

# HELBREDELSE AF KRONISK SMERTEPATIENT

## NY BEHANDLING AF TRAUMER

### Af FLEMMING KÆREBY

**Dette forløb kunne nemt have vist sig at være håbløst. Klienten, som jeg her vil kalde Anne, havde i forvejen en alvorlig depression, før hun fik kroniske smerter efter et kejsersnit, der blev udført uden virksom bedøvelse. Efter denne traumatiske oplevelse havde hun gennem tre år opsøgt en lang række smertelæger og andre behandlere, inklusiv en smerteklinik, men kun med midlertidig smertelindring til følge.**

Efterhånden havde Anne opgivet håbet om nogensinde at blive helbredt, men en dag opfordrede en smertelæge hende til at opsøge en psykoterapeut, der arbejdede med Somatic Experience (SE). Hun henvendte sig til mig med et meget spinkelt håb om hjælp, men i løbet af 24 sessioner lykkedes det at helbrede hende fuldstændigt. Det krævede dog en kombination af traumeterapi, træning i kropsbevidsthed, støttende berøring på skuldrene og til sidst samtaler om stress.

#### Forhistorien

Sagen drejer sig om en kvinde midt i 30'erne, der var hårdt ramt af belastninger. Hendes forhistorie var: Da Anne var først i 20'erne, blev hun ramt af en alvorlig depression. Det tog to år, før en psykiater fandt frem til en medicinsk behandling, der kunne stabilisere tilstanden: klassisk tricyclisk antidepressiv medicin, der blev forstærket med et anti epilepsimiddel. Og der gik yderligere et år, før virkningen var stabil. Anne har fortsat den medicinske behandling lige siden.

Da Anne blev gravid, da hun var først i 30'erne, var hun i risiko for at få en fødselsdepression. Hun blev derfor tilbudt forebyggende samtaler og stillet i udsigt, at hun ville få særlig støtte på barselsgangen. Men en af de forebyggende

samtaler med en jordemoder faldt uheldigt ud, da Anne prøvede at diskutere den mulighed, at bedøvelsen ikke ville virke under den planlagte operation med kejsersnit. Jordemoderen affejede diskussionen ved at sige: "Det sker ikke for dig."

Da barnet blev født ved kejsersnit, blev Annes værste mareridt til virkelighed, for rygmarsbedøvelsen virkede ikke. Hun skreg af smerte i halvanden time og fik naturligvis et traumatisk chok. Og personalet tilbød ikke samtaler, hvor den forfærdende oplevelse kunne bearbejdes. Anne forsøgte at rejse spørgsmålet ved en lægesamtale, men også dette forsøg løb ud i sandet.

Fordi det traumatiske chok satte sig i kroppen som kroniske smerter, opsøgte hun i de følgende tre år en lang række behandlere. Hun blev fx behandlet på en smerteklinik med samtaler, varmtvandstræning, pilates og akupunktur, men uden at de kroniske smerter forsvandt. Nogle af behandlingerne havde en positiv virkning i startfasen, men virkningen aftog, fordi hun havde tendens til at gendanne et muskelpanser i et ubevidst forsøg på at undgå at mærke traumat. Hvor naturlig denne mekanisme end er på kort sigt, så vil den gendanne smerterne på længere sigt.

Efter tre år var der en behjertet smertelæge, der gjorde Anne opmærksom på, at hun måtte være traumatiseret, fordi hun gendannede muskelpanseret, så snart behandleren havde opløst det. Lægen opfordrede hende derfor til at opsøge en SE-terapeut.

#### Henvendelsen

Anne havde på SE-foreningens hjemmeside set, at jeg ud over at være psykoterapeut MPF også er uddannet som cand. scient. i fysiologisk biokemi, så lægen mente, at jeg havde gode faglige



FOTO: LIANNE ERVOLDER

forudsætninger. Anne beskrev derfor sit forløb i en e-mail til mig og spurgte, om jeg troede, at hendes problem var et choktraume, og om jeg kunne hjælpe hende. Samtidig skrev hun, at hun var meget utålmodig efter at få et almindeligt liv tilbage, hellere i går end i morgen.

Jeg forstod, at hun var blevet yderligere traumatiseret i behandlingsforløbet, og at hun nu snart ikke havde meget håb tilbage. Jeg fornemmede, at hun havde haft ressourcer til at tilkæmpe sig behandling, men at kræfterne nu var ved at ebbe ud. Dvs. at hendes jeg-tilstand var domineret af håbløshed, og at hun kun i glimt var i stand til at mobilisere kampgejst eller bare håb.

Jeg skrev til hende, at smerterne godt kunne skyldes et choktraume, og at jeg ville kunne hjælpe hende, hvis hun var i stand til at arbejde med sine kropsfornemmelser. Det ville være nødvendigt først at undersøge, om hun kunne skifte jeg-tilstand ved at indgå i den halvvejs

tranceagtige tilstand, hvor man arbejder med sine kropsfornemmelser, men det ville jeg kunne afgøre i løbet af den første time. Ellers ville jeg ikke kunne love at hjælpe hende med SE-terapi.

Jeg begyndte den første time med at forklare om traumatiseringsmekanismen. Jeg forklarede, at et traumatisk chok opstår ved, at man gennemløber tre grader af stress (Kæreby 2010), og at chokket nemt bliver kronisk, hvis man ikke får hjælp til at orientere sig. Desuden undersøgte jeg, om Anne kunne arbejde med sine kropsfornemmelser. Heldigvis opdagede jeg, at Anne havde en god fornemmelse i fodsålerne, som nærmest kunne gribe fat i underlaget. Dette kunne forstærke hendes fornemmelse af jordforbindelse og på den måde forhindre, at hun blev overvældet og billedligt talt slået omkuld af angst. Den fornemmelse kunne jeg vende tilbage til, når angsten blev for høj.

### Forklaring om behandlingen

Jeg brugte den anden time på at forklare behandlingsteknikken. Jeg forklarede, at den første forudsætning for, at hun kunne bearbejde traumet, var, at hun kunne indgå i en tilstand, der svarede til langsombølget søvn (Harper et al. 2009).

Artiklen af Harper et al. gør det klart, at alt, hvad man oplever om dagen, registreres i to separate hjernestrukturer sådan, at det følelsesmæssige indhold registreres i amygdala, mens det objektive 'tid og sted'-indhold registreres i hippocampus. Når vi falder i søvn, optræder langsombølget søvn (*Slow Wave Sleep*) med delta-bølger, der har en frekvens på 1-4 Hz. Denne tilstand vil integrere den følelsesmæssige og den objektive komponent, og dette muliggør, at registreringen flyttes til gyrus cinguli anterior i højre hjernehalvdel. Dette er en væsentlig grund til, at det er vigtigt at kunne sove.

I tilfælde af at vi ikke har været engageret i oplevelsen, så der ikke er nogen følelsesmæssig komponent, får registreringen lov til at henfalde, så den ikke optager plads i langtidshukommelsen. Men i tilfælde af en traumatisk oplevelse,

## FAKTA – TRE GRADER AF STRESS

Udgangspunktet er en tryk tilstand i kærlige omgivelser, altså en situation hvor man slet ikke har stress. Anatomisk er der aktivitet i den del af det parasympatiske nervesystem, som udspringer forrest (latinsk betegnelse: ventral vagus). Aktiviteten består i at berolige hjertet. Og denne ventrale vagus er forbundet med ansigtsfølelsenerven, så en livlig aktivitet i ansigtsmimik vil styrke den beroligende indflydelse på hjertet.

Når man er i kærlige omgivelser, er der også aktivitet i den del af det parasympatiske nervesystem, der udspringer bagest (latinsk betegnelse: dorsal vagus). Denne aktivitet fremmer fordøjelsen, som stimuleres optimalt. Den dorsale vagus er forbundet med den nerve (latinsk betegnelse: nervus solitarius), der påvirkes af, om kroppen er fyldt med tilknytningshormonet oxytocin eller kvalmehormonet vasopressin. I kærlige omgivelser dominerer oxytocin.

*Stress af første grad* betyder, at man undersøger, om der er fare på færde, fordi man har opfanget et truende sanseindtryk. Anatomisk indebærer denne orienteringsaktivitet, at det parasympatiske nervesystem kobles fra og ophører med at berolige hjertet og med at hæmme det sympatiske nervesystem, som derved får mulighed for at aktiveres. Hjertet er kroppens motor, som stiller energi til rådighed for orienteringsaktiviteterne, både fordi den parasympatiske bremse kobles fra, og fordi den sympatiske speeder kobles til. Samtidig spares på energien til fordøjelsen, som derved sættes i stå.

*Stress af anden grad* indebærer kamp eller flugt. Anatomisk forudsætter denne store energiudfoldelse, at hypothalamus og hypofysen, der begge findes i hjernen, sender besked med blodet til binyrerne om at udskille adrenalin og cortisol, der yderligere øger hjerterytmen og mobiliserer stofskiftet til at levere energi til musklerne.

*Stress af tredje grad* betyder, at man kollapse, fordi man er overbevist om, at man nu skal dø. Anatomisk er det den dorsale vagus, der nu domineres af kvalmehormonet vasopressin og får hjertet til at gå næsten i stå og snører bronchierne sammen, så man dårligt kan trække vejret.

hvor amygdala er fyldt til bristepunktet, er der ikke plads til nogen integration, og derfor bliver registreringer ikke flyttet til langtidshukommelsen, men forbliver i korttidshukommelsen for evigt. Eller rettere sagt, den forbliver i korttidshukommelsen, indtil hjernen har regnet ud, hvad man skal gøre i tilfælde af, at den samme katastrofe indtræffer igen. Hukommelsen bearbejdes faktisk, som om formålet er at lære af sine erfaringer, hvordan man håndterer livets store udfordringer.

Det interessante er nu, at flytningen af registreringer finder sted i to faser. Den første fase er udelukkende en fysiologisk integrationsproces, mens der i den anden fase tilføjes et narrativ fra sprogcentret i venstre hjernehalvdel, hvorved registreringer forankres i langtidshukommelsen. Eksistensen af den første fysiologiske fase forklarer således, hvorfor kropsterapi virker. Imidlertid er den anden fase, der omfatter nar-

rativet, absolut også nødvendig for at forankre begivenheden i langtidshukommelsen i venstre pandelap.

Med andre ord: Der er tre betingelser, der skal være opfyldt. Den første betingelse er en tilstand af *Slow Wave Sleep*, som opnås ved at bede klienten om at være opmærksom på sin indre verden i form af kropsfølelser. Den anden betingelse går ud på at beskrive kropsfølelser i forløbet så nøjagtigt som muligt. (Det vil nemlig opregulere hippocampus og nedregulere amygdala, som ellers nemt kan blive følelsesmæssigt overvældet.) Den tredje betingelse går ud på, at man i fantasien forestiller sig en handling, der ville have afværget traumat. Hjernen kan ikke vide, om handlingen er realiserbar, så det behøver ikke at være en realistisk handling.

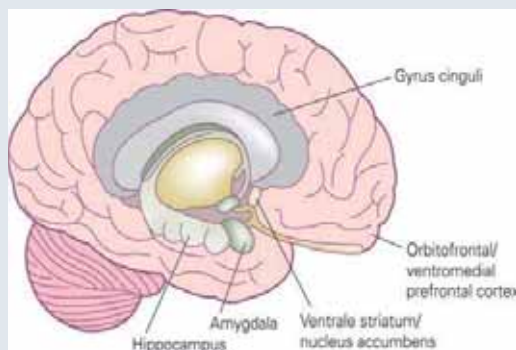
Denne forestilling dannes nemlig i den højre,

## HJERNENS BEARBEJDNING AF EN TRAUMATISK OPLEVELSE

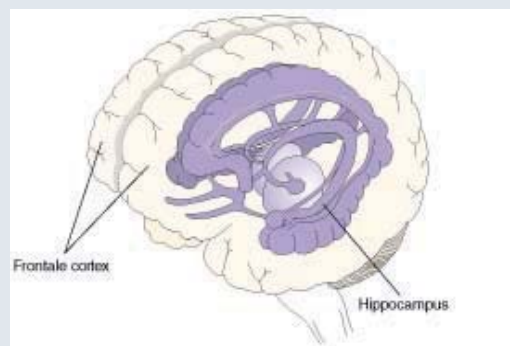
Det eneste, der kommer ind i hjernen udefra, er sanseindtryk. Der må altså foregå en bearbejdningsproces, der gør det muligt først at *sanse* – siden at *føle* – dernæst at *tænke* – og endelig at *fortælle* om oplevelserne gennem en stadig stigende abstraktionsproces. Hensigten er her at beskrive den rute, som denne bearbejdning gennemløber. Af pædagogiske grunde er beskrivelsen stærkt forenklet.

Tegningen til venstre er skematisk og indeholder betegnelser for en række strukturer i højre hjernehalvdel, hvor bearbejdningen af traumatiske oplevelser foregår.

Tegningen til højre er en anatomisk korrekt perspektivtegning uden ret mange strukturbetegnelser. Den viser ganske vist hjernen set fra venstre side, men bortset fra det er den bedst til at illustrere det meste af bearbejdningsprocessen.



Tegningen stammer fra Høvik og Plessen: *Emosjonsregulering og motivasjon hos barn med AD/HD*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 23, 2. desember 2010, 130:2349-52. Gengives med tilladelse fra Tidsskriftet.



Tegningen stammer fra Sundhedsstyrelsens rapport *Rusmidlernes biologi - om hjernen, sprut og stoffer* af Henrik Rindom. Sundhedsstyrelsen marts 2000. Gengives med tilladelse fra Sundhedsstyrelsen.

Hjernens bearbejdning af en traumatisk oplevelse tager udgangspunkt i sanseindtryk, som samles i thalamus på toppen af hjernestammen. Thalamus er den ægformede struktur midt i hjernen på den højre tegning. Bearbejdningen følger en nervebane fra midten af thalamus og rundt i en bue ned forbi hippocampus og frem til amygdala, som findes for enden af hippocampus. Denne nervebane er den inderste del af det limbiske system. Hippocampus registrerer nøgternt det objektive indhold i oplevelsen, mens amygdala udvider den emotionelle betydning – er det farligt? Hvis det emotionelle indhold er så voldsomt, at amygdala fyldes helt op, bliver amygdala endestationen, og den traumatiske oplevelse bliver stående som en lyslevende registrering af en evig gentagelse af katastrofen.

Hvis det derimod lykkes at nedregulere amygdala, bliver der plads til at integrere det faktuelle indhold fra hippocampus, så oplevelsen kan arkiveres i langtidshukommelsen. Det foregår ved at sende den integrerede oplevelse tilbage gennem hippocampus, men i en mere yderlig bane i det limbiske system, nemlig i den ring, der kaldes gyrus cinguli, og hvor den forreste del kaldes gyrus cinguli anterior. Her opstår den første primitive kategoriale tanke, som oplevelsen kan arkiveres under. Fx: Dette var et overgreb!

Nu er processen nået frem til den struktur, der kaldes ventrale striatum/nucleus accumbens på den venstre tegning. Men denne struktur er kun aktiv, når man indtager nydelsesmidler, så den indgår ikke i bearbejdning af traumer. I stedet forlader processen det limbiske system og træder ud i cortex i den nederste del af pandelappen, der hedder orbitofrontal cortex. Her opstår forestillinger om handlinger, der kunne føre ud af den traumatiske situation. Siden føres processen over i venstre pandelap (kan bedst ses på tegningen til højre), hvor bearbejdningen foregår med hjælp fra sprogcentret – og nu er oplevelsen endelig bearbejdet så meget, at den er blevet til en erindring om noget forfærdeligt, der skete engang, men som nu er overstået.

ubevidste pandelap, nærmere bestemt i orbito-frontal cortex, der kun kan arbejde med sammenligning af billeder af forskellige situationer. Hvis orbitofrontal cortex finder lighedspunkter mellem to situationer, kan det føre til forestillingen om, at man kan overføre en handling fra en tidligere situation til den nuværende traumatiske situation. Denne forestilling vil straks medvirke til at igangsætte hjernens bearbejdningsproces, som jo forløber, før der bliver mulighed for at afprøve, om handlingen kan realiseres i praksis.

Når disse tre betingelser er opfyldt, samtidig med at oplevelsen fastholdes i opmærksomheden, vil i det mindste noget af den traumatiske oplevelse blive flyttet fra amygdala og hippocampus til gyrus cinguli anterior i højre hjernehalvdel. Det er på den måde, en registrering i korttidshukommelsen bliver forvandlet til en erindring i langtidshukommelsen, hvilket betyder, at et flashback ikke længere opleves, som om begivenheden sker igen, men som en erindring om en skrækkelig hændelse, der skete for længe siden.

### **Behandlingen af traumet**

Efter at have forklaret behandlingsmekanismen lod jeg Anne fortælle sin historie, men med den opgave i baghovedet at hun skulle prøve i fantasien at forestille sig en handling, som kunne bringe hende ud af traumet, hvis hun blev udsat for den samme trussel en gang til.

Anne fornemmer, at den mandlige anæstesisygeplejerske, der er til stede under operationen, er et godt menneske, fordi han fortæller hende, hvad der skal foregå under operationen. Hun kan derfor godt forestille sig, at han, når hun krummer ryg i smerte, vil opfatte det som et signal om, at hun beder om en ny rygmarsbedøvelse. Og hun kan godt forestille sig, at han faktisk kan krybe ind under operationslejet og give hende en ny blokade, som fjerner smerterne. Det er en fantasi, som flytter noget af traumet væk fra amygdala. Men flere gange undervejs måtte jeg bringe hende ud af angsten ved at henlede hendes opmærksomhed på fornemmelsen af den gode kontakt med underlaget, som hun har i fod-sålerne.

Jeg forsøgte også at aktivere orienteringsinstinktet ved at arbejde med den samtale, som Anne havde haft med sin jordemoder før operationen. Vi arbejdede generelt med situationer, hvor Anne havde mere eller mindre held med at blive hørt. Når det lykkedes, følte Anne det, som om brystkassen blev mere rank og udvidede sig, så vejtrækningen blev lettere.

I gode øjeblikke havde hun slet ingen smerter og følte en energi, der strålede fra maven ud i hele kroppen. Det er sådan en jeg-tilstand, hun gerne vil have resten af livet, siger hun. Det er altså en side af sig selv, som hun allerede har udviklet, og som hun kan indtage i glimt – det gælder bare om at få den til at fylde mere og mere af hendes liv.

For at hjælpe processen på vej foreslog jeg, at hun forestillede sig, at hun havde sin hjerteveninde med til samtalen med jordemoderen, fordi veninden har en evne til at tale til mennesket bag den professionelle facade. Fantasien om at have veninden med gav hende styrke til at blive hørt i samtalen med jordemoderen og flyttede mere af traumet væk fra amygdala.

På dette tidspunkt i forløbet havde hun en konsultation hos en smertelæge, der konkluderede, at hun ikke længere dannede muskelpanser, hvilket kunne ses som tegn på, at SE-terapien havde hjulpet.

### **Forebyggelse af tilbagefald**

Nu var det altså lykkedes i løbet af otte sessioner at få hende ud af håbløsheden, men det var for tidligt at give slip på terapien. Ganske vist havde hun opnået fremskridt ved at komme fra 3. grads stress til 2. grads stress, men samtidig var hun kommet fra asken og i ilden. Der var nemlig store udfordringer forbundet med den begyndende tro på, at hun kunne blive helbredt. Og der var risiko for, at hun ikke magtede udfordringerne og derfor ville ryge lige tilbage i 3. grads stress.

Anne frygtede selv, at hun ville tage for hårdt fat, når smerterne nu var forsvundet, og at de derfor ville komme igen. Fx fortalte hun, at hun havde været fem dage om at komme sig efter det sidste tilbagefald, hvor hun havde presset sig



FOTO: LIANNE ERVOLDER

selv og sin krop så meget, at hun var faldet om på køkkengulvet, mens hun lavede mad. Hun vidste godt med sin hjerne, at hun skulle tage hensyn til sit helbred, men hendes krop troede ikke på det.

Jeg sagde, at hun måtte bruge sine sanser til at mærke tilstanden i sin krop. Ved at bruge sine sanser – hvoraf de fleste jo er lokaliseret i ansigtet – stimulerer hun sin ansigtsmimik, og dette vil rent fysiologisk føre til en beroligende dæmpning af hjertet via det ventrale vagus kompleks (Kæreby 2010). Herved mobiliserer hun 1. grads stress, fordi hun undersøger, hvad kroppen trænger til, og hun nåede da således også frem til, at lige nu var hun i sikkerhed (0. grads stress), så kroppen trængte til at slappe af.

Der er altså tale om at skifte jeg-tilstand, ikke ved at spænde musklerne for at bekæmpe angsten, men derimod ved at bruge sanserne for at stimulere nervesystemet til at konstatere, at man lige nu er i sikkerhed.

Således gik der i alt 19 sessioner, før de akutte faser var overstået, og vi kunne fokusere på den tidlige traumatiske spaltning af psyken, som måske ligger forud for sprogdannelsen, men alligevel kan ligge til grund for de senere traumer.

### Nonverbal kommunikation

I den 20. time fortalte Anne, at hun var så anspændt, at hun ikke kunne sove, og hun ville gerne have hjælp til at få afløb for spændingerne. Jeg besluttede nu at forsøge at hjælpe hende med nonverbal tovejs kommunikation eller støttende berøring. Det er jo ikke altid muligt at finde frem til de psykiske årsager til spændingerne, men jeg havde en intuitiv fornemmelse af, hvilken del af hendes krop der trængte til støttende berøring, og når jeg gjorde forsøget, kunne hun be- eller afkræfte min hypotese. Derved førte vi en nonverbal dialog.

Som forberedelse begyndte jeg med at lægge hænderne på hendes skuldre, for at hun kunne opleve torsoen som en beholder, der skulle rumme hendes følelser. Det fik hende til at græde, men det var samtidig så rart, at hun faldt til ro og blev klar i hovedet. Hun sagde, at der åbenbart var to skoler inden for kropsterapi, for fysioterapeuten ville have hende til at slappe af, mens Mensendieck-læreren ville have hende til at bruge musklerne til at forebygge spændinger.

Jeg kombinerede de to skoler ved at sige, at hun ikke skulle spænde musklerne så meget, at hun aktiverede stresshormonerne, men gerne måtte spænde musklerne den lille smule, som er nødvendigt for kun at aktivere det sympatiske nervesystem uden at aktivere stresshormonerne.

Det mobiliserer en tilstand af 1. grads stress, så hun kan orientere sig om, at hun er i sikkerhed, så hun kan føle sig tryk og derved slappe af.

Det fik hende til at forestille sig, at hun var Holger Danske, som var meget bred og lav og udstrålede en vældig ro. Hun oplevede også, at jorden under hende var helt rolig. Så hun havde virkelig god jordforbindelse og kunne ikke væltes omkuld.

Hun sagde dog, at hun ind i mellem godt kunne tænke sig en Gud, som kunne tage ansvaret for, at hendes arbejdsopgaver blev udført perfekt, men jeg sagde, at man nogle gange kunne finde et sted inde i sig selv, hvor man var storsindet, og hvor man tænkte, at arbejdet ikke behøver at være perfekt for at være godt nok.

Efter nogle timer med støttende berøring på skuldrene følte hun sig fyldt med virkefrang og fri for fysiske begrænsninger. Nu ville hun nyde sommeren og derefter vende tilbage for et eftersyn.

### Afslutning

Efter et par måneders pause vendte Anne tilbage. Hun havde været fri for smerter, selv om hun ikke havde fået nogen behandling i et par måneder. Men hun havde glemt at afspænde sin krop i den seneste tid, så nu måtte hun snart til akupunktur igen. Det oplevede hun dog kun som en naturlig følge af, at hun ikke havde været opmærksom på sin krop et stykke tid.

Grunden til, at hun henvendte sig til mig i denne omgang, var, at hun følte sig stresset på sin nye arbejdsplads. Det virkede uoverskueligt for hende både at passe det nye job og at passe sin familie med mand og barn. Så hun spurgte mig, om jeg kunne hjælpe hende med det problem, lige som jeg havde hjulpet hende med smerterne.

Jeg sagde nu, at det ikke var noget nederlag, hvis hun var stresset – det betød bare, at hun havde brug for lidt støtte til at komme på fode igen. Og så rundede vi hele terapiforløbet af med almindelig samtaleterapi.

Denne case viser, at jeg kunne helbrede klienten for de kroniske smerter og traumat, men at det var nødvendigt at improvisere og bruge supplerende psykoterapi, efter at SE-terapien havde udløst et vendepunkt i terapiforløbet.

Et halvt år efter terapiens afslutning fortalte Anne, at hun stadig havde det rigtigt godt og trivedes med både job og familie.

### Litteratur

Kæreby, F: *Psykofysiologisk Traumeterapi*. Psykoterapeuten 3, 2010, 6-13.

Harper, ML, Rasolkhani-Kalhorn, T, and Drozd, JF: *On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights From qEEG Studies*. *Traumatology* 15 (2), 2009, 81-95.



Flemming Kæreby er uddannet SE-Practitioner, psykoterapeut MPF og cand. scient. i fysiologisk biokemi. Han er privatpraktiserende psykoterapeut og er desuden medlem af SE-foreningens forskningsudvalg, skriver artikler, holder kurser og foredrag om psykofysiologisk traumeterapi.