

**KTO JEST KOMPETENTNY,
BY WYPOWIADAĆ SIĘ O CHOROBIĘ
I ZDROWIU?
KILKA UWAG NA TEMAT MEDYCyny
TRADYCYJNEJ**

Zamówiono u mnie artykuł, który ma odpowiedzieć na pytanie o to, kto posiada kompetencje do wzięcia udziału w poważnej dyskusji o problemach zdrowia i choroby. Pierwsza myśl, która się zazwyczaj pojawia, to, że ten wyjątkowy przywilej jest zarezerwowany dla specjalistów wykształconych w zachodnich uczelniach w takich dziedzinach jak: medycyna, farmakologia bądź psychiatria. Ci, którzy nie spełniają tego warunku, a mimo to roszczą sobie prawo do wygłaszania opinii na ten temat, są najczęściej bez ogródek demaskowani jako – delikatnie mówiąc – szarlatani¹. W praktyce taka postawa polega na oskarżaniu wszystkich praktykowanych ciągle w większości krajów spoza zachodniego kręgu kulturowego form medycyny tradycyjnej o to, że są one przejawami zwodniczej i niebezpiecznej szarlatanerii. Skoro chodzi o sprawy tak żywotne jak choroba i zdrowie, nie może być w ogóle miejsca na „folklorystyczne zabawy”

Nie odpowiem wprost na postawione pytanie i nie wystawię certyfikatów kompetencji instancjom i osobom, którym do tej pory uparcie ich odmawiano. Zamiast tego wolę zaprezentować pokrótce kilka aspektów lub wymiarów tradycyjnych sposobów uzdrawiania, mając przy tym nadzieję, że z pomocą pełnych informacji czytelnik będzie w stanie sam osądzić, czy osoby praktykujące tradycyjną medycynę spoza zachodniej kultury powinny być napiętnowane jako bezduszni wyzyskiwacze żerujący na ła-

¹ O traktowaniu tradycyjnych uzdrowicieli jako szarlatanów zob. V. Neckebrouck, *Beelden van de sjamaan. Een inleiding tót de studie van het sjamanisme*, Leuven 2003, s. 27–59.

twowierności swych rodaków, czy też należy im się miejsce przy stole, przy którym toczy się poważna dyskusja na temat problemów choroby i zdrowia.

1. Wymiar farmakologiczny

Karol Darwin napisał w jednym ze swych najbardziej znanych dzieł: „Łatwo nie doceniamy mentalnych sił wyższych zwierząt, a specjalnie człowieka”². W rzeczywistości przez wieki otwarcie nie doceniano możliwości poznawczych zwierząt. Zostały one po raz kolejny wykazane w 2007 roku, gdy samica szympansa i jej młode odniosły głośne zwycięstwo nad grupą studentów uniwersytetu w testach na pamięć wzrokową. Test ten był składową badań, które udowodniły, że szympansy mają lepszą pamięć krótkotrwałą niż ludzie³. Również w kwestiach zdrowia i choroby zwierzęta generalnie radzą sobie o wiele lepiej niż do tej pory sądzono⁴. Szympansy na przykład używają od dwustu do sześciuset gatunków różnych roślin. Przechowują je w pamięci, potrafią rozpoznać oraz wiedzą, gdzie i kiedy mogą je znaleźć⁵. Szczególnie godna uwagi jest ich wiedza na temat roślin medycznych oraz użytku, jaki z nich czynią⁶. Badania farmakologiczne wykazały, że stosowane przez nie zioła naprawdę mają efekty terapeutyczne. To odkrycie umożliwiło narodziny nowego pola badań – zoofarmakoznawstwa⁷

² K. Darwin, *The Descent of Man and Selection in Relation to Sex* (1871), London 2004, s. 89 (tł. red.).

³ J. F. Dortier, *À quoi pensent les oiseaux?*, w: J. F. Dortier (red.), *Le cerveau et la pensée. Le nouvel âge des sciences cognitives*, Auxerre 2011, s. 265. O inteligencji szympansov, zob. także: B. Thierry, *La raison des singes*, „Pour la science”, nr 360, 2007.

⁴ C. Engel, *Wild Health. How Animals Keep Themselves Well and What We Can Learn from Them*, New York 2002.

⁵ L. Spiney, *What Only a Chimpanzee Knows*, „New Scientist”, 2006; E. Pensie, *Nonhuman Primates Demonstrate Humanlike Reasoning*, „Science”, 2007.

⁶ M. A. Huffman, R.W. Wrangam, *Diversity of Medicinal Plant Use by Chimpanzees in the Wild*, w: R.W. Wrangham, W. C. McGrew, F. B. De Waal, P. G. Heltne (red.), *Chimpanzee Cultures*, Boston 1994.

⁷ J. Van Hooff, *Cultuur en de wereld van het dier*, w: J. Van Baak, J. Bartels, B. Van Heusden, C. Wildevuur (red.), *Cultuur en cognitie. Het menselijk vermogen om hetekenis te geven*, Budel 2007, s. 121.

W cytowanym wyżej tekście Darwin wspomina nie tylko o niedowartościowaniu możliwości kognitywnych u zwierząt, ale również zdolności mentalnych ludzi. Mówi ogólnie o człowieku. To jednak nie stoi w sprzeczności z moim stwierdzeniem, że chodzi tu o niedowartościowanie zdolności intelektualnych człowieka spoza kultury Zachodu. Postawa ludzi Zachodu wobec niezachodnich praktyk medycznych i farmakologicznych jest tego wyraźnym dowodem. Pogarda wobec lokalnych poglądów na temat biologii, anatomii, fizjologii, choroby i zdrowia okazywana przez międzynarodowe organizacje zajmujące się zdrowiem i rozwojem, niektóre Kościoły protestanckie oraz zachodnie ruchy feministyczne uwidacznia wyraźnie pewną fanatyczną nadgorliwość, z jaką te instytucje zwalczały koncepcje i praktyki związane z wymienionymi dziedzinami i starały się je całkowicie wyeliminować⁸.

Dzisiaj wiemy więcej. Zrozumieliśmy, że ludzie innych kultur posiadają skarb, jakim jest wiedza na temat roślin leczniczych, z których wiele ma wysoki wskaźnik skuteczności. Wielkie koncerny farmaceutyczne finansują obecnie badania antropologiczne na najdalej położonych wyspach i w najbardziej niedostępnych zakątkach lasów tropikalnych w celu zdobycia ukrytej w tych miejscach wyjątkowo cennej wiedzy medycznej i farmakologicznej. Z etycznego punktu widzenia można zadać pytanie, czy te działania nie są najzwyklejszą w świecie kradzieżą kapitału intelektualnego. W każdym razie zdano już sobie sprawę, że wiedza na temat roślin i ziół leczniczych nie jest wyłączną własnością Zachodu. Chodzi o tę dziedzinę, w której uzdrowiciele spoza kultury zachodniej dowodzą posiadania wiedzy tak rozległej, że zachodni specjaliści przyznają dziś bez wykrętów, że muszą się od nich uczyć.

2. Wymiar psychologiczny

Amerykański antropolog J. McClenon przeprowadził rozległe badania porównawcze różnych istniejących w świecie typów rytuałów uzdrawiających. Jedną z najbardziej uderzających konkluzji

⁸ L. Schumaker, *Women in the Field in the Twentieth Century: Revolution, Involution, Devolution?*, w: H. Kuklick (red.), *A New History of Anthropology*, Malden-Oxford 2008, s. 289.

tych badań to ta, że praktycznie wszędzie, we wszystkich społecznościach, uzdrowiciele odkryli moc terapeutyczną efektu placebo, niekiedy w połączeniu z hipnozą lub spożywaniem produktów halucynogennych⁹. Miejscowi uzdrowiciele dysponują zazwyczaj sporą dozą intuicji na temat zarówno podstawowych, jak i złożonych mechanizmów psychologicznych. W większości przypadków posiadają również aktualne informacje na temat kontekstu rodzinnego i społecznego chorych, znają historię swych pacjentów. To wszystko tłumaczy imponujące niekiedy rezultaty terapeutyczne. Wyjaśnia także to, co Shirokogoroff wykazał już w 1935 roku, gdy badał Tungusów – w szczególności to, że ich szamani faktycznie zajmowali się wyłącznie psychicznym aspektem chorób¹⁰. Wielu naukowców zwróciło uwagę na zbieżność między zachodnią psychoterapią a działalnością tradycyjnych szamanów¹¹. Dziś, co ciekawe, sami członkowie stowarzyszeń szamańskich porównują szamana do współczesnego psychiatry. Tak dzieje się m.in. u Indian Tlingit na Alasce¹². Podczas mojego pobytu w Hondurasie u ludu Garífuna starsza kobieta powiedziała: „Wy, Biali, gdy wasi młodzi zgłaszają problemy, idźcie do lekarza w Tela, który nazywa się psychiatrą. My idziemy z naszymi dziećmi do szamana. A on robi z naszymi dziećmi to samo, co wasz lekarz w mieście z waszymi. Tyle tylko, że to jest o wiele tańsze niż wizyta u psychiatry”

Tradycyjni uzdrowiciele są bardzo świadomi struktury psychosomatycznej choroby oraz zdrowia i stosują tę wiedzę w leczeniu swoich pacjentów. Byłoby czymś niewłaściwym twierdzić, że me-

⁹ J. McClenon, *Wondrous Healing. Shamanism, Human Evolution and the Origin of Religion*, DeKalb 2002. Zob. także J. F. Schumaker, *The Corruption of Reality. A Unified Theory of Religion, Hypnosis, and Psychopathology*, Amherst 1990; N. Humphrey, *Great Expectations. The Evolutionary Psychology of Faith Healing and the Placebo Effect*, w: *The Mind Made Flesh. Essays from the Frontiers of Evolution and Psychology*, Oxford 2002.

¹⁰ S. M. Shirokogoroff, *The Psychomental Complex of the Tungus*, London 1935.

¹¹ Zob. na przykład: C. Levi-Strauss, *L'efficacité symbolique*, „Revue de l'Histoire des Religions”, 1949. Przedrukowane w: tenże, *Anthropologie structurale*, Paris 1958, s. 205-226. Dodatkowe informacje w: V. Neckebrouck, *Beelden van de sjamaan*, s. 110-118

¹² S. Kan, *Shamanism and Christianity. Modern-Day Tlingit Elders Look at the Past*, w: M. Klass-M. K. Weisgrau (red.), *Across the Boundaries of Belief. Contemporary Issues in the Anthropology of Religion*, Boulder 1999, s. 51.

dycyna zachodnia zupełnie ignoruje ten wymiar problemu. Mimo to wciąż na Zachodzie ubolewa się z powodu braku holistycznego podejścia do choroby i zdrowia. To wskazuje, że świadomość wymiaru psychosomatycznego w większości wypadków istnieje czysto teoretycznie i rzadko dochodzi do głosu w konkretnej praktyce medycznej¹³.

3. Wymiar społeczny

Na Zachodzie osoba jest zawsze rozumiana jako jednostka. Dla większości kultur niezachodnich to zestawienie nie jest oczywiste. Na przykład, w tradycyjnych społecznościach czarnej Afryki jednostka nie jest rozumiana jako istota oddzielna, bez więzi ze wspólnotą, a niekiedy w opozycji do niej. Wspólnotowe odniesienie jest elementem istotnym i konstytutywnym dla afrykańskiej identyfikacji osoby. Afrykanin zawsze definiuje siebie w terminach odnoszących się do wspólnoty (rodzinnej, klanowej, etnicznej), do której należy. W tej kwestii Marc Augé stosuje zwięzłą formułę: „Najbardziej istotna część jednostkowej osoby istnieje wyłącznie społecznie”¹⁴. Wynika z tego, że poczucie jednostkowości jest jednocześnie związane z poczuciem przynależności do wspólnoty, której ta jednostka stanowi część. Gdy jakaś jednostka zostaje zabita, członkowie klanu mówią: „nasza krew została przelana” Gdy ktoś zachoruje, cała wspólnota, do której chory należy, ma problem ze zdrowiem. To wyjaśnia, dlaczego w czasie leczenia uzdrowiciel wymaga niekiedy obecności wspólnoty, do której chory należy, lub przynajmniej reprezentującej ją delega-

¹³ Paralelizm między zachodnią psychiatrią z szamańskimi praktykami medycznymi nie oznacza, że pokrywają się one za sobą w każdym punkcie. Na przykład – pewni szamani uzdrawiają zwierzęta. Trudno te procesy wytłumaczyć manipulacją psychologiczną. W efekcie wcale nie widać, jaką rolę miałyby odgrywać „sugestia” w podobnych przypadkach. M. A. Bartolomé, *Shamanism among the Avá-Chiripá*, w: D. L. Browman-R. A. Schwarz (red.), *Spirits, Shamans and Stars. Perspectives from South America*, Den Haag-Paryż, 1979, s. 134.

¹⁴ M. Augé, *Sorciers noirs et diables blancs. La notion de personne, les croyances à la sorcellerie et leur évolution dans les sociétés lagunaires de basse Côte-d'Ivoire (Alladian et Ébrié)*, w: „Colloques Internationaux du Centre National de la Recherche Scientifique”, nr 544, „La personne en Afrique Noire”, Paryż 1981, s. 522.

cji. Specyficzna koncepcja osoby, modna w wielu kulturach spoza kręgu zachodniego, sprawia, że tradycyjni uzdrowiciele z tych regionów są uwrażliwieni na fakt, że wiele schorzeń ma swoje źródło w zaburzeniach relacji pacjenta z jego środowiskiem społecznym lub w utajonych konfliktach bądź niepokojach w grupie. W takich wypadkach terapia będzie polegała na normalizacji relacji lub na podjęciu wysiłku zakończenia konfliktu lub niepokoju. Uzdrawienie jednostki bez odbudowania „zdrowia” wspólnoty jest uważane za niemożliwe. Antropolodzy już dawno zapoznali się z tym zjawiskiem. Jedną z konsekwencji masowej migracji osób pochodzących z Trzeciego Świata do krajów zachodnich jest to, że personel medyczny szpitali na Zachodzie styka się coraz częściej z wymiarem społecznym problematyki zdrowia i choroby, jakiego doświadczają imigranci¹⁵.

4. Wymiar religijny

Brytyjski antropolog A. Shorter przytaczał następującą anegdotę. Pewien lekarz pochodzący z Chińskiej Republiki Ludowej został wysłany w ramach programu pomocy medycznej do szpitala w Tanzanii. Pewnego dnia podał on pacjentowi buteleczkę z lekarstwem. Ten swoje podziękowanie zakończył stwierdzeniem „Niech pana Bóg błogosławi, doktorze” Doktor odparł: „Nie wierzę w Boga”. Na co chory odrzekł: „W takim razie wolę nie brać pańskiego lekarstwa”¹⁶.

Ta anegdota ilustruje dramat zderzenia dwóch odmiennych koncepcji świata. Lekarz, choć był Chińczykiem, reprezentował nowoczesny świat zachodni, który, według słynnych słów Laplace’a, nie potrzebuje hipotezy Boga. W tej koncepcji wszechświat, ze wszystkim, co zawiera, jest uważany za niezależną całość, która ma w sobie wszystko, co jest konieczne do funkcjonowania i działa według autonomicznych praw dostarczających niepowątpiewalnych wyjaśnień o wszystkim, co zachodzi w jej łonie.

¹⁵ Opis spektakularnego uzdrowienia, które miało miejsce w paryskim szpitalu znajduje się w: S. Bouznah-C. Lewertowski, *Quand les esprits viennent aux médecins. Sept récits pour soigner*, Paryż 2013, s. 33–47.

¹⁶ A. Shorter, *Jesus and the Witchdoctor. An Approach to Healing and Wholeness*, London-New York 1985, s. 133.

Nawet jeśli obok świata osób i rzeczy, który jesteśmy w stanie poznać empirycznie i nad nim zapanować, istnieje jakaś rzeczywistość o naturze niematerialnej zamieszkała przez byty duchowe i nadnaturalne, to ten alternatywny świat nie ma żadnego wpływu na funkcjonowanie praw rządzących światem empirycznym. Rzeczywiście: jeśli jakaś roślina lub określona substancja ma właściwości terapeutyczne, to chory, który ją zażyje, odczuje jej dobroczynny wpływ niezależnie od tego, czy Bóg istnieje, czy nie, lub czy chory bądź lekarz, który go leczy, przyjmują albo negują Jego istnienie. Ten sposób pojmowania rzeczy jest przejawem tego, co zazwyczaj nazywamy dualizmem, to znaczy akceptacją granicy, która ściśle rozdziela dwie rzeczywistości o różnych naturach, a co w kulturze i teologii zachodniej objawiło się w serii dobrze znanych dychotomii: natura i nadnaturala, duch i materia, ciało i dusza, niebo i ziemia, wiara i rozum, religia i nauka, Kościół i państwo, akcja i kontemplacja, religijność wertykalna i horyzontalna itd.

Sposób rozumowania charakterystyczny dla myślenia dychotomicznego można przedstawić następująco:

- I. Istnieją różnice;
- II. różnice są skontrastowane;
- III. kontrasty są sprzecznościami;
- IV. gdy tezy lub zjawiska są sprzeczne bądź opozycyjne, tylko jedno może być prawdziwe lub dobre;
- V. w konsekwencji tego, w wypadku sprzeczności, wybór pociągający za sobą akceptację jednej tezy musi siłą rzeczy powodować odrzucenie drugiej¹⁷

To jest dualizm wykluczający, który wymusza wybór¹⁸. Przedstawiciel współczesnego Zachodu wyjaśni fakty i zdarzenia zachodzące w jego życiu racjonalnie i empirycznie, odwołując się do elementów i czynników pochodzących wyłącznie z tego świata. Za to członkowie tradycyjnych społeczeństw niezachodnich zawsze będą usiłowali rozpoznać, obok objaśnień empirycznych, także wyjaśnienia dodatkowe, głębsze, należące do sfery religii, magii, mitologii, do tego, co nazywamy w teologii rzeczywistością nadnaturalną. Działają w ten sposób, ponieważ idea wyraźnej separacji między dwoma światami jest im obca. Inaczej niż

¹⁷ P. Kloos, *Filosofie van de antropologie*, Leiden 1987, s. 113.

¹⁸ W niektórych kulturach istnieją formy dualizmu inkluzyjnego.

w nowoczesnej mentalności Zachodu, dla którego religia jest zapewne oddzielona od pozostałych aspektów życia, według nich religia przenika wszystkie wymiary życia codziennego i działania ludzkiego. Różne aspekty i składniki życia niereligijnego nie mają ani swobodnego sposobu istnienia, ani niezależnych norm całkowicie oddzielnych od religijnego wymiaru rzeczywistości. Każdy element i każde wydarzenie empiryczne wymagają uzgodnienia w strukturach świata niewidzialnych mocy nadnaturalnych, nad którymi kontrola wymyka się człowiekowi. Most łączący te dwa światy jest dla istnienia człowieka i jego dobrego samopoczucia tak nieodzowny jak pępowina dla płodu w łonie matki. Oczywiście roślina czy substancja może posiadać właściwości terapeutyczne, jednak pochodzą one od Boga i pomogą choremu tylko wtedy, gdy tak się będzie podobało Bogu. Innymi słowy, mówiąc precyzyjnie, nie powinno się twierdzić, że lekarstwo leczy. Można jedynie mówić, że działa ono jako narzędzie uzdrowieńcze w rękach Boga uzdrowiciela. Podobnie nie powinno się mówić, że lekarz uzdrawia. On leczy pacjenta, który może być uzdrowiony wyłącznie przez samego Boga.

Fałszywa byłaby jednak konkluzja, że typowy człowiek spoza kultury zachodniej traktuje Boga jak *deus ex machina*, który musi interweniować, gdy lekarstwa lub lekarze zawodzą. To czyniłoby z niego dualistę. Uczy się rozpoznawać własności terapeutyczne roślin i substancji poprzez badania empiryczne i racjonalną refleksję. Ten, kto chce zostać uzdrowicielem, musi zostać wtajemniczony w sztukę uzdrawiania i odpowiednio uformowany, zanim zostanie uznany za uzdrowiciela. Ale taka postawa „naukowa”, która w oczach przedstawiciela współczesnego Zachodu jest jedyną postawą wiarygodną, dla człowieka ze społeczności tradycyjnej jest tylko aspektem rzeczywistości, tylko aktywnością człowieka, który czuje się włączony w rzeczywistość o wiele szerszą i obejmującą całe życie, zamiast być z nią w stanie wojny. Lekarstwo, odkryte metodą empiryczną i podawane następnie zgodnie z kryteriami racjonalnymi, jest jednocześnie uważane za skuteczne tylko z woli Bożej. To, co zostało nabyte przez doświadczenie i na drodze rozumowej, odgrywa tylko rolę podrzędną w oczach kogoś o szerszych horyzontach, kto lepiej obejmuje egzystencję. Lekarstwo nie jest więc traktowane jako coś nieużytecznego. To normalne narzędzie, za pomocą którego Bóg uzdrawia ludzi. Ale

gdy oderwie się to lekarstwo od kontekstu religijnego, od wiary w tego, który nadaje mu moc terapeutyczną, całkowicie traci ono swoją moc i staje się bezwartościowe. W świetle tych przekonań staje się jasna postawa tanzańskiego pacjenta wobec chińskiego lekarza. Od kiedy, dzięki pogłębionym studiom etnograficznym, lepiej poznaliśmy tło ideowe medycyny afrykańskiej, doszliśmy do tego, że opisujemy ją jako formę medycyny psychosomatycznej. Jednakże ta nowa wiedza nie oddaje całkowicie sprawiedliwości jej specyfice. W rzeczywistości ta medycyna ma charakter „teopsychosomatyczny” Członek plemienia Oromo (Etiopia) oświadczył antropologowi i misjonarzowi holenderskiemu L. Bartelsowi: „Niedobrze jest podawać lekarstwo bez modlitwy lub błogosławieństwa”. Bartels odpowiedział: „Przecież dziś kupi pan to lekarstwo w aptece bez błogosławieństwa” Na to usłyszał taką odpowiedź: „To prawda i to stanowi dla nas problem. W lekarstwach jest Boża moc. Ona także działa przez lekarzy i pielęgniarki w szpitalu. Jeśli, przyjmując lekarstwa, nie myślimy o Bogu, stają się one czystą magią”¹⁹.

W społeczeństwie, w którym panuje podobna zunifikowana i integralna wizja rzeczywistości, najbardziej wiarygodnym oraz, z psychologicznego punktu widzenia, najskuteczniejszym lekarzem czy uzdrowicielem będzie ten, kto nie oddziela działań terapeutycznych od religijnej koncepcji życia, lecz je integruje i najlepiej, jeśli czyni to w sposób najwymowniejszy, tzn. za pomocą gestów i zachowań wyraźnie symbolicznych. W czasie, gdy prowadziłem badania wśród Masajów w Afryce Wschodniej, zostałem zaczepiony przez jednego z moich przewodników. Jego żona od dwóch dni cierpiała z powodu bólów porodowych. Akuszerka i pielęgniarka (obie z Europy) zaczęły obawiać się najgorszego. Nie było w pobliżu lekarza, który mógłby pomóc. Zdesperowany mężczyzna poprosił, bym pobłogosławił jego żonę. Uczyniłem to. Dziesięć minut później urodziło się dziecko w pełni zdrowe. Każdy współczesny przedstawiciel Zachodu zapewne zinterpretowałby to zdarzenie w kategoriach przypadku. Nie mam nic do dodania do wymowy tych faktów. Poza jednym szczegółem: czy wiemy, co się działo w głowie tej kobiety, ukształtowanej w kulturze całkowicie odmiennej od naszej? I czy mamy precyzyjny

¹⁹ List L. Bartelsa do autora artykułu z 10.06.1989 r.

ogląd wpływu tego, co się dzieje w głowie tej kobiety, na jej macicę²⁰? Antropolodzy natykają się na spektakularne wypadki zarówno zahamowań, jak i stymulacji biologicznych wywołanych przez czynniki kulturowe²¹.

Ludzie Zachodu nie przestają słowem i działaniem uświadamiać członków tradycyjnych społeczności, że w razie choroby wystarczy „pójść do lekarza”. Nieuchronną konsekwencją takiej postawy jest poczucie u ludzi kultur niezachodnich niepoważnego traktowania. Milionowe rzesze afrykańskich chrześcijan praktykujących tradycyjne rytuały uzdrowieńcze, ucieczka milionów innych do Kościołów lub sekt uzdrowieńczych tłumaczą się, między innymi, głęboką potrzebą praktykowania uzdrowień zintegrowanych i zinterpretowanych religijnie, czego im odmawia religia i zachodnia medycyna dualistyczna. W rzeczywistości te reakcje tubylców nie tłumaczą się niezbitą niedostatkami lub brakiem odpowiednich i wystarczających udogodnień medycznych. Potrzeba medycyny zintegrowanej nie jest mniejsza w takich krajach jak Kuba czy Chiny, gdzie nie brak nowoczesnych udogodnień²². Przedstawiciel zsekularyzowanego i nowoczesnego Zachodu zapewne zadowolony będzie jedynie pobłażliwym uśmiechem w obliczu tej „prymitywnej naiwności”. W przeszłości trudno było sformułować uzasadniony sąd na temat natury relacji między religią a zdrowiem. Od dawna prowadzone są liczne badania empiryczne, które pokazują zdecydowanie pozytywny wpływ religii na stan zdrowia wierzących pacjentów. Ale istnieją także inne studia, z których wynikają przeciwne wnioski. Od kilku lat, po publikacji monumentalnego dzieła trzech amerykańskich psychologów i psychiatrów, zwiększyła się niepewność naukowców²³. Autorzy

²⁰ Marokańska pielęgniarka pracująca wśród swych emigrantów arabskich w Belgii mówiła w wywiadzie opublikowanym w dzienniku „De Standaard” z 19/20-11-1988, s. 24: „Gdy poród ma się zacząć, wyrażam pragnienie, by kobieta otrzymała pomoc i błogosławieństwo Allacha. Wiem, że w tym właśnie momencie jest to bardzo ważne dla tej kobiety”.

²¹ V. Neckebrouck, *De seksuele praxis van het gezin op middelbare leeftijd. Een transculturele benadering*, „Leuvense Cahiers voor Seksuologie”, 1977, nr 1.

²² G. Huizer, *Indigenous Healers and Western Dominance: Challenge for Social Scientists?*, „Social Compass”, 1987.

²³ H. G. Koenig, M. E. McCullough, D. B. Larson, *Handbook of Religion and Health*, Oxford-New York 2001.

prześledzili co najmniej 1200 publikacji i 400 raportów z badań, opublikowanych w dwudziestym wieku, na temat relacji religii i zdrowia fizycznego i psychicznego. Ich wnioski można streścić następująco:

- Tak jak od dawna przeczuwali to ci spośród nas, którzy zajmowali się tą dziedziną, wpływ wiary religijnej na zdrowie, ogólnie i na poziomie populacji, jest zdecydowanie pozytywny. Jesteśmy w końcu w stanie to stwierdzić, że taka jest prawda²⁴.
- Nie neguje się przy tym publikacji na powyższy temat, które opisują przypadki nadużyć popełnianych w imię religii i negatywnych wpływów religii na zdrowie. Ale takie przypadki wydają się marginalne i opierają się raczej w większości na opisach pojedynczych spraw niż na systematycznych badaniach dotyczących całych populacji. Zazwyczaj chodzi o stare badania na studentach lub młodzieży, którzy wcale nie dowodzą dojrzałej wiary religijnej²⁵.
- Jednym z najbardziej zaskakujących wniosków z badań trzech amerykańskich uczonych jest teza, że także na Zachodzie – a dokładniej: w najbardziej rozwiniętych w tym regionie narodach – większość pacjentów wyraża pragnienie korzystania z medycyny naukowej, która włącza wymiar religijny. Z tego punktu widzenia tradycyjni uzdrowiciele mają znaczącą przewagę nad lekarzami wykształconymi na zachodnich uczelniach medycznych. Dla tych pierwszych wzięcie pod uwagę wymiaru religijnego jest odruchem spontanicznym, wypływającym z nich samych, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych tylko niewielu lekarzy, między 10% a 20%, jest przygotowanych na wsłuchanie się w ten aspekt problematyki²⁶. Z zamkniętymi oczami można przewidywać, że te wartości procentowe w Europie są jeszcze niższe.

²⁴ Tamże, s. VII.

²⁵ Tamże, s. 77.

²⁶ Tamże, s. 94.

5. Wykluczanie się czy dopełnianie?

Często słyszy się ludzi Zachodu twierdzących, iż w sprawach choroby zachowania osób spoza ich kultury są często sprzeczne i niespójne, co ma stanowić dowód na niedojrzałość, nieracjonalność i prymitywizm. Przypadek chorego Afrykańczyka lub Indianina, który jednego dnia poddaje się czynnościom tubylczego uzdrowiciela, by nazajutrz przyjść do poczekalni zachodniego lekarza, lub odwrotnie, wydaje się być klasycznym przykładem tej sprzeczności. W tym kontekście nie powinno się jednak mówić o sprzeczności. Staje się to jasne podczas analizy konkretnych wypadków w terenie. Przedstawię dwa przykłady pochodzące z moich własnych badań.

I. Garifuna w Hondurasie

Pośród różnych typów uzdrowicieli spotykanych wśród Garifuna szamani są zdecydowanie najważniejsi. Nie twierdzą, by istnienie innych teorii medycznych i metod terapeutycznych niż te, które sami uznają i praktykują, było dla nich zagrożeniem. Nie uważają ich za wyobrażenia i praktyki sprzeczne ideowo z teoriami i metodami szamańskimi czy też nieprzystające do nich. Postrzegają je raczej jako systemy użyteczne i dużo wnoszące, każdy do innej, specyficznej dziedziny, i raczej dopełniające praktyki szamańskie niż sprzeczne z nimi. Szaman Garifuna nie neguje ani racji istnienia medycyny nowoczesnej czy też jej wartości, ani też tradycyjnych uzdrowicieli, którzy wychodzą od założeń teoretycznych i stosują metody terapeutyczne obce praktykom szamańskim. Są przekonani, że tak jedni, jak drudzy posiadają autentyczne kompetencje do dokonywania uzdrowień, niekiedy całkowitych. Więcej, wielu szamanów Garifuna powierza się opiece zachodnich lekarzy, gdy dopadnie ich choroba. Najbardziej znany i najpotężniejszy szaman w regionie, gdzie pracowałem, był leczony przez nowoczesnych lekarzy, w tym wypadku okulistę i kardiologa. Inny regularnie leczył swego syna w szpitalu w najbliższym mieście, nie tylko z powodu komplikacji po złamaniu nogi, ale także z powodu problemów z oddychaniem.

To postępowanie, oparte na zrozumieniu komplementarności systemów terapeutycznych, nie jest niespójne. Wszyscy Garifuna znają różnicę między *enfermedades del doctor* a *enfermedades*

del bûyei, „chorobami dla doktora” i „chorobami dla szamana” Te wyrażenia nie oznaczają chorób, które są przeznaczone tylko dla lekarzy lub tylko dla szamanów, lecz opisują w sposób ogólny różne dziedziny, w których różni terapeuci przypuszczalnie są kompetentni. Z problemami zdrowotnymi, zwłaszcza przy poważnych schorzeniach, które nie mają bez cienia wątpliwości przyczyn społecznych, magicznych czy religijnych, idzie się do lekarza wykształconego na Zachodzie. W innych wypadkach panuje przekonanie, że sam szaman jest w stanie pomóc. W większości przypadków pacjenci, którzy przychodzą do szamana, byli najpierw konsultowani raz lub kilka razy przez lekarzy. To bezradność tych ostatnich wobec uporczywych objawów choroby zmusiła ich, by zapukać do drzwi szamana. Zauważyłem również wielokrotnie, że szamani odsyłali pacjentów, którzy do nich przyszli, bądź to do lekarza, bądź też do tradycyjnego uzdrowiciela (*curandero*) – zależnie od wskazań wynikających z ich diagnozy. Przy okazji, szamani zwierzyli mi się, że, ze względu na dobro chorych, cenią sobie zacieśnioną współpracę z lekarzami wykształconymi według standardów zachodnich.

II. Kikuyu w Kenii

Zacznijmy od konkretnego przypadku. Chłopiec z plemienia Kikuyu, lat 12, umiera w wyniku ciężkiego zapalenia płuc. Człowiek Zachodu, czy byłby nim zdeklarowany chrześcijanin, czy wojujący ateista, będzie szukał wyjaśnienia tego nieszczęścia na poziomie danych naukowych i empirycznych, którymi dysponuje, oraz wskazań zdrowego rozsądku. Prawdopodobnie poszuka związku przyczynowo-skutkowego między tym, co zdarzyło się kilka dni przed śmiercią chłopca, gdy w strugach deszczu tropikalnego, ubrany tylko w spodenki z lekkiego materiału i sfatygowaną bawełnianą koszulkę, wracał on dwie godziny do domu z oddalonej o kilka kilometrów szkoły, a faktem drugim, jakim były objawy śmiertelnej choroby. Gdy lekarz wytłumaczy afrykańskim rodzicom przyczynę zgonu ich syna w słowach ukazujących relacje przyczynowe, nie będą oni mieli żadnego problemu z przyjęciem tej etiologii²⁷ Tyle że niczego im to nie wyjaśni. W ich oczach wyjaśnienie zachodniego lekarza nie jest ani fałszywe, ani błędne.

²⁷ Etiologia – teoria przyczyn chorób.

Jest przekonujące, ale niekompletne. Przykładowo, zwrócą uwagę, że w czasie pory deszczowej ich dziecko musiało codziennie przez kilka miesięcy moknąć, idąc do szkoły i wracając do domu. Zapytają, dlaczego zachorowało akurat w ten wtorek, a nie w jakiś innych dzień, gdy wracało ze szkoły przemoknięte do suchej nitki i zmarznięte? Zapytają również, dlaczego to ich syn złapał tę śmiertelną chorobę, a nie inne spośród tylu dzieci, które tak samo jak ich syn codziennie chodzą do tej samej szkoły, w tej samej ulewie, chronione przez podobnie nędzne odzienie? Innymi słowy, tam gdzie człowiek Zachodu i jego nauka redukują przyczynę nieszczęścia spotykającego ludzi do czynników sprawdzalnych empirycznie i praw ogólnych, Afrykanin szuka wyjaśnienia tych konkretnych i szczególnych wydarzeń w tym, co może odczytać z konkretnych wskazań dotyczących czasu, miejsca, okoliczności zdarzenia oraz charakteru zmarłej osoby. Afrykanin nie odrzuca zachodniej analizy. Ale uważa, że konkretne negatywne zdarzenie, jak choroba czy śmierć, zawiera aspekty, których zachodnia analiza naukowa nie wyjaśnia, bo nie poświęca im w ogóle uwagi i *a fortiori* nie stawia sobie pytań na ten temat. Ojciec z plemienia Kikuyu przyzna, że jego dziecko umarło na zapalenie płuc. Przyzna także, że ta śmiertelna choroba została spowodowana przez czynniki sprawdzalne empirycznie: warunki pogodowe, nieodpowiednie ubranie, brak odporności fizycznej itd. Ale to wszystko nie da mu odpowiedzi na pytania dodatkowe, których z powodu wyobrażeń zakorzenionych w jego społeczności nie omieszka sobie zadać. Aby znaleźć odpowiedź na te pytania, będzie musiał porozmawiać z lokalnymi specjalistami, którzy zdecydują, czy chorobę i śmierć swego dziecka powinien interpretować jako konsekwencję interwencji przodków niezadowolonych z powodu niewypełniania przez rodzinę obowiązków w stosunku do jej członków żywych i zmarłych, czy też dziecko ma być traktowane jako ofiara intrygi czarowników lub zemsty lokalnego ducha, który jest zły na rodziców za przekroczenie narzuconego przez niego tabu?

Dzieje się tak, ponieważ nie zauważa się u lekarza zachodniego najmniejszego zainteresowania pytaniami, które niepokoją Afrykańczyków i Indian i powodują, że zwracają się oni do tradycyjnych autorytetów w swych środowiskach. Czynią tak, bo te autorytety od wieków dostarczają im znaczących odpowiedzi na ważne pytania egzystencjalne, których na Zachodzie, oficjalnie,

nie można już stawiać bez narażenia się na oskarżenia o „wsteczność” czy „nienormalność”²⁸. Gruntownie rzecz ujmując, można powiedzieć, że etiologia tradycyjnych społeczeństw niezachodnich okazuje się bardziej kompletna, bardziej scalająca niż etiologia modna w nowoczesnych społecznościach zachodnich. W każdym razie ta tradycyjna etiologia nie wzbudza obawy, że stoi w sprzeczności z etiologią zachodnią.

6. Zakończenie

Kto jest kompetentny, by wypowiadać się na temat choroby i zdrowia? Jeśli zachodni specjaliści wezmą na poważnie te moje rozważania, które przedstawiłem powyżej, to zdadzą sobie sprawę, że należy być może nieco zmodyfikować wymowę tego pytania. Zaakceptują, że stoją wobec dylematu, który można sformułować następująco: czy dalej powinni zamykać się w niedostępnej fortecy swojej wiedzy naukowej, czy też należy raczej poszerzyć swoją wiedzę i doświadczenie o nowe horyzonty, mobilizując wszystkie możliwe źródła, którymi dysponują, aby zmierzyć się z cierpieniem ludzkim spowodowanym chorobą²⁹?

Nota o autorze: Valeer Neckebrouck, urodzony w 1936 r. w Belgii, kapłan diecezji Malines-Bruxelles, doktor teologii, doktor antropologii, emerytowany profesor Uniwersytetu w Tilburgu (Holandia) i Międzynarodowego Uniwersytetu Meksykańskiego. Pracował jako kapłan i uczyony przez dwudzieścia lat w Afryce i Ameryce Łacińskiej. Główne publikacje: *Le peuple affligé. Les déterminants de la fissiparité dans un nouveau mouvement religieux au Kenya central*, Supplementa, „Neue Zeitschrift für Missionswissenschaft”, 1983, ss. 502; *Zwarte Indianen en hun symbolen. Het magisch-religieuze systeem van de Garifuna van de Baai*

²⁸ Tak dzieje się „oficjalnie”. W rzeczywistości tego typu pytania dochodzą do głosu w pewnych okolicznościach. Myślę na przykład o niewierzącym małżeństwie, których trzynastoletnia córka umiera na białaczkę. Oni pytają: „Dlaczego my? Dlaczego nam się to przytrafiło?”

²⁹ We Francji powstały już instytucje pracujące w ten sposób. Chodzi o „kliniczne centrum transkulturalne”. Zob. dzieło S. Bouznah et C. Lewertowski cyt. w przypisie 15.

van Tela, Honduras, „*Annua Nuntia Lovaniensia*”, XLV, 2002, ss. 916; *Denken over religie. Antropologische théorie en godsdienst*, 2 tomy, Leuven 2011, ss. 450 i 695.

Źłum. **Tomasz Mioduszewski**

Streszczenie

Kultywowana w tradycyjnych społeczeństwach niezachodnich teoria przyczyn chorób okazuje się bardziej kompletna, bardziej scalająca niż etiologia modna w nowoczesnych społecznościach zachodnich. Miejscowi uzdrowiciele dysponują zazwyczaj sporą dozą intuicji na temat mechanizmów psychologicznych. W większości przypadków posiadają również aktualne informacje na temat kontekstu rodzinnego i społecznego chorych, znają historię swych pacjentów. Posiadają także wiedzę na temat roślin leczniczych, z których wiele ma wysoki wskaźnik skuteczności. To wszystko tłumaczy imponujące niekiedy rezultaty terapeutyczne. Do tego dochodzi jeszcze aspekt religijny.

Specjaliści wykształceni na zachodnich uczelniach, w takich dziedzinach jak medycyna, farmakologia bądź psychiatria, powinni poszerzyć swoją wiedzę i doświadczenie o nowe horyzonty, które stanowią przejaw tradycyjnych sposobów uzdrawiania: wymiar psychologiczny, społeczny i religijny. Powinni zmobilizować wszystkie możliwe źródła, którymi dysponują, aby zmierzyć się z ludzkim cierpieniem spowodowanym chorobą.

Streszcz. **Sławomir Pawłowski**

Słowa kluczowe: Choroba, medycyna tradycyjna, zdrowie.

Abstract

*Who is qualified to speak about sickness and health?
Some remarks on traditional medicine*

The theory of causes of disease, cultivated in traditional non-Western societies, turns out to be more complete, more comprehensive than the etiology fashionable in modern Western societies. Local healers usually have a good dose of intuition about psychological mechanisms. In most cases, they also have updated information on the family and social context of the patient and know the history of their patients. They also have knowledge of medicinal plants, many of which have a high success rate. That explains the often-impressive therapeutic results. There is also a religious aspect.

Specialists educated in western universities, in fields such as medicine, pharmacology or psychiatry, should broaden their knowledge and experience to new horizons, which reflect the traditional ways of healing: the psychological, social and religious dimensions. They should mobilize all possible sources they have to cope with human suffering caused by the disease.

Thum. Agnieszka Burakowska

Keywords: Disease, traditional medicine, health.