

# Kroniske smerter og psykoterapi

Et psykoterapeutisk udviklingsarbejde med patienter med ondt i ryggen

## PSYKE OG SMERTE

### AF HANNE ELLEGAARD

**Kan patienter med kroniske rygsmerter og psykosociale belastninger profitere af 6-10 psykoterapeutiske samtaler? Det spørgsmål fik Hanne Ellegaard mulighed for at undersøge i Rygcenter Fyn i Ringe.**

Rygcenter Fyn i Ringe er en specialafdeling i det danske sundhedsvæsen, nu Region Syd. Rygcentret varetager ambulant udredning og tværfaglig konservativ (dvs. ikke kirurgisk) behandling af patienter<sup>1</sup> med ondt i ryggen. Det har 60 ansatte, 3000 patientforløb pr. år og egen forskningsafdeling.

Det var interessant at kombinere psykoterapien med den øvrige tværfaglige behandling, som foregik sideløbende med eller var foregået forud for samtalerne, og som blev udført af det øvrige team bestående af læge, fysioterapeut og kiropraktor.

Svarene ifølge evalueringsskemaer viste, at 100 % havde nytte af samtalerne og 71 % havde det bedre eller meget bedre i ryggen ved afslutningen sammenlignet med starttidspunktet i rygcenteret. 86 %, dvs. seks ud af syv,

<sup>1</sup> I et tværfagligt hospitalsteam falder det naturligt i at bruge ordet patient. Det er derfor det ord, jeg har valgt at bruge i denne artikel. Patient betyder tålmodig, udholdende.

troede på, at de ville komme videre. Det skal bemærkes, at der er tale om kroniske smertepatienter med psykosociale belastninger gennem år.<sup>2</sup>

#### Baggrund

Som fjerdeårs studerende i 2005 på Nordisk Gestaltinstitut i Tikøb og samtidig ansat som sygeplejerske i Rygcenter Fyn fik jeg mulighed for at bruge 60 samtaletimer i et udviklingsarbejde med 6-10 patienter fordelt med 2-3 samtaler pr. uge. Baggrunden var, at en mindre gruppe af de henviste patienter til rygcenteret havde psykiske problemer med en formodet negativ indflydelse på deres rygsmerter.

#### Formål

Formålet var dels at vurdere, om terapeutiske samtaler kunne have en positiv virkning i det samlede behandlingstilbud i rygcenteret, dels at

<sup>2</sup> Rapporten kan sendes som vedhæftet fil eller pr. post ved at maile til [hanne.ellegaard@regionsyddanmark.dk](mailto:hanne.ellegaard@regionsyddanmark.dk)

opnå træning i terapeutiske samtaler under indirekte supervision.

### Metode og materiale

Patienterne blev valgt ud fra en tværfaglig vurdering og efterfølgende inklusionskriterier: Patienter, der var i *krise eller sorg*, havde *depressiv adfærd*, led af *angst* eller var *uden selvansvar*. Eksklusionskriterier: Ikke-dansktalende eller patienter, der var i psykiatrisk regi.

### Spørgeskemaer

*The Beck Depression Inventory scale (BDI)* blev anvendt til screening for depression.

Depressive patienter med ondt i ryggen er i risikogrube for at få kroniske smerter, med mindre depressionen ophører i behandlingsforløbet (2).

Aron Antonovskys skema SOC, *Sense of Coherence*, oplevelse af sammenhæng, blev anvendt. Skemaet er udarbejdet ud fra begreberne *begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed*, som jeg syntes gik godt i spænd med gestaltterapien, fx i tilfælde med håbløshed og meningsløshed.

Desuden blev der målt på smerte i box skalaer fra 0-10 og på funktion på *Low Back Pain Rating Scale* med 15 spørgsmål, der måler fysisk såvel som psykisk påvirkning af den daglige funktion i forbindelse med rygsmerter. Der blev målt på sygefravær m.m.

Patienterne forpligtede sig til at udfylde spørgeskemaerne før og efter samt afsluttende at svare på evaluerende spørgsmål (egne spørgsmål, således ikke validerede).

### Indgåede patienter

- A var trist. Var sygemeldt. Havde svære bækken smerter og var meget funktionsindskrænket.
- B havde været grådlabil flere gange i forbindelse med den øvelsesterapi og hold-



træning, der var gået forud. Hun var bange for ikke at gøre øvelserne rigtigt, bange for at de i stedet kunne skade hende. Hun havde mistet flere familiemedlemmer.

- C var vredladen, hurtigtalende, springende i sin tale, fuldendte ikke sætninger. Var utilfreds med forundersøgelsen. Havde haft et forløb i Rygcenteret for et år siden, forværring af smerterne siden da. Var psykosocialt belastet (sorg, krise), påtog sig meget for andre.
- D var ung, trist, initiativløs med lavt selvværd. Svarede gentagne gange "ved ikke". Lang sygemelding. Psykosocialt belastet, bl.a. af sorg og dårlig økonomi.

### Patient:

**"Nu kan jeg da godt forstå, at jeg havde ondt i ryggen. Det var den eneste måde, jeg kunne få opmærksomhed på i mit parforhold."**

- E var meget sygdomsfikseret. Afsluttet fra Rygcenteret for fem måneder siden, nu genhenvist pga. smerteforværring.
- F var en patient, der så sort-hvidt på tilværelsen, var vredladen og bebrejdende. Udsagn stemte ikke overens med gøren og laden. Fysioterapeuten rev sig i håret og sagde: "Der er et eller andet galt, men hvad, ved jeg ikke".
- G brugte udtryk som "Det kan min ryg jo ikke klare". Tidligere revalideret. Havde endvidere allergi, hudproblemer, "dårlig mave" og ofte kvalme. Var trist.
- H var trist og vred. Magtede ikke arbejdsprøvning. Var alene med to mindre børn.

### Terapien

Patienterne, der indgik, blev tilbudt 6-10 gestaltterapeutiske samtaler.

De første 2-3 gange gik typisk med, at patienten fortalte om sine trængsler og sin historie, alt imens trygheden og tilliden voksede imellem os (3). Nogle var meget forklarende og forsvarende, en var desuden skeptisk, og en gemte på "et eller andet". Det viste sig senere i forløbet, at hun havde en bakteriofobi. En var vredladen, en var stille og forsagt, og en anden var straks åben og parat til terapi. Jeg fik således rig mulighed for at afprøve gestaltterapien i hele sit brede spektrum.

### Udfordringer

Alt i alt blev det en både udfordrende og spændende opgave, der forløb fra september 2005 til juli 2006.

Den største frustration i starten var den, at en del patienter var ustabile i fremmøde, fx grundet omkostningerne til transport eller manglende overskud til at komme. Formodentlig blot en bekræftelse af, hvor belastede patienter der her var tale om. Til gengæld var der ingen problemer med at få udfyldt skemaerne.

Min største overraskelse var hvor omfattende belastninger, de havde hver især. Jeg tog såle-

des mange tanker med hjem til videre refleksion og yderligere teoretisk fordybelse, og jeg havde stort udbytte af både heldags gruppesupervision og individuel supervision gennem hele forløbet.

I starten var jeg nervøs for hver eneste samtale, måtte mentalt forberede mig på at "skulle være på", hvilket dog ikke hver gang var muligt i en travl hospitalsafdeling og uden et fast rum at være i. Heldigvis fik jeg bedret de fysiske forhold undervejs.

### Resultater og proces

Der indgik i alt otte patienter, hvoraf en udgik efter to samtaler til fordel for behandling på en smerteklinik.

Alle var kvinder mellem 25 og 55 år. De havde haft smerter i 13-30 måneder, i gennemsnit 21 måneder. De var i socialgruppe 3, 4 og 5.

Fem kvinder var samlevende, to boede alene. Seks ud af syv tog smertestillende medicin ved indgang, fire tog smertestillende medicin ved udgang.

Smertescore: Seks patienter havde ved udgang mindre smerte, en havde uændret smerte.

Funktionscore: Funktionsevnen steg hos alle.

Ingen var i arbejde ved indgang. Heraf var en førtidspensioneret, og en var under revalidering og i gang med uddannelse. Ved udgang var to revalideret og i gang med uddannelse, en var i arbejdsprøvning (således stadig registreret som sygemeldt), og en var nu efter arbejdsprøvning arbejdsløs. To var fortsat sygemeldte.

Graden af depression faldt, og af de fire patienter, der havde en moderat depression, påbegyndte en patient antidepressiv medicinsk behandling i interventionstiden.

Oplevelsen af sammenhæng steg, ifølge Antonovskys skema.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Søjlediagrammer kan ses i den samlede rapport.

### Visualisering af smerten:

**"Smerten var af konsistens som rå lever. Det meste blev skyllet ud i toiletet, resten blev makuleret. Smerten forsvandt, og det gav lettelse i kroppen."**

### Patientforløb

De følgende cases er anonymiserede.

*Birgit* (52 år) var grædende og hastigt snakken. Hun projicerede skylden for sin ulykkelighed på den familie, hun havde tilbage, samt på sin eksmand. Hun talte om de mange dødsfald i familien, om end det viste sig, at det var 10 år tilbage i tiden, hvor hendes far og andre ældre familiemedlemmer døde. Hun var svær at stille spørgsmål, da talestrømmen var uendelig.

Hun fik en kropslig tilgang, jeg lavede en fænomenologisk øvelse med hende, dvs. bad hende mærke efter, om hun mærkede noget i kroppen, samtidig med at jeg opfordrede hende til at fortælle hvad, fx hjertebanken, varme, smerte eller andet. Hun mærkede bl.a., at hendes lænderygsvirvler sad forskudt og dermed smertede, sluttede med at mærke at hvirvlerne kom på plads. Når hun under seancen begyndte at forklare og finde årsager – ”det er nok fordi ...” – bad jeg hende undgå ord og mærke igen. Denne øvelse gjorde en stor forandring for Birgit, hun kom i kontakt med sig selv og lavede på egen hånd lignende øvelser derhjemme.

Patienten fik i terapiforløbet givet slip på eksmanden, familien blev *baggrund*, og hun kunne nu koncentrere sig om at arbejde med sin egen ”selv-omsorg”.

Patientens funktionsscore faldt fra 71 % til 0 %, dvs. hun fik normal funktionsevne. Smertescore på en box skala faldt fra 5 til 0. Birgit havde således heller ingen smerter efter 10 samtaler.

*Kathrine* (34 år) viste få følelser, var trist og var meget intellektualiserende. Hendes forsvar var at snakke sig fra de følelser, kroppen gemte på. Hun havde behov for at have kontrol, måtte have styr på alting for at undgå at komme i situationer, der kom bag på hende. Hun var perfektionist. Hun havde altid forsøgt at få sine forældres opmærksomhed, gjorde alt for at

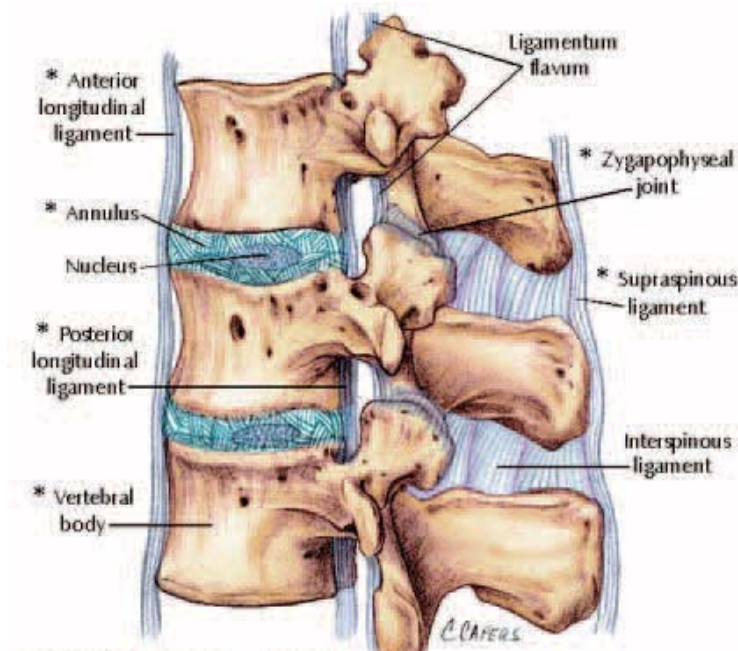
være bedst, så hun kunne få ros og anerkendelse. Kathrine blev guidet tilbage, til hun var en lille pige, og fik et yndigt billede frem af sig selv, som hun siden brugte, når hun var trist. Jeg arbejdede med hendes *indre sårede barn*, og hun fandt ud af, at hun havde svært ved nærhed. Hun havde et lavt selvværd og kendte ikke sine egne behov. Hun fandt i forløbet egne styrker og ressourcer. Hun opdagede, at når hun slap kontrollen og undlod at tage andres ansvar, så tog de andre selv ansvaret på sig.

Kathrine klarede, trods fortsatte lændesmerter, sin træning og daglig stavgang samt sit fuldtidsstudie. Hun var ikke længere sygemeldt, hun blev tidligt i forløbet tilkendt revalidering.

Kathrine faldt fra moderat til mild depression, faldt på en box skala fra 8 til 3 i smerte, faldt 15 % i funktionsscore og blev meget mere aktiv og glad.

*Anni* var 25 år, havde en mellemlang uddannelse, men havde ikke været i arbejde i ca. to år. Hun havde ondt i lænden samt udstråling til ben. Anni boede sammen med sin mand, som var førtidspensioneret, og deres fælles barn på tre år, der var multiallergiker. De var belastet af en særdeles dårlig økonomi. Anni havde et lavt selvværd, en spæd stemme, hun var initiativløs og svarede ofte ”ved ikke”. Kunne ikke klare job, havde været i arbejdsprøvning i tre dage, måtte opgive. Der var en vis tristhed over hende. Hun blev tilbudt holdtræning efter et forløb ved





kiropraktorstuderende og sagde desuden ja til samtaler.

Anni krøb langs væggen de første flere gange, hun havde "nervøs mave", hver gang hun kom i ambulatoriet. På skemaerne havde hun scoret lav oplevelse af sammenhæng samt moderat depression. Hun havde haft to ufrivillige aborter inden for det sidste år. Et af Annis temaer var *død*, både fra her-og-nu og fra tidligere i hendes liv.

Anni havde oplevet ekstrem mobning gennem hele skoletiden, var altid usikker i en ny sammenhæng. Med Anni arbejdede jeg med *indre barn, med sorg og selvstøtte* (4) og brugte desuden positiv reformulering (fra systemisk terapi). Anni fik en oplevelse af at have handlet klogt i en given belastet situation.

Allerede ved fjerde samtale kom Anni friskt gående ind i lokalet. Hun fik i forløbet mere selvtillid, turde være mere sig selv, blev bedre til kontakt og bedre til at tage initiativer. Hun kontaktede på eget initiativ et Reva jobcenter og startede med en 37 timers arbejdsuge. Hun blev meget glad og stolt over at være kommet i gang.

Sjette gang havde hun fået et mindre tilbagefald pga. stress, havde endog været tæt på et

angstanfald. Hun var i en periode, hvor hun var ekstremt træt, og virkede igen mere depressiv.

Anni var op imod en ekstrem dårlig økonomi, påtog sig desuden selv indkøb og aflevering af datteren tidligt om morgenen samt klarede de fleste praktiske gøremål. Dog havde hun i forløbet vist sig at cope godt, og hun formåede igen at ændre på sin situation, så hun magtede arbejdet og igen fik det bedre. Hun havde en sund fornuft og arbejdede godt med sig selv mellem samtalerne.

Anni sluttede – trods 37 timers arbejdsuge og daglige lange cykelture – med et fald i smerte fra 7 til 3 på en box skala. I funktionsscore faldt hun fra 58 % til kun 20 % i belastning.

### Evaluering efter terapien

Et evalueringsskema med otte spørgsmål blev udleveret efter afsluttende samtale.

Alle havde haft nytte af samtalerne og seks ud af syv følte sig psykisk stærkere.

På spørgsmål 8: Var der noget, du oplevede som særligt betydningsfuldt i terapien, blev der bl.a. svaret:

- *Terapien betød, at jeg fik indsigt i min smerte, og under kyndig vejledning forsvandt smerten. Det har betydet, at i stedet for at være en passiv patient, blev jeg en søgende person. Jeg fik åbnet mit sind, og jeg blev klar over, at jeg selv kunne være med til at ændre min smerte, arbejde med den, flytte den.*
- *Jeg har fået det bedre med mig selv, jeg er blevet bedre til at sige fra, og jeg er blevet bedre til at spørge om hjælp.*
- *Jeg håber, at I en anden gang vil give lov til samtaler som dem med Hanne, for de virker. Da jeg startede hos jer + Hanne var jeg: Meget negativ – ked af det – usikker osv.*
- *At jeg efter hver samtale fik en bestemt ting at fokusere på, og at den var selvbestemt, efter de behov jeg havde lige nu.*

## Diskussion

Det lykkedes over et halvt år at fuldføre de planlagte samtaler med et positivt udfald. Jeg er især tilfreds med, at alle havde *nytte* af de terapeutiske samtaler, og at alle øgede deres funktionsevne.

Det er iøjnefaldende, at alle otte indgåede patienter, hvoraf en udgik, var kvinder. Det er dog ikke ensbetydende med, at mænd ikke kan have kroniske lændesmerter og psykosociale belastninger.

Det kan diskuteres, hvad der kan konkluderes på syv patienter og 61 timers psykoterapi, men det har givet et fingerpeg i den rigtige retning til den subgruppe af befolkningen med kroniske rygsmerter, der ofte er ladt i stikken i det danske sundhedssystem.

Selv fik jeg en kontinuerlig og god træning i udøvelse af psykoterapi til patienter med en kompleks smerteproblematik og opnåede en erfaring, som i bedste fald kan komme andre fremtidige kroniske og svært psykosocialt belastede patienter til gode.

## Konklusion

Det synes, som om patienter med kroniske rygsmerter og svær psykosocial belastning opnår smertelindring og øget funktionsniveau og udtrykker stor nytteværdi af 6-10 samtaler med psykoterapeut sideløbende med eller efter den øvrige tværfaglige behandling.

Min fremtidige udfordring og udvikling ligger i kiropraktor Bendt Johansens ph.d projekt *Individuel screeningsbaseret biopsykosocial indsats for patienter med uspecifikke lændesmerter*, hvor ideen er at give ”den rette behandling til den rette patient”. Jeg er ansvarlig for den psykoterapeutiske intervention til patienter med ondt i ryggen og samtidig depression.

En anden udfordring er, blandt smerteplagede patienter, at blive i stand til at subgruppere dem, der måtte lide af PTSD, og rette behandlingen derefter. Dette arbejde er i samarbejde

med psykolog Jørn Callesen og adm. overlæge og professor Claus Manniche.

Om kommende resultater bliver positive eller negative på måleskalaerne står hen i det uvisse, men jeg føler mig overbevist om, at tilbudet om psykoterapeutisk intervention kan medvirke til at øge livskvaliteten for patienter med kroniske non-maligne smerter.

## Litteraturliste

1. Ellegaard, Hanne: Ondt i ryggen. Psykoterapeutisk udviklings- og uddannelsesarbejde. Rygcenter Fyn, Ringe. November 2006
2. Hasenbring, M.: Attentional Control of Pain and the Process of Chronification. *Progress in Brain Research* 2000;129:525-34
3. Mannerstråle, I.: Gestaltterapi på svenska. Wahlström og Widstrand 1995; 208-217
4. Hostrup, Hanne: Gestaltterapi. Hans Reitzels forlag 1999; 111-114



*Hanne Ellegaard er uddannet sygeplejerske og er diplomeret gestaltterapeut fra Nordisk Gestaltinstitut i Tikøb. Aspirantmedlem af Psykoterapeut Foreningen og medlem af Fynsk Psychotherapy Networking. Har et særligt interessefelt og erfaring med psyke og smerte. Er aktuelt ansat som psykoterapeut i sundhedsvæsenet i Rygcenter Fyn, Ringe.*