

# Mødet mellem himmel og jord

En antropologisk analyse af individuel, alternativ behandling med særligt fokus på sammenhængen mellem brugerens erfaring af handlerum og virkning

Kirsten Olesen

---

*Artiklen retter blikket mod et hjørne af individuel, alternativ behandling, hvor behandleren søger at afdække årsagen bag symptomer med afsæt i to spor: dels i rationalet om en spirituel indsigt, dels i brugerens levede liv. Dermed bringes brugeren i spil; 'the clinical conversation' folder sig ud i en virkelighed, præget af muligheder. Det er min påstand, at det åbner op for at brugeren kan handle og dermed erfare en virkning, idet denne forstås individuelt og kontekstrelateret. Positioneringen af brugeren som aktivt subjekt i en ligeværdig relation med behandleren kan således ses som motiverende for selv at tage ansvar, og artiklen er et bidrag til forståelsen af, hvordan vejen mod at blive rask kan se ud.*

Dette er et blik ind i alternativ behandling - et mangeartet behandlingsfelt<sup>1</sup>, hvor mere end hver femte dansker<sup>2</sup> har sat fod, selv om de skal betale for behandlingen, og selv om dokumentation for dens virkning måske alene udgøres af forlyden-

Så hvorfor gør de det? For nogle er svaret, at alternativ behandling er en blid og naturlig behandlingsmåde, der harmonerer med deres livsindstilling, mens andre er utilfredse med konventionel behandling (Johannessen 1995), og for atter andre repræsenterer alternativ behandling det sidste håb i et alvorligt sygdomsforløb

(Furnham 1999). Endelig ønsker nogle at være aktive i behandlingen (Monckton et al. 1999), hvilket kan ses i relation til et holistisk grundsyn om ansvar for eget helbred (Wikler 1989), som er blandt hjørnesteinene i nærværende artikel.

På baggrund af en feltøvelse, jeg har udført blandt alternative behandlere og deres brugere i individuel, alternativ behandling<sup>3</sup>, foreslår jeg imidlertid et svar, der kan ses som en mulig, pragmatisk fællesnævner: Fordi det virker. Jeg rejser dog i samme åndedrag et nyt spørgsmål, nemlig hvorledes denne virkning kan forstås, da en effekt af alternativ behandling kun i få tilfælde er dokumenteret inden for naturvidenskabelig forståelse, og da et udsagn om, at behandlingen virker, således kan diskuteres.

Det er min påstand, at en kontekstrelateret, subjektivt erfaret virkning er tæt knyttet til oplevelsen af at kunne handle, og jeg ønsker på den baggrund at belyse, hvilken betydning det antropologisk set har for brugerens erfaring af handlerum<sup>4</sup>, at årsagen til hendes lidelse forstås i relation til hendes levede liv såvel som ved hjælp af et rationale om en spirituel dimension.

Mine informanter lever i Jylland men deler – trods åbenlyse forskelle i adgang til behandlingsmåder – vilkår med mennesker i andre dele af verden, når de søger at håndtere deres helbredsproblemer. Jeg ser derfor min artikel række videre end til viden om 'de andre', og betragter mine informanters erfaringer som bidrag til forståelsen af, hvordan vejen mod at blive rask kan se ud.

## At give årsagen navn

Billedet af azander, der grubler over, hvorfor et tag faldt ned over dem, der sad under det, har stået centralt i den antropologiske debat om tro og viden, siden E.E. Evans-Pritchard skrev sin monografi om 1920'ernes sudanesiske folk. Azander ved udmærket godt, at termitangreb kan ødelægge taget, der derfor falder ned. De ved, at folk sidder under taget for at være i skyggen. Men de spørger sig selv, hvorfor taget faldt sammen lige på det tidspunkt, hvor der sad nogen under det (Evans-Pritchard 1976 [1937]: 22f). De finder årsagen i en symbolsk virkelighed, 'witchcraft', idet den årsag er den eneste "...which allows intervention and determines social behaviour" (ibid.: 25). Rationalet om 'witchcraft' giver således azanderne mulighed for at handle i et socialt felt og ikke blot at se på, at taget er faldet ned.

I den forstand står alternative brugere med det samme spørgsmål som azanderne. Måske har lægen stillet en diagnose, og de kender derfor en biomedicinsk

forklaring på symptomerne. Alligevel retter de blikket mod en forklaring, der indrager andre aspekter end de fysiske; de bringer sig selv i spil.

Filosoffen Richard Rorty skriver med afsæt i amerikansk pragmatisme, at mennesker i den rige del af verden ikke er interesserede i meningen med menneskelivet *som sådan* i samme grad som tidligere. Vi spørger snarere, hvilken mening vi selv bør give til vores liv (Rorty 2000: 51). Vi vender ryggen til forestillingen om, at der findes en sandhed om os selv, som det er vores opgave at 'afdække'.

I det lys ligger sandheden ikke under for nogen form for autoritet. Den er ikke begrænset til forestillinger om en fastlåst mening med livet, der styres af noget eller nogen uden for én selv - heller ikke en objektiv sandhed: "Grunden til, at vi kalder ting sande, er grunden til, at de er sande", skriver filosofen William James (2000 [1907]: 23). "Beliefs, in short are really rules for action; and the whole function of thinking is but one step in the production of habits of actions", siger Bernstein (2000: 33).

I den forståelse kan en årsagsforklaring, der har afsæt i rationalet om spiritualitet (eller 'witchcraft'), være lige så sand som en forklaring, der bunder i naturvidenskab, skønt den ikke kan bevises inden for et naturvidenskabeligt paradigme; årsagen kan få et navn, som man kan forholde sig socialt og behandlingsmæssigt til.

I tråd med det perspektiv skriver antropologen Byron J. Good i *Medicine, rationality, and experience* (1994), at "...one of the central efforts in healing is to symbolize the source of suffering, to find an image around which a narrative can take shape" (Good 1994: 128). Good skriver ud fra en fænomenologisk synsvinkel, hvori den syge krop ikke blot betragtes som objekt for medicinsk viden og erkendelse men også ses som "...a disordered agent of experience" (ibid.: 116). Set med de øjne er alvorlig sygdom i stand til at nedbryde menneskers livsverden, fordi sygdom ikke giver mening og ikke har form men alligevel er til stede i livet; et menneske, der lider, kan derfor have vanskeligt ved at agere uden for den virkelighed, sygdommen repræsenterer. Et modtræk mod den nedbrydning er, siger Good, at skabe mening i det, der sker. Dette kan man gøre ved at forbinde erfaringer og forestillinger i en fortælling, der udspringer af, at man symboliserer lidelsens årsag.

Jeg vil i nærværende artikel argumentere for, at brugerne i individuel, alternativ behandling deltager aktivt i den symbolske navngivning af årsagen og dermed i en vis forstand selv griber magten til at lette den (ibid.: 129).

På den baggrund vil min diskussion knytte an til pragmatismens princip om "den bedste forklaring" (Dalgaard 2000: 135), idet jeg vil belyse, hvorvidt det rationale om spiritualitet, jeg har mødt blandt mine informanter, er overbevisende,

fordi det er "rettet mod videre handlen og vurderes i forhold til [sin] værdi for denne" (ibid.: 136). I forlængelse heraf vil jeg tage afsæt i positioneringen af brugeren som subjekt, der deler ansvar med sin behandler (Sharma 1994).

## Felten

Betegnelsen 'alternativ' er, som antropologen Helle Johannessen har påpeget (Johannessen 1994: 169), ikke i sig selv dækkende for det brogede billede af behandlingsmåder og deres individuelle forhold til sundhedsvæsenet. Jeg vil derfor uddybe, hvad jeg forstår ved alternativ behandling, idet jeg er inspireret af en officiel amerikansk definition af ukonventionel medicin (Monckton et al. 1999: 15): Et bredt spekter af helbredelsesressourcer og deres tilhørende teorier og ideologier, der er forskellige fra det politisk dominerende sundhedssystem i et bestemt samfund eller kultur i en bestemt historisk periode, og som inkluderer produkter og ideer, som brugerne selv definerer som sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende.

Alternativ behandling bliver tilbudt over hele landet og kan findes med et musseklik, men det kan alligevel kræve en særlig indsats at finde rundt i retninger, måder og metoder, da disse ofte er kombineret på individuel vis (Launsø 1995; Johannessen 1996). Så det er karakteristisk, at man finder sin behandler ved at 'shoppe', indtil man finder det rigtige, idet man selv bedømmer, hvad der er relevant for ens behov (Sharma 1994; Furnham 1997).

Parallelt med den adfærd har jeg fundet de to behandlere til dette projekt via mit eget netværk (Wadel 2002 [1991]). Jeg er selv af og til alternativ bruger og har 'shoppet' mellem biopati, akupunktur og zoneterapi; min nøgleinformant Hanne har jeg tilmed selv et tidligere klient-forhold til, hvilket i nogen grad kan ses positionere mig som min egen informant (ibid.: 65). Hanne annoncerer ikke og optræder ikke på Internet - hun er en af dem, man skal *høre om* for at finde; min anden behandlerinformant, Susanne, er jeg kommet i kontakt med via Hanne.

Praktiske grunde har gjort, at behandlerne selv har udvalgt mine brugerinformanter - med den risiko for bias, det indebærer - og jeg forudsætter således allerede inden, jeg sætter fod i felten, at brugerne i varierende grad går ind for den behandling, de betaler for. Den antagelse forstærkes af, at jeg desuden eksplicit har ønsket at møde erfarne brugere, fordi jeg formoder, de har et forhold til behandlingen som en *proces*, hvilket er en pointe i individuel, alternativ behandling.

Mine data udspringer af deltagerobservation dels under fem timelange behandlinger, dels under syv løst strukturerede, bandede interviews samt uformelle samtaler i flere af informanternes hjem.

I samråd med Hanne har jeg brugt blok og blyant under behandlingerne frem for båndoptager for at undgå, at informanterne blev unødigt anspændte, hvilket af etiske grunde ville være uheldigt. Til gengæld er noter ikke, som båndafskrifter ville være det, et "aftryk af liv", som man kan objektivere (Rubow 2003: 241); stumper af dialog, der er noteret i hånden, er mere upræcise og et resultat af min udvælgelse og implicite analyse i situationen. Jeg har dermed i en vis forstand skabt data på et tidspunkt i projektet, da det stadig var et åbent spørgsmål, hvad der *kunne* være data (Wadel 2002 [1991]: 79).

Begge behandlere arbejder alene og har klinik derhjemme. Hanne, der har 'klienter', har levet af alternativ behandling i en snes år og er eksplicit i sin formulering af, at hun arbejder med healing og clairvoyance<sup>5</sup> ud fra troen på "en guddommelig, åndelig verden", mens Susanne, der er massør med baggrund i fysioterapi, har 'kunder' og er "...hundeanst for at være alternativ...det der med, er det nu noget, det man gør, eller er det bare noget, man står og bilder folk ind".

Men inden for den virkelighed, hvor behandlingerne udfolder sig – inden for deres 'local moral world'<sup>6</sup> – deler mine informanter i varierende grad en forståelse om et spirituelt aspekt i behandlingen.

Mine brugerinformanter, der alle er i fyrrerne, er: *Mona* (laborant) - klient hos Hanne gennem 17 år; jeg er med til behandlingen af hendes to teenage-børn. *Bjarne* (lærer) - er kommet hos Hanne i ti år. *Anne* arbejder med telekommunikation - klient hos Hanne gennem mange år. *Karen* arbejder i finansverdenen og er kunde hos Susanne. *Kate* (lærer) - er kunde hos Susanne.

## Behandlingen

Både Hanne og Susanne gør brug af forskellige behandlingsmetoder, som de kombinerer på deres egen, individuelle måde. Behandlinger hos Hanne er forskellige fra behandlinger hos Susanne - og de enkelte behandlinger er forskellige fra hinanden. Alligevel er det muligt at se træk, der karakteriserer dem alle, og det vil jeg belyse i det følgende. Først beskriver jeg to behandlingsforløb, som jeg har valgt ud, fordi de i særlig grad danner to af de spor, der fører gennem min artikel. Det ene er, at brugerens levede liv har betydning for behandlingen; det andet er, at et rationale om en åndelig dimension spiller en rolle i behandlingsforløbet.

Det er karakteristisk for de to behandlinger – såvel som de øvrige, jeg har deltaget i – at de ikke er en afsluttet, isoleret hændelse. De er brikker i en behandlingsproces, der i visse tilfælde strækker sig over adskillige år og kan involvere andre behandlere. Derfor fremstår mine beskrivelser som sider i en fortløbende fortælling, vi kommer hovedkulds ind i.

## I Hannes hænder

Anne har problemer med forstoppelse, og jeg kan forstå, at det er et af de fysiske symptomer, hun arbejder med hos Hanne. Nu går det bedre, men er ikke godt endnu. Efter en indledende samtale, hvor de mest taler om hendes søn (som også er klient), lægger hun sig på ryggen på briksen. Hanne lægger sin venstre hånd fladt på hendes mave i venstre side, sidder et par sekunder og siger så:

H: "Der sidder nogle bekymringer over din mand".

(Omgående vælter ordene frem: Anne fortæller om mandens lange arbejdsdage, at han ikke spiser godt nok, at han ser gammel ud...Hanne hjælper på gled med stikord. Så begynder Annes mave at larme højlydt – Hanne har stadig hånden på hendes mave):

A: "Maven begynder at snakke med".

H: "Ja, men du er meget mere bekymret, end du vil være ved".

A: "Ja, det er rigtigt".

(Hanne rækker ud efter en flaske med olie og gnider nogle dråber mellem hænderne – en duft af eukalyptus breder sig):

H: "Du har for få pusterum...Det handler om, at fru'en ikke gør helt, hvad hun vil – du skal tænke på dig selv".

(Hun tager fat om Annes ankel og presser).

A: "Ja!" [stedet gør ondt]

(Hanne siger, at der er mavepunktet. Anne begynder nu at tale om, hvor meget hun bekymrer sig om sin datter – men tilføjer, at da hun er 19 år, er det jo hendes eget ansvar, hvad hun går og laver).

H: "Det siger du, men det ligger her" (klapper hende på maven. Det udløser en lang snak om datteren og hendes forhold til kammeraterne, til tøj, til en ny kæreste, til fritid og lektier...)

H: "Det handler om at slippe hende – og det kan også ske ved, at du beskæftiger dig med dig selv... du tørster spirituelt..."

A: "Ja, det er rigtig nok".

H: "Er det nu, du skal have skæld ud?".

(Det viser sig nu, at Anne har været så låst i kroppen, at hun gik til fysioterapeut).

A: "Det sker altid, når jeg er i underskud".

H: "Du får en seddel med hjem, hvor der står: Tænk på dig selv!...Bekymring er spild af energi. Når jeg selv er bekymret, så lægger jeg den, jeg er bekymret for op i hånden og rækker ham op til Vorherre" (løfter sin åbne hånd op mod loftet) "...jeg visualiserer i flere dage".

A: "Alt det spirituelle – jeg har glemt det, jeg har glemt at bede om hjælp... men man oplever aldrig, når man beder om hjælp, at man ikke får det".

H: "Nej, englene prøver at råbe til dig, men der er ikke hul igennem...og så sætter det sig fast her" (lægger hånden på Annes mave).

Efter tre kvarters tid er behandlingen slut, og Hanne og Anne rykker over til skrivebordet, hvor de ordner betalingen og aftaler en ny tid. Anne får en 'recept' med hjem; den indeholder tre punkter:

- Tænk på dig selv
- Tænk spirituelt
- Lad Vorherre tage sig af dem, du er bekymret for

## I Susannes hænder

Hos Susanne har Karen taget briller, smykker og tøj af og lægger sig nu på ryggen på briksen kun iført trusser. Susanne dækker hendes overkrop med et håndklæde, tager fat i venstre ankel og spørger "Hvordan har du det?"; mens Karen svarer, begynder hun at smøre hendes ben ind i olie. Jeg kan forstå på samtalen, at de er i gang med et forløb, der kredser om flere temaer, som jeg siden hen får uddybet, og hvoraf det vigtigste er, at Karens familie har slået hånden af hende i forbindelse med en skilsmisse. Susanne begynder massagen ved Karens højre fod:

S: "Den fod skal der snakkes lidt med".

K: "Vi er ikke på talefod".

S: "Hvad siger den?"

K: "Jeg skal lære at gå ordentligt på den, tage hensyn til den – jeg hører ikke efter".

S: "Hvorfor gør du ikke det?"

K: "Jeg er ikke bedre end andre".

S: "Men hvad gør du egentlig selv nu – hvor går du hen?"

K: "Lige nu står jeg lidt stille og trækker vejret".

(Karen vender sig om på maven - Susanne mærker på hendes læg):

S: "Du er lidt på spring over, hvor det næste angreb kommer fra".

(Karen fortæller nu, at hun har set sin søster komme hen ad vejen, og at de ikke hilste på hinanden. Susanne masserer hele tiden Karens krop, mens de taler, og lægger nu en flad hånd på hendes ryg ud for hjertet).

S: "Tænk tilbage til da du ser hende komme gående – hvilke følelser havde du?"

(Karen siger, at hun egentlig ville trække sig ind bag sit skjold, men gik frem i stedet. Hun tilføjer, at hun skal lære at nedlægge de kampfoktioner, der 'fiser rundt i kroppen', fordi hun faktisk er holdt op med at slås med familien og altså ikke har brug for dem. Lidt efter fortæller hun glædestrålende, at hun skal ud og hente en hundehvalp – en clairvoyant har sagt, at hun skal finde en reinkarnation af sin gamle hund, og nu mener Karen, det er lykkedes efter en del vanskeligheder).

K: "Så jeg er spændt på, om hun [hvalpen] kan kende det, når jeg får hende hjem!"

(Det afføder en længere snak om reinkarnation. Susanne masserer nu nakken).

S: "Gå efter dine følelser. De kan mærkes i dit ben... det kan godt være, at den uforbeholdne kærlighed til hunden er det, du skal finde og fortsætte med den nye hund. Du skal lære det med et dyr, før du kan lære det med et menneske – at tro på, at sådan kan mennesker også være ... at sige: jeg tør godt [hvis hun ser sin søster], nu går jeg lige hen og kigger, og hvis det gør ondt, så går jeg en anden vej. Man kan godt ændre retning – det med, at A medfører B, det gælder ikke".

K: "Der skal jeg lære at lytte".

S: "Og her [foden] sidder en angst for at bevæge sig hen mod det, der er godt".

(Roen fylder rummet. Susanne holder nu Karens nakke i sine håndflader og sidder stille i nogle minutter, mens de begge har lukkede øjne og er tavse).

Efter halvanden time er behandlingen færdig. Mens Karen tager tøj på, aftaler de en ny tid om fem uger.

### *Behandlingens elementer*

Et karakteristisk træk ved individuel, alternativ behandling er, at behandleren både tager afsæt i den individuelle brugers unikke tilstand og har sin egen individuelle måde at behandle på (Johannessen 1995: 116). Denne er ofte en blanding af teknikker og tilgange fra forskellige retninger, der kan ses inden for fire kategorier, karakteriseret som primært biologiske, kropsorienterede (energetisk/strukturelt), psykologiske og spirituelle (Launsø 1995: 9).

Det svarer i vid udstrækning til, hvad mit materiale viser; jeg kan klassificere elementerne fra de fem behandlinger inden for kategorier, der korresponderer tæt med Launsøs opdeling, idet jeg forudsætter, at forståelsen af et energetisk<sup>7</sup> aspekt er fremtrædende i dem alle:

- en kropslig del – massage, zoneterapi, akupressur, kinesologi
- en biologisk del – homøopati, Bach's Flower Remedies, vitaminer, cellesalte m.m.
- en spirituel del – healing, clairvoyance, intuition, 'sammenhæng'

Desuden har jeg set et element, som jeg vil kategorisere som en paraply, alle behandlingens elementer samler sig under, idet den både er katalysator for og udspringer af disse i et tæt samspil:

- Samtalen – personlige narrativer, dialog, latter, forhandling, 'small talk'<sup>8</sup>.

Helle Johannessen (1996) skriver, at 'the clinical conversation' er et vigtigt redskab, når individuelle forklaringer og behandlinger skal skabes. Den alternative bruger er gennem samtalen involveret i "...the structuration of a tailor-made explanation and treatment" (Johannessen 1996: 125), og det har med Johannessens øjne betydning ikke blot for brugerens oplevelse af at være syg, men også for helbredelsesprocessen, fordi en forklaring, der giver mening, kan skabe orden i en kaotisk sygdomsoplevelse.

I samklang med det vil jeg betragte samtalen som behandlingens omdrejningspunkt, idet det er i samtalen, at bruger og behandler i fællesskab modellerer den virkelighed, de deler, og enes om dens betydning.

Betydning, skriver antropologen Gregory Bateson (1978), er et centralt begreb i den kommunikative verden, hvor ord og handlinger kun i særlige tilfælde<sup>9</sup> er det samme som det, de betegner: "the map is not the territory" (Bateson 1978: 423f). Mens landskabet er noget i sig selv, består kortet af efterretninger om *forskelle* – kortet er altså udtryk for noget, det ikke er; en idé, en abstraktion. Det er information om en forskel, der gør en forskel for nogen (ibid.: 428); kortets betydning ligger dermed ikke fast og rækker ud over, hvad landskabet består af og ind i kommunikationens *kontekst*.

Når aber leger, skriver Bateson (ibid.: 151f), anvender de handlinger og signaler, der minder om kamp – men det er tydeligvis ikke kamp, det er leg. Det skyldes, at aberne er i stand til at udveksle signalet "dette er leg". Signalet er et metakommunikativt budskab, der bestemmer, hvordan 'kortet' skal læses - det er den kontekst, der er ramme om en fælles forståelse.

En samtale hos Hanne og Susanne er set med de analytiske briller både en optegning af kortet og en forhandling om, hvad det betyder. Når Hanne siger "du tørster spirituelt", skal Anne være forholdsvis enig i betydningen af budskabet, for at det skal give mening at bruge det til at kommunikere med. Hvis Anne ikke deler Hannes forforståelse om, at der findes et spirituelt univers med betydning for den behandlingsmæssige sammenhæng, ville budskabet, Hanne sender, ikke nå frem, og Anne ville ikke svare "Ja, det er rigtigt nok", men muligvis spørge "Hvad mener du?". Betydningen af budskabet ville således gå tabt - det ville ikke være en forskel, der gør en forskel.

Susanne fortæller mig på linje med dette, at hun ikke kunne drømme om at tale om reinkarnation med alle sine kunder, men at hun vidste, det var et sted, hvor hun og Karen "berørte hinanden". Med andre ord prøver hun, at "... hjælpe folk til at gøre noget dér, hvor det er nemmest for dem", som hun siger. Tilsvarende taler Hanne mere om skateboards og computere end om engle, da hun har Monas 13-årige dreng på briksen. Det ser altså ud til, at begge parter er med til at skræddersy 'the clinical conversation'. Dette har betydning for den relation, der vokser frem mellem behandler og bruger.

## Relationen

Første gang jeg stod i entreen hos Hanne og var med til at tage imod en klient, slog det mig: Noget var anderledes end i mødet mellem patient og læge. Det var ikke så meget smilene og latteren, der var anderledes; det var ikke kun, at de om-

favnede hinanden hjerteligt, eller at omgivelserne er et privat hjem. Det, der slog mig, var, at de sludrede som gamle venner, allerede inden frakken var krænget af. De havde *fortrolighed*. "Jeg deler jo deres liv i tykt og tyndt... jeg har mange i flere generationer", siger Hanne, og på den baggrund er fortroligheden forståelig, og citatet kunne isoleret set også stamme fra en familielæge med årelang relation til sin patient.

Mens det imidlertid er muligt at have den samme læge i årevis uden at opnå en tæt relation, ser det ikke ud til at være tilfældet i individuel, alternativ behandling<sup>10</sup>. Den antagelse bygger jeg på to forhold: Det ene relaterer sig til, at brugeren lægger sit levede liv frem som et led i behandlingen og ikke nøjes med at fortælle om sit symptom. Susanne kan med andre ord se Karens dårlige fod i lyset af en kompliceret familierelation, fordi Karen bringer sit liv med ind på briksen og ikke efterlader det i venteværelset.

Det andet relaterer sig til, at behandleren også bruger *sit* liv i 'the clinical conversation'. Når Hanne fortæller Anne, hvad hun selv gør, når hun er bekymret for nogen – at hun rækker dem 'op til Vorherre' - involverer hun sine egne erfaringer og sit livssyn snarere end en videnskabelig viden. Hos Susanne oplever Kate tilsvarende et 'samarbejde', der er "... meget ligeværdigt... at hun også giver noget af sig selv, og jeg giver". Dermed skabes et relationelt bånd, der kan få karakter af et venskab. Bjarne bruger netop det udtryk om sit forhold til Hanne:

Jamen jeg ser hende jo som en slags... som en god ven, altså så tæt er jeg jo ikke på hende, vi ses ikke privat, vel, men hun er en rigtig god ven, hun kender mig rigtig godt, og jeg synes også, jeg kender hende rigtig godt. Og så er hun også en slags læge...

Han tilføjer, at hos Hanne får han 'alt muligt andet end hos lægen, og da jeg spørger, hvad det kunne være, svarer han "Jamen altså, det er den der snak, man har". Kate udtrykker tilsvarende, at "... noget af den snak, vi har [betyder, at Susanne] giver mig nogen puslerier, som jeg kan gå og snakke med mig selv om".

## Power over og power to

Antropologen Susan Whyte ser i *Questioning misfortune* (1997), at Nyole-folket i Uganda skelner mellem to former for magt, når de håndterer sygdom og 'misfortune': 'substantial' og 'relational power'. Hun forstår disse i lyset af deres transfor-

mative kapacitet – deres evne til at påvirke menneskers tilstand "... for better or for worse, with affliction, alleviation, and prosperity" (Whyte 1997: 28f). 'Substantial power' er indeholdt i ting og kan spises, handles og udveksles. 'Relational power' bundet i to væseners indbyrdes position, idet man har *power over*, fordi man har 'power to'. Mens den substantielle magt i praksis er medicinsk, praktiseres 'relational power' rituelt, og det gør, at den altid involverer andre og altid "... involves spoken acknowledgement of relationships and 'power over'".

Jeg mener, det begrebsapparat kan overføres til mit materiale af to grunde: Den første er, at relationen har betydning, fordi *samtalen* er en central del af behandlingen; den anden er, at behandlingen rummer en transformativ kapacitet i og med at brugeren kan erfare en virkning, hvilket jeg vender tilbage til.

Behandleren anerkendes som den, der har 'power over', fordi hun qua sin position anses for at have 'power to', og jeg vil vende tilbage til, hvad det egentlig er, den magt består i. Men også brugeren kan ses at have magt, fordi hun er leveringsdygtig i andet end et symptom. Hun bidrager med en viden, der er nødvendig for behandleren; hun indtager en position som aktivt subjekt.

### *Subjekt eller objekt*

Sporene fra den kartesiske adskillelse af krop og sjæl kan stadig ses i biomedicinsk teori, der udspringer af opdagelserne i den døde krop på dissektionsbordet, og mine informanter udtrykker alle utilfredshed med, som Karen udtrykker det, at "... i den etablerede verden, dér tager man ikke hele kroppen – man tager ikke det hele med".

Fordi biomedicin hælder mod afdækning af naturgivne kendsgerninger, kan ens krop komme til at fremstå som en naturlig realitet, når man er hos lægen; den bliver et objekt, der er adskilt fra det mentale og sociale (Rhodes 1990). Sygdom bliver set som en naturlig proces eller enhed, der er placeret inde i kroppen – inden for det fysiske landskab, hvor årsagssammenhænge kan afdækkes. Et af fællestrækkene ved alternativ behandling kan derimod være, at kroppen betragtes som et unikt subjekt og "... bliver objektiviseret... som subjektets materielle manifestation" (Johannessen 1994: 136). Måske er det dette, der får Mona til at sige: "Jeg skal virkelig være syg, for at de får lov, det offentlige". Ved selv at vurdere, hvornår det er tilfældet, påtager hun sig en ekspertise og et ansvar og agerer som et aktivt subjekt.

I artiklen *The equation of responsibility* (1994) ser antropologen Ursula Sharma en patients mulige passivitet hos lægen udspringe af, at magtforholdet mellem dem bygger på lægens ansvar for patienten - en ansvarlighed, der hviler på princippet

om medicinsk ekspertise, som patienten ikke har. Samtidig har lægen magt til at agere som dørvogter for vigtige services inden for det offentlige sundhedsvæsen, og det er en potentiel kilde til kontrol, som alternative behandlere ikke har.

Når man søger alternativ behandling, udøver brugeren derimod sit eget skøn over, hvilken form for ekspertise, der kunne være relevant for hendes lidelse, siger Sharma, og deri ligger, at brugeren ikke betragter behandleren som ekspert i samme grad, som hun ser en læge. Det korresponderer med mit materiale: "Jeg ser [Susanne] som ekspert i det, hun er god til (...) hun har meget mere viden, end jeg har, om nogen ting, men jeg føler det ikke på samme måde, som jeg gør med en læge," siger Karen, og Susanne siger ligefrem selv, at Der er kun én, der ved, hvad der er rigtigt for én selv, og det er én selv.

Forståelsen af, at behandlernes særlige færdigheder ikke bunder i en svært tilgængelig viden eller privilegeret social position, bliver understreget af, at Hanne ser sig selv som "...jordemoder, måske... talerør for deres eget indre. Jeg tror på, at ethvert menneske godt selv ved, hvad det fejler".

## At have 'relational power'

Når bruger og behandler kan ses dele ansvaret, medfører dette, at kontrollen over situationen skiftevis ligger hos behandler og bruger. Dermed kan magtbalancen i relationen umiddelbart synes uklar.

For det første er brugerens viden uundværlig for behandlingen, og brugeren har dermed magt til at tilføre behandlingen det vigtige element, hendes levede liv udgør i denne behandlingskontekst. Hun har således 'power to'. For det andet indgår bruger og behandler i en relation, der kan have karakter af et venskab og dermed kan ses som ligeværdig.

Alligevel ser jeg relationen involvere "...spoken acknowledgement of relationships and 'power over'", fordi behandleren som udgangspunkt kan noget, brugeren ikke selv kan – hvilket er grunden til, at denne overhovedet henvender sig. Så hvad er det, behandleren kan, som giver hende 'power over' brugeren?

For at belyse det, vil jeg igen rette blikket mod behandlingens omdrejningspunkt: samtalen. Good argumenterer for vigtigheden af at symbolisere årsagen til ens lidelse. Ved at lidelsen får et navn, kan den symbolsk set frigøre sig fra brugerens indre, få plads i den sociale verden og underkastes "...ritual action and thus forces for healing" (Good 1994: 130). I den proces kan vi (med et udtryk Good henter hos Bruner) 'recast reality'.

Jeg ser paralleller til det i mit materiale, hvor behandleren har som sit erklærede mål at forløse en årsag bag symptomerne. Som Hanne siger:

Det der med symptombehandling gider jeg ikke. Jeg vil ind i de dybeste årsager og se, hvad er det, det handler om – for det er først dér, du enten bliver rask eller flytter dig<sup>11</sup>.

Deri ser jeg behandlerens magt ligge. Hun har en anerkendt 'relational power' over brugeren, fordi hun kan hjælpe hende med at sætte navn på lidelsen og derved bane vejen for, at brugeren kan transformere sit symptom og *handle* – at hun kan gribe magten til at lette lidelsen. Denne relationelle magt manifesterer sig således i 'the clinical conversation' og kan ses som en magt til 'empowerment' af brugeren.

## Årsagen

Mens det sagtens kan forekomme i alternativ behandling, at brugeren kommer og lader sin fysiske krop behandle, er det – som det fremgår ovenfor - ikke målet med behandlingen hos mine behandlerinformanter. Susanne kan ganske vist godt give massage og lindre en øm muskel – hun kan 'flytte kroppen' – og Hanne kan angiveligt godt få en smerte til at holde op f.eks. gennem healing; men de vil hellere ind til 'roden' og have brugerne til at 'flytte sig'.

Når Hanne binder en sløjfe mellem Annes forstoppelse og hendes bekymringer over mand og børn, er hun i gang med den proces. Samtalen ved behandlerbriksen bevæger sig fra et betydningsniveau, hvor vanskeligheder ikke er mere, end de giver sig ud for (forstoppelse) til et niveau, hvor symptomerne er tegn på aspekter af erfaring (bekymring), og årsager må overvejes og håndteres (Whyte 1997). Spørgsmålet er, hvorfra Hanne ved, hvad hun skal sige.

På det tidspunkt i behandlingsforløbet, da hun siger, at der 'sidder nogle bekymringer', har Anne faktisk endnu ikke fortalt om sine bekymringer. Hanne lægger en hånd på hendes mave og *konstaterer* efter få sekunder, at det forholder sig sådan. Det skyldes tilsyneladende hendes clairvoyante evner, der tillader hende at 'se' eller 'høre', hvad der er galt. Samtidig begynder Annes mave at rumle, hvilket i denne forståelse kan ses som et resultat af, at Hanne kanalisere energi til Anne – at hun healer. Dermed går hun ind i behandlingskategorien 'spirituel', hvor healing er en behandlingsmåde og clairvoyance en adgang til viden.

Hanne tænker ikke selv over, hvad hun siger, når hun er i den fase af en behandling: "... når jeg først begynder at tænke 'Guuud, hvordan kan jeg sige noget om det', ja så går jeg i stå – jeg er nødt til bare at snakke, fordi så kommer det". Da jeg spørger hende, hvor "det" kommer fra, fortæller hun:

Jamen, jeg tror jo helt klart på en guddommelig, åndelig verden, og man kan sige, hvis man er sådan rigtig stor og flot, så kommer det fra Gud – men Gud har ikke så mange arme, så han er nødt til at have nogle hjælpere. Så jeg tror da helt bestemt, at vi alle sammen har en skytsengel, en guide, eller hvad vi nu kalder det, der følger os fra vugge til død – og så tror jeg egentlig, der er sådan nogle små hjælpere... Altså, jeg oplever, jeg har sådan flere forskellige [guider], afhængig af hvad handler det om – jeg får tit noget formuleret, hvor jeg tænker: 'Hold kæft, det er klogt sagt [lang, hjertelig latter], så klog er Hanne da ikke'... øhm, så jeg tror på en åndelig verden, og det er dér, det kommer fra. Men jeg tror så også, at vi alle sammen har en... tråd til Gud, en indre kerne til Gud, så jeg oplever, at inde midt i os, der har vi et eller andet som... er guddommeligt... så noget kommer måske også inde fra vores indre. Og jeg oplever, at jo bedre jeg bliver, der oplever jeg ikke, at jeg henter alting oppefra, jeg henter det også inde fra mig selv – altså noget af det er også *mine* indsigter, *mine* erfaringer og sådan nogle ting; jeg oplever ikke, det bliver hentet udefra det hele... ikke altid.

Behandlingen udspringer således af et andet vidensparadigme end biomedicin - den bevæger sig ind i en virkelighed, der er symbolsk og dermed åben for fortolkning. Deri ligger der muligheder; deri ligger der håb.

Good skriver, at "subjunctivizing elements" - "...imagistic elements that suggest indeterminacy, an openness to possibility and the potential for change..." - karakteriserer 'illness' narrativer (Good 1994: 146). Jeg ser Bjarnes historie i det lys: Siden han var ung har han haft blødende tyktarmsbetændelse, han har fået ny hofte, taget mange kilo på, fået for højt blodtryk og udviklet eksem. Han er blevet skilt og har skiftet job på grund af trivselsproblemer. Alligevel siger han:

Jeg har altid fat med neglene, altså jeg giver ikke op, altså jeg slipper ikke helt, så uanset, hvad der sker, så skal jeg nok komme op igen... jeg vil ikke acceptere, at øh det... at jeg bare skal finde mig i, at det hedder kronisk sygdom, og at blodtrykket det er sådan, og det skal jeg have nogen piller for... Jeg vil gerne have, at vi går ind i det, som jeg kalder 'roden', eller hvorfor er det, det kommer, fordi det kan man godt lave om og så på længere sigt få det bedre...

Bjarne tror på, at Hanne kan hjælpe ham og tror på, at virkeligheden kan rumme muligheder trods lægernes 'dom'. Når "Grunden til, at vi kalder ting sande, er grunden til, at de er sande", som James udtrykte det, udvides rammen for, hvordan en 'diagnose' kan lyde, betragteligt. Dermed bliver vejen banet for, at brugeren selv kan *gøre noget* - og det behøver ikke forekomme spor underligt, mener Hanne:

I og med at mennesker oplever, at jeg rammer noget, de går med i deres indre, så tænker de ikke mere over, at det er mystisk, fordi så bliver de fyldt af, at 'hold da op, jamen det var det, jeg selv tænkte'... så tænker de egentlig ikke over, hvordan dølen kom hun egentlig frem til det...

## Handlerummet

Når forholdet mellem årsag og virkning bliver set inden for en ramme af handling (Wikler 1989), og det således er konsekvenser af handlinger, der definerer virkningen, kan denne blive tolket på baggrund af en kontekstrelateret, individuel erfaring snarere end udledt af et objektivistisk videnssystem.

I det lys ser brugerne sig om efter den behandling, de selv synes virker, og det er, hvad de går ud og køber. "Om det er det ene eller det andet, så har jeg valgt at sige, at det er jeg sådan set ligeglad med – det virker," som Bjarne siger, idet det dominerende aspekt i valg af behandling kommer til at ligge i en pragmatisk, erfaringsbaseret konstatering af, *at* den virker. Det vigtige er behandlingernes 'performability' – deres evne til at "... deliver the results which they are supposed to deliver" (Cant & Sharma 1996: 18) – idet resultaterne relateres til individuelle forventninger. På den baggrund betyder den spirituelle dimension ikke så meget i sig selv – det er, når den omsættes i praksis, den får betydning. Gennem erfaringen af, hvad den spirituelle dimension kan bruges til, bliver den en 'lived value' (Kleinman 1999b) i en 'local moral world'. Som Susanne siger:

Tag det, du kan bruge, og lad resten være, og hvis du synes, det lyder fjollet, så bare ind ad det ene øre og ud ad det andet. Altså, og så gør det ikke til mere, end det er.

Hvad, der kan tolkes som en virkning, er således både individuelt og kontekstrelateret og kan ses gennem andre briller end de naturvidenskabelige; det kan tilmed henføres til noget så luftigt som 'det kommunikative rum', hvor brugeren er "... i kommunikation med [sin] egen livshistorie og livssituation" (Launsø 2001: 99).

Det er Karens behandling et eksempel på: Susanne binder hendes fysiske symptomer sammen med et følelsesmæssigt kaos ved hjælp af en symbolsk virkelighed, som Karen deler (forestillingen om reinkarnation og spiritualitet). Smerten i Karens fod bliver i den forståelse et fænomen, hun skal lære af, fordi hun (i Susannes udlægning) skal lære at nærme sig sin søster. Det, hun angiveligt skal lære, er ikke at *leve med* smerten, eller eliminere den, men at *handle* i sit liv; Karen måler derfor ikke nødvendigvis virkningen på, at smerten forsvinder, men vil kunne klassificere en ændring af 'moods and motivations' (Geertz 1975) som virkning, idet hun bliver målrettet mod at ændre forholdet til sin søster.

En ny tolkning af et helbredsproblem kan således være et vigtigt aspekt af brugerens erfaring med behandlingens virkning, idet deres "...subjektive oplevelser af symptomer...på den måde [bliver] retfærdiggjort" (Johannessen 1994: 141). Jeg mener, det bl.a. er, hvad der ligger i den undersøgelse blandt kræftpatienter i alternativ behandling, som klassificerer 'livsmod' som et behandlingsresultat (Rønnov et al. 2004), lige som mit eget materiale på den baggrund bekræfter, at virkningsbegrebet i individuel, alternativ behandling er "...kontekstrelateret og orienterer sig mod læring og forandring med hensyn til integration af fysiske, psykiske, spirituelle og sociale processer" (Launsø 1995: 12).

### *En virkelighed i bevægelse*

Når *årsagen* bliver skrevet ind i journalen i samarbejde mellem levet liv og universel indsigt, og *virksomheden* tolkes i lyset af den individuelle livsverden, så medfører det implicit et billede af en virkelighed, der er påvirkelig snarere end styret af objektiv viden eller dogmatisk lære, for livet er en uforudsigelig medforfatter. "Det med at A medfører B, det gælder ikke", som Susanne siger; sandheden er flydende og afhængig af konteksten – behandlingen tager farve efter den individuelle bruger, såvel som den individuelle behandler.

I sådan en 'local moral world' er det muligt både at tro på en universel kraft og stille spørgsmålstejn ved den; Mona giver ligefrem udtryk for, at man kan diskutere med universet og sige "Hallo, det var altså ikke helt rigtigt, for det kan ikke passe det her, vel? Altså, det er ligesom man får en samtale i gang". Hanne siger tilsvarende, at hun godt kan overheøre en besked, hun mener at få 'oppefra', hvis den strider mod hendes egen moral og fornuft: "Jeg hører da efter, så godt jeg kan, men jeg har jo også min personlighed". Så selv om mine informanter i varierende grad tror på en universel kraft, så tror de ikke på, at denne kraft altid har ret. De ser den ikke som uimodsigelig, men bruger den som redskab; de tager selv ansvar.

I forelæsningsen *Hvad pragmatisme betyder* (2000 [1907]) siger William James, at mens begreber som 'Gud' eller 'energi' for mange kan ses som en nøgle til universets princip – når man først har den, kan man slappe af i sin metafysiske søgen – så ser den pragmatiske metode dem snarere som "...et program for mere arbejde, og særligt som en indikation af måderne hvorpå eksisterende realiteter kan forandres. Teorier bliver således instrumenter, ikke svar på gåder, vi kan hvile os på" (James 2000 [1907]: 19). Dette karakteriserer også mine informanternes tankesæt, mener jeg, hvad enten det er formuleret eller ligger implicit i rationalet om, at det spirituelle viser vej mod forandring og udvikling gennem handling.

Jeg betragter handleaspektet, der er centralt i amerikansk pragmatisme, som tæt forbundet med ansvarsbegrebet 'positive autonomy', idet dette bygger på ideen om "...active, purposive, effective direction of one's personal affairs" (Wikler 1989: 140), og jeg ser det samtidig knyttet til positioneringen af brugeren som et aktivt subjekt. Det er muligt at gøre noget – og det er, hvad de fleste af mine informanter giver udtryk for, at de ønsker. Det kan godt være, at de så at sige lader sig behandle, når de ligger passivt og bliver masseret eller healet, men de deltager aktivt i behandlingen ved at bidrage med deres levede liv, ved at være med til at skrive årsagsforklaringen og deltage i 'the clinical conversation'. De gør noget, når de tager hjem og motionerer, lægger madvaner om og ser deres relationer i nyt lys. De handler, når de ændrer syn på deres egen tilstand, der ikke længere ses som en objektiv sandhed, der ikke kan rokkes ved, men snarere som en virkelighed, der er til forhandling. De ser muligheder midt i usikkerheden og tvivlen.

"Jeg vil have dem til at flytte sig", siger Hanne, og deri genkender jeg James' tanker om "et program for mere arbejde"; pragmatismen understøtter en opfattelse af det "...nye, det uudforskede og det ustadige" (Egeblad & Laursen 2000: 6) til forskel fra en tankegang, der hylder det endegyldige og uforanderlige. Pragmatismen ser ikke målet med tænkning som statisk forståelse, men som "en aktiv del af handlen" (ibid.: 8).

Wikler skriver om 'positive autonomy', at denne form for selvansvarlighed indebærer, at brugeren må søge viden – at hun aktivt må afdække alle muligheder for handling. Dette, skriver han, ser holister som effektivt i sygdomsbekæmpelse såvel som forebyggelse, og desuden som godt i sig selv; som en 'livsstil' (Wikler 1989: 141). Hanne udtrykker essensen af den tankegang i en samtale med mig:

... jeg er ikke tilhænger af det der med, at man bare kommer og lægger sig – så kan man lige så godt gå til læge [smittende latter]. Jeg tror på, at der er en indlæringsværdi – dels i vores sygdomme, men sgu også i de problemer, vi står med i vores

liv... og hvis ikke folk lærer det, så bliver de heller ikke raske, og selv om de bliver raske for det symptom, så går der 14 dage, så har de jo bare et andet, så jeg oplever, at jeg skal få dem til at gøre det, de skal, ikke?

Den 'indlæringsværdi' indebærer en idé om foranderlighed snarere end ideen om en dogmatisk lektie; for "det, de skal" kan diskuteres og bliver udformet efter *individue*l målestok i en forklaring, der på samme tid er model *for* og *af* virkeligheden (Geertz 1975); en virkelighed, der er i stadig bevægelse.

## Når brugeren kan handle

Mine informanter er enige om, at mens behandlerne kan hjælpe med i processen mod at opnå en virkning, så er det brugerne selv, der har *ansvaret* for, at den fremkommer. Brugerens mulighed for at vælge og være aktiv i behandlingen ses som en af de store motivationer for at bevæge sig ind i alternativ behandling (Monckton et al. 1999) og er for nogle et svar på, hvad de søger. For andre er det selvudviklingsarbejde, der ligger implicit i stærk holisme, en stor udfordring (Launsø 1997).

Den virkelighed, jeg har mødt blandt mine informanter, er imidlertid meget lige ud ad landevejen, og jeg har ikke mødt tendenser til, at det skulle være særlig vanskeligt at være alternativ bruger – tværtimod har jeg set mine informanter rette sig op og få røde kinder, når de forlader behandlingen; de er klar til at lægge arm med deres problemer med fornyede kræfter og se dem fra en ny vinkel: "Jeg kommer ind som en gammel bil faktisk, og så får jeg skiftet dæk, når jeg går. Du er træt, når du kommer, du er ikke træt, når du går - du er genopladet", siger Anne eksempelvis. Det skal dog ses i lyset af, at mine informanter stort set alle er erfarne brugere og derfor som udgangspunkt er positive over for den rolle, de træder ind i som aktivt subjekt, og kan håndtere den. Andre ville muligvis føle det som et (for?) tungt ansvar at tage ansvar.

Sociologen Laila Launsø skelner i artiklen *The Connection between the Scope of Diagnosis and the User's Scope of Action* (1997) mellem to begreber, der bærer hvert sit paradigme og videnssystem, og som jeg vil introducere for analytisk at indkredse den alternative brugers oplevelse af selv at kunne handle. Det første, diagnose-rummet, relaterer sig til et mekanistisk objektificerende paradigme, hvor sygdom er forstået som resultat af universelle love, og behandling er standardiseret, defineret af eksperter og baseret på en 'mastery rationality'.

I det rum ville Karens smerte i foden blive set som et rent fysisk fænomen og forsøgt behersket ved hjælp af en eksperts målinger og viden; i det rum oplever nogle at miste herredømmet over deres krop, og de finder det derfor vanskeligt at tage ansvar (Launsø 1997: 146). Det korresponderer med Sharmas synspunkt om, at man bliver passiviseret, når eksperten (lægen) overtager hele ansvaret, og ligger i forlængelse af, hvad mine informanter fortæller om deres erfaring med det etablerede sundhedssystem.

”Tit går nogen til lægen og siger: ’Værsgo, jeg har ondt i mit blodtryk’, og så afleverer de det og går hjem og fortsætter, som de plejer”, siger Mona f.eks. med en hovedrysten. At en diagnose og behandling altid - og altså også hos lægen - i en vis forstand kan ses som en forhandling, der involverer patienten (Johannessen 1994: 140), er imidlertid en nuancering, som kan være relevant at tilføje her.

Det andet analytiske rum, Launsø identificerer - brugerens handlerum - relaterer sig til et subjektorienteret praksisparadigme, der bygger på en

... communicative and pragmatic rationality, which deals with people’s ‘meeting’ with themselves and their environments while working with both the meaning-carried symbols of language and action-oriented practice (Launsø 1997: 147).

I det rum ville Karens ømme fod kunne ses i forskelligt lys, idet Launsø her ser diagnosen vokse ud af en subjekt/subjekt-relation, mens helbredelse er et spørgsmål om brugerens interne arbejde med krop og sind. Det arbejde (der korresponderer med Wiklers forståelse af *positive autonomy*) kræver autonomi og bevidsthed hos brugeren, siger Launsø, og resultatet afhænger af brugerens parathed til at bruge behandlingen som redskab i en individuel udviklingsproces.

Mit materiale ligger således i tråd med den analyse og udfolder sig i dette perspektiv i brugerens handlerum. For når årsag og virkning bliver set inden for en kontekstrelateret, individuel ramme, flyttes fokus fra diagnoserummet, der relaterer sig til måden, hvorpå *symptomerne* forstås, til brugerens handlerum, der relateres til *personens* opfattelse af sin mulighed for at handle i forhold til disse symptomer.

## Konklusion

Jeg har i det foregående udfoldet et hjørne af individuel, alternativ behandling, hvor sygdom bliver forstået i et perspektiv, der inddrager mere end processer

og reaktioner inden for den fysiske krops grænser. 'Hele kroppen' – herunder det levede liv – bliver inddraget, idet kroppen forstås som mere end en biologisk kendsgerning. Man spørger *hvorfor*, snarere end *hvordan* lidelsen ytrer sig; bruger og behandler samarbejder om at identificere en årsag bag lidelsen. Det sker angiveligt primært ved hjælp af spirituel indsigt og inden for en symbolsk virkelighed, men årsagen knyttes til og bliver forstået på baggrund af brugerens erfaringer og levede liv.

Det ser ud til at åbne nye handlemuligheder for brugeren. Jeg ser det ske på to fronter: For det første besidder brugeren en viden om sit levede liv, som behandleren skal have indblik i. Brugeren er med andre ord nødt til at deltage i 'the clinical conversation', hvilket positionerer hende som aktivt subjekt med ansvar for eget helbred. For det andet inddrager samtalen 'imagistic elements' (Good 1994), idet den tager form i en spirituel kontekst, hvor 'det med, at A medfører B, det gælder ikke'. Når absolutte sandheder dermed ikke er i spil, kan der rokkes ved forestillingen om brugerens tilstand – der kan skabes håb og handlemuligheder i socialt liv.

Som azander der får mulighed for at handle, når 'witchcraft' er på spil, ser jeg således mine informanter få mulighed for at *gøre noget*, når deres helbredsproblem bliver knyttet til en virkelighed, der er tilfældig, flydende og åben for forandring.

Jeg har anskuet mit materiale i amerikansk pragmatismes teoretiske perspektiv, hvor et spirituelt rationale ses som et redskab til forandring snarere end en nøgle til den endelige sandhed (James 2000 [1907]). I det perspektiv oplever brugeren i højere grad at være et subjekt, der kan tage ansvar og gøre noget, end at være et passivt objekt for en ekspertise, der opererer ud fra objektiv viden. Hvad der er sandt om lidelsen forhandles således i dialog mellem behandler og bruger.

Jeg ser det på den baggrund som en mulighed, at en virkning kan udspringe af det kommunikative rum (Launsø 2001), hvor brugeren inddrages i at forme en model *af* og *for* virkeligheden (Geertz 1975). Jeg har foreslået, at denne symbolske virkelighed giver *mening*, fordi den relaterer sig til brugerens levede liv, og at den opnår en "aura of factuality" (ibid.) på baggrund af behandlerens 'relational power' (Whyte 1997). Det er min påstand, at virkningen således er individuel og kontekstrelateret såvel som tæt knyttet til brugerens erfaring af handlerum. Jeg ser dette som et bidrag til at forstå den komplicerede vej, mennesker kan gå for at få det bedre; den kan have interesse for de løbende bestræbelser i sundhedsvæsenet for at forstå, hvorfor nogle mennesker bliver raske, mens andre forbliver syge – ude af stand til at blive motiveret til selv at gøre noget.

Laila Launsø stiller spørgsmålet, om betingelserne for selve helbredelsesprocessen kan findes inden for et "...hermeneutic and action-oriented knowledge sy-

stem", idet der i dette er et iboende potentiale for at udvikle dialog mellem bruger og behandler (Launsø 1997: 147). Jeg ser mit materiale i forlængelse af dette og ser positioneringen af brugeren som aktivt subjekt med mulighed for at handle som et element af betydning i den proces. Jeg foreslår med andre ord, at forskning i individuel, alternativ behandling kan vise sig at være et felt af betydning for de fælles bestræbelser i alternativ såvel som etableret behandling for at udforske måder, mennesker håndterer sygdom på. Individuel, alternativ behandling kan således måske bidrage til fremtidig viden om, hvilke behandlingsformer, der – med et udtryk, jeg låner hos Launsø - er 'brugbare for mennesker'.

Jeg har i nærværende artikel kun strejft det aspekt af behandlingen, der ligger i antagelsen om, at den også kan virke, uden at brugeren er aktiv (eller endog fysisk til stede) - jeg har ladet den passive bruger ligge. Jeg er heller ikke eksplicit gået ind i spørgsmålet, om man skal *tro* på behandlingen, for at den virker. Det har snarere været mit ærinde at belyse betydningen af, at brugeren *er* aktiv og bruger de aspekter af behandlingen, der giver mening for hende, uanset om de er spirituelt funderede eller udspringer af jordbunden fornuft.

I den 'local moral world' (Kleinman 1999a; 1999b), som mit materiale udfolder sig fra, kan man således bruge bandeord og tale om engle i samme åndedrag – en åndelig dimension kan angiveligt tilvejebringe healende energi såvel som viden, men derfor behøver man ikke være *andægtig*; man vælger, hvilken rolle rationalet spiller for én selv. Jeg opfatter i forlængelse deraf mit materiale i tråd med en tidsånd (Giddens 1994; Furnham 1999), hvor mennesker skaber deres egen sandhed.

William James sagde, at grunden til, at vi kalder ting sande, er grunden til, at de er sande. Susanne udtrykker den samme pragmatiske tanke, når hun siger: "Jeg tænker, at vi alle sammen skal tro på det, som vi kan forstå, og som føles godt for os...."

## Noter

1. Alene i England findes anslået 160 retninger (Cant & Sharma 1996: 21).
2. SUSY 2000-rapporten fra Statens Institut for Folkesundhed ([www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)).
3. 'Individuel, alternativ behandling' skal forstås som behandling, der tager afsæt i den enkelte brugers behov, som det f.eks. forekommer i healing, personlig udvikling, kinesiologi og homøopati (Rønnov et al. 2004). Dette er i samklang med en undersøgelse af kræftpatienter i alternativ behandling (ibid.). Den viser, at der kan være grund til

- at skelne mellem individuel, alternativ behandling og standardiseret, alternativ behandling som f.eks. akupunktur, idet individuel behandling giver patienterne mere 'livsmod', hvilket de selv tilskriver erfaring af et personligt handlerum.
4. 'Handlerum' definerer Laila Launsø som brugerens opfattelse af at kunne handle i relation til symptomer (Launsø 1997; 2001).
  5. 'Healing' skal forstås i betydningen, at "spiritual healers may use the 'laying of hands' or simply place their hands over the patient's body without touching it, in order to channel healing energies, however these are conceived" (Sharma 1995: 220). 'Clairvoyance' kaldes også 'klarsyn' og er evnen til at se skjulte forhold eller fremtidige ting, der ikke kan opfattes med de almindelige sanser (www.vifab.dk).
  6. "...moral experience is about the local processes (collective, interpersonal, subjective) that realize (enact) values in ordinary living...that ordinary people, even the marginalized, are stakeholders in local worlds is what social life is about" (Kleinman 1999a: 71).
  7. 'Energetisk' henviser til kroppens energifelt, herunder aura, chakraer og meridianer (Launsø 2001: 187).
  8. Hanne siger om sin small talk, at den er med til at give tryghed, og at hun tror, det "faktisk også er helbredende".
  9. I ritual og religion kan navn og betegnelse ses som det samme (Bateson 1978: 378).
  10. I standardiseret, alternativ behandling er billedet muligvis et andet.
  11. Jeg ser den holdning i lyset af en analytisk kategori – 'stærk holisme' – som Sharma definerer, og hvori målet for behandlingen ikke blot er at eliminere problemet i lyset af en total 'health profile', men at øge brugerens selvforståelse og selvansvarlighed (Sharma 1994).

## Litteratur

- Bateson, G. 1978 *Steps to an Ecology of Mind*. London: Granada Publishing Limited. Paladin Books.
- Bernstein, R.J. 2000 Amerikansk pragmatisme: Konflikter mellem narrativer. I: Egeblad, Meador & Laursen (red.): *Pragmatismens renæssance. Philosophia – Tidsskrift for filosofi*, 26 (3-4): 31-47. Århus: Filosofisk Forening i Århus.
- Cant, S. & U. Sharma (red.) 1996 *Complementary and Alternative Medicines. Knowledge in Practice*. London/New York: Free Association Books.
- Dalgaard, R. 2000 Aktører og artefakter. I: Egeblad, Meador & Laursen (red.): *Pragmatismens renæssance. Philosophia – Tidsskrift for filosofi*, 26 (3-4): 125-147. Århus: Filosofisk Forening i Århus.
- Egeblad, A. & H.H. Laursen 2000 Indledning. I: Egeblad, Meador & Laursen (red.): *Pragmatismens renæssance. Philosophia – Tidsskrift for filosofi*, 26 (3-4): 5-15. Århus: Filosofisk Forening i Århus.
- Evans-Pritchard, E.E. 1976 [1937] *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
- Finkler, K. 1994 Sacred Healing and Biomedicine Compared. I: *Medical Anthropology Quarterly* New Series 8 (2): 178-197.

- Furnham, A. 1997 Lifestyle, Beliefs and Value Systems, and Complementary Medicine. I: Gosvig Olesen, S. & B. Eikard; P. Gad; E. Høg (red.): *Studies in Alternative Therapy 4 – Lifestyle and Medical Paradigms*. Odense: Odense University Press.
- 1999 The Attitudes and Beliefs of Patients and Practitioners of Complementary (unconventional) Medicine. I: *Supplement to the final report of the Management Committee COST B4 1993-98*. European Commission.
- Gamborg, H. 1993 *Det usynlige i helbredelse – en bog om healing og energier*. København: Olivia.
- Geertz, C. 1975 Religion as a Cultural System. I: *The Interpretation of Cultures*. London: Hutchinson.
- Giddens, A. 1994 *Modernitetens konsekvenser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Good, Byron J. 1994 *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hansen, H. Ploug 2001 *Hvordan har du det? Kommunikation i sundhedssektoren*. København: Munksgaard.
- Hare, M.L. 1993 The Emergence of an Urban U.S. Chinese Medicine. I: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series 7 (1): 30-49.
- Hastrup, K. 2003 *Ind i verden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- James, W. 2000 [1907] Hvad pragmatisme betyder. I: Egeblad, Meador & Laursen (red.): *Pragmatismens renæssance. Philosophia – Tidsskrift for filosofi* 26 (3-4): 15-31. Århus: Filosofisk Forening i Århus.
- Janzen, J. 2002 *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*. Boston: McGracHill.
- Johannessen, H. 1994 *Komplekse kroppe – Alternativ behandling i antropologisk perspektiv*. København: Akademisk Forlag.
- 1996 Individualized Knowledge: Reflexologists, Biopaths and Kinesiologists in Denmark. I: Cant, S. & U. Sharma (red.): *Complementary and Alternative Medicines. Knowledge in Practice*. London/New York: Free Association Books.
  - 2001 *Alternativ behandling i Europa*. [www.vifab.dk](http://www.vifab.dk) (downloaded 6/9 2004).
  - 2002 *Alternative terapier som sociale, kulturelle og terapeutiske fænomener*. [www.forsk.dk](http://www.forsk.dk) (downloaded 31/8 2004).
- Kaptchuk, Ted J. 2000 (1983) *The web that has no weaver: understanding Chinese medicine*. London: Rider and Company. 2<sup>nd</sup>. edition.
- Kleinman, A. 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. California. University of California Press Ltd.
- 1999a Moral Experience and Ethical Reflection: Can Ethnography Reconcile Them? *Daedalus* 128 (4): 69-97. Academic Research Library.
  - 1999b *Ethics and Experience: an Anthropological Approach to health Equity*. [www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUPapers/foundations/kleinman.html](http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUPapers/foundations/kleinman.html). (downloaded 14/6 2005).
- Launsø, L. 1995 *Brug og brugererfaringer af virkninger af alternativ behandling – en sammenfatning*. København: Sundhedsstyrelsens råd vedrørende alternativ behandling.
- 1997 The Connection between the Scope of Diagnosis and the User's Scope of Action. I: Gosvig Olesen, S. & B. Eikard; P. Gad; E. Høg (red.): *Studies in Alternative Therapy 4 – Lifestyle and Medical Paradigms*. Odense: Odense University Press.
  - 2001 *Døre der åbner sig... Om grænseoverskridende læger og farmaceuter i det danske sundhedsvæsen*. Højbjerg: Forlaget Hovedland.

- Lee, Rance P.L. 1998 Comparative Studies of Health Care Systems in Three Chinese Societies. I: van der Geest, S. & A. Rienks (red.): *The Art of Medical Anthropology: Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Maretzki, Thomas W. 1989 Cultural Variation in Biomedicine: The *Kur* in West Germany. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series vol. 3 (1): 22-35.
- Monckton, J. & B. Belicza; W. Betz; H. Engelbart; M. Van Wassenhoven (red.) 1999 *COST Action B4. Unconventional medicine. Final report of the management committee 1993-98*. European Commission.
- Rhodes, Lorna A. 1990 Studying Biomedicine as a cultural system. I: Johnson, Thomas J. & C. F. Sargent (red.): *Medical Anthropology. Contemporary theory and method*. New York: Praeger.
- Rorty, R. 2000 Svar til Richard Bernstein. I: Egeblad, Meador & Laursen (red.): *Pragmatismens renæssance. Philosophia – Tidsskrift for filosofi*, 26 (3-4): 47-53. Århus: Filosofisk Forening i Århus.
- Rubow, C. 2003 Samtalen. Interviewet som deltagerobservation. I: Hastrup, K. (red.): *Ind i verden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rønnov, L. & C.K. Kimby; L. Launsø; H. Langgaard 2004 Kræftpatienters erfaringer med ukonventionel behandling. I: *Ugeskrift for læger* 166 (25): 2454-2457. Online-udgave: [www.dadlnet.dk](http://www.dadlnet.dk) (downloaded 25/9 2004).
- Sharma, U. 1994 The equation of responsibility. Complementary practitioners and their patients. I: Budd, S. & U. Sharma (red.): *The Healing Bond: The patient/practitioner-relationship and therapeutic responsibility*. London: Routledge.
- 1995 *Complementary medicine today. Practitioners and patients*. London: Routledge.
- Wadel, C. 2002 (1991) *Feltarbejd i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK.
- Whyte, Susan R. 1997 *Questioning misfortune. The pragmatics of uncertainty in eastern Uganda*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Whyte, Susan R. & S. van der Geest; A. Hardon 2003 An anthropology of materia medica. I: *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wikler, D. 1989 Holistic Medicine: Concepts of Personal Responsibility for Health. I: Stalker, D. & C. Glymour (red.): *Examining holistic medicine*. Buffalo, New York: Prometheus Books.