

Anpassning, attityder och beteenden hos handikappade

En studie av några typfall



Lena Carlstedt-Åhmansson

Omgivningens och den handikappades egen syn på ett handikapp bör överensstämma för att det ska bli en god anpassning i en handikappsituation. Förutsättningen för detta kan variera med miljö och handikappets karaktär. En analys av några typfall tyder på att synligt handikappade bättre anpassar sig i en rehabiliteringsmiljö än i hemmet. Det motsatta skulle gälla för en grupp för icke synliga handikapp. Artikeln bygger på en trebetygsuppsats vid Sociologiska Institutionen i Lund.

Denna uppsats är en medicinsk — sociologisk studie som bygger på en sammanställning av ett material, som insamlats våren 1968 på rehabiliteringskliniken i Lund. Syftet med studien är att försöka få fram i vilken utsträckning handikappade individer påverkas av de attityder och värderingar som råder i den sociala grupp den handikappade lever i. Anpassningsprocessen kan ses som en relation mellan de handikappades attityder och den sociala omgivningens attityder.

Uppsatsen behandlar även patienters och hem-

miljöers attityder till handikappssituationen samt något om avvikande beteenden i samband med handikapp.

Undersökningsmaterialet omfattar dels ett patientmaterial, dels representanter från varje enskild patients sociala omgivning. Patientmaterialet är uppdelat i dels en grupp med klart synliga handikapp, dels en grupp med icke-synliga handikapp. Den sociala omgivningen är uppdelad i representanter från dels hemmiljön, dels från sjukhusmiljön.

Tabell 1. Fördelning av varje enskild patients sociala omgivning.

		Föräld.	Make(a) (fästmö) vägran	Syskon	Barn, vän	Sjuk- gymn.	Arb.- terap.	Arb.- instrukt.
Synl. handi- kapp	pat. A ₁	+			+	+	+	
	pat. A ₂	+		+		+	+	
	pat. A ₃		+	+		+	+	
	pat. A ₄	+	+			+	+	
Icke synl. handi- kapp	pat. B ₁		+	+		+	+	+
	pat. B ₂		+			+	+	+
	pat. B ₃		+		+	+	+	+

Som synes är materialet mycket litet och därför görs inga pretentioner på några statistiskt relevanta data, utan helt enkelt en studie av några typfall. Vid bearbetningen av materialet har de båda gruppernas olikheter beaktats.

Vissa skillnader mellan de båda handikappsgruppernas bakgrundsvariabler är väsentliga att påpeka för tolkningen av resultatet.

Synligt handikappade — paraplegipatienter

Handikappets varaktighet var förhållandevis kort — i medeltal 14 mån., vistelsen på rehabiliteringskliniken något kortare — i medeltal 8,1/2 mån. Väsentligt är också att påpeka att dessa patienter vistades på rehab. klin. hela veckorna och hade endast kontakt med sin hemmiljö under permissionerna. Kontakten med rehab. miljön var således större än med hemmiljön.

Icke synligt handikappade — värk och smärtsymtom

Handikappets varaktighet var betydligt längre — i medeltal 5 1/2 år medan rehabiliteringsvistelsens längd var betydligt kortare — i medeltal 9 veckor. Dessa patienter vistades inte heller på kliniken kontinuerligt, utan endast under dagen för att på eftermiddagen återvända till sin hemmiljö. Kontakten med hemmiljön blev således större än för patienterna i den förra gruppen. Dessa patienter har ej heller plötsligt utsatts för sitt handikapp, utan besvären har sakta progredierat.

Rent metodiskt användes personlig intervju med tre olika formulär — en typ för patienterna, en typ för personer patienterna kom i kontakt med i sin hemmiljö och slutligen en typ för personer i rehabiliteringsmiljön.

Vid bearbetningen av det insamlade materialet utgicks ifrån följande antagande: *"Den handikappade individen har samma attityder mot och värderingar av sin egen situation som övriga medlemmar av den sociala grupp individen lever i."* Man vet att en handikappad med exempelvis svåra rörelsehinder ofta blir mycket beroende av sin omgivning och därför upplever sin situation på samma sätt som omgivningen gör. Därför är det mycket viktigt att människor som kommer i kon-

takt med handikappade ser på deras situation på ett adekvat sätt för att en god anpassning skall kunna äga rum både från den handikappade och från omgivningens sida.

Det nämndes tidigare att anpassningsproblemet kan betraktas som en relation mellan den handikappades och den sociala omgivningens förväntningar. För att man i detta sammanhang skall kunna tala om en *god anpassning i handikappsituationen* måste det råda en *god överensstämmelse mellan de rollförväntningar den sociala omgivningen ställer på den handikappade och dels på det sätt den handikappade upplever dessa förväntningar, dels hans beteende*. Naturligtvis är det många gånger svårt att sätta sig in i en handikappads situation och kunna förstå hur mycket den handikappade verkligen förmår klara av och vilka förväntningar man kan ställa på honom. En tyvärr alltför vanligt förekommande attityd är en helt inadekvat överbeskyddande inställning till individer, som har utåt sett synliga handikapp ex. rörelsehindrade. Det föreligger en viss benägenhet att tro att synligt handikappade behöver mer hjälp i olika sammanhang än vad som är befogat. Den handikappade kommer på detta sätt att leva sig in i rollen som hjälpbehövande och acceptera denna situation. Det kommer att bli svårare och svårare för honom att ta egna initiativ och ge sig in i nya situationer. Den överbeskyddande attityden från omgivningens sida hindrar den handikappade från att lära in nya beteenden och funktioner, som skulle kunna minska beroendet av andra och kanske i viss mån kompensera handikappet. Hela individens återanpassningsprocess försvåras. I de framkomna undersökningsresultaten kan dessa tendenser spåras.

För att rent empiriskt kunna studera rollförväntningar och rollförpliktelser hos de handikappade och deras sociala omgivning, ställdes frågor angående de handikappades uppfattning om egen prestationsförmåga samt frågor angående deras attityder till omgivningens uppfattning av denna förmåga. Detta kunde således motsvara dels de handikappades uppfattning av omgivningens rollförväntningar dels deras eget beteende. Vidare ställdes frågor angående hemmiljös respektive

sjukhusmiljöns attityder till de handikappades för-
måga. Detta fick representera de rollförväntning-
ar man ställde på de handikappade.

Av undersökningsresultaten framgick att i grup-
pen med synliga handikapp förelåg en klar diskre-
pans mellan omgivningens förväntningar på de
handikappade och deras egen uppfattning av des-
sa förväntningar i relationen handikappad —
hemmiljö. Hemmiljön visade en klart överbeskyd-
dande attityd. I enlighet med tidigare definition
på anpassning förelåg här en dålig anpassning.
Den överbeskyddande attityden upplevdes av de
handikappade som något negativt, något som
hindrade dem från inlärandet av nya beteenden.
De ansåg att de ständigt blev påmind om den
hjälpbehövande situation de befann sig i. En bät-
tre anpassning förelåg däremot i relationen handi-
kappad — rehabiliteringsmiljö. Detta berodde tro-
ligen på att de förväntningar man ställde på de
handikappade var högre och mer i överensstäm-
melse med de handikappades egna förväntningar.
Detta ökade deras självsäkerhet och stärkte deras
psyke inför sin egen situation och inför framtiden.
Den sämre anpassningen i hemmiljön kan troli-
gen förklaras av att de handikappade proportion-
ellt sett vistades mycket sällan hemma och nå-
gon ömsesidig påverkan mellan de handikappade
och deras hemmiljöer hade inte hunnit komma till
stånd. Den bättre anpassningen på rehabiliterings-
kliniken kan ses som en naturlig följd av att de
handikappade under hela veckorna ständigt in-
fluerades av de attityder och värderingar som
rådde på kliniken. Möjligen kommer man att få
en mer välanpassad inställning i hemmiljön när
de handikappade får vistas mer kontinuerligt
hemma. En riskfaktor som ej går att bortse från
är att en bättre anpassning istället kommer till
stånd genom att de handikappade anpassar sig till
den överbeskyddande attityden de utsätts för och
accepterar detta förhållande med alla tidigare
diskuterade negativa konsekvenser som följd.

I gruppen med icke synliga handikapp kan en
del intressanta olikheter nämnas. Här förelåg ett
motsatt förhållande. Den bättre överensstämme-
lsen mellan rollförväntningar och rollförpliktelser
kunde spåras i förhållandet handikappad — hem-

miljö, medan en sämre anpassning förelåg i för-
hållandet handikappad — rehabiliteringsmiljö. Nå-
gon form av överbeskyddande inställning till dessa
handikappade existerade inte i deras hemmiljö
utan man kunde snarare finna en svag tendens till
överskattning av de förväntningar man ställde på
dem. Även i detta fall uppstod tydligen svårig-
heter att på ett adekvat sätt göra en korrekt vär-
dering av de handikappades situation. Att det före-
låg en bättre anpassning i förhållandet handikap-
pad — hemmiljö kan ses som en följd av att kon-
taktan med hemmiljön var större och de attityder
som rådde där påverkade dem i högre grad. Den
bristande överensstämmelsen mellan rollförvänt-
ningar och rollförpliktelser i förhållandet handi-
kappad — rehabiliteringsmiljö kan bero på att
deras handikapp inte kommit plötsligt utan suc-
cesivt förvärrats och därför kan de i viss mån ha
haft tillfälle att anpassa sig efter sin förmåga. När
de sedan slutligen kommer till rehabiliteringskli-
niken besitter de svärgeomträngliga värderingar
av sin handikappssituation som gör det svårare
för dem att anamma de värderingar och förvänt-
ningar man ställer på dem på rehabiliteringskli-
niken. Detta gör det naturligtvis svårare för dem
att anpassa sig efter klinikens normer.

Attityder till handikappssituationen

En annan aspekt som studerats är de handikap-
pades och deras hemmiljöers inställning till i vil-
ken utsträckning de trodde på en lyckad återan-
passning och i vilken utsträckning de trodde på
en ljusare framtid. Vid bedömning av resultatet
utgicks från de väsentliga skillnader som fram-
kom mellan de bägge handikappsgrupperna. Både
hemmiljöer och handikappade i den grupp som
karaktäriserades som "synliga handikapp" var
mer positiva till en lyckad återanpassning och en
ljusare framtid. Detta kan synas något egendom-
ligt, eftersom denna handikappsgrupp besatt myc-
ket allvarliga handikapp med bestående rörelse-
hinder. Deras positiva inställning skulle möjligen
kunna förklaras av att deras rehabiliteringspro-
cesser fortlöpigt med kontinuerliga förbättringar,
vilket stärkt deras självförtroende inför framtiden.
En annan faktor är att de vid intervjutillfället än-

nu inte lämnat rehabiliteringskliniken för att ständigt vistas ute bland icke handikappade. Anpassningssvårigheterna kanske kommer att märkas tydligare den dag de lämnar kliniken. Den negativa syn på återanpassningsmöjligheterna som karaktäriserade de icke synligt handikappade kan ses mot bakgrunden av att de i medeltal 5 1/2 åren handikappen varat, succesivt blivit sämre, smärtorna hade tilltagit och deras sociala liv mer och mer inskränkts. Dessa omständigheter kan rent naturligt leda till ständigt växande psykiska pålagringar, där positiva attityder till en lyckad återanpassning knappast kan få något starkare fotfäste. Det kan även tänkas att de snarare jämför sig med helt friska individer än med individer i samma situation som de själva befinner sig i. De har under sådana omständigheter en annan grupp som referensgrupp vid sina värderingar. Gemensamt för de båda handikappsgrupperna var däremot att det rådde en god överensstämmelse mellan de handikappades och deras hemmiljöers attityder i denna fråga, vilket bör kunna tolkas som om det förelåg ett ömsesidigt socialt tryck mellan de handikappade och deras hemmiljöer.

Handikappssituationen — en form av avvikande beteenden

Det har även gjorts en analys av handikappssituationen — som en form av avvikande beteenden, vilket innebär beteenden som avviker ifrån vad som är önskvärt med hänsyn till den sociala omgivningen. Under den egentliga sjukdomsperioden, då individen accepterar sig själv i rollen som sjuk, karaktäriseras hans beteende bl. a. av egocentrism, intressebegränsning, emotionellt beroende och hypokondri.

I gruppen med synliga handikapp visade det sig att patienterna på ett förståndsmässigt sätt var mycket intresserade av sin situation och talade mycket om rent funktionella problem — hur de med lämpliga tekniska hjälpmedel lättast skulle kunna klara av de problem som uppstod i samband med dagliga livets färdigheter ex. sin hygien etc. Deras intresse att försöka tillfredsställa sina primära behov spelade således en väsentlig roll, men om denna egocentrism dominerade med en

resulterande intressebegränsning var svårt att avgöra, då patienterna även intresserade sig för sin sociala situation — arbete, bostad etc. Detta kan snarare tolkas som att en viss reintegration av deras "sociala jag" kommit till stånd, liksom även en viss grad av frigörelse från det emotionella beroendeskop av sin omgivning de hyst tidigare. Patienterna visade inte i samma grad hypokondriska beteenden. Deras sjukdomsintresse bottnade snarare i hur de rent medicinskt skulle förstå de neurologiska förändringar som inträtt i samband med handikappet.

I gruppen med icke synliga handikapp visade patienterna inte samma intresse för sin situation och sina framsteg. De verkade i högre grad initiativlösa av framför allt sina sociala funktioner. Som ett intressant praktexempel på detta bristande sociala intresse kan anföras en specialstudie av pat. B3. Han ansåg inte att det fanns möjligheter att återupptaga sitt tidigare arbete, ej heller att vänja sig vid ett lättare. Han hade sjukpension och var nöjd med detta trots att han hade det sämre ekonomiskt ställt än tidigare. Han ansåg att det var viktigare att han blev så frisk som möjligt innan han började arbeta. Dessa värderingar kan klart sägas avvika från vad som är önskvärt ur den sociala omgivningens synpunkt. Patientens enda stora intresse var den sjukdom han hade. Man kan i detta fall således, förutom ett typiskt hypokondriskt beteende, även tala om en intressebegränsning. Han hade helt accepterat sin sjukroll och verkade nöjd med detta förhållande.

(Sammandrag av kap. 5, 6, 7 av uppsatsen "Anpassning, attityder och beteenden hos handikappade — en studie av några typfall, 1968.

Lena Carlstedt — Åhmansson

Sociologiska Institutionen, Lunds universitet.)