigt af mere generel karakter synes svær at opnå (jf. Afsnit 5.4.2). Problematikken omhandlende overføring af indsigt angår således ikke blot overføring over flere kontekster, men også overføring af specifik indsigt til generel indsigt, en problematik der understøttes af divergerende resultater ved anvendelse af forskellige målemetoder (jf. Afsnit 5.2.2; 5.3.1; 5.3.3).

Denne problematik søges netop imødekommet i den multikontekstuelle tilgang, der bygger på, at generalisering bør implementeres løbende som en aktiv del af rehabilitering, idet det antages, at overføring af viden fra en kontekst til en anden ikke forekommer automatisk, hvilket ligeledes betones i den dynamiske model iht. reorganisering af viden (Toglia et al., 2010; jf. Afsnit 2.3.3).

I REF-modellen påpeges det ligeledes, at generalisering ikke sker automatisk, idet reorganisering af hjernen beskrives som relativ kontekstspecifik (jf. Afsnit 3.2.2.).

Iflg. REF-modellen forekommer reorganisering af hjernen som følge af kontekstspecifik feedback, hvorfor der for at øge generalisering på tværs af kontekster bør efterstræbes fleksibilitet samt komplekse indtryk og oplevelser ved udformning af rehabilitering (Mogensen & Malá, 2009). Endvidere bør rehabilitering iflg. REF-modellen være i overensstemmelse med individets daglige omgivelser således, at det bliver muligt at drage paralleller, hvilket yderligere kan medvirke til at øge transfer af viden opnået i rehabilitering til en relevant kontekst uden for rehabiliteringssammenhæng (jf. Afsnit 3.2).

Med afsæt i REF-modellens betoning af hjernens reorganisering og betoning af reorganisering af viden til opnåelse af indsigt i den dynamiske model, kan der teoretisk argumenteres for, at overføring af viden kan finde sted ved aktiv deltagelse og anvendelse af multiple kontekster, der tilvejebringer et forholdsvist komplekst og fleksibelt miljø, idet dette kan øge muligheden for reorganisering (jf. Afsnit 3.3). Reorganisering kan øge individets repertoire af AS, hvilket iflg. REF-modellen er væsentligt for funktionel bedring. I overensstemmelse med REF-modellens betoning af et stort repertoire af AS påpeges i den multikontekstuelle tilgang ligeledes et behov for et stort repertoire af strategier, idet indsigt ansues som knyttet til bestemte strategier (Toglia et al., 2010). Således kan der ved inddragelse af den dynamiske model samt REF-modellen skabes forståelse for problemstillinger vedr. generalisering, samt teoretisk grundlag for anvendelse af en multikontekstuel rehabiliteringstilgang til at øge generalisering.

Anvendelse af en multikontekstuel tilgang til at øge generalisering, underbygges af forskningssyntesens resultater, idet der i to af studierne, hvori en multikontekstuel tilgang anvendes, demonstreres overføring af indsigt (jf. Afsnit 5.3.3.) Dette er tilfældet i case-studiet af Landa-Gonzales (2001), hvor der rapporteres om generalisering til hjemlige omgivelser, samt i casestudiet af Toglia et al. (2010) hvor der ses generalisering af de tillærte strategier over flere kontekster. I de øvrige studier, hvori multikontekstuel rehabilitering anvendes, synes generalisering imidlertid ikke tilstrækkelig undersøgt eller belyst, hvorfor der perspektiverende efterlyses yderligere forskning til at fastslå den multikontekstuelle tilgangs evne til at øge generalisering.

Betragtes multikontekstuel rehabiliteringsstrategi iht. de øvrige rehabiliteringsstrategiers evne til at øge generalisering, synes sammenligning på

tværs af studierne anvendte rehabiliteringsstrategier endvidere problematisk, idet fokus på hvorvidt indsigt kan generaliseres ikke er udtalt for de øvrige studier (jf. Bilag 1; 2; 3). I et enkelt studie ses dog ved anvendelse af en adfærdsfokuseret tilgang, generalisering af indsigt fra specifikke opgaver i rehabilitering til besvarelse af spørgsmål vedr. bilkørsel, arbejdssituation og behov for hjælpeforanstaltninger (Youngjohn & Altman, 1989). Den indsigt der ses generaliseret til spørgsmålene, beskrives dog som værende mindre tydelig end den, der ses opnået for de specifikke opgaver, hvortil der er givet feedback (ibid.).

Det synes således muligt, at multikonktextuel rehabilitering kan facilitere generalisering af indsigt på tværs af kontekster. Hvorvidt anvendelse af multikonktextuel rehabiliteringsstrategi bevirker bedre generalisering af indsigt end ved anvendelse af de øvrige omtalte rehabiliteringsstrategier, er dog ikke muligt at besvare entydigt på baggrund af forskningssyntesens resultater. Dog synes det med afsæt i den dynamiske model og REF-modellen plausibelt, at multikonktextuel rehabilitering besidder et særligt potentiale til at øge generalisering af indsigt på tværs kontekster.

### 6.1.3 Forskellige strategier til forskellige problematikker

Som tidligere nævnt kan der til forståelse af fænomenet indsigtspromatik skelnes mellem forskelligt omfang af indsigtspromatik, indsigtspromatik som global eller modalitetsspecifik og psykologisk eller neurologisk indsigtspromatik (jf. Afsnit 2.2.1). I specialets analyse antydes der grundet variation i studierne anvendelse af rehabiliteringsstrategier flere gange et behov for at skelne mellem forskellige kategorier af indsigtspromatik (jf. Afsnit 5).

Behov for skelnen mellem kategorier og grad af indsigtspromatik anerkendes generelt i teori og forskning (Abreu et al., 2001; Prigatano, 1997; Flashman & McAllister, 2002; Malia, 1997; Giacino & Cicerone, 1998; Sohlberg & Mateer, 2001). Skelnen mellem kategorier af indsigtspromatik har ikke blot betydning for forståelse af indholdet af indsigtspromatik, men må med afsæt i specialets forskningssyntese også anskues som væsentligt for udformning af rehabilitering, idet resultaterne indikerer, at nogle rehabiliteringsstrategier er mere hensigtsmæssige til bestemte problemstillinger end andre, fx synes særligt psykoterapi hensigtsmæssig i

forbindelse med psykologisk indsigtsproblematik i form af benægtelse (jf. Afsnit 5.3.3). Endvidere opstilles der i enkelte studier inklusionskriterier for at sikre, at deltagere besidder basal indsigt for, at kunne deltage i den pågældende rehabilitering (Ownsworth, 2000; Lundqvist et al., 2010).

På baggrund af ovenstående kan følgende hypotese opstilles; kategori og grad af indsigtsproblematik har betydning for, hvilken rehabiliteringsstrategi der er hensigtsmæssig i det pågældende tilfælde. Denne hypotese udforskes i de følgende afsnit.

### **6.1.3.1 Faciliterende eller kompenserende rehabilitering?**

I de inddragede studier peges der generelt på, at rehabilitering bør tilpasses det enkelte individs niveau (Toglia et al., 2010; Goverover et al., 2007; Ownsworth et al., 2006; Lundqvist et al., 2010). Hos Malec og Moessner (2000) antages desuden, at en basal grad af indsigt kan være nødvendig for succesfuld deltagelse i bestemte rehabiliteringssammenhænge, fx ved rehabilitering i kontekster udenfor rehabiliteringshospital eller lignende, hvilket bl.a. tillægges sikkerhedsmæssige årsager eller bedre interaktion med omgivelser. Ligeledes påpeges hos Mateer og Sira (2008), at arbejde med selvregulering kun bør anvendes med individer, der har et forholdsvis højt funktionsniveau, samt et basalt niveau af indsigt, hvorimod personer med meget begrænset indsigt har større glæde af adfærds- og eksternt fokuserede strategier. I denne forbindelse opdeles rehabiliteringsstrategier generelt i hhv. faciliterende og kompenserende strategier (Barco et al., 1991; Malia, 1997; Sohlberg & Mater, 2001; Lucas & Fleming, 2005). Ved faciliterende teknikker arbejdes der med genetablering af tabte egenskaber, hvorimod kompenserende strategier anvendes til at kompensere for tabte funktioner (Malia, 1997; Barco et al., 1991). Faciliterende teknikker ansues i denne sammenhæng som hensigtsmæssige i tilfælde, hvor individet i forvejen besidder en basal evne til eller potentiale for at opnå indsigt, hvorimod kompenserende teknikker bør anvendes ved svære indsigtsproblematikker (ibid.).

Betragtes de undersøgte rehabiliteringsstrategier, kan anvendelse af feedback og forstærkning umiddelbart anses som en kompenserende strategi, idet adfærdsmodificering synes at være formålet (jf. Afsnit 2.3.1; 5.1.3). Iht. reahbilitering indebærer flere af de kompenserende strategier således ekstern

modificering af omgivelser eller indarbejdelse af vaner, som ikke nødvendigvis kræver opnåelse af indsigt (Barco et al., 1989). Derimod synes den multikontekstuelle tilgang med afsæt i social læringsteori i højere grad at være en faciliterende strategi, idet formålet er øget self-efficacy og indsigt (jf. Afsnit 2.2.4; 5.1.1).

For at finde frem til det enkelte individs niveau af indsigt til bestemmelse af hvorvidt kompenserende eller faciliterende strategier er hensigtsmæssige, stilles der imidlertid krav om, at måle- og undersøgelsesmetoder kan afgøre det enkelte individs niveau af indsigt. I specialets analyse er flere målemetoder imidlertid blevet kritiseret for manglende evne til at måle omfang, ligesom de kritiseres for kun at måle indsigt på baggrund af verbale udsagn og ikke hvorvidt indsigt implementeres i handlinger, hvorfor niveau af indsigtsproblematik synes problematisk at afklare (jf. Afsnit 5.2). Hos Barco et al. (1991) foreslås i den forbindelse, at der som udgangspunkt kan anvendes faciliterende rehabiliteringsstrategier til at øge indsigt. Hvis facilitering ikke viser sig som en effektiv strategi, bør denne udskiftes til en strategi af kompenserende karakter (ibid.).

Overordnet ses således et behov at anvende rehabiliteringsstrategier der er tilpasset den enkelte, hvilket dog problematiseres af manglende metoder til at afgøre individets niveau af indsigt, hvorfor det i nogle tilfælde synes nødvendigt at prøve sig frem iht. udformning af rehabilitering af hhv. faciliterende eller kompenserende karakter.

### **6.1.3.2 Global eller modalitetsspecifik indsigt**

Tidligere er det blevet påpeget, at indsigtsproblematik kan være hhv. global eller modalitetsspecifik (jf. Afsnit 2.1.1), hvilket ligeledes synes relevant iht. udformning af rehabilitering.

I enkelte studier beskrives en modalitetsspecifik indsigtsproblematik, som grundlag for rehabiliteringens fokus. Dette ses i casestudiet af Rebman & Hannon (1995), hvor modalitetsspecifik indsigtsproblematik for hukommelse bevirker, at feedback rettes mod hukommelse. Ligeledes ses i casestudiet af Schlund (1999) indsigtsproblematik for hukommelse, hvorfor der arbejdes med retrospektive og prospektive vurderinger af egen indsats på opgaver, hvori hukommelse er nødvendig.



Begrundelse for et specifikt fokus på en egenskab eller adfærdsform består desuden i at styrke en målrettet rehabiliteringsindsats for patient og personale (Schlund, 1999). I flere studier, hvor indsigtsproblematikkens karakter ikke defineres, ses ligeledes udvælgelse af konkrete egenskaber, hvortil patienten ønsker at bliver bedre og der konkret kan arbejdes med forøgelse af indsigt (Goverover et al., 2007; Cheng & Man, 2006; Dirette et al., 2008).

Udvælgelse af et konkret fokus for rehabilitering synes ligeledes hensigtsmæssigt iht. vurdering af, hvorvidt rehabilitering øger indsigt. I denne forbindelse argumenteres der for, at indsigt som et bredt og u håndgribeligt koncept nødvendigvis må betragtes som rettet mod noget, for reelt at kunne anskues og vurderes (David et al, 2012). En sådan vurdering knytter imidlertid til indsigt af specifik karakter og kan næppe sige noget indsigt uden for den konkrete funktion eller kontekst i fokus.

En ulempe ved et specifikt fokus synes netop at bestå i problematisering af generalisering fra en kontekst til en anden. Manglende generalisering synes endvidere særlig problematisk i tilfælde hvor indsigtsproblematik er knyttet til mere end blot en enkelt modalitet. For at reducere denne problematik, synes det i overensstemmelse med den multikonkstekstuelle tilgang ligeledes nødvendigt, at være opmærksom på, at strategierne der trænes, har potentiale for bred anvendelse inden for et givent område, således at generalisering kan opnås (Toglia et al., 2010).

Overordnet vurderes det således, at der eksisterer et behov for at arbejde med konkretiserede og specifikke strategier iht. et fastlagt fokus. Ved bestemmelse af rehabiliterings fokus er det i denne forbindelse nødvendigt at skelne mellem global og modalitetsspecifik indsigtsproblematik. Ved modalitetsspecifik indsigtsproblematik bør rehabilitering umiddelbart målrettes den specifikke funktion, hvorimod det ved indsigtsproblematik af mere global karakter synes hensigtsmæssigt at fokuserer på strategier, som har potentiale til bredere generalisering.

### **6.1.3.3 Psykologisk eller neurologisk indsigtsproblematik?**

I forskningssyntesen betones et behov for at skelne mellem psykologisk eller neurologisk indsigtsproblematik, hvor der ved psykologisk indsigtsproblematik i form af benægtelse peges på et behov for anvendelse af psykoterapi. Dette understøttes i studiet af Ownsworth (2005), idet der her ses øget indsigt som følge af psykoterapi (jf. Afsnit 5.3.3.). På trods af at behovet for anvendelse af psykoterapi

kun fremgår af et enkelt studie i specialets forskningssyntese, argumenteres der flere steder i teori og forskning for, at denne differentiering er nødvendig iht. udformning af rehabilitering (Sohlberg & Mateer, 2001; Prigatano, 2010a; Malia, 1997). Argumentationen består i, at patienter kan reagerer på feedback i form af vrede og modstand, når der ikke tages højde for tilstedeværelsen af en forsvarsmekanisme (ibid.). I overensstemmelse med dette beskrives det i de inddragede studier, at feedback bør tilvejebringes på en ikke-konfronterende måde, da der ved feedback er øget risiko for modstand iht. rehabiliteringsindsatsen, hvilket er særlig udtalt i tilfælde, hvor benægtelse er til stede (Ownsworth, 2005; Bieman-Copland & Dywan, 2000; Chittum et al., 1996). Modstand kan medvirke til at hæmme motivation og dermed udvikling af indsigt, samt svække den terapeutiske alliance, som med afsæt i forskningssyntesens resultater ligeledes er af betydning for opnåelse af øget indsigt (jf. Afsnit 5.4.2).

Prigatano (1997) påpeger imidlertid, at psykoterapi langt fra er et behov hos alle, hvorfor psykoterapi bør målrettes de patienter, hvor benægtelse vurderes som den primære årsag eller som havende væsentlig betydning for den pågældende indsigtsproblematik. Der stilles således krav om, at kunne skelne mellem, hvornår der er tale om en psykologisk forsvarsmekanisme eller neurologisk indsigtsproblematik, hvilket peger på en central problemstilling i feltet, der kræver betragtning af metoder, der anvendes til at skelne.

Der eksisterer ikke standardiserede metoder til at skelne mellem indsigtsproblematikkens årsag, hvorfor der i praksis tages afsæt i vurderinger af adfærdsmæssige reaktioner som følge af feedback (Orfei et al., 2010; Prigatano & Klonoff, 1998; Prigatano & Morrone-Strupingsky, 2010; Sohlberg & Mateer, 2001). Heraf vurderes reaktioner i form af indifferens, ligegyldighed og perpleksitet som tilhørende en neurologisk indsigtsproblematik, hvorimod reaktioner i form af vrede og afvisning tillægges et psykologisk forsvar (Prigatano & Morrone-Strupingsky, 2010; Sohlberg & Mateer, 2001; Prigatano & Klonoff, 1998).

Adfærd synes imidlertid at udgøre et begrænset grundlag, hvorfor der kan stilles spørgsmålstejn ved tilstrækkeligheden af skelnen på baggrund af adfærdsmæssige referencer. Betragtes de adfærdsmæssige tegn til vurdering af benægtelse, er disse dog i overensstemmelse med indikatorer beskrevet i *Defence mechanism rating scale*, der er et instrument til vurdering af forsvarsmekanismer (Perry, 2001). Heri

beror vurdering af benægtelse på individets afvisning af undersøgelse, problematik og følelser knyttet hertil, hvilket kommer til udtryk i form af vrede og forsøg på at undgå spørgsmål eller udsagn relateret til emnet (ibid.). Således synes der at være overensstemmelse mellem anvendelse af adfærdsmanifestationer til vurdering af benægtelse. Endvidere påpeges hos Prigatano (2010c), at der bør rettes opmærksomhed mod individets præmorbid copingstrategier og forsvarsmekanismer, idet tidligere anvendelse af benægtelse kan øge sandsynligheden for benægtelse efter en traumatisk oplevelse såsom erhvervet hjerneskade. Her kan oplysninger fra pårørende ang. tidligere reaktionsmønstre anvendes som pejlemærke (ibid.).

Betragtes adfærdsmanifestationer, der knyttes til en neurologisk betinget indsigtspromatik, synes reaktioner i form af ligegyldighed og indifferens endvidere at stemme overens med reaktioner, som ofte ses associeret med fx manglende indsigt for hemiplegi, hvor individer, når de gøres opmærksomme herom, kan fremstå relativt ubekymrede omkring egen lammelse og ikke synes at reagere emotionelt tilsvarende den påviste problematik (Heilman & Harciarek, 2010). Indifferens, ligegyldighed og perpleksitet synes dog ikke alene tilstrækkeligt som dokumentation for en neurologisk indsigtspromatik, hvorfor undersøgelse af tilstedeværelse af benægtelse også synes nødvendig.

Skelnen mellem indsigtspromatik som følge af psykologisk forsvar eller neurologisk skade er imidlertid yderligere kompliceret af, at de to former for indsigtspromatik ikke er gensidigt udelukkende (Sohlberg & Mateer, 2001; Prigatano & Klonoff, 1998). Prigatano og Klonoff (1998) påpeger i den forbindelse, at profilen svarende til neurologisk funderet indsigtspromatik i form af indifferens, ligegyldighed og perpleksitet ofte svarer til den adfærdsmæssige profil, patienter med hjerneskade udviser kort efter moderat til svær hjerneskade. Denne profil kan imidlertid ændre sig som følge af bedre indsigt og blive erstattet af individets præmorbid copingstrategier såsom benægtelse (ibid.). Dette indikerer, at benægtelse og neurologisk indsigtspromatik ikke befinder sig på et kontinuum, men snarere eksisterer som to sideløbende variable, der interagerer (ibid.). Prigatano og Klonoff påpeger; *"It is important to note however, that the constructs of impaired self-awareness versus denial of disability are simply an attempt to help clarify what appears to be complex array of disorders of consciousness associated with brain injury. No method or conceptual system has emerged that permits systematic*

*classification and assessment of these disturbances*” (1998, p. 62). Af citatet fremgår, at skelnen mellem neurologisk eller psykologisk indsigtspromatik bør behandles med forsigtighed, idet der netop ikke eksisterer endegyldige metoder til at skelne. I denne forbindelse må det formodes, at der i praksis bør arbejdes med det fundament for indsigtspromatik, der umiddelbart fremtræder klart og synes mest hæmmende ud fra individets adfærd, samtidig med at der bevares åbenhed overfor, at dette kan ændre sig undervejs, hvormed udformning af rehabilitering ligeledes må ændres.

Overordnet synes det således nødvendigt at være opmærksom på tegn, der indikerer, at der er tale om mere end blot en neurologisk indsigtspromatik, ligesom det synes nødvendigt at træde varsomt ved anvendelse af feedback iht. udredning og behandling af indsigtspromatikker samt at være opmærksom på eventuelle behov for at iværksætte psykoterapi.

#### 6.1.4 Konsekvenser for udformning af rehabilitering - afrunding

Af forskningssyntesen fremgår det at indsigt kan øges på baggrund af forskellige strategier med forskellige udgangspunkter, hvilket rejser spørgsmål omkring rehabilitering ved indsigtspromatik. Disse resultater kan skyldes, at der findes strategier, som netop synes anvendelige iht. afgrænsede facetter af indsigtspromatik, fx ved anvendelse af psykoterapi til benægtelse (jf. afsnit 6.1.3.3). Endvidere beskrives indsigtspromatik som multifacetteret, hvilket eksemplificeres, idet indsigtspromatik kan være betinget af flere tilstedeværende faktorer hhv. neurologiske og psykologiske, hvormed det er plausibelt, at forskellige indfaldsvinkler kan føre til samme resultat. Desuden findes der i forskningssyntesen ligheder imellem rehabiliteringsstrategiernes udfoldelse i praksis i form af strategier til selvregulering via feedback i relevante og meningsfulde sammenhænge, hvormed forskellige strategier ligeledes synes at besidde ensartede komponenter (jf. Afsnit 6.1.1.1).

Ved betragtning af ovenstående diskussion synes der således at være tre mulige og sameksisterende forklaringer på forskningssyntesens resultater, hhv. at specifikke teknikker er virksomme for en afgrænset del af indsigtspromatik, at forskellige indfaldsvinkler kan føre til samme resultat, idet indsigtspromatik udgør et

multifacetteret fænomen, samt at der i forskellige strategier er ensartede komponenter.

Udformning af rehabilitering ved indsigtspromatik udgør på denne baggrund et felt, der kræver mange overvejelser og hvor det kan være hensigtsmæssigt at inddrage elementer fra såvel adfærdsfokuseret rehabilitering, læringsteori, gruppeterapi og psykoterapi afhængig af den enkelte problemstilling og individets karakteristika. Hos Sohlberg og Mateer (2001) beskrives i denne forbindelse: ”*Succesfuld management requires clinicians to merge behavioral, psychotherapy, and neurorehabilitation traditions*”. Der lægges således op til, at det i rehabilitering kan være nødvendigt at anlægge et eklektisk perspektiv med inddragelse af forskellige perspektiver til at imødekomme forskellige facetter af den samlede problemstilling. Dette synes endvidere i overensstemmelse med den holistiske tilgang til rehabilitering, der iflg. Daniels-Zide og Ben-Yishay (2000) kan imødekomme komplekse og multifacetterede udfordringer i forbindelse med hjerneskade. Dette understøttes endvidere af resultater i form af øget verbalisering og implementering af indsigt i studiet af DeHope og Finegan (1999), hvori der anvendes en holistisk *what ever it takes* rehabiliteringstilgang (jf. Afsnit 5.3.3.1).

Kombination af flere tilgange kan imidlertid også være problematisk grundet manglende retningslinjer, samt risiko for tilfældig inddragelse af strategier uden forskningsbaseret grundlag, hvormed der er der risiko for, at effektfulde elementer udelades eller integreres i en anden sammenhæng end den, hvori de oprindeligt blev vurderet som effektfulde. Det kan dog også være en fordel at kombinere tilgange, idet anvendelse af flere rehabiliteringsstrategier tilsammen kan komplementere hinanden (jf. afsnit 5.1.6).

En kombination synes netop at kunne være gavnlig iht. indsigtspromatikkers multifacetterede karakter, men bør samtidig tage afsæt i velfunderede retningslinjer iht., hvornår den ene strategi bør vælges frem for den anden. Via forskningssyntesen og ovenstående diskussion er imidlertid udfoldet retningslinjer, på baggrund af hvilke en eklektisk tilgang til rehabilitering synes at kunne tage et videnskabeligt funderet afsæt.

## 6.2. Konsekvenser for udredning

Forskningssyntesens resultater implicerer ligeledes implikationer for udredning af indsigtsproblematik, idet der ved udformning af rehabilitering iht. ovenstående diskussionspunkter bør tages højde for faktorer i form af neurologisk eller psykologisk, global eller modalitetsspecifik samt omfanget af den enkelte indsigtsproblematik. En grundig udredning er derfor nødvendig for at skabe et fundament, hvorfra rehabilitering kan tage afsæt i.

*”The measurement of awareness is difficult. [...] Awareness is an attribute feeling or knowing that has both psychological and behavioral correlates”* (Sohlberg & Mateer, 2001, p. 275). Som det fremgår af citatet, er udredning ved indsigtsproblematik ikke ukompliceret og bør basere sig på vurdering af både adfærdsmæssige og psykologiske faktorer. I den forbindelse synes det ikke realistisk, at én målemetode er i stand til at afgøre tilstedeværelse, type og grad af indsigtsproblematik, hvorfor det vurderes, at information fra multiple kilder er nødvendigt, hvilket kan tilskrives indsigtsproblematik som værende et multifacetteret fænomen.

Hos Sohlberg og Mateer (2001) samt Prigatano og Morrone-Strupinsky (2010) foreslås i denne forbindelse systematisk anvendelse af flere kilder, hvor flere af ovenstående metoder kombineres (Sohlberg & Mateer, 2001; Prigatano & Morrone-Strupinsky, 2010). Kilder til udredning beskrives som individets medicinske historie og kognitiv testning, anvendelse af målemetoder (spørgeskemaer, strukturerede interview og report-performance), observationer samt vurdering af respons på feedback (Sohlberg & Mateer, 2001). Heraf betragtes indblik i individets medicinske historie og testresultater som grundlag for vurdering af benægtelse iht. tidligere reaktionsmønstre samt til vurdering af, hvorvidt indsigtsproblematikken er global eller modalitetsspecifik (Sohlberg & Mateer, 2001; Prigatano & Morrone-Strupinsky, 2010). Tidligere omtalte målemetoder anses som relevante til belysning af, hvorvidt individet selv oplever forandringer knyttet til hjerneskade, hvilket bl.a. kan demonstreres med afsæt i individets oplevelse af egne evner til udførelse af en opgave, samt oplevelse af i ændringer iht. tidligere funktionsniveau (Sohlberg & Mateer, 2001; jf. Afsnit 5.2). Observation, som ses anvendt i flere af de inddragede casestudier, anbefales desuden hos Sohlberg og Mateer (2001) til vurdering af, hvorvidt individet besidder basal indsigt med henblik på at bestemme, hvorvidt

rehabiliteringen bør fokusere på kompenserende eller faciliterende strategier (jf. Afsnit 6.1.3.1). Ligeledes kan observationer skabe indblik i, hvilke kompensationsstrategier individet anvender og som på trods af manglende indsigt kan demonstrere tilpasning i overensstemmelse med tidligere omtalte implicite indsigt (jf. Afsnit 2.2.1). Den sidste kilde implicerer individets reaktioner på feedback til vurdering af tilstedeværelse af benægtelse, i overensstemmelse med tidligere diskuterede metoder til at skelne mellem psykologisk og neurologisk indsigtspromatik (Sohlberg & Mateer, 2001; Prigatano & Morrone-Strupinsky 2010; jf. Afsnit 6.1.3.3).

Overordnet synes en tilgang til udredning med multiple undersøgelsesmetoder således nødvendig, for at rehabilitering kan udformes under hensynstagen til forskellige diskussionspunkter og facetter ved indsigtspromatik, iht. at opnå et hensigtsmæssigt rehabiliteringsforløb, der øger indsigt.

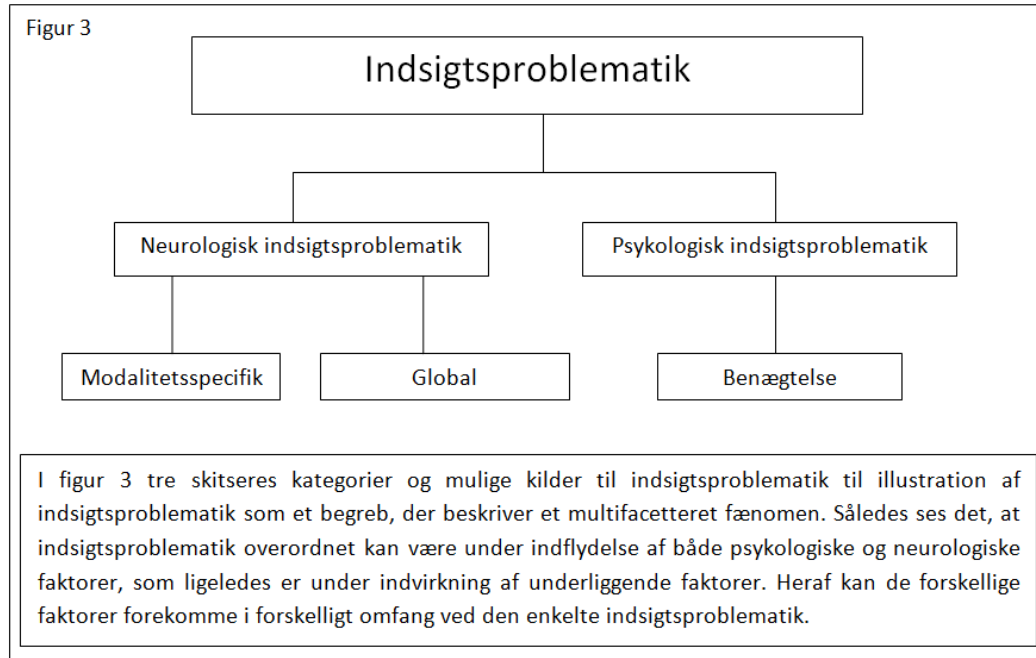
### *6.3. Konsekvenser for begrebets anvendelse*

Indsigtspromatik synes med afsæt i specialets forskningssyntese og ovenstående diskussion ikke at være et ensartet og velafgrænset begreb, men tager derimod ofte form af et paraplybegreb, hvormed der kan være risiko for, at begrebet skaber forvirring frem for klarhed. Dette synes særligt at knytte sig til de mange facetter af begrebet iht. forskelligt omfang og kategorier af indsigtspromatik samt inkonsistens mellem teoretisk afsæt, anvendelse af rehabilitering og valg af metode inden for feltet (jf. Afsnit 5.4). Således stilles der spørgsmålstejn ved, hvorvidt begrebet indsigtspromatik er for bredt og vagt defineret til at kunne anvendes hensigtsmæssigt i klinisk praksis og forskning, og hvorvidt termen i sig selv tilvejebringer tilstrækkelig information til at guide udformning af rehabilitering.

Hvis termen blev udeladt eller splittet op i fx benægtelse og indsigtspromatik, kunne der muligvis tilvejebringes klarere retningslinjer for rehabiliteringen. Omvendt kan der ved forkastelse af begrebet indsigtspromatik være risiko for, at der kun fokuseres på en facet af indsigtspromatik, hvormed andre facetter overses. Et samlet begreb synes netop nødvendig, idet forskellige former for indsigtspromatik kan være til stede samtidig (jf. Afsnit 6.1.4), hvormed der er behov et begreb, der kan

rumme og gøre opmærksom på et bredere spektrum af mulige problemstillinger ved en given indsigtsproblematik.

I figur 3 er kategorier og faktorer til forståelse af begrebet indsigtsproblematik som rummende et multifacetteret fænomen søgt skitseret.



Overordnet synes der at være behov for en term, som kan rumme den samlede problemstilling og samtidig rumme de elementer, som det er nødvendigt at være opmærksom på til vurdering af en specifik indsigtspromatik. Perspektiverende synes det imidlertid nødvendigt, at indholdet af indsigtspromatik yderligere undersøges, afgrænses og defineres.

## 6.4 Konsekvenser for anvendelse af teoretiske perspektiver

I specialet er indsigt blevet belyst ud fra to teoretiske modeller, hhv. pyramidemodellen og den dynamiske model, som i studierne anvendes til at forstå indsigtspromatik. De to teorier tager som tidligere nævnt afsæt i hhv. en lineær og en dynamisk forståelse af indsigt (jf. Afsnit 2.2.4). Således synes der imellem teorierne at være diskrepans mellem forståelsen af indsigt som hierarkisk eller dynamisk samt processen at opnå indsigt, hvorfor det kan diskuteres hvilken teori, der i praksis er anvendelig.



Af forskningssyntesen resultater fremgår det, at der generelt opnås øget indsigt for præstationer i specifikke handlinger, uden at der opnås øget indsigt af mere generel karakter, hvilket er interessant iht. betragtning af teoriernes anvendelighed (jf. Afsnit 5.4).

Disse resultater problematiserer opbygningen i den hierarkiske pyramidemodel, hvor et generelt niveau i form af intellectual indsigt beskrives som værende nødvendigt for at emergent og anticipatory indsigt af mere specifik karakter kan opnås. Emergent og anticipatory indsigt er knyttet til den specifikke kontekst og synes mulig at sidestille med, hvad der i specialet betegnes specifik indsigt, hvorimod intellectual indsigt, kan sidestilles med, hvad der i specialet beskrives som generel indsigt (jf. Afsnit 5.1). Forskningssyntesens resultater, hvor indsigt af specifik karakter er mulig at opnå uden tilstedeværelse af generel indsigt, står således i opposition til pyramidemodellens hierarkiske opbygning, hvor generel indsigt anses som forudsætning for udvikling af mere specifik indsigt. Denne kritik understøttes ligeledes af et studie af O’Keffe et al. (2007), hvori sammenhæng mellem generel og specifik indsigt, der beskrives metakognitiv og on-line indsigt, undersøges via interview samt report-performance og observation af fejlmonitorering. Heraf findes det, at specifik indsigt ikke korrelerer med generel indsigt eller omvendt, hvormed en sammenhæng mellem specifik og generel indsigt, som det fremgår i pyramidemodellen, afvises (ibid.).

Opdeling af indsigt i specifik og generel, der findes i specialets forskningssyntese samt hos O’Keffe et al. (2007), synes derimod at understøtte forståelsen af indsigt, der fremsættes i den dynamiske model. I den dynamiske model opdeles indsigt i hhv. on-line og præeksisterende indsigt, hvilket synes at være i en overensstemmelse med opdeling i specifik og generel. On-line indsigt angår en forholdsvis ustabil kontekstafhængig indsigt, og svarer således til specifik indsigt (jf. Afsnit 2.3.3). Præeksisterende indsigt er en relativ stabil og kontekstafhængig viden om kognitive processer og egne begrænsninger, og synes at svare til generel indsigt, der i de inddragede studier er problematisk at opnå (ibid.). Iflg. den dynamiske model opnås generel indsigt på baggrund af gentagne oplevelser med betydning for selv-sikkerhed og perception af egne egenskaber (ibid.). Således kræver udvikling af generel indsigt høj grad af gentagelse og selv-evaluering, hvilket kan forklare, at generel indsigt synes mere kompliceret at opnå end specifik indsigt. I modsætning til

pyramidemodellen antages der endvidere i den dynamiske model at være gensidig interaktion mellem on-line og præeksisterende indsigt, hvorfor det ene niveau ikke nødvendigvis går forud for det andet. Således kan gentagende oplevelse af specifik indsigt iflg. den dynamiske model fører til øget generel indsigt og omvendt. Det synes således muligt, at der kan eksisterer specifik indsigt, uden at der er opnået tilsvarende omfang af generel indsigt.

Overordnet synes den dynamiske model således umiddelbart at have større anvendelighed til at forklare udvikling af indsigt end pyramidemodellen.

Betragtes teoriernes anvendelse til at forstå indsigt iht. de inddragede studier, er pyramidemodellen imidlertid anvendt i flere studier end den dynamiske model, ligesom der i litteraturen ved beskrivelse af indsigt ofte ses henvisninger til pyramidemodellens tre niveauer (jf. Afsnit 5; Tabel 6). Denne udbredelse af pyramidemodellen kan bl.a. skyldes, at pyramidemodellen er udviklet før den dynamiske model (Toglia & Kirk, 2000; Crosson et al., 1989). Endvidere kan denne udbredelse skyldes, at der i pyramidemodellen fremsættes en forholdsvis simpel forståelse af indsigt som bestående af forskellige afhængige niveauer, der kan observeres med afsæt i individets adfærd, og hvortil der fremsættes specifikke retningslinjer for rehabilitering (Toglia & Kirk, 2000; Barco et al., 1991). Retningslinjerne består i, at der ved problemer i intellektuel indsigt påpeges anvendelse af gentagende information og feedback, hvor der ved emergent indsigt anbefales feedback iht. specifik opgaveløsning, og ved anticipatory indsigt påpeges guidning af planlægningsstrategier (Crosson et al., 1989; Barco et al., 1991). I den dynamiske model forekommer retningslinjer til rehabilitering mere abstrakte med afsæt i guided mastery til at øge oplevelser af kontrol og multikonktextuel tilgang med henblik på at øge generalisering. Med afsæt i en dynamisk model synes der derfor at blive stillet krav til psykologens evne til at tilpasse rehabiliteringsteknikker til den enkelte, idet der ikke i samme omfang fremgår klare trin-for-trin beskrivelser, som det er tilfældet i pyramidemodellen.

I begge modeller er der dog enighed om, at indsigtspromatikker både kan tage afsæt i neurologiske såvel som psykologiske faktorer. Benægtelse beskrives i pyramidemodellen som havende betydning for det laveste niveau af indsigt (Barco et al., 1998), hvorimod benægtelse i den dynamiske model tillægges individets

præmorbid personlighed, der spiller ind på individets evne til at opnå indsigt (Toliga & Kirk, 2000).

Anskues strategiernes implikationer for rehabilitering ved sammenligning med virksomme elementer fundet på baggrund af forskningssyntesen, synes begge modeller umiddelbart at implicere virksomme strategier.

Strategier fremsat i pyramidemodellen synes umiddelbart at stemme overens med virksomme strategier i form af feedback, gentagelse og guidning (jf. Afsnit 6.1; 6.3). Perspektiverende synes det således interessant, hvorvidt de implicerede rehabiliteringsstrategier i pyramidemodellen mere hensigtsmæssigt kan anvendes til at øge indsigt, hvis der frem for den hierarkiske forståelse af indsigt anlægges et dynamisk perspektiv, hvor intellectual, emergent og anticipatory indsigt frem for at være afhængige af hinanden anskues som gensidig interagerende.

Anskues rehabilitering iht. den dynamiske model, synes der ligeledes at være overensstemmelse med resultater fundet i forskningssyntesen. I den dynamiske model betones træning af selv-regulering via selv-refleksion og individets egne oplevelser af fejl med afsæt i guided mastery, samt betoning af kontekstens betydning og generalisering. Disse strategier fremstår ligeledes som væsentlige i forskningssyntesens resultater (jf. Afsnit 6.1.1).

Overordnet synes der at eksistere en større sammenhæng mellem forskningssyntesens resultater og den dynamiske models forståelse af indsigt, end det er tilfældet ved pyramidemodellens indsigtforståelse. Dog synes de i pyramidemodellen implicerede teknikker til rehabilitering i form af feedback-teknikker i overensstemmelse med forskningssyntesens resultater, hvorved der findes belæg for afvisning af den lineære forståelse og ikke de implicerede teknikker. I den dynamiske model, lægges der særligt vægt på guided mastery, der som beskrevet i ovenstående ligeledes synes at være i overensstemmelse teknikker, der i forskningssyntesen fremstår som væsentlige.

## 7 Metodologiske overvejelser knyttet til specialets metode

I de ovenstående afsnit er forskningssyntesens resultater blevet fremlagt, analyseret og diskuteret iht. udformning af rehabilitering ved indsigtsproblematik efter erhvervet hjerneskade med afsæt i eksisterende forskning og teori. I denne forbindelse er muligheder og begrænsninger knyttet til forskningssyntesen ligeledes væsentlige at betragte.

### *7.1 Betragtning af forskellige forskningsdesign*

I forskningssyntesen er der inddraget studier af forskellig metodologisk karakter til at belyse forskellige aspekter af specialets problemformulering (jf. Afsnit 4.1.2).

Inddragelse af forskellige forskningsdesign har betydet en række implikationer, grundet studiernes metodologiske og videnskabsteoretiske forståelser bevægende sig fra et fænomenologisk afsæt i de kvalitative studier til et positivistisk videnskabsideal i de kvantitative studier. Således har det været nødvendigt at analysere studierne hver for sig på baggrund af deres respektive kvaliteter og videnskabsteoretiske grundlag. Dette betyder, at resultaterne i analysen kan forekomme opdelt, samt at resultaterne er komplicerede at sammenligne. Overordnet betragtes denne opdeling dog som et nødvendigt tiltag for at sikre, at egenskaber og aspekter af forskellige metodologier har kunnet fremtræde i deres egen ret og bidrage til det samlede billede. De forskellige studiers resultater er ikke analyseret og sammenlignet på tværs af metodologi, men i stedet søgt anvendt til at støtte op om, problematisere, uddybe og forklare resultater fremkommet ved anvendelse af andre metodologier under hensynstagen til metodernes forskellige kvaliteter.

De inddragede studier er blevet betragtet med henblik på at skabe overblik iht. specialets problemfelt. Ved inddragelse af studier af varierende forskningsdesign, kan det imidlertid være kompliceret at samle resultater til et samlet billede, uden at detaljer nødvendigvis må udelades (Shadish et al., 2002) Dette har ligeledes været tilfældet i specialet, hvor mere detaljerede informationer i de enkelte studier er udeladt til fordel for mere overordnede betragtninger, der gør sig gældende på tværs af flere studier.

For at sikre transparens i forskningssyntesens fremgangsmåde og analyse, er specialets metode indledende blevet beskrevet, ligesom kodningsskemaer er vedlagt som bilag. Endvidere er der løbende anvendt skematiske oversigter for at skabe et systematisk overblik over studierne fremgangsmåde og resultater forinden forskningssyntesens analyse og syntetisering.

## 7.2 Begrænsninger

Specialets forskningssyntese er under indflydelse af de primære studiers begrænsninger i den forstand, at der via en forskningssyntese kun kan udforskes allerede undersøgte problemstillinger (Shadish et al., 2002).

Ved litteratursøgning har det i denne forbindelse udelukkende været muligt at finde studier, der demonstrerer positiv effekt af rehabilitering, hvilket kan skyldes, at disse studier i højere grad publiceres, end studier hvori der ikke opnås effekt. Dette synes problematisk, idet studier, hvori der ikke demonstreres effekt, kan medvirke til at eliminere uhensigtsmæssige strategier eller skabe indblik i faktorer med betydning for opnåelse af indsigt og dermed tilvejebringe vigtig viden.

Et gennemgående element i studierne ang. vurdering af øget indsigt efter rehabilitering beror på, at indsigt udledes på baggrund af observeret adfærd (jf. Afsnit 5.2). I specialets analyse og diskussion er der løbende blevet sat spørgsmålstegn ved, hvorvidt adfærd associeret med indsigt reelt demonstrerer øget indsigt eller blot er et resultat af forbedrede evner til udførelse af en given opgave. I overensstemmelse med dette kan bedring ved indsigtspromatikker skyldes forbedret præstation på rehabiliteringsopgaver, uden at dette nødvendigvis reflekterer øget indsigt (Flashman & McAllister, 2002; Malec & Moessner, 2000). Dette synes særligt problematisk i de studier, hvor øget indsigt udelukkende vurderes på baggrund af den adfærd, der netop er blevet trænet, og som ikke kombinerer vurderingen med flere metoder.

En anden problematik knyttet til forskning i rehabilitering består i, at rehabilitering ofte foregår i en større rehabiliteringssammenhæng, ved kombination eller inspiration fra flere forskellige teorier og rehabiliteringsstrategier, hvilket gør det problematisk at isolere virksomme elementer til opnåelse af indsigt, idet disse er indlejret som del af den overordnede rehabilitering (Fleming & Ownsworth, 2007).

Dette synes ligeledes at være tilfældet for flere af de inddragede studier (jf. Afsnit 5.1.).

### 7.2.1 Inkonsistens i anvendelse af teoretisk afsæt

Ved betragtningen af studierne synes en begrænsning at bestå i inkonsistent anvendelse af teoretisk standpunkt til forståelse af indsigt, udformning af rehabilitering, og valg af måle- og undersøgelsesmetoder.

I nogle studier beskrives fx afsæt i flere teoretiske tilgange til forståelse af indsigt, i andre studier fremsættes et teoretisk udgangspunkt, som umiddelbart ikke synes tilsvarende den anvendte rehabiliteringsstrategi og i flere studier tages der slet ikke stilling til teoretisk forståelse af indsigtspromatik (jf. Afsnit 5.4.1; Tabel 6). Kun ved anvendelse af den dynamiske model, synes der at være sammenhæng mellem forståelse af indsigt og valg af rehabilitering (jf. Afsnit 5.4.1.; Tabel 6).

Endvidere synes der ikke at være konsekvent sammenhæng mellem anvendelse af rehabiliteringsstrategi og valg af metoder til vurdering af indsigt i de inddragede studier (jf. Afsnit 5.4.; Tabel 6). Således ses i nogle studier på trods af anvendelse af multikonktextuel tilgang med fokus på generalisering ikke nævneværdig inddragelse af metoder til vurdering af generalisering. Dog synes der, at være en sammenhæng mellem afsæt i den dynamiske model og anvendelse af multiple metoder, idet der i den dynamiske model påpeges behov for anvendelse af både globale vurderinger og vurdering af specifikke egenskaber samt kontekstspecifikke handlinger (Toglia & Kirk, 2000). Iht. pyramidemodellen bør vurdering af indsigt iflg. Barco et al. (1991) tage afsæt i interview og observation. Imidlertid ses i studierne umiddelbart hovedsageligt anvendelse af interview eller spørgeskema, og kun begrænset observation (jf. Afsnit 5.4; Tabel 6).

Der synes således at eksistere en generel og kritisabel inkonsistens iht. anvendelse teoretisk afsæt til forståelse af indsigt, udformning af rehabilitering og undersøgelsesmetoder, hvilket overordnet problematiserer betragtning af teoriernes anvendelse både iht. forståelse af indsigt og som udgangspunkt for rehabilitering. Perspektiverende synes det således nødvendigt, at der i fremtidige studier inden for feltet anlægges en mere konsekvent anvendelse af teori, rehabilitering og metode til vurdering af teoriernes anvendelighed iht. forståelse af indsigt og vurdering af virksomme elementer i rehabilitering.

Disse begrænsninger og kritikpunkter problematiserer tilsammen muligheden for at påpege sammenhænge mellem specifikke teknikker og opnåelse af indsigt. I stedet er der i specialet søgt at skabe indblik i fællesnævnerne mellem rehabiliteringsstrategierne, hvis virkning umiddelbart understøttes på tværs af de inddragede studier. Endvidere er der søgt indblik i forskellige kategorier af og faktorer med betydning for indsigtsproblematik, som med afsæt i forskningssyntesen vurderes at have indflydelse på udformning og resultat af rehabilitering.

### *7.3 Fremtidig forskning*

I specialets forskningssyntese er en række studier til undersøgelse af rehabilitering ved indsigtsproblematik blevet gennemgået. Imidlertid synes der perspektiverende at kunne efterlyses yderligere belysning af en række aspekter i eksisterende forskning, ligesom der ved eksisterende metoder og forskning er blevet påpeget en række begrænsninger.

Overordnet er øget indsigt som følge af rehabilitering ved indsigtsproblematik som nævnt et felt, hvori der eksisterer en begrænset forskning, hvilket demonstreres i form af den begrænsede mængde forskning med fokus er på øget indsigt eller oplevelse af samme (jf. Afsnit 4.1.3). Dette kan bl.a. skyldes begrænsninger i målemetoder, såvel som diversitet i begrebet indsigtsproblematik, inkonsistens i anvendelse af teoretisk ståsted, en heterogen målgruppe, samt problemer knyttet til identifikation af virksomme faktorer i rehabilitering.

Generelt er målet for rehabilitering bredere end blot øget indsigt, hvorfor det overordnet er problematisk at isolere effekten af rehabilitering rettet specifikt mod øget indsigt (Fleming & Ownsworth, 2006). Endvidere knytter begrænsninger sig til, at indsigtsproblematik som begreb og fænomen er relativt diffust, ligesom forskellige kategorier af indsigtsproblematik kan kræve forskellige former for intervention og rehabilitering iht. de underliggende faktorer (jf. Afsnit 6.1.4).

I specialet er blevet påpeget en række begrænsninger ved eksisterende målemetoder til vurdering af indsigt, som ofte kun fokuserer på et begrænset aspekt af indsigt (jf. Afsnit 5.2), hvorfor der er behov for bedre eller kombination af flere metoder, således at vurdering af indsigt baseres på flere indikatorer (Fleming & Ownsworth, 2006). Endvidere synes det nødvendigt, at der fokuseres på, hvorvidt den opnåede

effekt kan anvendes og lader sig generalisere, hvilket ikke synes belyst tilstrækkeligt i eksisterende forskning (jf. Afsnit 6.1.2).

Med afsæt i diskrepans mellem patienters og fagpersoners oplevelse af virksomme komponenter synes der desuden at eksistere et behov for at patienters oplevelser inddrages i forskning (jf. Afsnit 5.3.2).

Overordnet findes det derfor nødvendigt at metoder ikke blot baserer sig på en specifik handling, adfærd, spørgeskema eller interview, men også fokuserer på implementering af indsigt over flere kontekster, betragter emotionelle reaktioner, samt inddrager pårørendes og patientens egen oplevelse. En sådan kombination vil i større omfang kunne indfange en vurdering af indsigtsproblematik, samt effekt af rehabilitering. Imidlertid vil en sådan metode kræve et omfangsrigt batteri af undersøgelser, der med stor sandsynlighed vil betyde en lille sample-størrelse eller begrænse forskningen til casestudier.

Perspektiverende synes der i fremtidig forskning ligeledes behov for en større sammenhæng iht. teoretisk afsæt, rehabilitering og målemetoder, idet der i eksisterende forskning synes at eksistere inkonsekvent anvendelse af teori rehabilitering og målemetoder, der problematiserer vurdering af teoriens anvendelse såvel som identifikation af virksomme komponenter af rehabilitering (jf. Afsnit 7.2).

Fremtidige udfordringer består således i udvikling af mere innovative forskningsmetoder til vurdering af, hvordan rehabiliteringsforløb virksomt kan udformes til at øge indsigt hos hjerneskadepatienter med indsigtsproblematik.

## 8 Konklusion

I specialet er problemformuleringen søgt belyst via udfoldelse af en forskningssyntese på baggrund af eksisterende empiri, samt inddragelse af teoretiske perspektiver. Til besvarelse af specialets problemformulering er desuden fremsat en række undersøgelsesspørgsmål, der i det følgende besvares.

*Hvordan kan indsigtsproblematik defineres?*

Der findes ikke én teori eller metode, der er i stand til at anskue eller rumme alle facetter af indsigtsproblematik. Således anskues indsigtsproblematik ofte med afsæt i udfoldelsen af det kliniske fænomen, som implicerer manglende erkendelse eller direkte afvisning af umiddelbare objektive beviser på, at individet har mistet



funktionel kapacitet, i form af manglende spontant udtryk, eksplicit benægtelse, konfabulering om årsag, manglende adfærdsmæssig tilpasning eller manglende følelsesmæssig reaktion.

*Hvordan kan indsigtspromatik udredes og undersøges?*

Af specialets resultater fremgår udredning som en del af problemstillingen iht. udformning af rehabilitering ved indsigtspromatik, idet der påpeges et behov for at kunne detektere og skelne mellem forskellige kategorier af indsigtspromatik. Problemet knyttet til udredning angår, at ingen metode alene er tilstrækkelig til undersøgelse og udredning af indsigtspromatik, hvorfor der er behov for at inddrage multiple kilder i form af individets medicinske historie, kognitiv testning, kvantitative målemetoder, observation og vurdering af reaktion på feedback. Udredning bør således tage afsæt i en multifacetteret undersøgelse for at sikre, at rehabilitering kan tilpasses den enkelte.

*Hvilke og hvordan kan rehabiliteringsstrategier virksomt anvendes iht. indsigtspromatik, og bør der differentieres mellem forskellige former for indsigtspromatik?*

I specialet findes der grundlag for, at rehabiliteringsstrategier med afsæt i adfærdsfokuserede, psykoterapeutiske, multikonktextuelle, gruppeorienterede og holistiske tilgange er virksomme til at øge indsigt. Ved betragtning af de forskellige rehabiliteringsstrategiers findes der endvidere ligheder i de anvendte teknikker, hvoraf træning af selv-regulering, anvendelse af ikke-konfronterende feedback, aktiv deltagelse samt meningsfulde opgaver og kontekster særligt fremstår som virksomme. Endvidere kan anvendelse af en gruppe-konktext samt en tryk terapeutisk relation have betydning for øget indsigt.

På baggrund af specialets resultater, må det endvidere konkluderes, at udformning af virksom rehabilitering er afhængig af, hvilke faktorer der bidrager til den enkelte indsigtspromatik. Heraf er psykologiske og neurologiske faktorer, sværhedsgrad, samt hvorvidt der er tale om global eller modalitetsspecifik indsigtspromatik blevet påpeget som væsentlige iht. udformning af rehabilitering til at øge indsigt.

*Hvilke teoretiske perspektiver kan anvendes til at forstå og guide rehabilitering ved indsigtsproblematik efter hjerneskade?*

Forskningssynthesens resultater synes særligt at understøtte anvendelse af den dynamiske model, idet denne implicerer en multidimensionel forståelse af indsigt. Endvidere findes der overensstemmelse mellem forskningssyntesens resultater og rehabiliteringsteknikker beskrevet den dynamiske model. Desuden findes der ligheder mellem den dynamiske model og REF-modellen, der muliggør betragtning af sammenhæng mellem reorganisering af indsigt og reorganisering af hjernen.

Anskues pyramidemodellen, problematiseres dennes hierarkiske og lineære indsigtsforståelse af forskningssyntesens resultater. Dette fordi resultaterne indikerer, at individer er i stand til at handle iht. specifikke opgaver, uden at der nødvendigvis demonstreres øget generel indsigt, hvilket står i opposition til den lineære antagelse i pyramidemodellen, hvor generel indsigt går forud for specifik.

Der efterlyses imidlertid yderligere udforskning af teoriernes anvendelse, hvortil der påpeges behov for konsistent anvendelse af teoretisk standpunkt, rehabilitering og metode.

På baggrund af ovenstående, kan specialets problemformulering søges afklaret:

***Hvordan kan rehabiliteringsforløb for individer med erhvervet hjerneskade og indsigtsproblematik udformes med henblik på at øge indsigt?***

Af specialets forskningssyntese, analyse og diskussion indikeres det, at rehabilitering ved indsigtsproblematik forudsætter et grundigt udredningsforløb og kræver stillingtagen til anvendelse af forskellige virksomme strategier afhængig af den pågældende problematik.

Forud for udformning af rehabilitering, påpeges et nødvendigt udredningsforløb med fokus på indsigtsproblematik som et multifacetteret fænomen, på baggrund af hvilken der kan tages højde for tilstedeværelse af forskellige kategorier af indsigtsproblematik. Endvidere er løbende vurdering af ændringer i indsigt nødvendig for, at rehabiliteringen kan tilpasses den enkelte og dennes udvikling af indsigt. Behovet for nøje tilpasning til den enkelte patient skyldes, at forskellige tilstedeværende kategorier kan betyde forskellige former for indsigtsproblematik, der stiller krav til valg strategier og overvejelser iht. udformning af rehabilitering. I denne forbindelse synes den teoretiske forståelse af indsigtsproblematik ligeledes

relevant, idet der i specialets findes grundlag for at anskue indsigtspromatik som multidimensional med afsæt i en dynamisk model, hvor flere facetter af indsigt interagerer og er til stede samtidig, hvorved opnåelse af øget indsigt bør anses som en dynamisk frem for lineær proces.

Overordnet vurderes det på baggrund af forskningssyntesens empiriske resultater, at udformning af rehabilitering afhængig af den enkelte problemstilling kan tage afsæt i forskellige rehabiliteringstilgange i form af adfærdsfokuserede, psykoterapeutiske, multikonktextuelle, gruppeorienterede og holistiske tilgange. Heraf vurderes særligt træning af selv-regulering ved anvendelse af ikke-konfronterende feedback og aktiv deltagelse i et trygt miljø, samt inddragelse af meningsfulde opgaver og kontekster som virksomt til at øge indsigt. Endvidere påpeges det som nødvendigt at være opmærksom på problemstillinger knyttet til generalisering og benægtelse.

Disse elementer udgør på baggrund af specialets forskningssyntese et udgangspunkt, hvorfra rehabilitering med henblik på at øge indsigt kan udformes med afsæt i grundig udredning og under hensynstagen til særlige facetter ved den enkelte indsigtspromatik.

## 9. Referenceliste

- Abreu, B. C., Seale, G., Scheibel, R. S., Huddleston, N., Zhang, L., & Ottenbacher, K. J. (2001). Levels of self-awareness after acute brain injury: How patients' and rehabilitation specialists' perceptions compare. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(1), (pp. 49-56).
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. W.H. Freeman and Company, (pp.1-115).
- Barco, P. P., Crosson, B., Bolesta, M. M., Werts, D., & Stout, R. (1991). Training awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. In Kreutzer, J. S. & Wehman, P.H., *Cognitive rehabilitation for persons with traumatic brain injury: A functional approach*. (pp. 129-146) Baltimore, MD, England: Paul H. Brookes Publishing.
- Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute Neuropsychological Rehabilitation: A Holistic Perspective. In Christensen, A. & Uzzell, B.P., *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*.(pp. 127-136) New York; Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Bieman-Copland, S., & Dywan, J. (2000). Achieving rehabilitative gains in anosognosia after TBI. *Brain and Cognition*, 44(1), (pp. 1-5).
- Brückner, L.W. & Øhlenschläger, B. (2009) In Gade, A., Gerlach, C., Starrfelt, R. & Pedersen, P.M., *Klinisk Neuropsykologi*.(pp. 510-516). København: Frydenlund.
- Cheng, S. K. W., & Man, D. W. K. (2006). Management of impaired self-awareness in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20(6), (pp. 621-628).
- Chio, K.S., Carlson, R.A., Arnett, P.A., Cosentino, S.A. & Hillary, F.G. (2011). *Journal of the international neuropsychology society 2011*(17), (pp. 720-731).
- Chittum, W. R., Johnson, K., Chittum, J. M., Guercio, J. M., & al, e. (1996). Road to awareness: An individualized training package for increasing knowledge and comprehension of personal deficits in persons with acquired brain injury. *Brain Injury*, 10(10), (pp. 763-776).
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. (4th. Ed., pp. 1-25; 54-77; 78-117; 313-346). London: Replika Press.
- Cooper, H. (2010) *Research synthesis and Meta-Analysis. A step-by-step approach*. (4<sup>th</sup> ed.). London: Sage Publications.
- Craig, A.D. (2010) The Insular Cortex and Subjective Awareness. In Prigatano, G.P., *The study of Anosognosia*, (pp. 63-88). New York: Oxford University Press.
- Crosson, B., Barco, P. P., Velozo, C. A., Bolesta, M. M., & al, e. (1989). Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4(3), (pp. 46-54).
- Daniels-Zide, E. & Ben-Yishay, Y. (2000). Therapeutic milieu day program. In Christensen, A. & Uzzell, B.P., *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*, (pp. 183-194). New York; Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- David, A.S., Bedford, N., Wiffen, B. & Gilleen, J. (2012). Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. In *Phil. Trans. R. Soc. B*, 367, (pp. 1379-1390).
- DeHope, E., & Finegan, J. (1999). The self determination model: An approach to develop awareness for survivors of traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 13(1), (pp. 3-12.)

- Deaton, V.A. (1991a). Group Interventions for Cognitive Rehabilitation. Increasing the Challenges. In Kreutzer, J.S. & Wehman, P.H., *Cognitive rehabilitation for persons with traumatic brain injury: a functional approach* (pp. 191-200). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Deaton, V.A. (1991b). Rehabilitation Cognitive Impairments Through the Use of Games. In Kreutzer, J.S. & Wehman, P.H., *Cognitive rehabilitation for persons with traumatic brain injury: a functional approach* (pp. 200-209). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Dirette, D. (2002). The development of awareness and the use of compensatory strategies for cognitive deficits. *Brain Injury*, 16(10), (pp. 861-871).
- Dirette, D. K., Plaisier, B. R., & Jones, S. J. (2008). Patterns and antecedents of the development of self-awareness following traumatic brain injury: The importance of occupation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(2), (pp. 44-51).
- Dansk Psykolog forening. (2006-2008). *Etiske principper for nordiske psykologer. Dansk Psykologforenings Regelsamling*, (pp. 29-34).
- Flashman, L.A. & McAllister, T.W. (2002). Lack of Awareness and its impact in traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* 17(2002) (pp. 285-296).
- Flashman, L.A., Amador, X. & McAllister, T.W. (2005). Awareness of Deficits. In Socler, J.M., McAllister, T.W. & Yudofsky, S.C., *Textbook of traumatic brain injury* (1<sup>st</sup> ed., pp. 307-324). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fleming, M.S., Dolan, R.J. & Frith, C.D. (2012). Metacognition: Computation, biology and function. In *Phil. Trans. R. Soc. B* (2012) 367, (pp. 1280-1286).
- Fleming, J. M., Lucas, S. E., & Lightbody, S. (2006). Using occupation to facilitate self-awareness in people who have acquired brain injury: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'Ergotherapie*, 73(1), (pp. 44-55).
- Fleming, J. M., & Ownsworth, T. (2006). A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(4), (pp. 474-500).
- Fleming, J. M. & Strong, J. (1999). A longitudinal study of self-awareness: Functional deficits underestimated by persons with brain injury. *Occupational Therapy Journal of Research*, 19(1), (pp. 3-17).
- Fleming, J. M., Strong, J., & Ashton, R. (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure? *Brain Injury : [BI]*, 10(1), (pp. 1-15).
- Fleming, J. M., Strong, J., & Ashton, R. (1998). Cluster analysis of self-awareness levels in adults with traumatic brain injury and relationship to outcome. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), (pp. 39-51).
- Giacino, J. T., & Cicerone, K. D. (1998). Varieties of deficit unawareness after brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), (pp. 1-15).
- Goldstein, K. (2005). Dementia and other cognitive disorders. In Gabbard, G.M., *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice* (4<sup>th</sup> ed., pp.379-397). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Goverover, Y., Johnston, M. V., Togliola, J., & Deluca, J. (2007). Treatment to improve self-awareness in persons with acquired brain injury. *Brain Injury*, 21(9), (pp. 913-923).
- Halligan, P. W. (2006). Awareness and knowing: Implications for rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(4), (pp. 456-473).

- Heilman, K. M. & Harciarek, M. (2010). Anosognosia and Anodiaphoria of weakness. In Prigatano, G.P., *The study of Anosognosia* (pp. 89-112). New York: Oxford University Press.
- Kelle, U. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in research practice: purposes and advantages. In *Qualitative research in Psychology*, 3(4), (pp. 293-311).
- Klonoff, P.S. (2010). *Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques*. New York: The Guilford Press. (pp. 45-74)
- Kolb, B. & Wishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human Neuropsychology*, (6<sup>th</sup> ed., pp. 718-746). New York: Worth Publishers.
- Landa-Gonzalez, B. (2001). Multicontextual occupational therapy intervention: A case study of traumatic brain injury. *Occupational Therapy International*, 8(1), (pp. 49-62).
- Langer, K.G. (1999). Awareness and denial in psychotherapy. In Langer, K.G., Laatsch, L. & Lewis, L., *Psychoterapeutic interventions for adults with brain injury or stroke: A clinician's treatment resource*, (pp. 75-96) Madison: Psychosocial Press.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). Situeret læring. In Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situeret læring – og andre tekster*. København: Hans Reitzels forlag.
- Levin, K. (2005). The theoretical basis of dynamic psychiatry. In Gabbard, G.M., *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice* (4<sup>th</sup> ed., pp. 31-68). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Liu, K. P. Y., Chan, C. C. H., Lee, T. M. C., Li, L. S. W., & Hui-Chan, C. (2002). Self-regulatory learning and generalization for people with brain injury. *Brain Injury*, 16(9), (pp. 817-824).
- Lucas, S. E., & Fleming, J. M. (2005). Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(2), (pp. 160-170).
- Lundqvist, A., Linnros, H., Orlenius, H., & Samuelsson, K. (2010). Improved self-awareness and coping strategies for patients with acquired brain injury—A group therapy programme. *Brain Injury*, 24(6), (pp.823-832).
- Malec, J. F., & Moessner, A. M. (2000). Self-awareness, distress, and postacute rehabilitation outcome. *Rehabilitation Psychology*, 45(3), (pp. 227-241).
- Malec, J. F., Testa, J. A., Rush, B. K., Brown, A. W., & Moessner, A. M. (2007). Self-assessment of impairment, impaired self-awareness, and depression after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22(3), (pp. 156-166).
- Malia, K. (1997). Insight after brain injury: What does it mean? *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 15(3), (pp. 10-16).
- Markova, I. S. & Berrios, G.E. (2006). Approaches to assessment of awareness: Conceptual Issues. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16 (4), (pp. 439-455).
- Mateer, C.A. & Sira, C.S. (2008). Practical rehabilitation strategies in the context of clinical neuropsychology feedback. In Morgan, J.E. & Ricker, J.H., *Textbook of Clinical Neuropsychology*, (pp. 996-1007) . New York & London: Taylor & Francis.
- Mogensen, J. (1997). Den dynamiske hjerne – hjernens plasticitet. *Psyke & Logos*, 18(2) (pp. 240-265).
- Mogensen, J. (2011a). Almost unlimited potentials of limited neural plasticity. Levels of plasticity in development and reorganization of the injured brain. *Journal of Consciousness Studies*, 18 No.7-8. pp. 13-45.

- Mogensen, J. (2011b). Reorganization of the injured brain: Implications for studies of the neural substrate of cognition. *Frontiers in Psychology*, 2(7), (pp.1-10).
- Mogensen, J. & Malá, H. (2009). Post-traumatic functional recovery and reorganization in animal models: A theoretical and methodological challenge. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, (pp. 561-573).
- Nielsen, K. (2008). Behaviorisme og social-kognitiv læringsteori. In Karpatschof, B., Katzenelson, B., *Klassisk og moderne psykologisk teori* (1. udg., pp. 214-235) København: Hans Rietzels Forlag.
- O'Callaghan, C., Powell, T., & Oyebode, J. (2006). An exploration of the experience of gaining awareness of deficit in people who have suffered a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(5), (pp. 579-593).
- Orfei, D.M., Caltagirone, C. & Spalletta, G. (2010). The behavioral measurement of Anosognosia as multifaceted phenomenon. In Prigatano, G.P., *The study of Anosognosia*, (pp. 429-454). New York: Oxford University Press.
- O'Keefe, F., Dockree, P., Moloney, P., Carton, S., & Robertson, I. H. (2007). Awareness of deficits in traumatic brain injury: A multidimensional approach to assessing metacognitive knowledge and online-awareness. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), (pp. 38-49).
- Owensworth, T. (2005). The impact of defensive denial upon adjustment following traumatic brain injury. *Neuro-Psychoanalysis*, 7(1), (pp. 83-94).
- Owensworth, T., Fleming, J., Desbois, J., Strong, J., & Kuipers, P. (2006). A metacognitive contextual intervention to enhance error awareness and functional outcome following traumatic brain injury: A single-case experimental design. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(1), (pp. 54-63).
- Owensworth, T., Fleming, J., Strong, J., Radel, M., Chan, W., & Clare, L. (2007). Awareness typologies, long-term emotional adjustment and psychosocial outcomes following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17(2), 129-150.
- Owensworth, T. L., McFarland, K., & Young, R. M. (2000). Self-awareness and psychosocial functioning following acquired brain injury: An evaluation of a group support programme. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10(5), (pp. 465-484).
- Pedersen, P.M., Vogel, A. & Svendsen, H.A. (2009). Anosognosi. In Gade, A., Gerlach, C., Starrfelt, R. & Pedersen, P.M., *Klinisk Neuropsykologi*. (pp. 101-111). København: Frydenlund.
- Perry, J.C. (2001). *Instrument til klinisk vurdering af de psykiske forsvar. Defence mechanism rating scales*. (5. udg., pp. 40-42). Risskov: Psykoterapeutisk Forlag.
- Prigatano, G. P. (1995). 1994 sheldon berrol, MD, senior lectureship: The problem of lost normality after brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 10(3), (pp. 87-95).
- Prigatano, G. P. (1997). The problem of impaired self-awareness in neuropsychological rehabilitation. In Leon-Carrion, J., *Neuropsychological rehabilitation: Fundamentals, innovations and directions*, (pp. 301-311). Delray Beach, FL, US: GR/St Lucie Press.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*, (pp. 201-227). New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G. P. (2005). Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury: A 20-year perspective. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(1), (pp. 19-29).

- Prigatano, G.P. (2008). Anosognosia and the process and outcome of neurorehabilitation. In Stuss, D.T., Winocur, G. & Robertson, I.H., *Cognitive Neuro-rehabilitation*, (2. Ed., pp. 218-231). Cambridge University Press.
- Prigatano, G. P. (2009). Anosognosia: Clinical and ethical considerations. *Current Opinion in Neurology*, 22(6), (pp. 606-611).
- Prigatano, G.P. (2010a). Anosognosia after traumatic brain injury. In Prigatano, G.P., *The study of Anosognosia*, (pp. 229-254). New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G.P. (2010b). Historical observations relevant to the study of anosognosia. In Prigatano, G.P., *The study of Anosognosia* (pp. 3-17). New York: Oxford University Press.
- Prigatano G.P. (2010c). A progress Report on the Study of Anosognosia. In Prigatano, G.P., *The study of Anosognosia*, (pp. 471, 494). New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G. P., & Klonoff, P. S. (1998). A clinician's rating scale for evaluating impaired self-awareness and denial of disability after brain injury. *Clinical Neuropsychologist*, 12(1), 56-67.
- Prigatano, G. P. & Morrone-Strupinsky, J. (2010). Management and rehabilitation of persons with anosognosia and impaired self-awareness. In Prigatano, G.P. (2010). *The study of Anosognosia*, (pp. 495-516). New York: Oxford University Press.
- Rebmann, M. J., & Hannon, R. (1995). Treatment of unawareness of memory deficits in adults with brain injury: Three case studies. *Rehabilitation Psychology*, 40(4), (pp. 279-287).
- Schlund, M. W. (1999). Self awareness: Effects of feedback and review on verbal self reports and remembering following brain injury. *Brain Injury*, 13(5), (pp. 375-380).
- Schönberger, M., Humle, F., & Teasdale, T. W. (2006). The development of the therapeutic working alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 20(4), (pp. 445-454).
- Shadish, Cook & Campbell (2002) *Experimental and Quasi-Experimental Designs - for generalized causal inference*, (pp. 417-455). Canada: Houghton Mifflin Company.
- Sherer, M., Bergloff, P., Boake, C., High, W., Jr, & Levin, E. (1998). The awareness questionnaire: Factor structure and internal consistency. *Brain Injury : [BI]*, 12(1), (pp. 63-68).
- Sherer, M., Hart, T., & Nick, T. G. (2003). Measurement of impaired self-awareness after traumatic brain injury: A comparison of the patient competency rating scale and the awareness questionnaire. *Brain Injury*, 17(1), (pp. 25-37).
- Simmond, M., & Fleming, J. (2003). Reliability of the self-awareness of deficits interview for adults with traumatic brain injury. *Brain Injury : [BI]*, 17(4), 325-337.
- Sohlberg, M. M., Mateer, C. A., Penkman, L., Glang, A., & Todis, B. (1998). Awareness intervention: Who needs it? *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), (pp. 62-78).
- Socialstyrelsen (2012). Nedtaget den. 18 juli, 2012, from <http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/hjerneskode>
- Sohlberg, M.M. & Mateer, C.S. (2001). *Cognitive rehabilitation – An integrative Approach*, (pp. 269-305). New York: The Guilford Press.



- Toglia, J.P. (1991). Generalization of treatment: A multicontext approach to cognitive perceptual impairment in adults with brain injury. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(6), (pp. 505-516)
- Toglia, J.P, Johnston, M. V., Goverover, Y., & Dain, B. (2010). A multicontext approach to promoting transfer of strategy use and self regulation after brain injury: An exploratory study. *Brain Injury*, 24(4), (pp. 664-677).
- Toglia, J.P, & Kirk, U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15(1), (pp. 57-70).
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010a). Interviewet – samtalen som forskningsmetode. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Eds.). *Kvalitative metoder*, (pp. 29-54) København: Hans Reitzels Forlag.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010b). Kvalitet i kvalitativ forskning. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Eds). *Kvalitative metoder*, (pp. 489-500). København: Hans Reitzels Forlag.
- Yin, K.R. (1994) Case study Research, Design and methods. (2<sup>nd</sup> ed.). *Applied social research methods series*, (vol. 5.), (pp.1-53).
- Wade, D.T. (2010). Neuropsychological deficits within the World Health Organization's model of illness (ICIDH-2). In Ed: Halligan, P.W., Kischka, U., & Marshall, J.C., *Handbook of Clinical Neuropsychology* (pp. 649-855). New York: Oxford University Press.
- Wilms, I. & Mogensen, J. (2011). Dissimilar outcomes of apparently similar procedures as a challenge to clinical neurorehabilitation and basic research: When the same is not the same. *NeuroRehabilitation* 29(2011), pp. 221-227).
- Youngjohn, J. R., & Altman, I. M. (1989). A performance-based group approach to the treatment of anosognosia and denial. *Rehabilitation Psychology*, 34(3), (pp. 217-222).
- Zachariae, B. (1998). *Det vellykkede eksperiment. Introduktion til klinisk eksperimentel forskningsmetode*, (pp. 9-79). København: Munksgaard.
- Zhou, J., Chittum, R., Johnson, K., Poppen, R., Guercio, J., & McMorrow, M. J. (1996). The utilization of a game format to increase knowledge of residuals among people with acquired brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 11(1), (pp.51-61).

## 9. Bilag

### Bilag 1

I bilag 1 skitseres kodning af de kvantitative studier med afsæt i studiernes karakteristika, anvendelse af målemetoder, resultater og analyse. Endvidere er teoretisk udgangspunkt for indsigt og rehabilitering skitseret.

Bilag 1. Kvantitative studier									
Rapport karakteristika	Forfatter		Owensworth et al.	Malec & Moessner	Lundqvist et al.	Youngjohn & Altman	Schönberger et al.	Goverover et al.	Cheng & Man
	Årstal		2000	2000	2010	1989	2006	2007	2006
Studie design		Præ- post- og followup	Præ-post- og followup		Præ-post (1 uge) målinger	Prospektiv med flere måling	Præ-og post-målinger Rando-mized control trial	Præ-og posttest med kontrol gruppe	
Sample karakteristika	N		21	62	21	17 <sub>word</sub> 19 <sub>arithmetic</sub> 6-repaet	86	20	21
	Andet sample karakteristika		Høj indsigt på SADI (M=1,6; SD=1,4)	Ca. 1/3 kendskab til stoffer	-	-	Opdelt i to typer skade	Begge modtog ADL træning og eks.-gruppe modtog indsigtstræning	Kontrol gruppe modtog alm. og eks.-gruppe modtog IAP
	Alder	Ældste	49	69	63	-	60	65	
		Yngste	22	18	22	-	-	18	
Mean og (SD)		33,5	34,8 (12,7)	44,8 (9,9)	-	43,5 (12)	-	54,9 (13) 58,1 (15,6)	
Skade	Skadetype:blødning,TBI,apopleksi		ABI (størstedel TBI)	ABI (størstede l TBI)	ABI	ABI	ABI	ABI	TBI
	Skadens lokalisation/lateralisering		16 frontal	-	-	-	40% højre eller bifrontal	-	-
	Tid post skade		M=8,6 år	M=679 dage	M=58 mdr (12-300 mdr)	-	M=1,22 SD=1,08 år	Eks: 12,9(9,4) Alm:8,6 (6,8) mdr	-
	Sværhedsgrad	Antal mild	3	4%			-		
		Antal moderat	2	2%			-	X	
		Antal svær	16	59%			-	X	
		GCS		X			-	X	
PTA-fase						-			
Andet	X				-				
Kriterier for inklusion og eksklusion	Inklusion	Skadetype							
		Andet:	Basal indsigt		Intellektuel indsigt			Nedsat indsigt	Nedsat indsigt
		Andet	Motivation		Motivation				
	Eksklusion	Afasi	X		X	X			X
		Kognitivt lav				X			

Rehabilitering	Rehabilitering	Andet:							
		Feedback				X			X
		Game Board							
		Multikon- tekstuel					X	X	X
		Psykoterapi							
	Gruppeterapi	X	X	X	X				
Tid	Andet:								IAP
	Længde	16 uger	M=179,8 dage	6 mdr.	1 uge	14 uger	3 uger	4 uger	
	Timer/sessioner	1,5 hr. pr. uge	Dagligt	11 sessioner a 2 hr.	To trial pr session	4 dage pr uge	2-3 sessioner af 45 min pr. uge	2 sessioner pr dag 5 dage om ugen	
Setting	Inpatient/outpatient		Out. Pt.	Out. Pt	Out. Pt.	-	Out pt.	-	
Forsknings-Design	Tider for måling		Baseline, post og 6 mdr. followup måling	Præ-,post-, og 1 år follow up.	Præ- og post intervention	To trial i hver to sessioner.	Fire målinger under rehab. (2,6,10 og 14 uge)	Præ-,post- og baseline måling	
Indsigt	Målemetoder	Report-Report	Pårør Staff /Prof.					X (AQ)	
			Report-Performace				X	X (ADD)	
		Selvraportering, staff		X(MPAI) item 24			X	X (SRSI)	X(SADI)
		Selvrapportering, PT	X (SRSI)		X(SRSI)				
	Specifikke målemetoder	AQ						X	
		SADI							X
		PCRS						X	
		SRSI	x		X				
	Andet:		HIBS, SADI SIP	MPAI		Diskrepans mellem rapportering og performance.	4-item scale		
	Analysemetode	Deskriptiv							
Statistik		Paired test	X (t-test)	X (Wilcoxon)	X (Wilcoxon)	X <sup>2</sup>	ANOVA	ANCOVA	Wilcoxon / Mann-Whitney
		Korrelation							
		Regression							
Andet:									
Resultater			Præ-post Emergent: t(20)=2,9; p < ,01 Anticipatory:t(20)=4,6; P< ,001 Motivation: t(20)=0,4 Strategy use:t(20)=4,6; p<,001 Strategy effectiveness:t(20)=4,7; p<,001 (Bevares til followup)	Præ-post: Z=-4,94; p<,001	Præ-post Emergent: ikke signifikant, Anticipatory: P< ,01 Strategy generation; p<,01 Strategy use: p<,001 Strategy effectiveness; p<,01. Readiness for change: ikke signifikant	Signifikant forskel over trial 1 og 2 Ord:X <sup>2</sup> (1)=5,22 (p<,05) Math:X <sup>2</sup> (1)=5,85(p<,05)  Signifikant bedring over session kun for mathX <sup>2</sup> (1)=4,0(p<,05). Generel tendens mod bedring.	Ingen signifikant bedring i indsigt over de fire målinger p>,5 Og præ-post p>,1	Ingen signifikant bedring mellem kontrol og eks.-gruppe på ADD, men i rigtig retning  Signifikant forskel i bedring på p<,001 SRSI  Ingen signifikant forskel i AQ (generel indsigt)	Signifikant bedring i eks.-gruppe på SADI p<,01 Ikke signifikant bedring for kontrol.  Signifikant forskel på bedring på SADI (z=-3,36; p<,01).

---

Teoretisk afsæt og andet	Rehabilitering	Barco et al.	Ben- Yishay & Prigatano	Lazarus & Folkman.		Multidim ensione/ holistisk	Toglia & Kirk	IAP
	Indsigt	Crosson et al.; Strong & Ashton; Stuss & Benson		Crosson et al.	Neuro- logisk forståelse	Toglia & Kirk		Tre elemen- ter ; flere teorier

## Bilag 2

I bilag 2 skitseres kodning af de kvalitative studier med afsæt i studierne karakteristika, valg af metode, resultater og analyse. Endvidere er teoretisk udgangspunkt for indsigt og rehabilitering skitseret.

Bilag 2. Kvalitative interviewstudier						
Rapport karakteristika	Forfatter	Dirette et al.	Lundqvist et al.	Dirette	O'Callaghan et al.	
	Årstal	2008	2010	2002	2006	
	Studie design	Metodetriangulering, statistik og interview	Metodetriangulering, fokusgruppeinterview 1 mdr. post program.	Kvalitativ interview, både terapeut og patient.	Kvalitativ interview	
Sample karakteristika	N	18	21	3	10	
	Sample Karakteristika	32,2(13,98) år	Generelt intellektuelt velfungerende, men med kognitive vanskeligheder	18-65 år Vurderes som havende god indsigt.	21-60 år M40 8 (SD13)	
Skade	Skadestype:	TBI	ABI	ABI	TBI	
	Tid post skade	1 uge	M=12(SD=68) mdr.	Min. 1 år	6 mdr.-5 år, M=2(SD=1,6)	
	Sværhedsgrad	12 mild, 6 moderat/svær			Moderat/svær	
Rehabilitering	Rehabilitering	Feedback				
		Game board				
		Multi-kontekstuel	X		X	
		Psykotering				X
		Gruppeterapi		X		X
	Andet:				Interdisciplinær, m. individuel og gruppe interventioner	
Tid	Længde		6 mdr			
	Timer/session		11 sessioner			
Analysemetode		Analyse af temaer, mønstre, forskelle og ligheder	Fokusgruppeinterview med fokus på effektivitet af rehab. og coping. Kvalitativ indholdsanalyse til identifikation af temaer og mønstre.	1 mdr. Post rehab interview. Indholdsanalyse, temaer foretaget af to forskellige, derefter sammenligning.	IPA (intepretive phenomenological analysis). Meningskondensering af oplevelser, sideløbende med interview. To forskere analyserede.	
Resultater		50% af mild, fik indsigt gennem usuccesfuld deltagelse i daglige gøremål, dette var tilfældet for 67 % af svær/moderat. En generel tendens var, at de flyttede tidspunktet på indsigt til senere tidspunkt i senere interview. 100% af personalet rapporterede om indsigt via testning. Iht. til kompensatoriske strategier, var metoderne hos mild og moderat/svær: Skrive ned, tage sig tid og koncentrere sig, mange rapporterede om hjælp til anvendelse af kompensatoriske strategier.	Temaer: Gruppen Indsigt og accept. - At få viden -> indsigt Ændrede normer og strategier. - Undgå stress - Spare på energi - Coping-strategier	<b>Patienter</b> <i>Awareness: Process and incidents/begivenhed</i> (hvh. langsom proces, aha øjeblikke, sammenligning af tidl. Funktion, erfaring via real life experiences). <i>Use of strategies:</i> skrive ting ned, lister, kalender og noter, hukommelsesstrategier <b>Terapeut:</b> Relativ enighed iht. deficit på nær enkelte elementer, Men i modsætning til pt, anså terapeuter bedring som resultat af klinisk testning og feedback.	Otte hovedtemaer fremstod: (se også tabel 1) 1)Mennesker reaktioner når ting er gået galt (hvh. a)at blive fortalt, eller b) nonverbale reaktioner) 2)personlig opdagelse 3)forklaringer (a) at blive fortalt og b) se scanning). 4)forhindringer til at få indsigt (a) usynlig skade, b)ukorrekte forventninger) 5) frygt og tab (a) frygt, b)tabet af den gamle mig, c) ikke at kunne lide den nye mig, d) stille sp. Ved eget formål, e)følelse af at være holdt uden for/cut off. 6)benægtelse (a) ting jeg fortæller mig selv og b) ting jeg gør, c) fordele og ulemper ved benægtelse) 7)accept af forandring (a) elementer der hjalp til accept og b) ting der gjorde accept svært) 8) mig, som jeg er nu.	
Teoretisk afsæt og andet	Rehabilitering	Toglia & Kirk.	-	Lazarus & folkman.	-	
	Indsigt	Neurologisk forklaring, Toglia & Kirk; Crosson et al.	Crosson et al.	Crosson et al.	Toglia & Kirk	

## Bilag 3

I bilag 3 skitseres kodning af casestudierne med afsæt i studierne karakteristika, valg af metode, resultater og analyse. Endvidere er teoretisk udgangspunkt for indsigt og rehabilitering skitseret.

Bilag 3. Casestudier								
Rapport karakteristika	Forfatter		Bieman-Copland & Dywan	DeHope & Finegan	Landa-Gonzales	Owensworth	Owensworth et al.	Liu et al.
	Årstal		2000	1999	2001	2006	2005	2002
	Studie design		Casestudie, deksriptiv	Casestudie, beskrivelser	Casestudie beskrivelse	Single case-eksperiment. To setting. Arbejde og madlavning	Casebeskrivelse, deskriptiv	Casebeskrivelse med pre og post måling af behov for hjælp
Sample karakteristika	N		1	3	1	1	1	3
	Karakteristika		28 Kvinde	17,30,59 år, 1 kvinde, 2 mænd.	34 Mand, Hukommelse og eksekutiv	36 Mand,	45 Kvinde, Benægtelse, angst og depression	62-78 år
Skade	Skadestype:		TBI	ABI	TBI	TBI	TBI	ABI
	Skadens lokalisation		Højre frontal	-	-	-	-	-
	Tid post skade		6 mdr.	1882, 1995,1992	8 år	4 år	4,5 år	2 uger
	Sværhedsgrad		-	-	11 på GCS Intellectuel awareness			
Rehabilitering	Rehabilitering	Feedback	X	X		X		X
		Game board						
		Multikon-tekstuel			X	X		
		Psykotering					X	
		Gruppeterapi						
	Andet:	Terapeutisk alliance og målrettet adfærdsterapi (3 adfærdsterapi)	Self-determination model (SDM) med 3 faser (uddannelse, øvelse, real life) iht. pyramide mode.			Fokus på specifik adfærd, videotape	ABC-model i og nedadgående pile teknik, psykoterapi	Videofeedback, identifikation af fejl og løsningsstrategier under terapeutisk guidning. Brug af selvregulering. Udvalgte opgaver, Aktiv læring.
	Tid	Længde	7 mdr.	Over flere år	6 mdr.	16 uger	13 ugentlig sessioner.	-
Timer/session		-	-				-	
Setting	Inpatient/outpatient							
Indsigt	Målemetoder	Report Report	Pårø.		X	X (AQ)	X(SADI)	
			Staff /Prof	X				
		Report-Performace			X			
		Selvrapporing, staff				X(SADI)		
	Selvrapporing, PT							
Specifik	AQ				X			
	SADI				X			

	ke måle metoder	PCRS SRSI						
	Andet:	BAFQ Frekvens af uønsket adfærd						
Analysemetode		Deskriptiv (for opsynsperioder)	Beskrivelser, med afsæt i pyramide-model	Deskriptiv og beskrivelse	Deskriptiv	Case-beskrivelse og deskriptiv analyse.	Case-beskrivelse	
Resultater		Telefon 175->25	1, generel bedring. Men primær emergent awareness	Mere akkurat forudsigelse af task-performance. Udviste transfer af læring. Stabilit otte uger efter iflg. telefon interview med familie.	Frekvens i selv-korrigerede fejl op (9-27%, der ses yderligere stigning til 46% i follow up).	Generel god indsigt iht. SADI.	Generel bedring på udførelse af opgaver. Enten uafhængig eller ved brug af mindre hjælp.	
		Seksuelt eksplicit adfærd 13->0	2, blev bedre til at anvende kompensatoriske strategier, dog ikke i stand til at forudsige problemer eller tilpasse strategier til nye situationer.			Psykoteraapi bevirkede fald i angst og depression		
		Seksuelt suggestive adfærd 23->5	3, blev i stand til at verbalisere anticipatory awareness, men ikke i stand til at handle på disse.		Ingen betydelig forbedring på SADI.	Studiet demonstrerer at DD kan hindre rehabilitering.		
		Mindre upassende adfærd > bedre deltagelse i rehab.			Fald i diskrepans på AQ, men grundet ændring blandt pårørende			
Teoretisk afsæt og andet	Rehabilitering	Rehabilitering med ikke konfronterende feedback, terapeutisk alliance og adfærdsterapi	Rehabilitering iht. faser med afsæt i pyramide-modellen	Toglia & Kirk	Toglia & Kirk.	Langer og Pardrone, 1992.	Selv-regulering og aktiv læring.	
	Indsigt	-	Crosson et al.	Crosson et al.	Bio-psykosocial model	-	Luria	

Bilag 3. Casestudier (fortsat)									
Rapport karakteristikk	Forfatter		Fleming et al.	Chittum et al.	Zhou et al.	Toglia at al.	Rebmann & Hannon	Schlund.	
	Årstal		2006	1996	1996	2010	1995	1999	
	Peer-reviewed?		-	-	-	-	-	-	
	Studie design		Præ-post Og case	35 sessioner, måles hver gang	Tre faser og follow up	Single-subjekt design. Med gentagne mål	Case-beskrivelse, deskriptiv	Case-beskrivelse, deskriptiv	
Sample karakteristikk	N		4	3	3	4	3	1	
	Karakteristikk		23-40 år Må ikke være afatisk eller meget kognitivt nedsat.	19-56 år. Upassende adfærd	31-32. Aggressiv adfærd	29- 50	20,21,25år, mænd fra specialklasse for hjerneskadede, m hukommelses problem.	21 år mand	
Skade	Skadestype:blødning,TBI, apopleksi		ABI	ABI	ABI	TBI	ABI	TBI	
	lokalisering/lateralisering								
	Tid post skade		1-4,5 år		18 mdr-10 år	3-5 år		5 år post skade	
	Sværhedsgrad		Svær, via GCS, PTA-fase			Moderat			
Rehabilitering	Rehabilitering	Feedback					x	X	
		Game board		X	X				
		Occupational therapy	X						
		Multidimen/kontekst				X			
		Psykoterapi							
		Gruppeterapi							
	Andet:			Individuel trænings pakke			Adfærdsterapeutisk tilgang (forstærkning) med Feedback	Retrospektive og prospektive rapporter. Hukommelsesopgaver.	
Tid	Længde	10 uger	35 sessioner		5 uger (9sessioner)	2 gange ugentlig 5-6 uger			
	Timer/sessioner	1-2 hr. pr uge		1 hr. 3 gange pr. uge	75 min to gange pr uge	10-12 sessioner	37 sessioner		
Forsknings-Design	Tider for måling		Præ- og post intervention	Løbende måling, Præ- og post målinger opdelt i faser, 2 mdr follow up	Løbende målinger inddelt i faser, baseline, 1, 2 og 3, samt follow up (2,4 uger efter)	Præ- (4uger før),post- og post målinger (4 uger efter)	Hver session	Hver session	
Indsigt.	Mål Metoder	Report Report	Pårør Staff /Prof.	X (PCRS)		X(CRS)	X(AQ)		
			Report-Performace				Specifik indsigt	X	X
		Selvrapportering, staff	X(interview)				X (interview SRI)		
		Selvrapportering, PT							
	Specifikke måle metoder	AQ					X		
		SADI	X						
		PCRS	X						
SRSI					X				
Andet:			Procentvis Rigtige svar i spil	Procent rigtige svar og CRS	Interview til specifik indsigt	Brief Multi-parametric memory test			



Analysemetode	Deskriptiv med case-beskrivelse	deskriptiv	deskriptiv	Deskriptiv	Deskriptiv	Deskriptiv
Resultater	Fald i SADI hos alle. Fald i PCRS diskrepans hos 3 af fire. + cases	Procentvis bedring hos alle	Procentvis bedring hos alle. Umiddelbart ingen systematik iht. CRS	Ingen konsistent ændring på AQ. Stigning på SRSI for alle deltagere, der bevares 4 uger post. Ændringer i specifik, men ikke i generel indsigt.	Der ses en mindre diskrepans mellem performance og rapport. Dette skyldes både forbedring i performance og bedring i forudsigelse.	Når feedback og review introduceres forekommer der mere fald i forbedret genkaldelse og reduceret variation mellem selvrapporing og performance på recall-opgaver.
Teoretisk afsæt og andet	Rehabilitering	Toglia & Kirk				
	Indsigt	Toglia & Kirk				