

Levd kropp – en analyse av Anna Luise Kirkengens tenkning

Michael 2012;9:254–67.

Bak begrepet «levd kropp» (lived body) ligger en bevissthet om at mennesket utvikler seg og lever som et integrert, dynamisk hele, der våre biologiske forutsetninger fortløpende veves sammen med våre erfaringer og våre fortolkninger av dem. Som en overordnet forståelse av sykdom og helse har dette perspektivet i mange år vært lite framtrødende, til tross for solide historiske røtter. Viktige funn innen nyere biomedisinsk forskning, og en større åpenhet i samfunnet om krenkende erfaringer i nære relasjoner og hvordan de virker inn på individets helse, har re-aktualisert begrepet. Anna Luise Kirkengen, professor og spesialist i allmennmedisin, har bidratt med vitenskapelige publikasjoner på feltet. Denne artikkelen er basert på en gjennomgang og analyse av deler av hennes produksjon.

Som vitenskapelig standpunkt vil *levd kropp*-perspektivet kunne forstås som en kritikk som rammer den etablerte framstillingen av hva mennesket er, hva kropp er og hva sykdom er, og dermed de medisinerrelaterte fagene i utdannings- og helsevesenet. Den *delende* og *delt* kunnskapen som disse fagene tradisjonelt sett bygger på, fører til et delt syn på mennesket og menneskekroppen, et todelt helsevesen – det somatiske og det psykiatriske -, og til to adskilte begrepsverdener, fysisk eller psykisk «syk». Det somatiske blir igjen inndelt i organer, i nyere litteratur også omtalt som «siloeer». En slik delt og objektiverende kunnskap bidrar til å viske ut det vi vet om oss selv og andre mennesker, mener Kirkengen, den gjør det vanskelig å *se hele mennesket*, at vi er *unike personer* med «*besjelede*» *kropper* (mindful bodies) (1). Det at mange mennesker erfarer krenkelser, og at slike erfaringer ofte gir vedvarende belastninger på den enkeltes kropp, gjør det nødvendig å kunne forstå syke mennesker ikke bare i en biologisk, men også *i en biografisk ramme*.

Egen forskning innenfor rusfeltet gjorde meg oppmerksom på livs-erfarings betydning (2), og ansjoret til litteraturstudier på feltet. Her har jeg valgt å konsentrere meg om deler av Kirkengens vitenskapelige produksjon (1,3,4).

Krenkende, skyggelagte erfaringer som «skrives inn» i kroppen

Hva slags erfaring er det å bli krenket? Krenkelse kommer av det tyske verbet «kränken», som betyr «forringe», «gjøre svak», «skade» eller «fornedre». Denne type erfaringer knytter krenkelse til *misbruk* og *overgrep*, to begreper som gjerne deles inn i tre kategorier; fysisk, emosjonelt og seksuelt. Krenkelse kan kategoriseres som en egenskap ved en *handlung* som et menneske gjør overfor et annet, og krenkelses-*erfaringen* hos den andre er alltid sansemesig og/eller følelsesmessig vond eller ubehagelig, dvs. en *smerte*. Av den grunn hører også begrepet krenkelse hjemme i et fenomenologisk perspektiv, der det erfarende subjektet står i sentrum. «Alle former for grensekrenkelser forårsaker smerte hos den krenkede. Det ligger i krenkelsens vesen» (3). Det betyr at krenkelse som erfaring også handler om at grenser blir brutt, noe som igjen forutsetter at grenser finnes.

Krenkelse framstår derfor som en sentral dimensjon både ved fenomenet smerte og fenomenet *traume*, både når det gjelder å bli *fysisk* og *psykisk* belastet, angrepet eller skadet. I sin greske opprinnelse betyr ordet *trauma* «å trenge igjennom», «gjennomhulle» (eng. «*to pierce*»). Noe opprinnelig intakt er brutt i stykker som følge av en viss belastning, med mer eller mindre varige virkninger for organismen. I vid forstand synes det å ha grenser som ikke krenkes eller brytes å være grunnleggende viktig for mennesket og menneskekroppen, da det handler om menneskets selvbevarelse og overlevelse. Uttrykket «krenkelse gjør krank», er vel etablert i det tyske språket, og representerer eldgammel visdom.

Artikkelen «*Inscriptions of violence: Societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health*» fra 2008 (4) gir en sammenfatning av *levd kropp* perspektivet i Kirkengens tolkning. Der møter vi en ung kvinne, «Katherine Kaplan», selv utdannet lege, men ute av stand til å utføre sin legegjerning – og til å hjelpe seg selv. Hun hadde blitt henvist til Kirkengen for «kronisk tretthetssyndrom», ferdig utredet etter gjeldende medisinske anbefalinger. Deler av hennes livshistorie var likevel ikke kjent for helse-tjenesten. Gjennom barndom og oppvekst var hun blitt utsatt for sterk og spekulativ voldsutøvelse av sin eldre bror, og han hadde truet henne til taushet om hendelsene. Også foreldrene hadde brukt psykisk og fysisk vold. Kirkengen dokumenterer hvordan fortiing, hemmeligholdelse og familie-

tabuisering; dvs. *det å måtte være alene med sine smertefulle erfaringer*, bidrar til å gjøre vondt verre og forsterke risikoen for sykdom i voksen alder.

Den begynnende avdekkingen av pasientens erfaringer i det første møtet startet et fire år langt – legende – samarbeid mellom lege og pasient, der hovedtemaene var krenkelsene og hvordan disse hadde preget kroppen; smertefulle *inntrykk* som var blitt omformet til kroppslige *uttrykk*. Gjennom årene hadde det handlet om magesmerter, kvalme, oppkast, utmattelse, residiverende infeksjoner og panikk-angst. Det terapeutiske arbeidet innebar en narrativ rekonstruksjon av historien til en såret person – en omskrivning av pasientens historie som bidro til å minske opplevelsen av skyld og skam og til å styrke «selvet». Pasienten kunne deretter vende tilbake til sin legegjerning.

I artikkelen brukes sykehistorien ikke bare opplysende, men også kritisk som et eksempel på tradisjonell *medisinutøvelses* manglende evne til å se helheten og sammenhengen i menneskers liv. En viktig grunn til at historien til pasienten ikke ble avdekket, var antakelig at hver sykdomsperiode ble diagnostisert som en isolert sykdom, forskjellig fra og uten sammenheng med den som hadde vært før. Ingen av de mange tidligere medisinske hjelperne fikk dermed noen mistanke om de grunnleggende årsakene og *sammenhengene*, om at stor og vedvarende smerte og nød kunne være kilden til pasientens sykkelighet. For Kirkengen kom *pasientens tidligere erfaringer* i fokus. Konklusjonen var derfor at *pasienten ikke led av noen diagnose*, men av *«skjult og fortiet vold i hjemmet»*.

«Kroppsliggjøring» i et filosofisk perspektiv: Hvordan er dagens syn på «kropp-sjel»?

I utviklingen av et alternativt faglig perspektiv for bedre å hjelpe mennesker med en «krenkelseserfaring-sykkelighet-historie», vil en støtte på den klassiske diskusjonen om skillet mellom kropp og sjel. En skulle tro at dette skillet for lengst var opphevet, men selv om det i liten grad er erkjent, dominerer i realiteten – og kanskje sterkere enn noen gang – *dualismen*, det Kartesianske synet (Etter den franske filosofen, matematikeren og vitenskapsmannen Rene Descartes, 1596-1650) om en «sjelløs», reint fysisk-materiell kropp, mener Kirkengen. Videre ser det ut til at *evidensbasert medisin og praksis*, med det idealistiske målet om objektivering og kontroll på alle variabler, er med på å opprettholde og forsterke reduksjonismen i moderne medisin, og dermed gjør det vanskeligere å se hele mennesket i sin kontekst.

Dette synet på mennesket har sine røtter i antikken, i Hippokrates humoralpatologi og Platons filosofi. Hovedstandpunktet i Platons rasjonalistiske epistemologi er sjelen som en annen type «objekt» enn kroppen, på den måten at den ikke er avhengig av kroppen i sin fungering. Da den adskilte

kroppen tilhører den materielle verden, vil den bli «befriidd» fra erfaringen. *Persepsjonens* (sansningens) verden representerer en underordnet «skygge»-realitet, mens «virkeligheten» ankommer sjelen fra de opphøyde tankene og ideene (5).

Kirkengens filosofiske ståsted er nærmest det motsatte: Tanke er ikke overordnet persepsjon, rasjonaliteten i naturvitenskapene er ikke overordnet andre rasjonaliteter, og ikke bare formell, men også perseptuell logikk tillegges dokumentarisk kraft. Her finner hun støtte i fenomenologisk filosofi, hos Merleau-Ponty, som i sin tid lanserte begrepet «*lived body*», og som sier at menneskelig eksistens utfolder seg nettopp i persepsjonens «verden» (6). Grunntanken er at menneskets arts-primitive, primordiale eksistens er *kropp-eksistens*, og at alle former for *sam eksistens* er basert på persepsjon; – en tanke som stod sentralt også hos Husserl og Heidegger. Mennesket vet om og oppfatter verden ved hjelp av sin kropp. Våre liv er «sedimentert» i kroppen. I denne epistemologiske posisjonen plasseres «subjektiviteten» i kroppen, og *den «subjektive kroppen» blir det primære i forhold til «objekt-kroppen»*.

Eline Thornquist, professor i fysioterapi, hevder at når en anerkjenner subjektiviteten som «legemliggjort», anerkjenner en samtidig at menneskelig erfaring bare kan bli levd gjennom kroppen, og at mennesket alltid vil bære med seg og uttrykke sin historie i sin kropp. Hvis dette perspektivet imidlertid skal kunne gjøre rede for sosiale og kulturelle aspekter ved «kroppsliggjorte subjekter» og menneskelige *hensikter* og *handlinger*, må fenomenologi suppleres med sosialteori. Først da kan en bli i stand til å forstå kroppen som en «transportør» av liv og historie, både sosialt, kulturelt og personlig (7).

Historiske røtter i pasientforskningen

Et annet sentralt fenomenologisk begrep er *mening*. Hvilken *mening* har symptomene; sykdommen, lidelsen, rusavhengigheten mm. i den enkeltes liv? Den sveitsiske psykologen Alice Miller har beskrevet sykdom som «kroppens opprør». Kroppen fungerer som en «vokter av sannheten», dvs. at kroppen gjennom sine symptomer «passer på» at den «forbudte» opplevelsen av de tidligere vonde erfaringene holdes skjult, samtidig som det er nettopp i symptomene at nøkkelen til de konkrete hendelsene finnes (8). *Den levde meningen* til hva en person har erfart og *kroppsliggjort* blir derfor viktig for å kunne forstå og hjelpe mennesker som bærer på krenkelseserfaringer.

Her går det viktige historiske linjer tilbake til nevrologene *Pierre Janet*, *Sigmund Freud* og *Josef Breuer*, som alle arbeidet ved det nevrologiske laboratoriet til *Jean-Martin Charcot* ved Salpêtrière-hospitalet i Paris på siste

del av 1800-tallet. Der var en særlig opptatt av pasienter med diagnosen «hysteri», hvordan kroppen reagerte akutt og situasjonsbestemt ved at individet erfarer «uforståelig» fysisk smerte, der indre konflikter, emosjonelle kriser fant sitt uttrykk i voldsomme ukontrollerbare følelsesutbrudd, eller i ulike kroppslige symptomer som plutselige «skader» på kroppen, akutt lammelse og funksjonssvikt. Breuer og Freud oppdaget etter hvert ved hjelp av hypnose og analyse at den nevrotiske atferden og kroppsreaksjonene var *symbolske uttrykk* for fortrenge smertefulle erfaringer i den enkeltes barndom.

De erfaringene som ble avdekket bestod i overveiende grad av seksuelle og fysiske overgrep og langvarig seksuelt misbruk. Særlig fordi handlingene var utført av barnets nærmeste tillitspersoner og derfor måtte hemmeligholdes, ble belastningene så store at individet ikke klarte å inkorporere erfaringene i egen bevissthet, men måtte fortrenge dem, eller «spalte dem av» (Freuds begrep: *Abspaltung*) både i egen kropp og i eget «selv» som forskrudde, «fremmede» personlighetsutslag. Freud og Breuer introduserte begrepet *konversjon* på fenomenets kroppsliggjorte utslag, da de så på det som kroppens *omdanningsreaksjoner*, «hysterisk blindhet», «hysterisk døvhet», osv. Reaksjonene var en kompensasjon for intense fortrenge følelser, *psykogen* smerte (9).

Nyere forskning innen nevrofysiologi kan underbygge de historiske funn av at traume-persepsjoner skaper sanse-motoriske preginger og kognitivt ubevisste (*dissosierte* – Janets begrep) minner, som kan reaktiveres av «tilstrekkelig like» persepsjoner uavhengig av andre kontekstuelle forskjeller (4). Videre snakker vår tids traume-forskere om voldserfaringers «steds-spesifikke preginger på kroppen», *site-specific bodily inscriptions* (10, 11), symptomer/reaksjoner som kan påvises direkte på det stedet der volden eller overgrepet rammet, eller på områder/kroppsdeler som i en beskyttende og livsbevarende hensikt ble overaktivert/overbelastet i løpet av den traumatiske hendelsen.

De mange publikasjonene fra «Adverse Childhood Experience Study» (ACE) i USA i løpet av de siste 20 årene, er en stor og anerkjent dokumentasjon på at skadelige barndomserfaringer kan relateres til våre mest vanlige helseproblemer og tidlig død i voksen alder, både hjerte-kar-sykdommer og ulike avhengighetsproblemer, psykiske lidelser og suicidalitet (12). Kirken framhever ACE-studien som viktig, men kritiserer den også for ikke å legge fram etiologiske analyser. *Hvordan* belaster skadelige barndomserfaringer et individ i en sosiologisk, kulturell, historisk og biografisk kontekst? *Hvordan* er erfaringene knyttet til sykdom og helsefarlig adferd hos den enkelte?

Støtte fra nyere forskning innen medisinske spesialfag

Det er godt dokumentert at krenkelseserfaringer både kan medføre endringer i hjernestrukturer (13) og forstyrrelser i menneskets fysiologiske systemer. Nyere forskning innen nevrofysiologi, immunologi og endokrinologi dokumenterer at vold- og krenkelseserfaringer i en rekke tilfeller fører *til endringer i kroppens stoffskifte- og immunsystem*, både i naturlige hvite blodlegemer og i det systemet som utgjøres av hypotalamus – hypofyse (pituitary) – binyre (adrenal), den såkalte *HPA-aksen*, kroppens hovedsystem for stressregulering. Denne «avpassingen», modulasjonen i HPA-aksen har en patologisk nedbrytende virkning på kroppen. En sentral konsekvens er *inflammasjon*, med «betennelse»-symptomer som smerte, opphetning, rødhet, opphovning og funksjonssvikt. Inflammasjon er et sentralt fenomen i en rekke sykdomsprosesser, blant annet de mer «uklare» lidelsene som ulike smertetilstander, søvnvansker, utmattelse, depresjon og tarmproblemer (14).

Innen nyere stressforskning har en tatt i bruk begrepet «*allostase*» (15) som er sammensatt av de greske ordene *allos* – «annen» og *stasis* – «posisjon». Tidligere har medisinfaget operert etter en *homeostase*-modell, dvs. kroppens gjenoppbygging av likevekt etter stressende erfaringer, men når gjenoppbygging ikke oppnås i forbindelse med en vedvarende eller sterk belastning, forsøker kroppen over tid å opprette *stabilitet gjennom endring*. Det er dette som menes med *allostase*. Situasjoner oppfattet som truende og farlige utfordrer de *allostatisk mulighetene*, enten som «av-og-på» responser i en tilstand av usikkerhet og av å være konstant på vakt, eller som «konstant på», som representerer en tilstand av konstant «alarm». Begge deler fører til *allostatisk ladning*.

Allostatisk ladning er resultatet av at belastningene har vært så store og/eller har pågått over så lang tid at en ikke klarer å endre seg ytterligere. De adaptive systemene bryter sammen med sykdom som følge. Den allostatisk ladningen virker i HPA-aksen, og vil blant annet føre til forhøyelse av de «utaktiske» stress-respons-hormonene cortisol og ephinephrin (adrenalin), hormoner som både kan ha en beskyttende og en ødeleggende effekt på kroppen. I et kroppslig helhetsperspektiv kan altså krenkelseserfaringer innebære en permanent kjemisk ubalanse i de av kroppens fysiologiske systemer som både setter i gang og akselerer prosessen til en rekke sykdommer.

I historien til pasienten Katherine K., kan følgende fortolkning være aktuell: Hyppige ydmykkelser, gjentatt påført vold og terror fra hennes nærmeste gjennom tiår, mangel på beskyttelse og følelse av maktesløshet, fortiging og tilbakeholdelse av følelser og reaksjoner, førte i første omgang til en *allostatisk ladning*, som kom til uttrykk i nedsatt immunforsvar som igjen gav henne hyppige, varige og alvorlige infeksjoner. Da hennes *adaptive*

potensiale seinere brøt sammen, ble det kroppslige resultatet en utmattelses-tilstand som ble diagnostisert som «kronisk tretthetssyndrom» (Fatigue, ME).

Kunnskapsutvikling med ubehag og motstand i eget fagfelt som kontekst

Når en ser på den syke kroppen ut fra en *lived body* posisjon, blir det tradisjonelle skillet mellom «sjel» og «materie» overskredet, og det enkelte menneskets *erfaring og særegenhet blir til relevant kunnskap* for å forstå hvordan levd liv påvirker helse. Da et hovedtema innen dette paradigmet er «*hvordan krenkede barn blir syke voksne*» (1), vil slike (tidlige) erfaringer og hvordan barnet håndterer dem, inneholde mye av den sentrale kunnskapen. På dette punktet vil *levd kropp* som kunnskapssyn være emosjonelt ladet. Forskere som ser viktigheten av åpenhet om barnemishandling og dens konsekvenser, og har mot til å legge fram slik kunnskap, møter andre og større utfordringer enn de som jobber i andre perspektiver. Det viser ikke minst historien.

I 1896 mente Freud, etter mange års arbeid med sine «hysteri»-pasienter, gjennom de relasjonelle årsaksforklaringer og en ny behandlingstilnærming, at han hadde gjort *et avgjørende gjennombrudd innen nevropatologi* (16). Det medisinske og psykiatriske fagmiljøet reagerte imidlertid med ensidig fordømmelse (17, 18), og året etter snudde Freud selv ryggen til sin erfaringsbaserte *traumeteori* (19) og byttet den ut med *drifsteori* og teorien om den «*infantile seksualiteten*». Det er denne siste delen av historien verden kjenner og er betydelig påvirket av. Mange mener at *Freuds teoretiske helomvending* midt i livet kom til å legge avgjørende hindringer i veien for vår evne til forstå og lege menneskers helseproblemer (20–25). Hovedfokus flyttes *fra enheten kropp-sjel* og relasjonelle erfaringers direkte virkning på den, over *til sjelen* og mer eller mindre spekulative teorier om indre psykiske konflikter og fantasier (narsissisme, ødipuskompleks, dødsdrift, osv.).

Den engelske barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby, som selv var åpen om sine egne smertefulle barndomserfaringer (26), fikk merke disse konsekvensene. Da han startet sitt virke som lege i 1933, hadde han et ønske om å arbeide med «foreldres skadelige adferd mot sine barn», men fordi han opplevde dette som et tabu-område innen «analytiske kretser», bestemte han seg for å arbeide med virkningen av andre skjellsettende hendelser i barns liv, de som er knyttet til *tap og adskillelse* i nære relasjoner (27). I dag er Bowlbys *Attachment Theory* allment anerkjent, men det kom til å ta flere tiår fra han lanserte sine sentrale begreper rundt 1940, til de fikk vitenskapelig anerkjennelse og kom til nytte innen psykiatrisk behandling.

Freuds og Bowlbys erfaringer må selvfølgelig også sees i forhold til sin tid. I dag synes samfunnet å ha en langt større åpenhet for konsekvensene av foreldres skadelige adferd mot sine egne barn, men hvordan dette gjenspeiles i fagmiljøene kan diskuteres. I Norge har vi fått opprettet institusjoner som «Barnehusene», traumebehandlingsenhetene og Nasjonalt og Regionale Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS/RVTS). Imidlertid synes forskningsbasert kunnskap om barnemishandling og følgene av den i liten grad å være integrert i helsefagfeltet som helhet som en felles, aktiv kunnskapsbase. Årsaken til dette kan være motstanden mot denne kunnskapen (28).

Negative og avvissende reaksjoner på Kirkengens arbeid har heller ikke uteblitt (29). Hun har opplevd manglende anerkjennelse og blitt sett på som «plagsom», slik som mange andre som arbeider med overgrep og seksualisert vold. At slikt arbeid vil innebære ubehag, ligger i temaene; men i motsetning til de to av hennes «historiske kolleger» nevnt her, har ikke presset fra egne rekker fått Kirkengen til å rokke ved sitt teoretiske perspektiv og faglige standpunkt. Hun gir uttrykk for ydmykhet i forhold til sitt «faglige mandat», men er samtidig tydelig på at hun ikke vil forlate sin kritiske posisjon til fordel for en pragmatisk enighet som hun mener «er i strid med selve akademiets idé og berettigelse» (29).

Forskere og fagpersoner som prøver å etablere kunnskap om konsekvenser av barnemishandling og skadelig foreldreadferd, står likevel ofte i et vedvarende dilemma: Hvordan fremme begreper og perspektiver som fagfeltet vil *tåle* å ta imot, uten at en mister viktige funn som gjøres, og som det samme fagfeltet til syvende og sist vil kunne ha nytte av? Vil det at kjernebegrepet *lived body* er veletablert og har lange historiske røtter i vitenskapsfilosofien kunne være til hjelp?

«Tingliggjøring» (reifikasjon), fremmedgjøring og maktbruk: Sykdomsdiagnose versus livssituasjon

Ikke bare vår kunnskap og tankegang, men også våre holdninger og følelser, reflekteres i perspektiv- og begrepsvalg. De perspektiver som kjøres fram som en beskyttelse mot eget ubehag, kan samtidig få den konsekvensen at de kan virke fremmedgjørende og undertrykkende på andre. I historien om Katherine K. foretrekker Kirkengen å finne fram til og beskrive det hjelpe-trengende menneskets situasjon som et resultat av *levd liv*, i stedet for å bruke diagnose-merkelappen(e). Fokus på pasientens erfaringer ga muligheter for endring, blant annet ved at det mobiliserte hennes ressurser og førte henne fra avmakt til makt over eget liv.

Her ligger grunnlaget for Kirkengens hovedkritikk av tradisjonell biomedisin og en kunnskapsproduksjon som *fremmedgjør* mennesker fra sin

«levde kropp», ved at den med sine referanserammer og sin metodologi utforsker menneskekroppen som om den var uten sjel og erfaringer. I sin konsekvens blir en slik tilnærming *uetisk*, da den i realiteten vil innebære en *krenkelse* både av menneskets særegenhet, personlighet og verdighet, mener Kirkengen. Om undersøkelsene er aldri så «riktig» utført og resultatet nøye «validert» etter regler som gjelder i forskning, vil resultatet allikevel bli ugyldig så lenge en har en feil oppfattelse av fenomenets natur.

Med henvisning til Foucault (30), mener hun at slik «misforstått» vitenskapelig kunnskap kan få en *instrumentell* funksjon på samfunnsnivå, i den sosiale kontrollen og undertrykking av bestemte «avvik», som i bunn og grunn er en følge av «uregelmessigheter» og misbruk av mellommenneskelig eller strukturell makt. Det maktmisbruket som blant annet kommer til uttrykk gjennom privat eller offentlig marginalisering og stigmatisering representerer en sterk sykdomsfremkallende, patogen faktor. Når medisinfaget *overser* og *fortier* de helsemessige konsekvensene for mennesker som er blitt utsatt for krenkelser og overgrep, dvs. *makt*, blir *medisinen selv et redskap for maktmisbruk* (31).

I en artikkel drøfter sosiologiprofessor Fredric Vandenberghe begrepenes historie i den vestlige verden gjennom de siste par hundre år (32). De to hovedlinjene som trekkes opp er metodologisk og sosial tingliggjøring, det sistnevnte hovedtemaet har fokus på den *kommunikative siden* av kunnskapsutviklingen. Artikkelen ender opp med Jürgen Habermas' «essensielle integrasjon» gjennom språk, der tingliggjøring ikke handler om rasjonalisering som sådan, men om en *kolonialisering av livsverden* (33), som kan forstås som samfunnets maktinstitusjoners invadering av individet. Artikkelen avsluttes slik: «*Når mekanismene til systemisk integrasjon (penger og makt) tvinger tilbake formene til sosial integrasjon fra de områdene som bare kan integreres gjennom språk, er resultatet en tingliggjøring som leder til en patologisk deformasjon av livsverden*» (34).

Slik jeg ser det, kan Kirkengens kritiske synspunkter på medisin- og helsefagene også belyses i dette store perspektivet. Gjennom sin forskning, sitt språk, sin formidling og sitt begrep «levd kropp», forsøker hun nettopp å integrere kunnskap fra andre felt, med det formålet å styrke den kommunikative siden av hjelpeforholdet, og minske «patologi» i et fag som opplever en stor grad av *tingliggjøring (diagnostisering) av de menneskelige livserfaringer*. Jeg oppfatter det som at hun på denne måten forsøker å danne en *motkultur* på et av de mest sentrale områder av samfunnsutviklingen.

Står faget medisin overfor et paradigmeskifte?

«Tingene» i medisinfaget, de stadig mer avanserte medikamentene og undersøkelsesapparatene sammen med en klokkeetro på naturvitenskap aleine, har tilrevet seg stor makt i dagens helsevesen. Selv om utviklingen også er til stor nytte, kan fascinasjonen for «tingene» og det fantastiske de kan utføre, gjøre det vanskelig å se mennesket i andre perspektiv; *at menneskekroppen også er erfaringer, historie, livssituasjon og følelser*. Et overdrevent fokus på organisering, behandlingssystemer, teknologi og diagnoser kan gjøre det vanskelig å se, ikke bare betydningen av den situasjonen mennesker står oppe i, men også det viktige potensialet som finnes i den direkte kommunikasjonen mellom mennesker i relasjonen mellom den som skal gi og den som trenger hjelp. Det at mange i helsevesenet, på tross av enorme nyvinninger ofte føler at de kommer til kort overfor mange pasienter med kroniske, langvarige lidelser; gjør at kravene om endring i medisinfaget melder seg fra flere hold (35).

Viktigheten av å *gjenreise subjektet* kan derfor begrunnes både fra et resultatorientert og et etisk ståsted. Her kan en dra nytte av Kirkengens omfattende forskerarbeid. Ikke bare er hennes *levd kropp* teori forklarende, den er også *foreskrivende*, – en «resept» som kan øke helsevesenets evne til å hjelpe og styrke utsatte og oversette grupper i samfunnet.

Kirkengens innspill er også viktig som en inspirasjon til refleksjon og teoretisering i faget, da dagens medisin i følge henne bare i liten grad synes å reflektere over hva som ligger til grunn for fagforståelsen og fagutøvelsen. Faget preges av den reduksjonistiske forståelsen i tradisjonell biomedisin, der «teorien» er blitt løsrevet fra menneskers liv. *Metode* gis stor oppmerksomhet i forskningen, men Kirkengen stiller spørsmål ved om den underliggende forskningsteori yter mennesket rettferdighet.

I dag konfronteres det biomedisinske paradigmet i økende grad «med seg selv». Nyere biomedisinsk forskning har i økende grad kunnet dokumentere det som humanistisk basert medisin og humanistisk psykologi hele tiden har forstått og hevdet, nemlig at belastende erfaringer – særlig i barneårene – øker risikoen for utviklingsskader og sykdom. Denne forskningen går i rette med det tradisjonelle paradigmet fragmentering av menneskets helseproblemer; ei oppspaltning av mennesket som «gjer medisinen, om ikkje alltid medisinen, kraftlaus i møtet med mange pasientgrupper» (36).

Den amerikanske vitenskapsfilosofen Thomas Kuhn (1922-1996) hevdet at når eksisterende paradigmer svikter i å løse viktige problemer og forklare avvik og mangler, gir dette næring til *revolusjonær søken* etter erstatnings-paradigmer. Vitenskapen endrer seg derfor ikke på en kontinuerlig

og rettlinjete måte, men i *sprang* over i nye paradigmer som er bedre i stand til å håndtere utfordringene og til å utvikle den nye kunnskapen videre (37).

En annen allmenntilleggsmedisiner, Eli Berg, mener at vi er på vei mot en *integrert teori* for faget medisin, og viser til kolleger som er opptatt av en samlet, helhetlig forståelse, der også filosofi, evolusjon og økologi er bygget inn (38). Med referanse til Kuhn stiller hun spørsmålet om vi står foran et paradigmeskifte i medisinfaget, og tror selv at vi allerede er «i svevet». Hvis det er tilfelle, vil Kirkengens arbeid og «levd kropp» perspektivet måtte få en sentral plass.

Litteratur

1. Kirkengen AL. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2009. English translation: Kirkengen AL. *The lived experience of violation. How abused children become unhealthy adults*. Bucuresti: Zeta Books, 2010.
2. Eid JT. *Å håndtere sin egen smerte ved hjelp av rusmidler. En studie av rusproblemet i livshistorien til mennesker som har fått hjelp ved Selbu- og Tyrilikkollektivet*. Masteroppgave i rådgivning. Trondheim: NTNU, 2009.
3. Kirkengen AL. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
4. Kirkengen AL. Inscriptions of violence: Societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 99-110. doi: 10.1007/s11019-007-9076-0
5. Riktignok synes Platon selv å være i tvil, eller på sporet av alternativ tenkning, da han et sted også skriver at sjelen eksisterer i legemet og har et kroppslig uttrykk, at «deler» av sjelen finnes i de forskjellige av kroppens deler og organer, men her blir «sjels-delene» sett på som ensidig påvirket av de kroppslige prosesser og ikke omvendt. Fra Platons dialog Timaios, ref. i Hofmann B. Teknologisk medisin i et nytt millennium. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000; 120:94-8
6. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Edition Gallimard 1945.
7. Thornquist E. Face-to-face and hands-on: Assumptions and assessments in physiotherapy clinic. *Med Anthropol* 2006; 25: 65-97. doi: 10.1080/01459740500514489
8. Miller A. *Die Revolte des Körpers*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2004.
9. Freud S, Breuer J. *Studien über Hysterie*, og Freud S. *Zur Ätiologie der Hysterie*. Begge i Freud S. *Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet. Band 1: Werke aus den Jahren 1892-1899*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1964.
10. Nijenhuis ERS, van der Hart O. Forgetting and reexperiencing trauma. From anesthesia to pain. In: Goodwin JM, Attias R. (eds.) *Splintered reflections. Images of the body in trauma*. New York: Basic Books, 1999.
11. Rothschild B. *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton, 2000.
12. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric conditions, and sexual behavior: Implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C. (eds.) *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

13. Teicher MH, Tomoda A, Andersen SL. Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: Are results from human and animal studies comparable? *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1071: 313-23. doi: 10.1196/annals.1364.024
14. Dantzer R, Capuron L, Irwin MR, Millerd AH, Ollate H, Perry VH et al. Identification and treatment of symptoms associated with inflammation in medically ill patients. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33(1): 18-29. doi: 10.1016/j.psyneuen.2007.10.008
15. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav* 2003; 43: 2-15. doi: 10.1016/S0018-506X(02)00024-7
16. «...die Auffindung eines caput Nili der Neuropathologie...». Freud S. 1964, op.cit., s. 435.
17. Freud S. *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*. Frankfurt am Main: S. Fischer, 1986. s. 193.
18. Schur M. *Freud: Living and dying*. New York: International Universities Press, 1972. s. 104, s. 539.
19. «Ich glaube an meine Neurotica nicht mehr». Freud S. *Aus den Anfängen der Psychoanalyse: Briefe an Wilhelm Fliess: Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887-1902*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1962. s. 186.
Kommentar: I tråd med Freuds første ståsted fortrekker jeg ordet traumeteori, da den vanlige betegnelsen «Freuds forføringsteori» («Neurotica» – Freuds egen betegnelse etter 1897) innebærer et syn på barnet som (med-)ansvarlig for overgrepene.
20. Rush F. *The best kept secret: Sexual abuse of children*. New York: McGraw-Hill, 1981.
21. Miller A. *Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981.
22. Masson JM. *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1984.
23. Bowlby J. *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge, 1988.
24. Herman JL. *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Pandora, 1992.
25. de Zulueta, F. *From pain to violence. The traumatic roots of destructiveness*. West Sussex: John Wiley & Sons, 2007.
26. «... sufficiently hurt, but not sufficiently damaged». van Dijken S. *John Bowlby: His early life: A biographical journey into the roots of attachment theory*. London: Free Association Books, 1998.
27. «It was, indeed, largely because the adverse behavior of parents toward their children was such a taboo subject in analytic circles when I was starting my professional work that I decided to focus my research on the effects on children of real-life events of another sort, namely separation and loss». Bowlby J. Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *Am J Psychoanal* 1984; 44(1): 9-27
28. «Kunnskapen ingen vil ha». Blålys. Landsforeningen for seksuelt misbrukte. http://www.blalys.no/index.php?option=com_content&view=article&id=143:integrering-av-traumer&catid=136:artikler-synlig&Itemid=382
29. Swensen E. Utsøkt upassende. Intervjuet: Anna Luise Kirkengen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006; 126: 2288-9.

30. Foucault M. *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.
31. «Whenever and however medical treatment contributes to concealment of destructive health impact of abuse of power, whether this is acknowledged or not, medicine becomes instrumental to an abuse of power itself». Kirkengen AL. 2008. op.cit., s. 106.
32. Vandenberghe F. Reification: History of the concept. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2002 Jan:1293-6. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/00142-X
33. Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Vol. 1 und 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981.
34. Vandenberghe F. op.cit., s. 12995, min oversettelse.
35. Ulvestad E. Chronic fatigue syndrome defies the mind-body-schism of medicine. New perspectives on a multiple realisable development system disorder. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 285-92. doi: 10.1007/s11019-008-9126-2
36. Ulvestad E. Frampeik frå ei faren tid. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009; 129: 2622-4. doi: 10.4045/tidsskr.09.0889
37. Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
38. Berg E. *Sammenhenger. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.

Denne artikkelen er en bearbejdet og forkortet utgave av en eksamensoppgave fra et Ph.d. kurs i Vitenskapsteori i samfunnsvitenskap, SFEL8000, ved NTNU høsten 2010; med tittelen: «Levd kropp» som konstruert begrep. En vitenskapsfilosofisk analyse av Anna Luise Kirkengens forskerarbeid». Oppgaven er tilgjengelig, og kan bestilles fra forfatteren.

Takk

Jeg takker Irene Hetlevik, Olina Kolbotn, Anne-Lise Knatten samt Morten Schau for konstruktive innspill i arbeidet med artikkelen.

*John-Tore Eid
Skjetnemarkveien 30 B
N-7081 Sjetnmarka
jteid@loqal.no*