



anmeldelser

Kropppslogikk, vold og medisin

BOKESSAY AV EDVIN SCHEL,
fastlege, førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen.

Det var hardt å lese denne boken. Selv om den er bunnsolid, velskrevet og spennende, selv om jeg var forberedt og trodde jeg visste hva jeg ville møte. Hardt fordi den tvinger meg til å ta inn over meg lidelse, svik, smerte og urettferdighet i betydelige doser. Og hardt fordi den røsker så ubønnhørlig i tenkningen min, den viser at legespråket, det faglige begrepsapparat, kategoriene og merkelappene jeg tenker med er beheftet med feil, og derfor gjør det vanskelig å fatte hva visse typer helseproblemer handler om. Hardt også fordi jeg fornemmer at Anna Luise Kirkengen er en ensom krigsreporter som skriver sine blodige og anklagende korrespondentbrev fra en krig som mange leger – og derfor mange andre – vil benekte eksistensen av. Eller bagatellisere som en minikatastrofe blant så mye annet vondt i verden, ikke stort å bry seg om, det kan da vel umulig være *den* krigen som skaper så mange av disse sårede, redde, skam- og smertefulle menneskene som ber om hjelp vi ikke har, som ruser seg, som blir kronisk syke, som ikke klarer å jobbe, som dør unge?

Leger som ikke har tid til å lese forskningslitteraturen kan antakelig ikke tvinges til å innse at vold er ganske vanlig bak de kalkede fasadene, og at voldserfaringer som holdes hemmelige fordi de er skamfulle, eller man ikke blir trodd, er en destruktiv kraft som bryter ned helsen gjennom en rekke ulike mekanismer. Leger som ikke orker å sette seg inn i dokumentasjonen kan bare spørre sin kollega over lunsjbordet, som heller ikke har lest, så vil de sikkert få bekräftet at dette med overgrep og sånt er sterkt overdrevet. De kan også spørre autoriteter i psykiatrien og gynekologien, som heller ikke kjenner empirien, og vil der få samme beroligende og dessuten autoritative *spesialist*svar: Her er det nok noen som tar vel hardt i, ja. Hvis du er en av dem som vet med deg selv at dette overgrepspratet går over alle støvleskaft, gitt dine egne erfaringer med at nokså få av dine pasienter, naboer og familiemedlemmer forteller om svik og overgrep, så kan du slutte å lese nå. Eventuelt kan du lese historien om dr. Semmelweis som i 1850 mistet jobben fordi han var så dum å påstå, overfor *meget* erfarne leger og pro-

fessorer som visste bedre, at man burde vaske hendene etter obduksjon, mellom liksalen og fødestuen, fordi likene av døde fødekvinne kunne inneholde smittestoffer.

Jeg er blant dem som vil vite så sikkert som mulig at noe er et stort og viktig problem før jeg begynner å streve med å endre praksis og tenkning. Jeg har derfor lest om temaet. Den viktigste dokumentasjonen jeg har kommet over er ACE-studien fra California. I en retrospektiv studie av 17 000 voksne middelklassemennesker med helseforsikring (det vil si velstående nok til å utelukke det laveste sosioøkonomiske stratum) kartla man en lang rekke helsevariabler som ble sammenholdt med journalopplysninger. I skjemaet var det også spørsmål om vonde opplevelser før fylte 18 år: betydelige fysiske, seksuelle (kroppskontakt) eller psykiske overgrep, å være vitne til vold mot mor, tap av foreldre, kriminalitet eller innleggelsestrengende sinnslidelse i familien. Prevalensen av tidlige tap og krenkelser (ACE = Adverse Child Experiences) var høy: Hele 52 prosent rapporterte minst en av de ovennevnte erfaringene fra egen barndom, hos mange var det opphopning av flere typer traumer. Analysene, utført av det statlige amerikanske epidemiologiseret Centers for Disease Control, dokumenterer sterk og doseavhengig sammenheng mellom vold i barndommen og dårlig helse 30–60 år senere. Sammenhengen er dokumentert for røyking, fedme, depresjon, selvmordsforsøk, rusmisbruk, hjertesykdom, seksuell risikoatferd og total dødelighet. På basis av korrelasjoner med voksen sykdom og risikoprofil i samme gruppe har man beregnet at skadelige barndomserfaringer er den viktigste grunnleggende årsak til sykdom, uførhet, for tidlig død og totale helseutgifter i USA. Dette er et heftig, og for mange leger overraskende funn i en gruppe hvor de svakeste altså ikke er representert. Selv om norske forhold skulle være bare halvdelen eller en tredel så ille, hvilket vi ikke vet, så vil denne typen helseskader være noe vi i allmennpraksis støter på *hver eneste dag*. Dette, og atskillig supplerende dokumentasjon som bl.a. finnes i Kirkengens nesten 400 referanser, er mitt utgangspunkt for alt jeg skriver i det følgende. For den som tviler skulle det være enkelt: Gå til kildene!



ANNA LUISE KIRKENGEN

HVORDAN KRENKEDE BARN BLIR SYKE VOKSNE



Anna Luise Kirkengen:
Hvordan krenkede barn blir syke voksne.
Universitetsforlaget 2005. 195 sider.

Hadde slike funn vært totalt i konflikt med mine praksiserfaringer ville jeg vel også næret tvil. Men i min praksis, som ikke er mange år gammel, har jeg fått så mange såre historier fortalt av pasienter med spiseforstyrrelser, trøtthet, kroppssmerte og «angstogdepresjon» at jeg ikke kan tvile på sammenhengen.

Forfatterens anliggende i boken er ikke omfanget av seksuelle overgrep og andre krenkelser, men effekten slike erfaringer kan ha på menneskers helse resten av livet. Og hvordan vi som leger best kan møte overgrepsofrene, forstå sammenhengene, være til hjelp. I boken legger Kirkengen i nøktent språk frem en serie kasuistikker, hovedsakelig om incest og andre seksuelle overgrep, fra egen forskning og praksis. Historiene er ulike, men har noen vesentlige felles trekk. Overgrepene har blitt gjort av noen som står barnet eller ungdommen nær. Det betyr at overgriperen for offeret representerer en u håndterlig kombinasjon av omsorg og krenkelse, aksept og skam. Verre blir det av at seksuelle overgrep som skjer gjennom mange år inneholde elementer av kroppslig lyst og opphisselse som knyttes sammen med selvforakt og redsel for avvisning og blottstillelse. Denne logikken fører offeret inn i en «borgerkrigslignende» tilstand hvor tanker og følelser blir u håndterlige fordi motsatte betydninger finnes i samme erfaring. I denne borgerkrigen er det ingen vinnere, lite trygghet, og kroppen er slagmarken. Kirkengen forteller om en kvinne, yngst av seks søsken, som ble misbrukt av sin eldste bror, familiens helt, fra hun var fem til 11 år. I denne erfaringen, som forble hemmelig og aldri forstått av foreldrene, ble identitet og nærhetsevne forstyrret av innbakte meningsmotsetninger. Forfatteren skriver: «Misbruk var knyttet til lyst, utnyttelse var blitt blandet med omsorg, nærhet betydde fare, tillit var lik bedrag, å føle seg tiltrukket var identisk med å føle seg frastøtt, enhver gryende forelskelse utløste «løpealarmen», det lystfulle og det ekle var synonymer.» Den unge kvinnen ble tilbaketrukket og sky, utviklet en lang rekke symptomer og sykdomstegn, og fikk diagnosene hypokondri og alexitymi fordi man ikke fant kroppslige, objektive feil. I syv år fikk hun allikevel antibiotika for smertefulle urinveisinfeksjoner, hun ble cystoskopert og laparoskopert fem ganger, fikk fjernet appendiks og venstre eggstokk på grunn av smerter. Urologer, gynekologer, nefrologer, kirurger og psykiatere behandlet henne uten å se mønsteret. Ingen spurte etter livserfaringer som kunne forklare problemene.

Et gjennomgående tema i boken kan antydes av spørsmålet «hva er et menneske?» Kirkengen argumenterer mot den ensidig biologiske tenkningen som preger medisinsk virksomhet. Ikke fordi biologisk reduksjonisme er feil i seg selv, men fordi den gjør oss blind for vesentlige medisinske fenomener som ikke kan avdekkes eller avhjelpes ved kroppsteknolo-

giske tilnærminger, men bare gjennom avdekking av subjektive betydninger nedfelt i følelser, språk og atferd. Hun hevder at vi i praksis opererer med et skille mellom kropp og sjel som gjør et menneskes levde liv og menneskelige relasjoner irrelevant for alminnelig diagnostikk og symptomforståelse. Vi har lært om «sykdommer» som objektive tilstander ganske uavhengig av hvem som har sykdommen. Slik tenkning, nedfelt i fagspråk og prosedyrer, gjør det svært vanskelig å fatte at, og eventuelt hvordan, krenkelser, avvisning, utrygghet, selvforakt og skam griper inn i og forstyrrer, eller fullstendig dominerer, kroppens funksjoner. I medisinen må vi vite at kroppen er et levende symbol, mettet av kulturelle, tradisjonelle og høyst individuelle *betydninger*.

I en annen av kasuistikkene fortelles historien om en kvinne som skal føde for første gang. I mange år ble hun misbrukt av sin bestefar. Før fødselen skriver hun et brev til fødeavdelingen, så de skal vite hvordan hun har det. Der står det: «Ikke ta på meg for å trøste meg. Det er trøsteberøringen jeg ikke klarer. Det skyldes bestefar. Han trøstet meg alltid etter overgrepene, når jeg gråt.» For denne kvinnen er berøring blitt ladet med negativ betydning, og hun kan ikke velge det bort, det er blitt en del av kroppens «egenskaper».

Kirkengen er krass i sin kritikk av den medisinske virkelighetsforståelsen, hun viser i flere av kasuistikkene hvordan uforstående leger og et avvisende trygde- og rettssystem kan skape nye krenkelser og fordype lidelsen hos dem som allerede er hardest skadet. Jeg er enig med henne i sak, vi har noe vesentlig å lære i medisinen, vi må overskride kropp-sinn-dualismen selv om den er nedfelt overalt i språk og kultur. Når jeg leser boken minnes jeg filosofen Wittgensteins kjente utsagn, om at tenkning er «en kamp mot språkets forhekselse av forstanden.» Men jeg mener at vi ikke kan forlange av oss selv som individuelle klinikere å skulle gjennomskue og utbedre svakheter i tenkemåter som har dominert vestlig sivilisasjon, og vårt eget fag, i hundrevis av år. Til gjengjeld er det nødvendig at vi forholder oss til de avsløringene vi blir gjort oppmerksomme på. Kirkengens bok er et vesentlig bidrag i så måte.

Jeg har fått vite at norske domstoler har gått til innkjøp av boken. Min oppfordring til Utpostens lesere er at de kjøper boken, leser den, legger et eksemplar på venterommet og dessuten donerer en til en vennligsinnet gynekolog eller psykiater.

Litteratur:

Se <http://www.acestudy.org/> for mer informasjon om ACE-studien.

1. Dube, S. R., V. J. Felitti, M. X. Dong, W. H. Giles, and R. F. Anda. 2003. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine* 37 (3):268–277