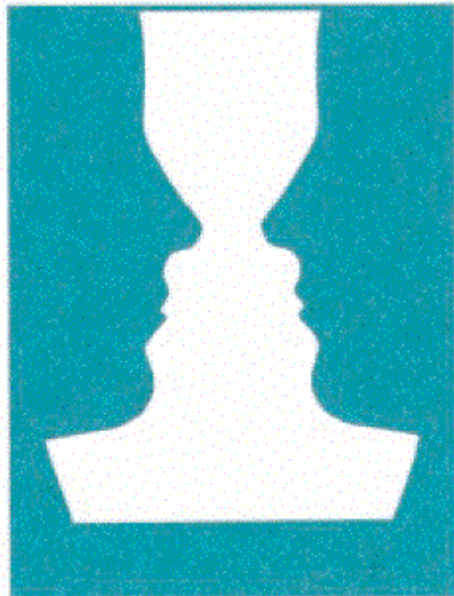


Ondt i ryggen

Psykoteraapeutisk udviklings- og uddannelsesarbejde.



Hanne Ellegaard
exam. Gestaltterapeut og sygeplejerske
Rygcenter Fyn, Ringe
November 2006

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	3
FORMÅL	3
METODE OG MATERIALE	3
INKLUSIONSSKRITERIER.....	4
EKSKLUSIONSSKRITERIER.....	4
SPØRGESKEMAER.....	4
PATIENTMATERIALE.....	4
TERAPIEN - HVAD BLEV DE TILBUDT?.....	5
RESULTATER OG PROCES	6
PATIENT CASES	8
EVALUERING EFTER TERAPIEN	10
DISKUSSION	12
KONKLUSION.....	13
LITTERATURLISTE	14
BILAG 1.....	15
BILAG 2:	16

Indledning

En mindre gruppe patienter med ondt i ryggen har psykosociale problemer, som formodentlig har en negativ indflydelse på deres rygproblem.

Det er vist (1), at 26 % af patienter med ondt i ryggen ikke har effekt af ordinær behandling i Rygcenter Fyn, omfattende udredning, information, øvelsesterapi, manuel behandling, træning, smertestillende medicin og sygeplejesamtaler. I nærværende udviklingsarbejde i forbindelse med min uddannelse til gestaltterapeut valgte jeg, at undersøge om patienter med psykosociale belastninger og ondt i ryggen, kan profitere af 6-10 terapeutiske samtaler. Se bilag 1.

I gestaltterapi er det overordnede værdisystem eksistentialisme, den psykologiske teori er gestaltpsykologi og metoden er fænomenologisk. Med eksistentialismen som grundlag for de terapeutiske samtaler, vil ansvar, valg/fravalg, ønsker og handlen naturligt indgå og i forlængelse deraf coping.

Gestaltterapi går ud på at give patienten *indsigt* i egen situation, samt støtte til selvstøtte. Selvstøtte er en slags "selv-omsorg". En ansvarlighed over for sig selv, som sørger for, at man ikke udsætter sig selv for mere, end man kan håndtere (tåle), men heller ikke holder sig tilbage fra det, man har brug for at klare eller har brug for at lære at klare (2). I gestaltterapi forholder terapeuten sig til *her-og-nu* situationen, griber hvad der kommer, kigger fænomenologisk på det, dvs. ser med nysgerrige øjne på fænomenet fra alle vinkler, zoomer ind og ud og tager patientens udsagn for sande. Terapeuten forholder sig til situationen/fænomenet uden at lade egne fordomme forstyrre billedet. Der arbejdes med følelserne sorg, vrede, glæde og seksualitet. Terapeuten hverken tolker eller finder årsager, men forholder sig til patientens adfærd og oplevelser og retter patientens opmærksomhed derpå, hvorved processen udspiller sig mellem patient og terapeut. Terapeuten må desuden forholde sig til, hvad der for patienten er i *fokus* og hvad der er *baggrund/omgivelser/relationer*. Se forsidebilled.

Det må formodes, hvis resultatet skal bedres, at yderligere eller anden intervention end den ordinære behandling må indgå i den tværfaglige behandling til psykosocialt belastede patienter med ondt i ryggen.

Formål

Formålet med udviklings- og uddannelses arbejdet var

- at vurdere om terapeutiske samtaler har en positiv virkning i det samlede behandlingstilbud i Rygambulatoriet, mhp et eventuelt fremtidigt integreret tilbud om psykoterapeutisk behandling
- at registrere individuelle årsager til tilbud om psykoterapeutisk intervention.
- at opnå træning i terapeutiske samtaler.

Metode og materiale

Patienterne blev udvalgt i et tværfagligt funderet Rygcenter, med et team bestående af læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og undertegnede sygeplejerske- og psykoterapeutstuderende. Patienterne blev valgt ud fra en tværfaglig vurdering og efter inklusionskriterier. Tanker, overvejelser og begrundelser blev nedskrevet. Hvis patienten var motiveret blev han/hun booket til en forsamtale m.h.p. at indgå i udviklingsarbejdet, omfattende 6-10 samtaler. Patienten blev orienteret om, at jeg var studerende på 4. år på Nordisk Gestaltinstitut, at jeg løbende blev indirekte superviseret på forløbet, og at patienten fortsat ville være tilknyttet patientens kontaktperson/behandler. At skriftlige notater ville blive opbevaret fortroligt og aflåst og at den enkelte patient når som helst kunne udgå af forløbet.

Patienten forpligtigede sig til at udfylde spørgeskemaer før og efter forløbet samt svare på evaluerende spørgsmål.

Inklusionsskriterier

Patienter i rygambulatoriet der var i *krise* eller *sorg*, havde *depressiv* adfærd (fx tristhed, gråd-labilitet), led af *angst* eller var *uden selvansvar* (dvs ansvarsundvigende, skyldte skyld på andre)

Eksklusionsskriterier

Ikke dansktalende eller patienter der var i psykiatrisk regi (dvs tilknyttet psykiatrisk speciallæge).

Spørgeskemaer

Depressive patienter med ondt i ryggen er i risikogruppe for at få kroniske smerter med mindre depressionen ophører i behandlingsforløbet (3).

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

COBRA-patientskemaet blev brugt for at sætte tal på sværhedsgraden af ryggerne, heriblandt smerteskalaer, funktionskala, sygefravær m.m. (udfyldes af alle patienter i rygambulatoriet).

Aron Antonovskys skema SOC, Sence Of Coherence /oplevelse af sammenhæng, blev anvendt. Det er udarbejdet ud fra begreberne *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. I disse begreber indgår håbløshed og meningsløshed, som netop relaterer til eksistentialismen.

De 3 spørgeskemaer, BDI, patient-cobra og SOC blev udfyldt før og efter psykologisk intervention. I tillæg udarbejdedes et begrænset antal spørgsmål til evaluering ved afslutning, der yderligere relaterede til velbefindende og rygsmerter.

Patientmateriale

Patienterne indgik under kriterierne *krise*, *sorg*, *depressiv adfærd*, *angst* og *ansvarsundvigelse*.

Årsagen til at patienterne indgik, er beskrevet som følgende i nedenstående skema 1.

Skema 1

Patient 1	Var trist. Sygemeldt. Havde svære bækkensmerter og var meget funktionsindskrænket (<i>depressiv adfærd</i>).
Patient 2	Var trist, ikke motiveret for træning. Var droppet ud af arbejdsprøvning efter 3 dage. Psykosocialt belastet (<i>depressiv adfærd</i>). Patienten afsluttede forløbet efter 2 samtaler og udgik derfor.
Patient 3	Patienten havde været grådlabil flere gange i forløbet med øvelsesterapi og holdtræning. Diagnosen var cervicalgia, havde slidforandringer. Var bange for ikke at gøre øvelserne rigtigt. Havde mistet mange familiemedlemmer (<i>sorg, ansvarsundvigende</i>).
Patient 4	Vredladet patient, hurtigtalende, springende i sin tale, fuldendte ikke sætninger, utilfreds med forundersøgelsen. Psykosocialt belastet, påtog sig meget for andre. Havde haft et forløb i rygambulatoriet med samme problematik et år tidligere, fik da øvelser og bløddelsbehandling. Forværring af smerter siden da (<i>sorg, krise</i>).
Patient 5	Var intiativløs, sagde gentagne gange ”ved ikke”, havde et lavt selvværd. Var ung, havde en lang sygemelding bag sig, der var en vis tristhed over patienten. Var psykosocialt belastet (<i>sorg, depressiv adfærd</i>).
Patient 6	Patienten var meget sygdomsfikseret, behandleren havde ikke andre behandlingsforslag end samtaler. Patienten havde haft et forløb i ambulatoriet og var afsluttet 5 måneder tidligere (<i>ansvarsundvigende</i>).
Patient 7	Efter forundersøgelsen ”rev behandleren sig i håret” og sagde: ”Der er et eller andet galt, men hvad det er, ved jeg ikke”. Der var ikke noget ”fysisk” at finde ved undersøgelsen. Patienten så sort-hvidt på tingene, var vredladet i tonefald. Udsagn stemte ikke overens med gøren og laden (<i>ansvarsundvigende</i>).
Patient 8	Havde en usund kropsopfattelse fx ”Det kan min ryg jo ikke”. Havde lændesmerter. Var psykosocialt belastet, tidligere revalideret. Havde andre sygdomme bl.a. allergi, hudproblemer, ”dårlig mave”, kvalme. Var trist (<i>depressiv adfærd</i>).

Terapien - hvad blev de tilbudt?

Alle blev tilbudt 6-10 samtaler af en times varighed.

De første 3 gange gik typisk med at patienten fortalte om sine trængsler og sin historie alt imens trygheden og tilliden voksede imellem os. (4)

Nogle var meget forklarende og forsvarende, en var meget stille og forsagt, en var skeptisk og gemte på "et eller andet" (det viste sig senere at hun havde en bakteriofobi) og en var vredladet og udad reagerende og en var straks åben og parat til terapi.

Jeg var opmærksom på om patientens udtalelser hang sammen med kroppens sprog, observerede patientens gøren og væren og forholdt patienten dertil. Desuden registrere jeg forsvarsmekanismer, der kunne hindre patienten i egen behovsopfyldelse. Det betyder, at jeg var opmærksom på, om patienten gav sig selv skylden for en given hændelse (*retroflektion*) fx "det er nok bare mig". Om patienten kastede det, der var for svært selv at forholde sig til, i hovedet på andre (*projektion*), om patienten "slugte" mine eller andres udsagn råt (*introjektion*), om patienten stålsatte sig (var *egotistisk*) eller gjorde sig døv og blind (*deflekterede*) i svære situationer. Ovenstående begreber er observerbare fænomener i kontakten og ikke en tolkning. Nogle af forsvarsmekanismerne forhindrer patienten i at handle, andre i at afslutte et mellemværende, hvormed behovsopfyldelse ikke sker og energi bindes i kroppen. Et eksempel herpå er, når et mellemværende mellem to personer er uafsluttet, tænkes der med mellemrum fortsat på det, modsat, hvis der er overensstemmelse vil ingen af de to parter længere bruge energi derpå.

Interventionen består blandt andet i at rette patientens opmærksomhed på hans/hendes negative måder at agere på. Via opmærksomhed derpå, kan forandringen i positiv retning ske. (5)

Jeg var opmærksom på om patienten tog ansvar, hvilket bl.a. kan høres på sprog vendinger, om der var skyld eller skam eller selvdestruktiv adfærd og jeg bad patienten mærke efter, hvilke følelser der lå bag udsagn som fx irritation, bitterhed eller andet.

I terapien handler det desuden om at påpege det iøjnefaldende med indføling og interesse, da det er selve *mødet* mellem patient og klient er afgørende for terapien.

Resultater og proces

Der indgik i alt 8 patienter. Patient 1-8. Patient nr. 2 udgik efter 2 samtaler, hun blev af egen læge i forløbet henvist til smertecentret på OUH og valgte at forsætte der. Patient 2 er således ekskluderet. De resterende 7 patienter havde som planlagt mellem 6 og 10 samtaler. I alt blev der brugt 61 samtaletimer. Interventionsperioden strakte sig i alt fra medio september 2005 til juli 2006. Se bilag 1.

Alle patienter var kvinder i alderen mellem 25 og 55 år. En patient havde nakkesmerter, resten havde lændesmerter med udstrålende smerter til ben. De havde haft **smerter fra 13-30 måneder**, i gennemsnit 21 måneder.

De var i **socialgruppe** 3, 4 og 5. Fem kvinder var samlevende /gift, 2 boede alene.

Seks patienter ud af 7 tog smertestillende medicin ved indgang, 4 tog smertestillende ved udgang.

Fire patienter, som det ses i skema 2 nedenfor, var **sygemeldte** ved indgang, 3 ved udgang.

En var førtidspensioneret, en var under revalidering samt i gang med uddannelse, og en patient var på kontanthjælp. Dvs. **ingen patienter var i arbejde ved indgangen** til samtaleterapi.

Ved udgang var 3 patienter sygemeldte, heraf en i arbejdsprøvning 37 timer ugentlig. En var uændret førtidspensionist, 2 var nu under revalidering og i gang med uddannelse, en var efter arbejdsprøvning arbejdsløs.

Skema 2: **Ændring** i erhversmæssig status fra indgang til afsluttende samtale.

Patient 1:	Sygemeldt ⇒ revalidering ⇒ uddannelse
Patient 3:	Førtidspensionist
Patient 4:	Revalidering/uddannelse
Patient 5:	Sygemeldt ⇒ gennemførte arbejdsprøvning 37 timer ugentligt ⇒ arbejdsløs
Patient 6:	Sygemeldt ⇒ i arbejdsprøvning 37 timer ugentligt
Patient 7:	Kontanthjælpsmodtager ⇒ sygemeldt
Patient 8:	Sygemeldt

På **The Beck Depression Inventory (BDI)** kan scores *normal, mild depression, moderat depression eller svær depression*. Ved indgang scorede 3 normal og 4 (57 %) scorede moderat depression.

Ved udgang scorede 2 normal, 3 mild depression og 2 (29 %) moderat depression. Det vil sige, at kun halvt så mange scorede moderat depression ved udgang som ved indgang.

På **Antonovskys skema SOC**, Sence Of Coherence kan scores: *Lav, under middel, over middel og høj*, hvor høj svarer til det bedst scorede i betydningen at have en høj oplevelse af sammenhæng i sit liv. Ved indgang scorede 4 patienter *Lav* SOC (57 %), en patient *under middel*, en patient *over middel* og en patient *høj* SOC. Ved udgang scorede kun 2 *lav* SOC (29 %), 2 *under middel*, 2 *over middel* og 1 *høj* SOC.

Ifølge min egen vurdering gik 3 patienter fra at være uden ansvar for egen situation til via selvindsigt, at **tage ansvar** for såvel egen situation som for egen smerte. Se case eksempel side 8 og 9.

Smertescore: Seks patienter havde ved udgang (efter) mindre smerte i lænden/nakken, 1 var uændret. Se fig. 1 og fig. 1a. Patienten med nakkesmerter havde ingen armsmerter.

Fig.1

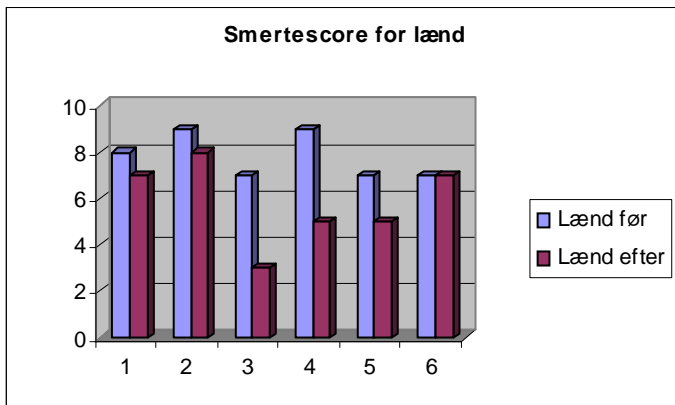
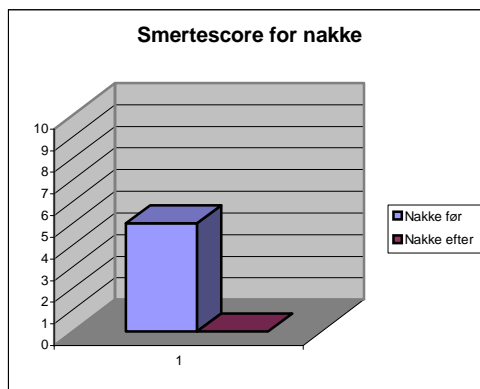
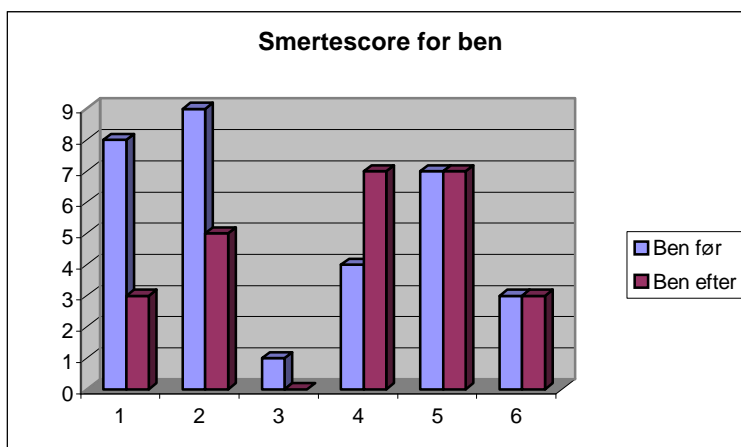


Fig. 1a



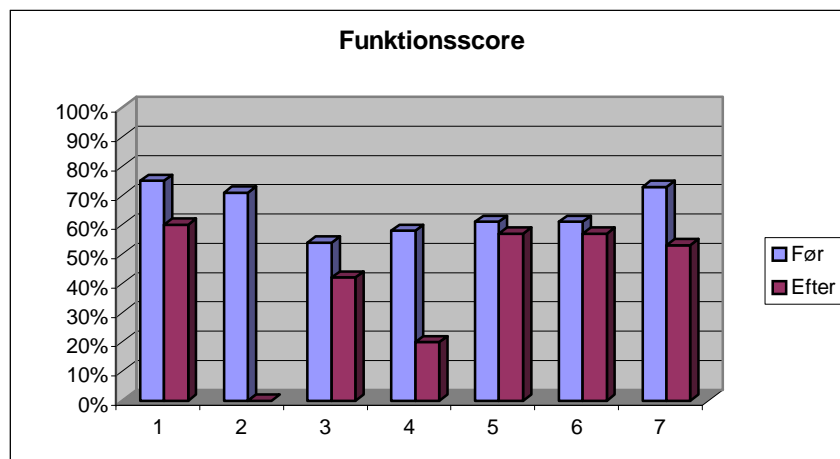
Ved indgang (før) havde 6 patienter bensmerter, 3 faldt i smerte, 1 steg (havde natlige kramper), 2 var uændret. Se fig. 2

Fig.2



Funktionsscore: Alle viste et fald ved udgang (efter), heraf var 3 faldet mellem 20 % og 100 %

Fig 3



Patient cases

Nedenstående cases er anonymiseret og uden reference til patient nummer i denne rapport.

Birgit (52 år) var grædende og hastigt snakkende. Hun projicerede skylden for sin ulykkelighed på den familie hun havde tilbage samt på hendes ex-mand. 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 nogle andre ældre familiemedlemmer var 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 lænderygshvirvler 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 patienten, hun kom i kontakt med sig selv og lavede på egen hånd lignende øvelser derhjemme. Patientens fik i terapi forløbet givet slip på ex-manden, familien blev *baggrund* og hun kunne nu koncentrere sig om at arbejde med sin egen "selv-omsorg".

Patientens funktionsscore faldt fra 71 % til 0 % , svarende til 17/24 til 0/28, dvs. ingen belastninger ud af de 28 spørgsmål hun besvarede. Smertescore for nakke faldt fra 5 til 0. Hun havde ingen armsmerter.

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 al ting for at undgå at komme i situationer, der kom bag på hende. Hun var perfektionistisk. 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* (psykologisk begreb) 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 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 fra 8 til 3 i bensmerte, faldt 15 % i funktionsscore og var blevet MEGET mere aktiv og glad.

Anni er 24 år, har en mellemlang uddannelse, har været sygemeldt gennem næsten et år. Har ondt i lænden samt udstråling til ben. Anni bor sammen med sin mand og deres fælles barn på 3 år, der er multiallergiker. De er belastet af en meget dårlig økonomi. Anni har et lavt selvværd, en spæd stemme, hun er initiativløs og "ved ikke". Kan ikke klare job, har været i arbejdsprøvning i 3 dage, måtte opgive. Der er en vis tristhed over hende. Hun tilbydes holdforløb efter et forløb ved kiropraktorstuderende og hun siger ja til samtaler.

Anni kryber langs væggen de første flere gange, hun har diarre (nervøs mave) hver gang hun kommer i ambulatoriet. På skemaerne har hun scoret lav oplevelse af sammenhæng samt moderat depression. Hun har haft 2 ufrivillige aborter inden for det sidste år. Et af Annis temaer er *død*, både fra her-og -nu samt fra tidligere i hendes liv.

Anni har oplevet ekstrem mobning gennem hele skoletiden, er altid usikker i en ny sammenhæng. Med Anni arbejder jeg med *indre barn, med sorg og selvstøtte*. Jeg laver bl.a. positiv reformulering, hvilket er en måde at støtte det svage og *usande jeg* på. Patientens får en oplevelse af at have handlet klogt i en givet belastet situation.

Anni kom allerede ved 4. samtale 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 Reva Fyn og startede med en 37 timers arbejdsuge. Havde ikke været i arbejde i 2 år. Hun blev meget glad og stolt over at være kommet i gang.

Sjette gang har hun fået et mindre tilbagefald pga stress, har endog været tæt på et angstanfald. Hun er i en periode, hvor hun er ekstremt træt og virker igen mere depressiv. Dog har hun i forløbet vist sig at cope godt og hun formår igen at ændre på sin situation, så hun magter arbejdet og får det igen bedre. Hun har en sund fornuft og har arbejdet godt med sig selv mellem samtalerne.

Anni slutter med et fald i smerte (trods 37 timers arbejdsuge og daglige lange cykelture) fra 7 til 3 for lænd og 1 til 0 for ben. I funktionsscore falder hun fra 58 % i belastning til 20 % (fra 15/26 til 6/30).

Evaluering efter terapien

Nedenstående evaluerings skema blev udleveret ved afsluttende samtale.

Skema 3

Spørgsmål	Scoresystem	Svar	Tilføjelser
1. Har samtalerne været til nogen nytte for dig?	0 = nej, tværtimod 1 = nej 2 = ja 3 = ja, i allerhøjeste grad	5 pt. svarer: Ja 2 pt. svarer: Ja, i allerhøjeste grad	100% har haft nytte af samtalerne
2. Hvordan var din kontakt med terapeuten?	0 = dårlig 1 = nogenlunde 2 = god 3 = særdeles god	3 pt. svarer: God 4 pt. svarer: Særdeles god	100 % oplevede kontakten som god eller særdeles god
3. Hvordan ser du på fremtiden?	0 = Ser ingen fremtid for mig 1 = Ved ikke 2 = Tror på at jeg kommer videre	1 pt. svarer: Ved ikke 6 pt. svarer: Tror på at jeg kommer videre	86 % tror på at de kommer videre
4. Hvordan har du det i ryggen nu, sammenlignet med da du startede i rygcenteret?	0 = dårligere 1 = uændret 2 = bedre 3 = meget bedre	2 pt. svarer: Uændret 3 pt. svarer: Bedre 2 pt. svarer: Meget bedre	71 % har det bedre eller meget bedre i ryggen
5. Var der sammenhæng for dig mellem det at have ondt i ryggen og tale om din mentale tilstand?	0 = nej 1 = ja	4 pt. svarer: Nej 3 pt. svarer: Ja	Se kommentar side 11
6. Hvordan har du det <i>generelt</i> nu , sammenlignet med da du startede i Rygcenteret?	0 = dårligere 1 = uændret 2 = bedre 3 = meget bedre	1 pt. svarer: Uændret 2 pt. svarer: Bedre 4 pt. svarer: Meget bedre	86 % har det generelt bedre eller meget bedre
7. Føler du dig psykisk stærkere end før samtalerne?	0 = nej 1 = ja	1 pt. svarer: Nej* 6 pt. svarer: Ja	*Fortsatte med samtaleterapi ved psykolog, henvist af egen læge. 86 % føler sig psykisk stærkere

Spørgsmål 8: Var der noget du oplevede som særlig betydningsfuldt i terapien?

Patient 1: *Ja, det har været rigtig godt for mig med guidningen, det har åbnet nogle tanker og en forståelse for mine nuværende handlemåder, som af og til er uhensigtsmæssige.*

Patient 3: *Terapien betød at jeg fik indsigt i min smerte, og under kyndig vejledning, forsvandt nakkesmerten, det har betydet, 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.*

Patient 4: *At tale om mit stamtræ. Familieforhold.*

Patient 5: *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.*

Patient 6: *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.*

Patient 7: *Belastningen fra barndommen. Det var godt at få talt ud om det.*

Patient 8: *At jeg efter hver samtale fik en bestemt ting at fokusere på og at den var selvbestemt, efter de behov jeg havde lige nu.*

Kommentarer til skema 3:

Ifølge patienternes udsagn har samtalerne været til *nytte* for disse patienter med ondt i ryggen. Alle svarer ja.

I *kontakten* til undertegnede svarer alle, at den var god eller særdeles god.

På spørgsmålet "Hvordan ser du på *fremtiden*?" svarer 6 patienter ud af syv, at de tror på at de kommer videre.

Ingen patienter har det dårligere i *ryggen* nu end da de startede i Rygcenteret.

Besvarelsen i spørgsmålet om der var *sammenhæng* mellem det at have ondt i ryggen og tale om den mentale tilstand var overraskende. Svarene viste at 4 ikke synes der var en sammenhæng. Det interessante er, at der i gestaltterapi tages udgangspunkt i det der fylder for patienten og ikke hvad jeg evt. gerne vil høre om. Så set med gestaltterapeutiske øjne *er det sådan det er*, set med "rygfaglige" øjne kan det diskuteres, om terapien skulle have været målrettet mod smerte og psyke. Hvordan patienten *generelt* har det nu viser, at 1 svarer uændret og 6 svarer bedre eller meget bedre. 6 patienter svarer ja til at føle sig *psykisk* stærkere og 1 svarer nej.

Diskussion

Alle patienter havde *nytte* af de terapeutiske samtaler og alle øgede deres funktionsniveau. Seks ud af 7 havde mindre rygsmerter ved udgang, følte sig psykisk stærkere og alle med troen på at komme videre.

8 patienter sagde ja til at indgå i udviklings-og uddannelsesarbejdet, heraf udgik en patient efter 2 samtaler. 60 timer var afsat med mulighed for 6-10 samtaler for 6-10 patienter. 61 timer blev brugt på ovennævnte antal patienter. Alle var svært psykisk og/eller socialt belastede og havde kroniske rygsmerter, i gennemsnit 21 måneder.

Patienterne blev valgt ud fra en tværfaglig vurdering, efter inklusionskriterier og efter forsamtale med undertegnede. Når jeg fravalgte, at lade svarene på spørgeskemaerne (BDI, COBRA samt SOC) have indflydelse på opstart af forløb, er det begrundet i en lang opstarts fase for de fleste, herunder udredning af evt. anden sygdom og/eller behandling i Rygambulatoriet forud. Det ville have krævet en ekstra konsultation til afklaring og som det ses i bilag 2, der var færger og busser der skulle passe, økonomi der skulle hænge sammen m.v. Desuden havde flere patienter svært ved at overkomme konsultationerne. I forsamlingen spurgte jeg de aktuelle patienter, om de var interesserede og ved bekræftelse derpå, fik patienten udleveret spørgeskemaerne. En del andre patienter, der opfyldte kriterierne, havde været oplagte at spørge, men de enten udeblev eller meldte afbud flere gange og fik derfor ikke tilbudet. Jeg ser det som et tegn på, hvor svært belastede patienter der var tale om. Endelig var der en patient, der sagde nej til samtaler.

Fire patienter scorede moderat *depression*, ifølge skemaerne. Kun en patient fik antidepressiva. Det må dog i den forbindelse tilføjes, at der i BDI spørgeskemaet, såvel som i andre skemaer til måling af depression, er spørgsmål der typisk besvares *ja* af en patient, der har smerter. Det er fx spørgsmål som: *"Jeg bliver lettere utålmodig eller irriteret end før"*, eller *"I den sidste tid har jeg ikke været udhvilet, når jeg er vågnet om morgenen"*. Der kan derfor rejses tvivl om, hvad der er betinget af smerter og hvad der er depression. Det er velkendt at en vis overlapning finder sted.

Det er tidligere vist, at 26 % af alle patienter med ondt i ryggen ikke havde glæde af de ordinære behandlingstilbud. I dette udviklingsarbejde, om end det er et lille materiale, viser det sig at 86 % generelt har det bedre efter interventionen, det vil sige, at kun 14 % ingen effekt havde.

Det er iøjnefaldende, at alle indgåede patienter var kvinder. Årsagen er uvis; dog er det min egen erfaring, at de fleste patienter med komplekse smerter er kvinder. Sammenlignes der med patienter med Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD), viser amerikanske tal, at dobbelt så mange kvinder som mænd udvikler PTSD. (6)

Selv fik jeg en kontinuerlig og god træning i psykoterapi til patienter med en kompleks smerteproblematik, ondt i ryggen, og opnåede en erfaring, som kan komme fremtidige kroniske og svært psykosocialt belastede patienter til gode. Komplexiteten stod lysende klart den dag jeg privat fik en klient i psykoterapi, der ikke var funktionsindskrænket af smerter og ikke var sygemeldt eller truet i sit job.

Det kan diskuteres, hvad der kan konkluderes på 7 patienter og 61 timers psykoterapi, men det har givet et fingerpeg i den rigtige retning til den subgruppe, der som oftest er ladt i stikken i det danske sundhedsvæsen.

Konklusion

Det viser sig at 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. En fremtidig og rettidig subgruppering under devisen ”Den rette behandling til den rette patient” kunne være at anbefale og må endvidere set i en større socioøkonomisk sammenhæng, anses for at kunne reducere udgifter til denne ressourcetunge gruppe i befolkningen. Min fremtidige udfordring og udvikling ligger i et nyligt startet projekt med psykosocialt belastede patienter med ondt i ryggen, hvor jeg er ansvarlig for den psykoterapeutiske intervention.

Litteraturliste

1. Johansen B et al. Quality Improvement in an Outpatient Department for Subacute Low Back Pain Patients. *Spine* 2004;29:925-931
2. Hasenbring M. Attentional control of pain and the process of chronification. *Progress in Brain Research* 2000;129:525-34
3. Hostrup H. Gestaltterapi. Hans Reitzels forlag 1999; 111-114
4. Mannerstråle I. Gestaltterapi på svenska. Wahlstrøm og Widstrand 1995; 208-217
5. Perls F S. Gestaltterapiens metode. Socialpædagogisk bibliotek. 2002; 81-82
6. United States Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. What is Posttraumatic Stress Disorder? www.ncptsd.va.gov/facts/general

Bilag 1**Ondt i ryggen
Udviklings-og uddannelsesarbejde i psykoterapi.**

- Baggrund:** Terapeutiske samtaler er en del af uddannelsesforløbet til psykoterapeut. (www.gestaltinstitut.dk)
En mindre gruppe patienter i rygambulatoriet har psykiske problemer, som formodentlig har negativ indflydelse på deres rygsmerter.
- Formål:** At opnå træning i terapeutiske samtaler under indirekte supervision. Nogle af patienterne skal indgå som case materiale i en afsluttende skriftlig projektopgave.
At registrere årsag til psykoterapeutisk intervention samt vurdere om terapeutiske samtaler har en positiv virkning i det samlede behandlingstilbud i rygambulatoriet.
- Rammer:** Samtaler af en times varighed blokkes i ugeskema. Der er i samråd med Claus Manniche og Ida Bhanderi aftalt 60 timer løbende frem til næste forår, med 2-3 samtaler ugentlig. Der vil være tale om 6-10 patienter med et antal samtaler fra 6-10 gange, i alt 60 timer. Der lægges vægt på den individuelle proces.
Evalueringsproces tilrettelægges og gennemføres med assistance af CM, IB og Bendt Johansen.
Enhver samtale vil have den rygfaglige indgangsvinkel. Dvs. justering eller opfølgning på medicin samt årvågenhed ved symptom ændring.
Samarbejde med tovholder.
- Supervision:** Sideløbende gå i supervisionsgruppe på Nordisk Gestaltinstitut (NGI), hvor der er planlagt 60 timers gruppesupervision fra august 2005 til juni 2006. Desuden planlægges 10 timers individuel supervision ved Psykoterapeut Jens Bang, anerkendt af instituttet, praktiserende i Odense.
- Indgangskriterier:** Patienter udvælges blandt patienter i eget team eller henvises fra andre behandlere i huset ud fra nedennævnte kriterier:
1. Krise, sorg.
 2. Patienter uden selvansvar.
 3. Depressiv adfærd.
 4. Angst.
- Patienterne skal da henvises til vurdering hos undertegnede mhp om de kan indgå.
- Eksklusionskriterier:**
1. Ikke dansktalende patienter.
 2. Patienter i psykiatrisk regi. (skema til afkrydsning)
- Information til patienten:** At jeg er under uddannelse og løbende bliver indirekte superviseret, at det fortsat er i samarbejde med tovholder, at skriftlige notater vil blive opbevaret fortroligt og at evalueringsskema bedes udfyldt ved afslutning af samtalerne.
- Muligheder/begrænsninger:** At samtalerne planlægges på den mest hensigtsmæssig måde i relation til afdelingen, patienten og undertegnede.
- Afslutning:** Afsluttes med en kort rapport, hvor evaluering indgår, herunder patienttilfredshed.

Hanne Ellegaard, august 2005

Bilag 2:**Midtvejsrapport, februar 2006.**

De problemer jeg har haft, har primært handlet om, at patienterne har været ustabile i fremmøde. En del patienter, med svære psykosociale belastninger, har været oplagte til at indgå. Behandler har foreslået, at de skulle gå hos mig, men pt. er enten udeblevet eller har aflyst samtalen. Måske er dette blot en bekræftelse på, hvor belastet en gruppe det handler om.

Det er kommet bag på mig, hvor lang tid forløbene strækker sig over. Nogle patienter har allerede gået en rum tid i amb., hvilket gør, at det ikke bliver et sideløbende forløb, men **et forløb særskilt efter at alt andet er prøvet**. To af patienterne har haft tidligere forløb i rygambulatoriet.

Det må dog pointeres, at det er min egen opfattelse, at det er forløb over lang tid, patienterne har ikke givet udtryk derfor.

Der har været dage hvor patienterne ikke er mødt op, det har været jul og nytår og jeg har haft 14 dages ferie samt to uddannelses moduler i perioden.

Forløb 1 har været stabilt og udviklende for både pt. og jeg selv.

Pt. er undersøgt den 3.03.05 og gået til fys. behandling to gange. Patienten havde svære bækkenproblemer, hvorfor anden fysioterapeut og jeg (begge i bækkengruppe) er med på en vurdering den 29.6, hvorefter vi overtager pt. Jeg har ½ times samtale med pt. den 9.08.05, forsamtale den 23.8.05 og pt. starter terapeutiske samtale den 13.9.05 og har haft 6 samtaler. Patienten går sideløbende hos fysioterapeut til bækken træning.

Der har været en kortere pause på ca 1½ mdr. da pt. var for ophængt til at komme, var startet på uddannelse.

Forløb 2 har skabt en del problemer og er udgået. Dels havde pt. gået i huset i lang tid, dels var der en del modstand og en del aflysninger til konsultationer. Pt. var psykisk dårlig og i særdeleshed socialt belastet. Tilbydes terapeutiske samtaler den 10.10.05, (forsamtale). Pt. kom til rundbordssamtale den 2.11.05 og sluttede hos fys. her i amb. Startede senere i arbejdsprøvning.

Pt. kommer til den 1. terapeutiske samtale den 29.11.05. Kan kun komme på et bestemt tidspunkt på dagen. Glemmer 2. aftale og aflyser den 3. samtale. Kommer den 20.12.05. Aflyser den 1.02.06 hvorefter jeg ringer og spørger pt. om hun fortsat er interesseret, hvilket hun er. Booker ny dato. Pt. ringer den 7.02.06 og ønsker at afslutte forløbet her. Ønsker ikke en afsluttende samtale. Pt. er ikke længere i jobprøvningen er på kontanthjælp. Pt. er startet på smerteklinikken på OUH og fravælger derfor rygambulatoriet.

Nåede således kun to samtaler. Scorede moderat depression på BDI og 4,6 =under middel på SOC ved indgangen, får ikke afsluttende skemaer.

Forløb 3 er gået glat. En pt. der har gået i rygamb. gennem tid og har netop afsluttet holdforløb. Ved afsluttende samtale ved behandler er patienten grådlig og har ikke fået det bedre. Behandleren foreslår terapeutiske samtaler. En meget motiveret pt. der møder op hver gang. Forsamtale sidst i oktober, første terapeutiske samtale den 1.11.05 og har haft 6 samtaler.

Forløb 4. En pt. der var svær at takle i behandlings forløbet her i rygamb, da pt flere gange var meget udadreagerende. Er us den 12.09.05, hvor jeg er med på teamplan. Pt. bookes til en samtale med undertegnede, der planlægges ikke andet, hvilket frustrerer pt. Pt. aflyser den aftalte tid den 26.9 hvorfor jeg kontakter hende telefonisk. Pt. har ikke tiltro til stedet, hun er hurtig talende og fuldender ikke sætninger, fortæller om alt det hun har at gøre. Kommer den 7.10 til samtale og der aftales individuelle øvelser her i huset. Kommer igen til samtale hos mig den 31.10.05 af ½ times varighed, pt. tilbydes terapeutiske samtaler og er meget interesseret. Har haft lange intervaller mellem samtalerne, har haft 4 terapeutiske samtaler. Har det umiddelbart bedre.

Forløb 5. Pt. er us. den 4.08.05, henvises til røntgen, diagnosen er uspecifik lumbago. Ses af studerende den 8.9., den 15.9, den 27.9. og den 6.10. Den 6.10 ser jeg pt. første gang, primært til afklaring af den psykosociale belastning. Efter konsensus med tovholder og studerende aftales at tilbyde pt. holdtræning. Den 26.10 aftales dette telefonisk med patienten. Den studerende aftaler desuden endnu en samtale med undertegnede. Kommer til mig den 24.11 efter holdtræning. Pt. tilbydes terapeutiske samtaler og siger straks ja, da hun ser det som en chance, har ikke selv midler til at betale en psykolog. Første terapeutiske samtale den 6.12, har haft 4 samtaler. Egen vurdering: er motiveret, arbejder godt imellem samtalerne. Er åben og ærlig.

Forløb 6. Pt. har haft et tidligere forløb hos os og er afsluttet i jan 2005. Genhenvises den 3.8.05 og undersøges på ny den 14.11.05 hvor planen bliver opfølgning på blodprøver for gigtsygdom samt en tid til yderligere undersøgelse ved reumatolog i huset. Desuden samtale med sygeplejerske om håndtering og smertedækning. Pt. opfordres til at være så aktiv som muligt. Diagnosen er Myosis.

Kommer til samtale hos mig den 22.11.05, hos kiropraktor den 24.11., igen hos mig den 29.11., hvor pt. tilbydes terapeutiske samtaler.

Pt. melder afbud de to første gange, har været syg samt har været på ferie. Kommer dog til reumatologen den 18.1.06 mhp om der er bindevævssygdom eller psoriasis arthrit. Der er ingen tegn derpå, blodprøver ligeledes i.a. Pt. kommer til den første terapeutiske samtale den 8.2.06.

Generelt:

Der er ingen problemer i at få patienterne til at udfylde spørgeskemaer.

Jeg har haft svært ved at få tider til patienterne i nov. I december, havde jeg mange andre planlagte sygeplejesamtaler af ½ times varighed, jeg havde to timer om ugen til terapeutiske samtaler, hvilket var lige i underkanten. Oprindeligt var der aftalt 3 timer, men pga langsom opstart valgte jeg at få slettet den ene, med mulighed for almindelige sygeplejesamtaler om smerte og håndtering i den time. Jeg har nu igen 3 timer til terapeutiske samtaler fordelt over tre dage og har kapacitet til at starte en til to nye forløb.

I alt har jeg kun haft 23 terapeutiske samtaler af en times varighed, aftalen lyder på 60 timer frem til uddannelsens afslutning i juni. Dvs en rest på 27 timer, med 3 timer pr uge vil svare til at kunne slutte til 1. maj, når påskeugen trækkes fra. Der må endvidere påregnes nogle udeblivelser og evt. manglende fuld bookning.

Ingen pt. er endnu afsluttet.

Jeg er i flere tilfælde blevet overrasket over den omfattende sociale belastning. Alle 6 forløb viser sig at være kvinder, der ikke er i arbejde og har lang tids sygemelding bag sig! En er førtidspensioneret.

Træning i terapi:

Jeg opnår klart en god træning og tager mange tanker med hjem til videre refleksion og til yderligere teoretisk fordybelse. Jeg har haft stor glæde af den fælles heldags supervision i en gestaltterapeutisk gruppe i uddannelses regi en gang om måneden og har desuden to gange haft individuel supervision. Behovet har ikke været større, da der ikke har været fuldt booked.

I starten var jeg nervøs før samtalerne, måtte bruge tid på at være klar "til at gå på scenen". Være sikker på at have et rum i fred og ro i den time det nu varer, sikre mig at rummet var ryddet, friskt og klart til samtale. Nu er jeg mere rolig forud. I starten var det et ønske fra min side, at have mit eget terapirum. Jeg har nu vænnet mig til, at forholdene er som de er, og jeg vil stadig gerne have et rum der er mit, med mulighed for at tilbyde patienten et indbydende rum, hvorved jeg forstår, at der er rimeligt lyd isoleret, at der er lukket dør, et rum som er genkendeligt og trygt for patienten.

Hanne Ellegaard, februar 2006