

## Barndomsforgiftning skader livskraften

*Anna Luise Kirkengen*

### Det som nærer, og det som tærer

Denne artikkelen er skrevet i en by som har mange arr. De er en følge av historiske, geopolitiske, geografiske og sosiale sår og brudd. Denne «arrete» byens valgspråk lyder: Nur was sich ändert, bleibt. På engelsk ville det hete: Only that which changes remains. På norsk kan jeg si: Bare det som endrer seg, består. Og til dette finnes en gresk ekvivalent: Allostasis, som betyr «stabilitet ved hjelp av endring». Allostasis er et nøkkelord i den nyeste fler- og tverrfaglige utforskningen av sammenhengene mellom menneskers erfaringer og menneskelig helse eller sykkelighet. Det er dette – overlevelse og opprettholdelse av helse ved hjelp av erkjennelse, læring og innsikt – som er artikkelens omdreiningspunkt. Byen jeg henviser til, er Berlin, mitt lands hovedstad. Alle vet om denne byens historie, liv, sår og arr. Overlevelsen jeg skal omtale, handler om personer, små og litt større, hver med sin «lille» historie – biografien – vevd inn i den «store» historien – slektens, landets, klodens, og hver med sine sår og arr.

Til forskjell fra byen vet ofte ingen om en persons biografiske sår og om opphavet til arr som kan bli synlige for andre. Biografiske sår er individuelle, selv om de som regel handler om betydningsfulle andre som hver og en av oss er forbundet med gjennom relasjoner, slektskap, vennskap og naboskap. Og nettopp fordi vi mennesker er til i kraft av andre – vi blir til, fødes, holdes og næres av andre – er vi relasjonelle vesener, like mye utsatt og sårbare som vernet og trygget gjennom andre. Vi er mest sårbare og mest utsatt når og der vi vokser opp: i våre familier og vår nære krets. Der får vi det som nærer mest: kjærlighet, omsorg, respekt og beskyttelse. Men der kan vi også erfare det som tærer mest: misbruk, mishand-

ling, ringeakt og vanskjøtsel. Nyeste forskning viser at helse står på spill hvis det som tærer, overgår det som nærer (Getz et al. 2011).

Denne artikkelens budskap innebærer et oppdrag til alle voksne, men særlig de av oss som omgås barn i yrkessammenheng. Det lyder: Din profesjonalitet bør kjennetegnes av at du møter hvert barn med vidåpne sanser, respekt, omsorg og omtanke. Bare da kan du leve opp til kjernen i ditt faglige ansvar: å vise barna hvordan respekt, omsorg og omtanke «ser ut» i betydningen hvordan de praktiseres. Derved legger du et grunnlag for tillit generelt, men spesielt for den tilliten som kan bære det tyngste: barns betroelser om å bli misbrukt, mishandlet, ringeaktet eller vanskjøttet. Bare da kan du være en nær person som kan hjelpe også disse barna til å vokse opp til personer med selvrespekt og selvaktelse, slik som alle barn som er betrodd deg. Bare da kan de beskytte seg selv mot senere misbruk og mishandling. Og bare da kan de bevare sin helse gjennom livet. *Du bidrar mest til det som nærer, ved å verne dem mot det som tærer.*

## Et fysiologisk innsteg

Denne artikkelen omhandler fortettet kunnskap – med referanser til den nyeste faglitteraturen – fra et stadig mer omfattende forskningsfelt, som oftest kalt PNEI<sup>1</sup>. Feltet er ikke hovedsakelig opptatt av barn. Det utforsker hvordan erfaring påvirker den menneskelige fysiologien. Det interesserer seg særlig for hvordan belastende og smertefull erfaring trekker veksler på menneskers tilpasnings- evne. Og enda mer presist: hvordan overbelastning med vonde og vanskelige opplevelser tidlig i livet preger menneskers helse gjennom oppveksten og inn i voksenlivet. Her kommer begrepet allostasis igjen inn i bildet. Menneskers evne til tilpasning, deres fysiologiske muligheter til endring i samsvar med endrede livsbetingelser, uttrykker deres vitalitet. For å forstå hva som truer vår livskraft, er allostase en egnet modell. Beskattes vi over evne over tid, oppstår allostatisk overlast. Det handler om at kroppens grunnleggende fysiologiske prosesser blir varig feilinnstilt. Her er kilden til kompleks sykелighet senere i livet.

Disse fenomenene vil bli tydeliggjort ved hjelp av individuelle sykdomshistorier som knyttes til generelle medisinske emner på den ene siden og til bokens åpningsfortellinger på den andre. Barn omtales for dette formålet i ulike relasjonelle situasjoner:

- barn som lider fordi deres pårørende lider eller sliter,
- barn som lider fordi de blir utsatt for misbruk, mishandling og vanskjøtsel, og
- barn som lider fordi deres omsorgspersoner ikke legger merke til eller reagerer på at barna sliter.

Samtidig med dette belyses virkningen av erfaringer knyttet til

- de nære voksnes strevsomme liv,
- de nære voksnes straffbare handlinger, og
- de nære voksnes svik i form av manglende oppmerksomhet.

I det videre omtales følgelig barn som tar skade av å lide overlast, enten det skjer i form av «acts of commission», altså *belastende handlinger*, eller «acts of omission», med andre ord *belastende unnlater* i betydningen manglende vern, beskyttelse eller oppmerksomhet, slik sosiolog Emily Greenfield ved State of New Jersey University har definert det (Greenfield 2010).

## Giftig stress

I januar 2012 publiserte den amerikanske barnelegeforeningen et programskrift for faglige tiltak mot «toxic stress» i barndommen (American Academy of Pediatrics AAP 2012). Uttrykket var blitt lansert i tidsskriftet for den amerikanske legeforeningen<sup>2</sup> i 2009 i en både rystende og glimrende fremstilling av hva vonde og vanskelige barndomserfaringer gjør med barns utvikling og fremtidige helse (Shonkoff et. al. 2009). Forfatterne var tre ledende forskere i PNEI-feltet. De presenterte den nyeste kunnskapen om hvordan «early adverse experiences» (negative barndomserfaringer) virker. De slo fast at forebygging av sykdom blant voksne begynner med å forhindre forgiftende stress blant barn. Ved å løfte fram denne vitenskapelig belagte erkjennelsen viste barnelegeforeningen at den kjente sin besøkestid. Den hadde forstått at barneleger har en enda mer sentral – og enda viktigere – oppgave med hensyn til innvirkning på folkehelsen, enn så langt antatt og praktisert.

Hva handler barndomsforgiftning om, hvordan virker den, og hvorfor har den livslang effekt? En første og grunnleggende erkjennelse er at personlige erfaringer påvirker personens fysiologi. Det gjelder for de gode erfaringene, slik som å bli elsket, støttet, anerkjent og respektert, altså *erfaringer som nærer*. Det gjelder også

de vonde erfaringene, slik som å bli misbrukt, mishandlet, vanskjøttet og avvist, altså *erfaringer som tærer*. Kvaliteten på våre mellommenneskelige relasjoner er med andre ord avgjørende for vår helse. Den neste erkjennelsen handler om at disse kvalitetene påvirker helsen desto sterkere jo tidligere i livet de erfares og jo mer «konsistente» de er. En oppvekst i et kaotisk eller voldelig hjem, med voksne som ruser seg eller er alvorlig sinnslidende, som er kriminelle eller straffedømt, påvirker barnet for resten av livet, og ikke – slik vi lenge har antatt – utelukkende i «psykisk», men like sterkt i «fysisk» forstand (Felitti & Anda 2010).

## Samuel Sacks

Den vanlige oppfatningen om at en belastet oppvekst fører til psykiske, kognitive og mentale problemer, står ved lag, men den er altfor snever. Kroppen må nemlig tas i betraktning hvis man vil ha en realistisk oppfatning om hva vonde og vanskelige erfaringer tidlig i livet gjør med helsen senere i livet. Det skal synliggjøres her gjennom beskrivelsen av det første møtet mellom en mannlig pasient, Samuel Sacks<sup>3</sup>, og professor i indremedisin ved University of California i San Diego, Vincent J. Felitti<sup>4</sup>. Før Felitti møtte Sacks første gang, hadde han fått følgende opplysninger i henvisningen:

57 år gammel ingeniør; sykelig overvekt på 160 kg inntil en slankeoperasjon for noen år siden, deretter ned til 95 kg, så opp igjen til 140 kg; tidligere alkoholiker, storøyker, kronisk redd og kronisk depressiv; i psykoterapeutisk behandling og medisinerert med tre antidepressiva i et par år, hvilket har lettet depresjonen noe; Sacks har nylig klart å slutte å røyke.

I løpet av den første samtalen og på grunnlag av dette mønsteret av kroniske tilstander – som ACE-studien hadde lært Felitti å tolke som noe som peker mot en historie – spurte han om overgrep- eller misbrukserfaring. Da fortalte Samuel Sacks for første gang i sitt liv at han ble seksuelt misbrukt av både mor og mormor fra han var fem år til han var ti. Da nektet han mor «betjening», hvilket gjorde henne sint og forbannet. Hans mor hadde et alkoholproblem fra hun inngikk ekteskapet med Samuels far, som også var ingeniør og som for det meste var bortreist på oppdrag. Samuel var også vitne til at moren hadde samleie med personer som leverte varer til huset. Moren døde av blødende magesår for 15 år siden. Faren døde to uker før denne konsultasjonen. Da Felitti spurte hvordan barndomserfaringene hadde påvirket hans liv, svarte Sacks: «De har gjort meg til alkoholiker, storøyker og narkoman,

de har gjort meg fet, og de har gitt meg depresjon og angst.» Så sa han at han etter farens nylige bortgang ikke lenger behøvde å ta hensyn til noen. Nå kunne han endelig fortelle, fordi han trengte hjelp til å slippe påtrengende og detaljerte seksuelle minner som han selv så i sammenheng med spesielle kroppslige ubehag og smerter.

Hvert av Samuel Sacks nevnte helseproblemer er risikofaktorer for hjertekarsykdommer. Flere innebærer fare for diabetes 2, kroniske lungelidelser, kroniske lever sykdommer og kreft. Til sammen forkorter de livet hans. At han ble misbrukt og senere trakassert av sine nærmeste mens andre nære pårørende ikke beskyttet ham fordi de ikke så eller ville se, førte til at han led kronisk overlast under hele oppveksten.

Denne historien kan direkte knyttes til åpningsfortellingen om Elise: krenkende handlinger og krenkende unnlaterer innenfor en familie som utenfra sett ikke ville bli definert som sosialt «påfallende». Det dreier seg om at ett barn i en ellers ikke-påfallende familie er påfallende. Bare det bør være nok til at noen kan både se og skjønne at det «påfallende» barnets væremåte uttrykker noe som er tildekket: Barnet «røper» at det lider overlast. Da bør fagpersoner føle seg kallet.

## Sonja Solberg

Men ikke bare barnelegene har oppfattet budskapet om «giftig stress». I februar 2012 rettet det amerikanske selskap av fødselsleger og gynekologer i sitt fagtidsskrift søkelyset mot kvinners voldserfaringer og mot hvordan disse virker på helsen generelt og den reproduktive helsen spesielt (American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG, 2012). Det er kjent at kvinner som erfarer overgrep, som oftest blir krenket av en person de har nære relasjoner til, for de fleste vedkommende en mannlig partner. Det er også vist at svært mange kvinner som blir krenket av en partner, har blitt krenket før i livet, og da som oftest av nære pårørende. Med andre ord: Krenkede kvinner har svært ofte vært krenkede jenter, enten direkte eller ved å ha vært vitne til vold mellom de voksne i barndomshjemmet. Krenkede kvinner er generelt mer utsatt for å få en rekke helse- og funksjonsproblemer enn kvinner som ikke har slik erfaring. Dette gjelder spesielt for krenkede kvinner som også har vært krenket som barn. Her finnes følgende flere lag med sammenhenger: først voldserfaring i barndommen som innvarsler gjentakelse i voksenlivet; så en akkumulativ effekt av krenkende erfaringer gjennom livet. Dessuten er det vist at kvinners risiko for å bli mishandlet eller misbrukt er høyest i deres fertile livsfase. Av det følger at deres barn med stor sann-

synlighet også blir utsatt for voldserfaring, direkte eller indirekte. Kunnskapen forteller at krenkede jenter blir til krenkede kvinner som blir mødre til krenkede barn (Hillis et al. 2004; Kirkengen 2009).

Sonja Solberg<sup>5</sup> var barn da hun ble krenket. Hennes egen og hennes barns oppvekst, helse og liv ble preget av logikken som forbinder erfaringer med kroppen og mennesker med hverandre. Sonja forteller:

Far var 25 år da han ble tatt for illegalt arbeid i Trondheim i 1940 sammen med min farfar og min tante. Far kom til Sachsenhausen, farfar ble sendt til Dachau, og min tante ble på Grini. De to mennene ble reddet av de hvite bussene. De overlevde, men begynte å drikke etter krigen. Så langt tilbake jeg kan huske, drakk far hver eneste dag. Han passet arbeidet sitt, men kom sjelden hjem før sent på kvelden. Når han da kom inn døren, startet helvete. Det var bråk og fysisk vold mot mor. Far var som Dr. Jekyll og Mr. Hyde. Når han var edru, var han stille og leste. Slik elsket jeg ham. Når han var full, skrek han og var stor mann, sa at han var sjefen, og kalte meg hore. Han truet meg med at om jeg kom og var gravid, så var det ut av hans hus. Likevel ville han ha meg opp i sengen sin da jeg var 17. Det avviste jeg. Jeg ble tidlig hans fortrolige, pappas pike. Når han var full, fortalte han meg alle de uhyrlige historiene fra konsentrasjonsleiren hvor han måtte flytte lik, om jødernes kamp og russernes lidelser. Jeg ble kanalen der han fikk ut sine frustrasjoner – jeg ble en søppelbøtte. I hele mitt liv har frykten og angsten ligget under overflaten. Jeg har aldri følt meg god nok, selv om jeg har fått mange gode tilbakemeldinger. Jeg har latt mange folk trække på meg.

Sonja Solberg giftet seg med en narkoman mann som senere tok livet sitt. Hennes andre mann hadde et høyt forbruk av alkohol. Han forlot henne etter flere år til fordel for en yngre kvinne. Hennes yngste barn misbrakte narkotika i flere år, men fikk omsider hjelp til å slutte. Alle disse forholdene påtok Sonja seg skylden for. Hun fikk fjernet livmoren da hun var 50 år, etter 15 år med tallrike nytteløse behandlinger mot blødninger og kroniske smerter. Hun er sterkt overvektig og har høyt blodtrykk og diabetes 2. Disse tilstandene tyder på at kroppen er under konstant påvirkning av stresshormoner som forstyrrer fett- og sukkerstoffsiftet. Begge forhold innebærer fare for hjertekarsykdommer. Både kronisk stress og fjerning av livmor øker faren for beinskjørhet. Sonja Solberg sier selv at et liv i konstant beredskap har «somatisert» henne; gjennom barndommen var hun konstant på vakt for ikke å utløse katastrofer eller røpe familiens hemmeligheter. Voksenlivet var styrt av å passe seg, ha kontroll, tilpasse seg krevende og uberegnelige menn, passe barn og ha hele omsor-

gen siden fedrene sviktet barna. Med andre ord: Erfaringene hennes har nedfelt seg i forstyrrelse av sentrale kroppslige funksjoner som medfører sykdommer som kan forkorte Sonjas liv (Danese & McEwen 2011; Fagundes et al. 2012).

Det er ikke usannsynlig at en jente med Sonjas historie ville forbli «usett» svært lenge fordi hun var lojal mot sine foreldre og bidro med alt hun kunne til at ikke familiens store skam, farens alkoholisme, skulle bli kjent. Hun ville heller aldri ha vist tegn til at faren hadde seksualisert sin relasjon til sin datter, fordi også det var skambelagt og unevnelig. Men Sonja ville ha vært synlig som «kuet» og lite selvhevdende. Hun ville ha stilt opp for alle og gjort alt for å bli likt. Slike barn står selvsagt i fare for å bli utnyttet av andre barn. Sonja var opplært til å være i «betjeningsposisjon». Det ville en oppmerksom fagperson kunne ha sett.

## Lena Lervik

Man kan fristes til å tro at «giften» virker utelukkende hvis de belastende forholdene er langvarige, og at barn som opplever en alvorlig integritetskrenkelse bare én eneste gang, ikke er i fare. Men det er en kortslutning, betinget av at vi *ikke* tenker om kroppen som kroppsliggjort erfaring, hvor alt vi opplever, varer ved, slik den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty har hevdet (Merleau-Ponty 1989). Erfaringens varighet motsier vår tradisjonelle oppfatning av tiden som lineær og kroppen som historie- og erfaringsløs. Det kan nemlig hende oss ting som skaker oss permanent fordi de en gang for alle fratar oss vissheten om at vi er trygge og levedyktige.

Det er en slik erfaring som preger Lena Lerviks<sup>6</sup> oppvekst, helse og liv. Hun forteller følgende:

Jeg ble utsatt for en grov overfallsvoldtekt som tillitsfull og troskyldig tolvåring. Da jeg syklet hjem til hytta til mine foreldre etter hendelsen, tok jeg en avgjørelse: Dette må jeg holde for meg selv, jeg skal greie meg selv. Jeg koblet kroppen fra hodet og 'skrudde av' de vonde følelsene rundt det som nettopp hadde skjedd. Jeg har aldri fortrent hendelsen, jeg har alltid visst hva som ble gjort med meg, men har fortrent hva denne erfaringen gjorde med meg og hvilke alvorlige skjevutviklinger den førte til. Jeg har hatt et godt liv på mange måter, med utdanning, jobb, barn, et hjem jeg trives i, gode venner og mye å være takknemlig for. Men livet har også vært preget av perioder med angst, frykt, depresjon, hyppige infeksjoner, lavt energinivå, kvalme, hodepine, pusteproblemer, magesmerter, bekkensmerter under hvert svan-

gerskap, sterke mennessmerter, korsryggsmarter, skjedekramper, manglende seksuell lyst ... Jeg har holdt et høyt tempo i hverdagen, og mestring og kontroll har vært viktig for meg. I lange perioder har jeg 'koblet ut' de fysiske plagene og presset meg til å gå på jobb og fungere så normalt som mulig. Samtidig har jeg skammet meg over å være så mye syk og ha så dårlig immunforsvar, og jeg har lurt sånn på hvorfor jeg har hatt disse plagene. Jeg lever sunt, har et sunt og variert kosthold, sover nok og trener jevnlig. Jeg burde ikke være så mye syk.

I fjor ble jeg sykmeldt på grunn av utbrenthet. Jeg har snakket med de nærmeste om overgrepet før, og har gått i terapi i to perioder tidligere – men uten å gå i dybden, og uten å se noen sammenhenger. Jeg sørger over alt jeg ble frarøvet i barndom, ungdom og voksenlivet. Det er krevende å akseptere at så sterke reaksjoner kommer hele tretti år etter overgrepet. Jeg tror at mange seinskader kunne vært unngått hvis jeg hadde hatt mot til å fortelle tidligere. Da foreldrene mine fikk vite om hendelsen etter at jeg ble voksen, sa de at de hadde undret seg på hvorfor jeg plutselig forandret meg sånn i tolvårsalderen. Fra å være trygg og glad ble jeg stille og engstelig. Helst ville jeg sitte hjemme med en bok. Hvis noen, mine foreldre, søsken, slektninger, lærere, helsesøster eller venner, hadde spurt om noe plaget meg – ja, så tror jeg at jeg ville ha fortalt, på tross av skammen og redselen, og delt dette grusomme marerittet jeg gikk og bar på alene. Da kunne jeg fått bearbeidet traumet før det hadde fått satt seg så inderlig fast i kropp og sjel som det gjorde hos meg. Hvordan ville livet mitt ha sett ut da? Ville selvbildet mitt vært bedre, ville jeg ha vært mer tillitsfull overfor andre mennesker, ville jeg fokusert mindre på mestring og kontroll, ville jeg brukt færre krefter på å skanne omgivelsene mine uavlatelig for å finne ut om jeg er trygg eller ikke?

Et vesentlig fenomen i denne fortellingen, ved siden av den åpenbart krenkende handlingen Lena ble utsatt for, er de krenkende unnløtelene fra hennes omsorgspersoner. Foreldre som så – slik de selv i tilbakeblikk bekrefter – en påfallende endring hos sin tolv år gamle datter, gjør åpenbart ikke noe for å få vite hva endringen skyldes. Lærere spør ikke. Helsesøster ser ikke. Slektinger oppfatter ikke at en livlig tolvåring er blitt skremt og stille. Hva har alle disse voksne tenkt? Og hvorfor har ingen av dem reagert? Lena anklager ikke. Men anklagen bør reises. Her ble et barn først grovt krenket av en fremmed – og deretter like grovt sveket av sine egne. Derfor kunne krenkelsen gjøre henne syk, helt til hun som førtitoåring brøt sammen fordi hennes beskyttelsesstrategi mot å vite noe hun ikke ville vite, hadde kostet alle kreftene hun hadde. Først da begynte hun å lete og



lese. Først da kunne hun se sammenhengen mellom det hun hadde opplevd, og det hun hadde tvunget seg til å leve videre med.

## ACE-studiens resultater

Samuel Sacks, Sonja Solberg og Lena Lervik gir i en viss forstand liv til resultatene av den allerede nevnte ACE-studien. Den startet i 1993 blant 17 000 voksne personer som alle var faste brukere av en poliklinikk for sykdomsforebygging.<sup>7</sup> Studien handler om hvordan ti ulike typer vonde og vanskelige erfaringer i barndommen henger sammen med sykdom. Fem av disse angår barnet direkte: fysisk og psykisk mishandling og seksuelt misbruk, og fysisk og psykisk vanskjøtsel. De andre fem typer erfaringer er relatert til barnets oppvekstmiljø og handler om: å vokse opp med bare en biologisk forelder, i en familie der mor blir slått, der det finnes voksne som ruser seg, der det er voksne som har en sinnslidelse eller har prøvd å ta sitt liv, og der det er voksne som har blitt dømt eller vært fengslet (Felitti & Anda 2010).

Felitti, Anda og deres etter hvert mange medarbeidere (de så fort at de trengte fagfolk fra alle medisinske spesialiteter i forskergruppen) viste at risikoen for mange alvorlige sykdommer og disse ti typer belastende erfaringer sto i et visst forhold til hverandre: Jo vondere og vanskeligere barndomserfaring, desto mer alvorlig sykkelighet i voksenlivet. Et slikt forhold ble påvist for: hjertekarsykdommer, kronisk lungesykdom og lungekreft, kronisk leversykdom, fedme, høyt blodtrykk, diabetes 2, høyt kolesterol, autoimmune sykdommer<sup>8</sup>, røyking, alkoholisme, narkomani, angst, depresjon, psykoser, selvmordsforsøk, dissosiasjon, hallusinasjon, tidlig seksuell debut, mange seksualpartnere gjennom livet, seksuelt overført sykdom, uønsket graviditet, tenåringssvangerskap, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og dødfødsel.

Åpningsfortellingene om Espen, Elise og Eva gir gjenlyd i fortellingene om Samuel, Sonja og Lena. En barndom preget av overlast – om enn av ulik art – setter sine spor og legger sterke føringer for senere livsutfoldelse og sykdomsutvikling. Kunnskapen om dette er nå så solid at den representerer både et opprop og en begrunnelse til å gå nærmere, undre seg og spørre, vise omsorg og være tydelig: Jeg ser noe, jeg er bekymret, la meg hjelpe deg.

## Ikke risikosøkende, men krenket

Nå vet vi altså *at* krenkede barn med høy sannsynlighet blir syke voksne. Vi vet dessuten *at* barndommens uoppdagede og unevnelige eksistensielle krenkelser senere i livet omsider blir «oppdaget» og «navngitt» i den psykiatriske og somatiske medisinen. De er nemlig blitt omformet til ulike sykdommer som er en følge av krenkende erfaringer som fagpersoner ikke så eller forhindre da disse voksne ennå var barn. *At* det er slik, gjør det ikke selvnlysende *hvorfor*. Forskerne knytter disse sykdommene til såkalt risikoatferd: bruk av helseskadelige stoffer slik som nikotin, alkohol, narkotika og andre rusmidler, overvekt og fysisk inaktivitet, selvskader og selvmordsforsøk, og ubeskyttet seksualitet med smittsom sykdom, ufrivillige svangerskap og tenåringssvangerskap til følge. Begrepet «risikoatferd» viser at forskerne både *bedømmer* en være- eller levemåte utenfra, og at de *fordømmer* personen som lever eller ter seg slik som ufornuftig og uansvarlig. Men et slikt avstandsblikk gir ingen fruktbar ansats til å forstå hvordan skadede og krenkede barn blir til voksne som tilsynelatende frivillig forsterker sine skader ved å skade seg selv, og utdyper sine krenkelser ved ikke å verne seg selv. Hvordan krenkelsen omformes til sykdom i et livsløp, kan nemlig ikke begripes ved hjelp av tall og statistisk kalkyle. Det må utforskes i nære samtaler med personen selv. Den destruktive kraften i krenkelser – særlig de mest tabubelagte slik som seksuelle – er nettopp knyttet til at slike hendelser som oftest blir tildekket og forti og derfor forblir uoppdaget, slik ACE-studien viser. Denne kraften er knyttet til menneskers eksistensielle forutsetninger som sosiale vesener gjennom fenomener som unndrar seg tallfesting. Slike hendelser skaper skam, skyld, stigma, smerte, isolasjon, redsel, utrygghet og angst. Hvordan disse igjen påvirker den enkeltes selvaktelse, kroppsbilde og væremåte, kan man bare forstå ved å snakke med den enkelte.

Kompleks traumatisering handler om vedvarende traumatisk eksponering og manglende beskyttelse. Solid dokumentasjon belegger at enhver form for kompleks traumatisering involverer kroppen, og det er uhensiktsmessig å skille mellom psykiske og fysiske traumer. Det betyr at slik vond og vanskelig erfaring utfordrer medisinen teoretiske basis. Virkningen overskrider nemlig medisin-fagets dualistiske grunnstruktur fordi den berører psyke og soma. Derved overskrides *både* skillet mellom den psykiatriske og den somatiske medisinen og skillelinjene mellom de medisinske spesialiteter. Lidelsen som er resultatet av denne komplekse traumatiseringen, speiler nemlig sin kilde: *Den er like kompleks*. Det

betyr i den kliniske praksis at den frembringer så sammensatte bilder av smerte og feilfunksjon, at disse ikke lar seg gripe med medisinske tradisjonelle redskap, nemlig klassifikasjonssystemene.

## Arja Askild

Et slikt komplekst sykdomsbilde hos Arja Askild opptok mange leger i flere spesialiteter i mange år og førte til en omfattende bruk av helsetjenester. Arja Askild<sup>9</sup> ble fremmedgjort for seg selv og alle sine nære og flyktet, flyttet og rømte hele livet fra tilsynelatende ingenting. Som voksen fikk hun fem psykiatriske diagnoser og ble dessuten behandlet for flere ulike somatiske lidelser. Arja var yngst av seks søsken og eneste jente. Hennes foreldre var begge lærere, og blant deres venner var mange profesjonelle med kunnskap om barns utvikling. Arja var alle brødrenes yndling, men spesielt var hun den eldste brorens favoritt. Han var stjernen i søskenflokket fordi han var så begavet, og Arja solte seg i hans glans, som hun selv sier. Hun følte seg utvalgt og spesiell, og det til tross for at han misbrakte henne seksuelt fra hun var fem år til hun tok artium. Inntil da hadde hun lært å dissosiere i misbruksituasjonene – for å kunne tåle det broren gjorde med henne og for å kunne fortsette å tro at hennes foreldre elsket og beskyttet henne. Hun spaltet sin bevissthet og etter hvert også sin kropp, hun ble fremmed i sin familie, og hun ble stadig mer sky og isolert av angst for å røpe hemmeligheten. Arja var hele sitt voksne liv på flyttefot. Til tross for at hun ikke tålte intimitet, giftet hun seg og prøvde å være seksuelt aktiv for å bli oppfattet som normal. Med andre ord: *Arja øvde vold på seg selv og tvang seg til å tåle det som egentlig kjentes utålelig*. Men kroppen protesterte. Arja ble syk på bryllupsreisen – hun utviklet en kronisk urinveisinfeksjon og ganske fort også en kronisk underlivssmerte som gjorde vaginalt samleie umulig. Og til tross for kontinuerlig behandling hos spesialister i urologi, nyresykdommer, kirurgi, gynekologi og psykiatri ble hun ikke frisk før hun ble skilt, sju år senere. Inntil da hadde hun hatt fire operative inngrep i mage og underliv og fått fjernet noen organer ut fra en antakelse om at det ville løse hennes smerteproblemer. Men ingen av inngrepene medførte bedring.

I tillegg til fem somatiske diagnoser fikk hun også de psykiatriske diagnosene angst- og panikkelidelse, hypokondri (vedvarende overbevisning om å feile noe alvorlig), depresjon og dysmorfofobi (tvangspreget forestilling om en kroppslig feil). Dessuten ble Arja behandlet for alexitymi (manglende evne til å kjenne

og navngi egne følelser). Men Arja har for lengst forstått at hun verken led av hypokondri, dysmorfofobi eller alexitymi. Det var brorens lekende og forførende ikke-voldelige voldtekter – som inkluderte dem i en hemmelighet og isolerte henne fra alle andre – som hadde forstyrret hennes forhold til egen kropp og forvrengt selvbildet hennes. Dessuten hadde det tømt mange begreper for innhold: misbruk og lyst ble blandet, fare og trøst kom fra samme person, nærhet var identisk med utsatthet, intimitet ble lik utnyttelse, enhver tiltrekning utløste fluktalarmen. Arja hadde rett og slett ingen ord som var dekkende for en virkelighet hvor antatte motsetninger var blitt emosjonelle synonymmer. Hennes erfaringer passet simpelthen ikke til det offisielle språket. Men i den medisinske fortolkningen kvalifiserte følgene av erfaringene til seks psykiatriske og fem somatiske «diagnoser», og disse igjen førte til fire nytteløse kirurgiske inngrep.

Flere studier, med ACE-studien som den hittil største, har vist at de medisinske betegnelsene «depression» og «addiction» er misvisende. Det gjelder også for «hallusinasjon, tvangstanker og vrangforestillinger». En sammenheng mellom misbruk og mishandling i barndommen og hørsels- og berøringshallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser er påvist. Forskerne bak ACE-studien påviste sterke sammenhenger mellom barndomstraumer og hallusinasjoner som ikke var betinget av rusmiddelbruk. Derfor skriver de: «Funnet tilsier *at man burde se etter* en historie om barndomstraumer hos personer som har eller har hatt hallusinasjoner» (Whitfield et al. 2005). Forskerne sier altså til behandlerne: Skift fokus når dere ser og hører om hallusinasjon; slutt å stirre på personen som er åpenbart forvirret med henblikk på tid og sted; slutt å tenke «hva heter denne forstyrrelsen på psykiatrisk»; prøv heller å forstå hvem eller hva som har forstyrret denne personen så dypt at vedkommende har mistet orienteringen i tilværelsen.

Arjas historie dokumenterer langtidsvirkningen av overgrep og hvordan en sykdomshistorie er betinget av livshistorien. Men i tillegg dokumenterer den medisinsens teoretisk betingede blinde flekk: Virkningen av erfaring, av fortid som varer ved, er usynlig for faget. Derved blir det synlig hvordan behandlingsfaget – paradoksalt nok – bidrar til at slike erfaringer forblir uoppdaget, idet de blir tolket og navngitt som enten psykiatrisk eller somatisk sykdom.

Åpningsfortellingene om både Elise og Eva klinger med i Arjas historie, til tross for forskjellene for øvrig. Også Elise og Eva kan «gli» inn i en slik sykdomsutvikling hvis ingen forstår i tide og forhindrer at vondt blir enda verre. Både Elise og Eva er relasjonsskadet og seksualisert og derved «utsatt» på en potensielt skjebne-

svanger måte. Eva blir kanskje ikke bare misbrukt av morens menn; hun er kanskje tilgjengelig for enda flere over nettet og omsetter betaling til ting som hun «viser seg med» og trøster seg med.

## Virkningen av kronisk alarm

Å leve i konstant fare eller oppleve seg kontinuerlig truet bevirker en permanent alarmtilstand. Det fremkaller reaksjoner i hormon-, immun- og sentralnervesystemet som kommer til uttrykk i konstant forhøyede stresshormoner, blant dem cortisol.

Det har følgende kroppslige virkning:

- Blodtrykk, hjerterefrekvens og muskelspenning øker *varig*.
- Smertefølsomhet forsterkes.
- Fett- og sukkerstoffsiftet forstyrres *varig*.
- Mineraler frigjøres fra skjelettet.
- Immunsystemets medfødte beskyttere mot tumordannelse svekkes.
- Immunsystemets ervervede beskyttere mot mikrober svekkes.
- Immunsystemets hormoner øker i aktivitet.

På lang sikt fører konstant økte stresshormoner til:

- Kronisk systemisk betennelse, det vil si inflammasjon.
- Kroniske eller gjentatte infeksjoner med både virus og bakterier, og alvorlige forløp.
- Aktivisering av «slumrende» infeksjoner med bestemte virustyper.
- Tumorutvikling på grunn av inflammasjon og svekket immunitet.
- Rask cellealdring på grunn av nedkorting av kromosomenes endestykker, telomerene.
- Epigenetiske effekter slik som aktivisering av genetisk anlegg for sykdom.

Med henblikk på virkningen av kompleks traumatisering tilsier denne kunnskapen følgende: Å være i verden som permanent alert, grunnleggende utrygg og konstant avmektig belaster kjernen i kroppens vitalitetsbevarende systemer: immun-, hormon- og sentralnervesystemet. Det fører til betennelser, infeksjoner og tumorvekst og kommer til uttrykk i sammensatte bilder av kronisk sykkelig-

het (Danese & McEwen 2011; Fagundes et al. 2012; Fuller-Thomson et al. 2010; Miller & Cole 2012; Price et al. 2012; Surtees et al. 2011).

## Lukas Leira

At all traumatisk erfaring er særegen erfaring som ikke handler om skjematisk forutsigbare responser på entydig definerte hendelser, bevitner Lukas Leira<sup>10</sup>.

Jeg har en historie som «ikke ligner grisen» og som har gjort mitt liv til en lang og meningsløs kamp. I tillegg til å ha psykiske og kroppslige problemer er jeg blitt til et menneske jeg selv ikke kan fordra. Og selvsagt støter jeg fra meg mennesker jeg egentlig er glad i. De 16 første årene av livet mitt er «borte». Og det hjelper ikke hvor mye jeg prøver å huske. Det blir bare de «store» sakene, og snaut nok de som kommer fram. Derimot husker jeg somrene. Jeg vokste opp i Sverige, men jeg hadde ferie fra alt det onde om sommeren. Da rømte vi til mors familie i Norge. Somrene i Norge var pusterommet mitt. Uten dem vet jeg ikke hvordan det hadde gått. Hjemme var det masse vold mot mor, skriking, fyll og knusing av ting midt på natten. Vi var to brødre, min lillebror og jeg, og jeg går ut fra at vi prøvde å trøste hverandre; men ikke engang det husker jeg. Men jeg husker de plutselige drønnene av ting som knuste og slagsmål både hverdager og helg. Det gikk jo veldig ut over skolegangen. Jeg tenker mye på at det er rart at ingen reagerte! Man gikk i evig skrekk. Vi måtte noen ganger låse oss inne. Det pleide å resultere i at far gikk berserk. En gang tok han en øks og slo seg gjennom døren. Den skrekken kan jeg kjenne på den dag i dag, 59 år gammel. Det som står for meg som aller verst, det var en gang vi tre, mor, lillebror og jeg, hadde vært på speidernes dag. Det var en søndag. Og så ble vi senere enn det som var avtalt. Det resulterte i et helvete. Det endte med at far, rett foran øynene på meg og min lillebror, brekte alle fingrene til mor mot en radiator. Da tok jeg med meg lillebror og løp ut i trappen, i pyjamas, og ropte på hjelp. Da sluttet han. Jeg var seks og lillebror var tre. Det minnet går aldri bort.

Så begynte jeg å lyve for mor, spesielt i helgene, ved å påstå at jeg skulle overnatte hos en venn. Men det skjedde jo aldri. For slike ting bytter man jo på, og ingen kunne overnatte hos oss. Nei, jeg sov ute, i trappeoppganger, i garasjer – ja overalt hvor jeg kunne ta meg inn. Det startet jeg med i elleveårsalderen. Og samtidig var lillebror hjemme og passet på mor. Det skulle vise seg å ødelegge ham enda verre enn meg. Han begikk sakte selvmord med alkohol. Men før det klarte han å overta min fars rolle da vi endelig kom oss vekk og flyttet til Norge. Da fortsatte han med knusing

og med vold. Han bodde hos mor, men han var aldri voldelig mot henne selv. Alt skjedde i fylla og trolig på grunn av egen fortvilelse. Det gjorde at jeg ble gående i den samme skrekken som i Sverige, bare at det nå dreide seg om nattlige telefoner fra min mor, om at halve huset var knust. En gang sloss han med et stort speil, så det var blod over hele leiligheten. Alt dette har gjort noe med meg. Blant annet lengtet jeg som ung gutt veldig etter en trygg, voksen mann å støtte meg til. Jeg trodde min bowlingtrener var en slik mann – helt til han voldtok meg da jeg var 14 år.

Selvfølelsen og selvilliten ble tatt fra meg alt da jeg var barn, og de har aldri blitt rehabilitert. Dessuten: På grunn av det som skjedde hjemme, sluttet jeg skolen midt i åttende klasse, noe den svenske stat egentlig skylder meg erstatning for. Det var jo obligatorisk med ni år på skolen. De lot meg slutte uten å undersøke noe som helst. Nå rår angsten, som av og til er altoverskyggende, og depresjonen. Det er blitt slik at jeg går rundt med en voldsom følelse av hastverk. Hele tiden. Hver dag. Jeg tror det har å gjøre med at tiden er i ferd med å renne ut med henblikk på å få noe gode år.

Det er grunn til å anta at Lukas Leira får rett. Ifølge ACE-studien forkorter en oppvekst som hans livet med gjennomsnittlig 20 år (Brown et al 2009). En amerikansk studie som tok utgangspunkt i personer med de tre mest alvorlige psykiatriske diagnosene, alvorlig depresjon, bipolar lidelse og schizofreni, viste at disse personene dør mellom 15 og 32 år tidligere enn amerikanere som ikke har disse diagnosene (Colton & Manderscheid 2006). Den første tanken hos forskerne var selvsagt: selvmord. Men nei! Personene døde av det samme som alle amerikanere: hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer, diabetes og kreft. Bare at de dør 15–32 år tidligere enn alle andre. Forskningen i PNEI-feltet tilbyr kunnskap som gjør dette forståelig (Karr-Morse & Wiley 2012).

Lukas Leiras historie har i seg elementer av Espens historie. En gutt som i mangel av en god eller beskyttende far bærer på et savn som gjør ham «tilgjengelig» for voksne menn som ikke kan skille mellom vennlighet og utnyttelse, og som bruker gutten for egne behov under dekke av å ivareta barnets behov. «Vennlig» misbruk og «kjærlig» utbytting skaper stor forvirring hos barnet eller ungdommen. De får noe de savner desperat, nemlig nærhet, og blir forført med vennlighet – og blir derved i egne øyne medskyldig i sin egen utbytting. Arjas historie viser noen av konsekvensene. Gutter som Lukas og Espen er et lett bytte for menn som vet å finne dem.

## Mennesket er i verden som kropp

Filosofen Merleau-Ponty har i hele sitt livsverk drøftet betydningen av menneskenes grunnleggende felles forutsetning: *Vi er i verden som kropp*. Vi kan ikke vite, føle, kjenne, lære og erfare noe som helst uten at kroppen vår er delaktig i det vi vet, føler, sanser, lærer og erfarer. All vår viten er et resultat av at vi oppfatter, hører, ser, sanser og berører – og blir oppfattet, hørt, sett, sanset og berørt. Å være til som kropp er vår felles livsbetingelse og forutsetning. Våre tanker er ikke kroppsløse; våre emosjoner har kroppen som forutsetning og uttrykksfelt, og våre erfaringer er kroppslige i sin mangetydighet, og motsetningsfylte. Det er følgelig meningsløst å snakke om «rene» psykiske traumer. Begrepet trauma betegner en rystende erfaring. Og det finnes ingen rystende erfaring i vårt liv som ikke ryster kroppen. Vi *tenker* ikke at vi er rystet. Vi *er* rystet, til dypet av vår eksistens, til det innerste av våre organer, vev og celler. Gjennom prosesser som betennelse, infeksjon og tumorvekst skapes helseproblemer *i den levde kroppen, den som har den enkeltes erfarte liv i seg*. Denne nye kunnskapen kan være en støtte for fagpersoner som møter barn som de oppfatter at er i fare. Det er ingen grunn til å nøle med å nærme seg barnet med en klar beskjed: Jeg mener å se at du sliter med noe og at du har det vanskelig. Jeg lar deg derfor vite at jeg ser det. Kom når du er klar. Da vil jeg prøve å forstå, støtte og hjelpe deg.

## Kilder

- American Academy of Pediatrics 2012. Policy Statement «Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health» i *Pediatrics* doi:10.1542/peds.2011–2662.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. 2012. «Intimate partner violence» i *Obstetrics & Gynecology*, 119, s. 412–17.
- Brown, D.W., R.F. Anda, H. Tiemeier, V.J. Felitti, V.J. Edwards, J.B. Croft, W.H. Giles. 2009. «Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality» i *Am J Prev Med* doi:10.1016/j.amepre.2009.06.021.
- Colton, C.W. & R.W. Manderscheid. 2006. «Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states» i *Prev Chron Disease*; 3(2), s. 1–14.
- Danese A., B. McEwen. 2011. «Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease» i *Physiol Behav*, doi:10.1016/j.physbeh.2011.08.019.
- Fagundes C.P., R. Glaser, J.K. Kiecolt-Glaser. 2012. «Stressful early life experiences and



- immune dysregulation across the lifespan» i *Brain Behavior Immunity* <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2012.06.014>, besøkt 08.10.2013.
- Felitti, V.J., R.F. Anda. 2010. «The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare» i R.A. Lanius, E. Vermetten, C. Pain (eds). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fuller-Thomson, E., S. Brennestuhl, J. Frank. 2010. «The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: findings from a representative community sample.» *Child Abuse Neglect*, 34: s. 689–698.
- Getz, L., A.L. Kirkengen, E. Ulvestad. 2011. «Menneskets biologi – mettet med erfaring» i *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 131, s. 683–687.
- Greenfield, E.A. 2010. «Child abuse as a life-course social determinant of adult health» i *Review. Maturitas*, 66, s. 51–55.
- Hillis, S.D. et al. 2004. «The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death» i *Pediatrics*, 113, s. 320–327.
- Karr-Morse, R. & M.S. Wiley. 2012. *Scared sick. The role of childhood trauma in adult disease*. New York: Basic Books.
- Kirkengen, A.L. 2009. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (2. utgave) Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty M. 1989. *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Miller, G.E. & S.W. Cole. 2012. «Clustering of depression and inflammation in adolescents exposed to childhood adversity.» *Biol Psychiatry*, 72: s. 34–40.
- Price, L.H., H.-T. Kao, D.E. Burgers, L.L. Carpenter, A.R. Tyrka. 2012. «Telomeres and early life stress: an overview» i *Biol Psychiatry*; [dx.doi.org/10.1016.j.biopsych.2012.06.025](http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.025)
- Shonkoff, J.P., W.T. Boyce, B.S. McEwen. 2009. «Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention» i *JAMA*; 301: s. 2252–2259.
- Surtees, P.G., N.W.J. Wainwright, K.A. Pooley, R.N. Luben, K.-T. Khaw, D.F. Easton, A.M. Dunning. 2011. «Life stress, emotional health, and mean telomere length in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC)-Norfolk Population Study» i *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci* November; 66A(11), s. 1152–1162.
- Whitfield, C.L., S.R. Dube, V.J. Felitti, R.F. Anda. 2005. «Adverse Childhood Experiences and Subsequent Hallucinations» i *Child Abuse & Neglect*; 29(7), s. 797–810.

## Noter

- <sup>1</sup> PNEI: akronymet av psykologi (læren om våre emosjoner), nevrologi (læren om nervesystemet), endokrinologi (læren om hormonsystemet) og immunologi (læren om immunsystemet). I tillegg favner feltet fagene genetikk (læren om våre gener), epigenetikk (læren om det som er «omkring» genene) og nevrordiologi (billedlig fremstilling av hjernen (Computer Tomografi/CT, Magnetic Resonance Imaging/MRI og Single Photon Emission Computed Tomography/SPECT)).
- <sup>2</sup> Journal of the American Medical Association, JAMA.
- <sup>3</sup> Navnet Samuel Sacks er et pseudonym; historien er autentisk, og professor Felitti har innhentet tillatelse til at jeg kan gjengi den i faglige publikasjoner.
- <sup>4</sup> Professor Felitti er igangsetter og forskningsleder av den hittil største og mest omfattende studien om sammenhenger mellom vond og vanskelig erfaring i barndommen og sammensatte helseproblemer i voksenlivet, den nå verdenskjente Adverse Childhood Experience Study, eller ACE-Studien.
- <sup>5</sup> Navnet er et pseudonym; historien er autentisk. Kvinnen har gitt tillatelse til publikasjon i denne formen.
- <sup>6</sup> Navnet er et pseudonym. Personen har selv utformet denne fortellingen og gitt tillatelse til publisering.
- <sup>7</sup> Kaiser Permanente, San Diego, CA. Studielederne: Vincent Felitti og kardiolog og epidemiolog Robert Anda, Center of Disease Control and Prevention i Atlanta, Georgia.
- <sup>8</sup> Sykdomsgruppe kjennetegnet av kronisk betennelse og produksjon av antistoffer mot eget vev som om det var fremmed.
- <sup>9</sup> Navnet er et pseudonym. Personen selv har gitt tillatelse til å fortelle hennes historie i denne formen.
- <sup>10</sup> Navnet er et pseudonym. Personen har selv skrevet historien og samtykket i publisering i denne formen.