

Uppfordran till rehabilitering

Av *H. Robert Blank, M.D., New York, USA¹⁾*

Författaren till denna artikel är läkare vid behandlingsavdelningen på Psykoanalytiska institutet i New York. Han har lett omfattande forskningsarbete beträffande blindhetens psykiatriska aspekter. Han är konsult vid flera casework-institutioner. — Artikelns har tidigare i en något längre version varit publicerad i *Israel Medical Journal*. Den har också delvis varit publicerad i *The New Outlook for the Blind*.

I första delen av artikelns ursprungliga version skildrar författaren hur han genom erfarenhet av bl. a. ortopediska och neurologiska patienter övertygades om att deras psykologiska och psykosociala problem var viktigare än deras fysiska begränsning, när det gällde att bestämma invaliditeten. Författaren ger sedan en beskrivning över hur rehabiliteringsresurserna i USA ökade från första till andra världskriget. Han fortsätter:

Psykologiska och grupp-psykologiska synpunkter

En viss psykologisk insikt är grundläggande för att förstå problemen hos handikappade och bör följaktligen vara gemensam kunskap för alla som arbetar med handikappade. Eftersom blindheten för gemene man dessutom är det mest hotande av alla fysiska handikapp, kan verkan av den kroppsliga stympningen eller missbildningen lättare varseblivas vid arbete med blinda än med andra handikappade. När jag t. ex. vid två tillfällen hänvisade en blind man till psykiatrisk eller psykoanalytisk behandling, avböjde kollegan — vid vardera tillfället utmärkt kvalificerad för att behandla problemet i fråga — och förklarade: "Jag har aldrig behandlat en blind person tidigare." När jag omedelbart svarade: "Skulle du ge mig detta svar om denne man med samma problem inte var blind utan hade båda

benen amputerade?" blev min kollega upprörd och insåg genast att någon omedveten konflikt, framkallad av patientens blindhet snarare än av hans bristande kännedom om blindhet hade bestämt hans negativa reaktion. Den bristande erfarenheten borde ju ha inneburit en stimulans i stället för ett hot. Det är omöjligt att ange hur ofta sådana omedvetna faktorer spelar in när fackmän undviker eller lämnar arbete med psykiskt handikappade. Jag har i ett annat sammanhang (2) som i det nyss citerade exemplet visat att problemet kan angripas framgångsrikt.

Förutom sin betydelse för jagutveckling och anpassning har ögat som psykoanalysen visat, en omedveten betydelse som sexuellt organ och som redskap för aggression. Därav den primitiva föreställningen om blindhet som kastrering och död, nämligen straff för synd och död. Den erfarna socialarbetaren brukar finna denna symbolik verksam hos amputerade individer, paralytiker och döva. De som känner till läkekonstens historia, vet hur genomträngande den läran var, som innebar att sjukdom var ett straff för synder. Särskilt gällde detta synliga åkommor som epilepsi, blindhet och kroppslig missbildning. Även om vi inte längre tror detta medvetet, förekommer omedvetna besläktade föreställningar.

För övrigt upplever de blinda samma allmänna problem som varje minoritetsgrupp som är föremål för majoritetens fördomar och dess utlevande av sina förträngda känslor i handling, t. ex. den plågades omedvetna identifikation med plågarens attityder. Samhället är utpräglat ambivalent gentemot de blinda, som de seende har stereotypa, motsägelsefulla och paradoxala uppfattningar om. En del attityder innebär överbeskydd och underförstådd förväntan att de blinda måste vara beroende mottagare av välgörenhet. Vid sidan om dessa finns det en fantastiskt naiv

¹⁾ Översättning: Barbro Mellberg, medverkan Kerstin Qvarnström

tro på deras speciella makt, särskilt den förmåga som de blinda förmodas ha att automatiskt kompensera sitt handikapp genom accelererad utveckling och överlägsen funktion hos övriga sinnen. De blinda är både helgon och syndare, parias och profeter. Dessa attityder är universella till följd av synens betydelse för den tidiga personlighetsutvecklingen och det förhållandet att det hos praktiskt taget alla människor existerar olösta konflikter i fråga om scotophili¹⁾ och exhibitionism. Dessa attityder delas av de blinda och av dem som arbetar fackmässigt bland blinda, inklusive psykiater när de börjar arbeta med blinda. Sådana attityder demonstreras slående i en bok av en psykiater (9) beträffande drömmar hos blinda. Han erbjuder en guldgruva av exempel, när han sammanfattar sin kliniska erfarenhet och sina undersökningar i de grafiska och musikaliska konstarterna, litteratur, filosofi, religion. Detta rika material är emellertid fortfarande ointegrerat, en katalogisering under den ena eller den andra företeelserubriken. Hans "Tiefenpsychologie" är blandad med mystik. Hans föreställningar om rehabilitering är lika ålderdomliga: han tror att integrerad uppfostran av blinda och seende är verklighetsfrämmande och opraktisk. Han pläderar för blinda barns uppfostran i skolor för blinda men uppmuntrar att de umgås med seende barn efter skolan. Han är t. ex. okunnig om att Industrial Home for the Blind i Brooklyn har tagit initiativ till och har överinseende över ungefär 400 blinda barn i det allmänna skolväsendet i fyra counties i staten New York. Det är barn som bor i sina egna hem eller i fosterhem.

Då stereotypa tänkesätt och irrationella föreställningar kanske förekommer oftare i fråga om blindhet än i fråga om andra kategorier av handikappade, utgör sådant emellertid ett problem, som varje rehabiliteringsarbetare konfronterar med i sitt arbete med den handikappade individen, hans familj och hans potentiella arbetsgivare.

Jag har här antytt att medfödd blindhet i och för sig inte oundvikligt och obevekligt skapar större personlighetsstörningar. Men den blindhet som inträffar när personligheten redan är utvecklad är i och för sig traumatisk, eftersom den innebär en splittring av grundlagda mönster för kommunikation, rörlighet, rekreation och självkänsla (föreställningen av den egna kroppen och andra aspekter på medvetenhet beträffande det egna jaget).

Depression

Den friska personlighetens reaktion på en plötslig blindhet uppträder i en karakteristisk ordningsföljd, vilken schematiskt kan indelas i ett chockstadium omedelbart och en återhämtning eller ett slutgiltigt stadium. Chockstadiet består av en depersonaliseringsfas följt av en depressionsfas. Depersonaliseringen varar vanligen från två dagar till en vecka. Patienten är orörlig eller nästan orörlig, ansiktsuttrycket är tomt, han har nedsatt beröringskänslighet och brukar vara stum eller tala mycket lite med långsam dämpad röst. Ytligt sett kan den kliniska bilden likna katatoni; under den akuta fasen kan man emellertid få höra patienten förklara att han inte har någon känsla, känner sig överklig, att världen är överklig etc., detta till skillnad från de vilseledande och osammanhängande associationer som brukar förekomma hos schizofrena. Depersonalisering förefaller vara en försvarsmekanism mot hotet av jagupplösning dvs. mot utbrott av överväldigande smärtsamma känslor. Känslorna tillåts sedan komma fram litet i taget, så att de kan behandlas av jaget i små doser.

Den svåra situationen manifesteras kliniskt genom depression, vilken följer depersonaliseringen, ofta blandar den sig omärkligt med den. Jag hade en gång en seende patient för konsultation två dagar efter det att hans ben amputerats. Den provisoriska diagnosen var katatoni, men två dagar senare var han uppenbart deprimerad, självunderskattande, utan några symptom på schizofren personlighetskylvning. Jag såg

1) Sexuell lust vid obemärkt beaktande av eggande handlingar.

också denna depersonaliserings- och depressionsreaktion hos två patienter efter tarmresektion och colostomi, som de inte hade blivit tillräckligt väl förberedda för. Depersonalisering och depression förefaller kunna väntas som en reaktion på den plötsliga förlusten av en kroppsdel eller en kroppsfunktion.

Depressionen kan ta formen av en akut reaktionsdepression eller en agitationsdepression. Den representerar ett stadium av sorg över förlusten av ögonen. Blinda människor talar inte sällan om sina döda ögon. Grace Barstow Murphy talar i sin självbiografiska bok "Din dövhet är inte du" om "döda öron". Och hur ofta har vi inte hört "död arm" eller "döda ben". Av annat än teoretiska orsaker är det väsentligt att betrakta denna depression som en sorgereaktion snarare än som en psykiatrisk sjukdom, som kräver speciell behandling. Distinktionen kommer att förebygga en hel del missgrepp t. ex. chockbehandling eller försök att framtvunga att individen riktar sin psykiska energi mot yttrevärldens problem innan han har fullbordat sitt inre arbete att sörja. Vid en av de militära rehabiliteringsinstitutionerna för blinda, var man ej tillräckligt medveten på denna punkt, medan man entusiastiskt och effektivt kopplade in teknik, som var avsedd att hjälpa den blinde soldaten att bemästra konkreta problem. Tre blinda veteraner som jag känner, hade allvarliga emotionella konflikter, när de återvände till civilt liv. Konflikterna motsvarade åtminstone delvis en försenad form av sörjande. På grund av att trycket från institutionens disciplin och dess önskan om konkreta resultat, hade de inte tillåtits fullborda sitt sorgearbete. En av dessa män förklarade: "Jag lärde mig mycket som var bra och som kommer mig väl till pass nu, men jag lärde mig inte att leva med mig själv i en seende värld."

Med plötslig blindhet menas inte endast en blindhet som är en följd av en krigsskada eller ett olycksfall i arbete men också den blindhet som är ett resultat av utdragna ögonsjukdomar, vilka patienten inte har blivit tillräckligt förberedd på av sin läkare eller sin familj. Under dessa omständigheter kan själva blindblivandet

eller annan förlust (t. ex. de två colostomipatienterna nämnda härövan) bli nästan lika oväntat traumatiskt, som blindhet, förorsakad av en explosion. I den utsträckning individen har blivit förberedd för sitt handikapp (innebärande psykologisk, sund medicinsk behandling förutom andra överväganden), i den utsträckningen kommer depersonaliseringsfasen att tendera att försvinna och depressionsfasen att bli mindre allvarlig, eftersom en del av arbetet att sörja, har fullföljts i förväg. Och återhämtningsfasen kommer att åtföljas av färre emotionella hinder. Jag upprepar: beträffande psykiatrisk diagnos och jagets styrka, bör man inte dra någon bestämd slutsats av intensiteten och symptomen i chockstadiet. Man bör i själva verket betrakta som olycksbådande, bilden av en person som omedelbart klarar sitt handikapp lekande lätt; den förnekelse som detta innebär bör väcka misstänksamhet om en allvarlig dold konflikt.

Cholden (5) kom självständigt till slutsatser, som praktiskt taget är identiska med mina. Han betraktar också den depressiva fasen som en sorgereaktion för de döda ögonen och "... patienten måste verkligen dö som seende person, för att kunna pånyttfödas som blind människa... i de fall jag har sett, verkar det som om patienten bör erfara denna depression innan han kan acceptera blindheten som verklighet. Det är sålunda inte ett dåligt prognostiskt tecken". Inte heller bör någon ansträngning göras att försöka få någon att "för skams skull" komma över sin depression eller "rehabilitera" honom på detta stadium.

Återuppbyggande av personligheten.

Psykopatologiska reaktioner

Begreppet återfödsel som blind person är väsentligt för att fullständigt förstå händelseutvecklingen under återhämtningsfasen, som innebär en förnyad differentiering av jaget och en ny föreställning om sig själv. Den nya spädbarnstiden och barndomen — för att fullständiga bilden — kräver att den nyligen handikap-

pades verkliga behov av beroende tillgodoses, att ansvar och krav ges honom efter hand och med urskillnad efter de kännetecken på beredvillighet och tillfredsställande uppträdande, vilka ofta tas för givna av uppfostrare och lärare. Vid psykoterapi och rådgivning kan för övrigt denna återföring och återväxt förklara de anmärkningsvärda och oförminskade framsteg, som även märks efter ganska kort och icke-intensiv behandling. Att avfärda företeelsen som en "överföringskur" ger inte rättvisa åt kliniska fakta. Det är möjligt att den blinda personens beroendeställning tillåter honom att identifiera sig med och lära av terapeuten via en mera direkt "återväxt"-process, vilken i sin tur kan underlätta analys av symptom och försvarsmekanismer. Jaget hos den nyblinda personen (utan tidigare existerande neuros eller större karaktärsstörning) är mycket formbart och sårbart. Det är förmodligen därför vi så ofta ser ytterligheterna: fullständig avsaknad av tro på sig själv och fenomenala framsteg. Kvaliteten på totalbehandlingen är avgörande.

I vilken utsträckning personligheten har fått bestående skada av det förvärrade handikappet — liksom förmågan att tillfriskna efter chockreaktionen — kommer att till största delen bero på graden av styrka hos jaget och den mognad som uppnåtts vid tiden för olyckan eller sjukdomen som orsakade handikappet. Det sätt på vilket individen har lärt sig brottas med större livsproblem och svåra situationer före sitt handikapp kommer att visa sig i hans definitiva reaktioner på detta. Denna viktiga allmänna slutsats förutsätter att de yttre faktorerna är gynnsamma, att den handikappade erhåller den hjälp han behöver. Om inte yttre hinder för tillfrisknande och produktivitet avlägsnas, kan inte jagets möjligheter förverkligas. Den blinde eller annan allvarligt handikappad person *är* först hjälplös och beroende — och att koncentrera sig på de inre psykiska problemen utan att inse behovet av avsevärd och fortgående speciell hjälp med yttre hinder — är att göra sig skyldig till renaste psykologiserande. Vad som finns att tillgå för svårt handikappade genomsnittsindivider, barn eller vuxna, är tyvärr fortfarande mycket otill-

räckligt. I fall efter fall av bortslösade möjligheter hos handikappade är det uppenbart att mycket beror på en kombination av felaktig behandling och otillräckliga resurser att erbjuda de antydiga fackmässiga tjänsterna.

Den önskvärda typen av tillfrisknande från den beskrivna depressionen karakteriseras av att sorgearbetet upplöses sunt, att den psykiska energin vänder sig mot lösningen av konkreta problem (lära på nytt vad beträffar kommunikationsförmåga, rörlighet och yrke); den olikhet det innebär att vara handikappad accepteras positivt av individen i stället för att bemötas med masochistisk underkastelse eller med förnekelse.

Den definitiva psykopatologiska reaktionen som följer med blindhet, innefattar nästan allting inom psykopatologien. Ingenting av detta är speciellt för blindheten. Endast de vanligaste reaktionerna kommer att nämnas här.

1) Förlängning av chockstadiets depressiva fas till ett kroniskt deprimerat masochistiskt stadium med självanklagelse, bitterhet mot världen och mot Gud. "Vad har jag gjort för att förläna detta?" och "Varför måste detta hända mig?" Dessa människor förblir beroende och förtrytsamma mot dem, som de är beroende av, de accepterar aldrig sig själva som blinda. På grund av det starka omedvetna behovet att förneka sin blindhet, kommer de att insistera på att få den rätta oftalmologiska behandlingen, vilken skall återställa deras syn. De kommer att utnyttja vad som berättas om underkurer eller sin egen varierande ljusförmåga för att tolka hoppet om möjligen inträffande syn. De kommer även att utnyttja detta i sin fientlighet mot dem, som utför behandlingen. I de blindas levnadsberättelser, som exemplifierar ovannämnda förhållanden, frapperas man av såväl de faktorer, som innebär skadliga inflytelser utifrån och från familjen — som av drag som innebär benägenhet till neurotisering. Följande detaljer brukar monotont upprepas: den förste läkaren som behandlade patienten, försäkrade honom att han skulle bibehålla eller återfå sin syn. Patientens fixering vid detta falska hopp ökades genom att en nära släkting betraktade honom som det värsta som över huvud taget skulle kunna hända någon, och släktingen uppmuntrade honom att vidmakthålla ett tillstånd av absolut hjälplöshet och totalt beroende, medan han väntade på underkuren. Många av dessa människor kan hjälpas väsentligt genom psykoterapi, särskilt om läkaren och de betydelsefulla släktingarna får hjälp att närma sig blindhetsproblemet förnuftsmässigt. Medicinsk shopping, innebärande att man letar efter ett magiskt återställande av synen, inskränker sig inte endast till den kliniska bild, som här beskrivits utan är ett överallt förekommande beteendemönster gemensamt för blinda och andra handikappade människor med olika personlighetsstruktur och symptom.

2) Karaktärsrubbingar, vilka ofta representerar ett förvärrande av tidigare existerande drag. Den vanligaste

är kronisk beroendereaktion, då individen väntar sig att bli omhändertagen som hjälplös på grund av att han är blind. Stimulans för att framkalla denna attityd ges av familj och vänner såväl som av en utbredd social sanktion som grundar sig på den uppfattningen att blindhet är ett acceptabelt självklart skäl att förbli beroende.

3) Många framgångsrikt "anpassade" och verkligen produktiva blinda människor bibehåller en gruppidentifikation med andra blinda i ett definitivt självskyddande minoritetsläge mot den "fientliga", "taktlösa" och "dumma" seende världen. Återigen inser vi att detta är lika mycket frågan om social som individuell psykopatologi. De seende är ofta taktlösa och okunniga i fråga om blinda. I sin klart neurotiska form innebär detta tillstånd att den blinda personen använder omåttligt mycket tid tillsammans med sina kamrater för att anföra bevis för de seendes brister.

Viktigt att behärska de allmänna psykologiska principerna

Det bör framgå av denna korta kliniska och teoretiska översikt att jag inte tror på någon speciell "psykologi för blinda", "psykologi för döva" eller "psykologi för amputerade". Detta motsäger dock ingalunda det faktum att det särskilt inom undervisningen existerar typiska problem, vilka karakteriserar varje handikapp. Men att kunna bemästra de allmänna principerna — något som utnyttjas av varje professionell arbetare — är väsentligt, innan man kan beskriva vad som är specifikt inom ett visst område eller vad som är unikt i fråga om den individ man arbetar med. Detta leder oss till att försöka definiera och klargöra rehabiliteringens mål.

Vad innebär rehabiliteringen? Vad syftar den till?

Ordet rehabilitering har olyckliga betydelser; det har inneburit och innebär fortfarande för många människor ett mekaniskt sätt att angripa en sjukdom i syfte att återföra individen till samma funktionsnivå som han tidigare hade. Med ett sådant handikapp som medfödd blindhet eller dövhet skulle det strängt taget vara absurt att tala om rehabilitering; habilitering vore mera lämpligt. Tills nyligen har termen varit främmande särskilt för psykoanalytiker,¹⁾ vilka först

utformade teori och praktik för att hjälpa individen att hjälpa sig själv. Psykoanalytikerna var de första som på individen lade ansvaret att aktivt delta i sin behandling. De uppställde först som mål: att inte endast avlägsna symptom utan att få individen att uppnå en högre nivå av produktivitet och skapande liv än tidigare. Detta psykoanalysens bidrag är just vad som karakteriserar målet för den yrkesmässiga rehabiliteringen i dag. Och även om mycket få psykoanalytiker har varit engagerade i arbetet med de fysiskt handikappade, har rehabiliteringen, när den är som bäst, tagit upp en hel del från psykoanalysen, huvudsakligen genom de förmedlande yrkena socialt arbete — case work och klinisk psykologi, vilkas utveckling har starkt påverkats av psykoanalysen.

Rehabiliteringens mål är då att den handikappade individens psykiska och fysiska resurser utnyttjas maximalt; det viktigaste problemet är inte handikappet i teknisk bemärkelse utan den handikappades möjligheter att få bukt med de problem som möter honom, att klarlägga och utveckla hans fysiska och psykiska tillgångar.

Att närma sig rehabilitering yrkesmässigt innebär också att vetenskapens och teknikens landvinningar sprides och utnyttjas maximalt och att medarbetarnas utbildning och fortbildning förbättras. En rehabilitering som bedrivs vetenskapligt måste också innefatta forskning, vilket först och främst innebär ständig, formell och organisatorisk självgranskning av rehabiliteringsverksamheten i fråga.

Det samverkande rehabiliteringslaget

Den omfattande utveckling och de framgångar som på senare år nåtts på rehabiliteringsområdet skulle inte varit möjliga utan samarbete mellan flera kunskapsområden — discipliner. Ett av representanter från olika discipliner sammanfattat behandlings- och forskningslag — team — har slagit igenom som det bästa instrumentet för effektiv rehabilitering. Emellertid är samarbetet mellan olika yrkeskategorier ännu slumpartat, oorganiserat och ineffektivt. Begreppet team är

¹⁾ I USA användes beteckningen "psykoanalytiker" i ungefär samma betydelse som vårt "psykiater".

ännu ungt, men det är redan klart att där man använder sig av team i motsats till en icke integrerad samling specialister, är arbetsprogrammet på hög nivå och forskningen blomstrar. Många människor talar om lagarbete, men vad det är, hur det utvecklas och hur man lär ut det (i den utsträckning det går att lära ut) har fått föga uppmärksamhet. Förhållanden som starkt inverkar på lagstrukturen och dess funktion tas för givna eller ignoreras. I en ny i övrigt utmärkt bok om rehabilitering var t. ex. detta problem endast sparsamt omnämnt. — I den utsträckning det kan berättas skall jag här försöka beskriva de väsentligaste dragen i lagarbete. Först och främst, att kunna fungera som ett lag måste läras; det kommer inte av sig självt genom att en samling experter är överens om ett gemensamt mål. Förutom den viktiga faktor, som lagmedlemmens personlighetsmässiga benägenhet för eller emot lagarbete utgör, så förbereder vissa yrken sina utövare bättre för genuint lagarbete än andra på grund av yrkenas art och deras utbildningsmetoder. För socialarbetare är det t. ex. i allmänhet lättare än för läkare, åtminstone i Förenta Staterna. Traditionen inom den privatpraktiserande medicinen gynnar uppkomsten av attityder rakt motsatta lagarbetets. Medicinskt och kirurgiskt lagarbete på sjukhus — ofta utmärkt på speciella områden — uppvisar i allmänhet inte de kännetecken som här har framförts, eftersom det i regel är hierarkiskt och mekaniskt snarare än ledande till kommunikation mellan företrädarna för de olika kunskapsområdena — disciplinerna — och en därav ökad förmåga att tränga in i problemen.

Läroprocessen måste äga rum under lagets ofta förekommande schemalagda sammanträden där man avhandlar intagning, diagnos och framstegsvärdering samt intern utbildning. Laget vidmakthåller och förbättrar ständigt sin journal-skrivning, såväl anteckningar från lagarbetet som journaler för den enskilde eleven. Laget bör ständigt värdera sig självt som lag och bör inte tveka att med regelbundna mellanrum låta en utomstående expert delta i sådana värderingar. Detta bör inte förväxlas med ett annat värdefullt

mål, nämligen värderingen av lagarbetets resultat. Målet är här att minska de hinder som finns för att lagmedlemmarna gemensamt ska kunna vetenskapligt genomlysna problemen.

Laget respekterar och uppmuntrar den enskilde medlemmen. Han betraktas inte som en fast kugge i en mekanisk behandlingsmaskin utan hans fortsatta yrkesmässiga utveckling stimuleras. Personer som kan bidra till lagarbetet välkomnas även om de ej har yrkesmässig eller adekvat formell utbildning. Deras utbildning bör underlättas. Laget uppmuntrar inte en rangordning baserad på sådana för lagarbetet ovidkommande hänsyn som ålder eller högre utbildning, hur mycket dessa än kan ha betytt, när vederbörande anställdes.

Det är viktigt med en tydlig definition av den enskilde medarbetarens roll och ansvarsområde, vilket inte behöver utesluta en viss rörlighet allt efter klientens speciella behov. Vem — socialarbetare, lärare, rektor eller skolsköterska — alla ofta i kontakt med herr A — ska t. ex. underrätta herr A om hans fars död? Vem skall följa Mary till sjukhuset för hennes tonsilloperation? Vem skall förklara för Mrs B det slutgiltiga beskedet att hon inte kommit in i college? Jag skulle allvarligt vilja ifrågasätta den fackmässiga kvaliteten i rehabiliteringslagets verksamhet, om beslutet i vart och ett av dessa fall gjordes efter en bestämd arbetsordning, vilken i och för sig säkerligen var god.

Det är mycket olyckligt för ett i övrigt gott team — lag — vid en institution, om någon av dess konsulter har en perifer och isolerad ställning. Sådana konsulter har oftast endast en vag uppfattning om institutionens funktionssätt och de olika medarbetarnas roller. När man gör invändningar mot dessa förhållanden, får man höra alla slags ”skäl”: att konsulten har kontakt med institutionen så sällan, att konsulten måste ”slå ihjäl en halv dag för att delta i ett sammanträde”, osv. Dessa rationaliseringar bör inte accepteras. Laget bör snarare inrikta sig på att göra konsulten till en del av laget, antingen han är knuten till institutionen 4 tim per vecka eller heltid.

Laget gynnar inte endast kommunikation mellan sina medlemmar utan också kommunikation mellan laget och andra lag på samma eller besläktade områden. I annat fall tenderar vi att bli isolerade och inkrökta i oss själva, fruktbart jordmån för utveckling av allsköns uråldriga intressen och förstelning.

Vi är också benägna att tänka stereotyp, något som frodas vid isolering. Jag har t. ex. hört från fackfolk ett totalt fördömande av skyddade verkstäder för blindas, som om den skyddade verkstaden helt enkelt vore något ont, som höll de blindas från arbete i den privatägda industrin. Vi inser att fördömandet är en reaktion på den gamla uppfattningen om den skyddade verkstaden som det slutliga målet för handikappade personer. Men man förbiser då behovet av den skyddade verkstaden som det bästa yrkesvalet för många handikappade personer särskilt bland de äldre och dem med multipla handikapp.

Antingen eleven väljer hemarbete, skyddad verksamhet eller arbete på öppna marknaden, kan valet inte göras på någon vetenskaplig basis utan en värdering av individens behov och kapacitet genom samverkande diagnos (medicinsk, caseworks-mässig och psykologisk).

Samma princip äger tillämpning när man skall besluta om vilken skolform och placering i samband med skolgång som en handikappad bör välja. Detta beslut måste baseras på en mycket omsorgsfull diagnostisk studie av barnet, dess familj och samhällets resurser.

Den tonvikt, som man inom rehabiliteringen har lagt vid lagarbetet, uppfattas av en del som om man ville avskaffa beslut, som görs av den enskilde lagmedlemmen. I själva verket underlättar ett äkta lagarbete ansvariga beslut som görs av individen, samtidigt som det befordrar ansvarigt samarbete med kolleger. Det är något fel i systemet om laget måste sammanträda för att behandla bagateller eller om chefen (rektorn) måste avhända sig varje beslut. Detta är uppenbart om vi betraktar rollerna hos de två fackmän som finns i lagets öppna ändar, den som tar in klienter och den som sköter yrkesvägledningen. (Jag

föreställer mig hellre laget öppet i båda ändar än som en sluten cirkel.)

Lagmedlemmarnas relativa roller

Sakkunnig intagning kräver en yrkesskicklig socialarbetare: han måste kunna bedöma om den sökande klienten är redo att antas. Han måste också kunna tolka programmet för klienten och ha åtminstone översiktskunskap om samhällets övriga resurser och hur man skall nå kontakt med dem. Efter den första intervjun eller intervjuerna bör the intake worker kunna fatta ett av många möjliga beslut, dvs.

1. Klientens behov skulle fyllas bättre av en annan institution, och han måste ges hjälp att få kontakt med denna.
2. Klienten är redo att gå igenom hela den värderingsprocess som diagnostisk rehabilitering innebär, eller är endast redo för mera begränsad hjälp.
3. Klienten (och/eller hans familj) är ännu inte redo och behöver någon tid på sig innan man tar upp det hela till förnyat övervägande.
4. Klienten behöver en förlängd rådgivningsperiod, eftersom han antingen är alltför konfliktladdad inför hela problemet eller har behov av andra tjänster än han begär.
5. Klienten behöver medicinsk eller psykiatrisk konsultation innan något annat avgörande om intagning göres, eftersom han företer symptom eller tecken på att han skulle kunna lida av en allvarlig sjukdom.
6. "The intake worker" behöver rådgöra med en eller flera av sina kolleger.

Intagning är uppenbarligen inte en uppgift för nybörjare. Där intagning inte göres sakkunnigt utan i stället fungerar som en rutinmässig receptionsfunktion tenderar programmets resurser att utnyttjas ineffektivt. Den handikappade personen kan inte få bästa möjliga hjälp om betydelsefulla beslut beträffande individens behov av service på lång sikt inte göres förrän han redan själv är indragen i någon form av sådan service.

Följande exempel illustrerar sakkunnig intake: En äldre blind man kom till institutionen och bad om en radio. The intake worker kunde ha haft en radio i mannens händer på 20 minuter — så hade det gått till på institutionen förr och så går det fortfarande till på en del håll. I stället hade hon en förmimelse av att han behövde mer än en radio och fick veta att han levde i ett ytterligt spänningsfyllt, trångbott hem, där han hade kommit i konflikt med sin son och sonhustru och deras barn. Han önskade en radio för att få lättat på den defensiva självvalda isoleringen i sitt lilla rum. Klienten och hans barn accepterade the intake worker's rekommendation att de borde närmare utreda hela familjeproblemet tillsammans med en case worker. Flera månader senare bodde mannen i en för honom bättre anpassad bostad, deltog i olika slag av hobbyverksamhet och relationerna till hans familj hade förbättrats kvalitativt. (Jag minns inte om han fick sin radio.)

På samma sätt som den som tar in klienterna närmar klienten och laget till varandra, så närmar yrkesvägledaren eller arbetsförmedlaren klienten och arbetsgivaren till varandra, så båda vet, vad de har att vänta sig av motparten. Yrkesvägledaren måste ha grundläggande färdighet i klinisk psykologi, speciella kunskaper beträffande arbetenas art, detaljerad kunskap om arbetsmarknaden plus större kapacitet att handskas med missräkning och bakslag än förmodligen någon av sina kolleger. Han och socialarbetaren är institutionens huvudsakliga kontaktpersoner med samhället.

En 21 år gammal krigsblind man hade väl tillgodogjort sig anpassningsundervisning och föreföll färdig att pröva det yrkesarbete han hade valt. Men yrkesvägledaren, en ovanligt skarsinnig person, hade en förmimelse av att allt inte var fullt så lyckligt som det föreföll, i synnerhet som mannens uttryckssätt och kulturella intressen låg något över den nivå dit hans yrkesaspirationer sträckte sig. En psykometrisk undersökning som hade företagits ett år tidigare vid ett sjukhus hade utvisat hög intelligens. Vägledaren upprepade testet i fråga, vilket denna gång t. o. m. utvisade större intellektuella resurser. Han konsulterade därefter psykiatern, som understödde vägledarens önskan att ta upp hela frågan med klienten. Den första reaktionen hos honom var vrede och förtrytelse, sedan depression, men efter tre månader var klienten i college.

Vägledaren (rådgivaren) hade först haft en känsla av, sedan påvisat och slutligen övertygat klienten om att hans yrkesval hade varit ett försök till kompromiss med utpräglade regressiva tendenser. Man bör observera att detta problem med stor sannolikhet skulle ha upptäckts tidigare, förmodligen vid intagningen, om det inte då hade varit en allvarlig personalbrist vid institutionen.

Rådgivaren och psykiaterapeuten

Tiden tillåter inte diskussion av de roller som innehas av den medicinska specialisten, psykolo-

gen, fritidsgrupparbetaren, talpedagogen, samhällsvetaren eller andra i rehabiliteringslaget — men de besvärliga problemen i psykoterapi kräver belysning. Eftersom psykoterapi inte kan klart avgränsas från rådgivning, tänker jag på sådan psykoterapi, vilken kräver utbildning som går utöver den rådgivningsskicklighet som krävs av de lagmedlemmar som utgör lagets kärna (socialarbetare, psykolog och yrkesvägledare). Vem som fungerar som psykiaterapeut bestäms inte i första hand av programmets behov utan av "vem som är tillgänglig". Detta bör inte användas som ursäkt för att inte använda sig av den bästa kraft som finns att tillgå, eller att inte ge mer och bättre utbildning åt den psykiaterapeut, som redan är medlem i laget. Om psykiaterapeuten inte är psykiater, bör en psykiater vara lätt tillgänglig för samarbete.

Om psykiaterkonsulten inte har en levande kontakt med institutionen, kan en av två möjligheter förutspås:

1. Klienter kommer att onödigtvis skiljas från institutionsverksamheten tidigt, eftersom de är "alltför sjuka" eller de är "för besvärliga".
2. En benägenhet kommer att finnas att kvarhålla klienterna inom institutionsverksamheten utöver deras kapacitet med påföljd att det utvecklas en allvarlig förvirring eller att misslyckanden i institutionens arbetsresultat förblir odiagnosticerade. I sådana fall förbiser man ofta inte bara ett psykiatriskt tillstånd, en möjlighet går också förlorad att behandla en individ, som har en god prognos, trots att han företer en allvarlig klinisk bild.

Vad beträffar utnyttjandet av psykiater eller psykoanalytiker är det min övertygelse att hans tjänster inte användes mest effektivt om han endast kallas i nödsituationer eller för att ordna en akut sjuk klients intagning på sjukhus. Psykiaterns tid bör först och främst användas till att sammanträffa med laget och med de enskilda vägledarna i laget i syfte att skärpa de psykologiska verktygen hos varje medarbetare, inklusive

psykiatern själv. Om psykiatern arbetar mindre än en dag i veckan på institutionen och använder mer än en tredjedel av denna tid att behandla klienterna, så skulle jag vilja föreslå att han och hans lag tar under omprövning hur han använder sin tid. Sådan omprövning är viktig i vilket fall som helst, särskilt när det gäller specialutbildat folk, som det är brist på.

Vad är syftet med allt detta lagarbete och denna ständiga förfining av roller? Viktigare än vem som gör psykoterapi och när, är strävan att skapa en "terapeutisk atmosfär" för vår klient, en miljö, där han från sin omgivning märker intensivt intresse, hjälpsamhet och förväntan att han kommer att ta en aktiv, ansvarig roll i sin rehabilitering.

Den bästa beskrivningen på detta är ett lag (team), bestående inte endast av kompetenta fackrepresentanter men av människor som respekterar varandra och som tycker om att arbeta tillsammans. Detta är lika smittsamt som rivalitet eller likgiltighet mellan representanter för olika fack. Det smittar också av sig på annan personal som har kontakt med våra klienter. Det terapeutiska klimatet kan förnimmas i sällskapsrummet, i matsalen och på fritidsområdet likaväl som i konsultationsrummet.

Industrial Home for the Blind i Brooklyn ger oss ett bra exempel på samverkande diagnos, behandling och forskning. Genom understöd av Office of Vocational Rehabilitation ledde Industrial Home for the Blind 1956 och 1957 ett tvåårigt forskningsprojekt beträffande rehabilitering av dövblinda personer. Förutom den kunniga personalen vid Industrial Home for the Blind rekryterades för projektet specialister från följande områden: medicin, sociopsykologisk forskning, sociometri, talterapi, kommunikation, lagstiftning m. fl. Resultaten utgör en milstolpe inte endast vad beträffar rehabilitering av dövblinda utan även i utvecklingen av rehabilitering i allmänhet. De mest påtagliga resultaten är de publikationer som har framställts tack vare forskningsarbetet. De innefattar en handbok för professional workers samt enskilda broschyrer över kommunikationsmöjligheter, medicinska

studier, psykologiska studier, yrkesanpassning, fritidsservice och utmärkande drag för dövblinda personers sociala liv.

Kommunikation vid rehabilitering

Till slut vill jag diskutera en sida av utvecklingen inom rehabilitering inom Förenta Staterna som ni helst bör undvika att ta efter. Jag har betonat hur mycket olika rehabiliteringsområden har gemensamt. Ytterligare ett exempel: Det finns inte en professional worker här, som inte skulle tycka att den ovan nämnda handboken för arbete bland dövblinda i viss utsträckning vore av värde i hans eget arbete. Detta gör förmågan att meddela sig med varandra till något särskilt värdefullt. Om det är någonting som har karakteriserat utvecklingen av rehabiliteringen i USA till helt nyligen, har det varit den bristande förmågan att meddela sig med varandra inom olika arbetsfält för handikappade personer. Denna brist har ofta betytt isolering och defensiv trångsynthet, även inom ett givet fält och trots rikliga publiceringsmöjligheter och andra potentiella vägar att meddela sig med varandra. Den mest effektiva, organiserade formen för meddelelse, som skär tvärs igenom specialområdenas gränslinjer, har än så länge US Office of Vocational Rehabilitation försett oss med. Office of Vocational Rehabilitation är intresserad av alla handikappade.

Rehabiliteringen av ortopediskt och neurologiskt handikappade har utvecklats oberoende i hägnet av läkarvetenskapens främsta genom specialisering inom medicinsk-fysikalisk terapi. Före de sista tjugo årens ganska enastående framstegsperiod hade arbetet bland blinda huvudsakligen utvecklats i beskydd av allmänna och privata filantropiska institutioner och organisationer. Case work, klinisk psykologi och sociologi gjorde sin fackmässiga framstöt inom rehabilitering av blinda klienter tidigare och mera effektivt än på andra områden av arbete med fysiskt handikappade. Arbetet med döva klienter hade också fortskridit efter isolerade linjer men hade släpat efter avsevärt jämfört med utvecklingen i

arbete med blinda. Läkärvetenskapen har bara haft en perifer roll i rehabiliteringen av döva och blinda individer. Att tänka efter rehabiliteringslinjer och att arbeta med sociala och yrkesmässiga rehabiliteringsmål har — förutom inom ett par medicinska specialiteter — inte varit särskilt framträdande hos amerikanska läkare. Utsikterna för framtiden är dock ljusare.

Det förefaller mig som om vi alla skulle kunna dra nytta av våra tidigare fel och blinda fläckar på det område som innebär möjligheter att meddela oss med varandra. Vi bör upprätta det formella maskineriet, en institution som representerar alla rehabiliteringsområden för att ombesörja följande:

1) Grundläggande utbildning i rehabiliteringsterapi och praktik för professional workers. Denna utbildning skulle komma före den specialiserade utbildning som de studerande själv väljer. Denna typ av grundläggande utbildning skulle med fördel kunna erbjudas åt såväl medicine studerande som studerande inom socialarbetar-, psykolog- och lärarkyrkorna. En sådan kurs skulle attrahera mer specialutbildad arbetskraft till rehabiliteringsarbete.

2) Publicering av meddelanden och rapporter avsedda att hålla all rehabiliteringspersonal informerad om utvecklingen på speciella områden och att stimulera sådan forskning som är grundläggande för rehabilitering i allmänhet.

3) Organiserandet av utbildnings- och forskningsinstitut och -seminarier med samma mål.

4) Att samla in och organisera statistik beträffande

- a) de handikappade och deras behov
- b) existerande program och deras behov
- c) professional workers och deras utbildning
- d) resultaten av utbildningen

Utan sådan fortlöpande statistisk forskning skulle man knappast kunna få kännedom om landets behov av rehabilitering, inte heller skulle man kunna ta itu med en riktig totalplanering för att fylla dessa behov.

Hur hög är frekvensen i fråga om dövhet, blindhet, cerebral pares och andra speciella handikapp? Hur hög är frekvensen med hänsyn tagen till ålder, kön, sjukdomsorsak? Hur många talterapeuter finns det i vårt land? Hur många skulle vi kunna ha användning för? Om ni vet svaren på dessa frågor, vet ni mer än vi i USA. Vår situation håller dock på att förbättras.

Att försöka förbättra våra möjligheter att meddela oss med varandra, är ett synnerligen

viktigt mål för oss. Det skall inte förnekas att de resultat vi har uppnått inom rehabiliteringen endast motsvarar ett skrapande på ytan av de väldiga problem som möter oss. Men det finns orsak till optimism och entusiasm inför de framsteg som gjorts, eftersom vi vet att vår riktning är sund.

LITTERATURHÄNVISNINGAR:

1. Blank, H. R.: The Integration of Psychiatric Services in a Casework Agency for the Blind. The New Outlook for the Blind, vol. 46, nr 8, sid. 229, 1952.
2. Blank, H. R.: Countertransference problems in the Professional Worker. The New Outlook for the Blind, vol. 48, nr 6, sid. 185, 1954.
3. Blank, H. R.: Psychoanalysis and blindness. The Psychoanalytic Quarterly, vol. 26, nr 1, sid. 1, 1957.
4. Blank, H. R.: The multidisciplinary treatment and research team. The New Outlook for the Blind, vol. 54, nr 4, sid. 115, 1960.
5. Cholden, L.: A Psychiatrist Works with Blindness. Selected Papers. The American Foundation for the Blind, 1958.
6. Fein, R.: Economics of Mental Illness, New York, Basic Books, Inc. 1948.
7. Gorman, A. C.: The War Blind in American Social Structure. The American Foundation for the Blind, 1957.
8. Rusk, H. A. et al.: Rehabilitation Medicine. St. Louis, C. V. Mosby, 1958.
9. von Schumann, H. J.: Träume der Blinden vom Standpunkt der Phänomenologie, Tiefenpsychologie, Mythologie und Kunst, S. Karger, 1959.

Författarens adress: H. Robert Blank, M.D.,
10 Old Mamaroneck Road
White Plains, N.Y., USA

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparings

Stockholm Ö.
Försälj.-avd.: Karlavägen 89
Tel. 67 36 50 — 67 76 75