

Rehabilitering av hjärnskadade

Av överläkare Erik E. Anttinen, Pitkaniemi, Finland

Antalet hjärnskador, som folk ådrar sig i vår motoriserade värld och som leder till bestående invaliditet, är chockerande. Under en given tidsperiod inträffar det uppenbarligen flera fall än det gjorde vid fronter och hemortsbombardemang sammanlagt under ett motsvarande tidsavsnitt i andra världskriget. Hjärnskadeproblemet har sålunda en exceptionellt stor medicinsk och social betydelse.

Det största problemet med rehabiliteringen av hjärninvaliderna måste åtminstone hos oss i Finland anses vara bristen på för detta ändamål upprättade specialinstitutioner med centraliserad organisation. I själva verket är det egendomligt, att det förhåller sig så hos oss; i ett land där vården av hjärnskadade krigsinvalider är välorganiserad när allt kommer omkring. Under begynnelseskedet av vårt fortsättningskrig genomdrev kirurgen, prof. Simo Brofeldt, principen att det i brådskande ordning borde upprättas specialavdelningar "för annan vård av skalltraumatiker efter avslutad kirurgisk behandling". Han gjorde detta, trots att han — visserligen så att andra hörde det — frågade sig själv: "Jag undrar om det alls är nån nytta med detta förbannade ståhej". Vid sidan av prof. Brofeldt hade vi sedan vårt lands första egentliga neurokirurg, prof. Aarno Snellman, och till dem sällade sig de nuvarande professorerna Eero Hillbom och Niilo Mäki med uppgift att särskilt ta hand om den neuropsykiatriska rehabiliteringen samt resocialiseringen. De två sistnämnda står fortfarande i ledningen för Krigsinvalidernas Hjärninvalidsjukhus. Sedan år 1941 arbetade sålunda specialavdelningar för neuropsykiatrisk undersökning, vård och olikgradig rehabilitering av hjärntraumatiker. Sysselsättningsterapeutiska möjligheter av vitt skilda slag hade anordnats i samband med dessa avdelningar, likaså arbetsplatser med skyddad miljö samt arbetsprövnings- och arbetsträningsin-

stitutioner. Hjärninvaliderna hade och har alltså en egen av Krigsinvalidernas Brödraförbund tillsatt arbetsvårdskommitté med uppgift att behandla deras specialproblem och bistå i frågor som berör yrkesplacering.

Tyvärr ligger sakerna till på ett annat sätt i vårt land, när vi tänker på patienter, som drabbats av hjärnskada i trafiken, under arbetet eller i övrigt i det civila livet. Det akuta stadiet behandlas givetvis på de allmänna sjukhusens kirurgiska avdelningar, men den därpåföljande vården har sedan varit mycket beroende av slumpen, bedömningen av skadans permanenta följder mångskiftande, och ytterst få har haft möjlighet till en egentlig, åtminstone i någon mån på lång sikt planerad rehabiliterande behandling.

I detta avseende håller situationen emellertid glädjande nog på att förändras, ty försäkringsbranschen har grundat en rehabilitationscentral år 1964, och dess arbete kommer att öppna helt nya möjligheter även för våra hjärninvalider.

Allmänna synpunkter

Det har rätt divergerande åsikter om huruvida hjärninvaliderna efter det akuta stadiet borde undersökas, vårdas och rehabiliteras tillsammans med på annat sätt skadade eller inte. Av krigstidens erfarenheter att döma ser det ut som om särskild förståelse och sakkunskap vore erforderlig i fråga om patienter som lider av ett svårare traumatiskt encefalopatisyndrom, av språkliga rubbningar, förlamningar eller andra markantare härdsymptom, samt patienter hos vilka epilepsi, karaktärsförändring eller psykisk rubbning av annat slag har utvecklats som en påföljd av skadan. Vården av dem borde koncentreras till några få anstalter, även om man måste medge, att en sådan isolering

har sina skuggsidor. Också bland krigsinvalider med hjärnskada kunde man se, att de i alltför hög grad kände sig stå i särställning, att de var individer som hade stämplat av sin säregna, svåra skada, och att de hade svårt att inse, att det också fanns andra invalider i världen, som levde i stora svårigheter och som ansträngde sig att övervinna dem. Å andra sidan kunde man även lägga märke till att de andra grupperna av skadade på grund av fördomar och brist på sakkunskap kunde placera hjärninvaliderna som grupp i en diskriminerad ställning, på samma sätt som människor tyvärr ännu i dag beter sig mot sinnessjuka och sinnesslöa.

Endast till sådana specialanstalter kan man värva det mångsidiga team, som kan dryfta och planera hjärninvalidens neurologiska, psykiatriska, psykologiska och sociala rehabilitering samt yrkesplacering. Ett villkor för dessa anstalters enhetliga optimala verksamhet är god kooperation. Härvid avses särskilt deras diagnostiska verksamhet och försäkringsmedicinska bedömningsarbete. Sålunda undvikes brokighet i förhållandet till patienten och hans skada. Denna omständighet är — såvitt jag kan se — vid sidan av god individuell terapi av yttersta vikt för att vi skall lyckas inge vår patient trygghetskänsla. I synnerhet behöver hjärninvaliden denna känsla, varur tilliten till behandlingen och benägenheten för rehabiliteringen bäst utvecklar sig.

Neuropsykiatriska synpunkter

Då jag i det följande kommer att beröra vissa betydelsefulla neuropsykiatriska behandlings- och rehabiliteringsproblem, har jag för mina ögon en patient som ådragit sig en allvarlig, om inte svårare hjärnskada. Självfallet är det inte alltid lätt att bedöma skadans svårighetsgrad. Likaså bör här konstateras, att t.o.m. lindrigt skadade kan vålla stora problem vid rehabiliteringen t.ex. på grund av sin neurotiska reaktionsbildning. I allmänhet kan de dock, sedan deras tillstånd efter begynnelsestadiet stabiliserats, återvända till samhället och inta sin forna plats där utan specialåtgärder.

Problematiken är å ena sidan förknippad med hjärnskadornas direkta neuropsykiatriska påföljder

och å andra sidan med kvaliteten hos vederbörandes fundamentala personlighet samt hans allmänna levnadssituation. Beträffande den sistnämnda spelar t.ex. åldern, familjeförhållandena och deras värde, omgivningens inställning och patientens yrkesbetonade status en stor roll. Beroende på skadornas lokalisation utformas sjukdomsbilden av neurologiska härdsymtom, rubbningar i det vegetativa nervsystemet och psykiska förändringar. De sistnämnda utgör summan av de från varandra ofta svårligen skiljbara organiska eller m.a.o. lesionella och psykogena eller m.a.o. funktionella rubbningarna, som båda får sin färg av den pretraumatiska personligheten. Det är just de psykiska rubbningarna som i hög grad är bestämmande för hjärninvalidens rehabiliteringskapacitet och förmåga att reda sig socialt.

En detaljerad undersökning är viktig, innan rehabiliteringsplanerna uppgöres, och tillståndet måste tidvis följas ganska detaljerat. Det gäller att på noggrannaste möjliga sätt försöka utreda vad som verkligen har skett i hjärnan vid traumatiseringen, vilka defekter som har uppstått och hur vederbörande reagerade på det skedda. Rätt ofta ser man patienten missförstå sig själv i den förvirrande situation som följer efter skadan. Som exempel härpå har Mäki (1949) berättat om ett fall av pseudoграфи och ett annat av pseudoalexia. Den förra patienten hade genom att på sätt och vis överdriva svårigheterna att använda vänster hand trott sig vara oförmögen att skriva. Den andra trodde, att han inte kunde läsa på grund av högersidig homonym hemianopsi. Även omgivningen tog dem på orden. När en detaljundersökning klarlade saken och den ena patienten ganska plötsligt märkte, att han kunde åstadkomma begriplig text med vänstra handen och den andra, att han kunde läsa jämförelsevis flytande ur en uppochnedvänd bok, var lättnaden ömsesidig. Ännu viktigare än en detaljundersökning av de uppkomna defekterna måste dock anses vara att finna de kvarblivna förmögenheterna och utvecklingsdugliga resurserna samt att förstå dem rätt. Förutsättningen är att den fundamentala personligheten är av tillräckligt hög kvalitet med adaptations- och kompensationsförmåga.

Diffust encefalopatisyndrom

I det följande skall jag beröra vissa karakteristiska syndrom vid hjärninvaliditet. Då vi tänker på en svår trafikolycka, får vi bilden av ett fall, då kanske ett kraftigt, trubbigt våld har träffat skallen. Eller bättre sagt: skallen som har befunnit sig i hög fart har stött mot ett fast, något så när orörligt hinder. Det uppstår ett flerhårdigt, dubbelsidigt trauma, som även skadar de djupare belägna strukturer i hjärnan. Utan att dess mer i detta sammanhang gå in på dessa kontusionshårdars närmare art och lokalisation konstaterar jag endast, att permanenta neurologiska hårdsymptom ingår i ringa grad eller inte alls i det posttraumatiska tillståndet efter en sådan skada. Däremot karakteriseras bilden av en rikhaltig flora av psykiska och vegetativa störningar, dvs. traumatisk encefalopati. Av symtomen kan man speciellt framhålla huvudvärk, vertigo, akustisk retbarhet, ortostatiska vasomotoriska regulationsrubbningsar, brist på fysisk och psykisk uthållighet, insufficiens känsla, affektlabilitet, störningar i minnesfunktionerna, nedsättning och retardation av den intellektuella effektiviteten, egentlig traumatisk dementisering samt eventuellt även karaktärsförändring. Möjligheterna till defektkompensationer är i dessa svåra fall bra mycket mindre än i sådana fall, då det rör sig om en mycket begränsad, relativt ytlig konvexitetsskada.

Begränsade konvexitetsskador

Dessa begränsade konvexitetsskador kan visserligen orsaka svåra, iögonfallande bristsymtom, som sätter sin prägel på patientens hela habitus. Sådana är t.ex. försvagning eller utslocknande av de viktiga s.k. verktygsfunktionerna hos personligheten; spastisk hemipares, parapares i de nedre extremiteterna, hemianopsi, afatisk rubbning, sensoriska och gnostiska förändringar av olika slag osv. Dessa traumatyper sågs rätt ofta bland soldater, som sårats exempelvis tangentiellt och segmentellt i skallen av kulor eller granatskärvor eller på annat sätt ådragit sig ytliga skador av skarpa föremål. Hjärnans djupt belägna strukturer och interhemisfäriska banor bevarades intakta, likaså var personligheten samt de vegetativa funktionerna an-

tingen helt och hållet eller nästan oskadade. Om deras personlighet var solid och i övrigt av god kvalitet kunde de på ett påfallande sätt även kompensera sina svåra bristsymtom och göra en avsevärd egen insats i rehabiliteringen. Även om deras förlamningar eller övriga symtom vållade dem ganska stora olägenheter, kunde de ofta efter en tillräckligt lång medikofysioterapeutisk behandling åter nå en god position i livet. Just med patienter av denna typ har även Portius (1963) nått ypperliga resultat vid behandling av svåra spastiska pareser. Dessa intelligenta patienter uppfann själva under övningsterapin allehanda trick, som underlättade terapeutens arbete. De kunde t.ex. med små rörelser med den friska sidans extremitet underlätta den paretiska extremitetens motsvarande funktioner synergistiskt och märkte att spasticiteten då i själva verket avtog. Sålunda lyckades de bli hemmastadda i reedukationen av motoriken, och efter ett flera månader långt tålmodigt arbete, samarbete, kunde de så småningom klara en alltmer detaljerad motorik. Portius anser att dessa bättringar, som sågs överraskande ofta, baserade sig på ett likadant ibruktagande av nya nervbanor, "Umwegbahnung"-principen, som nyttjas t.ex. vid talundervisning.

Afasi

Vid afasibehandling var resultaten åtminstone bekräftande våra hjärnskadade krigsinvaliders ypperliga, för så vitt det inte var fråga om omfattande och flerhårdiga skador. Mäki, som organiserade den detaljerade undersökningen och behandlingen av dessa patienter, berättar (1949) mycket uppmuntrande om sina resultat. Inte ens den svåraste traumatiska afasi får på förhand stämplas som obotlig. Också sådana, vilkas oförmåga att tala och skriva hade varat i över ett år innan de togs under behandling, förbättrades högradigt. Hans material omfattade ca 500 afatiker, vilkas språkliga svårigheter hade fortgått 3—4 månader efter traumatiseringen utan tecken på spontan förbättring och vilka för den skull nödvändigt måste erhålla specialbehandling. Behandlingen fortsatte i årtal, men till slut återstod av dessa 500 endast 4 à 5 patienter, som inte på ett tillfredsställande sätt kunde

komma till rätta med vardagens krav på språklig begriplighet. I en del av fallen kom resultaten till synes först efter 1—2 års förlopp. Restitution från afasi sker ofta språngvis, s.a.s. från avsats till avsats med långa stillestånd däremellan. Dessa patienter var, såsom även Hillbom (1965) konstaterar, vid tiden för behandlingen ännu relativt unga och i grund och botten mycket friska.

Mäki betonar ideligen, att ett ovillkorligen isolerat, tålmodigt och psykoterapeutiskt orienterat arbete på tu man hand leder till det bästa resultatet. Gruppterapi kommer härvid självfallet inte alls i fråga. Patienten måste få intrycket av att terapin är avsedd endast för honom, och att den omgivande världen liksom stannar på stället. Undersökning och terapi anknyter sig till varandra. I båda fallen gäller det att vänta, om så erfordras t.o.m. 50 gånger längre än när det är fråga om andra slags patienter. Huvudsaken är att det efter denna väntan är möjligt att dra fram något helt litet, något nytt. Tempot spelar i allt detta en central roll, och dess betydelse kan inte nog framhållas. I allmänhet är reaktionstiden hos en hjärninvalid retarderad i allting. Det är möjligt, att vår patients språkliga reaktion i själva verket är alldeles riktig, men den väg längs vilken han under terapin har kommit fram till detta riktiga resultat är kanske lång och slingrande, för att inte tala om att tiden lider. I allmänhet lyckas man förkorta reaktionstiden genom att positivt stimulera patienten och få honom aktivt med på att försöka nå ett mål inom synhåll. Varje framsteg ökar självförtroendet och minskar spänningen. Talundervisning är som att lära ett främmande språk och tala till olika slags människor. Somliga når det sagda och lär sig snabbare att tala och somliga långsammare, var och en efter sina gåvor och även efter graden av sin spänning.

Till afasi ansluter sig oftast en nedgång i de aritmetiska förmögenheterna och störning i tänkandets effektivitet (Hillbom 1961). För att stimulera afatikernas andliga spänst, liksom hjärninvalidernas överhuvudtaget, bör man anordna möjlighet till olika slags "hjärngymnastik", såsom räkne-, minnes- och skrivövningar. Säkert kan skriv- och andra övningar för vänster hand hjälpa den subordinerade, friska eller mindre skadade hjärnhemisfären

att överta den andra hemisfärens uppgifter — funktioner som skadan har förstört. All denna övnings-terapi har även en allmänare betydelse, ty den hjälper det själsliga totaltillståndet och livsinställningen att utveckla sig i positiv riktning.

Mäki berättade för mig hur en jurist, som hade drabbats av en svår afasi i samband med sin skada, så småningom tack vare terapin återställdes såväl från sina språkliga rubbningar som från sin depressiva reaktion och på rätt sätt återvann sin själv-säkerhet. Han återvände sedermera till sin plats som ordförande i en domsaga och sade en gång, när rättsförhandlingarna började, på sitt långsamma men välartikulerade sätt till sina bekymrade och kanske skeptiska kolleger: "Finlands lag bestämmer inte hur snabbt jag ska avkunna min dom, bara jag kan avkunna den rätt". Enligt allas åsikt skiljde han sig med heder från sin uppgift.

Karaktärsförändring

Mången gång vållas de kanske största problemen i vårt rehabiliteringsarbete av de hjärninvalida, hos vilka det utvecklat sig karaktärsförändring. Till dem, som i detta avseende är svårast att hjälpa, hör hjärninvaliderna med s. k. orbitalskador, som har uppstått i pannlobernas nedre partier och i de bansystem, som leder bakåt från pannloberna. Deras karaktär kan med ett progredierande förlopp förändras så, att svårigheterna framförallt framträder i det sociala livet och beteendet. Orbitalfallen är på ett visst sätt obalanserade och rastlösa, bryter lätt gamla förbindelser och knyter kritiklöst nya samt byter ofta arbetsplats, bostad och t.o.m. vistelseort. Inställningen till de egna svårigheterna är osaklig, och dessutom förekommer likgiltighet och känslököld, ansvarslöshet, hämningslöshet och en uppluckring av de etisk-moraliska åsikterna. Däremot är fordringarna på andra stora. Intellectet är i och för sig ofta intakt, men den intellektuella effektiviteten har blivit labil och präglas av kritiklöshet, brist på kontroll samt planlöshet vid prestationer. Vid psykologiska undersökningar erhålles rent av en normal profil på tvären, men i den längsgående profilen förekommer det många avvikelser. Portius har anfört (1963), att 42 % av de primärt misslyckade rehabilitationsfallen var

hjärninvalider med orbitalskador, som sålunda utgjorde den största gruppen bland de misslyckade. Hillbom (1965) har kommit till liknande resultat vid studium av det material, som utgöres av våra hjärnskadade krigsinvalider. Portius konstaterar emellertid, att en så tidigt som möjligt insatt psykoterapeutisk behandling och psykagoga övningar kan hjälpa patienter med orbitalskador att anpassa sig socialt och att nå en uthålligare och målmedvetnare inställning. Deras suggestibilitet är härvid till hjälp. Även genom att informera de anhöriga och sålunda få dem att visa förståelsefullt tålamod gentemot patienten kan man hjälpa upp saken. Utom en sund förståelse behöver dessa patienter även en tillräckligt fast hand hos den, som vägleder dem. En besvärlig omständighet i orbitalfallen är att läkare, socialmyndigheter och försäkringstjänstemän lätt tröttnar på dem, eftersom de ofta nog vållar dessa sakkunniga mer bekymmer och sorg än de övriga hjärninvaliderna tillsammans.

Epilepsi

Om traumatisk epilepsi skall jag här fatta mig kort, kanske alltför kort, och konstaterar bara följande: åtminstone på basen av de erfarenheter vi har fått av våra krigsinvalider kan den bryta ut när som helst efter en allvarligare hjärnskada. Fastän den största manifestationsfrekvensen ligger vid sjätte till tjugofjärde månaden efter traumat, ser vi från traumat otvivelaktigt härstammande fokalepilepsier bryta ut efter en 15—25 års intervall. Även om fenytoinpreparaten innebar ett avgörande framsteg i den farmakologiska behandlingen av epilepsi efter kriget, såg det i alla fall ut som om den traumatiska epilepsin då hade utgjort vattendelaren vid t.ex. yrkesträning och placering samt i många sociala hänseenden. Härvid inverkade dock mycket den omständigheten, att omgivningen mer än nu hyste fördomar och fruktan för personer med krampanfall. Samtidigt som fördomarna har minskat har även kontrollen av epilepsi med de nya läkemedlen blivit allt tacksammare, och under dessa förhållanden har utsikterna till placering efter en lyckad rehabilitering förbättrats. Om blott jämförelsevis specifika försiktighetsåtgärder kan vidtas på arbetsplatsen, och farliga ställen, såsom vissa

maskiner, ställningar osv. undvikas där, kommer olyckor att bli ganska sällsynta. Det är emellertid mycket viktigt att lära känna anfallens natur, arten av de faktorer som provocerar anfallen och dessas predilektionstid under dygnet. Regelbundna kontrollbesök hos läkaren är nödvändiga för underhållet av en optimal medikamentell behandling.

Psykosor och psykogena reaktioner

Som avslutning på dessa kliniska delfenomen som står i ett intimt sammanhang med rehabiliteringsproblemen önskar jag beröra vissa psykiska tillstånd, som åtminstone delvis bör tolkas som funktionella. Vi har hos våra krigsinvalider, som har lederats framförallt i den dominerande hjärnhemisfärens temporallob, anmärkningsvärt ofta sett episodiska psykotiska tillstånd. Dessa karakteriseras mest av ett schizofreniformt symtomkomplex med tanke-rubbningar och hallucinationer. Lokalisationen torde vid dem spela en viktig roll, såsom Hillbom (1950, 1960) har konstaterat om detta material. Det torde i detta sammanhang vara svårt att närmare utreda om dessa psykosor skall tolkas som sporadiska retningsfenomen vid eftertillstånd efter hjärnlesion och således som väsentligen symtomatiska eller som orsakade av hos sådana patienter ganska vanliga språkliga rubbningar och kontaktsvårigheter eller slutligen kanske som produkter av andra av skadan provocerade psykodynamiska mekanismer. Vi har även sett i mitt tycke anmärkningsvärt många renare paranoidea psykotiska tillstånd hos dessa patienter liksom även hos sådana, som har drabbats av temporofrontal skada. Trots sina psykotiska symtom hade dessa patienter förvånansvärt ofta sjukdomsinsikt, och de blev mången gång mycket snabbt återställda från sin psykos under sjukhusbehandling.

Jag har genomgått sjukrapporterna för något över 3.800 hjärnskadade krigsinvalider och bland dem funnit ca 80 fall, i vilka plötsligt uppkomna pareser, som bör tolkas som hysteriska, har simulerat s. k. senapoplexier. Jag har själv varit i tillfälle att t.o.m. undersöka de flesta av dessa patienter. Hos en betydande del av dem har det gällt ett flera år efter sårskadan debuterande hemiparetiskt tillstånd, påminnande om de sedermera läkta

härdsymtom som uppträtt i skadans primärstadium. Någon enhetligare kedja av psykodynamiska faktorer har jag inte kunnat finna hos dessa patienter. De har emellertid i samband med levnadssvårigheter av olika slag reagerat med ett sådant paretiskt tillstånd och jag tror, att skadans primära härdsymtom eller möjligen de senare uppträdande postiktala pareserna har så att säga lärt dem reaktionssättet, gett dem modellen. Hjärnlesionen är således härvid den organiska kärnan och enligt locus minoris resistentiae-principen har konversionssymtomet uppstått i och för att demonstrera hjärninvaliditeten och dennas synliga manifestationer. Jag fann dessa fall en gång i tiden, när jag letade efter posttraumatiska apoplexier i det material, som omfattar våra hjärnskadade krigsinvalida, och jag kunde inte vid undersökningarna av de nämnda 80 fallen påvisa något som aktuellt tydde på en vaskulär eller annan organisk patogenes. En del av dessa psykogena pareser har gått fullständigt över, och en del har trotsat alla rehabiliteringsförsök och förblivit fixerade tillstånd.

Då man tänker på uppkomsten av dessa hos hjärninvaliderna förekommande psykotiska och även neurotiskt färgade syndrom, dessa brokiga tillstånd, tillgriper man kanske lätt den på hjärnlokalisasteorierna baserade organisk-psykiatriska förklaringen. Säkerligen kan vissa fenomen härledas på den vägen. Men det är i mitt tycke dock oriktigt och ensidigt om forskaren endast beaktar dem. Hjärninvaliditeten i sig själv, medvetandet om dess existens, blir ofta en svår stress för sin bärare. Medvetandet om att någon del av den fysiska eller framförallt psykiska förmågan har förlorats på grund av skadan, torde säkerligen leda till uppkomsten av ett slags kastrationsupplevelse. En svår invaliditet bryter liksom vilken som helst svår permanent konflikt till den grad ned stödelementen för t.o.m. en kraftig och solid personlighet, att följden blir en psykisk reaktion. Men även en lindrig skada kan åstadkomma samma resultat hos en primärt svag personlighet. Å andra sidan kan man säga att den som har fått rika gåvor förlorar efter att ha ådragit sig en hjärnskada av en viss bestämd grad proportionsvis mindre än den, som inte har haft så rikligt med dessa

gåvor och som drabbas av en skada av samma grad. I alla lämpliga fall borde psykoterapi kunna kopplas till rehabiliteringsvården på ett så tidigt stadium som möjligt. Psykoterapins uppgift är å den ena sidan att hjälpa patienten att på rätt sätt anpassa sig efter sin förlust och å den andra att hjälpa hans personlighet att utveckla sig mot benägenhet för reella rehabiliteringsmål.

Psykoterapi och fysisk rehabilitering

Av det ovan sagda har säkerligen framgått, att neuropsykiatrisk undersökning redan på ett tidigt stadium borde kopplas till behandlingen av åtminstone medelsvåra och svåra skador och att rehabiliteringsprogrammet borde utarbetas på basen av de resultat den ger. Det är bra mycket lättare i de skadefall, som karakteriseras av uttalade traumatiska härdsymtom, såsom förlamningar, afasi osv. Härvid är situationen även för patienten själv rent av konkret. Vid eftertillstånd efter diffusa hjärnkontusioner är situationsbedömningen mycket svårare. Detta beror även på att anmärkningsvärt många patienter, som har drabbats av t.o.m. svårare diffus hjärnskada, själva har en rätt optimistisk inställning till sitt tillstånd efter begynnelsestadiets besvärligheter. Först när vardagens verkliga svårigheter borde axlas inställer sig besvären, och därmed börjar encefalopatisyndromet framskymta. Den bättre, mera optimistiska perioden varar ofta några månader, upp till ett halvt år. Vid denna tid debuterar ofta även den traumatiska epilepsin. Denna fas borde patienten kunna motse i såväl psykiskt som fysiskt tränad kondition. Psykoterapi och fysisk övningsbehandling hade redan för våra hjärnskadade krigsinvalida varit de viktigaste rehabiliteringsåtgärderna under begynnelsemånaderna. Såsom Hillbom (1959) har beskrivit, insattes motionsövning som ett slags belastningsterapi redan på ett tidigt stadium, att börja med i liggande ställning i sängen och sedan i form av mattgymnastik. Gymnastikövningarna försiggick i små grupper. Övningsprogrammet försvårades sedan gradvis allt efter patientens förmåga till uthållighet, och så småningom övergick man till idrottsövningar och lekar, som belastade patienten allt mer och allt längre. En före den graderade fysiska övningstera-

pin insatt psykoterapi anses även av Silverskiöld (1950) vara den viktigaste vårdfaktor, som kommer ifråga för hjärninvalid. Den skadade bör enligt honom snarast möjligt lära sig att övervinna den ängslan, som encefalopatibesvärerna vållar honom i olika situationer och ställningar, och tro att övning verkligen utvecklar honom i att uthärda påfrestningar. Silverskiöld och Hillbom betonar i princip samma saker. Båda anser att patientens besvär avtar tack vare denna kombinerade behandling, att hans trygghetskänsla ökas alltmer, när han märker att man oavbrutet försöker hjälpa honom, och att hans livslust och yrkesambition återvänder som en följd härav. Behandlingen måste fortsätta tillräckligt länge, vid behov i många månader. Reuter (1946) har i sin monografi "Psychotherapie bei Hirnversehrten" särskilt betonat vikten av grupp-terapi och Schultz autogena träning för livsinställningens omvandling i positiv riktning och för underlättande av subjektiva besvär. Speciellt tilldrar sig den autogena träningen Reuters uppmärksamhet, och han har konstaterat att man med den i hög grad kan reducera huvudvärk, vertigo, sömnrubbningar och andra symtom, som måste tolkas som vegetativa. Behandlingen arrangerades i form av nio månader långa kurser med en eftermiddag i veckan och därutöver kvällsprogram. Fastän de på detta sätt behandlade fallen var av äldre datum, skulle man mycket väl kunna tillämpa hans erfarenheter även på färskare hjärnskadetillstånd under tidig-rehabiliteringen.

Till en med psykoterapi och fysisk belastnings-terapi insatt rehabilitering borde snarast möjligt anslutas sysselsättningsterapi, som så småningom skulle länka in patienten på en i framtiden behövlig yrkesträning. Uppenbarligen borde denna emellertid insättas först när alla väsentliga, utvecklingsdugliga, av skadan ograverade funktioner har stabiliserats och patienten i tillräcklig grad har kunnat kompensera sina defekter. Portius fäster särskild uppmärksamhet vid just denna tidpunkt, då yrkesträningen, alltså den egentliga rehabiliteringen, borde påbörjas. Enligt hans åsikt bottnar många misslyckanden i alltför tidig belastning i denna bemärkelse, varvid man ensidigt har påskyndat yrkesplaceringen av patienter, som ännu inte helt till-

frisknat från sin skada. I samband med gymnastik- och idrottsövningarna samt sysselsättningsterapien erhåller man många värdefulla uppgifter för bedömningen av denna optimala tidpunkt genom att följa rehabiliterandens attityder, arbetslust, uppfattningsförmåga, händighet och målmedvetenhet samt hans utveckling under dessa förhållanden. Viktigt är även att iaktta i vilken mån hans besvär ökas och huruvida nya besvär inställer sig under dessa förhållanden som gradvis blir alltmer krävande.

Arbets träning

Då rehabiliteringen befinner sig i detta skede, närmar vi oss en situation, då en del av våra patienter till den grad har tillfrisknat och deras tillstånd så pass mycket stabiliserats till sin påfrestningstolerans, att ett återvändande till de gamla förhållandena och till det gamla yrket åtminstone stegvis är möjligt. I detta sammanhang är det säkerligen på sin plats, att — eftersom det rör sig om just hjärninvalid — se till, att patienten inte i en alltför stor rehabilitationsiver onödigt mycket lösryckes från sina gamla rötter och förorsakas ett abrupt miljöbyte med avseende på sitt yrke. Även efter utskrivningen borde patienten tillförsäkras möjlighet till tidvis återkommande behandling och poliklinikbesök i anstalten, som nu har blivit välbekant för honom och som han känner förtroende för.

Den andra gruppen av våra patienter består sedan av sådana, som på grund av skadans påföljder inte kan återvända till sitt gamla yrke, men som genom arbetsprövning och träning samt därpåföljande utbildning kan tillägna sig behövlig skicklighet och uthållighet för ett annat yrke. Dessa specialåtgärder för yrkesrehabiliteringen borde vidtas till deras fromma, medan sjukhusvården ännu pågår (Hillbom, 1965). Åtminstone gav våra krigstida erfarenheter vid handen, att just detta var nödvändigt för de svårt skadades vidkommande och att den egentliga utbildningen för det nya yrket förlöpte bäst medan patienten ännu var inskriven i anstalten. Sålunda var det möjligt att skapa en tillräcklig trygghetskänsla och ambitiös företagsamhet med ett tydligt mål kontinuerligt för ögonen. Dessa egenskaper rubbades i allmänhet och lyste ofta på

ett ödesdigert sätt med sin frånvaro, om den skadade efter det normala rutinmässiga begynnelsestadiets sjukhusvård lämnades ensam att kämpa med sina svårigheter, utan ledande stöd och utan säkerhet för utkomsten. Härvid var neurotisering och en onödig eftergivenhet för skadans ingrepp i livet den sannolika följden. Men det förekom även, att målen för yrkesrehabiliteringen stundom ställdes alltför högt eller var felinriktade. De värsta misslyckandena upplevdes i sådana fall, då rehabiliteringsplanen uppgjordes utan tillräcklig kännedom om rehabiliterandens primära personlighet eller då skadan hade orsakat en markant karaktärsförändring (Hillbom, 1961, 1965).

Frågan om vilka yrken som i detta nu borde uppställas som mål för vår rehabiliteringsverksamhet är givetvis en annan än då den pågick för tjugo år sedan bland våra hjärnskadade krigsinvalider. Om sorgsfulla anlagsprovningar med stöd av patienternas levnadslopp och aktuella situation torde ge svaret härpå, om man utgår från näringslivets möjligheter och fordringar. Jag önskar emellertid framlägga några fakta om de resultat vi lyckades nå bland krigsinvaliderna. Över 800 hjärnskadade krigsinvalider genomgick Krigsinvalidernas Brödraförbunds yrkesutbildningskurs eller avlade examen i andra yrkesskolor eller i högskolor. Efterundersökning kunde utföras på 608 av dem, minst fem år efter det att de hade installerat sig i sina nya yrken (Kosunen, 1956).

Dessa rehabiliterander hade erhållit utbildning för ca 50 yrken av skilda slag, som fördelade sig på följande sätt: hantverken 50,2 %, metallindustrin 24,8 %, jordbruket, trädgårdsskötseln eller skogsbruket 17,8 % och övriga diverse yrken 7,2 %. Omkring 60 % av rehabiliteranderna hade varit i stånd att arbeta i det nya inlärdade yrket. Framgången var störst i de yrken, som beredde den skadade möjlighet att arbeta relativt självständigt och själv bestämma arbetstempot.

Kurserna i hantverk av skilda slag och i trädgårdsskötsel ledde i ca 65 % till en lyckad placering, trots att dessa grupper omfattade mycket svårt skadade. Bland dem som placerats i industrins tjänst, särskilt bland metallarbetarna, var misslyckandena flera, kanske närmast av den orsa-

ken, att den regelbundna 8 timmars arbetstiden och arbetet, som krävde stor uppmärksamhet och som var förknippat med ganska många akustiska retningsfaktorer, blev övermäktiga för vederbörande. Fastän dessa grupper innefattade något lindrigare skadade, visserligen dock många som led av traumatisk epilepsi, uppgick yrkesavfällningarna till ca 40 %. Beaktansvärt är att lyckade studier och trivsel i yrket har karakteriserat den grupp som avlagt högskoleexamina. Till den hörde bl.a. 13 jurister, 12 civilekonomer, 10 magistrar, 8 agronomer, 7 civiljägmästare, 5 läkare, 5 civilingenjörer, 4 präster, 1 farmaceut och 1 arkitekt, vilka samtliga avlade sin examen efter traumatiseringen och som fortfarande beklär ansvarsfulla poster trots sina tämligen svåra hjärnlesioner (Hillbom, 1965).

Man skulle kanske kunna finna vissa kriterier, som i allmänhet borde tas i betraktande vid valet av arbetsbransch för en hjärnskadad: Han har svårt att arbeta i en grupp, där en noggrant fastställd rytm är förutsättningen för att arbetet skall lyckas och där hans långsamhet leder till ett spänt förhållande med de övriga och till betryckthet och ångslan hos honom själv. Denna svårighet kan också komma till synes vid s. k. löpande-band-arbeten. Han har svårt att arbeta på en plats, där arbetets art plötsligt förändras. I allmänhet orkar han inte lyfta eller bära tunga bördor. Hetta, vibration, plötsliga ljud, hårt buller och snabba optiskt retande fenomen vållar besvärligheter för många. Vissa lider av dragiga och kalla arbetsplatser. En verksamhet som kräver stor och kontinuerlig uppmärksamhet anstränger ofta alltför mycket hjärninvaliden.

En grupp som kräver speciell uppmärksamhet, när det gäller yrkesutbildningens svåra problem, bildas av de hjärninvalider, som före traumatiseringen ännu inte har erhållit någon som helst yrkesutbildning och som inte har haft någon egentlig ställning i livet. Dessa barn eller unga behöver undervisning och behandling av en helt speciell karaktär. I deras fall stör hjärnskadans kännbarast de psykiska funktioner, som vid ifrågavarande ålder ännu inte har mognat och specialiserats eller som för ögonblicket håller på att utbildas. Dessa funktioner kan stå i sammanhang med den verbala för-

mågan, annan intellektuell verksamhet eller det emotionella fältet. För dem borde man på allt sätt söka finna en väg till småningom vunnen självständighet, ambition, medvetenhet om sociala förpliktelser samt en klart utstakad målsättning, såsom Portius (1963) drar upp rehabiliteringsverksamheten för deras vidkommande.

Och så återstår i denna översikt att nämna de svårt skadade, som trots omsorgsfulla rehabiliteringsåtgärder inte kommer att lyckas på den öppna arbetsmarknaden. De behöver arbetsplatser med skyddad miljö, där de under förståelsefull ledning och med sakkunnigt stöd kan arbeta efter förmåga och så mycket deras tillstånd medger. Om blott den skadades fysiska och psykiska tillstånd tillåter det, borde man t.o.m. beträffande de allra svårast skadade sikta på en rehabilitationsmålsättning av åtminstone denna nivå. Det tar visserligen sin tid, och man gör klokest i att räkna med många år efter olyckshändelsen.

Av våra hjärnskadade krigsinvalider har vi för vetenskapliga undersökningar valt ett material, som omfattar 3.552 män med verifierad hjärnlesion. Av dem var enligt Hillbom år 1956 72 % i det gamla yrket eller i ett ännu bättre, 6% var sådana som arbetade oregelbundet eller i ringa grad och 15,5 % var oförmögna till arbete. Återstående 6,5 % hade avlidit. De hjärnskadade, som för närvarande inträffar, är knappast svårare än ovannämnda krigsinvalider, och jag ser i dessa siffror ett slags fingervisning beträffande våra rehabiliteringsmöjligheter även i den dag i dag är.

Till slut önskar jag påpeka, att följande omständigheter ansluter sig i väsentlig grad till allt vårt rehabiliteringsarbete:

1) En av traumat förorsakad olägenhet innefattar såväl en nedsättning av arbetskapaciteten som en minskad förmåga att reda sig i livet överhuvudtaget. Denna invaliditetsgrad borde fastslås på så goda grunder som möjligt och sålunda utgöra basen för en rättvis handläggning av ersättningsfrågan.

2) Hjärninvaliden bör fortgående tillförsäkras möjlighet till tidvis återkommande, gärna regelbundna undersökningar i specialanstalt. Han kan, även sedan det egentliga rehabiliteringsstadiet avslutats, tidvis behöva vård, emedan tillståndet lätt kan förvärras av funktionella orsaker samt även av organiska senkomplikationer. Härvid kan även en ny bedömning av ersättningsfrågan bli aktuell.

3) En redan under tiden för den primära behandlingen önskvärd förtroendefull kontakt med hjärninvalidens anhöriga borde fortgående kunna upprätthållas, för att deras sakligt förståelsefulla stöd skall stå till hans förfogande allt framgent.

4) En grundförutsättning för yrkesplaceringen och arbetets permanens är "spel med öppna kort", varvid arbetsgivaren verkligen får upplysning om de för arbetsförhållandet erforderliga detaljerna. De detaljer, som bestämmer vad vederbörande hjärninvalid kan prestera och vilken uthållighet han kan visa i detta arbete. Viktigast av dem är den på rehabiliteringsstadiet utförda arbetsprövningen och iakttagelserna under den yrkesutbildning han genomgått. Arbetsgivarens förtroende är en mycket viktig sak för dem, som sysslar med rehabiliteringsarbete, för dem som placerar invaliderna i arbetsmarknaden och framförallt naturligtvis för den skadade själv.

Rehabilitation of persons with brain injury

By överläkare Erik E. Anttinen, Pitkaniemi, Finland

Summary

In connection with a brief description of the care and rehabilitation of war invalids suffering from cerebral injury in Finland mention is also made of

the great lack of similar therapeutic possibilities for persons with brain injuries sustained in civilian life. In the light of the experiences gained in this

field during and after the war Finland would appear to be in great need of a few well-equipped centres for the examination and rehabilitation of such patients. These units should possess facilities for coordination of their various activities. Uniform principles for assessment and financial compensation of such cases should also be adopted. These special centres should be available mainly for patients who for one reason or another cannot receive adequate treatment and rehabilitation at other establishments.

The neuropsychiatric disorders resulting from severe brain injury are also discussed, with special attention given to the generalized encephalopathic syndrome of traumatic origin, localized lesions of the convexity, the aphasia problem, disturbances of personality, epilepsy, and psychogenic reactions and psychoses. A large number of cases of schizophreniform and paranoid psychotic states have been observed among the war invalids with brain injury in Finland. A relatively high incidence of reactive states, and especially of hysterical conversion phenomena simulating focal symptoms of the primary stage, is also found among these invalids.

The pathogenesis of both the psychotic and the neurotic disorders is described.

The importance of instituting psychotherapy and progressive physical training as soon as possible after the trauma is stressed. This is of value in reassuring the patient's mind with respect to the treatment and giving him confidence in the future. When his health has begun to improve the question of his vocational resettlement must be considered. The experiences gained on this aspect during and after the war have been encouraging even in the case of patients with fairly severe damage. At the same time, however, the considerable structural changes that have taken place in commerce and industry in the past twenty years are producing new problems of rehabilitation. Many of the patients with cerebral injury are able to return to their former occupation, however. Depending on the nature and site of the injury, many factors must be taken into consideration when vocational retraining is undertaken. These problems are discussed. In conclusion, some of the essential requirements for a successful result in the rehabilitation of persons suffering from cerebral injury are advanced.

Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie

Långtidssjuka i våra storstäder

En socialmedicinsk analys av sjukförsäkringens 90-dagarsfall

genomförd av en samarbetsgrupp inom Stockholms, Göteborgs, Malmös och Norrköpings allmänna försäkringskassor.

(Nr 32 i skriftserien) Pris kr 3: —

Kan rekvireras direkt från Socialmedicinsk tidskrift, Fack, Stockholm 27, eller genom bokhandeln.