

Kulturella aspekter på smärta:

Smärtbeteende – symtom eller kommunikation?

Smärtbeteende kan ses som ett språk i ett visst socialt och kulturellt sammanhang, präglad av personlighet, erfarenheter, attityder, värderingar och föreställningar om långvarig smärta. Smärtbeteende kan förmedla såväl oro för vad smärtan symboliserar som personliga svårigheter. Medikalisering kan förstärka oron samt öka den inaktivitet och kommunikation av smärta som är vanliga hos dessa patienter.

En patient med markant smärtbeteende är huvudperson i ett spel där olika budskap förmedlas genom kroppsspråk samt ett verbalt och icke verbalt språk, på en viss scen med aktiva eller passiva åskådare.

I fall av kronisk benign smärta är presentationen av smärta endast den synliga toppen av ett isberg, där en rad fysiologiska, personlighetsmässiga, psykologiska, existentiella, socioekonomiska, samhällsliga och antropologiska faktorer samverkar till ett visst smärtbeteende [1]. Figur 1 ger en schematisk översikt.

Eftersom det är omöjligt att i en artikel beröra allt detta har jag här begränsat mig till ett kulturellt och pragmatiskt synsätt på markanta smärtbeteenden sett ur ett primärvårdsperspektiv.

Stress som språk

En distriktsläkare har alltid den enskilda patienten som riktmärke och förhandlingspartner. Patientens personlighet och individuella bakgrundsfaktorer är en självklar del i diagnostik och behandling. För att kunna tolka smärtbe-

teenden måste man emellertid också ta med den samhällsliga, sociala och kulturella bakgrunden. En kort medicinhistorisk och socialantropologisk genomgång kan därför vara till hjälp, inte minst för att belysa egna attityder och föreställningar.

Varje epok, samhälle och kulturgrupp har sitt sätt att reagera på yttre eller inre, psykisk eller fysisk belastning. Sådana stressspråk (idioms of distress) är grupp- och tidsspecifika och dess psykosomatiska uttryck, där smärta ofta ingår, är förlagda till olika organsystem.

De medicinska benämningarna på tillstånden varierar – t ex neurasteni, hysteri, kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi – liksom förmodad etiologi och behandling över tidsepoker och med sociala förhållanden. Enligt vissa författare torde det iatrogena bidraget till dessa epidemier vara avsevärt [2].

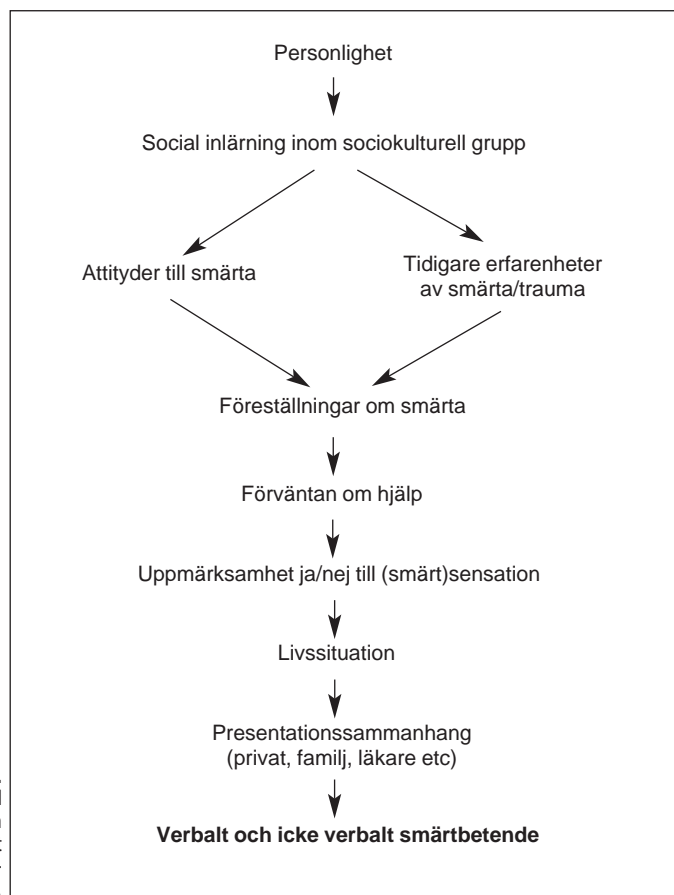


SERIE Mångkulturell vård

Detta är det andra avsnittet i serien. De två första artiklarna var införda i nr 10/98.

Allmänna, individuella och kulturella aspekter

Allmänt. Akut smärta ger psykologiska och fysiologiska reaktioner som speglas i beteendet samtidigt som bete-



Figur 1. Schematisk bild av faktorer som medverkar till ett visst smärtbeteende.

Författare

MONICA LÖFVANDER

med dr, distriktsläkare vid Rinkeby vårdcentral och forskningsläkare vid enheten för allmänmedicin, Stockholm.

endet delvis är inlärt [3]. Kronisk smärta är däremot ett mycket mer komplext fenomen som färgas av och färgar personligheten. Den kroniska smärtan kan utvecklas till ett livslångt, invalidiserande tillstånd med ett mer eller mindre påtagligt smärtbeteende som väsentligt inslag [4].

Kultur och sammanhang. De gemensamma beteenden som lärs in från person till person i ett socialt och kulturellt sammanhang (familj, samhälle, social klass, religion etc) består av både externa komponenter (uppförande) och interna komponenter (attityder, föreställningar). Smärtbeteenden är »ärftliga» och lärs in genom imitation av beteenden hos närstående samt genom att vissa beteenden belönas [3].

Den sociokulturella bakgrunden och sammanhanget influerar därmed hur människor upplever ett symptom som smärta, hur de beter sig, hur de beskriver smärtan, när och var den förvandlas från privat till offentlig angelägenhet, liksom när och till vem människor vänder sig för att söka hjälp [5].

Bakgrund och sammanhang formar personens tolkning av smärtans betydelse – om smärtan kan anses vara normal och därmed en accepterad del av livet, eller onormal och därför ej acceptabel. Smärtbeteendet präglas av tidigare erfarenheter och av till vem och när smärtan presenteras, vilken hjälp man kan vänta sig att få samt eventuella fördelar av ett smärtbeteende (sekundär sjukdomsvinst).

Dessutom påverkas beteendet av den förmodade orsaken till smärtan – om den anses orsakad av naturkrafter (t ex vädret), övernaturliga krafter (Gud; det onda ögat), omgivningsfaktorer (bakterier) eller personbundna orsaker (ärftlighet, personlighet). Här spelar också upplevelse av kontroll över symtomen in – dvs om patienten kan reglera värken eller smärtan genom egna aktiva åtgärder (intern kontroll) eller om smärtan uppfattas som omöjlig att kontrollera (extern kontroll).

Kulturbundna attityder

Som västerländskt utbildade läkare, uppfostrade i att se kropp, själ och yttre värld som separata fenomen, upplever vi ofta patienternas symptom som mer verkliga om de kan förklaras med fysiska eller psykiska avvikelser. Dessa avvikelser eller sjukdomsdiagnoser förutsätts ha en unik klinisk bild med bestämda subjektiva och objektiva tecken och ett bestämt naturalförlopp [5].

Mot detta tankesätt kan ställas vissa afrikanska kulturer där sjukdom, inklusive smärta, kan uppfattas som orsakad av störda mänskliga eller andliga relationer. Därmed förknippas smärta mer sällan med den egna kroppen.

I buddismen, liksom i många andra religioner, betraktas smärtan som en del av livet och som något man därför kan nonchalera. Andra religioner betraktar smärta som orsakad av obalans i fördelningen av vitalenergi.

Också språket speglar synen på smärta. I indoeuropeiska språk betonas smärtans fysiska aspekter, exempelvis intensiteten, medan i andra språk tonvikten istället läggs på smärtans kvalitet, om smärtan exempelvis är ytlig eller djup, eller om orsaken är känd eller okänd.

Kan undervärdera smärtan

Läkares och sjuksköterskors värdering av smärta präglas av utbildning och yrkeserfarenhet. Detta, tillsammans med det faktum att smärta är en subjektiv upplevelse, gör att vårdpersonal tenderar att undervärdera patienternas smärta [6]. Egna erfarenheter av smärttillstånd spelar emellertid in i medkännandet med patienten och utgör sannolikt en värdefull del av den kliniska kompetensen [7].

Inom den svenska vården tenderar vi att möta en patient som uttrycker oförmåga att arbeta på grund av smärta – särskilt om smärtan är av okänt ursprung – med misstro och irritation. Men värk kan också utgöra grund för befrielse från vissa sociala förpliktelser, något som kan dokumenteras exempelvis genom sjukintyg.

Indirekt förutsätts ändå att patienten önskar bli bra samt är motiverad att aktivt delta i behandlingen. En stoisk attityd tenderar alltså att premieras av oss läkare, medan utagerande eller passiva smärtbeteenden betraktas med tvivel eller anses opassande.

Olika toleransnivå för smärta

En vanlig fråga i multietniska vårdssammanhang är om det finns etniska skillnader i smärttröskel. Det finns dock inga säkra studier om detta. När det gäller tolerans för smärta fann däremot Woodrow (1972) i en amerikansk experimentell studie att äldre människor tolererade djup smärta sämre än yngre, och att män tolererade betydligt mer än kvinnor, samt att vita stod ut med mer smärta än svarta och orientaler [8].

I en annan experimentell studie av smärttolerans framkom vissa skillnader mellan etniska grupper. Dessa skillnader försvann dock vid förnyad testning sedan deltagarna informerats om resultaten från det första försöket [9]. Experimentella studier om smärttolerans bör därför tolkas med försiktighet eftersom de metodologiska svårigheterna i denna typ av studier är betydande.

Flera amerikanska studier berör affektiva uttryck och beteenden vid smärta. Exempelvis fann Thomas och Rose

(1991) signifikanta skillnader mellan afroamerikaner, västindier, anglosaxare och asiater i beskrivningen av smärtan vid håltagning i örat [10]. Någon skillnad mellan män och kvinnor fann de ej.

Sättet att verbalt uttrycka smärta förefaller dessutom vara starkt ärftligt. Således fann Greenwald i USA i en studie bland cancerpatienter att affektiva uttryck för smärta var påfallande lika hos ättlingar i olika grupper av invandrare [11]. Bates och Rankin-Hill (1994) fann att en grupp smärtpatienter i USA av polsk börd upplevde större egenkontroll av smärtan än latinamerikanska patienter, vilka oftare ansåg att de själva inte på något sätt kunde påverka smärtans intensitet [12].

Tolkningar av etniska skillnader i beteenden måste också korrigeras för sammanhanget, dvs när, hur, av vem och var betraktandet sker. I en intervjustudie i Sydafrika ansåg exempelvis de tillfrågade sköterskorna – oberoende av etniskt ursprung – att män tolererar mer smärta än kvinnor [13]. I London däremot ansåg en majoritet av kvinnorna och männen av olika etniskt och sociokulturellt ursprung att kvinnor tolererar mer smärta än män [14].

Föreställningar om smärta påverkar beteendet

Föreställningar om smärtans orsak och förlopp har sannolikt stort inflytande på smärtbeteendet [15]. Ett och samma beteende, exempelvis gråt och klagan, kan fylla olika funktioner. För mexiko-amerikaner kan detta beteende vara ett sätt att lindra smärta medan det för amerikaner av italienskt ursprung kan betyda att de önskar smärtlindring [6].

Att likartat smärtbeteende kan ha sin grund i olika föreställningar och attityder beskrevs av Zborowski för 45 år sedan i en studie av smärtpatienter av olika etniskt ursprung på en sjukhusklinik i USA. Patienterna med italienskt påbrå visade demonstrativt, både verbalt och icke verbalt, att de hade ont [16]. Intervjuer med dessa patienter visade att de endast ville bli kvitt smärtan och att de därför på alla sätt försökte påkalla personalens uppmärksamhet. När de fick smärtlindring var de nöjda och beteendet försvann.

Också patienterna av judiskt ursprung var ofta demonstrativa i sitt beteende, men till skillnad från patienterna med italienskt påbrå upphörde de inte med beteendet trots smärtlindring. Förklaringen ansågs vara att patienterna i denna kategori hade pessimistiska föreställningar om att någonsin kunna bli botade. Deras misstro resulterade i grubblerier och oro över eventuella orsaker till smärtan och över konsekvenserna för framtiden.

Ett tredje förhållningssätt såg Zbowski hos patienterna med anglosaxisk bakgrund, vilka mestadels hade en faktainriktad attityd till sin smärta, en attityd som avspeglades i deras stoiska beteende.

Somatisering ett medel att hantera kulturell stress

Somatisering är ett sätt att uttrycka obehagliga känslor genom att presentera fysiska symtom. Somatisering är vanligt förekommande över hela världen som ett socialt accepterat och effektivt sätt att erhålla hjälp. Men även ospecifika somatiska symtom, där smärttillstånd av olika slag ingår, är mycket vanliga och därmed också vanliga som entrebiljett till vården.

Flera författare har påpekat att somatisering främjas av lagar och förordningar om ekonomisk ersättning vid sjukdom, och inte minst av iatrogena faktorer [17].

Smärta kan vara ett sätt att förhandla i en besvärlig familjesituation. Men för att ett smärtbeteende skall kunna belönas måste sjukdomen accepteras i det kulturella sammanhanget, dvs i familjen eller i kulturgruppen.

Familjens centrala betydelse i många icke västerländska samhällen underlättar etablering och vidmakthållande av en sjukroll. Oftast ingår också i traditionen att den sjuke måste spela sin roll som sjuk så att släktingar, vänner och anhöriga kan spela rollen som hjälpare.

När det gäller exempelvis sydeuropeiska invandrarkvinnor kan sjukrollen (här: smärtbeteendet) vara ett sätt att hantera kulturell stress orsakad av svårigheter att förena den traditionella kvinnorollen med rollen som familjeförsörjare [18]. Motsvarande gäller troligtvis också annan form av mental stress (se Fallbeskrivning 1).

Primärvården en god utsiktspunkt

Primärvården är ofta både startpunkt och slutstation, och inte så sällan också mellanstation, på den kroniska smärtpatientens resa genom vårdapparaten. Primärvårdens utsiktspunkt är därmed utmärkt för en studie av utvecklingsstadierna i det smärtspel som ett markant smärtbeteende kan vara. Som vårdgivare inom primärvården möter vi smärtstadierna i ögonblicksbilder vid den medicinska konsultationen, då vi skall tolka det vi ser och hör. Det är detta »statiska» perspektiv som huvudsakligen kommer att användas i resten av artikeln.

I bostadsområden där svenskarna blott är en minoritet bland andra etniska minoriteter, och där de sociala och ekonomiska skillnaderna är stora, händer

Fallbeskrivning 1: Kommunikation av social stress

Christos är 44 år och har gått sex år i skola i Grekland. Han har levt i Sverige i 20 år och har arbetat på fabrik och som städare. Sedan tre år tillbaka har han varit heltidssjukskriven och genomgått olika rehabiliteringar. Gång på gång har han »svimmat» när han återvänt till arbetsplatsen. Vid undersökningen bedömdes han lida av en mild depression och polyalgi UNS. Han lever under stark psykosocial stress på grund av problem inom familjen med flera dödsfall, sjuk hustru samt ekonomiska bekymmer. Han har dock många goda vänner.

Vid undersökningen har han huvudet starkt framåtlutat och han går mycket stelt. Endast genom en ytterst långsam rotationsrörelse i halsryggen klarar han att vrida huvudet något åt sidorna. I smärteckningen rapporterar han värk i mer än halva kroppen (10 av maximalt 18 poäng). En månad senare rapporterar han värk över i stort sett hela kroppen (16 poäng), och på VAS-skalan markerar han värsta tänkbara smärta (100 mm).

Smärtbeteendet som initialt var 6,5 i UAB-skalan hade ökat till 9 poäng en månad senare. Ökningen sågs i variablerna klagan, ojande, tillbringad tid i sängen, ansiktsgrimaseri och häلتa. Det mest iögonenfallande var dock tillkomst av en förvirrad kroppshållning och en ytterligare förlängsamning av rörelsemönstret.

det att man som läkare samtidigt förbryllas och fascinerats över hur pass olika människor från olika sociokulturella ursprung beskriver – med kropp och i ord – smärtan och dess konsekvenser, trots att deras åkommor är likartade.

Lindriga medicinska orsaker men avgörande konsekvenser

Från strikt medicinsk synpunkt kan ett uttalat stoiskt smärtbeteende vara mest problematiskt eftersom allvaret bakom symtompresentationen då kan förbises. Men det mest frustrerande för den västerländskt skolade distriktsläkaren är nog ändå när orsaken till smärttillståndet medicinskt sett är att betrakta som lindrig, men patienten ändå uppvisar ett beteende som förmedlar upplevelse av intensiv smärta och total oförmåga till all aktivitet under alla omständigheter, i nuet och för all framtid.

På vårdcentralen i det mångkulturella Rinkeby i västra Stockholm har vi sett det som angeläget att redan tidigt identifiera sådana patienter. Anledningen är att medicinska åtgärder i dessa fall tenderar att förstärka beteendet, till men inte bara för patienterna själva utan även för övriga familjen.

Den bristande överensstämmelsen mellan verbal/icke verbal kommunikation och tillståndets karaktär förefaller vara vanligare bland yngre personer. För att mäta sådan funktionell pålagring vid kronisk benign smärta används bl a »University of Alabama in Birmingham-skalan» (UAB), som bygger på åtta observerade och två rapporterade variabler med tre skalsteg (Tabell I). UAB-skalan är konstruerad utifrån grader av stoiskt beteende vid smärta, så ju högre skalpoäng, desto större funktionell pålagring bedöms föreligga.

52 invandrare av första generationen

Vi valde denna skala för att studera förekomsten av mer demonstrativa smärtbeteenden hos patienter med långdragna smärttillstånd av nociceptiv eller icke närmare specificerbar natur, i en studie på vårdcentralen, inkluderande 52 förstagerationens invandrare från 19 olika länder. Medelåldern var 38 år och medelsjukskrivningstiden 13 månader.

Kliniska fynd utgjordes antingen av entesopatier (2/3) eller smärta UNS (1/3). Därtill var 40 procent av patienterna deprimerade. Medianvärdet i UAB-skalan var 1,5 (medelvärde 1,8 95 percentis konfidensintervall, 1,33–2,62) [20]. Således bedömdes endast en liten andel av patienterna (6 procent) ha ett uttalat smärtbeteende definierat som 5 poäng eller mer i denna skala.

Beträffande läkemedelsanvändning var användande av analgetika vanligast men den uppgivna konsumtionen var nästan alltid den rekommenderade eller lägre. Påfallande många patienter sade sig ofta vila mer än en timme dagtid. Nästan lika ofta observerade vi mödosamma, långsamma rörelser samt upprepad smärteklagan under läkarbesöket.

Som jämförelse kan nämnas att Gramling och Elliot (1991) i ett urval om 48 amerikanska kroniska smärtpatienter fann medelvärdet på 2,5 i UAB-skalan [19]. I Göteborg noterade Lindström (1995) ett medelvärde i samma storleksordning (2,8–3,3) i UAB-skalan i en grupp personer med subakut ryggsmärta, av vilka 40 procent var utomnordiska invandrare [20].

Många var rädda för smärtan

Vi fann inga signifikanta skillnader i smärtbeteende relaterat till kön, etnicitet, skolgång, psykosocial stress eller språksvårigheter definierat som tolkbehov. Smärtbeteendet tenderade däremot att öka med sjukskrivningstiden samt med låg social funktionsnivå. Majoriteten (67 procent) av de undersökta uppvisade sig vara mycket rädda för smärtan som de ansåg vara farlig eller intensivt obehaglig. ▶

ANNONS

ANNONS

Tabell I. Skala för mätning av funktionell symtompålagring vid kronisk benign smärta, enligt University of Birmingham in Alabama.

Beteende	Frekvens	Poäng
Hörbara klagomål (verbalt)	Aldrig	0
	Ibland	0,5
	Ofta	1
Hörbara klagomål (stönande)	Aldrig	0
	Ibland	0,5
	Ofta	1
Tillbringad tid i sängen dagtid »Down time»	Ingen	0
	0–60 min	0,5
	>60 min	1
Ansiktsgrimaseri	Aldrig	0
	Antytt/sällan	0,5
	Uttalat/ofta	1
Kroppsläge i stående	Normalt	0
	Något förändrat	0,5
	Förvidrat	1
Rörelseförmåga	Ingen försämring	0
	Lätt hålla/försämrad gång	0,5
	Tydlig hålla/mödosam gång	1
Kroppsspråk t ex beröring av smärtande område	Aldrig	0
	Ibland	0,5
	Ofta	1
Användning av synliga hjälpmedel	Aldrig	0
	Ibland	0,5
	Beroende	1
Stationärt rörelsemönster	Sitter/står stilla	0
	Skiftar läge ibland	0,5
	Rör sig ständigt	1
Medicinering	Ingen	0
	Enligt förskrivning	0,5
	Begär ökade doser eller narkotiska preparat	1

Poängen i UAB-skalan korrelerade med värdet på en 100 mm lång visuell analog skala (VAS) (0,52, $p < 0,001$), liksom med antalet områden på en smärteckning (0,46, $p < 0,001$). Dessa tre mätvärden tolkades därför som olika varianter av kommunikation av smärta från patient till läkare. Frågan för oss läkare var då hur detta språk skulle tolkas i den situation där undersökningarna utfördes.

Smärtpresentation och tolkningsmöjligheter

Inadekvat smärtpresentation tycks ha olika bakgrund hos män och kvinnor. Medan män då oftare är deprimerade rapporterar kvinnor en mängd ovidkommande, ospecifika sensationer som smärta. Detta stämmer med våra egna erfarenheter. I Fallbeskrivningarna 1 och 2 (se separata rutor) ökade dessutom smärtpresentationen efter behandling, mätt i poäng enligt smärteckning och observerade variabler i UAB-skalan. Vanligast har emellertid varit att både manliga och kvinnliga patienter rapporterat avsevärt mycket mindre utbredning av smärta efter behandling [18].

Patienter rapporterade ofta minskad smärtutbredning efter behandling också när smärtbeteende och det somatiska tillståndets karaktär kvarstod oförändrade. Den senare företeelsen är ju gläd-

jande och kanske värd en betraktelse för sig.

Men hur skulle vi då betrakta de patienter som ökade sitt smärtbeteende eller redan tidigare hade avancerade smärtbeteenden mätt enligt UAB-skalan? Om vi accepterade tanken att detta till största delen handlar om kommunikation blev frågan: Kommunikerar vad till vem, när och i vilket sammanhang?

Hur skulle vi exempelvis tolka det faktum att en patient som knappt kunde röra sig i mottagningsrummet en stund efteråt sågs obekymrat släntra omkring på torget? Häpna och frustrerade kunde vi då fråga oss om patienten medvetet överdrev sina symtom. Eller var det inte simulering utan möjligen så att symtompresentationen kan variera med sammanhanget? Patienten ville kanske genom sitt beteende enbart understryka hur allvarligt han/hon själv såg på sitt tillstånd?

Ryggsmärta som dåligt omen

Det smärtbeteende som, ur vårdcentralens perspektiv, haft mest »biverkningar» i form av upprepade läkarundersökningar och sjukskrivningar har varit det passiva, lidande beteendet. I ett försök att förstå bakgrunden till sådana beteenden gjorde jag en serie intervjuer med 36 greker av första och andra generationen, både sjukskrivna och friska, om deras syn på långvarig ryggsmärta.

Fallbeskrivning 2: Kommunikation av smärtintensitet

Fatma, 38 år, kommer in i mitt rum stödd på en krycka och sätter sig mödosamt ned på stolen. Blicken är glad men trotsig. Hon har bott i Sverige i 20 år, men vill ändå ha turkisk tolk. Ej gått i skola, men har lärt sig att läsa själv. Fatma är gift och har fem barn. Hon har problem med trångboddhet och dålig ekonomi men har många goda vänner och släktingar. Sedan tre år är hon helt sjukskriven från sitt städarbete.

Den kliniska undersökningen visar multipla entesopatier i skuldrorna, längs ryggraden och över ena höften. Vid denna undersökning reagerade hon mycket starkt avvärande. Själv anser hon att hon har en oläkt arbets-skada i benet och i ryggen. Men hon är inte orolig för det, ty »doktorerna sa att jag behövde inte oroa mig för allvarlig sjukdom, annars hade jag dött. Sen dess har jag slutat oroa mej för dessa besvär».

All behandling är värdelös, förklarar hon. Det enda som lindrar värken är vila och därför vilar hon sig hemma »hela tiden». Om sin ekonomi säger hon: »Jag tycker inte att vi behöver gå in på den för det (värken) har ingenting med ekonomin eller språkproblem att göra, för jag har mina besvär på grund av annat skäl och det är det jag vill ha hjälp med alltså.» Under samtalet knackar hon flera gånger i bordet och därefter blåser hon på handen »för att befria mig från det onda», säger hon.

Smärteckningen visade 4 av maximalt 18 poäng, och hade en månad senare nästan fördubblats till 7 poäng. På VAS-skalan ville hon lägga sig till höger, dvs helt utanför skalan, men markerade slutligen maximala 100 millimeter. Poängen i UAB-skalan ökade under en månad från 2,0 till 3,5.

Mönstret i berättelserna var entydigt. Ryggsmärten betraktades som någonting levande, ett skrämmande väsen med förmåga att sprida sig i kroppen. Långvarig ryggvärk blev ett dåligt omen, ett förebud om framtida ohälsa eller snar död och därmed oförenlig med ett normalt och aktivt liv. Vidare ansågs långvarig värk leda till grubblerier som i sin tur i vissa fall kunde utvecklas till mentalsjukdom.

Dessa föreställningar, liksom oron för smärten, delades av alla familjemedlemmar. Dessutom uttryckte de äldre ofta en tillit till att barnen skulle hjälpa dem både ekonomiskt och praktiskt, och de yngre såg det också som naturligt att de skulle hjälpa sina sjuka föräldrar.

I ett annat intervjumaterial om föreställningar om långvarig värk rapporte-

rade ungefär hälften (oftast muslimer) enbart vaga föreställningar om orsaken till smärtan. Istället var de inriktade på de omedelbara aspekterna av smärtan, dess intensitet »jätteont» och frekvens »ont hela tiden», vilket medförde att de kände sig oförmögna att utföra annat än ett begränsat antal vardagliga sysslor. De var emellertid mer inriktade på nuet och var mer positiva till sin framtid än de intervjuade grekerna ovan.

Allsidig utredning före medicinsk åtgärd!

Många av de unga invandrare som deltagit i studierna har haft arbeten där smärttillstånd i rörelseapparaten är vanligt förekommande. Smärtan har orsakat återkommande läkarkontakter på vårdcentralen och annorstädes. Vid konsultationerna har, trots flitig användning av tolk, säkert funnits missar i tolkningen, inte bara nominellt utan även i fråga om betydelsen av det patienten sagt, hur det sagda har framförts, liksom av kroppsspråket.

Patienternas förväntningar om åtgärder har, tillsammans med läkarnas intresse för somatiska eller psykiska symptom, lett till medicinska utredningar och behandlingar. Dessa åtgärder har tenderat att öka patienternas oro och ångslan för allvarlig sjukdom.

Därmed kan symtomrapportering och smärt- eller sjukbeteende ha förstärkts, vilket kan ha lett till en ond cirkel av ännu fler utredningar och sjukkrivningar [18]. Ett misstänkt sådant fall finns i Fallbeskrivning 3. I våra studier av långtidssjukkrivna unga invandrare har huvuddelen dock haft klara nociceptiva smärttillstånd, där rädsla för smärtan varit vanligt förekommande.

Utförliga psykosociala anamneser har sällan varit svåra att få (Fallbeskrivning 2 är ett undantag). Vi har därmed haft anledning att självkritiskt fråga oss om vi doktorer är mer intresserade av smärtan och dess ursprung än vad patienterna är.

Dessutom har erfarenheterna av smärtbeteenden i olika sammanhang lärt oss att det är bäst att inte hasta iväg med beslut om utredningar och sjukkrivningar utan att först studera ett markant smärtbeteende ur så många olika perspektiv som möjligt.

Sammanfattning

Smärtbeteende påverkas av attityder och värderingar. Föreställningar om smärta, och rädsla för smärtan eller för dess konsekvenser, utgör ofta en väsentlig del av ett smärtbeteende vid kronisk benign smärta.

Smärtbeteende kan betraktas som en form av kommunikation i en speciell sociokulturell kontext, och kan därför te

Fallbeskrivning 3: Inlärt sjukbeteende

Somalisk man med 12-årig skolgång. Kom till Sverige 1990 och har här kompletterat sin skolgång. Blev något år senare åsyna vittne till ett rasistiskt mordförsök och sjukskrevs någon tid senare för reaktiv depression. Sjukbeteendet var då i stort sett normalt. Så småningom utvecklades misstanke på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), dels på grund av ovanstående händelse, men också för att han utvecklade ett alltmer bisarrt beteende.

Under denna tid skilde han sig också från sin hustru. Han sade sig inte orka med någonting, ej ens att umgås med vännerna. Misstanken om PTSD avskrevs så småningom och han bedömdes istället ha en svår psykisk störning.

När vi träffade honom i rehabiliteringsprojektet klagade han över yrsel och huvudvärk och han sade sig vara rädd för att ha allvarlig sjukdom i huvudet. Kliniska fynd var ömmande muskelfästen i nacken. Han markerade 78 millimeter i VAS-skalan för smärta, och gavs 6,5 poäng i UAB-skalan bland annat för att han låg i sängen så gott som hela dagarna.

Dessutom ojade och klagade han ibland men var också demonstrativt tyst i långa perioder, grimaserade ofta och stod eller satt snett på stolen med ansiktet bortvänt från oss och tolken. Svaren på frågorna var knapphändiga. När han skulle gå gick han långsamt och lutande med huvudet i ena handen. Detta uppträdande var både skrämmande och provocerande.

Hans beteende försökte vi dock i görligaste mån att negligera. Dessutom fick han skarpa tillsägelser av behandlande läkare att bete sig normalt vilket han efter två veckor också gjorde.

sig olika i en medicinsk konsultation, inom familjen och ute i samhället. Behandlande läkare måste därför tolka patientens verbala och icke verbala berättelse i dess sociokulturella sammanhang.

Referenser

1. Brattberg G. Att möta långvarig smärta. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin. Liber utbildning, 1996.
2. Johannison K. Kroppens tunna skal. Stockholm: Norstedts, 1997.
3. Bates M. Ethnicity and pain: A biocultural model. Soc Sci Med 1987; 24: 47-50.
4. Osterweis M, Kleinman A, Mechanic D, eds. Pain and disability. Clinical, behavioral and public perspectives. Washington DC: National Academy Press, 1987: 146-64.
5. Helman CG. Culture, health and illness. 2nd ed. Bristol: Wright, 1990.
6. Calvillo ER, Flakerud JH. Review of lit-

erature on culture and pain of adults with focus on Mexican-Americans. J Transcult Nurs 1991; 2: 16-23.

7. Holm K, Cohen F, Dudas S, Medema PG, Allen BL. Effect of personal pain experience on pain assessment. Image J Nurs Sch 1989; 21: 72-5.
8. Woodrow KM, Friedman GD, Siegelau MS, Collen, MF. Pain tolerance: differences according to age, sex and race. Psychosom Med 1972; 34: 548-56.
9. Sternbach RA, Tursky S. Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential response. Psychophysiology 1965; 1: 241-6.
10. Thomas VJ, Rose FD. Ethnic differences in the experience of pain. Soc Sci Med 1991; 9: 1063-6.
11. Greenwald HP. Interethnic differences in pain perception. Pain 1991; 44: 157-63.
12. Bates MS, Rankin-Hill L. Control, culture and chronic pain. Soc Sci Med 1994; 5: 629-45.
13. Martin BA, Belcher J. Influence of cultural background on nurses' attitudes and care of the oncology patient. Cancer Nursing 1986; 9: 230-7.
14. Bendelow G. Pain perceptions, emotions and gender. Sociology of Health & Illness 1993; 15: 273-94.
15. Zola IK. Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints. Am Soc Review 1966; 31: 615-30.
16. Zborowski M. Cultural components in responses to pain. J Soc Issues 1952; 16: 16-30.
17. Walker JM. Injured worker helplessness: Critical relationships and systems level approach for intervention. J Occup Rehabil 1992; 2: 201-9.
18. Löfvander M. Illness, disease, sickness. Clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care. Effects of different therapeutic approaches. [Dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet, 1997.
19. Gramling SE, Elliott TR. Efficient pain assessment in clinical settings. Behav Res Ther 1992; 31: 71-3.
20. Lindström I. A successful intervention program for patients with subacute low back pain [Dissertation]. Göteborg: University of Gothenburg, 1994.

En fullständig referenslista kan rekvideras från Monica Löfvander, Rinkeby vårdcentral, Skårbygränd 3, 163 72 Spånga.