

Krop og teknologi

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 11, 2009

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 11: *Krop og teknologi*

© 2009 forfatterne og udgiverne.

Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Århus Sygehus.
Torsten Risør, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
Gitte Wind, VIA University College, Århus
Lotte Meinert, Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.
Marianne Rosendal, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet.
Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

Peer review foretages af et tværvidenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer og sociologer.

Proof: Thomas Christian Mikkelsen.

Layout og prepress: Jens Kirkeby, Aarhus Universitet, Moesgård.

Tryk: Werks Offset, Højbjerg.

Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg
Onsdag kl. 12.00-15.00, tlf. 89424597, email: sygdomogsamfund@hum.au.dk
www.sygdomogsamfund.dk

ISSN: 1604-3405

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Aarhus Universitets Forsknings Fond
samt fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

Formål:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer. .

Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

Indhold

Tine Tjørnhøj Thomsen

Introduktion 5

Bjørn Hoffmann

Teknologi skaber sygdom: Om teknologi, sygdom og verdier 13

Anja Bornø Jensen

Mistede liv og nye chancer:

Kropsdelenes komplekse sociale betydninger i organdonationsfeltet 31

Klaus Høyer

Regulering af knogletransplantation:

Overvejelser om en teknologis moralske, politiske og økonomiske aspekter 51

Stinne Aaløkke Ballegaard & Rikke Aarhus

Teknologiers mellemkomst i ambulante behandling og egenomsorg:

med fokus på gravide kvinder med diabetes 71

Inger Kryger Pedersen

I grænselandet mellem optimering og helbredelse.

Alternativ behandling som medicinsk forbedringsteknologi 87

Elisabeth Bomholt Østergaard

Screening: En mulighed versus en risiko 105

Henrik Sångren

Den store blå bølge og den lille angst 119

Abstracts in english 131

Forfatterliste 135

I grænselandet mellem optimering og helbredelse

Alternativ behandling som medicinsk forbedringsteknologi

Inge Kryger Pedersen

Københavns Universitet, ikp@soc.ku.dk

Pedersen, K. I. (2009). I grænselandet mellem optimering og helbredelse. Alternativ behandling som medicinsk forbedringsteknologi. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 11, 87-103

Alternative behandlingsformers stigende popularitet i vestlige lande forklares oftest med lægevidenskabens utilstrækkelige håndtering af især kroniske sygdomme, men også lægers distance og manglende empati overfor patienterne. Imidlertid tyder flere undersøgelser på, at brugere af alternativ behandlingsformer anvender det konventionelle system i endnu højere grad end folk, der ikke har erfaringer med alternativ behandling. I artiklen diskuteres med udgangspunkt i en brugerundersøgelse, hvorfor en udbredt anvendelse af alternativ behandling ikke nødvendigvis er udtryk for en afvisning af teknologiske metoder inden for biomedicinen. Der argumenteres for, at udbredelsen kan ses i perspektivet af en tendens til optimering og præstationsfremme, og at alternative behandlingsformer kan betragtes som medicinske forbedringsteknologier.

Tilhører du én af den omkring en million danskere der har høfeber, tager du muligvis antihistamintabletter. Måske modtager du zoneterapi eller anden form for alternativ behandling. I nær fremtid er det i følge molekylærbiologen Peter Schjerling ikke usandsynligt, at genterapi vil være en tilgængelig behandlingsform for mange der lider af høfeber.¹ Mange kan leve med – og lever med - snue, nysen, tilstoppet næse, røde og kløende øjne som en mildere form af høfeber. Men mange er også interesserede i at undgå det, hvis det kan forebygges eller behandles. Spørgsmålet er, hvilke metoder der udvikles og gøres tilgængelige. Ikke mindre interessant er det, hvilke vi foretrækker at benytte.

Genterapi er endnu ikke særlig tilgængeligt og udbredt, hvorimod næsten halvdelen af den voksne danske befolkning på et eller flere tidspunkter i deres liv har anvendt alternative behandlingsformer. Anvendelse af lægeordineret medicin er også udbredt, men denne behandlingsform bygger i princippet på evidensbaseret viden, og den er støttet af det offentlige sygesikringsystem. Alternative behandlingsformers virkning er der som regel ikke skabt videnskabelig evidens for, og folk skal selv opsøge behandlingen på det 'grå' marked. De beløb der betales for et behandlingsforløb, vil ydermere typisk overstige beløbet for en medicinsk behandling. Så hvorfor opsøge alternativ behandling?

Artiklen vil trække på fænomenologiske førstehåndsberetninger fra klienter i alternativ behandling. En gennemgående problemstilling vil være spørgsmålet om hvorledes mere almene tendenser i form af en voksende mangfoldighed af behandlingstilbud kan spores i brugeres erfaringer. Der anlægges et sociologisk fugleperspektiv på empiriske fund fra en kvalitativ undersøgelse af klienters oplevelser i alternative behandlingsforløb. Særligt vil klienternes motiver for at opsøge alternativ behandling blive diskuteret i lyset af teknologiske muligheder og sundhedsudbud inden for behandling og optimering. Udviklingen i behandlingsudbud har gjort nye begreber aktuelle, og i artiklen vil begrebet om 'medicinske forbedringsteknologier' blive anvendt til at beskrive og illustrere transformationer i behandlingsmuligheder. Endvidere vil begrebet blive diskuteret med afsæt i empirisk forskning i alternative behandlingsformer.

Medicinske forbedringsteknologier i et sociologisk perspektiv

For et halvt århundrede siden skrev den tyske politiske filosof Hannah Arendt i *The Human Condition*:

”Hvis nutidens teknologi består i at kanalisere naturkræfterne ind i menneskets tingsverden, vil fremtidens teknologi måske bestå i at kanalisere universets kræfter ind i naturen fra det kosmos, som omgiver os.” (2005[1958]:155)

Selvom solenergi altid har handlet om dette, er det ikke nødvendigvis det, Arendt vil fremhæve her. Under alle omstændigheder refererer hun til et sociologisk teknologibegreb som ikke omfatter en snæver forståelse af teknik som redskaber, gear og grej men er en social relation med, hvad den indebærer af tænkning, viden, praksis, samarbejde, udvikling, politik og som sådan er historisk foranderlig. I en sociologisk forstand er medicinsk teknologi ikke kun teknikker og viden der omfatter de metoder, materialer, redskaber og processer der indgår i løsningen af et medicinsk problem. Medicinsk teknologi er også en kulturskabende aktivitet og er omvendt endvidere skabt af forskellige kulturers aktiviteter. Teknologiers form og gennemslagskraft er ikke udelukkende bestemt af laboratorier og marked, men også af almindelige menneskers behov og præferencer.

Om folk lever med høfeber uden behandling, tager tabletter, får tryk under fødderne eller modtager en indsprøjtning med et kunstigt gen, er hverken til at forudsige, forklare eller forstå uden indblik i forhold uden for den pågældende behandlings- eller forebyggelsesmetode. Et sociologisk perspektiv på medicinsk teknologi indebærer en belysning af de sociale omstændigheder ved og konsekvenser af sådanne teknologier. Sociologiske undersøgelser kan inddrage epidemiologiske effektevalueringer, sundhedsøkonomers cost-benefit analyser og filosofers biotiske diskussioner af medicinske teknologier som baggrund for eller perspektivering af analyserne, men fokus er et andet. Sociologiske analyser af medicinsk teknologi beskæftiger sig eksempelvis med magtforhold omkring udvikling og implementering af teknologierne og menneskelige og politiske konsekvenser af distribuering og anvendelse. Centrale spørgsmål er, hvordan og hvorfor teknologierne bliver til – og på forskellige tider og steder - og hvordan de indvirker på mennesker og deres forhold til hinanden, samt hvordan de anvendes, snarere end hvad teknologierne består af, hvordan de virker, hvad de koster, eller om de er nyttige eller skadelige. Sundhedsmæssige problemer - som eksempelvis høfeber - kan derfor naturligvis ikke måles eller løses af sociologer ved teknologiske tests eller 'fix', men kan analyseres med henblik på forståelse eller forklaring af problemet – på videnskabeligt såvel som på lægfolks niveau. Et videre og handlingsrettet perspektiv er, at analyserne kan anvendes til at fremme en hensigtsmæssig implementering af behandlingsmetoder og til kvalificering af sundhedsfremme og forebyggelsesinitiativer.

Denne artikels sociologiske perspektiv trækker på den britiske sociolog Nikolas Roses teoretiske ramme og begreber for bioteknologiens og -politikens udvikling (især Rose 2007). Her fremstår begrebet om medicinske forbedringsteknologier centralt i lyset af den udvikling inden for sundhedsområdet, der betyder, at teknikker og teknologier ikke nødvendigvis er afgrænset til sygdomsbehandling eller -forebyggelse, men også giver muligheder for at optimere i princippet raske mennesker. Således rummer det, Rose betegner som 'somatiske eksperter' (2007:28) også alle mulige andre behandlere eller terapeuter end blot læger. Eksempler på somatiske eksperter er diætister, fysioterapeuter, coaches, psykologer, alternative behandlere, familierådgivere, sexterapeuter, fitnessinstruktører – alle sammen eksperter i at forme folks liv i sundhedens navn (ibid). Mangfoldigheden af somatiske eksperter udtrykker spektret af hvad 'somatiske' individer søger ekspertviden til at hjælpe sig med – lige fra at håndtere forskellige dårligdomme eller måske ligefrem at blive helbredt til at forme, modificere og forbedre krop og sind.

Teknikkerne er mange, fra plastikkirurgi eller gentests til psykoterapi eller healing. Tilsyneladende 'shopper' folk rundt i et efterhånden yderst mangfoldigt behandlings-, sundhedsfremme- og forebyggelsesmarked; men en række alternative behandlingsformer synes at være slået bredt igennem. Således er andelen af et repræsentativt udsnit af den danske befolkning der bekræfter at have brugt en eller flere af 20 udvalgte alternative behandlingsformer, senest opgjort til 45,2 %. 22,5 % angiver, at de har anvendt alternativ behandling inden for det seneste år. I 1987 var andelen 10,0 %.² En lignende tendens har gjort sig gældende de seneste årtier i andre vestlige lande (jf. bl.a. Eisenberger et al. 1998; Thomas et al. 2001).

Brugere af alternative behandlingsformer er ikke nødvendigvis esoteriske og vender ryggen til det konventionelle system. Tværtimod tyder flere undersøgelser på, at brugere af alternativ behandling udgøres af et bredt udsnit af landenes befolkninger, og at de anvender det konventionelle system i endnu højere grad end ikke-brugere (Ekholm & Kjølner 2007; Ni et al. 2002, Astin 1998; Eisenberger et al. 1998). Så måske skal forklaringen på anvendelsen af alternative behandlingsformer ikke mestendels søges i en venden ryggen til konventionel lægelig behandling og en dragen mod det alternative i mere bogstavelig forstand – hvilken ellers har været en gængs forklaring (se fx Boon et al. 1999, Foote-Ardah 2004, Zuess 2005).

Et efterhånden mere og mere udbredt perspektiv på alternative behandlingsformer er opmærksomheden på den komplementære anvendelse af konventionel og alternativ medicin, heraf termen KAM, komplementær og alternativ medicin, for alternative behandlingsformer.³ Måske opsøges alternative behandlingsformer med andre formål end dem man har fokus på i lægevidenskaben og

i det konventionelle, offentligt støttede og evidensbaserede behandlingssystem? Således bygger denne artikel på en tese om, at alternative behandlingsformer op-søges med henblik på optimering snarere end decideret behandling af specifikke sygdomme. r Måske kan alternative behandlingsforme betragtes som medicinske forbedringsteknologier? I så fald af en 'lavteknologisk' art der kan appellere til teknologi-skeptikere eller referere til en anden form for 'forbedringer' end højteknologiske forbedringsteknikker som fx indoperering af pacemakers eller indsprøjtning af kunstige gener.

Til at styrke en sådan tese forekommer en fænomenologisk indfaldsvinkel nærliggende for at forstå hvorfor folk benytter sig af alternative behandlingsformer. Den franske filosof og kropsfænomenolog Maurice Merleau-Pontys beskrivelse af den blindes stok kan illustrere, hvorledes teknik i fænomenologisk sociologisk forstand er forskelligt fra et instrument i fysisk forstand.⁴ Stokken er nemlig ikke en genstand for den blinde, men et sanseområde. Merleau-Ponty skriver:

"Stederne i rummet defineres ikke som objektive positioner i forhold til vor krops objektive position, men indskriver den variable rækkevidde af vore mål og vore gestus omkring os. At vænne sig til en hat, en bil eller en stok vil sige at indrette sig i dem eller omvendt lade dem få del i egenkroppens voluminøsitet. Vanen er udtryk for vor evne til at udvide vor væren-i-verden eller ændre eksistens ved at indlemme nye redskaber." (1997[1945]:98-99)

I et fænomenologisk sociologisk perspektiv betragtes brugen af et redskab ikke isoleret som eksempelvis et resultat af brugeres bevidste intentioner eller en opfinders idé. I eksemplet med stokken udvides kroppen, og stokken integreres i den blindes kropsrum. I den forstand bliver teknologien karakteriseret ved den kropslige oplevelse.

Med en analyse af brugeres motiver for at anvende alternative behandlingsformer er fokus på den aktive krop (Merleau-Pontys body-subject). Analysen befinder sig imidlertid - med den teoretiske ramme som også omfatter et perspektiv på kroppen som formet af udefrakommende tendenser i det mangfoldige behandlingsmarked - i et spændingsfelt mellem den aktive og den regulerede krop (Roses / Foucaults body-power).⁵ Den oplevelsesmæssige side som den fænomenologiske tilgang giver adgang til, vil således blive diskuteret i lyset af begrebet om medicinske forbedringsteknologier, som sætter brugen af og erfaringer med alternative behandlingsformer i et historisk og samfundsmæssigt perspektiv. Samtidig vil KAM-brugeres erfaringer i artiklens diskussioner omvendt udfordre en mere generel terminologi omkring medicinske forbedringsteknologier.

Materiale og metode

Artiklens analyse og diskussioner tager empirisk afsæt i de kvalitative interviews i et større materiale, hvor 46 klienter fra tre alternative behandlingsformer hver især er fulgt over seks behandlinger og interviewet tre gange, ved henholdsvis 2., 4. og 6. behandling, i alt 138 interviews.⁶ Interviewene er fra 20 til 90 minutter lange og er foretaget umiddelbart efter behandlingen i klinikken. De er udført ud fra semi-strukturerede interviewguides (med variationer fra 1. til 2. til 3. interview), hvor spørgsmålene bl.a. er styrede af Gendlins begreb om "felt experiences" (Gendlin 1997). Alle interviews er transskriberede og kodede i dimensioner og kategorier med det computerbaserede program Nvivo til ved hjælp af etnografiske principper (Spradley 1979; Strauss & Corbin 1990) at generere mere generaliserede temaer (Charmaz 2000). I denne artikel er kodningen koncentreret om 'motiver', forstået som klienternes subjektive udlægning, der begrunder deres valg af alternativ behandling.

Interviewene er suppleret af observationer af 2. og 4. behandling, i alt 92 observationer, for at give indblik i den praktiske behandling, i klientens reaktioner under behandlingen samt i, hvad der gives af råd og vejledning som en del af behandlingsformen. Endvidere er klienterne og behandlerne blevet bedt om at skrive dagbøger mellem behandlingerne, og klienterne har under 2. interview udfyldt et spørgeskema med oplysninger om køn, alder, familie, uddannelse, erhverv samt anledning til at opsøge alternativ behandling.

Repræsentanter fra hver af de tre udvalgte behandlingsformer - og blandt de af Sundhedsstyrelsen registrerede alternative behandlere (RAB'er) - har inden for hver behandlingsform udvalgt op til fem registrerede behandlere i hovedstadsområdet. Et problemorienteret udvalg af klienter er sikret ved at disse repræsentanter og de udvalgte behandlere i fællesskab med forskergruppen har udstukket udvælgelseskriterier blandt voksne, dansktalende klienter, der af eget initiativ har opsøgt behandlerne. Kriterierne har bl.a. haft til formål at sikre variation i undersøgelsespopulationen på minimum 15 klienter fra hver behandlingsform samt sikre, at klienterne ikke samtidig med det indledte behandlingsforløb eller inden for det seneste år havde været i andre alternative behandlingsforløb, da de rapporterede oplevelser såvidt muligt skulle være relateret til det af forskerne fulgte behandlingsforløb.

Med henblik på at bidrage til variation i en kvalitativ belysning af hvad der får folk til at opsøge alternative behandlingsformer, er der søgt bredde i:

Arten af behandlingsform (behandling ved indirekte berøring (akupunktur), direkte berøring (zoneterapi) hhv. kognitive teknikker (mindfulness meditation));

Anledningen til at opsøge alternativ behandling (bredt spektrum af sygdomme / lidelser / problemer / udfordringer);

Klienters alder, køn, uddannelse, erhverv.⁷

Spørgeskemaet ved 2. interview omfattede et åbent spørgsmål: "Hvad var anledningen til, at du ville benytte dig af ...[mindfulness meditation/ akupunktur/ zoneterapi]?". Svarene herfra indgår også som materiale i den efterfølgende analyse.

Motiver for at opsøge alternativ behandling

Anledningen til at benytte sig af den pågældende behandlingsform dækkede hos klienterne et spektrum fra "at søge nye udfordringer" og "hørt godt om behandleren" til "tennisalbue" og "har lidt meget af allergi". Generelt var interviewpersonernes umiddelbare begrundelse for at opsøge alternativ behandling et ønske om at få behandlet eller på anden måde løst en eller anden form for helbredsproblem. På baggrund af svarene i spørgeskemaet, og hvad hver klient iøvrigt har fortalt i de tre interviews, kan de forskellige anledninger til at benytte alternativ behandling samles i temaerne: (i) Stress, depression, angst og søvnbesvær; (ii) Smerter (i led, muskler m.v.); (iii) Infertilitet; (iv) Nysgerrighed eller selvudvikling; (v) Allergi; (vi) Generelt dårligt helbred.

De seks anførte temaer er en syntese af samtlige begrundelser de 46 klienter selv har angivet som umiddelbar anledning til at opsøge alternativ behandling. Vores interesse har netop været at afsøge motiver på klientniveau og ikke at få indblik i eventuelle diagnoser eller behandlernes karakteristik af klienternes 'problemer'. Nedenfor er udvalgt et spektrum af klienternes formuleringer for yderligere at illustrere forskelligheden i motiverne til at opsøge alternativ behandling. En forskellighed der måske kan bidrage til en forståelse af, hvorfor ikke blot så mange benytter sig af alternativ behandling og med vidt forskellige bevæggrunde, men også hvorfor alternative behandlingsformer tilsyneladende appellerer til brugere inden for et bredt alders-, uddannelsesmæssigt og geografisk spektrum (jf. SUSY 2005:184-193).

Indenfor samtlige seks ovennævnte temaer optræder akupunktur-klienters motiver. Dog er der flest der angiver smerte som anledningen til, at de opsøgte

akupunktur-behandling. Blandt de klienter der går til zoneterapi, er smerte ligeledes den hyppigst angivne anledning, men også "allergi" samt "generelt dårligt helbred" angives som anledning. Meditationskursisterne fordeler sig udelukkende på to forskellige kategorier, nemlig "stress, depression, angst og søvnbesvær" og "nysgerrighed og selvudvikling". Anledningerne bag kategorierne "nysgerrighed og selvudvikling" og "generelt dårligt helbred" kan minde om hinanden ved, at anledningen ikke beskrives som akut, og at formålet med at opsøge behandlingen er åbent eller diffust og ikke særlig éntydigt formuleret. Forskellen på dem er at 'nysgerrighed og selvudvikling' går på interesse for behandlingslogikken eller -filosofien, og hvad man mentalt kan få ud af den, hvor 'generelt dårligt helbred' mere har fokus på, hvad man fysisk kan få ud af behandlingen.

Indenfor alle behandlingsformerne findes klienter der ser behandlingsforløbet som en måde at drage omsorg for dem selv på: *Jeg gør noget for mig selv* (fx Za, Zb, Aq, Ma)⁸. Andre udtrykker, at formålet med at opsøge behandlingen er at de skal til at *lytte til deres krop* (Aq) eller få kroppen i balance og *blive hel igen* (Ag). "Kroppen" forhindrer dem i det gode liv, eller det liv som de gerne vil have: *man kan ikke spise lakrids og drikke rødvin* (pga. migræne: Zo); *den er ved at slå en ihjel* (pga. kræft: Aa); *den ødelægger ens sociale liv* (pga. allergi overfor kemi: Ap, Ab; angst for at være alene: Mm); *benene spjætter, så man ikke kan sove om natten* (Zz). Behandlingsforløbet gennemføres med henblik på at de uønskede kropslige reaktioner fjernes eller dæmpes. Særligt brugerne af mindfulness meditation beskriver "tanker" og "følelser" som ødelæggende eller problematiske. Deres begrundelse for at gå til meditation er at "få kontrol" over tanker og følelser, bl.a. fordi *jeg får spredt min energi for meget* (Mm), og nogle gerne vil *prøve at stoppe op og ikke bare svare med en automatreaktion* (Mk).

Overordnet kan klienternes motiver anskues som et ønske om forandring. For de fleste er det et ønske om forbedring af deres helbred eller trivsel, for andre, primært dem der går til meditation, er det ydermere et ønske om at lære at gøre noget anderledes. En interesse i at opnå *en øget forståelse af sig selv* er gennemgående. At forandringen skal være netop nu, kan være begrundet i en akut opstået situation (fx hold i ryggen eller stress), at øjeblikket er gunstigt (tiden, pengene er der), desperation (alt skal prøves, situationen er ubærlig, symptomer er blevet værre), og / eller at klienten har lyst til at drage omsorg for sig selv. Klienternes forklaringer på, at de netop opsøger akupunktur, zoneterapi eller meditation, varierer fra, at behandlingsformen forekommer dem at passe netop til deres formål, måske er prøvet før, til at andre har anbefalet den.

Det gør sig gældende for de fleste af interviewpersonerne i vores undersøgelse at de har måttet gennem mange og lange overvejelser, før de endelig har konsulteret en alternativ behandler for første gang; og mange af dem har næret en vis skepsis til alternativ behandling og effekten af den. Til gengæld er en udbredt holdning at det "i hvert tilfælde ikke kan skade" at gennemføre et behandlingsforløb, uden at det er muligt for interviewpersonerne nærmere at begrunde den antagelse. Enkelte har været så desperate for at gøre noget ved deres situation, at de ikke har tøvet med at opsøge alternativ behandling, hvis de er blevet vidende om, at det måske kunne hjælpe dem. "Jeg er sådan set i den situation, hvor alt skal prøves for at få det bedre simpelthen" (Zd); "Jeg gør ikke det her [går til zoneterapi] for sjov" (Zq).

Eksemplerne der karakteriserer bredden af motiver i interviewmaterialet, illustrerer klienternes handlekraft, drevet af hvad der kan samles i tre overordnede temaer: desperation; lyst til udfordringer; ansvarlighed overfor at søge lindring eller behandling. Mulighederne er mange i bestræbelserne på at imødekomme disse motiver og på at forebygge, forbedre, modificere eller behandle, hvilket også er med til at akkumulere dilemmaer hos klienterne. Fra en mere deskriptiv analyse af, hvorledes sundhedsmæssige dilemmaer håndteres, bl.a. ved at opsøge alternativ behandling, og med hvilke motiver, vil fokus i det følgende være en sociologisk diskussion af brugeres dilemmaer og motivbeskrivelser.

Selvoervågning

Den tyske sociolog Ulrich Beck har i sin kendte bog *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne* (1986, da. *Risikosamfundet*, 1999), men også i senere værker beskæftiget sig med, hvorledes den teknologiske udvikling sætter dagsordenen helt ned på det private og personlige niveau. Herved berøres også den problemstilling at når en række teknologier, der fx kan optimere forebyggelses- eller behandlingsmuligheder ved visse sygdomme, gøres tilgængelige for den almene befolkning, så kan der ske en stempling eller en politisk og økonomisk nedprioritering af dem der ikke benytter sig af mulighederne.

I dette lys kan brugere af alternative behandlingsformer fremstå som ansvarlige borgere, der gør hvad de kan og hvad de finder, er det bedste for at kunne fungere optimalt - ikke kun for deres egen skyld, men også til gavn for deres omgivelser, deres familie og arbejdsplads. Imidlertid har de valgt behandlere på det private marked og er således ikke bakket op af statslige institutioner som

evidens-baserede behandlingssystemer og offentlig sygesikring. Selvom det ikke er ulovligt at benytte sig af behandlinger der ikke er administreret af uddannede læger⁹, er det på eget ansvar og for egen regning samt uden kontrol. Således lever KAM-brugere på den ene side op til en ansvarlighed for sundhed som er i tråd med de neoliberale strømninger, der fremmer en bevægelse fra et statsligt ansvar til et decentraliseret, individuelt ansvar (fx Lupton 1995, Beck & Beck-Gernsheim 2002, Petersen 2007, Rose 2007). På den anden side agerer KAM-brugerne tilsyneladende tilfældigt og på Herrens mark – eller marked.

Fremvæksten af avancerede medicinske teknologier som de forekommer i genterapi eller mere almindeligt i fx scanninger eller fertilitetsbehandlinger, samtidig med en øget anvendelse af alternative behandlingsformer, kan umiddelbart fremstå som en anakronisme. Den britiske sundhedsforsker Marc Chrysanthou foreslår imidlertid at disse parallelle udviklingstræk kan omfatte en og samme tendens til at understøtte et omfattende *the body healthy*-projekt som udtryk for en form for alliance mellem sundhedsinformation, medicinsk teknologi, sundhedsforbrugersisme og selvundersøgelser/-behandling (2002:469). En udbredt bestræbelse på - ved hjælp af mange forskellige teknikker og teknologier - at opnå perfekte, uforgængelige kroppe betegner Chrysanthou som udtryk for et postmoderne utopisk telos, et såkaldt *Somatopia*. Somatopia er en samlet betegnelse for mere eller mindre individuelle kropsprojekter, der med diverse optimeringsteknikker søges at munde ud i den perfekte og helst evigt unge og udødelige krop. Somatopiske nøgleord er kropsvedligeholdelse, forebyggende medicin, jævnlige tests og konstant kropslig bevågenhed (2002:472-73).¹⁰

Transparente, selvovervågede og informerede kroppe befolker Somatopia. Og det er ikke kun røntgenstråler, avanceret scanningsudstyr, kikkertundersøgelser eller laboratorieanalyser af luftarter og væsker, der bidrager til transparensen. Et marked for hjemmetest- og selv-screeningsudstyr er voksende, og computerbaserede biofeedback programmer kan købes, hvis man ønsker at teste og kontrollere for forskellige syndromer eller symptomer (Chrysanthou 2002:476). Om man tolker en sådan udvikling som angstprovokerede handlinger (som Chrysanthou tenderer til, fx s. 476-77) eller som blot endnu en option for velprivilegerede, kan den være udtryk for en privatiseret bestræbelse på at sikre sig et godt helbred og forebygge, hvad man kunne frygte at komme til at fejle. Netop hvad Rose med flere værker (fx 2007) og især med begrebet om medicinske forbedringsteknologier har rettet opmærksomheden imod. Med Chrysanthous Somatopia og Roses begreb om medicinske forbedringsteknologier in mente er det spørgsmålet, om brugeres søgning mod tryk under foden, meditative teknikker eller computerba-

serede biofeedback programmer kan være udtryk for samme tendens? Eksempelvis tendens til ansvar for eget helbred, til desperate handlinger i angstfremkaldende situationer eller til et privilegeret ønske om at søge udfordringer, fx ved at gå på opdagelse i sin egen krop – hvilke alle tre var temaer i de motivbeskrivelser, vi indhentede fra brugere i tre forskellige alternative behandlingsformer.

Uafhængigt af valget af behandlings- eller forebyggelsesteknik så er dagsordenen for brugere inden for mange forskellige teknikker måske sammenfaldende? Svaret vil naturligvis afhænge af en empirisk undersøgelse; men analysen ovenfor illustrerer at bestræbelser på ved anvendelse af højteknologi at få adgang til en transparent krop kan genkendes i motiver for at anvende lavteknologiske alternative behandlingsformer.

KAM-brugerens dagsorden er ikke privat

Brugernes motiver kan for så vidt være sammenfaldende hvad enten de foretrækker en medicinsk højteknologi eller lavteknologi – eller måske en kombination. De skærbilleder, tal eller sandsynlighedsberegninger der kommer ud af computerbaserede undersøgelsesprogrammer refererer ikke nødvendigvis hverken mere eller mindre til en faktisk fysisk krop end zoneterapiens energistrømninger. Måske er der endda en paradoksal fællesnævner i form af kropslighedens hyperrealitet i alternative behandlingsformers reference til livsenergi og i højteknologiske kalkylers afmaterialiserede krops-image?

En interesse hos den kropsbevidste for at forebygge hjertekarsygdomme ved zoneterapi eller ved en risikoberegning med medfølgende sundhedsråd kan være resultater af en 'fysisk vending' og et udbredt fokus på kroppen; men samtidig baseres begge teknikker på en hyperrealitet, hvad enten den betegnes *qi* (livsenergi) eller minimering af en sandsynlighed (fx af 80 % risiko for at udvikle hjertekarsygdomme inden for 10 år). Så selvom der er forskel på hvad der inden for henholdsvis det alternative og det konventionelle behandlingssystem betragtes som 'viden', er det ikke nødvendigvis denne vidensopfattelse, der gør den store forskel for brugeren. Måske er det snarere den måde den akkumulerede viden bruges på, herunder de teknikker der tages i anvendelse?

Uden at pladsen levner mulighed for i denne artikel at gå dybere ind det, er der meget i vores materiale der tyder på, at brugeres valg af zoneterapi eller akupunktur eller mindfulness meditation samt eventuelt fravalg af konventionel medicinsk eller kirurgisk behandling er omgærdet af andre betydninger end de, der vedrører spørgsmål om evidens eller vidensfilosofi. Pragmatiske motiver udtryk-

ker om brugerne har lyst til at prøve og har en vis tiltro til behandlingsformen – uden nødvendigvis at have fokus på om den er 'alternativ', eller om den er lægevidenskabeligt baseret. Siden videnssociologerne Peter Berger og Thomas Luckmann skrev *The Social Construction of Reality* i 1966 (da.: *Den samfundsskabte virkelighed*, 1979), er hverdagsvirkeligheden ikke blevet mindre kompleks, og de skrev:

”Den sociale fordeling af viden om bestemte elementer i hverdagens virkelighed kan være meget kompleks og endda forvirrende for en udenforstående. Jeg er ikke blot uvidende om den nødvendige behandling, der kan kurere mig for en fysisk lidelse, jeg er måske oven i købet uvidende om, hvem, blandt en forvirrende mængde af medicinske specialister, der vil være i stand til at dømme om min lidelse. I sådanne tilfælde har jeg ikke kun behov for ekspertråd, men må først have ekspert-råd om eksperter.” (1979[1966]:62)

Citatet udtrykker hvorledes man som individer sidder inde med en bestemt viden og ikke nødvendigvis har indsigt i andre videnssfærer; og at man ud fra dette vilkår selv må være en form for ekspert (for at kunne opsøge ekspertråd om eksperter!) og manøvrere for at gebærde sig mest hensigtsmæssigt i hverdagslivet. Med de mange nye eksperter i sygdomsbehandling, forebyggelse, optimering - eksperter som Rose, jævnfør tidligere i artiklen, har betegnet som somatiske eksperter – er det en krævende udfordring at gebærde sig som (for)bruger. Det kan begrunde termen lægekspert for dem der kombinerer eller vælger mellem mangfoldige behandlingsformer.

Rose gør opmærksom på, at det nye ikke nødvendigvis er de mange udbud og at behandlingsteknologier er suppleret af forbedringsteknologier. Det nye er heller ikke at viljen er til stede blandt brugerne for ikke kun at lade sig behandle, men også optimere. Derimod er det nyt, at modtagerne af teknologierne er blevet forbrugere, og at deres behov ikke er styret af behandlingsmæssig nødvendighed, men af markedet og forbrugerkulturen (Rose 2007:20).¹¹

I dette lys ser Rose også det udvidede arsenal af somatiske eksperter, men spørgsmålet er, hvorledes forbrugerne vælger ud af arsenalet, hvordan de manøvrerer på markedet og med hvilke formål. Her tyder vores og andres undersøgelser af brugere af alternativ behandling på, at overhovedet det at være i stand til at handle er et væsentligt aspekt for brugerne. De fleste befinder sig i en vanskelig situation hvor de ikke finder, at konventionelle behandlingsformer er brugbare eller tilstrækkelige. Men for at manøvrere udenom eller udover det konventionelle kræves information og netværk, i de valg der skal foretages. Her trækkes på vidt forskellige medier, forbindelser og ressourcer og i brugernes beskrivelser er det

gennemgående, at det ikke kun handler om at kunne forholde sig aktivt til sin situation, men også at opnå kontrol over den. Canadiske forskere i kronisk syges erfaringer med alternativ behandling, har sammenfattet at kerneattraktionen ved anvendelsen af KAM for deres undersøgelsesdeltagere var, at:

“ ... participants perceived themselves as healing the parts of their lives over which they had some inherent control.” (Thorne et al. 2002: 675)

I vores materiale siger en akupunkturklient: “Man kan ikke behandle sig ud af alting. Det er en selv, der skal gøre noget.” (Aq) Citaterne illustrerer hvorledes selvkontrollen søges og aktiveres i håndteringen af dilemmaer og i deres valg fra det mangfoldige behandlingsmarked. Og artiklens analyse og diskussioner har demonstreret hvorledes manøvreringen og selvkontrollen formes i stadige interaktioner med pårørende, netværk, informationskilder samt finder sted under samfundsmæssige rammer, der er i stadig forandring ikke mindst på det politiske og teknologiske område. I analysen af klienters motiver for og erfaringer med at opsøge KAM i dette samtidsscenario, forekommer det plausibelt at betragte KAM som forbedrings- snarere end behandlingsteknologier.¹²

Somatiske lægekspert i søgning efter optimering

De behandlingsmæssige muligheder er blevet ‘demokratiseret’ ved at det ikke kun er staten, men også det private marked, der er udbydere på sundhedsområdet. Det gælder hele området omkring privathospitaler og forbedringsteknologiske indgreb som eksempelvis plastikkirurgiske operationer, men også alternative behandlingsformer. Mulighederne er på mange områder øget i bestræbelserne på at forbedre, modificere og behandle kroppe, hvilket giver flere mennesker større valgfrihed, men også kan sætte dem i flere dilemmaer. Den tyske filosof Peter Sloterdijk taler om “Qual der Wahl”, valgets kvaler.

I artiklen er refereret til nogle af de efterhånden mange sociologiske bidrag i belysningen af hvorledes ansvarlighed for sundhed er blevet decentraliseret fra stat til individ, og artiklens problemstilling ligger inden for temaet om, på hvilken måde sådanne samfundsmæssige tendenser optræder i folks valg i et mangfoldigt behandlings-, sundhedsfremme- og forebyggelsesmarked. Herindenfor har diskussionens omdrejningspunkt været hvorfor så mange benytter sig af alternative behandlingsformer. Et bud har været at disse kan betragtes som medicinske forbedringsteknologier i den forstand, den engelske sociolog Nikolas Rose karakteriserer dem, nemlig teknikker og teknologier, der ikke nødvendigvis retter sig

mod behandling af sygdomme, men snarere giver mulighed for at optimere, også i princippet raske mennesker.

I besvarelsen er trukket på fænomenologiske førstehåndsberetninger fra brugere af alternative behandlingsformer med henblik på at diskutere motiver i samspil med de ovennævnte tendenser. Brugernes 'stemmer' er anvendt som eksempler på de motivbeskrivelser, der har givet anledning til tematiseringen af motiver i et spektrum fra at udvise ansvarlighed eller søge udfordringer til at søge lindring eller behandling, måske i desperation i udsatte og helbredstruende situationer. Det empiriske materiale har gjort det muligt at belyse motiver til at ønsket om kropslige forandringer af den ene eller anden art søges indfriet med alternative teknikker, som brugerne ikke kender virkningen af.

En tråd er taget op i en bredere problemstilling om hvordan forskellige medicinske forbedringsteknologier indgår i individuelle strategier og nye handlemåder, hvormed individet forsøger at finde lindring og velbefindende eller at præstere det optimale. Individuelle motiver influeres naturligvis af sociale rammer, men her skitseret i et spændingsfelt, hvori oplevelsen af kroppen, fx følelsen af ubehag og eventuelt begrænset fysisk udfoldelse, samt individuelle erfaringer, fx med tidligere behandlinger, samtidig spiller en rolle for, hvilke valg der foretages på det mangfoldige marked. Alternativ behandling fremstår i analysen som 'teknikker' og 'filosofier', der - lige som konventionel behandling - kan betragtes af brugerne som præget af ambivalens. Alternative behandlingsformer rummer også instrumentelle og moralske aspekter, og konventionel behandling fremstilles ikke nødvendigvis som noget brugerne undgår. Snarere er de i deres omgang med forskellige ekspertsystemer og forbedringsteknologier på 'jagt' efter en løsning på og måske også en mening med forskellige typer af problemer.

Rose har påpeget at det nye ved samtidens forbedringsteknologier er at transformere mennesket på biologisk niveau, snarere end at gøre mennesket mindre 'biologisk'. Hvad der kan og bør anskues som biologisk har ikke været artiklens ærinde. Men der er argumenteret for at højteknologiens transparente krop kan genkendes i lavteknologiske alternative behandlingsformer. Blandt brugere af alternativ behandling ses en søgen mod indblik i kroppen der ikke nødvendigvis sker med henblik på helbredelse af en given sygdom, men også - og måske i langt mere udpræget grad - med henblik på optimering. Ikke kun ved avanceret scanning eller ved selv-screeningsudstyr, men også ved alternative behandlingsformer søger mange at gå på opdagelse i kroppen og måske optimere kroppens egne ressourcer. Roses karakteristik af medicinske forbedringsteknologier kan genfindes i brugeres betragtninger af alternative behandlingsformer som teknikker til

forebyggelse, optimering og velbefindende. Sandsynliggørelsen af dette sætter en ny dagsorden for såkaldte effektmålinger af alternative behandlingsforløb hvor en stadig nyudvikling af målemetoder synes påkrævet.

Noter

¹Jf. *Apropos* i P1 d. 7/8-08: <http://www.dr.dk/P1/Apropos/Udsendelser/2008/08/07091339.htm>

²Ekhholm & Kjølner 2007. Tallene stammer fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY), Statens Institut for Folkesundhed (SIF), hvor et repræsentativt udsnit på 21.832 af de danske statsborgere på 16 år og derover senest blev spurgt i 2005. Alternativ behandling defineres i SUSY som behandling uden for det almindelige sundhedsvæsen og uden offentligt tilskud. Samme definition anvendes i denne artikel.

³Se også dette tidsskrifts temanummer om alternativ behandling, nr. 6, 2007.

⁴Se evt. også Martin Heideggers *Oikos og techne. Spørgsmålet om teknikken og andre essays*, Oslo 1973.

⁵Jf. også Crossley 1995, 2001, 2006 for en kombination af disse to teoretiske perspektiver.

⁶Empiri-indsamlingen er foretaget i 2006-07 i Københavnsområdet i samarbejde med adjunkt, ph.d., Charlotte Baarts, lektor, ph.d., Reinhard Stelter og videnskabelig assistent Matilde Høyer-Mortensen med det formål at undersøge klienters kropslige oplevelser ved alternative behandlingsforløb. Materialet indgår i et forskningsprojekt under KUFAB, Københavns Universitets Forskergruppe vedrørende Alternativ Behandling, ledet af prof. Bo Jacobsen og støttet af bl.a. ViFAB, Videnscenter for Alternativ Behandling.

⁷Deltagerne var i alderen 22-81. 32 af de 46 deltagere var kvinder (69 %). Fordelingen på alder, køn og uddannelse svarede tilnærmelsesvist til fordelingen i SUSY's undersøgelsespopulation (2005), hvor kvinder og folk i alderen 25-64 med en mellemlang uddannelse dominerer blandt de, der rapporterer om erfaringer med alternativ behandling (Ekhholm & Kjølner 2007).

⁸Tekst i kursiv er koncentrat af en række forskellige interviewcitater, hvorimod direkte citater er i anførelsestegn. Parenteserne med A-, Z- eller M- angiver, om den citerede klient er bruger af akupunktur (A), zoneterapi (Z) eller mindfulness meditation (M). Bogstaverne efter A-, Z-, eller M- er anonymiserede identifikationstegn på de konkrete interviewpersoner.

⁹Som det eksempelvis er i Israel, hvis det ikke er en læge, der udøver eller har henvist til, hvad der i det danske sundhedsvæsen betragtes som alternativ behandling (Fadlon 2004:74).

¹⁰De tendenser, der sammenfattes i betegnelsen *Somatopia*, kan ses i kølvandet på de narcissistiske strømninger, som beskrives i eksempelvis Christopher Laschs *The Culture of Narcissism* (1991), og i sammenhæng med begreber som "healthism" (Crawford 1980) eller kontrolsamfundet (Deleuze 2002) eller processer som medikalisering (Foucault 2001; Zola 1972) eller fitnessbølge (Glassner 1989). Altsammen tendenser, der indgår i den "fysiske vending" ("the bodily turn" som pendant til den tidligere "virtual turn" eller endnu tidligere "linguistic turn" (se fx Geertz 1973)), men som udtryk for en interesse i en kødelig kropslighed.

- ¹¹ Endvidere gør Rose opmærksom på, at forbedringsteknologierne også omfatter konstruktionen af "cyborgs", altså at fusionere mennesket med noget kunstigt, fx i form af høreapparater eller pacemakers, men at det nye - snarere end at gøre mennesket mindre 'biologisk' - er, at der er flere og flere muligheder for at transformere mennesket på biologisk niveau.
- ¹² Resultater præsenteret i artiklen "Derivative Benefits: Exploring the Body through Complementary and Alternative Medicine" (Baarts & Pedersen 2009), som bygger på samme undersøgelse, synes med sit fokus på 'oplevede virkninger' at styrke tesen om, at alternative behandlingsbehandlingsformer - også taget de berettede 'virkninger' (og ikke kun 'motiver') i betragtning - mere præcist kan anskues som forbedrings- end som behandlingsteknologier.

Litteraturliste

- Arendt, H. (2005) [1958]. *Menneskets vilkår*, Narayana Press, Gylling: Gyldendal.
- Astin, J.A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national survey. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 19, 1548-53.
- Baarts, C. & Pedersen, I. K. (2009). Derivative Benefits: Exploring the Body through Complementary and Alternative Medicine, *Sociology of Health and Illness*, 31, 5 (forthcoming).
- Beck, U. (1999) [1986]. *Risikosamfundet. På vej mod en ny modernitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Beck-Gernsheim, E. & Beck, U. (2002). Individualisering i moderne samfund. *Slagmark*, 34, 13-38.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1979) [1966]. *Den samfundsskabte virkelighed*. Viborg: Lindhardt og Ringhof.
- Boon, H., Brown, J.B., Gavin, A., Kennard, M.A. & Stewart, M. (1999). Breast Cancer Survivors' Perceptions of Complementary / Alternative Medicine (CAM): Making the Decision to Use or Not to Use. *Qualitative Health Research*, 9, 5, 639-653.
- Charmaz, K. (2000). Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (eds): *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Chrysanthou, M. (2002). Transparency and selfhood: Utopia and the informed body. *Social Science & Medicine*, 54, 469-79.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-88.
- Crossley, N. (2006). *Reflexive Embodiment in Contemporary Society*. Berkshire: Open University Press.
- Crossley, N. (2001). *The Social Body. Habit, Identity and Desire*. London: Sage Publications.
- Crossley, N. (1995). Merleau-Ponty, the elusive body and carnal sociology, *Body & Society*, 1(1), 43-66.
- Deleuze, G. (2002). Postscript on Societies of Control. In: T. Levin, U. Frohne & P. Weibel (eds): *Ctrl [Spade]: Rhetorics of Surveillance from Bentham to Big Brother*. Karlsruhe: ZKM; London: MIT.

- Eisenberger, D., et al. (1998). Trends in Alternative Medicine Use in the United States 1990-1997: Results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 280, 18, 1569-75.
- Ekholm, O. & Kjølner, M. (2007). Brugen af alternativ behandling i Danmark: resultater fra den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2005. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 6, 15-24.
- Fadlon, J. (2004). Meridians, Chakras and Psycho-Neuro-Immunology: The Dematerializing Body and the Domestication of Alternative Medicine. *Body & Society*, 10, 4, 69-86.
- Footo-Ardah, C.E. (2004). Sociocultural Barriers to the Use of Complementary and Alternative Medicine for HIV. *Qualitative Health Research*, 14, 5, 593-611.
- Foucault, M. (2001). Socialmedicinens fødsel. *Distinktion – Tidsskrift for Samfundsteori*, 3, 11-23.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic.
- Geertz, E.T. (1997) [1962]. *Experiencing and the creation of meaning*. Evanston: Northwestern University Press.
- Glassner, B. (1989). Fitness and the Postmodern Self. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 180-91.
- Lasch, C. (1991). *The Culture of Narcissism*. W. W. Norton & Company.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health – public health and the regulated body*. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1997) [1945]. *Kroppens fænomenologi*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Ni, H., Simile, C. & Hardy, A.M. (2002). Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey. *Medical Care*, 40, 4, 335-58.
- Petersen, A. (2007). *The Body in Question: A Socio-Cultural Approach*. London: Routledge.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- SUSY 2005: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Thomas, K., Nicholl, J.P. & Coleman, P. (2001). Use and expenditure on complementary medicine in England. *Complementary Therapies in Medicine*, 9, 2-11.
- Thorne, S., Paterson, B., Russell, C. & Schultz, A. (2002). Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 671-83.
- Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-32.
- Zuess, J. (2005). Social Turbulence and the Safety of the Soul: Complementary and Alternative Medicine's Response to the Mind-Body Problem. *Complementary Health Practice Review* 10(1), 73-84.