

KROPPENS KOMPLEKSE VIDENSKABELIGHED

– nye perspektiver på alternativ behandling

Emnet for dette indlæg er forholdet mellem alternativ behandling og videnskab.¹ I sandhed et vidtfaavnende emne. Titlen er måske mere specifik – kroppens komplekse videnskabelighed – men ikke lettere at afgrænse. Hvor skal man starte, og hvor skal man slutte? De begreber, der indgår i både emne og titel skriger på definition. Hvad betyder alternativ behandling, videnskab, videnskabelighed, kompleksitet og kroppen?

Jeg kan lige så godt sige først som sidst, at jeg ikke har tænkt mig at diskutere forskellige definitioner på disse begreber. Jeg vil heller ikke vove mig ud i en klokkeklar definition af, hvad *videnskab* og *alternativ behandling* er. Begge er utroligt komplekse fænomener. Grænserne for, hvad der er videnskab, og hvad der ikke er, og hvad der er alternativ behandling, og hvad der ikke er, er flydende. De afhænger af, hvem der ser dem, hvorfra og hvordan.

Jeg ser selvfølgelig videnskab fra en antropologisk synsvinkel. Det indebærer for det første, at ikke bare naturvidenskab, men også antropologi og andre bløde discipliner betragtes som videnskab, og for det andet, at videnskab ses som en særlig form for repræsentation af virkeligheden. For mig er videnskab én særlig måde at forstå virkeligheden på. En måde, der ikke nødvendigvis er mere sand end fru Jensens opfattelse af virkeligheden, men som er underlagt visse faglige regler om begrebsmæssig og metodisk konsistens og derfor kan gøres til genstand for faglig diskussion.

Alternativ behandling er alternativ til noget – men hvori består alternativiteten, og hvad er det alternativ til? Er der tale om et „alternativ“ til noget, der er „etableret“ i økonomisk, terapeutisk eller videnskabelig sammenhæng? De eksempler på alternativ behandling, som jeg vil fremdrage, hentes fra mit feltarbejde i klinikker for zoneterapi, biopati og kinesiologi. Tre behandlingsformer, som både er alternative i forhold til sygesikringen, lægelige behandlinger og traditionelle krav om kontrollerede kliniske forsøg.

Videnskab og alternative behandlere

I en diskussion af forholdet mellem alternativ behandling og videnskab er det relevant at spørge, om alternative behandlere og deres praksis er videnskabelig. Det mener jeg hur-

tigt, man kan svare benægtende på, idet de færreste alternative behandlere har en videnskabelig uddannelse, og de forklaringsmodeller, de bruger i den kliniske praksis, er ikke strengt videnskabelige. Nogle er baseret på videnskab, men i bedste fald kan man tale om populære forståelser og omformuleringer af videnskabelige modeller. De behandlinger og teknikker, der bruges af alternative behandlere, er også sjældent underbygget af videnskabelig dokumentation for effekt, men er snarere baseret på personlige og kliniske erfaringer.

Men man bør vel ikke laste de alternative behandlere for ikke at være videnskabelige. For det første er der ikke mange af dem, der kalder sig „videnskabelige“ eller identificerer sig med et videnskabeligt miljø. For det andet er store dele af etableret behandling heller ikke videnskabeligt baseret. På trods af myten om lægelige behandlings videnskabelige karakter, viser flere undersøgelser, at kun 15-20% af det, der foregår i lægelig praksis, er videnskabeligt underbygget. Det meste grunder sig på rutiner, kliniske erfaringer og den enkelte behandlers personlige kompetence som diagnostiker og behandler (Gordon 1988). Men denne tilsyneladende uvidenskabelige side af behandling behøver man ikke være forskrækket over. Der er meget, der tyder på, at der ligger reelle kvaliteter i dette. Deborah Gordon, blandt andre, har påpeget, at de dygtigste læger sjældent er i stand til at redegøre rationelt for deres praksis. Det er bare noget de kan – en form for „*tacit knowledge*“ eller måske det man førhen kaldte „*lægekunst*“. Man skal passe på ikke at afskære disse kvaliteter i videnskabens hellige navn (ibid.).

Kan man håndtere alternativ behandling videnskabeligt

Det egentlige fokus her er spørgsmålet om, hvorvidt alternativ behandling kan begrebsliggøres videnskabeligt, og i så fald på hvilken måde.

I den sammenhæng har jeg andetsteds argumenteret for, at der ikke er særlige metodiske problemer forbundet med videnskabelige studier af alternative behandlingsformer som sociale og kulturelle fænomener (Johannessen 1994a). Vi kan med gængse og anerkendte metoder afklare hvor mange personer, og hvilke befolkningsgrupper, der bruger hvilke former for alternativ behandling mod hvilke typer af helbredsproblemer, og hvorfor. Vi kan også gå ud og finde ud af hvor mange slags behandlere, der findes. Hvilke behandlingsformer og forklaringsmodeller de benytter, hvordan de organiserer sig, og hvordan den historiske udvikling af disse behandler-systemer som sociale og kulturelle systemer har været. Der findes efterhånden en del interessante undersøgelser af denne slags. Også herhjemme fra, selvom jeg tidligere har kaldt Danmark for et uland i den sammenhæng (Johannessen 1994b:10).

Fænomenet alternativ behandling trænger sig imidlertid på. Ikke mindst fordi det er temmelig udbredt. Hver fjerde dansker har prøvet en alternativ behandling, og mindst hver tiende inden for det sidste år (Rasmussen et al. 1988:127). Flere undersøgelser blandt specifikke patientgrupper viser, at ca. halvdelen supplerer den lægelige behandling med noget alternativt (Baggesen 1987; Dirach et al. 1986, 1987; Kryger & Jensen 1989; Stenager et al. 1989). Næsten som et kuriosum (når man tager det etablerede systems offentlige kritik af alternativ behandling i betragtning) viste en undersøgelse, der blev offentliggjort sidste år, at 48% af personalet på to hospitalsafdelinger havde brugt alternativ behandling, og 23% (næsten hver fjerde) inden for de sidste 3 måneder (Raben

et al. 1993). Alternative behandlinger er så påtrængende rent empirisk, at de i samfundets interesse bør studeres, og der foreligger allerede metoder og teorier, hvormed de kan forstås som sociale og kulturelle fænomener.

Problemerne med at forstå alternativ behandling i videnskabeligt perspektiv bliver imidlertid særlig fremtrædende i forbindelse med den terapeutiske effekt og virkemåde af disse behandlinger. I lægelige undersøgelser af alternativ behandling konkluderes ofte, at der ingen effekt er af behandlingen, og at terapien iøvrigt fremtræder som det rene nonsens – eller charlataneri. Der stilles derfor spørgsmålstejn ved etikken og moralen bag alternativ behandling, og man ser ofte læger fremføre synspunkter om, at de alternative behandlere udnytter syge menneskers håb om helbredelse uden at have noget reelt at tilbyde. Men er det nu også rigtigt?

Hvis man spørger alternative patienter selv, ser billedet ikke sådan ud. De erfarer faktisk i langt de fleste tilfælde en virkning af behandlingen. Blandt de 286 alternative patienter, der er interviewet i den undersøgelse, jeg har foretaget, rapporterede 65% om virkning af behandlingen. Et ganske flot resultat i betragtning af, at ca. 80% allerede havde prøvet etableret behandling for samme problem, før de opsøgte en alternativ behandler, og at ca. 20% kun havde fået én alternativ behandling på det tidspunkt, hvor de blev interviewet. Andre europæiske undersøgelser af patienters erfaringer med alternativ behandling viser tilsvarende, at mellem 60 og 80% erfarer en virkning (Lewith & Aldridge 1991).

Når patienterne erfarer virkning, men de lægelige undersøgelser hverken kan registrere eller forklare virkningen, synes jeg, det giver grund til at sætte spørgsmålstejn ved traditionelle lægelige modellers relevans i denne sammenhæng. Den store uoverensstemmelse mellem patienternes erfaringer og lægelige målinger kunne hænge sammen med, at de lægelige forskere fokuserer på noget andet end det, der er centralt i alternativ behandling. Der skal måske andre videnskabelige modeller til for at håndtere virkningen af alternativ terapi.

Mangfoldighedens paradoks

Som antropolog bør jeg måske holde mig langt væk fra en diskussion af den terapeutiske effekt af alternative eller etablerede behandlinger, og begrænse mig til studier af behandlinger i relation til kultur og samfund. Men da der nu synes at være begrebsmæssige problemer med at forstå alternative terapiers effekt og virkemåde, vil jeg alligevel tillade mig at bidrage til denne diskussion. Netop et studie i alternativ behandlingskultur burde give fingerpeg om, hvordan man kan håndtere effektproblematikken begrebsmæssigt.

I løbet af min undersøgelse blev jeg konfronteret med de anderledes kropsbilleder, der dominerer i alternative behandler-systemer og ligger til grund for behandlingerne. Selv om jeg havde ret godt kendskab til alternative teorier og behandlinger, før jeg påbegyndte dette studie, må jeg indrømme, at den konkrete mangfoldighed og forskellighed i billeder, teknikker og forklaringer gjorde mig ganske konfus. Især når jeg sammenholdt de mangfoldige modeller og billeder med, at det tilsyneladende alt sammen virkede.

Blandt de kropsbilleder, jeg mødte, var kroppen „som anatomisk struktur“, „som kredsløbssystem“, „som hologrammatisk struktur“, „som homeostatisk system“, „som biologisk økosystem“, „som energetisk system“, „som multidimensionelt system“ og

„som fortolkende system“. Behandlingerne var tilsvarende mangfoldige. Der var zoneterapi, massage, behandlinger med kosttilskud, diætvejledning, urtemediciner, homøopatiske mediciner, laser- og elakupunktur, øreakupunktur, akupressur, visualisering, positive bekræftelser med mere. Denne mangfoldighed af kropsbilleder og behandlinger, der hver især syntes sandsynlige og meningsfulde i den konkrete behandlingssituation, var overvældende.

De forskellige slags behandlere havde forskellige dominerende fælles billeder og behandlingsformer, så man kan lave en grovsortering af billeder i forhold til særlige behandler-systemer.

Men hver enkelt behandler havde desuden sine egne specielle favoritbilleder af kroppen med dertil knyttede favoritbehandlinger. Der kan således ikke bare skelnes mellem billeder og teknikker inden for zoneterapi, biopati og kinesiologi, men bør også skelnes mellem dominerende billeder og teknikker for forskellige zoneterapeuter, forskellige biopater og forskellige kinesioleger. Derudover var der en gennemgående insisteren på, at hver patient skulle behandles individuelt. Der var altså forskellige slags behandlere, og forskellige behandlere inden for hver slags, og hver enkelt patient skulle behandles forskelligt.

Jeg blev så at sige bombarderet med forskellighed og fik et begrebsmæssigt problem, idet jeg ikke anede, hvordan jeg skulle håndtere al denne forskellighed – hverken i et studie af kultur eller i min personlige erkendelse af krop og sygdom. Jeg følte meget stærkt den lægevidenskabelige dominans i forhold til vore forestillinger om, hvad krop, sygdom og behandling er – og fandt det svært at håndtere de alternative billeder meningsfuldt. Der var ingen lokal medicinsk tradition at sætte de alternative modeller ind i – bortset fra den lægevidenskabelige. Der var ingen lokal kultur at relatere modellerne til – bortset fra den samme, som lægevidenskab relaterer til.

I den sammenhæng blev diskussionen om kulturel kompleksitet på Institut for Antropologi min begrebsmæssige redning. Første gang jeg hørte om dette begreb, tænkte jeg, at det lød som en pæn måde at håndtere mangfoldighed på. Senere fandt jeg ud af, at problemet jo ikke løses alene ved at sige, at sundhedssystemet er komplekst. Kompleksitet er jo et begreb, der er lige så definitionsrigt (eller -fattigt) som begreberne videnskab og alternativ behandling.

For mig kom begrebet *kompleksitet* til at være synonymt med mønster og struktur i anden potens – dvs. mønstre af mønstre og strukturer af strukturer. Den medicinske mangfoldighed startede som *medicinsk pluralisme* i mit hovede, med mange „slagser“, der eksisterer side om side, men den blev efterhånden til *medicinsk kompleksitet*, hvor de mange „slagser“ ikke bare sameksisterer i tid og rum, men også indtager særlige positioner i forhold til hinanden. De definerer sig kvalitativt i særlige strukturelle mønstre i forhold til hinanden og deres socio-kulturelle kontekst. Det alternative bliver ikke længere bare en stor samlet masse, men nogle behandlingsformer fremtræder som mere alternative end andre, og dog relaterer de alle til former for teknologi og mellemmenneskelige relationer, som vi alle kender fra vores dagligdag (Johannessen 1994b).

Den komplekse krop

Min forvirring stak dog dybere end som så. Jeg blev berørt i min inderste erkendelse af,

hvad kroppen egentlig er. De mange forskellige kropsbilleder synes ikke bare at være meningsfulde i deres socio-kulturelle kontekst, men også at være meningsfulde – og funktionelle – i en terapeutisk sammenhæng. Patienterne rapporterede om virkning ved mange forskellige slags behandlinger, og det syntes nødvendigt at finde, eller etablere, en model af kroppen, der kunne inkorporere mangfoldighed og forskellighed.

Resultatet af denne søgen blev det begreb, som jeg har kaldt „den komplekse krop“. Et begreb der virkede befriende, idet det ophævede de tilsyneladende modsætninger mellem de mange kropsbilleder og teknikker.

At kroppen er en kompleks størrelse med mange elementer, kropssystemer osv. kan næppe undre nogen – og at der skulle være befrielse i begrebet om den komplekse krop, kan på den baggrund synes temmelig overdrevet. En anerkendelse af den kropslige kompleksitet giver imidlertid mulighed for en meningsfuld forståelse af mangfoldigheden i kropsbillederne, og en begrebsliggørelse af kroppens kompleksitet kan måske netop bane vejen for en bredere videnskabelig tilgang til den terapeutiske effekt af alternativ behandling.

I udviklingen af det komplekse kropsbegreb blev jeg hjulpet godt på vej af diskussionen inden for samfundsvidenskab og humaniora, hvor man inden for de sidste 10 år har sat kropsbegrebet på spil, i den forstand at det er blevet taget op til fornyet debat. På sin vis kan man sige, at diskussionen om kroppen er en storm i et glas vand. Det syntes jeg selv i starten, fordi jeg fandt, at det bare var et terminologisk skift fra en diskussion om *mennesket* til en diskussion om *kroppen*. Mennesket blev så at sige reduceret til krop.

Fra en anden synsvinkel kan man imidlertid med lige så god grund sige, at kroppen blev udvidet til at blive et menneske – og det er i den sammenhæng, at det er et godt terminologisk trick at tale om kroppen i stedet for mennesket. For selv om der vel næppe for alvor er nogen, der tvivler på, at sygdom angår mennesket, så er det i det lægevidenskabelige billede først og fremmest noget, der angår kroppen, og ved at samles om ordet *krop*, kan man måske bygge bro mellem flere fag – både videnskabelige og terapeutiske.

Kroppen som et stykke kultur

I den tværfaglige diskussion af kropsbegrebet betragtes kroppen ikke som en entydig størrelse, men ses i høj grad som kulturelt formet, som *en kulturel konstruktion*. Den måde kroppen forstås på; sådan som den ser ud; den måde den trimmes, plejes og bruges på; den måde den *er* på er kulturelt defineret. Også kropstilstande, som vi her i Danmark kalder „sygdomme“, er kulturelt definerede. Det, der af nogle opfatter som sygeligt, anomalt og uønsket, betragtes af andre som naturlige følger af livet.

Den komplekse krop kan forstås som et felt med uendelig mange potentielle dele og mønstre, der kan udredes af behandlere, patienter eller forskere. I den sammenhæng er det umuligt at se bort fra den fortolkning, som hele tiden foregår. Øjnene, der ser kroppen, og selvet, der erfarer kroppen, sætter grænser og vælger ud blandt de mange potentielle faktorer. Der sker en sortering og skabes en symbolsk orden i kroppen. Kroppen bliver betydningsfuld. Den fortolkes og forstås på en særlig måde. Med Marshall Sahlins kan man sige, at naturen leverer potentialerne, som gives symbolsk og betydningsfuld form af kulturen (Sahlins 1979).

Med dette fokus på fortolkning og betydningsgiven til kroppen kan man ikke længere tale om universelle standardkroppe. Man må hele tiden gøre sig klart, hvad og hvordan kroppen er for netop dette menneske i denne sammenhæng. En forståelse af, hvordan en behandlingsform virker, må dermed også inkorporere fortolkning som en uundgåelig faktor.

Den kulturelle formning af kroppen er ikke til at komme udenom, og i begrebet „den komplekse krop“, består kompleksiteten ikke bare i samspil mellem kroppens mange elementer, men også i høj grad i dens samspil med en omgivende kultur. Den komplekse krop er ikke bare et stykke natur, den er også et stykke kultur, fordi øjnene, der ser og definerer kroppen, også er en del af kompleksiteten.

Kroppen som et stykke samfund

Kroppen er også en del af samfundet. Metaforisk begrebsliggør vi kroppen som en kopi af det samfund, vi lever i – kroppens elementer tildeles roller og hierarkier, der afspejler roller og hierarkier i det samfund, den eksisterer i (jvf. Douglas 1975; Lock & Scheper-Hughes 1990; Martin 1990, 1992). Jeg har i min afhandling prøvet at vise, hvordan de forskellige kropsbilleder refererer til forskellige strukturer for mellem menneskelige relationer, som allesammen findes i dagens Danmark, men træder frem på skift i løbet af dagens – eller ugens – forløb.

I en mere konkret forstand er kroppen også en del af samfundet. Forskellige kropsbilleder indbyder direkte til forskellige sociale roller – både inden for og uden for sundhedssystemet. Kropsbillederne har for eksempel betydning for tildeling af ansvar i behandlingen – om det er patientens eller behandlerens.

Endelig er kroppen formet af sin plads i det overordnede sociale hierarki. Det er slet ikke lige gyldigt rent kropsligt, om det er en „arbejderkrop“ eller en „direktørkrop“. Handlinger, adfærd, arbejde, familieliv, fritidsaktiviteter, indtægt, levevis, forbrugervaner, andre vaner – alt påvirker kroppen. Den slides mere eller mindre, den skånes eller belastes i forhold til sin kapacitet.

Den sociale dimension er både relevant og uundgåelig, når man diskuterer kroppen, dens sygdomme og reaktioner på terapeutiske tiltag.

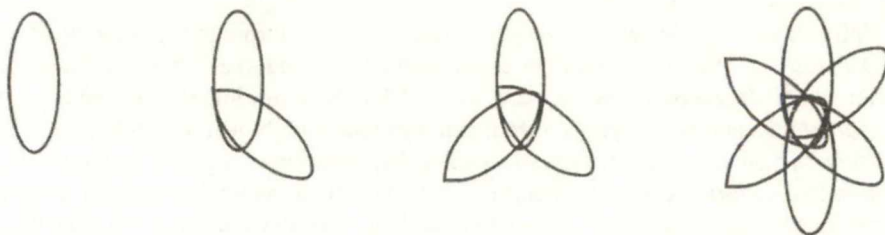
Kroppen som en del af naturen

Er der da slet ingen naturlig krop, kan man spørge sig selv. Er det hele kultur og samfund? Nej, det er det ikke.

Lige gyldigt hvad vi tænker om kroppen, og om vi overhovedet tænker på den, så foregår der uophørligt myriader af „naturlige“ processer i den. Kroppen bevæger sig, den fordøjer, den sveder, den ser, hører og lugter. Kroppen er en anatomisk struktur, den er et fysiologisk system, den er biokemiske processer, den er organer, celler, molekyler, DNA, handlinger, tanker, følelser og forestillinger. Den er i al sin mægtighed. Vi kan bare slet ikke fatte, alt det den er, på én gang. Vi er henvist til kulturelt og socialt formede udsnit af kroppen, hver gang vi prøver at begrebsliggøre den.

Kroppen som struktur

Hvis man skal prøve at fremstille de mange kropsdimensioner, eller kropsaspekter, fra kroppens perspektiv kan det gøres med denne model, hvor den individuelle krop ses som et felt i et kompliceret relationelt netværk.



Figur 1

Hver ellipse repræsenterer relationer (udvekslinger og andre former for samspil) i en særlig dimension, og viser „kroppen“, den individuelle krop, som et felt, der eksisterer i et sammenfald af blandt andet biokemiske, mekaniske, funktionelle, sociale og kulturelle relationer.

Denne model viser mangfoldigheden, eller pluralismen, set fra individets perspektiv. Patienter, der bevæger sig mellem mange slags behandlere, oplever, at deres krop repræsenteres i mange forskellige versioner, afhængigt af behandlernes forskellige begrebsapparater. De patienter, der holder sig til én behandler, oplever ikke denne mangfoldighed, men den må dog antages at ligge potentielt i deres kroppe til eksplicitering eller udfoldelse, hvis kroppen betragtes med andre begrebsapparater.

Modellen viser kroppen som et fænomen i mange forskellige sammenhænge, der kan redegøres for sammen eller hver for sig. Den viser imidlertid ikke noget om de forskellige aspekter eller dimensioners indbyrdes mønster – den kvalitative struktur, der nødvendigvis må være, da det hele rummes i den samme krop.

I et temanummer af „Culture, Medicine and Psychiatry“ om kulturbundne syndromer – disse særlige, kulturspecifikke „sygdomme“, som antropologer har afdækket – foreslår R. Kapur, at man forsøger at finde korrelerende mønstre i kroppens mange aspekter for at kunne rumme forskellighed i opfattelser af sygdom og helbredelse og afdække, hvordan de relaterer sig til hinanden. Hvis man begrebsmæssigt deler kroppen i forskellige dimensioner (som f.eks. biokemi, energi, anatomi, kultur, socialitet etc.) eller sammenligner forskellige forklaringsmodeller for det samme fænomen, er det ikke nødvendigvis et spørgsmål om at finde mekaniske sammenhænge eller fuldstændig ens definitioner af elementer og processer. Man skal i stedet et abstraktionsniveau højere op, og sammenligne strukturer og mønstre i processer på forskellige niveauer i kropsfeltet – eller mellem forskellige forklaringsmodeller. Det kan godt være, at de mønstre der (gen)findes er mekaniske, men det er ikke en nødvendighed (Kapur 1987). De kan også være så meget andet.

Kapur er her inde på en form for indirekte sammenhæng, hvor kvalitative strukturer og mønstre bliver centrale. Strukturer ses ikke som et epifænomen til den virkelige tingenes verden – men som et fænomen, der uvægerligt opstår ved flere faktorerers sameksistens. Strukturerne er ikke ligegyldige – de udtrykker forhold i verden. Strukturer kan

synes kaotiske, modsætningsfulde eller harmoniske. De opstår gennem fænomenernes dialektik og er dynamiske, idet strukturer ligesom systemer har tendens til at generere og regenerere sig selv – medmindre der er nogen eller noget, der griber ind og ændrer processen (Bateson 1988).

Set i det perspektiv er sygdom en uorden – et udtryk for *de*-strukturering – og behandling kan ses som *re*-strukturering.

Helt i samme tankebaner konkluderer den amerikanske antropolog og sociolog Meredith McGuire i et studie af alternative terapigrupper i „forstædernes USA“, at et afgørende element i helbredelsen synes at være „symbolsk restrukturering af den enkelte“. I de grupper, hun studerede, benyttede man ingen manuelle eller biokemiske teknikker i behandlingen, men udelukkende symboler og ritualer, hvorved de syge etablerede en symbolsk orden i en virkelighed, der ellers virkede kaotisk og tilfældig. Da mange blev deres problemer kvit, havde den rent symbolske restrukturering tilsyneladende indvirkning på kroppens fysiologi, og McGuire kunne konkludere, at når der skabes orden – ikke nødvendigvis „samfundsorden“, men „personlig orden“ – sker der en strukturering af kroppens multidimensionelle virkelighed, og helbredelse kan ske (McGuire 1988:206-12). Det afgørende er ikke *hvilken* orden, der skabes, men *at* der skabes en orden, og at denne orden er *meningsfuld* for den enkelte.

McGuires konklusion ligger meget tæt op ad tanker, jeg selv havde gjort mig i forsøget på at løse mangfoldighedens paradoks og forstå den terapeutiske effekt af de mange forskellige alternative behandlinger. Jeg havde måttet opgive enhver idé om mekaniske og direkte virkemidler, fordi et sådant billede ikke harmonerede med mangfoldigheden og forskelligheden i den alternative praksis. Set fra mit faglige ståsted, blev det hele meningsfuldt, hvis man så det som symbolsk strukturering.

McGuire kunne med god grund hævde, at de alternative terapier virkede gennem symbolsk strukturering, da de behandlingsformer, hun beskæftigede sig med, ikke omfattede brug af medicinske substanser eller manuelle teknikker. Det gjorde de behandlingsformer, jeg beskæftigede mig med imidlertid, og ved nærmere eftertanke syntes det noget fagchauvinistisk at hævde, at de virkninger, patienterne erfarede, udelukkende skyldtes symbolik og symbolsk reorganisering. Det begyndte at dæmre for mig, at det måske ikke bare handlede om *symbolsk* orden og restrukturering, men om *strukturering i det hele taget*.

Alternativ behandling som symbolsk strukturering

Både i zoneterapi, biopati og kinesologi skabes under hver konsultation et billede af kroppen som en samlet anatomisk struktur. Det kropsbillede, som vi kender fra de anatomiske plancher, iscenesættes, fordi man i hver af disse behandlingsformer har rutiner, hvorved alle store organer og fysiologiske kropssystemer nævnes.

Under *zoneterapi* sættes kroppen i scene ved den rutinemæssige gennemgang af alle fodzonerne. I forbindelse med denne gennemgang diskuteres patientens oplevelser af symptomer med de forskellige kropsdele, og de daglige handlinger forbundet med ind- og udgange i kroppen. Spørgsmål som: Hvor meget vand drikker du? Hvad spiser du? Hvor tit er du på toilettet? og lignende er standardprocedure, når fodzonerne gennemgås. Gennem denne symbolske gennemgang af kroppen via fodzonerne og den medfølgende

samtale struktureres kroppen og dagligdagen, og symptomerne bliver meningsfulde faktorer i denne struktur.

I *biopati* fungerer den såkaldte meridianest som en sådan symbolsk iscenesættelse af kroppen. Her testes på meridianpunkter på hænder og fødder, der hver for sig relateres til specifikke organer og kropssystemer, og denne test ledsages ligesom zoneterapien af en snak om symptomer og daglige vaner, der kan have betydning for, eller relation til, de pågældende organer. Endvidere iscenesættes kroppen som en biokemisk struktur, hvor der sættes fokus på biokemiske mangler eller overbelastninger, idet der ved hver konsultation testes for et bredt repertoire af vitaminer, mineraler og almindelige belastningsfaktorer.

I *kinesiologi* iscenesættes kroppen både som en samling organer og fysiologiske kropssystemer (som i zoneterapi og biopati) og som en multidimensionel størrelse, der også indebærer psykiske og åndelige aspekter. Under en kinesiologisk behandling bevæger man sig via forskellige former for muskeltest rundt i kropsbilleder, der dels refererer til „kort“ over de forskellige dimensioner (den fysio-anatomiske, den biokemiske, den energetiske og den psykiske) og dels til mønstre for interaktion, eller sammenhæng på tværs af dimensioner.

I alle tre behandlingsformer struktureres kroppen altså under hver behandling som et sammenhængende hele, og både symptomer og daglige vaner forbindes meningsfuldt i denne struktur. Netop denne strukturering er værdifuld for de alternative patienter, der kommer fra et strukturelt limbo, da de som oftest lider af symptomer, som det etablerede system ikke kunne håndtere meningsfuldt. De alternative patienter har i det etablerede system oplevet, at deres symptomer ikke kan helbredes eller eventuelt slet ikke kan behandles, fordi de ikke kan indfanges i en lægevidenskabelig sygdoms- og behandlingsmodel. De lider først og fremmest af smerter i bevægeapparatet eller hovedet, allergier og astma, og lettere psykiske problemer (stress) (Rasmussen & Morgall 1991; Launsø 1993; Johannessen 1994b). Mange alternative patienter har udtrykt stor glæde og lettelse over, at de symptomer, som var uhåndterlige i det etablerede system, hos den alternative behandler sættes ind i en forståelsesramme, der gør dem meningsfulde og giver mulighed for reel behandling.

Med McGuire's konklusion om betydningen af, at der etableres en symbolsk orden i den enkelte, kan man ikke udelukke, at denne symbolske strukturering af kroppen, symptomerne og dagligdagen er medvirkende til den terapeutiske effekt af de alternative behandlinger. Også selv om den i de alternatives selvforståelse ikke regnes som en del af behandlingen, men som en del af undersøgelsen.

I kinesiologi inddrager man desuden symbolsk restrukturering af patientens krop direkte i behandlingen. Man bruger i vid udstrækning visualiseringsøvelser, positive bekræftelser og andre symbolske virkemidler – også når det gælder om at komme fysiske symptomer til livs. Der er mange teknikker involveret i denne symbolske strukturering af patienten, og de refererer til mange forskellige aspekter af patienternes liv. Det vil være for omfattende at komme ind på dem alle her, men det er væsentligt at gøre opmærksom på, at kinesiologernes kropsbillede i høj grad er domineret af ideer om mønstre og strukturer både i de enkelte dimensioner og på tværs af dimensioner. Kinesiologerne har til en vis grad rendyrket symbolske behandlingsteknikker ud fra en idé om, at symbolsk restrukturering – eller „omprogrammering“, som de selv kalder det – påvirker fysiologiske og biokemiske strukturer i kroppen. I det kinesiologiske billede indgår fortolkning også

som en vigtig faktor både i kroppens psykiske, fysiologiske og biokemiske processer, og ved at manipulere med mentale fortolkningsmønstre mener man, at der samtidig sker en reorganisering af mønstre i kroppens fysiske dimensioner. I traditionel mekanistisk tankegang virker dette som det rene volapyk, men hvis man tænker med det komplekse kropsbegreb, hvor fortolkning også indgår som en uundgåelig faktor, er det ikke helt så uforståeligt, og i Kapurs model med korrelerende mønstre i forskellige kropsdimensioner bliver det faktisk helt „naturligt“.

Fysiologisk og biokemisk strukturering

Mange af de mere fysisk orienterede dele af alternativ behandling synes også at kunne forstås som restrukturering af kroppen, selvom det ikke altid er sådan, alternative behandlere selv udtrykker det.

Zoneterapi kan ud fra videnskabelige modeller af biologografiske systemer (Schjelderup 1994), forstås som en hologrammatisk påvirkning af kroppens struktur. Et af de væsentligste principper i den hologrammatiske model er, at der er strukturel lighed mellem del og helhed. Delen afspejler helheden, siger man ofte, men det er faktisk mere korrekt at sige, at del og helhed afspejler samme organisatoriske mønster. I teorien om holografi eller hologrammatik er det følgelig således, at hvis man påvirker strukturen i delen, så påvirker man samtidig den underliggende organisatoriske struktur (som er fælles for helheden og dens dele) og denne strukturændring vil derfor også afspejle sig i helheden. Set i dette perspektiv bliver zoneterapi, øreakupunktur og andre behandlingsformer, der er baseret på en idé om, at delen rummer et kort over hele kroppen, ganske meningsfulde. De legitimationsproblemer, som zoneterapi og øreakupunktur hidtil har haft, fordi man ikke kunne finde de mekaniske eller direkte forbindelser, som en mere traditionel lægevidenskabelig forklaring ville indebære, eksisterer dermed ikke mere. Man bearbejder ikke de enkelte organer direkte via fødderne, men man bearbejder indirekte kroppens struktur, forholdet mellem delene, ved at bearbejde strukturen i fødderne.

De medicinske substanser, der ordineres inden for biopati, synes også at referere mere til kroppens struktur og restrukturering end til mekaniske og direkte påvirkninger af sygdommen eller det syge. Kosttilskud indgår som en fast bestanddel af en biopatisk ordination. Da der som regel er tale om blandingspræparater med normaldosering af de mest almindelige vitaminer, mineraler og sporstoffer, kan man betragte dem som generelle strukturunderbyggende midler. Man tilfører kroppen kosttilskud, den har brug for til den fortløbende restrukturering, eller afbalancering mod homøostase, som ifølge biopatisk teori foregår på det biokemiske plan. Selv om man har ideer om, at særlige vitaminer og mineraler relaterer til særlige symptomer, er der ingen biopater, der forestiller sig, at disse stoffer direkte eller rent mekanisk kan udrydde det sygelige. Det samme gør sig gældende med de urtemediciner, der anvendes. Kroppen ses som et biologisk økosystem – som en biologisk og biokemisk struktur – indlejret i et større biologisk økosystem. Ved behandling med kosttilskud og urtemediciner søger man at styrke kroppen som system, således at den kan reagere hensigtsmæssigt på de belastninger, det omgivende miljø byder på. Der er altså også her tale om en strukturregulering, som menes at befordre helbredelse.

I forbindelse med de homøopatiske eller isopatiske mediciner, som biopater og kinesiologer bruger, er referencen til struktur imidlertid endnu mere markant. Disse midler er

fremstillet ved en særlig teknik, der kaldes potensering og indebærer gentagne fortyndinger og rystninger. Nogle af de stoffer, der bruges til fremstilling af disse potenserede midler, ville i deres ufortyndede form kunne fremkalde nøjagtig de samme symptomer, som patienten lider af. Andre potenserede midler er fremstillet af dyreorganer, der er raske – sygdomsfri. Fælles for de to kategorier af potenserede mediciner er, at man ikke ønsker at give det oprindelige stof. I den første kategori ville dette stof jo netop medføre symptomer, og i den anden kategori er det tvivlsomt, hvilken terapeutisk effekt det kunne have at indtage små doser af f.eks. kalvelever eller kalvenyre. Det, man ønsker at tilføre kroppen, er imidlertid strukturel information – og det er derfor, man ikke bare skal fortynde, men også ryste præparaterne under fremstillingen. Man mener, at der under rystningen foregår en strukturering af det stof, man fortynder med, således at det vand, eller den alkohol, som man bruger til at fortynde med, efterhånden bliver præget af strukturen fra det oprindelige stof. Denne strukturelle prægning menes så at blive overført til patientens krop via vand eller alkohol som bæremiddel (jvf. fx Schjelderup 1991:276ff; Endler & Schulte 1994).

At det er strukturprægning og ikke mekanisk virkning, der sigtes mod med disse potenserede midler, afspejles i, at man mener, at jo flere gange stoffet er potenseret – dvs. jo mere det er fortyndet og rystet, og dermed jo mindre af den oprindelige substans, der er tilbage – jo kraftigere virker midlet i patienten. I denne tanke er medicinen altså mest potent, når der ikke er mere stof, men kun ren struktur tilbage.

Kroppens komplekse videnskabelighed

De alternative behandlinger, der har haft svære vilkår i forhold til den etablerede lægevidenskab, kan blive ganske meningsfulde og forståelige, hvis man tager andre videnskabelige perspektiver i brug. I den forbindelse foreslår jeg, at begrebet om den komplekse krop er anvendeligt, idet særligt begreber som mønster, orden, struktur og strukturering synes at være relevante i forbindelse med alternative behandlingsformer.

Den komplekse krop må forstås som strukturer og mønstre både internt i de enkelte kropsdimensioner (som f.eks. den biokemiske, anatomiske, energetiske og psykiske dimension), på tværs af dimensioner og eksternt i forhold til det omgivende biologiske og fysiske miljø såvel som den socio-kulturelle kontekst.

Der findes mange lægevidenskabelige modeller, som refererer til kroppen som strukturer – både i og på tværs af dimensioner. Tænk bare på de modeller af kropskoder, som man arbejder med inden for genteknologi; eller på modeller fra immunologi, psyko-neuro-immunologi, psykiatri og psykosomatik. Men i den „anerkendte“ behandlingspraksis inden for det etablerede system har disse indsigter endnu ikke sat sig store spor; der sigtes stadig i høj grad mod direkte mekanisk eller kemisk udryddelse af den sygdomsagens, der forstyrrer strukturen. Man søger sjældent at styrke strukturen i sig selv som et middel til helbredelse – så langt går man stadig kun ved forebyggelse.

Man kan imidlertid spørge sig selv, hvor stor en del af de 80-85% af lægelig praksis, der ikke kan henføres til traditionel lægevidenskabelig basis, der kan relateres til kroppen som struktur? Man kan også spørge sig selv, om ikke strukturering, og måske særligt den symbolske strukturering, er central i det uudforskede felt, som placebo-begrebet i dag dækker over.

Mange alternative behandlinger kan forstås som forsøg på (re)strukturering af kroppen, således at sygdomsagensen eller symptomet rammes indirekte. Man søger, så at sige, at fjerne kroppens strukturelle rum for dem. Denne restrukturering kan ske gennem hologrammatiske strukturændringer, gennem afbalancering af biokemiske mønstre via kosttilskud og urtemediciner, gennem overførsel af struktur i potenserede mediciner, eller gennem symbolske restruktureringer, der i kraft af kroppens kompleksitet også griber ind i de fysiske dimensioner.

Selv den markante forskellighed i de alternative behandlinger bliver meningsfuld i denne begrebsramme. Komplexiteten og de mange potentialer i kroppen sandsynliggør, at det er meningsfuldt og virkningsfuldt at behandle på mange forskellige måder. Der er mange indfaldsvinkler til strukturering, for i sidste ende hænger det hele sammen i én kompleks krop.

Noter

1. Indlægget er en let redigeret udgave af en forelæsning, jeg holdt på Institut for Antropologi, Københavns Universitet, februar 1994, som afslutning på et ph.d. studie af alternativ behandling i Danmark. Forelæsningsen var, som så mange andre ph.d. forelæsninger, en kommentar til selve afhandlingen (Johannessen 1994b). Dette indlæg rummer derfor en del af de synspunkter, tanker og erfaringer, der ligger som fundament for afhandlingen, men ikke udtrykkes direkte i den. Det gælder dels aspekter af den personlige erkendelsesproces, som i sidste ende styrede den teoretiske søgen og dermed den analytiske ramme for afhandlingen, og dels en række tanker om alternativ behandlings terapeutiske virkemåde, der uvægerligt fulgte indtrykkene fra den alternative kliniske virkelighed.

Litteratur

- Baggesen, H. et al.
1987 Hvorfor vælger nogle cancerpatienter alternativ terapi? Projekt udført på FinsenInstitutet, Medicinsk Hæmatologisk Ambulatorium, København.
- Bateson, Gregory
1988(1979) *Mind and Nature – a Necessary Unity*. New York: Bantam Books.
- Dirach, J. et al.
1986 Internmedicinske patienters kontakt med det alternative behandlingssystem. *Ugeskrift for Læger* 148(28):1782-5.
1987 Naturmedicin – et alternativ eller et supplement til sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* 149(33):2232-5.
- Douglas, Mary
1975 *Naturlige symboler*. København.
- Endler, P. C. & J. Schulte (eds.)
1994 *Ultra High Dilution. Physiology and Physics*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Gordon, Deborah
1988 *Clinical Science and Clinical Expertise. I: M. Lock & D. Gordon (eds.): Biomedicine Examined*. New York.

- Johannessen, Helle
 1994a Alternative Therapy as Cultural, Social and Therapeutic Phenomena – a Call for New Lines of Thought. I: H. Johannessen et al. (eds.): Studies in Alternative Therapy I. Contributions From the Nordic Countries (under udgivelse).
- 1994b Komplekse kroppe. Alternativ behandling i antropologisk perspektiv. København: Akademisk Forlag.
- Kapur, R. L.
 1987 Commentary on Culture Bound Syndromes and International Disease Classification. Culture, Medicine and Psychiatry 11(1):43-8.
- Kryger, P. & E. M. Jensen
 1989 Alternativ behandling af reumatologiske patienter, udbredelse, effekt og ressourceforbrug. Ugeskrift for Læger 151(26):1684-7.
- Launsø, Laila
 1993 En beskrivelse af zoneterapeuters klienter. Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende Alternativ Behandling. København: Sundhedsstyrelsen.
- Lewith, George & David Aldridge (eds.)
 1991 Complementary Medicine and the European Community. Saffron Walden: The C. W. Daniel Company Ltd.
- Lock, Margaret & Nancy Scheper-Hughes
 1990 A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. I: T. M. Johnson & C. F. Sargent (eds.): Medical Anthropology. Contemporary Therapy and Method. New York: Praeger.
- Martin, Emily
 1990 Toward an Anthropology of Immunology: The Body as Nation State. Medical Anthropology Quarterly, 4(4):410-26.
- 1992 The End of the Body? American Ethnologist 19(1):121-40.
- McGuire, Meredith
 1988 Ritual Healing in Suburban America. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Raben, H. et al.
 1993 Brug af alternativ behandling blandt personalet ved en psykiatrisk og en fysiurgisk afdeling. Ugeskrift for Læger 155(11):803-6.
- Rasmussen, N. K. et al.
 1988 Sundhed og sygelighed i Danmark, 1987. En rapport fra DIKEs undersøgelse. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
- Rasmussen, N. K. & J. Morgall
 1991 The Use of Alternative Treatments in the Danish Adult Population. I: G. Lewith & D. Aldridge (eds.): Complementary Medicine and the European Community. Saffron Walden: The C. W. Daniel Company Ltd. 83-103.
- Sahlins, Marshall D.
 1976 Culture and Practical Reason. Chicago.
- Schjelderup, Vilhelm
 1991 Helbredelsens grunde. København: Munksgaard.
- 1994 Healing Systems of the Organism and Acupuncture-Related Therapies. I: H. Johannessen et al. (eds.): Studies in Alternative Therapy I. Contributions from the Nordic Countries (under udgivelse).
- Stenager, E. N. et al.
 1989 Traditionel og alternativ behandling af sklerosepatienter. Ugeskrift for Læger 151(50):3402-4.

