

Somatoformt smärtsyndrom

Patientens upplevelse av vårdpersonalens förhållningssätt

Berit Krafft Curt Nyström

Långvarig smärta omfattar människans alla dimensioner och kan leda till en livskris, en hög stressnivå och dysfunktionella psykiska försvar som kan medföra svårigheter med nyorientering. Diagnosen somatoformt smärtsyndrom förbises ofta bland patienter med ospecifika symtom. Detta medför risk för inadekvat behandling, som kan bidra till att underhålla ett långdraget smärttillstånd. Ett professionellt omhändertagande av patienten grundas på en gemensam begreppsram för hälso- och sjukvårdspersonal med respekt för patientens livsvärld. Studien har integrerat kvalitativ och kvantitativ metod i analogi med tvärvetenskap. Kvantitativ metod i form av strukturerade skattningsinstrument kan visa på regelbundenheter i flerdimensionella mönster medan kvalitativ metod redovisar processer som baseras på de variabler som identifierats.

Berit Krafft, MSc, universitetsadjunkt, leg sjuksköterska är ansvarig för kurs i Smärta och smärtlindring vid Högsolan i Borås, Institutionen Vårdhögskolan. Curt Nyström, överläkare, MD, är sektionsöverläkare för sluten vård vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Verksamhetsområdet psykiatri, Mölndals sjukhus.

BAKGRUND

För att klassas som somatoformt smärtsyndrom krävs

att smärta inom minst ett anatomiskt område dominerar symtombilden och är av en sådan svårighetsgrad att den motiverar klinisk utredning,

att smärtan orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbetet, socialt och i andra centrala avseenden,

att psykologiska faktorer bedöms ha en viktig roll för smärtans debut, svårighetsgrad, exacerbation eller fortbestånd,

att symtomen eller funktionsnedsättningen inte är medvetet framkallade eller simulerade

att smärtan inte förklaras bättre utifrån diagnoserna förstämningssyndrom, ångestsyndrom eller psykotiskt syndrom och uppfyller inte heller kriterierna för dyspareuni.

Om tillståndet har varat mer än sex månader definieras det som kroniskt eller långvarigt (1,2).

Långvariga stresstillstånd involverar vårt autonoma nervsystem och medför störningar i kroppsfunction och kroppsupplevelse. Många av de besvärande förmimmelser patienter upplever uppfattas inom medicinen som ospecifika symtom. Exempel på funktionsnedsättande besvär är allmän trötthetskänsla, hjärtklappning, koncentrationsstörning, irritabilitet och sömnstörning med åtföljande dagtrötthet. Andra exempel är muskelvärk, muskelstelhet, frekvent miktation och symtom från mag- tarmkanalen. Konsekvenserna är såväl somatiska som emotionella, kognitiva och beteendemässiga och kan sammanfattas såsom generellt nedsatt uthållighet. Autonom dysfunktion kan föreligga vid avsaknad av

Den typiska patienten är en medelålders kvinna som får en plötslig, men otydligt beskriven smärta i samband med ett lättare trauma

fynd förenliga med somatisk eller psykisk sjukdom (3).

Försvarsmekanismer är automatiska psykologiska processer som skyddar individen från ångest och från att bli medveten om inre eller yttre faror eller påfrestningar. Dessa processer fungerar mestadels på ett omedvetet plan. Försvarsmekanismerna modererar reaktionerna på emotionella konflikter och på inre eller yttre påfrestningar. De enskilda försvarsmekanismerna hänförs på såväl konceptuell som empirisk grund till sammanhörande grupper vilka benämns försvarsnivåer (1).

Den typiska patienten är en medelålders kvinna som får en plötslig, men otydligt beskriven smärta i samband med ett lättare trauma. Kontakt tas med många specialister med krav på åtgärder från patientens sida. Denne känner sig ofta kränkt om psykologiska förklaringsmodeller antyds. Patienter med detta tillstånd är genomsnittligt inlagda på sjukhus mer än en vecka per år och genererar en sjukvårdskostnad som är nio gånger högre än genomsnittet för befolkningen. Ordet somatisering betyder förkroppsligande, dvs att en inre psykisk stress eller inre spänningar tar sig kroppsliga uttryck. Somatisering är ett sammansatt begrepp, som innefattar både upplevelse, tolkning och beteende. På alla dessa nivåer sker samverkan med förhållanden i omgivningen (4).

Socialstyrelsen anger att merparten av de terapeutiska åtgärder som används vid långvariga smärttillstånd saknar dokumenterad effekt. Det kliniska vårdbehovet styrs av an-

dra faktorer än smärtans styrka. Graden av funktionsstörning, depressivitet och social situation är några exempel på faktorer som styr vårdkonsumtionen (5). Om förmågan att bearbeta, acceptera och anpassa sig inte räcker till blir patienten smärtsjuk (6).

SYFTE

Att undersöka betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonals förhållningssätt ur ett psykodynamiskt perspektiv genom att beskriva patienten med somatoformt smärtsyndrom ur ett helhetsperspektiv, att beskriva och analysera patientens upplevelser av vårdpersonals förhållningssätt och att kartlägga och utvärdera vilka konsekvenser patientens upplevelser av vårdpersonals förhållningssätt får för patienten.

METOD

Kvalitativ metod med öppna intervjuer för datainsamling som utmynnar i s k spårhunds-begrepp (sensitizing concepts) och kategorier. Avsikten med metoden är att ur empiriska data generera begrepp som beskriver det studerade området. Föreställningar, attityder och beteenden blir fenomen som kan studeras för att öka insynen i den subjektiva dimensionen. Fokus riktas inte på patientens sjukdom utan på patientens upplevelser av mötet med vårdpersonal och dess konsekvenser. Detta beskrivs i termer som patientens egen förståelse av personliga upplevelser och livshistoria. Patienterna beskriver smärttillståndet som en process. Intervjuerna är öppna med frågeområden anpassade till följande teman; patientens upplevelser av vårdpersonalens förhållningssätt; om denna erfarenhet påverkat patientens sätt att vara och dess konsekvenser i mötet med vårdpersonalen; betydelsen av förhållningssättet; hur de skulle vilja

bli bemötta. Studien avser att beskriva mötet med vårdpersonal när patienten sökte första gången för sin smärta och det fortsatta förloppet.

Urval

Undersökningsgruppen bestod av 35 patienter. Inklusionskriteriet för att ingå i studien var att patientens huvuddiagnos var kroniskt somatoformt smärtsyndrom (2). Vanligt hos patientgruppen var att det dessutom fanns somatiska eller psykiatriska tilläggsdiagnoser. Patienterna inkluderades konsekutivt i studien. Detta gick till på så sätt att patienterna erbjöds deltagande i studien så snart de diagnostiska kriterierna var uppfyllda för studien. Datainsamlingen var förlagd till ett av Riksförsäkringsverkets sjukhus, där man utredde patienter från hela landet. Patienterna var inskrivna vid sjukhuset under en period av två veckor för utredning och bedömning. Flertalet av patienterna hade mångårig erfarenhet av kontakt med olika vårdyrkeskategorier. Totalt intervjuades 31 kvinnor och 4 män.

Mätinstrument

Kartläggning skedde med användande av metoden STRUT, strukturerad rehabiliteringsutredning (7). STRUT är en modell, en metodik och ett arbetsredskap vid behandlings- och rehabiliteringsutredning. Det första avsnittet, rubricerat *Sjukdom*, utgör en sammanställning av medicinska faktorer och dess konsekvenser avseende funktions- och förmågebegränsning utifrån Socialstyrelsens klassifikation av WHO:s ICDH, 1993 (8). Det andra avsnittet bär rubriken *Hinder (icke medicinska omständigheter)* som ibland har en sådan tyngd att de direkt kan relateras till *Sjukdom* i form av orsakssamband eller som

underhållande faktor av sjukdom.

Den tredje delen bär rubrikerna *Resurs*, *Handikapp* och *Prognos*. På denna del sammanställs och skattas under rubriken *Resurs* personens tillgängliga resurser. Därnäst redovisas under rubriken *Handikapp* den tid och i vilken form personen fått sitt funktionshinder accepterat som ett stödberättigat handikapp. Slutligen skattas under rubriken *Prognos* personens utsikt att behålla oförändrad delaktighet i förvärvsarbete och/eller möjligheten till ökad delaktighet i förvärvsarbete. Därutöver sker en kartläggning med skattningsinstrumentet Stress and Crisis Inventory, SCI-93 (9). Instrumentet har utvecklats utifrån en kristeoretisk referensram som den beskrivs av Cullberg (10) och Ottosson (11). Med utgångspunkt från livstrauma analyserar Cullberg upplevandedimensionen. Selye (12) beskriver ett liknande processperspektiv när han belyser traumats effekter på organsystem. Frågeformuläret baseras också på objekt-relationsteorin. Denna beskrivs i Blanck och Blanck (13) och presenterar teoribildning för personlig utveckling i såväl frisk som patologisk riktning. Ett väsentligt mål vid val av innehåll i detta frågeformulär har varit att beskriva varje enskild patient i ett processperspektiv. De ingående frågorna avser att belysa möjlig väg till ökad hälsa och funktion för att tjäna som underlag för planering av behandling och rehabilitering.

Följande sex temata exploreras med hjälp av SCI-93:

1. Autonom dysfunktion/stressymtom
2. Traumatisk händelse
3. Förlust av hälsa/långdragen sjukdomsbild
4. Återfå hälsa och ökad funktion
5. Komma i arbete
6. Pensionsönskan

Explorationen börjar med en kartläggning

av aktuella stressymtom och därefter följer tema 2-6 med en kristeoretisk upplägning. Detta är i överensstämmelse med ett psykodynamiskt synsätt (14).

Autonom dysfunktion är en delaspekt inom Stress and Crisis Inventory 93, SCI-93 och den kartlägger aktuella stressymtom inom en skala som spänner mellan 0-140 totalpoäng. Autonom dysfunktion har karaktären av att vara en variabel av kvotskaletyp. Av statistiska och kliniska skäl har autonom dysfunktion därför valts som beroende variabel vid de statistiska analyserna.

Autonom dysfunktion/stressymtom är den variabel, som har en central plats i den kliniska manifestationen av somatoforma syndrom och det finns en undergrupp av somatoforma syndrom som benämns somatoform autonom dysfunktion. Denna diagnos baseras väsentligen på autonom dysfunktion som klinisk manifestation. Studien syftar till att beskriva patientens samspel med sjukvården. Detta samspel kan ibland tänkas medföra en stressreaktion hos patienten. I den aktuella studien av patienter med kroniskt somatoformt smärtsyndrom kartläggs förekomst av autonom dysfunktion.

Statistisk analys

Totalpoäng av stressymtom (autonom dysfunktion) har ställts i relation till övriga tema/ aspekter i SCI-93 och STRUT. Kliniskt viktiga kombinationer av frågor i SCI-93 explorerades med faktoranalys. Det gav stöd för gruppering av data i enlighet med kliniskt tänkande och kristeori. Grupperingen rörde å ena sidan emotioner och å andra sidan acceptans tankemässigt, känslomässigt och handlingsmässigt för varje kartlagt tema. Med denna gruppering erhöles ett mindre antal faktorer vars poängtal sammanställes.

För att belysa betydelsen av krisprocess för förekomst av autonom dysfunktion genomfördes regressionsanalys. Den beroende variabeln var totalpoäng av autonom dysfunktion. De övriga variablerna var totalpoäng av krisens emotioner, acceptans för kris och emotioner relaterat till temat förlust av hälsa/långdragna besvär. R-kvadrat, Anova-koefficient, uträknades som mått på hur mycket av den totala variationen av autonom dysfunktion, som kunde förklaras eller relateras till pågående krisprocess (7, 9).

RESULTAT

Den kvalitativa innehållsanalysen från intervjumaterialet ledde fram till sammanlagt 64 koder, varav 12 är relaterade till kategorin "förhållningsätt". 10 koder beskriver kategorin "konsekvenser p g a förhållningsätt", 14 koder handlar om kategorin "patientens copingstrategier". Den fjärde kategorin beskriver "psykiska försvar" med 27 subkategorier.

Förhållningsätt

Upplevelsen av hur den första kontakten med vårdpersonal kom att bli var av avgörande betydelse för den fortsatta utvecklingen. Om det fanns respekt och förståelse för patientens smärtupplevelse vågade patienten "vara sig själv" och han/hon kände sig då trygg. Kunde läkaren dessutom ställa en diagnos, som kunde accepteras blev patienten optimalt tillfredsställd.

Även om värken var likadan som förut målde patienten bättre psykiskt en tid efter kon-

Om det fanns respekt och förståelse för patientens smärtupplevelse vågade patienten "vara sig själv" och han/hon kände sig då trygg

sultationen. Bitterhet utvecklades ibland hos patienten p g a brister i kommunikationen mellan denne och vårdpersonal. Smärtupplevelset ökade vid oförstående bemötande och ledde till upplevelse av försämring under en kortare eller längre tid. Hur vårdpersonal bedömer patienten och interagerar handlar om kontextuella, fysiologiska och psykologiska faktorer. Vänligt var att generaliseringar gjordes på ett stereotypt sätt. Patienten blev nonchalant behandlad och betraktad som inbillningssjuk och lat. Ängslan, nervositet och oro präglade i vissa fall patientens kommunikation med vårdpersonalen. Möjligheten att analysera vad som gick fel i kommunikationen återkom sällan, eftersom patienten vid olämpligt bemötande aldrig återvände till den aktuella personalen. Patientens kände sig kränkt och självförtroendet sjönk. Många trodde sig uppfattas som värdelösa. Frågor som handlade om livsstilsförhållanden uppfattades ofta som kränkande, med ett ökat lidande som följd. I konsultationer fick de upprepa sin sjukhistoria. De kände sig som "bandspelare". Patienterna beskrev vården organiserad enligt löpande bandsprincipen.

Copingstrategier

För att hantera sin livssituation och sina besvär använde patienterna olika copingstrategier. Hur patienten hanterade sitt tillstånd berodde på graden av hot och var ett mått på stressnivån. En förändring av verkligheten var att ha förlorat hälsan. Att leva med långvarig smärta beskrevs som en sorg utan slut. Patientens resurser sattes på prov gentemot krav och påfrestningar. Om patienten

Att leva med långvarig smärta beskrevs som en sorg utan slut

använde bra eller dåliga copingstrategier gick egentligen inte att bedöma, eftersom endast patienten själv visste vad denne ville uppnå.

Konsekvenserna kan dock utifrån ett hälsoperspektiv bedömas som goda eller mindre goda. Copingstrategierna var avsiktliga och i vissa fall framgångsrika. Det fanns en kognitiv förmedling mellan person och omgivning som visade sig ha en personlig struktur. En fördjupning av detta fenomen har inte skett i denna studie, men tendens fanns att strategierna var tämligen likartade hos varje patient i den studerade gruppen. I anpassningsprocessen användes coping och psykiska försvar samtidigt. Den mest framträdande copingstrategin var att patienten på olika sätt försökte stå ut med sin smärta (ackomodation).

Psykiska försvar

För en person med ångest är det primära att försöka att bli av med sin ångest. Bruket av psykiska försvar i denna studie har sin dominans bland de dysfunktionella försvarsnivåerna. Förnekandenivån var den vanligast förekommande försvarsnivån. Exempel på detta var påståenden att resultaten av proverna inte var sanna och att felbedömningar gjorts vid röntgen eller andra undersökningar.

Det noterades ibland en stoisk envishet hos en del patienter, vilket ibland var att endast se till egna värderingar. Flertalet patienter förnekade en del av verkligheten för att orka med sin tillvaro. Hämningsnivån var den näst vanligaste försvarsnivån. Borträngning höll otillåtna tankar, känslor och önsningar borta. Problem sköts på framtiden. En del patienter hängav sig åt ett abstrakt tänkande för att hålla ångesten borta genom denna intellektualisering. Att hålla starka känslor/upplevelser borta och låtsas vara glad och utåtriktad när man

mår dåligt var andra exempel på psykiska försvar inom denna nivå. Den psykiska försvarsnivån med lätt verklighetsförvrängning var den tredje vanligast förekommande försvarsnivån och kan exemplifieras med idealisering på gränsen till omnipotens. Därefter kom psykiska försvar inom gruppen agerandenivån, vilket innefattar passiv aggressivitet och utagerande beteende. Bruket av dessa försvar i mötet med vårdpersonal uppgavs ibland ha sin orsak i att patienterna upplevt kränkande förhållningssätt. Den mest mogna psykiska försvarsnivån som benämns hög adaptiv nivå var den minst vanliga försvarsnivån i denna patientgrupp (16).

Autonom dysfunktion och kvalitativa data
Autonom dysfunktion har relaterats till kvalitativa data baserade på kategorin psykiska försvar enligt DSM-IV. Det framkommer ingen skillnad mellan patienter med mogna psykiska försvar och patienter med omogna psykiska försvar. Autonom dysfunktion kan inte relateras till psykisk försvarsnivå i denna studie.

Autonom dysfunktion och kvantitativa data (SCI-93)

Den undersökta patientgruppen har en hög autonom dysfunktion med medelvärde på 85,3 (SD 14,6) medan konfidensintervall på 5% nivå för medelvärdet av totalpoäng var |85,3±4,8|. Konfidensintervall på 5% nivå för medelvärdet av total poäng av stressymtom i en normalgrupp arbetsföra personer (n=99) var |16,2±3,2| (15). Autonom dysfunktion ställt i relation till temat traumatisk händelse uppvisar ingen signifikant korrelation (*Tabell 1*). Autonom dysfunktion kan däremot relateras till temat långdragna besvär/förlust av hälsa med en correlationscoefficient på 0,70 (p<0,001). Kraftigt bejakade emotioner inom

temat långdragna besvär/förlust av hälsa är förenligt med en hög autonom dysfunktion (*Tabell 1*).

Tabell 1. Patienter som efter utredning vid Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås uppvisat somatoformt smärtsyndrom. Kartläggning har skett med Stress and Crisis Inventory 93. Tabellen redovisar relationen mellan totalpoäng för autonom dysfunktion (beroende variabel) och totalpoäng för emotioner och acceptans för kartlagda temata (n=35), mätt med Spearman's rho.

	n	Autonom dysfunktion/ övr. temata (corr coeff)	p-värde (två-sidigt)
Traumatisk händelse	27		
Emotioner		0,37	NS
Acceptans		-0,17	NS
Långdragna besvär	33		
Emotioner		0,70	<0,001
Acceptans		0,04	NS
Ökad hälsa	35		
Emotioner		-0,42	<0,01
Acceptans		-0,31	NS
Komma i arbete	32		
Emotioner		-0,36	<0,05
Acceptans		-0,17	NS
Att få pension	32		
Emotioner		0,32	NS
Acceptans		0,21	NS

Autonom dysfunktion uppvisar en negativ korrelation till temat hälsa med en correlationscoefficient på -0,42, (p<0,05) (*Tabell 1*). En hög autonom dysfunktion är förenligt med lite bejakade emotioner inom temat ökad hälsa. Patienten har en liten tilltro till att få ökad hälsa vid förekomst av mycket stressymtom (autonom dysfunktion).

Desto större den autonoma dysfunktionen var, ju allvarligare var också begränsningen av förmågan på medicinsk grund

Autonom dysfunktion ställt i relation till temat komma i arbete uppvisar en signifikant korrelation $-0,36$, ($p < 0,05$), för emotioner i temat (Tabell 1). Det betyder att en hög autonom dysfunktion är förenligt med en liten tilltro till att komma i arbete.

Autonom dysfunktion ställt i relation till temat att få pension uppvisar ingen signifikant korrelation (Tabell 1).

Ett försök att utvärdera krisprocessens betydelse för variansen av stressymtom visade en R-kvadrat på $0,62$. Variationen av autonom dysfunktion kan till 62% förklaras eller relateras till pågående krisreaktion.

Autonom dysfunktion och (STRUT), Aspekten sjukdom

Sjukdomars följder enligt ICIDH (8) sammanfattas på individ/personnivå med begreppet begränsning av förmåga. Det är den summerade bedömningen av samtliga pågående sjukdomars betydelse för begränsning av förmåga på individ/personnivå. Det framkom en korrelation på $0,59$ ($p < 0,01$) mellan autonom dysfunktion och begränsning av förmåga. Desto större den autonoma dysfunktionen var, ju allvarligare var också begränsningen av förmågan på medicinsk grund. Autonom dysfunktion kan relateras till pågående sjukdomar och deras följder.

Aspekten hinder

Bland icke medicinska hinder i STRUT-utredningen framkom att autonom dysfunktion korrelerade till arbetsrelaterade hinder med

korrelationen $0,58$ ($p < 0,05$). Icke medicinska omständigheter kan därför vara av betydelse som en bidragande förklaringsgrund till patientens stressnivå. Brister avseende teoretiska kunskaper, praktiska färdigheter och dålig förankring i arbetslivet var relaterat till en högre autonom dysfunktion.

Aspekten resurs

Den skattade medicinska resursen vid STRUT-utredningen korrelerade till autonom dysfunktion. Denna korrelation var $-0,51$ ($p < 0,05$). Det betyder att ju högre den medicinska resursen var dess lägre var patientens autonoma dysfunktion.

Validering av SCI-93 och STRUT

Temat traumatisk händelse

Totalpoäng för temat traumatisk händelse (SCI-93) korrelerade till STRUT-utredningens resultat för begränsning av förmåga som följd av sjukdom. Denna korrelation var $0,43$, ($p < 0,05$). Det betyder att den resurs patienten haft att hantera livshändelser med korrelerar till sjukdomars konsekvenser på individ/personnivå vid somatoformt smärt syndrom. Det kan därför vara av värde att göra en noggrann kartläggning av patientens resurs för att hantera belastande livshändelser vid somatoformt smärtsyndrom.

Temat komma i arbete

Totalpoäng för temat att komma i arbete (SCI-93) och STRUT-utredningens resultat för begränsning av förmåga som följd av sjukdom gav en korrelation på $-0,53$ ($p < 0,01$). Det betyder att patientens subjektiva bedömning av framtidsperspektivet att komma i arbete skattades som en större möjlighet när aspekten begränsning av förmåga på individ/personnivå hade bedömts vara av en mindre

svårighetsgrad.

Totalpoäng för att komma i arbete (SCI-93) korrelerade också till STRUT- utredningens resultat för aspekten medicinsk resurs. Denna korrelation var 0,49 ($p < 0,01$). Det betyder att patientens subjektiva bedömning av framtidsperspektivet med avseende på att komma i arbete korrelerade till den objektiva bedömningen av strikt medicinsk resurs för rehabilitering till arbete.

Temat att få pension

Totalpoäng för temat att få pension (SCI-93) korrelerade till STRUT-utredningens resultat av begränsning av förmåga som följd av sjukdom. Denna korrelation var 0,59 ($p < 0,01$). Det betyder att patientens subjektiva beskrivning av ett framtidsperspektiv med pension korrelerade till den objektiva bedömningen av sjukdomars konsekvenser för begränsning av förmåga på individ- personnivå.

Totalpoäng för temat att få pension var också relaterat till STRUT- utredningens resultat för aspekten medicinsk resurs. Denna korrelation var -0,44 ($p < 0,05$). Betydelsen av detta är att desto mer patienten skattade sin framtidsbild som förenlig med förtidspension desto mindre var också den objektiva bedömningen av medicinska/psykiatriska resursen enligt STRUT-metodiken.

Frågor inom SCI-93 för aspekterna att komma i arbete och att få pension är konstruerade för att kartlägga patientens framtidsbild. Patientens subjektiva beskrivning av framtidsperspektivet med utgångspunkt från SCI-93 gav en samstämmighet med den objektiva medicinska utredningens resultat av medicinska sjukdomars konsekvenser för begränsning av förmåga och tillgänglig medicinsk resurs som grund för rehabilitering. Denna samstämmighet mellan kartläggningsresultat enligt

SCI-93 och utredningens resultat enligt metodiken STRUT validerar båda dessa instrument. Det är rimligt att tro att dessa instrument mäter det som de avser att mäta (16).

DISKUSSION

Patienterna beskriver i intervjuerna den tragiska det innebär att ha drabbats av ett somatoformt smärtsyndrom. Ett öppet förhållningssätt från personalens sida kan ge ett positivt gensvar hos patienten. Om det första intryckets signaler är positiva vid konsultationen kan en subjekt/subjektrelation utvecklas. Den läkande kraft som finns i denna interaktion undervärderas ofta av vårdpersonal. Förhållandet mellan patient och vårdpersonal bygger på förväntningar, vem som säger vad och hur, vilket har stor inverkan på patienten. Ett konfrontativt förhållningssätt innebär att möjligheterna till positivt gensvar minskas. Ytterligheter som inlevelse och förståelse för patientens situation, till kränkande förhållningssätt och handlingar förekommer.

Dessa patienter vill försöka uppfylla både samhällets krav och de egna kraven. Dessa kan vara reellt övermäktiga eller upplevas som sådana vid låg kapacitet hos den enskilde. Långvariga symtom på stress är inte bara symtom i sig själva. De ingår i det orsakssammanhang som kan ligga till grund för medicinska rubbningar.

Autonom dysfunktion och subkategorier som mogna eller omogna psykiska försvar i kvalitativa data har ställts i relation till varann. Utifrån den kvalitativa ansatsen kan försvaren avgränsas väl ifrån varann. Däremot visade det sig att patienterna i stort sett hade samma autonoma dysfunktion oavsett om de gjorde bruk av mogna eller omogna försvar.

Trots tillgång till psykiska försvar har patientgruppen en hög pågående autonom

Hos patienter med somatoformt syndrom är den fysiska smärtupplevelsen och dess konsekvenser mest framträdande i krisen

dysfunktion. Psykiska försvar kan inte direkt relateras till autonom dysfunktion i denna studie.

Hos patienter med somatoformt syndrom är den fysiska smärtupplevelsen och dess konsekvenser mest framträdande i krisen. En del av smärtan och ångesten framkallas av den egna kroppens reaktioner och av den känslomässiga bristen på förståelse från personer i omgivningen. Kristillståndet förblir obearbetade om försvaren är dysfunktionella, vilket medför svårigheter med nyorientering. Att drabbas av sjukdom innebär för den drabbade individen oönskade förändringar och förluster. Förlust av hälsa är det mest centrala förlusttemat i denna patientgrupp och det ställer stora anspråk på individens resurser för att hantera förändring och anpassning. Långdragna besvär och förlust av hälsa kan medföra en autonom dysfunktion inom ramen av en patologisk krisreaktion. En hög autonom dysfunktion är inte förenligt med att återfå hälsa och ökad funktion. Tilltron är liten till att få ökad hälsa vid förekomst av en hög grad av stressymtom. När acceptansen är stor är krisen över. Den existentiella och känslomässiga bearbetningen bör följas åt hos patienten. När acceptansen är stor är patienten i en nyorienteringsfas. Rehabiliteringsinsatser har i detta skede störst chans att ge optimalt resultat. Detta beaktas inte alltid av behandlande personal.

Patientens subjektiva bedömning av framtidsperspektivet att komma i arbete var relaterad till objektivt skattad begränsning av förmåga. Möjligheten att komma i arbete be-

dömdes vara större av patienten när begränsning av förmåga hade skattats med en mindre svårighetsgrad som konsekvens av sjukdom. På motsvarande sätt framkom sambandet, att ju mer patienten skattade sin framtidsbild som förenlig med förtidspension, desto mindre var den objektivt skattade medicinska resursen, vilket också kan relateras till analysen av intervjuerna. I intervjuerna beskriver patienterna sina olika beteenden för att visa sin oförmåga p g a upplevd sjukdom. Där mätningar varit möjliga att genomföra visar resultaten från analysen av intervjuerna och de kvantitativa skattningsinstrumenten en övervikt av samstämmighet i kvalitativa och kvantitativa variabler.

REFERENSER

1. American Psychiatric Association. (1994). *MINI-D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 172-173. Danderyd: Pilgrim Press.
 2. Socialstyrelsen. (1997a). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (ICD 10)*. Systematisk förteckning. Stockholm: Fritzes.
 3. Nyström, C & Nyström, O. (1996). Skattad stress verifierar autonom dysfunktion. *Läkartidningen*, 93 (28-29), 2583-2584.
 4. Mindus, P. (1994). *Patienter med problematisk somatisering*. Helsingborg: Rhone-Poulenc Rovers Ars.
 5. Socialstyrelsen. (1994). *Behandling av långvarig smärta*. SoS-rapport 1994:4. Stockholm: Fritzes.
 6. Skott, A. (1994). *Psykiatriska och psykologiska aspekter. Behandling av långvarig smärta*. SoS-rapport 1994:4, Stockholm.
 8. Socialstyrelsen. (1997b) *Klassifikation*. (Svensk version av WHO:s internationella handikappklassifikation ICIDH,1993). Norstedts Tryckeri AB, Stockholm.
 16. Krafft, B., Nyström, C. (1999). *Somatoformt smärtsyndrom. En delrapport om patientens upplevelse av vårdpersonals förhållningssätt*. Forskningsrapport 1:1999. Högsolan i Borås, Institutionen Vårdhögskolan.
- För fullständig referenslista hänvisas till författarna.