

# POSTTRAUMATISK STRESS OG RYGSMERTER

Tekst: **Hanne Ellegaard**  
Tegning: **Jens Lund**

## Screening, vurdering og samtaler med patienter med PTSD symptomer Et udviklingsprojekt

Adskillige patienter med smerter i ryg, lænd og nakke har været udsat for arbejdsskader, trafikulykker eller andre former for hændelser, så som overfald, røverier eller seksuelle krænkelser. Voldsomme hændelser ses oftest i første omgang at være chokerende oplevelser, og i visse tilfælde ses *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) udvikle sig.

Ondt i ryggen defineres her som smerter i lænd og/eller nakke. Nærværende udviklingsarbejde har fokus på patienter med ondt i ryggen og samtidige symptomer på PTSD samt fokus på afprøvning af skemaet *Harvard Trauma Questionnaire Scale* (HTQ).

Patienter med smerter og PTSD ses oftest komplekse, med fysiske, psykiske og sociale belastninger og dermed høj risiko for vedvarende smerter (Andersen et al 2012). Interessen for netop denne subgruppe er udsprunget af flere års erfaring i arbejdet med patienter med ondt i ryggen og psykiske belastninger samt fund af stress hos depressive patienter med ondt i ryggen (Ellegaard og Pedersen 2012).

### POSTTRAUMATISK STRESS DISORDER

PTSD er en diagnose, der omfatter forskellige symptomer, som kan opleves efter at have været udsat for voldsomme hændelser. Den *Store Danske Encyklopædi* definerer PTSD således:

*Et psykisk traume kan indfinde sig som følge af en akut uventet og chokerende tildragelse som fx trafikuheld og voldsoverfald eller længerevarende pinefulde belastninger såsom krigsbegivenheder, alvorlig sygdom, skilsmisse, adskillelse fra nærtstående i barnealderen eller seksuelle krænkelser. I nogle tilfælde kan sådanne oplevelser føre til en posttraumatisk belastningsreaktion*

*med symptomer som ukontrollerbar panik, fortvivelse, depression eller aggression i forbindelse med tilsyneladende uskyldige begivenheder. Dertil kommer flashback, søvnforstyrrelser, koncentrationsbesvær m.m. Der er store forskelle i robusthed og mønstret af traumereaktioner hos mennesker beroende på forudgående personlighedsmæssige dispositioner, traumets karakter og det sociale netværks støttemuligheder.*

Stress affødt af chok og efterfølgende traumatisering (traumatisk stress) er karakteriseret ved, at det autonome nervesystem uventet er blevet overbelastet, er gået i højstress og har overskredet organismens evne til adaptation (Levine 2001).

### PROGNOSTISKE FAKTORER

Der skelnes mellem akut og kronisk PTSD. Kronisk PTSD defineres som en tilstand, der har været et år eller længere (Lund et al 2008 s.56). PTSD kan opstå hos alle, og noget tyder på, at kronisk PTSD oftere opstår hos personer med øget sårbarhedsfaktorer/usikker tilknytning (ibid. s.69). Der skelnes i behandlingen desuden mellem singletraume og multitraumer. Singletraume ses fx hos en i øvrigt sund og rask person, der involveres i et livstruende trafikuheld, overfald eller naturkatastrofe. Singletraumer kan oftest behandles, mens multitraumer ofte medfører større kompleksitet, herunder evt. kronisk PTSD, og behandlingseffekten afhænger af personens psykosociale ressourcer. Behandlingsindsats over flere år er ikke uøret. Det antages, at tidlig effektiv behandling kan forebygge udviklingen af kronisk PTSD (ibid. s.56), og det er velkendt, at nye choktilfælde eller traumer ofte reaktiverer gamle traumer. Generelt anbefales tværfaglig indsats i form af psykoterapi, fysioterapi og social støtte.

## BEHANDLING

Med nutidens viden om hjernens neurofysiologi er udviklingen og behandlingen af PTSD blevet mere forståelig. Ved PTSD ses ændringer i flere af hjernens områder, bl.a. hæmmes frontallapperne ved påmindelse om traumet, sprogcentret hæmmes, og to centre i det limbiske system, amygdala og hippocampus, påvirkes. Desuden ses evnen til at omsætte sanseindtryk til handling mindsket.

Det er velkendt, at smerter og PTSD forstærker hinanden. I Rygcenter Syddanmark, Middelfart, en del af Sygehus Lillebælt, udredes patienter med ondt i ryggen i ambulant medicinsk regi og i dette udviklingsarbejde endvidere for symptomer på PTSD. I behandlingen af PTSD er det væsentligt at skabe trygge rammer og en god kontakt samt at undgå retraumatisering. Posttraumatisk stress kan man ikke uden videre 'snakke sig ud af', organismen kan overbelastes ved blot at skulle berette om hændelsen. *Genoplevelse* kan være retraumatiserende, hvorimod *gennemlevelse* i form af særlige kropslige og sanselige terapeutiske tilgange kan være helbredende. Forskning tyder på, at hovedparten af traumatiske erindringer er repræsenteret som kropslige sanseindtryk (van der Kolk 2006), og ifølge Bessel van der Kolk sås den kropslige SE-metode bedre egnet til forløsning af kronisk PTSD end kognitiv terapi. (Lund et al, s.81).

Behandlingen af chok og traumer foregik i nærværende projekt i langt størstedelen af sessionerne ved såkaldt kropslig og sanselig traumeforløsning ved hjælp af *Somatic Experiencing®* metode (SE-metode) (Levine 2012, Poole og Heller 2005), understøttet af gestaltterapi.

## METODE OG FORMÅL MED PROJEKTET

Dette er et retrospektivt og hypotesegenerende projekt med patienter, der 2008-2010 var henvist til Rygcenter Syddanmark. Alle patienter fik tværfaglig konservativ udredning og behandling efter afdelingens vanlige procedurer.

Formålet var at afprøve screeningskemaet *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) med henblik på at identificere og prognostisk subgruppere patienter med rygsmerter og symptomer på PTSD samt tilbyde kortvarig psykoteraeutisk behandling sideløbende med den øvrige tværfaglige konservative udredning og behandling.

## UDVÆLGELSE AF PATIENTER MED PTSD

*Harvard Trauma Questionnaire* (fig. 1) er et internationalt anerkendt og valideret spørgeskema. Skemaet blev udleveret konsekutivt til patienter henvist til Rygcenter Syddanmark, og patienter, der svarede ja til: *Har du været udsat for en voldsom hændelse*, blev bedt om at besvare 16 spørgsmål fra HTQ-skemaet (del 4), der er delt op i invaderende, undgåelses- og vagtsomhedssymptomer. Dertil kom tre spørgsmål om oplevelse af dissociation – et neurobiologisk fænomen, der optræder ved ekstreme former for stress og er kendetegnet ved bl.a. ud af kroppen-oplevelser eller fornemmelse af uvirkelighed. Sidstnævnte til brug i klinisk henseende.

Patienterne var nyhenviste til ambulatoriet, dansktalende og i alderen 18-60 år. HTQ skemaet udfyldtes ved første konsultation, og patienter med fuld symptom-score svarende til PTSD samt patienter, der manglede 1-2 symptomer (subklinisk PTSD), blev tilbudt en vurderende samtale. Ved klinisk sammenfald med HTQ-score blev patienten tilbudt yderligere fem psykoteraeutiske samtaler. Ved accept indgik patienten derefter i udviklingsprojektet.

Primært blev der i undersøgelsen fokuseret på at undersøge, om HTQ-skemaet kunne anvendes i sammenhængen 'ondt i ryggen'. Sekundært på, hvordan patienterne klarede sig et år efter.

## RESULTATER

I alt leverede 2542 patienter skemaet tilbage i udfyldt stand. Heraf scorede 113 patienter = 4,4 % fuld score (eller derover), svarende til PTSD iflg. HTQ-skema, og 124 patienter = 4,9 % manglede 1-2 symptomer i fuld

score, dvs. scorede subklinisk PTSD iflg. skema. Det vil sige, at 9,3 % af patienterne henvist til ambulans behandling for rygsmærter i Rygcenter Syddanmark, og som havde afleveret et udfyldt HTQ-skema, havde symptomer på enten PTSD eller subklinisk PTSD. Det resterende antal patienter havde kun få eller ingen symptomer på PTSD.

I alt blev 69 ud af de 113 patienter med fuld PTSD score og 51 ud af de 124 patienter med score svarende til subklinisk PTSD set til et samtaleforløb på højst seks samtaler. Antal patienter var i alt 120 (69 + 51). Mange fuldførte ikke de seks samtaler.

Ved follow up undersøgelse et år efter start havde 49 patienter gennemført 4-6 psykoterapeutiske samtaler og fik tilsendt opfølgende spørgeskemaer. 40 patienter svarede, heraf 15 patienter med primær PTSD og 25 patienter med primær subklinisk PTSD. Opfølgende undersøgelse viste, at fem patienter, der primært havde PTSD, ikke længere havde det ved opfølgning, og modsat seks patienter, der ikke havde fuld score, udviklede PTSD målt på HTQ. Der sås stor variation i scoringen i point på HTQ-skala; 23 patienter af de 40 havde fået det bedre, en var uændret, og 16 patienter havde fået det værre. Patienterne havde i gennemsnit deltaget i fem samtaler.

Af de 40 patienter var 34 etniske danskere og seks nydanskere. 23 patienter havde lændesmerter, og 17 havde nakkesmerter. Som udgangspunkt havde 12 patienter singletraumer, og 28 havde multitraumer. Smerteintensiteten for nakke/lænd var ved follow up i gennemsnit på 6,3 på en skala fra 0-10, hvor 10 er værst tænkelige. Arm-/bensmerter viste et gennemsnit på 4,2 på en tilsvarende skala.

Patienter med subklinisk PTSD havde ved follow up bedre fysisk funktionsniveau end patienter med fuld score PTSD. Patienter med multitraumer havde væsentligt stærkere intense ben/armsmerter end patienter

**Nøgle til Traume skema/HTQ del 4**

**Invaderende symptomer**      **Fuld score for PTSD = minimum 1 invaderende, 3 undgåelses- og 2 vagtsomhedssymptomer**

**Undgåelssymptomer**      **Subklinisk PTSD = minimum 1 invaderende symptom, desuden 2 undgåelses- og 1 vagtsomhedssymptom = minimumssymptomer for indgåelse i projekt.**

**Vagtsomhedssymptomer**

**Har du været udsat for en voldsom hændelse, f.eks. ulykke, overfald, alvorlig sygdom, dødsfald eller andet?  
Sæt venligst kryds:**

**Nej**    Tak, du kan stoppe her.

**Ja**    Du bedes venligst besvare nedenstående spørgsmål.

(Sæt ét X ved hvert spørgsmål)	Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
1. Tilbagevendende tanker eller erindringer om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler i glimt, at det er ligesom at hændelsen gentager sig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gentagne mareridt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler mig uengageret eller isoleret fra mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ude af stand til at vise følelser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bliver nemt forskrækket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Svært ved at koncentrere mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besvær med at falde i søvn/sove igennem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følelsen af at være på vagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Føler mig let irriteret og har let ved at blive vred.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Undgår aktiviteter, som minder mig om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ude af stand til at huske dele af hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mindre interesse i dagligdags aktiviteter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Føler jeg ikke har nogen fremtid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Undgår tanker eller følelser forbundet med hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når jeg bliver mindet om hændelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 17, 18 og 19 skal ikke tælles med = dissociative sympt.				
17. Oplever nogle gange, at jeg har fortaget mig ting, som jeg overhovedet ikke kan huske.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har en følelse af uvirkelighed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har nogle gange en følelse af at være ude af min krop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Invaderende symptomer    \_\_\_

Undgåelse symptomer    \_\_\_

Vagtsomhedssymptomer    \_\_\_

Okt. 2012/Hanne Ellegaard

Fig. 1. For at lette forståelsen er spørgsmålene i HTQ-skemaet her forsynet med farver for at indikere, hvilke slags symptomer, der spørges til. Endvidere er systemet for scoring angivet foroven.

ter med singletraume. Ligeledes havde patienter med multitraumer statistisk signifikant mere funktionsbegrænsning end patienter med singletraumer.

Den psykiske tilstand ved follow up blev registreret ved følgende spørgsmål: "Hvordan føler du dig psykisk til mode nu, sammenlignet med før samtalerne?" på en Likert skala fra 1-7, hvor 1 indikerer 'Meget bedre' og 7 indikerer 'Meget værre'. Hos patienter, der scorede PTSD





Jens Lund: Håbløshedens Skov. 1900. Tusch på papir. Gengivet i bogværket *Livets Skove*, udgivet 1901. Vejen Kunstmuseum.

ved *follow up*, sås betydeligt flere, der havde det værre eller meget værre (38 %), mod 4 % hos patienter med subklinisk PTSD. 50 % af dem med subklinisk PTSD følte sig meget bedre eller bedre efter et år, mod 13 % hvis de havde PTSD (Fishers eksakt test).

Arbejdssituationen ved indgang i projektet var ikke væsentlig forskellig for patienter med PTSD og med subklinisk PTSD. Ved *follow up* sås derimod flere med subklinisk PTSD i arbejde og færre sygemeldte, end patienter med fuld PTSD score. Der sås en tendens til forskelle på arbejdssituationen ved *follow up* mellem multi- og singletraumer; således var 50 % med singletraumer i arbejde mod 18 % med multitraumer.

## DISKUSSION

### HTQ-spørgeskemaer og subgruppering

I alt blev 2542 HTQ-spørgeskemaer udfyldt og afleveret i den givne tidshorisont og screenet for PTSD. 4,4 % scorede fuld score eller derover, og 4,9 % scorede subklinisk PTSD, dvs. manglede 1-2 symptomer i fuld score. I den generelle befolkning er livstidsprævalensen for PTSD 6,8 % (Kessler 2005), mens der blandt kroniske smertepatienter er fundet 23 % forekomst af PTSD (Andersen et al 2012). I nærværende undersøgelse kan det fulde antal patienter med PTSD i realiteten have været højere, da patienterne skulle svare på, om rygsmerterne relaterede sig til en hændelse. Der var ingen problemer med at få patienter til at udfylde HTQ-skemaet, og havde patienten ikke været udsat for forudgående hændelser, skulle patienten blot sætte kryds i rubrikken 'nej' og slutte der. Overordnet viste afprøvning af HTQ-skema i 'rygsmerteresammenhæng' at kunne hjælpe til klinisk relevant subgruppering, og næsten hver tiende patient, henvist til ambulant udredning af ryg- eller nakkesmerter, havde symptomer på subklinisk PTSD eller PTSD. Det er velkendt, at kroniske smerter og PTSD ofte ses i kombination og i øvrigt forstærker hinanden, hvorfor tværfaglig indsats inklusiv psykoterapeutisk traumebehandling skønnes anbefalelsesværdig.

### Forskel i udbytte hos subklinisk PTSD og fuldscore PTSD

Det interessante i brugen af HTQ-skemaet i denne sammenhæng synes at være, at der sås forskel i udbytte

hos patienter med PTSD versus subklinisk PTSD efter 4-6 samtaler. Det viste sig, at patienter med subklinisk PTSD følte sig bedre 'psykisk til mode' og havde lettere ved at komme tilbage til arbejde end patienter med PTSD ved et års *follow up*. Et år efter sås ligeledes flere patienter med subklinisk PTSD at have lavere smertescore og højere funktionsniveau, end patienter med PTSD. Der sås endvidere en tendens til, at patienter med singletraume klarede sig bedre end patienter med multitraumer. Som udgangspunkt i dette udviklingsarbejde var af kapacitetsmæssige årsager valgt et kort samtaleforløb på højst seks samtaler. I bagklogskabens lys ville et større antal samtaler have været mere relevant til de mange komplekse patientsituationer. En del patienter blev således viderehenvist.

### Sårbar patientpopulation med stor kompleksitet

Det store frafald af inkluderede patienter undervejs i samtaleforløbet er uden tvivl et udtryk for, hvor sårbare patienter der var tale om i en sådan patientgruppe med både PTSD, rygsmerter og oftest sociale problemer.

Det er værd at bemærke, at der kun var få nydanskere blandt de traumatiserede. Mange opgørelser og behandlinger af personer med PTSD er foretaget på krigsveteraner eller på nydanskere, hvor behandling og rehabilitering oftest foregår på rehabiliteringscentre for torturoverleverne. I Region Syddanmark er udarbejdet en MTV-rapport (Lund et al 2008) om behandling og rehabilitering af PTSD. I denne anbefales indførelse af systematiske og differentierede evidensbaserede behandlingstilbud. Disse er dog endnu få på landsbasis, hvilket er et problem for dårligt bemidlede, som de var flest i denne opgørelse.

I komplekse smertesituationer og hos patienter med PTSD og multitraumer, som sås hos 2/3 af de inkluderede patienter, er det velkendt, at adskillige andre belastende faktorer hos den enkelte, herunder sociale belastninger, medvirker til en relativt dårlig prognose. I svarene på *follow up* skemaer under *Bemærkninger*, blev primært nævnt *uafklaret social situation, afventer godkendelse af flexjob ydelse, håber på pension*.

4-6 psykoterapeutiske samtaler sideløbende med den øvrige ordinære tværfaglige indsats kan ikke påvises

at gøre nytte. Dog kan det tænkes at have hjulpet nogle patienter på vej, primært patienter med subklinisk PTSD, og i bedste fald have været medvirkende til forebyggelse af kroniske smerter og kronisk PTSD.

## KONKLUSION

Screeningsredskabet *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ, del 4) blev afprøvet på patienter med ondt i ryggen. 9,3 % af 2542 screenede dansktalende patienter med ondt i ryggen havde symptomer på PTSD eller på subklinisk PTSD. 4-6 psykoterapeutiske og traumeforløsende samtaler sideløbende med den øvrige ordinære tværfaglige somatiske indsats har været med til at kortlægge muligheden for subgruppering og kan give en pejling til videreudvikling i behandlingen af rygpatienter med symptomer på PTSD eller subklinisk PTSD. Det må konkluderes, at anvendelse af HTQ-skema i rygsmerteresammenhæng kan være et nyttigt redskab til subgruppering.

Ved et års follow up sås en tendens til, at patienter med subklinisk PTSD bedre kom i gang igen på arbejdsmarkedet, havde færre smerter og bedre funktionsevne end patienter med fuld PTSD score.

## PERSPEKTIV

Mangeårige rygsmerter og funktionsindskrænkning påvirker det enkelte individ både fysisk, psykisk og socialt. Det er derfor hensigtsmæssigt at subgruppere patienter med rygsmerter og målrette behandlingen derefter. Vi ved, at 20 % af patienter med ondt i ryggen, der behandles somatisk efter 'alle kunstens regler', ikke opnår bedring. Af de 20 % vurderes det, at cirka halvdelen har stresssymptomer i kroppen, hvorfor der i forlængelse af nærværende udviklingsprojekt er iværksat et klinisk videnskabeligt randomiseret projekt *Lændesmerter og Post Traumatisk Stress* (Ellegaard et al 2013). Her får kontrolgruppen tværfaglig standardbehandling, og interventionsgruppen får tværfaglig standardbehandling plus ti psykoterapeutiske samtaler med *Somatic Experiencing®* som metode til forløsning af traumer.

## LITTERATUR

- Andersen, TE, Andersen, PG, Vakkala, MA, & Elklit, A (2012). *The traumatised chronic pain patient – prevalence of posttraumatic stress disorder – PTSD and pain sensitisation in two Scandinavian samples referred for pain rehabilitation*. *Scandinavian Journal of Pain*, 3, 39-43.
- Ellegaard H (2013). *Stress, depression og langvarige lænderygsmerter*. *Psykoterapeuten* nr. 3, oktober 2013.
- Ellegaard H, Andersen TE, Manniche C (2013). *A randomized trial at the Spine Center of Southern Denmark: Low back pain and Post Traumatic Stress. Psychotherapeutic interventions in the multidisciplinary treatment*. Abstract Global Spine Congress, Hong Kong 2013.
- Ellegaard H, Pedersen BD (2012). *Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3-12 months' duration*. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012, 13:166.
- Kessler RC et al (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 jun;62(6):593-602.
- Kolk, Bessel A van der (2006). *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*. *Ann N. Y. Acad. Sci.* 1071: 277-293.
- Levine PA (2001). *Væk Tigeren*. København, Borgen.
- Levine PA (2012). *Den tause stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Lund M et al (2008). *MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge*. Region Syddanmark, Center for Kvalitet.
- Poole Heller D, Heller LS (2005). *Traumeheling. Guide til forløsning af traumer efter trafikuheld og andre ulykker*. København, Borgen.



Hanne Ellegaard. Psykoterapeut MPF. Diplomeret gestaltterapeut fra Nordisk Gestalt Institut. Uddannet chok-traumeterapeut/Somatic Experiencing® Practitioner (SE). Basisuddannelse som sygeplejerske. Ansat i Rygcenter Syddanmark, Middelfart, som psykoterapeut med delvis udviklings- og forskningsfunktion. Desuden privatpraktiserende. [hanne.elle@gmail.com](mailto:hanne.elle@gmail.com)