

Alternative Behandlingen

Hvorfor gør raske individer brug af det?

Peter Clement Lund

10. semester, 2017

Vejleder: Anders Petersen

Antal anslag: 209.907

Abstract

This thesis seeks to pose the question of why seemingly healthy individuals use alternative medicine and treatments, and why the trend of using these has risen steadily during recent decades. Through a combination of quantitative methods and theoretical discussions, this thesis seeks to answer this question. The work is guided by Critical Realism, and thus the aim is to identify underlying societal mechanisms, that have contributed to the rise in the use of alternative medicine. By using survey data concerning the health and illness of the Danish population from 1987 to 2013, the thesis looks at the development in the use of alternative medicine over time and, by comparing a time fixed effects regression with linear regressions for each survey, examines what factors can be said to have effect on this use. Three such factors are identified: An individual's level of education, their gender, and their level of stress. Taking a closer look at the latter, while also touching upon the first factor, the thesis then discusses these results theoretically with the perspectives of Anthony Giddens, Hartmut Rosa, Anders Pedersen, and Rasmus Willig. I conclude that the rise in the use of alternative medicine has moved, from in 1987 having been enabled by what Giddens calls High-Modernity, to in 2013 having been enabled by what Rosa calls the society of acceleration and augmented by what Petersen has dubbed the achievement-society. It is argued that the mechanisms within capitalism has pushed the acceleration of society and therefore more individuals become stressed while they simultaneously use alternative medicine as a form of deceleration and a way to enhance their achievement abilities.

Fonord

Jeg vil gerne starte med at takke nogle af de personer, der har haft en særlig betydning i udfærdigelsen af dette speciale. Først vil jeg gerne sige tak til min kollega og ven Søren Christian Krogh, for konstruktiv kritik og diskussioner om de kvantitative aspekter. Tak til Ola Ekholm og Statens Institut for Folkesundhed for data. Tak til Michael Hviid Jacobsen for at stille spørgsmålstegn ved mine metoder og tvinge mig til at gøre det bedre. Tak til Jens Lohfert Jørgensen og Kristian Gull Pedersen for kommentarer og korrekturlæsning. Tak til Rolf Lyneborg Lund for at hjælpe mig med alt det statistiske, for skrivebordspladsen og masser af gode råd. Tak til min vejleder Anders Petersen for at pege mig i en meningsfuld retning, for at give ris og ros og for at fortælle mig, at jeg skal slappe af en gang i mellem. Og til sidst vil jeg gerne sige tak til min kone og børn for at have holdt mig ud, mens jeg var allermest stresset.

Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Problemformulering	6
Hvad er alternativ behandling?	8
En forskel i paradigmer	9
Hvorfor er det relevant?	12
Eksisterende forskning	14
Videnskabsteori og metodologi	18
Den kritiske realisme som udgangspunkt	18
Ontologi og epistemologi	19
Retroduktion som metodologi	21
Sammenspillet mellem statistik og den kritiske realisme	22
Data i specialet	25
SUSY-undersøgelserne	25
Sammenligning over tid	25
Repræsentativitet og vægtning	27
Konstruktion af indeks og databehandling	27
Konstruktion af Y - Alternativ behandling	27
Baggrundsvariable eller de mange X'er	28
De raske respondenter	30
Statistisk metode	32
Statistisk analyse	37
Deskriptiv statistisk	37
Fixed-effects regressionsmodel	41
Lineær regressionsmodel	43
Fra statistisk til teori	47
Teoretisk diskussion	49
Giddens - Modernitet og selvidentitet	49

Høj-moderniteten og dens elementer	50
Selvidentitet og konsekvenserne af moderniteten	52
Refleksivitet, risici og alternative behandlinger	54
Selvidentitetsforståelsens begrænsninger	56
Rosa og den sociale acceleration.....	58
Tre former for social acceleration	58
Accelerationssamfundets drivkraft	61
Giddens, Rosa, præstationer og kritik	66
Alternative behandlinger som præstationsfremmende	68
Alternative behandlinger som selvkritik	73
Konklusion	76
Litteraturliste	78

Indledning

“Well, my interpretation is no more valid than anyone else’s, but I would say in terms of medicine, people want to take control of their own lives, and ironically they seem to think that they are taking control of their lives more by using so-called complementary or alternative medicines than by using orthodox medicine.

In other words, they think it’s a statement of originality and individuality. To you and me it seems self-evidently ridiculous, this homeopathic medicine. It is so preposterous, and yet some people I know and respect insist on believing it.”

-Stephen Fri interview i *The Skeptical Inquirer* (Sturges 2010)

At det generelle forbrug af alternative behandlinger er steget er interessant og har været genstandsfelt for samfundsvidenskaberne igennem længere tid, men interessant er også spørgsmålet om, hvorfor raske¹ individer gør brug af alternative behandlinger, i hvad man kunne kalde rationalitetens tidsalder? Hermed ment at vi lever i et samfund, hvor medicinske fremskridt har skubbet den gennemsnitlige levealder opad og selvsamme teknologier kurerer flere og flere sygdomme. Men disse landvindinger inden for den konventionelle medicin har ikke fjernet den alternative behandling; den har ikke engang kunnet minimere dens appel. Tværtimod er forbruget steget: Statens Institut for Folkesundhed (herfra SDU) påpeger, hvordan 53,2 % procent af den voksne befolkning har prøvet alternativ behandling og at 27 % har gjort det inden for det seneste år (Ekholm et al. 2015:2). Det vil altså sige, at over halvdelen af Danmarks befolkning har gjort brug af en eller flere alternative behandlingsformer. Samme rapport beskriver, hvordan andelen af individer der har gjort brug af alternativ behandling er vokset siden 1987, hvor SDU begyndte at gennemføre surveys om sundhed og sygdom. Ved første runde i 1987 havde 10 % af respondenterne anvendt alternativ behandling inden for de sidste 12 måneder; i 2013 var det vokset til 27 %. Det er over en fordobling af individer, der har anvendt alternativ behandling inden for det seneste år i løbet af 26 år. Men dette er det generelle forbrug af alternative behandlinger – det interessante spørgsmål i dette speciale er, hvorfor forbruget blandt raske individer også er steget. Hvordan kan vi forstå denne udvikling? At adskille raske individer fra syge individer er interessant ift. alternative behandlinger, fordi vi har at gøre med en udvikling, der på den ene side er forståelig, da syge individer sikkert vil ty til alternative behandlinger for at blive helbredt, men på den anden side er det sværere at forstå, hvorfor raske individers forbrug også er steget. Denne adskillelse mellem syge og raske individer vil jeg vende tilbage til senere i specialet, men det er her specialet har sit fokus: Hvorfor gør

¹ Raske individer bliver i indeværende speciale defineret som individer uden nogle fysiske lidelser, baseret på variable i det anvendte data. Mere om dette i specialets afsnit om data, men indledningsvist kan det siges at der menes personer, som tilsyneladende ikke lider af hverken funktionsnedsættende, kroniske eller livstruende sygdomme. Hermed bliver de raske brugere de individer, der benytter sig af alternative behandlinger uden at det er ifm. sygdom.

raske individer brug af alternative behandlinger og hvorfor er dette forbrug steget over tid? Størstedelen af den sociologiske forskning undersøger brugen af alternative behandlinger kvalitativt og kigger hovedsageligt på syge individer, eller på både raske og syge individer; men dette speciale forsøger at gøre noget andet og fokuserer udelukkende på de raske brugere af alternative behandlinger – det er stigningen i forbruget blandt disse individer, der er interessant. Jeg forsøger således at bryde med den mere konventionelle tilgang til feltet, og håbet er at dette åbner op for nogle nye perspektiver på feltet. Ift. alternative behandlinger vil det senere blive diskuteret, hvad dette dækker over, men de konkrete former der eksisterer i det anvendte data er: Homøopati, zoneterapi, ernæringsterapi, massage, akupunktur, healing.

Den kendte engelske evolutionsbiolog og forfatter Richard Dawkins, var i 2007 vært på dokumentaren *The Enemies of Reason*. Titlen i sig selv afslører en del om Dawkins' forhold til de fænomener han undersøger; de er fjender i en krig mellem fornuften og overtroen. Igennem dokumentaren undersøger Dawkins forskellige pseudovidenskabelige behandlinger og påstande med det for øje at afsløre deres iboende fejl, hvordan videnskabens krav om evidens ikke kan efterleves af disse behandlinger. En del af dokumentaren omhandler specifikt alternativ medicin og behandling, og Dawkins kæder forbruget af disse sammen med hvad han kalder 'overtroens epidemi'. Kimen til denne epidemi finder han i en slags iboende afhængighed af overtro hos mennesket – en konstant flugt fra virkeligheden og behovet for en større mening. Dokumentaren er et opråb fra Dawkins om farerne ved at forlade rationaliteten og videnskaben til fordel for overtro – hvilket han gør ved at udstille forskellige behandlinger som falske og ulogiske. Og det er klart, at der eksisterer reelle legemlige farer ved at forlade den konventionelle medicin til fordel for alternative behandlinger.

Men dette hører sjældenhederne til. Langt størstedelen af de individer, der benytter sig af alternative behandlinger gør det som supplement til den konventionelle medicinske behandling (Ekholm et al. 2015:2). De fleste af os ved godt, at alvorlige sygdomme ikke skal kureres med urtete og tinkturer; men denne viden virker ikke til at afskrække folk fra at benytte sig af alternative behandlinger. Til trods for at der ikke eksisterer evidens for effekten af langt de fleste former for alternativ behandling, benytter mange sig af det. Det kan virke paradoksalt i et land med lige adgang til sundhedsvæsenet, at en del af befolkningen alligevel vælger at benytte sig af ofte dyre behandlinger uden nogen påviselig effekt (ibid.). Det er også her, hvor Dawkins' dokumentar ikke giver et svar – for nok kan man udstille behandlere og brugere som fornuftens fjender og latterliggøre behandlinger, men han formår ikke at forklare, hvordan de alternative behandlings opblomstring er blevet muliggjort. Det er dette spørgsmål indeværende speciale vil forsøge at komme med et svar på.

Dawkins berører kun kortvarigt nogle mulige svar på stigningen i brugen af alternative behandlinger, men andre har også forsøgt at forklare fænomenet. Nogle mener, at det er et spørgsmål om stigende spiritualisme og dermed en modbevægelse mod sekularisering (Ahlin 2015), andre argumenterer for, at det er spørgsmål om, at det ikke kan skade at prøve (Boas 2017:2), eller at det handler om at tage ansvar (ibid.:4),

og nogle vil måske hævde, at det postfaktuelle samfund har gjort, at traditionel viden og fakta er blevet nedvurderet og at følelser og uvidenhed i stedet regerer nu (Ibsen 2016) – denne sidste forklaring ligger sig op ad hvad Dawkins kalder for overtroens epidemi. Hvor meget sandfærdighed der end måtte ligge i disse overvejelser, er det ikke her fokus for indeværende speciale vil være. Dette speciale vil i stedet forsøge, gennem kvantitative metoder og teoretiske diskussioner, at diskutere alternative behandlinger og forstå hvilke dybereliggende strukturerer og mekanismer der kan ligge til grund for den stigning, der tilsyneladende er forekommet i brugen af det. Det er ikke overraskende, at alternativ behandling benyttes af mennesker der er syge, hvad enten de er midlertidigt, kronisk eller dødeligt syge – ville de fleste af os ikke prøve hvad som helst for at slippe af med vedvarende lidelser eller for at undslippe en mulig nærtforestående død? Hvad der er interessant for dette speciale er netop, hvilke samfundsmæssige udviklingstendenser der har muliggjort stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer. Fokus hviler ikke på den individuelle bruger og der bliver heller ikke stillet hvorfor-spørgsmål; en sådan formulering ville søge at finde svaret hos individet, som vi skal se en del kvalitative studier allerede har gjort. I stedet vil der blive stillet hvordan-spørgsmål. Dette åbner nemlig op for en 'dybere' forståelse af feltet. Kigger vi på Frys og Dawkins' udtalelser er det klart, at de ikke formår at besvare *hvordan* sådan en stigning er afstedkommet i samfundet; altså hvilke samfundsmæssige udviklingstendenser, der har skabt mulighedsbetingelserne for den stigning i alternative behandlinger vi ser omkring os. Men er det nok udelukkende at kigge på den stigning vist her i indledningen og diskutere disse mulighedsbetingelser derudfra? For dette speciale er svaret nej, i det jeg mener, at der må eksistere forskelle imellem raske brugere af alternative behandlinger og syge brugere. Præmissen for specialet er således, at stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer kan forstås i en dybere samfundskontekst. Derfor vil jeg forsøge, gennem kvantitative metoder, at afdække mere af den stigning der er forekommet, samt se nærmere på hvilke faktorer, der kan spille en rolle i brugen af alternative behandlinger – hvordan disse to forskellige metodikker vil spille sammen bliver uddybet i specialets diskussion af det videnskabsteoretiske udgangspunkt. Specialet styres således af 2 spørgsmål, der igen er styret af den videnskabsteoretiske position opgaven orienterer sig imod, den kritiske realisme:

Problemformulering

- Hvilke faktorer har for raske individer betydning for stigningen i brugen af alternative behandlinger?
- Hvordan har de samfundsmæssige udviklingstendenser været med til at understøtte denne udvikling?

Hensigten med specialet er således teoretisk at forstå de bagvedliggende mekanismer, der har muliggjort de tendenser der kan identificeres ifm. brugen af alternative behandlinger blandt raske individer. Ved at analysere feltet ud fra disse teoretiske perspektiver og diskutere disse perspektivers sammenfald og uoverensstemmelser er håbet at kunne se alternative behandlinger i et nyt lys – knyttet sammen med den samfundsmæssige udvikling og måske også muliggjort af denne. Som nævnt vil specialet forsøge at diskutere alternative behandlinger i et teoretisk perspektiv, men i et forsøg på at indføre substantiel empiri, der kan analyseres ud fra og belyse tendenserne omkring alternativ behandling, vil der først anvendes kvantitative metoder til at strukturere opgaven. Denne kvantitative analyse vil så – sammen med tidligere forskning og andet empiri der vil blive gennemgået senere – placeres i en teoretisk diskussion. Spørgsmålenes udformning er som nævnt orienteret imod opgavens videnskabsteoretiske udgangspunkt: Den kritiske realisme. Præcis hvad den kritiske realisme indebærer og hvilke konsekvenser og muligheder dette har for specialet vil blive uddybet senere, men det kan her nævnes, at målet med den kritiske realisme er at finde de underliggende generative mekanismer, der muliggør bestemte samfundstendenser. Opgaven lader sig kraftigt inspirere af denne tænkning, men forsøger også at modificere metodikken heri via kvantitative metoder, der i høj grad følger en mere positivistisk hypotetisk-deduktiv metode; hvordan disse to elementer spiller sammen vil jeg diskutere i specialets kapitel om videnskabsteori.

Den første del af opgaven bliver således et forsøg på at undersøge stigningen i brugen af alternativ behandling over tid, men også at lave regressionsmodeller, der kan belyse hvad der har betydning for denne stigning. Således kan det også undersøges om betydningen af disse faktorer har ændret sig over tid. Det er ikke her opgavens primære fokus vil ligge; denne kvantitative analyse er en vej ind i feltet, eller rettere en metode til at belyse og fremvise tendenserne omkring alternative behandlinger. Den anden del, der tager udgangspunkt i disse resultater, bliver et forsøg på at forstå stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer i lyset af et bredere, teoretisk samfundsperspektiv. Altså, hvad der har ændret sig og muliggjort en sådan stigning i brugen af alternativ behandling. Målet er således ikke at kigge på det enkelte individs begrundelser eller motivationer for at anvende alternativ behandling, eller den udveksling der sker mellem behandler eller bruger vha. kvalitative metoder, men i stedet at forsøge teoretisk at diskutere alternativ behandling i et kritisk perspektiv, og anskue det som en del af samfundsmæssige

udviklingstendenser fra forskellige teoretiske udgangspunkter. Den første del er således udgangspunktet for anden del; hermed ment, at første del skal finde og identificere tendenser omkring alternative behandlinger, og anden del skal forsøge at diskutere de præmisser, der kan have muliggjort en stigning i brugen af alternative behandlinger og hvordan de faktorer der bliver belyst i første del kan forstås i denne kontekst.

Man kan stille spørgsmålet om den første del er nødvendig for at besvare anden del, og hertil er det noget tvetydige svar både ja og nej. For med den kritiske realisme som det videnskabsteoretiske udgangspunkt opgaven orienterer sig imod kunne der argumenteres for udelukkende at diskutere den stigning i brugen af alternativ behandling, der er blevet belyst i ovenstående og ikke inddrage kvantitative metoder. De statistiske metoder inddrages dog i dette speciale i et forsøg på at substantiere den følgende teoretiske diskussion og samtidigt også for at kigge nærmere på den overordnede tendens: at der er sket en stigning. Det er her spørgsmålet om faktorer kommer ind i billedet; for nok kan vi se at det samlede forbrug er steget, men hvordan ser det ud for individer, der tilsyneladende ikke har problemer med fysiske lidelser og kan der identificeres nogle træk ved disse personer, der kan have indflydelse på hvorfor forbruget er steget? Dermed bliver første del et forsøg på at illustrere konturerne af nogle tendenser omkring stigning i alternativ behandling, men med den kritiske realisme som udgangspunkt er disse tendenser ikke forklaringer i sig selv. I stedet må de ses som fænomener, der må og skal forstås ift. de dybereliggende generative mekanismer. Dermed bliver den teoretiske diskussion ikke udelukkende relateret til resultaterne fra første del, men de ting der fremhæves i første del bliver inddraget i anden del for netop at kunne forstå fænomenet bedre.

Man kan argumentere for, at der dermed eksisterer et paradoks i opgavens udformning. Efterleves den kritiske realisme til punkt og prikke vil den viden der opnås i første del ikke være brugbar, og dermed bliver det første spørgsmål overflødigt. Som sådan er der ikke noget givent svar på, hvordan dette paradoks kan overkommes, men i dette speciale gøres det ved at gradbøje begge spørgsmål; dermed ment at første dels resultater ikke tages som usvigelige sandheder, men som tegn på tendenser, der efterfølgende kan diskuteres teoretisk. Anden del derimod lader sig kun inspirere af den kritiske realisme – og også hvad Thomas Brante (2001) kalder for kausal realisme – og anvender resultaterne netop som de fænomener og tendenser, hvorigennem viden om de generative mekanismer opnås. Første dels konklusioner skal således ikke ses som 1:1 gengivelser af virkeligheden – her ment i den almene forståelse og i den kritiske realismes forståelse af sig selv, som værende ”dyb” – men indledende tendenser, der kan bruges til at forstå de bagvedliggende strukturer og mekanismer.

Hvad er alternativ behandling?

En diskussion af alternative behandlinger fordrer først og fremmest en definition af hvad der menes med begrebet; en definition som ikke nødvendigvis er ligetil. Der eksisterer officielle definitioner, der er mere eller mindre enslydende, men disse er på samme tid ikke fuldstændigt dækkende. Statens Råd vedr. Alternativ Behandling (herefter SRAB) definerer det således:

- ”Behandlingsformer udført af behandlere, der ikke er autoriserede sundhedspersoner.”
- ”Behandling udført af autoriserede sundhedspersoner, men som er baseret på metoder, der hovedsageligt bruges uden for sundhedsvæsenet. Behandlingen skal kunne udføres af personer uden sundhedsfaglig autorisation.”

(Statens Institut vedr. Alternativ Behandling 2017)

Med autoriserede sundhedspersoner menes der folk som læger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, kiropraktorer osv. Dermed kan man også begynde at skitsere, hvem der kan anskues som alternative behandlere: bl.a. akupunktører, phytoterapeuter, zoneterapeuter, homøopater, hypnotisører og mange flere. Listen er længere, men generelt kan man med SRAB's definitioner beskrive alternative behandlere som dette, netop fordi de tilbyder *noget andet* end de konventionelle og autoriserede behandlere. Det er således i kraft af deres position, der på en del punkter stiller sig i opposition til den konventionelle behandlings praksis, at de kan beskrives som alternative. Men definitionerne af alternative behandlinger er afhængige af historiske, sociale og kulturelle sammenhænge – således ændrer hvad der kan anskues som alternative behandlinger sig over tid, men også mellem forskellige lande og kulturer, og ydermere vil forskellige individer også have forskellige definitioner på, hvad der konstituerer alternative behandlinger alt afhængigt af individets værdier og baggrund.

Hvad der i indeværende speciale defineres som alternativ behandling kan heller ikke udelukkende relatere sig til de ovenstående officielle definitioner, da udgangspunktet for at arbejde med alternative behandlinger findes i SDU's spørgeskemaer. Heri er på forhånd givet forskellige typer af alternative behandlinger og hvorvidt respondenter har benyttet sig af én eller flere af disse. Problematikken herved er, at hvilke typer af behandlinger, der karakteriseres som værende alternative, og dermed hvilke behandlinger der gives som svarmuligheder i spørgeskemaet, ændrer sig i løbet af de 6 runder. Således er eksempelvis psykoterapi givet som en form for alternativ behandling i 1987, men ikke i nogle af de efterfølgende år. Hvordan denne problematik behandles rent metodisk vil blive uddybet senere i specialet, men det benævnes her for at vise, hvordan det overhovedet er problematisk at indfange begrebet alternativ behandling grundet betegnelsens flygtige og omskiftelige karakter.

En forskel i paradigmer

Den definition af alternativ behandling der er nævnt tidligere bærer præg af at være styret af en rationalitet omkring alternative behandlinger, der forsøger at opstille objektive kriterier for hvad der er alternativt – hermed ment, at den orienterer sig imod den konventionelle medicin. En anden måde man kunne anskue, hvad der konstituerer det alternative er mere subjektorienteret, og her er det i større grad et spørgsmål om, hvad alternative behandlinger betyder for brugerne; altså hvad der gør det alternativt for dem (Launsø 1996). For mange vil det netop være tilbuddet om et alternativ til den konventionelle medicinske behandling, der gør det attraktivt – men det er kompliceret at forstå, hvorfor dette tilbud om noget andet end konventionel behandling skulle gøre det mere attraktivt. En interessant diskussion af de alternative behandlings apper kan findes i Laila Launsøs (1996) afhandling, der netop omhandler det alternative behandlingsområde. Til trods for, at afhandlingen er skrevet for 20 år siden bliver der fremhævet nogle træk ved det alternative behandlingsområde, som jeg vil argumentere for stadig eksisterer i dag. Launsø mener, at det alternative behandlingsområde befinder sig inden for, hvad hun kalder et subjektorienteret praksisparadigme (ibid.:123). Paradigmet er, ifølge Launsø, en social konstruktion og dermed afspejler den også det samfund det eksisterer under. Kimen til udviklingen af dette paradigme mener Launsø skal findes i det lægevidenskabelige mekanistiske objektiverende paradigme (herfra det lægevidenskabelige paradigme). Det subjektorienterede praksisparadigme er et modsvar hertil, men er også forårsaget af den samfundsmæssige kontekst det eksisterer i (ibid.:122). Den antagonisme der eksisterer i mellem disse to paradigmer, vil jeg mene stadig kan genfindes mange steder i samfundet i dag, og der kan også argumenteres for, at det er denne antagonisme Dawkins fremhæver, når han taler om kampen mellem fornuften, og det han kalder overtro. Kampen om at integrere de holistiske behandlingsmuligheder i den konventionelle medicin fortsætter, men samtidigt eksisterer der, hvad der bedst kan beskrives som en uendelig debat om hvilke paradigmer der må være ”mest” korrekte. Vi ser denne diskussion i verserende debatter om vacciner, kræftbehandlinger osv., hvor de konventionelle medicinske behandlinger er mere eller mindre afvisende over for alternative behandlingsformer. Det lægevidenskabelige paradigme kræver, at behandlinger kan testes og verificeres gennem videnskaben med randomiserede dobbelt-blind-kontrollerede kliniske undersøgelser, og inden for dette paradigme og med disse metoder kan det – ifølge det subjektorienterede praksisparadigme – ikke lade sig gøre at teste virkninger af de alternative behandlingsformer (ibid.:22). Hvorvidt det ene paradigme er mere korrekt end det andet lader sig ikke nemt afgøre, men grunden til at Launsøs beskrivelse af dette paradigme alligevel fremhæves er tredelt: For det første for at opridse, hvordan de alternative behandlinger eksisterer inden for et andet paradigme, og for det andet at paradigmerne til stadighed kæmper om, hvad den korrekte form for behandling for et individ er. For det tredje hviler der i dette paradigme nogle idealer og opfattelser af virkeligheden, jeg ser som essentielle til at forstå, hvorfor alternativ behandling har vundet indpas i samfundet. For selvfølgelig kan de korrekte behandlingsformer for mennesker med alvorlige lidelser altid diskuteres og forbedres, men det interessante i dette speciale er, hvilke mekanismer der har skabt

mulighedsbetingelserne for, at individer i samfundet benytter sig af disse behandlingsformer uden tilsyneladende at være kronisk eller alvorligt syge. Hvorfor så indgå i disse behandlinger? For at opridses dette vil jeg kigge nærmere på det paradigme Launsø beskriver:

Launsø opstiller tre komponenter i paradigmet, der omhandler dets praksis ideal, virkelighedsbillede og praksisetik (ibid.:123). De tre komponenter kredser omkring hvad subjektet selv kan gøre for at blive helbredt og sygdom ses som en ubalance individet skal helbrede ved selv at arbejde med behandlingerne. Dette afhænger af individets 'kropppsyke' og individets parathed til at arbejde med behandlingerne. Målet er, at individet bliver i stand til at arbejde med barrierer i selvet og omgivelserne, der 'producerer' sygdomme (ibid.). Dette er interessant, fordi Launsø beskriver, at inspirationen til dette paradigme stammer fra Flow Teorien. Det væsentlige ved Flow Teorien, i denne sammenhæng, er både, at alternative behandlinger giver individer oplevelsen af selvkontrol, og at udviklingen af selvtillid (ibid.) også er noget, der sker gennem disse behandlinger. Samtidigt anskues mennesket i denne teori som et åbent system, der selv har evnen til at kontrollere eller påvirke sin egen sundhed (ibid.). Paradigmet er baseret på de undersøgelser hun har lavet af feltet, og undervejs i disse har Launsø identificeret, hvordan individer tilkendegiver ønsker om selverkendelse, læring og selvbestemmelse – Launsø kalder det at blive herre i eget hus (ibid.:151). Udgangspunktet for Launsøs afhandling er væsentligt anderledes end indeværende speciale, og hun ser alternative behandlinger som en slags social bevægelse, der er affødt af en øget ekstern kontrol over kroppen. Hun har desuden et mere neutralt, eller endda positivt syn på alternative behandlinger, end jeg har.

Jeg trækker Launsøs argumenter ind i dette speciale, fordi hun kan give et indblik i det rationale, der ligger bag de alternative behandlinger; et rationale der kan tilbyde en indsigt i motivationerne bag individers begrundelser for deres brug af behandlingerne og dermed også kan diskuteres i specialets teoretiske blik på alternative behandlinger og hvilke samfundsmæssige udviklingstræk, der kan have muliggjort den viste stigning i forbruget. Launsøs afhandling viser, hvordan alternative behandlinger kan ses som en vedvarende proces, og at behandlingerne i høj grad forsøger at lade subjektet styre sit eget sygdoms- og helbredelsesforløb. Der overlades, med andre ord, en høj grad af medansvar i helbredelsen til individet. For Launsø er dette en lovende måde at anskue sygdom og helbredelse på, og hun stiller disse argumenter i opposition til det etablerede behandlingssystem, idet hun argumenterer for ulemperne ved forskning, der ikke fokuserer på subjektet, men i stedet "blackbox'er" subjektet og gør lidelser og helbredelse til målbare parametre (ibid.).

Hvorvidt de konventionelle eller alternative behandlingsformer har mest ret er ikke hvad der fokuseres på her. Launsøs udgangspunkt virker klart: det subjektorienterede praksisparadigme er tiltalende og givtigt. Jeg vil ikke diskutere, hvorvidt jeg mener hun har ret eller ej, men hendes argumenter for hvad der kan forstås som alternativt, er givende for den diskussion, jeg vil føre. For hvis et af de konstituerende træk ved de alternative behandlinger, og det paradigme de tilhører, er at subjektet gøres til en aktiv del i en udviklings- og forbedringsproces, hvad betyder det så når der tilsyneladende er en stigende del af individerne i samfundet,

der benytter sig af alternative behandlinger uden at være syge? Det er netop disse individer, jeg vil forsøge at fremhæve og undersøge i den kvantitative del af specialet.

Hvorfor er det relevant?

Som vist i indledningen er brugen af alternativ behandling steget til trods for, der ikke findes nogen beviselige effekter af alternative behandlinger – oftest tilskrives de effekter der forekommer placebo-effekten (Svane-knudsen 2013a). Man kan stille sig selv spørgsmålet, om ikke placebo-effekten kan anskues som en valid virkning ved alternative behandlinger, hvis brugeren oplever det således? Problemet med dette er, at placebo-effekten er forsvindende lille og oftest vil miste sin betydning efter ret kort tid; dens kliniske effekt er således lig med næsten nul (Hróbjartsson and Gøtzsche 2001). Vi har dermed at gøre med et felt, hvori over halvdelen af den danske befolkning har benyttet sig af noget, uden at langt størstedelen af eksperterne mener det har nogen effekt – endda i en sådan grad at de mener, at mere forskning ikke vil give nye resultater og samtidig ville være spild af penge (Svane-knudsen 2013b).

Som nævnt i indledningen hører vi historier om individer, der har svoret til alternative behandlinger og er vejet bort fra det konventionelle medicinske felt. Men et forsøg på at afdække bevæggrundene for disse individers adfærd ville adskille sig drastisk fra målet med dette speciale. At forsøge at sætte disse ekstreme tilfælde som fokus for den teoretiske diskussion, der vil følge i specialet, vil være at opstille en stråmand. Det interessante for dette speciale er ikke, hvorfor der eksisterer sådanne individer, men i stedet hvordan det tilsyneladende er blevet så udbredt at benytte sig af alternativ behandling. Samtidigt eksisterer der også en tendens omhandlende, hvordan alvorlig sygdom driver nogle individer til at handle af desperation; heller ikke disse er det primære fokus for dette speciale. Det er alle individerne der *ikke* lider af alvorlige sygdomme, der er fokus for dette speciale. For når 52 % af befolkningen i 2013 har benyttet sig af alternativ behandling, må en stor del af disse have gjort det uden at lide af alvorlige sygdomme, men blot mindre problemer, eller måske endda slet ingen.

Det er interessant, fordi alternativ behandling nu er så almindeligt og så udbredt, at flere forsikringsselskaber dækker udgifterne til at modtage disse behandlinger, til trods for at der ikke eksisterer nogen evidens for deres effekt (Nielsen 2017). Og til trods for at flere forskere anskuer det som spild af penge at forske videre i alternativ behandling, eksisterer der nu også fra politisk side et ønske om at undersøge feltet nærmere, idet sundhedsordfører fra SF Jonas Dahl – sammen med sundhedsforsker Helle Johannessen – mener at Sundhedsstyrelsen er for fordomsfuld i forhold til alternative behandlinger (Grumsen 2016). De mener, at der burde placeres penge i en uafhængig institution, der kan undersøge feltet nærmere – en idé der er inspireret af det norske NAFKAM (Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin); et forskningscenter der netop beskæftiger sig med at undersøge sikkerheden og effektiviteten af alternative behandlinger (ibid.). Argumentet for Helle Johannessen er at de metoder, der anvendes til at teste effekten af de alternative behandlinger er for rigide, og at det etablerede sundhedssystem ingen interesse har i at indlemme de alternative behandlinger i det konventionelle. Der eksisterer en kamp mellem tilhængere af de alternative behandlinger, og de der afviser effekten af dem. En del af denne kamp omhandler, hvad man kan

kalde for evidens og hvordan man måler effekten af de alternative behandlinger. Det er denne kamp Dawkins fremhæver, når han kalder tilhængerne af alternative behandlinger for fornuftens fjender.

Udgangspunktet for indeværende speciale vil ikke være at vurdere, hvem der har ret, og hvorvidt alternative behandlinger har en effekt eller ej. I stedet vil det være at stille spørgsmålet om, hvordan en sådan stigning i brugen af alternative behandlinger er afstedkommet. Derfor vil den første del af specialet også forsøge både at se nærmere på selve stigningen i brugen af alternative behandlinger, men også at afdække hvilke faktorer der kan have betydning for denne stigning - med den forventning at der vil eksistere visse faktorer, der kan have en sådan indflydelse. Dette kunne være ting såsom uddannelse, løn, arbejde, køn, osv. Hvorfor det præcist er disse faktorer vil blive uddybet senere i specialet. Men disse kvantitative undersøgelser af feltet vil ikke kunne stå alene, hvis der skal findes en mere fyldestgørende forklaring af feltet. Den følgende teoretiske diskussion, der vil være specialets mest omfangsrige element, vil tage afsæt i resultaterne og forsøge at forstå/forklare stigningen i brugen af alternativ behandling i lyset af strukturelle samfundsændringer. Det særligt interessante er netop, hvad der har muliggjort en stigning i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer, og hvad kan det fortælle os om samfundet?

Eksisterende forskning

Den eksisterende forskning der fremhæves skal ikke ses som en udtømmende gennemgang af alt der er skrevet om emnet, idet alternativ behandling er et område, der nyder interesse fra flere forskellige videnskabelige felter. Indledende søgninger om emnet resulterede også i mange artikler fra den medicinske verden, hvor alternativ behandling i høj grad diskuteres, analyseres og testes. I stedet vil jeg forsøge at fremhæve sociologisk forskning om alternativ behandling og vise, at feltet oftest undersøges ud fra brugernes perspektiv og deres oplevelser af behandlingen, eller at alternativ behandling sættes i en kontekst om sygdom, og hvad behandlingerne således tilbyder personer med kroniske eller livstruende sygdomme. Jeg vil fremhæve, hvordan de fleste undersøgelser beskæftiger sig med hvorfor-spørgsmål – hermed ment at de interesserer sig for, hvorfor individer bruger alternative behandlinger og ikke sigter efter at forklare, hvordan brugen af alternative behandlinger er steget. Det er ikke et systematisk review, jeg har foretaget, men i stedet henholder jeg mig til den eksisterende forskning inden for feltet. Den kvantitative forskning, der er blevet fundet om feltet, har fortrinsvist forholdt sig til evidensen og ”virkningen” af alternative behandlinger og er i høj grad placeret inden for den medicinske forskning. De artikler der gennemgås er udvalgt, fordi de fortæller noget om, hvorfor individer anvender alternative behandlinger, men også forsøgsvis argumenterer for, hvordan fundne relaterer sig til samfundet.

Indledningsvist er det interessant at fremhæve, hvordan flere studier og artikler omhandler spørgsmålet om, hvorledes alternativ behandling kan integreres i konventionel medicin til trods for manglende evidens for dets virkning (Possamai-Inesedy and Cochrane 2013). Argumentet her er, at effekten eller virkningen af alternativ behandling ikke lader sig teste af de konventionelle metoder, der anvendes inden for den almindelige lægevidenskab. I stedet skal man kigge på, hvad det giver individer at blive behandlet ud fra de mere holistiske metoder, der anvendes i alternative behandlinger. Sådan forskning eksisterer altså i den kamp, der er blevet omtalt tidligere i specialet mellem det subjektorienterede praksisparadigme og det lægevidenskabelige paradigme – eller som Richard Dawkins vil kalde det: kampen mellem fornuft og overtro. Jeg fremhæver dette for netop at belyse, hvorledes diskussionen om alternative behandlinger fylder både i det generelle samfund, men også inden for samfundsvidenskaberne. Skal vi dykke mere ned i dele af den state-of-the-art forskning, der foretages inden for feltet kan vi begynde at se nærmere på nogle af de mere relevante bud på kvalitative undersøgelser, der har været af alternative behandlinger indenfor de sidste år:

I artiklen *Fantastic hands – but no evidence: The construction of expertise by users of CAM* (Pedersen and Baarts 2010) sættes der fokus på, hvordan brugere af alternativ behandling konstruerer deres egen legitimering af selv samme behandling. Studiet baserer sig på 90 interviews med brugere af refleksologi og akupunktur og viser hvordan individer selv konstruerer en form for ekspertise inden for disse felter af alternativ behandling – en ekspertise der både er pragmatisk og kontekstafhængig (Pedersen and Baarts 2010:1074). Det er værd at bemærke, hvordan artiklen påpeger, at valget af alternativ behandling både styres

af sociale, politiske og kulturelle dispositioner, men også af *legemliggjort ekspertise*. Hermed ment de kropslige oplevelser brugerne har med den alternative behandling. Det er i særlig grad denne sidste del der er interessant, da dette både peger på en problematik omkring ekspertise og ekspertviden, og hvordan denne gøres legitim for både individet og 'systemet', men også at alternative behandlinger skal forstås ifm. det samfund, eller den kontekst, de eksisterer i. Artiklen opfordrer til mere forskning inden for området, særligt ift. denne idé om den legemliggjorte ekspertise. Jeg fremhæver denne artikel, fordi den omhandler, hvordan valget af alternativ behandling – og dermed også individers legitimering af det – baserer sig på individers egen konstruerede ekspertise.

En lignende kvalitativ undersøgelse blandt 46 individer finder vi i artiklen, *It can do no harm: Body maintenance and modification in alternative medicine acknowledged as a non risk health regimen* (Pedersen 2013). Som titlen foreslår, er et gennemgående tema for disse individer, at den alternative behandling i hvert fald ikke gør nogen skade. Der ligger dermed en form for risikovurdering til grund for valget af alternativ behandling; konventionel medicinsk eller kirurgisk behandling ses som risikofyldt og en trussel mod helbredet, hvorimod alternativ behandling anskues som risikofrit (Pedersen 2013:1). Ligesom ovenstående artikel er omdrejningspunktet i denne brugernes oplevelse af den alternative behandling og årsagerne til deres valg. Hvad der er værd at bemærke ved netop denne undersøgelse, er de 3 årsager de afdækker for tilvalget af alternativ behandling: (1) Følelsen af kontrol og af at handle, samt en ansvarlighed for eget helbred, (2) et ønske om forandring ift. optimering af selvet eller ens helbred og (3) desperation forårsaget af ekstreme kriser i eget helbred (ibid.:61–62). Det første punkt relaterer sig til den form for selvansvar, der eksisterer inden for det subjektorienterede praksisparadigme. Tredje punkt omhandler de individer dette speciale, som sådan, ikke er interesserede i. For til trods for at der kan ligge nogle af de samme mekanismer bag stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt syge individer, er jeg udelukkende interesseret i raske individer, for dermed at kunne "isolere" de faktorer, der har betydning for stigningen i brugen af alternative behandlinger. Det andet punkt er interessant, for artiklen benævner selv, hvordan alternative behandlinger for en del brugere er et spørgsmål om at arbejde med selvet og som sådan ikke et spørgsmål om helbredelse fra noget. Dette er interessant, da det kan indikere, at der ligger noget andet end helbredelse bag brugen af alternative behandlinger – hvad dette kan være, bliver en del af specialets teoretiske diskussion.

Med disse to artikler kan vi se, hvordan alternative behandlinger kan forstås som måder, hvorpå individer både udøver kontrol over deres helbred, men samtidigt også konstruerer en ekspertise herom. Disse ting er interessante, fordi det paradigme hvori alternative behandlinger eksisterer er kontekstafhængigt. Hermed ment at brugen af disse behandlinger er forbundet med samfundets beskaffenhed. Således omhandler mange af de fundne undersøgelser af feltet denne slags konklusioner om brugerne af alternative behandlinger. Særligt interessant er artiklen "*Derivative benefits: Exploring the body through complementary and alternative medicine*" (Baarts and Pedersen 2009), fordi der heri analyseres brugere, der anvender alternative behandlinger til at modstå lidelser, men som også fortsætter med at bruge alternative behandlinger

efter de er blevet raske igen, samt brugere der ikke umiddelbart har nogle fysiske lidelser. Artiklen fremhæver, at brugerne oplever en forhøjet grad af både kropsbevidsthed og kropskontrol (Baarts and Pedersen 2009:729), og at brugerne adopterer behandlernes perspektiv om kroppen som selvhelbredende. Disse konklusioner falder dermed helt i tråd med de beskrivelser vi fandt hos Launsø tidligere. Overordnet set tegner der sig et billede af, hvordan alternative behandlinger tilbyder brugerne kontrol over deres helbred, samt en overbevisning om at det ikke kan skade at prøve. Disse ovennævnte studier er, som sagt, udelukkende et udpluk af de mange kvalitative studier, der undersøger bevæggrundene for individers valg af alternative behandlinger. Men som det har fremgået tidligere i specialet, er det ikke den enkeltes valg, der er det interessante her. I stedet er det at forstå stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer som muliggjort af bagvedliggende samfundsmæssige udviklingstendenser. Således kan konklusionerne fra ovenstående artikler også forstås i dette perspektiv, men skal vi forsøge at udvide rækkevidden af de konklusionerne i den eksisterende forskning, er det nødvendigt at kigge på bredere forklaringer.

Artiklen *The illness is part of the person* (McClean 2005) forbinder de fund, der er gjort gennem en kvalitativ metode til overordnede samfundsstrukturer og argumenterer for, hvordan sygdom ses som funderet i individets biografiske omstændigheder (ibid.:642). Sygdom og helbredelse bliver således også her bundet til individet og deres tilgang til begge dele. Det interessante her er, at Stuart McClean forbinder måden, hvorpå både behandlere og brugere relaterer sig til sygdomme, med en mere overordnet samfundsdiskurs om personlig ansvarliggørelse for eget helbred og en tendens til at skyde skylden for sygdom på individet. Det er således en slags individualisering af helbredelse, hvor brugeren anskues som 'ejer' af sine lidelser, og derfor selv skal tage ansvar for sin vej ud af lidelsen (ibid.:643). Hvad der er særligt interessant i McCleans artikel er, hvordan denne måde at forholde sig til selvet og helbredelse på, er forbundet til en større samfundsudvikling, og han tilskriver det en post-moderne udvikling. Men hvordan vi er nået dertil, eller præcis hvordan alternative behandlinger kan forstås i denne kontekst, bliver ikke udspecificeret yderligere. Det er her, jeg mener indeværende speciale adskiller sig: for jeg vil forsøge at identificere de samfundsmæssige udviklingstendenser, der kan have muliggjort et øget forbrug af alternative behandlinger.

Ligesom med McCleans tanker om post-moderniteten som faktor i brugen af alternative behandlinger, kunne idéen om dem som en del af et forbrugersamfund spille ind, som det bl.a. er beskrevet i artiklen *Explaining the growth of complementary and alternative medicine* (Coulter and Willis 2007). I denne optik vokser brugen af alternative behandlinger, fordi individer i samfundet nu også ser spørgsmål om deres sundhed som et forbrugsgode, hvor de selv vælger tilbud ud. Dermed mister den konventionelle medicin sin autoritet og ligestilles med alternative behandlinger. I samme artikel fra Coulter & Willis (2007) beskrives der også andre mulige årsager til stigningen i brug af alternative behandlinger: postmodernismen har ført til en nedgang i tiltroen til videnskaben og teknologien. Argumenter jeg også har fremvist tidligere ift. det postfaktuelle samfund og Dawkins' dokumentar. Selv det indledende citat af Stephen Fry kredser på sin vis også om dette. Samtidigt ligger der også et argument om, at internettet har medført, at alle er deres egne

eksperter og selv udøver det Coulter og Willis (ibid.) – med inspiration fra Ulrich Beck – kalder for *risk management regimes*. Artiklen peger således på, hvordan nogle af de mere overordnede samfundstendenser har været med til at øge brugen af alternative behandlinger. Dette speciale har det samme for øje, og nogle af de træk Coulter og Willis fremhæver, overlapper også med de ræsonnementer, der vil føres i indeværende opgave.

Grunden til at Coulter og Willis' artikel fremhæves er ikke blot, at den opsummerer forskellige generelle samfundsændringer, der kan have indflydelse på udviklingen i brugen af alternative behandlinger, men også fordi de specifikt diskuterer samfundsvidenskabernes rolle i denne stigning. I deres optik har samfundsvidenskaberne til dels været med til at legitimere alternative behandlinger. På den ene side fordi samfundsvidenskaberne har kritiseret den konventionelle medicin igennem en længere årrække og dermed undermineret dens dominans, og på den anden side fordi samfundsvidenskabelige forskere har beskrevet og omtalt alternative behandlinger som legitime paradigmer på lige fod med den konventionelle medicins paradigme. De tidligere fremhævede argumenter fra Launsø er et klart eksempel herpå. Coulter og Willis beskriver ydermere, hvordan brugere og behandlere inden for alternative behandlinger oftest italesættes som 'ofrene' (ibid.: 222). Dette er en problematik jeg finder yderst relevant og interessant. Målet med dette speciale er ikke at hylde den konventionelle medicin eller specifikt at kritisere alternative behandlinger, men min tilgang til feltet er omvendt af den Coulter og Willis beskriver. For mig er stigningen i alternative behandlinger både årsag til undren og bekymring – således ser jeg ikke stigningen som noget positivt, men i stedet for at kritisere den og latterliggøre den i stil med Richard Dawkins, vil jeg i stedet forsøge at belyse de samfundsmæssige udviklingstendenser, der har muliggjort en stigning jeg anskuer som problematisk. Noget det ovenstående udpluk af relevant forskning har illustreret til en vis grad er en mangelvare.

Videnskabsteori og metodologi

Som det er blevet nævnt og vist flere gange i specialet, er udformningen på en måde todelt, dog med størst vægt på anden del af opgaven. Hvorfor dette valg og hvorfor er dette meningsfuldt ift. målet med specialet? Det følgende afsnit vil forsøge at diskutere og besvare disse spørgsmål. Dette gøres ved at fremhæve, hvordan specialets videnskabsteoretiske position er inspireret af den kritiske realisme, hvorfor dette er valgt, og hvordan dette spiller sammen med den første del af opgaven, der i højere grad kan siges at falde under en mere hypotetisk-deduktiv metode. Målet med afsnittet er ikke slavisk at redegøre for den kritiske realisme, men i stedet fremhæve de elementer af denne videnskabsteoretiske position, der danner udgangspunktet for, hvordan dette speciale er konstrueret, og hvilke betydninger det har for selve udformningen af specialet, de spørgsmål der stilles, specialets metoder og i høj grad dets konklusioner. Afsnittet vil være inspireret af Thomas Brantes artikel *Consequences of Realism for Sociological Theory-Building* (2001), samt Lars Benjaminsens kapitel *Sociale mekanismer og statistiske modeller* (2006) og supplere med yderligere viden fra Hubert Buch-Hansen og Peter Nielsens bog *Kritisk realisme* (2005) og Berth Danermarks bog *Att förklara samhället* (1997). Stykket vil adressere den umiddelbare antagonisme, der hviler imellem de to metoder anvendt i specialet; altså den overordnede kritiske realisme og den mere positivistiske hypotetisk-deduktive metode, der dominerer omgangen med empirien i specialet – det er især her Brante og Benjaminsens perspektiver spiller ind.

Den kritiske realisme som udgangspunkt

For at klarlægge hvordan specialet forholder sig til virkeligheden, sandhed og dermed hvilken viden, der kan opnås om denne virkelighed, er det nødvendigt at forstå, hvordan den kritiske realismes ontologi, epistemologi og metodologi overordnet fremstår. Jeg anvender ordet overordnet idet den kritiske realisme, som sådan, ikke kan forstås som én entydig videnskabsteoretisk position, men i højere grad skal forstås som et paraplybegreb, der indeholder mange forskellige retninger; dog med nogle fælles træk. I min optik begribes den kritiske realisme bedst ved at forklare hvad den udspringer af, navnlig en kritik af andre videnskabsteoretiske positioner: positivisme og relativisme (Brante 2001:169). At beskrive disse to som deciderede videnskabsteoretiske positioner lider dog af samme vaghed som det overordnede begreb kritisk realisme, idet der ikke kan argumenteres for, at nogle af disse to eksisterer, eller bliver anvendt, i hvad man kunne kalde for deres ”rene” form. I stedet dækker begreberne over forskellige positioner: hvor det første relaterer sig mere stringent til den logiske positivisme eller den empiriske realisme, dækker det andet over forskellige positioner som postmodernisme, post-strukturalisme, social konstruktivisme osv. (ibid.).

Ekstremt kort kan forskellen mellem disse ifølge den kritiske realisme, beskrives således: Den kritiske realisme tager afstand fra en empiristisk kausalitetsforståelse, der postulerer at når A sker, så følger B. Det er

denne kausalitetsforståelse, der er knyttet til den empiriske realisme, og derfor er synspunktet for den empiriske realisme også at: "... *virkeligheden er udtømt af det, som lader sig erfare med de menneskelige sanser; hvad der ikke kan iagttages, findes ikke.*" (Buch-Hansen and Nielsen 2008:13). Videnskaben bliver med dette synspunkt udelukkende et spørgsmål om at identificere og beskrive mønstre og lovmæssigheder. Den kritiske realismes kritik af relativismen affødes derimod af den iboende substantielle forskel mellem deres ontologier. Den kritiske realisme vil mene, at relativister: "... *stiller sig tilfredse med at studere diskurser på virkelighedens overflader, og eftersom sandhed relativiseres fuldstændigt i forhold til sådanne diskurser, må man til og med på forhånd opgive, at sige noget om virkeligheden 'som den er'*" (ibid.: 88). Citatet bringer kløften mellem de realistiske og idealistiske synspunkter frem i lyset, for hvor relativisterne mener, at alt er styret af diskurs og vores viden om den, mener de kritiske realister, at verden eksisterer uafhængigt af mennesket – noget der bliver tydeligt, hvis vi kigger nærmere på den kritiske realismens påstand om en 'dyb' ontologi i det følgende afsnit.

Ontologi og epistemologi

Indledningsvist er det værd at fremhæve en adskillelse, den kritiske realisme opstiller for videnskaben; navnlig mellem den transitive og den intransitive dimension (ibid.: 21), der omhandler hhv. den kritiske realismes epistemologi og dens ontologi.

Den transitive dimension indeholder videnskabens råmaterialer – det vil altså sige vores viden om verden (ibid.: 22). "*Teorierne er dermed videnskabens transitive objekt; de udgør den dimension som indirekte forbinder videnskaben med virkeligheden.*" (Danermark, Ekström, Jakobsen, & Karlsson, 1997, p. 33; min oversættelse). Man kan med andre ord sige, at der eksisterer en ontologisk kløft mellem virkeligheden og videnskaben, men at de teorier, modeller, paradigmer, begreber osv., der eksisterer på et givent tidspunkt, skal forbinde denne transitive dimension med den intransitive dimension. Den transitive dimension relaterer sig dermed til den kritiske realismes epistemologi.

Den intransitive dimension er således de objekter som videnskaben, gennem den transitive dimension, forsøger at producere viden om (Buch-Hansen and Nielsen 2008:22). Der er altså her tale om den videnskabsteoretiske positions ontologi, og det er forholdet mellem dimensionerne, der gør den kritiske realisme markant anderledes end de førnævnte positioner, positivisme og relativisme. For ved at skille dimensionerne ad insisterer den kritiske realisme også på, at den ene dimension er mere grundlæggende end den anden – hermed ment at den intransitive dimension 'kommer før' den transitive (ibid.: 23). Eksistensen af disse to dimensioner kan kaldes for videnskabens centrale paradoks, for hvor den intransitive dimension eksisterer hvad end mennesket gør eller ej, er den transitive dimension kontekstafhængig og historisk betinget – den hænger altså uløseligt sammen med hvem og hvornår den pågældende viden i dimensionen er skabt (Danermark et al. 1997:34). De to dimensioner kan, foruden ikke at være lige betydningsfulde, ej

heller reduceres til hinanden, eller påstås at være lig med hinanden. Viden om virkeligheden vil altid være fejlbarlig, netop som følge af sin kontekstafhængighed, og derfor vil den videnskab, der eksisterer i den transitive dimension altid kun være det bedste bud på virkeligheden og ikke et fuldstændigt sandfærdigt billede af den. Det er denne klare separation af dimensionerne, der skaber en ontologisk kløft, som ikke kan overkommes fuldstændigt af den transitive dimension, men kun tilnærmelsesvis forklare den intransitive dimension.

Den ovenstående gennemgang af den kritiske realismes ontologi og epistemologi, adskilt i den transitive og den intransitive dimension, kan – med inspiration fra Thomas Brante (2001 p. 172) – opsummeres i 3 punkter, der danner et overblik over den videnskabsteoretiske position:

1. Der eksisterer en virkelighed uafhængigt af vores gengivelse eller bevidsthed om den (ontologi).
2. Det er muligt at opnå viden om denne virkelighed (epistemologi)
3. Al viden er fallibalistisk (metodologi)

Hvad der gør den kritiske realisme særlig er forestillingen om, at verden indeholder tre domæner: Det empiriske, det faktiske og det virkelige (Buch-Hansen and Nielsen 2008:24). Det empiriske domæne indeholder erfaringer og observationer, og det faktiske domæne indeholder de fænomener, der eksisterer, samt de begivenheder, der finder sted, upåagtet af om de bliver erfaret eller ej. Ifølge den kritiske realisme vil den empiriske realisme begrænse sig til kun at beskæftige sig med disse to domæner og dermed kun opnå et 'fladt' verdensbillede (ibid.). Det virkelige domæne: "... består af de ikke direkte observerbare strukturer og mekanismer, som under visse omstændigheder understøtter og forårsager begivenheder og fænomener indenfor det faktiske domæne." (ibid.). Det er altså her, den kritiske realisme divergerer fra andre realistiske videnskabsteoretiske positioner, idet den fastholder, at der eksisterer en dybere virkelighed, som vi ikke umiddelbart kan observere, og dermed er det ikke længere de to øverste domæner, der er den primære interesse for videnskaben, men i stedet denne underliggende – det faktiske og det empiriske domæne kan anskues som toppen af isbjerget, og det virkelige domæne er den skjulte del af det.

Det er vigtigt at knytte en kommentar til disse tre domæner og deres forhold til hinanden: De tre domæner er ikke lig med hinanden og kan heller ikke reduceres til hinanden, fordi de strukturer og mekanismer, der eksisterer i det virkelige domæne, er anderledes end de fænomener og begivenheder de genererer i det faktiske domæne (ibid.). Hermed ment at fordi vi observerer eller erfarer noget, kan vi ikke med sikkerhed sige, at disse erfaringer og observationer fortæller os noget om det virkelige domænes faktiske beskaffenhed. Målet er dermed i stedet at finde og forklare de generative mekanismer, der må eksistere og skaber eller forårsager de begivenheder og fænomener, vi kan erfare og observere. Det kan virke en smule

ensrettet og deterministisk, men den kritiske realisme fastholder, at verden er kompleks og de fænomener og begivenheder, der forekommer, altid er et resultat af mange forskellige virkninger (ibid.: 26). Hermed ment at: "... *virkeligheden består af åbne systemer, dvs. systemer, hvor empiriske regelmæssigheder ikke (eller stort set ikke) forekommer spontant.*" (ibid.). Begrebet tendenser har her en særlig rolle da kausale lovmæssigheder i den kritiske realisme anskues som tendenser, der virker på det virkelige domæne – upåagtet om de bliver erfaret eller aktualiseret (ibid.). Virkeligheden er dermed kompleks og multikausal i den kritiske realisme, og målet bliver at afdække og forklare de generative mekanismer, der muliggør tendenser i samfundet. Men hvordan kommer man så frem til denne viden som samfundsforsker? Her er det nødvendigt at beskrive, hvorledes man stiller de spørgsmål, der muliggør dette og hvordan man kommer frem til fyldestgørende forklaringer og konklusioner. Dette gøres vha. retroduktion.

Retroduktion som metodologi

Inden for den kritisk realistiskes virkelighedsbillede vil hverken en induktiv eller deduktiv metode give tilfredsstillende svar eller forklaringer, da ingen af disse metodikker formår at arbejde med virkeligheden som et åbent system; i stedet bliver de forklaringer og kausalitetsforståelser der opnås ved disse metoder udarbejdet i præcis den slags lukkede systemer, den kritiske realisme anfægter kan forklare noget om virkelighedens beskaffenhed.

Retroduktion er derimod en metodik, der forsøger at indfange virkelighedens kompleksitet og behandler denne som et åbent system. Videnskaben er, ifølge den kritiske realisme "... *forbundet med en bevægelse fra det empiriske eller det faktiske niveau til det virkelige niveau, idet fænomener på samfundenes overflade herigennem forsøgsvis forklares ud fra uobserverbare mekanismer, strukturer og relationer.*" (ibid.:60). Bevægelsen ved en retroduktion lader sig bedst begribe ved at forstå den traditionelle syllogisme, hvori der eksisterer to præmisser og en konklusion. Ved retroduktion vendes denne på hovedet, så metoden omhandler, hvorledes man finder en bestemt præmis, når konklusionen er givet (ibid.:61). Det er præcis denne bevægelse, der tillader en at bevæge sig fra samfundets overflade og ned i dybden – eller med andre ord: at begribe de begivenheder og fænomener, der eksisterer i det faktuelle domæne med de strukturer og mekanismer, der eksisterer i det virkelige domæne. Det er også her begrebet abstraktion spiller en rolle. Det er ved at identificere begivenheder og fænomener og forbinde disse med dybereliggende strukturer gennem abstraktion, at den kritiske realist opnår viden om virkeligheden. I indeværende speciale er fænomenet en stigning i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer, og dette fænomen skal forklares ved at afdække de præmisser der muliggør stigningen. Altså bliver det et spørgsmål om at finde og forklare de givne præmisser, der kan have muliggjort netop dette fænomen, og dermed kan der opnås viden om de underliggende strukturer og mekanismer. Dog er det værd at bemærke, at fremgangsmåden for mig adskiller sig en smule fra andres og mit eget tidligere arbejde indenfor denne metodologi; navnlig fordi der inddrages

en statistisk analyse. Hvad dette betyder ift. den kritiske realisme og arbejdet med feltet i dette speciale, vil jeg kigge nærmere på nu.

Sammenspillet mellem statistik og den kritiske realisme

Man kan stille spørgsmålet om, hvorvidt dette speciale ikke vil begå præcis den epistemologiske fejlslutning, der blev beskrevet tidligere, når der arbejdes med hypotetisk-deduktiv metode omkring alternative behandlinger? Sættes mennesket og dets viden således ikke i centrum for alting? Dersom fokus for specialet kun lå i de kvantitative resultater ville svaret være jo specialet ville således kun beskæftige sig med de øverste domæner i den kritiske realismes virkelighedsforståelse.

Specialet er som nævnt struktureret efter en kritisk realistisk tilgang, hvor der forsøges at finde de generative mekanismer, der muliggør en stigning i brugen alternativ behandling blandt raske individer. Men for at kunne finde frem til de præmisser, der ligger til grund for en given konklusion, er det nødvendigt at finde frem til de observerbare fænomener og begivenheder, hvorfra den teoretiske abstraktion skal tage udgangspunkt. Det er her den hypotetisk-deduktive metode spiller en rolle. Opgavens indledende spørgsmål omhandler, hvorvidt der er sket ændringer i brugen af alternative behandlinger over tid. Heri hviler der nogle hypoteser: For det første at der er sket en ændring i brugen af alternativ behandling over tid, men også at raske individer anvender alternativ behandling. For det andet at der vil være nogle faktorer i et individs liv, der har betydning for brugen af alternativ behandling – her tænkes på ting som eks. vedkommendes køn eller uddannelsesniveau.

Mit argument for at kunne inkorporere kvantitative metoder i den kritiske realisme finder jeg hos Lars Benjaminsen (2006) og Thomas Brante (2001). Brante argumenterer for det første for, at kausalitetsbegrebet må udvides, så det ikke længere udelukkende defineres som universelle regelmæssigheder mellem observationer. For det andet mener han, at kausalitet – i overensstemmelse med den kritiske realisme – forekommer som tendenser, fordi at andre kausaliteter kan modvirke og influere, så forventede effekter ikke nødvendigvis manifesterer sig i fænomener eller begivenheder. For det tredje mener han, at vi i samfundsvidenskaberne må godtage idéen om 'kausal kapacitet', der referer til et objekt eller en aktørs potentialer – indre kapacitet plus ekstern situation forklarer tilbøjeligheden for at et fænomen indtræffer. For det fjerde, at terminologien i samfundsvidenskaberne skal gøres skarpere og mere modig, hermed ment at begreber som eks. 'påvirker', 'hænger sammen med' eller 'har indflydelse på' ikke skal ses som løsninger eller resultater, men i stedet som indikatorer på problem der skal undersøges yderligere (Brante 2001:173–74).

"Thus, causality is intimately connected with understanding and explanation. (...) Most often this implies going beyond the surface of regularity, employing other methods than statistics to analyze components that may account for the phenomenon we are interested in."

(ibid.: 174)

Præcis denne argumentation er også, hvad dette speciale forsøger at efterleve: navnlig at udelukke at fokusere på de statistiske resultater ikke ville tilbyde en adækvat forståelse af, hvad der ligger bag disse resultater. *"Statistiske regelmæssigheder er således empiriske manifestationer af fænomener, der dannes ud fra samspillet mellem de relationelle strukturer og aktørernes handlinger."* (Benjaminsen 2006:73–74) Således bliver stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer et fænomen, der eksisterer i de øverste domæner og en empirisk manifestation af de underliggende samfundsmæssige udviklingstendenser eller generative mekanismer. Grunden til at den kritiske realisme og de kvantitative metoder fungerer sammen skal findes i det faktum, at det er muligt *"(...) med den kvantitative analyse at studere resultatet af de generative processers udvikling over tid, som de afspejler sig i forandringer (...)"* (ibid.:75) i f.eks. brugen af alternative behandlinger. Ifølge Benjaminsen er hele formålet med det han kalder den sociologiske model, at forklare de underliggende mekanismer og således komme med en uddybende forklaring på de sammenhænge og korrelationer, en given kvantitativ analyse vil give (ibid.). Den tankeoperation der foretages i specialet er bygget på retroduktion ift. de statistiske analyser, og jeg opnår en form for teoretisk elaborering (ibid.:78) af de kvantitative modeller.

Det er dog nødvendigt også at knytte nogle ord til specialets validitet, generaliserbarhed og hvad jeg vil kalde plausibilitet. Benjaminsen taler om forskellige former for validitet: teoretisk, empirisk, intern og ekstern (ibid.:77). I indeværende speciale er det kun visse af disse former for validitet, der lader sig diskutere; den empiriske validitet er, ifølge Benjaminsen, et spørgsmål om hvorvidt data er indsamlet tilfredsstillende og i overensstemmelse med de operationelle definitioner – altså om der indfanges det i indsamlingen man ønsker. Det anvendte data kan i dette speciale siges at være empirisk valid, da indsamlingen er foretaget af SIF, og deres arbejde selvfølgelig vurderes at være tilfredsstillende. Den interne validitet ift. de statistiske analyser omhandler gyldigheden af de resultater, der opnås. Her tænkes bl.a. på om modellerne er skævvredet, om der eksisterer heteroskedasticitet, multikollinearitet osv. Den eksterne validitet drejer sig om, hvorvidt surveyen kan ses som værende repræsentativ. Ift. den eksterne må svaret være, at data er repræsentativ, da indsamlingen er foretaget på landsplan af SIF, og målet har været at indfange et repræsentativt udsnit af den danske befolkning. De statistiske analyser vil jeg argumentere for også er internt valide, baseret på de metoder jeg anvender og hvordan jeg anvender dem. Disse former for validitet eksisterer i alt kvantitativt arbejde, men når denne slags analyser skal forklares via den kritiske realisme, skal der også tages højde for en slags teoretisk validitet. Denne validitet er den mest essentielle og den omhandler: *"... hvorvidt det er muligt at give en adækvat forklaring på de mekanismer og processer, der ligger bag de statistiske fordelinger og sammenhænge."*

(ibid.). Det er altså et spørgsmål om plausibiliteten af de argumentationer, der føres igennem specialet. Man kunne stille spørgsmålet: 'Kan man forestille sig Y er muligt uden X?' vel vidende at: "*Der findes ingen faste kriterier ud fra hvilke det vil være muligt definitivt at afgøre gyldigheden af en retroduktiv logisk slutning.*" (Danermark et al. 1997:134; min oversættelse). Det er dermed et spørgsmål om, hvorvidt de generative mekanismer, der afdækkes, kan siges at tilbyde en tilstrækkelig forklaring på de tendenser, der undersøges. I indeværende speciale betyder dette, at de generative mekanismer jeg identificerer, igennem teoretiske diskussioner af de kvantitative analyser, skal være meningsfulde og give et kohærent bud på de generative processers udvikling over tid. Hvorvidt mine konklusioner er valide bliver således ikke et spørgsmål om, hvorvidt jeg identificerer en lovmæssighed eller kan konkludere en fuldstændig klar kausalitet, men i stedet hvorvidt de logiske slutninger og argumenter, der føres igennem analysen er meningsfulde; altså om omgangen med feltet og de anvendte teorier er lodig.

Data i specialet

Inden jeg påbegynder de statistiske analyser, skal det data der er anvendt beskrives, og hvordan det er blevet behandlet, omkodet og klargjort til analyse. Afsnittet vil ikke gå ned i alle de mindste detaljer, men give et overblik over hvad der er blevet gjort, hvorfor det er blevet gjort og hvilke konsekvenser det har. Der henvises til Bilag 5 hvor den komplette STATA Do-fil kan ses.

SUSY-undersøgelserne

Det anvendte data i specialet stammer fra SDU's sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY), der er en national undersøgelse af den voksne (16 år eller derover) befolkning i Danmark. Der er blevet udført i alt 6 runder af undersøgelserne i 1987, 1994, 2000, 2005, 2010 og 2013 med et bredt repræsentativt udsnit af befolkningen. For hver runde stilles der en række spørgsmål, der er enslydende fra år til år, men samtidigt har hver enkelt runde sit eget specifikke tema. Dataindsamlingen foregår hovedsageligt ved personlige interviews, der i nogle runder suppleres med personlige spørgeskemaer. De overordnede mål med SUSY undersøgelserne er at beskrive fordelingen og forekomsten af sundhed og sygelighed, at skabe brugbart materiale til at forbedre sundhedsvilkårene i landet og at følge udviklinger i sundhed og sygelighed. Det indledende spørgsmål er, hvorfor valget er faldet på eksisterende forskning, der ikke direkte beskæftiger sig med alternativ behandling, men mere generelt omhandler befolkningens sundhed. Svaret er tidsaspektet. Som jeg vil komme ind på længere nede, sætter brugen af disse datasæt nogle begrænsninger ift. hvilke informationer, der kan hentes i data, men til gengæld bliver det muligt at følge udviklingen over tid. At foretage min egen dataindsamling kunne have givet mig større indblik i motivationerne for de adspurgte individer, idet spørgeskemaet således havde været struktureret udelukkende om dette aspekt, men da jeg er interesseret i *udviklingen*, er det befordrende for specialet at anvende eksisterende data.

Sammenligning over tid

Men det må også noteres, at der er nogle faldgruber ved at anvende dette data over tid, som SDU også selv benævner (Ekholm et al. 2013:4). For det første er der ikke tale om paneldata. Det vil altså sige, at det ikke er de samme individer, der følges over tid, men forskellige repræsentative samples i hver undersøgelse. Dette er ikke stort problem, da hver runde er repræsentativ i sig selv, og jeg dermed kan sige noget om det givne forbrug af alternative behandlinger i de år, undersøgelserne er foretaget. For det andet har indsamlingsmetoderne ændret sig siden 1987. Hvor der i 1987 kun blev anvendt personlige interviewskemaer til at indsamle data, blev disse suppleret i 1994, 2000 og 2005 med papirspørgeskemaer, for til sidst i 2010 og 2013 at blive erstattet med webspørgeskemaer. Indsamlingsmetoden har dermed ændret sig over tid, hvilket også kunne medføre en bias i de svar der er blevet givet. For at imødekomme dette har SDU selv undersøgt, hvorvidt denne ændring i indsamlingsmetoderne har haft betydning for de givne svar og

fordelingerne deri (Christensen et al. 2012). Resultatet af denne undersøgelse var, at der ved visse spørgsmål var problemer med sammenligning over tid, da indsamlingsmetoden havde ændret sig. Men i deres gennemgang af spørgsmål vedr. alternative behandlinger, viser det sig, at de ændrede indsamlingsmetoder ikke har haft betydning for de givne svar, og derfor er sammenligning over tid muligt (ibid.:45-49).

Ydermere er der også sket ændringer i de former for alternative behandlinger der spørges ind til i undersøgelseerne. Som det blev nævnt tidligere i specialet, har dette nogle konsekvenser for, hvad der kan måles på. Sammenlignes de former, der er blevet spurgt om i 1987 og 2013, kan vi se, hvordan det har ændret sig:

Tabel 1 - Former for alternative behandlinger i spørgeskema, i hhv. 1987 og 2013

1987	2013
Naturmedicin	Zoneterapi
Zoneterapi	Akupunktur
Afspænding	Healing og/eller clairvoyance
Vejledning om kost, motion mv.	Homøopati
Nåleakupunktur	Ernæringsterapi (individuel tilpasset kostvejledning)
Håndspålæggelse	Massage, osteopati og andre manipulative terapier
Massage/manipulation	Kraniosakral terapi
Brug af apparaturer (herunder magnetisk strygning og radionibehandling)	Biopati, naturopati
Healing	Kinesiologi
Psykoterapi	Phytoterapi (behandling med urter/urteudtræk)
Hypnose	Andet, f.eks. visualisering, heilpraktik, Bachs blomsterterapi
Andet	

Det fremgår ud fra ovenstående, at hvad der i undersøgelseerne falder under kategorien alternativ behandling har ændret sig siden 1987, og der er således kun 7 former, jeg retfærdigvis kan følge brugen af over tid. Specifikt drejer det sig om: 1) "Naturmedicin"/"Homøopati", 2) "Zoneterapi", 3) "Vejledning om kost"/"Ernæringsterapi", 4) "Massage", 5) "Akupunktur" 6) "Healing"/"Healing og/eller Clairvoyance" og

7) svarmuligheden "Andet". Hvordan det indeks der anvendes er blevet konstrueret, vil jeg komme ind på senere. Ligeledes er der begrænsninger i de baggrundsvariable, der eksisterer og som er mulige at følge over tid, hvilket alt sammen uddybes i afsnittet om konstruktion af indeks og databehandling.

Repræsentativitet og vægtning

Ift. repræsentativiteten af data vil der altid eksistere de sædvanlige problematikker: Selvfølgelig er det udvalgte udsnit, der bliver inviteret til at deltage i undersøgelsen tilfældigt udvalgte og sammensat, så samplet er repræsentativt, men der vil altid forekomme bortfald og en del vil ikke svare på invitationen (eks. er der blevet sendt invitationer ud til 25.000 individer i 2013, men kun 14.265 har svaret). Hermed er der en klar risiko for bias i de resultater, der fremkommer. Dette er blevet imødekommet vha. vægtning. I det anvendte data eksisterer der således en vægt, der tager højde for den generelle befolkningssammensætning og justerer resultaterne ift. til denne. Vægten er blevet appliceret i de regressionsmodeller, der er blevet gennemført i specialet².

Konstruktion af indeks og databehandling

Sidste skridt inden påbegyndelse af de deskriptive analyser er at beskrive hvilke variable, der anvendes i gennem analysen, hvordan de blevet omkodet og hvordan de anvendes. Vi indleder med at kigge på analysens afhængige variabel (Y); brugen af alternative behandlinger.

Konstruktion af Y - Alternativ behandling

Som det er vist længere oppe, eksisterer der nogle problematikker ift. at følge alternativ behandling over tid med det tilgængelige data. Primært fordi svarmulighederne skifter over tid, så det ikke er muligt at inkorporere alle former for behandling fra 1987 og til 2013. Derfor bliver det Y, der arbejdes med i analysen, et indeks baseret på de 7 ovennævnte items. Hvordan data har været sammensat skifter fra år til år, men fælles for alle årene er, at en respondent svarer på, hvorvidt de har anvendt en bestemt form for behandling indenfor de sidste 12 måneder, før det eller aldrig. Hver behandlingsform er blevet omkodet til en dummy, hvor en respondent enten har eller ikke har anvendt den pågældende behandlingsform. Hermed forsvinder der selvfølgelig en smule variation, da nogle af respondenterne muligvis vil have svaret, at de har anvendt én behandlingsform inden for de sidste 12 måneder, men en anden behandlingsform tidligere end det, eller ikke har anvendt nogen behandlingsformer inden for det sidste år. Men da det udelukkende er det samlede brug af alternative behandlingsformer, der interesserer mig, mener jeg, at denne omkodning er meningsfuld. Den

² Se bilag 1 for en sammenligning mellem en lineær regression med og uden vægte

tillader mig at konstruere et indeks, da jeg kan slå de 7 items sammen, så Y går fra 0 til 7. Dette betyder, at en score på 0 er af lig med aldrig at have brugt alternativ behandling, en score på 1 er af lig med at have brugt én form for alternativ behandling osv. Da antallet af respondenter, der havde benyttet sig af mere end 4 behandlinger var minimal, blev 4, 5, 6 og 7 slået sammen til udelukkende én for at undgå en skæv fordeling. Hermed ment at da de øverste scores indeholdt meget få respondenter, kunne disse have skævvredet analysen og givet resultater, der overestimerede effekterne af visse sammenhænge. Det færdige indeks går således fra 0 til 4 og giver en indikation af, i hvor høj grad et individ har anvendt alternative behandlingsformer³. Indekset bliver behandlet som en intervalskaleret variabel, til trods for denne sidste sammenlægning. Dette vil i en mere streng definition betyde, at variabelen bliver til en ordinal skaleret variabel, men den behandles i indeværende speciale som en intervalskaleret. Bl.a. fordi det er nødvendigt at kunne foretage en lineær regression, da denne tillader mig at sammenligne forskellige modeller over tid og er intuitivt lettere at fortolke og forstå (Mood 2010), end eksempelvis ordinal logistisk regression.

Det er nødvendigt at skrive lidt mere om dette indeks og de behandlingsformer, der kan måles over tid med det pågældende data. For selvfølgelig er alle former for alternative behandlinger ikke ens; hverken når det gælder i hvor høj grad de anvendes, eller hvor alternative de egentligt er. Således kan der også argumenteres for, at de former der kan måles med det tilgængelige data ikke er de mest alternative behandlingsformer, der eksisterer – forudsat at man kan rangere deres grad af alternativitet. Men da specialet, som sådan, ikke er interesseret i at kigge specifikt på de kvalitative forskelle blandt behandlingerne, mener jeg ikke det er en problematik for resultaterne heri. Interessen hviler i stedet på den generelle stigning af alternative behandlinger, der er forekommet og hvordan dette kan forstås. Derfor er det stadig interessant at kigge på disse former, netop fordi disse falder uden for den konventionelle behandling. Derudover indfanges nogle af de mere outrerede behandlingsformer med svarkategorien Andet, da denne i princippet kan indeholde hvad som helst; nogle af eksemplerne givet i spørgeskemaet er Bachs Blomsterterapi og Heilpraktik.

Baggrundvariable eller de mange X'er

Data har pålagt arbejdet med de uafhængige variable nogle restriktioner, som ikke kan overkommes, og derfor har udvælgelsen til dels været pragmatisk i sin tilgang, og der er blevet forsøgt at finde meningsfulde variable, der kunne anvendes i alle år. Eftersom der arbejdes hypotetisk-deduktiv i denne del af opgaven, må der også eksistere en hypotese der kan testes. I dette tilfælde er valget faldet på hvilken effekt uddannelse har på brugen af alternative behandlinger. Valget er styret af flere elementer: det første er, som nævnt, et spørgsmål om pragmatik. Det har ikke været muligt at følge andre lignende faktorer – eks. job, eller indkomst - over tid, og derfor stod uddannelse tilbage, som det man kan kalde den mest determinerende variabel ift. et

³ Se bilag 2 for en oversigt over frekvenserne for det fulde indeks, det sammenslåede indeks og dummy variabelen.

individs sociale position. Det andet element er et spørgsmål om, hvorvidt der eksisterer differentierende effekter i brugen af dette, eller sagt med andre ord: er der en ulige fordeling af brugen og, hvis ja, hvorledes fungerer dette så? Uden at skulle inddrage et større teoretisk begrebsapparat her, kan det nævnes, at jeg anvender en slags *a posteriori* forståelse af uddannelse som værende en proxy for et individs socioøkonomiske position, og det er ikke nogen dristig påstand, at denne position har indflydelse på eks. sundhed (Abel 2008). Valget faldt således på uddannelse som analysens primære uafhængige variabel, fordi den kan fungere som en proxy for et individs socioøkonomiske position i samfundet. Der eksisterer muligvis differentierende effekter i brugen af alternativ behandling, derfor er det nødvendigt at finde noget, der kan forklare en form for hierarki i samfundet som helhed. Som vi skal se i de teoretiske perspektiver, der inddrages senere, er tanken om et stratificeret samfund heller ikke fjærnt derfra, og der eksisterer således en forskel i mellem dem der sidder i toppen af samfundet og dem i bunden. Den ordinalskalerede variabel er kodet i antal års uddannelse og har 5 kategorier: <10 år, 10 år, 11-12 år, 13-14 år og 15 år.

De resterende X'er i den statistiske analyse er på samme måde udvalgt pragmatisk og med inspiration fra hvad den almindelig kutyme i kvantitative studier foreskriver⁴. Således er et individs ægteskabelig stilling inddraget – der er blevet kodet til en dummy variabel, så 0 betyder at respondenteren er ugift (herunder falder både singler, enker osv.) og 1 at respondenteren er gift. Desuden er deres køn (0=Mand og 1=Kvinde) og deres alder inddraget, der er en intervalskaleret variabel. Men yderligere 2 variable er inddraget i den endelige model: Et individs stressniveau og hvorvidt de føler sig ”friske”.

Hvad angår stress eksisterer der her også flere begrundelser for, hvorfor denne inddrages. For det første er stress valgt som uafhængig variabel, da begrebet er interessant i en sociologisk kontekst, netop fordi tidligere forskning har vist, hvordan stress kan have vidtrækkende konsekvenser for et individ (Thoits 2010). For det andet er der også en mere umiddelbar og intuitiv interesse i at undersøge et individs stressniveau ift. deres evt. brug af alternative behandlinger: Kan brugen været affødt af en følelse af stress hos et individ, og hvis ja, hvorfor er individet så stresset, og hvad tilbyder den alternative behandling? For det tredje er valget også her pragmatisk; respondenterne er blevet adspurgt til deres følte stressniveau i alle runderne og dermed er det muligt at følge, hvorvidt effekten af stress på brugen af alternative behandlinger er steget eller faldet over tid. Slutteligt er det her værd at benævne, hvordan stress ikke kan defineres som en konkret sygdom eller diagnose, og dermed bliver det respondenternes egen forståelse af begrebet de svarer på og deres egne subjektive følelser om det, der kan ses i svarene. Stress defineres i dette speciale med inspiration fra Leonard I. Pearlin's skelnen mellem begivenheds- (event) og kroniske (chronic) stressorer (Lackey 2007). Den første relaterer sig til stress, der opstår ved pludselige hændelser i livet for et individ – upåagtet om denne hændelse var forventet eller ej. Hvorvidt det stressniveau et individ tilkendegiver at have i data er udløst af denne form for stress vides ikke, men det antages, at det i højere grad er den anden form for stressor, der kommer til

⁴ For en tabeloversigt over de anvendte variables frekvensfordelinger, se bilag 3

udtryk i denne variabel. Ved kroniske stressorer tænkes der på ting som statusbelastninger, rollebelastninger, omgivende belastninger og dagligdags belastninger (ibid.). Disse typificeringer af kroniske stressorer er selvfølgelig meget overordnede, og der findes også yderligere typer, men til at forstå udgangspunktet for det perspektiv om stress, der anvendes i indeværende speciale, vil det være nok at fremhæve disse og have dem in mente, når vi kommer til opgavens teoretiske diskussion. Udfaldet for et individs stressniveau i form af psykisk eller fysisk sygdom er heller ikke interessant i indeværende opgave, og med frasorteringen af 'syge' individer i data bliver det stressniveau der måles således udelukkende for de individer, der *føler* sig stressede, uden at de lider af en form for sygdom udløst af det, eller omvendt. Her er det kun, hvordan dette følte stressniveau spiller sammen med brugen af disse alternative behandlingsformer og ikke som determinerende for eks. depression eller angst hos individet, der er i fokus. Slutteligt skal det bemærkes, at spørgsmålene omhandlende stress i 2010 og 2013 er blevet ændret fra SIF's side, således at der er 5 svarkategorier, hvorimod der tidligere var 3 svarkategorier. Derfor måtte hhv. 2010 og 2013 begge sammenlægges til 3 kategorier. Dermed mistes noget af variansen i målet og variabelen Stress bærer en smule præg af dette, da kategorien 'Næsten aldrig' i 2010 og 2013 indeholder både svarmulighederne 'Aldrig' og 'Næsten aldrig' og svarmuligheden 'Ofte' i 2010 og 2013 indeholder kategorierne 'Ofte' og 'Meget ofte'. Derudover er de variable, der er anvendt i 2010 og 2013 del af et større batteri af spørgsmål om stress (PSS), men da ordlyden for dette specifikke spørgsmål stemmer overens med det enkelte stress-spørgsmål, der har været i de foregående år, finder jeg det meningsfuldt at anvende spørgsmålene således.

Den sidste uafhængige variabel der inddrages omhandler, hvorvidt en respondent føler sig 'frisk nok' og der kan svares '*For det meste*', '*Af og til*' og '*Næsten aldrig*'. Denne variabel er inddraget af lignende årsager som de nævnte omkring inddragelsen af stress: Hvis et individ ikke føler sig frisk nok, kunne det tænkes, at han eller hun ville være mere tilbøjelig til at anvende alternative behandlinger. Udover denne begrundelse er variabelen også blevet inddraget, da specialet, som nævnt, er interesseret i at kigge på raske brugere af alternative behandlinger. Derfor kan denne variabel også hjælpe til at kontrollere for de individer, der måske ikke er decideret syge, men ikke har en generel følelse af at være friske. Også med denne variabel er der enormt meget subjektivitet i respondenternes forståelser af spørgsmålet og de givne svarmuligheder; for hvad betyder det at være frisk nok, og hvornår er man frisk nok af og til? Men det vurderes til trods for dette at være et brugbart mål.

De raske respondenter

Det afsluttende punkt, ift. databehandlingen der er foretaget, omhandler sorteringen af raske og syge respondenter. For at kunne adskille de raske respondenter, er der blevet identificeret 3 variable, der indeholder information om respondenterne, og som kan følges over tid. De tre variable er 1) 'Har de aktivitetsbegrænsende sygdomme?', 2) 'Har de eller har de haft langvarig sygdom m.v.?' og 3) 'Har de eller

har de haft kræft?’. Alle tre variable er blevet lavet til dikotome variable, så et individ kun kan falde i kategorien ja eller nej, og herefter er der blevet konstrueret en variabel, der baserer sig på disse tre variable med navnet Rask. I tabel 2 kan fordelingen i data ses – bemærk at antallet af respondenter er det samlede antal for alle år.

Tabel 2 Oversigt over syge og raske respondenter

Rask	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
Syg	34,877	49.75	49.75
Rask	35,226	50.25	100.00
Total	70,103	100.00	

Kombinationen af de tre ovennævnte variable resulterer i en fordeling som vist i tabel 2. Det kommer sig for det første af, at spørgsmålet om langvarig sygdom både er bredt og retrospektivt; således kan en respondent på et hvilket som helst tidspunkt i deres liv have været syge, og dermed falder de i kategorien syge – i alt data har 25.898 respondenter også svaret ja. Samtidigt med dette har ca. 16.417 respondenter svaret, at de har aktivitetsbegrænsende sygdomme og slutteligt har 3.188 respondenter svaret, at de har eller har haft kræft. Sortering baserer sig derfor på respondenternes egne svar og muligvis kan det give et overestimat af, hvor mange syge individer der er ift. det generelle samfunds billede, men på denne måde sikres det bedst muligt, at det kun er raske individer, der inddrages i analyserne. Dog er det nødvendigt at adressere nogle forbehold ift. til denne klassificering: Det er ikke umiddelbart sikkert, at alle sygdomme opfanges i omkodning af de 3 variable, der anvendes til at konstruere opdelingen – muligvis har nogle respondenter ikke svaret rigtigt, eller muligvis definerer de deres egne sygdomme anderledes, end de der eksisterer i de givne svarmuligheder. Samtidigt kan der eksistere variable, der kunne indikere et individs sundhed, men som ikke eksisterer i alle runder og dermed ikke kan anvendes til denne opdeling. Der er således ingen garanti for, at opdeling er fuldstændigt korrekt, men eftersom fordelingen er som vist ovenover, og de mulige indikatorer, der har været tilgængelige er blevet inddraget, finder jeg opdelingen meningsfuld. Selvfølgelig har dette også konsekvenser for resultaterne, og der er således ikke nogle af resultaterne, der er fuldstændig sikre, men jeg vil dog stadig argumentere for, at med den foretagne databehandling, er det muligt at tegne konturerne af tendenserne omkring brugen af alternative behandlinger blandt raske individer.

Statistisk metode

Metoden i den følgende statistiske analyser, indeholder tre elementer: 1) En deskriptiv del, hvori der vil fremvises tabeller og grafer, der kan illustrere både stigningen i brugen af alternative behandlinger og vise nogle af de tendenser, der forekommer i brugen. 2) En analyse baseret på en tids fixed-effects regressionsmodel og 3) individuelle lineære regressioner for hvert år.

For at undersøge hypotesen om, hvorvidt individers uddannelsesniveau har indflydelse på deres brug af alternative behandlinger, har jeg valgt at foretage en lineær fixed-effects (herfra FE) regression. Men for at kunne udføre dette, er det nødvendigt først at redegøre for, hvad en sådan model gør og de antagelser, der hviler derom. Målet med FE regressionsmodeller er at fjerne det, man kalder uobserveret heterogenitet fra ens modeller. Mere specifikt er det et forsøg på at fjerne omitted variable bias. Oftest gøres dette i paneldata, hvor målet er at undersøge effekten af variable, der varierer over tid. Problemet med omitted variable bias er, at man i sin model ikke har, eller ikke kan, inddrage én eller flere specifikke variable, der korrelerer både med den afhængige og en eller flere af de uafhængige variable. Hvis dette er tilfældet, vil modellen over- eller underestimere koefficienterne for de variable, der er inddraget i modellen. Men ved at anvende en FE model kan man løse dele af denne problematik⁵. Bagved FE modellen ligger nogle antagelser, der er vigtige at udspecificere inden vi går videre: de uobserverbare variable, der korrelerer med den afhængige og en eller flere af de uafhængige variable er konstante over tid. Ved at anvende en FE model kontrolleres der dermed for de gennemsnitlige forskelle på tværs af individer over tid, og således er det kun effekten for det enkelte individ, der er tilbage. Dermed har man, forhåbentligt, minimeret den bias, der kunne være forårsaget af uobserverbare variable (Mehmetoglu and Jakobsen 2017:240).

Desuden antages det også at der eksisterer kovarians mellem det, man kalder enhedens fejlede og de uafhængige variable – det er denne kovarians, der forsøges fjernet med FE modellen. Som nævnt i fodnoten er FE modellens antagelse, at de uobserverbare variable ikke forandrer sig over tid. I indeværende speciale er målet således at undersøge effekten af uddannelse, kontrolleret for ægteskabelig stilling, køn, alder, stressniveau og hvorvidt en respondent føler sig frisk nok, og antagelsen er, at der ligger en eller flere uobserverbare variable bag, hvis indflydelse skal fjernes. Det er et forsøg på at finde frem til den 'rene' effekt af uddannelse på brugen af alternativ behandling. Bemærk her at denne metode placerer sig inden for det 'lukkede system', som den kritiske realisme påpeger er problematisk. Jeg er bevidst om problematikken, men dog mener jeg, at min efterfølgende behandling af disse resultater stemmer overens med det videnskabsteoretiske udgangspunkt. Benjaminsen (2006:78-79) bemærker, hvordan der i længere tid har

⁵ På samme måde kan random-effects modeller anvendes og vil være, at foretrække, hvis de giver mening i den pågældende sammenhæng. Uden at skulle dykke for meget ned i forskellene imellem de to modeller, kan det siges, at begge er blevet foretaget og vha. en Hausman test har det vist sig, at der i dette tilfælde skal anvendes fixed-effects. Testen og dens resultater kan ses i bilag 5

eksisteret en fascination af avancerede statistiske modeller, og dermed er vigtigheden af den teoretiske elaborering blevet underkendt – han foreslår, at man kan simplificere ved at anvende tabelanalysen, således at man ikke tvinger en bestemt kausalitet ind i sin model og fjerner de restriktioner en mere avanceret model pålægger sammenhængen. FE modeller er avancerede, men der er en række argumenter for, hvorfor jeg anvender denne regressionmodel alligevel: for det første giver det ikke mening at tale om, at jeg ved en sådan model (og dette gælder også for de mere simple, lineære regressioner senere) pålægger sammenhængende restriktioner; dvs. at jeg er forholdsvis sikker på, hvilken vej kausaliteten vender. For det andet omhandler mit arbejde lige nøjagtigt, hvad Benjaminsen mener den kvantitative metode i sammenspil med den kritiske realisme egner sig superbt til: at følge generative processers udvikling over tid. Derfor er det meningsfuldt at lave en FE model og efterfølgende en række lineære regressioner for hvert år. For ved at gøre dette får jeg et samlet tidsgennemsnitligt mål for alle årene (FE) og de enkelte mål for alle runder, jeg kan sammenligne med og se en udvikling i (Lineær).

I det følgende introduceres ligningen for den lineære regression med tid og afledning af denne for en FE model, for bedre at kunne vise, hvad der præcist gøres og hvad det betyder. Ligningen for den lineære regression med tid ser således ud:

$$Y_{it} = \beta X_{it} + \varepsilon_i + u_{it}$$

Hvor Y er den afhængige variabel, i er individet og t er tid. X_{it} er én uafhængig variabel og β_1 er koefficienten for den pågældende variabel. Det næste led i ligning ε_i er, hvad vi forsøger at fjerne med FE modellen, navnlig fejlløbet, der antages at korrelere med Y og en eller flere X 'er. Det er altså denne uobserverede heterogenitet, vi forsøger at fjerne. Bemærk at denne kun er bundet til i og ikke tiden, netop fordi antagelsen i en FE model er, at dette fejlløb er konstant over tid. Sidste led, u_{it} , er et objekt-specifikt fejlløb. Denne indeholder t netop fordi, at dette fejlløb ikke er konstant over tid – det kaldes det idiosynkratiske fejlløb, fordi det altid vil være der, og vi ikke kan garantere, at al den uobserverede heterogenitet fjernes. Endogenitetsproblemet, som vi forsøger at fjerne med FE er omitted variabel bias, og problemet opstår når kovariansen mellem fejlløbet ε_i og X eller Y ikke er lig med 0. Når der anvendes en FE model er formålet at udregne et mål for et givent individ-specifikt Y over tid, så der, med andre ord, kan findes en gennemsnitlig værdi for et givent Y over tid (Mehmetoglu and Jakobsen 2017:242). Måden hvorpå dette gøres, kan skrives:

$$\bar{Y}_i = \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T Y_{it}$$

Det er således $\bar{Y}_i$, der er det gennemsnitlige individ-specifikke mål over tid, og det udregnes ved at tage summen af alle de specifikke værdier af Y over tid fra $t=1$ til T , der repræsenterer tid i alt, og dividerer med T . Denne udregning kan således foretages for alle led i den indledende ligning, og dermed fås der tidsspecifikke værdier for alle led. Appliceres dette på den indledende ligning får vi dette:

$$\bar{Y}_i = \beta \bar{X}_i + \varepsilon_i + \bar{u}_i$$

Bemærk her at der ikke kan udregnes en tidsgennemsnitlig værdi for ε_i , idet vi antager, at denne er konstant over tid, og dermed vil T altid være af lig med 1. Derfor er $\bar{\varepsilon}_i = \varepsilon_i$. Ud fra de antagelserne, og med det viste, kan vi rykke videre til, hvad FE modellen gør med dette: Der udregnes en tidsgennemsnitlig værdi for alle enheder, disse subtraheres fra den indledende ligning, og vi ender med følgende:

$$Y_{it} - \bar{Y}_i = \beta_1 (X_{it} - \bar{X}_i) + (\varepsilon_i - \varepsilon_i) + (u_{it} - \bar{u}_i)$$

En FE model trækker disse tidsgennemsnitlige værdier fra den lineære regression og resultaterne i en FE model er en måde at se, hvad den gennemsnitlige effekt af et, eller flere, X 'er over tid er på et Y . Den antagelse der hviler i FE modellen er, som vi kan se foroven, at fejlløbet ε_i er konstant over tid og dermed fjernes fra udregningen (ibid.). Alt uobserveret heterogenitet, der måtte eksistere i en model fjernes således og antagelsen er, at man har et "renere" mål. Indsætter vi de anvendte variable i den ovenstående model får vi det følgende:

$$\begin{aligned} & Alt. beh._{it} - \overline{Alt. beh.}_i \\ &= \beta_1 (Udd._{it} - \overline{Udd.}_i) + \beta_2 (Gift_{it} - \overline{Gift}_i) + \beta_3 (Køn_{it} - \overline{Køn}_i) \\ &- \beta_4 (Stress_{it} - \overline{Stress}_i) + \beta_5 (Frisk_{it} - \overline{Frisk}_i) + (\varepsilon_{it} - \varepsilon_i) \\ &+ (u_{it} - \bar{u}_i) \end{aligned}$$

Resultatet af FE modellen bliver, som vi kan se i ovenstående, at de tidsgennemsnitlige koefficienter for hvert X fratrækkes koefficienterne fra den lineære regression og det konstante fejllid udgår. Bemærk her at alder ikke inddrages i modellen, hvilket jeg vil berøre længere nede.

Der er til gengæld også nogle usikkerheder forbundet med FE: navnlig at vi ikke med sikkerhed ved, om vi fjerner al den uobserverbare heterogenitet i modellen – det er bl.a. også derfor det idiosynkratiske fejllid inddrages. Ydermere kan den ikke fortælle os om sammenhænge specifikt for hvert år, men giver os et samlet mål for alle år. I dette speciale anvendes derfor først en FE model, og herefter udføres der enkelte regressioner for hvert år i en samlet model, for bedre at kunne følge udviklingen af de forskellige uafhængige variables effekt på brugen af alternativ behandling. Jeg gør dette af flere årsager: For det første kan jeg med en FE model ikke følge udviklingen, men jeg kan dog kigge på den tidsgennemsnitlige effekt, hvilket jeg efterfølgende kan sammenligne med udviklingen for de enkelte år. For det andet eksisterer der et problem med kurvelinearitet ift. min aldersvariabel. Noget jeg kan afhjælpe med brugen af en kvadratterm i de lineære regressioner, men som bliver en del mere kompliceret i en FE model. Som sådan kan der godt inddrages en kvadratterm, men fortolkningen og konstruktionen af kvadrattermen har jeg vurderet vil være for kompliceret og omfattende for indeværende speciale (Balli and Sørensen 2013).

I begyndelsen af den statistiske analyse fremhæves brugen af alternativ behandling fordelt på alder over tid. Det er her problemet med kurvelinearitet tydeligt kan observeres; hermed ment at sammenhængen mellem alder og brugen af alternativ behandling ikke retmæssigt kan siges at være lineær – specielt ikke jo længere vi kommer frem i runderne. Indsættes en variabel med en sådan kurvelineær sammenhæng vil det skævvride analysen, fordi man således kan over- eller underestimere effekterne af den givne variabel – og de andre variable i analysen. Løsningen findes ved at indsætte en kvadratterm (Lohmann 2014). Principielt set tillader indførelsen af en kvadratterm, at forudsætningen om linearitet i modellen kan slækkes en smule og dermed imødekommes problematikken. Grundlæggende gør en kvadratterm det, at den 'overdriver' effekten af den kurvelineære sammenhæng for den pågældende variabel, og dermed er det muligt at kontrollere for den og fjerne noget af dens effekt. Kigger vi på formelen for den lineære regression, som vi også gjorde tidligere, ser den således ud:

$$Y_i = \beta X_i + \varepsilon_i$$

I denne model er t udgået, idet der nu arbejdes enkeltvis med runderne, og således er tid ikke en faktor. Samtidigt med dette er der kun ét fejllid nu, hvilket skyldes, at der i denne ligning ikke er nogen grund til at adskille et tidskonstant fejllid fra et idiosynkratisk fejllid; derfor er der kun ε . Jeg har kunnet se, at der

eksisterer kurvelinearitet i min regression og der indføres derfor en kvadratterm. Denne kvadratterm konstrueres ved at opløfte den problematiske variabel i anden og så indsætte denne i ligningen:

$$Y_i = \beta X_i + \beta X_i^2 + \varepsilon_i$$

Resultatet bliver dermed, at linjen lader sig bøje – derfor kan det siges, at der slækkes på forudsætningen om linearitet i modellen – og man får således et mere validt mål (Mehmetoglu and Jakobsen 2017:137). Dette er også tydeligt i mine modeller, da min justeret r^2 – altså hvor meget af variansen der indfanges – i modellerne stiger, når kvadrattermen indføres. Den endelige model, der laves for hver runde, ser dermed sådan ud:

$$\begin{aligned} Alt. beh._i = & \beta_1(Udd._i) + \beta_2(Gift_i) + \beta_3(Køn_i) - \beta_4(Stress_i) + \beta_5(Frisk_i) \\ & + \beta_6(Alder_i) + \beta_7(Alder_i^2) + \varepsilon_i \end{aligned}$$

I og med at det er i variabelen Alder kurvelineariteten eksisterer, er det denne variabel, der opløftes i anden og indsættes i modellen, således at problematikken imødekommes. Efter denne korte gennemgang af de statistiske metoder, kan vi begynde selve den statistiske analyse.

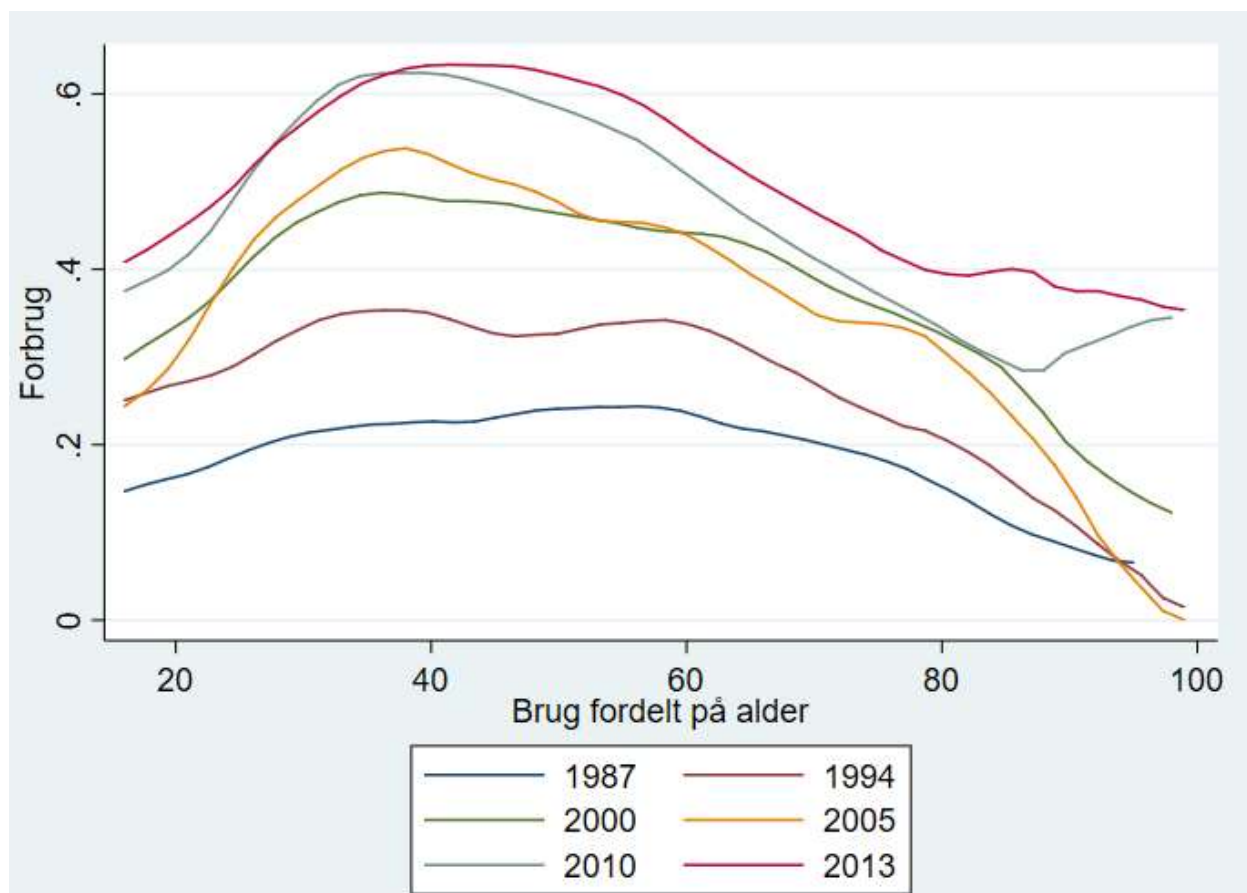
Statistisk analyse

Set fra opgavens videnskabsteoretiske perspektiv vil den følgende statistiske analyse være identifikationen og uddybningen af tendenserne omkring alternative behandlinger – resultatet heraf er således ikke en adækvat forklaring, men et billede på fænomenet som det 'viser sig' i det empiriske og faktiske domæne. Først når disse resultater sættes i et større samfundsmæssigt perspektiv kan vi få et bud på de bagvedliggende generative mekanismer.

Deskriptiv statistisk

Indledningsvist er det udelukkende det gennemsnitlige forbrug af alternative behandling over årene for alle individer, der kigges på og første indblik heri kommer fra nedenstående figur:

Figur 1 Gennemsnitligt forbrug fordelt på alder pr. år

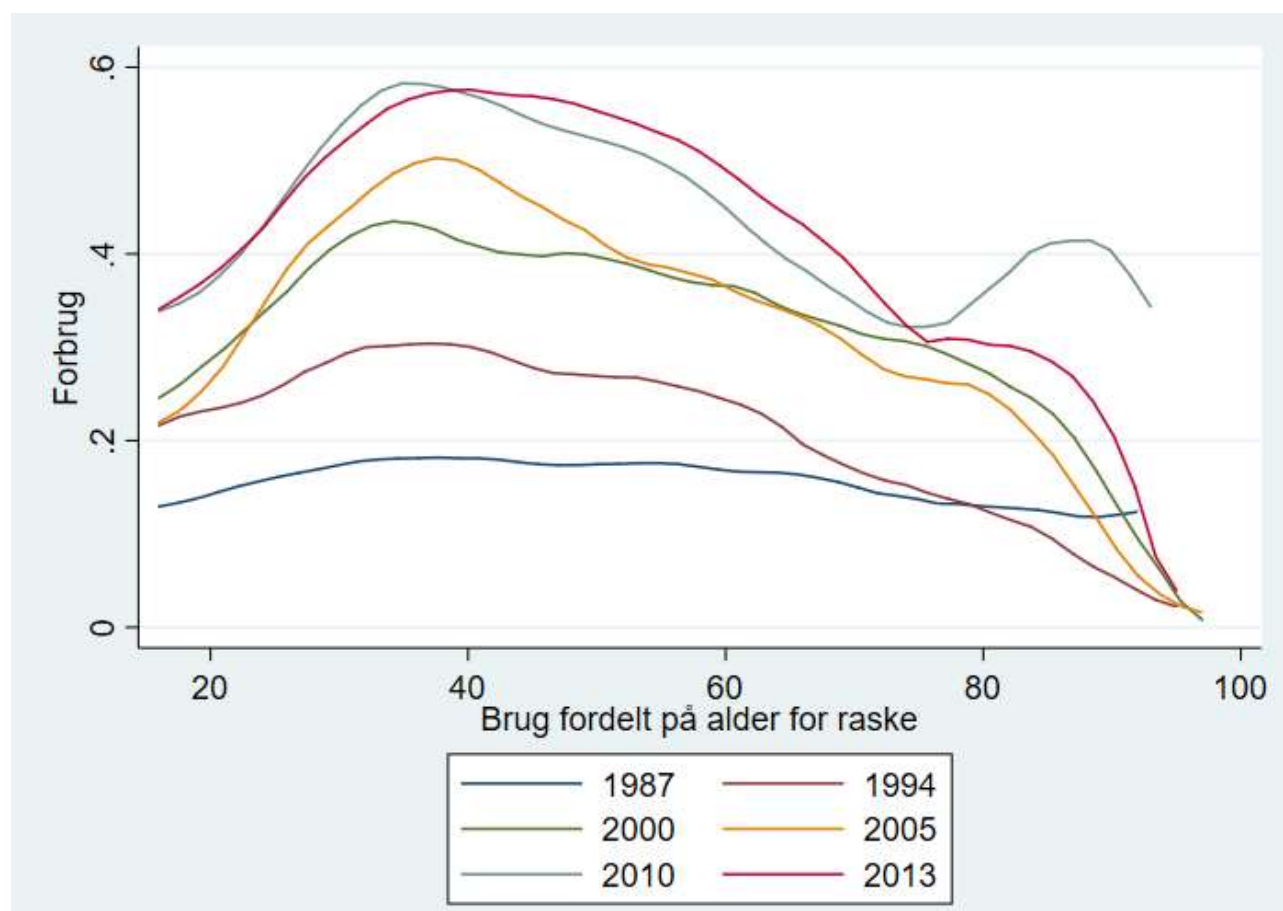


Der tegner sig flere tendenser i ovenstående. For det første er den generelle brug steget. Den blå linje, der repræsenterer 1987, ligger lavest og centrerer sig omkring de 20 % på tværs af alle aldre, hvorimod den røde linje, der repræsenterer 2013, ligger langt højere og centrerer sig omkring de 50 % på tværs af alle aldre. Men

ikke nok med, at linjen som helhed har flyttet sig, så har dens form også ændret sig markant. I 1987 ser vi en svag kurve, der stiger en smule og flader ud igen, når respondenterne bliver ca. 60 år gamle. Men denne kurve bliver mere accentueret for hver runde for til sidst i 2013, at bevæge sig i et spænd på over 20 procentpoint. Det vil altså sige, at forbruget er steget for alle aldersgrupper, men den mest markante stigning finder vi blandt individer der er mellem ca. 20 og 60 år gamle. Vi kan således observere en tendens, der har udviklet sig siden 1987: Brugen af alternativ behandling stiger, og særligt blandt individer mellem 20 og 60 år.

Mens ovenstående tabel viser det gennemsnitlige forbrug for både syge og raske individer, så er spørgsmålet her, om den samme tendens kan findes blandt de raske individer alene. Nedenstående figur viser hvordan det gennemsnitlige forbrug fordeler sig udelukkende for raske individer:

Figur 2 Gennemsnitligt forbrug fordelt på alder pr. år for raske

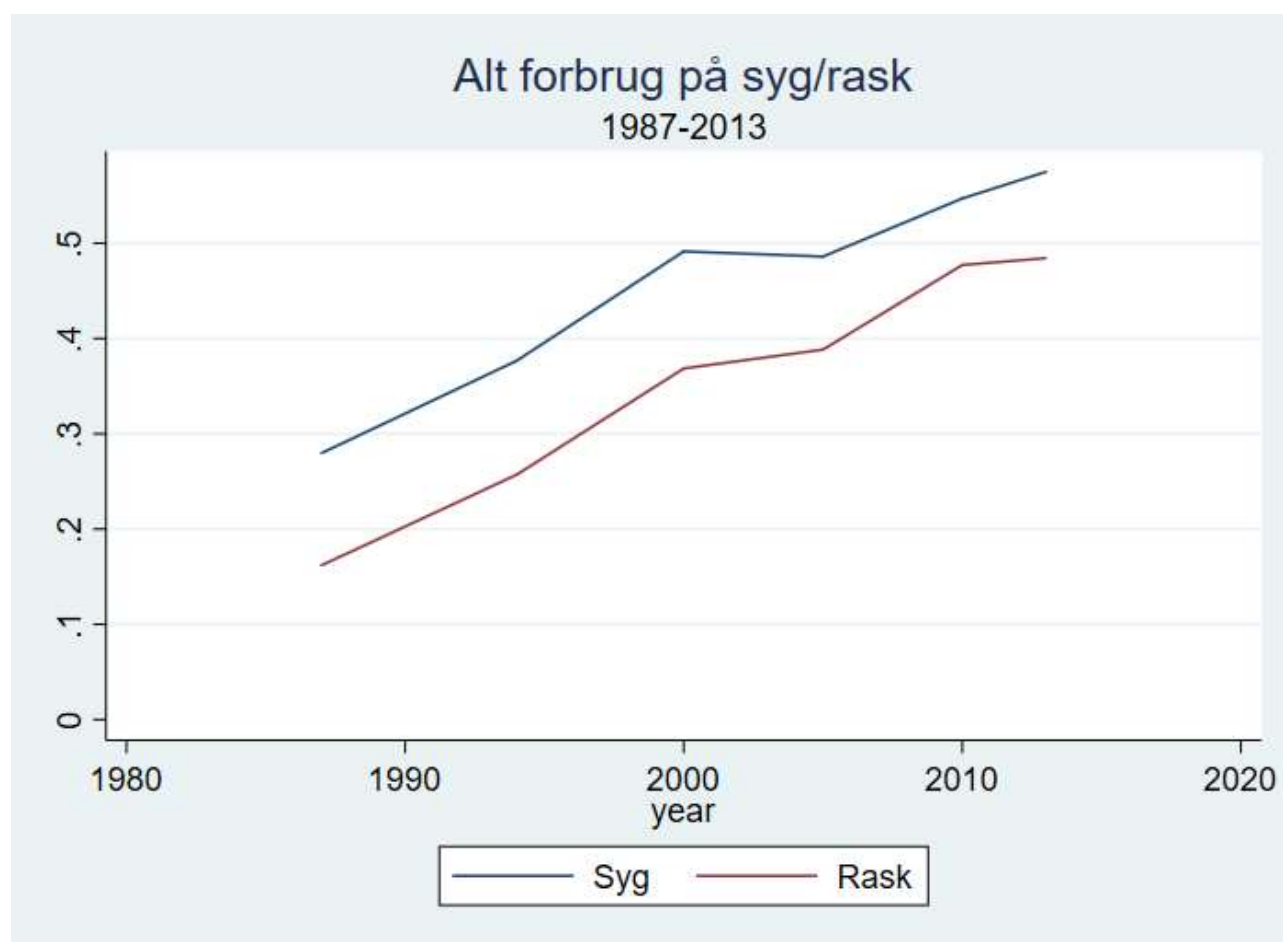


Tendensen er også at finde her: fra i 1987 at være en forholdsvis flad kurve, der ligger omkring de 17 % på tværs af alle aldre, har dette i 2013 ændret sig til at ligge omkring de 40 % på tværs af alle aldre, og kurven er også her mere accentueret. Det er dog værd at bemærke, at det gennemsnitlige forbrug for raske individer i 1987 er meget stabilt på tværs af alle aldre, hvorimod det samlet set havde større udsving i figur 1. Det kunne tyde på, at brugen af alternativ behandling blandt raske individer både var forholdsvis mindre i 1987 end i 2013, men også at udviklingen peger i retning af, at det er personer mellem 20 og 60 år, der i højere grad gør

brug af alternative behandling; særligt fra 2000 og fremad. Noget der også understøttes af en lignende tendens hvis vi kigger på kurverne fra 1994 – den er fladere blandt de raske individer end det samlede forbrug. Det tyder altså på, at blandt syge individer har der været et svagt højere forbrug blandt folk mellem 20 og 60 år siden 1987, hvorimod der for de raske individer først er begyndt at ske en markant stigning af forbruget i denne aldersgruppe fra 2000.

Hvis vi skal forsøge at summere dette op i en samlet tabel, der mere specifikt viser forskellen i brugen blandt raske og syge individer, kunne vi gøre det således:

Figur 3 Samlet forbrug over tid fordelt på syg/rask



Af figur 3 fremgår det, at brugen har været støt stigende siden 1987 for både syge og raske individer. Som det er blevet nævnt flere gange undervejs i specialet, er det ikke nogen overraskelse at syge individer, hvad enten de lider af kroniske smerter, kræft eller andre langvarige sygdomme, gør brug af alternative behandlinger i højere grad end raske individer. Men den interessante information, der kan drages ud fra denne figur er, at forbruget er steget blandt raske individer, på samme måde som det er blandt syge. Det er præcis dette fund, der driver indeværende speciale frem. For hvordan kan det være, at forbruget af alternative behandlinger er steget blandt raske individer? Hvilken udvikling har drevet denne stigning frem?

Som nævnt tidligere er det også interessant at kigge på, hvordan et individs uddannelsesniveau spiller sammen med deres brug af alternativ behandling, netop fordi denne kan ansues som en slags proxy for et individs sociale position; det er her vi diskutere, hvorvidt der findes differentierende effekter i brugen af alternative behandlinger.

Tabel 3 Gennemsnitligt forbrug for raske pr. år fordelt på antal års uddannelse

	1987	1994	2000	2005	2010	2013
<10 år	15 %	23 %	29 %	27 %	37 %	34 %
10 år	15 %	25 %	33 %	29 %	38 %	32 %
11-12 år	16 %	26 %	36 %	34 %	39 %	41 %
13-14 år	18 %	29 %	42 %	46 %	55 %	55 %
15+ år	17 %	26 %	38 %	42 %	52 %	52 %

Tabel 3 giver os en oversigt over den gennemsnitlige procentdel inden for hver uddannelseskategori, der har anvendt alternative behandlinger år for år. Ligesom vi så med forbruget fordelt på alder kan vi her se, hvordan tendensen peger både imod et øget forbrug, men også imod en voldsommere stigning blandt visse dele af respondenterne. For individer med mindre end 10 år uddannelse er forbruget fordoblet, og dette er stadig en stor stigning, men interessant er det at bemærke, hvordan der for eks. individer med mellem 13 og 14 års uddannelse og over 15 år uddannelse er sket en tredobling af forbruget. Noget tyder således på, at der blandt de med mere uddannelse er et højere forbrug af alternativ behandling. Der tegner sig dermed et billede af, at brugen af alternative behandlinger blandt raske individer har ændret sig. Fra i 1987 at være mere ligeligt fordelt på tværs af alle aldre og uddannelsesniveauer, er forbruget i 2013 steget generelt, men i langt højere grad blandt de 20 til 60-årige, samt individer med længere uddannelser.

For at få en bedre forståelse af disse tendenser og vurdere om sammenhængene er statistisk signifikante, er det dog nødvendigt at undersøge det nærmere. Som nævnt tidligere bliver dette gjort ved lineære regressionsmodeller, hvoraf den første er en FE model, hvor effekten af uddannelse på brugen af alternativ behandling undersøges, og der også kontrolleres for de andre uafhængige variable.

.

Fixed-effects regressionsmodel

FE modellen kan give os en idé om de tidsgennemsnitlige værdier for de inddragede uafhængige variables effekt på brugen af alternative behandlinger. Regressionen giver os nedenstående tabel:

Tabel 4 Fixed-effects regressionsoutput

Variable	Fixed Effects
<10 år	Ref. (.)
10 år	0.022 (0.023)
11-12 år	0.117*** (0.016)
13-14 år	0.273*** (0.016)
15+ år	0.246*** (0.017)
Gift	0.063*** (0.011)
Køn	0.343*** (0.011)
Stress	0.111*** (0.001)
Frisk	-0.025 (0.017)
Konstant	-0.217*** (0.031)
Observationer	32,991
Justeret R ²	0.093

Note: Robuste standardfejl i parentes; *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Kigger vi indledningsvist på modellens justerede R², kan vi se, at den ligger på 0,093, hvilket vil sige, at modellen forklarer 9,3 % af variansen i den afhængige variabel. Vender vi opmærksomheden mod den primære sammenhæng mellem uddannelsesniveau og alternative behandlinger, er der en række koefficienter, der hver relaterer sig til de forskellige uddannelsesniveauer i variablen, da uddannelsesvariablen behandles kategorisk. Kigger vi på dette, kan vi se, at forskellen i mellem referencekategorien – under 10 år

uddannelse – og respondenter med 10 års uddannelse er positiv, svag og ikke signifikant. Dermed er der ingen statistisk forskel i brugen blandt disse kategorier. Men springer vi videre til de næste kategorier, kan vi se, at forskellene bliver signifikante og større. Således er den tidsgennemsnitlige forskel i mellem højeste uddannelsesniveau og laveste uddannelsesniveau 0.246, når der er kontrolleret for de andre variable i modellen samt forskellen i mellem uddannelsesniveauer, og når vi antager, at den uobserverede heterogenitet er fjernet. Dette betyder, at jo højere uddannelse et individ har, jo mere vil de benytte sig af alternative behandlinger.

De følgende to uafhængige variable har også begge en positiv effekt på brugen af alternative behandlinger. For variabelen 'Gift' er koefficienten ikke stor, men viser, at personer, der er gift, i gennemsnit benytter sig af 0,0629 flere alternative behandlinger end personer, der ikke er gift. Årsagen hertil kan være, at kategorien med de ikke gifte indeholder enker, der oftest vil være ældre individer, og som vist længere oppe bruger disse alternative behandlinger i mindre grad, samt at yngre mennesker oftest vil være ugifte, og disse individer bruger også alternative behandlinger i mindre grad. Koefficienten for køn viser, at kvinder i gennemsnit bruger 0,343 flere alternative behandlinger end mænd.

For variabelen 'Stress' er koefficienten både positiv og signifikant, hvilket betyder, at et individs stressniveau har en effekt på deres brug af alternative behandlinger. Altså, jo højere ens stressniveau er, des mere anvender man alternative behandlinger. Dette fund er særligt interessant, fordi det betyder, at individer, der har en følelse af at være stresset i deres hverdag, oftere vil ty til alternative behandlingsformer. Hvordan kan vi for det første forstå dette ift. de underliggende generative mekanismer, der antages at have muliggjort det, men for det andet også ift. hvad alternative behandlinger tilbyder?

Koefficienten for den sidste uafhængige variabel i modellen, 'Frisk', er negativ, men effekten er forholdsvis lav og sammenhængen er insignifikant. Dette betyder dermed, at hvorvidt et individ føler sig frisk nok eller ej tilsyneladende ikke har nogen effekt på deres brug af alternative behandlinger. Den primære årsag til dette skal nok findes i sorteringen af respondenter. Dermed ment, at da det kun er de raske individer, der undersøges, svarer de fleste, at de ofte føler sig friske nok. Faktisk svarer 92,8 %, at de ofte føler sig friske nok, og kun 1 % at de næsten aldrig føler sig friske nok. Variablen er således skævvredet, og det er derfor, der ikke kan findes nogen signifikant effekt.

Overordnet set viser denne FE regressionsmodel, at uddannelse og højere stressniveau har en positiv effekt på brugen af alternativ behandling, og det samme har ægteskabelig stilling og køn. Men som nævnt giver denne model kun et tidsgennemsnitligt overblik af sammenhængende; hvad nu hvis vi kigger på årene enkeltvis?

Lineær regressionsmodel

Tabel 5 Lineære regressioner fordelt på år

Variable	1987	1994	2000	2005	2010	2013
<10 år	Ref. (.)	Ref. (.)	Ref. (.)	Ref. (.)	Ref. (.)	Ref. (.)
10 år	0.029 (0.040)	0.049 (0.069)	0.063 (0.047)	0.006 (0.049)	0.003 (0.077)	-0.057 (0.091)
11-12 år	0.052 (0.028)	0.067 (0.041)	0.158*** (0.031)	0.107*** (0.032)	0.117* (0.054)	0.069 (0.066)
13-14 år	0.039 (0.028)	0.053 (0.042)	0.198*** (0.031)	0.240*** (0.034)	0.311*** (0.054)	0.236*** (0.065)
15+ år	0.065 (0.043)	0.047 (0.050)	0.152*** (0.033)	0.181*** (0.035)	0.239*** (0.053)	0.217*** (0.065)
Gift	0.041 (0.023)	-0.026 (0.037)	-0.048 (0.025)	0.010 (0.026)	-0.062 (0.035)	-0.010 (0.040)
Køn	0.085*** (0.020)	0.192*** (0.030)	0.326*** (0.021)	0.370*** (0.022)	0.421*** (0.030)	0.486*** (0.033)
Stress	0.096*** (0.023)	0.063* (0.027)	0.118*** (0.019)	0.074*** (0.020)	0.095*** (0.027)	0.109*** (0.027)
Frisk	-0.0076 (0.026)	0.011 (0.040)	0.096** (0.035)	-0.017 (0.032)	0.006 (0.056)	-0.073 (0.061)
Alder	0.005 (0.003)	0.016*** (0.005)	0.028*** (0.003)	0.033*** (0.003)	0.061*** (0.006)	0.050*** (0.006)
Alder ²	-5.00e-05 (3.28e-05)	-0.0002*** (4.65e-05)	-0.0003*** (3.14e-05)	-0.0004*** (3.03e-05)	-0.0007*** (5.87e-05)	-0.0005*** (6.59e-05)
Konstant	-0.184* (0.078)	-0.332* (0.133)	-0.882*** (0.097)	-0.846*** (0.092)	-1.327*** (0.146)	-1.172*** (0.161)
Observationer	2,786	2,494	8,493	7,619	6,262	5,337
Justeret R ²	0.019	0.032	0.057	0.082	0.076	0.084

Note: Robuste standardfejl i parentes; *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Den ovenstående endelige model giver os således en samlet oversigt over de 6 lineære regressioner, der er foretaget, så det er muligt at se, hvordan sammenhængende har udviklet sig. Til forskel fra FE modellen har det her været muligt at inddrage alder og den tidligere nævnte kvadratterm, der skal afhjælpe kurvelineariteten i alder. Der sker flere interessante ting i denne model: Hvor gift i FE modellen var signifikant, er den nu blevet insignifikant i alle år. Tænkes der tilbage på beskrivelsen af denne ift. FE

modellen, skyldes dette, at alder og kvadrattermen er inddraget, og dermed forsvinder effekten af at være gift eller ugift, fordi den effekt, der blev identificeret i FE modellen, sandsynligvis var forårsaget af unge og ældre ugifte. Hvorvidt et individ føler sig frisk nok er kun signifikant i en enkelt runde, navnlig i år 2000, hvilket igen skyldes den førnævnte skævvridning af fordelingen i variablen.

Køn spiller igen en væsentlig rolle i modellen og er signifikant i alle runder, men det er værd at bemærke, hvordan effekten af køn stiger fra år til år, således at differencen i brug af alternative behandlinger mellem mænd og kvinder går fra i 1987 at være 0.085 til i 2013 at være 0.486, når de andre variable i regressionerne holdes konstante. Det lader dermed til, at kvinder i højere grad anvender alternative behandlinger end mænd.

Alder er blevet inddraget i modellen og 'Alder²' er den føromtalt kvadratterm. Prøver vi at se nærmere på disse to variable kan vi indledningsvist se, at i 1987 er hverken Alder eller Alder² signifikante. Grunden hertil ligger i den kurve vi så på tidligere i figur 2. I 1987 eksisterer der ikke kurvelinearitet mellem alder og brugen af alternative behandlinger – dette begynder først at indtræde fra 1994 og fremad. Derfor er det også først i 1994 at Alder og Alder² bliver signifikante. Vi kan se, at effekten af alder fra 1994 og fremad er positiv, men svag. Kigger vi på kvadrattermen ser vi en svag negativ koefficient, der viser at sammenhængen er svagt konkav.

Den primære sammenhæng mellem uddannelsesniveau og brugen af alternative behandlinger er særligt interessant. Det, der gør sammenhængen mellem disse variable interessant, når vi kigger på årene enkeltvis, er, at i både 1987 og 1994 kan der ikke identificeres nogle signifikante forskelle mellem kategorierne. Det vil altså sige, at individers uddannelsesniveau ikke har nogen effekt på deres brug af alternativ behandling ift. referencekategorien. Der indtræffer først signifikante resultater, når vi kommer til år 2000 og fremad. I disse sidste fire runder bliver springet fra laveste uddannelsesniveau til de tre øverste uddannelsesniveauer signifikante. Ydermere er koefficienterne positive og bliver større fra kategori til kategori indenfor hvert år, samt at effekten bliver større fra år til år. Dette betyder, at effekten af et individs uddannelsesniveau bliver større for hvert år, og springet fra laveste til højeste uddannelsesniveau har den højeste koefficient i hvert af de fire år med signifikante resultater. Tendensen er således, at uddannelse bliver vigtigere for brugen af alternative behandlinger over tid.

Som vi så i FE modellen, er stress en betydningsfuld faktor for brugen af alternative behandlinger. Der er to elementer, der er værd at bemærke her, hvoraf det kun er den ene, vi kan aflæse i tabel 5: For det første svinger effekten op og ned for hver runde, men det lader til at blive mere betydningsfuldt over tid. For det andet er den relative andel af individer, der føler sig stresset, steget siden 1987, som det fremgår af tabel 6⁶:

Tabel 6 Antal stressede individer i procent fordelt på år

År	Næsten aldrig	Af og til	Ofte	Total
1987	64.19	31.48	4.34	100.00
1994	57.80	36.62	5.58	100.00
2000	54.48	38.51	7.01	100.00
2005	56.10	36.45	7.45	100.00
2010	60.78	32.40	6.82	100.00
2013	63.79	28.12	8.09	100.00
Total	58.71	34.37	6.92	100.00

Der kan således argumenteres for, at tendensen er opadgående; altså, at flere og flere føler sig stressede. Dermed kan vi sige, at et øget stressniveau fører til højere brug af alternativ behandling – og at effekten af stress på brug af alternativ behandling er stigende over tid – samt at den relative andel af individer, der føler sig stresset, er steget. Dette aspekt er særligt interessant for indeværende speciale, og i den følgende teoretiske diskussion skal vi se nærmere på, hvilke generative mekanismer der kan muliggøre at flere og flere føler sig stressede, og hvordan dette har indflydelse på brugen af alternative behandlinger.

Den sidste kommentar, der skal knyttes til den samlede model i tabel 5, omhandler modellens forklaringskraft. Hvis vi kigger nederst i den samlede model, kan vi se den justerede R^2 for hvert år. Det interessante ved disse værdier er måden, hvorpå de stiger og sammenligningen af den sidste værdi med den justerede R^2 fra FE modellen. I 1987 har modellen kun en forklaringsgrad på 0,019, eller sagt med andre ord: Det er kun 1,9 % af variansen i brugen af alternative behandlinger modellen indfanger i 1987, men ser vi på tallene, kan vi se, at denne forklaringsgrad stiger for hver runde, og den sidste model for år 2013 har en forklaringsgrad på 8,4 %. Dette betyder, at de inddragede variable for hvert år har større betydning for variansen i brugen af alternative behandlinger. Sammenligner vi det sidste resultat med den justerede R^2 værdi fra FE modellen, som lå på 9,3 %, kan vi se, at graden af omitted variable bias til sidst ikke er ret stor. Dermed ment, at hvor forklaringsgraden var svagere i de første runder, opfanges mere og mere af variansen

⁶ Bemærk her at i 2010 og 2013 falder andelen af individer i kategorien Af og til, hvorimod Næsten aldrig og Ofte stiger. Dette skyldes den tidligere nævnte omkodning af variablene, så at de ydre kategorier Aldrig og Meget ofte slås sammen med Næsten aldrig og Ofte.

af de inddragede variable over tid, og dermed kan der argumenteres for, at graden af omitted variable bias også falder, hvilket kan ses ud fra justeret R^2 for hhv. 2013 modellen og FE modellen. Regressionsmodellen for 2013 fortæller os dermed, når den ses ift. de tidligere år samt FE modellen, at uddannelse får større betydning for brugen af alternativ behandling. Det samme gælder stress og køn, samt at en stigende andel af variansen forklares ud fra disse variable over tid.

Fra statistisk til teori

Således kan vi tegne konturerne af tendenserne omkring brugen af alternative behandlinger over tid: Brugen er steget overordnet set, men den er også steget på en tilsvarende måde udelukkende for raske individer. Ser vi nærmere på disse individer, er det i høj grad personer med en alder mellem 20 og 60 år, der gør mest brug af alternative behandlinger, og der er særligt tre identificerede faktorer, der har betydning for denne brug:

- 1) Et individs uddannelsesniveau; således at mere uddannelse medfører et øget forbrug.
- 2) Et individs køn har også en effekt; hermed ment at kvinder i gennemsnit bruger mere alternativ behandling end mænd.
- 3) Et individs stressniveau, hvilket betyder, at jo mere stresset et individ er, jo mere vil han eller hun gøre brug af alternative behandlinger.

For så vidt har vi kunnet identificere nogle tendenser omkring brugen af alternative behandlinger, men – som det blev beskrevet i afsnittet om videnskabsteori og metodologi – kan disse effekter og sammenhænge ikke ses som forklaringer, men som fænomener, der skal undersøges, forklares og forstås yderligere. Er det så muligt, at forklare alle tre af disse faktorer? Desværre tillader de begrænsninger et speciale pålægger mig ikke at tage fat om alle tre faktorer, men i stedet udvælges der én faktor, der vil blive diskuteret grundigt. Valget er faldet på stress som den primære interesse for den følgende teoretiske diskussion af forskellige årsager. Fordi effekten af stress er stigende over tid, og fordi flere og flere identificerer sig som værende stressede, er denne faktor særligt spændende at diskutere. Uddannelsesniveau er også interessant, men da jeg ikke er interesseret i at forstå denne stigning i brugen af alternative behandlinger i et klasseperspektiv, vil denne faktor kun berøres let. For mig er det interessante ikke, at raske individer med højere uddannelse i stigende grad bruger alternative behandlinger, da en lignende tendens kunne findes for syge individer. I stedet er det mere interessant, hvorfor raske individer bliver mere stressede, og hvorfor dette stressniveau har indflydelse på brugen af alternative behandlinger. Stress vil også have en effekt på brugen blandt syge individer, men her ville deres stressniveau i højere grad kunne forbindes med deres sygdom – der må være noget andet på spil for raske individer. At fokusere på stress åbner også op for at sammenhængen mellem dette, brugen af alternative behandlinger og samfundsmæssige udviklingstendenser muligvis kan forstås i et nyt lys, fordi de teoretiske udgangspunkter, jeg diskuterer, ikke hovedsageligt beskæftiger sig med stress. Jeg diskuterer således ikke fænomenet stress, ud fra litteratur der specifikt relaterer sig til stress, men i stedet forsøger jeg at forbinde de identificerede fænomener med mere overordnede samfundsudviklinger og forhåbentligt forstå stigningen i et nyt lys.

Der er skrevet meget om stress, men udgangspunktet for den følgende diskussion skal findes i den korte gennemgang af, hvordan kroniske stressorer skal forstås tidligere i specialet. Derudover er det værd at bemærke, hvordan store dele af stresslitteraturen fokuserer på sammenspillet mellem arbejdet og et individs

stressniveau – mit fokus er bredere, og det stressniveau jeg forholder mig til, er ikke nødvendigvis kun affødt af et individs arbejdssituation, men er måske en mere generel følelse af stress ift. livet. Et interessant indspark i forskningen om stress, der kan agere som springbræt for min diskussion, finder jeg i Malene Friis Andersens undersøgelser om stress relateret til arbejdet (Andersen 2013). Hovedpointen for Andersen er, at den kognitive kapitalisme har medført, at individets identitet er blevet koblet uløseligt sammen med arbejdet. Dermed er det nu hele individet og dets subjektivitet, der er en arbejdskraft. Men det interessante, for mig, er ikke denne analyse af arbejdsrelateret stress, men i stedet at Andersen argumenterer for, at stress ikke kan forstås som udløst af en række personlighedstræk, men i stedet at disse personlighedstræk i virkeligheden er en bestemt type adfærd, der promoveres ifm. en større samfundstendens: den kognitive kapitalisme (ibid.:39-46). Andersen argumenterer for, at vi skal stoppe med at tænke i envejskausalitet ifm. stress og vil have arbejdets eksistentielle betydninger i forgrunden. Det er præcis dette blik på stress som tæt forbundet med samfundstendenser, der er interessant for mig. Jeg intenderer, at gøre det samme i den følgende teoretiske diskussion. Men stress vil i dette speciale ikke være bundet til arbejdet. I stedet vil det være bundet til livet mere generelt. Men det er de eksistentielle betydninger af stress jeg vil kigge på, hermed ment hvilke typer adfærd er det der promoveres i samfundet, som forårsager mere stress og et øget forbrug af alternative behandlinger blandt raske individer. Hvilke overordnede samfundsmæssige udviklingstendenser er det jeg kan se stress i lyset af?

Det er således her, det næste skridt i den kritisk realistiske tilgang til videnskaben indtræder: For at kunne forstå disse tendenser, skal der søges at finde de bagvedliggende mekanismer eller samfundsmæssige udviklinger, der har muliggjort dette øgede brug af alternative behandlinger. Målet bliver således i den resterende del af specialet gennem abstraktion at finde de generative mekanismer, der kan forklare disse resultater.

Teoretisk diskussion

Indledningsvist er det befordrende at diskutere valget af teoretiske perspektiver: Bag hvert valg eksisterer der således også en række fravalg, og de teoretiske perspektiver, jeg diskuterer i dette speciale, betyder selvfølgelig også, at andre perspektiver ikke inddrages. Men i overensstemmelse med den kritiske realisme erkender jeg, at viden er fallibalistisk, og at verden er multikausal. Hermed ment, at de teoretiske perspektiver, der inddrages, ikke afdækker alt eller forklarer alle aspekter af stigningen. Men den viden, der opnås i den teoretiske diskussion, er en tentativ forklaring på nogle af de mekanismer, der kan have muliggjort stigningen. Fravalgene er derfor ikke så interessante at diskutere, men tilvalgene er. Diskussionen bygges op i flere led, hvor jeg begynder med at diskutere ét teoretisk perspektiv indenfor specialets tematiske ramme og dermed forhåbentligt afdækker nogle af mekanismerne og sætter alternative behandlinger i et nyt lys. Herefter diskuterer jeg, hvad der *ikke* kan forklares og forstås med den pågældende teori, og dette vil således bygge bro til det næste teoretiske perspektiv, der kan fortætte argumentationen og forklare mere om de bagvedliggende mekanismer. Det styrende element igennem diskussionen er de resultater afdækket i specialets kvantitative del og særligt perspektivet om stress. Dette kapitel er således det sidste led i den videnskabelige tankeoperation, der er i den kritiske realisme. Det er her, jeg – med den omvendte syllogisme og retroduktionen i baghånden – forsøger at identificere de præmisser, der har foranstaltet den givne konklusion.

Giddens - Modernitet og selvidentitet

Udgangspunktet i den følgende teoretiske diskussion og argumentation finder jeg hos Anthony Giddens; særligt i hans tanker om hvad han kalder høj-moderniteten og selvidentitet. Valget er faldet på Giddens af flere grunde: For det første er det værd at tænke tilbage til specialets indledende citat og Stephen Frys beskrivelse af, hvorfor individer anvender homøopati. Han tilskrev dette til to aspekter: at folk følte, de tog kontrol over deres liv, og at de anvendte homøopati som en slags fremstilling af deres egen originalitet eller individualitet, om man vil. Frys udtalelser er ikke gennemgribende eller på nogen måde dækkende for en fuldbyrdet analyse, og at tilskrive stigningen i brugen af alternative behandlinger kun til disse vil på ingen måde tilbyde en tilfredsstillende forståelse, men de giver ansatsen til en dybere forståelse af fænomenet. Det at tage kontrol over sit liv samt hvordan et individs originalitet 'skabes' er elementer, vi kan genfinde hos Giddens og er også elementer, jeg mener vil kunne belyse de betingelser, der har muliggjort stigningen. For det andet refererer Giddens i sin bog *Modernitet og selvidentitet* (Giddens 1996) flere gange selv til alternative behandlinger – hermed ment, at han eksemplificerer elementer af, hvad han kalder høj-moderniteten med brugen af alternative behandlinger, hvilket vi skal se nærmere på længere nede. For det tredje er der også et temporalt aspekt i valget. Giddens fik udgivet bogen i 1991 – fire år efter første runde i det data, der er blevet anvendt i specialet – og nogle af de transformationer og tendenser, han beskriver, vil således være bundet til

den samme tidsperiode som det anvendte data. Dette bliver særligt betydningsfuldt, når næste teoretiske perspektiv inddrages, der er skrevet senere, og forskellen i mellem de to perspektiver kan fordybe forståelsen af de generative udviklingsprocesser, der har fundet sted. Den fjerde og umiddelbare sidste årsag til valget er netop de ovennævnte transformationer og tendenser. Giddens taler om hvordan nutiden – altså i 1991 – har ændret sig fra tidligere, og hvilke konsekvenser dette har. Ved at kigge på hvordan den pågældende nutid har ændret sig, belyser Giddens nogle transformationer eller samfundsmæssige udviklinger, der kan forbindes til stigningen i brugen af alternative behandlinger og dermed afdækkes de bagvedliggende generative mekanismer.

Høj-moderniteten og dens elementer

Giddens beskriver, hvordan moderniteten har transformeret samfundet på det individuelle og institutionelle plan; en dualisme, han mener ikke skal anskues som adskilte enheder, men i stedet som afhængige af hinanden. Hermed mener han, at individer ikke er passive væsener, hvis liv er styret af udefrakommende påvirkninger, men i stedet både bidrager til og forårsager sociale forandringer (Giddens 1996:11). Således kan Giddens, ved at kigge på den måde individer agerer på, forsøge at identificere en større samfundsudvikling. Men kigger vi nærmere på, hvad det er, Giddens mener, moderniteten forårsager, er der ét aspekt ved transformationen af individernes tilværelse med størst betydning. Navnlig spørgsmålet: Hvordan skal jeg leve? Det er denne måde at forholde sig til livet og til sin identitet, der bedst karakteriserer modernitetens post-traditionelle orden (ibid.:26). Giddens beskriver, hvordan individer i moderniteten ikke længere "har" en biografi, men i stedet "lever" den – der åbnes derfor op for, at individer i højere grad selv vælger, hvem de er, og hvad de vil. På den måde kan vi allerede nu begynde at se, hvordan stigningen i brugen af alternative behandlinger kan hænge sammen med dette spørgsmål om, hvordan man skal leve. Det lægger sig dermed op ad specialets indledende citat af Stephen Fry. Men for at forstå hvordan identiteten skabes, og dermed hvorfor brugen af alternative behandlinger kan være steget som følge af dette, må vi kigge nærmere på de transformationer, Giddens beskriver.

Giddens mener, den moderne verden er en løbsk verden, der er karakteriseret ved ekstrem dynamik og forhøjet hastighed af sociale forandringer (ibid.:27). Ifølge Giddens er der tre primære årsager hertil: 1) Adskillelsen af tid og rum, 2) udlejringen af sociale institutioner og 3) institutionel refleksivitet. Første årsag omhandler, hvordan tiden ikke længere er bundet til specifikke lokaliteter, men i stedet er standardiseret og globaliseret, hvilket muliggør, at individer kan interagere med hinanden over hele verden uden problemer (ibid.:28-29). Men ikke kun tiden har ændret sig, det samme har rummet – dermed ment at globalisering og teknologien har på samme måde som standardiseringen af tiden gjort det muligt at kommunikere med størstedelen af verden. En udvikling, der siden Giddens udgav bogen i 1991 ikke er blevet langsommere, men tværtimod kun hurtigere og mere omfangsrig. Den anden årsag konstituerer sig ovenpå den første og handler

om, hvordan sociale institutioner fjernes fra lokale kontekster, og dette forårsages af, men forstærker også, adskillelsen af tid og rum (ibid.:30). I denne udlejring identificerer Giddens to mekanismer: Symbolske tegn og ekspertsystemer. Symbolske tegn er udvekslingsmedier, og det mest åbenlyse eksempel er penge. Argumentet her er, at penge sætter parentes om tid og rum, netop fordi det er spørgsmål om hhv. kredit og muligheden for at udveksle varer på tværs af lande, kulturer osv. (ibid.). Ekspertsystemer sætter også parentes om tid og sted, fordi de gennemsyrrer alle aspekter af moderniteten – således er de ikke bundet til specifikke steder eller specifikke individer, men er integreret i alle sammenhænge (ibid.). Begge disse udlejningsmekanismer kalder Giddens for abstrakte systemer og begge afhænger grundlæggende af tillid – et element ved samfundet, som Giddens argumenterer for er særligt vigtig i moderniteten. Tillid er, for Giddens *”(...) en art ’tro’, som ikke kan reduceres.”* (ibid.:31), og denne tillid er forbundet med den grad af uvidenhed, der eksisterer i moderniteten. Taler vi om de ovennævnte ekspertsystemer, afhænger disse netop af tillid, så abstrakte systemer kan anvendes af individer, uden at de har indgående teknisk viden om, hvordan de fungerer. Dermed er tillid både noget individer har på baggrund af en generel mental indstilling til verden – der er afhængig af en følelse af sikkerhed – men tillid er også en beslutning, individet kan træffe pga. modernitetens refleksivitet (ibid.). I indeværende speciales søgen efter de generative mekanismer, der kan have muliggjort stigningen i brugen af alternative behandlinger, er disse to årsager, Giddens identificerer, præcis denne slags mekanismer. Teknologi adskiller tid og rum, penge og ekspertsystemer skubber til denne udvikling, og tilsammen driver disse to elementer det tredje element: navnlig modernitetens gennemgribende refleksivitet (ibid.:32). Grunden til dette sker er, fordi de mekanismer, Giddens identificerer, hjælper til at afvikle og overflødigøre tidligere tiders praksisser, normer og traditioner.

Dette element er kernen i Giddens’ teori: at moderniteten er kendetegnet ved en iboende og konstant refleksivitet – både på et individuelt og institutionelt plan. Denne refleksivitet tvinger individer og institutioner til konstant at revidere både deres sociale aktiviteter og materielle relationer (ibid.). Der er flere ting værd at fremhæve for mig i denne del af Giddens’ bog. For det første kan vi med de ovennævnte mekanismer begynde at forstå, hvad der har muliggjort stigningen i brugen af alternative behandlinger, og den sidstnævnte refleksivitet kan snarligt forbindes med brugen af alternative behandlinger. For det andet beskriver Giddens, hvad der er sket med Oplysningstidens fornuft i moderniteten: den undermineres af modernitetens refleksivitet, og den har nærmest sejret sig selv ihjel. Oplysningstiden har affødt den modernitet, der hersker, men den selvsamme modernitet er nu gennemsyret af konstant refleksivitet i en sådan grad, at den underminerer den ”sikre” viden, hvorpå både samfundsvidenskaberne og naturvidenskaberne er bygget: *”Den indbyggede relation mellem modernitet og radikal tvivl er et spørgsmål, som – når det bliver synligt – ikke blot er forstyrrende for filosoffer, men også eksistentielt foruroligende for almindelige individer.”* (ibid.:33). Det vil altså sige, at Oplysningstidens fornuft har fjernet de traditioner, i.e. religion, overtro osv., der eksisterede før; men ved at fjerne disse er vejen blevet banet for modernitetens refleksivitet, der sår tvivl om den fornuft, der hersker i natur- og samfundsvidenskaberne og selve livet. Dette

er interessant, fordi det åbner op for en forståelse af alternative behandlinger som værende muliggjort af dette skred. Naturvidenskaberne har ikke længere eneret på viden – og de er heller ikke hævet over tvivl eller spørgsmål. Dette argument spiller ind i den kamp mellem fornuft og overtro, fremhævet i starten af specialet – måske er det dette skred, Dawkins identificerer. Han kalder det en kamp mellem fornuft og overtro, men med Giddens kunne man se dette som individernes varierende tiltro til forskellige abstrakte systemer i en tiltagende mere kompleks og dynamisk verden.

Giddens mener, at de tre ovennævnte elementer skal forbindes med en globaliseringstendens, der gør det umuligt at undslippe de forandringer, som moderniteten medfører (ibid.:34). Vi har at gøre med en altomsluttende udvikling, der indlejrer en konstant refleksivitet i en dynamisk og omskiftelig verden. Giddens afslutter denne del af bogen med en vigtig betragtning ift. indeværende speciale: *"Enhver, der lever under modernitetens betingelser, er påvirket af en mængde abstrakte systemer og kan i bedste fald kun gøre brug af en overfladisk viden om deres tekniske funktioner."* (ibid.:35). Dermed åbnes der op for en afhængighed af komplekse ekspertsystemer, og denne afhængighed kan også afføde et øget forbrug af alternative behandlinger. Giddens omtaler det selv, idet han skriver, at der kan eksistere skepsis eller måske en fjendtlig indstilling overfor visse ekspertsystemer, men ikke andre – eksemplet er, hvordan et individ kan vende sig mod den holistiske medicin i stedet for den konventionelle efter skuffelse eller vrede rettet mod den sidstnævnte. På den måde kan man sige, at der sker en nivellering af viden, fordi samfundet gennemsyres af en myriade af ekspertsystemer; dette betyder, at hvis antagelsen, om at fornuften har sejret sig selv i ihjel, holder, bliver den ekspertviden indeholdt i den konventionelle medicin, for nogle individer, sidestillet med den ekspertviden, der eksisterer indenfor den alternative medicin. Præcis hvordan denne mekanisme fungerer kan være svært at vurdere, for som Giddens selv siger, kan skepsis overfor visse abstrakte systemer eksistere sideløbende med tiltro til andre (ibid.). En person kan altså både være skeptisk overfor nogle dele af den konventionelle medicin, men ikke alle, og samtidigt overføre sin tiltro til alternative behandlinger.

For så vidt kan vi med Giddens forstå nogle af de mekanismer, der er på spil i udviklingen af moderniteten – og dermed også hvad der kan have muliggjort en stigning i brugen af alternative behandlinger. Men disse argumentationer relaterer sig hovedsageligt til de tendenser, der eksisterer i modernitetens fremvækst og udbredelse; interessant er også, hvordan individet tvinges til at agere i moderniteten, og her taler Giddens om selvet som et refleksivt projekt.

Selvidentitet og konsekvenserne af moderniteten

"Moderniteten nedbryder det lille samfunds eller traditionens beskyttende rammer, kunne man hævde, og disse erstattes af langt større og upersonlige organiseringer. Individet føler sig efterladt og alene i en verden, hvor han eller hun mangler den psykologiske støtte eller følelse af sikkerhed, som mere traditionelle rammer giver." (ibid.:47). Giddens har udpeget tre elementer, der driver moderniteten frem og en af konsekvenserne

indfanges i ovenstående citat: Høj-moderniteten er en verden af usikkerhed, hvori individet står alene og tvinges til reflektivt at skabe en identitet. Ifm. citatet taler Giddens om terapi, og hvordan dette er en måde hvorpå individet reflektivt forholder sig til sig selv – det er derfor, terapi er blevet mere almindeligt. Med denne forståelse kan vi også se alternative behandlinger, som en måde hvorpå individet reflektivt forholder sig til sig selv - mere om denne refleksivitet senere. Først er det nødvendigt at se nærmere på de forudsætninger, individer står overfor i høj-moderniteten, og hvad de ovenstående elementer har af betydning for individet.

Giddens bruger begrebet ontologisk sikkerhed, om den grundindstilling individer må have for at kunne agere i verden. Den ontologiske sikkerhed er en nødvendighed for individet, for der lurder kaos og meningsløshed bag de dagligdagsrutiner, individer har (ibid.:50). Den ontologiske sikkerhed var tidligere givet gennem de traditioner og forskrifter der eksisterede, men da høj-moderniteten som nævnt er et post-traditionelt samfund bliver den ontologiske sikkerhed også mere skrøbelig – det er derfor, individet ifølge Giddens kan føle sig mere alene og fuld af angst. Opretholdelsen af denne ontologiske sikkerhed sker ved, at individer både har en fælles virkelighed, de kan dele med andre, og ved det Giddens kalder en praktisk bevidsthed – hermed ment, at de hverdagsrutiner, individer har, indgyder mening og sikkerhed i deres liv, fordi de sætter parentes om eksistentielle spørgsmål (ibid.:52). Med dette blik på individet forudsætter Giddens, at individer i deres udgangspunkt er meningssøgende og altid vil være drevet af denne søgen efter mening – det også derfor, han lægger så stor vægt på, hvor essentiel selvidentiteten er for individet, for det er nemlig denne, der er med til at opretholde en form for ontologisk sikkerhed. Men selvidentiteten er ikke givet på forhånd ifølge Giddens; i stedet skabes den af individet. *”Selvidentitet er ikke et særligt træk eller en samling af træk, som individet besidder. Der er selvet som det reflektivt forstås af personen på baggrund af vedkommendes biografi.”* (ibid.:68). Fordi selvidentiteten er en refleksiv forståelse, er det også muligt for individet at forme netop denne selvidentitet, gennem de valg der træffes og den historie, der fortælles om en – men ligesom den ontologiske sikkerhed, den er med til at opretholde, er selvidentiteten skrøbelig (ibid.:70). Konsekvensen af moderniteten er således et liv levet refleksivt, hvor der konstant skal tages stilling til ens egen identitet: *”Hvad skal man gøre? Hvordan skal man handle? Hvem skal man være? Det er de centrale spørgsmål for enhver, der lever i senmoderniteten – spørgsmål som vi på et eller andet plan besvarer diskursivt eller gennem hverdagens sociale adfærd”* (ibid.:88). Giddens forbinder begrebet livsstil med selvidentitet, således at individer i høj-moderniteten følger eller udlever bestemte livsstile for at skabe en selvidentitet. I en verden, der defineres som post-traditionel, er tingene ikke længere givet på forhånd for individet; i stedet er en af de konstituerende træk ved livet i høj-moderniteten valget – hermed ment at hverdagslivet styres af valget i alle henseender. Det er her, livsstilsbegrebet spiller en væsentlig rolle for Giddens, for det er nemlig i valget af en eller flere livsstile, at selvidentiteten skabes og opretholdes. Således bliver livsstilen en dominerende faktor i individets refleksive liv, netop fordi moderniteten konfronterer personer med en overflod af valgmuligheder. De praksisser, der følger af det tvungne valg af livsstil – for under modernitetens

betingelser er valget nemlig et tvunget valg –, bliver en måde at materialisere selvidentiteten og opretholde den gennem ens handlinger (ibid.:100). Valget af livsstil er dermed også med til at opretholde individers ontologiske sikkerhed, ved at kæde de endeløse valg et individ træffer sammen i en mere eller mindre konsistent fortælling om selvet. Giddens taler om livets bane, og det refleksive projekt er således at navigere i en verden af valgmuligheder og forme en bane igennem livet, der kan fortælle en meningsfuld historie om individet – dette er nødvendigt, fordi det post-traditionelle samfund har nedbrudt de rammer, hvori en sådan fortælling tidligere ville udspille sig.

Refleksivitet, risici og alternative behandlinger

Hvis vi prøver at kigge på disse betragtninger ifm. den stigning i brugen af alternative behandlinger, der blev belyst i den kvantitative analyse i specialet, kan vi begynde at anskueliggøre, hvilke samfundsmæssige udviklingstendenser, der kan have muliggjort stigningen i brugen af alternative behandlinger for raske individer. Som det er blevet benævnt i ovenstående, har tre elementer drevet udviklingen af moderniteten frem, og dette har igen formet den måde, hvorpå livet udleveres af individet. Under høj-moderniteten er traditioner og deres praksisser blevet kuldcastet til fordel for en konstant og gennemgribende refleksivitet hos både individet og samfundets institutioner. Jeg har skrevet om, hvordan den øgede pluralisme af abstrakte systemer åbner op for, at individer får svære ved at navigere og samtidigt sker der en nivellering af viden blandt disse abstrakte systemer, hvilket kunne muliggøre, at brugen af alternative behandlinger kan stige; netop fordi at behandlingen indgår i et ekspertsystem, der er uigennemskueligt for individet. Dette kan såmænd gøre sig gældende for både raske og syge individer. Dermed mener jeg selvfølgelig, at der vil være mange sammenfald blandt årsagerne og forklaringerne, men at de ikke kan reduceres til at være ens.

Med Giddens kunne man f.eks. forstå brugen blandt syge individer i konteksten om skæbnesvangre øjeblikke (ibid.:135), hvor momenter, der bryder med dagligdagens rutine, truer et individs ontologiske sikkerhed og tvinger dem til at træffe et radikalt livsstilsvalg: *"En person med en særlig type medicinsk problem kan således risikere at stå i en situation, hvor vedkommende ikke alene skal vælge mellem alternative former for højteknologisk behandling, men også mellem rivaliserende krav fra videnskabelig og holistisk medicin (inden for hvilken der kan være et uendeligt bredt udvalg af mulige løsninger)." (ibid.:104).* Og det er præcis dette valg, der er det afgørende, for som Giddens påpeger, er det kernen i høj-moderniteten; navnlig, at individet konstant skal vælge i et mere og mere kompliceret netværk af abstrakte systemer. Som sagt giver idéen om skæbnesvangre øjeblikke kun mening ift. syge individer, da man kunne argumentere for, at deres sygdom er et sådant øjeblik. Men ift. de raske individer er det mere meningsfuldt at kigge på et sidste begreb, Giddens bringer i spil: risikovurdering.

Risikovurdering er for Giddens en iboende del af livet som et refleksivt projekt og er en slags 'kolonisering af fremtiden', hvor individet lever med visheden om forskellige risikofaktorer – et begreb

Giddens bruger med inspiration fra Ulrich Beck – og evindeligt tvinges til at vurdere og forholde sig til disse faktorer (ibid.:137). Det handler ikke om en direkte livstruende fare, men i stedet et mere generelt risikomiljø. Med dette perspektiv om moderniteten og selvidentiteten kan vi begynde at se stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer som værende muliggjort af et post-traditionelt samfund, hvor det reflektive valg er essentielt. Alternative behandlinger bliver i dette lys et abstrakt system, der tilbyder individer et anderledes valg, hvorpå de kan indgå i visse praksisser, der er med til at skabe en form for ontologisk sikkerhed for dem. Hvis vi tænker tilbage på det subjektorienterede praksisparadigme, som Launsø omtaler, giver dette også mening, netop fordi dette praksisparadigme omhandler, hvordan et individ inddrages i processen om sin egen sundhed, og det at blive eller forblive rask er et personligt projekt. Det er ikke svært at koble idéen om selvidentiteten som et narrativ, der skal muliggøre og være muliggjort af individets ontologiske sikkerhed, med idéen om et praksisparadigme, der overlader helbredelse eller velbefindende til individets parathed til at handle. I denne optik er moderniteten kendetegnet ved, at valget er et imperativ; et valg, der kan lede et individ til at anvende alternative behandlinger for at skabe sin selvidentitet og dermed træde ind i et paradigme, hvor valget også er essentielt for at kunne blive helbredt eller for at undgå sygdom. Med Giddens kan vi også forstå, hvorfor et sådan valg ikke laves om igen: *”Når først en livsstilssektor – som f.eks. baserer sig på en bestemt kost – er etableret, kan den være meget vanskelig at bryde, fordi den ofte vil være integreret med andre aspekter af en persons adfærd.”* (ibid.:145).

Vi står således tilbage med en forståelse af stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer som muliggjort af de mekanismer, der også har drevet moderniteten: tid og rum adskilles gennem teknologier, der igen forårsager en udlejring af sociale institutioner, og refleksiviteten gennemsyrrer alle aspekter i et globaliseret, risikofyldt samfund. Alternative behandlinger bliver i dette lys, et abstrakt system, individer kan vælge at have tillid til, og når først valget er truffet, bliver de alternative behandlinger en del af individets livsstil, og således cementeres de som en del af individets biografi. Nivelleringen af viden forårsages netop af samfundet dynamiske og flyvske karakter, og Giddens beskriver, at *”Selv de mest pålidelige autoriteter kan man kun have tillid til ’indtil videre’.”* (ibid.:103). Men betyder dette så, at alle frit kan vælge alle muligheder? Nej, for som Giddens skriver, er livsstilsvalgene betinget af livsmulighederne (ibid.:106). Dette argument åbner op for en forståelse af de differentierende effekter, vi observerede i den kvantitative analyse; alle har ikke lige muligheder for at konstruere deres liv, eller rettere at fortælle den historie de vil. På den måde er modernitetens konsekvenser ikke blot, at refleksiviteten bliver altoverskyggende og tvinger individer til at vælge mellem et utal af muligheder, men også at ikke alle valg er åbne for alle. I den sammenhæng, jeg kigger på dette, er det givende, fordi at alternative behandlinger således kan anskues som en måde at differentiere sig fra de underprivilegerede. Den fundne effekt af uddannelseslængde på brugen af alternative behandlinger kan dermed forstås som en måde af skabe en fortælling og en selvidentitet, som er anderledes og muligvis også ’hævet over’ de mindre privilegerede.

Selvidentitetsforståelsens begrænsninger

For så vidt har vi kunnet anskueliggøre, hvordan høj-moderniteten har transformeret samfundet og ændret livsbetingelserne for individet. Dette har medført, at alternative behandlinger er blevet et valg, der står på lige fod med andre abstrakte systemer, samtidigt med at der eksisterer visse differentierende effekter heraf blandt individer. Den overordnede udviklingstendens har også muliggjort, at den rationelle fornuft ikke nyder en sikker position i samfundet længere og således fremstår andre ekspertsystemer, eksempelvis de der eksisterer indenfor den holistiske medicin, som ligeså legitime som den konventionelle medicin. Samtidig tillader det subjektorienterede praksisparadigme, som de alternative behandlinger eksisterer indenfor, at individer kan skabe en narrativ om deres selvidentitet via disse behandlinger – behandlinger der forstærker vigtigheden af valget, da paradigmet foreskriver, at helbredelse eller sundhed er et valg, individet træffer.

Men der eksisterer flere aspekter af stigningen, der ikke kan forstås med Giddens. For selvom jeg med Giddens kan identificere nogle generative mekanismer, der eksisterer i høj-moderniteten, er der også elementer, hvor forklaringen ikke er adækvat. Det er meningsfuldt at anskue moderniteten som drivkraften bag samfundsudviklinger, der gør livet til et refleksivt projekt – i dette lys kan alternative behandlinger forstås, og vi kan forklare dele af stigningen. Men argumentationen må også udvides, således at flere aspekter kan indfanges; i specialets kvantitative analyse blev det observeret, både hvordan stress over tid fik en større effekt på brugen af alternative behandlinger, men samtidigt også hvordan flere og flere identificerede sig som værende stressede. Med Giddens vil det blive svært at forklare dette. Man kunne argumentere for, at eftersom angst ifølge Giddens er en iboende del af livet i høj-moderniteten, kunne dette komme til udtryk som forhøjet stress, men på sin vis virker denne forklaring spekulativ og vag – Giddens taler ikke om stress, men i stedet om generel angst, der i hans bog beskrives som en slags vedvarende frygt uden objekt. Den er en konsekvens af høj-modernitetens usikkerhed. På samme måde kan man sige, at de differentierende effekter, der blev fundet, ikke er uddybet nok; Giddens taler om, at livstilvalg ikke er åbne for alle, men taler ikke meget om konsekvenserne for de der ikke kan vælge frit, eller uddyber specifikt hvorfor disse forskelle eksisterer. Ydermere kan det diskuteres om forståelsen af det subjektorienterede praksisparadigme, og hvad det tilbyder set i lyset af Giddens' perspektiv, er fyldestgørende. Slutteligt – og dette er væsentligt – er der også et tidsmæssigt aspekt; Giddens skrev *Modernitet og Selvidentitet* i 1991, og der er sket meget siden da, samt at den stigning indeværende speciale fokuserer på er fortsat fra der og indtil nu. Hvis jeg med Giddens har kunnet skabe et omrids af de betingelser, der har muliggjort en stigning i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer, og vi antager, at de betragtninger, der er blevet opridset, er sandsynlige, hvordan kan vi så forstå nogle af de andre tendenser, der blev belyst tidligere, og hvad er der så sket siden 1991? Netop fordi at Giddens også berør emner som tid og teknologi – og fordi at stress tilsyneladende spiller en større rolle og er mere omfattende i mit data – har jeg valgt at fortsætte min argumentation, på baggrund af de betragtninger vi har gjort os med Giddens, ved at inddrage Hartmut Rosa og hans teori om fremmedgørelse og sociale acceleration. Der vil blive lagt særlig vægt på accelerationsaspektet i Rosas teori, samt hvordan

Rosas perspektiver kan fortætte argumentation, og hvordan nogle af de elementer, der blev fremhævet med Giddens, kan forstås på en anden måde med Rosa.

Rosa og den sociale acceleration

Den tyske sociolog Hartmut Rosa udgav bogen *Alienation and Acceleration* knap 20 år efter Giddens' *Modernitet og selvidentitet*, og således har samfundet udviklet sig med hastige skridt i den tidsperiode. Det er bl.a. også derfor, jeg inddrager netop Rosa; for hvis det var muligt at illustrere nogle af de indledende mekanismer, der har muliggjort en stigning i brugen af alternative behandlinger med Giddens, vil netop Giddens' perspektiv være affødt af hans samtid. Men i og med at jeg kigger på en udvikling over tid, er det også interessant at inddrage et teoretisk perspektiv, der kan indfange noget af denne udvikling. At forsøge at identificere de bagvedliggende generative mekanismer via Rosas teori i forlængelse af Giddens, betyder dermed også, at de ting, der i ovenstående kapitel om Giddens blev beskrevet som værende af betydning, kan have ændret sig i større eller mindre grad eller endda helt være sat til side. Som vi skal se, har Rosa et andet blik på eksempelvis idéen om livet som et projekt og den narrative selvforståelse. Hvorfor så overhovedet inddrage Giddens? Årsagen hertil skal netop findes i det faktum, at Giddens i sin tid identificere nogle aspekter ved høj-moderniteten, og disse kan, som beskrevet, forstås som værende muliggørende for de tendenser, der er blevet beskrevet i specialets kvantitative del, på det pågældende tidspunkt og fremad. Men eftersom de anvendte data strækker sig over en periode på 25 år – og sammenhængende deri ændrer sig – vil det være givtigt at forsøge at se på sammenhængende i et mere nuværende perspektiv og gennem Rosas perspektiv belyse sammenhængene nu; både ift. at opnå en sammenhængende teoretisk argumentation, men også for at se hvordan den modernitet Giddens beskrev i 1991 måske nu har ændret sig. Derved kan der argumenteres for, hvordan nogle af de generative mekanismer har ændret sig eller er blevet mere tydelige, siden Giddens skrev *Modernitet og selvidentitet*.

Men for at kunne opnå denne diskussion og teoretiske syntese er det nødvendigt først at redegøre kort for Rosas teori. Undervejs i redegørelsen vil jeg som med Giddens forsøge at diskutere, hvordan Rosas perspektiv kan kaste lys på stigningen i brugen af alternative behandlinger, men også sammenholde deres perspektiver og se på forskellene i Giddens' og Rosas udgangspunkter og mål.

Tre former for social acceleration

Det vigtigste element i Rosas teori om social acceleration er tiden. Hermed ment, at det er igennem dette aspekt af vores væren, man kan undersøge strukturen og karakteren af de liv vi lever (Rosa 2014:12). Udgangspunktet for Giddens og Rosa er forskelligt: hvor målet for Giddens var at foretage en samtidssdiagnose, der kunne identificere konsekvenserne af moderniteten for individet, er Rosa kritisk teoretiker, og dermed er det grundlæggende spørgsmål for ham, hvad et godt liv er, og hvorfor vi ikke har sådan et (ibid.:11). Den kritiske del af Rosas betragtninger er dog ikke det essentielle for dette speciale; dermed ment at jeg ikke forsøger at identificere sociale patologier, hvad et godt liv er, eller hvordan sådan et opnås. Men nogle af de betragtninger, som Rosa har om disse elementer, vil dog stadig inddrages. Det

betydningsfulde i Rosas perspektiv for mig er accelerationsbegrebet, og hvordan dette kan indføres i min argumentation.

Rosa indleder med at beskrive, hvordan sociologien – og samfundsvidenskaberne generelt – i hans optik kan forstås som modreaktioner på moderniseringstendenser i samfundet omkring dem (ibid.:17). Moderniteten og dens konsekvenser er beskrevet og italesat på et utal af måder i forvejen – og herunder falder også Giddens – men ifølge Rosa er de mangelfulde, da de ikke har inddraget tiden eller mere specifikt fænomenet acceleration i deres analyser, men i stedet har kontrasteret det moderne med det præmoderne (ibid.:19). For Rosa er det i stedet en kontinuerlig acceleration, der har fundet sted igennem hele moderniteten og modsætter ikke nu med før, men i stedet ser samfundets udvikling som et kontinuum, defineret af den øgede acceleration. Men accelererer alt? Nej, ikke alt går hurtigere, og alt kan heller ikke tilskrives én enkelt accelerationsproces; i stedet eksisterer der en myriade af accelerationsprocesser og samtidig en del decelerationsprocesser (ibid.:20). Rosa opdeler acceleration af samfundet i tre hovedelementer: 1) Den teknologiske acceleration, 2) accelerationen af social forandring og 3) acceleration af livstempoet. Det virker åbenlyst, at det er den tredje, der er den vigtigste i dette speciale, men det er nødvendigt at eksplicitere de andre, før vi kan komme dertil.

Første accelerationsproces omhandler den tempoforøgelse, der følger af teknologiske udviklinger. Denne form for acceleration er den umiddelbart letteste at forstå, for det første fordi at det er mærkbart for os alle, at teknologien øger hastigheden af tingene omkring os – eksempelvis de forskellige transport-, kommunikations- og produktionsformer, men for det andet hviler noget af Rosas argumentation på elementer, der ligner de, vi fandt hos Giddens. Hos Giddens var det første element af moderniseringen adskillelsen af tid og rum; hos Rosa er argumentationen enslydende: *"Den teknologiske acceleration har unægtelig haft kolossal indvirkning på den sociale virkelighed. Navnlig har den fuldstændig transformeret samfundets 'rum- og tidsregime', dvs. perceptionen og organiseringen af rum og tid i samfundslivet."* (ibid.:21). Så, for Rosa har tid og rum og samspillet imellem dem forandret sig pga. teknologiske fremskridt og ændret den måde hvorpå vi perciperer dem. Hos Giddens var det et spørgsmål om, at tid og rum ikke længere var forbundet, tiden blev standardiseret og globaliseringen medførte, at alle kunne nå hinanden, til enhver tid alle steder. Med Rosa kan vi uddybe denne udvikling og ifølge ham er tiden noget der ikke blot adskilles fra rummet, men i stedet noget der komprimerer og destruerer rummet – hermed ment, at internettet, globalisering og teknologi har 'overvundet' rummet, og dermed har rummet mistet sin betydning for individet (ibid.:22). Intet er bundet til et sted mere, og Rosa mener, at steder dermed bliver steder uden historie.

Accelerationen af social forandring er umiddelbart ikke så ligetil at forstå, men Rosa uddyber forskellene i mellem de to ret præcis ved at modstille dem; hvor den teknologiske acceleration omhandler transformationer i samfundet, omhandler denne anden accelerationsproces transformationer af samfundet

(ibid.:22-23); dermed ment at det er tempoet af forandringer i sig selv, der ændrer sig. Rosa er interesseret i, hvordan denne acceleration kan måles empirisk og anvender derfor begrebet 'nutids-indskrumpning' til at indfange accelerationen (ibid.:23). Begrebet dækker over den sammentrækning af nutiden, der forekommer pga. accelerationsprocesserne; fortiden er ikke længere gyldig, og fremtiden er ikke gyldig endnu, og i mellem disse to tider eksisterer nutiden, der konstant trækkes sammen og gøres 'mindre'. *"Social acceleration er altså defineret ved en stadig hurtigere afvikling af pålideligheden af erfaringer og forventninger og ved en sammentrækning af de tidsrum, der kan siges at udgøre 'nuet'."* (ibid.:24). Rosa taler her om lignende problematikker og mekanismer, som Giddens gjorde – men hvor Giddens så teknologierne, de abstrakte systemer og tilliden hertil som drivkræfterne af transformationen af samfundet, hviler Rosas argumentationer på, hvordan tiden ændrer sig. Giddens så moderniteten som værende post-traditionel, og jeg argumenterede for, hvordan 'fornuften' på sin vis havde sejret sig selv ihjel. Disse argumentationer er stadig brugbare, men med Rosa kan vi se mere på det tidslige aspekt af denne forandring; her ændrer opfattelsen af nuet sig, samtidigt med at samfundet som helhed også ændrer sig drastisk. Rosa identificerer forskellige elementer til at underbygge denne påstand om accelerationen af social forandring: Primært mener han, at denne acceleration kommer til udtryk i de domæner, der omhandler familien og arbejdet, og at disse har bevæget sig fra et inter-generationelt tempo til et intra-generationelt tempo. Hermed ment, at hvor familiestrukturer og arbejdspositioner tidligere blev nedarvet fra generation til generation, er denne proces blevet sammentrukket, og nu er familiens livscyklus ofte kortere end individets livscyklus. Det samme gælder arbejdet, hvor karriereskift ikke blot er almindelige, de er – hvis man inddrager Sennett (1998) – ofte tilskyndet. Rosa pointerer selv, hvordan man kan finde belæg for dette argument om de sociale institutioners og praksissers acceleration og forandring hos bl.a. Giddens (Rosa 2014:26).

Den tredje form for acceleration omhandler livstempoet. Hermed ment, at ifølge Rosa er det moderne, vestlige samfund karakteriseret ved en enorm tidshunger – der er simpelthen ikke 'tid nok' og konstant føler individer, at de er i tidsnød (ibid.:26). Et interessant element ved denne acceleration er, at hvor denne beskrivelse nok vil ræsonnere hos mange i det moderne samfund, er denne tidsnød ifølge Rosa ikke logisk eller kausalt forbundet med de to foregående accelerationsprocesser. Det er nemlig paradoksalt, at den teknologiske acceleration ikke har affødt mere fritid for individet – hvilket den logisk set burde gøre. Rosa mener, at nok burde den teknologiske acceleration afføde mere fritid ved at sænke mængden af nødvendige tidsressurser, der skal bruges i hverdagen, men i og med at ting tager kortere tid, øges kvantiteten af de opgaver, der skal nås også (ibid.:28-30). Rosa eksemplificerer med breve og e-mails; nok brugte man markant længere tid på at udfærdige et konventionelt brev end en e-mail, men i dag sender man så til gengæld langt flere e-mails; faktisk så mange, at den ovennævnte tidshunger er konstant. Og det er dermed også, hvad der definerer accelerationen af livstempoet: Forøgelsen af antallet af handlinger eller erfaringer pr. tidsenhed (ibid.:26). I Rosas optik kan denne forøgelse ses på to måder: en subjektiv og en objektiv tilgang. I den subjektive tilgang vil accelerationen: *"... sandsynligvis kunne iagttages i form af den enkeltes tidsoplevelse: Denne acceleration*

vil få folk til at opfatte tiden som knap, føle sig forjagede, stressede og underlagt stort tidspres.” (ibid.:27). Rosa påpeger her, at til trods for at denne klage har eksisteret undervejs i hele moderniteten, er det ikke ensbetydende med, at tempoet altid har været højt, men i stedet at det er en proces, der forstærkes konstant. Den objektive tilgang, mener Rosa, kan ses via sammentrækning af tid – altså det at foretage flere handlinger på én gang – og kompressionen af handlinger og erfaringer ved at reducere antallet af pauser i et individs tilværelse. Dermed definerer Rosa det moderne samfund som et accelerationssamfund, fordi der forekommer et øget tidspres til trods for udviklingen af teknologi, der burde give os mere fritid.

For så vidt har jeg fremhævet nogle af de tendenser, Rosa ser som værende definerende for det moderne samfund. Interessant er det, at Rosa ser den teknologiske acceleration som en facet af accelerationssamfundet, men ikke som en drivkraft. For Giddens lå drivkraften bag modernitetens konsekvenser netop i teknologiens adskillelse af tid og rum samt udlejringen af sociale institutioner, men for Rosa er accelerationen af teknologi, social forandring og livstempo ikke drivkræfterne; i stedet finder han det, han kalder drivhjulene i samfundets acceleration andetsteds, som vi skal se på om lidt. For nu kan vi sige, at Rosa påpeger et øget livstempo, der medfører en følelse af tidsnød hos individet. Dermed øges folks stressniveau også. I specialets kvantitative del fandt vi netop også dette: Flere og flere individer identificerede sig over tid som værende stressede, samt at denne følelse af stress medførte et øget forbrug af alternative behandlinger. Med Rosa kan vi sammenflette disse fund med idéen om accelerationssamfundet – det interessante er netop den forøgelse, der er forekommet af personer, der føler sig stressede. Hvor udgangspunktet med Giddens viste, at moderniteten nedbrød traditioner, og fornuften på sin vis ikke længere nød en status som værende drivkraften og vejviseren, kan denne argumentation udbygges med den forøgede acceleration af samfundet netop ved at kigge på tiden. Teknologien, som Giddens også påpegede, har siden 1987 – hvor første dataindsamling fandt sted – ikke sænket farten, men tværtimod, som Rosa påpeger, accelereret mere og mere. For Giddens var moderniteten kendetegnet ved at være dynamisk, og den efterlod individet alene og usikker i en kold verden af abstrakte systemer. Men hvor endestationen eller den videre udvikling af moderniteten ikke var eksplicit for Giddens i 1991, kan vi med Rosa fortsætte argumentationen med accelerationsbegrebet. Antager vi, at Giddens’ perspektiv om den post-traditionelle modernitet og usikkerheden for individer holder, vil en sammenkobling med Rosa give os en måde at forstå, hvad der er sket i tiden efter Giddens’ bog samt et blik fremad. Individet er fanget i en post-traditionel og usikker verden, hvor tiden bliver mere og mere knap. Dette gør individer mere stressede, og som vist i specialets kvantitative del øger dette forbruget af alternative behandlinger. Hos Giddens var det således modernitetens tre elementer, der blev fremhævet som de generative mekanismer, der havde muliggjort stigningen i brugen af alternative behandlinger, men hvad med Rosa? Er det så nok at sige, at accelerationen, i sig selv også er en sådan mekanisme? Nej, for Rosa udpeger selv forskellige drivkræfter bag accelerationssamfundets udvikling. For at kunne indføre disse i argumentationen og dermed afdække mulighedsbetingelserne for stigningen i alternative behandlinger, vil disse gennemgås og diskuteres i det følgende.

Accelerationssamfundets drivkraft

Det indledende argument for afdækningen af hvad der driver accelerationssamfundet, finder Rosa i de mulighedsbetingelser, den teknologiske acceleration har medført. Det er netop det faktum, at Rosa anskuer dem som mulighedsbetingelser, der er interessant, for dermed er argumentet ikke, at teknologien driver accelerationen, men i stedet at samfundets tidshunger driver teknologien (ibid.:32). Men hvad ligger bag denne tidshunger og acceleration? For Rosa er der tre analytiske elementer:

Første element, Rosa udpeger, er konkurrencen, og hvordan denne kan anskues som accelerations-samfundets sociale motor. Overordnet set mener Rosa, at denne mekanisme – som han selv kalder det – er den kapitalistiske økonomis principper. Tid er penge, som Benjamin Franklin sagde, og det er netop denne grundtanke, der driver en stor del af accelerationsprocesserne generelt og i særlig grad den teknologiske acceleration (ibid.:33). Konkurrencen er motoren i kapitalismen, og det er dennes altdominerende allokatons-modus, der har betydning i alle dele af samfundet, og for individet er der en konstant konkurrence om eksempelvis uddannelse og jobs, indkomst osv. (ibid.:34). Heri hviler således et argument om differentiering af individer i samfundet. Sammenlignes dette med Giddens, var der også elementer af argumenter omhandlende 'klasser' i samfundet, men de var ikke fyldestgørende. Men med Rosa kan vi begynde at få en forståelse af, hvad der adskiller mennesker, og uddannelse er et sådant konkurrence-område. Hvordan dette spiller ind i de differentierende effekter, vi så i den kvantitative analyse, vil jeg vende tilbage til senere. Giddens illustrerede en modernitet, hvor traditioner og praksisser var kuldkastede, og individet var overladt til sig selv og måtte danne sit eget narrativ i en usikker verden; men Rosa ser samtiden som gennemsyret af konkurrencelogik, og individets position eksisterer i en endeløs kamp om at være bedst i alle henseender – der lægges dermed også en større grad af vigtighed på præstationer og konstant jagt efter 'noget' hos Rosa. Der hersker således hos Rosa som hos Giddens enorm usikkerhed indbygget i samfundet, netop fordi aktører konstant må kæmpe og konkurrere for at opnå konkurrencefordele, eller som minimum fastholde den position de her (ibid.:35). Rosa tilbyder dermed en forståelse af de bagvedliggende generative mekanismer, der kan have muliggjort stigningen i brugen af alternative behandlinger, som værende en gennemtrængende konkurrencelogik, der driver den generelle acceleration af samfundet frem. Dette åbner op for flere forskellige forståelser af resultaterne fra specialets kvantitative analyser; For det første kan vi – hvis vi tænker tilbage på Giddens – anskue stigningen som værende drevet af samfundsmæssige udviklinger, der underkastede individerne en form for rodløshed og dermed tvang dem til at 'skabe' deres eget narrativ om dem selv. Denne forståelse kan modificeres og gøres mere tydelig med Rosa: For i stedet for, at det er moderniteten og dens post-traditionelle orden, der driver samfundet frem, mener Rosa, at det er kapitalismens konkurrencelogik, der driver samfundet frem. Dermed er stigningen i alternative behandlinger ikke blot et tegn på, at individer vælger et narrativ, men der kan argumenteres for, at alternative behandlinger i stedet ses som et middel til øget konkurrencedygtighed. Dermed ikke ment at individer bevidst indgår i alternative behandlinger med det for øje at være mere konkurrencedygtige eller for 'at komme foran'; men

den bagvedliggende – og dermed også for individet skjulte – mekanisme, der kan argumenteres for driver stigningen, er en allokering-modus, der bestemmer, hvem der får hvad baseret på deres præstationer. For det andet åbnes der med Rosa op for en mere fyldestgørende forståelse af de differentierende effekter, der blev identificeret i specialets kvantitative resultater; nemlig, at siden kapitalismens konkurrencelogik kan ses som den dominerende allokations-modus i samfundet, vil der naturligvis også eksistere forskelle i, hvem der har, og hvem der ikke har, og samtidigt hvilke muligheder individerne kan gøre brug af. Alternative behandlingsøgede forekomst blandt højere uddannede individer kan således forstås som et udtryk for en øget mulighed blandt de 'bedre stillede' til at skærpe deres konkurrencedygtighed.

Men hvad så med betydningen af stress for brugen af alternative behandlinger? Det er netop her, Rosa tilbyder en forståelse, vi ikke med Giddens kunne opnå. I udgangspunktet kan Rosas perspektiv belyse og forklare den generelle stigning i individer, der føler sig stressede, netop som følge af den ovenstående argumentation om samfundets øgede hastighed. Denne tendens er således det umiddelbare fænomen, vi kan observeres i det faktiske og empiriske niveau, men accelerationen af samfundet – drevet af kapitalismens konkurrencelogik – er den bagvedliggende struktur eller mekanisme, der skaber mulighedsbetingelserne for fænomenet. Individerne er således mere stressede som følge af en nutids-indskrumpning, hvor livet skal leves i kortere og kortere intervaller, hvori der presses flere og flere erfaringer og handlinger ind. Men hvordan forklares så med Rosa effekten af denne stigning i stress på brugen af alternative behandlinger? En forståelse kunne være, at de mest stressede individer samtidigt også ville være de individer, hvor konkurrencelogikken var mest indflydelsesrig. Hermed mener jeg, at individer, der er stressede, ofte vil være personer med jobs, hvor stress er en indgroet del af arbejdet – man behøver kun at tænke på Richard Sennetts beskrivelser af, hvordan entreprenøren nu er idealet i samfundet, og hvordan exceptionelle mennesker udvikles ved konstant at leve på kanten (Sennett 1998:80). Et argument, der også vækker genklang i Giddens' tanker om moderniteten som værende fyldt med risici, der skal navigeres, men ifølge Sennett bliver risikovillighed det, der efterstræbes. Stress stiger generelt for alle, men hvis vi antager, at ovenstående argument om at de differentierende aspekter i brugen af alternative behandlinger – målt via uddannelsesniveauers effekt på brugen af alternative behandlinger – forårsages af, hvem der er 'foran' i accelerationssamfundet, kunne man forestille sig, at stress også har en effekt, netop fordi at stress vil være mest fremtrædende hos de individer, for hvem konkurrencelogikken udøver størst indflydelse.

Men hvordan kan alternative behandlinger så forstås i denne optik? Jeg har berørt, hvordan de kan anskues som en måde at præstere bedre i et samfund drevet af konkurrencelogikken, men for at komme tættere på en meningsfuld forståelse, er det nødvendigt at kigge på mere af Rosas argumentation om accelerationssamfundets drivkraft. Det andet element i accelerationssamfundets fremvækst, som Rosa fremhæver, er, hvad han kalder den kulturelle motor og løftet om evighed. Rosa fremhæver dette element, således at aktørerne ikke fremstår som hjælpeløse ofre for acceleration – en acceleration, der ikke har nogen bestemmelse over (Rosa 2014:36). Den primære transformation, Rosa identificerer, er erstatningen af

tidligere tiders religiøsitet med acceleration: *"I det sekulære, moderne samfund fungerer accelerationen som den funktionelle ækvivalent til det (religiøse) løfte om evigt liv"* (ibid.). Hvad mener han med dette? Rosa fremhæver, hvordan samfundets kulturelle motor tidligere var styret af religion eller rettere løftet om evigt liv og rettet mod dette; men samfundet har nu transformeret sig, og fokus er rettet væk fra livet efter døden og på det liv, der leves, før døden. Rosa udpensler ikke præcist, hvordan dette skifte er forekommet, men tænker vi tilbage på Giddens, kan der argumenteres for, at den fokusering på fornuften, som Oplysningstiden førte med sig, var den samme fornuft, der gjorde samfundet post-traditionelt, og jeg argumenterede for, hvordan den nærmest havde sejret sig selv ihjel. Rosa indsætter denne idé om det moderne sekulære samfund i sit perspektiv om acceleration og kigger på, hvordan religion – hermed ment som løftet om og fokuseringen på et efterliv – ikke længere er en af drivkræfterne bag samfundets udvikling, men i stedet er fokus nu på det levede liv. Hvad gør dette ved livet og individet? Siden at der ikke længere fokuseres på det, der sker efter døden, handler det gode liv nu om at leve et fuldt liv (ibid.). Det er således målet om at leve 'så meget som muligt' og akkumulere så mange oplevelser og erfaringer som muligt, der er betingelserne for det gode liv. Dette driver også accelerationssamfundet fremad, eftersom at mængden af muligheder og erfaringer, der kan opnås, også accelererer, og individerne i samfundet kan aldrig opleve alt – det er et falsk løfte, så at sige. *"Den moderne accelerations eudaimoniske løfte ligger således i den (uudtalte) forestilling om, at accelerationen af 'livstempoet' er vores (dvs. modernitetens) løsning på endelighedens og dødens problem"* (ibid.:37). Hermed kan der argumenteres for et sammenfald i de generative mekanismer, der er blevet afdækket med Giddens og Rosa – begge ser religiøsitetens fald, som medskaber af en problematik. For Giddens gjorde det verden usikker og post-traditionel, for Rosa er skiftet en mekanisme, der driver accelerationssamfundet fremad. Igen, kan dette kaste et lys på stigningen af alternative behandlinger som værende muliggjort af kapitalismens konkurrencelogik, men også nedbrydningen af traditioner. Fokus er på et 'her og nu', der konstant skrumper ind, og konkurrencen i livet handler om at akkumulere flere mulige erfaringer og oplevelser – et mål, der er uopnåeligt. Alternative behandlinger spiller dermed flere mulige roller i samfundet. For det første kan det anskues som en måde at skabe sit eget narrativ og erkende sig selv refleksivt igennem behandlingerne, for det andet kan det ses som et middel til at stå bedre i konkurrenceloggens kappestrid – noget der også har betydning for, hvem der bruger det – og for det tredje kan det ses som en udvej fra en evig accelererende verden, hvor ens stressniveau hæves.

Denne sidste anskuelse kan også forbindes yderligere med Rosa og hans perspektiver omkring deceleration. Der eksisterer ifølge Rosa 5 former for deceleration: 1) Naturlige hastighedsgrænser (eksempelvis perceptionshastigheden), 2) Oaser af deceleration (eksempelvis Amish-folket), 3) Deceleration som dysfunktionel konsekvens af social acceleration (eksempelvis trafikpropper, eller depression) 4) Tilsigtet deceleration (enten ideologisk, eller funktionel) og 5) Strukturel og kulturel inertie (ibid.:43-47). Uden at gå for meget ind i disse er det, i denne sammenhæng, den fjerde type af deceleration der er interessant ift.

indeværende speciale. Heri hviler nemlig et argument for, hvad de alternative behandlinger muligvis tilbyder stressede individer:

”På det individuelle plan ser man for eksempel sådanne acceleratoriske former for deceleration, når stressede ledere eller lærere tager en time-out på et kloster eller tilmelder sig yoga-kurser, der tilbyder et ’frirum hvor man kan puste ud’, så man med desto større succes kan deltage i de acceleratoriske socialsystemer efterfølgende”

(ibid.:44)

Dette citat er af ekstrem vigtig betydning for dette speciales forståelse af stigningen i brugen af alternative behandlinger, for forudsat at alle de antagelser, vi har gjort os indtil videre, er meningsfulde, fortæller ovenstående citat os to ting: For det første, at alternative behandlinger er et funktionelt middel til at opnå temporal deceleration og for det andet, at dette middel benyttes for bedre at kunne agere indenfor den dominerende kapitalistiske konkurrencelogiks allokering-modus.

Giddens, Rosa, præstationer og kritik

Skal der forsøges at skabe en kohærent opsummering på den foregående argumentation, kunne det gøres som følgende:

1. Moderniteten kastede ifølge Giddens individet ud i en usikker og risikofyldt verden uden traditioner og vanlige praksisser at støtte sig opad. I stedet måtte individet selv skabe en narrativ fortælling om selvet gennem risikovurdering. Denne transformation blev drevet af adskillelsen af tid og rum, udlejringen af sociale institutioner og refleksivitet. Globalisering og teknologi, sammen med Oplysningstidens fornuft, nedbrød traditionerne og skabte en verden, hvor selvet blev et refleksivt projekt. Giddens kunne dermed lave anslaget til at forstå stigningen i brugen af alternative behandlinger som værende muliggjort af moderniteten.
2. Men med Rosa kunne der argumenteres for, at det ikke blot var teknologi og fornuft, der drev sociale transformationer. I stedet accelererer alle aspekter af livet nu, og drivkraften bag dette er særligt den altoverskyggende kapitalistiske konkurrencelogik og den kulturelle motor, der fokuserer på livet nu, og idéen om at få mest muligt ud af dette. Dermed kan stigningen både i stress og brugen af alternative behandlinger nu forstås som udtryk eller fænomener for denne acceleration. Folk bliver mere stressede, fordi alt går hurtigere, konkurrence gennemsyrrer alle dele af tilværelsen, og alternative behandlinger bliver både et middel mod stress, men også et middel til at opnå en fordel i konkurrencen.

For så vidt kan vi opnå en forståelse af, hvilke mekanismer der ligger bag de umiddelbare fænomener, der blev identificeret i specialets kvantitative del – raske individer anvender i stigende grad alternative behandlinger, stress får større og større indflydelse, samt at flere og flere føler sig stressede, hvilket alt sammen kan ses som værende muliggjort af accelerationssamfundet. Men der er dog flere elementer, som er værd at diskutere. Jeg vil kigge nærmere på en markant forskel i mellem Giddens og Rosa og deres syn på livsplaner, hvordan ovenstående hænger sammen med det subjektorienterede praksisparadigme, som Launsø beskrev, samt kigge på 2 elementer Rosa berører i sin bog, som, jeg mener, er værd at diskutere ift. indeværende problemstilling; navnlig idéen om Præstationssamfundet (Petersen 2016) og kritikens U-vending (Willig 2013).

Den markante forskel mellem Giddens og Rosa falder ifm Rosas argumentationer om, hvordan denne acceleration ændrer vores 'væren-i-verden'. Giddens påpegede, hvordan selvet som et refleksivt projekt var under kontinuerlig udvikling og vedvarende måtte revideres, men målet var stadig at fortælle en sammenhængende livshistorie og vurdere fremtiden – tydeliggjort med hans begreb om kolonisering af fremtiden. Men hos Rosa er udsigten mere dystre:

”Den ’klassisk moderne’ identitetsopfattelse, der er baseret på en individuel ’livsplan’ og en selvdefinition, som er rodfæstet i ’stærke evalueringer’, der kan styre et helt livsforløb, er under afvikling til fordel for nye og mere fleksible former for ’situationel identitet’, der er indforstået med den forbigående karakter af alle selvdefinitioner og identitetsparametre og ikke længere forsøger at følge en bestemt livsplan, men derimod ’surfer’ rundt: Hvor end der er en ny, tiltrækkende mulighed, må man være parat til at kaste sig ud i det”

(ibid.:53)

Dette citat kan ses som en reference til blandt andre Giddens. Det viser, hvordan den transformation, som Giddens tegnede konturerne af i 1991, har ændret sig igen – så hvor livet i Giddens’ perspektiv om høj-moderniteten omhandlede livsplaner og evalueringer/refleksivitet, mener Rosa, at dette er blevet erstattet eller omdannet til en situationel identitet. Jeg bringer det på banen, netop fordi det også kan illustrere de effekter, der blevet fundet over tid i specialets kvantitative analyse; for nok kunne der med Giddens argumenteres for, at stigningen i brugen af alternative behandlinger var blevet muliggjort af moderniteten, og at brugen af alternative behandlinger netop fremkom af fornuftens sejr, nivelleringen af viden og forsøget på refleksivt at skabe en identitet, men med Rosa ser det anderledes ud. Ligesom effekterne i data har ændret sig – flere benytter sig af det, flere bliver stressede, og stress får større indflydelse – har samfundet ændret sig, fra Giddens’ perspektiv om høj-moderniteten, eller det som Rosa kalder klassisk moderne, til Rosas perspektiv om accelerationssamfundet. Mit argument er derfor, at stigningen i brugen af alternative behandlinger fra 1987 og til nu, indledningsvist blev affødt og muliggjort af modernitetens fremkomst i Giddens’ perspektiv. På denne tid var brugen af alternative behandlinger muligvis muliggjort af ønsket om at skabe en narrativ om selvet samt at samfundets afhængighed af abstrakte systemer, fik de alternative behandlinger til at fremstå ligeså legitime som konventionelle behandlinger. Transformation fra dette og til accelerationssamfundet⁷ – drevet af de ting der blev beskrevet længere oppe – har ændret brugen af alternative behandlinger og deres betydning. Som nævnt kan de nu ses som værende både et middel til kortvarig deceleration og som konkurrencefremmende: *”For subjekterne er det blevet den centrale udfordring at føre og udforme deres liv på en sådan måde, at det sætter dem i stand til at ’fortsætte ræset’, bevare deres konkurrenceevne og ikke falde ud af hamsterhjulet. Som oftest bliver selv religiøse praksisser, livspartnere og familier, hobbyer og helbredsvaner udvalgt ud fra en konkurrencelogik”* (ibid.:93).

Men der er to aspekter i Rosas perspektiv, jeg ønsker at diskutere yderligere for bedre at kunne afdække, hvordan stigningen i brugen af alternative behandlinger er blevet foranstaltet. Rosa nævner i flæng i sin bog begrebet præstation som én af målestokkene for succes i konkurrencelogik. Derfor vil jeg kigge nærmere på

⁷ Ifølge Rosa kan man selvfølgelig ikke tale om, at accelerationssamfundet er opstået for nylig; han argumenterer også selv for, at accelerationen har været undervejs længe – men man kunne sige, at accelerationen først i løbet af de seneste 20-30 år er blevet en af de primære kendetegn ved samfundet og livet deri.

dette med udgangspunkt i Anders Petersens bog, *Præstationssamfundet* (2016). Desuden slutter Rosa sin bog af med en bemærkning omkring kritik og personlig ansvarliggørelse: ”*Alle nederlag, fejl og mangler falder direkte tilbage på det enkelte menneske. Det er udelukkende ens egen skyld, hvis man er ulykkelig eller ikke kan følge med.*” (Rosa 2014:114). Disse ord peger i retning af et samfund, hvor individet er fastlåst i en evig acceleration uden nogen at pege fingre af eller kritisere udover sig selv – derfor vil jeg diskutere dette, specielt ift. sygdoms og helbredelsesforståelse indenfor det subjektorienterede praksisparadigme, med udgangspunkt i Rasmus Willigs bog, *Kritikkens U-vending* (2013).

Alternative behandlingen som præstationsfremmende

Anders Petersens bog fokuserer på depressioner, og hvordan stigningen i disse til dels skyldes det, han benævner som præstationssamfundet. Der er således en væsentlig forskel i mellem interessefelterne for bogen og dette speciale, men målet er lig hinanden; dermed ment, at både Petersens bog og dette speciale forsøger at identificere bagvedliggende, strukturelleændringer i samfundet. For Petersen er depression et udslagsgivende fænomen i transformationen af samfundet; for dette speciale er det stigningen i brugen af alternative behandlinger. Jeg vil ikke redegøre for hele Petersen bog og begrebsapparat, men i stedet inddrage de relevante dele, der kan appliceres i indeværende analyse, for bedre at kunne anskueliggøre, hvordan præstationer – og deres ophøjelse til samfundets primære allokering-modus og differentierings-mekanisme – kan forbindes med alternative behandlinger for raske individer.

For at kunne forstå dette begreb om præstationssamfundet i forbindelse med og forlængelse af Rosas perspektiv om accelerationssamfundet, kan vi indledningsvist kigge nærmere på, hvad Petersen identificerer som udgangspunktet for præstationssamfundet: Konkurrencestaten (Petersen 2016:55). Dette er vigtigt, for idéen om konkurrencestaten har en del sammenfald med Rosas perspektiv – konkurrence er nu det primære fokus i alle aspekter af samfundet foranstaltet af den kapitalistiske økonomis logik. Med udgangspunkt i Ove Kaj Pedersens bog *Konkurrencestaten* (Pedersen 2011) argumenterer Petersen for, at velfærdsstaten er blevet til en konkurrencestat, og idéen om det egennyttige og opportunistiske individ er blevet institutionaliseret i eksempelvis folkeskoler, gymnasier og universiteter (Petersen 2016:58). Men Petersen argumenterer for, at ovenpå denne konkurrencestat eksisterer præstationssamfundet, der er drevet af den samme logik, men stiller nogle nye og ekstreme krav til de individer, der lever deri. Petersen eksemplificerer med præstationer i sportens verden og mener, at præstationskulturen herfra har løftet sig ud af sportens verden og nu eksisterer overalt i samfundet (ibid.:62). Således er idealerne for præstationssamfundet blevet udbredt til alle dele af samfundet, og individet står til ansvar for sine egne præstationer og manglende præstationer eller stilstand er af lig med marginalisering; alle skal konstant realisere sig selv vha. deres præstationer.

For Petersen er individet i præstationssamfundet således underkastet normative forestillinger om, hvordan det gode liv opnås; succes og viljen til sejr er den primære drivkraft for individer – et argument, jeg også så nærmere på tidligere med reference til Sennett og de ekstraordinære entreprenører (ibid.:76). Petersen genfinder også mange af disse argumenter hos Sennett og tegner et billede af individet som i konstant bevægelse og på jagt efter flere og flere 'lige gyldige' succeser – i den forstand, at *hvad* et individ sejrer i ikke er vigtigt, kun sejren selv. Hvad der er ekstremt interessant i Petersens bog, når det gælder indeværende speciale, er hans syn på selvet i præstationssamfundet: *"Det indebærer, at præstationsselvet skal opfattes som et råstof, der kan udvindes mere og mere af. Og tørrer kilden til råstoffet ud, opstår problemet: Så er udviklingspotentialet dødt. Derfor må det for enhver pris holdes i live. Det sørger den allestedsnærværende konkurrence for."* (ibid.:82). Med Rosa var tiden råstoffet, der skulle maksimeres, og således skulle den fyldes

ud med flere og flere gøremål; for Petersen er det præstationsselv, der er råstoffet. Dette åbner op for en særlig måde at anskue stigningen i brugen af alternative behandlinger, der bygger ovenpå Rosas forståelse: Individet lever i et accelererende samfund, hvori det konstant presses til at udnytte tiden maksimalt for at opnå konkurrencefordele; samtidigt med at det også konstant må maksimere selvet for at opnå endnu flere konkurrencefordele. Petersen beskriver, hvordan individet må investere betragtelige summer i at holde sig selv konkurrencedygtig og produktiv (ibid.:87); det er et argument, vi berørte med Rosa, der beskrev, hvordan eksempelvis yoga var en slags funktionel deceleration, der både decelererede et individ kortvarigt, men også øgede deres konkurrencefordele. Med Petersen kan vi således udbygge denne forståelse: individet anvender ikke kun alternative behandlinger som en slags funktionel deceleration, men også som 'præstationsfremmende' i sig selv. De alternative behandlinger bliver for nogle individer således et middel til at opnå fordele. Men hvordan gør de dette? Ifølge Petersen hviler der i præstationssamfundet et mål om at smidiggøre selvet (ibid.:87). Petersen fremhæver, hvordan arbejdet med selvet er fremkommet, som følge af en indadrettet bevægelse når det kommer til at imødekomme udfordringer i livet. Et sådant syn på det indre åbner op for, at der kan arbejdes intensivt med det, når præstationsindividet skal opnå konkurrencefordele. Det indre er ifølge Petersen en fiktion, som individerne tror på – det er således derfor, denne også kan anskues som et råstof, der kan udnyttes og forbedres. Men udover at denne tro på det indre lader det materialisere sig som et råstof, åbner det også op for et syn på det indre som et ansvarsområde, individet er herre over (ibid.:88). Præstationsselv er således underlagt et imperativ om konkurrence og præstationer, der medfører, at han eller hun konstant skal disciplinere både det ydre og det indre selv – præstationerne får karakter af en slags Sisufosarbejde, hvor ethvert nået mål udelukkende er trinnet videre til næste mål, fordi de opnåede konkurrencefordele lynhurtigt nivelleres af andres præstationer. Petersen eksemplificerer med tre forskellige teknikker til præstationer: 1) Fitness, 2) coaching, mindfulness osv. og 3) psykofarmaka (ibid.:92). På sin vis kunne man her også tilføje de former for alternative behandlinger, der behandles i indeværende speciale, idet disse også åbner op for disciplinering af både det indre og det ydre selv.

Petersen bringer begrebet resiliens på banen, der er særligt relevant for dette speciale, da det kan styrke den tidligere argumentation om skiftet mellem Giddens' perspektiv om moderniteten og selvet som et refleksivt projekt og Rosas perspektiv om accelerationssamfundets konkurrencelogik. På samme måde som Rosa talte om situationelle identiteter, mener Petersen, at resiliens er et spørgsmål om at imødekomme den usikkerhed, der præger præstationssamfundet. Hvor Giddens anvendte idéen om kolonisering af fremtiden som en måde at forholde sig til sin livsplaner ved, mener Petersen, ligesom Rosa, at sådanne livsplaner ikke længere er muligt; fremtiden er i dag blevet for usikker og foranderlig til, at et individ retmæssigt kan planlægge den eller forholde sig til den. Rosa mente, at der således opstod situationelle identiteter, men med Petersen kan vi uddybe dette med begrebet resiliens. Resiliens skal forstås som midlet mod præstationssamfundets usikkerhed. Et middel, der ligesom alt andet er overladt til selvet. Jeg fremhæver dette for at styrke min tidligere argumentation om overgangen fra Giddens til Rosa og Petersen: Vi lever ikke

længere i et risikosamfund, men i stedet i det resiliente samfund, netop fordi fremtiden er blevet så usikker – dette stiller således nye krav til individet end tidligere (ibid.:97). Hermed kan der igen argumenteres for dele af den stigning i brugen af alternative behandlinger, der blev identificeret tidligere: Indledningsvist blev brugen af alternative behandlinger blandt raske individer muliggjort af modernitetens konsekvenser; mere specifikt fornuftens sejr og nivelleringen af viden samt idéen om selvet som et refleksivt projekt, hvor alternative behandlinger således blev en del af et narrativ om selvet. Men den stigning i brugen af alternative behandlinger, der er fortsat, koblet med det øgede antal stressede individer samt betydningen af stress for brugen, kunne med Rosa ses som værende muliggjort af accelerationssamfundets konkurrencelogik og løftet om evighed gennem det fulde liv. Hermed blev alternative behandlinger til både en form for deceleration og en måde at øge sine konkurrencefordele. Med Petersen kan vi uddybe den anden del af dette, således at alternative behandlinger kan anskues som værende en måde at smidiggøre selvet og øge sin resiliens.

Men hvorfor kan det retmæssigt siges, at alternative behandlinger kan spille en rolle både i smidiggørelsen af selvet og udviklingen af resiliens? For det første fordi at i præstationssamfundet er resiliens og smidiggørelse af selvet ikke hinandens modsætninger, i stedet komplementerer de hinanden: *”Smidigheden sørger således for, at præstationsindividet kan indoptage og honorere de nødvendige normative fordringer, og resiliensen skaber den nødvendige modstandsdygtighed i en verden af usikkerhed”* (ibid.:102). Begge to kan således udvikles gennem alternative behandlinger: Som nævnt ifm. Launsøs definition af alternative behandlinger blev det fremhævet, hvordan den positive psykologi spillede en vigtig rolle i det subjektorienterede praksisparadigme. De alternative behandlinger eksisterer således indenfor et paradigme, hvor målet er at inddrage individet og give det medbestemmelse og selvkontrol over deres helbredelse. Således falder alternative behandlinger i tråd med det styrende imperativ i samfundet: at individet selv er ansvarlig for sine præstationer. Med andre ord kan stigningen i brugen af alternative behandlinger ses som værende muliggjort af en transformation af samfundet, hvori lykke er et individuelt ansvar og ikke et samfundsmæssigt anliggende (ibid.:95). Petersen skriver selv ifm. begrebet resiliens, og hvordan denne tankegang nu også dominerer de politiske beslutninger i samfundet: *”En bærende tanke i positiv psykologi er nemlig, at lykke, opblomstring og selvrealisering ikke betinges af individuelle omstændigheder, men af, hvad det enkelte individ gør med sine omgivelser.”* (ibid.:96). Alternative behandlinger tillader individer det samme; endda i langt højere grad end konventionelle behandlinger: selvansvar for deres helbred og indre. Sygdom blev i det subjektorienterede praksisparadigme anskuet som en ubalance i individet, som han eller hun selv måtte arbejde med og overkomme. Alternative behandlinger falder dermed fuldstændigt i tråd med de mere samfundsmæssige udviklingstendenser, Petersen skitserer. Alternative behandlinger lader et individ arbejde med hindringer eller barrierer i selvet, der kan stå i vejen for helbredelse eller balance – mit argument er således, at disse barrierer ikke behøver at være konkrete, fysiske lidelser eller sygdomme, men også mere u håndgribelige elementer. Med Petersen kan vi sige, at de alternative behandlinger lader raske individer bearbejde, modellere og endda dyrke (ibid.:89) deres indre, og dermed smidiggør de det og kan agere i

præstationssamfundet. Alternative behandlinger bliver et middel til selv-optimering – et middel, der gør individer i stand til at præstere. For så vidt kan der argumenteres for, at stigningen i brugen af alternative behandlinger også er muliggjort af præstationssamfundets imperativ om fleksibilitet, smidighed og resiliens – men som nævnt tidligere kan alternative behandlinger også forbindes med selvkritik. Jeg har berørt emnet en smule i ovenstående, men vil runde analysen af med nogle argumentationer om kritikens U-vending, for yderligere at se på hvordan det subjektorienterede praksisparadigme, som de alternative behandlinger eksisterer indenfor, ikke kun åbner op for at selvet kan gøres smidigt og resilient, men også at paradigmet i sit udgangspunkt kan give individet skylden for sine ubalancer.

Alternative behandlingen som selvkritik

Rasmus Willig har skrevet bogen *Kritikkens U-vending*, der søger at spore den transformation, kritikken har været igennem; en transformation, der ifølge ham har gjort ekstrovert kritik til introvert kritik (Willig 2013:14). Petersen refererer selv til Willig i sin bog, men jeg mener, at det vil være meningsfuldt at dvæle lidt mere ved denne idé om kritik: *”Den nye form for selvkritik synes at følge idealer om effektivitet og konkurrence. Selvkritikken fungerer her som et selvtugtelsesmiddel til at blive attraktiv for markedet.”* (ibid.:54). Willigs bog forsøger at skitsere denne transformation ved at følge kritikken igennem tre epoker og er som sådan et forsøg på at puste nyt liv i den kritiske teori. Men det er ikke disse aspekter af hans bog, jeg er interesseret i. Jeg vil i stedet forsøge kort og præcist at illustrere, hvordan denne nye selvkritik, Willig udpeger, fungerer, og hvordan alternative behandlinger også kan forstås i dette lys. Dette sidste element skal således ses som et forsøg på at udspecificere nogle af de emner berørt i ovenstående for at fortætte argumentationen yderligere.

Petersen fremhævede tre forskellige praksisser, der kunne anvendes til at opnå flere og bedre præstationer – og jeg udvidede dette ved at argumentere for, at alternative behandlinger også indeholdt lignende potentialer for individet. Ved at kigge på den selvansvarliggørelse, der var indeholdt i præstationssamfundet, blev alternative behandlinger en del af disse praksisser, netop fordi individet kunne smidiggøre det indre og kunne tage ansvar for deres egen optimering. Men i selvansvarliggørelsens natur, ligger også selvkritikken, og det er her Willig kommer ind i billedet. Willig eksemplificerer kritikkens U-vending med coaching, medarbejderudviklingssamtaler og fitness, og det er mit argument, at alternative behandlinger også kan anskues i dette lys.

Som beskrevet kan det subjektorienterede praksisparadigme forbindes med forsøget på at smidiggøre det indre og opbygge resiliens i en usikker, accelereret verden. Men fordi at konstant udvikling, fleksibilitet, mobilitet og præstationer er de dominerende idealer i accelerations- eller præstationssamfundet, bliver alternative behandlinger attraktive, ikke blot fordi at man *kan* kritisere selvet, men fordi at man *skal*. Selvkritik er således en del af præstationssamfundet, i og med at individet er ansvarlig for sine egne præstationer, men også sine egne fiaskoer. Der, hvor alternative behandlinger kommer ind i billedet, er i effektivitetsfokuseringen i samfundet, hvor den introverte kritik spiller en væsentlig rolle, for som Willig viser med fitness, er det ikke kun et spørgsmål om, at individer kritiserer dem selv i de institutionaliserede sammenhænge de død og pine ’skal’ indgå i, men individer vælger også at udøve denne form for selvkritik i deres fritidsaktiviteter (ibid.:138). Et lignende argument eksisterer for alternative behandlinger – dog i en lidt modificeret form. For Willig er fitness og i særlig grad crossfit materialiseringen af den selvkritik, der hersker for individet i dag, netop fordi den tillader, at man kan optimere kroppen og gøre den så fleksibel og omstillingsparat som mulig. Alternative behandlinger er ikke på samme måde en fysisk udfoldelse af accelerations- og præstationssamfundets idealer, men har dog en del sammenfald med Willigs analyse. Det

bliver i bogen pointeret hvordan: *"Det er hos mentalcoachen, at indersiden styrkes, og i fitnesscentrene, at ydersiden af totempælen snedkereres."* (ibid.:131). Hele totemtanken tager Willig fra Sigmund Freuds analyser om, hvordan totemismen i stammesamfundet omhandlede de organiserende principper stammen levede efter – Willig bruger denne analyse som en metafor for fitnessbølgen og argumenterer for, at idéen om at totem stadig eksisterer, men at individer ikke længere danser rundt om totempælen med hinanden, men i stedet kun danser rundt om den, mens de tænker på, hvordan de forbedrer dem selv (ibid.). Alternative behandlinger tillader på samme måde som crossfit eller andre former for fitness, at kroppen kan gøres smidig og fleksibel, men på samme tid eksisterer der også et arbejde med det indre. Dermed kan visse alternative behandlinger agere både som mentalcoachen og fitnesscentret, hvis vi skal holde os til citatet fra Willig.

Willig beskriver ifm. coaching, at de selvrealiseringscoaches, der agerer i samfundet, kan anskues som eksponenter for den institutionalisering af introvert kritik, der hersker i samfundet (ibid.:56); et samfund, jeg baseret på ovenstående vil mene er et accelerations- og præstationssamfund. Som det blev nævnt med Rosa og uddybet med Petersen, bliver det med Willig udpenslet mere, at: *"Det er ikke rart at udstille sig selv som en, der ikke kan følge med f.eks. de stigende krav om konstant at lære noget nyt, og uanset om coaches kan afhjælpe ens problemer eller ej, er selve konceptet funderet i det at udstille sig selv som mangelfuld."* (ibid.:57). Som hos Rosa og Petersen ser Willig den introverte kritik som en bestemmende faktor for individet i nutidens samfund – det er de samme elementer, jeg fremhævede omkring personlig ansvarliggørelse. Men det interessante ift. ovenstående citat er netop tanken om at udstille sig selv som mangelfuld; for det er præcis, hvad individet ser sig selv som – og bliver nødt til at se sig selv som i accelerations- og præstationssamfundet, for hvis han eller hun stillede sig tilfreds med sig selv, var der ikke plads til forbedring, hvilket vil betyde stilstand og, som Sennett har skrevet ifm. den fleksible kapitalisme, er stilstand nærmest at sidestille med døden (Sennett 1998:87). Det er præcis derfor, jeg kan argumentere for, at stigningen i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer kan være muliggjort af accelerations- og præstationssamfundets udviklingstendenser og deres konsekvenser for individet; heriblandt at selvkritik er en konstant for individet. Som Willig siger ift. totemtanken er tabuet i dag ikke at pleje sjæl og krop (Willig 2013:131). Det er nemlig denne konstante selvkritik i et evigt accelererende samfund, styret af konkurrencelogik, hvor præstationer spiller en altafgørende rolle, der åbner op for en forståelse af alternative behandlinger blandt raske individer, som konkurrence- og præstationsfremmende gennem kritisk arbejde med selvet. For som det er blevet nævnt, er det netop ved at overlade helbredelse og udvikling af sjæl og krop til individet, at alternative behandlinger falder i tråd med de overordnede samfundsstrømninger. Individet er selv ansvarlig for sit helbred og sin evt. helbredelse. Og når vi således ser, at en stor del af de raske individer også benytter sig af alternative behandlinger, kan vi netop forstå, at den 'helbredelse', de søger igennem behandlingerne, kan anskues, enten som midlertidig deceleration som følge af stress eller som en måde at blive bedre til at præstere, gennem selvkritik og forbedring af selvet. Raske individer søger således ikke at blive gjort ansvarlige for deres helbredelse, men i stedet at forbedre deres mangelfulde selv, gennem tanken om alle de ubalancer, der

nu engang måtte eksistere i deres indre og/eller ydre. Og arbejdet stopper aldrig – for som raske individer er der ikke en konkret sygdom, der skal overvindes, i stedet er det meget mere diffust, hvad det er, der skal arbejdes med; det vigtige i accelerations- og præstationssamfundet er dog, at der *bliver* arbejdet med selvet.

Konklusion

I dette speciale har jeg stillet spørgsmål til det stigende brug af alternative behandlinger blandt raske individer, og jeg har indledt med en kvantitativ del, der skulle tydeliggøre nogle tendenser omkring brugen af alternativ behandling. Her blev der identificeret tre faktorer der havde betydning: Uddannelse, køn og stressniveau. Det særlige ved alle tre fund var, hvordan effekten af alle tre ændrede sig over tid, så at uddannelse gik fra at være insignifikant til at blive signifikant og få større og større betydning, køn blev mere og mere betydningsfuld og antallet af stressede individer steg og stressniveauets effekt blev større og større. Baseret på disse fund har jeg argumenteret for Oplysningstidens fornuft sejrede sig selv ihjel under det Giddens kaldte høj-moderniteten, og dette medførte en nivellering af viden. Det forbrug, der eksisterede af alternativ behandling i 1987, kan således forstås som muliggjort af høj-modernitetens krav og refleksivitet og abstrakte systemer. Men skal vi forsøge at afdække generative mekanismer er det, præcis som Benjaminsen (2006) argumenterer for, befordrende at inddrage det temporale aspekt, for det er kun over tid, at udviklinger kan følges. Jeg vil derfor argumentere for, at de udviklinger i brugen af alternative behandlinger blandt raske individer, der er blevet identificeret, skal forstås som materialiseringer af de underliggende mekanismer i accelerations- og præstationssamfundet. Drivkraften i accelerations- og præstationssamfundet er, overordnet set, den kapitalistiske økonomis konkurrencelogik, der har indlejret sig som den primære allokeringss-modus i alle aspekter af samfundet. Det accelererende samfund kommer dermed til udtryk i det stigende antal stressede individer. Mit argument er derfor, at alternative behandlinger kan ses både som måder at decelerere selvet på i de øjeblikke, hvor behandlingen modtages, men også som måder at skærpe deres evner til at præstere. Jeg har forbundet de alternative behandlinger til idéen om præstationsfremmende handlinger ved at kigge på det paradigme, de alternative behandlinger eksisterer. De alternative behandlingsformer tillader individet at arbejde med selvet og dermed smidiggøre det og opbygge resiliens, netop fordi de eksisterer i et paradigme, hvor individet som herre over sit helbred selv bærer ansvaret for at forbedre sit indre og ydre. Dermed er de forbundet til et præstationssamfund, hvor selvet konstant skal optimeres og gøres bedre igennem selvkritik. Denne forbindelse mellem behandlingsformerne i et subjektorienteret praksisparadigme og smidiggørelse af selvet gennem selvkritik kræver yderligere undersøgelser – både af lignende karakter som dette speciale, men også flere kvalitative studier.

Mest interessant har jeg fundet det øgede stressniveau, og hvordan dette har indflydelse på brugen af alternative behandlinger. Tendensen i data går kun én vej, og betyder dette så, at vi kan forvente et øget forbrug af alternative behandlinger fremadrettet, og også at flere vil føle sig stressede? Anskues stigningen i brugen af alternative behandlinger i dette speciales perspektiv, fremstår de ikke som løsninger på de konsekvenser accelerations- og præstationssamfundet medfører, men i stedet både som en flugt fra disse konsekvenser og en aktiv måde at imødekomme dem ved at tilbyde individet en måde at smidiggøre selvet og opnå en form for midlertidig deceleration. Måske derfor er alternative behandlinger blevet så populære:

konkurrencelogikken byder individet at præstere og optimere selvet konstant i en sådan grad, at han eller hun bliver stresset. De alternative behandlinger giver herefter individet følelsen af at tage kontrol over både dette stressniveau, men også det indre og dermed kan han eller hun både restituere dette indre og smidiggøre det, således at deres position i samfundet kan forbedres eller fastholdes.

Disse argumenter kræver selvfølgelig yderligere forskning, og det ville være interessant at undersøge denne sammenhæng mellem stress og brugen af alternative behandlinger blandt raske individer nærmere. Som Andersen mente, skal stress ikke ses som udløst af en række karaktertræk, men i stedet udløst af en adfærd, der er påskønnet i samfundet. Det samme gør sig gældende her: stress er udløst af den adfærd accelerations- og præstationssamfundet fordrer et individ at have. Derfor tror jeg også, at både stressniveauet og brugen af alternative behandlinger vil fortsætte med at stige, da accelerations- og præstationssamfundet hverken ser ud til at ville sætte farten ned eller forsvinde.

Litteraturliste

- Abel, T. 2008. "Cultural Capital and Social Inequality in Health." *Journal of Epidemiology and Community Health* 62(13):5
- Ahlin, Lars. 2015. "The Growth of Alternative Therapy: A Valid Argument against the Secularisation Thesis?" *Journal of Contemporary Religion* 30(3):399–413
- Andersen, Malene Friis. 2013. "Når Omfavnelser Bliver Til Kvæler: Hvordan Kan Arbejdet Blive et Spørgsmål Om Liv Eller Død?" Pp. 23–54 in *Nye Perspektiver på Stress*, edited by M. F. Andersen and S. Brinkmann. Aarhus: Forlaget Klim
- Balli, Hatice Ozer and Bent E. Sørensen. 2013. "Interaction Effects in Econometrics." *Empirical Economics* 45(1):583–603
- Benjaminsen, Lars. 2006. "Sociale Mekanismer Og Statistiske Modeller - Mellem Tal Og Teori." Pp. 67–83 in *Sociologiske Metoder - Fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*, edited by O. Bjerg and K. Villadsen. København: Forlaget samfundslitteratur
- Boas, Anders. 2017. "Brugere Af Alternativ Behandling : Det Kan Ikke Skade at Prøve." *Videnskab.dk* 1–7
- Brante, Thomas. 2001. "Consequences of Realism for Sociological Theory-Building." *Journal for the Theory of Social Behaviour* 32(2):167–95
- Buch-Hansen, Hubert and Peter Nielsen. 2008. *Kritisk Realisme*. 3rd ed. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Baarts, Charlotte and Inge Kryger Pedersen. 2009. "Derivative Benefits: Exploring the Body through Complementary and Alternative Medicine." *Sociology of Health and Illness* 31(5):719–33
- Christensen, Anne Illema, Michael Davidsen, Ola Ekholm, and Knud Juel. 2012. *Befolkningsundersøgelser Om Sundhed Og Sygelighed Baseret På Henholdsvis Personligt Interview Og Selvadministreret Spørgeskema*
- Coulter, Ian and Evan Willis. 2007. "Explaining the Growth of Complementary and Alternative Medicine." *Health Sociology Review* 16(3–4):214–25
- Danermark, Berth, Mats Ekström, Liselotte Jakobsen, and Jan Ch. Karlsson. 1997. *Att Förklara Samhället*. 1st ed. Lund: Studentlitteratur
- Ekholm, Ola, Anne Illema Christensen, Michael Davidsen, and Knud Juel. 2013. *Materiale Og Metode*
- Ekholm, Ola, Anne Illema Christensen, Michael Davidsen, and Knud Juel. 2015. *Alternativ Behandling*

- Ernst, Edzard. 2011. "How Much of CAM Is Based on Research Evidence?" *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011:3–6
- Giddens, Anthony. 1996. *Modernitet Og Selvidentitet*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag
- Grumsen, Nina Alimooti. 2016. "Myndigheder Kritiseres for Modstand Mod Alternativ Behandling." *Kristeligt Dagblad*, February 18
- Hróbjartsson, Asbjørn and P. C. Gøtzsche. 2001. "Is the Placebo Powerless? An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment." *The New England Journal of Medicine* 344(21):1594–1602
- Ibsen, Malte Frøslee. 2016. "Det Er Forestillingen Om Fakta , Der Er I Krise." *Information*, 1
- Lackey, Gerald F. 2007. "Stress, Stress Theories." *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*
- Launsø, Laila. 1996. *Det Alternative Behandlingsområde*. 1. Akademisk Forlag
- Lohmann, Henning. 2014. "Non-Linear and Non-Additive Effects in Linear Regression." Pp. 111–32 in *The SAGE handbook of regression analysis and causal inference*, edited by H. Best and C. Wolf. SAGE
- McClean, Stuart. 2005. "'The Illness Is Part of the Person': Discourses of Blame, Individual Responsibility and Individuation at a Centre for Spiritual Healing in the North of England." *Sociology of Health and Illness* 27(5):628–48
- Mehmetoglu, Mehmet and Tor Georg Jakobsen. 2017. *Applied Statistics Using STATA*. 1st ed. London: SAGE
- Mood, Carina. 2010. "Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do about It." *European Sociological Review* 26(1):67–82
- Nielsen, Kristian Hvidtfelt. 2017. "Ord for Viden: Evidens." *Weekendavisen*, January 6, 2017
- Pedersen, Inge Kryger. 2013. "'It Can Do No Harm': Body Maintenance and Modification in Alternative Medicine Acknowledged as a Non Risk Health Regimen." *Social Science and Medicine* 90:56–62
- Pedersen, Inge Kryger and Charlotte Baarts. 2010. "'Fantastic Hands' - But No Evidence: The Construction of Expertise by Users of CAM." *Social Science and Medicine* 71(6):1068–75
- Pedersen, Ove Kaj. 2011. *Konkurrencestaten*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag
- Petersen, Anders. 2016. *Præstationssamfundet*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag
- Possamai-Inesedy, Alpha and Suzanne Cochrane. 2013. "The Consequences of Integrating Complementary and Alternative Medicine: An Analysis of Impacts on Practice." *Health Sociology Review* 22(1):65–74
- Rosa, Hartmut. 2014. *Fremmedgørelse Og Acceleration*. 1st ed. Berlin: Hans Reitzels Forlag

- Sennett, Richard. 1998. *The Corrosion of Character - The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. 1st ed. W. W. Norton & Company
- Statens Institut vedr. Alternativ Behandling. 2017. "Alternativ Behandler - Definition." *Srab.dk*
- Sturgess, Kyle. 2010. "Stephen Fry - Last Chance to Think." *The Skeptical Inquirer* 31(1)
- Svane-knudsen, Ditte. 2013a. "Er Effekten Af Alternativ Behandling Ren Placebo ? Fakta." *Videnskab.dk* 1–6
- Svane-knudsen, Ditte. 2013b. "Forsker : Alternativ Behandling Skal Gøres Stueren Fakta Myndighedernes Løsninger Har Ikke Været Nok." *Videnskab.dk* 1–6
- Thoits, P. A. 2010. "Stress and Health: Major Findings and Policy Implications." *Journal of Health and Social Behavior* 51(1 Suppl):S41–53
- Willig, Rasmus. 2013. *Kritikkens U-Vending*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag

Bilag 1

Tabel 1 - Sammenligning af lineære regressioner m. og u. vægt for raske individer år 2013

VARIABLES	(1) M. vægt	(2) U. vægt
<10 år	Ref. (.)	Ref. (.)
10 år	-0.0568 (0.0914)	-0.142 (0.111)
11-12 år	0.0685 (0.0659)	0.0437 (0.0698)
13-14 år	0.236*** (0.0647)	0.210** (0.0681)
15+ år	0.217*** (0.0648)	0.177** (0.0675)
Gift	-0.00948 (0.0398)	-0.0204 (0.0365)
Køn	0.486*** (0.0324)	0.479*** (0.0309)
Stress	0.109*** (0.0273)	0.112*** (0.0256)
Frisk	-0.0734 (0.0607)	-0.0707 (0.0607)
Alder	0.0505*** (0.00622)	0.0567*** (0.00606)
Alder ²	-0.000516*** (6.59e-05)	-0.000590*** (6.32e-05)
Konstant	-1.172*** (0.161)	-1.235*** (0.162)
Observationer	5,337	5,337
Justeret R ²	0.084	0.085

Note: Robuste standardfejl i parentes; *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Bilag 2

Tabel 1 - Antal alternative behandlinger anvendt fuld

Antal behandlinger	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
0	38,002	55.52	55.52
1	16,005	23.38	78.91
2	7,798	11.39	90.30
3	3,963	5.79	96.09
4	1,503	2.20	98.28
5	695	1.02	99.30
6	312	0.46	99.76
7	167	0.24	100.00
Total	68,445	100.00	

Tabel 2 - Antal alternative behandlinger anvendt, omkodet

Antal behandlinger	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
0	38,002	55.52	55.52
1	16,005	23.38	78.91
2	7,798	11.39	90.30
3	3,963	5.79	96.09
4	2,677	3.91	100.00
Total	68,445	100.00	

Tabel 7 - Antal alternative behandlinger anvendt,

dummy

Antal behandlinger	Frekvens	Procent
0	38,002	55.52
1	30,443	44.48
Total	68,445	100.00

Bilag 3

Tabel 1 - Antal års uddannelse

Antal års uddannelse	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
<10 år	11,730	17.65	17.65
10 år	3,246	4.88	22.53
11-12 år	15,715	23.64	46.17
13-14 år	19,851	29.87	76.04
15+ år	15,927	23.96	100.00
Total	66,469	100.00	

Tabel 2 - Kønsfordeling

Køn	Frekvens	Procent
mand	33,235	47.41
kvinde	36,868	52.59
Total	70,103	100.00

Tabel 3 - Ægteskabelig stilling

Ægteskabelig stilling	Frekvens	Procent
Ikke gift	31,721	45.25
Gift	38,382	54.75
Total	70,103	100.00

Tabel 4 - Stressniveau

Stresset	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
Næsten aldrig	39,616	57.29	57.29
Af og til	23,060	33.35	90.64
Ofte	6,469	9.36	100.00
Total	69,145	100.00	

Tabel 5 - Føler de dem frisk nok?

Frisk nok	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
Ofte	54,997	79.29	79.29
Af og til	9,484	13.67	92.97
Næsten aldrig	4,878	7.03	100.00
Total	69,359	100.00	

Bilag 4

Tabel 1 - Hausmann test

	Coefficients		(b-B) Difference	sqrt(diag(V_b-V_B)) S.E.
	(b) fixed	(B) random		
iscedr				
2	.0104985	.071524	-.0610254	.
3	.0905861	.1752997	-.0847135	.
4	.2069552	.3114061	-.1044509	.
5	.1779081	.3438376	-.1659295	.0033019
GIFTDUM	-.0337555	-.0388787	.0051231	.
gender	.3545879	.361491	-.0069031	.
STRESS	.0885388	.0793901	.0091487	.
FRISK	.0186417	.0081667	.010475	.
aldvintr	.0364277	.038867	-.0024393	.
kvadratalder	-.0003804	-.0003923	.000012	.

b = consistent under Ho and Ha; obtained from xtreg

B = inconsistent under Ha, efficient under Ho; obtained from xtreg

Test: Ho: difference in coefficients not systematic

```

chi2(10) = (b-B)'[(V_b-V_B)^(-1)](b-B)
          =      2005.62
Prob>chi2 =      0.0000
(V_b-V_B is not positive definite)

```