

STRESS, DEPRESSION og langvarige LÆNDERYG- SMERTER

Stress er dominerende hos patienter med depression og langvarige lænderygsmerter.

En kvalitativ undersøgelse af psykoterapeutiske samtaler med patienter med uspecifikke lænderygsmerter af 3-12 måneders varighed.

Af HANNE ELLEGAARD

Patienter med langvarige smerter i ryggen ses ikke sjældent at udvikle en depression. Årsags-sammenhænge kan være mangfoldige, og det enkelte menneske responderer forskelligt på belastninger, fysiske såvel som psykiske (1). Vi har med en størrelse at gøre, der på visse punkter kan klassificeres i symptomer og diagnoser, og som på visse punkter må ses på som individuelle situationer i en større sammenhæng. Med

en baggrund og interesse for smerte og psyke fik jeg mulighed for at udføre en kvalitativ undersøgelse af samtaler, jeg havde udført året før, hvor jeg var koblet på et randomiseret projekt som psykoterapeut.¹ Jeg havde i alt haft samta-

¹ Undersøgelsen er offentliggjort på engelsk i BioMed Central.: Ellegaard and Pedersen BMC *Muskuloskeletal Disorders* 2012,13:166 www.biomedcentral.com/1471-2474/13/166

ler med 46 patienter, der alle havde rygmerter og depression. Beskrivelser af samtalerne i hver session var stadig tilgængelige. Lektor, ph.d., cand.cur. Birthe D. Pedersen fra Enheden for sygeplejeforskning, Syddansk Universitet, blev min vejleder, og processen med litteratursøgning og metodevalg kunne begynde. Efterfølgende opsatte vi sammen kriterier for, hvilke af

ventory Scale (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) samt at have gennemført 5-6 samtaler med psykoterapeut. Seks patienter ud af 46 opfyldte disse kriterier (figur 1). Alle havde lændesmerter med en varighed på tre til tolv måneder.

Køn	Alder	Depression Score (BDI)	Smerte score (0-10)	Antal samtaler	Antidepressiv medicinsk behandling
Kvinde	20	26	7	5	Ja
Kvinde	30	25	7	6	Nej
Mand	33	25	8	5	Nej
Kvinde	31	25	9	6	Nej
Mand	27	23	8	6	Ja
Kvinde	33	28	9	5	Nej

Figur 1. Oversigt over inkluderede patienter

de 46 patienter der kunne indgå i en kvalitativ undersøgelse.

Formål

Formålet var at undersøge, hvordan psykoterapeutiske samtaler influerede på patienters kapacitet til at mestre rygmerter, når smerterne var koblet med depression.

Teoretisk ramme

Teoretisk ramme for undersøgelsen var gestaltterapi samt metoden *Somatic Experiencing* (SE-metode) (2), begge anvendt som intervention i samtalerne.

Kriterier for at indgå

Patienter til kvalitativ undersøgelse blev valgt ud fra følgende inklusionskriterier: *Moderat depression på 23-30 iflg. Beck Depression In-*

Af de seks patienter, der indgik i dette kvalitative studie, sås en lav gennemsnitsalder. To patienter var i antidepressiv medicinsk behandling, en patient var netop stoppet, og tre ønskede ikke medicin mod depression. I optegnede data sås, at alle havde en uafklaret arbejdssituation.

Datindsamling og bearbejdning

Datamaterialet er en tekst, der er fremkommet som en beretning fra 33 samtaler med de inkluderede patienter. Efter hver terapitime, ca. et år forinden, blev en A4 side om psykoterapiens forløb skrevet ned.²

Databearbejdning foregik ud fra den Ricoeur-

² Det må erindres, at der på interventionstidspunktet endnu ikke var beskrevet noget studie, og teksten var skrevet ud fra patientens fortælling, indeholdende citater, patientens adfærd mv. med henblik på refleksion og som arbejdsredskab for bedst mulige opfølgning ved næste samtale.

inspirerede metode, der bestod af analyse og fortolkning på tre niveauer: Naiv læsning, strukturanalyse og kritisk fortolkning og diskussion.³

Resultater

Ud fra den naive læsnings overblik og helhedsforståelse fremkom der i strukturanalysen følgende tre overordnede temaer: *tidligere oplevelsers betydning, begrænsninger i hverdagen samt ressourcer*. Et galleri af belastninger i mange afskygninger fremgik af de 33 siders tekst. Blandt andet som følgende:

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 (muskelaflappende og sløvende medicin), så bare tanken giver mig kvalme. Jeg var sovset ind i medicin. Jeg forstår ikke, at 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."

³ Interesserede i metoden kan læse den fulde beskrivelse i artiklen *Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain*. Eller i rapporten *Psykoterapi til patienter med ondt i ryggen og depression*. Begge kan downloades fra forfatterens hjemmeside www.gestaltterapeut.com/publikationer.

Igennem citaterne blev udtrykt en følelse af sorg, som synes 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 grebet i eget liv. I denne situation førte overforbruget af medicin til forgiftning og indlæggelse. Ses dette i relation til teorien om personlighedslaget i gestaltterapien (3), ser det ud til, at et overforbrug af medicin holdt patienten i 'beskyttelseslaget', også kaldet *det fobiske 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.

Skyld og skam

Andre temaer, der viste sig i undersøgelsen, var skyld og skam. (4) Skyld betyder, *jeg har gjort noget forkert*, og skam betyder, *jeg er forkert*. Skyld har således fokus på handlingen og kan være sund, hvis man vitterligt har gjort noget dumt over for andre. Og det kan man måske rette op på. Hvorimod skammen 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 syntes 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.

Pludselige hændelser

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.”

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 chokreaktion. Hans hidtidige overlevelsereaktion havde været flugt, hvilket han ikke var i stand til i denne hændelse, da kroppen formodentligt instinktivt reagerede med en stivnereaktion/freeze-respons (2). Ved fare stiger adrenalinproduktionen, sanserne skærpes, instinktmæssigt foregår det i reptilhjernen/hjernestammen i løbet af et splitsekund – flugt, kamp eller stivnereaktion. Jo mere uventet og pludseligt en hændelse sker, jo større risiko er der for, at en chokoplevelse kan udvikle sig til en posttraumatisk stressreaktion (5).

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 aflader aktiveringen og får os tilbage i afslappet tilstand, den er nervesystemets bremsepedal. Under normale omstændigheder er der en blid rytme mellem de to og inden for en vis grænse. Ved en voldsom hændelse oversvømmes mennesket af stimuli/high arousal og kan føle sig overvældet af frygt og/eller opleve andre kraftfulde følelser, som fx raseri (sympaticuspåvirkning).

I nævnte faldulykke lå patienten ubevægelig. Når det ikke er muligt at handle på en voldsom hændelse, vil kroppen tilbageholde aktiveret energi. Efter en hændelse vil mennesket have behov for fred og ro i timer til dage derefter til regulering af det autonome nervesystem, hvilket dog sjældent er en mulighed på grund af fx ambulance, indlæggelse, afhøringer osv. Når et menneske, som her, ’sidder fast’ i stivnereaktionen (parasympaticus), kan det efterfølgende opleve bl.a. meningsløshed, depression, dødhed, udmattelse og manglende evne til at handle. 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 senere.

Han fortalte endvidere 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, 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 der hjemme.” 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 alvorligt 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 overlevelsereaktion var at komme væk derfra. Faldet medførte stærke smerter samt et brud på rygsøjlen, der hæmme-

“ Når det ikke er muligt at handle på en voldsom hændelse, vil kroppen tilbageholde aktiveret energi.



Psykologisk set vil behandlingen skulle rettes mod at få patienten til at forholde sig til, at han overlevede og har sin førlighed i behold, samt at hjælpe kroppen til at forstå, at faren er overstået.

de patienten i vante aktiviteter, chokoplevelsen forblev i kroppen, og han udviklede en depression og oplevede magtesløshed.

Psykologisk set vil behandlingen skulle rettes mod at få patienten til at forholde sig til, at han overlevede og har sin førlighed i behold, samt at hjælpe kroppen til at forstå, at faren er overstået. Desuden arbejde med sansning og finde ressourcer, nænsom tilgang til hændelsen (titrering) og pendulere mellem ressourcer og traume, alt sammen medvirkende til at nedtone stress og uro og samtidig undgå retraumatisering. Dertil arbejde med at få patienten ud af dødhedsoplevelse (og depression) ved fx at stimulere nervus vagus anterior (fx woo lyde) samt færdiggøre *flightrespon*s, begge dele ved hjælp af SE-metode (2). Psykoterapeutisk kan der arbejdes (6) nede fra reptilhjernen til det limbiske system og videre op til neurocortex, også kaldet at arbejde *'buttom up'*, hvor krop, emotion og bevidst opmærksomhed samles. Denne integration indeholder en balancering af arousalsystemerne i det sympatiske og parasympatiske nervesystem. Bessel van der Kolk har beskrevet, hvordan traumatiserede mennesker ofte *"lose their way in the world"* (7). Reptilhjernen er ikke omkodet til vor moderne vestlige verden, til skade for naturlig forløsning af traumer.

Begrænsninger i hverdagen

Undersøgelsen viste blandt andet, hvorledes begrænsninger i hverdagen kan påvirke selvværd og identitet.

En patient havde det svært med ikke at kunne det, han tidligere tog som en selvfølge, og 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 oplevelse af ikke at føle sig noget værd.

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. I ovennævnte situation så det ud til, at vreden var 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 og vreden og opdagede, at spændingerne i ryggen forsvandt. En anden teori kunne være, at vrede var opstået efter en ufuldført kampsituation (5), og at der var tale om sympaticus påvirkning, såkaldt *overcoupling* iflg. SE-terminologi. Denne patient havde to gange været ude for ubehagelige hændelser.

Ressourcer

Undersøgelsen viste, især i slutningen af beskrivelser af psykoterapien, hvordan ressourcer trådte frem. En kvinde, 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."

Det sås, 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. Og, som det så ud på dette tidspunkt, 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 oplevede at have det anderledes godt i hele kroppen efter at have sanset, hvad der skete i hendes krop.

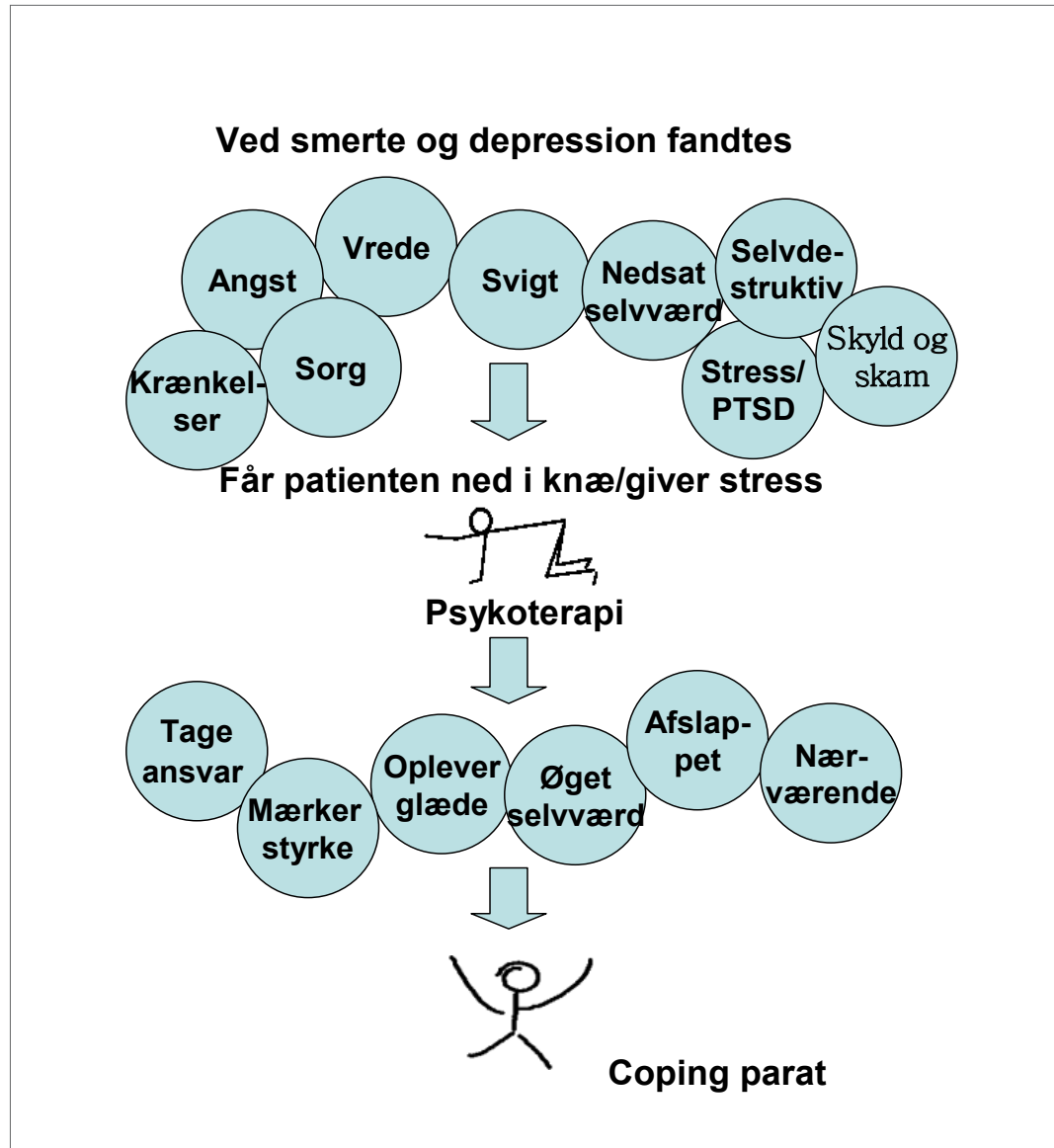
Stresssymptomer, et overordnet fund

I teksterne sås beskrevet, hvordan nogle patienter med 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 til over midnat eller mange timers kørsel i regnvejr og mørke. Vi bliver stressede, trætte og får behov for en pause. Patienter med konstante smerter kan sjældent på egen hånd finde pause for smerte, søvnmangel, tristhed, angst, magtesløshed mv. Ved langvarig stress er det velkendt, at mennesker har behov for støtte og ro for at klare sig ud af situationen (8). Ved psykoterapeutisk tilgang, hvor patienter i dette studie bogstaveligt talt fandt fodfæste via grounding og blev mødt som dem, de var, oplevede de afslapethed og endda ofte velbehag i kroppen. Øjnene slappede af, blev klare, og patienterne blev nærværende, kom til stede i nuet, fandt ro og var

oftest selv overraskede over at opleve en rar fornemmelse i en ellers smerteplaget, anspændt og stresset krop. Det er velkendt, at stress påvirker til øget kortisoludskillelse fra binyrerne medførende depressionsrisiko. Desuden, at hippocampus, en del af det limbiske system i hjernen (9), kan ses atrofiere ved længerevarende depression og stress. Ses langvarige smerter som en evig stressfaktor, der i forlængelse deraf udmønter sig i depressive symptomer, ser det ud til, at det



Tegning: Jens Nex



alt sammen er selvforstærkende. Dette fund af stress i forbindelse med smerter i ryggen og høj depressionsscore anses at være overordnet og det mest interessante i dette studie.

I undersøgelsen sås, hvordan ressourcer blev genvundet, selvværdet øget, og patienter udtrykte lyst til at handle og tage vare på sig selv.

Forskellige teorier ses i litteraturen forklare

sammenhængen mellem lænderygmerter og depression, men ingen er fundet fulgyldige. I litteraturen ses beskrevet, hvordan patienter med rygmerter ofte ses med en maskeret depression, kendetegnet ved at tristheden mangler (10). 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 det kan tænkes at være en både-og situation. Et aspekt, som nærværende undersøgelse kan være med til at pege på, da det overordnede fund netop er stresssymptomer. Det må dog understreges, at de seks 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 stresssymptomer hos patienter med stærke rygmerter og moderat depression skønnes behandling med gestaltterapi og/eller SE-metode hensigtsmæssig, da stressreaktioner blev dæmpet, og evnen til at udføre handling og tage ansvar blev øget. Dertil kom, at patienterne opnåede indsigt, fik erkendelse og igen blev i stand til at mærke egne ressourcer. Alt i alt medvirkende til øget kapacitet til at mestre smerterne i ryggen.

Litteratur

1. Ellegaard H: *Ondt i ryggen*. Tidsskriftet Sygeplejersken, nr. 14/2003; 14-26.
2. Levine Peter A: *Den tavse stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære*. Hans Reitzels Forlag 2012.
3. Clarkson, Petruska og Mackewn, Jennifer: *Fritz Perls*. Sage Publications Ltd. London; 1993; 78-98.
4. *Her og Nu. Klassiske og nye gestaltterapeutiske tekster*. Redigeret af Jørgen Lumbye. Paludans forlag, 3100 Hornbæk. 2004; 162-186.
5. Heller, Diane Poole og Heller, Laurence S: *Traumeheling. Guide til forløsning af traumer efter trafikuheld og andre ulykker*. Borgen 2005; 57-86.
6. Hart, Susan: *Betydningen af samhørighed*. Hans Reitzels Forlag 2006; 319-338.
7. Van der Kolk BA: *Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD*. Ann NY Acad Sci 2006;1071:277-293.
8. Prætorius, Nadja U: *Stress – det moderne traume*. Dansk Psykologisk Forlag 2007; 34-43.
9. Videbech, P: *Depression, stress og hjernefunktion: Moderne depressionsopfattelse*. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning nr. 11-2005.
10. Joukamaa, M: *Depression and back pain*. Acta psychiatr Scand 1994; Suppl 377: 83-86.



Hanne Ellegaard er psykoterapeut MPF. Diplomeret gestaltterapeut fra Nordisk Gestalt Institut. Uddannet choktraume terapeut/Somatic Experiencing® Practitioner (SE). Har basisuddannelse som sygeplejerske. Ansat i Rygcenter Syddanmark, Middelfart, som psykoterapeut og med udviklings- og forskningsfunktion. Er desuden privat praktiserende.