

Psykoterapi til patienter med ondt i ryggen og depression

En kvalitativ undersøgelse af patienter med
3-12 måneders lændesmerter.



Hanne Ellegaard
Psykoterapeut MPF, sygeplejerske
Rygcenter Syddanmark, Middelfart
Sygehus Lillebælt

Birthe D. Pedersen.
Lektor, Ph.d, cand. Cur., exam.art.
(filosofi)
Enheden for Sygeplejeforskning,
Syddansk Universitet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Syddansk Universitet

September 2010

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Abstract	3
Introduktion.....	5
Baggrund.....	5
Problemstilling og formål	8
Teoretisk ramme	8
Metode	9
Udvælgelse af deltagere	10
Dataindsamling	11
Databearbejdning	11
Naiv læsning	11
Strukturanalyse.....	11
Kritisk fortolkning og diskussion.....	12
Resultater	13
Tidligere oplevelsers betydning	14
Begrænsninger i hverdagen.....	19
Ressourcer	20
Stress symptomer, et overordnet fund.....	21
Diskussion.....	23
Konklusion	24
Perspektiv.....	25
Litteraturliste.....	26

Psykoterapi til patienter med ondt i ryggen og depression.

En kvalitativ undersøgelse af patienter med

3-12 måneders lændesmerter.

Ellegaard H¹, Pedersen B.D.²

¹)Rygcenter Syddanmark, Middelfart, Sygehus Lillebælt; ²) Enheden for Sygeplejeforskning, Syddansk Universitet.

Abstract

I rygforskningen er der en fortsat usikkerhed med hensyn til, hvilken behandling der gavner patienter med lændesmerter samt depression; patienter der er i højrisikogruppe for at udvikle kronicitet. I dette studie er gestaltterapeutiske samtaler med et islæt af chok-traume metoden Somatic Experiencing (SE) afprøvet sideløbende med anden tværfaglig intervention, med henblik på at afdække, hvad der viser sig hindrende eller fremmende for mestring af livet med ondt i ryggen.

Metode: Studiet er et kvalitativt eksplorativt interventionstudie, hvor undersøgelsesrammen er fænomenologisk – hermeneutisk. Efter psykologisk intervention af 46 patienter med depression og lændesmerter blev 6 patienter efter kriterier, herunder høj smertescore og moderat depression inkluderet i studiet. Fire kvinder og to mænd med en gennemsnitsalder på 29 år indgik i undersøgelsen. Interventionen bestod af korttidsterapi, 5-6 samtaler af en times varighed. Herfra fremkom 33 siders tekst til kvalitativ analyse. Analyse og fortolkning foregik på tre niveauer: Naiv læsning, strukturanalyse og kritisk fortolkning og diskussion. I databearbejdningen fremkom følgende tre fokus områder: Tidligere oplevelsers betydning, begrænsninger i hverdagen samt ressourcer.

Resultater: Undersøgelsens fund viste, at de psykologiske belastninger var mangeartede og relaterede sig til tab og sorg, svigt, krænkelser og reaktioner på tidligere ubehagelige oplevelser.

Dertil kom forpint, magtesløshed, nedsat selvværd, vrede, svært ved "ikke at kunne", angst og ubehag. Alt sammen medvirkende til stress påvirkning. Under ressourcer fandtes øget selvværd, ansvarsfølelse, styrke, glæde, afslappethed samt at kunne være til stede i nuet. Overordnet viste samtlige belastninger sammenholdt med smerte og depression at udløse stress hos den enkelte patient. Stress over evig smerte, nedsat funktionsevne samt ikke at kunne magte situationen.

Konklusion: Symptomkomplekset rygsmerter er en stress faktor i sig selv og koblet med depression, må det ses som to symptomkompleksiteter der gensidigt påvirker hinanden i negativ retning. Smerte giver stress, stress giver øget cortisol udskillelse, som kan virke depressionsfremkaldende. Dertil kommer det enkelte menneskes subjektive belastninger og dets livssituation. Konklusionen er, at når smerte, belastninger og depression bliver overvældende og ressourcerne er små, er det *stress* der bliver fremtrædende. Men ved hjælp af gestaltterapi og SE-metode viser det sig muligt, at sænke den indre stress samt finde tilbage til egne ressourcer og derved blive i stand til at handle og tage vare på sig selv.

Keywords: Psykoterapi, lændesmerter, kvalitativ metode, depression, gestaltterapi, Somatic Experiencing metode.

Introduktion

Rapporten omhandler hvilke forhold der i psykoterapeutiske forløb viser sig fremmende og hvilke, der viser sig hindrende for mestring af livet med ondt i ryggen og samtidig depression.

Gennem årtier har patienter med ondt i ryggen været behandlet med større og større intensitet og fortsat er det en gåde, hvorfor ca. 20% ikke profiterer af evidensbaseret behandling (1).

At have *ondt i ryggen* er uspecifikt lige såvel som ondt i maven er. Spørgsmålet er, hvilke smerter der er tale om, i hvilke situationer de opstår, af hvilken karakter de er og hvor de sidder. Ingen har det færdige svar, da årsagssammenhænge kan være mangfoldige og det enkelte menneske responderer forskelligt på belastninger, fysiske såvel som psykiske, bl.a. afhængig af aktuelle situation samt af hvilke oplevelser og erfaringer personen tidligere har haft (2). Vi har med en størrelse at gøre, der på visse punkter kan klassificeres i symptomer og diagnoser og på visse punkter må ses på, som individuelle situationer i en større sammenhæng.

Baggrund

Interessen for dette studie er opstået under varetagelsen af psykoterapeutiske samtaler i en randomiseret undersøgelse med titlen *Individuel screeningsbaseret biopsykosocial indsats for patienter med uspecifikke lændesmerter*, også kaldet den rette behandling til den rette patient, hvor primære effektmål var sygefravær. Interventionen foregik fra november 2006 til juni 2008.

Erfarne klinikere, så som læger, fysioterapeuter og kiropraktorer har ofte en "god næse" for at spotte patienter, der har andet og mere end blot fysiske belastninger. Men hidtil har behandlingen af rygpatienter dog primært været undersøgelse og udredning, fysisk behandling, information og smertehåndtering ved sygeplejerske. Ved at screene patienter for bl.a. depression, blev psykoterapeutiske samtaler tilbudt i forbindelse med scoring af mild og moderat depression. Patienterne fik sideløbende tværfaglig behandling for deres rygmerter. De havde haft lændesmerter mellem 3 og 12 måneder og var sygemeldte eller havde været inden for det sidste år. Depression blev målt ud fra The Beck Depression Inventori Scale (BDI) Patienter i interventionsgruppen der scorede mild eller moderat depression på BDI, fik tilbudt 6 psykoterapeutiske samtaler á 60 minutters varighed ved psykoterapeut. Den samlede behandling inklusiv eventuelle samtaler foregik inden for en fire måneders periode, målt fra den indledende kliniske ryg undersøgelse. Ud af 130

patienter i interventionsgruppen scorede 52 mild eller moderat depression, dvs. scorede 10-30 på BDI og fik tilbudt psykoterapeutiske samtaler. Seks patienter udgik og 46 patienter i nævnte randomiserede studie fik psykoterapeutiske samtaler.

Nogle patienter så det som en god chance at gå til psykoterapeutiske samtaler i forbindelse med deres vanskelige situation, andre var tilbageholdende trods en kompleks situation, og valgte enten fra eller holdt psykoterapeuten på afstand, mens andre igen havde et dårligt fremmøde.

Med udgangspunkt i gestaltterapi og et islæt af Somatic Experiencing metode (SE) er den enkelte patient blevet lyttet til og ikke presset til at tage imod terapien. En forudsætning for et positivt psykoterapeutisk forløb er, at patienten selv vil det. Og det må sandes, at der iblandt de 46 patienter var en del fravær og afbud. En del havde få ressourcer til fremmøde, høj smerte og dårlig økonomi til transport og nogle, med et i forvejen højt sygefravær, fravalgte samtalerne mod at skulle tage fri fra fx et nyligt startet arbejde.

I nærværende kvalitative undersøgelse blev seks patienter af de 46 efterfølgende valgt efter kriterier, som beskrevet i metodedelen.

I relation til undersøgelsen blev der foretaget en litteratursøgning fra år 1989-2009 og søgt på [Gestalt Therapy AND Backpain]. I PubMed, PsykInfo og Cinahl fandtes 0 resultater. Søgningen blev udvidet til [Gestalt Therapy AND Pain OR Depression] og til [Gestalt Therapy] alene.

Her blev der fundet en metaanalyse af effekten af gestaltterapi. Resultaterne viste, at gestaltterapi er en effektiv psykoterapeutisk terapiform, der ikke er underlegen i forhold til andre sammenlignelige metoder udi psykoterapi (3).

Epidemiologisk forskning (4) har vist, at der eksisterer en sammenhæng mellem Low Back Pain (LBP) og psykiske faktorer, mens ren psykologisk LBP er sjælden. I de fleste sygdomstilfælde med *kronisk* LBP er psykologiske faktorer involveret. Depression og angst syntes at være de mest almindelige psykologiske tilstande associeret med LBP. Der beskrives hvordan depression i forbindelse med ondt i ryggen kan være atypisk på flere måder, bl.a. ses en såkaldt maskeret depression, også kaldet skjult eller ligefrem smilende depression. Patienten har symptomer på depression, men mangler den nedtrykte sindstilstand. Maskeret depression ses typisk associeret med uklare somatiske og ætiologiske symptomer. Ved LBP er tre komponenter beskrevet som værende velkendte: Det *somatiske*, det *depressive* og *sociale* aspekt. Under det depressive aspekt i forbindelse med LBP beskrives hvordan depressionen er det centrale, om end den kan være

maskeret. Ofte ses en hændelse gå forud for de opståede smerter. Der anbefales individuel psykologisk intervention, mens medicin sekundært anbefales. Der er udviklet forskellige teorier til at forklare sammenhængen mellem LBP og depression, men ingen synes fuldgældige.

Et studie om gestaltterapi og kroniske smerter (5) har vist, at det mest betydningsfulde for patienten var at blive forstået. I Gestaltterapi tages ikke udgangspunkt i skemaer og på forhånd planlagte emner, men i situationen her og nu samt en afklaring af, hvordan patienten selv griber sagen an. Desuden om hvad der kan hjælpe den enkelte patient til at blive mere opmærksom og kontaktfuld med sig selv og sine omgivelser. Der anbefales individuel terapi med henblik på netop at forstå patientens subjektive oplevelser, da ikke alle mennesker med sygdomme er ens. I gestaltterapien er psykoterapeuten opmærksom på, hvordan patienten selv oplever hvad der sker med ham/hende under sygdom, og hvilken mening, eller mangel derpå, det giver. Desuden hvordan patienten relaterer sig til sin sygdom samt hvad den kan risikere at medføre. Undersøgelsen viste endvidere at respons afhænger af sygdommens sværhedsgrad, familiebaggrund og historie, netværk, socialklasse og økonomi. Endvidere at bedste resultater sås hos personer, der selv var villige til at arbejde med deres egen psykologiske proces og var villige til at være seriøs omkring deres egen kropsoplevelse i forbindelse med deres sygdom.

I en meta-analyse med psykologisk intervention (6) for Chronic Low Back Pain (CLBP) ses beskrevet, hvordan akut rygsmerte bliver til en kronisk tilstand, når kognitive, biologiske og adfærds varianter interagerer med hinanden til en form for ”kronisk smerte oplevelse”, som er karakteriseret ved smerte, distress (bekymring og besvær) og nedsat funktion. Hensigten med psykologisk intervention var at mindske distress og øge funktionen. Det viste sig, at enhver type af psykologisk intervention, var mere effektiv end ingen terapi, sammenlignet med forskellige kontrolgrupper og målt på smerteintensitet, helbredsrelateret livskvalitet og depression. Tværfaglige teams, hvor psykologisk intervention var inkluderet, viste bedre resultater i relation til tilbage på arbejde end monofaglig tilgang, målt ved langtids follow up. Overordnet viste resultaterne en positiv effekt af psykologisk intervention ved CLBP.

Undersøgelser viser, at belastninger så som vanrøgt og incest medfører, at man senere i livet reagerer voldsommere på belastninger og lettere udvikler depression (7). Endvidere er det velkendt, at store belastninger samtidig med depression og smerte er en dårlig forudsætning for hensigtsmæssig mestring. Tillige er beskrevet (8), hvordan store belastninger tidligt i livet kan medføre forøgede stressreaktioner senere i livet og gøre individet mere frygtsomt.

Problemstilling og formål

Grunden til at undersøge psykoterapeutiske forløb er, at der i rygforskningen er en fortsat usikkerhed med hensyn til, hvilken behandling der gavner patienter med komplekse problemstillinger, svarende til patienter i højrisikogruppe for udvikling af en langvarig kronisk smertetilstand.

Det antages, at man ved at undersøge psykoterapeutiske forløb kan få indsigt i og en ny viden om hvilke forhold der er betydningsfulde for, at patienter med ondt i ryggen og depression i nogle situationer kan blive bedre til at mestre livet.

Formålet er derfor at undersøge hvilke forhold, der i psykoterapeutiske forløb viser sig fremmende og hvilke der viser sig hindrende for mestring af livet med ondt i ryggen.

Teoretisk ramme

Som teoretisk ramme for undersøgelsen er primært valgt gestaltterapi, da denne anvendes som intervention i undersøgelsen. Gestaltterapi er en psykoterapeutisk terapiform (9), første gang beskrevet i 1951. En gestalt er en meningsfuld organiseret helhed, og helhedens egenskaber er andet og mere end summen af delegenskaberne.

I gestaltterapi er metateorien *eksistentialisme*, den psykologiske teori er *gestaltpsykologi* og metoden er *fænomenologisk*. Dertil kommer diverse terapeutiske teknikker. Gestaltterapiens grundide er, at voksne mennesker har mulighed for at vælge hvordan de vil forvalte deres liv; og til enhver tid er ansvarlig for deres tanker, følelser og handlinger. Den eksistentielle opfattelse bygger på, at ethvert menneske er unikt og at alle har et potentiale for udvikling. Dialogen i terapien fastholdes i nutiden, *her-og-nu*. Fortiden har en sekundær betydning, men undersøges i den udstrækning den forstyrrer nuet. Gestaltpsykologien lægger vægt på, at mennesket er en helhed, der må studeres i sin helhed. Forventninger og behov påvirker vore sanser og hjælper med at lade noget træde i figur og fravælge andet, der derved optræder som baggrund. Dette kaldes for *figur-grund effekten*. Denne er grundlaget for opfattelse af vores behov. Mennesket har mange behov, men der vil altid være et behov, der er mere dominerende end andre. Evnen til at kunne registrere dette behov er et af omdrejningspunkterne i gestaltterapien. Uden denne evne mister mennesket sin orientering i nuet og oplever sig selv fastlåst, fikseret og ude af stand til at handle. Den fænomenologisk tilgang er en psykologisk metode til helhedsbeskrivelse af oplevede fænomener. Fænomener hvor der i terapien zoomes ind og ud, så fænomenet kan anskues fra alle afstande, sider

og kanter, med henblik på øget forståelse. Og mennesket vil blive i stand til at møde verden, når det undersøger den, reflekterer over den, åbner sine sanser og ser verden med nye øjne.

Overordnet hjælper gestaltterapeuten klienten/patienten (her patient) med at opdage noget nyt om sit forhold til sig selv og verden, det vil sige med at opnå indsigt. Gestaltterapeuten leder og støtter patienten igennem en opdagelses proces om sig selv, for at han/hun kan blive i stand til at tage ansvar for sig selv. En forudsætning for at processen kan lykkes, er at MØDET mellem patient og psykoterapeut opstår. Mødet hvor der ikke er noget rigtigt eller forkert, men hvor fænomenerne er som de viser sig at være.

Desuden er metoden Somatic Experiencing (SE) (10) anvendt. Somatic Eksperiencing er en psykoterapeutisk metode til behandling af chok og traumer/Posttraumatisk Stress Disorder (PTSD). Metoden er virksom over for at mindske og opløse stressreaktioner. Der arbejdes med det autonome nervesystem, hvor high arousal (højstress) ses efter voldsomme hændelser og metoden handler overordnet om at få krop og individ til at sanse og opleve og fornemme, at de tidligere ubehagelige hændelser samt farer er overstået.

Metode

Undersøgelsen er et kvalitativt eksplorationsstudie, foretaget efter psykoterapeutisk intervention. Undersøgelsens ramme er fænomenologisk-hermeneutisk og inspireret af den franske filosof Poul Ricoeurs arbejder om fortælling og fortolkning (11). Metoden er i dansk regi udviklet af Birthe D. Pedersen (12). Forskningsmetoden er desuden beskrevet i bogen *Forskning i Klinisk sygepleje* (13) og i nordisk regi beskrevet af Anders Lindseth og Astrid Norberg (14), samt fundet egnet og anvendt i relation til talrige forskningsprojekter og ph.d. afhandlinger inden for sundhedsvidenskab. Begrundelsen for valg af metode er Ricouers fænomenologisk-hermeneutisk tilgang, hvor der søges efter meninger og betydninger, for at forstå mennesker og fænomener i deres livsverden. Ved livsverden menes den erfarings- og oplevelsesverden, hvori et menneske lever sin hverdag, og som er formet af dets tidligere og aktuelle oplevelser, og i dette studie den verden, hvor patienterne lever deres liv med rygsmerter og depression.

Udvælgelse af deltagere

I undersøgelsen er patienter valgt ud fra kriterier som følgende: *Moderat depression* på 23-30 iflg. BDI (på en skala fra 0-30 og hvor højere end 30 svarer til svær depression), *smertescore for lænd på 7-10* (på en skala fra 0-10, hvor 10 er værst tænkelige smerte) og kriteriet, at have haft 5-6 *samtaler* med psykoterapeut. Seks patienter ud af 46 opfyldte disse kriterier, heraf indgik fire kvinder og to mænd i undersøgelsen. (Figur 1) Alle havde lændesmerter med en varighed på tre til 12 måneder.

Figur 1. Oversigt over inkluderede patienter

Køn.	Alder	Depression Score (BDI)	Smerte Score (0-10)	Antal samtaler	Social gruppe	Antidepressiv med. beh.
Kvinde	20	26	7	5	5	Ja
Kvinde	30	25	7	6	4	Nej
Mand	33	25	8	5	4	Nej
Kvinde	31	25	9	6	3	Nej
Mand	27	23	8	6	2	Ja
Kvinde	33	28	9	5	4	Nej

Begrundelsen for valg af de meget belastede er en velkendte viden om, at der i behandlingen af ”ondt i ryggen” er mange faktorer der spiller ind, fysiske såvel som psykiske og sociale. Det kan derfor være vanskeligt at afgøre, hvad der reelt har hjulpet i det enkelte tilfælde. Mild smerte og mild depression er lettere påvirkelig af andre samspilsfaktorer end høj smerte og moderat depression er. Dels med den begrundelse, at mild depression ofte går hånd i hånd med smerte og kan ophører den dag, at personen oplever smertereduktion/smertefrihed, bliver arbejdsdygtig og får hverdagen til at fungere. Mild depression alene kræver ikke nødvendigvis behandling ifølge psykiatrifonden.dk. Ideel behandling af moderat depression derimod, er samtaleterapi evt. kombineret med antidepressiv medicin. Og i dette studie, hvor patienterne samtidig har rygsmerter, desuden tværfaglig behandling deraf. Af de 6 patienter, der indgik i det kvalitative studie, var to i antidepressiv medicinsk behandling, en patient var netop stoppet og tre ønskede ikke medicin mod depression. Sværhedsgraden i behandling af patienter med ondt i ryggen kan inddeles i lav-, mellem- eller høj risikogruppe (15), hvor alle patienter i dette studie hører til i højrisiko gruppe for at udvikle kroniske smerter. Alle havde stærke rygsmerter, moderat depression samt en uafklaret arbejdssituation.

Datainsamling

Datamaterialet er en tekst, der er fremkommet som en beretning fra 33 samtaler med de inkluderede patienter. Efter hver terapitime blev en beretning om psykoterapiens forløb skrevet ned, da der generelt sker en refleksion ved at nedskrive en netop gennemført terapisesession. Det er således psykoterapeutens umiddelbare opfattelse og fortælling af situationen, der er fremkommet ud fra patientens fortælling, udtalelser, følelsesudbrud samt patientens kropssprog. I det skrevne indgik således både beskrivelser af situationen og citater af det patienten sagde under samtalen. For hver terapitime blev en maskinskrevne A-4 side udarbejdet. Ud fra de nedskrevne beskrivelser og fortællinger fremkom en sammenhængende tekst på i alt 33 sider. Dette materiale, der fremstår som én tekst er undersøgelsens datagrundlag for den videre bearbejdning og analyse.

Det kan diskuteres om tekstmaterialet står mål med hvad der reelt er udlagt og sagt i samtalen mellem patient og psykoterapeut. Dog må det fastslås, at der på interventionstidspunktet ikke var beskrevet noget studie og teksten er beskrevet som værende bedst mulig tro mod patientens fortælling og adfærd dels med henblik på refleksion og dels som arbejdsredskab til bedst mulige opfølgning på næste samtale.

Databearbejdning

Databearbejdning foregik ud fra den Ricoeur inspirerede metode, der bestod af analyse og fortolkning på tre niveauer: Naiv læsning, strukturanalyse og kritisk fortolkning og diskussion.

Naiv læsning

De nedskrevne fortællinger blev i den første analyse læst og genlæst flere gange. Gennem denne naive læsning skete en tilegnelse af teksten, der gav en begyndende forståelse af hvad teksten indeholdt. En forståelse, hvor man ifølge Ricoeur ser og sanser hvad der berører en i teksten. Denne analyse var med til at give overblik og en helhedsforståelse af hvad teksten handlede om.

Strukturanalyse

Herefter blev foretaget en strukturanalyse, som i sig selv har et forklarende aspekt. Her struktureredes teksten ud fra meningsenheder, (hvad der siges) og betydningenheder (hvad der tales om), og der blev uddraget temaer fra hele tekstmaterialet, således at fælles temaer fremkom. Teksten blev struktureret ud fra såvel tekst i form af direkte citater, som betydningsindhold forstået som en første tolkning af, hvad der tales om og til fremkomsten af temaer. I figur 2 illustreres

bevægelsen fra meningsenheder til betydningsenheder til fremkomsten af temaer. Pilene i figuren skal synliggøre, hvorledes der hele tiden i analyseprocessen foregår en frem - og tilbagebevægelse, således at processen ikke blot ses som en fremadskridende lineær proces, men en proces hvor analyse og fortolkning hele tiden foregår mellem del og helhed. Processen ses som en dialektisk proces mellem forklaring og forståelse. En proces, der er med til at styrke argumenter og begrundelser for de fremkomne temaer.

Figur 2. Et eksempel på processen strukturanalyse.

Meningsenheder Hvad der siges "Citater" ↔	Betydningsenheder Hvad der tales om ↔	Temaer Udledning af centrale temaer ↔
" Jeg er vred over, at min søster tillod sig at dø fra sin datter der var et år gammel. Jeg ville ønske, at jeg selv var død i stedet. Det er sørgeligt og trist at tale om. Jeg har været ude i tovene siden"	Et svært tab af søster, der har medført selvdestruktiv adfærd.	Vrede, tab og sorg

Kritisk fortolkning og diskussion

Temaerne analyseres og fortolkes samt diskuteres i forhold til teori og andre forskningsresultater.

I denne sidste del af analysen sker der en bevægelse fra det enkelte til det almene.

Resultater

Ud fra den naive læsning fremkom der områder der handlede om tidligere oplevelser af eksempelvis sorg, tab, svigt og følelser af skyld og skam. Oplevelser der havde haft indflydelse på patientens daglige liv. Endvidere åbnedes for områder der var begrænsende og som derved ligeledes havde haft betydning i patientens hverdag. I slutningen af en beskrivelse samt afsluttende beskrivelser af samtaleforløbene åbnedes for områder, hvor adskillige ressourcer blev synlige.

Ud fra den naive læsnings overblik og helhedsforståelse fremkom der således i strukturanalysen følgende tre overordnede temaer; *tidligere oplevelsers betydning, begrænsninger i hverdagen samt ressourcer*. Disse temaer med indhold i form af nøgleord er illustreret i nedenstående figur 3. Temaerne vil følgende blive udlagt, fortolket og diskuteret.

Figur 3: Udledte temaer i undersøgelsen samt indhold i form af nøgleord

Tidligere oplevelsers betydning	Begrænsninger i hverdagen	Ressourcer
<ul style="list-style-type: none"> - forskellige former for tab - Sorg - svigt under opvækst - krænkelser - genoplevelse af svigt <p><i>Reaktioner på tidligere oplevelser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vrede - magtesløshed - selvdestruktiv adfærd - skyld og skam - stress - nedsat selvværd - højstress/high arousal - chok og stressreaktion - frygt - ked af det - angst og ubehag 	<ul style="list-style-type: none"> - forpint - søvnbesvær - magtesløshed - vrede - svært ved "ikke at kunne" som tidligere 	<ul style="list-style-type: none"> - glæde og befrielse - evne til at tage ansvar - vilje og styrke - oplevelse af en god fornemmelse i hele kroppen - forløsning af indre spændinger - øget selvværd - være nærværende - i stand til at tage et valg - lyst til at udføre handlinger

Teksten i den efterfølgende kritiske fortolkning og diskussion vil være struktureret i relation til de tre overordnede temaer.

Tidligere oplevelsers betydning

Analysen viste hvorledes tidligere oplevelser har haft indflydelse på patientens nuværende liv og funktion. Eksempelvis havde tab af nærtstående familiemedlem udløst vrede og sorg, der kunne se ud til at have ført til en selvdestruktiv adfærd, som en patient udtrykte på følgende måde:

”Jeg er vred over at min søster tillod sig at dø fra sin datter, der var et år gammel. Jeg ville ønske, at jeg selv var død i stedet. Det er sørgeligt og trist at tale om. Jeg har været ude i tovene siden”

Og videre udtrykkes:

”Jeg fik så meget Somadril, så bare tanken giver mig kvalme. Jeg var sovset ind i medicin. Jeg forstår ikke det er så let at få medicin skrevet ud. Det var Somadril, der fik mig helt ned i dybet. Jeg har oplevet, at jeg ikke aner hvad jeg gør, når jeg får så meget medicin. Og det var ikke for at tage mit eget liv at jeg tog så meget og blev indlagt”.

Igennem citaterne blev udtrykt en følelse af sorg, som syntes at have medført en selvdestruktiv adfærd i form af medicinoverforbrug. Velkendt er det, at efterladte kan have en ubevidst trang til selv at ”ville i graven” og kan miste sit greb i eget liv. I denne situation førte overforbruget af medicin til forgiftning og indlæggelse. Ses dette i relation til teorien om personlighedslaget i gestaltterapien (16) ser det ud til, at et overforbrug af medicin holder patienten i ”beskyttelseslaget” også kaldet *det fobiske lag*, hvor det undgås at komme i kontakt med sin følelse af sorg og forladthed. Vejen til følelsen af sorg og forladthed går igennem personlighedens forskellige lag, hvor yderste lag er *klichélaget*, der hvor man befinder sig når man fx siger ”hvordan går det” og hvor der ikke forventes andet end at svaret er ”det går godt”. Næste lag er *rollelaget*, hvor man taler og spørger fx ”Hvad laver du” og svarene er konkrete. I *fortrolighedslaget* har man fundet en samtalepartner, hvor der sandsynligvis lægges op til mere fortrolighed, fx lidt mere om en selv, løfter sløret for private oplevelser. Dernæst kommer det *autentiske lag*, følelsernes lag. Hvis det er for smerteligt eller ubærligt at mærke sine følelser, kan beskyttelseslaget, der omkranser det autentiske lag, være det sted, hvor man ubevidst kan gemme sig, så kontakt til egne følelser undgås, herunder *angsten for ikke at overleve eller for at blive afvist*. Det er angsten for hvad der vil ske, der holder os tilbage, hvilket giver muskelspændinger og gør os neurotiske. Vi spiller roller for at undgå

den tomhed og fortabthed der lurer, og manipulerer verden i stedet for at bruge energien kreativt på egen udvikling. Det inderste lag i personlighedsmodellen, det autentiske lag, er der hvor man har modet til at mærke og kommunikere de følelser ud, der opleves her og nu. Grundfølelserne i gestaltterapi er vrede, sorg, glæde og seksualitet. Set i relation til denne teori, så viste undersøgelsen hvorledes undertrykte følelser af sorg udmøntede sig i selvdestruktiv adfærd, men også hvordan patienten i terapiforløbet, herunder sorgarbejde, fik indblik og blev i stand til at tage ansvar for sig selv.

Andre temaer der viste sig i undersøgelsen var skyld og skam (17). Skyld betyder *jeg har gjort noget forkert* og skam betyder *jeg er forkert*. Skyld har således fokus på handlingen, og kan være sund, hvis du vitterlig har gjort noget dumt overfor andre. Og det kan du måske rette op på. Hvorimod skammen, den er syndens og mindreværdighedens holdeplads. Skam føles som en indre tortur, som en sjælens sygdom. Ud fra ovenstående citat ser det ud til at patienten følte det skamfuldt at tage så meget medicin, og gik i forsvar ved at projicere skylden på den praktiserende læge, der udskrev medicinen, da det synes at være for ubehageligt for patienten selv at tage ansvaret på sig. Gestaltterapien åbnede op for at patienten kunne få lettet den tyngende følelse af skyld og skam.

Oplevelser af svigt og nedsat selvværd.

Andre tidligere oplevelser der havde haft indflydelse på en patients nuværende liv og funktion, viste sig at være svigt under opvækst. Oplevelser der kunne være fysisk såvel som psykisk svigt. En patient, der som otteårig havde været nødsaget til at agere som voksen person i hjemmet med en alkoholiseret mor og en fraværende far udtrykte følgende:

”Jeg er vokset op med en mor der drak sig fuld og fra jeg var 8 år måtte jeg være ”mor” for mine to yngre søskende, og passe på at de ikke opdagede, at hun kom fuld hjem eller så, at jeg tørrede bræk op i opgangen”.

Citatet åbnede for en oplevelse af svigt, som dels var fysisk, idet barnet skulle overtage en moders forpligtelser i forhold til familiens børn samt tage vare på de ubehagelige konsekvenser af moderens misbrug. Og dels psykisk, da hun alene måtte bære på dette ubehag samt forsøge at skjule moderens misbrug af alkohol.

Et usundt og omvendt mor-barn/far-barn forhold, hvor barnet tager ansvar for en forælder, som i dette tilfælde en mor, er sjældent noget mennesket er bevidst om, da det ikke har kendt til andet.

Som voksen finder barnet enten sit eget ståsted på afstand af mor, eller forbliver i denne usunde rolle. Barnet, om end det er voksent, vil ofte gøre alt for at få mors opmærksomhed og gør derfor alt for mor, hvor urimeligt det end kan lyde i andres ører. Således sås det i ovennævnte situation, hvor patienten trods smerte, depression og stress og elendig økonomi, måtte bruge det meste af sin fritid på at være mor for sin mor uden oplevelse af at få noget igen.

Teoretisk set kan der her være tale om *offer, redder, krænker triangel*, også kaldet dramatrekanten. (18). I dysfunktionelle familier indtager personerne ofte roller, ved på skift at være offer, redder eller krænker. I den klassiske model er barnet offer, mens mor er redder og far er krænker, fx verbal krænker. Alle skifter roller i forskellige situationer, men vil have hovedvægt på en eller to af rollerne. Barnet lærer denne adfærd. I situationen her var mor udtalt skiftevis offer og krænker, og patienten redder overfor sin mor. Patienten blev gjort opmærksom på denne måde at kommunikere på og langsomt så det ud til, at hun ændrede sin adfærd overfor sin mor og ligeledes overfor sine børn. En så indgroet adfærd løses dog ikke med et, men opmærksomhed derpå er et skridt på vejen til at kunne tage ansvar for sig selv og udtrykke egne behov frem for at blive krænket og manipuleret rundt med.

Igennem en anden situation fremkom en oplevelse af magtesløshed, skam, nedsat selvværd og stress i forbindelse med genoplevelse af svigt. Udtalelsen lød som følgende:

”Jeg måtte tage til kommunen og bede om overlevelseshjælp til resten af måneden. Jeg stod med to små børn der havde halsbetændelse, og havde ikke råd til at købe penicillin. Det var så nedværdigende. Som barn måtte jeg stjæle i indkøbscentret, for at få mad til familien, når min mor havde brugt alle pengene til sprut”.

Citatet åbnede for, hvorledes svigt blev genoplevet og hvordan det oplevedes skamfuldt, at måtte gå til kommunen og bede om penge. I gestaltterapien viste det sig, at patienten så sig selv som storesøster til sine egne børn, dvs. patienten var ubevidst i en anden alder, var en lille skolepige der ikke magtede situationen. Hvilket formodentlig medvirkende til en oplevelse af stress og magtesløshed i den nuværende situation. Patienten mente ikke hun var god nok, hun havde et lavt selvværd. Lavt selvværd (19) er en forstyrrelse af kærligheden til sig selv. Et sundt selvværd er betinget af, at barnet har fået lov til at spejle sig i en god mors/fars eller anden forældrefigurs kærlige blik. Og i dette tilfælde var patienten netop ikke vokset op med, at blive anerkendt som et barn, med behov for kærlighed og omsorg. Den grad af selvværd, man oplever hos sig selv, er af

stor betydning for humør og for at føre handlinger ud i livet. Ved lavt selvværd udvikles en almen usikkerhed og personen vil begynde at tvivle på sig selv. Selvværdet udvikles ud fra tidligere erfaringer, positive såvel som negative. Men selv robuste personer kan få deres selvværd undermineret, hvis de udsættes for belastende forhold eller hvis belastningerne varer ved over tid. Det ses fx ved vedvarende stress påvirkning. Genoplevelse af svigt i voksenlivet, skyld og skam og nedsat selvværd, stress og magtesløshed vil oftest være en hæmsko for at mestre rygsmærter hensigtsmæssigt.

Det kan i ovennævnte patienttilfælde diskuteres, hvad der er hvad. En anden teori kunne være, at patienten gik i højstress/high arousal i forbindelse med en oplevelse der mindede om den tidligere ubehagelige oplevelse, hvor patienten var nødsaget til at gå ud at stjæle for at skaffe mad til familien.

I relation til tidligere oplevelser fandtes i materialet en beskrivelse af en pludselig hændelse, der viste sig at medføre frygt for at være blevet lammet. Patienten faldt bagover og tre meter ned. Han fortalte:

”Jeg faldt ned fra en frontlæsserskovl, faldt tre meter ned. Jeg var hejst op og fik åbenbart at vide, at nu ville jeg blive sænket, men jeg hører det ikke og vi har ikke øjenkontakt, som vi ellers plejer. Jeg registrerer ikke beskeden før jeg pludselig får overbalance og falder bagover. Der skete noget i ryggen, og jeg kunne ikke rejse mig og løbe væk. Det er ellers det jeg altid har gjort alle de andre gange, jeg er faldet ned af stiger og lignende. Nu ville jeg kravle væk, men jeg kunne ikke bevæge mine muskler, kunne vist kun løfte det ene ben lidt”.

Citatet åbnede for, hvordan en patient efter et pludseligt fald, følte sig ude af stand til at bevæge sig. Han blev skrækslagen og frygtede at være blevet lam. Det kan antages, at der har været tale om en chok reaktion. Hans hidtidige overlevelses reaktion ved andre pludselige hændelser, havde instinktivt været flugt, hvilket han ikke var i stand til i denne hændelse, da kroppen instinktivt reagerede med en stivnereaktion/freeze respons (10). Et menneske er skabt til at overleve. Ved fare stiger adrenalinproduktionen, sanserne skærpes, instinktmæssigt foregår det i reptilhjernen/hjernestammen i løbet af et splitsekund. Første instinkt vil være at flygte, hvis dette ikke er muligt vil en lynhurtig vurdering om mulighed for kamp finde sted, og viser dette sig umuligt vil kroppen reagere med en stivnereaktion. Jo mere uventet og jo pludseligere en hændelse sker, jo større risiko er der for, at en chokoplevelse kan udvikle sig til en posttraumatisk stressreaktion (20). Det autonome nervesystem påvirkes ved en traumatisk hændelse. Den

sympatiske gren har med opladning af systemet at gøre, den er nervesystemets speeder. Den parasympatiske gren forløser aktiveringen og får os tilbage i afslappet tilstand, den er nervesystemets bremsepedal. Under normale omstændigheder er der en blid rytme mellem de to, bestående af opladning og forløsning. Ved en traumatisk hændelse oversvømmes mennesket af stimuli og kan føle sig overvældet af frygt og hjælpeløshed eller opleve andre kraftfulde følelser, som raseri, panik, overvagtssomhed. Mennesket kan som overlevelses instinkt reagerer med stivnen af kroppen og nervesystemet. Når et mennesket "siddet fast" i stivnereaktionen, kan det efterfølgende opleve bl.a. meningsløshed og depression, dødhed, udmattelse og manglende evne til at handle. I nævnte faldulykke lå patienten ubevægelig og var ikke i stand til at løbe væk. I en situation, hvor det ikke er muligt at handle på en voldsom hændelse, vil kroppen tilbageholde aktiveret energi. Efter en sådan hændelse vil mennesket have behov for fred og ro i timer derefter til regulering af det autonome nervesystem, hvilket dog sjældent er en mulighed på grund af fx ambulance, indlæggelse, afhøringer osv. I ovennævnte situation blev patienten akut indlagt, han havde meget ondt i ryggen og den ophobede energi må formodes at være forblevet i kroppen og formodentlig fortsat være til stede ti måneder efter, hvor han i mødet med psykoterapeuten fortalte følgende:

"Jeg blev indlagt, men fik at vide at jeg ikke fejlede noget. Jeg fik morfin, så jeg til sidst kunne sidde op og dagen efter måtte jeg selv hente min mad, hvis jeg ville have noget. Det var ikke nogen rar oplevelse. Og jeg afskyr sygehuse, de lugter af død. Jeg har oplevet så mange dødsfald. Mine kammerater der kørte sig ihjel, den ene gang tre i bilen, den anden gang fire i bilen. Plus mine bedsteforældre samt en nær ven på 19 år der døde af sygdom. Så jeg skulle hurtigt hjem fra sygehuset og kom det, men fik **så ondt** derhjemme. Græder og siger: Derhjemme græder jeg meget. Før ulykken var jeg en frisk fyr der tog ud og hjalp alle og enhver".

Citatet åbner op for hvorledes patienten fornemmede, at han ikke blev taget alvorlig og oplevede mangel på ro, omsorg og tryghed. Efter en chokoplevelse følger ofte utryghed. Han blev ked af det. Endvidere oplevede han at "sygehuset lugtede af død", hvilket gav ham stress, angst og ubehag, hvorfor han valgte at lade sig udskrive, thi hans overlevelsesreaktion var at komme væk derfra. Faldet medførte stærke smerter der hængte patienten i vante aktiviteter, chokoplevelsen forblev i kroppen og han udviklede en depression og oplevede magtesløshed.

Psykologisk set vil behandlingen skulle rettes mod dels at få patienten til at forholde sig til, at han overlevede og dels hjælpe kroppen til at forstå at faren er overstået (21), hvorved stress og frygt kan nedtones. Der beskrives, at traumatiserede mennesker ”lose their way in the world”. Reptilhjernen er ikke omkodet til vor moderne vestlige verden, til skade for naturlig forløsning af traumer, hvorfor andre metoder må tages i brug fx Somatic Eksperiencing metode. Psykoterapeutisk arbejdes der (22) nedfra reptilhjernen, til det limbiske system af hjernen (følelhjernen) og videre op til neurocortex, også kaldet at arbejde ”bottom up” og hvor krop, emotion og bevidst opmærksomhed samles. Denne integration indeholder en balancering af arousal systemerne i det sympatiske og parasympatiske nervesystem.

Begrænsninger i hverdagen

Undersøgelsen viste hvorledes begrænsninger i hverdagen kan påvirke selvværd og identitet. En patient der trods en dysfunktionel familie og dårlige sociale kår, havde formået at tage en uddannelse, havde fast job og havde skabt en god økonomi for sig selv og sine børn, udtalte følgende:

” Jeg faldt på et vådt gulv på min arbejdsplads for et år siden og fik smerter i ryggen. Jeg får så ondt og er smadret efter selv det mindste. Og jeg får stærk medicin, men kan ikke engang sove om natten. Jeg kan ikke overskue det mere”.

Udtalelsen viser hvorledes denne patient med stærke smerter, havde søvnbesvær og oplevede at være i en afmagtssituation. En situation med en oplevelse af intet at kunne og af at være ved at miste sig selv. Det kunne se ud til, at patienten var kommet ind i en ond smertecirkel, hvor smerte førte til mangel på søvn, der kan medvirke til at livet bliver uoverskueligt og til at magtesløshed opstår.

En anden patient havde det svært med ikke at kunne det han tidligere tog som en selvfølge og hvor det så ud til, at påvirke hans oplevelse af sin identitet. Han udtalte følgende:

” Jeg kan ikke længere være 100 % håndværker. Kroppen, armene, hvor al min styrke sidder, er nu begrænset pga. ryggen”

Ved nedsat funktionsevne, som her i forbindelse med ondt i ryggen, kan mennesket blive påvirket i forhold til sin identitet, det være sig i forhold til familien såvel som i forhold til arbejde. Selvværdet kan dale i takt med fysiske og psykiske begrænsninger og ikke at føle sig noget værd.

Og han fortsatte:

”Jeg kan ikke mærke nogen følelse, der er ikke noget der gør mig ked af det, jeg var nok mere til at rase ud, men det gør man jo ikke. Jeg får det (vreden) ikke ud af kroppen som tidligere, hvor jeg arbejdede og spillede fodbold”.

Udtalelsen kan tolkes at indeholde en indelukket følelse af vrede. Vrede er en grundfølelse og i ovennævnte situation ser det ud til, at vreden er ophobet og blevet forbudt eller vanskelig at udtrykke. Vrede kan give spændinger i kroppen og være med til at forstærke smerte.

Terapeutisk og fænomenologisk arbejdede patienten med smerten, der oplevedes, som han udtrykte det, som en 30 cm lang syl, der stak ind i ryggen. Mentalt arbejdede han med at få den ud og pludselig i terapisituationen trak han vejret dybt og sagde: ”Nu skete der noget og nu spænder jeg ikke mere”. Han blev efterfølgende meget træt. Det så ud til at terapiseancen medførte forløsning og energiudladning. I gestaltterapi kan en fænomenologisk tilgang være kreativ og eksperimenterende (16) som her, hvor smerten trådte i figur, fremtrådte som en syl og hvor patienten evnede at rette sin opmærksomhed på kropsfornemmelser og opnåede at spændingerne i ryggen forsvandt.

En anden teori kunne være, at vrede kan opstå efter en ufuldført kampsituation (20). I dette tilfælde havde patienten to gange været ude for ubehagelige hændelser. Noget kunne tyde på at ophobning af energi var indespærret i kroppen og bl.a. gav muskelspændinger. Og som patienten beskrev det, fik han det ikke ud, nu hvor han ikke var i stand til at være fysisk aktiv.

Ressourcer

Undersøgelsen viste, især i slutningen af beskrivelser af psykoterapien, hvordan ressourcer trådte frem. En kvindelig patient som havde oplevet tab og sorg og havde været selvdestruktiv, udtalte i en afsluttende samtale:

”Mit mål er at komme tilbage til arbejdet inde i byen og blive boende i det lille samfund, så mine børn kan fortsætte i skole der. Jeg mærker, at jeg er ved at vågne op, frem for at være den lille ynkelige”.

Undersøgelsen viste hvorledes patienten i terapiforløbet var nået frem til selv at tage ansvar og udtrykte, at hun ville tage ansvar både for sig selv og for sine børn, hun ville give sine børn de bedste vilkår. Endvidere at hun ville tilbage til arbejde og ud af offerrollen.

Fra at være i en selvdestruktiv, depressiv og i en ikke ansvarlig tilstand, så det ud til, at patientens ressourcer nu var kommet op til overfladen og kunne anvendes. Herved blev patienten igen i stand til at mærke sin vilje og styrke og blev i stand til at tage ansvar og træffe nogle valg. Patienten fik derved en bedret forudsætning for at kunne magte sin tilværelse og skabe bedre vilkår for sine børn. Og som det så ud, på undersøgelsestidspunktet, ligeledes at have styrke og vilje til at gennemføre et videre genoptræningsforløb.

En anden patient arbejdede kropsligt og sanseligt i en afsluttende session og udtrykte:

” Jeg vil åbne mit hjerte for mig selv”.

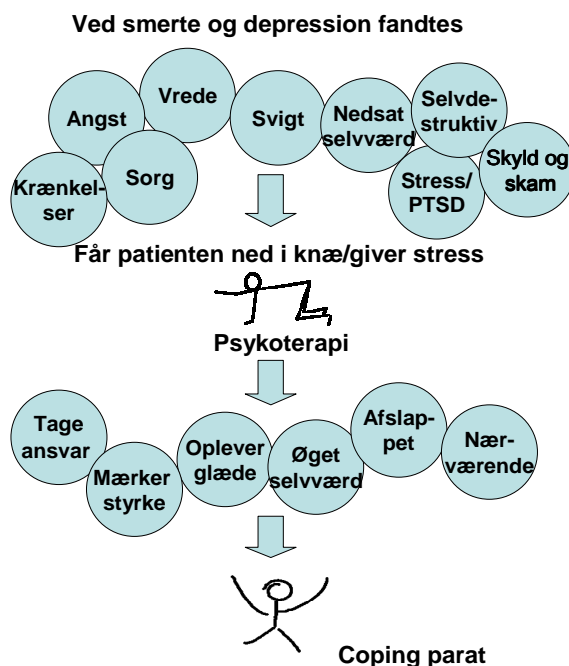
På denne måde syntes patienten at fortælle, at hun var nået frem til den indsigt, at hun var noget værd og selv måtte tage ansvar for at komme videre. Det var ikke nok at hun, som hidtil, havde stået til rådighed for alle andre. Hun udtrykte, at hun oplevede en indre glæde og befrielse, en vej ud af depressionen og hvordan hun oplevede at have det anderledes godt i hele kroppen efter at have sanset hvad der skete i hendes krop.

Stress symptomer, et overordnet fund

I teksterne sås beskrevet hvordan patienter med langvarige lændesmerter kom med anspændte, stressede og ufokuserede øjne, når de havde det værst. Øjne, som vi alle kender til at få, efter fx mange timers intenst arbejde foran en computer eller mange timers kørsel i regnvejr og mørke. Vi bliver stressede og får behov for en pause. Patienter med konstante smerter kan sjældent på egen hånd finde pause for smerte, tristhed, angst, magtesløshed, søvnmangel mv.

Undersøgelsen viste, at når belastninger og bekymringer bliver overvældende og ressourcerne er i bund, er det stress der træder frem. Definition på stress er hentet fra Den Store Danske Encyklopædi: *Stress er fysiologiske reaktioner, som udløses hos dyr og mennesker ved truende eller indtrufne beskadigelser af organismen eller ved fysisk og/eller psykisk aktivitet på grænsen af*

individets ydeevne. Ved stress over tid er det velkendt, (23) at mennesker ikke på egen hånd kan klare sig ud af situationen. Men ved psykoterapeutisk tilgang, hvor patienter i dette studie bogstaveligt talt fandt fodfæste via grounding eller blev mødt som den de var, oplevede de afslappethed og endda ofte velbehag i kroppen. Øjnene slappede af, blev klare og patienterne blev nærværende, kom tilstede i nuet, fandt ro og var oftest selv overrasket over, at opleve en rar fornemmelse i en ellers smerteplaget, anspændt og stresset krop. Netop dette fund, stress, anses at være overordnet og det mest interessante i dette studie. Det er velkendt, at stress påvirker til øget cortisol udskillelse fra binyrerne medførende depressionsrisiko. Nyere er, at Hippocampus, en del af det limbiske system i hjernen, kan ses atrofiere ved længerevarende depression (24) og stress. Ses langvarige smerter som en evig stress faktor, der i forlængelse deraf udmønter sig i depressive symptomer, ser det ud til, at alt sammen er selvforstærkende. Dette fund af stress i forbindelse med smerter i ryggen og høj depressionsscore findes betydningsfuldt, især pga. erfaring med positivt udfald ved en psykoterapeutisk tilgang i form af gestaltterapi med et islæt af Somatic Experiencing metode. Ved SE-metode, (21) formodes Hippocampus aktiveret, hvorved højstress kan sænkes og patienter ofte igen kan få en fornemmelse af klarhed og af at kunne tage vare på sig selv. I undersøgelsen sås hvordan ressourcer blev genvundet, selvværdet øget og patienter udtrykte lyst til at handle og tage vare på sig selv.



Diskussion

Denne undersøgelse viste, at tidligere oplevelser af negativ karakter, gentog sig i forskellige forklædninger. Undersøgelsen pegede på, at forhold der viste sig hindrende for mestring af livet med ondt i ryggen og moderat depression, var tab og sorg, der medførte selvdestruktiv adfærd, herunder overforbrug af medicin. Desuden sås forskellige former for svigt, herunder krænkelse og genoplevelse af svigt i et smerteforløb. Det medførte nedsat selvværd, skyld- og skamfølelse. Reaktionen på tidligere negative oplevelser var vrede, frygt, stress, angst og ubehag. Smerter og begrænsninger/nedsat funktion i hverdagen medførte forpintethed, magtesløshed, vrede, oplevelse af "ikke at kunne" samt påvirkning af identitet i forhold til både familie- og arbejdsliv. Når belastninger blev større end ressourcer, gav det stress og når ubehagelige følelser blev dominerende blev ressourcer dæmpet til et lavt niveau.

Undersøgelsen har afdækket eksempler på hvorledes gestaltterapi og SE-metode var brugbar set i forhold til, at patienten opnåede indsigt, erkendelse og igen blev i stand til at mærke egne ressourcer. Stressreaktioner blev dæmpet og evnen til at tage ansvar for sig selv blev øget.

Det fremkom, hvordan depressive patienter med ondt i ryggen var plaget af belastninger af forskellig karakter, belastninger der ikke kunne håndteres og som forårsagede stress. Smerte, depression og stress og sammenhæng deraf er velkendt og fundet beskrevet (7). Velkendt er det, at stressede livs omstændigheder så som dødsfald hos nærtstående, sygdom, arbejdsløshed eller andet i bred forstand kan medføre depression såvel som langvarig svær belastning kan. I psykoterapien er SE-metoden bl.a. fundet egnet til dæmpning af kroppens stressniveau (21).

Det er velkendt at udtalte belastninger samtidig med depression er en dårlig forudsætning for hensigtsmæssig mestring af rygsmerter.

Medvirkende til at mestre situationen fremstår i undersøgelsen som at tage ansvar for sig selv, for oplevelse af glæde, mærke at være noget værd, opleve forløsning af muskelspændinger og neddæmpning af stress samt opleve at være i kontakt med sig selv og omverdenen.

Det var ikke muligt i litteraturen at finde lignende undersøgelser, hvor gestaltterapi var interventionen i forbindelse med rygsmerter og depression. Dog er der i bogen "Gestaltterapi på svenska" (25) fundet beskrevet, hvordan de svigtede børn som voksne kommer til landets smerteklinikker.

Effekten af gestaltterapi er i en metaanalyse (3) fundet at være en effektiv psykoterapeutisk terapiform på lige fod med andre sammenlignelige metoder udi psykoterapi. I litteraturen blev desuden fundet beskrevet (4), at der eksisterer en sammenhæng mellem Low Back Pain og psykiske problemer, mens rene psykologiske rygmerter er meget sjældne. I de fleste situationer med kroniske rygmerter er psykologiske faktorer involveret. Depression og angst syntes at være de mest almindelige psykologiske belastninger i tilknytning til LBP, dog ses depressionen ofte være atypisk i form af en såkaldt maskeret depression. Forskellige teorier er udviklet til at forklare sammenhængen mellem LBP og depression, men ingen er fundet fuldgyldige. Den bedste behandling anbefales at være individuel psykoterapi. Det interessante i relation til maskeret depression synes at være, at der i stedet kan være tale om stresspåvirkning mere end en atypisk depression, eller en både og situation. Et aspekt som nærværende undersøgelse kan være med til at pege på, da det overordnede fund netop er stress symptomer. Det må dog understreges, at de 6 patienter i dette kvalitative studie ikke er screenet for stress, det er beskrivelsen af den kliniske intervention, der ligger til grund for denne konklusion.

Med fundet af stress symptomer hos patienter med stærke rygmerter og moderat depression, behandlet med gestaltterapi med et islæt af SE- metode, skønnes denne terapiform og metode hensigtsmæssig, da stressreaktioner blev dæmpet og evnen til at udføre handling og tage ansvar for sig selv blev øget. Dertil kom at patienterne opnåede indsigt, fik erkendelse og igen blev i stand til at mærke egne ressourcer.

Den valgte metode i undersøgelsen med brug af det fortællende sprog og beskrivelse af indhold og udtalelser fra den psykoterapeutiske intervention, viste sig at være brugbar i forhold til at få sat ord på de problemstillinger, der knyttede sig til patienter med ondt i ryggen samt depression. Den inspirerede Ricoeur metode til analyse af datamaterialet var med til at give overblik, strukturere, analysere og fortolke de mange fund, som undersøgelsen åbnede op for.

Konklusion

I psykoterapeutiske forløb med patienter med ondt i ryggen og moderat depression sås at tidligere oplevelser af negativ karakter viste sig i diverse forklædninger. Undersøgelsen viste, at forhold der var hindrende for mestring af livet med ondt i ryggen og moderat depression, var tab og sorg, der bl.a. medførte selvdestruktiv adfærd. Desuden forskellige former for svigt, herunder krænkelse og genoplevelse af svigt i et smerteforløb; forhold der medførte nedsat selvværd, skyld- og skamfølelse. Reaktionen på tidligere oplevelser var vrede, frygt, stress, angst og ubehag. Smerter og

begrænsninger i hverdagen medførte forpintthed og magtesløshed, vrede og påvirkning af identitet i forhold til både arbejde og familieliv. Når ubehagelige følelser overskyggede tilværelsen, faldt ressourcerne til et lavt niveau. Når daglige krav og pligter blev større end ressourcerne udvikledes stress. Ved hjælp af gestaltterapi og SE-metode viste det sig, at patienter opnåede indsigt, kom til erkendelse og igen blev i stand til at mærke egne ressourcer. Stressreaktioner blev dæmpet og patienters evne til at tage ansvar for sig selv blev øget.

Forhold der viste sig fremmende for mestring af ondt i ryggen er fundet at være i fred og harmoni med sig selv og omverdenen. Hindrende for mestring af ondt i ryggen er fundet overordnet at være stress.

Perspektiv

Med ovennævnte fund af især udtalt stress, er der et videre perspektiv i at screene patienter med ondt i ryggen for stress symptomer. Stress relaterer som beskrevet til smerte og høj depressions score, og desuden til traumer, fysiske såvel som psykiske. Hidtil viser det sig, at 5 % af samtlige henviste patienter til Rygcenter Syddanmark, Ringe, har scoret symptomer svarende til Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) på screeningsskemaet Howard Trauma Questionare,(HTQ) del 4. Andre 5 % viser stress svarende til subklinisk PTSD, dvs. manglede 1-2 symptomer på fuld score på HTQ. Forud for denne scoring ligger oftest en hændelse, fx et trafikuheld, faldtraume eller vold af varierende karakter.

Ved en fortsat og videreudviklet screening for stress og depressions symptomer kunne det tænkes, at en sådan sub-gruppering og individuel tilpasset psykologisk intervention, kunne øge den fremtidige succesrate i behandlingen af patienter med ondt i ryggen.

Litteraturliste

1. Johansen B, Mainz J, Sabroe S, Manniche C, Leboeuf Yde C. Quality Improvement in an outpatient department for subacute low back pain patients: Prospective surveillance by outcome and performance measures in a health technology assessments perspective. *Spine* 2004;29:925-31
2. Ellegaard H. Ondt i ryggen. *Tidsskriftet Sygeplejersken*, nr. 14/2003; 14-26
3. Bretz HJ, Heekerens HP, Schmitz B. A meta-analysis of the effectiveness of gestalt therapy. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother.* 1994;42(3):241-60
4. Joukamaa M. Depression and back pain. *Acta psychaitr Scand* 1994: Suppl 377: 83-86
5. Imes SA, Clance PR, Gaillis AT, Atkeson E. Mind's Resposn to the Body's Betrayal: Gestalt/Existential Therapy for clients with Chronic or Life-threatening Illnesses. *JCLP/In Session: Psychotherapy in practice*, vol. 58(11), 1361-1373 (2002) Wiley Periodicals, Inc.
6. Hoffman BM; Papas RK; Chatkoff DK; Kerns RD. Meta- Analyses of Psychological Interventionens for Chronich Low Back Pain. *Health Psychology*, 2007 Jan; 26(1): 1-9
7. Videbech P. Depression kan påvirke hjernen. *Sygeplejersken* nr. 32/2004;.36-40
8. Videbech M. Master of Publich Management – Årgang 2003. Stress hos afdelingssygeplejersker. Individet-afdelingssygeplejersken-organisationen. Syddansk Universitet, august 2005; 3-15
9. Hostrup H. Gestaltterapi. Indføring i Gestaltterapiens grundbegreber. Hans Reitzels Forlag. 1999;
10. Levine PA. Væk Tigeren. Borgen 2001;
11. Ricoeur, P. Fortolkningsteori. Introduktion af Arne Grøn. Oversættelse og noter af Henrik Juel, Vintens Forlag, København. 1979;
12. Pedersen BD. Sygeplejepsaksis. Sprog & erkendelse. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet Aarhus Universitet 1999; 3. udg. 2005
13. Pedersen BD, Delmar C. Forskningsmetode og netværkssamarbejde – en kvalitativ metode inspireret af Ricoeur I: *Forskning i klinisk sygepleje 2 - Metoder og vidensudvikling*. Redigeret af Lorensen M., Hounsgaard L., Østergaard-Nielsen G. Akademisk forlag A/S, 2003; 93-110
14. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researcng lived experience. *Scand J Caring Sci*; 2004;18, 145-153

15. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A Primary Care Back Pain Screening Tool: Identifying patient Subgroups for Initial Treatment. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol.59, No. 5, may 15, 2008, pp 632 – 641
16. Clarkson P, Mackewn J. Fritz Perls. Sage Publicationes Ltd, London; 1993; 78-98.
17. Her og Nu. Klassiske og nye gestaltterapeutiske tekster. Redigeret af Jørgen Lumbye. Paludans forlag, 3100 Hornbæk. 2004; 162-186
18. Dramatrekanten. <http://www.k3.dk/artikler/menskadf/grundlov/grundlov.htm>. Dit livs drejebog; 2-6
19. Sørensen, L.J. Særpræg Særhed Sygdom. Integrativ psykoseterapi. Hans Reitzels Forlag 1996; 224-229
20. Heller DP, Heller LS. Traumeheling. Guide til forløsning af traumer efter trafikuheld og andre ulykker. Borgen 2005; 57-86.
21. Van der Kolk BA. Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Ann. N.Y. Acad.Sci.*xxxx: 1-17 (2006). 2006 New York Academy of Sciences. Doi: 10.1196/annals.1364.022
22. Hart, S. Betydningen af samhörighed. Hans Reitzels Forlag 2006; 319-338
23. Prætorius, N.U. Stress – det moderne traume. Dansk psykologisk Forlag 2007; 34-43
24. Videbech P. Depression, stress og hjernefunktion: Moderne depressionsopfattelse. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* nr. 11-2005
25. Brageé B. Smarta rimmar på hjarta. Gestaltterapi på Svenska. Redigeret af Inger Mannerstråle. Gestalt-Akademien i Skandinavien 1995; 194-217

Udgået fra
Rygcenter Syddanmark, Middelfart.
- en del af Sygehus Lillebælt