

# Smärtans dynamik

SUSANNE EWERT är etnolog och verksam vid etnologiska institutionen vid Lunds universitet.



Nästa gång försäkringskassan kallar upp mig till sitt kontor ska jag ta en kvinna med mig från reumatikerförbundet, som själv har fibromyalgi, och så ska jag inte säga någonting utan låta henne föra min talan. Naturligtvis önskar jag inte att jag hade cancer men det hade varit enklare i kontakten med läkare och försäkringskassan om man har en sjukdom som man kan peka på, att jag faktiskt har en utväxt där, eller en cysta där, eller jag har ont precis där. Jag menar det hade varit mycket lättare om man hade haft cancer för då vet man vad man ska behandla. Alla vet vad det är frågan om och det är ingen fråga om att man ska bevisa att man har ont (Anders).

Det kom att ta tre år innan Anders överhuvudtaget uppsökte en läkare för sina besvär. Lidandet hade han uppfattat som en följd av ett flertal ansträngande projekt som krävt mycket av hans förmåga. Arbetslivet och familjen med fyra små barn medförde ett högt tempo och de ömmande musklerna, de skarpa stickningarna i olika delar av kroppen, den förlamande tröttheten blev en påminnelse om att han behövde bita ihop och jobba ännu hårdare för att klara av sina åtaganden. Samtidigt vittnade kroppssignalerna om att han stressat för mycket; att det var hans eget fel, att det var ett ansvar han inte kunde avsäga sig och lägga på någon annan. Vändpunkten kom efter att Anders lyssnat på ett radioprogram om två kvinnor med diagnosen fibromyalgi<sup>1</sup>. Genom kvinnornas berättelser öppnades ett nytt perspektiv att betrakta kännningarna. Istället för en egen förskyllan kunde Anders förstå sig själv som drabbad. Kroppsupplevelsorna eller snarare tillståndet, som Anders uppfattat synonymt med sin sociala situation och bortom hjälp av annan än honom själv, kunde nu urskiljas som erfarenheter behäftad med sjukdom. Diagnosen till trots pekar citatet ovan på att inte samtliga läkare eller handläggare på försäkringskassan betraktar fibromyalgi som en obestridlig "sjuk-

dom". Symtomen kan i Anders fall beskrivas som en realitet som i mötet med försäkringskassan måste bekräftas med mer än en diagnos.

I den här artikeln vill jag presentera några perspektiv på smärta som är centrala i mitt avhandlingsarbete. Det är i skärningspunkten mellan erfarenhet, medvetande och kultur som undersökningen tar sin utgångspunkt. Min intention är att betrakta smärta, både vetande och erfarenheter, ur ett kulturanalytiskt perspektiv. Med det menar jag att både kunskap och erfarenheter kan tolkas som tidsspecifika, att kulturella föreställningar om exempelvis kropp, medvetande och identitet utgör förutsättningar för hur smärta uppmärksammas, kategoriseras och erfars (jfr Scott 1993:400). Som jag ser det är min uppgift som etnolog, inte att uttala mig om vad smärta är eller hur smärta skall betraktas, utan att undersöka de sanningsanspråk olika berättelser ger uttryck för. Med andra ord hur vetande och erfarenheter legitimeras såväl som marginaliseras.

Materialet i essän består av tidningsartiklar, intervjuer med personal på en multidisciplinär smärtklinik<sup>2</sup>, observationer från undersökningar, samt informanternas berättelser om smärta i form av intervjuer. Mitt teoretiska ramverk kan beskrivas som konstruktivistiskt i den bemärkelsen att självförståelse (subjektivering) och meningstillskrivning (objektivering) betraktas som två sidor av samma mynt; oskiljaktiga och i ständig dialog med varandra. I det perspektivet kan erfarenheter av smärta beskrivas både som individuella och kollektiva i den betydelse att både erfarenhet och diskurs betraktas som kulturellt producerade (jfr Scott 1993:409). Med andra ord kan Anders smärta beskrivas som en erfarenhet som möjliggjorts

genom ett reflexivt förhållande till de subjektiveringar och objektiveringar som finns tillgängliga i tid och rum. Både kategoriseringar och erfarenheter av smärta betraktas på så sätt som dynamiska och relationella (jfr Morris 1993:29, jfr Perkins 1995:6ff).

Min undersökning är främst inriktad på kronisk smärta eller vad som idag benämns som långvarig smärta. En smärta som till skillnad från den akuta – som uppfattas som en varningssignal som sedan försvinner när "felet" är åtgärdat – många gånger dröjer sig kvar utan att en vävnadsskada kan bekräftas.

#### ERFARENHETENS KLASSIFICERING

Tanken på att kroppslig pina är någonting vi genast känner igen och uppfattar som smärta eller sjukdom verkar vid första anblicken tämligen självklar. Men som Anders berättelse visar kan lidandet ges olika meningar och innebörder:

Jo jag hade smärta i kroppen, jo konstant ständig smärta som låg på väldigt låg nivå. Men det är det som jag har försökt förklara för många när de frågat vad det egentligen är för fel på mig, för ibland kan jag tycka när jag resonerar med mig själv, så tänker jag: Ja men nu är det ju inte så farligt, nu är det ju nästan normalt. Och så någon timma efteråt så känner jag; åhå nu kommer de där stickningarna tillbaka och jag kan få något hugg någonstans. Och det var ju det, då blir det förhöjt igen ja.

Samtidigt som Anders beskriver lidandet i termer av smärta var plågans svaga mälände och oberäkneliga status en försvärande omständighet. De ständiga förändringarna tvingade honom att gång på gång omvärdera det faktiska i upplevelsen.

Kände alltså rent fysiskt att, både fysiskt och psykiskt att jag inte, . . . att jag inte hade något värde längre. Jag var bara en maskin som skulle klara av saker. Och jag var tvungen att klara av det här för det var ingen annan som kunde. Jag kunde inte berätta det för någon annan, för att det var mitt eget fel.

För Anders blev känningarna som en spegel av det sociala livet, en sfär där ansvaret för plågan låg på honom själv och inte ett lidande med anspråk på ett medicinskt omhändertagande.

Ann-Christine, en kvinna som jag möter på den multidisciplinära smärtekliniken, söker för en näst intill ofattbar smärta i höger arm.

Det liksom bränner till, springer i armen. Det känns som om man tagit bort skinnet på armen och någon står och gnider på den med Svinto.

Ann-Christine hade först svårigheter att karaktärisera vad hon egentligen kände. *"Jag hade inte sträckt mig, inte ont i någon led som jag kunde röra på och visa; så här gör det ont att göra"* berättar Ann-Christine. Ont visste hon att hon hade, men upplevde att det inte gjorde ont på "rätt" sätt.

Birger har efter en skada i lillfingret fått kraftiga och bestående smärtor som löper genom armen upp i nacken. *"Det blev en jävla överkänslighet så jag kunde inte ha skjortan på mig"*, berättar Birger. Den specifika överkänsligheten har han lyckats bemästra men smärtan är fortfarande mycket svår. Diagnosen som konstaterats för både Ann-Christine och Birger är nervsmärta. Men det fanns en tid i anslutning till skadan då kroppsupplevelserna svävade i ett medicinskt tomrum.

Läkaren på reumatologen sa att hon inte kunde hitta något fel på mig, hon kunde inte begripa vad de var. Då sa jag, men något är det. Jag kände på mig då, att läkare och sådana saker inte trodde på vad jag sa. Jag hade en känsla av

att; det är ingen som tror på mig alltså. Det var det värsta av allt. . . . Ja, jag tvivlade på mig själv. Jag tänkte nu har man gått arbetslös så jävla länge, och det ena med det andra och det tredje med det fjärde, så nu går man fan ta mej och inbillar sig att man är sjuk också. Man började få såna föreställningar. . . . Jag började tvivla om det verkligen var smärta eller om det var rent psykiskt.

När den biomedicinska vetenskapen står villrådig börjar således även Birger tvivla på den plågsamma kroppsupplevelsen. Orsaken förskjuts från kroppen till den sociala och psykologiska sfären där känningarna istället får karaktär av inbillning.

Att klassificera en obehaglig kroppsupplevelse som en erfarenhet av smärta är följaktligen inte given. För Ann-Christine var föreställning om smärta förknippad med kroppens mekanik och skulle därmed vara möjlig att konkretisera. Någon-ting som gick att visa upp, en led eller muskel att peka på där smärtan sitter. Istället "springer" eller framkallas smärtan som av sig själv. Upplevelsen gör henne osäker, ont gör det, men inte ont på det sätt hon lärt sig att smärta ska kännas. Inte heller Anders är säker på hur han skall förstå sitt lidande. Erfarenheterna uppfattar han inte som ett kroppsligt problem förrän han hör känningarna kategoriseras som fibromyalgi.

David B. Morris menar att smärta alltid kan beskrivas som ett intellektuellt fenomen i den bemärkelsen att smärtan aldrig kan reduceras till en förnimmelse utan snarare någonting som den tidsbundna hjärnan tolkar och som det tidsbundna medvetandet konstruerar.

Pain can be described as always a cerebral phenomenon in the sense that it is never simply a sensation but rather something that the time-bound brain interprets and that the time-bound

mind constructs: a specific human artefact bearing the marks of its specific human history (1993:29).

Även om Ann-Christine, Birger och Anders ger uttryck för olika åkommor finns det i erfarenhetsbeskrivningarna en tydlig uppdelning mellan det vi betraktar som kropp och det som vi uppfattar som jaget, där kroppen kopplas samman med det fysiska och jaget med det psykiska. En föreställning som bekräftar kroppen som ett autonomt system där smärta understödd av organiska fynd får karaktär av verklig smärta. Frånvaron av organiska fynd diskvalificerar således smärtan som kroppslig och orsaken förläggs istället till jaget och själslivet. Relaterad till psykologiska grunder skrivs smärtan många gånger in i en moralisk diskurs där en egen förskyllan finns invävd i plågan (Jackson 1992:140ff, Turner 1992:169). Erfarenheter skall således inte läsas som uttryck för inneboende sanningar utan som tidsspecifika villkor för hur smärta betraktas och för hur vi kan förstå oss själva (jfr Scott 1993:401).

#### SJUKDOM ELLER EXISTENTIELL FLYKT

Motstridiga tal om smärta, inte enbart mellan institutioner utanför vården, utan även inom sjukvården leder många gånger till att individens smärtupplevelser inte betraktas som tillförlitliga. En särskilt uppmärksam grupp är patienter, liksom Anders, med diagnosen fibromyalgi. Enligt en av psykologerna på den multidisciplinära smärtkliniken är fibromyalgi en benämning på ett antal symptom som är återkommande hos människor som söker vård, vilket tas som intäkt för att det existerar ett grundläggande fel eller störning.

Vi vet bara att det finns ett antal symptom och det ter sig någorlunda liknande och så har de fått en benämning. Och den här benämningen får man om man har ett antal punkter som är ömma.

Ur försäkringskassans synvinkel handlar det inte enbart om att notera att det finns en sjukdomsdiagnos, utan även att undersöka om personen trots tillståndet har någon form av arbetsförmåga. Vid svårbedömda utredningar kan så kallade försäkringsläkare anlitas för en vidare granskning av fallen. Förfarandet kan leda till att olika läkare kommer fram till olika slutsatser om patientens hälsotillstånd. När ord står mot ord har patienter med långvarig smärta ibland fått erfara att försäkringskassans prövning utgått från den läkare som gjort en bedömning till den sjuknes nackdel.<sup>3</sup>

När det gäller sjukskrivning betraktar försäkringskassan fibromyalgi som en svag diagnos som inte automatiskt leder till total arbetsoförmåga. Om däremot patienten genom prövning även kan betraktas som "psykiskt sjuk", anser kassan att det förstärker diagnosen och berättigar till full sjukersättning (SDS 980322). En kvinna berättar i en insändare att hon genom försäkringskassans "förtroendeläkare" rekommenderats att spela psykiskt sjuk eftersom det då kunde vara lättare att få sjukbidrag. Något som hon bestämt avvisade (SDS 991128). De olika attityder som kretsar kring diagnosen fibromyalgi kan sägas handla om allt från faktisk sjukdom, kulturella skillnader i smärtuttryck, psykiska besvär, till att beskrivas som en slaskdiagnos dit allehanda ospecifika smärtsymtom hänvisas. En inte helt ovanlig inställning är att symtomen är uttryck för en person med existentiella problem. "Sjukdomen" blir som sköldpaddans skal, en tillflykt och ett skydd mot en tillvaro man inte

klarar av, skriver en försäkringsläkare i *Sydsvenska Dagbladets* insändarspalt (SDS 991222).

Ovanstående utsagor tar sin utgångspunkt i föreställningen om smärta som en signal<sup>4</sup>; en skada i kroppens vävnad<sup>5</sup>. Sett i det perspektivet är det svårt att få gehör för smärtupplevelser som bland annat fibromyalgi. På den multidisciplinära smärtklinken – dit många patienter vänder sig eller blir remitterade när de inte kan erbjudas hjälp i den traditionella vården – beskriver en av läkarna sin syn på den återkommande problematiken:

När det gör lika ont utan att man har någon ledesvullnad, utan att man har någon hög sänka, utan att röntgen eller datatomografi eller magnetkamera visar diskbrock, då uppstår det problem i vår vårdapparat.

Problemet som uppstår i relationen mellan patienters erfarenheter, försäkringskassan och biomedicinen beskriver således olika sätt att organisera symtom och kan betraktas utifrån dikotomin *någonting/ingenting* där *någonting* representerar objektiva fynd i organismen och *ingenting* representerar frånvaron av organiska fynd (jfr Baszanger 1998:160). Måhända är det just tanken på smärtan som *ingenting* som förklarar försäkringskassans språkliga förstumning i mötet med Anders egen berättelse:

... det är samma sak när jag suttit på försäkringskassan och sagt att: – Ja men jag har ju ont här. Och då hasplar de över det snabbt som bara den. De vill inte höra att man har ont.

#### FIBROMYALGI – EN ERFARENHET I TIDEN

Kring beskrivningen av den kroniska och den akuta smärtan finns ett spänningsfält mellan olika uttryck som fast, obotlig,

övergående, tillfällig, rörlig, flexibel, kropp, själ, fysisk, psykisk och smärta. Biomedicinens förståelse av smärta, har som jag diskuterat, sina rötter i den akuta; den smärtan som gör att vi t.ex. drar bort handen när det bränns. En signal, en smärta som varnar och därefter träder tillbaka när skadan väl tagits om hand. I den kontexten har den kroniska och svårhanterliga smärtan utan påvisbara orsaker liten visibilitet och betraktas många gånger som obegriplig.

Samtidigt som den kroniska smärtan för tankarna till stagnation och obotlighet är just flexibiliteten, att smärtan dag från dag kan uppträda på olika ställen i kroppen, utmärkande för vissa kroniska tillstånd; ett särskiljande drag som inte stämt överens med läkarvetenskapens förståelse av smärta som vävnadsskada. SVBK (sveda-värk-bränn-kärring) var tidigare<sup>6</sup> en beteckning som kunde skrivas in i läkarjournalens marginal, och fungerade mer som ett tecken från en läkare till en annan, än som en diagnos som delgavs patienten. SVBK kan beskrivas som en samlingskategori av symtom som tett sig medicinskt oförklarliga<sup>7</sup> och som istället kännetecknade en viss karaktär; en sveda-värk-bränn-kärring. Fibromyalgi omnämns idag som en av de komplicerade smärttillstånd som tidigare kunde benämnas SVBK, käringvärk eller tillskrivas en så kallad klimakteriekäring<sup>8</sup>. Anja som själv lider av fibromyalgi ser tillbaka och berättar om hur hon uppfattat sin mors symtom:

Jag är glad att jag stöttade min mor och hjälpte henne så gott jag kunde med förståelse. Jag tyckte dock, att det var så märkligt att hennes smärtor flyttade sig i kroppen. Då trodde jag ibland att hon var "konstig" men det sa jag inte till henne. Fibromyalgi uppför sig så, smärtorna förflyttar sig gäckande och oförutsägbart.

Den brist på lyskraft och autenticitet som vidhäftat många smärttillstånd och som nu möter debatt och engagemang beskriver en reorganisation, inte bara av smärta, utan av hela kroppen som kategori och erfarenhet. Emily Martin visar i boken *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture – from the Days of Polio to the Age of AIDS* hur *flexibilitet*, under senare delen av 1900-talet, fungerar som ett kulturspecifikt meningsskapande koncept som genomsyrar allt från medicinsk forskning, vårt sätt att tänka på oss själva, till företagsfilosofi. Kroppen framträder nu som ett komplext, flexibelt system till vilket både hälsa och sjukdom kan relateras (1994).

Inom det vetenskapliga tänkandet kring smärta presenterade Melzack och Wall (1965) "the gate control theory" som placerade smärta i ett biopsykosocialt sammanhang (Baszanger 1995:46). Förnklat beskriver den teoretiska modellen en grindliknande mekanism i ryggmärgen genom vilken smärtimpulserna passerar innan de framkallar förmåelse och reaktion. Grinden kan öppnas och stängas beroende på bland annat biofysiologiska impulser och psykologiska processer såsom känslor, uppmärksamhet och tidigare erfarenhet. Med andra ord beskriver modellen en anordning som kan påverka impulserna innan smärtan känns (Kugelmann 1997:52f).

I det perspektivet blir den socioemotionala aspekten av lidandet – som i den biomedicinska modellen ansågs grumla och skymma den "verkliga" bilden – en integrerad del av smärtan (Arney and Bergen 1983:11). I den meningen kan även den kroniska smärtan, istället för med stagnationens oglamorösa ögon, framträda som påverkbar och flexibel. I socialstyrelsens rapport från 1994 påpekas också

att *långvarig smärta* är ett mer adekvat begrepp än *kronisk smärta* som indikerar att smärtan är obotlig. Däremot anser socialstyrelsen inte att begreppet är lämpligt att ta bort då kronisk smärta är en inarbetad medicinsk fackterm (SoS 1994: 4,68).

Om smärta ses som en biopsykosocial erfarenhet kan även smärtans lokalisering betraktas ur ett annat perspektiv. En av medarbetarna på den multidisciplinära smärtekliniken förklarar smärtans omfång:

Man kan säga att smärtsinnet sitter i – det finns receptorer men sen finns transmittorer och sen finns ett system som gör alla de impulserna meningsfulla. Och den sitter från ryggmärgen upp till hjärnan så jag tror inte att man kan säga att det sitter någonstans. Systemet är, hela vi är ett system som är på ett sätt gjort för att fånga och uppleva smärta.

Smärtsinnet<sup>9</sup> ses därmed som knutet till både det vi betraktar som kropp och det vi betraktar som själ; där vissa erfarenheter fångas upp och får mening som smärta. Med andra ord definieras smärta inte enbart i relation till en avgränsad vävnadsskada utan står i förbindelse med "hela" människan. I denna mening kan fibromyalgi, beskriven som en vagabonderande smärta utan kroppsspecifik permanens, betraktas som en erfarenhet i tiden.

#### GEMENSAMMA KUNSKAPSKODER

David Armstrong visar att förståelsen av smärta, under senare hälften av 1900-talet, inte bara blev en fråga om att lyssna och observera utan också om att förstå patienten som en person. Patientens upplevelse (the patient's view) kom att betraktas som någonting som fanns bakom orden. Nya tekniker utarbetades för att göra

patientens upplevelse åtkomlig där bland annat kroppsspråk, liksom läkarens egna erfarenheter av smärta, användes som en källa till information och förståelse (1984:742).

Det var också i slutet av 1970-talet som den internationella smärtforskningsorganisationen IASP (The International Association for the Study of Pain) fastställde normer och riktlinjer för hur smärta skall tolkas:

Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Smärta är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada (SoS 1994:4,66).

Formuleringen kan läsas med fokus på upplevelsen i betydelsen individuell, *jag* känner smärta, men även som att subjektiviteten kan vara begränsad till den språkdräkt som ger uttryck för kroppen som ett biomedicinskt system. Således kan subjektiviteten (the patient's view) betraktas som någonting som ligger *bakom* språket samtidigt som medicinen med olika tekniker är i behov av att föra den på tal. *Pain, to be pain, must be described* (Kugelman 1997:55). Utifrån IASP:s grunder har det under de senaste årtiondena vuxit fram institutioner som exempelvis multidisciplinära smärtekliniker där fysiska, psykosociala, medicinska, yrkesmässiga och sociala aspekter finns med i bedömningen av kronisk smärta (SoS 1994:235).

Men som Armstrong betonar kan patientens upplevelse (the patient's view) inte beskrivas eller reduceras till vad som sägs (här i dubbelbemärkelse) utan är i grunden bunden till vad som hörs. Med andra ord finns en hörsamhet för nutida kunskapskoder; kroppen som ett komplext flexibelt system, i både vad patienten ger

uttryck för och i de frågor läkaren ställer (Armstrong 1984:743, Martin 1994).

Vad är det då som både läkaren och patienten hör och ger uttryck för i undersökningsrummet? Anja, som genom en remiss kommer till smärtekliniken, lider av en rad olika smärttillstånd. För dagen ska hon träffa ett interdisciplinärt<sup>10</sup> team (kurator, psykolog, läkare, sjukgymnast) som skall utreda hennes symtom. Självt har hon med sig en omfångsrik dagbok i vilken hon under en tid dokumenterat sin tillvaro med smärtan. Den läggs till journalen och blir möjlig att läsa av alla i teamet. I mötet med psykologen uppmanas Anja att göra en självbild. Självförståelsen som Anja formulerar utan tvekan beskrivs med följande karaktärsdrag:

Ambitiös, överambitiös, ärlig, rättvis, snäll. Anja tillägger att hon inte kan vara så snäll som hon vill eftersom omvärlden är som den är. Konstnärlig, känslig, sanningssägare, positiv. Vill att människor mår bra. Självkritisk. Har höga krav på sig själv.

Det är inte egenskaperna i sig som psykologen hör eller snarare explicit noterar, när Anja framställer bilden av sig själv, utan hur svaret är utformat. *"Ditt svar avslöjar att du är van att reflektera."* En form av självbeskrivning som jag genom psykologens påpekande uppfattar som betydelsefull i sammanhanget.

I moderniteten fungerar självreflexion som en central praktik i skapandet av en identitet. Formerandet av ett jag står således i ett reflexivt förhållande till de villkor som skapats i tid och rum för hur vi kan tänka kring oss själva (Foucault 1982). Med den här artikeln har jag velat visa att smärta som oftast förknippas med någonting som existerar utanför kulturen kan problematiseras som ett kulturellt fenomen.

Smärta kan i det perspektivet beskrivas som ett instabilt och dynamiskt begrepp där kulturella föreställningar om kropp, medvetande och identitet utgör förutsättningar för hur smärta erfars, uppmärksammas och kategoriseras. Erfarenhetsbeskrivningar kan analyseras som uttryck för tidspecifika villkor för hur smärta betraktas och legitimeras och i förlängningen som beskrivningar av möjliga förståelser av oss själva. Idag går det, som jag diskuterat, att tala om en omorientering i betraktelsen av kroppen som ett autonomt system mot att betrakta kroppen som ett flexibelt system; ett kulturellt koncept som därutöver genomsyrar samtiden på flera plan. I jämförelse med en biomedicinsk förståelse, där metaforen för smärta är en signal, kan smärta i den biopsykosociala modellen liknas vid en process, avbildad i ett flödesdiagram. Ett pågående förlopp som inte behöver lokaliseras till en bestämd punkt i kroppen utan som ett flöde där patientens liv och smärta bildar tolkningsraster för varandra. Sammanflätade säger smärtan någonting om patienten, och patienten säger någonting om smärtan. Den biopsykosociala modellen utmärks således av att den saknar begränsningar när det gäller ingripanden i patientens liv. Det innebär åtgärder som kräver samarbete och som utgår från att patienten frivilligt omvandlar sin förståelse av smärtan, det vill säga insatser som förutsätter ett reflexivt tvång i förhållande till smärtan. Den biopsykosociala modellen med sin orientering mot en helhetssyn på patienten konstruerar därmed individen som ett moraliskt subjekt där hela livet är objekt för medicinen (jfr Kugelmann 1997:53ff).

Om smärta betraktas som en instabil kategori kan mötet mellan patientens erfarenheter och medicinens beskrivningar

analyseras som pågående förhandlingar om smärtans autenticitet; som förhandlingar där olika sanningsanspråk ibland är förenliga, ibland oförenliga. Ytterst är patientens erfarenheter och medicinens beskrivningar av smärta en fråga om tolkningar som följer av normativa föreställningar om kropp, medvetande och identitet, det vill säga olika föreställningar som utgör villkoren för vad som är kulturellt begripligt.

## NOTER

- <sup>1</sup> I en informationsskrift från Astra definieras fibromyalgi som en samlingskategori för ett specifikt syndrom. Symtomen som beskrivs är växlande smärta, morgonstelhet, sömnrubbingar, trötthet, svullnader, domningar, stickningar, kalla händer och fötter, ögonirritation, muntorrhet, huvudvärk, olika symtom från tjocktarmen som illamående, "buller och körningar", uppblåsthet, diarréer omväxlande med förstoppning (Ur: *Information och råd till Dig med fibromyalgi*, Astra Läkemedel AB).
- <sup>2</sup> Personalen på en multidisciplinär smärtklinik omfattar ett spektrum av vårdgivare som kan bedöma och behandla fysiska, psykosociala, medicinska, yrkesmässiga och sociala aspekter på kronisk smärta (SoS 1994:235).
- <sup>3</sup> Se artikelserie i *Sydsvenska Dagbladet* 19971107, 19971108, 19971202, 19971214, 19980322, 20000112.
- <sup>4</sup> Även om man sedan mitten av 1950-talet talat om patientens upplevelse som central för smärtan är min uppfattning att smärtan varit knuten till en kroppslig skada (jfr Arney & Bergen 1983:10ff).
- <sup>5</sup> Samling av celler med likartad utseende och likartad funktion, t.ex. fettvävnad, muskelvävnad (Lund, Malmquist 2001:368).
- <sup>6</sup> De läkare jag talat med fastställer tiden kring 1960- och 1970-talet.
- <sup>7</sup> Oklar smärta eller värk som inte gick att verifiera med en underliggande åkomma framkallade en bild av patienten som en simulant (Nettleton 1992:72).
- <sup>8</sup> se Robert Olin, professor em. i socialmedicin;



www.stressmottagningen.org/html/body\_olin.html.

- <sup>9</sup> Smärtsinnet, eller vävnadsskadedetektionssinnet, beskrivs av en annan medarbetare, som själva orsaken till smärtan. "Vid fibromyalgi fungerar antagligen inte smärthämningen som den var tänkt att göra".
- <sup>10</sup> Ett interdisciplinärt team består av olika personalkategorier som arbetar över varandras professionsgränser.

## LITTERATUR

- Armstrong, David, 1984. "The Patients View." I: *Social Science and Medicine* 18 (9) 737-744.
- Arney, William Ray & Bergen, Bernard J., 1983. "The anomaly, the chronic patient and the play of medical power." I: *Sociology of Health and Illness* 5 (1) 1-24.
- Baszanger, Isabelle, 1998. *Inventing Pain Medicine. From the Laboratory to the Clinic*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Foucault, Michel, 1982. "Afterword." I: Dreyfus, Hubert & Rabinow, Paul, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. New York: Harvester Press.
- Jackson, Jean E., 1992. "After a While No One Believes You: Real and Unreal Pain." I: DelVecchio Good m.fl. (ed.), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Kugelmann, Robert, 1997. "The Psychology and Management of Pain - Gate Control as Theory and Symbol." I: *Theory & Psychology*, 7 (1) 43-65.
- Lundh, Bengt & Malmquist, Jörgen, (1996) 2001. *Medicinska Ord. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.
- Martin, Emily, 1994. *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture - from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- Morris, David B., 1993. *The Culture of Pain*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Nettleton, Sarah, 1992. *Power, Pain and Dentistry*. Buckinham/Philadelphia: Open University Press.
- Perkins, Judith, 1995. *The Suffering Self. Pain and Narrative Representation in the Early Christian Era*. London/New York: Routledge.
- Scott, Joan W., 1993. "The Evidence of Experience." I: Ablove, H., Barale, M. A. & Halperin, D.M. (eds.), *The Lesbian and Gay Studies Reader*. London & New York: Routledge.
- SoS-rapport 1994:4. *Behandling av långvarig smärta*. Socialstyrelsen.
- Turner, Bryan S., 1992. *Regulating Bodies. Essays in medical sociology*. London/New York: Routledge.

## Tidningsartiklar

- Sydsvenska Dagbladet* 19971107: "Fibromyalgisjuka förnedras." Av: Nils Gustafsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 19971108: "Så dålig har jag nog aldrig varit." Av: Majken Sörman-Olsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 19971202: "430 anmälningar mot F-kassan." Av: Nils Gustafsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 19971202: "Tillbaka till jobbet trots värken." Av: Nils Gustafsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 19971214: "Jag känner mig kränkt." Av: Majken Sörman-Olsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 19971214: "Vi tvivlar inte på att du är sjuk." Av: Majken Sörman-Olsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 19980322: "Sjuka vågar inte längre berätta." Av: Nils Gustafsson.
- Sydsvenska Dagbladet* 20000112: "Läkarinsändare om fibromyalgi upprör patienter." Av: Elin Fjellman.

## Insändare

- Sydsvenska Dagbladet*, Ordet, 19991128: "Läkare vet för lite om fibromyalgi." Av: G. Borglin.
- Sydsvenska Dagbladet*, Ordet, 19991220: "Försäkringskassan kan ifrågasättas." Av: Smiljana Wendahl.
- Sydsvenska Dagbladet*, Ordet, 19991220: "Agenter ersätter läkare?" Av: D. Nilsson.
- Sydsvenska Dagbladet*, Ordet, 19991222: "Fibromyalgi har blivit en kvinnofälla." Av: Lars Söderling.
- Sydsvenska Dagbladet*, Ordet, 19991222: "Det räcker inte att ha en sjukdom." Av: Kerstin Andersson.

## Övrigt

- Information och råd till Dig med fibromyalgi* (u.å.). Astra Läkemedel AB
- Olin, Robert, 2002. [www.stressmottagningen.org/html/body\\_olin.html](http://www.stressmottagningen.org/html/body_olin.html).

## SUMMARY

*The Dynamic of Pain*

This essay about experiences of pain has its basic empirical ground in two materials: interviews with people suffering from pain and observations from a multidisciplinary pain clinic in Sweden. My aim is to show, based on a constructivist approach, that pain, often associated with something outside cul-

ture, can be problemized as a cultural phenomenon. Pain in this perspective is seen as an unstable and dynamic notion shaped by cultural conceptions of body, consciousness and identity, which constitute the conditions for how we experience, observe and categorize pain. This means that experiences of pain are analysed as descriptions of time specific conditions in which pain is made comprehensible, and in the extension as descriptions of possible ways of understanding ourselves.