

KROPSSPROG?

– om kropsbilleder i en klinik for integreret medicin i København

At integrere betyder egentlig at sammenslutte til en helhed. Samtidig kommer ordet af det latinske *integer*, som betyder urørt, uskadt. Det kan være svært at se, hvordan de to – sammenslutningen og uskadtheden – skal kunne forenes. Umiddelbart vil de fleste associere begrebet integration med kompromiser. Om lidt følger en beskrivelse af en speciel integration – en som angår forskellige behandlingsretninger, der er repræsenteret i en klinik for integreret medicin i Danmark. Behandlingsretningerne vil vise sig at indgå i et samspil med hinanden, som gør både associationen med kompromiser og sammenkædningen med det urørte relevante.

Baggrund 1: Klinikken

Klinikken¹ blev grundlagt i efteråret 1991, og den havde udgangspunkt i den bevægelse, som hænger sammen med Dansk Selskab for Integreret Medicin (DSfIM) – en forening der har til formål at „bygge bro over kommunikationskløften mellem de to systemer [lægevidenskaben og naturmedicinen eller de alternative behandlingssystemer] for derigennem at opnå den størst mulige udveksling af viden og erfaring“ (DSfIM 1988:25). I klinikken foregik integrationen af disse to systemer i de enkelte behandleres virke, da de alle havde både etablerede og alternative uddannelser (se nedenfor). Imidlertid anskues integrationen i denne artikel noget bredere, idet den ikke blot ses som samvirket mellem det etablerede og det alternative – altså mellem den lægevidenskabelige og andre sygdoms- og behandlingsideer – men også som samvirket mellem en række forskellige alternative sygdoms- og behandlingsopfattelser indbyrdes.

Klinikken var indrettet i en kælderlejlighed med en række lokaler af forskellig størrelse. Det er ikke uvæsentligt, eftersom det betød en del for aktiviteterne dér. I klinikken fandt ud over konsultation og behandling også møder, undervisning, kurser og faglige aftener sted. Klinikken var således præget af en ganske stor og forskelligartet aktivitet det meste af dagen og aftenen.

Behandlerne i klinikken havde forskellige uddannelser, alle havde både en „etableret“ og en „alternativ“ uddannelse. Således forenedes det alternative og det etablerede

behandlingssystem så at sige i den enkelte behandler. Der var blandt andet en læge, en sygeplejerske, en sundhedsplejerske, en ergoterapeut, en lærer, en mikrobiolog og en pædagog. De samme mennesker havde uddannelser i zoneterapi, biopati, akupunktur og kostvejledning.² Der blev yderligere arbejdet med kinesologi, fordybelse, blomstermedicin, pendulering og homøopati.³ Behandlerne arbejdede 2-4 dage ugentligt med mellem 1 og 5 klienter dagligt. De praktiserede enkeltvis, men samarbejdede om visse klienter, når det skønnedes at kunne gavne forløbet. Samarbejdet foregik ved, at der på 2 månedlige møder og også mere uformelt (på gangen, over en kop te, i frokostpausen osv.) udveksledes gode råd, klienthistorier og problemer behandlerne imellem.

Klienterne henvendte sig hovedsagelig telefonisk til klinikken. De visiteredes som regel ved samme lejlighed, hvor de blev givet en tid hos en behandler. Klienterne var ofte blevet opmærksomme på klinikken gennem venner, bekendte og familie – klinikken annoncerede slet ikke. Klienterne henvendte sig med et ganske bredt spektrum af problemer, blandt de almindeligste var allergi, cancer, svamp og psykiske lidelser. Klienterne var (som behandlerne) i langt overvejende grad kvinder.

Konsultationerne forløb i sagens natur ret forskelligt fra behandler til behandler og fra klient til klient. Fælles var dog, at de var ret lange i forhold til det etablerede systems konsultationer (1 1/2-2 timer), og at de bar præg af dialog mellem behandler og klient. Der kunne gå ret lang tid mellem to konsultationer med den samme klient – ofte flere måneder. Enkelte kom kun et par gange eller tre, mens andre kom fast hver måned i halve eller hele år.

Baggrund 2: Feltarbejdet

Mit feltarbejde i klinikken startede i efteråret 1992. Det varede 8 måneder med afbrydelser på dage, uger og en enkelt gang en hel måned.

Da jeg startede på feltarbejdet, var det min mening at beskæftige mig med de åndelige aspekter af samarbejdet i klinikken. Det var min idé, at jeg ville arbejde med behandlernes håndtering af åndelige kræfter i relation til deres opfattelse af sygdom og helbredelse. I den forbindelse forestillede jeg mig, at det åndelige – i form af healing, kristne ideer, chakralære, auralæsning mm. – indgik hos alle behandlere på forskellige måder: som årsagsforklaring, som hjælpemiddel i helbredelsesprocessen og som beskyttelse af behandleren og klienten. Men efter en måneds tid måtte jeg indse, at behandlerne i klinikken som udgangspunkt arbejdede på et meget konkret, fysisk grundlag, som fik min tilgang til at forekomme temmelig irrelevant.⁴ Samtidig med at jeg gjorde denne erkendelse, blev det stadig tydeligere for mig, at jeg havde svært ved at gøre mig forståelig i klinikken, og at jeg faktisk havde svært ved at forstå, hvad behandlerne talte om. Samtidig blev jeg – blandt andet ved udskrivning af mine interviews – opmærksom på, at behandlerne benyttede et rigt udvalg af billeder til beskrivelse af snart sagt alt, hvad de talte om. Under et interview sagde en af behandlerne til mig:

Alt dette er så svært at tale om. Vi mangler simpelt hen ord til at beskrive det, vi arbejder med. I begyndelsen, da jeg startede på dette område, var der flere der sagde til mig, at det var et problem, men jeg syntes, det var noget vrøvl. I mellemtiden er jeg kommet til at se, at det er et reelt problem.

Den udtalelse medvirkede til, at min interesse drejede sig i retning af sprog og kommunikation i klinikken. Specielt blev jeg grebet af at finde ud af, hvad billedsproget – metaforerne – i klinikken kunne fortælle om samarbejdet og forholdet mellem behandlerne og behandlingsformerne.

Perspektivet beskrives godt ved en behandlers udtalelse, som var en respons på en opfordring fra mig om at sammenligne denne klinik med de andre klinikker, behandleren havde indgået i:

Jeg er så glad for at være her i denne klinik. Her arbejder jeg sammen med dejlige mennesker, som taler det samme sprog.

Her er der selvfølgelig ikke bare tale om, at de andre behandlere også taler dansk, men om at de siger ting, som giver mening for denne behandler, ting som f.eks. kan bruges i det daglige arbejde. Her er simpelthen tale om, at behandlerne nærmer sig hinanden i kommunikationen i bestræbelserne på at samarbejde. Det, der nu følger, er en beskrivelse af dele af denne tilnærmelse, nemlig de dele som angår kropsbilleder, både i form af billeder af kroppen (som vægtes mest i denne artikel) og i form af billeder hentet fra kroppen og kropslige erfaringer.

Baggrund 3: Teoretisk udsigtspunkt

De følgende betragtninger er grundlæggende baseret på de ideer om sammenhænge mellem sprog, erfaring og virkelighed, som kommer til udtryk hos f.eks. Ardener (1989) og Holland og Quinn (1987). Sproglige kategorier og kulturelle modeller ses her som værende i konstant interaktion med den sociale og erfaringmæssige virkelighed. Sammenhængene kommer tydeligt til udtryk hos Ardener (1989), som i sin analyse af kategoriseringen af en kropsdel – hånden – indfører ideen om samtidighed („simultaneity“). Ved etologiske studier konstaterer han, at observation og kategorisering er uadskillelige fra socialt betinget betydning (op.cit.:163). Konkret hænger kategorisering af hånden i to forskellige sproggrupper sammen med forskellig brug af hånden i de to grupper. Det er ikke blot sådan, at brugen determinerer kategorien: „Der er ingen årsagsretning fra adfærd til kategori, eftersom de ikke kan adskilles. De udgør en samtidighed“ (op.cit.:168). Brugen – og dermed det sociale – og kategorierne er i kontinuerligt samspil. Erfaringen indføjers i dette kompleks ved indførelsen af begrebet „semantisk tæthed“, som angår frekvensen af sammenfald mellem kategori og den erfarede virkelighed.

Kategorier indgår i større sammenhænge, i kulturelle modeller, som de skitseres hos Holland & Quinn (1987). I denne sammenhæng er det væsentligt, at disse „danner ramme om vores forståelse af, hvordan verden fungerer, inklusive vores slutninger om, hvad andre levende væsener er ude på og – væsentligt nok – vore egne beslutninger om, hvad vi selv ønsker at gøre“ (op.cit.:22).

Sproget repræsenterer altså ikke blot virkeligheden på en neutral måde, men kategorier efterprøves konstant i den sociale virkelighed. Erfaringen har ifølge disse teorier prototypekarakter – blandt andet i skikkelse af Ardeners semantiske tæthed (jf. også Rosch 1978). Som følge deraf er de kulturelle modeller og de sproglige kategorier kendetegnet ved at være organiseret efter typiskhed (se f.eks. Lakoff & Kövecses 1987:210

et passim) snarere end ved definatoriske grænser. Denne tilgang har haft konsekvenser for mit arbejde både på det metodiske, det analytiske og det fortolkende niveau.

Metodisk har tilgangen ganske enkelt betydet, at jeg ikke har kunnet nøjes med verbale undersøgelser. For at forstå sproget og dets relation til aktiviteterne i klinikken, måtte jeg selv deltage i klinikkens liv for derigennem at opbygge et kognitivt apparat, som kunne hjælpe til tolkning af de verbale ytringer, jeg mødte.

På det analytiske og fortolkende niveau betyder denne tilgang, at jeg (ligesom læseren af dette) må være opmærksom på, at organiseringen af materiale og resultater har prototypekarakter. Det vil sige, at der ikke præsenteres et færdigt system af lukkede kategorier, men snarere gives et øjebliksbillede af en sammenhæng i konstant forandring.

Imidlertid har tilgangen også givet muligheder; gennem kombinationen af sproglige og deltagende undersøgelser bliver det med den i baghovedet muligt at sige noget om de kulturelle modeller og de kognitive kategorier, der fandtes i klinikken, da jeg arbejdede der.

Kropsbilleder 1: Billeder af kroppen

Da en af behandlerne i klinikken ville beskrive virkningen af kaffedrikning på eksem hos en bestemt klient, sagde hun: „Kaffen går ind i kroppen og stresser den“, og da hun skulle beskrive helbredelsesprocessen hos den samme klient, sagde hun: „Der er nogle infektioner, som skal ud af kroppen“.

En behandler, som brugte homøopatiske midler, sagde om en klient med eksem: „Dette fortæller os, at hendes udskillelsesorganer ikke fungerer ordentligt. Det betyder, at hun ikke kan få nok affaldsprodukter ud af kroppen. Så bruger hun huden som depot“.

På denne måde brugte begge behandlere billedet „ind-og-ud-af-kroppen“. Således gav begge udtryk for, at de opfatter kroppen som en beholder, i hvilken nogle ting hører til og andre ikke.

Billedet her er en metafor i Lakoff og Johnsons forstand (Lakoff & Johnson 1980). Hos dem ses metaforer som forbindende det ikke-sproglige med det sproglige. Hos Lakoff og Johnson (som hos Holland & Quinn 1987) sættes sproget ind i det liv, det indgår i – i form af sociale omstændigheder, psyke og erfaringer. Lakoff og Johnson antager, at der bag det sproglige findes en organisering, som er motiveret af kropslige og fysiske erfaringer. Der er således korrelation mellem begreb og erfaring (Lakoff & Johnson 1980).

Sammenbindingen sker blandt andet ved brug af metaforer. Her er det afgørende bevægelsen fra kildedomæne til måldomæne – „mapping“-processen. Det, som ønskes sprogligt begrebsliggjort – fra måldomænet, som er vanskeligt verbaliserbart – udtrykkes i et eller flere elementer fra kildedomænet, som ligger inden for det, der kan tales om – ofte fysisk eller kropslig erfaring. „Mapping“-processen er baseret på en oplevelse af lighed i de to domæner. Metaforer kan indgå i større sammenhænge, „prototypiske drejebøger“, som er en form for typiske forløb, der indeholder aktører, hændelser og handlinger (Lakoff & Kövecses 1987).

I dette konkrete tilfælde anvendes – i overensstemmelse med de ovenfor skitserede teorier – en kropslig erfaring, som er helt basal (at kroppen har en ydre grænse, jf. Lakoff 1987:272; Lakoff & Johnson 1980:25) til beskrivelse af en kompleks og vanskeligt verbaliserbar situation (indgrib i en syg krop).

Metaforen „kroppen-som-en-beholder“ havde i klinikken et integrationsaspekt, idet den gjorde to forskellige holdninger til symptomer og sygdom i stand til at sameksistere. På den ene side fandtes den homøopatiske idé, som i sit udgangspunkt fokuserer på symptomet i sig selv (se f.eks. Sharma 1979; Vithoulkas n.d.). I klinikken fik det sit udtryk i brugen af urin- og blodprøver som udgangspunkt for behandling og i brugen af ét remedie pr. symptom eller sygdom. På den anden side fandtes en biomedicinsk, lægevidenskabelig idé om generaliserbare sygdomme „bag“ symptomerne (se f.eks. Gordon 1988). Dette synspunkt repræsenteredes i klinikken blandt andet af kostvejledernes brug af pendulering over et skema, som blandt andet angav en række almindeligt lægevidenskabeligt anerkendte problemer og sygdomme. Denne pendulering blev brugt til diagnosticering og dannede som sådan udgangspunkt for behandling. Metaforen „kroppen-som-en-beholder“ gjorde, at repræsentanterne for disse to retninger kunne kommunikere til trods for forskellene. Der kunne tales om klienternes sygdomme, ikke som noget bag symptomerne og ikke som symptomerne i sig selv, men som tilstedeværelsen af noget i kroppen, som ikke hørte hjemme der. Tilsvarende kunne man tale om sundhed blandt andet som forudsat af tilstedeværelsen af ting, som hørte til i kroppen (f.eks. vitaminer, mineraler og energi).

Andre talemåder var karakteristiske for klinikken. En kostvejleder beskrev effekten af kviksølvs tilstedeværelse i kroppen på følgende måde: „Parasitten lever af kviksølv [...] Kviksølvet har meget på sin samvittighed“. Sygdomme og sygdomsagenser omtaltes som noget aktivt eller endog levende, personificeret, med egen vilje til handling. Dette var en meget almindelig måde at tale på i klinikken: „Canceren er ved at slippe sit tag i ham“. Og den fulgte op af en tilsvarende måde at tale om helbredelse og helbredelsesmidler på: „B5-vitaminet går ind og styrker dit immunsystem“. „Dette vitamin går ind i kroppen og får leveren til at producere mere gammaglobulin“.

Hele dette kompleks af talemåder, som betonedes det aktive og levende, hvad angik sygdom og helbredelse, udgjorde, hvad man kan betragte som en aktivitetsdiskurs. Her bruges diskursbegrebet i tråd med Good et al. (1990), der betragter diskurs som det aktive sprog udtrykt i samtaler.

Ideen om en medicinsk diskurs er grundlæggende baseret på tanken om, at behandling er social praksis (Kuipers 1989:100). Her betyder det, at behandleres indbyrdes samtaler betragtes som indeholdende meddelelser om relationer både internt og eksternt. Diskursanalysen her svarer altså nogenlunde til den, Kuipers foreslår som en art syntese af det strengt „interaktionelle“ – „ansigt-til-ansigt“-samtaler, som detaljeret udskrives og analyseres som isolerede, personafhængige universer – og det „poststrukturelle“, hvor fokuseringen er på magt, autoritet og social orden. Kuipers foreslår en tilgang til medicinsk diskurs, som han kalder *entextualization* (Kuipers 1989:109-13). Det betegner en analyseform, hvor man betragter relationen mellem den konkrete, specifikke samtale, som er præget af taleintentioner, og en dekontekstualiseret, institutionelt struktureret diskurs. Det er det perspektiv, jeg anvender i denne sammenhæng.

Aktivitetsdiskursen var en del af en måde, hvorpå behandlerne etablerede og vedligeholdte et bestemt billede af sig selv, deres behandling og deres klienter. Dette billede havde mange aspekter, hvoraf det væsentligste ser ud til at have været den afstand, det i forening med en diskurs om naturlighed lagde til det etablerede behandlingssystem, der i denne klinik (som i mange andre sammenhænge, se f.eks. Atkinson 1988) sås som både pacificerende og syntetisk på flere planer. Ud over denne eksterne identitetsmarkering,

markerede aktivitetsdiskursen også internt i klinikken – på personniveau – behandlernes identitet som aktive mennesker: „Jeg arbejder med andre mennesker“. „Jeg arbejder med mig selv“. „...der var enormt travlt. Det er der altid når jeg er et sted, så bliver der enormt travlt“.

Det var tydeligt, at det ansås for prisværdigt at være et aktivt, ja endog et travlt menneske. Således kom de behandlere, som rangerede højest i klinikken, ganske ofte for sent til både møder, konsultationer og interviews. Aktivitetsdiskursen skabte yderligere sammenhæng i behandlernes identitet, idet eksistensen som aktivt menneske korresponderede godt med det at behandle aktive klienter („hun har arbejdet meget med sig selv“, „han skal gå ind i nogle dybere ting for at blive rask“) med aktive sygdomme, som behandles med aktive midler.

Således havde også aktivitetsdiskursen et aspekt af integration, idet den etablerede og vedligeholdt en fælles identitet for behandlerne i klinikken, som dels afgrænsede dem udadtil ved at stå i modsætning til det etablerede, lægevidenskabelige behandlingssystem og dels skabte en fælles aktivitetsidentitet indadtil.

Sidst i denne forbindelse skal nævnes en tredje type af billederne af kroppen. De to ovenstående har omhandlet dels kroppen selv og dels dens processer. Den sidste omhandler kroppens struktur.

En kostvejleder beskrev en klients tilstand for mig på denne måde: „Så vidt jeg kan se, har hun nogle belastninger med kviksølv“. En anden kostvejleder udtalte om en klient: „...hun har haft mange belastninger, tungmetaller...og gamle betændelsesfokus har vi renset ud her til sidst“. En biopat, som arbejdede med meridiantest, sagde under et interview: „Han har en blokering på sin nyremeridian, som er en belastning for ham“.

Alle disse behandlere brugte udtrykket „belastninger“ til beskrivelse af deres klients problemer. Metaforen implicerer en forestilling om, at klienten, der har et helbredsproblem, „tynges ned“ af det. Således tvinges hun eller han til at bruge en del af sine ressourcer til at „bære“ problemet. Sygdomme er ifølge denne idé en række følgevirkninger af forkert ressourcebrug:

...Mennesker med de her forskellige allergier og overfølsomhedssymptomer, de har en lang række belastninger, af alle mulige forskellige slags. Det kan være gamle medicinrester, det kan være svampeinfektioner, det kan være en skæv ryg, der gør, at de ikke fordøjer maden ordentligt, og derfor bliver overfølsomme over for den. Det kan være stress, fejlnæring, et hav af forskellige ting...

Igen gjorde metaforen det muligt at kombinere forskellige ideer om sygdomme og sygdomsagenser. Hos biopaten findes som baggrund meridianteorien, som angår energibaner og strømme, der skal kunne løbe frit i kroppen som forudsætning for et godt helbred, mens kostvejlederne fokuserer på kemiske, indholdsmæssige forhold (tungmetaller, betændelse, svampe, medicinrester). I det sidste af de tre citater ovenfor samler en enkelt behandler endog endnu flere typer af problemer under begrebet belastninger, idet hun også betragter psykiske og kropsstrukturelle forhold som belastninger. Metaforen „belastninger“ gjorde det således muligt at kombinere flere forskellige ideer om kroppens struktur – metaforen undlader simpelt hen at inddrage spørgsmålet om kropsstrømme versus kropsindhold og nøjes med at omhandle brugen af ressourcer. Igen har metaforen et aspekt af integration, idet den gjorde det muligt for behandlere og behandlingsformer at sameksistere på trods af forskelle.

Før vi vender tilbage til spørgsmålet om integration, og før kropsbillederne, som de fandtes i klinikken, skal sættes i forhold til de faktiske begivenheder der, skal vi kort behandle en anden del af kropsbillederne: billederne, som er hentet fra kroppen og de kropslige erfaringer.

Kropsbilleder 2: Billeder fra kroppen

Da jeg under et interview spurgte en behandler, hvad der bandt behandlerne i klinikken sammen, svarede han: „Man kan sige, at det er et sted, hvor der arbejdes meget intuitivt. Altså, på basis af en solid viden bliver der arbejdet individuelt intuitivt“. Flere andre behandlere gav udtryk for, at et vigtigt fælles træk hos dem var deres intuitive arbejde.

Intuitionen var svær at tale om. Det oplevede jeg både ved interviews og i andre situationer. Konsekvensen af det blev, at behandlerne, når de skulle fortælle om deres intuitive arbejde, hentede almindeligt kendte situationer og sammenhænge frem som billeder – metaforer – til beskrivelsen. Det er et karakteristisk træk ved metaforer, at de ganske ofte hentes fra dette lager af alment menneskelige, fysiske erfaringer, og at det er derfor, de er så virkningsfulde.⁵ Det var meget almindeligt i klinikken at anvende den slags metaforer, når der skulle gives beskrivelser, som angik meget komplekse eller svært verbaliserbare forhold. Det gjaldt blandt andet brugen og effekten af blomstermedicin, og det gjaldt beskrivelsen af nogle af de meget komplicerede tilstande, som fandtes hos nogle af klinikens klienter, som f.eks. cancer og HIV.⁶ Jeg skal ikke her gå dybt ind i denne del af metaforbrugen, men blot nævne enkelte eksempler, som har relation til integrationen.

Ikke alle metaforer angik kroppen direkte, men de fleste havde deres udgangspunkt i kropslige eller fysiske erfaringer fra hverdagen. Imidlertid fandtes der, når det gjaldt beskrivelsen af det intuitive arbejde i klinikken, en række metaforer, som ret direkte angik krop og visse kropserfaringer, nemlig dem, som stammer fra sanserne.

En behandler brugte følesansen til beskrivelse af sit arbejde med pendul, som jo må siges at være baseret på det intuitive:

Jeg mærker i klienternes energifelt – i deres krop, deres psyke, i deres helhed. Jeg mærker på det hele menneske, der sidder over for mig. Og det, jeg mærker, kommer som nogle svar til mig gennem pendulet.

En anden behandler beskrev sit arbejde som en dialog med klienternes underbevidsthed:

...den [underbevidstheden] sender en meddelelse over til mig...Så det er egentligt ret afslappende for mig at være der. Jeg skal bare lytte til, hvad det egentlig er...

En tredje behandler beskrev de problemer, der af og til kunne opstå med det intuitive arbejde med pendulet:

[Jeg kan] opleve blokeringer. Det er ligesom at se en kæmpe mur foran sig.

På denne måde havde også billederne fra kroppen i form af ovennævnte metaforer en sammenhæng med integrationen. De tillod behandlerne at udtrykke sig om det, de selv så som et sammenbindende træk i klinikken, nemlig at der arbejdedes intuitivt.

Kropssprog: Integration?

Men hvad med den rent praktiske side af integrationen? Havde de fællesskaber, der skabtes i kommunikationen, også konkret udtryk i klinikkens aktiviteter? Og hvad med det urørte og kompromiserne? Vi skal først se på de billeder af kroppen, som lå i de metaforer, behandlerne brugte.

De elementer, der lå i de tre ovennævnte måder at omtale krop, kropsstruktur og kropsprocesser på, havde sammenhæng med de faktiske begivenheder i klinikken. Hvad angår billedet af „kroppen-som-en-beholder“, var det kendetegnende, at stort set samtlige behandlere fokuserede på udrensninger i deres behandlingsprogrammer. Der anvendtes forskellige metoder til disse udrensninger, og der sås mange forskellige opfattelser af, hvad man skulle udrense. Eksempelvis fokuserede homøopaten først og fremmest på parasitter i sine udrensningsprogrammer, mens biopaterne var mere optagede af kroppens egne affaldsstoffer. Tilsvarende brugte homøopaten potenserede midler, som svarede specifikt til bestemte gifte eller parasitter, mens biopaterne også lagde vægt på at bruge præparater, som skulle aktivere kroppens generelle udrensningssevner.⁷

Mens der således var uoverensstemmelser indlejret i udrensningsideerne, var altså selve ideen om, at noget skulle ud af kroppen, imidlertid fælles.

Som nævnt tidligere fandtes der i klinikken en idé, som korresponderede med udrensnings tanken, og som er relateret til billedet af „kroppen-som-en-beholder“, nemlig at visse ting hører til i kroppen. Tilsvarende fandtes der indlysende den fælles praksis hos behandlerne, at klienterne for at kunne opretholde deres helbred eller for at blive raske opfordredes til at indtage forskellige ting. Også her var der tale om meget forskelligartede opfattelser af, hvad der var vigtigt. Mens kostvejlederne naturligt nok fokuserede på kosten, lagde eksempelvis biopaterne langt mere vægt på vitamin- og mineralbalancen, og dermed var de mere optagede af klienternes indtagelse af disse stoffer, men begge behandlertyper arbejdede altså med ideen om, at noget hørte til inden i kroppen.

Billedet af sygdomme som noget levende og aktivt hang rent praktisk sammen med, at alle behandlere pointerede vigtigheden af, at klienterne selv deltog aktivt i helbredelsesprocessen. Det vil eksempelvis sige, at klienterne skulle forberede sig til konsultationerne, og at de derhjemme skulle foretage sig bestemte ting på egen hånd. Dette spændte dog meget vidt med hensyn til arten og størrelsen af klienternes indsats; hos nogle behandlere skulle klienterne blot følge et på forhånd fastlagt program for indtagelse af præparater, mens de hos andre skulle nedskrive drømme, foretage fantasirejser og skrive eventyr. Samtidig kom ideen om det aktive til udtryk ved, at behandlerne selv med deres egne ord var „aktive mennesker“ og „arbejdede med sig selv“ i en konstant indsats for at blive bedre behandlere. Dette arbejde havde forskellige former og indhold, nogle af behandlerne arbejdede blot hårdt mange timer om dagen, mens andre var meget optaget af terapeutiske og uddannelsesmæssige forløb. Selve aktiviteten var dog fælles, både hvad angik klientaktivering, og hvad angik det at være behandler.

Endelig er der belastningsbilledet, som indebærer tanken om, at klienter har en bestemt mængde af ressourcer, som de kan bruge rigtigt eller forkert. Dette billede havde det udtryk i klinikkens virkelighed, at komplekse sygdomme hos klienterne grundlæggende sås som kombinationer af forhold af simple art: tilstedeværelse af svamp i kroppen, tilstedeværelse af betændelse, kropsstrukturelle forhold osv. De komplekse sygdomme kunne på denne måde splittes op i en række tilstande, som behandlerne håndte-

rede én for én. Det havde den konsekvens, at de konkrete behandlingsforløb kom til at bestå af en række faser, i hvilke man behandlede forholdsvist enkle tilstande én ad gangen. I løbet af behandlingen, der på grund af denne arbejdsmåde kunne strække sig over længere tid, sås klienterne – stadig i overensstemmelse med belastningsmetaforen – som værende i besiddelse af stadig flere frie ressourcer, som stadigt mere selvhjulpne. Det betød konkret, at behandlerne, efterhånden som behandlingen skred frem, overlod mere og mere til klienterne selv, f.eks. hvad angik videre diagnosticering, prioritering af behandlingformer og dosering af præparater.

De tre billeder af kroppen havde altså direkte relation til det, der faktisk foregik i klinikken; integrationen havde således også et konkret udtryk. Samtidig havde disse billeder (som før omtalt) på forskellige måder mere relation til de mere idémæssige aspekter af integration, idet de muliggjorde kommunikation på tværs af forskellige grundideer om sygdom og helbredelse.

Hvad angår billederne fra kroppen, hvoraf kun enkelte er nævnt i denne sammenhæng, må de selvsagt også siges at have konkret udtryk i klinikens aktiviteter. Samtidig havde de af dem, der her er nævnt, den åbenlyse relation til integrationen, at de muliggjorde kommunikation om noget, behandlerne så som fælles, nemlig det intuitive arbejde. Mere generelt muliggjorde disse billeder fra kroppen også i det hele taget kommunikation om det alternative behandlingsarbejde, som ganske ofte byder på sproglige problemer, fordi den sædvanlige terminologi, der anvendes i relation til sygdom og behandling, er den lægevidenskabelige. I denne egenskab af medium for en sammenhængende kontakt, spillede altså også disse billeder en vigtig rolle i integrationen.

Integer, urørt, var altså et relevant ord i forbindelse med integrationen i klinikken; de fleste af de repræsenterede behandlingsretninger kunne både idé- og handlingsmæssigt føre en ret upåvirket tilværelse i klinikken. Men samtidig blev der indgået en række kompromiser, idet der blev givet køb på dybde i kommunikationen; behandlernes udveksling foregik i billeder, i hvilke forskelligheder ignoreredes, hvorved man undgik meningssammenstød. For mig at se medførte denne manglende dybde i kommunikationen – kombineret med billedernes umiddelbare appel til almen, fysisk eller kropslig erfaring og deres deraf følgende slagkraft (se også note 5) – at en række uoverensstemmelser mellem behandlingsformerne, som kunne have været brugt konstruktivt i en udveksling af synspunkter, snarere voksede og endte med at få skikkelse af stadigt voldsommere tilbagevendende konflikter. På denne måde undgik behandlerne de daglige konflikter, men kom til at betale en pris i sidste ende: klinikken brød delvist sammen og eksisterer ikke længere i den her beskrevne form.

NOTER

1. Klinikken eksisterer ikke længere i den form, jeg kendte den, men blev splittet op kort efter, at jeg havde afsluttet mit feltarbejde. Dette skyldtes konflikter mellem behandlerne – konflikter, som delvis hænger sammen med det samspil, der beskrives i det følgende. Jf. i øvrigt sidste del af denne artikel.
2. Kostvejlederne i klinikken var uddannede af en af de behandlere, som var tilknyttet klinikken. Hun havde udarbejdet sin egen uddannelse, hvor der blandt andet indgik læren om mineraler og vitaminer, fysiologi, anatomi, biokemi, yin og yang, syre/base-balance og homøopati. Akupunktur er sikkert kendt for de fleste.

Den er et system efter hvilket, man ved indførelse af nåle forskellige steder i kroppen kan påvirke andre dele af kroppen og en række kropsprocesser. Akupunkturen er baseret på meridiansystemet, et system af strømmende energi i kroppen (se også f.eks. Ballegaard 1989). Biopati er et dansk system, efter hvilket man ved meridiantests, kinesnologiske tests eller på anden måde undersøger mennesker for vitamin- eller mineralmangler og for sygdomstilstande af forskellig art, f.eks. forgiftninger, infektioner osv. Systemet er således til dels baseret på meridiansystemet og dels på læren om vitaminer og mineraler. I behandlingen indgår også brug af homøopatiske midler. (Se også f.eks. Nielsen 1986). Zoneterapi er nok kendt for de fleste. Den er baseret på et holografisk system, dvs. at man i delen ser helheden. Ved påvirkning af bestemte zoner på foden påvirkes dele af kroppen, f.eks. organer. Zoneterapien er baseret på ideen om meridianer (se endvidere Andersen 1988).

3. Homøopati hviler på ideen om potenserede præparater. Grundlæggende er tanken, at stoffers svingninger ved en meget kraftig fortynding kan overføres til vand eller anden væske. Stofferne, der fortyndes, er i den klassiske homøopati sygdomsfremkaldere, hvis svingninger antages at aktivere patientens immunsystem. I klinikken anvendtes også isopati: fortyndingen af stoffer som har helbredende effekt (se også f.eks. Sharma 1979). Pendulet brugtes af flere forskellige behandlere i klinikken. Det brugtes blandt andet til at diagnosticere og til at finde og dosere præparater, men også til at fastslå, hvilken eller hvilke behandlinger, der skulle tages i brug. Blomstermedicin er en form for præparater, som antages at have indflydelse på de psykiske aspekter af mennesket. Den type, der brugtes i klinikken, var amerikansk produceret, og dens sammensætning var kanaliseret ned af en clairvoyant person. Blomstermedicinen brugtes oftest i kombination med andre behandlinger som f.eks. homøopati. Fordybelsen i klinikken var specialudviklet af den behandler, som hovedsageligt brugte den. Den var grundlæggende baseret på jungianske principper og havde form som en art visualisering, der udfoldede sig i en dialog mellem klient og behandler. Kinesiologi er et system, efter hvilket man ved muskeltests kan diagnosticere og til dels også behandle forskellige tilstande (se også Johannessen 1993). I klinikken her brugtes den hovedsageligt til testning af vitamin- eller mineralmangler og dosering af tilskud og homøopatisk medicin.
4. Det åndelige viste sig senere at være yderst vedkommende for næsten alle behandlere i klinikken, men det var ikke noget, der taltes meget om. Behandlerne var ikke særligt tilbøjelige til indbyrdes at drøfte deres åndelige eller religiøse ideer, men de fleste nævnte en eller anden form for henvisning til åndelige kræfter i forbindelse med deres arbejde over for mig, da vi efterhånden var kommet tættere på hinanden. F.eks. fortalte en kostvejleder mig om sin brug af pendulet: „selvfølgelig er det ikke jo mig alene, vel? Det er det guddommelige, der er med i denne her proces. Og det er jo også det guddommelige, jeg beder om beskyttelse...når jeg laver det her, for at de mørke kræfter ikke skal tage over“.
5. Metaforers slagkraft skyldes ifølge Lakoff og Johnson, at kildedomænet befinder sig på, hvad der kaldes „basic level“. Det er det niveau af kategorier, som med den mindste kognitive indsats siger mest om adskillelse af kategorier (Rosch 1978:30-33). „Basic level“-begreber er „...mere direkte forbundet med erfaringen [de er] rige på information og rige på almindelig mental billeddannelse“ (Lakoff & Kövecses 1987:218). De metaforiske begreber er umiddelbart forståelige for de fleste mennesker, fordi de har rod i denne kropslige interaktion med de fysiske omgivelser. Derfor spiller de en så væsentlig rolle i de kognitive processer (Lakoff & Johnson 1980:61-62 et passim).
6. Jeg skal ikke her gå ind i en beskrivelse af disse metaforer – de har ikke noget direkte med kroppen at gøre – men jeg kan nævne, at der fandtes metaforer for blomstermedicin, som beskrev den som en nøgle, med hvilken behandlerne kunne åbne klienterne for behandling i det hele taget og for f.eks. homøopatisk medicin. De komplicerede tilstande HIV og cancer blev beskrevet med metaforer, som antydede, at de var opbygget i lag af varierende kompleksitet. De „øverste“ lag var dem, behandlerne umiddelbart kunne gå til, kunne f.eks. være vitamin- eller mineralmangler, længere „nede“ kunne ligge forgiftninger, og de „nederste“ lag kunne f.eks. bestå af fødselstraumer eller traumer fra tidligere liv.
7. Homøopaten brugte også kroppens egne ressourcer til udrensning, idet han med de stærkt fortyndede sygdomsfremkaldere fik kroppen til at reagere, som om den blev angrebet af sygdomsfremkaldere selv. Imidlertid var denne udnyttelse af kroppens egne kræfter helt specifik, i modsætning til biopaternes, som snarere havde til formål at hæve kroppens almene udrensning på længere sigt.

LITTERATUR

Andersen, Lis

1988 Håndbog i zoneterapi. København.

Ardener, Edwin

1989 Comprehending Others. I: Malcolm Chapman (ed.): Edwin Ardener. The Voice of Prophecy. Oxford: Basil Blackwell.

Atkinson, Paul

1988 Discourse, Description and Diagnoses: Reproducing Normal Medicine. I: Lock, M. & D. R. Gordon (eds.): Biomedicine Examined. Dordrecht: Kluwer Academic Press.

Ballegaard, Søren

1989 Nålen der læger. Akupunktur i videnskabelig belysning. København: Gyldendal.

Dansk Selskab for Integreret Medicin

1988 Orientering til medlemmerne.

Good, Mary-Jo DelVecchio, Byron J. Good, Cynthia Schaffer & Stuart E. Lind:

1990 American Oncology and the Discourse on Hope. Culture, Medicine and Psychiatry 14(1).

Gordon, Deborah

1988 Tenacious Assumptions in Western Medicine. I: Lock, M. & D. R. Gordon (eds.): Biomedicine Examined. Dordrecht: Kluwer Academic Press.

Holland, Dorothy & Naomi Quinn

1987 Culture and Cognition. I: Holland, Dorothy & Naomi Quinn (eds.): Cultural Models in Language and Thought. Cambridge: Cambridge University Press.

Johannessen, Helle

1993 Komplekse kroppe. København: Akademisk forlag.

Kuipers, Joel C.

1989 „Medical Discourse“ in Anthropological Context: Views of Language and Power. Medical Anthropology Quarterly 3(2).

Lakoff, George

1987 Cognitive Semantics. I: Lakoff, G.: Women, Fire and Dangerous Things. Chicago: University of Chicago Press.

Lakoff, George & Mark Johnson

1980 Metaphors We Live By. Chicago: University of Chicago Press.

Lakoff, George & Zoltán Kövecses

1987 The Model of Anger Inherent in American English. I: Holland, Dorothy & Naomi Quinn (eds.): Cultural Models in Language and Thought. Cambridge: Cambridge University Press.

Nielsen, Kurt W.

1986 Biopati. København.

Rosch, Eleanor

1978 Principles of Categorization. I: Rosch, E. & Barbara B. Lloyd (eds.): Cognition and Categorization. New Jersey: Social Science Research Council.

Sharma, C.

1979 Homøopati. I: Forbes, A. (red.): Alternativ Lægekunst. København.

Vithoukas, G

n.d. Homøopati – Fremtidens Medicin. København: Similia.

