

TOTEM

Tidsskrift ved Religionsvidenskab,
Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet
Nummer 37, forår 2016
© Tidsskriftet og forfatterne, 2016

RCC-seminar

Narrativer og religiøs helbredelsespraksis

Af stud. mag.
Anne Buch Møller

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Healing	4
3. Religiøs healing	5
4. Narrativer	6
5. Narrativer og fysisk og psykisk helbred	8
6. Social konstruktion af sygdomsforståelse.....	10
7. Religiøse narrativer	10
7.1. En ramme for forståelse.....	10
7.2. Guddommelig hjælp	11
7.3. Spirituel vækst	12
8. Ritualets sociale kontekst	13
8.1. Prædisponering	13
8.2. Emotionel støtte	13
8.3. Dyadiske og kollektive ritualer.....	14
8.4. Transmission af kulturelle narrativer.....	15
9. Konklusion.....	16
10. Litteraturliste	18

1. Indledning

Den historie, jeg vil fortælle, er en historie om, hvordan religiøse fortællinger i ritualer kan være med til at ændre, hvordan folk fortæller deres livshistorie, og hvordan ændrede livshistorier kan heale krop og psyke. Antropologer og religionsforskere har tidligere fortalt om betydningen af narrativer i religiøse healingsritualer men uden at redegøre for, hvorfor narrativer kan påvirke emotioner, eller hvordan emotioner er relaterede til vores fysiske helbred (Dow 1986, 59; Cordas 1983, 335). På den anden side har psykologer gjort væsentligt mere ud af denne del af historien, men enten lader de emnet religion eller forbindelsen til kroppen ligge (Cozolino 2010; Frank 1991). Min historie søger at integrere religionsvidenskabelige og psykologiske perspektiver således, at forbindelsen mellem krop, emotioner, narrativer og religiøs helbredelse træder frem. Da enhver historie har sine begrænsninger og mere eller mindre implicite præmisser, vil jeg gøre opmærksom på, at jeg til en start forudsætter, at både religiøse healingsritualer og narrativer kan have en effekt på helbredet, og selvom denne effekt i nogle tilfælde er negativ, vil jeg fokusere på de faktorer, der giver en positiv effekt.

Som vi kommer til at se, fremhæver de religiøse helbredelsesmetoder det nære samspil mellem narrativer og emotioner og samspillet mellem begge disse og helbred og sygdom (Frank 1991, 87). Derudover har flere peget på, at religiøs healing ser ud til hovedsageligt at blive anvendt på og også have størst succes med sygdomme, som har en emotionel komponent, (ibid. 89; Glik 1990, 164) og emotioner kommer af disse grunde til at fylde en væsentlig del af opgaven, når jeg forsøger at besvare spørgsmålet ”hvordan kan narrativer, ifølge den eksisterende litteratur, formodes at påvirke effekten af religiøse healingsritualer i en positiv retning?”

Til den rent psykologiske del af besvarelsen, som går på hvad narrativer er, og hvordan de generelt kan påvirke helbredet positivt, vil jeg benytte mig af bogen ”Persuasion & Healing” skrevet af psykiaterne Jerome & Julia Frank (1991) samt ”The Neuroscience of Psychotherapy” af neuropsykolog Louis Cozolino (2010). Den religionsvidenskabelige del vil være præget af en større mangfoldighed af forfattere, som bl.a. vil inkludere antropologer som Thomas Csordas og Meredith McGuire og religionsforskere som Jesper Sørensen og Uffe Schjødt med kolleger.

2. Healing

Det engelske ord ”healing”, som er blevet et låneord i det danske sprog, betyder helbredelse/heling eller helbreder/kurerer, alt efter om det bruges som substantiv eller verbum. I sin bredeste forstand dækker healing således over alle former for helbredelse, hvad enten det gælder fysiske eller psykiske lidelser, om det er med eller uden behandling og om en eventuel behandling er baseret på konventionel vestlig medicin eller ej (ordbogen.com, ”healing”). Hverken helbredelse, der finder sted naturligt eller med en uddannet læges hjælp, er særligt relevante for denne opgave, men hvad er så? Hvad dækker mit ”ej” i ovenstående sætning over? I begyndelsen troede jeg, at det dækkede over ”alternativ” eller ”komplementær” healing, da det oftest er disse ord, som vestlig medicin kontrasteres med, og det også er denne brede vifte af behandlingsformer, jeg selv hurtigst får associationer til ved ordet ”healing”. Det er imidlertid ikke den indgangsvinkel jeg tager i denne opgave. I stedet vil jeg benytte mig af McGuires (1983, 221) distinktion mellem ”disease” og ”illness”, hvor førstnævnte betegner en biofysisk tilstand, som fortolket af det medicinske paradigme, og ”illness” refererer til individets psykologiske og sociale reaktion på hans eller hendes perciperede biofysiske tilstand. Mens det medicinske system næsten udelukkende fokuserer på behandling af ”disease”, koncentrerer andre helbredelsesmetoder sig mere om at kurere ”illness”, selvom disse behandlinger også kan have en virkning på den biofysiske del af en sygdom. Når jeg i denne opgave bruger ordet ”sygdom” vil jeg, med mindre andet er angivet, referere til betydningen af ”illness”, ligesom jeg med ”healing” refererer til helbredelsesmetoder der fokuserer på ”illness”.

Denne distinktion tillader at drage nytte af ligheder mellem psykoterapi og religiøse former for healing, uden at man behøver at kategorisere autoriserede psykologer som ”alternative healere”. Selvfølgelig er der også væsentlige forskelle, som eksempelvis at psykoterapeuter ikke går ind i dramatiske trancer, berører og masserer deres klienter, healer simultant i grupper eller udfører ritualer for at neutralisere hekseri (Dow 1986, 57). I ”Persuasion & Healing” (Frank 1991, 1-3) defineres psykoterapeutisk indflydelse så bredt, at religiøs healing inkluderes, og det indikeres dermed, at de to former for behandling har det til fælles, at de primært bygger på, at healeren med psykologiske midler evner at mobilisere healende kræfter i den lidende.

Frank og Franks definition indebærer desuden, at selvom fysisk og kemisk tilbehør kan bruges, så bliver den healende indflydelse hovedsageligt søgt gennem ord, handlinger og ritualer, som forventes at medføre ændringer i den lidendes følelser, attituder og adfærd, og at det er igennem disse ændringer, lindringen af symptomer finder sted.

3. Religiøs healing

Religiøs healing er præget af en utrolig diversitet men er i sin prototypiske form karakteriseret ved referencer til overnaturlige agenter samt ritualiseret adfærd, der har til formål at interagere med disse påståede agenter. Det særlige ved rituel adfærd er iflg. Sørensen (2007, 289; 293-294), at modsat almindelig adfærd, er der ikke en klar kausal sammenhæng mellem en handlingssekvens og dens overordnede formål, eller med andre ord hvorfor lige netop disse handlinger er vejen til det ønskede slutresultat.

Denne manglende kausale gennemskuelighed gør de kulturelt postulerede overmenneskelige agenter relevante som forklaring på, hvad der er ansvarligt for sammenhængen mellem ritualets mærkværdige handlinger og den overordnede intention og ofte postuleres disse agenter at være kilden til ritualets effektivitet, mens ritualets logiske agent blot arbejder på deres vegne. De overnaturlige agenter kan både være direkte relateret til ritualet som agent eller patient eller indirekte ved at ”udlåne troværdighed” til objekter, særlige praksisser eller bestemte menneskelige agenter.

McGuire peger i sin behandling af rituel brug af ord på, at energier/kræfter/magter (power) er en fundamental kategori for fortolkningen af healing (McGuire 1983, 228-230). Forskellige religiøse grupper og kulturer har forskellige sygdomsætiologier, og dermed forskellige opfattelser af, hvilke energier eller magter, der forårsager sygdom, lige såvel som de har forskellige bud på, hvordan den sygdomsfremkaldende energi overkommes, og om denne healende energi findes eksternt eller internt i forhold til individet. Fælles er dog, at det er gennem ritualet, at der kommunikeres eller manipuleres med de overnaturlige energier, så de enten transmitteres til individet eller forstærker de ressourcer, individet allerede har.

Religiøs healing indebærer altså i denne opgave følgende: For det første skal der være enten eksplicite eller implicite referencer til overnaturlige kræfter i behandlingsmetoden. Som regel vil der også være sådanne referencer at finde i sygdomsætiologien, men dette vil jeg ikke betragte som et kriterium. For det andet skal der være

et element af ritualisering i behandlingen, hvormed jeg på baggrund af Sørensen artikel mener, at den overordnede teori om ætiologi og kun ikke kan redegøre for detaljereguleringen af behandlingens handlingssekvenser på klar og logisk vis. Sørensen påpeger desuden, at ritualer er sociale handlinger, der udøves enten sammen med eller under overværelse af andre mennesker (Sørensen 2007, 283), så det, at der minimum er en patient og en behandler tilstede, vil jeg inddrage som et yderligere kriterium. Det vil udelukke fænomener som fjernhealing og selvhealing, men da denne opgave har fokus på narrativer og ritualer, der begge i sin essens er sociale, er historier om fjernhealing og selvhealing i første omgang mindre relevante, selvom de alligevel altid implicerer, at patienten har lært om disse fænomener fra andre mennesker (Csordas 1983, 343; Frank 1991, 41; Hodge 2007, 184).

4. Narrativer

At leve et succesfuldt liv eller bare at overleve afhænger af evnen til at forudsige fremtidige begivenheder på basis af de nutidige. Fordi forudsigelser bygger på forståelse, er det derfor af afgørende betydning for mennesker, at de kan få verden til at give mening, og dette kan de historier vi fortæller om os selv, andre og verden hjælpe med. For at forstå hvordan de gør det, må vi først forstå, hvordan narrativerne dannes (Frank 1991, 24).

Allerede som spædbørn begynder vi at danne de første forventninger på baggrund af vores erfaringer med verden, og disse forventninger guider vores adfærd, så vi op søger dét, vi har lært at forbinde med positive emotioner, og undgår dét, der associeres med negative emotioner. Forventninger behøver dog ikke være baseret på erfaringer, vi selv har gjort os direkte med et objekt eller en situation, men de kan eksempelvis også stamme fra de nonverbale signaler en mor sender, når hun stivner af skræk ved synet af en edderkop (Cozolino 2010, 23; 167). Vores forventninger er ikke altid noget, vi er bevidste om, og af den årsag (og nogle gange af andre) er vi ikke altid klar over den egentlige årsag til, hvorfor vi handler, som vi gør. Evolutionen har imidlertid udstyret os med en hjerne, der konstant leder efter orden og årsager (også når der ikke er nogen), og den stiller rationaliseringer og forestillinger om vores adfærd og begivenheder til rådighed, som bidrager til at fastholde adfærds- og tankemønstre, også selvom de er ukorrekte. Nogle gange kan de fastholdes for en livstid, eksempelvis hvis

individet altid undgår et bestemt angstfremkaldende objekt og dermed aldrig giver sig selv chancen for at komme tæt nok på til at lære, at det er ufarligt (Cozolino 2010, 23; 158).

Organiserede sæt af forventninger eller forestillinger kaldes også attituder og kan være rettet mod et hvilket som helst objekt, person eller problemstilling. Som det er antydnet ovenfor, har de 1) en emotionel komponent, som er baseret på, om tidligere erfaringer var positive eller negative 2) en kognitiv komponent der består af de tanker, vi gør os om objektet og 3) en adfærdsmæssig komponent, idet vores tanker og følelser og dermed forventninger i forhold til et objekt/en person kan få os til at handle derefter. Dermed er attituder både formet af og med til at forme vores oplevelser (Frank 1991, 25-26).

Perceptionen af hver en individuel oplevelse, vi har, kan betragtes som et lille erfaringsbaseret narrativ, vi kan fortælle til andre. Et narrativ, som er formet af vores tidligere oplevelser, fordi tidligere oplevelser påvirker, hvad vi retter vores opmærksomhed imod, hvordan vi tolker situationen, hvordan vi agerer, og hvordan vi føler. Efterhånden som børn bliver gamle nok til at fortælle historier om sig selv, og disse historier flettes sammen med deres minder og oplevelsen af at være et selv, opstår de autobiografiske narrativer. De autobiografiske narrativer repræsenterer en syntese af alle de erfaringsbaserede narrativer og er dermed en organiseret men flydende konstruktion, som udvikles i takt med at nye oplevelser integreres i den autobiografiske narrativs eksisterende temaer. Normalt foregår integreringen automatisk, men ved nogle livsændrende begivenheder bliver processen mere bevidst og besværlig. Nogle oplevelser kan være så stressende, at individet ikke kan forene oplevelsen med sin autobiografiske narrativ, og narrativet begynder derfor at afvige fra de samlede erfaringer. Når narrativet ikke længere tilstrækkeligt kan redegøre for individets erfaringer, opstår der emotionelle problemer (Cook-Cottone 2004, 178; Cozolino 2010, 166).

Forventninger, attituder og narrativer er altså forskellige niveauer af kognitive repræsentationer af, hvad et individ har oplevet og forventer at opleve. Alle mennesker er stærkt motiverede til at få valideret deres forventninger, fordi evnen til at forudsige hændelser har betydning for mængden af den succes eller fiasko, der opleves, og enhver handling er derfor både en konsekvens af en mere eller mindre eksplicit forventning og en testning af dens validitet. Årsagen til, at der opstår emotionelt ubehag, når individet oplever inkonsistens mellem sine narrativer eller attituder, som det kan være

tilfældet med erfaringer, der ikke kan integreres i den autobiografiske narrativ, er således, at individets sikkerhed og kontrol over situationen er sat på spil. Det skal dog påpeges, at emotionelt ubehag kun opstår, hvis der er negative forventninger forbundet med den uventede situation, men generelt kan der siges, at jo mere afgørende en attitude er for en persons identitet og følelse af sikkerhed, jo mere intense emotionelle reaktioner vil en alvorlig udfordring af dens validitet afstedkomme (Frank 1991, 26-27).

Menneskers mest betydningsfulde oplevelser er sociale, og de fleste attituder kan derfor kun valideres ved at blive testet mod andre individers adfærd og holdninger, og særligt validering fra gruppemedlemmer eller personer fra en gruppe, individet ønsker at tilhøre, har værdi. I disse forsøg på validering ligger en social sammenligningsproces, som presser individet mod at bringe sin narrativ i overensstemmelse med gruppens, da det som sagt medfører ubehag, når narrativer ikke valideres. Så uanset om det er medieret af forældre, venner, eller kolleger, så kan sociale kræfter også påvirke individets narrativer væsentligt (Frank 1991, 26-30).

Som en kort opsummering kan vi nu sige, at narrativer har deres basis i vores erfaringer med den fysiske og sociale verden, og de er vigtige for vores følelse af sikkerhed og kontrol. Narrativer forankrer vores oplevelser i en lineær, sekventiel ramme, der skaber mening af vores fortid, former hvordan vi agerer i vores nutid samt hvad vi forventer af vores fremtid, og de tjener dermed som skabelon for vores emotioner, adfærd og identitet (Cozolino 2010, 163).

5. Narrativer og fysisk og psykisk helbred

For at forstå hvordan narrativer kan påvirke menneskers psykiske og fysiske helbred, er det nødvendigt først at forstå to ting. Det første er, at psykiske lidelser har fysiologiske korrelater, idet de er repræsenteret i hjernens neurale strukturer. Nervesystemet er i stand til at ændre sig som respons på oplevelser, hvilket gør os i stand til at lære nye ting, men samtidig medfører en tendens til at gentage tanke- og handlemønstre, som bliver sværere at aflære jo flere gange de gentages. Alle vores erfaringer, og dermed også alle vores attituder, forventninger, tanke- og adfærdsmønstre, som er baseret på erfaringer, er repræsenteret i hjernens neurale netværk. Under gode opvæksts vilkår og med gode nok forældre, vil barnet forme en sikker tilknytning til forældrene og en generel forventning om positive udfald i livet, og samtidig vil de

neurale netværk udvikles og integreres optimalt, hvilket Cozolino har ligestillet med psykologisk sundhed. Hvis forældrene derimod ikke formår i tilstrækkelig grad at regulere barnets affekt, så organiserer hjernen forskellige forsvarsmekanismer for at reducere angst, og de neurale netværk, som er nødvendige for optimal funktion, forbliver underudviklede, underregulerede og underintegrerede med andre netværk, hvilket er kendetegnet ved alle former for psykopatologier lige fra de mildeste hverdagsneuroser til svære psykoser (Cozolino 2010, 13;16-17;23-24;31).

Det andet, man må forstå, er, at fysisk og psykisk velbefindende ikke er adskilte. Fx for folk med kroniske organiske sygdomme bidrager emotionelle faktorer ofte mere til den lidelse og funktionsnedsættelse de oplever, end den biofysiske tilstand i sig selv, og folk der lider af psykosomatiske sygdomme (fx astma, mavesår og eksem) kan have gavn af psykoterapi, fordi visse sygdomme i kroppens organer ser ud til at være relateret til emotionelt ubehag (distress) (Frank 1991, 11-12). Endvidere har placeboforskning peget på, at smerte og negative emotioner som angst og nervøsitet gensidigt kan forstærke hinanden, mens angstreduktion kan lindre smerte (Meissner 2011, 16118). Neurale og psykiske strukturer kan altså føre til psykisk og fysisk sundhed eller sygdom og funktionsnedsættelse (Cozolino 2010, 23).

Narrativer er kraftfulde organiserende kræfter, og de kan fastholde både sunde og usunde former for identitet. Samtidig kan de være effektive redskaber til at opnå højere niveauer af neural integration og balance. Historier kan skrives, men de kan også omskrives. Historier kan bruges til at distancere sig fra problemer ved at forestille sig de sker for andre mennesker eller til at forestille sig selv i nye situationer og uendelige antal kontekster. De tillader os at dele mulige versioner af vores selv og modtage input fra andre, og de kan dermed også bruges kreativt til at eksperimentere med nye emotioner, tanker, handlinger og sprog som midler til at redigere manualen for vores liv. Når man redigerer i fortællingen om sit eget liv, når man ændrer organiseringen og naturen af sine minder ved at se på sit liv i et nyt perspektiv, så reorganiseres hjernen (ibid., 164-167). Disse redigeringer sker sjældent uden emotionelle reaktioner, men det ubehag, mennesker oplever, når deres identitetsorganiserende narrativ ikke er en tilstrækkelig redegørelse for deres oplevelser, følelser og adfærd, kan reduceres, hvis de redigerer og udvider narrativen, så den bliver mere inkluderende og integrerer både rationelle og emotionelle informationer, således at attitudernes interne konsistens øges (ibid., 110-111).

6. Social konstruktion af sygdomsforståelse

Vi ved nu, at mennesker er sociale skabninger hvis personligheder, verdensbillede og adfærd formes af de grupper, som de tilhører, og det er derfor næppe nogen overraskelse, at gruppens narrativer også kan strukturere oplevelsen af sygdom og/eller helbredelse (McGuire 1983, 233). Kulturen har i høj grad betydning for hvilke tilstande, der anerkendes som sygdomme, og hvornår man bør søge behandling. Jo mere kropslige faktorer bidrager til en mental sygdoms ætiologi, jo mindre påvirker kulturen dens manifestation (symptomer, forløb og patologiske fund), og jo lettere kan sygdommen blive diagnosticeret på tværs af kulturer, selvom den betydning, der tilknyttes sygdommen, måske varierer. Mentale sygdomme, som derimod er tydeligt sociale eller psykologiske, formes væsentligt mere af den omgivende kulturs attituder og værdier, og hvad der i en kultur anses for at være en sygdom, som bør behandles med psykoterapi, vil måske på andre steder og tidspunkter klassificeres som passende reaktion på livets stress, excentricitet eller bevis for besættelse af onde ånder, som kræver eksorcisme. I andre tilfælde kan der være tale om almindelig adfærd, som får etiketten ”sygdom”, blot fordi der eksisterer teorier, der beskriver dem som sådan. Dette resulterer i, at nogle individer, der ellers ikke betragtede sig som syge, begynder at opleve angst eller skyldfølelse og opsøger hjælp, fx fordi de masturberer. Kulturelle formodninger påvirker således både de specifikke healingsmetoder og sygdomskonceptet (Frank 1991, 7-9; Csordas 1983, 344).

7. Religiøse narrativer

7.1. En ramme for forståelse

Vi ved nu, at vi mennesker får en følelse af kontrol og selvsikkerhed, når (vi tror) vi kan gennemskue kausale sammenhænge i vores fysiske og sociale miljø og dermed forudsige fremtidige begivenheder, heriblandt egne og andres reaktioner. Til gengæld er forfejlede forventninger og manglende evner til at skabe emotionelt meningsfulde narrativer, som kan redegøre for vores oplevelser, ofte anledning til følelser af ubehag og usikkerhed. Når/hvis mennesker i forbindelse med sygdom begynder at spørge sig

selv om ”hvorforsker det for mig?” og ”hvad betyder det?”, antyder det, at sygdomsoplevelsen ikke automatisk kan integreres i den autobiografiske narrativ. Spørgsmålene peger med andre ord på en oplevelse af meningsløshed, ubegribelighed eller tilfældighed, som ikke er let for individet at acceptere. Her kan religiøse narrativer imidlertid være behjælpelige, da de ofte tilskriver et guddommeligt formål til alle begivenheder, især dem der virker tilfældige eller uretfærdige, så ”hvorforsker mig?” bliver besvaret med fx ”fordi guderne straffer/tester dig” eller ”nogen har kastet en forbandelse mod dig”. Alene det at få genfortolket sin narrativ i gruppens termer kan have en healende effekt, da en forklaring på sygdommen gør det ubegribelige mere begribeligt og placerer individet i et meningsfuldt narrativ, men en procedure der kan overkomme sygdommen har selvfølgelig også potentiale til at styrke individets følelse af at mestre situationen (Frank 1991, 24; 48; 101).

7.2. Guddommelig hjælp

Selve healingen består som nævnt af ritualer, der formodes at styrke individets ressourcer, hvad enten det er ved at tilføre energi udefra eller allerede eksisterende ressourcer i individet forstærkes (McGuire 1983, 228). Teorier om sygdom og helbredelse er i sig selv integrerede dele af en kulturs narrativer, og gennem ritualer kan kulturens narrativer om transmission af overnaturlige kræfter overføres til individet. At narrativerne ikke stemmer overens med den objektive verden er ikke af den store betydning. Individet tror på dem, fordi de får deres plausibilitet gennem et link til det omgivende samfunds dominante verdenssyn, og derfor opleves de som sande (Frank 1991, 43; 99).

Selvom det typisk forstærker selvtilliden mere at tilskrive en præstation egen indsats frem for eksterne faktorer, som medicin eller andres hjælp, så er det svært at forestille sig en større kilde til indre styrke og personlig sikkerhed end forestillingen om, at man har direkte adgang til godartede, overnaturlige kræfter (ibid., 49, 82). Tillid, til at man kan mestre en situation, har den forunderlige evne at kunne blive en selvopfyldende profeti. Følelsen af kontrol gør os nemlig bedre i stand til at tænke klart og løse problemer, hvilket er en fordel, når man skal håndtere de problematikker, der kan følge i kølvandet på sygdom, som fx at måtte ændre adfærd for at blive rask (Cozolino 2010, 169).

7.3. Spirituel vækst

For nogle religiøse grupper opfattes healing, som hovedsageligt konstitueret af individets (re)integrering i det religiøse samfund. For dem er det vigtigste aspekt af healing medlemmernes ”spirituelle vækst”, og healing af mere kropslige lidelser (hvis de tilbyder det) er underordnet dette primære mål, selvom medlemmer også føler sig forsikret om, at deres kropslige lidelser vil blive adresseret. Den spirituelle vækst kan hjælpes på vej af bestemte ritualer og kan fx vise sig ved ændringer i attitude, affekt eller selvbillede, som netop var den type ændringer vi så kunne fremme neural integrering og balance samt lindre fysisk og psykisk ubehag (Csordas 1983, 347-348).

De religiøse sygdomsætiologier indebærer, som nævnt, ofte overnaturlige energier som en del af den ultimative forklaring på sygdom. Sygdomme fortolkes ofte som udtryk for ubalance, og uanset om individets handlinger eller onde ånder bærer skylden for denne ubalance, så er behandling af den biofysiske tilstand blot symptombehandling, og det primære mål er at genoprette balance, særligt fordi ubalancen i nogle tilfælde regnes for at kunne påvirke resten af samfundet (Coulehan 2005, 262). Dette stemmer fint overens med et studie Frank og Frank (1991, 108) refererer til. I studiet fandt man, at den primære funktion af ”faith healing” ikke så meget er en reduktion af symptomer, som at yde egointegrering for individet og social integration for subkulturer ved på ny at bekræfte subkulturens trossystem.

Så når et ritual succesfuldt overfører de religiøse narrativer, og dermed gør selve healingen til et sekundært mål for individet, kan det medføre ændringer i attitude, affekt og selvbillede, som så til gengæld kan medvirke til en lindring i symptomer. Selvom denne tolkning af healingsritualer næppe er universel, så ligger den godt i forlængelse af fx Gliks studier. Hun fandt, at religiøs healing er mest effektiv som behandling af psykiske og psykosomatiske lidelser, at healing sjældent indebærer komplet healing men ofte er associeret med lindring af symptomer og lidelse (distress), accept af og tilpasning til en ny helbreds- eller livssituation eller adoption af et nyt perspektiv på situationen. Den sociale konteksts indflydelse på individets narrativ kan på denne måde fremme healing, men healing af psyken før end kroppen (Gliks 1990, 154; 157; 164-165; Frank 1991, 11-12).

8. Ritualets sociale kontekst

At ritualet, som (trods healingens sekundære mål) betragtes som centralt for helbredelsesprocessen, har interessante implikationer for redigeringen af individets narrativ. Ritualers diversitet tillader ikke, at alle interessante aspekter dækkes i denne opgave, så i det følgende vil jeg blot komme ind på nogle af de faktorer ved den sociale kontekst, som kan støtte ændringen af individets narrativ.

8.1. Prædisponering

Forudsætningen for, at en person kan opsøge en bestemt form for healing, er, at han eller hun kender til muligheden. Ofte stammer dette kendskab fra en opvækst i en gruppe, hvor ritualet er en alment kendt behandlingsform, men det kan også komme fra familie, venner og bekendte, der har anbefalet en bestemt behandler, eller at individet selv har gjort en aktiv indsats for at finde en healer. I alle tilfælde er det en fordel for helbredelsen, at individet er blevet overbevist om, at healing med disse metoder er mulige, og at healeren har de relevante kompetencer. Nye og ukendte former for terapier kan ikke nyde godt af, at patienten på forhånd ved, hvad der kommer til at ske, og derfor bruger udøvere af ukendte behandlingsformer ofte en betydelig mængde tid og energi på at introducere patienten til sin praksis og forme forventningerne derefter. Dette har vist sig at have positive effekter for resultatet af behandlingen, især hvis de indebærer kropslige fornemmelser som tegn på, at ritualet virker (Cordas 1983, 339, 353; Frank 1991, 45; 176). Endvidere gør healere ofte brug af forskellige tricks, der for patienten får det til at se ud som om, at de gør noget umuligt eller højst usandsynligt, hvilket efterlader patienten med et valg om at trække sig, eller acceptere healerens autoritet. Sådanne tricks kunne fx bestå i, at en shaman gnaver sine hænder til blods, hvorefter hun med tungen slikker dem hele igen, eller at healeren er i besiddelse af informationer om patienten, som det forekommer umuligt at han/hun skulle være i besiddelse af (Dow 1986, 61).

8.2. Emotionel støtte

Ifølge Csordas (1983,334) er det bredt accepteret, at emotionel støtte og bekræftelse

af det lidende individs værd for samfundet er et primært interpersonligt aspekt af religiøs behandling. Karakteren af et narrativ kan bidrage yderligere til den syges følelse af at have denne støtte. Dette er særligt tydeligt i ritualer hvor healeren, af omsorg for den lidende, risikerer personlig sikkerhed, fx ved at ”sætte sin egen sjæl på spil i kampen mod onde ånder”.

Sygdom nedsætter som regel funktionsevnen, og dette kan gå ud over de nærmeste, især hvis gruppen er afhængig af, at alle yder optimalt, men også bare hvis den lidende kræver opvarmning. Emotionelt ubehag forstærkes let, hvis man føler sig som en byrde, men det reduceres på den anden side, hvis man modtager støtte fra sin gruppe. Det behøver ikke være så dramatisk som at sætte sjælen på spil, men kan fx også være at tage tid ud af kalenderen for at deltage i healingsritualet (Frank 1991, 38, 90,100).

8.3. Dyadiske og kollektive ritualer

Taget i betragtning, at de sociale kræfter spiller en væsentlig rolle i både narrativer og ritualer, er det interessant at overveje, om det har en betydning, og i så fald hvilken, at nogle healingsritualer ikke har andre deltagere end healeren og den lidende.

Ifølge Frank og Frank tages de kollektive ritualer først i brug, når simple (dyadiske) ritualer har fejlet. Der findes imidlertid også eksempler på det modsatte, nemlig at kollektive ritualer er den første form for healing, som medlemmerne stifter bekendtskab med, mens de dyadiske ritualer betragtes som den ”seriøse” healing (Csordas 1983, 336). Det er svært at sige med sikkerhed, hvorfor der er denne forskel på hvilken type ritual, der betragtes som den mest seriøse. Måske det har at gøre med relativt ressourceforbrug, da der er forskel på, om den kollektive ceremoni kræver omfattende forberedelser og samling af en hel landsby blot for at hele én person (Frank 1991, 96), eller om det er et forbønsmøde, hvor et par minutters personlig forbøn er alt, hvad der bruges på det enkelte individ (som hos Csordas). Måske det er mere afhængigt af det narrativ der anvendes. Den katolske pinsebevægelse, som Csordas undersøgte, benytter kollektive forbønsmøder til healing af somatiske symptomer og beklagelser, selvom ritualet i visse tilfælde suppleres med eller er afhængig af en af deres andre typer healing (Csordas 1983, 336-337). De private sessioner tages derimod i brug, når problemet har en psykologisk, spirituel eller dæmonisk årsag og fylder størstedelen af gruppens diskurs om healing. Selvom denne fordeling af somatiske sygdomme til kollektive ritualer og de psykologiske lidelser til dyadiske ritualer ikke er universel,

gør den det alligevel relevant at spørge, om der blot er tale om et resultat af et bestemt religiøst narrativ, eller om der kan være aspekter ved de to typer ritualer, som er mere effektive til healingen af bestemte sygdomme end andre.

8.4. Transmission af kulturelle narrativer

Særligt kollektive ritualer er ifølge mange religionsforskere en ideel kontekst til at transmittere kulturelle narrativer til individer. Schjoedt er enig og mener, at individer bliver særligt modtagelige overfor kollektive ideer, fordi de kollektive ritualer begrænser de kognitive ressourcers tilgængelighed for individet til selv at bearbejde de religiøse begivenheder (Schjoedt 2013, 40, 46-50). Fx forstærker de obskure handlinger i ritualet individers behov for at finde mening, hvilket gør dem modtagelige for religiøse eksperters autoritative fortolkninger af ritualet. Samtidig kan et højt niveau af tillid til healeren mindske mængden af energi brugt på kritisk agtpågivenhed, hvilket tillader patienten at opleve ritualet i overensstemmelse med den religiøse autoritets suggestioner, narrativer og fortolkninger. Denne påvirkelighed over for autoritetens suggestioner kan lige såvel være i de dyadiske som kollektive ritualer, men i de kollektive ritualer kan suggestionernes kraft formegentlig forstærkes væsentligt af feedback fra andre ritualdeltagere, som individet ønsker at harmonisere sit narrativ med.

Hvor gruppehealing, som fx forbøn, kan fremme individers accept af healerens autoritet og det generelle kulturelle narrativ, som gruppen er tilhænger af, så fylder tilpasningen af det kulturelle narrativ til hvert enkelt individ mindre. I den evangeliske missionsvirksomhed "Mission Danmark" hvor der foretages personlig forbøn, lægges der ikke vægt på omfattende diagnosticeringsprocedurer, hvor healeren definerer den lidendes relation til gruppens narrativ. Det er ikke nødvendigt, fordi det ifølge deres mytologi ikke er healeren, men alvidende, guddommelige kræfter der udfører miraklerne (Linde 2012). Den katolske pinsebevægelse som Csordas studerede havde som sagt dyadiske ritualer og disse inkluderer "healing af minder" og "udfrielse" (fra dæmoner) (Csordas 1983, 356). I begge disse ritualer rekonstruerer healeren og den lidende sammen det autobiografiske narrativ, og gennem ændringer af basale kognitive, affektive og adfærdsmæssige mønstre kommer individet til at se sig selv som sund, hel og hellig. "Healingen af minder", som bruges til at heale følelsesmæssige

skader, kræver nogle gange flere sessioner, og i dette ritual gennemgås hele livsforløbet, mens billedet af Jesus visualiseres hele vejen igennem, og der opfordres til tilgivelse af dem, der har såret én. Formålet med visualiseringen er at demonstrere, at Jesus altid var i deres liv, også selvom de ikke så det. Så i denne konstruktion af et nyt liv/en ny fortid er der et helt tydeligt eksempel på et ritual, der har til formål at ændre, hvordan en person tænker og føler om sit liv, samtidig med at det er et meget personligt narrativ, der skabes.

I sådan et ritual, hvor den ritualiserede adfærd ser ud til at fylde forholdsvis lidt ift. det, at healeren og den der heales i fællesskab rekonstruerer et personligt narrativ, kan man måske tale om, at gruppens narrativ skræddersys til individet. De kollektive healingsritualer, som derimod oftere er fyldt med stimulering i form af musik, chanting, dans og forskellige andre fysiske påvirkninger, har måske i højere grad tendens til at underordne individets narrativ gruppens, idet de, som Schjoedt påpegede, gør krav på de kognitive ressourcer og forhindrer individet i selv at konstruere et narrativ, hvorved gruppens bliver mere fremtrædende (Schjoedt 2013, 42). Ifølge det vi ved, så kræves det af et sundt, autobiografisk narrativ, at den kan redegøre tilstrækkeligt for alle et individs erfaringsbaserede narrativer, men hvis vi fortsætter beklædningsmetaforen, har det så nogen betydning om narrativet er faconsyet, eller om det sidder løst visse steder, så længe det ingen steder sidder så stramt, at syningen brister? Og har pasformen måske betydning for, hvor længe narrativet kan bruges uden større justeringer?

9. Konklusion

Disse spørgsmål må jeg for nu lade stå åbne sammen med andre spørgsmål som: Hvilke andre situationelle faktorer har en indflydelse på at narrativet transmitteres til individet? Er der et overlap mellem disse, og faktorer der fremmer placeboeffekter? Har individuelle karakteristika ved healer og den lidende, som fx social/ emotionel intelligens en betydning? Et væsentligt aspekt, som jeg måtte udelade, angår, hvad der forhindrer, at individet åbner sig for at omskrive sin livshistorie, da det sjældent er en nem proces, og autobiografiske narrativer kan være meget modstandsdygtige over for forandring. Desuden er der ikke kun forskel på hvor meget kropslige faktorer bidrager til mentale sygdommes ætiologier, men også hvor lette de er at behandle.

Så hvordan kan narrativer påvirke effekten af religiøse healingsritualer i en positiv retning? Dét at blive syg kan for mange mennesker være en oplevelse, der er svær at forene med deres selvopfattelse, og denne inkonsistens mellem deres autobiografiske narrativ og erfaringsbaserede narrativ skaber negative emotioner. Uanset om de negative emotioner er opstået på denne eller anden måde, kan de forværre ikke bare psykologiske, men også somatiske aspekter af sygdommen. Når individet opsøger healing sørger ritualets særlige karakteristika for at aktivere og transmittere de religiøse narrativer til individet, og disse narrativer har flere særlige egenskaber. Religiøse narrativer indeholder overnaturlige kræfter, som kan give en helt særlig form for selvtillidstilskud, og som kan være forklaring på, hvorfor sygdommen opstod, og hvordan den bekæmpes. Narrativerne kan være så omfattende, at de bruges som forklaring på alle begivenheder i verden, og om ikke andet kan de give den syge en ramme for at forstå deres egen situation i et nyt perspektiv, og dette nye perspektiv kan ændre lidt eller meget på individets attitude, affekt og selvbillede. Med andre ord er det nye perspektiv rettelser til det autobiografiske narrativ, som kan reducere negative emotioner og derigennem også fysiske symptomer. Så snarere end komplet healing er der som regel blot tale om symptomlindring. Kort sagt kan omskrevne narrativer altså ændre emotioner, som påvirker psykisk og fysisk helbred, men dette er kun halvdelen af historien om, hvordan narrativer fungerer, da narrativer ikke kun er en skabelon for emotioner, tanker og adfærd men også formes af de selv samme elementer.

10. Litteraturliste

Cook-Cottone, Catherine P.

2004 "Using Piaget's Theory of Cognitive Development to Understand the Construction of Healing Narratives", *Journal of College Counselling*, 2004, 7, 2, 177-186.

Cozolino, Louis

2002 *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*, W:W Norton & Company, New York.

Csordas, Thomas J.

1982 "The rethoric of transformation in ritual healing", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 333-375

Dow, James

1986 "The Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis", *American Antropologist*, 88

Frank, Jerome D. and Frank, Julia B.

1991 *Persuasion & Healing – A comparative study of psychotherapy*, The Johns University Press, London.

Hodge, David J.

2007 "A Systematic Review of the Empirical Litterature on Intercessory Prayer", *Research on Social Work Practice*, vol. 17, no. 2, 174-187

Kaptchuk, Ted J.

2002 "The Placebo Effect in Alternative Medicine: Can the Performance of a Healing Ritual Have Clinical Significance?" *Annals of Intern Medicine*, 136; 817-825.

Linde, Jens

2012 ”Helbredt ved Hans Berntsen-møde”, <http://www.missiondanmark.dk/vidnesbyrd/> (set 04.01.2014)