

# Långvarig psykogen smärta ur ett psykiatriskt kliniskt perspektiv

Åsa Björkman

Människor med långvariga smärttillstånd är vanligt förekommande patienter, inte minst hos allmänmedicinerna. Här ges synpunkter på hur smärttillstånd kan definieras och diagnosticeras. Dessutom beskrivs den moderna psykiatrins sätt att resonera enligt en beskrivande modell, som tar hänsyn till såväl stress- som sårbarhetsfaktorer hos den enskilda individen.

Åsa Björkman är specialitistläkare i psykiatri sedan 1980, överläkare i Karlstad fram till 1986, i Nacka till 1989 då hon blev privatpsykiater i Stockholm.

Denna komprimerade och ofullständiga text får tjäna som sammandrag av ett föredrag jag höll vintern 2000 i samband med att Svenska Psykiatriska Föreningen anordnade vidareutbildningsdagar på temat "Samverkan mellan Försäkringskassan och psykiatri". Avsikten var att söka öka förståelsen hos försäkringskassans företrädare för en patientgrupp som vi inom psykiatri upplever att ofta missförstås och feltolkas i försäkringsmedicinska sammanhang, nämligen människor med långvariga smärttillstånd, där tecken på organisk skada saknas. Som representant för den kliniska psykiatri, och alltså typisk för den intygsskrivande läkaren, gav det mig själv ett utmärkt tillfälle att aktualisera diagnostiken och reflektera över vilka begrepp och formu-

leringar som kan vara relevanta i sammanhanget.

Först några inledande ord om de olika begreppen. Det är lätt att bli förvirrad när man sätter sig ner med litteraturen och upptäcker hur olika ord om smärttillstånd som användes, hur ofta överlappande definitioner förekommer, och hur ofta man inte riktigt gör klart vad man menar med orden som används för att beskriva smärttillstånden. Detta får väl ursäktas med att man inte kommit så långt vad gäller kunskapsutveckling och klarhet inom det här området, enligt talesättet att det dunkelt sagda är det dunkelt tänkta.

Vad betyder egentligen t ex ordet "psykogen"? Betyder det att symtomet är orsakat av psykiska faktorer eller att symtomet gör avtryck i psyket? Beror symtomet psykogen smärta på att något fel eller någon skada föreligger i psyket, är det ett symptom på psykisk sjukdom och i så fall vilken och, som så ofta, hur hänger soma och psyke ihop? Mycket har skrivits om detta inte minst i den psykoanalytiska litteraturen (jfr, Joyce Mc Dougal) där man ser kroppen som en arena för inre, olösta konflikter och där alltså smärttillstånd är ett uttryck för kroppens kommunikativa förmåga. *Smärta = ångest?* Det finns även en hel del forskning som visar att smärtsyndromen har biologiska, kemiska korrelerat (U M Anderberg -99). Det har ju även ångest, så då kanske återigen smärta är en variant av ångest.

Mycket återstår för oss att få kunskap om. Varför gör det ont? Varför drabbas vissa? Varför får det ta sådana allvarliga konsekvenser för många? Det viktigaste idag är kanske att vi, alla inblandade, kan närma oss problemet med ödmjukhet och respekt och inte falla ner i generaliseringsgropar som vi gör när vi talar om "klimakteriebesvär", "utbrändhet" eller "SVBK".

### **"Smärta är vanligt"**

Långvariga och ofta återkommande smärttillstånd är mycket vanliga i befolkningen. Man kan räkna med att en tredjedel till hälften av alla människor i vårt land besväras av smärttillstånd som betecknas som långvariga. Könsskillnader finns; män har oftare smärttillstånd i ländryggen, kvinnor oftare från nacke och axlar. (Jfr. Socialstyrelsens skrift "Smärta" osv)

Vid vissa typer av smärttillstånd är kvinnor klart överrepresenterade. Detta gäller t ex vid fibromyalgi där studier tycks visa att så mycket som 7% av kvinnorna i Sverige har symtom som vid fibromyalgi (Anderbergs 1999) Vi vet också att det finns både socioekonomiska och kulturella skillnader. Smärta är ju ett symtom som inte sällan drabbar invandrarkvinnor där eventuellt kulturella faktorer samverkar med andra.

Ibland finns tecken på organisk skada vid långvariga smärttillstånd, men oftast inte. Vi har kanske lite till mans en vag föreställning om att om det gör så ont så skall det väl ändå synas något, på röntgen eller i något laboratorieprov. Däremot har vi inte den föreställningen när det gäller hopplöshetskänslor, van-

föreställningar eller suicidalitet. Enligt Socialstyrelsen definieras smärta som en obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada. Man betonar alltså att smärta är en upplevelse och som sådan subjektiv. Det är alltså bara subjektet som vet hur ont det gör!

### **Diagnostik**

I kliniska sammanhang brukar man skilja på, 1) å ena sidan smärtans sensoriska komponent, som är den primära, grundläggande och alltså subjektiva upplevelsen av smärtan – smärta som signal. Denna har en lokalisation, en intensitet och en karaktär (ex.vis brännande, skärande, molande).

2) Smärtans emotionella komponenter – smärtan som lidande – som påverkar livsföring, tänkande, självkänsla och beteende. Vidare talar man om smärtbeteende, och i detta begrepp finner vi mycket av det vi ser som interagerande med omgivningen, med familj och arbetskamrater och där det lätt uppkommer rollspel med bindningar åt olika håll.

Vid en del kliniska tillstånd, de ur försäkringsmedicinskt perspektiv relativt okomplicerade smärttillstånden, kan smärtan vara nästan rent sensorisk. Vid andra dominerar den emotionella komponenten och vid en del smärttillstånd är smärtbeteendet det allt över-skuggande.

Var går då gränsen mellan ett långvarigt smärttillstånd och det skroniska smärtsyndromet? Vid ett kroniskt smärtsyndrom har smärtan som symtom helt tagit över – man har inte längre ett tillstånd med smärta – man är smärtsjuk! Allt patienten upplever och företar sig är underordnat smärtan. Även omgivningen styrs av den, och andra symtom tillstöter, såsom sömnstörning, nedstämdhet och

---

---

*Ibland finns tecken på organisk skada vid långvariga smärttillstånd, men oftast inte*

---

---

---

---

*Vid ett kroniskt smärtsyndrom har smärtan som symtom helt tagit över – man har inte längre ett tillstånd med smärta – man är smärtsjuk*

---

---

håglöshet, irritabilitet, sänkt självkänsla och social isolering. Detta är ett tillstånd som i många stycken, i den kliniska praktiken, är identiskt med den egentliga depressionen! Kanske är det så att detta på något sätt är samma sjukdom? Vi kanske kommer att se, allteftersom vi lär oss mer om dessa åkommor, att kroniskt smärtsyndrom och depression är samma sak. *Smärta=depression?*

### **Funktionshinder och intyget**

Smärta leder ofta, men inte alltid, till funktionshinder. Detta funktionshinders omfattning har inte alltid någon direkt eller självklar korrelation till smärtans art och grad. Det är förstås angeläget att man som patientens läkare lägger ner tid och engagemang på att analysera art och grad av funktionshindret, inte minst för att kunna beskriva det på ett för Försäkringskassan begripligt sätt på det eventuella sjukintyget. Och detta kan göras på svenska! Min egen erfarenhet visar att det framför allt är patientens kognitiva funktioner som drabbas på ett funktionsnedsättande sätt., dvs tankelivet drabbas till både struktur och innehåll. Patienten får svårt att koncentrera sig, att fokusera, att sortera och prioritera bland arbetsuppgifter och att fatta beslut. Den psykiska energin sjunker med sjunkande livs- och arbetsglädje. Dessutom drabbas själva tankeinhållet så att tolkandet av den egna personens belägenhet och andra personers betydelse och påverkan förvrängs på ett sådant sätt att den egna självkänslan förloras. Självbildens påverkas och man börjar kanske

se sig själv som en sjukling, ett offer.

Vid stressande upplevelser, dit man måste räkna smärtupplevelsen, aktiveras hos alla människor vars och ens högst individuella "inre arbetsmodeller", en sorts djupt och tidsigt inlärd manuskript för, eller tolkningsmönster av, det som hotar och hur man skall förhålla sig till detta för att överleva. (jfr Professor Carlo Perris flera läroböcker i detta ämne) En människa kanske "vet" att ingen hjälp finns att få och drar sig undan i vanmakt och isolering. En annan drabbas av panik och söker med ångestladdad frenesi hjälp överallt. Oändligt många variationer på temat finns – sannolikt lika många som det finns individer.

De flesta människor med smärttillstånd söker nog i första hand inom primärvården och får behandling där. Men även bland psykiatrens patienter är smärta ett vanligt symtom, som delsymtom vid depressionssjukdom, schizofreni och vid personlighetsstörningar. Däremot är det enligt min erfarenhet rätt ovanligt att patienter med enbart, eller företrädesvis, smärta som symtom, söker psykiatri. (Själv tenderade jag i psykiatri i Göteborg 1972 för Jan Wällinder, senare professor i psykiatri vid Linköpings universitet, och min tentamenspatient var en äldre man med ENBART ont i benet och inga andra uttalade besvär. Så jag har lärt mig att se upp för vad som kan dölja sig bakom symtomet smärta.) Psykiatri har emellertid numera en rad psykiatriska diagnoser för smärta i sin repertoar. Trots att det finns ett sådant flertal, vill jag påstå att smärta är ingen sjukdom – det är ett symtom! Jag är övertygad om att kunskaps-

---

---

*Smärta är ingen sjukdom – det är ett symtom*

---

---

## SOMATOFORMA SYNDROM

Somatiseringssyndrom  
Odifferentierat somatofomt syndrom  
Konversionssyndrom  
Somatofomt (ideopatiskt) smärtsyndrom  
Hypokondri  
Dysmorfobi  
Somatofomt syndrom UNS.

Figur 1. Exempel på diagnostik enligt DSM4

## SOMATOFOMT SMÄRTSYNDROM

- A. Smärta inom minst ett anatomiskt område dominerar symtombilden och är av en svårighetsgrad som motiverar klinisk utredning.  
B. Smärtan orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbetet, socialt eller i andra viktiga avseenden.  
C. Psykologiska faktorer bedöms ha en viktig roll för smärtans debut, svårighetsgrad, exacerbation eller fortbestånd.  
D. Symtomen eller funktionsnedsättningarna är inte medvetet framkallade eller simulerade (vilket är fallet vid simulering eller patomimi.)  
E. Smärtan förklaras inte bättre med något förstämningssyndrom, ångestsyndrom eller psykotiskt syndrom och uppfyller inte kriterierna för dyspareuni.

Differentiera somatofomt smärtsyndrom associerat med psykologiska faktorer (307.80) Från somatofomt smärtsyndrom associerat med både psykologiska faktorer och somatisk sjukdom/skada (307.89)

Specificera om akut : symtomen har varat mindre än sex månader  
kroniskt: symtomen har varat mer än sex månader

utvecklingen kommer att visa oss detta. Jämför likheten med begreppet feber – förr var feber en sjukdom i sig, en diagnos, medan vi idag självklart vet att feber är ett symptom som ledsagar ett stort antal sjukdomar, allt från infektioner till blödning.

## Stress - säkerhet

Vilka människor är det då som drabbas av dessa "syndrom"- och varför? När det gäller såväl smärtsyndromen som depressions-sjukdomarna fungerar det att använda sig av en tankemodell som tar hänsyn till såväl stressfaktorer som individuella sårbarhetsfaktorer. (Jfr. Carlo Perris) För en individ med låg grad av sårbarhet krävs mer negativ stress för att utlösa psykisk ohälsa medan det för en sårbar individ krävs kanske betydligt mindre.

Vilka är då de negativa stressfaktorerna när det gäller dessa sjukdomar? Det skulle gå att räkna upp ett mycket stort antal, men jag vill nämna några av speciell relevans såsom att en hög grad av ansvar, parat med låg grad av inflytande, vilket i flera studier visats ha samband med utvecklande av ohälsa ex. vis hjärtinfarkt. Väntan, ovisshet, händelser som framkallar reaktionssätt av underkastelsekaraktär, brister i känsla av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet, dvs känsla av sammanhang, har i studier visat sig vara avgörande för utvecklingen av smärtilstånd och depressioner. I detta sammanhang vill jag åter referera till Ulla Maria Anderberg i en utmärkt artikel i Läkartidningen (vet inte vilket nummer!!!) om fibromyalgi där hon beskriver att man funnit att stress av underkastelsekaraktär är särskilt malignt. "The mother who worries about her soldier son" är ett bra exempel. Ovissheten, bristen på information och det reella hotet finns tydligt i den situationen.

Många exempel på sårbarhetsfaktorer finns.

Huruvida personlighetsfaktorer har någon betydelse i sammanhanget tvistar de lärde om, och man har faktiskt inte kunnat visa något särskilt övertygande om detta efter vad jag har funnit, men kanske har det gamla och omtvistade begreppet alexitymi någon betydelse i sammanhanget. Det skulle betyda att människor som har svårt att uttrycka sina känslor i ord skulle vara överrepresenterade bland dem som snarare uttrycker sina känslor med kroppen, t ex som smärta, men jag har inte funnit något övertygande bevis för att det förhåller sig så. Däremot anser man sig veta att tidiga kränkningar och övergrepp har betydelse för senare utveckling av de sjukdomar som vi talar om här. Studier på post-traumatiskt stressyndrom, som i många stycken liknar såväl depression som smärtsyndromen, menar att detta inte bara drabbar män – soldater i krig med traumatiska upplevelser av död, tortyr och fångenskap eller grupper av människor vid stora katastrofer, utan är precis lika relevant vid individuella barnsupplevelser som t ex sexuella övergrepp, svår åga och annan långvarig kränkande behandling. (Jfr. Bessen van Der Kolk, Boston, centrum för forskning på minnen och senare utveckling av psykisk ohälsa) I detta sammanhang skulle man återigen kunna börja tala om utvecklandet av inre individspecifika arbetsmodeller av själv och andra och vilken betydelse dessa har för utveckling av såväl sjukdom som dess förlopp.

Slutligen följer ett högst eget försök till upp- radande av individuella sårbarhetsfaktorer som kan vara relevanta i sammanhanget. Det återstår för vetenskapen att visa betydligt mer om dessa!

- ett känsligt cerebralt hormonsystem, den s k HHA-axeln, där reaktioner på stress verkar starta, t ex ”fight or flight-reaktioner”

- låga nivåer av tillväxthormoner, oxytocin eller serotonin
- höga nivåer av triglycerider och prolactin
- långvariga infektioner
- förändringar i könshormoner – pubertet och klimakterium
- genetiska faktorer
- neuropsykiatriska störningar

Sammanfattningsvis handlar det inte bara om ”hur man har det”, utan också om ”hur man tar det” som människa, om man skall utveckla sjukdom. Och till det kan man med eftertryck foga att det handlar om hur man blir bemött och förstådd, inte bara av familj, vänner och på arbetet, utan också av personer inom sjukvården och Försäkringskassan! Det är viktigt med en korrekt diagnos, enligt ICD eller DSM4, och denna skall framgå vid varje sjukintyg vare sig det gäller depressiva sjukdomar eller smärtsyndrom. Till detta måste en individuell analys fogas om förlopp, prognos och, särskilt viktigt, hur symtomen påverkar funktions- och arbetsförmågan. Eftersom ingen direkt korrelation föreligger mellan symtom och funktion, måste detta i varje enskilt fall noggrant beskrivas, och kan det bara göras utifrån varje patients unika livshistoria, där man i de allra flesta fall finner orsakerna till symtomen. Och detta kan bara ske vid en kontakt som bygger på tillit, kunskap och respekt.

#### REFERENSER

- ICD10 International Classification of Diseases, WHO, 10e versionen
- DSM4 Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Association, 4e versionen.
- ”Fibromyalgia Syndrom in Women – a stress disorder?” Ulla Maria Anderberg, Avhandling, Uppsala 1999
- ”Behandling av långvarig smärta”. SoS-rapport 1994:4