



Mental återhämtning och rehabilitering efter idrottsskada

För att etablera sig på hög idrottslig nivå krävs, förutom: talang, hård fysisk träning, positiv social miljö, god återhämningsförmåga även att du är mer eller mindre skadefri. Tyvärr drabbas många lovande idrottsungdomar och senioridrottare av skadeproblem som såväl fördröjer som även i vissa fall omöjliggör återgång till tävlingsidrotten igen. Denna artikel diskuterar området kring mental återhämtning och rehabilitering efter idrottsskada.



URBAN JOHNSON
CENTRUM FÖR IDROTT OCH
HÄLSOFORSKNING
HALMSTAD HÖGSKOLA

FYSISK AKTIVITET, t ex fotbollsspel eller aerobic träning medför risk att råka ut för fysisk skada. Skadestatistik från Amerikanska gymnasium (high schools) för elever i åldrarna 15-19 år pekar bl a på en skaderisk mellan 12-30% varje år för idrottande ungdomar (Nideffer, 1989). Studier i Australien indikerar att drygt 20 % av alla rapporterade skador är idrottsrelaterade (Finch, Valuri, & Ozanne-Smith, 1998). Uppskattningar visar att drygt hälften (50 %) av alla regelbundet aktiva tävlingsidrottare råkar ut för åtminstone en skada varje år som innebär ett tillfälligt avbrott från idrottsutövningen. I en demografisk studie på fysiskt aktiva personer (idrottare) utförd i Tyskland rapporterades att de vanligaste idrottsskadorna var framförallt olika former av sträckningar/vrickningar och ligamentskador (60 % av alla idrottsskador enligt Schneider, Seither, Toenges, & Schmitt, 2006). Studier utförda i Storbritannien visar att skador relaterade till fysisk aktivitet är den enskilt största skadegruppen där idrottsskadorna svarade för omkring 33 % av alla inrapporterade skador (Uitenbroek, 1996). I elitidrott är risken för skador ännu högre. Till exempel rapporterar Cupista et al (2007) att drygt 70 % av tävlingsaktiva kvinnor inom rytmiskt gymnastiken varje år skadar sig. Motsvarande siffror kan även ses inom elitfotbollen i

Sverige (män och kvinnor) där drygt 75 % rapporterades skada sig åtminstone en gång under en säsong (Hägglund, Waldén, & Ekstrand, 2007). Liknande resultat rapportas från studier i Finland 65 % och Storbritannien 91 %. En given slutsats är därför att oddsens att råka ut för skada i samband med fysisk aktivitet är statistiskt hög. Dessutom är de ekonomiska kostnaderna för staten betydande. I t ex USA uppskattades kostnaden för skador inom idrotten till mer än 24 miljarder dollar år 1994. En siffra som stigit med mer än 42 % sedan 1980-talet. Folksam rapporterar i sin senaste idrottsskadesammanställning från 1994 att antalet anmälda idrottsskador ökar år från år i Sverige. Mellan 1986 och 1990 ökade antalet anmälningar med 20 %. Den ekonomiska kostnaden för samhället avseende dessa skador är emellertid svår att uppskatta.

Riskfaktorer

Idrottsforskare har under lång tid varit intresserade av att studera mekanismerna bakom idrottsskadans uppkomst. Traditionellt har fokus i de flesta studierna varit inriktade på fysiologiska faktorer (t ex muskelmassa och fysisk status) som tänkbar förklaring till skadans patogenes dvs att en del idrottare tenderar råka ut för fler skador än andra (se t ex Beynon, Murphy, & Alosa, 2002).



Emellertid har få tillfredställande bevis lagts fram att uppkomsten av akuta idrottsskador direkt är relaterade till idrottarens fysiologiska status. Fler och fler forskare har istället uppmärksammat idrottsskadans multifaktoriella patogenes (Williams, 2001). Denna forskningslinje har lett till en allmän konsensus att två interrelaterade faktorer primärt är involverade skadeuppkomsten: (a) yttre faktorer, t ex typ av idrott, hur träning genomförs, faktorer i idrottarens miljö, utrustning, samt, (b) inre faktorer, d v s primärt faktorer som innefattar idrottarens fysiska och psykologiska status. Det är emellertid inte klart hur specifika fysiologiska och psykologiska faktorer eller kombinationer av faktorer predisponerar vissa idrottare för större skaderisk än andra. (Se figur 1)

Psykologiska modeller i relation till idrottsskada och rehabilitering

För de flesta idrottare innebär skadeperioden en stor fysiologisk och psykologisk utmaning. Speciellt om idrottaren är tävlingsaktiv och skadan är omfattande, t ex främre korsbands-skador eller total ruptur på hälsenan. Rehabiliteringstiden blir därmed lång, kanske 6-12 månader innan återgång till full träning och tävling igen. Att då drabbas av en allvarlig skada skapar för många ångest och olust. Således krävs fysiska och psykologiska resurser för att hantera skadeperioden på så bra sätt som möjligt. Det finns flera olika psykologiska modeller som beskriver hur patienter mentalt hanterar utsatta situationer i relationer till sjukdom och skada. Inom den psykologiska idrottsskadeforskningen brukar man normalt diskutera utifrån två perspektiv. Dels sorgmodeller (ibland även kallade hälsomodeller) som formulerats för att fånga adaptionsmekanismerna från skadetillfället till eventuell återgång till idrotten igen. Dels kognitivt orienterade modeller som i större utsträckning fokuserar på patientens psykologiska värdering (kognition) av det utsatta läget. Bland sorgmodellerna återfinns bland annat Kübler-Ross modell från 1969. Denna modell, framtagen genom observationer av patienters beteendemönster i samband med allvarliga sjukdomsperioder, fokuserar på 5 distinkta och av varandra oberoende steg: Förnekande och misstro, isolering, irritation och ilska, depression, och acceptans/resignation. Likaledes finns olika kognitivt formulerade modeller eller teorier. Bland de mer framträdande hör Wiese-Bjornstals modell från

Externa faktorer, t ex:
Urustning
Väderförhållande
Typ av idrott



Interna faktorer, t ex:
Fysiologiska
Psykologiska

Figur 1. Påverkansfaktorer för skador inom idrotten

1998. Till skillnad från den sekventiella bild som sorgmodellerna beskriver fokuserar kognitiva modeller i större utsträckning på patientens kognitiva värdering av det hot som skadan utgör. Denna värdering får näring av vem personen är (personliga faktorer) men också i vilken miljö personen befinner sig i (situationsfaktorer). Beroende på den psykologiska värdering av skadesituationen upplever patienten antingen positiva eller negativa känslor som bidrar till en specifik beteenderespons. Detta kan endera vara att patienten bedömer skadesituationen som kontrollerbar och därmed möjlig att hantera. I andra fall upplever patienten att skadesituationen äventyrar välbefinnande och kanske också upplever att denna inte är i kontroll av situationen. Då blir oftast beteenderesponsen defensiv och tillfrisknandet utdraget.

Adaptiva och maladaptiva reaktioner till idrottsskada

Majoriteten av skadade patienterna reagerar adaptivt och ändamålsenligt till följd av idrottsskada. Forskning visar att drygt 60-70% av långtidsskadade tävlingsidrottare inte upplever några väsentliga fysiska eller psykologiska problem under rehabilitering och kan relativt smärtfritt återgå till tävlingsidrotten med full aktivitetsnivå igen efter rehabiliteringsträningen (Johnson, 1997; 2007). Sannolikt har även dessa patienter fått goda möjligheter att mentalt återhämta sig efter skadan på ett tillfredställande sätt och är därför också laddade för come-back igen (Heredia, 2004).

Psykologiska kännetecken för dessa patienter är t ex:

- Motivation för kommande rehabiliteringsträning
- Söker socialt stöd och hjälp under skadeperioden från signifikanta personer
- Har stor nyfikenhet kring skadan och vill lära sig mer om denna
- Har hög följsamhet i samband rehabiliteringsarbetet

För en del skadade idrottare innebär skadesituationen en stor psykologisk belastning som kan vara mycket svår att hantera utan professionell hjälp. Egna uppskattningar pekar på att ca 10-15% av hjälpsökande patienter på diverse idrottsskademottagningar har så pass stora psykologiska problem att skadeperioden endera fördröjs eller i värsta fall aldrig avslutas (Johnson, 1997). Utifrån den kognitiva modellen kan detta alltså handla om att patienten har bristfälliga personliga och situationsorienterade resurser att hantera skadeperioden på ett adaptivt sätt och kanske därför sätter upp orimliga krav på sig själv eller andra under rehabiliteringsperioden. Situationen blir då okontrollerbar och beteende därmed defensivt. Några psykologiska kännetecken för denna patientgrupp är:

- Snabba humörsvängningar som oftast har ett kroniskt och utdraget förlopp
- Förnekande av skadan (tex "Det gör inget att jag är skadad ...") Jämf. Kübler-Ross modell
- Socialt tillbakadragande och i det närmaste isolering från de personer som tidigare omgav personen (ledare, kompisar, föräldrar etc)
- Upplevelser av skuldskänslor p g a att personen inte längre känner att denna är till nytta eller producerar något viktigt för andra i laget.

Empiriska resultat relaterat till mental återhämtning efter idrottsskada

PRIS studien

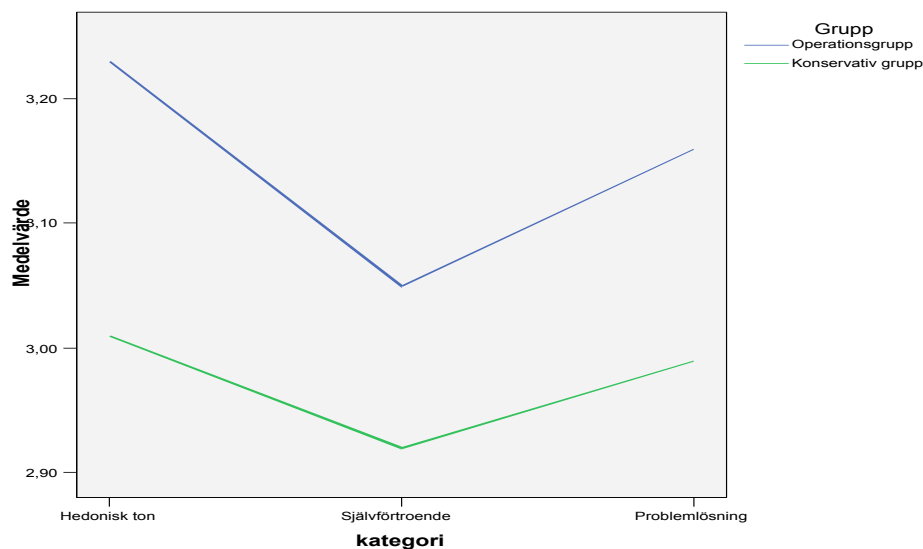
I en pågående CIF-studie samarbetar Claesson & Johnson (2007) med ett antal idrottsskademottagningar i Sverige där data kontinuerligt samlas in från nyligen skadade tävlingsidrottare och motionärer. De som har en förväntad skadeperiod med efterföljande rehabilitering på åtminstone 4 veckor är inkluderade. Skadeområdet varierar men flertalet har framförallt knä- och fotleds relaterade skador. Majoriteten av idrottarna kommer från olika lagidrotter och genomsnittsåldern för de skadade idrottarna är drygt 27,5



år och fördelningen män och kvinnor är ca 65/35 %. Genom ett egenkonstruerat frågeformulär PRIS (Psykosociala Riskfaktorer och Idrottsskada) har författarna bland annat studerat stämningsläget samt stresshanteringsstrategier i ett tidigt skede av rehabiliteringen. Bland de preliminära resultat som analyserat framgår att de patienter som nyligen opererats för sin idrottsskada (n=70) visar signifikant högre tilltro till sin förmåga att mentalt hantera den stress som skadeperioden medför (självförtroende och problemfokus, $p < 0,05$) jämfört med patienter som genomgår konservativ rehabilitering. Dessutom påvisar operationsgruppen signifikant högre stämningsmått (hedonisk ton) än den konservativa gruppen. Det är sedan tidigare känt att korsbands-skadade idrottare (ACL) som väntar på operation generellt sett har lägre värde på knärelaterad livskvalitet, mätt genom KOOS^{*1}, än opererade patienter (se t ex Von Porat, 2007).

Tidigare studier har också visat att tävlingsaktiva patienter som nyligen korsbandsopererats (ACL) snabbare ökar sitt situationsspecifika självförtroende efter operation jämfört med patienter på lägre aktivitetsnivåer (Thoméé et al, 2007). En möjlig psykologisk förklaring till dessa preliminära resultat är att operationsgruppen tidigt fått en klar diagnos över sin skadesituation och därmed en tydligare bild över vad som förväntas hända under de påföljande rehabiliteringsmånaderna. Denna bild är kanske inte lika klar för den konservativa gruppen vilket kan leda till en oklarare bild över framtidsutsikterna. Dessa kognitioner kan därför återspeglas i de signifikant lägre resultat som den konservativa gruppen uppvisar tidigt i rehabiliteringsarbetet. Huruvida dessa resultat är konsekventa längre fram i rehabiliteringsarbetet kan emellertid inte denna studie påvisa. Utifrån sorgemodellerna är det också tänkbart att operationsgruppens patienter har kommit längre i sin sorgprocess då det i allmänhet har förflutit längre tid mellan skadetillfället och teststillfället för denna grupp (Se figur 2).

Ett annat intressant resultat är att gruppen "fast healers" dvs de som enligt behandlande sjukgymnast rehabiliterat snabbare än förväntat under skadeperioden (n=40) jämfört med "slow healers" (n=10) även har ett signifikant högre självförtroende och förmåga att se möjligheter (problemfokus) under rehabiliteringsperiodens början. Liknande resultat har även Ievleva och Orlick funnit i en studie från (1991)



Figur 2. Operationsgrupp vs konservativ rehabilitering i samband med allvarlig skada för tävlingsledare. Operationsgrupp (n=70), konservativ grupp (n=62), signifikansnivå $p \leq 0,05$.

där gruppen "fast healers" framförallt utmärktes av att de konsekvent under rehabiliteringen förde en inre positiv dialog, t ex "jag klarar av att besegra denna skada" och "jag känner mig bättre för varje dag". En positiv inre dialog påverkar rehabiliteringsperioden gynnsamt då den skadades uppfattning om den egna kapaciteten stärks då den inre självbilden hela tiden matas med framåtriktade och positivt färgade bilder. I en kommande studie ska författarna närmare studera dessa diametralt skilda rehabiliteringsförlopp.

Fallstudie av Kajsa Bergqvist

I en annan studie utförd på Högskolan i Halmstad (Folkesson & Franzen, 2005) intervjuades Kajsa Bergqvist med fokus på den allvarliga skada (total hälseneruptur) hon ådrog sig vid höjdhoppsgalan den 14 juli 2004 i Båstad och det faktum att Kajsa, 13 månader senare blev första svenska kvinnliga världsmästare i höjdhopp vid VM i friidrott i Helsingfors 8 augusti 2005. Förutom intervjun med Kajsa intervjuades också hennes föräldrar och dåvarande tränare. I analysen av svaren framkom en hel rad intressanta psykologiska resultat som kan tänkas förklara den unika och snabba rehabilitering som Kajsa genomgick. Dels tycks Kajsa haft en mycket tydlig vision och klar målsättningsplan för framtiden redan i ett mycket tidigt skede av rehabiliteringsarbetet. En tidig målsättningsplan är oftast väl sammanknippt med en hög ambition och energi för att bli bra. Resultat visar också att patienter som saknar denna målsättningsplan

tidigt i rehabiliteringen i högre utsträckning tenderar att få problem och därmed fördröjd rehabiliteringstid. Vidare visade Kajsa upp ett initialt högt självförtroende och kanske framförallt hög självkänedom kring de förväntningar som låg framför henne i det kommande rehabiliteringsarbetet. Kajsa har vi några tidigare tillfällen varit skadad och kanske har hon härifrån hämtat värdefulla erfarenheter för att just våga tro på att det var möjligt att komma tillbaka och vinna ett stort mästerskap mindre än 13 månader efter olyckan. Sannolikt har Kajsas positiva attityd starkt bidragit till att en redan stark självbild ytterligare förstärktes genom att hon kontinuerligt fört en inre dialog typ "jag ska fixa detta, jag har kapacitet att komma tillbaka till världstoppens igen" (jämför med diskussionen kring "fast healers"). Slutligen beskrev Kajsa att hon hade ett väl etablerat socialt nätverk och god kontakt med såväl tränare, föräldrar och andra nära vänner. Få faktorer är så viktiga som att ha ett rikt socialt nätverk runt omkring sig när olyckan slår till.

Slutsatser – mental återhämtning efter idrottsskada

Denna artikel har försökt belysa viktiga psykologiska faktorer som har betydelse för mental återhämtning efter idrottsskada. Ett antal slutsatser kan dras.

1. Fysisk aktivitet medför också ökad risk för att råka ut för idrottsrelaterad skada.
2. Sorg/hälsomodeller samt kogni-



Bilder på Kajs Bergqvist direkt efter skada samt guldhopp i Helsingfors.
Foto övre bilden: Pressens bild (Båstad, 14/7-04). Nedre: Från SVT, Helsingfors, 8/8-05.

tiva modeller används idag för att förklara återhämtning efter idrottsskada. Speciellt de kognitiva modellerna används flitigt idag av idrottsskadeforskare.

3. Riskfaktorer under rehabiliteringen efter (allvarlig) idrottsskada är framförallt:

- Snabba humörförändringar över tid
- Förnekande och misstro till den uppkomna skadediagnosen
- Socialt tillbakadragande och isolering
- Upplevda skuld känslor p g a att personen inte längre kan hjälpa laget/gruppen med idrottsliga resultat

4. Friskfaktorer under rehabiliteringen efter (allvarlig) idrottsskada är framförallt:

- Klar och tydlig mental bild och plan

över hur rehabiliteringstiden ska förlöpa (jmf. operationsgruppen)

- Snabb kvalitativt väl genomförd rehabilitering utmärks bl a utnyttjandet av goda stresshanteringsstrategier samt av en inre positiv dialog (jmf. fast healers)
- Hög tilltro till den egna kompetensen samt högt självförtroende
- Nära och kvalitativt god kontakt med vänner, familj och andra viktiga personer

Referenslista

- Beynon, B.D., Murphy, D.F., & Alosa, D.M. (2002). Predictive factors for lateral ankle sprains: a literature review. *Journal of Athletic Training*, Vol. 37, 4, 376-380.
- Claeson, A., & Johnson, U. (2007). *Psychological perspectives on post-surgery and conservative rehabilitation following a long-term sport injury*. Svensk Idrottspsykologisk Förenings Årsbok 2007, s. 31-47.
- Cupisti, A., Alessandro, C., Evangelisti, I., Umbri, C., Rossi, M., Galetta, F., Panicucci, E., Lopes Pegna, S., & Piazza, M. (2007).

Injury survey in competitive sub-elite rhythmic gymnasts: results from a prospective controlled study. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness*, 47, 203-207.

Finch, C., Valuri, G., & Ozanne-Smith, J. (1998). Sport and active recreation injuries in Australia: Evidence from emergency department presentations. *British Journal of Sports Medicine*, 32, 220-225.

Folkensson, S., & Franzen, S. (2005). *Från hälseneskada till VM-guld, socialt stöd och målsättningsarbete i rehabiliteringsprocessen: En fallstudie med Kajs Bergqvist*. (C-uppsats i psykologi inriktning idrott, 41-60p). Sektionen för Hälsa och Samhälle: Högskolan i Halmstad.

Heredia, R.A.S (2004). The Effect of Psychological Response on Recovery of Sport Injury. *Sports Medicine*, 12, 15-17.

Hägglund, M. (2007). *Epidemiology and prevention of football injuries*. Linköping: Linköping University Medical Dissertation No. 989.

Ievleva, L., & Orlick, T. (1991). Mental links to enhanced healing: An exploratory study. *The Sport Psychologist*, 5, 25-40.

Johnson, U. (2007). Psychosocial antecedents to sport injury, prevention and intervention: An overview on theoretical approaches and empirical findings. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 5, 352-369.

Johnson, U. (1997). A three-year follow up of long-term injured competitive athletes: Influence of psychological risk factors on rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 6(3), 256-271.

Nideffer, R. M. (1989). Psychological aspects of sports injuries. Issues in prevention and treatment. *International Journal of Sport Psychology*, 20, 241-255.

Schneider, S., Seither, B., Toenges, S., & Schmitt, H. (2006). Sport injuries: population based representative data on incidence, diagnosis, sequelae, and high risk groups. *British Journal of Sports Medicine*, 40, 334-339.

Thomé, P., Währborg, P., Börjesson, R., Thomé, R., Eriksson, B.I., & Karlsson, J. (2007). Self-efficacy, symptoms and physical activity in patients with an anterior cruciate ligament injury: a prospective study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, (submitted for publication).

Uitenbroek, D.G. (1996). Sport, exercise, and other causes of injuries: results of a population survey. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 67/4, 380-385.

Von Porat, A. (2007). *Knee function, movement pattern and knee osteoarthritis in males 14-16 years after an anterior cruciate ligament injury*. Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 1007:164.

Williams, J. M. (2001). Psychology of injury risk and prevention. I: Singer R. N., Hausenblas H. A., Janelle C.M. (red) *Handbook of Sport Psychology* (s. 766-786). John Wiley & Sons.

Fotnot

1. KOOS - Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score.