

# **Identitets (re)konstruktioner hos mennesker med en erhvervet hjerneskade: Et casestudie af selv-narrativer og diskurser på hjerneskadeområdet**

*Chalotte Glintborg, Aalborg Universitet  
Lærke Krogh, Aalborg Universitet*

**Abstract:** Already in the 1930's, Goldstein introduced the term "catastrophic reaction" in order to describe the problematic psychological reactions to cognitive and neurological disabilities (Goldstein 1995 [1934]). Approximately 70 years later, Prigatano (1999) observed that the psychological consequences following an acquired brain injury were still poorly understood and treated in research and rehabilitating practices. This does not seem to have changed in the new millennium. The psychosocial consequences are still seen as the biggest challenge facing rehabilitation (Teasdale 2007; Glintborg & Jensen de Lopéz *et al.*). Research which investigates how clients describe and construct their situation, identity and recovery is still sparse (Danish Board of Health, 2011a; 2011b). A lot of research has investigated specific rehabilitation settings (e.g. hospitals) instead of looking at the rehabilitation process as a whole (Lund & Tamm 2001). The aim of this study is to investigate identity constructions during the first year of the rehabilitation process by means of client's descriptions and self-narratives. This paper describes Gert who is 51 years old. Gert had a stroke one year earlier. Gert will be presented as a case study. Through this case study, we examine how a person with an acquired brain injury (ABI) constructs his identity following an ABI and through the first year of his recovery process. This case study has been developed based on a semi-structured interview with Gert one year after his stroke. Discourse analysis drawing on the concepts of positioning and agency will be used to analyze self constructions (Harré & van Langenhove 1999; Potter & Wetherell 1987). The analysis reveals different identity constructions during the rehabilitation process. Furthermore, we found conflicting positionings from society, service providers and the adults with ABI.

**Keywords:** acquired brain injury, agency, identity, narrative, psychological consequences, psychological rehabilitation.

## **1. Introduktion**

En pludselig uventet sygdom medfører ofte store forandringer, der kan føre til eksistentielle og identitetsmæssige kriser eller andre psykologiske konsekvenser som fx depression og angst. Formålet med denne artikel er at undersøge, hvordan identitet er re- og co-konstrueret efter en erhvervet hjerneskade.

Det er velkendt forskningsmæssigt, at en erhvervet hjerneskade medfører psykologiske og sociale konsekvenser, som skal adresseres i løbet af rehabiliteringsprocessen. Siden midt 1990'erne (Morton & Wehmann 1995) har man vidst, at de psykosociale konsekvenser (fx depression, ensomhed, identitetstab, angst, mv.) efter en hjerneskade udgjorde de største udfordringer i rehabiliteringsforløb, og ny forskning bekræfter endnu engang dette (Glintborg *et al.* *ms.*).

I Danmark er der siden 2007 oprettet koordinatorstillinger på senhjerneskadeområdet i kommunalt regi til sikring af et sammenhængende og helhedsorienteret forløb for hjerneskaderamte. I 2011 var en væsentlig del af Sundhedsstyrelsens anbefaling og prioritering netop at sikre et sammenhængende og helhedsorienteret forløb for den enkelte borger, og dermed en anbefaling om et øget fokus på også de psykosociale følger (Sundhedsstyrelsen 2011a, 2011b).

Hjerneskadeforskning indenfor identitetskonstruktioner efter en hjerneskade er sparsom (fx hvordan borgerne positionerer sig selv eller positioneres og konstrueres af andre). Formålet med dette studie er derfor at bidrage til litteraturen ved at undersøge et udsnit af de forskellige identitetskonstruktioner, der foregår under et længerevarende forløb – her det første år efter en hjerneskade – og se på mulige forandringer af disse igennem recovery processen. Endvidere er

formålet med artiklen at undersøge, hvordan denne identitetsrekonstruktionsproces mestres, og hvilke sociale faktorer der har indflydelse herpå.

### 1.1. Identitets fokus i hjerneskaderehabilitering

Social og psykologisk rehabilitering bliver vigtig i den post akutte fase, da blandt andet det at vende hjem, på forskellig vis, igangsætter flere identitetsmæssige transitioner.

En af årsagerne til, at identitet i rehabilitering ikke har haft så stort et fokus, er, at de subjektive erfaringer fra klienter selv ikke har været anset som pålidelige eller vigtige kilder til information (Gracey et al. 2008). Ydermere har outcome mål alene været tænkt som indikatorer for rehabiliteringsprocessen – fx depressions- og angstscorer (Johnson et al. 2005). Ifølge Crisp (1994, citeret af Nochi 1998) har de fleste hjerneskadestudier, der har anskuet subjektive oplevelser, været ud fra en neurologisk og medicinsk tilgang, og et individuelt perspektiv har ikke været værdsat. Nochi beskriver det på følgende vis: "Despite research focusing on the subjective experience of ABI survivors, the self is still rarely regarded as a dependable variable of a brain injury" (Nochi 1998: 869).

Flere studier har indikeret, at en hjerneskade har en stor indflydelse på individets fornemmelse af sig selv (Muenchberger et al. 2008; Nochi 1997, 1998). Yehuda Ben-Yishay etablerede den holistiske rehabilitering i 1978. I den holistiske tilgang blev de psykosociale konsekvenser af en hjerneskade set som centrale faktorer, der skulle adresseres i rehabiliteringen – herunder identitetsrekonstruktionsprocessen (Ben-Yishay 2008). Selvom vi ved, at de psykosociale langstidsfølger udgør de største følger, har der været fokuseret meget lidt på disse i forsknings- såvel som i rehabiliteringspraksis sammenlignet med fysiske følger (Glintborg & Jensen de Lopéz fc; Hald 2013; Morton & Wehman 1995; Engberg & Teasdale 2005). Dog bliver identitetsrekonstruktioner i stigende grad anerkendt som en kritisk komponent i hjerneskaderehabilitering sammen med mere vanlige tilgange af fysisk og kognitiv karakter (Levack et al. 2010).

En hjerneskade kan ansues som en udviklingsproces, der først indeholder en sorgproces, hvor man siger farvel til det gamle selv for derefter at indlede en konstruktion af en ny identitet. Ifølge Cantor et al. (2005: 531) lever en person med en erhvervet hjerneskade med to selvbilleder "*hvem er jeg nu*" og "*hvem var jeg før*". At balancere og integrere disse to selvforståelser kan være stressfyldt og medføre psykologiske konsekvenser som fx depression eller angst. I 2005 undersøgte et studie af Vickery et al. (2005) positiv selvforståelse og fandt, at udviklingen af en positiv selvforståelse var en prædikator for højere livskvalitet.

Et andet studie af Cloute et al. (2008) udvidede denne ide og forklarede, at på trods af positiv outcome i forhold til arbejde, mobilitet mv., ville individer, der oplevede en forandring i deres identitet, have højere sandsynlighed for at få psykiske sygdomme, manglende positive forventninger til fremtiden og en forringet livskvalitet. Desuden kunne identitetsforstyrrelsen kædes sammen med en forringet evne til at danne sociale netværk (Hoofinen et al. 2001; Engberg & Teasdale 2004). Haslam et al. (2008) fandt, at opretholdelse af ens sociale identitet var en prædikator for velvære efter en hjerneskade.

Nochi, der undersøgte selvnarrativer hos hjerneskaderamte, fandt, at voksne med en hjerneskade ikke mestrer deres liv ved blot at acceptere deres hjerneskade, men ved "revising their self-narratives" (Nochi 2000: 1799). Elsass & Lauritsen (2006) peger endvidere på, at det, at mennesker, som har været igennem sygdom, er i stand til at formulere en sammenhængende historie omkring det, betragtes som en kritisk afgørende komponent for helbredelsesprocessen.

Muenchberger et al. (2008) foreslog, at for at hjerneskaderamte skal opleve en form for kontrol i deres livssituation, er det nødvendigt at skabe mening med forandringerne associeret med skaden og at forstå identitetstransitionsprocessen. Dette er i tråd med anden forskningslitteratur, der finder, at hjerneskaderamtes evne til at mestre identitetsforandringer er prædiktive for angstniveauer

(Dewar & Gracey 2007).

Opsummerende kan man sige, at det synes relevant at adressere identitetstransitioner efter en hjerneskode og at se disse som vigtige komponenter i hjerneskaderehabiliteringen.

## 2. Narrativer, identitet, diskurser og positionering

Narrativ identitet er i denne artikel forstået som situeret, pragmatisk og interaktiv (Lucius-Hoene 2000). Efter den narrative vending i socialvidenskaberne har opmærksomheden været rettet mod den rolle, som narrativer spiller i forhold til at skabe mening (meaning-making), og i forhold til rekonstruktion af identitet (Czarniawska 2004). De narrative fortællinger ses som influeret af kontekstuelle faktorer. Vi betragter narrativ identitet som noget, der ikke kun forekommer i en given kontekst, men også i forskningssituationer, hvorfor de anskues som situerede. De fortællinger, der fortælles i en forskningskontekst, kan ikke anskues som et selvstændigt produkt, og ej heller objektivt som noget, der afspejler en psykologisk virkelighed, da de ikke kan adskilles fra den sociale kontekst, de finder sted i – fx interviewsituationen. Det transskriberede interview er derfor ikke set som en monologisk tekst, men baseret på en første indledende analyse af den kommunikative forskningssituation (Lucius-Hoene 2000). Et interview er typisk optaget på diktafon, hvilket også er tilfældet i dette studie, men ud over dét, der inkluderes i optagelsen, sker der også noget forud for dette, fx at man hilser og smalltalker som en slags opvarmning til interviewet. Disse "udenomsaktiviteter" er forsøgt integreret ved hjælp af feltnoter i dette studie, da de også synes relevante for en helhedsorienteret forståelse af identitetsrekonstruktionsprocessen.

Som en tilgang til narrativ identitet trækker vi på diskurspsykologien (Davies & Harré 1990; Wetherell et al. 1997; Harré & van Langenhove 1999). Dette betyder, at identitet er forstået som konstrueret gennem diskurser og forhandlet mellem talende subjekter i sociale kontekster. Fænomener er derfor forstået som:

Internal (e.g., knowledge, intentions, agency, emotions, identity) or external (varying widely from more obvious constructions, such as marriage, money, and society, to less obvious ones, such as location, event, and continuity) and have their reality in an intersubjectively reached agreement that is historically and culturally negotiated. (Bamberg et al. 2011: 1)

Dette står i kontrast til en mere traditionel forståelse af identitet, hvor man *har* en identitet, og at generere en personlig identitet anses som et vigtigt livsprojekt. Indenfor diskurspsykologien anskues identitet i højere grad som en proces, som der konstant forhandles om (De Fina et al. 2006; Bamberg et al. 2011).

Termer som small-d og capital-D (stort og lille D) er ofte anvendt inden for forskning i diskurspraksisser og vil også blive anvendt i denne artikel. Store D diskurser ser på, hvordan subjektet konstrueres igennem og ved hjælp af eksisterende diskurser, mens lille d diskurser ser på, hvordan en person aktivt (agency) konstruerer sig selv. Indenfor store D diskurser er dominerende diskurser nogle diskurser, der er konsensus om "what is held to be aesthetically and ethically of value, and what is often simply taken to be truth, thereby creating institutional identities" (Bamberg et al. 2011: 4.). "Dominant discourses" eller "master narratives" anvendes også i en type diskursanalyse, som kaldes positioneringsteori (Bamberg 1997; 2003; Davies & Harré 1990). Hvem man er, og hvordan man forstår sig selv, afhænger derfor af de diskursive praksisser, som man er en del af:

Accordingly, who one is is always an open question with a shifting answer depending upon the position made available within one's own and others' discursive practices and,

within those practices, the stories through which we make sense of our own and others' lives (Davies & Harre 1990: 46).

### 3. Identitetsforskning på hjerneskadeområdet

Den narrative vending indenfor psykologien blev først italesat af Bruner (Bruner 1986 i flg. Czarniawska 2004: 3) og Polkinghorne (1988). Polkinghorne argumenterede for at:

Narratives are schema by means of which human beings give meaning to their experience of temporality and personal actions. They provide a framework for understanding the past events of one's life and for planning future actions. They are the primary schema by which human existence is referred meaningful. Thus the study of human beings by human science needs to focus on the realm of meaning in general, and on narrative meaning in particular. (Polkinghorne 1988: 11)

Nochi (1997, 1998, 2000) har, som ovenfor omtalt, undersøgt selv-narrativer hos voksne hjerneskaderamte. Nochis studie viste et hul i hukommelsen (a void) i mange af de narrativer, der blev fortalt. Ifølge Nochi bærer mange af informanterne på noget ukendt, som udgør en krise for selvet, da dette "hul" i hukommelsen afstedkommer barrierer i forhold til forståelsen af sig selv.

Cloute et al. (2008) fandt, i tæt relation hertil, at disse tabte minder ofte er udfordret af pårørende, der forsøger at lukke dette hul med deres version af det skete. Nochi (1998) identificerede tre områder, hvor der var sket et tab af identitet: (1) tab af selv i forhold til før og efter skade sammenligning, (2) tab af selv i andres øjne og (3) diskontinuitet af identitet via tabte eller forstyrrede minder. I Nochis senere forskning fokuserede han på, hvorledes personer med en erhvervet hjerneskade fandt sig tilrette med deres situation. Her konkluderede han, at for at der skulle foregå en positiv udvikling af selv-narrativer, var det nødvendigt, at denne udvikling skete i interaktion med andre mennesker, samfundet og kulturen fremfor i isolerede rehabiliteringsprogrammer (Nochi 1998). Dette får os igen til at rette et fokus på vigtigheden af at inkludere et identitetsfokus i rehabiliteringsprogrammer, og et fokus på det omgivende miljø og samfund.

Den relationelle betydning (den hjerneskaderamte i relation til andre) begynder langsomt at tone frem indenfor neuropsykologien og i rehabiliteringslitteraturen. I et mere nyligt studie af Cloute et al. (2008) afslørede deres diskursive tilgang, at opmærksomheden skal rettes imod, hvordan mennesker med en erhvervet hjerneskade er positioneret og identificeret, særligt indenfor en medicinsk diskurs (fx patient-ekspert, unormal-normal, syg-rask). Disse medicinske diskurser har stor indflydelse på, hvordan en person forstår sig selv. Ifølge Cloute et al. efterlader den medicinske model ikke meget rum til, at hjerneskaderamte kan konstruere deres identitet på alternative måder.

Forskningen indenfor identitet og hjerneskade viser en stigende interesse i at høre erfaringer fra den ramte selv. Derved bliver narrative identiteter et værdifuldt forskningsområde. Denne viden er af afgørende betydning for såvel forsknings- som praksisudvikling indenfor rehabiliteringspsykologi.

### 4. Metode og teoretisk afsæt

Den anvendte data i denne artikel er del af et større longitudinationelt studie, der ser på langtidseffekterne af koordineret og helhedsorienteret rehabilitering. Dataen er primært indsamlet af Charlotte Glinborg og med assistance fra Lærke Krogh. En del af denne forskning består af semi-strukturerede interviews med voksne med en erhvervet hjerneskade (N=45). Interviewene er foretaget første gang, mens informanten var indlagt på hospitalet, og anden gang ca. et år efter, hvor

interviewet foregik i informantens eget hjem. Interviewene havde en varighed af 1-2 timer. Et af disse interviews fra et år efter skaden vil blive brugt i denne artikel som et casestudie. Alle anvendte navne på personer og steder er fiktive for derved at sikre anonymitet.

Analyserne følger en diskurspsykologisk diskursanalyse (Davies & Harré 1990; Potter & Wetherell 1987). Indenfor socialpsykologien har diskursanalysen udviklet sig til en vigtig socialkonstruktionistisk fremgangsmåde. Diskurspsykologien står i kontrast til en kognitivistisk tilgang til sprog og tekster, idet den ser disse som konstruktioner af verden, der orienteres mod sociale handlinger. Forskellige tilgange inden for diskursanalysen deler et syn på diskurser som konstituerende kræfter i konstruktionen af virkeligheden (Phillips 2010). Den valgte tilgang i dette casestudie følger Davies & Harrés (1990) tilgang, hvor fokus især er rettet imod, hvordan den diskursive praksis konstituerer agenter på bestemte måder, og samtidig bliver en ressource, fordi agenterne eller samtalepartnerne her også kan forhandle nye positioner. Denne form for diskursanalyse har til formål at undersøge, hvordan personer anvender tilgængelige diskurser til at fremstille sig selv og verden på bestemte (fordelagtige) måder i social interaktion, og hvilke sociale konsekvenser det kan have (Jørgensen & Phillips 1999: 16). Det er en form for socialpsykologi, der er udviklet til at undersøge "relationerne mellem individer og gruppers betydningsdannelser og handlen på den ene side og bredere samfundsmæssige strukturer og processer på den anden" (Jørgensen & Phillips 1999: 16). Det postmoderne samfund er ofte kendetegnet ved, at viden er kontingent, relativ og socialt skabt, hvorfor et socialkonstruktionistisk og diskursanalytisk metodisk afsæt i det foreliggende studie er valgt.

### 5. Analyse: selv-narrativer og identitetsmæssige transitioner

Informanten i dette casestudie er som nævnt Gert på 51 år, der har en uddannelse inden for økonomi. Gert beskriver, at det primært er på en række fysiske områder, at han mærker konsekvenserne af hjerneskaden, bl.a. i forhold til hans udtale: "Altså, det jeg har problem med, det er grundlæggende, at på et eller andet tidspunkt så begynder musklerne at blive slappe i munden, og det vil sige, jeg skal tale ekstra tydeligt og bruge mange kræfter på det" (Interview Gert, linje 118-120). Dette oplever Gert som problematisk i sociale sammenhænge, da det skaber et skel i forhold til hvem han *er* og *var*:

Jeg har altid været den, der sad med den hurtige og dumme kommentar i alle mulige forsamlings, og altid den der tog ordet, og det [ikke at kunne det på samme måde efter hjerneskaden, forf.] har været noget at skulle vænne mig til. Fordi jeg kunne jo ikke bare sidde og snakke, for hvis jeg ikke koncentrerede mig om at sige det, så kom ordene forkert ud, og så ville der bare være vrøvl. Og det lægger en begrænsning på selve min natur ...ved ikke at være så hurtig i replikken mere. (Interview Gert, linje 232-236)

Den diskurspsykologiske tilgang til identitet (Davies & Harré 1990; Wetherell et al. 1997; Harré & van Langenhove 1999) kan bruges til at forstå, hvilken rolle hjerneskaden spiller i forhold til Gerts identitet. I citatet bliver det tydeligt, hvordan det ikke er hjerneskaden i sig *selv*, der ændrer Gerts identitet, men at det i stedet er de omgivende sociale kontekster og interaktioner, der bliver identitetsforandrende og -skabende. Hvis Gert taler uden at koncentrere sig, vil ordene komme forkert ud, mens den øgede koncentration og færre hurtige replikker vil skabe en "anden Gert" i sociale sammenhænge. Implicit fremsættes altså to mulige og forskellige scenarier, der, uanset hvilken der realiseres, vil medføre ændringer i den sociale kontekst, i interaktionerne og dermed i Gerts (sociale) identitet. Denne identitetstransitionsproces bliver endvidere interessant samt nødvendig at anskue ud fra en narrativ tilgang, da selv-narrativer rummer hans fortællinger og forståelse af tidligere erfaringer og nuværende handlemuligheder (Polkinghorne 1988):

Jamen jeg har altid haft den holdning, at jeg kan alt. Altså...så hvis der kommer en udfordring, så vil jeg også kunne udstå det. Og det har jeg så gjort på forskellig vis. Og jeg har aldrig været særlig flittig i skolen eller på universitetet, men det går jo alligevel. Og kastet mig ud i nogle opgaver jeg ikke kendte noget til, og det gik også godt nok. Så jeg har ikke oplevet, at der var nogen ting, hvor nu oplevede jeg en begrænsning: "Det der, det kan du ikke". (Interview Gert, linje 222-226)

Af citatet ses det, hvordan Gert forsøger at skabe mening med sin nuværende situation. I uddraget fortæller Gert om, hvordan han, trods en ikke så ihærdig indsats eller manglende kendskab til opgaver, alligevel har klaret sig fint. Dette kan forstås som en måde, hvorpå Gert forholder sig til tidligere måder at mestre udfordringer på og forsøger at skabe mening imellem disse og sin nuværende situation. En dybere undersøgelse af det sproglige ordvalg og komposition i selvnarrativet er endvidere interessant. Gert beskriver fx ikke, at han "ikke længere kan alt", men bruger i stedet et ord som "begrænsninger" og siger: "Men der er ikke nogle ting, jeg **ikke** kan. Jeg skal bare gøre det i mindre portioner" og senere: "...jeg har jo skulle indse, at der er nogle ting, som jeg ikke kan så godt mere." (Interview Gert, linje 309-310;231). Ord og begreber som "mindre portioner" og "ikke så godt" kan tænkes at eksistere som en form for kontinuum og fungere som en slags *modificering* og justering af det bærende narrativ om at kunne alt. Imidlertid kan det, at disse ord tilføjes, betragtes som en rekonstruktion af narrativet og dermed en rekonstruktion af Gerts identitet. Rekonstruktionen skabes imidlertid i overensstemmelse med et ønske om stadig at opleve sig selv som en stærk aktør: "Ja men jeg vil gerne tænke, at jeg **vil** gerne kunne alt" (Interview Gert, linje 267). Vi forstår Gerts ordvalg som et, der anerkender de identitetsmæssige forandringer, men som ikke bliver determinerende eller selvstigmatiserende, ved eksempelvis ikke at trække på eksisterende store D diskurser med tilgængelige begreber som fx "handicappet" og dermed forbundne kausale sammenhænge. Sådanne diskurser skal vi nu se nærmere på.

### 5.1. Mødet med store D diskurser

Mødet med store D diskurser kommer bl.a. til udtryk, da Gert fortæller om sin indlæggelse efter skaden samt rehabilitering uden for sygehus regi: "...jeg følte nogen gange, at de kom hen og spurgte: 'Skal jeg hente et glas vand til dig.' Og noget af det jeg kunne, var at gå selv." (Interview Gert, linje 94-95), og han udtaler senere om et gruppeforløb, han var en del af:

...det var nogenlunde det samme, hver gang vi startede...med at fortælle hvad vi hed, og hvad der var sket, og hvor lang tid siden det var. Så skulle vi synge en sang, og så skulle vi snakke om en eller anden artikel fra radio eller tv eller avis...Det var nogenlunde de samme øvelser vi lavede der, som jeg lavede den allerførste dag med talepædagogen. Så jeg følte det var at blive sat tre måneder tilbage i udviklingen. (Interview Gert, linje 103-108)

I det første citat skabes et indtryk af en relation mellem en behandler og en *patient*, hvor pasnings- og plejeretoriske handlinger danner udgangspunkt for rehabiliteringen. Næsten samme diskurs præger det gruppetilbud, som Gert bliver en del af, hvor han som borger med en hjerneskade bliver mødt ud fra tanken om, at alle starter på samt følger samme udviklingstrin. Der er derfor tale om store D diskurser, fordi der eksisterer en vis enighed i måden at møde mennesker med en erhvervet hjerneskade på. Det, som her er interessant, samt fælles for begge eksempler, er at disse dominerende diskurser står i kontrast til lille d diskurser: Nemlig Gerts agency og selv-narrativ, der er konstrueret ud fra den overbevisning, at Gert kan alt, men bare skal gøre det i mindre portioner. Davies & Harré (1990) taler netop ikke blot om positioner, men om *mulige* og *tilgængelige*

positioner. I de to eksempler fra rehabiliteringsforløbet forstår vi Gert som en, der grundet hjerneskaden positioneres som værende "syg". Imidlertid vidner interviewet om, at Gert ikke definerer sig ud fra store D diskurser og de i eksemplerne tilgængelige positioner, hvilket er interessant. Derimod kritiserer Gert rehabiliteringen for at være for standardiseret med for få individuelle tilbud og griner desuden, da han fortæller, at han blev tilbudt et glas vand af personalet på sygehuset (Interview Gert, linje 434-435; feltobservationer). Dette kan ses som et udtryk for en stærk agency, og et bærende ønske om at være aktør i eget liv og forfatter til egen livsfortælling. Agency bliver dermed en væsentlig faktor i forhold til ikke at lade sig positionere ud fra tilgængelige positioner og dominerende diskurser.

### 5.2. *Situeret identitet: at være den samme og alligevel anderledes*

Da vi forstår identitet som situeret og pragmatisk (Lucius-Hoene 2000), fordrer dette et behov for at betragte Gerts selv-narrativer som indlejret i sociale kontekster. I det følgende fortæller Gert netop om, hvordan han oplever det, at blive opfattet som "den gamle og raske Gert", samtidig med selv at vide og mærke, at noget er anderledes efter skaden:

- G: Jeg tror, jeg oplever mig selv som en anderledes person, end andre ser mig. Fordi, det jeg hører fra andre det er, at de ikke kan mærke forskel. Men **jeg** kan mærke forskel. Og jeg **ved**, det er anderledes, end det plejer at være. Men altså...når jeg nu sidder og er frisk og snakker med nogen i den første halve time eller sådan noget, så er der ikke noget fysisk de kan se...
- I: Nej. Og hvordan oplever du så den forskel...? [på hvordan andre og Gert selv oplever Gert, forf.]
- G: Det er både godt og skidt. Godt på den måde...fordi det gør mig jo glad, det ikke er noget der åbenbart er så åbenlyst over for andre. Men på den anden side også lidt irriterende, fordi at så er det jo bare gamle Gert, og så skal vi ikke tage hensyn til ham mere, for nu er han jo rask. (Interview Gert, linje 263-276)

Gert fortæller, at det både kan være rart og ubehageligt, at hans omgivelser opfatter ham som den samme som før skaden. At det opleves rart, kan knytte sig til en række inkluderende og positive aspekter: Næmlig oplevelsen af at være den samme over tid (have et stabilt og kohærent selv-narrativ), oplevelsen af social inklusion og endelig en mindsket risiko og heraf angst for social eksklusion eller stigmatisering. Når Gert fx er i en sårbar situation, kan det derimod tænkes at opleves mere ubehageligt, når der ikke tages hensyn, og han kan have et behov for, at andre mennesker netop udviser mere hensyn. I én kontekst kan det altså være afstigmatiserende og lettende ikke at blive positioneret i en kategori som værende "syg", mens det i en anden kontekst kan føles som en belastning, der emotionelt er stressende. Vi kan, udover at forstå dette som et udtryk for situeret identitet, forstå det som et udtryk for menneskelig ambivalens. Jf. Bruner (1991) indeholder narrativer behag såvel som ubehag, hvorfor vi ikke tolker Gerts ambivalens eller fortælling som en, der er udtryk for en modstridende eller usammenhængende identitet.

Ud fra dette casestudie kan situeret identitet på den ene side resultere i en form for angst for ikke at kunne opretholde en vis identitet på tværs af sociale arenaer, ligesom det på den anden side kan være af værdi for Gert at kunne trække på forskellige positioner og herunder identiteter. Ifølge Phillips bliver subjekter nemlig ikke blot konstrueret ud fra én position, men forskellige diskurser giver subjektet forskellige positioner at tale fra (Phillips 2010). Vi forstår derfor situeret identitet som et udtryk for, at der i forskellige sociale diskurser og kontekster bliver skabt forskellige muligheder og fortællinger.

Endvidere er det interessant, at Gert selv bruger udtrykket "gamle Gert". Udtrykket vidner om, at Gert selv opfatter sin identitet i henhold til en sondring mellem, hvem han var, og hvem han

er. Med afsæt i en diskursiv tilgang til identitet som en proces (De Fina et al. 2006; Bamberg et al. 2011) kan Gerts identitet netop forstås som placeret imellem disse forståelser; og hverken som "før" eller "nu". Eksempelvis er ny viden et forhold, der får Gert til at indtage en slags lærings- og udviklingsposition. Dette ser vi, da Gert fortæller, at han har "...lært meget om helbredet og hvordan kroppen reagerer." (Interview Gert, linje 300-301), og at det derfor kan kræve, at han skal "...sidde to tre minutter herinde på en stol og slappe af så funker jeg igen." (Interview Gert, linje 299-300). Denne nye viden skal Gert integrere, ikke blot i sin selvforståelse, men også i sit sociale liv. Gert fortæller nemlig, hvordan han tidligere selv kunne blive irriteret på andre, som holdt pauser (Interview Gert, linje 217). Her kan det for Gert være nødvendigt at opleve, hvordan andre ikke bliver irriteret på *ham*, hvis der opstår et behov for at "tage en pause". Sådanne positive oplevelser vil være befordrende for Gerts selvbillede, men nødvendiggør, at en sådan proces eller situation sker i det sociale miljø, hvilket er i overensstemmelse med Nochis (1998) konklusion om, at en positiv udvikling af selv-narrativer kræver, at disse genereres i interaktioner med andre mennesker og samfundet som hele.

### 5.3 Opsummering af analyse

Analysen peger på, at der i rekonstruktionsprocessen trækkes på borgerens tidligere erfaringer med at udstå og mestre udfordringer. Desuden foretages denne rekonstruktion i casestudiet ud fra ønsket om at opleve sig selv som en stærk aktør, hvorfor agency bliver en central komponent i rekonstruktionsprocessen og befordrende for positive selv-narrativer. Endvidere finder vi på baggrund af analysen, at Gerts identitet må forstås som situeret samt socialt skabt og opretholdt. Dette var forbundet med en ambivalens, da det både føles rart og ubehageligt på samme tid: rart, at kunne træde ud af rollen som "ham med en hjerneskade", men samtidigt svært, når et mere usynligt handicap bliver ensbetydende med mindre hensynstagen og en forventning om, at Gert er den samme som før. Overordnet kan analysen siges at pege på, at der uundgåeligt er identitetsmæssige transitioner som følge af en erhvervet hjerneskade, og at rekonstruktionen af selv-narrativer ikke blot er et personligt anliggende, men nærmere en social, interaktiv og ikke tidsmæssigt afgrænset proces.

## 6. Diskussion

### 6.1. Selv-narrativ som udviklingsværktøj

Vi har i analysedelen peget på, hvordan Gerts rekonstruerede selv-narrativer, der trods følgerne af hjerneskaden stadig er i overensstemmelse med ønsket om at opleve og forstå sig selv som aktør i eget liv. I introduktionen til artiklen nævnte vi Cantor et al.'s sondring (2005) mellem to selvbilleder, "hvem er jeg nu" og "hvem var jeg før", og det er måske netop særligt disse to forhold, som et selv-narrativ efter pådragelsen af en hjerneskade sigter mod at syntetisere. Fx fortalte Gert om, hvordan han tidligere var blevet irriteret på andre, som tog sig pauser – hvor han i dag ville være genstand for egen irritation, hvis han ikke reviderer sit selv-narrativ efter de aktuelle omstændigheder. Selvom vi forstår identitet som en kontinuerlig og dynamisk proces og ikke et enkelt eller vedvarende stadie, man kan nå til, betragter vi Gert som en, der er langt i sin identitetstransitionsproces, da denne indebærer at arbejde udover accepten af skaden (jf. Nochi 2000) og hen imod en integrering eller balancering af tidligere og nuværende selvbilleder, til et mere integreret selv-narrativ.

Når selv-narrativet formår at balancere eller integrere de to selvbilleder og kan anses for at have gennemgået en rekonstruktionsproces, forstår vi det som et, der kan bane vej for udvikling. Antropologen Mattingly beskriver, at fortællinger bærer et potentiale, som "...rækker langt udover biomedicinens virkefelt. De kan medvirke til omdannelse af identitet, fortolkning af fortid og endog skabelse af fremtidsscenerier" (Mattingly 2005: 14). Med afsæt i en betragtning af selv-narrativet som en form for udviklingsværktøj skabes en optimistisk tiltro til det enkelte individ om, at dets

fortælling bliver en stærk ressource og kapacitet i et svært forløb, og som jf. Mattingly (2005) bliver vigtigere og mere udviklingsskabende end biomedicinens tekniske og diagnostiske rationale. At forstå selv-narrativet som en slags udviklingsværktøj kræver først og fremmest, at der altid tages udgangspunkt i det enkelte individ. Ikke mindst er dette en nødvendighed inden for hjerneskadeområdet, hvor skadens konsekvenser rammer og opleves individuelt. Her er det forskelligt, hvad der, udover selv-narrativet, er faciliterende for udvikling i den enkeltes liv. På baggrund af dette casestudie foreslår vi dog to komponenter i relation til selv-narrativer som udviklingsværktøj, og som vi foreslår også kan generaliseres til andre borgere med en erhvervet hjerneskade. Disse er *ressourcer* og *agency*, hvoraf det er sidstnævnte, *agency*, som af de to er den mest fremmende faktor, når vi betragter selv-narrativets udviklingsmæssige potentiale og funktion.

Ressourcerne skal forstås bredt, både som materielle goder og som indholdsmæssige positive oplevelser. Selv-narrativer, der beror på mere negative oplevelser eller erfaringer, vil uundgåeligt bidrage til mere negativt ladede selv-narrativer. Imidlertid forstår vi *agency* som et forhold, der rækker udover indholdet i selv-narrativerne. Da Gert bliver fyret, kunne det, at han mister sit arbejde, være af stor betydning for hans fortælling og selv-billede. I stedet for at generere en fortælling om fyringen og oplevelsen af denne, fortæller Gert, at han allerede har fundet sig et nyt og andet arbejde. Dette vidner om, at selv-narrativet ikke blot er afhængigt af det oplevede og indholdet i fortællingen, men netop er forbundet til en særlig intentionel og viljemæssig faktor: Nemlig *agency*.

## 6.2. Agency

Hvor ressourcerne i selv-narrativerne kan forstås som en form for indhold (produkt), bliver *agency* bl.a. den faktor, der er medvirkende til, at individet når derhen, hvor vedkommende vil (proces). I forbindelse med identitetstransitioner og rekonstruktioner er *agency* derfor en væsentlig faktor. Det at tro på egne evner, og at man har indflydelse på ens eget liv, forstår vi som det helt centrale element i re- og co-konstruktionsprocessen. Selv-narrativet bliver således også en måde at håndtere en eventuel smerte, et ubehag og nye livsomstændigheder på, og rummer netop et stort udviklingspotentiale *i sig selv*. Fx kan Gerts rekonstruerede selv-narrativ ses som en måde at mestre de nye udfordringer og indsigter på, ved bl.a. at trække på tidligere erfaringer om succeser: Her skabes en form for overbevisning om, at *det kunne jeg også før, så det kan jeg også nu*. Idéen om selv-narrativ som udviklingsværktøj skal ikke nødvendigvis ses som afhængigt af handlen og aktivitet *imod* noget, men kan netop også bestå i evnen til at tilpasse sig de nye omstændigheder. Vi anskuer det som en menneskelig kapacitet at have evnen til at udvikle et andet mere foretrukket eller befordrende selv-narrativ, da selv-narrativer via sproget *kan* rekonstrueres og modificeres. Dette er ikke ensbetydende med at reducere den biologiske side af skaden til noget, der kan italesættes anderledes eller mere positivt i et selv-narrativ. Imidlertid forstår vi selv-narrativerne som konkrete sproglige værktøjer og invitationer ind til andre menneskers verden, hvorfra de mere udviklingsorienterede historier kan tænkes at stimulere til læring og udvikling. Disse bør da, i rehabiliteringspraksis eller af individet selv, understøttes så de, som hos Gert, bliver bærende former for narrativer.

Selv-narrativer må betragtes som en del af en rehabiliteringspraksis, som historisk set er influeret af særligt to diskurser: En medicinsk og en social tilgang til hjerneskade. Hvordan disse diskurser har indflydelse på individets selvforståelse og selv-narrativer, skal vi nu se nærmere på.

## 6.3. Social og medicinsk forståelse: hvordan forstår vi hjerneskade?

Som reaktion på den hidtil dominerende medicinske forståelse af handicap og hjerneskade opstod i 1970'erne den sociale model. Med denne nye sociale forståelse fulgte også idéen om, at individet med fx en hjerneskade ikke længere kunne defineres som værende handicappet generelt, men at vurderingen heraf altid måtte ske i den enkelte situation og kontekst (Bengtsson 2005). Hvor

biomedicinens grundlæggende foranstaltning er en korrekt behandling af individet, stræber den sociale model efter at skabe ændringer og tilpasninger i miljøet for en bedre tilgængelighed heraf, samt at gøre op med den reduktionisme, som i dennes optik har været resultatet af mange års ensidig medicinsk tilgang.

I indledningen refererede vi til Cloute et al. (2008), der fandt, at de medicinske diskurser har stor indflydelse på individets selvforståelse. I forhold til denne problematisering mener vi dog, at det bør undersøges nærmere, *hvordan* den medicinske og den sociale model får indflydelse på individets selvforståelse og grænsefladerne imellem de to diskurser. Ifølge Bengtsson (2005) er den medicinske model ofte blevet kritiseret for at være "mere autoritet end videnskab og dermed formynderisk, samt for at fremstille personen med handicap på en negativ måde" (Bengtsson 2005: 26). Imidlertid finder vi ikke grundlag for at forstå den biomedicinske diskurs begrænsende eller stigmatiserende i sig selv, men ud fra en observation af, at den i Gerts tilfælde overvejende synes at stå alene. Hvidbogen (2004) adresserer netop dette aspekt og skriver, at den biomedicinske tilgang: "...virker begrænsende på rehabiliteringsorienteret arbejde, når den ikke kobles med en situations- og borgerorienteret referenceramme" (Sau Johansen et al. 2004: 52). Ét forhold at være opmærksom på er dermed, at biomedicinen ikke bør eller kan indgå isoleret i henhold til at opnå et helhedsorienteret udgangspunkt for rehabilitering (Engel 1977). Et andet væsentligt forhold er, at vi bør rette vores opmærksomhed imod, hvad der sker, når biomedicinen netop kobles sammen med en mere social og diskursiv tilgang til handicap og hjerneskade og møder kritik fra samme. De tidligere omtalte medicinske diskurser, som fx *syg-rask/normal-unormal*, forbindes ofte til den medicinske model "pr. automatik", men man kan stille spørgsmålet, om disse er direkte affødt af den medicinske model, eller derimod af andre sociale samt sproglige processer og diskurser. I interviewet med Gert kan han fortælle om et testsvar, som han fik ved udskrivelsen fra sygehuset. Gerts scores var alle over gennemsnit, hvortil han siger, at han derfor har forhåbninger om at blive såkaldt "normal" igen (Interview Gert, linje 203-210).

Når Gert får et testsvar om, at hans scores er over gennemsnit, og i samme kontekst udtaler, at han da har forhåbninger om at blive "normal igen", bør vi kritisk se nærmere på, om normalitetsbegrebet direkte affødes af den medicinske tilgang, eller om der er andre processer og diskurser indblandet, der influerer på Gerts selv-narrativ.

Ifølge forfatterne er svaret på testen, og Gerts reaktion herpå, et udtryk for en *fortolkningsproces*. Denne form for fortolkningsproces kan komme til udtryk på multiple måder: for eksempel som lettelse over at have fået en diagnose, da denne kan være knyttet til en form for afklaring og forståelse fra en selv og andre, samt være udløsende for en behandlingsgaranti. Disse fortolkningsprocesser kan anskues som *reaktioner* på en medicinsk diagnose, men bør ikke betragtes som udelukkende betingede af denne, ligesom disse reaktioner ikke udelukkende bør opfattes negativt. Vi kan her drage en parallel til et tidligere eksempel i interviewet med Gert, hvor han ind i mellem finder det irriterende, at der ikke tages hensyn til ham blandt kollegerne, og at de kan tænke, at han er "gamle og raske Gert" (Interview Gert, linje 274-276).

Her kan en diagnose for nogle opleves som den hjælp og det redskab, der kan forventningsafstemme i forhold til samfundets og andres forventninger, eksempelvis på arbejdsmarkedet.

I den sociale models optik er et kritikpunkt af den medicinske tilgang, at den skaber lighedstegn og associationer imellem kroppens patologier og individets identitet. Imidlertid mener vi, det her er vigtigt at have for øje, at den medicinske model aldrig har ment, at man *skulle forstå hele sin identitet* ud fra den pågældende diagnose.

Ud fra denne opmærksomhedsskærpelse og optik er diagnosen altså ikke i sig selv negativ eller stigmatiserende, men garant for en vis medicinsk konsensus og behandling; imens det er de sociale processer, fortolkninger og heraf afledte sociale diskurser, der kan medføre risiko for stigmatisering. I øjeblikket ses der for eksempel en generelt samfundsdebat (se fx Brinkman 2010)

om, hvorvidt et menneske *er* sin diagnose - fx hvorvidt man kan betegne en person med skizofreni som skizofren. Den medicinske model har aldrig advokeret for, at mennesket med en erhvervet hjerneskade "ikke er andet" end hjerneskadet. Dermed skabes der i sociale og sproglige praksisser en forståelse af, at den medicinske model begrænser individet; mens man kan stille sig selv spørgsmålet, om diagnosen eller sprogets magt udgør den tungeste og mest opretholdende faktor. Med afsæt i en postmoderne og socialkonstruktionistisk tankegang bør vi netop i højere grad problematisere *måden*, hvorpå vi forstår og fortolker modeller, end modellen per se, da mennesker ikke blot positioneres af modeller (fx den medicinske), men netop qua dertil knyttede sproglige praksisser. I vores optik skabes der både ud fra en biomedicinsk forståelse og en mere social tilgang til handicap og hjerneskade en række identifikationsmuligheder, som påvirker identitetstransitionsprocessen. Én måde at gøre dette på er ved at betragte diagnosen (hjerneskaden) som situeret, som vi også betragter identitet. Det sker fx ved at forstå Gert som en, der kan have en dårlig dag eller reagerer på en bestemt måde, uden dette nødvendigvis har noget med hjerneskaden at gøre. At forstå eksempelvis diagnoser som situerede kan vi også bruge til at anerkende, at Gerts ønske om at blive såkaldt "normal" måske mere refererer til egne standarder eller idéer (fx ønsket om at vende så meget som muligt tilbage til sin fysiske "form" som før skaden), end det refererer til forestillingen om at være underlagt en biomedicinsk og dominerende diskurs om at være hjerneskadet og kun tilbydes de diskurser (syg/rask, normal/unormal), som vi tidligere har beskrevet ofte er dominerende diskurser på området. Det kan derfor, afhængigt af den respektive kontekst, være befordrende at forstå individet som eksternaliseret fra sin diagnose eller skade, da denne ikke *er* selve individet – eller sagt med andre ord, at diagnosen træder i baggrunden og mennesket i forgrunden.

## 7. Konklusion

Dette casestudie har haft til formål at undersøge identitetsrekonstruktioner et år efter pådragelse af en hjerneskade ved at betragte borgerens selv-narrativer. Vi analyserede disse ud fra en diskursanalytisk tilgang og ud fra narrativ teori. I analysen så vi, hvordan der igennem selv-narrativer skabes mening med tilværelsen, blandt andet ud fra tidligere erfaringer med at udstå udfordringer. Identitetstransitioner og -konstruktioner må forstås som sociale processer, som både skabes i, og er produkter af, den relationelle og interaktive kontekst. Vi pegede på, at selv-narrativets funktion blandt andet er at integrere to forskellige selvbilleder, hvem "var jeg før" og hvem "er jeg nu", men at disse også kan forstås som en dynamisk proces, fx en læringsproces, hvori borgeren hele tiden opnår ny viden og nye erfaringer, som skal integreres og afstemmes i det sociale miljø.

Videre diskuterede vi selv-narrativets facilitative betydning i form af narrativet som en slags udviklingsværktøj. Selv-narrativet kan fungere som en form for "aktiv mestring" og fremmes ydermere af en stærk agency, der i sidste ende har betydning for, hvorvidt tilværelsen opleves som meningsfuld. Et fokus på selv-narrativer og individets beskrivelse af sygdomsforløbet giver borgeren en aktiv stemme og derigennem indflydelse på egen fortælling og eget liv. Dette kan være med til at forstærke oplevelsen af agency, der igen er medvirkende til mere positive og sammenhængende narrativer.

På baggrund af diskussionen forstår vi ikke hhv. den medicinske og den sociale model som "rigtig" eller "forkert", men i stedet som vi forstår narrativer: Som ét gyldigt udsnit af verden. Dog mener vi, at en opmærksomhedsskærpelse er nødvendig i forhold til ikke at forstå den medicinske model som begrænsende eller stigmatiserende i sig selv. Her pegede vi på fortolkningsprocesser som mulige reaktioner på fx en medicinsk diagnose, uden at disse fortolkningsprocesser nødvendigvis er affødt af sådanne. På baggrund heraf finder vi det væsentligt at forstå den medicinske model som en, der ikke i sig selv opretholder en universal sandhed om individets *identitet*, men i stedet som en model, der har udviklet et sæt betingelser og procedurer for, hvordan vi biologisk set kan forstå og behandle eksempelvis fysiske hjerneskadefølger.

På baggrund af denne artikel og det beskrevne casestudie foreslår vi, at fremtidig forskning undersøger nærmere, hvordan selv-narrativer kan anvendes i rehabiliteringspraksis som et udviklingsværktøj. Selv-narrativerne kan bidrage til bedre mestringsstrategier og derigennem øget livskvalitet og trivsel. Som den indledningsvis nævnte forskning, samt dette casestudie, peger på, er fokusområder som sprog, selv-narrativer og identitet helt centrale aspekter i rehabiliteringsøjemed.

## Referencer

- Bamberg, Michael (2003). 'Positioning with Davie Hogan: Stories, tellings, and identities'. I Colette Daiute & Cynthia Lightfoot (reds.). *Narrative analysis: Studying the development of individuals in society*. London: Sage. 135–157.
- Bamberg, Michael., Anna De Fina & Deborah Schiffrin. (2011). 'Discourse and identity construction'. I Seth J. Schwartz, Koen Lyuckx & Vivian L. Vognoles (reds.). *Handbook of Identity Theory and Research*. Berlin/New York: Springer Verlag. 1-23.
- Ben-Yishay, Yehuda, Jack Rattok, Phyllis Latkin, Eugene D. Piasetsky, Barbara Ross, Saralyn Silver, Ellen Zide & Ora Ezrachi (1985). 'Neuropsychological rehabilitation: Quest for a holistic approach'. *Seminars in Neurology*, 5: 252-259.
- Bengtsson, Steen (2005). *Princip og virkelighed. Om sektoransvar i handicappolitikken*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Brinkman, Svend (red) (2010). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Bruner, Jerome (1991). 'The narrative construction of reality'. *Critical Inquiry*, 18(1): 1-21.
- Cantor, Joshua B., Teresa A. Ashman, Michael E. Schwartz, Wyne A. Gordon, Mary R. Hibbard, Margaret Brown, Lisa Spielmanm Heather J. Charatz & Zhifen Cheng (2005). 'The role of self-discrepancy theory in understanding post-traumatic brain injury affective disorders: A pilot study'. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(6): 527-543.
- Cloute, Karen, Annie Mitchell & Philip Yates (2008). 'Traumatic brain injury and the construction of identity: A discursive approach'. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5/6): 651-670.
- Czarniawska, Barbara (2004). 'The narrative turn in social studies'. I Barbara Czarniawska (red.), *Narratives in Social Science*. London: Sage. 1-16.
- Davies, Bronwyn, & Rom Harré (1990). 'Positioning: The discursive production of selves'. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20(1): 43–63.
- De Fina, Anna, Deborah Schiffrin & Mochael Bamberg (2006). 'Introduction'. I Anna De Fina, Deborah Schiffrin & Michael Bamberg (reds.), *Discourse and identity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 1-23.
- Dewar, Bonnie-Kate & Fergus Gracey (2007). "'Am not was": Cognitive behaviour therapy for adjustment and identity change following herpes simplex encephalitis'. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17(4/5): 602-620.
- Elsass, Peter & Peter Lauritsen (2006). *Humanistisk sundhedsforskning*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Engberg, Aase W., & Thomas W. Teasdale (2004). 'Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: A long-term population-based follow-up'. *Brain Injury*, 18: 533-545.
- Engel, George L. (1977). 'The need for a new medical model: A challenge for biomedicine'. *Science*, 196(4286): 129-136.
- Glintborg, Charlotte & Kristine M. Jensen de Lopez (fc). 'Koordination i et nyt lys - sikring af de psykologiske indsatser i hjerneskaderehabiliteringen'. *Psyke & Logos*.
- Glintborg, Charlotte, Ane S. Thomsen & Tia G. B. Hansen (ms). 'What enhances bio-psycho-social outcome – seen from a client perspective: Towards a predictive model'.
- Goldstein, Kurt (1995 [1934]). *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: Zone Books.

- Gracey, Fergus, Siobhan Palmer, Becky Rous, Kate Psailia, Kendra Shaw, Juliette O'Dell, Jo Cope & Shemin Mohamed (2008). "'Feeling part of things": Personal construction of self after brain injury'. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5/6): 627-650.
- Harré, Rom & Luk Van Langenhove (reds) (1999). *Positioning Theory: Moral contexts of Intentional Action*. Malden: Blackwell.
- Haslam, Catherine, Abigail Holme, S.Alexander Haslam, Aarti Iyer, Jolanda Jetten & W. Huw Williams (2008). 'Maintaining group memberships: Social identity continuity predicts well-being after stroke'. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5/6): 671-691.
- Hendry, Petra Munro (2010). 'Narrative as inquiry'. *The Journal of Educational Research*, 103: 72-80.
- Johnson, Mark V., Yael Goverover & Marcel Dijkers (2005). 'Community activities and individuals' satisfaction with them: Quality of life in the first year after traumatic brain injury'. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 86: 735-745.
- Jørgensen, Marianne Winther & Louise Phillips (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, Samfundslitteratur.
- Hoofinen, Dan, Assaf Gilboa, Eli Vakil & Peter Donovick (2001). 'Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning'. *Brain Injury*, 15(3):189-209.
- Levack, William M. M., Nicola M. Kayes & Johanna K. Fadyl (2010). 'Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: A metasynthesis of qualitative research'. *Disability and Rehabilitation*, 32(12): 986-999.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Arnulf Depperman (2000). 'Narrative identity empirized: A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews'. *Narrative Inquiry*, 10(1): 199-222.
- Lund, Maria Larsson & Maare Tamm (2001): 'How a group of disabled persons experience rehabilitation over aperiod of time'. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8: 96-104.
- Mattingly, Cheryl (2005). 'Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi'. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2(2): 13-39.
- Moldover, Joseph E., Kenneth B. Goldberg & Murice F. Prout (2004). 'Depression after traumatic brain injury: A review of evidence for heterogeneity'. *Neuropsychology Review*, 14: 143-154.
- Morton, M. V., & Paul Wehman (1995). 'Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: A literature review and recommendations'. *Brain Injury*, 9(1): 81-92.
- Muenchberger, Heidi, Elizabeth Kendall & Ronita Neal (2008). 'Identity transition following traumatic brain injury: A dynamic process of contraction, expansion and tentative balance'. *Brain Injury*, 22(12): 979-992.
- Nochi, Masahiro (1997). 'Dealing with the 'Void': Traumatic brain injury as a story'. *Disability and Society*, 12(4): 533-555.
- Nochi, Masahiro (1998). "'Loss of self" in the narrative of people with traumatic brain injuries: A qualitative analysis'. *Social Science and Medicine*, 46(7): 869-878.
- Nochi, Masahiro (2000). 'Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury'. *Social Science and Medicine*, 51(12): 1795-1804.
- Phillips, Louise (2010). Diskursanalyse. I Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (reds.), *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag. 263-287.
- Polkinghorne, Donald E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Potter, Jonathan & Margaret Wetherell (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage.
- Prigatano, George P. (1991). 'Disordered mind, wounded soul: The emerging role of psychotherapy

- in rehabilitation after brain injury'. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6(4), 1-10.
- Sau Johansen, Jan, Jens Rahbek, Kurt Møller & Liselotte Jensen (2004). *Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: MarselisborgCentret.
- Sundhedsstyrelsen (Danish Board of Health) (2011a). 'Brain injury rehabilitation – a health technology assessment'.
- Sundhedsstyrelsen (Danish Board of Health) (2011b) 'Brain injury rehabilitation – a disease management programme'.
- Vickery, Chad D., Samuel T. Gontkovsky & Jerome S. Caroselli (2005). 'Self-concept and quality of life following acquired brain injury: A pilot investigation'. *Brain Injury*, 19(9): 657-665.
- Wetherell, Margaret (2008). 'Subjectivity or psycho-discursive practices? Investigating complex intersectional identities'. *Subjectivity*, 22: 73–81.