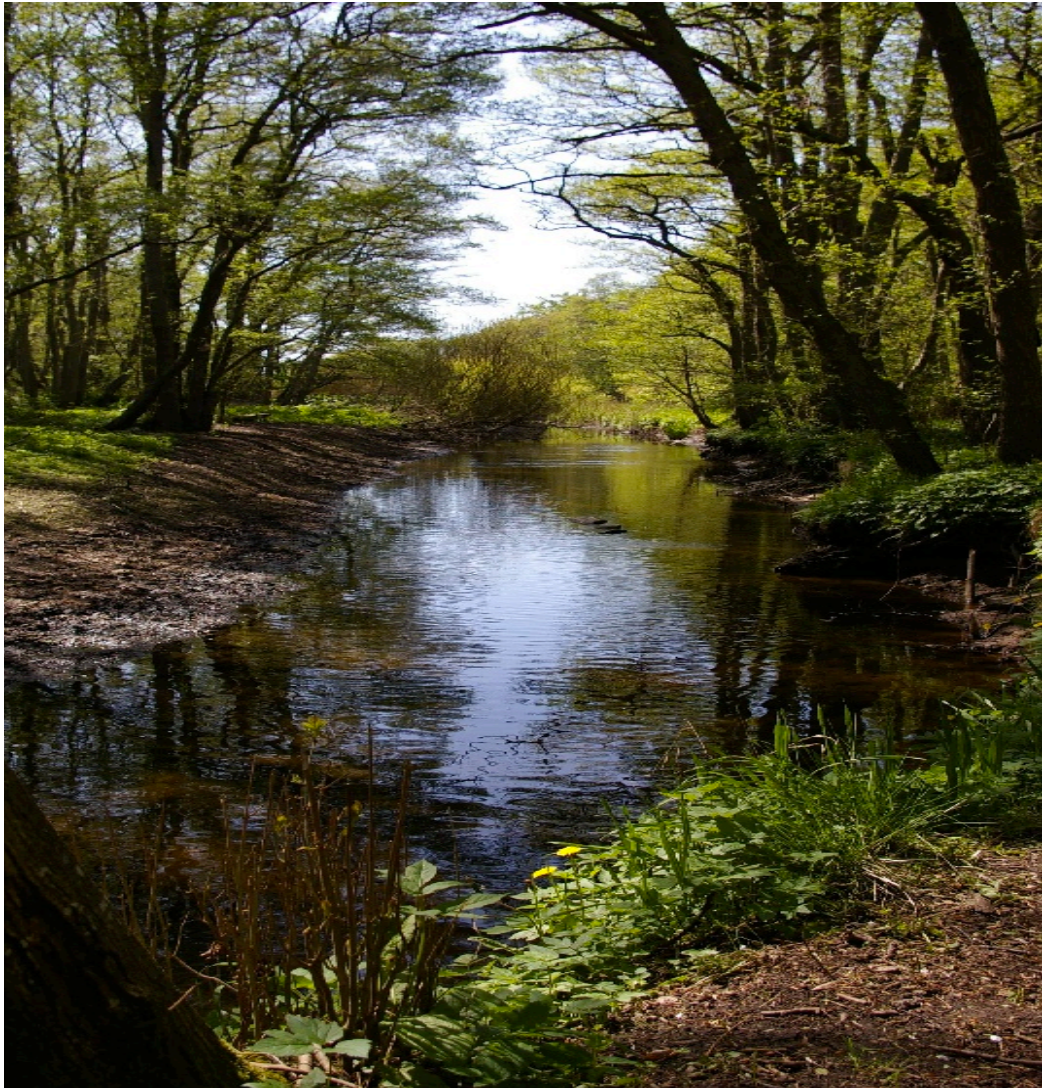


Kræftpatienters brug af Reiki- healing som religiøs copingsstrategi



**En religionsvidenskabelig analyse af
indsamlede kvalitative interviews**

Hanne Bess Boelsbjerg

1	Indledning	1
1.1	Specialets problemfelt.....	1
1.2	Empiriens indhold og metode.....	4
1.3	Problemformulering.....	5
1.4	Begrundet disposition og valg af litteratur.....	5
2	Religiøsitet, spiritualitet og coping	7
2.1	Religiøsitet i en dansk kontekst.....	7
2.1.1	Sekularisering kontra religiøsitet.....	8
2.1.2	Tro og religiøsitet i Danmark.....	9
2.1.3	Religiøsitet i forbindelse med sygdom.....	10
2.2	Spiritualitet og religiøsitet: Afklaring af begreber.....	11
2.2.1	Spiritualitet som personlig religiøsitet.....	12
2.2.2	Spiritualitet og religiøsitet som religionspsykologiske begreber.....	13
2.2.3	Operationalisering af begrebsparret.....	15
2.3	Spirituel og religiøs coping.....	16
2.3.1	Copingbegrebets tilblivelse og anvendelse.....	17
2.3.2	Spirituel og religiøs coping som analytiske begreber.....	18
2.4	Sygdom og eksistentielle overvejelser.....	21
2.4.1	Sygdom som lidelse.....	21
2.4.2	Krise og meningssøgen.....	23
2.4.3	Kræftramtes særlige erfaringer.....	25
2.5	Spiritualitet, sygdom og coping: En opsamling.....	27
3	Healing som begreb og fænomen	29
3.1	Healing: Definition og funktion.....	29
3.1.1	Symbolsk healing: Et helbredelsesritual.....	30
3.1.2	Healing og meningsdannelse.....	31
3.1.3	Healing og spirituel coping.....	32
3.2	Reiki-healing som spirituel behandlingsform.....	33
3.2.1	Oprindelse og udbredelse.....	34
3.2.2	Behandlingsteori og -praksis.....	35

3.2.3	Reiki-healings potentiale som spirituel copingstrategi	36
3.2.4	Deltagerobservation: Beskrivelse af en behandling med Reiki-healing	37
4	Kræftpatienters erfaringer med Reiki-healing	40
4.1	Dataindsamlingen.....	40
4.1.1	Reiki-undersøgelsens betingelser og foreløbige resultater.....	40
4.1.2	Metodiske overvejelser.....	41
4.1.3	Forskningsdesign.....	42
4.1.4	Deltagere	43
4.1.5	Databehandling af empirien	44
4.2	Baggrundsfaktorer.....	44
4.2.1	Social status.....	45
4.2.1	Behandlingsmæssige faktorer.....	46
4.3	Kategorisering af deltagerne fra Reiki-undersøgelsen.....	48
4.3.1	Den tøvende.....	49
4.3.2	Den eksperimenterende	51
4.3.3	Den kritiserende	55
4.3.1	Den søgende og den spirituelle.	60
4.4	Delkonklusion : Tilgange til Reiki i de fem kategorier	66
5	Konklusion.....	70
6	Summary in English	73
	Bilag 1: Interviewguide I, II og III samt evaluerende interview	75
	Interviewguide I.....	75
	Interviewguide II.....	77
	Interviewguide III	78
	Evaluerende interview.....	80
	Bilag 2: Kodningskategorier for Reiki-undersøgelsen	81
	Bilag 3: Samtlige i specialet optrædende figurer i samlet form	82
	Litteraturliste	84

1 Indledning

Indeværende speciale vil fremlægge og analysere kræftramtes erfaringer med Reiki-healing og sammenholde empirien med teorier om religiøs coping. Specialet argumenterer for, at kræftramtes oplevelser af Reiki-healing understøtter dem i at finde mening i sygdomssituationen og befinder sig inden for religionspsykologien, ved at beskæftige sig med troens påvirkning af individet.

1.1 Specialets problemfelt

Hvilken indflydelse troen har på fysiologiske tilstande, er en problemstilling, der optager forskellige faggrupper, som religionsvidenskab, teologi, sundhedspsykologi, antropologi og medicin.¹ Emnemæssigt kan problemstillingen deles i to, hvor den ene beskæftiger sig med, hvordan det personlige trosforhold påvirker helbredet, således at man forbliver rask. Denne tilgang er stærkest repræsenteret ved kvantitativ forskning, hvor resultater tyder på, at aktive medlemmer af et trossamfund lever længere end befolkningsgennemsnittet (Koenig et al.. 2001; la Cour et al.. 2006). Den anden tilgang interesserer sig for, hvorvidt den personlige trosforestilling har indflydelse på en hensigtsmæssig håndtering af et sygdomsforløb. Det beskrives som *religiøs coping* (mestring), og omhandler det at gøre brug af en religiøs eller spirituel livsindstilling til at mestre sygdommen. Nærværende speciale, der altovervejende beskæftiger sig med denne sidstnævnte tilgang, ser religiøs coping som en overordnet faglig term, hvilket afspejler sig i specialets titel. Men som det vil blive redegjort for, bliver der skelnet mellem en spirituel og religiøs copingstrategi, når begrebet anvendes i forhold til empirien. Dette sker ud fra argumentet om, at den religiøsitet, der kommer til udtryk ved Reiki-healing, af brugerne selv betegnes som spiritualitet og at den samtidig adskiller sig fra en udbredt forståelse af religiøsitet som et trosforhold tilknyttet en institutionaliseret religion.

Det religiøse og det spirituelle sættes i sammenhæng med copingbegrebet, der oprindeligt hører til inden for stressforskningen. I begyndelsen blev det brugt til at beskrive de fysiologiske aspekter, der optræder, når mennesker befinder sig i belastende situation-

¹Eksempelvis rummer Det Interdisciplinære Netværk for Forskning i Tro og Helbred forskere fra de nævnte discipliner (www.tro-helbred.org).

er (Zachariae & Mehlsen 2004:29). Begrebet blev siden overtaget af den tidlige kognitive psykologi (Lazarus & Folkman 1984), hvor det beskriver handlingsstrategier, mennesket benytter sig af i belastende livssituationer. Ud fra dette er der opstået en religionspsykologisk interesse for de specielle strategier, der er af religiøs karakter. Det kan være at bede eller meditere, når man er i en vanskelig situation.

Overordnet betegnes det *religiøs coping* og anvendes i nærværende speciale til at undersøge kræftramtes motivation for og udbytte af alternativ behandling i form af Reiki-healing. Dette valg beror på en nysgerrighed over for den udbredte brug af alternativ behandling, hvor en nyere sociologisk undersøgelse peger på, at flere af brugerne, der ikke får fjernet de fysiske symptomer, de oprindeligt opsøgte behandlingen for, fortsætter behandlingen (Baarts & Kryger Pedersen: Under udgivelse). Det kunne tænkes at skyldes, at de oplever en anden form for virkning, forstået som en lindring af de lidelser eller følgevirkninger, der er forbundet med at være syg. Hypotesen for specialet er, at der i disse tilfælde foregår en copingproces, således at behandlingen kan virke lindrende, idet den støtter den alvorligt syge i at omfortolke (reframe) sin sygdomssituation.

Denne reframing der har karakter af en orientering mod en spirituelle livsanskuelse, kan rette sig mod det paradigme, der optræder inden for alternativ behandling. Dette paradigme tager udgangspunkt i mennesket som en samhørende enhed, hvor de forskellige dele interagerer, så et følelsesmæssigt problem kan vise sig som et symptom i det fysiske legeme. Det indeholder en holistisk opfattelse af mennesket, der for de flestes vedkommende ligger tættere på en subjektiv krops- og identitetsforståelse og derfor i højere grad end den biomedicinske sygdomsopfattelse reflekterer klientens egen erfaring (Ostenfeld-Rosenthal 2005:13ff). Desuden beskrives menneskekroppen ud fra forskellige energibaner og -legemer, som betegnes chakraer, meridianer og aura (Ahlin 2007:29). Religionsvidenskabeligt betraget, må dette karakteriseres som et spirituelt paradigme.

Denne anskuelse kan tænkes at have indflydelse på behandlingssituationen, sådan som det fremlægges i Lars Ahlins religionssociologiske undersøgelse af alternative behandleres spiritualitet. Her svarer en overvejende del af behandlerne, at deres spiritualitet er af stor vigtighed for behandlingen (Ahlin 2007:90ff). Det antages i dette speciale, at denne spirituelle livsindstilling, der har betydning for behandleren selv og den behandling, der udføres, påvirker modtageren af behandlingen. Indflydelsen består i at klienten bliver støttet til at håndtere tilværelsen i overensstemmelse med det spirituelle verdensbillede, som behandleren repræsenterer. Ifølge Ahlin er det ikke mindre end to ud af tre behandlere, der giver spirituel vejledning, hvilket kan betragtes som en metode til

overførsel af behandlerens egne trosforestillinger til klienten (ibid.:152). Dette sandsynliggør at klienter oplever alternativ behandling som støtte til en forhåndenværende eller nyetableret spirituel copingstrategi.

Det er særligt aktuelt at undersøge i forhold til kræft. Her møder man mennesker, der er eksistentielt udfordret. Flere af deltagerne fra Reiki-undersøgelsen beskriver den angst de oplever ved at blive konfronteret med døden. Som kræftpatient har man derfor brug for støtte til både at håndtere sygdommen og de fysiske forandringer der optræder, og til at komme overens med den krisesituation og de spørgsmål det rejser at blive ramt af en så alvorlig sygdom. Det er her, at der opstår et behov for copingstrategier, der rækker ud over det sociale netværk og de nære pårørende. Flere forskere fremsætter den antagelse, at det er religiøse og spirituelle copingstrategier, der er mest effektive, når kræftpatienter efterspørger coping (Ahmadi 2006:48). Dette gør kræft og coping til et veloplagt undersøgelsesområde for et religionsvidenskabeligt speciale.

Med dette perspektiv undersøges Reiki-healing, der ikke indskrives sig i et traditionelt trosforhold, som fjernbøn eller kristen håndspålæggelse gør. Reiki-healing er en alternativ behandlingsform, der har lighed med et ritual og indeholder religiøse elementer. Reiki-healeren forstår sin egen rolle som formidler af en helbredende energi. Dette er betinget af en spirituel virkelighedsforståelse, da healingen ikke sker ved egne kræfter, men ved hjælp af noget *større*. Dette beskrives som universel kærlighedsenergi, det guddommelige lys eller den højeste bevidsthed (Doi 2003:29; Ostenfeld-Rosenthal 2005:9ff). Samtidig med, at Reiki-healere forudsætter et spirituelt verdensbillede, mener de, at behandlingen har effekt uafhængig af om modtageren tror på det eller ej (Doi 2003:33). Det er et af specialets fokuspunkter om dette udsagn afspejler praksis eller om modtageren af behandlingen begynder at omfortolke sin sygdoms- og tilværelsesforståelse for at opnå en bedre effekt af behandlingen. Der er også en mulighed for, at der er tale om en bestyrkelse af en forhåndenværende tilværelses- og sygdomsforståelse. Både en forandring og en bestyrkelse af personens tilværelsesforståelse vil i denne sammenhæng blive set som et udtryk for spirituel coping, når empirien bliver analyseret. Dog skal det, for at der er tale om positiv coping, implicere, at patienten oplever at komme bedre overens med sin sygdom end før, da den modsatte udvikling er nemlig også mulig, i hvilket tilfælde man taler om negativ coping.

1.2 Empiriens indhold og metode

Empirien, der belyser dette landskab, er hentet fra undersøgelsen *Kræftpatienters oplevelser af Reiki-healing* (herefter Reiki-undersøgelsen). Dette er en kvalitativ undersøgelse foretaget på Københavns Universitet under forskningsenheden KUFAB (Københavns Universitets Forskningsgruppe vedrørende Alternativ Behandling). Her har man gennem deltagerobservation og efterfølgende interviews indsamlet oplysninger om kræftpatienters oplevelser ved at modtage Reiki-healing. I dette regi har jeg fungeret som forskningsmedarbejder og været med til at interviewe 15 kræftframte under deres behandlingsforløb med Reiki-healing. Jeg har fået tilladelse til at tilføje spørgsmål til interviewguiden for derigennem at være i stand til at følge udviklingen af nye forklaringsmodeller under den behandling, der fandt sted. Ét spørgsmål, der optræder ved både det første og sidste interview, omhandler deltagerens forklaring på sygdommens årsag. Forskelle i udsagnet fra første interview og efter de otte behandlingsgange, som den kræftframte modtager, vil vise en forandring i personens sygdomsforståelse. Jeg stræber efter at afdække den spirituelle coping, der kan optræde i forbindelse med behandlingen, ved desuden at spørge den kræftframte, om der optræder en forandring af vedkommendes tilværelsesforståelse under sygdomsprocessen. Det er en vigtig information for at kunne vurdere i hvor stor en udstrækning Reiki-healing påvirker en forhåndenværende religiøs eller spirituel copingstrategi eller medvirker til at etablere en ny.

De kvalitative interviews er foretaget ud fra semistruktureret interviewguide baseret på en fænomenologisk tilgang, hvor informantens begreber bliver inddraget og uddybet gennem interviewet (Kvale 1997:61). Herefter er interviewene blevet kodet i programmet Nvivo2 ud fra personernes sygdomsforståelse, forklaringer på healing og de oplevede virkninger ved behandlingen og en eventuel meningsdannelse (se venligst bilag 1). Efterfølgende har jeg analyseret empirien ud fra en inddeling af deltagerne i fem kategorier, der meningsfuldt har dannet sig ud fra materialet. Det omhandler en tøvende, en eksperimenterende, en kritisk, en søgende og en spirituel tilgang til Reiki-healing. Med hensyntagen til deltagerens baggrund og de bagvedliggende situationelle faktorer diskuterer jeg indenfor hvilke af de nævnte tilgange eller handlemåder, der er tale om at kræftpatienter benytter sig af Reiki-healing som en spirituel copingstrategi. Dette sættes i relation til teorierne om religiøs og spirituel coping, hvorefter jeg konkluderer på min problemformulering, som vil blive fremlagt i det følgende afsnit.

1.3 Problemformulering

Specialets formål er at undersøge kræftramtes brug af Reiki-healing og vurdere hvorvidt der eventuelt er tale om en religiøs copingstrategi, forstået som en overordnet faglig term. Det indfanges i følgende problemformulering:

Påvirker Reiki-healing kræftramte til at håndtere deres sygdom ud fra en religiøs eller spirituel tilværelsesforståelse og i givet fald hvordan?

Dette undersøges som sagt ud fra de kvalitative interviews fra Reiki-undersøgelsen. For at kunne besvare problemformuleringen tilfredsstillende, vil der blive stillet en række underspørgsmål til empirien. De lyder:

- Hvilket orienteringssystem har den kræftramte? Er der tale om at personen på forhånd trækker på en religiøs eller spirituel tilværelsesforståelse, eller er den blevet genopdaget i forbindelse med sygdommen eller behandlingsforløbet med Reiki-healing?
- Hvad betyder det for den enkelte at gå til Reiki-healing? Hvordan forklarer de at healing virker, accepterer de healerens virkelighedsforståelse eller fortolker de deres oplevelser ud fra et naturvidenskabeligt paradigme?
- Hvilke kræftramte anvender Reiki-healing som en religiøs eller spirituel copingstrategi og hvilke faktorer har afgørende indflydelse på dette forhold?

Med udgangspunkt i disse spørgsmål vil empirien blive analyseret ud fra en række relevante begreber, som religiøsitet, spiritualitet, coping og meningsdannelse. Tilsammen med New Age, Reiki-healing og kræft vil begreberne blive defineret eller afklaret i kapitel 2, hvorefter de tages op i deres rette sammenhæng.

1.4 Begrundet disposition og valg af litteratur

Specialets opbygning afspejler, at det befinder sig inden for en religionspsykologisk kontekst. Første del består derfor i at afklare de begreber fra undersøgelsesfeltet, der tages i anvendelse i løbet af specialet. Det gælder for de centrale begreber religiøsitet, spiritualitet, coping, kræft og meningsdannelse. For at belyse begreberne og de relevante problemstillinger, der optræder i forbindelse med forskning i disse områder, vil jeg sam-

tidig redegøre for fremtrædende teorier og fremkomme med en begrebslig operationalisering af religiøs og spirituel coping til brug ved analyse af empirien. Mit valg af litteratur i kapitel 2 består derfor af religionssociologiske og –psykologiske tekster, der belyser forholdet mellem religiøsitet på et individuelt og et samfundsmæssigt niveau. Derudover inddrages religionspsykolog Kenneth Pargaments teorier om religiøs coping, med en kritik og supplement af sociolog Fereshteh Ahmadi i form af spirituelle copingstrategier, der er særligt relevante i sekulære samfund, som de skandinaviske. Dernæst fremlægges et medicinsk antropologisk perspektiv på sygdomsforståelser, som psykiater Arthur Kleinman har kategoriseret ud fra sin forskning. Det efterfølges af psykiater Johan Cullbergs kriseteori, samt den eksistentielle forståelse af kriser eksemplificeret ved Otto Bollnow. Dette suppleres af sociolog Aron Antonovsky og psykolog Victor Frankls teorier om meningsdannelse.

I kapitel 3 følger en præsentation af undersøgelsesfeltet i form af en kontekstbestemt definition af healing samt en antropologisk vinkel på healing som helbredelsesritual. Her inddrages antropolog Ann Ostentfelt-Rosenthals forskning og teoridannelse omkring symbolsk healing. Derpå følger en gennemgang af baggrunden for Reiki-healing, samt healernes selvforståelse ud fra litteratur af grundlæggeren af den moderne version af den traditionelle japanske healingmetode. Dette afsnit afrundes med en deltagerobservation af en Reiki-behandling og hele afsnittet leder over til den egentlige empiri.

I kapitel 4 præsenterer jeg empirien. Dette sker ved først at redegøre for de præmisser, under hvilke den er indsamlet. Da forskning på området peger på, at der er en korrelation mellem baggrunds- og situationelle faktorer i forbindelse med kræftpatienters anvendelse af religiøse eller spirituelle copingstrategier, følger en skematiseret fremlæggelse af de relevante faktorer, der måtte have indflydelse på undersøgelsens resultat. Dernæst inddeler jeg som tidligere anført deltagerne i fem analytiske kategorier, dels for at lette fremstillingen af empirien ved at fokusere på relevante fællestræk deltagerne imellem og for at påbegynde analyseprocessen. Af dette drages delkonklusioner der leder over i opgavens kapitel 5 endelige konklusion. Der afrundes slutteligt med engelsk resumé i kapitel 6.

2 Religiositet, spiritualitet og coping

Specialet bevæger sig indenfor et forskningsområde, hvor relationen mellem de forskellige begreber skal klarlægges før det er muligt at analysere specialets problemstilling. I det følgende kapitel opstiller jeg derfor de relevante begreber, og den sammenhæng hvori de optræder, for senere at kunne diskutere specialets empiri. Det drejer sig først om en afklaring af religiositet fra et sociologisk perspektiv og dernæst fra en religionspsykologisk vinkel, hvor det holdes op imod spiritualitet som et begreb, der har vundet stor udbredelse. Fremstillingen ser dernæst på copingteorien som forskningsområde indenfor religionspsykologien. Slutteligt viser jeg, hvad det er for eksistentielle forhold, der gør sig gældende for kræftpatienter, der skaber behov for copingstrategier eventuelt af religiøs eller spirituel karakter.

2.1 Religiositet i en dansk kontekst

For at kunne komme i dybden med specialets undersøgelsesområde, er det hensigtsmæssigt først at undersøge hvilken rolle religiositet spiller i det danske samfund generelt og mere specifikt i forhold til sygdom. Som afsæt for det generelle vil sekulariseringsbegrebet blive introduceret og diskuteret i forbindelse med Grace Davies anvendelse af *Den Europæiske Værdiundersøgelse* (Davie 2002). Hendes tolkning af materialet peger på en ændring i forholdet til institutionaliseret religion og i religiøs livsindstilling, hvilket ikke behøver være ensbetydende med en sekularisering. Derefter vil det blive opridset hvordan religiositet gør sig gældende i Danmark med udgangspunkt i bogen *Gudstro i Danmark* (Højsgaard & Iversen 2005). Herigennem perspektiveres Grace Davies synspunkter til en dansk kontekst. Derpå fremlægges resultaterne fra Rigshospitalets spørgeskemaundersøgelse om patienternes tanker om helbred, tro og religiositet, der konkretiserer, hvorledes danskerne anvender deres tro under kriselignende forhold (Ausker m.fl. 2008). Dette sker for at kunne forklare relevansen af at beskæftige sig med religiositet i forbindelse med et sygdomsforløb. Slutteligt vil en opsamling på de ovennævnte områder lede over til en afklaring af anvendelsen af begrebsparret spiritualitet og religiositet i det efterfølgende afsnit.

2.1.1 Sekularisering kontra religiøsitet

Mange har den antagelse, at der er mindre religiøsitet tilstede i samfundet i dag end tidligere. Den udvikling beskrives som sekularisering. Det er et omdiskuteret begreb, da der hverken er konsensus omkring brugen eller indholdet. Derfor spænder sekulariseringsbegrebet fra religions totale forsvinden, henover en desakralisering af verden til en verdsliggørelse af religionen (Højsgaard & Iversen 2005:33). Ifølge den engelske sociolog Steve Bruce udspringer sekulariseringen som samfundsmæssig strømning fra reformationen. Her begynder individet og rationaliteten at stå i centrum, hvilket muliggør en kritisk stillingtagen til kirkens magtposition og dogmer. Udviklingen medfører en langsom adskillelse af kirke og stat, hvorved den enkelte begynder at kunne forholde sig frit til religiøse dogmer og praksisformer (Davie 2002:14). Det er et udbredt synspunkt, at der er en sammenhæng mellem økonomisk fremgang i et samfund og en tilsvarende dalende religiøsitet, som det var tilfældet i Europa omkring reformationen. Det ligger implicit i den antagelse, at dette økonomiske forhold gør sig gældende for alle samfund uanset kulturel baggrund (se fx Berger & Luckmann 1967).

I sin bog *Europe: The Exceptional Case* (Davie 2002) beskriver den engelske religionssociolog Grace Davie, hvorledes denne antagelse ikke lader sig påvise i andet end europæiske sammenhænge. Med eksempelmateriale fra store dele af verden viser hun, hvordan de asiatiske samfund med såkaldt tiger-økonomi (fx Taiwan), oplever en stigende grad af religiøsitet (ibid.:140ff). Derigennem fremfører hun argumenter for, at der er tale om et særligt tilfælde for Europa, når religionsudøvelsen mindskes i forbindelse med en forbedret økonomi. Og at denne tendens i særlig grad gør sig gældende i forhold til den etablerede religion.

I sin undersøgelse af sekulariseringsprocessen i Europa tager hun udgangspunkt i *Den Europæiske Værdiundersøgelse*,² hvor resultatet peger på, at mange europæere ikke længere aktivt forbinder sig med deres religiøse institutioner, men til gengæld besidder en latent følelse af at have et tilhørsforhold. Denne tilstand af at være kristen uden at være praktiserende er et kendetegn for den europæiske religiøsitet, som Davie karakteriserer ved at være stedfortrædende. Dvs. at andre repræsenterer den aktive trosudøvelse for en selv, og at man kun benytter sig af kirken som institution ved specifikke begivenheder i ens livsforløb (ibid.:19). Det forhold, man derfor har til religion, beskriver hun

² *Den Europæiske Værdiundersøgelse* er foretaget i 1981, 1990 og 1999 som del af den internationale fortløbende værdiundersøgelse *World Values Survey*.

som *believing without belonging* (ibid.:5). Det betyder, at der for den typiske vesteuropæer ikke er tale om en aktiv trosudøvelse indenfor kirkens regi, men om et passivt medlemskab i en kulturel funderet institution med et værdigrundlag, som man har til fælles med det omkringliggende samfund.

Davie mener endvidere, at der kan påvises en forskel på forholdet til etableret religion og til det at have religiøse forestillinger, altså at tro på noget. Hun præciserer, at det frafald, der er sket mht. religiøs praksis og strengt kristne trosforestillinger i perioden efter verdenskrigene, ikke er ensbetydende med at den religiøse sensitivitet mindskes. I modsætning hertil er der ifølge Davie sket en opblomstring af religiøsitet eller personlige trosforestillinger, da der nu er plads til at eksperimentere, hvilket især viser sig blandt den yngre del af befolkningen. Troen udvikler sig altså væk fra det institutionelle i retning af det personlige, uensartede og uafhængige (ibid.:8).

Udover denne skelnen skal der tages højde for at sekulariseringsprocesser foregår i et samfund, der kan opdeles i tre analytiske størrelser: Det individuelle, det institutionelle og det samfundsmæssige. Dermed bliver det muligt at hævde, at sekularisering kun finder sted på det samfundsmæssige plan. På det institutionelle og individuelle plan sker der derimod en religiøs transformation og forandring i religiøs involvering (Dobbelaere 1981:31ff). Det kan gennem denne teoretiske skelnen sandsynliggøres, at der foregår en sekularisering samtidig med, at der også optræder en øget individuel religiøsitet, som Davie fremlægger det i forbindelse med europæerne (Højsgaard & Iversen 2005:33). Dette har stor betydning, da det netop er det personlige segment af religiøsiteten, der er specialets genstandsfelt.

2.1.2 Tro og religiøsitet i Danmark

Iagttagelsen af den voksende individualisering lader sig genfinde i danskernes religiøsitet. Religionshistorikeren Peter Lüchau har i sin artikel *Danskernes gudstro siden 1940'erne. Sekularisering eller individualisering?* etableret et overblik over udviklingen af danskernes gudstro siden 2. verdenskrig. Lüchau mener, at det statistiske materiale, han fremlægger, påviser, at der foregår en individualisering af danskernes gudstro frem for en sekularisering. Individualiseringen viser sig bl.a. som en udbredt tro på Gud som en åndelig kraft uden for det kirkelige dogme. Dette gudsbillede bæres i særlig grad af kvinder (Lüchau 2005:39-40). Derudover er der generationsbestemte forskelle i gudstroen, da det personlige gudsbillede tilhører den ældre generation, mens de yngre foretrækker at se Gud som en åndelig kraft (ibid.:41).

I den forbindelse er det interessant at bemærke, at beskrivelsen af forholdet til det religiøse forandrer sig. I en ældre undersøgelse af danskernes religiøsitet fra 1971 konstaterer religionssociolog Per Salomonsen en aversion mod at betegne sig selv som religiøs, da det blev forbundet med fanatisme. Det tager man konsekvensen af ved oversættelsen af Den Europæiske Værdiundersøgelse, hvor man anvender ordet *troende* frem for religiøs (ibid.:47). I dag ser man ved danskernes religiøsitet en svag stigning blandt dem, der tror på en særlig åndelig kraft, til at beskrive sig selv som religiøs. Og ligeledes en stigning blandt dem med en tro på en personlig gud, der nu beskriver sig selv som kristne (ibid.:48).

Der tegner sig et billede af danskernes religiøsitet, der bærer præg af det omtalte værdibaserede tilhørsforhold til den kirkelige institution; *believing without belonging* og en individualisering, der kommer til udtryk i definitionen af Gud som en åndelig kraft. Der er dermed tale om, at valget af religiøsitet er selvstændiggjort, da der ikke længere er en afgørende autoritet tilstede, der kan påvirke dette valg. Konsekvensen af dette er, at det er op til den enkelte at bestemme hvem og hvad Gud er (ibid.:55). Heri ligger der klare træk af senmodernitetens selv-identitetsprojekt, som Giddens forstår det (Giddens 1996).

2.1.3 *Religiøsitet i forbindelse med sygdom*

Hvis det er op til den enkelte at forme sit gudsbillede, hvordan anvender danskerne så deres religiøsitet i forbindelse med sygdom og krise? Ud fra dette spørgsmål har sundhedspsykolog Peter la Cour i samarbejde med religionssociolog Nadja Ausker og Rigshospitalets præster tilrettelagt projektet *Spørgeskemaundersøgelse om patienternes tanker om helbred, tro og religiøsitet*. Formålet har været at undersøge hvilke eksistentielle tanker og religiøse overvejelser indlagte patienter på Rigshospitalet gør sig. Undersøgelsen, der er beskrevet i artiklen *Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv* tager sit teoretiske afsæt i den internationale forskning, der beskæftiger sig med tro som en copingstrategi ved alvorlig sygdom (se fx Koenig, Pargament & Nielsen 1998).

Undersøgelsens resultater peger på, at en stor gruppe patienter intensiverer deres tanker om eksistentielle og religiøse spørgsmål i forbindelse med deres sygdomsforløb. Det er særligt tydeligt i form af eksistentielle overvejelser, hvor patienterne udtrykker, at de tænker mere over meningen og formålet med livet. Ligeledes forøger de deres religiøse aktiviteter og halvdelen af patienterne mener selv at have fået nye livsværdier i

forbindelse med sygdommen (Ausker et al. 2008). Undersøgelsen viser at en del patienter bliver mere religiøse under deres sygdomsforløb, og at der er tale om, at både religiøse og eksistentielle overvejelser og traditionelle religiøse aktiviteter forøges under sygdommen. Disse resultater tyder på, at religiøsitet og især den religiøse adfærd forøges hos en del patienter i forbindelse med deres sygdom.

Indtil videre har specialet fremlagt, hvordan sekulariseringsprocessen har bevirket, at det religiøse har rykket sig fra den samfundsmæssige og til dels institutionelle sfære i retning mod det individuelle. Dermed argumenteres der for, at der ikke er tale om en gennemført sekularisering i det danske samfund, men rettere om en individualisering af tro. De private trosforestillinger giver stadig den kristne gudsopfattelse en fremtrædende plads, især blandt ældre, mens tolkningen af Gud som en større kraft eller kærlighed forefindes blandt de yngre generationer. Danskernes religiøsitet kommer i særlig grad til udtryk under sygdom og krise, hvor der sker en intensivning af religiøse og eksistentielle spørgsmål. Tilsammen er dette relevant for specialet, da behovet for at håndtere sin sygdom ud fra en religiøs eller spirituel betragtning i kombination med den individualiserede trosforestilling, kan være en medvirkende årsag til at kræftpatienter benytter sig af Reiki-healing.

2.2 Spiritualitet og religiøsitet: Afklaring af begreber

Gennem empirien fra Reiki-undersøgelsen kommer denne individualisering til udtryk ved, at der blandt informanterne er en tendens til at skelne mellem det at være religiøs og det at være spirituel. Denne skelnen har indflydelse på personernes selvopfattelse og deres måde at beskrive deres handlinger på. Det kan komme til udtryk, når de fortæller om deres forståelse af healing eller forklarer, at de er kommet i kontakt med deres spiritualitet under behandlingerne. Derfor er det vigtigt at belyse den opfattelse, der adskiller spiritualitet fra religiøsitet. Dette fører til en diskussion af en religionspsykologisk forståelse af begreberne, for at efterprøve om den omtalte skelnen er relevant for specialet. Som del af en konklusion på denne diskussion giver jeg en definition på henholdsvis spiritualitet og religiøsitet, samt en anvisning på begrebernes anvendelse indenfor Reiki-undersøgelsen.

2.2.1 *Spiritualitet som personlig religiøsitet*

Religionspsykologen Kenneth Pargament har gennem sin forskning udøvet stor indflydelse på opfattelsen af begrebet religiøs coping, hvori han indbefatter både spirituelle og religiøse aspekter. Hans definitionen af spiritualitet i forbindelse med coping lyder på søgen efter det hellige og ved religiøsitet er det søgen efter signifikans³, der er af mere omfattende karakter. (Pargament 2001:90). Spiritualitet, hævder han, er det karakteristiske ved religiøsiteten og adskiller derved religiøsiteten fra al anden meningssøgen. Det spirituelle er derfor i Pargaments fremstilling en central del af det religiøse eller ligefrem ”hjertet af religionen!” (Pargament 1999:11ff).

Det modstilles ved den opfattelse, der kommer til udtryk hos nogle af informanterne, hvor man ser spiritualitet som et bredere begreb, der rækker ud over religionen og inkluderer aspekter, der traditionelt udelades fra en religiøs kontekst. Det kan være oplevelser, der anslår en bestemt stemning eller giver anledning til fordybelse, som det rapporteres om i forhold til natur og musik (Argyle 2000:46ff). Dette er tilfældet med en informant, der beskriver sin fordybelse i naturen som en meditativ teknik, hun kalder at *kvalitets-glo*. Hvis disse oplevelser tillægges en metafysisk eller transcendent betydning, eller er del af en meditativ praksis som her, anses det som udtryk for spiritualitet.

Forstået som i denne kontekst, indfanger begrebet spiritualitet et langt større spektrum af tros- og praksisformer, der ellers falder uden for det, der beskrives som den religiøse sfære (Ahmadi 2006:73; McGuire: Under udgivelse). Denne opfattelse af spiritualitet betoner erfaringer med eller tro på en kraft, der opleves som værende udenfor eller inde i en selv og refererer til de traditionelle trosforestillinger ved enten at modstille sig dem eller ved at omforme betydningsindholdet (ibid:55). En deltager fra Reiki-undersøgelsen eksemplificerer dette, når hun ikke tror på den gud, som præsten står og prædiker om i kirken, men på noget, som hun opfatter som meget større og meget mere powerful end mennesket. Religiøsitet anses i denne optik som et dogmatisk trosforhold forbundet til en institution eller tradition, hvor dem, der betegner sig selv som spirituelle, ofte tilslutter sig religiøse værdier fra flere religiøse traditioner og postulere at det er det essentielle ved religionen, de forholder sig til (Forman 2004:101). Dette kan ses som et typisk eklektisk træk ved new age bevægelsen og de dertil relaterede behandlingsformer.

³ *Signifikans* er i følge Pargament en fænomenologisk konstruktion, der indeholder objektive såvel som subjektive facetter. Det kan være at stræbe efter bestemte mål i livet eller følelsesmæssige betingede værdier eller overbevisninger. Samlet set er det en drivkraft for individets handlinger og betegnes som ”*the hot place in consciousness*” (Pargament 2001:92).

Der er altså en tendens til at betragte religion negativt og spiritualitet positivt, der følger med den ovenfor skitserede opfattelse. Konsekvensen af at opfatte spiritualitet som en positiv værdi er blandt andet, at det bliver mindre attraktivt at betegne sig selv som religiøs. En af årsagerne til at det sker, kan tænkes at være den øgede individualisering og privatisering, der har fundet sted som følge af samfundsudviklingen (ibid.:9). Det sættes i sammenhæng med sociologen Anthony Giddens' beskrivelse af *selvets refleksive projekt* under senmoderniteten, der består i, at individet skaber sin identitet i uafhængighed, da man ikke længere på samme måde som tidligere er underlagt tradition og normer. Det medvirker til, at den enkelte hele tiden er i gang med at forme sin identitet gennem de fortællinger og handlinger, man præsenterer sig selv og omverden for (Giddens 1996). Samlet set har det den virkning på undersøgelsesfeltet, at informanterne foretrækker at betegne sig selv som spirituelle, og derfor kan tænkes at reagere med modstand på at blive opfattet om religiøse. De skelner *selv* mellem at være religiøse eller spirituelle. Om denne praksis med at adskille begreberne er gyldig i en religionsvidenskabelig sammenhæng, vil blive diskuteret i det følgende.

2.2.2 *Spiritualitet og religiøsitet som religionspsykologiske begreber*

I en religionspsykologisk kontekst kan man argumentere for et sammenfald mellem begrebsindholdet i religiøsitet og spiritualitet (Pargament 1999:5ff). Men man er begyndt at opfatte begreberne som adskilte, så der foreligger to tendenser, hvoraf den ene består i at vise, at religiøsitet og spiritualitet relaterer til samme betydningsindhold og den anden, at de dækker noget forskelligt (Spilka et al. 2003:9). Disse tilgange kategoriseres som *traditionel* og *moderne*. Den traditionelle tilgang anser religion for et overordnet begreb, der indeholder spiritualitet, mens den moderne tilgang anser de to fænomener som polariserede (Zinnbauer et al. 1999:899). Det illustreres ved, at den moderne opfatter religiøsitet som instrumentel og kontrasterer det med en personlig og relationel spiritualitet (Ahmadi 2006:58). Det kan debatteres, hvorvidt den moderne tilgang i sin skelnen mellem religiøsitet og spiritualitet, ligner den kendte religionspsykologiske skelnen mellem *extrinsic* og *intrinsic* religionsudøvelse. Som *extrinsic-orienteret* anvender man sin religiøsitet til profane formål, som at gå i kirken for at få tilfredsstillet et socialt behov, mens den *intrinsic-orienterede* praktiserer religiøse værdier. Derved ligner betydningsindholdet i en *intrinsic-orienterede* praksis den moderne tilgangs definition af spiritualitet (Allport & Ross 1967:434).

Pargament kritiserer denne sammenligning. Han mener, at det er at forholde sig ensidigt til individets religiøsitet, da de fleste både *bruger* og *lever* deres religion (Pargament 1999:10). Yderligere problematiserer han, at forskningen, der skelner mellem spiritualitet og religiøsitet på et teoretisk plan, mangler at funderer det i empirien. Han henviser til en undersøgelse, der er lavet i USA, hvor 74 % at definere sig selv som *både* spirituelle og religiøse, hvilket understøtter at man i en religionspsykologisk sammenhæng bevarer den traditionelle tilgang. Han mener ikke, at denne skelnen skal afgøres af en polarisering mellem det institutionelle og individuelle, eller tendensen til at se religiøsitet som værende dårlig og spiritualitet som god.

Sociologen Fereshteh Ahmadi kritiserer Pargaments standpunkt. Først og fremmest mener hun, at hans definition af religion, som søgen efter signifikans er for bred, og dermed ikke i stand til at udskille de fænomener, der ikke er af religiøs karakter. Det optræder som et konkret problem i forhold til at definere en religiøs person overfor en ikke-religiøs. I hans definition af spiritualitet som en del af religionen, udelader han de oplevelser, som dem uden en religiøs identitet vil beskrive som spirituelle, fordi han omslutter dette begreb med religion, og disse mennesker vil ikke betegnes som religiøse. Dermed divergerer undersøgelsesfeltet og teorien, mener Ahmadi. Problemet skyldes til dels Pargaments empiri, der bygger undersøgelser, der alle er foretaget i USA, hvor majoriteten betragter sig selv som religiøse (Ibid.:71).

Endvidere overser Pargament ifølge Ahmadi en vigtig dimension ved spiritualitet, nemlig *forbundetheden*. For de fleste, der beskriver oplevelser af spirituel karakter, vil der være en fornemmelse af at være forbundet med noget større (Ahmadi 2006:79). Han fokuserer for ensidigt på det processuelle, det at man er søgende som spirituel, men ikke det mål, man søger at opnå. Det er et vigtigt aspekt, da det også relaterer til den kropslige dimension, som er central for mange af dem, der betegner sig selv som spirituelle.

Jeg vil tilslutte mig, at der på et teoretisk niveau er en logik i at bevare den faglige tradition for at inddele religiøsitet som et over- og spiritualitet som et underbegreb, men på det empiristisk plan vælger jeg at skelne mellem dem. Dette sker ud fra Ahmadis argumentation i forbindelse med undersøgelsen af svenske kræftpatienters religiøse og spirituelle copingstrategier. Hun fremhæver, at man som forsker må tage hensyn til individets egen forståelse af sin trosidentitet, hvad enten det er en ateist, religiøs eller spirituel. Risikoen er ellers, at man placerer sin informant inden for de kategorier, der passer bedst i forhold til egne definitioner og derigennem opnår et misvisende resultat (Ahmadi 2006:67). Konklusion på de to tilgange til spiritualitet og religiøsitet er, at en definition

af begreberne er meget kontekstafhængig. Næste afsnit fortsætter derfor med mit bud på en begrebsdefinition i forbindelse med Reiki-undersøgelsen.

2.2.3 *Operationalisering af begrebsparret*

Den religionsvidenskabelige disciplin tilstræber at beskrive religion ud fra neutrale begreber eller forståelsesmodeller. Men der må tages hensyn til, at dette ideal står i forhold til en kulturel kontekst, som påvirker anvendelsen af begreber både blandt informanter og forskere (Pargament 1999:8). Specialet forsøger at tage højde for denne udfordring ved at begrunde analysen af det empiriske materiale ud fra en praktisk skelnen mellem spiritualitet og religiøsitet, selvom der er sammenfald i betydningsindholdet. At vælge denne skelnen beror på, en ambition om at ville indfange informanternes selvforståelse og komme så tæt på de diffuse trosforestillinger, som de måtte berette om. Når de betegner deres overvejelser som spirituelle, vælger jeg at gøre det samme. Hvis de referer til Gud, Jesus eller en institutionaliseret trosopfattelse, vælger jeg at definere udsagnet som religiøst. Dette valg støttes op af forskellige forskeres praksis på området (Ahmadi 2006:72). Specialets funktionelle begreb for spiritualitet i relation til tro og helbred lyder:

Spiritualitet indeholder et element af transcendens og består af en tro på en højere kraft eller en dybere mening med livet. Spiritualitet søger oplevelsen af forbundethed og er en erfaringsbaseret og ofte kropsligt orienteret trospraksis.

Det er en definition, der ser spiritualitet som en søgen efter mening, eller en universel sandhed, der kommer til udtryk som en bevidst eller ubevidst tro og relaterer individet til verden og giver tilværelsen dybde og indhold. Det at vælge at anskue spiritualitet ud fra en funktionel definition som denne indeholder den risiko, at alle former for menings-søgende adfærd kan karakteriseres som spirituel (Pargament 1999:10). Derfor er det vigtigt at nævne transcendens som kendetegnende for spiritualitet.

Specialets funktionelle begreb for religiøsitet i relation til tro og helbred lyder:

Religiøsitet er en søgen efter det betydningsfulde i tilknytning til i en traditionel hellig kontekst. Dvs. at religiøsitet forholder sig til en organiseret form for trosforestillinger og -praksis, der beror på et helligt skrift eller lignende. Religiøsitet kan komme til udtryk på et individuelt såvel som institutionelt niveau.

Som tidligere nævnt er der et vist sammenfald mellem religiøsitet og spiritualitet. Dette gør sig fx gældende i forhold til det transcendent aspekt, som er at genfinde ved religiøsiteten. Men ved religiøsitet foreligger der et begreb omkring det transcendent, som man former sine trosforestillinger henover. Her bliver det transcendent opfattet som Gud, Faderen, Jesus eller Helligånden, hvis man befinder sig i en protestantisk kontekst. Derudover er det et karakteristiske træk, at religiøsitet har en tradition at forholde sig til, samt en organisation eller institution, der giver mulighed for fællesskabsdannelse omkring trosindholdet.

Definitionen af begreberne er valgt ud fra undersøgelsen kontekst. Operationaliseringen af dem vil foregå ved en vurdering af informanternes udsagn, der vil blive vægtet i forhold til informantens egen forståelse og trosforestillinger, hvis disse er blevet ekspliteret. Derpå vil udsagnet blive analyseret ud fra de nævnte definitioner, for at udlede om de fortællinger, som de kræftramte beskriver deres erfaringer gennem, beretter om religiøse eller spirituelle copingstrategier i forbindelse med anvendelse af Reiki-healing.

2.3 Spirituel og religiøs coping

Det gennemgående spørgsmål for specialet er, om kræftpatienter anvender Reiki-healing som en spirituel eller religiøs copingstrategi. Det undersøges ved kræftramtes måder at anvende en spirituel eller religiøs tilværelsesforståelse til at håndtere en livstruende sygdom. Dette relateres til om det at modtage Reiki-healing forandrer eller understøtter den kræftramtes sygdomsforståelse i religiøs eller spirituel retning. For at kunne behandle empirien vil begrebet *coping* blive belyst ud fra sin baggrund i sundhedspsykologien, hvorpå en afklaring af *spirituel og religiøs coping* vil finde sted for at præcisere, hvad jeg mener med begrebet, der er centralt for resten af specialet.

2.3.1 Copingbegrebets tilblivelse og anvendelse

Begrebet *coping* (mestring) opstod i 1970'erne og blev af Lazarus og Folkman defineret som kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser på at mestre såvel ydre som indre krav, der vurderes at kunne overskride personens kapacitet. Det ses som et forsøg på at reducere og tåle stress - og genoprette ligevægt (Lazarus & Folkman 1984:110). Coping omhandler således menneskets måde at håndtere livsbetingelser, der opleves som stressende. Copingbegrebet er nært knyttet til stressbegrebet, der blev udvidet til sundhedsvidenskaberne og psykologien for at beskrive kropslige reaktioner ved belastning. Fysiologen Walter Cannon begrebsliggør allerede i 1914 fight-flight-respons ud fra de fysiologiske processer, der foregår, når kroppen er under pres. Kroppen forøger her sin aktivitet, så den er klar til at tage kampen op eller til at stikke af (la Cour 2007:524). Endokrinologen Hans Seyle arbejder i 1956 videre med denne model og gør opmærksom på, at der ved længerevarende belastning kan optræde en udmatning af legemet kaldet General Adaption Syndrome (GAS) (ibid.).

Det er først med psykologen Richard Lazarus (1984), at der kommer en egentlig psykologisk vinkel på stressbegrebet. Han vælger i samarbejde med en række kolleger, at bruge stress som et overordnet begreb, der indbefatter en lang række problemstillinger, herunder stressreaktionerne i sig selv og de påvirkninger, der udløser dem (Zachariae & Mehlsen 2004: 29). Et centralt aspekt ved Lazarus' teori er, at stressreaktionen bestemmes af en kognitivt baserede vurdering af situationen kaldet *appraisal*. Denne deles op i to faser: Den primære vurdering, *primary appraisal*, der består af individets bedømmelse af, om det er en stressende situation eller ej. Den sekundære vurdering, *secondary appraisal*, hvor evnen til at håndtere situationen vurderes. Hermed kommer stressbegrebet til at indeholde en individuel og kognitiv dimension, hvorved der ikke længere udelukkende fokuseres på stress som et udefra kommende pres, men mere som en individuelt tolket situation (la Cour 2007:526).

Herefter optræder coping som et selvstændigt begreb. Lazarus og Folkman fremhæver coping som situationsbestemt og opdeler den i to hovedgrupper, nemlig den problemfokuserede og den emotionsfokuserede coping. Den problemfokuserede forsøger at reducere det stressende element ved enten at mindske de krav situationen stiller en, eller at optimere de ressourcer, der er påkrævet. Den emotionsfokuserede stræber derimod efter at håndtere de følelser, der er opstået af situationen (la Cour 2007:526). Rent forskningsmæssigt er der behov for flere copingtyper. Der udvikledes en tjekliste til otte

forskellige copingmønstre, men resultaterne er stadig forvirrende og medfører en kritik af Lazarus' copingopfattelse. Kritikerne mener, at det teoretiske grundlag, som Lazarus går ud fra, er for spinkelt. Dernæst at det er uholdbart at forudsætte at mennesker i krise når at forholde sig kognitivt til situationen, før de handler, som tankegangen omkring appraisal forudsætter.

Kritikken fortsætter med at fremhæve, at megen forskning omkring coping især har rettet sig mod at finde ”gode” og ”dårlige” copingstrategier. Dermed er der ikke produceret tilstrækkelige resultater. Dette skyldes flere forhold, herunder at det meste coping kan antages at foregå ubevidst og derfor ikke kan udforskes korrekt igennem spørgeskemaundersøgelser. Et andet forhold, der kan gøre sig gældende, er, at coping måske i langt højere grad handler om hvorvidt de planer, eller handlingsstrategier, man anvender, viser sig at være brugbare, end at selve strategierne tillægges vægt (ibid.:527). De forbehold medtænker jeg, når begrebet skal anvendes til analyse af empirien fra Reiki-undersøgelsen. Det sker ved at fokusere på at deltageren muligvis ikke har taget kognitivt stilling til sine handlinger og derfor ikke beskriver det som en bevidst valgt copingstrategi. Dernæst er der opmærksomhed på at deltageren kan fremhæve selve virkningen af copingstrategien, i dette tilfælde Reiki-healing, frem for at beskæftige sig med indholdet af den.

2.3.2 Spirituel og religiøs coping som analytiske begreber

Lazarus og Folkman fremhæver, at det er tilliden til at kunne håndtere en stressende situation, der udgør coping. Kenneth Pargament, der som nævnt er en af hovedkræfterne i forskningen i religiøs coping, ser det i stedet som en søgen efter signifikans (Pargament 2001:90). Med signifikans mener han, hvad der er vigtigt: *”Those things we care about”* (ibid.:31). Det er både på et individuelt, institutionelt og kulturelt niveau og heri mener han at også kunne indbefatte livets store spørgsmål, såsom død, lidelse og uretfærdighed.

Religion bliver af Pargament anset for et multidimensionelt fænomen, især når denne står i forhold til coping. Her korresponderer religion ikke kun med søgen efter tryghed, men til andre forhold, der omhandler det hellige, mening, selvet, fysisk helbred, intimitet og en bedre verden (ibid.:167-68). Det interessante for Reiki-undersøgelsen er der, hvor religion og coping konvergerer, dvs. smelter sammen. En af de anvisninger, som Pargament giver på, hvornår det sker, er når religion er en stor del af personens livsverden, eller *orienteringssystem* (ibid.:144). Orienteringssystemet kan siges at være en måde at anskue og agere på i forhold til omverden, og består af vaner, relationer, overbevisninger og personlighed. Det udgør en referenceramme, der bliver brugt til at opfatte

og komme overens med livets vilkår (ibid.:99-100). Det er ikke statisk, men forandrer sig over tid. Når religion er en større del af dette orienteringssystem, er det også en ressource, der i højere grad bliver taget i anvendelse under kriser eller ved stress. Mennesker med få ressourcer, hvilket kan være kulturelt eller personligt betinget, og for hvem religion er en tilgængelig ressource, de benytter sig af, oplever at religion har stor betydning for dem i forhold til deres orienteringssystem. Hvis religion ligger uden for de tilgængelige ressourcer, så falder betydningen eller indflydelsen naturligvis bort (ibid.:147).

Dette er særligt interessant i samfund som de skandinaviske, som den svenske sociolog Fereshteh Ahmadi påpeger i sin undersøgelse af svenske kræftpatienters religiøse og spirituelle copingstrategier. Heri fremhæver hun kulturens indflydelse på valg af copingstrategier og betoner vigtigheden af at foretage undersøgelser i sekulære samfund, der modsat det amerikanske, som Pargament tager udgangspunkt i, ikke nødvendigvis har adgang til det religiøse som en ressource (Ahmadi 2006:30). Ahmadi tager i sin undersøgelse afsæt i Pargaments spørgeskema kaldet RCOPE,⁴ der måler religiøse copingstrategier ud fra de fem vigtigste funktioner:

- At finde mening
- at udøve kontrol
- at få støtte
- at opleve intimitet
- at opnå transformation⁵

Pargaments spørgsmål er teoretisk inddelt efter at der både kan forekomme positive og negative copingstrategier. De positive strategier består bl.a. i at tillægge negative begivenheder en positiv betydning (Guds vilje), det at opfatte Gud som en samarbejdspartner i forhold til problemet, at søge tilgivelse og spirituel forbundethed, at opsøge støtte fra et religiøst netværk eller at omvende sig. De negative strategier består eksempelvis i at se begivenheden som en straf fra Gud, eller som djævlens værk, at tvivle på Guds almægtighed, at bede for Guds direkte indgriben, at blive utilfreds med det religiøse fællesskab eller sit eget forhold til Gud (Schottenbauer et al. 2006:506-7).

Ahmadis undersøgelse foretages som sagt i en skandinavisk kontekst, hvor disse kategorier for religiøs coping, der orienterer sig mod en gudstro, ikke udtømmende beskriver en trosbaserede adfærd i et sekulært samfund (se afsnit 2.1). Hun supplerer

⁴ Spørgeskemaets fulde navn er *The Many Methods of Religious Coping: RCOPE* (Schottenbauer et al. 2006:506-7).

⁵ ibid.:104

derfor sin undersøgelse med en videreudvikling af spørgeskemaet, som hun kalder SRCOPE, der spørger ind til de samme strategier som i RCOPE, men med en bagvedliggende spirituel forståelsesramme. Det kan være at se svære begivenheder som en lektie, man skal lære af, at opleve at man samarbejder med en højere spirituel kraft, og at man opsøger kærlighed og støtte fra en spirituel person, blot for at nævne få af dem. Derudover finder hun gennem sin empiri flere spirituelle copingstrategier, der ligger udenfor dem fra RCOPE og som er yderst relevante for analysen af Reiki-undersøgelsens datamateriale. Det drejer sig om:

- at have spirituel forbindelse til sig selv
- opleve at naturen er hellig
- opsøge positiv ensomhed
- udøve empati og altruisme
- søge mening
- anvende forskellige spirituelle teknikker som visualisering, healingterapi, spirituel musik og meditation⁶

Religiøs coping er en faglig term, der dækker alle former for copingstrategier. Pargaments teori og empiri tager afsæt i et samfund præget af høj religiøsitet, hvad der bevirker at man vægter religiøse copingstrategier. Ahmadi tager i analysen af sit materiale hensyn til, at religiøsitet i et sekulært samfund ofte udtrykkes som spiritualitet, hvad der blev belyst i afsnit 2.2.2 I forlængelse heraf skelner hun mellem religiøs og spirituel coping, hvad jeg tilslutter mig. I forhold til analysen af empirien foregår det konkret ved at de to definitioner af henholdsvis religiøsitet og spiritualitet fra afsnit 2.2.3, sættes i relation til deltagerens copingstrategi og det bagvedliggende orienteringssystem. Herefter vurderer jeg, om det er udtryk for religiøs eller spirituel coping. Empirien fra Reiki-undersøgelsen af kræfttramte, der modtager Reiki-healing forventes at indeholde flest eksempler på spirituel coping pga. af behandlingens bagvedliggende spirituelle livsanskuelse. I forbindelse hermed belyses sammenhængen mellem kræftpatientens baggrund, deres orienteringssystem og brugen af religiøs eller spirituel coping. Men først fremlægger jeg de eksistentielle udfordringer som sygdomstilstanden fremkalder der modsvares af et behov for coping.

⁶ Ahmadi 2006:131

2.4 Sygdom og eksistentielle overvejelser

At blive ramt af alvorlig sygdom er en livsforandrende begivenhed. Det laver om på ens livsførelse og selvforståelse samt omgivelsernes måde at agere på i forhold til én. Samtidigt sætter begivenheden spørgsmålstegn ved ens tilværelsesforståelse. *Hvad skyldes det at jeg er blevet syg? Er det min egen skyld? Er det en straf? Kunne jeg have gjort noget anderledes og derved undgået denne sygdom?* Selve oplevelsen af at blive syg kan opleves som et slag. Alene ordlyden: *At være sygdomsramt* beskriver en opfattelse af, at der er noget udefra, der har grebet ind i ens tilværelse. Hvorvidt der er tale om en forestilling, hvor det er skæbnen, en højere magt eller tilfældigheder, der afgør, at man er blevet syg, har indflydelse på måden, man håndterer sin sygdom og sin livssituation (Stifoss-Hansen & Kallenberg 1999:17).

I det følgende vil det at være diagnosticeret som alvorligt syg først blive undersøgt ud fra en skelnen mellem en objektiv sygdomsforståelse og subjektiv erfaret lidelse. Det fører over i en beskrivelse af sygdomssituationen som krise ud fra en eksistenspsykologisk betragtning. Slutteligt præciseres de vilkår, der gør sig gældende for mennesker med kræft. Denne gennemgang er en påkrævet forudsætning for en mere nuanceret forståelse ved den senere præsentation af undersøgelsens deltagere og håndtering af deres egen sygdomssituation.

2.4.1 Sygdom som lidelse

Den amerikanske antropolog Arthur Kleinman fremlægger i sin bog *Patients and Healers in the Context of Culture* baggrunden for de forskellige sygdomsopfattelser, der optræder i et samfund. Han skelner mellem det, lægen betragter som en objektiv sygdomstilstand beskrevet gennem diagnose, og den subjektive erfaring som individets sygdomsforståelse tager udgangspunkt i. Han kategoriserer henholdsvis den lægevidenskabelige opfattelse af sygdom som *disease* og den personlige som *illness* (Kleinman 1980:72).⁷ Denne kategorisering er senere blevet kritiseret for at søge forenklede forklaringer på hvorledes sygdom opfattes, ved at kigge isoleret på de biologiske eller psykologiske faktorer, repræsenteret af henholdsvis læge og patient. Derved risikerer man at overse det sammenspil af sygdomsopfattelser, der opstår, når patient og læge udveksler deres viden og erfaring med sygdom (Møller Nielsen m.fl. 2002).

⁷ Dertil kommer den folkelige opfattelse af sygdom, som betegnes *sickness*, som mediere mellem de to nævnte forståelser, men som ikke er relevant i denne sammenhæng (Kleinman 1980:74).

Men i forbindelse med Reiki-undersøgelsen anvendes den nævnte skelnen mellem det subjektivt erfarede og det objektivt observerbare, for at tydeliggøre, at det er den subjektive erfarede sygdom, der også betegnes som *lidelse*, patienten kan tillægge betydning. Det betyder, at meningen med sygdommen ikke kan forklares ud fra det biomedicinske paradigme. Selve det fysiologiske ved sygdommen har lægevidenskaben ofte haft succes med at behandle. Men dette udgør kun en del af den lidelse, som patienten er ramt af. Store dele af lidelsen befinder sig på det kognitive eller eksistentielle niveau, hvor den enkelte spørger sig selv om *meningen* med den tilstand, vedkommende befinder sig i ud. Dette sker ud fra den personlige oplevelse af sygdom. For at tale med patienten om den lidelse, personen oplever, må man orientere sig ud fra den samme diskurs eller sygdomsforståelse. Ellers har man ingen indvirkning på den (Hastrup 1984:26).

De norske sygehuspræster Hans Stifoss-Hanssen og Kjell Kallenberg har i deres bog *Livssyn, sundhed og sygdom* beskrevet vigtigheden af dette arbejde. Her er en af deres pointer, at det ikke er muligt at skille den subjektive oplevelse af sygdom fra det objektive sygdomsforløb. Smerter eller andre symptomer, som patienten beretter om, skyldes sygdommen. Men patientens egen oplevelse indvirker på sygdomsforløbet fx ved udholdenhed overfor smerter eller i forhold til motivation for behandling, der kan påkræve en ændring af livsstil for at sikre ens overlevelseschance (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999:15).

Der er flere faktorer, der påvirker patientens subjektive oplevelse og måde at håndtere sin tilstand på, heriblandt støtte til at opleve sygdommen som meningsfuld (se fx Koenig 2002, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, Pedersen 2007). Og som empirien, der præsenteres senere, peger på, beretter de fleste patienter om at have brug for hjælp til at løse det dobbelte problem, der er forbundet med at være alvorligt syg. Dels at have brug for hjælp til helbredelse af ens krop og dels at have et problem med at kunne finde mening med sygdomstilstanden (Hastrup 1984: 26). Behovet for en meningsgivende forklaring på sygdomstilstanden, og den deraf kommende lidelse, er mere præsent for nogle end andre. Det at møde behovet fx ved at indskrive lidelsen i en religiøs kontekst, indvirker på selve sygdomsforløbet. Det stimulerer en meningsdannelse, der er central for at håndtere den livssituation som kræftpatienten befinder sig i. I det følgende belyses forudsætningerne for og virkningen af at finde mening, når man er i en krisetilstand.

2.4.2 *Krise og meningssøgen*

Det at få konstateret en alvorlig eller livstruende sygdom er en rystelse, der ofte beskrives som en krise. Det er en forstyrrelse af ens normale livsforløb. Forstyrrelsen kommer pludseligt og med en sådan intensitet, det velkendte liv bliver væltet omkuld. Den tyske eksistensfilosof Otto Bollnow beskriver *krise* som ”*hændelser, der gennem deres tilspidsede og farlige karakter hæver sig ud fra det øvrige livs kontinuerte strøm*” (citeret fra Jacobsen 2000:40).

Kriseteorien stammer oprindeligt fra den psykoanalytiske tænkning, hvor Erik Erikson (1971) anvendte betegnelsen *udviklingskrise* i forbindelse med naturlige udviklingsforløb. Krise anvendes dog oftest som *traumatisk krise*, der kan opstå som reaktion på enten tab, krænkelse eller katastrofer (la Cour 2007:522). Johan Cullbergs skelsættende bog *Krise og udvikling* beskriver krisen som forløbende i fire faser: *Chokfasen*, der er præget af kaos og manglende erkendelse af det skete, *reaktionsfasen*, hvor begivenheden repeteres med efterfølgende psykiske reaktioner. Derpå *bearbejdningsfasen* hvor personen i stigende grad bliver realistisk og forholder sig adækvat til sin situation og slutteligt *reorienteringsfasen*, hvor individet får et nyt perspektiv og begynder at kunne se fremad. (Cullberg 2007:139ff). De fire faser genkendes i det empiriske materiale, hvor beskeden om diagnosen indleder chokfasen, og de efterfølgende faser afspejler, hvor langt deltageren er i sit behandlingsforløb. De forskellige faser influerer sammen med patientens sygdomsstadie behovet for coping, således at det er mest presserende, når truslen om kræft er tæt på (Ahmadi 2006:89). Derigennem er kendskabet til kriseforløbet et relevant analytisk redskab i forhold til Reiki-undersøgelsens deltagere, vel at mærke et redskab som Reiki-healeren normalt ikke kender til.

Cullbergs kriseteori er blevet kritiseret for at indføre en kunstig opdeling af nogle naturlige processer, som ikke forløber skematiske, som det her er fremstillet (se bl.a. Jacobsen 2000:42). Kritikken udspringer i dette tilfælde af den eksistentielle tilgang til fænomenet, hvor krisen dels betragtes som en renselsesproces⁸ og som en afgørelse. Der finder med andre ord en stillingtagen sted i forhold til, hvordan den kriseramte skal gribe sin livssituation an. Krisen udgør i denne optik en situation, der både indeholder smerte og nye muligheder. Eksistenstænkningen fremlægger det sådan, at man for at opnå de nye muligheder går gennem smerten, således at det positive går gennem det negative

⁸ Bollnow henviser til at krise og kritik har rod i det fælles græske ord *krinein*, der betyder at rense, skille og afgøre (Jacobsen 2000:55).

(ibid.:32). Ud fra denne tilgang er det hverken den traumatiske hændelse, der udløser krisen eller selve symptomerne, der er det centrale. Det er derimod personens evne til at rumme begivenheden og til at reflektere over det hændte (ibid.:36). Dette lægger i forlængelse af copingteorien, hvor man stræber efter en passende adaptation til situationen.

Krisen kan fremprovokere livets store spørgsmål og dermed udløse menneskets søgen efter mening. Den østrigske psykiater og grundlæggeren af *logoterapi*⁹ Victor Frankl (1971) mener, at mening er den egentlige drivkraft bag menneskets handlinger. Alle stræber efter at finde en mening med livet. Men det er ikke mennesket, der skal stille livet spørgsmålet om, hvad meningen med det er. Det er derimod livet selv, der stiller mennesket det spørgsmål! Så skal mennesket leve sit liv, som et svar på spørgsmålet. Det at finde eller skabe mening er dermed en opgave, man står over for og som kræver handling (Frankl 1971:15ff).

Frankl mener, at mennesket fuldbyrder sin eksistens ved at udleve sine livsværdier. Disse livsværdier opdeler han i tre grupperinger. Til den første henregner han skabende værdier eller skabende virksomhed. Det består af det at yde noget eller at bygge noget op, som det ofte er tilfældet ved det at indgå i arbejds- eller familielivet. Den anden gruppe værdier omhandler oplevelser, hvor det at være modtagelig, overfor indtryk fra både kulturelle, naturlige og menneskelige omgivelser er det centrale. Til den sidste gruppe hører det, han kalder indstillingsværdier. Det drejer sig ligesom ved coping om at kunne håndtere modgang og begrænsninger i tilværelsen ved hjælp af sin indstilling. Det bliver som oftest aktuelt ved svær sygdom, dødsfald eller andre former for tildragelser, der har karakter af krise (Jacobsen 2000:21). Disse tre livsværdier sammenfatter Frankl som det, mennesket i samtiden lever for. Men han ser det som det væsentligste ved menneskelivet, at skulle forholde sig til det, der giver mening og postulerer i kraft af den sidste kategori, at selve det at finde mening, bliver til en livsværdi i sig selv ved konfrontation med svær sygdom.

Dette synspunkt suppleres af den israelske sociolog Aron Antonovski, der har forsket i torturoverlevende fra koncentrationslejre under Anden Verdenskrig og deres evne til at komme overens med de oplevelser, de har under deres tilfangetagelse. Han bemærker, at de personer, der har en fornemmelse af, at der er en mening med de lidelser, de gennemlever, efterfølgende klarer sig bedre. For at beskrive dette fænomen anvender han

⁹ *Logoterapi* henviser til *logos*; mening, og er udviklet på baggrund af Frankls erfaringer fra koncentrationslejr. Han mener, at menneskets hovedopgave er at virkeliggøre sine værdier og orienterer sig mod sit livs mening (Jacobsen 2000:26).

termen *sense of coherence* (oplevelse af sammenhæng); det at kunne finde en sammenhæng mellem forskellige livsbegivenheder og derved tillægge dem betydning (Antonovski 2000:37). En forudsætning for denne oplevelse af sammenhæng er en altomfattende og tillidsfyldt holdning til, at man evner at tackle de stimuli, der kommer til én igennem tilværelse, af både ydre og indre karakter. Derudover at man har tillid til at have adgang til de nødvendige ressourcer udenfor og indeni sig selv, for at kunne møde de krav, som disse stimuli stiller, og slutteligt, at der er tale om udfordringer, som det er værd at engagere sig i (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999:45).

Hermed betoner både Antonovsky og Frankl meningsbegrebet som en vigtig komponent ved individets tilværelsesforståelse. Ved udfordringer og modgang skærpes behovet for at opleve sin tilværelse som meningsfuld. Meningsaspektet bliver dermed mere fremtrædende ved et sygdomsforløb, der bliver en oplagt mulighed for at tage sin tilværelse op til revision.

2.4.3 *Kræftramtes særlige erfaringer*

Hver tredje dansker rammes på et tidspunkt af kræft. Det betyder at mange mennesker kommer i berøring med sygdommen, enten som patienter, pårørende eller personale. Kræft er en livstruende sygdom og trods forbedrede behandlingsmuligheder, er kræft stadig den hyppigste dødsårsag blandt personer under 65 år (Kilde: www.cancer.dk). Det understreger situationens alvor, når patienten får stillet diagnose *cancer*. Flere får associationer til en dødsdom og oplever dermed at skulle forholde sig til sig selv som et dødeligt væsen (se Rydahl 2007, Rasmussen 2004 og Jacobsen m.fl. 1998). Dette kan udløse en krise, som beskrevet i forrige afsnit, der i sammenhæng med et fysisk belastende behandlingsforløb, aktualiserer temaer af eksistentiel karakter. En yngre kvindelig deltager fra Reiki-undersøgelsen fortæller fx:

Jeg er bange, og indimellem er jeg sgu pissebange. Da jeg skulle ind til den der samtale på Rigshospitalet, havde jeg haft nogle dage, hvor jeg har fokuseret meget negativt og tænkt, jeg dør sgu af det her. Det håber jeg, at jeg får vendt igen, det gør jeg. Fordi jeg bliver nødt til at tro på, at jeg har et liv foran mig.

Når man får konstateret kræft er det en almindelig psykologisk reaktion først at være præget af chok og en større eller mindre grad af fornægtelse. Derpå følger en periode med blandede følelser. Det kan være angst, afmagt, depression, irritation og vrede. Alt

efter ens livssituation og støtte fra pårørende aftager det efter nogle uger. Dette ligner de to første faser af et kriseforløb, som Cullberg fremlægger det (se afsnit 2.4.2). Derpå følger bearbejdsfasen, hvor kræftpacienten begynder at mobilisere energi til at cope med situationen. Det overordnede mål med de forskellige copingstrategier er, at reducere det emotionelle ubehag, der er forbundet med situationen og forbedre nære relationer. Copingstrategierne for kræftramte inddeles som oftest af forskere i to kategorier, de aktive og de passive.¹⁰ De passive består af benægtelse, bekymret optagethed af sygdommen, håbløshed eller opgivelse, hvor de aktive udgør accept af sygdommen, en tro på egne evner til at håndtere sin livssituation, optimisme omkring det at blive rask, beslutningsdygtighed og engagement i processen (Ahmadi 2006:22ff). De nævnte copingstrategier ændrer sig over tid og er ligeledes afhængige af den situation, patienten befinder sig i. (Zachariae & Mehlsen 2004: 90ff).

Kræftpacienter kan altså overordnet set inddeles i to grupper afhængigt af deres måde at agere på i forhold til sygdommen. Det er patienter tilhørende den gruppe, der har en aktiv copingstrategi, der kommer til at udgøre rekrutteringsgrundlaget for deltagerne i Reiki-undersøgelsen (se afsnit 4.1.3). Dette giver et metodisk problem, idet det derved bliver en undersøgelse af dem, der allerede benytter sig af en aktiv copingstrategi mere end af kræftpacienter i almindelighed. Den anden gruppe benytter sig af strategier, der enten tilstræber at fjerne erkendelse af at være kræftramt ved at lægge afstand til sygdommens realitet, eller at være opslugt af sygdommen, således at det risikerer at hæmme individets livsudfoldelse (Jacobsen m.fl. 1998).

Pga. de udfordringer, der er ved at have fået diagnosticeret kræft, følger en ændring af ens selvopfattelse. Der er en lang række faktorer der påvirker ens identitetsfølelse, såsom kropslige forandringer i form af operative indgreb eller nedsat funktionsduelighed, omgivelsernes reaktioner på ens sygdom, følelsesmæssige reaktioner af hidtil ukendt karakter for at nævne nogle få (Zachariae & Mehlsen 2004: 103). Den sygdomsidentitet, man tillægger sig, og som omgivelserne spejler, kræver en nyorientering, som er den sidste fase i Cullbergs inddeling af kriser. For at kunne tillægge oplevelsen af at være kræftramt betydning, er det væsentligt at indskrive kræftforløbet i sin samlede livsfortælling, da det ellers vil virke meningsløst og uforklarligt og alene af den grund være en belastning (ibid.: 105).

¹⁰ Bemærk forskellen til begreberne positiv og negativ religiøs (spirituel) coping, som bruges af både Pargament og Ahmadi.

De temaer, som kræftpatienter berører i de kvalitative undersøgelser, der er foretaget på området, handler ofte om døden og den dermed forbundne angst, om meningen med livet og udnyttelsen af den tid, der er tilbage. I bogen *Kræft og eksistens – om at leve med kræft* (Jacobsen et al. 1998) beretter de kræftramte, at de alle har gjort sig tanker om døden. Det at have fået konstateret kræft har betydet, at de har måttet erkende deres egen dødelighed og står konfronteret med den angst, som dette vilkår afføder (ibid.:207; 212). Den erfaring sætter skub i eksistentielle overvejelser og, som det blev påpeget i afsnit 2.4.2, udløser svære livssituationer, hvor man vurderer sin tilværelse på ny. Kræften kan derfor ses som årsagen til, at man opdager sine egentlige værdier og begynder at prioritere derefter, da ens livsperspektiv med et er forandret. Det understøttes af, at flere beretter om, at det først er efter at de har fået kræft, at de er begyndt at leve rigtigt (ibid.:240). Det understøttes af en ung brystkræft patient fra Reiki-undersøgelsen:

Sygdommen er brugbar for mig, fordi jeg kan bruge den til at lære mig selv at kende på et helt andet plan og også reflektere over mit liv og lægge mit liv om på en måde, jeg måske aldrig nogen sinde ville være nået til uden sygdommen.

Den reorientering, der er tale om, afspejler patientens tilværelsesforståelse eller livssyn. Det involverer at dybereliggende værdier og holdninger, som individet måske ikke bevidst har forholdt sig til, kan blive betydningsfulde eller forandre sig. Det er i forbindelse med denne reorientering, at der kan finde en religiøs eller spirituel coping sted, som blandt visse forskere anses som den mest effektive copingstrategi for kræftpatienter (Ahmadi 2006:47-8).

2.5 Spiritualitet, sygdom og coping: En opsamling

Det foregående kapitel har præsenteret de begreber og den bagvedliggende teori, der danner baggrund for at kunne diskutere specialets empiri. Først er det blevet fremstillet, hvordan danskernes religiøsitet har undergået en forandring i form af en sekularisering på et samfundsmæssigt niveau, der ikke er ensbetydende med at den personlige religiøsitet er dalet. Der er snarere tale om en privatisering og individualisering af religiøsitet, der i særlig grad kommer til udtryk under sygdom og krise. Her sker der en intensivering af religiøse og eksistentielle spørgsmål, der relaterer til behovet for religiøs coping. I den forbindelse blev det diskuteret, om specialet skal tage hensyn til, at flere beskriver sig

selv som spirituelle. Det vælger jeg at gøre ud fra argumentet om, at det udviser respekt for informantens selvforståelse noget, hvilket er i tråd med Ahmadis forståelse af undersøgelsesfeltet. Deraf følger en definition på religiøsitet og spiritualitet, der anvendes til at skelne mellem en religiøs og spirituel copingstrategi i datamaterialet. Dernæst sættes der fokus på coping som et forskningsområde for religionspsykologien. Det relateres til de eksistentielle forhold, der gør sig gældende for kræftpatienter, der skaber behov for copingstrategier af religiøs eller spirituel karakter.

Behovet for coping aktualiseres ved de eksistentielle overvejelser, der er forårsaget af de fysiske og psykiske udfordringer den kræftramte står overfor. Sygdomstilstanden kan ses som en krise, der aktiverer en meningsdannelse, der tager afsæt i den tilværelsesforståelse eller det orienteringssystem, personen har. Når religiøsitet eller spiritualitet er en vital del af dette orienteringssystem, er det også en ressource, der i højere grad bliver taget i anvendelse under kriser eller ved stress.

3 Healing som begreb og fænomen

I det følgende præsenterer jeg forskellige perspektiver på healing. Først en begrebsdefinition, der forsøger at afgrænse, hvad healing *er*. Derpå en antropologisk synsvinkel, der tager udgangspunkt i healing som et helbredelsesritual, og derfor interesserer sig for, hvad healing *gør*. Dette sættes i forhold til meningsdannelse, som leder hen til at kunne tale om religiøse eller spirituelle copingstrategier i forbindelse med Reiki-healing. Disse tilgange udgør tilsammen en teoretisk og empirisk spændvidde, som er relevant i forhold til analysen af empirien fra Reiki-undersøgelsen. I det efterfølgende afsnit præsenteres Reiki-healings oprindelse, behandlingsteori og –praksis. Endvidere fremføres overvejelser om Reikis potentiale i forhold til spirituel coping.

3.1 Healing: Definition og funktion

At definere healing er en vanskelig sag. Det skyldes dels fænomenets uhåndgribelige karakter, der ikke lader sig indfange indenfor en videnskabelig forståelsesramme og at begrebet anvendes til at beskrive vidt forskellige kulturers religiøst funderede helbredelsespraksis. Det betyder at alt fra shamanistiske helbredelsesritualer til kristen håndspålæggelse og tilmed visse processer indenfor den moderne lægevidenskab kan indeholdes i begrebet. I denne kontekst anvendes begrebet *healing* til at beskrive en alternativ behandlingsform, i dette tilfælde Reiki-healing, og selve det, der foregår under behandlingen. Det udelukker ikke at healing kan betyde noget andet i andre sammenhænge eller finde sted uden for denne ramme. Blot at healing her er defineret som det, der foregår i en bestemt behandlingssituation.

Ordet *healing* stammer fra det engelske verbum *to heal*. Det beskriver en proces, fx en sårddannelse, der heler op, så man bliver *hel* igen. Dette forbindes på dansk og ældre engelsk med helbred, da *health* og *healer* er relateret til *whole*. (Oxford Dictionary 1992). Indlejret i det finder man en tankegang, der antyder at mennesket er en helhed og ved godt helbred, når denne tilstand er tilstede.

Den amerikanske læge Daniel J. Benor forsker i det, han med en samlet betegnelse kalder *spiritual healing*. Han definerer healing som:

*A systematic, purposeful intervention by one or more persons aiming to help another living being (person, animal, plant, cell or other living being) by means of focused intention to improve their condition.*¹¹

Den teoretiske baggrund for denne antagelse er, at healing er en proces, hvor en healeren bruger sin bevidsthed til at transmittere højere bevidsthedstilstande til lavere, så de genetablerer kommunikationen med *helheden*. Dette beskrives som *energioverførsel* eller *kanalisering* og er ikke bundet til fysisk tilstedeværelse (Benor 2001:83). Benor ser på healing som en intentionel intervention, der med bevidsthed som redskab søger at forbedre et andet levende væsens tilstand. Dette godtages som en respektfuld forklaring af healere, der ser healing som en hjælp til at genetablere livsenergien, så den strømmer frit imellem krop, sjæl og bevidsthed og derved bringe mennesket tilbage i balance (Fulder 1996:176).

3.1.1 Symbolsk healing: Et helbredelsesritual

Symbolsk healing, der er en antropologiske term, betegner et helbredelsesritual der formidler ”...helbredelse, der ikke baserer sig på fysiske eller farmakologiske behandlinger i forhold til effekt, men på sprog, ritual og manipulation af kraftfulde kulturelle symboler” (Ostenfeld-Rosenthal 2005:4). *Ritual* forstås som udtryksfulde handlinger, der skal bevirke noget bestemt, i dette tilfælde virke transformerende på krop, sind og verdensbillede. Det bygger på ritualens iboende paradoks, der kan rumme social eller kulturel orden og uorden på samme tid. Det transformerende potentiale ligger i den sociale eller betydningsmæssig uorden. Når den kommer til udtryk, kan en ny orden etableres (Ostenfeld-Rosenthal 2007:130). Til dette formål anvender healeren flertydige symboler, der forbinder følelser og subjektive erfaringer med kulturel mening. De flertydige symboler bevirker at en forhandling omkring mening kan finde sted mellem healer og klient. Et eksempel på et flertydigt symbol er fra en ung kvinde med brystkræft, der indledningsvist har et billede af kræftceller, der skulle bekæmpes. Under healingen forandrer billedet sig, så:

Kræftcellerne begyndte at glide ud og blive til sæbebobler, der bare blev puffet ud, i stedet for det her voldsomme dramatiske billede af, at de skulle kvæles.

¹¹ Benor, 2002. Citeret fra Zachariae 2005:538-543. Definitionen er anvendt ved undersøgelsen: *Effekt af energihealing på kræftceller i laboratorium* udført af Bobby Zachariae i samarbejde med healeren Lars Højgaard.

Det flertydige symbol, som klienten får af sine kræftceller, fungerer som et fleksibelt redskab til at konstruere mening ud fra. Denne mening er forbundet til en kognitiv pol, der relaterer til erkendelse, og til en sanselig pol, der relaterer til følelser, ønsker og krop, da symbolsk healing er en fysisk handling, der ikke kun involverer erkendelsen, men hele kroppen (ibid.:131).

Healingen stimulerer klienten til at se sig selv som helbredt og giver håb til at stræbe efter denne tilstand. Begrebet *embodiment* træder ind som en forståelsesramme for dette fænomen, da den kan karakteriseres som en præ-reflekteret tilstand, hvor krop og psyke ikke opleves som adskilte. Begrebet er funderet på den fænomenologiske iagttagelse af, at mennesket har en primær sanselig erfaring af verden (Ostenfeld-Rosenthal 2007:131). I forhold til healing betyder det, at både krop og lidelse er betydningsladet. Det medfører, at den kropslige erfaring, som healingen fremkalder, danner baggrund for at finde en mening med lidelsen. Det betyder at erfaringen af mening bliver kropsligt funderet (Ostenfeld-Rosenthal 2005:36). Ved siden af dette indgår narrativer som en integreret del af symbolsk healing. De er med til at give mening med lidelsen ved at skabe en sammenhæng til resten af livshistorien. Tilsammen har den kropsligt funderede mening og de meningsgivende narrativer en lindrende effekt, når man skal håndtere store udfordringer, som Antonovski har påvist (afsnit 2.4.3). Det kan tænkes at symbolsk healing på den måde har indflydelse på sygdomsforløbet gennem meningsdannelse. Det aspekt vil blive belyst i det følgende.

3.1.2 Healing og meningsdannelse

Antropologen Clifford Geertz mener, at det er menneskets evne til at tænke symbolsk, der gør det til et kulturelt væsen. Den evne anvendes til at skabe en meningsfuld orden, uden hvilken mennesket ikke ville være i stand til at eksistere. Mennesket er afhængig af mening og i en krisesituation er det som oftest meningsløsheden, man efterfølgende benægter, ikke selve begivenheden (Ostenfeld-Rosenthal 2005:64). Sygdom og lidelse skaber et behov for en forklaring, der er meningsfuld både på det individuelle og det kollektive plan, og som nævnt i afsnit 2.4.1 imødekommer det biomedicinske paradigme ikke det eksistentielle behov for meningsdannelse. Ved flere alternative behandlingsformer er meningsaspektet derimod centralt. Sociologen Meredith McGuire skriver, at det overordnede meningssystem afspejler sig i definitionen af helbred, hvor meningssystemet bestemmer, hvad der er behandlingskrævende i forhold til sygdom (McGuire 1988:32). Det træder frem ved de årsagsforklaringer, der gives på sygdom. Hvis

sygdommen fx skyldes en genetisk disponering, er der ingen anden forklaring, end at det er tilfældet og sådan er naturen. Hvis sygdommen derimod skyldes ens grundindstilling til livet, og at sygdommen er her for at lære en noget, er der handlemuligheder og fortolkninger tilstede, der kan få sygdommen til at virke meningsfuld i ens tilværelse. En brystkræftramt kvinde fra Reiki-undersøgelsen udtrykker det således:

Jeg tror, at sygdommen er brugbar, fordi jeg kan lære mig selv at kende på et helt andet plan og reflektere over mit liv og lægge mit liv om på en måde, jeg måske aldrig nogen sinde ville være nået til uden sygdommen.

Ved symbolsk healing fremstiller healeren i samarbejde med klienten et orienterings-system, der fungerer som støtte i en tid præget af eksistentielle udfordringer. Gennem brug af flertydige symboler, narrativer og en forhandlende samtale hjælper healeren klienten med at transformere de aspekter, der forårsager meningsløshed. Symbolsk healing påvirker både erkendelse og følelse, så de kan sammensmelte i en oplevelse af meningsfuldhed, hvilket kommer til udtryk i kropslige såvel som erkendelsesmæssige erfaringer, der bevirker en forandring i personens selvopfattelse. Reorienteringen påvirker klienten til at se sin sygdom fra et andet perspektiv. Er dette rettet mod et spirituelt verdensbillede, er der tale om en spirituel copingstrategi.

3.1.3 Healing og spirituel coping

Der optræder flere elementer ved symbolsk healing, der ligner en spirituel copingstrategi. Lighedstrækkene består i at healingen er med til at genere håb i en svær situation og at motivere klienten til en aktiv indsats. Det afgørende for at anse det som spirituel coping er som nævnt, at det udspringer af en spirituel livsindstilling. Healerens sygdomsforståelse beror på en spirituel opfattelse af mennesket. Dette består af en sammenhæng mellem de fysiske, emotionelle og psykiske aspekter, som komplementeres af en opfattelse af *en indre kerne* eller *et højere selv* (Gamborg 1990:25). Indenfor healerens forståelsesramme er sygdom noget, man selv er ansvarlig for gennem sin livsførelse eller sine eksistentielle valg (Ostenfeld-Rosenthal 2005:20). Denne sygdomsforståelse kan virke som en motiverende kraft, en form for *empowerment* (bestyrkelse), hvor den syge konfronterer sig selv og derved opnår en række handlemuligheder for at gøre noget ved sygdommen.

Det kan dog også blive opfattet som at sygdommen er ens egen skyld. En kvindelig deltager med mavekræft fortæller om sine overvejelser:

Jeg tror ikke, det er noget, jeg selv har været medvirkende til, er jeg kommet til erkendelse af. Først troede jeg selvfølgelig, at det var noget med måden, jeg spiste på, i og med at det var i maven, jeg havde min sygdom. Men det er jeg så gået bort fra igen, at det er mig selv, der er skyld i, at jeg er blevet syg.

Healerne understreger, at det ikke er intentionen at fremme skyldfølelsen, men at det drejer sig om at tage ansvar (Ostenfeld-Rosenthal 2005:21). Dette ansvar sættes i forbindelse med *selvudvikling*, der menes at fremme helbredelse. Den tilgang som healingen repræsenterer, udgør en mulighed for at reflektere over sin lidelse på en måde, der sætter det i ind i en meningsfuld sammenhæng med resten af ens tilværelse (ibid.:22). Det er derfor et potentiale ved symbolsk healing at påvirke kræftramte til at finde en mening med tilværelsen, og acceptere de givne vilkår og at tillægge dem betydning i forhold til resten af tilværelsen. Men også at aktivere en underliggende skyldfølelse over at være blevet ramt af kræft, der ofte forklares som en livstilssygdom.

3.2 Reiki-healing som spirituel behandlingsform

Reiki-healing betragtes i specialet som en spirituel behandlingsform, hvor behandlingen består af en den hævdede energioverførsel og et symbolsk ritual. At det fagligt set betragtes som spirituelt skyldes dels den antropologiske forståelse af det som et helbredelsesritual, der tager afsæt i en ikke-medicinsk sygdomsforståelse. Dels skyldes det Reiki-healings betydningsindhold, der referer til en spirituel forståelsesramme. *Reiki* er et japansk ord, der består af to ord eller skrifttegn: *Rei* og *ki*, der betyder henholdsvis *universel* og *livsenergi*. *Ki* står for det samme som det kinesiske *chi*, der dækker over en kraft, der lever og virker i alt (Ostenfeld-Rosenthal 2005:39). I Reiki-traditionen beskrives denne energi som en vibration af kærlighed "*udstrålet fra den højeste bevidsthed fra en eksistens i den højeste dimension*" (Doi 2003:31). I det følgende afsnit beskriver jeg baggrunden for Reiki-healing. Herefter bliver Reiki-healing fremlagt ud fra healernes selvforståelse. Dertil knytter der sig en deltagerobservation, der er vedlagt i bilag 4. Herved kan læseren opnå en indsigt i, hvad der foregår i behandlingssituationen, som den kræftramte refererer til.

3.2.1 Oprindelse og udbredelse

Reiki-healing er ifølge sin egen beskrivelse en metode, der anvender håndspålæggelse til at heale krop, sind og ånd (Doi 2003:19). Metoden stammer oprindeligt fra Japan og er indstiftet af Dr. Mikao Usui (1865-1926). Han studerede i Europa, USA og Kina, hvor han efter sigende interesserede sig for medicin, psykologi og religion. Han vendte hjem til Japan og begyndte at praktisere zenbuddhisme. Under en faste på bjerget Kurama blev han bevidstløs og da han vågde op igen *"var hans hoved fyldt med en fornemmelse af friskhed, som han aldrig havde kendt tidligere"* (ibid.:48). Han var blevet fyldt med energi og *"svigende dermed fuldstændigt i samklang med Reiki overalt i kroppen"* (ibid.). Efter dette var han efter sigende oplyst og benyttede sine evner til at heale ved at overføre Reiki-energien til andre. Hermed var Reiki grundlagt som en metode til *"at skabe et sundt sind og en sund krop baseret på universel Reiki"* (Usui citeret fra Doi 2003:28). Reiki vandt stor udbredelse i Japan og efter Mikao Usuis død videreførte hans arvtager Hawayo Takata metoden til USA, hvorfra det spredte sig til store dele af verden (ibid.). I 1980'erne vendte den tilbage til Japan, hvor interesse for Reiki genopstod og senere blev forenet med den oprindelige metode. Både den amerikanske og den japanske retning er repræsenteret i Danmark, og der deltager healere fra begge i Reiki-undersøgelsen.

Som Reiki-healer er man *kanal* for Reiki energi. Den japanske grundlægger af den moderne form for Reiki-healing, Hiroshi Doi, beskriver det at være kanal som *"...at modtage vibrationen af kærlighed, i kraft af at du forener dig selv med universets bevidsthed og rytme, og at du renser dig selv, så du kan videregive vibrationen som den er"* (Doi 2003:29). Dette lærer man ved at modtage en indvielse fra en Reiki mester, som åbner den kanal, man transmitterer energi igennem. Rent praktisk består det af to kurser: Reiki 1 og 2. Her lærer man en grundlæggende forståelse af energiarbejde, håndpositioner samt de symboler og mantraer, der anvendes under healingen (Ostenfeld-Rosenthal 2005:40). Efter dette kan man blive Reiki mester, men dette kræver et større engagement. Som Reiki mester kan man undervise og åbne andres kanal for Reiki energien (ibid.). En uddybning af Reiki-healing som behandlingspraksis vil blive beskrevet i det følgende.

3.2.2 *Behandlingsteori og -praksis*

Flere alternative behandlingsformer tager afsæt i en virkelighedsforståelse, der er inspireret af østlig filosofi og religion (McGuire 1988:95). Ved Reiki-healing afspejler det sig i, at man ser alt som bestående af energi kaldet *ki*. I forlængelse heraf ses mennesket som bestående af flere energilegemer, hvor den fysiske krop er den inderste og de udenom liggende lag kaldes *auraen*, eller menneskets udstråling. Det lag, der ligger tættest på kroppen, forbinder energilegemerne med kroppen. De tre næste lag repræsenterer emotioner, det mentale og det åndelige, der menes at indeholde menneskets sande identitet (ibid.:29ff). Udover de fem energilegemer, som kan variere i beskrivelse, opererer healere med det indiske *chakra*-system. Det er energicentre, der ligger op langs med ryggraden og beskrives som hvirvlende energi, da *chakra* betyder hjul på sanskrit. De syv centre repræsenterer forskellige livs- eller bevidsthedsområder, der rækker fra det materielle nederst ved halebenet til spirituel oplysning allerøverst på hovedet (Gamborg 1990:41ff). Healerne refererer flittigt til disse centre og flere af deltagerne fra Reiki-undersøgelsen har selv kendskab til dem. De er forbundet med et andet energetisk system, som kaldes meridianbanerne, der fordeler energien til alle områder. Det er kendt fra akupunkturen, hvor man påvirker de steder, hvor banerne krydser med nåle eller tryk (Madsen 2001).

Ved healing arbejder man med at fjerne blokeringer af energien. Det sker ved at tilføre energi, så blokeringerne eller de forskellige *ubalancer* frigøres (Gamborg 1990:59). Dette medfører at problematikken, som blokeringen relaterer til, bearbejdes enten på et bevidst eller ubevidst plan. Erkendelsen, der kan udspringe af dette er på en måde et produkt af helbredelse, og kan ses som en forudsætning for en blivende forandring af problemet. Dette gør *selvudvikling* til et fremtrædende begreb inden for healing (McGuire 1988:93).

Reiki-healeren praktiserer sin energiforståelse ved at anvende forskellige teknikker i sin behandlingspraksis. Først gælder det om at få kontakt med energien, eller at blive kanal for den. Som nævnt i forrige afsnit er det ved indvielsen til Reiki-healer, man får åbnet for sin kanal. Healeren forestiller sig et stort hvidt lys, der gennemskinner alt, og som trænger ned gennem det øverste chakra i hovedet og fylder kroppen ud (Doi 2003:149ff). Når kontakten til energien er etableret, får healeren varme eller energifyldte hænder, som hun placerer et sted på eller lidt udenfor kroppen. Håndspåleggelsen inden for Reiki består af tolv grundlæggende håndpositioner, så hele kroppen bliver tilgodeset

under en behandling (Doi 2003:63). Erfarne healere lægger deres hænder mere frit, og supplerer eventuelt håndspåläggelsen med en række gestikulerede symboler, der udføres med hænderne. Det drejer sig om tre symboler, eller arbejdsredskaber, der relaterer til styrke, harmoni og transcendens af tid og rum. De menes at forstærke Reiki energien og er knyttet til et korresponderende mantra¹² (ibid.:76ff). Den sidste teknik Reiki-healerne benytter sig af er fjernhealing, der ikke har været aktuelt i forbindelse med Reiki-undersøgelsen, hvorfor det ikke bliver beskrevet nærmere.

Forskningsprojektet, som dette speciale er indlejret i, har valgt at tage udgangspunkt i Reiki-healing, som den praktiseres. Det betyder, at alle tre healere benytter sig af andre metoder ved siden af Reiki-healingen. At det tillades sker ud fra en hensyntagen til det, som læge Toke Barfor i sin forskning om placebo og alternativ behandling beskriver som *fragile therapies* (Barfor 1996:123). Det betyder, at man ikke på forhånd kan afgøre den mulige virksomme komponent ved alternativ behandling og isolere den fra resten, som man forsøger ved det lægevidenskabelige forskningsforsøg. Muligvis er det en kombination af de forskellige komponenter som alternativ behandling indeholder, der har en lindrende virkning for dem, der opsøger behandlingen.

3.2.3 *Reiki-healings potentiale som spirituel copingstrategi*

Reiki-healing er at betragte som et helbredelsesritual, der benytter sig af flertydige symboler, fysisk berøring i form af håndspåläggelse og fortolkende samtale, der tilsigter at forandre klientens sygdomsforståelse og -identitet. Den tilstræbte forandring opnås ved at benytte sig af en strategi, hvor sygdommen omgås symbolsk og derigennem anvendes til at genere mening ud fra. Dette sker gennem en bearbejdelse af bagvedliggende problematikker, som i følge healeren er selve sygdomsårsagen. Ud fra healerens selvforståelse består behandlingen i en overførsel af livsenergi og en opløsning af blokeringer i klientens energisystem. Dette muliggør ifølge healeren, at klienten erkender de dybere årsager til den livssituation, som personen befinder sig i. Reiki-healing tager dermed udgangspunkt i forhandlende teknikker, der støtter sig til en spirituel livsanskuelse, men giver samtidig plads til at klienten kan danne sig sit eget billede af tingene. Selve behandlingsformen kan derfor siges at indskrive sig i en spirituel kontekst, som klienten frit kan benytte sig af.

¹² *Mantra* er sankrit og betyder et helligt lydord, der indenfor den vediske tradition bruges som et meditationsobjekt (Religion/livsanskuelse 1995).

Reiki-healing har dermed et potentiale til at fungere som en spirituel copingstrategi i kraft af sin bearbejdelse af klientens livssituation. Dette sker ved at sætte den ind i en for personen selv meningsfuld kontekst, der beror på en kropsligt funderet erfaringer og kognitiv erkendelse. For at tale om at Reiki-healing benyttes som spirituel coping ved kræftsygdommen, er det et kriterium, at den tolkning som personen selv giver af sin livssituation indeholder elementer af spiritualitet, som denne er defineret i afsnit 2.2.3. Denne spiritualitet kan fx komme til udtryk gennem den spirituelle livsanskuelse, som healeren er eksponent for. Derfor vil der i analysen af empirien blive fokuseret på behandlingsforløbets indvirkning på deltagernes meningsdannelse, sygdomsopfattelse og forståelse af healing. Optræder der forandringer indenfor disse felter, sandsynliggør det at kræftpatienter benytter sig af Reiki-healing som spirituel copingstrategi.

3.2.4 Deltagerobservation: Beskrivelse af en behandling med Reiki-healing

Deltagerobservation indgår som en del af det empiriske materiale, der er blevet indsamlet gennem Reiki-undersøgelse. Ved hvert forløb blev fire ud af de otte behandlingsgange iagttaget, hvilket også indebar de indledende og afsluttende samtaler mellem behandler og klient. Derved dannede der sig hurtigt et billede af behandlingsformen, som adskilte sig en anelse mellem de tre healere og fra gang til gang. En var fx meget grundig i sin introduktion til healingen for hver gang der mødte en ny op, hvor de andre forklarede det mere hen ad vejen. Desuden varierede behandlingerne på den måde, at alle tre healere havde hver deres kompetencer, som de benyttede sig af ved siden af Reiki-healingen.. Som nævnt i afsnit 3.2.2 blev det accepteret, at healerne kombinerede Reiki-healingen med andre metoder, i dette tilfælde clairvoyance, aromaterapi og lydhealing, for ikke at lave om på deres behandlingsform.

Selve behandlingen påbegyndes ved, at klienten tages imod ved døren, når denne ankommer. Behandlingen foregår enten i behandlerens hjem eller i en klinik, der er lyst indrettet. Der bydes på vand eller te og man indleder samtalen med at spørge til, hvordan det er gået siden sidst, eller hvis det er første gang, hvilke symptomer eller problemer man er kommet med. Den healer, der benytter sig af clairvoyance¹³ supplerer dette med en såkaldt *kropsscanning*. Hun forklarer det som, at hun sanser klientens krop gennem sin egen og mærker, hvilke områder, der har behov for at blive arbejdet med. Konkret sidder hun på en stol overfor klienten og starter med at lukke øjnene. Når hun er klar,

¹³ Clairvoyance betyder klarsyn og bruges som betegnelse for de mennesker der tillægges ekstra sensoriske evner, som at kunne se et menneskes udstråling, kaldet *aura*, fremtiden, afdøde eller spirituelle væsner.

åbner hun dem og beskriver sine fornemmelser, og får dem korrigeret eller bekræftet af klienten¹⁴. Efter at have fulgt op på hvad der er aktuelt for klienten, indledes behandlingen. Klienten ligger sig tilrette oppe på briksen og healeren indstiller sig ved at anvende en af de teknikker der er indlært fra indvielsen, "at trække Reiki energien ned i sig". Det er ikke synligt ved alle tre behandlere. Den ene, der repræsenterer den japanske form for Reiki, er meget eksplicit, når hun gør det. Hun starter med at rense sig med tre strøg hen over armene og hen over brystet, hvorefter hun strækker begge arme op i vejret og trækker vejret dybt et par gange. Ved de andre to bemærkede jeg det ikke, da det var en indre praksis. Så lægger healeren hænderne på klientens krop. Som ofte startes der ved hoved eller skulder. Selve behandlingen foregår mest i stilhed. Man er blevet instrueret i at der kan komme forskellige følelser eller fornemmelser op, og at man skal give dem plads. Hvis klienten giver sig til at græde, tørrer healeren tårerne væk med et lommetørklæde og fortsætter behandlingen. Der bliver af og til udvekslet kommentarer omkring symboler eller følelser, der dukker op under behandlingen, ellers venter det til senere.

Healerne bevæger sig hen over kroppen, oppe fra og ned. Det varierer, hvor lang tid det tager både fra behandling til behandling, men også blandt healerne. Den første behandling er som regel længerevarende. Den ene healer beder også klienten om at vende sig halvvejs i behandlingen, så de får healing på bagsiden. De mener ellers, at energien løber derhen, hvor der er brug for den. En enkelt af healerne bruger de symbolske håndtegn, der er beskrevet i forrige afsnit, en anden bruger en teknik, der involverer lyd, hvilket hun mener er effektivt mod kræftcellerne i kroppen¹⁵. To af healerne bruger desuden også visualisering i forbindelse med healing. Den ene beder klienten forestille sig sin sygdom, hvordan den ser ud og hvilken konsistens den har og evt. hvad den vil fortælle. Så tjekker hun om den forandrer sig i forbindelse med behandlingsforløbet. Den anden anvender visualisering som en form for guidet meditation til at understøtte afslapning hos enkelte klienter.

Som afslutning holder healeren klientens fødder. Klienten er på det tidspunkt enten meget afslappet eller faldet i søvn, hvad der i følge healerne er fint, fordi healingen så får lov at virke dybere. Så laves der større strøg uden om kroppen for at rense auraen

¹⁴ Et eksempel på en *kropsscanning* var en begyndende trykken på blæren hos en kvindelig kræftpatient, som af hende selv blev tolket som blærebetændelse, der blev registret af healeren. Ved en nærmere undersøgelse viste det sig at være en følgevirkning af bestråling af rygmarven.

¹⁵ Healeren, der også er uddannet sanger, mener, at lydhealing får cellerne til at komme tilbage til deres rette svingningsgrad. Kræftceller er kommet ud af svingning og opfører sig derfor anormalt.

eller hvirvel-bevægelser nede ved fødderne. Den ene healer anvender dufterapi eller *aromaterapi* som del af aura-rensningen. Hun vælger en flaske med en kombination af udtræk af forskellige blomster, som skulle have en bestemt psykisk effekt, tager det på hænderne så det medvirker til at rense det, der er kommet op under healingen. Klienten får lov til at ligge og komme til sig selv, mens healeren går ud af rummet, vasker hænder og renser sig selv ved hjælp af mentale billeder.

Derefter fortæller begge parter om deres oplevelser under healingen. For klienten drejer det sig ofte om erindringer, følelser eller fornemmelser, mens det for healeren er symboler eller intuitive fornemmelser, der bliver refereret. Så prøver parterne at afstemme betydningsindholdet af deres oplevelser ved at diskutere, hvordan disse evt. supplerer hinanden. Det kan fx være at healeren fornemmede en følelse af forladthed, da hun healede på skulderen, og at klienten supplerer dette med et billede hun havde under healingen af hendes mor, der rejste bort, da hun var syv. Det kan også dreje sig om farveoplevelser, som når healeren siger, hun har lagt en masse orange ind i halschakraet, og klienten svarer, at hun havde en oplevelse af et varmt lys, der dækkede hende over brystet og op til halsen. Så supplerer klient og behandler hinanden i deres forståelse af healingen. Det sker naturligvis også, at det healeren fortæller ikke vækker genklang, og så bliver der som regel forsøgt at finde en fælles forståelse, der mere imødekommer klientens opfattelse. Det kan dreje sig om at postulere at klienten sidder fast i en vrede eller har en giftig grøn energi siddende i auraen. Billedet kan blive omformet til en mere spiselig udgave, men hvis klienten ender med at afvise det helt, lader healeren det ligge og går videre til noget andet. På den måde er der tale om en forhandlingssituation som også Ostenfeldt-Rosenthal (2007) gør opmærksom på i forbindelse med sin forskning i healing. Samtalen afsluttes evt. med en aftale om næste behandlingsgang. Der siges farvel med et håndtryk eller et knus og klienten forlader lokalet.

4 Kræftpatienters erfaringer med Reiki-healing

I det følgende vil Reiki-undersøgelsens betingelser og foreløbige resultater først blive gengivet, fulgt af nogle metodiske overvejelser og oplysninger. Forskningsdesignet af empirien blive belyst, fulgt af en oversigt over forskellige faktorer, der har indflydelse på valg af coping, såsom deltagernes personlige baggrund, civile status og sygdomssituation. I forlængelse af dette vil jeg fremlægge de strategier, deltagerne fra Reiki-undersøgelsen gør brug af, og identificere nogle fælletræk gennem min analyse af materialet. Det fører til en indledende diskussion af de forskellige udsagn, som er udtryk for religiøs eller spirituel coping

4.1 Dataindsamlingen

4.1.1 Reiki-undersøgelsens betingelser og foreløbige resultater

Empirien, som specialet tager afsæt i, er generet gennem forskningsprojektet *Kræftpatienters oplevelser af Reiki-healing*, der er foregået på Københavns Universitet i KUFAB-regi.¹⁶ Projektet er finansieret af Kræftens Bekæmpelse og omhandler kræft-ramtes oplevede virkninger ved brug af Reiki-healing. Baggrunden for forskningsbevillingen er behovet for at forstå den udtalte brug af alternative behandlingsformer blandt kræftpatienter på trods af manglen på dokumenteret effekt. Undersøgelsens formål er at beskrive det, kræft-ramte oplever ved Reiki-healing. Dette sker for at give indblik i begrundelsen for brugen af alternativ behandling blandt kræftpatienter. Dernæst udgør det grundlaget for udviklingen af et spørgeskema, der skal indgå i en efterfølgende større randomiseret undersøgelse af Reiki-healing på brystkræftpatienter. I forbindelse hermed er det den virkning behandlingen afstedkommer, der er i fokus.

Reiki-undersøgelsen er en kvalitativ fænomenologisk undersøgelse, der beskriver Reiki-healing ud fra et brugerperspektiv. Idealet for den fænomenologiske forskningsmetode er at bidrage til en forståelse af et bestemt fænomen, ved at undersøge og nuancere den terminologi som informanten besidder, og tage den i anvendelse under interviewet for at træde ind i det samme forståelsesunivers (Karpatschhof & Katzenelson

¹⁶ Som tidligere nævnt er KUFAB en forkortelse for et tværdisciplinær forskningsmiljø omkring alternativ behandling tilknyttet Københavns Universitet. Det består bl.a. af Laila Launsø, Peter Elsass, Bo Jacobsen, Peter la Cour, Christoffer Johansen, Mogens Clæsson m.fl.

2007:65ff). Formålet med et sådant kvalitativt studie er ikke at producere almengyldig viden, der kan overføres til alle, der gør brug af Reiki-healing. Det er et kontekst bestemt billede af et fænomen, som enkelte har givet deres bud på at forklare (Helles & Køppe 2003:279). Den viden, der frembringes er derfor ikke årsagsforklarende, men medvirker til at skabe en forståelse af fænomenet. Dermed støtter dette projekt sig til den hermeneutiske forskningstradition (ibid:287).

Indsamlingen af empirien blev afsluttet juni 2008. Derfor er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at give et samlet billede af undersøgelsen. De foreløbige resultater peger i retning af øget livskvaliteten for de involverede kræftpatienter. Dette kommer til udtryk gennem en følelse af at være i bedre humør og at have mere energi. Derudover beretter enkeltpersoner om at opleve en forbedret søvnkvalitet, angstreduktion i forbindelse med operative indgreb og smertelindring i forhold til andre skavanker end de kræftrelaterede. Enkelte beretter, at de ved kemobehandling har fået konstateret en formindskelse af metastaser og tumor, der er forløbet hurtigere end almindeligvis. En fortalte, at fysioterapeuten konstaterede en synlig forbedring af hendes arvæv. Flere af deltagerne mener, at Reiki-healingen har været medvirkende årsag til de psykologiske såvel som fysiske forandringer. Generelt viser undersøgelsen, at kræfttramte, der modtager Reiki-healing oplever en forbedring af almen tilstanden og en forøgelse af livskvaliteten.

4.1.2 Metodiske overvejelser

Ved at benytte sig af interviewet som forskningsmetode opnår man en mulighed for at udveksle med informanten og at være medskabere af ny viden. Det er ofte tilfældet, når der bliver spurgt ind til erkendelsesområder, som ikke er færdigartikuleret hos den enkelte (ibid:291). Det gør sig gældende i Reiki-undersøgelsen, hvor flere ved det evaluende interview har tilkendegivet, at de har følt et stort udbytte af at have deltaget i forskningsprojektet, fordi de derigennem har fået sat ord på noget af det, der foregik under behandlingerne, som ellers bare ville være blevet slået hen. Desuden betyder interviewet noget i sig selv. En kvinde sidst i halvtredserne siger:

Der er da nok en effekt i, at man er med i et projekt, hvor der er nogle mennesker, der er koncentreret om, hvad jeg reagerer på, hvad jeg tænker om mit helbred og sådan noget. Det har selvfølgelig også en effekt på ens psyke, kunne jeg forestille mig.

Selve interviewene er baseret på en semi-struktureret interviewguide (se venligst bilag 1), hvad der har muliggjort en stor kontaktflade i interviewsituationen. Hvis der var et emne, der viste sig at være relevant at tale om, var der frihed til det. Samtidig var der retningslinjer for interviewets indhold, hvad der var vigtigt, da vi var to om at varetage interviewene (Kvale 1997). Ved anvendelsen af denne tilgang viste det sig at være vigtigt at opbygge et fortroligt forhold til informanterne, der jo af flere omgange bliver interviewet om meget personlige emner. Derfor kom jeg med en opfordring til at spørge ind til mig eller mine holdninger, hvis de havde brug for det. Det viste sig flere gange at være relevant, når personen havde videregivet nogle meget følsomme oplysninger eller bare ville være tryk ved at vide, hvordan jeg forholdt mig til behandlingssituationen. Det var med til at give en bedre balance og udligne det magtforhold, der er tilstede imellem forsker og informant (Kvale 2006:482ff). Efter min mening har det givet nogle mere dybdegående svar og dermed mere brugbare informationer.

4.1.3 Forskningsdesign

Interviewguiden blev udarbejdet på baggrund af et forudgående litteraturstudie, samt et fokusgruppeinterview med erfarne healere og et forforsøg med en informant. Det sandsynliggjorde at visse kategorier ville optræde i forbindelse med deltagerens oplevelser af Reiki-healing. I særlig grad blev sociologen Joanna Widells rapport *Healing. En sociologisk undersøgelse* inddraget i forhold til hendes kategorisering af spørgsmål til informanternes oplevelse af at modtage healing. Dernæst blev der tilføjet spørgsmål i interviewguiden, hvis formål det er at indfange elementer af religiøse eller spirituelle copingstrategier¹⁷. Alle spørgsmålene blev inddelt i afsnit, der blev anvendt forskellige steder i behandlings- og interviewforløbet. Således var det muligt at konstatere forandringer inden for de temaer, der havde interesse for min del af undersøgelsen. Dette har været informantens oplevelse af mening og meningsløshed, deres forståelse af healing, deres forklaring på sygdomsårsag og deres helbredsstrategi, forstået som deres egen indsats for at blive raske. Derigennem undersøges det, hvorvidt den kræftramte tilslutter sig healerens virkelighedsforståelse og i hvilken udstrækning denne påvirker den enkelte.

Dernæst blev selve undersøgelsesfasen sat i gang. Her blev interviewguiden anvendt til at interviewe 15 deltagere, der modtog Reiki-healing otte gange hver. De første fire

¹⁷ Se bilag 1: Interviewguide I. Afsnit 5: *Spørgsmål til forståelse af sygdom og healing*

behandlinger foregik i streg, og de sidste fire med en uges mellemrum. Denne opstilling blev af healerne betragtet som optimal, hvad angik behandling af kræftpatienter, da personerne så ville få et *energiløft*. Personerne blev interviewet fem gange: Efter første, anden, femte og ottende behandling, samt to uger efter sidste gang. Ved de behandlingsgange, hvor interviewet efterfølgende ville finde sted, var der tale om en forudgående deltagerobservation, der fungerede som afsæt for specifikke spørgsmål til den aktuelle behandling.

4.1.4 Deltagere

Deltagerne til undersøgelsen blev rekrutteret via Patientforeningen Tidslerne. Det er en organisation, der har til formål at vejlede kræftframte i forhold til deres brug af alternativ behandling. I forbindelse med Reiki-undersøgelsen fik vi lov til at beskrive projektet i deres medlemsblad og på hjemmesiden www.tidslerne.dk, for at opnå tilmeldinger. Den bagvedliggende tanke for valget af denne patientforening som formidlingsorgan, var at der her var et let rekrutteringsgrundlag og at de mennesker, der havde kendskab til Tidslerne på forhånd ville være skolet i en alternativ tankegang eller spirituel livsforståelse. Det viste sig ikke at holde stik! Flere af deltagerne havde fundet projektet ved at surfe på Internettet og var derigennem kommet ind på Tidslernes hjemmeside.

Mange havde derfor ikke prøvet healing før eller kun ganske få gange, men var tiltrukket af at deltage i et forskningsprojekt i tilknytning til Københavns Universitet. Det virkede dels som en garant for at det ville være dygtige healere, så de ikke skulle ud og afprøve det store marked indenfor alternativ behandling. Dernæst virkede det som en legitimering, når det, der foregik, var forskning. Enkelte havde også den motivation, at deres erfaringer kunne være til nytte for andre.

Hos alle deltagere var der et udtalt ønske om at yde en egen indsats for at forbedre deres sundhedstilstand. De ville gerne eksperimentere for at se, om det kunne være noget, der hjalp. Det er en væsentlig grund til at kræftpatienter benytter sig af alternativ behandling.¹⁸ Læge Annette Damkier, der har forsket i kræftpatienters brug af alternativ behandling, påviser, at mange kræftframte anvender alternativ behandling som supplement til den konventionelle behandling for derigennem at tage ansvar for egen sundhed under sygdommen (Damkier 2000:76).

¹⁸ I følge undersøgelsen *Kræftpatientens verden* benytter 27% af alle kræftpatienter sig af alternativ behandling under deres sygdomsforløb (Grønvold m.fl. 2006:163).

Fælles for deltagerne kan derfor siges at være evnen til at tage initiativ og at udvise et engagement, som er påkrævet, når man vælger at deltage i et forskningsprojekt og evt. kombinerer det med sin kemoterapi. Det er tidskrævende og meget intensivt i begyndelsen, hvor der ligger fire daglige behandlinger, med to grundige interviews de første to behandlingsgange. Det aktive og opsøgende element er et kendetegn for denne gruppe kræftpatienter. Det relaterer til de to overordnede copingstrategier for kræftframte, der karakteriseres som den aktive og den passive (afsnit 2.4.3). Alene det at melde sig som deltager til Reiki-undersøgelsen er udtryk for en bestemt indstilling, der tager afsæt i den copingstrategi, den kræftframte benytter sig af.

4.1.5 Databehandling af empirien

Efter at have foretaget interviewet, enten tæt på behandlingsstedet eller i et lokale på Københavns Universitet, blev det brændt på en cd og sendt til en professionel transkribent. Efterfølgende blev interviewene kodet i programmet Nvivo 2, der har til formål at lave tværgående sammenligninger mellem de kategorier, som man har valgt er relevante for ens datamateriale (se venligst bilag 2: Kodningskategorier for Reiki-undersøgelsen). Dernæst blev de delområder, der er i fokus for nærværende speciale udskilt fra det samlede materiale, og efterbearbejdet i form af tekstlæsning og sammenligning med teorien omkring religiøse og spirituelle copingstrategier, som disse er kommet til udtryk i afsnit 2.3.2. Der er indhentet mundtlig tilladelse fra de involverede parter til at anvende deres udsagn i forbindelse med specialet.

4.2 Baggrundsfaktorer

Kræftframtes baggrundsmæssige og situationelle faktorer har indflydelse på valget af copingstrategier, viser forskning udført af Jenkins & Pargament (1995:57). Her bekræfter de, at demografiske faktorer, statusforhold, samt religiøs orientering har en indvirkning i kraft af adgangen til ressourcer, eller den medfølgende socialisering, der finder sted. Derudover påvirker sygdomsstadie, kræftform og tidspunkt for diagnose de copingstrategier, som kræftpatienter benytter sig af. Især afspejler de sidstnævnte faktorer sig i materialet, da sygdomsstilstanden skaber behov for meningsdannelse som omtalt i afsnit 2.4.2. Da der her er tale om en kvalitativ undersøgelse, vil det ikke være muligt at udsige noget om korrelationen mellem de nævnte faktorer og graden af anvendelse af Reiki-healing som spirituel coping. Men det er muligt at pege på en sammenhæng mellem de

individer, der oplever en forandring eller bestyrkelse i et spirituelt livssyn og vælger at håndtere krisen af denne vej, og deres baggrund og sygdomssituation. Derfor vil de faktorer, der sig gældende for deltagerne i Reiki-undersøgelsen blive gennemgået i det følgende.

4.2.1 Social status

Af de femten deltagere, gennemførte fjorten alle behandlingerne.¹⁹ Aldersmæssigt fordelte deltagerne sig fra 30 til 70 år. Der var flest i aldersgruppen mellem 50-59 år, hvor seks af deltagerne befandt sig. Desuden var langt de fleste kvinder, der deltog kun tre mænd mod tolv kvinder. Den ene deltager der stoppede, var desuden en mand. Det er repræsentativt i forhold til kræftpatienters anvendelse af alternativ behandling, selvom det ikke afspejler befolkningssammensætningen, der får kræft (Damkier 2000:42).

Figur 1: Køn og aldersfordeling

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Kvinder	2	3	6	1	
Mænd		1		1	1

Deltagerne havde alle en mellem- eller videregående uddannelse, en enkelt var i gang med at færdiggøre sine studier. Dette er i overensstemmelse med den aktuelle forskning foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, der viser af de hyppigste brugere af alternativ behandling har en længerevarende uddannede (Ekholm m.fl. 2005:185).

Dernæst var størsteparten, ti ud af femten, involveret i et fast forhold, således at de boede sammen med deres partner. Støtte fra pårørende, især de allernærmeste, har afgørende indflydelse på behandlingsforløbet og oplevelsen af at være kræftamt, hvad der igen har indflydelse på valget af copingstrategi (Zachariae & Mehlsen 2004:55). Fx var en deltager, der havde gennemlevet en nylig skilsmisse, mindst lige så præget af det, som af at have fået konstateret et tilbagefald til brystkræft. (Se fig. 2)

¹⁹ En afbrød forløbet halvvejs pga. en konflikt med Reiki-healeren, der mente klienten skulle bearbejde sin vrede for at blive rask. Personen modtog samtidig en krævende kemoterapi og følte sig meget svækket og havde næsten intet netværk. Det skønnes at dette i kombination gjorde udslaget.

Figur 2: Samlivsstatus

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Gift	2	1	4	2	1
Fraskilt		2	1		
Singler		1	1		

Slutteligt skal nævnes at en overvejende del af Reiki-undersøgelsens deltagere boede i eget hus eller andels- eller ejerlejlighed, kun to ud af femten havde lejelejlighed, og den ene af dem var ved at købe hus under behandlingsforløbet. Dvs. at deltagerne repræsenterer en ressourcestærk del af befolkningen både i forhold til mulighed for at købe hjælp og behandling, og for at opleve social støtte og økonomisk velfærd.

4.2.1 Behandlingsmæssige faktorer

Kræftens placering i kroppen har ligeledes indflydelse på behovet for hjælp til håndtering af sygdommen. Des mere synligt eller generende kræftform, des mere præsent er selve sygdommen for den kræftramte (Jenkins & Pargament 1995:59). Diagnoserne fra Reiki-undersøgelsens deltagere lød på brystkræft (4), livmoderkræft (2), prostatakræft (1), lymfekræft (2), metastaser i leveren (1), modermærkekræft(1), tarmkræft (2), kræft i mavesækken(1), og strubekræft (1). Her må det mest problematiske umiddelbart siges at være strubekræften, da den besværliggjorde indtagelse af føde i en sådan grad, at det var livstruende (det var denne person, der afbrød forløbet). Bryst-, livmoder- og prostatakræften aktiverede flere tanker omkring kønsidentiteten, som det også er vist fra tidligere undersøgelser (Zachariae & Mehlsen 2004:100). I øvrigt viser fordelingen også overvægten af kvinder i undersøgelsen.

I forbindelse med Reiki-undersøgelsen er ti af deltagerne under behandling med kemoterapi eller stråler. Tre er helt færdigbehandlet, mens to er kronisk syge.

Figur 3: Behandlingsforløb

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Kemoterapi	2	3	4	1	
Afsluttet		1	1	1	
Kronisk syg			1		1

Af dem, der modtager kemoterapi er fem recidive, dvs. at der er tale om et tilbagefald. Da de tidligere har haft et kræftudbrud, er de erfarne, hvad angår det etablerede behandlingsforløb, men kan til gengæld i højere grad komme til at føle sig truede på livet. De færdigbehandlede går enten til kontrol, der kan virke angstprovokerende, når man venter på resultatet, eller lider under senfølger.²⁰ Det kan betyde, at man er udsat for stress, trods det at man er erklæret rask, dvs. symptomfri, af systemet. To af dem, der modtager kemoterapi, betragtes som terminale. Den ene dør halvanden måned efter det evaluerende interview.

Figur 4: Sygdomstilstand (indeholder sammenfald og udeladte deltagere)

Alder	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Ny diagnose	2	3	4		
Tilbagefald	1	1	2	1	
Senfølger		1	1		
Terminal	1	1			

Det at få konstateret en kræftsygdom udløser en krisetilstand, og derfor er tidspunktet, hvor man får overbragt diagnosen vigtig i forhold til behovet for religiøse og spirituelle copingstrategier. Der opstår også andre situationer i behandlingsforløbet, hvor der er et øget behov som fx en forværring af ens sygdomstilstand (Ahmadi 2006:89). Derfor er der vigtigt at være opmærksom på patientens placering i behandlingsforløbet.

Figur 5: Diagnosetidspunkt

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
For nylig	2	3	4		
1-2 år siden				2	
2-5 år siden		1	2		1

²⁰ Ved senfølger taler man om alvorlige bivirkninger fra kræftbehandling, fx træthed, ødelagte slimhinder, føleforstyrrelser, problemer med sexlivet eller svært ved at passe sine forpligtelser.

Langt de fleste af de tilmeldte kræftpatienter har som nævnt kun lidt eller ingen erfaring med Reiki-healing. Flere er hyppige brugere af andre former for alternativ behandling, og en enkelt har en Reiki-uddannelse bag sig.

Figur 6: Erfaring med alternativ behandling (indeholder sammenfald)

	Kvinder	Mænd
Healing	6	2
Anden behandling	10	1
Ingen	1	

Samlet set er der tale om en gruppe ressourcestærke kræftpatienter, hvor flere har erfaringer med alternativ behandling, herunder healing. Indstillingen til alternativ behandling er generelt positiv med en vis skepsis. Hvordan de vælger at agere i forhold til Reiki-healing bliver gennemgået i det følgende.

4.3 Kategorisering af deltagerne fra Reiki-undersøgelsen

I min fremlæggelse af empirien har jeg valgt at opstille fem kategorier i forhold til det at modtage Reiki-healing. Det drejer sig om *den tøvende*, *den eksperimenterende*, *den kritiske*, *den søgende* og *den spirituelle* handlemåde. Figur 7 fungerer som oversigt over de forskellige deltagers placering indenfor de fem kategorier. Her kan man sammenligne med alder og danne sig et overblik over den samlede fordeling.

Figur 7: Kategorier efter tilgang til Reiki-behandlingen

Alder	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Tøvende			1		1
Eksperimenterende	1		2	1	
Kritisk	1	1		1	
Søgende		1	2		
Spirituel		2	1		

Fremlæggelsen er et udtryk for et stykke analytisk arbejde, hvor jeg i kraft af denne inddeling afsøger temaer, der er til stede i materialet. Samtidig tilstræber jeg, at tage hensyn til, at der er glidende overgange eller sammenfald mellem nogle af kategorierne ved inddelingen af deltagernes beskrivelser. Dette skyldes til dels at der er tale om at datamaterialet er processuelt, dvs. enkeltpersoner bliver fulgt over tid i et forløb, der forventes at bevirke en forandring i deres tilværelse. Dertil kommer at en videreformidling af ens overbevisninger, ofte tager hensyn til konteksten og derfor kan forandre udtryk alt efter hvilken sammenhæng, man befinder sig i. Ved inddelingen af empirien er det vigtigt at understrege, at den er foretaget ud fra specialets undersøgelsesfelt (se afsnit 1.3) og allerede i sig selv repræsenterer et stort analytisk skridt i fremstillingen. Det er disse områder, der er i fokus, når det bliver vurderet, hvilke handlemåder, der er aktuelle for kræftpatienter, der anvender Reiki-healing som en spirituel copingstrategi.

4.3.1 Den tøvende

Den første måde at tilnærme sig Reiki-healing på kalder jeg for *den tøvende*. Den praktiseres af de personer, der ikke har prøvet healing og alternativ behandling før, eller kun ganske få gange, og som har det, de selv betegner som sund skepsis overfor behandlingens mulige effekt. De har intet eller kun delvist kendskab til behandlingsparadigmet og er orienteret mod den biomedicinske sygdomsforståelse. Men et karakteristiske træk for disse personer er, at dersom de oplever en kropslig virkning, afstedkommer dette, at de åbner sig for behandlingen og det bagved liggende paradigme. Dette eksemplificeres ved en kvindelig deltager med mavekræft, der efter sin anden operation fik problemer med en infektion i operationssåret. Det tog over fem måneder for at hele op og hun har efterfølgende gået til fysioterapi for at få løsnet arvævet, der føles som et stramt bælte hen over maven. Efter fjerde behandlinggang med Reiki-healing har hun følgende oplevelse efter lang tid hos en fysioterapeut med meget langsom bedring:

...så kigger hun [...]og er meget forbavset over, hvordan arret har helet siden sidst.: "Nej, det er pokkers, nu har jeg gået her i over et halvt år og behandlet dig og så sker det hér bare på en uge" siger hun, og hun kunne virkelig se, der var en forandring fysisk. Så tænkte jeg, yes! Så må der være noget om det...²¹

²¹ I alle citater er der en grad af tilpasning af interviewudskriften med henblik på at lette læseligheden.

I dette tilfælde er det tydeligt, at hun ser fysioterapeutens udsagn som en bekræftelse på en reel effekt af Reiki-healingen. Konsekvensen af denne hændelse er, at hun bliver mere interesseret i healing, låner bøger om det på biblioteket og forsøger at tilnærme sig en mere holistisk forståelse af kroppen, end den hun har igennem sin uddannelse som laborant. I det evaluerende interview mener hun, at Reiki-healing har bidraget med at forøge hendes energi, så hun kunne tage på ferie med en veninde, hvad hun ikke havde gjort i årevis, og ønsker selv at fortsætte behandlingen ude hos healeren.

Den anden deltager, der er i denne kategori, besvarer spørgsmålet, om han oplever en effekt af behandlingen med:

Jeg har det godt, når jeg tager herfra. Jeg har en god fornemmelse i kroppen, jeg kan ikke sige sådan noget specielt, hvad det er.

Informanten, der er en ældre mand med prostatakræft, oplever Reiki-healing som varme forskellige steder i kroppen og mener det skyldes healeren:

Hun må jo have en eller anden elektrisk udstråling i hænderne, sådan føler jeg det, for man får jo ikke den varme, hvis der er nogle andre mennesker, der sætter hånden på en.

På spørgsmålet om, hvordan han forstår healing, forklarer han:

Jeg tror nok, det er mere sådan jordnært. Jeg tror ikke på, der er nogen højere magter, der har en finger i spillet.

Ligesom den anden informant er han uddannet inden for et naturvidenskabeligt fag som maskinmester. Han forklarer Reiki-healing ved at indskrive det i et naturvidenskabeligt paradigme og beskriver sine oplevelser af varme ud fra elektricitet. Dette supplerer han med at sin udtalelse om, at han ikke tror, at der er højere magter med i spillet, det er tværtimod healerens evner, der gør udslaget.

Det tyder ikke på at de kræftpatienter, der her er beskrevet, anvender Reiki-healing som en spirituel copingstrategi. Det skyldes faktorer, der relaterer til deres baggrund og sygdomssituation. For det første er de skeptiske i deres forventninger til Reiki-healing, da de indleder behandlingen. Det kan hænge sammen med at begge er diagnosticeret som kroniske kræftpatienter. Deres sygdomsidentitet er defineret omkring at kræften er en uforanderlig tilstand, som de må acceptere. På spørgsmålet om hvor let eller svært de har ved at forestille sig at blive erklæret rask, svarer kvinden:

Jamen det har jeg let ved at forestille mig, for det bliver jeg ikke. Det kan jeg sige nu, for i starten af min sygdom der troede jeg bestemt, at jeg var erklæret rask.

Sygdommen er under kontrol og de oplever sig derfor ikke som truet på livet. Det bevirker, at disse to deltagere ikke er i krise. De befinder sig et sted i tilværelsen, hvor de er kommet overens med deres livssituation om end deres håb om bedring ikke er så stort. Derfor har de ikke har det samme behov for støtte til at håndtere sygdomssituationen, som en nydiagnosticeret kræftpatient. I forhold til deres religiøse orientering og deres indstilling til behandlingsparadigmet er begge uddannet inden for et naturvidenskabeligt fag og derfor vant til at tænke i biomedicinske og mekanistiske baner. Det bevirker at den virkelighedsforklaring, som Reiki-healing repræsenterer ligger dem fjernt. Dog kommer der en åbning til en holistisk forståelse, da den kvindelige deltager mener, at have fået konstateret af en behandler fra det etablerede system, at Reiki-healing virker. Så bliver hendes indstilling langt mere positiv, også når hun møder kritik eller skepsis fra sin omgangskreds. Hun fortæller i den forbindelse:

Jeg har så også snakket med en veninde, som er meget nede på jorden. [...] Hun stillede mig alle de der spørgsmål [...] Så følte jeg at, jeg måtte forsvare mig og sige "Jamen jeg kan jo mærke det!" Det er ikke noget hokuspokus.

På denne måde nærmer hun sig den handle måde, der beskrives i det følgende afsnit, hvor deltagerne er drevet af en nysgerrighed og en større tiltro til, at behandlingen virker.

4.3.2 Den eksperimenterende

Deltagelsen i projektet er for alles vedkommende et udtryk for håb om bedring, hvilket er en drivkraft for mange kræftpatienter, der opsøger alternativ behandling (Damkier 2000:86). Dette håb afstedkommer en villighed til at eksperimentere, som er udtalt for de kræftpatienter med en *eksperimenterende* handle måde. Det er kendetegnende, at de er aktive og opsøger hjælp til deres kræftsygdom. De eksponerer derfor i særlig grad den aktive copingstrategi, som overordnet gør sig gældende for Reiki-undersøgelsens deltagere (se afsnit 2.4.3). Det er karakteristisk for den eksperimenterende måde at agere på, at deltagerne har indvilliget i at afprøve en behandlingsform, som ligger ud over, hvad de kan forklare. Det vil sige de *udfordrer* deres virkelighedsforståelse. En deltager beskriver sin forventning til healing således:

Jeg har haft sådan en forestilling om, at behandleren stod og sagde mærkelige lyde og skulle ryste den her energi ud igen, alt det som hun sugede til sig. Det er stort set det rene plattenslageri det billede, jeg har haft af det! Det har været meget unuanceret, og jeg har heller ikke vidst så meget. Jeg ved fortsat ikke så meget om det, men dog noget mere.

Håbet om at behandlingen udvirker en forandring, sammen med oplevelsen af at være i en krisetilstand, motiverer deltagerne til at revidere deres virkelighedsforståelse. Herved udvider de deres handlemuligheder og tager ansvar for at opnå en bedring. En ung studerende med brystkræft fortæller:

Jeg læste om en græsrod, som havde skrevet en bog om kræft, hvor han sagde: "Jeg har ikke råd til at være skeptisk, jeg bliver nødt til at være åben". Hans horisont åbnede sig [derfor] på en helt anden måde. Der har jeg fået vendt fuldstændig op og ned på mine fasttømrede forestillinger...

Flere af disse deltagere udviser undervejs en åbenhed for den sygdomsforståelse og kropsopfattelse som Reiki-healingen repræsenterer. Som nævnt tidligere ligger den holistiske forståelse ofte tættere på patienters egne kropslige erfaringer. Det afspejler sig i en udtalelse fra den unge kvindelig deltager med brystkræft, der ikke har anvendt alternativ behandling, før hun blev syg.

Det jeg umiddelbart oplever, det er virkelig den der fornemmelse af fysisk velvære, som også på en eller anden måde skaber en mental balance. Jeg tror, det hænger meget, meget tæt sammen.

En kvindelig lærer i midten af 50'erne, med metastaser i leveren fra en tidligere behandlet tarmkræft, supplerer denne opfattelse ved at beskrive sit forhold til det etablerede behandlingssystem:

Det kan det være hårdt at komme på hospitalet, fordi det fokuserer så meget på sygdommen, hvor det her [healing] ligesom tager hele mig ind, og jeg kan være medbestemmende til nogle ting, hvad vil jeg spise, [...]hvad skal vi heale på, eller rense ud, som healeren siger.

Derudover tilbyder Reiki-healeren et terapeutisk rum til at bearbejde de eksistentielle aspekter, der er forbundet med at være syg. Det kommer til udtryk ved at adskillige deltagere sammenligner det med at gå til psykolog. En mand i begyndelsen af 60'erne med

tarmkræft og forpligtelser med to små børn og en bondegård at passe, beskriver det som det vigtigste ved behandlingsforløbet:

Selve healingen ved jeg ikke rigtigt, hvordan har virket rent fysisk, men psykisk har det været godt.²²

En ung kvindelig studerende med brystkræft forklarer det således:

Jeg har gået til psykolog flere gange i mit liv, og jeg synes, jeg har haft svært ved at få det optimale ud af psykologsamtalerne. Jeg reflekterer for meget, jeg har for meget hjerne ind over hele tiden. Det fantastiske for mig ved healingen har været, at via nogle ret enkle visualiseringer har jeg kunnet kommet direkte ind bag de der refleksionslag, og det har flyttet nogle ting på en måde, som egentlig har været meget mere effektiv.

Her optræder der tegn på, at deltagerne anvender Reiki-healing som en copingstrategi, der bearbejder de eksistentielle udfordringer, der optræder som kræftramt. Reiki-healing stimulerer til at blive anvendt som en spirituel copingstrategi derved, at teknikkerne er hentet fra en spirituel forståelsesramme²³. Men da deltagernes fokus er et eksistentielt udbytte og de ikke ser sig selv som om de praktisere spirituel adfærd, vil jeg undlade at kategorisere deres intention med behandlingen som spirituel coping. Men det er meget nærliggende, ligesom når de opnår følelsen af *empowerment*. Det er en følelse af, at de ved at modtage Reiki-healing gør en indsats for at forbedre deres tilstand. At de selv tager ansvar i forhold til deres sygdom i stedet for at lade sig behandle passivt i det etablerede sundhedssystem. En kvindelig deltager med metastaser i leveren fortæller:

Det er godt at gå ind og prøve nogle andre ting, altså selv at tage hånd om sit liv frem for at sætte sig passivt ned og vente og sige, nu har den her skæbne ramt mig, og så kan jeg nok ikke gøre andet.

Virkingen af at tage ansvar bliver uddybet af samme kvinde:

Jeg tror, at når [...] man selv kæmper for at blive rask, så har man en større chance for at komme godt ud på den anden side. Og det føler jeg,

²² Deltageren fulgte et forløb hos den Reiki-healer, der benyttede sig af kropsscanning. Hun gav en efterfølgende opsamling når behandlingen havde fundet sted, hvor hun formidlede sine fornemmelser til klienten, samtidig med at hun optog det, så personen kunne få det med hjem. Det har bevirket at flere af hendes klienter har fået et ekstra udbytte af den forhandlingssituation, som samtalen udgør.

²³ Her er der tale om visualisering, meditation, afslappende musik enten i form af naturlyde eller mantraer og på den påståede overførsel af energi.

jeg gør, i og med at jeg tager en beslutning om, at jeg vil have healing sideløbende med, at jeg får kemoterapi.

Trods det at behandlingen tillægges betydning for helbredet, betragtes den mest som et **supplement til den etablerede behandlingsform**. En sygeplejerske i midten af 50'erne, der tidligere har haft brystkræft og nu er ramt af lymfekræft siger:

Det vil aldrig være noget med, at jeg ville turde droppe kemoterapien og så kun få healing [...] for jeg ved, jeg har en aggressiv cancertype. Jeg tror for lidt på det til at det det overhovedet ville kunne ske.

En kvinde udtaler:

Jeg tror, healingen har hjulpet, men jeg tror også, at kemoterapien har hjulpet. [...] hvis kemoterapien har hjulpet 80%, så har healingen i hvert fald hjulpet 20 %.

En anden vægter lidt mere i healingens favør:

Jeg tror, at det at tumor er skrumpet så meget, som den er, helt sikkert ikke er kemoterapien alene. Jeg tror, kemoterapien har gjort en stor del af det, men det er kombinationen med healing og med visualisering, der har gjort, at den er skrumpet så meget, som den er.

Kræftramte med en afprøvende eller eksperimenterende adfærd i forhold til Reiki-healing evaluerer, at de har et fysisk og psykisk udbytte af behandlingen. Kvinden, der oplever, at hun tager ansvar for sig selv ved at få Reiki-healing, siger:

Jeg tænker anderledes på min krop, hvordan jeg skal passe på den med sundhed og noget, det styrker mig i det. At jeg skal være varsom med min krop, hvad jeg udsætter den for. Det er ikke en fremmed tanke for mig, inden jeg blev syg. Men jeg synes, den har bestyrket mig i det at holde kroppen sund.

En kræftramt mand i starten af tresserne udtaler om den psykologiske betydning:

Jeg tror, det kan have meget betydning for, om jeg bliver rask, at jeg ligesom har mere kendskab til mig selv, til hvordan jeg er og reagerer.

Tidligere nævnte kvindelige studerende beskriver sit udbytte af Reiki-healing:

Når jeg går fra healingen, er der en følelse af at have en balance på det fysiske niveau, der gør mig i stand til at se tingene klarere også mentalt.

Til forskel fra den tøvende handlemåde er baggrunden for deltagerne i denne gruppering, at de alle sammen er under behandling med kemoterapi, flere med recidiv kræft og at de anvender andre alternative behandlingsformer ved siden af Reiki-healingen. Deres sygdomsforståelse er som udgangspunkt præget af biomedicinske årsagsforklaringer og deres forståelse af healing og den virkning, behandlingen afstedkommer tilskrives behandlerens særlige evner. Men de flytter sig i kraft af deres positive erfaringer. Den kvindelige sygeplejerske oplever i løbet af behandlingsforløbet at få fjernet sine smerter i maven, der er en bivirkning fra hendes kemoterapi. Hun illustrerer denne udvikling og hendes virkelighedsforståelse bliver præget af de erfaringer, hun gør sig under healingen. Et sted hen imod slutningen af forløbet udtaler hun:

Der må være en eller anden energi, som går ind og påvirker, det tror jeg på. For det er jo en oplevelse - altså en fornemmelse jeg har. Hvis jeg sagde det til en læge, så ville han sige, at jeg er bindegal. Men det tror jeg. Læger tror ikke på det.

Jeg vurderer i kraft af disse eksempler, at der er ansatser til at anvende Reiki-healing som spirituel copingstrategi blandt kræftpatienter med en eksperimenterende handlemåde. Det viser sig ved, at der forekommer visse forandringer i sygdomsforståelse grundet de erfaringer, deltagerne gør sig i forløbet

Deltagerne tager stadig afsæt i det biomedicinske paradigme, men støtter sig til Reiki-healing som et redskab til at opnå selvindsigt og tage ansvar for deres livssituation. Deres grundlæggende holdninger eller tilværelsesforståelse er dog forholdsvis uforandrede. Det står i modsætning til deltagere, med en søgende adfærd, der tilstræber at opnå indsigt og selvforståelse, samtidig med at de søger en ny virkelighedsforståelse. Men inden de beskrives, vil forholdene omkring de kræftpatienter, der oplever en skuffelse eller føler sig fejlbehandlede blive belyst.

4.3.3 Den kritiserende

Til forskel for de andre handlemåder, er der ved *den kritiserende* tilgang tale om, at der i behandlingsforløbet er blevet sat spørgsmålstegn ved Reiki-healerens kompetencer, eller at behandlingen ikke kunne leve op til de forventninger, som deltageren har gjort sig. Det drejer sig om tre forskellige tilfælde, som præsenteres enkeltvist. Fællestrækkene for to

af eksemplerne er en konflikt med behandleren (vel at mærke ikke den samme). Udgangen af konflikten divergerer, således at den ene deltager afbryder forløbet helt og den anden bliver overført til en anden behandler.

Den kvindelige deltager, som vi vælger at henvise til en anden healer, er tidligere behandlet for kræft i æggestokkene og afventer svar fra sine kontrolprøver i begyndelsen af behandlingsforløbet, hvor konflikten finder sted. Om at modtage Reiki-healing på daværende tidspunkt, siger hun:

Den periode var jo helt overskygget af, at jeg skulle have en scanning og have svar på scanningen, så jeg kunne slet ikke rumme det.

Hendes baggrund som læge og psykiater, samt at hun er en jævnaldrende, indvirker på healeren, der føler sit virkelighedsbillede udfordret. Deltageren har ellers praktiseret meditation og udøvet akupunktur i forbindelse med sin lægegerning og er åben overfor at tale om energi og selvhelbredende kræfter, der er en spirituel livsanskuelse i samklang med healerens. Deltageren oplever dette som problematisk efter første behandlingsgang:

Den form for omsorg, hun vil give verbalt, den har jeg meget, meget svært ved at tage. Den afviser jeg i virkeligheden...

Healeren gengiver sine vanskeligheder ved samarbejdet med at beskrive, hvor vred og kritiserende hun oplever deltageren, der ikke vil høre tale om sin vrede. Min kollega, der overvære de første behandlingsgange registrerer ligeledes, hvordan deltageren kritiserer forskellige dele af projektets udformning, sin transporttid og de udgifter der er forbundet med at deltage i forskningsprojektet. Pga. at healeren oplever klientkontakten som aldeles udfordrende, vælger min kollega og jeg at overføre deltageren til en anden healer, hvad deltageren er god tilfreds med. Hun beskriver efterfølgende konflikten således:

Jeg oplevede, hun sagde, jeg var vred, mens jeg oplevede, hun var vred på mig! Det må jeg sige, det tænkte jeg meget over bagefter. Det var som om, jeg ikke gjorde, som hun ville have. Sådan var min fornemmelse. Jeg gav hende ikke det, hun ville have, og så blev hun irriteret, eller så begyndte hun at overdynde mig med, at jeg skulle det ene, og jeg skulle det andet. Sådan oplevede jeg det. Så vores kemi passede ikke specielt godt sammen, det gjorde den ikke. Jeg kunne også godt mærke, at hvis jeg havde valgt frivilligt, så ville jeg ikke være fortsat hos hende.

Det er vreden, der er omdrejningspunkt for den uenighed, der bliver ødelæggende for behandlerforholdet. Som nævnt i afsnit 3.1.1 er forhandlingssituation central, hvis healing skal virke som et helbredelsesritual. I forbindelse med denne deltager har Reiki-healeren været nervøs på forhånd, da hun er blevet informeret om deltagerens faglige baggrund og forventer en del modstand. Der er derfor lagt op til en autoritetskonflikt, der ikke begunstiger samarbejdet. Det vanskeliggøres yderligere af healerens tolkning af klientens vrede, og klienten ikke accepterer den forklaring. Det gør det svært at forhandle sig frem til en fælles forståelse, som de ovenstående citater danner belæg for.

Den anden deltager, der afbryder forløbet, indleder sin kontakt med mig ved at fortælle store dele af sin sygdomshistorie på telefonen, allerede før han starter behandlingsforløbet op. Hans beretning er præget af harme over systemet og de fejlbehandlinger, han har været udsat for. Han er et sted i 40'erne, og hans liv består for en stor del af at have måttet kæmpe. Han giver udtryk for at føle sig misforstået og svigtet. Han lider af strubekræft og er tvunget i behandling af sin familie, da han ellers er terminal. Han har ikke noget nært netværk at trække på, lever alene og er på overførselsindkomst, trods sin baggrund som både skabende kunstner og som akademiker.

Det, at han har strubekræft og får både strålebehandling og kemoterapi, bevirker, at han har yderst vanskeligt ved at indtage føde. Han møder således op til første Reiki-healing med en sonde stikkende ud af næsen. Han har måttet overgive sig til at indtage føde af den vej, da det at spise er for smertefuldt. I sit syn på virkeligheden tager han udgangspunkt i kvantefysikken, er positivt indstillet til alternativ behandling og har prøvet at modtage healing før.

Den indledningsvise kontakt til healeren er god. Han bemærker flere gange at hans krop tager godt imod. Under interviewet²⁴ siger han, at han skelner mellem selve behandlingen og så den efterfølgende samtale, hvor han bedst kan bruge healingen til noget, og ikke de efterfølgende beskeder. Ved tredje behandlingsgang får han at vide af healeren, at han bliver nødt til at arbejde med sin vrede, hvis han vil være rask. Healeren taler om ansvaret for sit eget helbred, og det opfatter deltageren som, at han selv er skyld i sin sygdom. Dette perspektiv, har han gjort meget for at fralægge sig, da han mener at sygdommen skyldes udefrakommende ting, som den fejlbehandling, han gør rede for i begyndelsen af forløbet. Han mener grundlæggende, at der findes uretfærdighed, at det

²⁴ Deltagerens interview er ikke blevet transkriberet, da han ikke nåede at gennemføre et samlet og struktureret forskningsinterview, før han afbrød forløbet.

ikke behøver at være ens egen skyld, når der er begivenheder i ens tilværelse, der forårsager lidelse eller er en eksistentiel udfordring.

Ved det, der bliver den sidste behandling, kommer det til en konfrontation på dette synspunkt. Healeren mener at deltagerens vrede står i vejen for hans helbredelsesproces og at han må slippe den, da han ellers vil opleve sit liv og sin sygdom som et martyrium. Deltageren oplever, at han bliver afvist og mener også, at styrkeforholdet mellem ham og behandleren har forrykket sig. Dette, kombineret med hans fysiske tilstand, gør, at han vælger at afbryde forløbet. Det har ikke været muligt efterfølgende at få hans kommentarer til det samlede forløb, ud over en enkelt telefonsamtale, hvor han forklarer sin version af episoden. Fra en terapeutisk vinkel er det tydeligt, at han ikke føler sig mødt i sin vrede, som han ellers forsøger at anvende konstruktivt i form af en daglig meditation inspireret af Lance Armstrongs kamp mod kræften.²⁵ Han kommer til at føle sig såret og misforstået, da healerens udtalelse rammer ind i den skyldsproblematik, han forbinder med at skulle tage ansvar for sin sygdomstilstand.

I begge tilfælde er vreden et tema som Reiki-healeren opfordrer klienten til at arbejde med. Det har udløst følelser af afvisthed og utryghed, der for mig at se bunder i, at behandleren ikke har været i stand til at tage vare på, hvor klienten befinder sig i sit behandlingsforløb. For begges vedkommende er de positivt indstillet i forhold til selve Reiki-healingen, men kritiske overfor behandlerkontakten. Det afspejler at selve behandlingssituationen, som teorien om healing som et helbredelsesritual redegør for, består af flere dele, der skal lykkes, før klienten er i stand til at opnå tilfredshed, som er forudsætningen for at bruge Reiki-healing som en positiv spirituel copingstrategi.

Ahmadi, der gør brug af Pargaments teori om positiv og negativ religiøs coping, gør opmærksom på, at spirituelle copingstrategier ligeledes kan anvendes negativt og positivt. Der kan være at elementer fra de to nævnte deltagers måde at agere på i forhold til Reiki-healing, er udtryk for en negativ copingstrategi. Det bliver bedst eksemplificeret ved den første deltagers manglende åbenhed til at tage imod støtte og omsorg fra en person med tilknytning til et spirituelt verdensbillede. Det er hos Ahmadi kategoriseret som en negativ copingstrategi, betegnet som utilfredshed med det spirituelle netværk (Ahmadi 2006:117).

Hos den anden deltager er det tæt på at være af den samme kategori. Blot med den drejning at han eksplicit forholder sig til sin vrede, før behandleren tematiserer det, da

²⁵ Lance Armstrong er cykelrytter og har skrevet bogen *"Hvert sekund tæller"* om at besejre kræften og bruge sin viljestyrke til andre formål, i sit eget tilfælde at vinde Tour de France syv gange.

han anvender det som drivkraft i sin daglige meditation og som en kritisk evne i forbindelse med strålebehandlinger, som er angstprovokerende for ham. Dvs. han har allerede etableret en spirituel copingstrategi, som healeren på sin vis udfordrer, ved at problematisere hans helbredelsesproces, og aktivere derved hans skyldfølelse over at være blevet syg. Det er dette, han reagerer på ved at afbryde forløbet. Her må man sige, at forhandlingssituationen mellem klient og behandler ikke er lykkedes, trods et verdensbillede, der er meget overensstemmende.

En anden negativ copingstrategi, der relaterer til de beskrevne konflikter, er det at se sygdomsårsagen som en straf fra en højere magt eller Gud. Den er til stede i datamaterialet eksemplificeret ved en kvinde i begyndelsen af 30'erne, der er ramt af modermærkekræft. Hun møder op til Reiki-healing sammen med sin mand, der har taget orlov fra sit arbejde fordi han passer hende, mens hun er døende. De har et barn på tre år, hvis fødslen bliver igangsat en måned før tid, da man dengang opdager de første tegn på kræften. Efter fødslen begynder hun i kemoterapi og opfatter sig som rask, indtil hun konstaterer flere tumorer fordelt forskellige steder på kroppen. Der findes ingen effektiv kemoterapi mod modermærkekræft, så hun er terminal, da kræften har spredt sig til hjernen. Hverken kvinden eller manden har anvendt alternativ behandling, heller ikke i forbindelse med det tidligere kræftforløb. De er begge uddannet bankrådgivere og virker som etiske mennesker, med en religiøs orientering imod kristendommen. Det kommer frem under interviewet, hvor der spørges ind til hendes tro.

Jeg er ikke specielt troende, jeg er sådan ganske almindelig skabskristen, eller hvad det hedder. Men det er klart, jeg har været frustreret over, at Herren har ladet det her ske, og jeg har spurgt meget til, hvorfor har Du ladet det ske? Hvad er det, er det en straf for noget, jeg ikke har gjort godt nok i min tid her? Så jeg spurgte meget til, hvorfor lige mig, og hvad har jeg gjort, og jeg er egentlig kommet frem til den konklusion, at det har ingen ting med Gud at gøre. Det er djævlens værk, og det er kun djævlens værk, og det eneste, jeg kan gøre, det er bare få det bedste ud af den tid, vi så har her og få det bedste ud af det liv, jeg har med min familie. Og så er jeg sikker på, at Herren holder hånden over mig og sørger for, at jeg vil få et godt liv, og jeg vil få et langt liv i forhold til, hvad der måske ellers var tilskrevet mig.

Denne sygdomsforståelse er udtryk for en negativ *religiøs* copingstrategi, kaldet dæmonisk omvurdering (*Demonic Reappraisal*) ud fra Pargaments copingstrategier, som Ahmadi overtager i sit materiale (Ahmadi 2006:106). Hvilken indvirkning det har at

deltageren forklare sygdomsårsagen ud fra at det er djævlens værk, skal holdes op imod de andre copingstrategier, hun benytter sig af. Der er meget støtte fra hendes nærmeste pårørende, der betragter sygdommen som et fælles anliggende. Både hende og hendes mand er meget nøgterne og foretrække oplysninger omkring sygdommens udvikling frem for blødgørende beskeder. De beskriver selv deres strategi overfor sygdomsforløbet, som at de forholder sig til det værst tænkelige scenarium:

Man er nødt til at tage stilling til worst case. Men man kan så sige, at omvendt er det også meget naturligt som menneske at sige, "Nej, det vil jeg slet ikke tænke på, det bliver ikke relevant." Men det betyder kun, at hvis det er, at worst case sker, så har man ikke taget stilling til det, man er ikke forberedt på at håndtere det, og hvis ikke det sker, jamen så er det jo bare gratis bekymringer. [...] Jeg har følt, at det her er et konkret problem. Det er en udfordring, vi har i vores familie, og vi er nødt til at tage hånd om det. Fordi det er ligesom at lave brandøvelser på skolerne, det gør man jo heller ikke først, når der er ildebrand altså. Og sådan har jeg meget set det.

I dette tilfælde anvendes en problemorienteret copingstrategi frem for en emotionelt orienteret (afsnit 2.3.1). Eksemplet antyder, at deltageren bruger forskelligartede copingstrategier til at håndtere udfordringer af eksistentiel, spirituel eller religiøs art. I dette tilfælde er der tale om en kombination af en negativ religiøs copingstrategi i forhold til sygdomsforståelse og en positiv eksistentiel copingstrategi overfor sygdomsforløbets udvikling. De er henholdsvis emotionel- og problemorienteret. Der er dermed tale om, at kræftramte kombinerer copingstrategier, hvad vi vil se nærmere på i det følgende.

4.3.1 Den søgende og den spirituelle.

Kategorierne, jeg placerer deltagerne indenfor, kan ses som en gradsinddeling af de tendenser, der går igennem materialet. Generelt er der hos deltagerne en nysgerrighed og åbenhed overfor behandlingsparadigmet som Reiki-healingen repræsenterer. Det gradvise består i en vurdering af hvor stærk en tilknytning til paradigmet eller en udvikling i den retning, der afspejler sig i de individuelle forløb. Det udslagsgivende i forhold til kategoriseringen er, i hvor høj grad dette verdensbillede bliver accepteret og integreret i personens virkelighedsforståelse og dermed fungerer som en spirituel copingstrategi.

Denne gradsinddeling gør sig også gældende for de sidste to handlemåder *den søgende* og *den spirituelle*, der bliver behandlet i samme afsnit, da der er flere lighedstræk, heriblandt at de på forhånd orienterer sig mod et spirituel verdensbillede.

For begge kategorier er der tale om personer, der har anvendt alternativ behandling, før de fik konstateret kræft. Det er kvinder mellem 43 og 54 år. De har alle en mellem- eller videregående uddannelse, indenfor sundhedsvæsenet, politiet, it-branchen og design. To af personerne er under behandling for recidiv brystkræft, to lider under senfølger og de sidste to er forholdsvist nydiagnosticeret og i kemoterapi under behandlingsforløbet. Som nævnt gælder det for både de søgendes og de spirituelles vedkommende, at de har en interesse for en spirituel livsforståelse, der viser sig i deres sygdomsforståelse. Her fortæller en 43-årig kvinde med lymfekræft, der har fået fjernet en tumor på størrelse med en appelsin, der truede med at kvæle hende, at hendes livsførelse ikke disponerer til kræft. Hun har tænkt over, hvad der har fået tumoren til at fylde så meget, men har valgt at droppe selvbebrejdelserne. I stedet beskriver hun effekten af at have fået kræft:

Jeg synes mere, at få kræft gør, at der er så mange ting i en selv, der ændrer sig. Der er nogle ting bagefter også i forhold til min opvækst, jeg har måttet tage en større tur med. Der kan jeg da godt se, at jeg har og har haft nogle uhensigtsmæssige mønstre for mig selv, som har været min måde at finde min plads i den måde, jeg er vokset op på, og som jeg så bliver nødt til at bryde med nu, og så bliver det meget mere magtpåliggende at bryde med den måde at være på.

Hendes udgangspunkt for at beskrive sin sygdomsopfattelse er en biomedicinsk sygdomsforståelse, hvor kræft er forårsaget af en uhensigtsmæssig livsstil eller er genetisk betinget. Men derefter antyder hun at årsagen til hendes kræft er psykosomatisk, dvs. skyldes at hun på en eller anden måde har givet plads til kræften i hendes liv. Dette perspektiv afviser hun samtidigt, for at håndtere den skyld, der dukker op og som ikke opleves som konstruktiv. Men hun uddyber sine overvejelser ved at henvise til, at kræften skyldes en personlighedsstruktur, som hun har med sig fra barndommen. Ved hjælp af sygdomsforståelsen indskriver hun kræftsygdommen i sit livsforløb, så der er en forbindelse mellem hendes opvækstvilkår og de adfærdsmønstre, hun har tillært sig, som så forårsager, at der bliver skabt grobund for at hun får kræft. Det er i overensstemmelse med den sygdomsforståelse som Reiki-healeren ofte fremkommer med under forhandlingssituationen.

Hos en 50-årig kvinde med tarmkræft kommer forhåndskendskabet til den holistiske tankegang, der også kendetegner den søgende tilgang, til udtryk ved, at hun genkender de elementer, som Reiki-healeren arbejder med i sine behandlinger. Hun fortæller:

For mig er det såmænd ikke så meget hokuspokus, fordi jeg siden, jeg var teenager, har haft en intellektuel bevidsthed om, at vi har en aura, og vi har nogle energibaner.

Hun har længe haft etableret en intellektuel forståelse af et spirituel verdensbillede, som i kombination med et naturvidenskabeligt paradigme fungerer som hendes orienteringssystem. Hendes sygdomsforståelse ligger tæt op ad den ovenfor nævnte deltager, hvilket kommer frem i den mening, hun tillægger sin sygdomstilstand:

Det med selvudvikling og skifte spor er helt klart ting, jeg har haft i tankerne. Et eller andet sted ved jeg godt, at det måske er det, jeg skal lære af det her. Jeg har trods alt også den indstilling til livet, at der ikke er noget, der er sket, uden at det er godt for noget andet. Der er da noget, jeg skal lære af det her, og det vil berige mig i den sidste ende. Det er min indstilling.

Hendes kræftsygdom får mening ved at lære hende noget. Sygdomstilstanden anvendes til selverkendelse, og kan ses som et eksempel på at krisen indeholder udviklingsmuligheder, som det blev berørt i afsnit 2.4.2. Deltageren med tarmkræft arbejder i it-branchen og er under normale omstændigheder meget energisk og initiativrig. Det har derfor haft stor betydning for hendes selvbillede, at hendes sygdomstilstand indbefatter pludselige træthedsanfald. Hun beskriver det således i begyndelsen af forløbet:

Jeg har været vant til at have ubetingede ressourcer. Jeg har bare virkelig kunnet fyre den af, har også gjort det, så det er virkelig underligt at skulle tænke på sig selv som en, der har brug for at slappe af og hvile sig og ikke have energi til sig selv.

I løbet af behandlingsforløbet oplever hun at få mere energi ved at modtage Reiki-healing. Det har en stor indvirkning på hende, da trætheden fra kemoterapien og de hensyn hun har været nødt til at tage, har fremkaldt en lettere deprimeret sindstilstand. Hun beskriver, hvilken virkning hun tillægger at have modtaget Reiki-healingen:

Total forandring, fuldstændig! Jeg føler mig som et nyt menneske eller i hvert fald føler jeg mig faktisk, som jeg husker, jeg var engang. Jeg er utrolig glad og tryk ved at have fundet ud af, at der findes et værktøj. Fordi næste gang jeg ingen energi har, så kan jeg tænke, jeg skulle måske prøve noget healing. Det er jo dejligt at vide, at det eksisterer.

Jeg vurderer, at det er en spirituel copingstrategi, når hun benytter sig af Reiki-healing som en teknik, der styrker hendes energiniveau og får de depressive tendenser til at forsvinde. Det, der adskiller hendes søgende tilgang fra at være en spirituel, er hendes egen skelnen, at hun gør det ud fra nysgerrighed. Men samtidig har hun en forståelse af de fænomener, der optræder og taler om, at hun vil lære at praktisere selvhealing i fremtiden. Hun tilnærmer sig dermed det at have en spirituel praksis, der er det afgørende kendetegn for den spirituelle tilgang til Reiki-healing. Der bliver det en overbevisning, der også er til stede i personens dagligliv. Det kan være at den først bliver vakt til live af at påbegynde Reiki-behandlingsforløbet.

En designer med brystkræft for anden gang og alenemor til to, fortæller i slutningen af sit forløb:

Jeg er blevet meget begejstret for healing, så jeg har faktisk tænkt mig at fortsætte. Det har rykket mig tættere på at beskæftige mig mere med min åndelige side. Hvor jeg før har haft et meget distanceret forhold til det,[...] har jeg taget skridtet og fundet ud af, at jeg også skal gøre noget. Altså ikke kun have intellektets indsigt, men bruge det mere intuitivt og handle på det. Det er det, der hjælper.

Hun beretter om, Reiki-healing er en spirituel vækkelse for hende,.

Det har ramt noget i mig, som er vågnet, eller som har ligget latent. Det kan jo være svært at vide hvilken vej, man egentlig skal tage. Skal man bede, eller det ene eller det andet? Hvordan får man den kanal åbnet, så man får mere energi? Og så har healeren meget simpelt sagt: "Jamen, den er der jo. Man skal bare hente den!" Og så har hun vist mig hvordan man gør. Nu har jeg overvejet, at hvis jeg selv kan gøre det, så kan jeg måske også lære noget mere. Så jeg overvejer at tage på nogle kurser.

Reiki-healing aktiverer hendes underliggende livsanskuelse og får hende til at se sin tilværelse i et andet lys og at handle på det i det daglige. Hun får et nyt perspektiv på sin sygdomstilstand og fortæller andetsteds at hun er opmærksom på, at ændrer de vilkår, som hun mener har skabt grobund for, at hun har fået brystkræft for anden gang. Hendes motivation for at skabe forandring er høj, da hun både har recidiv kræft og bærer på et ekstra ansvar som enlig forsøger. Hun er eksempel på en kræftpatient, der med held anvender Reiki-healing som en spirituel copingstrategi.

Det samme er tilfældet med en sygeplejerske, der er blevet skilt kort tid før hun får konstateret brystkræft for anden gang. Hun er i forvejen engageret i en spirituel metode,

kaldet *The Work*, hvor man undersøger sine mentale forestillinger og den indflydelse de har på ens tilværelse (www.thework.com). Det er en form for meditativ praksis med et terapeutisk sigte, der arbejder fint sammen med Reiki-healing. Hun praktiserer dermed allerede en spirituel copingstrategi, som hun kombinerer med Reiki-healing. Hun beskriver en oplevelse, hun har under en af de sidste behandlinger, der medvirker til at forandrer hendes syn på tilværelsen.

Jeg har egentlig haft flere gange, hvor jeg har haft en fornemmelse af bare at være. At kroppen ligesom ikke var kroppen, men bare energi, som gik gennem mig. Man kan sige, at energien var noget, der bare flød frem og tilbage og på den måde dannede kroppen.

Hun beretter om, at oplevelsen af kroppen som energi, bragte hende en erkendelse af liv som noget sammenhængende, der er i os alle sammen, og som også er der efter døden. Dermed bruger hun Reiki-healing som spirituel copingstrategi, vha. en kropsligbaseret erfaring, der rækker ud over intellektets niveau. Dette eksempel viser, at Reiki-healing dækker behovet for spirituel coping. Det uddybes i følgende udsagn fra samme deltager:

De fleste finder ud af, at der er nogle ting, man må tage op til overvejelse, når man bliver syg på den måde. Det er der slet ikke nogen, der taler om i det etablerede system, altså mere åndelige og spirituelle ting, det er der ikke! [...] Der tror jeg, at nogle af de alternative metoder - healing og lignende - er bedre til det at få sat ord på det, man ikke selv rigtigt ved, hvad er.

Hun fortsætter med at give et personligt eksempel på dette behov:

Jeg kan huske første gang, jeg var syg, hvor jeg fik det sådan en periode at jeg græd og græd. Det var ikke, fordi jeg var ked af det, men jeg havde bare sådan en kærlighed til livet. [...] Jeg kan huske, jeg tænkte, jeg må ud og snakke med den præst ude på Herlev, han kan nok forstå det, og så gjorde jeg det ikke alligevel. Jeg følte mig fuldstændig alene med det og blev skidebange for at være ved at blive religiøs på en eller anden måde, og det ville jeg i hvert fald ikke være. Så jeg undertrykte det.

Hun fortsætter med at sætte det i relation til sin erfaring med Reiki-healing og alternativ behandling som støtte til spirituel coping:

Dengang var det ukendt, og jeg skulle ligesom overgive mig til noget, som jeg ikke rigtig vidste, hvad var for noget. Folk forstod det simpelt

hen ikke. [...]Det er et behov, og jeg tror virkelig, at mange af de alternative kan hjælpe med det på deres mærkelige måde. Man kan sige, psykologer også gør det, men det er i Danmark stadig væk meget intellektuelt, synes jeg. De kommer i hvert fald ikke selv med noget i den mere åndelige retning. Hvis man kommer med noget, så oplever jeg, at de gerne snakke med én om det. Men der er ikke den der lille hånd der starter det. Ja, så jeg synes virkelig, jeg har fået øje på, hvor utrolig udsultet det er, i hvert fald der hvor jeg kommer i det danske samfund.

Den sidste deltager i denne kategori er bogbinder og nyligt opereret for brystkræft. Hun får derfor kemoterapi, men har valgt dele af den efterfølgende behandling fra, og oplever at hun bliver behandlet som en såkaldt *ulydig patient*. Hun er tilhænger af det holistiske paradigme og har selv taget kurser i Reiki-healing og er desuden astrolog og zone-terapeut. Hun beskriver virkningen af sit Reiki-behandlingsforløb således:

Jeg føler, jeg har fået tømt min psykiske skraldespand, [...] så jeg ikke behøver at bære på det. Sket er sket, og det kan vi ikke lave om på, det skal vi heller ikke, det er ok. Det skete er der, men det fylder ikke så meget, så det behøver man ikke at sidde og synke fast over, det er muligt at komme videre. Jeg synes, at det har hjulpet mig rigtig, rigtig meget.

Omkring virkningen af Reiki-healing siger hun:

Jeg kan bare mærke, jeg bliver stærkere og stærkere for hver gang, måske ikke så meget fysisk, men meget psykisk. Jeg har hængt med skuffen, der er jeg virkelig blevet samlet op, helt fantastisk.

Hendes udsagn understøtter en tendens blandt både de søgende og de spirituelle, til at anvende Reiki-healing til at få bearbejdet psykiske aspekter, der enten aktiveres af deres sygdomstilstand, eller som de oplever, er forbundet med årsagen til at de er blevet syge. Flere har ligesom denne deltager forklaret, at de har fået hjælp til at komme ud af en begyndende depression. Depression er en udbredt tilstand blandt kræftpatienter, hvor et relativt stort antal udvikler en klinisk depression og flere oplever at være nedtrykte og triste (www.cancer.dk). Dette er eksemplificeret ved deltagere i Reiki-undersøgelsen, der kommer ind på at de har følt sig trætte, uoplagte, slukøret eller i kulkælderens. Deres beretninger indeholder en beskrivelse af den forandring, de føler, at de har undergået ved hjælp af Reiki-healing. For den sidstnævnte deltager har det betydet meget at være deltager i forløbet:

Jeg synes, det har været overvældende at få lov til at være med til, for jeg kan virkelig mærke, jeg har fået en personlig gevinst, og den kan jeg slet ikke måle og veje eller gøre op i kroner og ører. Det har været så forrygende. Det er nok det bedste, der er sket i alt det her!

I dette udsagn vurderer hun, at Reiki-healingen og den hjælp, hun derigennem har fået til at håndtere sin psykiske bagage, er det vigtigste ved hele sygdomsforløbet. Her ser man klart, at hun anvender Reiki-healing som coping ud fra en spirituel tilgang, da hun i forvejen er grundigt inde i det spirituelle virkelighedsbillede og orienterer sig efter det i en krise. Hun udtrykker sin taknemlighed over, at have fået lov til at være med i projektet:

For mig har det her været en Guds gave, det er helt sikkert! Det gør så også, at jeg fortsætter lidt endnu, for jeg har noget, en hemmelighed, jeg skal lære endnu; livet skole er lang!

Fælles for alle deltagerne er at de har udtrykt et behov for hjælp til støtte i en krisepræget situation, som deres kræftsygdom er blevet oplevet som, og at de har opsøgt et forskningsprojekt om healing for at afprøve om der skulle være lindring og hjælp at hente her. Evalueringen af de forskellige forløb, som deltagerne selv har foretaget i det afsluttende interview har spændt fra et afbrudt forløb til at beskrive virkningen af Reiki-healing som et velbehag og at være yderst taknemmelig og føle at det har været helt uvurderligt. I det følgende vil jeg diskutere de forskellige tilganges brug af Reiki-healing som spirituel copingstrategi som en optakt til den endelige konklusion.

4.4 Delkonklusion : Tilgange til Reiki i de fem kategorier

I dette afsnit opsummerer jeg min fremlæggelse og analyse af empirien ved at præcisere hvilke deltagerne fra de fem forskellige kategorier, der bruger Reiki-healing som spirituel copingstrategi og i hvilken grad. Dette sammenholder jeg med baggrundsfaktorerne, hvilket adresserer et af underspørgsmålene fra problemformuleringen, hvor jeg ønsker at undersøge hvilke faktorer der har indflydelse på dette. Slutteligt redegøres der for sammenhæng mellem tilgangene til Reiki-behandlingen og sygdomsstadiet hos informanten.

Ved de deltagere, der udviser en **tøvende** adfærd, ser man at behandlingen øger deres velvære og overskud i hverdagen. Men det er de fysiske virkninger frem for støtte til at

finde mening med sin sygdom og livssituation, der tillægges betydning. Oplevelsen af behandlingens fysiologiske virkning synes dog at bidrage til en større interesse for baggrunden for behandlingsformen. De kræftpatienter, der er i denne kategori, er ressourcestærke og har gennemlevet krisen i forbindelse med kræft. De er typisk ikke blevet socialiseret ind i en sammenhæng, hvor der religiøse eller spirituelle har den store betydning eller hvor en spirituel forståelse af sygdommen virker særligt oplagt. Men på trods af dette, er det vigtigt at bemærke, at der er en åbenhed for at anvende en teknik, der rækker ud over deres virkelighedsforståelse, og et håb om at behandlingen gør en forskel. Dermed udviser de et potentiale til at anvende Reiki-healing som spirituel copingstrategi.

Dette håb om bedring er fælles med den **eksperimenterende** tilgang. Forskellen er de kræftframte i denne kategori er langt mere aktive og inddrager andre alternative behandlingsformer i deres stræben efter at blive raske. De sandsynliggør for sig selv, at der er en virkning forbundet med behandlingsformen, der ligger ud over det at foretage sig noget aktivt. Der er dermed en åbenhed overfor en spirituel livsforståelse og en tendens til at anvende Reiki-healing som spirituel copingstrategi. Men da det ikke involverer en spirituel selvforståelse, betegner jeg ikke deres anvendelse af Reiki-healing som spirituel. De forholder sig kun eksperimenterende til det holistiske paradigme, fordi deres sygdomssituation presser dem til det. De er alle under behandling for kræft i udbrud. Det betyder at de har behov for coping, men får tilfredsstillende en del gennem deres netværk og er ressourcestærke. De medierer mellem forskellige aktive copingstrategier, hvor valget af Reiki-healing fungerer som empowerment eller supplerende behandling.

Ved den **kritiserende** tilgang er der eksempler på negative copingstrategier. Ved to deltagere er der en konflikt i behandler-relationen, hvor klienten enten har følt sig trådt for nær, eller manglet den rette kemi. Begge har på forhånd en positiv indstilling overfor behandlingsparadigmet. Reaktionen på konflikten består af en utilfredshed med behandleren, der ellers er en potentiel spirituel støtte samt en tilbagetrækning fra det, der kunne være et omsorgsfuldt rum. Det er udtryk for negative spirituelle copingstrategier, da det på trods af at det opfylder copingstrategiens intention om at opnå kontrol ikke bidrager til vækst, men holder deltagerne fast i en kritisk holdning.

Der er et enkelt tilfælde af *religiøs coping* i hele materialet, og den falder ind under denne kategori. Det drejer sig om en, der har aldrig brugt alternativ behandling før og som ser kræften som en straf - ikke fra Gud - men fra djævelen. Orienteringssystemet er på forhånd kristent. Her bliver djævelen den bedste løsning på det klassiske teodicé-

problem²⁶, der består i hvordan kan Gud kan være god, når han lader en, der er god lide. Det er en negativ religiøs copingstrategi, der også genfindes hos Pargament (Schottenbauer et al. 2006:506; Ahmadi 2006:106). Denne copingstrategis straffende og skyldbetyngede karakter menes ikke at have nogen gavnlig virkning på helbredet eller ens relationer til omverden (Hvidt 2007:103).

Forhåndskendskabet samt en positiv indstilling til det holistiske paradigme, kendetegner den **søgende** tilgang. Det har flere fællestræk med den **spirituelle** tilgang, fx at sygdomssituationen anvendes til selverkendelse. Teknikkerne, der indgår i Reiki-healing, er ofte afprøvet af deltagerne. Det kan dreje sig om visualisering, selvhealing, meditation eller afspænding til musik. Det, der adskiller den søgende tilgang fra at være en spirituel, er den spirituelle praksis, der kendetegner den spirituelle tilgang til Reiki-healing. Der er en spirituel overbevisning og handlemåde tilstede i personens dagligliv. Begge tilgange benytter Reiki-healing som en spirituel copingstrategi, dels som teknik til at styrke energiniveauet og derved måske få depressive tendenser til at forsvinde. Og ligeledes som hjælp til meningsdannelse ud fra en spirituel livsanskuelse. I forhold til den søgende og spirituelle tilgang er der tale om blandede baggrundsfaktorer, dog med en tendens i retningen af, at der blandt de spirituelle er flere med et mindre netværk (fraskilte) og derfor større behov for andre copingstrategier end støtte fra pårørende. De oplever stor overensstemmelse mellem deres eget spirituelle orienteringssystem og det de møder i behandlingen. Det gør det let at indgå ligeværdigt i en forhandlingssituation, hvor den mening generes, der udgør den kognitive del af copingen.

I forhold til **sygdomsstadier** er der en tydelig fordeling af de kronisk kræfttramte som tøvende og kræftpatienter under behandling som eksperimenterende. Hos sidstnævnte er der tegn på at en del af motivationen for at benytte sig af Reiki-healing hænger sammen med en opsøgende copingstrategi, der afprøver mulige virkningsfulde behandlinger for at opnå en fysisk og psykisk lindring. Der er i begge tilfælde tale om forholdsvis ressourcestærke personer med et godt netværk.

I forhold til den kritiske tilgang er der bl.a. tale om to terminale patienter, der må siges at være helt anderledes under pres. Her er krisereaktionerne vigtig at tage hensyn til. Det bevirker, at deres behov for at en eksistentiel eller spirituel copingstrategi

²⁶ Begrebet teodicé stammer fra græsk og er sammensat af Gud og retfærdighed. Det berører det ondes problem, der indeholder fire muligheder, som Epikur skitserer: Enten vil Gud afskaffe det onde og kan ikke; eller han kan, men vil ikke; eller han hverken kan eller vil; eller han både kan og vil (Hvidt 2007:107).

kommer tydeligere frem. Des større er skuffelsen, når det ikke lykkes at hente støtte til at takle sin sygdomstilstand. En enkelt vælger i al fald at stoppe behandlingsforløbet på det grundlag.

De spirituelle er bl.a. kvinder med recidiv brystkræft, som har været turen igennem en gang før. Heraf følger en øget sårbarhed og en større erfaring med bearbejdelse af den eksistentielle krise, de befinder sig i.

Konkluderende må det siges at sygdomsstadiet tilsammen med de øvrige baggrundsfaktorer synes at have stor indvirkning på brugen af coping igennem Reiki-behandling.

5 Konklusion

Specialets problemformulering lyder på, hvorvidt Reiki-healing påvirker kræftpatienter til at håndtere deres sygdom ud fra en religiøs eller spirituel tilværelsesforståelse og i givet fald hvordan. Den overordnede konklusion i forhold til problemformuleringen er, at Reiki-healing bliver benyttet som spirituel copingstrategi af kræftpatienter, der i forvejen har et kendskab til behandlingsparadigmet, som det bliver fremlagt i afsnit 4.4. Desuden kan man spore en forandring blandt deltagere, der oplever en fysiologisk eller psykologisk virkning under forløbet, hvor deres sygdomsforståelse ændres til at gå i retning af det spirituelle behandlingsparadigme. Dette relaterer de selv til den kropsligt funderede erfaring af, at 'det virker'.

Dette adresserer den overvejelse, som Lars Ahlin gør sig i sin undersøgelse af behandleres spiritualitet. Her fremsætter han den antagelse, at brugere af alternativ behandling ofte overtager behandlerens verdensbillede, hvis klienten enten deler spirituel virkelighedsopfattelse med behandleren, eller oplever en grad af effekt af behandlingen, der sandsynliggør at behandlerens forklaringer er plausible (Ahlin 2007:152). Empirien fra Reiki-undersøgelsen peger i retning af at denne antagelse er sand i begge tilfælde, altså både hvor der er tale om bedring i forhold til sit problem og ved et forhåndskendskab til behandlingsparadigmet.

Det at opleve en virkning af behandlingen kan altså medføre en forandring af kræftramtes virkelighedsforståelse, hvilket besvarer problemformuleringens *hvordan* en påvirkning af kræftramtes tilværelsesforståelse kan finde sted. I specialet opererer jeg med den hypotese, at Reiki-healing kan fungerer som en spirituel copingproces, således at behandlingen kan virke lindrende, ved at støtte den alvorligt syge i at omfortolke sin sygdomssituation, så den bliver meningsfuld. Som eksempel på spirituel coping beretter flere af deltagerne om, at de ved Reiki-behandlingen opnår den mellem menneskelige kontakt, de har efterlyst i det etablerede behandlingssystem. Reiki-healeren har en helhedsorienteret forståelse af dem som mennesker, hvad der både kommer til udtryk i behandlingsformen og den efterfølgende respekt for deres udsagn i samtalen, der udgør forhandlingssituationen.

Lykkes det at etablere en tryk og tillidsfuld atmosfære behandler og klient imellem kan healing opleves som en omsorgsfuld handling, hvor kroppen bliver til et sted, hvor

positive oplevelser og erkendelser kan finde sted. Dette står i kontrast til at kroppen i det etablerede behandlingssystem, hvor den risikerer at blive fjendtliggjort ved at være identificeret som en bestemt kræftdiagnose. Denne diskrepans mellem den kræftramtes egen opfattelse af sin krop som del af sin identitet og det biomedicinske fokus på kroppen som behandlingsobjekt bliver imødegået af det holistiske paradigme, der bl.a. er at finde indenfor Reiki-healing. Her kan deltageren få lov at udtrykke sin egen opfattelse af krop og identitet. Men det mellemmenneskelige møde mellem klient og behandler, som er en forudsætning for at dette kan finde sted, er ikke altid vellykket, som der er eksempler på i datamaterialet. Herved kan der opstå en tendens til at behandlingen afstedkommer negative spirituelle copingstrategier. Meget er altså afhængigt af den relation, der opstår mellem klient og behandler.

Reiki-healing tilbyder et spektrum af spirituel copingstrategier, der kan være af negativ og positiv art. I det ovenfor nævnte eksempel kan healeren fx være en spirituel støtteperson, der enten medvirker til at skabe mening eller udvise omsorg. De andre spirituelle copingstrategier, der har optrådt i Reiki-undersøgelsen, er alle overvejende positive og består af at opnå intimitet og omsorg, empati og et spirituelt fællesskab. De spirituelle copingstrategier kan yderligere beskrives som at have en spirituel forbindelse til sig selv, opleve transformation og anvende forskellige spirituelle teknikker som visualisering, spirituel musik og meditation. I Reiki-undersøgelsen benytter deltagerne sig af de spirituelle copingstrategier, der er at finde i det holistiske behandlingsparadigme, og som Ahmadi nævner som supplerende kategorier til SCROPE. Dette gør hendes videreudvikling af Pargaments kategorier for religiøse copingstrategier yderst brugbar til at studere copingstrategier, der er tilpasset en spirituel kontekst.

Overordnet antyder projektet, at Reiki-healing fungerer som en del af de forskellige copingstrategier, som den kræftramte benytter sig af, alt efter hvilken udfordringen de konfrontere. De spirituelle copingstrategier, som Reiki-healingen tilbyder, anvendes mest til udfordringer, der er på det spirituelle eller eksistentielle niveau. Er der tale om fysiologiske udfordringer, som bekæmpelse af cancerceller, vælger alle deltagere at gardere sig med enten kemoterapi eller stråler. Ingen vælger alene at stole på Reiki-healing som en copingstrategi, der kan klare alle livets udfordringer.

Brugen af Reiki-healing som spiritual copingstrategi ved kræft kan ligeledes ses som et behov for at undersøge og praktisere de individualiserede og privatiserede trosforestillinger, man genfinder i en sekulariseret samfund. Dermed kan Ostenfelt-Rosenthal have en pointe med at fremhæve, at healerens rolle i et sekulariseret samfund kan

sammenlignes med en shaman eller en præst. De hjælper til at skabe et rum for moderne mennesker, så de kan modtage sjælesorg og eksistentiel omsorg i en spirituel kontekst (Ostenfeld-Rosenthal 2005). Det drejer sig om mennesker, der ikke føler sig mødt på de parameter i det etablerede system. Denne følelse af ikke at blive mødt som et helt menneske skyldes dels sundhedsvæsnets indretning. Men den kan også relateres til senmodernitetens selv-identitesprojekt, hvor dens mangel på signifikante religiøse autoriteter og støttepersoner lader et behov for spirituel coping og støtte ved eksistentielle udfordringer stå åbent. Det er derfor tænkeligt, at dette behov for at blive mødt som et helt menneske og at kunne se sin sygdom i et andet lys, er en væsentlig årsag til at kræftpatienter opsøger alternativ behandling og benytter denne som en spirituel copingstrategi.

6 Summary in English

In this MA thesis, entitled *The Use of Reiki Healing as Religious Coping Strategies by Cancer Patients: An Analysis of Qualitative Interviews from the Perspective of the Study of Religion*, my purpose is to argue that cancer patients use Reiki healing as a religious or spiritual coping strategy. By utilizing K. Pargament's and F. Ahmadi's theories of religious and spiritual coping and applying them to the empirical material consisting of interviews with 15 Danish cancer patients, I attempt to show how and to what degree these patients develop their coping strategies through Reiki.

The empirical material of my research stems from an ongoing research project by The University of Copenhagen, in which I am involved as an interviewer and research assistant. It is called *Reiki Healing as Experienced by Cancer Patients* and one of its objectives is to investigate the patients' motivation for making use of complementary and alternative medicine (CAM). The results show that most participants experience beneficial health effects from the treatment and consequently adjust their concepts of healing and illness. These latter findings form the basis of the hypotheses presented in the thesis.

The main hypothesis is that being diagnosed with cancer creates a need for meaningful explanations, or a *sense of coherence*, as the sociologist A. Antonovsky terms it. This relates directly to coping, the aim of which is to acquire the feeling of control, understanding and support. The theory of coping is presented to illustrate the different strategies employed by, in this example, cancer patients. Here recent research suggests that religious and spiritually oriented coping strategies may be the most beneficial ones. This leads to a discussion of the need to distinguish between religiosity and spirituality. It has been argued that spirituality is a modern expression of religiosity in its private and individualistic form. In the thesis, both terms are defined and applied in evaluating the coping strategies of the cancer patients. In the case of Reiki, the strategy will be termed spiritual, as the underlying paradigm is spiritual.

The existential dimensions of severe illness are not always appropriately responded to by the established medical system and this is proposed as one of the reasons why 27% of all Danish cancer patients use CAM. The involvement in CAM and the eventual

outcome of the treatment may cause the cancer patient to change her worldview or strengthen already held convictions, thereby creating a way of coping with the cancer.

In the second part of my project, I apply the theoretical framework to my empirical material: firstly explaining the setting for receiving Reiki healing, the healers' own conceptions of their treatment, and an anthropological perspective on healing as a ritual creating meaning through symbols and negotiation. After presenting their background and situational factors, the participants of the investigation are brought into focus and categorized into five different ways of reacting to Reiki healing.

The categories arrived at are labelled as follows: hesitant, experimental, critical, seeking and spiritual. The findings show that those with a hesitant approach, who are sceptical from the outset and who subsequently experience some kind of physical change during the treatment with Reiki healing, become more open-minded concerning the holistic approach to the body. Those with a critical approach exemplify negative spiritual coping strategies either through a discontent with the healer while maintaining the same worldview or through having a sense of being punished via their illness. Those involved in the project having an experimental, seeking or spiritual approach to Reiki healing, continue to think in holistic terms in relation to their illness and are those most likely to cope spiritually with cancer through the use of Reiki healing.

With cancer patients with a spiritual approach, Reiki healing is clearly employed as a spiritual coping strategy, adding to their own resources. By an experimental and seeking approach, I distinguish between those who apply the spiritual worldview to their lives and modify their understanding of illness and those who don't. If they do, I conclude that they are also using Reiki healing as a spiritual coping strategy. The conclusion reached is that the degree and effect of spiritual coping related to Reiki healing depends heavily on the existing resources and the orientation system of the cancer patient.

The discussions in this MA thesis, therefore, point to some of the ways in which spiritual or religious coping through Reiki healing has a rationale for cancer patients in a secular society.

Bilag 1: Interviewguide I, II og III samt evaluerende interview

Interviewguide I

1. Personlige spørgsmål

Hvor gammel er du?
Hvad er dit arbejde?
Hvad er du uddannet?
Har du børn?
Er du gift eller samlevende?

Hvor tilfreds er du med dit liv – overordnet set?
Mellem 1 og 10?

2. Spørgsmål om sygdom

Hvad fejler du?
Hvornår blev det konstateret?
Hvilken form for behandling modtager du?
Hvordan påvirker det dig til daglig?
Hvilke måder har det påvirket dig?

- fysisk (symptomer)
- humørmæssigt
- dit forhold til din krop (konkrete eksempler)
- Ift. oplevelse af mening eller meningsløshed

Hvordan ville du vurdere dit helbred på en skala fra 1-10, hvor 1 er dårligst?

3. Spørgsmål om alternativ behandling

Har du modtaget alternativ behandling tidligere?
Hvilken eller hvilke – og evt. hvor mange gange?
Hvordan er dit forhold til alternativ behandling?
Modtager du alternativ behandling andetsteds nu?

Har du tidligere modtaget healing? Eller har du hørt om healing før?
Hvad har talt for og hvad har talt imod at få healing i forhold til din sygdom?

Hvis jeg havde spurgt dig før du fik konstateret kræft, om du kunne forestille dig at du ville gå til en healer, hvis du fik konstateret en farlig sygdom, hvad ville du så have svaret, tror du?

4. Spørgsmål til oplevelsen af healingen

Havde du nogle oplevelser under din healing i dag?

- kontakt med følelser?
- noget du kom til at tænke på?
- fornemmelser i kroppen eller i rummet?
 - sanseoplevelser – syn, høre, føle, smag, lugt?
 - oplevelse af energi?

Hvordan vil du beskrive din tilstand under healingen?

Ro – afslappethed – varme – kulde – lethed – føle sig tung – andet

Minder den her oplevelse dig om noget du har oplevet eller følt før?

Hvordan har du det efter healingen?

Hvilken stemning kommer du i, når du tænker tilbage på healingen?

Var der noget du oplevede som ubehageligt eller fremmed?

Hvordan oplevede du healeren?

5. Spørgsmål til forståelsen af sygdom og healing

Hvorfor tror du, at du er blevet syg?

Hvordan forstår du at healingen virker?

- Overføres der noget mellem healeren og dig?

Hvad tror du, at det har noget at gøre med?

- Har det noget med noget højere eller guddommeligt at gøre?

Hvilken rolle spiller denne forståelse i det daglige?

Er du blevet mere eller mindre troende (*religiøs/spirituel*) efter du har fået konstateret kræft?

6. Spørgsmål til fremtiden

Har du let eller svært ved at forestille dig at du bliver erklæret rask?

Hvor meget afhænger af hvad du gør og hvor meget er du ikke herre over?

Hvad tror du, at der skal til for at du bliver rask?

Er der noget, som du ønsker at tilføje?

Tak for interviewet!

Interviewguide II

1. Spørgsmål til opfølgning på sidste behandling

Hvordan synes du, at du har haft det siden sidst?

Har du mærket nogle forandringer i forhold til din sygdom, som du mener skyldes healingen?

Har du registret nogle ændringer på andre livsområder?

- træthed/energi
- humør
- relationer
- følelser
- drømme/ andet

2. Spørgsmål til oplevelsen af healingen

Havde du nogle oplevelser under din healing i dag?

- kontakt med følelser?
- noget du kom til at tænke på?
- fornemmelser i kroppen eller i rummet? -
- sanseoplevelser – syn, høre, føle, smag, lugt?
- oplevelse af energi?

Hvordan vil du beskrive din tilstand under healingen?

Ro – afslappethed – varme – kulde – lethed – føle sig tung – andet

Hvordan har du det efter healingen?

Hvilken stemning kommer du i, når du tænker tilbage på healingen?

Var der noget du oplevede som ubehageligt eller fremmed?

Hvordan oplevede du healeren?

Gjorde han/hun noget som du lagde særlig mærke til?

- Var det anderledes i dag end sidst/normalt?
- Hvordan?

Er der noget, du ønsker at tilføje?

Tak for interviewet!

Interviewguide III

Hvor tilfreds er du med dit liv – overordnet set?

Mellem 1 og 10?

Hvordan ville du vurdere dit helbred på en skala fra 1-10, hvor 1 er dårligst?

1. Spørgsmål til opfølgning på sidste behandling

Hvordan synes du, at du har haft det siden sidst?

Har du mærket nogle forandringer i forhold til din sygdom, som du mener skyldes healingen?

Har du registret nogle ændringer på andre livsområder?

- træthed/energi
- humør
- relationer
- følelser
- drømme/ andet

2. Spørgsmål til oplevelsen af healingen

Havde du nogle oplevelser under din healing i dag?

- kontakt med følelser?
- noget du kom til at tænke på?
- fornemmelser i kroppen eller i rummet?
- sanseoplevelser – syn, høre, føle, smag, lugt?
- oplevelse af energi?

Hvordan vil du beskrive din tilstand under healingen?

Ro – afslappethed – varme – kulde – lethed – føle sig tung – andet

Hvordan har du det efter healingen?

Hvilken stemning kommer du i, når du tænker tilbage på healingen?

Var der noget du oplevede som ubehageligt eller fremmed?

Hvordan oplevede du healeren?

Gjorde han/hun noget som du lagde særlig mærke til?

- Var det anderledes i dag end sidst/normalt?
- Hvordan?

3. Spørgsmål til forståelsen af sygdom og healing

Hvorfor tror du, at du er blevet syg?

Hvordan forstår du at healingen virker?

- Overføres der noget mellem healeren og dig?

Hvad tror du, at det har noget at gøre med?

- Har det noget med noget højere eller guddommeligt at gøre?

Hvilken rolle spiller denne forståelse i det daglige?

Er du blevet mere eller mindre troende (*religiøs/spirituel*) efter at have modtaget healing?

4. Spørgsmål til fremtiden

Har du let eller svært ved at forestille dig at du bliver erklæret rask?

Hvor meget afhænger af hvad du gør og hvor meget er du ikke herre over?

Hvad tror du, at der skal til for at du bliver rask?

Er der noget, som du ønsker at tilføje?

Tak for interviewet!

Evaluerende interview

0. Introducerende spørgsmål

Hvordan har du det nu?

1. Spørgsmål til opfølgning på periode siden sidste behandling

Hvordan synes du, at du har haft det siden sidste behandling?

Har du registret nogle forandringer, efter du er ophørt med behandlingerne?

- træthed/energi
- humør
- relationer
- følelser
- drømme/ andet

Har du mærket noget i forhold til din sygdom, som du mener skyldes healingen eller healingens ophør?

2. Spørgsmål til forløbet i sin helhed

Hvordan har det været?

- Hvordan har du oplevet det at modtage reiki-healing?
- Hvordan har dit forhold til healeren været?

Når du tænker tilbage på hvordan du havde det, da du startede, og hvordan du har det nu, hvad synes du så, at der er sket?

- Hvad mener du at dette forløb har givet dig?

3. Spørgsmål til projektet og dets relevans

Hvordan har det været at deltage i et forskningsprojekt på denne måde?

- Er der noget vi kan gøre anderledes?

Ville du kunne anbefale healing til andre kræftramte?

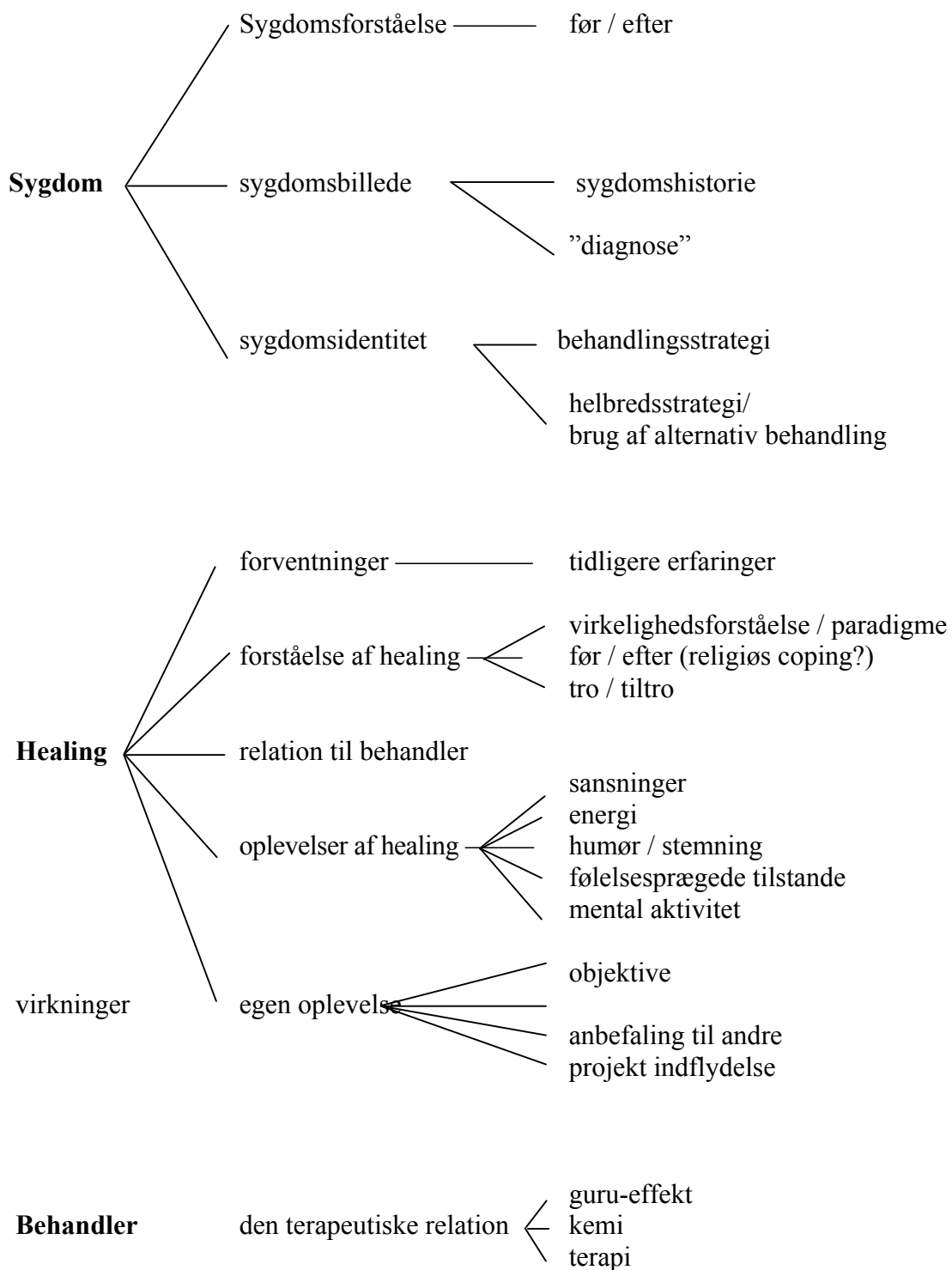
- Hvorfor?

Hvad mener du at effekten kunne være, hvis man tilbød dette til kræftpatienter?

Tak for interviewet og din deltagelse i projektet!

Bilag 2: Kodningskategorier for Reiki-undersøgelsen

Kræftpatienters oplevede virkninger ved brug af Reiki healing



Bilag 3: Samtlige i specialet optrædende figurer i samlet form

Figur. 1. Køn og aldersfordeling

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Kvinder	2	3	6	1	
Mænd		1		1	1

Figur. 2: Samlivsstatus

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Gift	2	1	4	2	1
Fraskilt		2	1		
Singler		1	1		

Figur 3: Behandlingsforløb

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Kemoterapi	2	3	4	1	
Afsluttet		1	1	1	
Kronisk syg			1		1

Figur 4: Sygdomstilstand (indeholder sammenfald)

Alder	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Ny diagnose	2	3	4		
Tilbagefald	1	1	2	1	
Senfølger		1	1		
Terminal	1	1			

Figur 5: Diagnosetidspunkt

Alder:	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
For nylig	2	3	4		
1-2 år siden				2	
2-5 år siden		1	2		1

Figur 6: Erfaring med alternativ behandling (indeholder sammenfald)

	Kvinder	Mænd
Healing	6	2
Anden behandling	10	1
Ingen	1	

Figur 7: Kategorier efter tilgang til Reiki-behandlingen

Alder	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Tøvende			1		1
Eksperimenterende	1		2	1	
Kritisk	1	1		1	
Søgende		1	2		
Spirituel		2	1		

Litteraturliste

Ahlin, Lars (2007): *Krop, sind - eller ånd? Alternative behandlere og spiritualitet i Danmark*. Højbjerg: Univers.

Ahmadi, Fereshteh (2006): *Religion and Spirituality in Coping. The Example of Cancer Patients in Sweden*. Stockholm: Uppsala University Press.

Allport, G. & Ross, J.M. (1967): Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5:432-443.

Antonovski, Aron (2000): *Helbredets mysterier*. København: Hans Reitzels Forlag.

Argyle, Michael (2000): *Psychology and Religion: An Introduction*. London: Routledge.

Ausker, Nadja, la Cour, Peter, Busch, Christian, Nabe-Nielsen, Henning & Pedersen, Lotte Mørk (2008): Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. I: *Ugeskrift for læger*, 2008; 170(21): 1828.

Baarts, Charlotte & Kryger Pedersen, Inge (in press): *Derivative Benefits: Exploring the Body through Complementary and Alternative Medicine*.

Barfod, Toke (1996): Four Aspects of Placebo. In: Olesen, S.E. & Høg, E. (ed.): *Studies in Alternative Therapy 3*. Odense: Odense Universitets Forlag.

Benor, Daniel J. (2001): *Spiritual Healing. Scientific Validation of a Healing Revolution*. Southfield: Vision Publications.

Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1967): *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Society of Knowledge*. Garden City, N.Y.: Doubleday.

Damkier, Anette (2000): *Kræftpatienters brug af alternativ behandling*. Odense: Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

Davie, Grace (2002): *Europe: The Exceptional Case: Parameters of Faith in the Modern World*. London: Daton Longman & Todd.

Davie, Grace, Heelas, Paul, Woodhead, Linda (ed.) (2003): *Predicting Religion. Christian, Secular and Alternative Futures*. Hampshire: Ashgate.

Dobbelaere, Karel (1981): Sekualization: A Multi-Dimensional Concept. *Current Sociology*, 29, nr.2, 1-217.

Doi, Hiroshi (2003): *Reiki: En vej til selvudvikling og healing: Den traditionelle japanske reiki-metode tilpasset nutiden*. Valby: Borgen.

Ekholm, Ola, Kjøller, Mette m.fl. (2005): *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

- Emmons, Robert A. (2007): Purposeful Action and the Striving for the Sacred. *Psyke og Logos*, nr.2, 2007, 794-804.
- Erikson, Erik H. (1971): *Identitet, ungdom og kriser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Forman, Robert (2004): *Grassroots Spirituality. What it is. Why it is here. Where it is going*. Charlottesville: Imprint Academic.
- Fulder, Stephen (1996): *The Handbook of Alternative and Complementary Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Gamborg, Helen (1990) *Det usynlige i helbredelse : en bog om healing og energier*. København : Olivia
- Giddens, Anthony (1996): *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Grønvold, Mogens m.fl. (2006). *Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*. Bispebjerg: Forskningsenheden Palliativ Medicinsk Afdeling.
- Hastrup, Kirsten (1984): Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi. I: Steffen, Vibeke (red.): *Sundhedens veje. Grundbog i sundhedsantropologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Heelas, Paul & Woodhead, Linda (2005): *Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Basil Blackwell.
- Helles, Rasmus & Køppe, Simo (2003): Kvalitative metoder. I: Collin, Finn & Køppe, Simo (red.): *Humanistisk videnskabsteori*. København: DR Multimedie.
- Højsgaard, Morten Thomsen & Iversen, Hans Raun (red.) (2005): *Gudstro i Danmark*. København: Anis.
- Hvidt, Niels Christian (2007): Tro og helbred. Teologiske perspektiver på ”religiøs coping”. I: Søgen efter helbredelse – om alternative tilgange. *Tidsskriftet for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2007, Nr.6, 97-127.
- Jacobsen, Bo (2000): *Eksistens psykologi. En Introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jacobsen, Bo, Jørgensen, Stine D., Jørgensen, Susanne E. (1998): *Kræft og eksistens: Om at leve med kræft*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Janzen, John M. (2002): *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*. Boston: McGraw Hill.
- Jenkins R. A. & Pargament, Kenneth (1995): Religion and spirituality as spurces for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13 81-2):51-74.
- Johnson, Paul (1959): *Psychology of Religion*. Nashville: Abingdon Press.

- Karpatschhof, Benny & Katzenelson, Boje (red.) (2007): *Klassisk og moderne psykologisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Koenig, Harold (2002): *Spirituality in Patient Care. Why, How, When and What*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Koenig, Harold, McCullough, Michael E., Larson, David B. (2001): *The Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, Harold, Pargament, Kenneth, Nielsen, J. (1998): Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous Mental Disorder*. 1998;186:529-35.
- Kruse, Tove (2006): *Patienters opfattelse af årsag til sygdom og veje til helbredelse*. Projektbeskrivelse til Kræftens Bekæmpelse.
- Kvale, Steinar (1997): *Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, Steinar (2006): Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qualitative Inquiry*, 2006; 12:480-500.
- la Cour; Peter (2007): Sundhed, kriser og stress. I: *Klassisk og moderne psykologisk teori*. Karpatschhof, Benny og Katzenelson, Boje (red.): København: Hans Reitzels Forlag.
- La Cour Peter, Avlund K, Schultz-Larsen K. (2006): Religion and Survival in a Secular Region. A Twenty Year Follow-Up of 734 Danish Adults Born in 1914. *Social Science & Medicine*. 2006;62(1):157-64.
- Lazarus, Richard S., Folkman, Susan (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lüchau, Peter (2005): Danskernes gudstro siden 1940'erne. Sekularisering eller individualisering? I: Højsgaard, Morten Thomsen & Iversen, Hans Raun (red.): *Gudstro i Danmark*. København: Anis.
- Madsen, Jesper (2001): *Alternativ behandling. Lægekunst under forandring*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- McGuire, Meredith (in press): Embodied Practices for Healing and Wholeness. Chapter 6 from: *Lived Religion*.
- McGuire, Meredith (1988): *Healing in Suburban America*. London: Rutgers University Press.

Møller Nielsen, Jette, Dehlholm.Lambertsen, Birgitte, Maunsbach, Margareta E., Olsen, Frede (2002): Sygdomsopfattelser i almen praksis – i relation til patienter med somatiserende lidelse. *Ugeskrift for læger*, 2002: 164 (46): 5372.

Ostenfeld-Rosenthal, Ann (2005): *Healernes Univers. Spirituel healing i Danmark: Opfattelser af sygdom og helbredelse – et antropologisk pilotprojekt*. Århus: Århus Universitet og Århus Sygehus.

Ostenfeld-Rosenthal, Ann (2007): Symbolsk healing 'embodied'. Krop, mening og spiritualitet i danske helbredelsesritualer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 6, 2007, 129-150.

Oxford Dictionary of Current English, The Concise. Fowler, W.(ed.) (1992): Oxford: Clarendon.

Pargament, Kenneth (2001): *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guildford Press.

Pargament, Kenneth (1999): The Psychology of Religion and Spirituality. Yes and No. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16.

Pedersen, Christina G., Frølund, Heidi & Zachariae, Bobby (2007): Tro og eksistentiel velbefindende blandt kræftpatienter. *Psyke og Logos*, nr.2, 2007, 839-854.

Rasmussen, Erik (2004): *Den dag du får kræft*. København: Gyldendals Akademiske Bogklubber.

Rydahl, Else (2007): *Kræft, krokodiller og bevidsthed. En læges syn på sygdom og eksistens*. Højbjerg: Hovedland.

Schottenbauer, Michele A., Rodriguez, Benjamin, Glass, Carol & Arnkoff, Diane (2006): Religious coping research and contemporary personality theory: An exploration of Endler's (1997) Integrative Personality Theory. *British Journal of Psychology* (2006), 97, 499-519.

Spilka, Bernhard, Hood, Ralph W., Hunsberger, Bruce, Gorsuch, Richard (2003): *The Psychology of Religion. An Empirical Approach*. New York & London: The Guilford Press.

Stifoss-Hanssen, Hans & Kallenberg, Kjell (1999): *Livssyn, sundhed og sygdom*. København: Hans Reitzels Forlag.

Widell, Joanna (2000): *Healing. En sociologisk undersøgelse*. Rapport udgivet af Healerringen.

Zachariae, Bobby (2005): In vitro tumour cell proliferation and viability – an experimental study. *British Journal of Cancer* 2005, 93:538-543.

Zachariae, Bobby & Mehlsen, Mimi Yung (red.) (2004): *Kræftens psykologi: Psykologiske og sociale aspekter ved kræft*. København: Hans Reitzels Forlag.

Zinnbauer, Brian, Pargament, Kenneth & Scott, Allie (1999): The emerging meaning of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal for Personality*, 67 (6):889-919(31).

Webkilder:

www.cancer.dk, Kræftens bekæmpelses hjemmeside

www.thework.com, Katie Byrons *The Work* metode