

# Barske gutter gråter



Illustrasjon Bendik Kaltenborn

Kognitiv terapi som psykologisk førstehjelp ved traumatisk armbrudd

TEKST

**Elin Fjerstad**

**Ingrid Hyldmo**

**Lars Wabø**

**Christoffer Egede Høiseth**

**PUBLISERT 5. mai 2015**

Vi er en gjeng gutter på jobben som trener mye. Vi utfordrer hverandre og konkurrerer om det meste. Denne dagen brøt vi håndbak i lunsjen. Jeg og en annen kar stilte oss ved de høye kafébordene i kantina og startskuddet gikk. Vi hadde holdt på ganske lenge da kollegaen min trår til for å avslutte, tar et lite hopp opp og bryter armen min ned. Jeg hører et skikkelig smell, og tenker at der knakk bordet! Så ser jeg en annen kollega besvime. Først når jeg ser armen min henge og dingle, skjønner jeg at noe har skjedd med den. Og da kjenner jeg hvor vondt det gjør. Da ambulansefolkene kommer, er jeg svett, likbleik og står og holder på armen. Det er nok bicepsen som røyk, sier jeg og får to Paracet. Men da jeg kommer på sykehuset og de ser røntgenbildet, får jeg morfin.

Et tilsynelatende uskyldig brudd i armen kan være skyld i mye. For Christoffer innebar det en lang prosess med smerter, depresjon og identitetskrise. I denne artikkelen ønsker

vi å vise psykologiens relevans i somatisk praksis, og spesielt hvordan kognitiv terapi er et nyttig verktøy i akuttmedisin så vel som i rehabilitering. Vi ønsker å fortelle om hvordan kognitiv terapi kan anvendes som psykologisk førstehjelp i etterkant av et smertefullt og traumatisk armbrudd, og som et selvhjelpsverktøy i den videre rehabiliteringen. Bidraget er skrevet i samarbeid med Christoffer.

**«Når kroppen rammes av skade eller sykdom, handler det ikke bare om å overleve og å reparere kroppen, men også om å gjenerobre «seg selv» og livet sitt.»**

### **Psykologisk førstehjelp**

Jeg har spilt fotball i mange år og pådratt meg brudd før også, sågar *spilt* fotball med brudd i foten. Men jeg har aldri opplevd et så smertefullt brudd før, og smertene ga seg liksom aldri. Å forflytte seg fra sengen til MR-maskinen og å løfte armen gjorde ekstremt vondt. Jeg ble redd og følte meg så hjelpeløs. Hele situasjonen var absurd, jeg hadde jo nettopp brutt håndbak med gutta og nå lå jeg her i en MR-maskin! Hvorfor gir ikke smertene seg? Det er tross alt bare et brudd, og her ligger jeg og griner som en småunge! Dette må være noe mer enn et brudd. Kommer jeg noen gang til å bli bra igjen? Tenk om jeg må amputere armen? Alle bare stresset rundt meg og spurte om ditt og datt, ba meg løfte armen hit og dit. Jeg ble oppkavet og irritert, men samtidig måtte jeg ikke bli sint, for jeg var jo helt prisgitt dem, og ikke ville jeg være til bry heller. Dessuten – noe må man jo tåle.

Christoffer hadde et komplisert og ustabilt brudd i overarmen med feilstilling og flere fragmenter. Det krevde et kirurgisk inngrep og smertemedikasjon, med andre ord ordinær medisinsk førstehjelp. Hva innebærer *psykologisk* førstehjelp (Fjerstad & Lang, 2013)? Selve opplevelsen fra lystig håndbak til akuttinnleggelse med ekstreme smerter var en traumatisk opplevelse for Christoffer, en opplevelse med påtrengende og opprivende minner og følelsesmessige ettervirkninger som trengte bearbeidelse; gjennomgang av hendelsesforløpet, hjelp til å forstå at faren var over og til å håndtere situasjonen på sykehuset. Dernest innebar psykologisk førstehjelp en mer indirekte hjelp, nemlig at helsepersonell forsto at Christoffers smerteopplevelse ikke bare ble påvirket av selve skaden og de anatomiske forholdene, men også av psykologiske og sosiale faktorer. Vi starter med å vise de ulike aktørenes vurderinger av Christoffers behov i den akutte fasen; kirurgen som møter Christoffer første gang på operasjonsbordet samme dag som ulykken inntreffer, og som henviser til sykehusets Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, psykologen (IH) som møter Christoffer første gang tre dager etter ulykken, og hovedpersonen, Christoffer selv.

Kirurgen: Etter operasjonen fortalte Christoffer om redsel rett etter at armen brakk, før operasjonen og etterpå. Særlig var han redd for at de sterke smertene skulle komme tilbake. Han gjenopplevde synet av armen som hang og slang, og lyden da den brakk. Han fortalte om dramatiske drømmer og sterke sanseinntrykk i våken tilstand, og han hadde også episoder med hyperventilasjon. Dette til tross for at han hadde fått informasjon om at operasjonen hadde gått fint, og at han allerede nå kunne begynne å bruke armen forsiktig. Han virket utafør og fortvilet. Han hadde, slik jeg oppfattet det, både fysiske og psykiske symptomer på redsel av en sånn grad at jeg tilbød å henvise ham til *Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken* her på sykehuset.

Christoffer: Så kom vendepunktet. Kirurgen kom innom for å snakke om operasjonen. Han skjønnte at jeg var tøff, eller i hvert fall ønsket å være tøff. Han spurte rett ut: Har du panikk? Er du redd? Vil du snakke med en psykolog? «JA», sa jeg spontant. I hvert fall så tror jeg at jeg svarte spontant. Jeg ville ha takket ja til hva som helst. Alt for å slippe det marerittet jeg følte jeg var fanget i.

Psykologen: Christoffer lå i sengen og var tydelig anspent i kroppen. Han liksom vernet om armen sin, og var fortsatt i sjokk da jeg traff ham første gangen. Jeg snakket rolig og formidlet at han skulle puste rolig, at han var i trygge hender, og at «faren var over». Jeg normaliserte hans reaksjoner og sa at vi ville hjelpe ham igjennom dette.

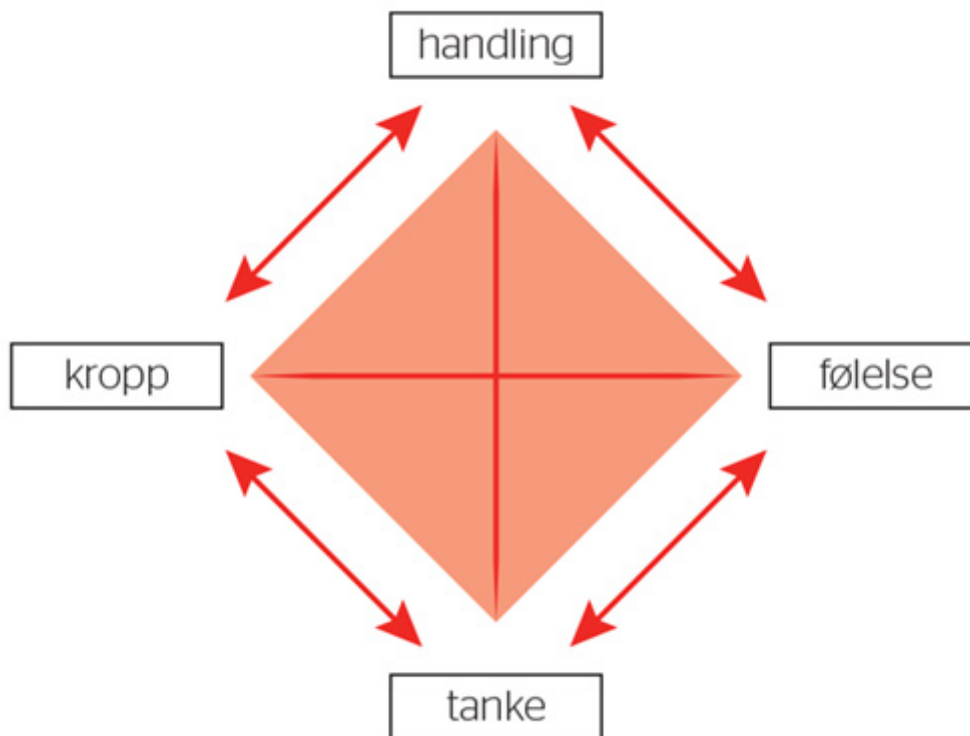
## Traumebearbeidelse

For å bearbeide et traume er det viktig å erfare både kognitivt og emosjonelt at «faren er over». Minner fra en traumatisk opplevelse kan ofte være kaotiske, utydelige eller fragmenterte (Ekeberg, 2014). For å bearbeide opplevelsen er det viktig å lage en sammenhengende historie om det som har skjedd og prøve å fylle hull i hukommelsen. Dersom man har gått glipp av betydningsfull informasjon, kan det være vanskelig å lage en meningsbærende historie. Christoffer og psykologen gikk i detalj igjennom hendelsesforløpet fra den lystige brytekampen til *lyden* av smellet da armen brakk, til *synet* av armen, til smertene, redselen og opplevelsen av ikke å ha kontroll. Traumebearbeidelsen vekket sterke kroppsreaksjoner. Igjen var Christoffer tilbake til kafébordet og kollegaene, smellet, synet, den ubehagelige kvalmen etterpå og det ubegripelige som skjedde. Det var viktig å normalisere disse krisereaksjonene, og gi informasjon om at økt adrenalinutskillelse, puls, svimmelhet, respirasjon, varmeproduksjon og skjerpet avstandssyn (sympatikusstimulering) er normale måter kroppen reagerer på når den er i alarmberedskap. Det hjalp ham å forstå sine egne reaksjoner, og ga ham dessuten aksept for at reaksjonene var så sterke. I ettertid beskrev Christoffer denne gjennomgangen som en sterk påkjønning, men samtidig som en opplevelse av at noe slapp taket. Det hadde stor betydning at han følte seg trygg under gjennomgangen av det som hadde skjedd, og at han ikke følte seg presset. Han husker at

smertene ble mindre intense, og at han ble mindre anspent: «Nå kunne jeg begynne å slappe mer av, som om en tre dagers anspent alarmberedskap var i ferd med å slippe taket. Endelig fikk jeg en god natts søvn.»

**«Selv et armbrudd kan få  
dramatiske følger dersom man  
ikke ser hele mennesket»**

Det var dessuten viktig for Christoffer å snakke med både håndbakmakkeren og kollegaer som hadde vært vitner til hendelsen. Møtet med håndbakmakkeren og hans følelser av skyld ble sterkt for begge. Christoffer ønsket å hjelpe kollegaen til ikke å føle skyld, samtidig som selve møtet framkalte sterke minner fra selve hendelsen og et intenst ønske om at det ikke skulle ha skjedd. Å høre andre kollegaer fortelle om sine egne sterke følelsesmessige reaksjoner som vitner til det som skjedde, gjorde det lettere for Christoffer å anerkjenne sine egne følelser – kanskje var han ikke en pingle likevel.



Figur 1 Den kognitive diamanten

**En biopsykososial forståelse av smerte**

Smerte blir i dag definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som forbindes med faktisk eller mulig vevsødeleggelse, eller som beskrives som vevsødeleggelse (International Association for the Study of Pain, IASP). Smerte er altså en individuell *opplevelse* som påvirkes av psykologiske og sosiale faktorer. Bakgrunnen for moderne smerteforståelse er Melzack og Walls *portteori* fra 1965 (Melzack & Wall, 1965). Den tar utgangspunkt i at psykologiske faktorer som oppmerksomhet, stress,

tanker, forventninger og følelser virker inn på overføringen av selve smerteimpulsene på ryggmargsnivå.

La oss illustrere den rollen oppmerksomheten spiller for smerteopplevelsen. Det første Christoffer ble oppmerksom på, var smellet – lyden av armen som brakk. Dernest ser han kollegaen besvime, og først når han oppdager sin egen arm og den underlige fasongen den har fått, kjenner han hvor vondt det gjør. For å kjenne smerte må vi altså være oppmerksomme på den. Hvordan smerte så oppleves, påvirkes av den *meningen* man knytter til smerten. De ekstreme smertene som Christoffer etter hvert opplevde, ga ingen mening, for det var jo bare et brudd, og bruddsmerter pleide av erfaring å gå over etter hvert. Da erfaringen ikke stemte med forventningene, tolket han smertene som tegn på noe langt mer alvorlig og faretruende enn et brudd. Dermed fikk *katastrofetankene* fritt spillerom: Tenk om armen måtte amputeres, og tenk om han aldri ble bra igjen! Dette er tankegods som naturlig nok fører med seg følelser som frykt, engstelse og uro – en skremmende opplevelse av ikke å ha kontroll. I tillegg ble smerteopplevelsen forsterket av det stresset han opplevde i omgivelsene rundt, det vil si på akuttavdelingen, hvor det er det mange å forholde seg til, stadige spørsmål og undersøkelser, samt medpasienter som også lider.

## Den kognitive diamanten

En biopsykososial forståelse av smerte kan illustreres ved hjelp av den kognitive diamanten (Berge & Repål, 2008). Modellen er et redskap for å få fram, sortere og illustrere sammenhenger mellom tanker, følelser, kroppsreaksjoner og handlinger (se figur 1), som hjalp Christoffer til å sortere og å forstå mer av sine egne reaksjoner. Signalene fra *kroppen* var smerte, intens uro og sterke spenninger, men også perioder med svimmelhet og kvalme. *Tankene* var preget av katastrofer og bekymringer som forsterket *følelser* som frykt, uro og hjelpeløshet. Han hadde ikke så mange muligheter for *handlinger* der han lå i sykesengen, men han ble anspent, gråt og var «lukket inne i sin egen boble av frykt». Han ble paralyisert og maktet ikke å konsentrere seg om gjøremål som kunne bidra til øyeblikk med noe mindre oppmerksomhet på smerter, fortvilelse og bekymringer. Alle disse fire sidene av diamanten forsterket hverandre og bidro til kaosfølelse og en ond smertesirkel.

A: SITUASJONEN	B: TANKER	C: KONSEKVENSER Kroppsreaksjoner, følelser, handlinger	D: ALTERNATIVE TANKER
<b>Eksempel 1.</b> Jeg klarer ikke å reise meg opp av sengen ved egen hjelp	Jeg er svak. Jeg kommer til å få varige skader og vil aldri bli den samme igjen. Andre synes jeg er en pingle.	Avmakt, trist, redd	Jeg kommer til å klare dette, det tar tid. Andre husker at jeg er sterk selv om jeg ikke er sterk nå. Det går framover.
<b>Eksempel 2.</b> Noen kommer på vondsiden – nær den brukne armen	Nå kan de komme borti armen og skade den igjen	Anspent, alarmert, frykt. Rygger tilbake, og holder avstand	Armen tåler at andre kommer borti den, og den kommer ikke til å gå i stykker igjen. Den smerten jeg føler nå, er ikke farlig.

Figur 2 ABC-skjema

Psykologisk førstehjelp for Christoffer innebar i tillegg informasjon og tiltak som bidro til å redusere katastrofetanker, frykt og usikkerhet, og som samtidig skapte forståelse i kaoset. Informasjon fra kirurgen ble sentralt. Kirurgen beskrev operasjonen som vellykket, og at armen nå var reparert på en solid måte. Ordene «vellykket» og «solid» var beskrivelser «til innvortes bruk» for Christoffer. Disse ordene ga en helt annen klang enn katastrofetankenes ord, som «ødelagt», «knust» og «komplisert». Selv om smertene fortsatt var der, ble de ikke forurenset av lyntanker og bilder på netthinnen som forsterket smertene. Vi kan skille mellom «ren» og «forurenset» smerte, mye avhengig av den mentale innstillingen til og den følelsesmessige reaksjonen på smerte. Her var det viktig at kirurgen ga Christoffer mulighet for en annen fortolkning av smertene, nemlig at smertene var et signal om at kroppen jobbet med å hele skaden: fra «ødelagt» til «gjenoppbygging». Det var en alternativ tanke og et mentalt forestillingsbilde som erstattet Christoffers katastrofetanker, og som han aktivt brukte i sin indre dialog for å forholde seg til smertene på en annen måte.

### **Mentale strategier**

Jeg var en sterk fyr med høye mål. Jeg har aldri strevd med å utføre praktiske gjøremål, men tvert om vært den som har båret andres kofferter, og hjulpet familie og venner med tunge tak. Nå kom jeg ikke opp av senga uten hjelp, jeg kunne ikke kle på meg eller gå på do selv. Forbanna ydmykende.

Å være fysisk sterk var en del av Christoffers identitet. Han bygde kropp og trente mye. Nå trengte han andres hjelp til de mest intime gjøremål, han var blitt til en mann som i egne øyne ikke dugde eller var til nytte for noen – hvem er man da? Tap av fysisk funksjon truet hans selvopplevelse og autonomi, og førte til tilbakefall av tidligere depressive plager. Han følte seg fanget i en svak kropp. Et bilde han stadig fikk på netthinnen, var at samboeren slepte rundt på tunge kofferter mens han sto hjelpeløs og så på. Christoffer og psykologen brukte ABC-skjema i dette arbeidet.

Jeg trengte å få ting i perspektiv, dele den store kaosklumpen opp i ett og ett problem av gangen, dele opp tankene og henge følelsene på de rette knaggene.

ABC-skjema er et enkelt sorteringsverktøy som skiller mellom situasjon (A), tanker i situasjonen (B) og følelsesmessige reaksjoner (C) som følge av hvordan situasjonen fortolkes, for eksempel som farlig eller håpløs (Berge & Repål, 2008; Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2014) (se figur 2). For Christoffer ble dette et selvhjelpsverktøy som han brukte systematisk for å bygge opp en mer støttende og konstruktiv holdning til seg selv og framtiden. Det ble tydelig for ham hvordan situasjoner der han for eksempel trengte hjelp, utløste en automatisert strøm av nedlatende tanker om egen verdi, følelse av avmakt, selvforakt og skam. Det ble et hjelpemiddel ikke bare for å identifisere de

tankene som «trakk han ned», men også for å få løftet fram alternative tanker (D) som var mer nyanserte, og som kunne styrke selvfølelsen og åpne opp for muligheter. «Jeg-gjør-så-godt-jeg-kan» ble gradvis en støttetanke.

«Jeg gjør så godt jeg kan» har aldri vært godt nok for meg. Snarere har det vært en billig unnskyldning for ikke å gidde å strekke seg og gi alt. Nå møtte jeg meg selv i døra, for her var jeg i en situasjon der jeg faktisk *trengte* en slik tanke å lene meg til. Jeg var nødt til å tenke annerledes, hvis ikke kom jeg ikke videre.

Psykologen og Christoffer brukte også *tidslinje* som et verktøy. Den illustrerte hvordan hans nedsatte fysiske funksjon sakte, men sikkert ble bedre, og at små mål med tiden ville føre til at han nådde større mål.

Jeg har vært vant til å trene og å sette meg konkrete mål. Jeg var vant til å presse kroppen og overtrene, men jeg hadde ingen erfaring med å justere *ned* målene. Nå var «Jeg gjør så godt jeg kan» det eneste jeg hadde. Hvis det å gå 100 meter nesten gjorde at jeg besvimte, så var jo det maks av det jeg kunne oppnå på det tidspunktet. Det var utrolig krevende å forholde seg annerledes til mål og tid.

Christoffer ble også utfordret på egne holdninger og verdier; var det slik at han måtte bli minst like fysisk sterk som han var før bruddet, for å tenke om seg selv at han var robust og sterk som person? Eller var han en fin fyr selv om han ikke lenger presterte det samme fysiske sett som han gjorde før? Det satte i gang refleksjoner som ga andre tanker om identitet og selvfølelse – en endring som dessuten ble heiet fram av kjæresten på sidelinjen.

## **Minimestring**

«Minimestring» er Christoffers eget stikkord for rehabiliteringsprosessen. Det er hverdagens praktiske gjøremål som skal mestres: ta på klær, stelle seg, gre håret. Det krevde opptrening av så vel fysiske som mentale muskler. Mentalt innebar det å flytte oppmerksomheten bort fra «alt-jeg-ikke-lenger-klarer», til «hva-jeg-faktisk-kan-nå». Christoffer fikk hjelp til å se at riktignok kan han ikke velge seg en ny arm, men han kan velge hva han vil gi oppmerksomhet – hvilke tanker fortjener min oppmerksomhet nå? Han så urettferdigheten i å sammenligne seg selv med den han var før armbruddet, og utviklet etter hvert en mer vennlig og medfølende holdning til seg selv. Store mål må vente, og små mål må få verdi. Det krevde målrettethet, motivasjon og utholdenhet. Ikke minst trengte han å ta et metaperspektiv på sitt eget tankegods og velge hva han ville gi oppmerksomhet. «Minimestring» involverer for Christoffer mentale treningsoppgaver i tråd med hva som kreves av en toppidrettsutøver for å prestere på sitt beste. For eksempel å trene systematisk på ferdigheter en trenger å utvikle for å bli stadig bedre, og ikke å fokusere på alle som går (løper) fortere, men heller på hvordan en selv kan oppnå optimale fraspark. Ikke minst å finne sin egen takt, og unngå å bli

stresset av «konkurrentens». For Christoffer så vel som for toppidrettsutøveren innebærer det å stadig minne seg selv på hva som er målet, være tålmodig, håndtere motgang og heie på seg selv.

## **Eksposering**

Etter hvert som han ble mer oppegående, ble det tydelig at sikringsatferden, å beskytte armen, var uheldig. Christoffer turte ikke bruke armen, men gikk rundt og bar på den og var veldig redd for at andre skulle komme for nær – et atferdsmønster som på sikt kan ha bidratt til både å opprettholde smerte og å redusere hans funksjon. En vesentlig del av rehabiliteringsprosessen ble derfor å oppdage og å bryte den onde smertesirkelen gjennom eksposering for både smerten og angsten for den. Fysioterapeutens forsikringer om at smerten ikke betyr fare, at armen gradvis blir sterkere og tåler mer, ble alternative tanker til katastrofetankene. Erfaringene han får – det gjør vondt å bruke armen, men er ikke farlig, gjør at han gradvis tør stole mer på mestringstankene slik at katastrofetankene ikke fikk bestemme aktiviteten. Den dagen han turte å hilse på andre med høyre og ikke venstre hånd, ble en stor seier. Hendelsen bekreftet at han igjen var en person som mestret – det skal mye mot og mental styrke til for å tørre å eksponere en vond arm for enda mer smerte.

## **Avslutning**

Christoffers historie viser betydningen av en helhetlig tilnærming til helse og rehabilitering. Selv et armbrudd kan få dramatiske følger dersom man ikke ser hele mennesket. Helsepersonell i somatisk helsevern er spesialister på ulike kroppsdeler, på å reparere og å trene opp kropp og funksjon. Psykologen kan bidra med å se hvordan det mentale virker inn; se sammenhengen mellom kropp, tanke, følelse og handling. Behovet for psykologisk kunnskap blir særlig tydelig ved smerte og smertemestring, men psykologens bidrag i somatisk praksis er ellers svært ofte å gi pasienten verktøy slik at han eller hun kan anvende råd og informasjon fra kirurg, lege, fysioterapeut og annet helsepersonell. Samtidig minner Christoffer oss på det som er grunnleggende i all hjelpekunst, nemlig å se pasienten:

Jeg har lært veldig mye om meg selv. Samtalene med fysioterapeuten og psykologen har fått meg gjennom mitt livs verste opplevelse. Psykologen har hjulpet meg å redefinere meg selv, hvem jeg er liksom, og gitt meg verktøy til bruk i hverdagen. Fysioterapeuten har hjulpet meg med opptrening, men også med mye jeg har brukt i samtalene med psykologen. Noe av det som har hjulpet meg aller mest, har vært stundene hvor menneskene rundt har tatt seg tid til å se meg – et blick eller en berøring. Opplevelsen av å bli sett, tatt på alvor, har vært ekstremt viktig for meg.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 5, 2015, side 390-395*



**Elin Fjerstad**, psykologspesialist, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus

KONTAKT: elin.fjerstad@diakonsyk.no

**Ingrid Hyldmo**, NKS Olaviken Behandlingscenter

**Lars Wabø**

**Christoffer Egede Høiseth**

+ Vis referanser

#### Referanser:

Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv terapi ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Berge, T. & Repål, A. (2008). Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeberg, Ø. (2014). Kriser og kriseintervensjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Fjerstad, E. & Lang, N. (2013). «Dantes inferno» - Psykologisk førstehjelp ved postoperativt delirium. Tidsskrift for den norske legeforening, 10(133), 1084-1086.

Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. Science, 150, 971-979.