

Utpostens
dobbeltime

I rommet innenfor

Anna Luise Kirkengen
INTERVJUET AV OLE ANDREAS HOVDA

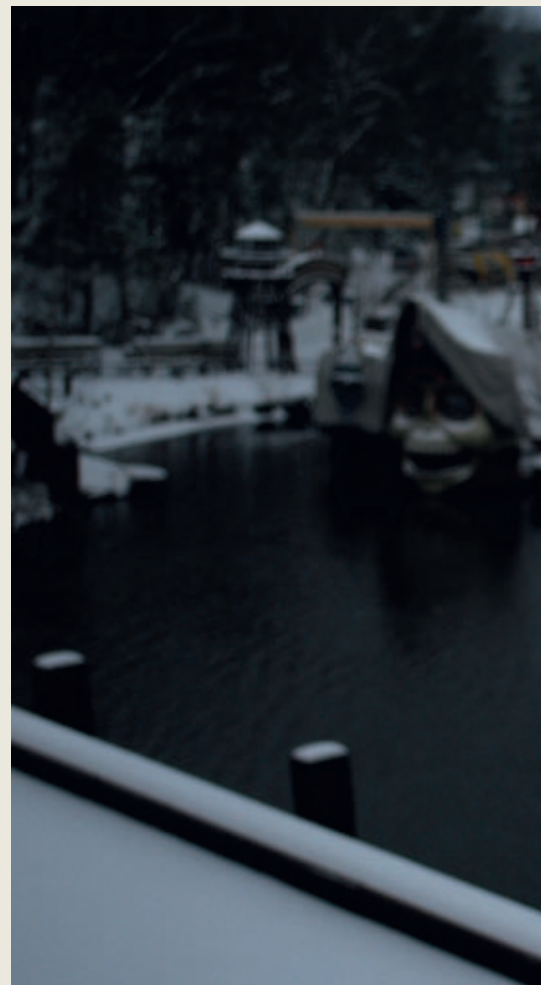
Anna Luise Kirkengen er allmennlegen – som ved at hun lyttet til de vanskelige pasientene – er med på å endre medisinsens premisser for hvordan vi forstår mennesket og menneskekroppen. Grunnen til at hun begynte å se disse sammenhengene er å finne i hennes egen oppvekst. Hun er overbevist om at allmenntillegningen er den faglige arena hvorfra denne nye kunnskapen vil bli tatt inn i den generelle medisinske tenkningen og kliniske hverdagen.

UTPOSTEN: Det er en solfylt dag i Bergen, og gatene fylles av glade mennesker. Jeg har avtalt å treffe Anna Luise Kirkengen på Ole Bulls plass. I det jeg har passert «Den blå stein», og rundt trærne som omkranser plassen, ser jeg henne. Høyreist og rank, står hun foran Ole Bull. På en av stenene i fontenen. Vi har ikke hilst på hverandre før, men når jeg styrer mot henne, forstår hun raskt hvem jeg er, og kommer mot meg. Vi setter oss ned i solen på en utecafé.

Første gang jeg ble oppmerksom på Kirkengen var på medisinsk filosofisk forum i Oslo høsten 2007, hvor hun stilte spørsmålet om sammensatte smertesyndromer utfordrer medisinsens teoretiske basis. Jeg satt fengslet og hørte på denne professoren i allmenntillegning, som var så tydelig og kraftfull at hun nesten var litt skremmende. Nå, nesten fire år senere, har ikke min interesse for Kirkengens prosjekt blitt mindre. Tvert i mot. For en som er opptatt av barn og unges oppvekstvilkår og psykiske helse, er det vanskelig å bli mer relevant enn Anna Luise Kirkengen er. Endelig skal jeg få møte henne, hun som for meg er norsk allmenntillegning, og kanskje norsk medisins, mest spennende skikkelse.

Når vi møtes kommer Kirkengen fra et seminar hvor hun har vært en av hovedforedragsholderne. Hun leder en tenketank på NTNU, er professor II ved universitetene i Tromsø og i Trondheim samt forsker ved Ahus. Hennes siste bok ble anmeldt i BMJ, og tidligere i år hadde *Tidsskrift for Den norske legeforening* Kirkengen og medforfatteres artikkel om erfaring og biologi som hovedtittel på forsiden. Den 7. september holdt hun Gordon Johnsen's Minneforelesning 2011 på Modum Bad. Kontrasten er stor til situasjonen seks år tidligere, da Anna Luise Kirkengen hadde sluttet i jobben som allmenntillegning, og søkte – og ble vraket – fra flere stillinger i det allmenntillegningsakademiet. Mye har skjedd.

ALK: I de siste årene har ting tatt litt av. Tidligere ble jeg kun invitert til å snakke i Norge, men nå får jeg også invitasjoner til blant annet England, Sverige, Finland, og Danmark. Nå ble jeg til og med bedt om å holde Gordon Johnsen's minneforelesning på Modum Bad. Og det, selv om de som kjenner meg, vet at jeg tidligere har sagt at før jeg dør så skal jeg skyte psykiatrien. Psykiatrien som fag er i alt for stor grad opptatt av å sette navn på ting



og mindre av å forstå. Og faget kategoriserer alt for mye som unormalt og sykt. Arbeidet med DSM V er nå inne i siste fase, og denne utgaven blir enda en centimeter tykkere enn

Dr rommet Dr rommet



den forrige. Selv tidligere redaktører roper nå varsko fordi de har skjønnet at deres eget bidrag til «korrekt diagnostisering» trolig har utløst bølger av «falske epidemier», altså

av diagnostisering i stor skala på tvilsomt grunnlag. Vi må kjempe for å bevare normaliteten. Nettopp det vil jeg bidra til så mye jeg kan.

Medisinen i dag er nemlig i ferd med å drukne i sine egne artefakter. Med det mener jeg de tilstandene som de medisinske fagene både diagnostiserer og behandler uten å forstå deres sanne kilder. Derved skapes kroniske lidelser som først defineres som oppgaver for spesialister. Men når pasientene ikke blir bedre av antatt riktig behandling, gir de forskjellige spesialitetene opp. Fibromyalgi og CFS er typiske eksempler på tilstander som den ene etter den andre spesialiteten først har vært involvert i, men så har trukket seg vekk fra. Men i stedet for å være faglig anstendig og å innrømme at dette var en problemstilling faget ikke fant ut av eller forstod, spiller spesialistene bare ballen over til allmennmedisinen. Og samtidig krever de at allmennleger behandler disse pasientene etter spesialistenes retningslinjer selv om disse åpenbart ikke er hensiktsmessige. Slik skaper helsevesenet og den medisinske tenkningen flere og flere kroniske pasienter som ikke passer inn i medisinsens mønster, og som blir værende i tomrommene mellom spesialiteten, i ingen-fags-landet, slik jeg kaller det. Disse store og voksende pasientgrupper representerer en utfordring som det ikke går an å reformere seg bort fra. Uansett hvor mange penger man bruker, så kan ikke utfordringene løses i rammen av det samme systemet og tuftet på den samme tenkningen. Det er simpelthen ikke mulig å løse problemer som oppstår som følge av tilkortkommenheten i et teoretisk rammeverk innenfor den samme forståelsesrammen.

UTPOSTEN: Og Anna Luise Kirkengen er opptatt av ingen-fags-landet, altså tomrommene mellom de medisinske spesialitetene der kronikerne skapes. Pasientene som ikke passer helt inn noen steder; som det ikke er gode løsninger for; som blir kasterbatter i den ene spesialiteten etter den andre, og mellom spesialitetene. De blir gjerne værende i systemet – i helsevesenet, uten å få hjelpen de trenger, og uten å bli kvitt problemene sine. Og så blir tilværelsen i helsevesenet et problem i seg selv. Det å ha en helseplage, og så ikke få hjelp av de som skal hjelpe deg, kan være svært belastende, og skape mye lidelse. Og det var i møtet med disse pasientene som ikke helt passet inn at Anna Luise Kirkengen startet arbeidet som ledet til en doktorgrad i 1998, og til at hun ble en internasjonal kapasitet innen temaet.

ALK: Som fastlege møtte jeg stadig mennesker med symptom bilder som ikke stemte med hva min medisinske utdanning hadde lært meg. I møtet med disse menneskene valgte jeg å lytte til deres fortellinger. Dette var fortellingene til marginaliserte, overgrepssatte og traumatiserte. Til personer som var under konstant press, som opplevde kronisk avmakt

eller som var i vedvarende alarmberedskap. Mennesker som hadde havnet i ytterkanten av samfunnet. Og ved at jeg lyttet til dem, og gjennom det fikk lov til å dele deres perspektiv, fikk jeg se medisinen fra en ny vinkel. Da pasientene opplevde at jeg turde å gi slipp på de tradisjonelle medisinske forklaringene, og heller lytte til dem med et åpent sinn, og tok fortellingene deres på alvor, så følte mange av dem seg ivaretatt. Jungeltelegrafene gjorde så at personer med slike problemer oppsøkte meg i tiltakende grad, og på den måten fikk jeg et større og større erfaringsfelt.

UTPOSTEN: – Men var ikke det vanskelig? Mange leger ville følt at de ga slipp på sin faglige integritet og identitet ved å velge å tro på pasientenes fortellinger mer enn på den medisinske teoretiske kunnskapen.

ALK: Nei, jeg opplevde det ikke slik fordi innsikten jeg fikk gjennom å arbeide på denne måten hadde sin egen kraft. Medisinsk uforståelige helseproblemer åpnet seg for forståelse. Men dessuten handlet det trolig også om at jeg aldri ble fullstendig sosialisert inn i den medisinske tradisjonen. Under studiet gjorde jeg så mye annet, og hadde så mange interesser utenfor det medisinske miljøet, at jeg aldri helt og holdent gjorde den biomedisinske forståelsesmåten til min.

UTPOSTEN: Alle har vi møtt disse pasientene; de som ikke stemmer med kunnskapen vi har lært på studiet eller på kurs. Pasientene som uansett hvilket behandlingsregime vi forsøker, ikke blir kvitt plagene. Men de færreste av oss starter et forskningsarbeid med utgangspunktet i disse mislykkede behandlingsforsøkene. Når vi spør Kirkengen om hva som gjorde at hun begynte å se sammenhengen mellom manglende behandlingseffekt og traumatiserte liv, gir hun et svar som viser hvordan hennes egne livserfaringer har preget henne som lege.

ALK: Jeg ble født i desember 1946, i et lite bygdesamfunn i et sønderbombet Tyskland. Et samfunn svært preget av tap og skam. Skammen over å ha latt sin valgte leder gjennomføre både et folke- og sivilisasjonsmord av til da uhørte dimensjoner. En skam så stor at ikke en gang sorgen fikk lov å være sorg. Alle manglet noen, alle hadde tapt noe. Flere av mine kusiner og fettere ble født etter at deres fedre var falt, alle gjenlevende unge menn på både mors- og fars-siden var skadet, flere var fortsatt i krigsfangenskap. Vi som var barn i dette samfunnet ble kalt Nådens barn, vi var blitt født «etterpå», vi kunne ikke klandres, vi var ikke skyldige. Men fordi alle voksne var og følte seg skyldige, var det svært mye som vi ikke kunne snakke om. Det var så

mange skam- og tapshistorier i alle familier, at samtalen man hadde i et øyeblikk kunne få en helt annen karakter i det det kom en ny person inn i rommet. Det å vokse opp i dette klimaet gjorde at vi ble veldig flinke til å høre hva det var som ikke ble sagt. Vi, barna i min storfamilie og min bygd, visste at disse hullene handlet om smerte. Ofte bunnløs smerte, og om sannheter ingen kunne bære.

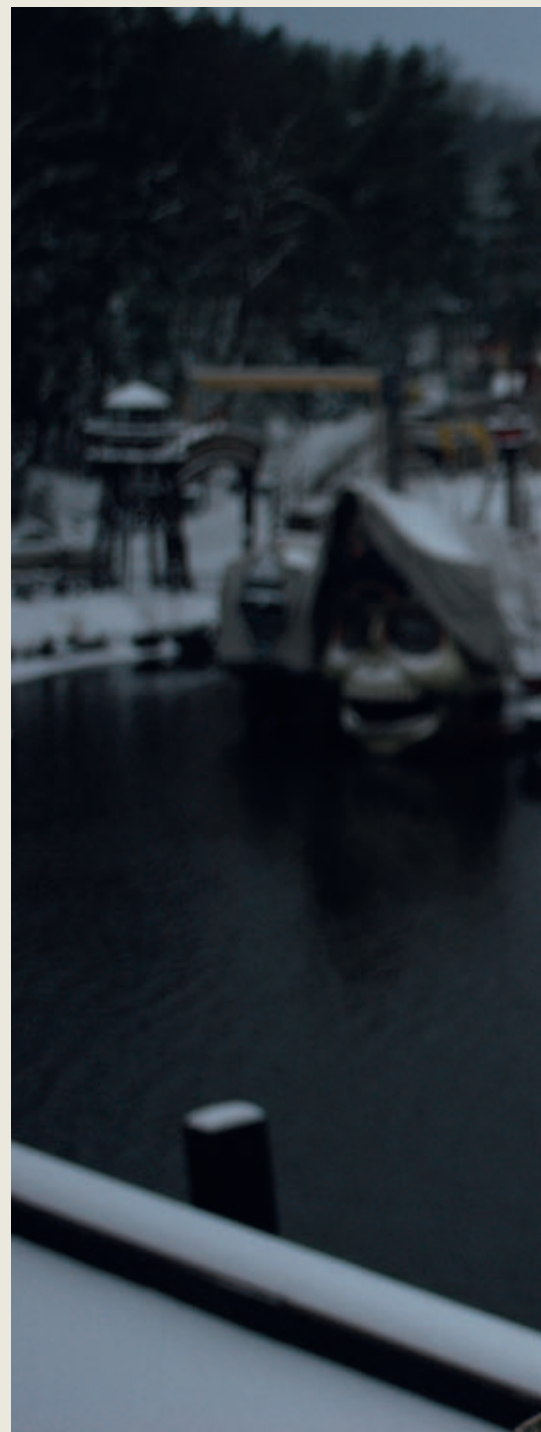
Denne egenskapen har jeg siden båret med meg. Og i møte med pasientene med symptombilder som ikke stemte, var det ved at jeg var oppmerksom på disse hullene, og begynte å utforske dem, at jeg fikk del i fortellingene om tap, tvang, skam og ulike former for integritetskrenkelsener. Fenomenet og begrepet integritet ble for meg stadig mer tydelig i sin medisinske relevans. Medisinsk sett ubestemmelige plager ble forståelige, når jeg så dem i lys av hva som hadde skjedd med disse personene. Erkjennelsen som sprang ut fra slike møter, nemlig at krenkende erfaring etterlater spor som varer, ble grunnlaget for mitt doktorgradsprosjekt.

UTPOSTEN: Kan du fortelle mer om dette prosjektet?

ALK: Prosjektet var en fenomenologisk-hermeneutisk analyse, og var støttet av Norsk Forskningsråd. Mine hovedveiledere var sosialantropolog Tordis Borchgrevink og idehistoriker Trond Berg Eriksen. Men hadde ikke Åsa Rytter Evensen vært villig til å være ankerperson ved Institutt for allmennmedisin, hadde det nok ikke blitt en medisinsk doktorgrad. Til det var nemlig perspektivet og tilnærmingen for uvanlig for fakultetet. Prosjektet baserte seg på samtaler med 34 brukere av norske incestsentra, og den største faglige feilen jeg nok har gjort så langt, var at jeg valgte å skrive avhandlingen som en monografi. Dette gjorde at den ble vanskelig tilgjengelig for kolleger, at funnene mine ble mindre kjent enn de kunne ha blitt, og den videre jobbingen tyngre enn den trengte å ha vært. Og det til tross for at avhandlingen ble utgitt som bok på et internasjonalt og anerkjent forlag to år etterpå. Og tittelen ble «Inscribed Bodies», innskrevne kropper.

UTPOSTEN: Men nå er tematikken du skrev om både svært «in» i tiden, og i søkelyset. Nyeste stressforskning og epigenetikk er på alles lepper.

ALK: Ja, men da jeg disputerte i 1998 var situasjonen en annen. Det som nå utgjør en solid dokumentasjon fra medisinske basalfag, fantes ikke ennå. Men antydninger begynte å komme nesten samtidig med at jeg disputerte. Samme høst ble det publisert to artikler som tok opp hvordan krenkelseserfaringer



blir innskrevet i kroppen, selv om forskerne bak studiene selvsagt ikke brukte dette begrepet. Den ene artikkelen var skrevet av nevroendokrinologen Bruce McEwen fra Rockefeller University i New York. Han innførte en modell kalt *allostatic load*, på norsk «allostatisk overlast». Denne modellen forklarer hvordan vedvarende alarmberedskap eller utrygghet, gjennom langvarig overproduksjon av stresshormoner, gjør at kroppen utsettes for skadelig belastning, noe han senere har kalt for «toksisk stress». McEwens



biologiske forklaring samstemte med funnene i min fenomenologiske analyse.

Samme år kom også den første av til nå over 60 publikasjoner basert på The Adverse Childhood Experience Study, også kjent som ACE-studien, som viste et dose-respons-forhold mellom traumatiske opplevelser i barndommen og risikofaktorene for de ledende dødsårsaker blant voksne amerikanere, nemlig hjerte- og karsykdommer, kroniske lunge- og leversykdommer, sykkelig overvekt, diabetes type II, hypertensjon, hyperkolesterolemi,

alkoholisme, røyking, depresjon og selvmordsforsøk. Funnene i ACE-studien har siden den gang blitt bekreftet av flere studier med liknende tilnærming, og de senere årene har epigenetikken gitt oss kunnskap om mekanismene bak disse funnene. Dessuten har en av vinnerne av Nobelprisen i medisin i 2009, Elizabeth Blackburn, sammen med psykolog Elissa Epel fra University of California San Francisco i en langsgående studie vist hvordan livets påkjenninger tærer på kromosomenes beskyttende endetupper, telo-

merene, og derved reduserer kroppens evne til selvreparering og fremskynder cellealdring.

UTPOSTEN: Kunnskapen om hvordan erfaringene våre former biologien vår, er et ganske radikalt brudd med den tradisjonelle medisinske menneske- og kroppsforståelse hvor psyke og soma har vært helt adskilt. Denne nye forståelsen bærer i seg, som du skrev i *Utposten* tidligere i år, en gjennomgripende kritikk av medisinen slik vi kjenner den: Kroppen er

ikke bare et biologisk objekt, klart adskilt fra verdenen den lever i. Kroppen er en levd kropp, en bærer av historie og erfaring.

Har du som talsperson for denne kritikken møtt mye motstand fra de etablerte medisinske miljøene? Kan dette være noe av årsaken til at du for en del år siden ikke fikk en jobb i det allmennt medisinske akademi?

ALK: Både ja og nei. At jeg i årene etter min disputas ikke var ønsket i akademisk allmennt medisin skyldtes nok at jeg ikke hadde «rett» metodiske skolering, «feil» temavalg og «for» kritiske holdning til den epidemiologidominerte forskningen i vårt fag. Men eksplisitt motstand fra de etablerte miljøene for øvrig har jeg ikke opplevd. Jeg tror simpelthen ikke at mange andre medisinske miljøer er oppmerksomme på mitt arbeid. Når hørte du sist at noen fra andrelinje- for ikke å si tredjelinjetjenesten rettet seg etter noe noen fra allmennt medisinen sa?

UTPOSTEN: Men nå er det ikke lenger bare en allmennt lege fra Frogner som hevder at biografien påvirker biologien. Det foreligger nå mye og seriøs og metodologisk god forskning, også utover Kirkengen sin, som tydeliggjør disse sammenhengene. Det er ikke så lett å avvise hverken ACE-studien eller Nobelprisarbeidet til Blackburn. På tross av dette opplever Kirkengen i liten grad at kunnskapene om epigenetikk og allostatisk overlast får innpass i sykehusmedisinen.

Handler dette om at medisinen står i et paradigmeskifte, og at paradigmer ofte skiftes først når tilhengerne av det gamle nærmest bokstavelig talt dør ut?

ALK: Paradigmeskifter baner seg vei som følge av erkjennelser som setter bestående forståelser under betydelig press. Erkjennelser med så mye kraft at de ikke er til å holde nede. Jeg tror på kraften i de beste argumentene, og vi er i ferd med å komme oss dit at det er nettopp denne type gode argumenter vi har. Men motstanden mot feltet handler nok ikke bare om motstand mot et nytt paradigme eller en ny medisinsk praksis. Motstanden ligger også i at tematikken i seg selv er ubehagelig. Dersom legene anerkjenner biografienes betydning, må de tas på alvor. Alle vil at barna skal få det best mulig, og foreldre prøver å gi barna gode erfaringer og en trygg oppvekst fordi

de vet at det ikke bare er bra her og nå, men at det også gjør sin virkning videre i livet. Det samme gjelder dessverre for negative erfaringer. Det er jo ikke mer mystisk enn som så. Men å ta de samfunnsmessige, sosiale og medisinfaglige konsekvensene av dette, kan bli krevende.

Skolemedisinen er generelt ikke særlig lydhør for denne kunnskapen. Spesialistmedisinen i særdeleshet er foreløpig «uberørt» av den, selv om fagene strever med å forstå – og behandle – såkalt organovergripende sykkelighet og pasienter med kronisk såkalt ko- eller multimorbiditet. Slike komplekse mønstre av helseproblemer kan faktisk tenkes å springe fra dype eksistensielle erfaringer. Men så lenge slike unngås systematisk fordi de handler om subjektive informasjoner og følgelig «upålitelige» kilder til kunnskap, får ikke livets erfaring medisinsk relevans. Men en rekke andre fag ser denne relevansen. De som først var interessert i å høre på det jeg hadde å si, var de psykomotoriske fysioterapeutene. Dernest kom jordmødrene. Stadig oftere blir jeg invitert av tverrfaglige miljøer som har barns ve og vel som sin oppgave, og de kan omfatte både medisinske behandlingsfag og pedagoger, jurister, sosiologer og psykologer. I de siste par år har også tannlegene begynt å se at barn med betydelige tannskader ikke bare mangler en tannbørste men mye annet, og at kronisk stressede barn har et nedsett immunsystem som gir karies «fri banes». Dessuten ser de en liknende sammenheng blant gravide kvinner: alvorlig periodontitt og premature fødsler «henger sammen» i form av allostatisk overlast av ulik art.

I en større sammenheng er det mange som har fått opp øynene for hvor viktig og grunnleggende denne kunnskapen er, ikke bare for medisinen, men for hele samfunnet. Nobelprisvinner i økonomi James Heckman har sett på det økonomiske aspektet ved uheldige oppvekstvilkår, basert på tallmaterialet i ACE-studien. Han argumenterer at det både på individ- og samfunnsnivå er lønnsomt med tidlig intervensjon for barn fra vanskelige oppvekstvilkår. Generelt formuleres nå stadig mer tydelig det som kalles «the pathophysiology of social disadvantage». Her finnes nemlig ansatsen til å forstå de lenge kjente og dels betydelige sosiale gradienter for helse,

både lokalt og globalt, som helt åpenbart er knyttet til vedvarende avmaktserfaring. Med andre ord: vi snakker om årsakene bak årsakene – og disse er «refraktære» for den store stilte manipulasjonen av risikofaktorer som mye av dagens medisinske praksis, også i allmennt medisinen, handler om.

Over hele verden har det de siste ti-femten årene dukket opp initiativ med bakgrunn i at man har sett at erfaringene våre påvirker livene våre, og viktigheten av å bidra positivt inn i dette. Mange av de som har sett dette har vært allmennt leger, og alle har gjort det fordi de har møtt og sett mennesker. Og nettopp fastlegenes mange møter med mennesker gjør at allmennt medisinen kan være stedet for en klinisk praksis som tar den nye biologien inn i medisinen. Norges ledende moralfilosof Arne Johan Vetlesen beskriver oppgaven slik: «Hvis man sikter mot å forstå interaksjonen mellom kropp og ånd, og da ikke bare som et faktum, men i sitt vesen, må historisk-biografisk situerthet få en alt overordnet relevans i enhver utforskning av opphav til sykdom.»

I løpet av samtalen vår har tydeligheten og kraftfullheten fra medisinsk filosofisk forum noen år tidligere vært minst like tilstedeværende som den gang, men nå har også godheten og omsorgen hennes blitt tydelig for meg. Når Kirkengen må gå for å rekke flybussen, går jeg selv ut i Bergensgatene, smittet av hennes brennende engasjement. Fascinert over denne nye kunnskapen og forståelsen jeg har fått tatt del i, men samtidig preget av storheten i det. Dersom man er villig til å ta dybden av denne kunnskapen inn over seg, så er det ganske voldsomt. Det rokker ikke bare ved den rådende medisinske forståelsen, men mye av den rådende tenkningen i dag i sin helhet. Den nye medisinen bærer i seg en krass kritikk av den moderne vestlige individualisme, hvor hvert individ nærmest betraktes som en helt isolert størrelse. Naturvitenskapens tro på objektive sannheter må byttes ut med hermeneutikkens forståelse av kontekstualitet. Bort viskes skillene mellom kropp og sjel, mellom individ og samfunn. Verden slik vi en gang lærte at den var står for fall, mens verden slik vi erfarer den kommer oss i møte.

Her er
UTPOSTEN
 – føl deg hjemme!