

# Smärtanalys kräver dialog - det socio-kulturella mötets betydelse

Berit Björkman

Utifrån min kliniska erfarenhet som kurator upplevde jag ett behov av att i ett samhällsvetenskapligt perspektiv söka kunskap om smärtans betydelse för den drabbade. Detta är ett perspektiv som inte primärt ser smärta som ett sjukdomsorienterat symtom utan som en del av en livsprocess.

Jag ville systematiserat söka en kunskap som ökar förståelsen för vad smärta gör med den som drabbas. Och vad det är vi gör, när vi behandlar. Och vad det är vi behandlar.

Utifrån detta syfte intervjuades 12 konsekutivt utvalda personer från Smärtsektionens remisspärm. Intervjuerna kan karakteriseras som ett samtal där intervjupersonen ombeds med egna ord berätta vad smärtan betyder för henne/honom. Materialet analyserades utifrån kvalitativ metodik.

I berättelserna tydliggjordes smärtans komplexitet på ett sådant sätt att gränsoverskridande frågor väcktes och det samhällsvetenskapliga och förståelseinriktade perspektivet när det gäller smärtans betydelse var kreativt problematiserande. Intervjupersonernas berättelser om sina individuella smärtupplevelser blottlägger det strukturella mötet mellan patient och vårdgivare som en kontext med en sociokulturellt förankrad ramberättelse, där vårdgivaren innehar tolkningsföreträde. Detta tolkningsföreträde problematiserar ramberättelsens samtida betoning av smärtans subjektivitet. Denna inkonsekvens komplicerar den för framgångsrik smärtanalys så nödvändiga dialogen. I denna artikel riktas uppmärksamheten mot denna förbisedda problematik.

Berit Björkman är fil. mag i socialt arbete och tjänstgör som kurator vid Smärtsektionen på Anestesi- och Intensivvårdskliniken, Karolinska Sjukhuset.

## Bakgrund

Smärta är ett komplext fenomen. Inget annat fenomen inom sjukvården öppnar för oss att komma så nära människan såväl i hennes biokemiska som psykologiska, sociala, kulturella och existentiella varande som just smärtan och dess olika uttrycksformer. Smärta som signal har för mänskligheten alltid innehållit ett skadebudskap. Forskningen runt denna komplexitet har varit intensiv inom flertalet vetenskapsdiscipliner. Många landvinningar har gjorts. Och behandlingsmöjligheterna för

olika smärttillstånd har förbättrats i betydande grad de senaste årtiondena. Den internationella smärtforskningsorganisationen IASP (International Association for the Study of Pain) definierade 1979 smärta på följande sätt: "Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Smärtan är alltid subjektiv och kan uppträda i frånvaro av vävnadsskada." (SoS-rapport 1994:4).

Denna definition har påverkat både forsk-

ning och klinik över hela västvärlden. Den förmedlar, att det inte finns någon biologisk distinktion mellan somatiska och psykologiska reaktioner hos människan. Den innebar en strävan till att vidga det biomedicinska synsättet på smärta till ett biopsykosocialt förhållningssätt.

Trots att smärtforskningen gjort stora framsteg under den sista tjugoförperioden och många specialistkliniker, som arbetar multidisciplinärt utifrån ett holistiskt förhållningssätt vuxit fram i vårt land, är fortfarande antalet människor med svår smärta otillfredsställande stort och problematiken runt deras behandling såväl komplicerad som kostsam (SoS-rapport 1994:4). Det kändes för mig nödvändigt att systematiskt och konstruktivt problematisera runt dessa tillkortakommanden.

Utifrån det samhällsvetenskapliga perspektiv som utgör socionomens glasögon, lever människan, skapar sin identitet och betydelsegör sitt liv i samspel med andra människor. Under denna process finns hela tiden språket med som förståelse- och relationsskapande instrument. Man kan t o m säga att språket i någon uttrycksform är förutsättningen för att olika former av social ordning skall upplevas meningsfulla för människan (Habermas 1996). Detta vårt språk får sina metaforer och abstraktioner hämtade från vår kultur (Berglind 1995, Habermas 1996, Hydén 1995, Kleinman 1988, Sachs 1987). Rådande smärtdefinition saknar betoning på den socio-kulturella interaktionens betydelse för vad som upplevs sjukt eller friskt av såväl patienter som vårdgivare. Jag såg behov av att på samma sätt som jag arbetar kliniskt söka en forskningsmodell som på ett kreativt och humant vis problematiserar det samspel som föreligger, när akut vållade smärttillstånd hos vissa människor kvarstår med förödande in-

tensitet långt efter det att skadan läkt. Detta sökande kan ses som ett initialintresse och övergripande syfte med min studie.

## **Syfte och frågeställningar,**

Syftet med föreliggande arbete var att introducera tankeramar som betonar samspelet mellan psykologiska, sociala och kulturella faktors betydelse för hur människor konstruerar sina upplevelser av och runt smärtan, när de får berätta fritt om den. Frågeställningen som analyseras i denna artikel är: Hur ser interaktionen ut mellan intervjupersonerna och rådande vårdkultur ?

## **Metod och intervjupersoner**

Jag bestämde mig för att muntligt och under fria former intervjua ett antal informanter. Som kurator är mitt främsta verktyg samtalet. Eftersom jag systematiskt ville söka ett mönster och öka förståelsen för hur människor konstruerar sina upplevelser av smärtan till en begriplig del av sitt liv, valde jag ett diskursivt anslag. Intresset för berättelsen som framställningsform, analysenhet och fenomen, när det gäller människan och hennes villkor som social varelse är i starkt ökande inom flera forskningsdiscipliner (Hydén 1995, Hydén och Hydén 1997, Mishler 1986, Riessman 1993).

Inom den diskursiva metodologin framhålls ibland, att berättelsen kan betraktas som en slags teoretisk grundsten just "genom att argumentera för att den sociala verkligheten till sin karaktär är narrativ" (Hydén 1997 s 17). Utifrån detta synsätt blev också vårt möte, själva intervjun en social verklighet som narrativiserades och färgade mina tolkningar av mötet såsom det träder fram i detta arbete. Informanterna upplystes om att det var deras upplevelse jag var intresserad av. Vad betydde

smärtan för dem? Intervjuerna bandades. Jag skrev ut dem efter en transkriberingsmodell där alla pauser, avbrott och biljud markerades.

Till Karolinska Sjukhusets Smärtsektion remitteras patienter med olika former av långvarig smärtproblematik. Gemensamt för dem alla är, att de av remissansvarig läkare bedöms vara i behov av seriös smärtanalys som med stor sannolikhet leder till en smärtdiagnos åtkomlig för anesthesiologisk metodologi. Mitt material utgörs av tolv konsekutivt utvalda patienter från vår remisspärm. Ingen av dessa var aktuell hos mig som kurator.

Intervjupersonerna bestod av en grupp med cancerrelaterad smärta och en grupp med långvarig smärta utan cancer. I respektive grupp finns tre män och tre kvinnor. Även om det inte är genomgående vittnar många studier om att smärtproblematik är mer förekommande bland kvinnor än män (Gullacksen 1998). Trots materialet begränsning fann jag det intressant att se om det fanns några framträdande skillnader mellan de båda könen. Kunskapen om smärtan och dess behandlingsmöjligheter har drastiskt vidgats under de sista två decennierna. Inställningen till och målsättningen med vår sjukvård i förhållande till smärta har också ändrat karaktär. Sätter sådana förändringar några spår i människors sätt att relatera till sin smärta? Även detta tyckte jag kunde vara av intresse att kanske få "en skymt av" trots materialets begränsning. Därför valde jag att inom varje undersökningsgrupp få med en man och en kvinna från vardera åldersgrupp: 20 - 29 år, 50 - 59 år och 70 - 79 år.

### Kvalitativ analys

De interaktiva och svärfångade elementen i begreppet smärta präglade även analysen av

mitt material. Analysen skedde i tre steg. Trots att jag redan från början var intresserad av en diskursiv metodologi fann jag av olika skäl det mest hanterligt att starta min analys utifrån den metodik som omfattas av "the grounded theory" (Starrin m fl 1991). Materialet blev omfattande och eftersom mitt yttersta syfte med studien var förståelseinriktat kändes detta som ett tematiskt bra grepp. Vid grovanalysen framträdde sex intressanta tematan men det var först den selektiva analysen som hjälpte mig att "överskrida" verklighetens "framträdelseformer" (Starrin m.fl. 1991 s 33) genom några undringar som framstod som både naiva och provokativa. Dessa undringar uppenbarade för mig "glipor" i berättelserna som möjliggjorde en analys av materialet under större klarhet. De problematiserade med samma självklara knock-out-effekt, som när en av intervjupersonerna karakteriserade svårigheten att beskriva smärta på följande vis: "*Huuur ont gör en femma då?*" Dessa mina undringar hade sin grund i det för smärta etablerade idiom, som nuvarande smärtdefinition utgör. Jag frågade mig: "Hur gestaltar man, hur talar man sensoriskt? När och hur talar man affektivt, kognitivt om sin smärta? Vet man skillnaden? Går det att känna någon skillnad?" Svaren på dessa frågor utgör den smärtdrabbades verklighet, den verklighet hans språk måste lyckas avtäckta i mötet med sjukvården. Hur skulle jag kunna få syn på ett tillvägagångssätt, ett slags gemensamt tillvägagångssätt i denna mångfald av ord och gestaltningar hos tolv individuella berättelser om det individuellaste av fenomen nämligen smärta? Jag var tvungen att ur mitt material abstrahera fram någon form av funk-

---

---

*"Huuur ont gör en femma då?"*

---

---

tion eller process i intervjupersonernas utsagor, som trovärdigt kunde symbolisera den smärtans verklighet som de försöker avtäckta. En abstraktion som trots all individualitet utgör en slags gemensamhetens kitt för materialet (Mishler 1986, Sayer 1992, Starrin 1991). De teoretiska koder som då växte fram var:

(1) Intervjupersonernas gestaltande av smärtans sensorik som ett tvingande brobygge i sökandet efter förståelse,

(2) Intervjupersonernas gestaltande av sin livsvärld (Habermas 1996) för att ge mig en ställföreträdande upplevelse (Mishler 1986) av vad smärtan kan betyda för dem. När de vill gestalta smärtans betydelse går de vägen över livsberättelser från livsvärlden. De narrativiserar sin verklighet runt smärtan.

(3) Intervjupersonernas behov av en motberättelse till den ramberättelse som gällande biopsykosocialt förankrade smärtdefinition utgör och som bestämmer vad som är intressant eller ej vid mötet med sjukvården. En motberättelse i vilken meningsbärande symboler kan komma till uttryck (Hydén M 1997). Om man, som jag i min analys, väljer att se sjukvården och där rådande sjukdomsidiom som ett uttryck för vad Habermas (1996) kallar systemvärlden blir det meningsfullt att på ett abstrakt plan betrakta intervjupersonernas berättelse från sin livsvärld som just motberättelser. Och det är huvudsakligen denna kod som belyses i denna artikel.

Vid detta led i analysprocessen valde jag att tillämpa vissa tankegångar från diskursiv metodologi. Bl a växte intervjupersonernas "prat" fram som en språkhandling (Drew & Heritage 1997, Psathas 1995, Schiffrin 1994). Detta belyste ytterligare existensen av en sociokulturellt förankrad ramberättelse med tolkningsföreträde hos den som lyssnar

till smärta - i detta fall behandlaren. I intervjupersonernas prat växte det strukturella mötet mellan patient - vårdgivare fram som en kontext med en påtaglig betydelse för hur intervjupersonerna upplever och kommunicerar sin smärta. Denna sociala ordning vill jag här redogöra för som ett av studiens resultat.

## **Det sociokulturella mötets betydelse för smärtan som upplevelse**

### **Smärtans subjektivitet**

Mina intervjupersoner vänder sig till sjukvården för att bli utredda och förhoppningsvis få en diagnos som förklarar orsaken till smärtan och som är behandlingsbar. Detta är man inlärd att göra och förväntar sig resultat. Men redan här uppstår ett problem när det gäller de långvariga smärttillstånden utan "organförklaring". I informanternas berättelser framgår att talet om smärtans förankring i ett individfokuserat perspektiv inte blir varken begripligt eller trovärdigt utifrån patientens synvinkel om/när sjukvården samtidigt förvägrar den drabbade att sätta egna gränser för sin smärtas "förmåga" och/eller dess krav på medicinering. Denna "inkonsekvens" bäddar för problem - inte minst på det interaktionella planet. Niklas formulerar dilemmat på följande vis: "...jag menar, jag hatar och springa hos doktorer..va. Jag menar det gör man inte för att det är kul..va.....och liksom sitta och tjata och vilja ha värktabletter...jag menar, man äter inte värktabletter för att det är roligt va."

Psykolog Rivano-Fischer har (poster vid EFIC-kongressen i Barcelona 1996) fokuserat denna problematik som en befintlig men förbisedd konflikt redan i den nuvarande, etablerade smärtdefinitionen. Han menar, att man med distinktionen "faktisk, hotande och/eller beskriven skada" öppnar för en tänkt ob-

servatör att klassificera fakticiteten hos skadan och detta innebär, att man definierar en subjektiv upplevelse i objektiva termer. Huvudbudskapet, att smärtupplevelsen vare sig den är associerad med eller beskriven i form av skada, aldrig kan vara någon annans än den drabbades egna upplevelse, går därmed förlopad. Och effekten av detta blir i praktiken att subjektivitetens legitimitet i hög grad är förankrad utifrån behandlaren perspektiv.

Kanske är denna problematik ofrånkomlig? Trots sin subjektiva förankring kräver smärtan likväl en utomstående bedömare för att bli behandlad. Desto viktigare är det att fokusera på denna konflikt genom att problematisera innebörden. Detta sker inte idag. I mitt material blir det tydligt, att den biomedicinska förklaringsmodellen som ramberättelse även är djupt förankrad hos den smärtdrabbade intervjupersonen själv. Det handlar inte enbart om en konstruktion som tilldelas honom av sjukvården. Dikotomiseringen mellan kropp och själ är ett djup förankrat sjukdomsidiom i vår kultur (Hydén 1995) och färgar människors språk och bilder. Hos mina intervju personer tenderade t ex den biopsysociala modellen (Engel 1977) att bli mer allmängiltig först i de yngre intervju personernas språkbruk. Inte heller denna modell kan i rådande kultur helt frigöras från dikotomiseringens genomslagskraft. Redan när vi bestämmer oss för att söka vård för vår smärta, "kliver vi ur" vår upplevelse och försöker förstå och förklara den på ett sådant sätt att den skall bli begriplig för lyssnaren/behandlaren. Redan då har vi av socialt och språkligt nödvång identifierat oss med ramberättelsens företrädare. Denna kluvenhet som drabbar oss som patienter har sin grund i just vår förmåga att objektifiera oss själva och den understryker den ofrånkomliga betydelsen av att

---

---

*Redan när vi bestämmer oss för att söka vård för vår smärta, "kliver vi ur" vår upplevelse och försöker förstå och förklara den på ett sådant sätt att den skall bli begriplig för behandlaren*

---

---

vårdgivaren/behandlaren lyssnar till den drabbades egna smärtberättelse. Denna utgör oftast en retrospektiv och reflexiv strävan att förstå den egna högst individuella smärtan och att förklara den på ett sätt så lyssnaren, med sitt tolkningsföreträde, kan bejaka den som trovärdig. Dessa retrospektiva ansträngningar hörs också i mina intervju personers berättelser och här framträder vad som egentligen borde vara en självklarhet. De är naturligtvis övertygade om förklaringsmodellens riktighet och har därför en bestämd föreställning om hur hjälpen ska se ut för att vara till någon nytta.

Vad som utvärderas, när det gäller smärtans trovärdighet eller ej i hälso- och sjukvårdssammanhang är inte enbart någon form av legitimitet eller vinst som t ex sjukskrivning eller medicinföreskrivning. Det är som Eva beskriver det något vida mycket mer. Det handlar om den betydelse jag tillskriver mig själv i mitt liv som jag ser det,

*"i o m att när man har ont och inte blir trodd på att man har ont...det är det som är..jag vet inte...man känner sig.. ja..man skulle inte...bara finnas till..."* Behovet av perspektivskifte från behandlaren till den smärtdrabbades framträder hos mina intervju personer just genom behovet att låta livsberättelserna ta formen av en sorts motberättelse till den rådande ramberättelsens biomedicinska förklaringsmodell.

**Det ömsesidiga skuldbeläggandet**

Mötet med sjukvården sker under en kako-

foni av röster där det moderna smärtidiomens definition av smärtan som subjektiv upplevelse kolliderar med dess instrumentella behov av organdefekter och andra typologiseringar. Och där den smärtdrabbades egen förmåga att känna, vara och lida kolliderar med den kognitiva förmågan till självobservation och analys.

Motberättelsen underlättas inte av att det uttalade, skuldbeläggande momentet i denna ramberättelse till stora delar anammats av den egna tankevärlden. Smärta som organfel är fortfarande mest acceptabelt hos såväl sjukvård som patienter. Jackson (1994) hävdar, att budskapet i de beteendepsykologiska och kognitiva strömningarna hos den biopsykosociala smärtmodellen innehåller en skuldbeläggande del för smärtpatienterna. Ett skuldbeläggande som man värjer sig mot enligt Jackson (a.a. s 155), eftersom en modell som ser smärtan som kognitivt och beteendemässigt påverkbar i sin förlängning inkluderar ett skuldbeläggande ansvar: man har viljemässigt med sina tankar och/eller beteende orsakat sin smärta. Även det klandervärda att belasta sjukvården med något som inte är "medicinskt fel", innehåller i sig en skuldbeläggande dimension (SOU; 1993:93).

Inom socialantropologin och etnologin har man sedan länge visat på berättelsens betydelse för socialiseringen av nya medlemmar in i kulturella och institutionella sammanhang. Mishler (1997) menar, att ett likartat kulturellt perspektiv bör kunna användas vid analysen av mänskliga interaktioner i olika typer av sociala institutioner. Möjliga analysstrukturer enligt honom, vilka jag också finner giltiga för förståelse av mina intervjupersoners livsberättelser, är att blottlägga ett samhälles "kollektiva" strävan att tolka och förstå konflikter på ett sådant sätt, att det likväl

---

---

*Framtvingar sjukvårdens motsägelsefulla tal runt smärtans subjektivitet ett ytterligare behov av att mytologisera sjukvården?*

---

---

blir möjligt att leva tillsammans. En nog så omöjlig bedrift, när konflikten eller motsägelsen är verklig. Då får myten ofta tjäna syftet att tillhandahålla en sorts logisk modell som kan överbygga en motsägelse (Mishler 1997 s 99 ff).

Hos mina intervjupersoners livsberättelser framträder ofta ett skuldbeläggande av sjukvården. Detta är vad som ger livsberättelsen karaktär av just motberättelse. Är detta ett svar på den av ramberättelsen pålagda skuldansvaret? Är detta ett försök att omformulera motsatta värderingar och konflikter till en meningsfull struktur? Framtvingar sjukvårdens motsägelsefulla tal runt smärtans subjektivitet ett ytterligare behov av att mytologisera sjukvården? Att låta begrepp som skuld och krav på återgäldning på ett mytologiskt vis prägla den rådande föreställningsvärlden?

Mina reflektioner får inte tolkas som ett nedvärderande av den besvikelse och kritik som ibland framkommer hos mina intervjupersoner gentemot sjukvårdens bemötande. En kritik som, de flesta gånger, framträder som både adekvat och upprörande. Det handlar mer om ett sätt att försöka förstå och problematisera runt den övertro på det medicinska etablissemangets allmakt, som ofta kom till uttryck i form besvikelse och tillkortakommanden. Stefan utgör ett bra exempel på hur brustna förhoppningar blir till besvikelse och dämpad aggressivitet. Han tillhör inte gruppen som känner sig kränkt eller felbehandlad. Men han vill bli smärtfri vilket sjukvården inte kan åstadkomma: "Och..och sen när..liksom

*äta medicin så händer det ingenting det känns....då... det känns också meningslöst. Och så när jag kom hit..där..då tänkte jag..ja då får man en massa smärtstillande medel och det hade jag ingen lust heller...Jag vill ju liksom bli frisk.....inte ha en massa nedåttjack för att bara bli av med smärtan..då blir man ju beroende av det... det har jag ju ingen lust med heller.... det sa jag till doktorn." Meningen är full av anklagelser. Men vad annat kan sjukvården, utifrån rådande sjukvårdsidiom, erbjuda honom än en analys av smärtans mekanismer och medicin som håller smärtan i schack? Ramberättelsens omnipotenta utfästelser framträder på liknande sätt som en kollision med verkligheten i flera av intervjupersonernas motberättelse.*

Men det finns andra kollisioner mellan ramberättelsen och den utifrån livsvärlden formulerade motberättelsen som gör större avtryck i materialet än denna. Av dessa vill jag här lyfta fram två: kollisionen gestaltat i termer av kränkning och kollisionen gestaltat i termer av makt.

#### Asymmetrin i mötet - kränkning, makt och vanmakt

Mina intervjupersoner uppsöker sjukvården för att bli bra. De vill ha något. De vill bli sedda som de människor de är i sin livsvärld. De vill ha en dialog. Dialog kommer från det grekiska ordet dialogos som betyder samtal. Att det inte alltid sker ett sam - talande, kommer bli till uttryck i den motberättelse de gestaltar och som jag i detta arbete benämner kränkning. Det handlar om att man inte blivit sedd. Man har blivit för - bi - sedd. I mitt material framträder kränkningen oftast som en motberättelse som blir nödvändig att berättas, då någon annan - i detta fall sjukvården - getts eller tillskrivits sig tolkningsföreträdet

och (be)handlingspotentialen, när det gäller, vad som är smärta hos intervjupersonen. Därför blir det legitimt att också tänka i termer av makt och vanmakt, när man vill försöka förstå, hur interaktionen med sjukvården träder fram i intervjupersonernas berättelser.

Både Berglind (1995) och Hydén (1988) har analyserat begreppen makt och vanmakt och dessas betydelse i det institutionaliserade mötet. Hydén (1988) understryker den relationella komponenten hos företeelsen makt. Begreppet är visserligen abstrakt men det förkroppsligas alltid i form av en relation. En institution är i sig alltid en del av sitt samhälle och dess kultur och relaterar som sådan till en historia och dess konstruerade traditioner och strukturer (Berglind 1995, Habermas 1996, Hydén 1988). Detta relaterande finns med och styr institutionen och dess "verkställares" problemformulering och handlingsinriktning. Själva mötet äger rum i och genom mänskliga relationer även om den ena parten är styrd av en profession, "är" en profession.

Såväl Berglind (1995) som Hydén (1988) hänvisar i sina analyser till socialpsykolog Mead. "D v s en institution är, enligt Mead, inget annat än deltagarnas gemensamma förståelse av en eller flera situationer och deras likartade handlande utifrån denna förståelse." (Hydén 1988 s. 26). Som jag tolkar mitt material är det främst avsaknaden av den gemensamma förståelsen och den likartade handlingen som avtäckar makt - vanmaktsperspektivet. Och detta perspektiv problematiserar i betydande grad en av de främsta behandlingsmetoderna: medicinförskrivningen. Det

---

---

*"Den gemensamma förståelsen och ett likartat handlande utifrån denna förståelse"*

---

---

är bara läkarna som har förskrivningsrätt, när det gäller läkemedel och som utifrån de lagstadgade förutsättningar, som råder, också är de enda, som har kunskapen att bedöma effekter och skadeverkningar.

### Den bristfälliga dialogen

Klarast kommer den inbyggda maktproblematiken i medicinförskrivningsrätten till uttryck hos två av de yngsta intervjupersonerna. Hos båda kolliderar sjukvårdens agerande på ett katastrofalt sätt både med de förväntningar den själv skapat och de båda intervjupersonernas krav på "makt över sig själva och sitt liv". Den ena upplevde sig övermedicinerad (Hannas), den andre under/felmedicinerad (Niklas). Läkarens uppgift är att diagnosticera och behandla och de flesta patienter "är i grunden är inställda på att samarbeta med läkaren" i denna uppgift, men de förväntar sig också något mer av mötet, de har ett syfte med mötet som "traditionell och snäv klinisk agenda inte kan tillgodose" Clark&Mishler (1997 s 131 ff). När det gäller äldre människor, blir det i mitt material tydligt hur jag är aktivare som "igångsättare" för att de ska börja berätta. De har också ett större behov av att med minnets hjälp gå historiska "omvägar" för att försäkra sig om att de är förstådda.

I mitt material går dialogen mest att urskilja som brustna förväntningar, kolliderande möten mellan olika förklaringsmodeller, institutionell och relationell makt, subtila men reella kommunikationsproblem. De gånger en dialog utifrån en samstämmighet i mötet skett, då tycks det handla om en relation, där man upplever sig sedd och någon form av likartad förståelse för smärtproblematiken uppstått. Att uppnå en sådan förståelse borde vara ett gemensamt behov för både patient och läkare.

### Diskussion

Min ansats med arbetet var patient-och upplevelsefokuserat. Jag tog fasta på intervjupersonernas egna berättelser om sin smärta. Jag försökte utifrån min analys av dessa berättelser bli fånga in hur de själva upplever sin smärta i interaktion med sjukvården. Jag bemödade mig att tolka intervjupersonernas smärta inte primärt som ett sjukdomsorienterat symptom utan som en del av deras aktuella livsprocess. Människan gör något med sitt tal, hon vill åstadkomma något. Att noggrant analysera hennes "prat" och hennes berättelser kan därmed skänka mycken kunskap om både henne, det samhälle hon lever i och de fenomen vi vill studera. Genom att välja ett samhällsvetenskapligt perspektiv med dess betoning av "sjukdomar, sjukdomsprocesser och behandling i ett socialt och kulturellt sammanhang" (Hydén 1995 s 22), sökte jag i detta arbete en kunskap, som inte företrädesvis kan besvara frågor om smärtans orsaker eller vilka personer som drabbas av komplicerade smärttillstånd. Det framkom flera intresseväckande fynd vad gäller smärta som upplevelsefenomen och i denna artikel har jag valt att stanna upp vid de strukturella problemställningarnas betydelse. Jag tror inte att det är en slump att detta avtäckts, tvärtom är det ett klart uttryck för kuratorns förankring i såväl den individuella som strukturella dimensionen som rymms i begreppet psyko-socialt.

Smärtan är individuell men likväl strävar den till en språklig uttrycksform för att förstås, bli bekräftad och behandlad och därmed blir också "lyssnaren" delaktig i hur smärtan gestaltar sig (Brodwin 1994, Hilbert 1984, Scarry 1985). Smärtan vill berättas. Språkets yttersta syfte är dialog och en dialog kan bara uppstå, när vi delar gemensamma föreställ-



ningsvärldar. Detta sätter fokus på struktur-ens förutsättningar att skapa gemensamma föreställningsvärldar men understryker också vikten av att problematisera runt smärtans dualistiska fenomenologi. En problematisering som kan öppna för förändring. "Den hållning som jag tidigare propagerat för, nämligen att man försöker definiera situationen som ett gemensamt problem, kan många gånger bära längre än man först tror" (Berglind 1995 s 157)

Vill vi förstå vad smärta i grunden är och betyder, när vi drabbas av den, måste vi också som jag ser det, komplettera nuvarande forskningsinriktningar med andra perspektiv på kunskapssökande än de nu rådande. Det samhällsvetenskapliga perspektivet och den kvalitativa metodologin, där olika diskursiva metoder ingår, har här mycket att tillföra eftersom de sociokulturella processer som smärtan som fenomen *också* innehåller, då blir möjliga att beforska. Människors kommunikativa kompetens ser olika ut. Med kommunikativ kompetens avser jag förmågan att tala det språk som sammanhanget förväntar sig. Hur talar vi inom sjukvården, vilka möjligheter till att berätta den unika berättelsen på det egna språket skapar vi i sjukvården? I uppsatsen avtäcktes risker för en olyckliga och hitintills förbisedd marginalisering av vissa patientgrupper i smärtsammanhang (Björkman 1998).

Jag vill avsluta denna artikel med att problematisera även min egen kuratorsroll. Sjukvårdens behov av typologisering har flera gånger berörts i detta arbete. Här vill jag stanna upp vid det ofta också förbisedda faktum, att det inte bara är det biomedicinska perspektivet, som innebär en fara för typologisering. Under analysens gång blev jag varse hur lätt det var för mig utifrån min yrkesroll

lyssna in intervjupersonernas livsberättelser. Det är ett gängse sätt för kuratorn att arbeta (Baldock & Prior 1981). Jag är medveten om att det handlar om ett ömsesidigt reflexivt projekt, där man inte kan utesluta, att min erfarenhet som kurator skapar relationer som möjliggör samtal (Bernler och Johnsson 1988). Den talande kan känna tid, trygghet och tillit som inbjuder till att lyfta fram sig själv och aktuella problem. Detta har påverkat samtalens karaktär. Men jag blev också varse faran, att kuratorslyssnandet kan tendera att styra in berättelsen mot vissa i förväg bestämda fallor.

Jag tror att det är viktigt, att vi är medvetna om att vi lever i en tidsålder där vi nästan med automatik psykologiserar alla upplevelser. I min studie framträder klart hur viktigt det är för mina intervjupersoner att inte få sin smärtupplevelse psykologiserad efter någon gängse mall. De insikter jag med ovanstående reflektioner vill förmedla är det önskvärda att man, i alla behandlande samtal med smärtpatienter, lämnar observatörens behov av typologisering. Istället under seriöst lyssnande tar till sig, hur den smärtdrabbade narrativiserar sin smärtas biografi och medföljande förståelse- och förklaringsmodell för att genuint få ett gemensamt material att tillsammans arbeta med. Detta är kanske just dialogen förutsättning! Ett av de viktigaste fundamenten i modern smärtbehandling, är nödvändigheten av en kvalificerad smärtanalys för att nå framgång (Arnér 1991, Bertler 1997, SoS-rapport 1994:4). Därför ser jag kanske som det viktigaste fyndet den insikt som tydliggörs i detta

---

---

*"Även själva smärtanalysen måste ske i dialogens form"*

---

---

arbete, en insikt som inte nog kan betonas: "Även själva smärtanalysen måste ske i dialogens form".

## REFERENSER

- Baldock, J. & Prior, D. (1981). Social Worker Talking to Clients - a study of Verbal Behaviour. *British Journal of Social Work*, 11, 19-38.
- Berglind, H. (1995). *Handlingsteori och mänskliga relationer*. Natur och Kultur: Stockholm
- Björkman, B. (1998). *Men smärtan betyder allt och du kan aldrig förstå vad man säger*. Magisteruppsats. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Habermas, J. (1996). *Kommunikativt handlande - Texter om språk, rationalitet och samhälle*. Daidalos: Göteborg.
- Hydén, L-C. (1995). *Psykiatri Samhälle Patient - psykisk sjukdom i socialt och kulturellt perspektiv*. Natur och Kultur: Stockholm.
- Hydén, L-C. & Hydén, M. (1997). *Att studera berättelser - samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Liber AB: Stockholm.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives - suffering healings and the human condition*. Basic books inc.: New York.
- SoS-rapport 1994:4 *Behandling av långvarig SMÄRTA*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren, L. och Styrborn, S. (1991). *Från upptäckt till presentation - om kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund*. Studentlitteratur: Lund.



## Forskningsanslag från Stiftelsen NHR-fonden

Neurologiskt Handikappades Riksförbunds fond för forskning och utvecklingsarbete mm, NHR-fonden, utannonserar härmed årets anslag ur fonden. Fonden skall stödja medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete avseende neurologiska sjukdomar och/eller handikapp men även socialt och beteendevetenskapligt forsknings- och utvecklingsarbete inom detta område kan främjas och stödas. Anslag skall i första hand utgå till sådana projekt som ej

kan få stöd genom forskningsområden eller specialdestinerade fonder. Forskningsanslag utgår i regel för högst ett år varje gång och högst tre gånger för samma projekt. Redovisning av tidigare erhållet anslag är ett krav för beviljande av nytt anslag ur fonden.

För anslag under 2001 är sammanlagt ca 2,5 miljoner kronor tillgängliga och förklaras härmed till ansökan lediga. Ansökan, ett original samt tolv kopior, skall ske på särskild blankett och vara poststämplad eller inlämnad på NHR:s förbundskansli **senast den 1 oktober 2000**.

Blanketten samt de bestämmelser som gäller för utdelande av medel ur NHR-fonden kan rekvireras från NHR:s förbundskansli.

### Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR)

Box 3284

103 65 Stockholm

Besöksadress: Kungsgatan 32

Tel 08-677 70 10 Fax 08-24 13 15 E-post: nhr@nhr.se