

Aleksander Posern-Zieliński

Instytut Antropologii i Etnologii

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

alpoz@amu.edu.pl

TRWANIE, TRANSFORMACJA I AWANS LECZNICTWA TUBYLCZEGO W KRAJACH AMERYKI ANDYJSKIEJ

Persistence, transformation, and advancement of native healing in the Andean countries

Streszczenie. Tubylicze praktyki lecznicze zyskały znaczne uznanie w krajach andyjskiej Ameryki Południowej, ulegając profesjonalizacji i instytucjonalizacji. Dzięki akceptacji wielokulturowości, wieloetniczności i prawnego uznania różnorodności tradycyjne praktyki szamanistyczne, zielarskie, lecznicze i magiczne awansowały do kategorii tubyliczej medycyny, akceptowanej przez społeczeństwo i publiczną służbę zdrowia. W ten sposób tubylicze tradycje lecznicze i koncepcje choroby i zdrowia wkroczyły także do miast, szpitali, przychodni, szkół wyższych i aptek, zyskując szerokie uznanie w środowiskach nie-indiańskich. W rezultacie ukształtował się swoisty dualizm medycznych praktyk polegający na komplementarnym współlistnieniu sektora medycyny popularnej o korzeniach tubyliczych i sektora akademickiej biomedycyny skierowanego do zamożniejszych kręgów społecznych.

Słowa kluczowe: tubylicza medycyna, Ameryka andyjska, instytucjonalizacja leczniczych tradycji

Abstract. Native healing practices have gained considerable recognition in the Andean countries of South America, undergoing professionalization and institutionalization. Thanks to the acceptance of multiculturalism, multi-ethnicity and legal recognition of diversity, traditional shamanistic, herbal, healing, and magical practices have been upgraded and transformed into indigenous medicine, accepted by mainstream society and the public health service. In this way, the indigenous healing traditions and concepts of disease and health also have successfully entered cities, hospitals, clinics, colleges and pharmacies, gaining wide recognition in an urban social environment. As a result, a specific dualism of medical practices emerged, consisting of the complementary coexistence of the popular medicine sector with strong indigenous roots and the academic sector of biomedicine aimed mostly at the wealthier social classes.

Keywords: native medicine, Andean America, institutionalization of the traditional healing

Uwagi wstępne

Artykuł ten dedykuję, w uznaniu dla oryginalnych osiągnięć badawczych, prof. Danucie Penkali-Gawęckiej, która przez wiele lat zajmowała się problematyką z zakresu antropologii medycznej.

Jako specjalista w zakresie studiów latynoamerykanistycznych poruszałem się po trajektoriach bardzo oddalonych od krajów Azji Środkowej, które to z wielką pasją i intensywnością obserwowała i badała prof. D. Penkala-Gawęcka. W tej sytuacji do napisania tego tekstu skłoniły mnie dość istotne przesłanki, wynikające bezpośrednio z inspiracji intelektualnej, powstałej po lekturze monografii autorstwa prof. D. Penkali-Gawęckiej, pt. *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji* (2006). W książce tej, poza warstwą wartościowych informacji i ciekawych analiz dotyczących realiów kulturowych

współczesnej Azji Środkowej, znajdujemy również wiele interesujących refleksji natury ogólnej, wskazujących na uniwersalne procesy hybrydyzacji współczesnych praktyk i koncepcji leczniczych. Zjawiska te przybrały na intensywności szczególnie w dobie globalizacji, a więc w czasach bardzo intensywnych „spotkań” różnorodnych kręgów kulturowych, nurtów cywilizacyjnych czy odmiennych lokalnych tradycji. W tych procesach także sposoby lecznicze różnorodnego pochodzenia poddane zostały bezpośredniej konfrontacji. W rezultacie powstała „wielobarwna mozaika komplementarnych praktyk” medyczno-uzdrowieńczych, które przystosowując się do bieżącej sytuacji rynkowej, zaczęły współtworzyć „pluralistyczny pejzaż usług medycznych” (Penkała-Gawęcka 2006: 10). I tak obok poszerzania się zakresu oddziaływania „zachodniej” biomedycyny, w krajach postkolonialnych, zamieszkałych w dużej mierze przez ludność ubogą, mającą dość ograniczony dostęp do tego rodzaju usług zdrowotnych, ujawniły się procesy rewitalizacji i profesjonalizacji lokalnych praktyk leczniczych, wyrosłych z tradycyjnych koncepcji ontologicznych, religijnych, szamanistycznych i magicznych. Jeśli do tego dodamy jeszcze rozprzestrzenianie się idei zapożyczonych z medycyny orientalnej oraz treści głoszone w ramach nurtu New Age czy ewangelicznych denominacji o zielonoświątkowej proveniencji, to uzyskujemy w istocie prawdziwą „wielobarwną mozaikę” medycznych praktyk. Wszystkie te zjawiska prof. D. Penkała-Gawęcka zilustrowała bardzo solidnie, odwołując się do swych empirycznych badań prowadzonych w Kazachstanie. Jednakowoż uważna lektura tej książki, i to zarówno w odniesieniu do wielu szczegółowych analiz konkretnych przypadków, jak i względem bardziej ogólnych spostrzeżeń, prowadzi w sposób jednoznaczny do wniosku, iż opisywane tam procesy mają zdecydowanie charakter powszechny, a zatem z pewnością zachodzą także i w innych krajach, i na innych kontynentach.

Ta konstatacja uzmysłowiła mi, że warto byłoby na te zjawiska, tak świetnie uchwycone przez prof. D. Penkałę-Gawęcką, spojrzeć z nieco innej perspektywy i ukazać, jak przejawiają się one w całkowicie odmiennym kontekście cywilizacyjnym, a mianowicie na obszarze Ameryki Łacińskiej. W trakcie moich wieloletnich badań prowadzonych

nad problemami etnicznymi tej części świata wielokrotnie stykałem się ze zjawiskami opisywanymi w książce o medycynie komplementarnej w Kazachstanie (Posern-Zieliński 2005). Te przywołane doświadczenia wynikające ze znajomości sytuacji w krajach Ameryki andyjskiej (Ekwadorze, Peru, Boliwii i Chile) skłoniły mnie do zajęcia się przemianami indiańskiego lecznictwa, co zaowocowało szeregiem obserwacji i refleksji na temat trwania, transformacji i awansu społeczno-kulturowego tych praktyk medycznych, które wywodzą się z lokalnych tradycji tubylczych.

Specyfika pluralizmu medycznego w Ameryce Łacińskiej, a zatem także i w strefie państw andyjskich, warunkowana jest charakterem procesu historyczno-kulturowego kształtującego ten kontynent po jego podboju i kolonizacji przez mocarstwa iberyjskie. Od początków XVI stulecia dochodziło tam do nieustannych spotkań i konfrontacji, skutkujących wzajemnymi zapożyczeniami i prowadzącymi do synkretyzmu w wierzeniach, hybrydyzacji idei i wzorców kulturowych o bardzo różnorodnej proveniencji. Najpierw w świecie indiańskich przestrzeni zaczęły powstawać enklawy ludności europejskiej i zarazem chrześcijańskiej; stopniowo wchodziły one w coraz bliższy kontakt z ludnością autochtoniczną, co zainicjowało proces kształtowania się, stale rosnącej liczebnie, a dziś zdecydowanie dominującej, grupy metyskiej, będącej zarówno w sensie genetycznym, jak i kulturowym dziedzicem Europejczyków i rdzennych Amerykanów. Od połowy XX wieku Amerykę Łacińską objęły intensywne procesy migracyjne skutkujące masową ucieczką ludności indiańskiej z relatywnie izolowanych obszarów górskich do ośrodków miejskich. Jednocześnie pojawiać się zaczęli (i to już od końca XIX wieku) imigranci z Europy, a także z Azji. Do tego dodać jeszcze należy obecność w niektórych krajach potomków afrykańskich niewolników (np. na wybrzeżu Kolumbii i Ekwadoru), choć ich wkład kulturowy do głównego nurtu Ameryki andyjskiej nie był tak znaczący, jak zaobserwować to można na terenie Brazylii, Antyli czy Gujany (Posern-Zieliński, Kairski 2000: 255–282)

Każda z tych grup rasowo-etnicznych wносиła na ten kontynent swój własny wkład kulturowy ujawniający się w niemal wszystkich aspektach

życia, w tym również i praktykach leczniczych. W środowiskach pochodzących z Półwyspu Iberyjskiego (określających się jako „kreole”) dominowała wiedza medyczna typu europejskiego spleciona mocno z praktykami i wierzeniami o proveniencji ludowej wywiedzionej jeszcze z Hiszpanii. W tubylczych społecznościach homogenicznych – wiejskich wspólnotach w Andach oraz izolowanych grupach etnicznych w Amazonii – przez stulecia kulturowane były odziedziczone po przodkach praktyki lecznicze mocno osadzone w autochtonicznej kosmowizji (ontologii). W dyskursie latynoamerykańskim określa się je zazwyczaj jako „tradycyjną medycynę tubylczą” (*medicina tradicional indigena*) lub bardziej precyzyjnie pod względem geograficzno-kulturowym jako *medicina tradicional andina* (Sanchez, G.R. 2009). Tymczasem wśród ludności metyskiej (*Mestizos*), odwołującej się zarówno do wzorców iberyjskich, jak i autochtonicznych, i to także w dziedzinie lecznictwa, napotykaamy głównie na formy hybrydowe łączące treści wywiedzione z ludowych tradycji iberyjskich i z niektórych praktyk zapożyczonych od ludności rdzennej. Zwykle ten obszar wiedzy i działań leczniczych określany jest mianem „medycyny ludowej” (*medicina popular*). W tych ramach znajdujemy także dodatkowo różnorodne oddziaływania niełatynoamerykańskich tradycji medycznych, które przybyły do Ameryki Południowej wraz migrantami z krajów azjatyckich (medycyna orientalna – chińska, tybetańska), z misjonarzami i turystami z Ameryki Północnej (lecznictwo grup ewangelikalnych, zielonoświątkowych, idee bliskie New Age, spirytyzmu, ruchu psychodelicznego).

Zarysowany tu kształt pluralizmu medycznego uznać można w zasadzie za pewien teoretyczny model, swoistą idealizację ułatwiającą przede wszystkim zrozumienie tego zjawiska. Tymczasem w rzeczywistości, w której rośnie w skali globalnej mobilność – idee i ludzie przemieszczają się intensywnie między krajami i kontynentami – wszystkie te „rodzaje” czy „tradycje” lecznicze ulegają w konkretnych sytuacjach, grupach, regionach, środowiskach wzajemnemu przemieszaniu, koegzystując ze sobą, ścierając się i tworząc hybrydowo-synkretyczne konfiguracje. Przybierają one jednak bardzo różne struktury. W jednych przypadkach dominującą pozycję zajmuje medycyna akademicka (biomedycyna), uzupełniana elementami leczniczych praktyk orientalnych,

coraz bardziej popularnych ze względu na rosnące gospodarcze wpływy Japonii i Chin w Ameryce Łacińskiej, ale także akceptująca oficjalnie „licencjonowane” porady medyczne odwołujące się do tubylczego lecznictwa tradycyjnego. W innych sytuacjach społecznych, zwłaszcza wśród ludności niezamożnej, a tej jest w andyjskich społeczeństwach zdecydowana większość, szczególnie praktykowane jest lecznictwo o źródłach autochtonicznych, uzupełniane medycyną popularną (o najróżnorodniejszych elementach składowych), natomiast uciekanie się do porad medycznych sektora akademickiego ograniczane jest tylko do najbardziej kryzysowych sytuacji zdrowotnych.

Na tym zróżnicowanym tle leczniczych usług wyraźnie rośnie znaczenie medycyny tubylczej, która stopniowo przełamuje bariery etnicznej izolacji, by wejść do obiegu powszechnych praktyk leczniczych. Proces ten polega na licznych transformacjach oraz profesjonalizacji. Dla antropologa jest to niezwykle interesujące zjawisko, umożliwiające refleksję nad „awansem” tradycyjnych, andyjskich metod zwalczania chorób oraz nad stopniowym uznawaniem indiańskiego dziedzictwa jako ważnego i wartościowego elementu współczesnej kultury społeczeństw Ameryki Łacińskiej, starającej się „na nowo” zdefiniować swą tożsamość. Z tego też względu – jako badacz problematyki etnicznej – zwrócę szczególną uwagę na te obecne formy medycyny tubylczej w andyjskim świecie, które zaliczyć należałoby do przejawów rewitalizacji tradycji, a zatem także potraktować jako świadectwo uznania Indian wraz z ich dziedzictwem za ważny składnik współczesnej cywilizacji andyjskiej.

Andyjskie tradycje lecznicze a globalizacja

Jeśli w okresie kolonialnym na dość szeroką skalę wykorzystywano umiejętności i autorytet tubylczych specjalistów od andyjskiej medycyny (tzw. *curanderos*), to wiek XIX wraz ze swym oświeceniowym racjonalizmem przyniósł wyraźną degradację tej praktyki, marginalizując ją i pozbawiając społecznej użyteczności. Tradycyjne sposoby leczenia uznano za powiązane z magią, szamanizmem, „indiańskimi

przesądami” i postrzegano je jako bezwartościowe lub wręcz szkodliwe. Sytuacja zaczęła zmieniać się szczególnie w II połowie XX wieku, kiedy to akademicy lekarze dostrzegli walory lokalnego ziołolecznictwa i innych zabiegów przywracających pacjentom zdrowie. Zdecydowanym przełomem w rewaloryzacji tradycyjnego lecznictwa stały się lata 70. XX wieku, a jednym z ważnych zewnętrznych impulsów okazała się międzynarodowa konferencja zorganizowana w roku 1978 przez Światową Organizację Zdrowia w Alma Ata, a więc w ówczesnej stolicy sowieckiego Kazachstanu. W trakcie tego doniosłego, jak się z biegiem lat okazało, spotkania uznano autorytatywnie wartość medycyny tradycyjnej jako uzupełniający sposób leczenia, ważny zwłaszcza w krajach postkolonialnych (wówczas nazywanych „trzecim światem”) i pozbawionych rozwiniętej sieci państwowych placówek służby zdrowia.

W 1979 roku zwołano w Limie pierwszy Międzynarodowy Kongres Medycyny Tradycyjnej, na którym dyskutowano o sposobach wykorzystania i włączenia tradycyjnej, tubylczej wiedzy leczniczej do uznawanych oficjalnie praktyk medycznych. To nowe podejście wpłynęło pozytywnie na stosunek kręgów akademickich i miejskiego społeczeństwa kreolsko-metyckiego do tradycyjnych sposobów radzenia sobie z chorobami. Przejawem tej rewolucji mentalnej stał się w Peru rok 1990. Wtedy oficjalnie uznano, że integracja akademickiego i tradycyjnego systemu medycznego pozwoli lepiej i efektywniej niż dotychczas zadbać o zdrowie obywateli. Podobne procesy, niemal w tych samych czasach, zachodziły także i w pozostałych krajach andyjskich, szczególnie w Ekwadorze i Boliwii, w których udział ludności tubylczej w ogólnej populacji był znaczący: od ok. 10% w Chile, 20% w Ekwadorze i 30% w Peru, aż do 50%, a może i więcej, w Boliwii (Posern-Zieliński, Kairski 2000: 255–282). Z czasem okazało się, że ta integracja – mimo dobrych rezultatów – nie była zbyt intensywna, a sam pomysł bardziej służył osiągnięciu efektu propagandowego. Pozytywne przykłady świadczące o oficjalnym uznaniu w przestrzeni publicznej choćby części medycyny tradycyjnej uważane są często przez krytyków tego kierunku za wyraz „dekoracyjnej aprobaty” dla indiańskiego dziedzictwa w zakresie

medycyny. W rzeczywistości bowiem nadal utrzymuje się mocno sceptyczny stosunek do alternatywnych sposobów leczenia, które są przecież znaczącą konkurencją dla akademickiej służby zdrowia (Campos 2006: 373–388).

Na tle tych uwag warto wspomnieć o przyczynach natury społecznej, historycznej oraz ideologicznej, które – mimo wspomnianej konfrontacji obu rodzajów medycyny – doprowadziły na terenie Ameryki Południowej do znacznej popularności lecznictwa typu tradycyjnego. Już wcześniej wskazałem na znaczenie migracji wewnętrznych, które doprowadziły do wielkiego exodusu ludności wiejskiej, głównie tubylczej, do dużych ośrodków miejskich: Quito, Lima, Cuzco, La Paz czy Santiago de Chile, czy też mniejszych miast regionalnych, znacząco zmieniając dotychczasowy skład ludności. Ubodzy przybysze tworzyli na obrzeżach miast rozrastające się dzielnice biedy nazywane eufemistycznie *pueblos juvenes* (młodymi osiedlami). Do tego nowego środowiska ludność wiejska przeniosła swoje nawyki, tradycje, zachowania, obyczaje i mentalność, tylko częściowo dostosowując się do wymogów życia zurbanizowanego (Posern-Zieliński 2006: 76–92). W ten sposób, od ostatnich dekad ubiegłego stulecia, aż do dziś, kształtuje się hybrydowa społeczność miejska określana coraz częściej jako „metysko-tubylcza” (*mestizo-indigena*). Zamieszkując peryferie miast, tworzy ona populacje zmarginalizowane pod względem dostępu do podstawowych usług cywilizacyjnych, w tym zdrowotnych (Sanchez, P.J. 1997), i w szerokim zakresie korzysta z porad uznanych w tym środowisku autorytetów związanych z medycyną tradycyjną: uzdrowicieli, zielarzy, szamanów. Ponadto, żywotne nadal w tych dzielnicach związki z kulturą i mentalnością ukształtowaną przez wzorce tubylcze sprawiają, że zaufanie względem praktyk typu tradycyjnego znacznie przewyższa atrakcyjność oferty medycyny akademickiej, zdecydowanie obcej im kulturowo, słabo dostępnej i nadal „nieoswojonej”.

Wraz z wielkimi ruchami migracyjnymi przesiedlili się do miast również specjaliści od ludowego lecznictwa andyjskiego czy amazońskiego. Jedni z nich działają w sferze nieoficjalnej, polegając przede wszystkim na swojej renomie uznanych uzdrowicieli, inni, bardziej już dostosowani

do nowych wymogów rynkowych, otworzyli własne „konsultoria” (poradnie), reklamując swoje kompetencje na sposób nowoczesny. Nadal cieszą się także dużym powodzeniem ci uzdrowiciele, którzy pozostali na prowincji, zwłaszcza na wsi. W przekonaniu wielu klientów, peregrynujących do nich nawet z odległych miast, zachowali oni w większym stopniu niż inni leczący swe tradycyjne umiejętności przywracania zdrowia. Przebywają oni bowiem stale w środowisku „naturalnym”, z którego czerpią swą niezwykłą moc dzięki bliskim kontaktom z istotami i siłami „nadprzyrodzonymi” odpowiedzialnymi za harmonijne funkcjonowanie świata i człowieka. Z kolei rosnąca dostępność uzdrowicieli tradycyjnych w ośrodkach miejskich sprawiła z czasem, że z ich usług zaczynają korzystać zasiedziali już mieszkańcy kreolsko-metyscy, niewiele mający kulturowo wspólnego z przybyszami z prowincji. W ten sposób tubylcze praktyki lecznicze przekraczają bariery dotychczasowych środowisk etnicznych, stając się nowym, atrakcyjnym elementem alternatywnej oferty medycznej.

Jak trafnie ukazała to już prof. D. Penkala-Gawęcka (2006: 41–52), na kształt współczesnej medycyny komplementarnej (alternatywnej, neo-tradycyjnej) nadal silnie wpływają mechanizmy globalizacyjne, szczególnie te, które odpowiedzialne są za przepływy idei i ludzi. Fama o cudownych roślinach leczniczych i skutecznych praktykach uzdrawiania szybko przekracza granice kontynentów, a w ślad za tymi informacjami podążają uzdrowiciele oraz ci turyści, którzy poszukują oryginalnych doznań w kontakcie z tubylczymi szamanami. Jak już nadmieniałem, w środowisku andyjskim, przede wszystkim miejskim, zauważalna jest popularność niektórych praktyk charakterystycznych dla medycyny orientalnej, które są zarazem często wkomponowane w szerszą ofertę leczniczą czerpiącą z lokalnej tradycji. Wraz z rosnącym napływem emigrantów z Chin (restauratorów, kupców, biznesmenów) zyskuje popularność medycyna chińska, którą praktykuje się w wersji licencjonowanej, a więc w szpitalach i profesjonalnych lecznicach oraz na „sposób amatorski” przez domorosłych specjalistów.

Znacznie silniejsze oddziaływania mają jednak swe źródła w Stanach Zjednoczonych za sprawą wpływowych misjonarzy ewangelicznych

denominacji (zielonoświątkowcy, adwentyści, mormoni, Świadkowie Jehowy i inni). Wykorzystując dość słabą pozycję społeczną Kościoła katolickiego, propagują oni własne idee religijne, zakładając nowe wspólnoty wiernych. Ich powodzenie jest szczególnie widoczne w środowiskach wiejskich oraz w dzielnicach zamieszkałych przez ludność ubogą. Sukces prozelityczny *evangelistas*, jak ich się określa w Ameryce Południowej, w dużej mierze wiąże się z atrakcyjnością leczniczą nowych religii, które w zależności od poszczególnych denominacji albo otaczają swych neofitów podstawową opieką leczniczą typu „zachodniego”, albo propagują rytuały uzdrawiania poprzez uczestnictwo wiernych w transowych „mszach” (m.in. dotyczy to przede wszystkim tych grup, które wywodzą się z tradycji zielonoświątkowej) (Posern-Zieliński 1985: 135–161). Po wielu dekadach obecności amerykańskich protestantów w krajach andyjskich wspólnoty przynależące do tych denominacji mają już dzisiaj zdecydowanie charakter autonomiczny i praktykują uzdrowieńcze rytuały we własnym gronie (indiańskim czy metyskim), nierzadko łącząc te importowane akty taumatyczne z tradycyjną medycyną ludową.

Najbardziej spektakularnym przykładem globalnej popularności alternatywnej medycyny tubylczej połączonej z duchowością amazońskich szamanów jest z pewnością kariera sakralnego wywaru *ayahuasca*. Zdystansowała ona fascynację obcokrajowców liśćmi krzewu koki – najpierw hippisów w latach 60. i 70. ubiegłego stulecia, a następnie *backpackersów*. Byli oni w istocie bardziej zainteresowani samą kokainą, narkotykową substancją uzyskiwaną z tej rośliny na drodze dość żmudnych procesów chemicznych; znacznie mniej przyciągało ich samo żucie liści z dodatkiem przepalonego wapna, tak jak od setek lat czynią to andyjscy Indianie, uśmierzając w ten sposób uczucie głodu, zmęczenia oraz eliminując objawy choroby wysokościowej. Z tego też względu do powszechnych praktyk należy w Andach częstowanie przybyszów z nizin herbatą z liści koki (*mate de coca*), która uchodzi za efektywne remedium na pojawiający się wówczas ból głowy i umożliwia powrót do normalnej sprawności. Tymczasem wspomniana *ayahuasca* nie jest uważana za narkotyk, choć posiada właściwości typowe dla psychotropów. To w istocie wywar z dwóch pnączy amazońskich roślin, używany przez indiańskich

szamanów w trakcie ceremonii religijnych i praktyk uzdrowieńczych. Jej spożycie wprowadza człowieka w stan transowy wypełniony wizyjnymi majakami, które wywoływane są przez psychoaktywne alkaloidy zawarte w tym wywarze. Uważa się także, że specyfik ten ma właściwości lecznicze i pozwala pozbyć się depresji oraz wielu innych dolegliwości, głównie natury mentalnej. Ze względu na fakt, iż *ayahuasca* nie została wpisana na listę zakazanych narkotyków¹, to atrakcyjność tego wywaru oraz specjalnych „szamanistycznych” sesji towarzyszących jego zażywaniu już dawno przekroczyła granice Ameryki Południowej. Na tym kontynencie prawo do wykorzystywania *ayahuasca* zgodnie z zasadami respektowania tubylczego dziedzictwa kulturowego mają formalnie tylko rdzenni mieszkańcy. Mimo to popularność wywaru stale rośnie poza środowiskiem autochtonicznym, o czym świadczą setki informacji dostępnych w Internecie na temat organizowanych w Europie (także i w Polsce) „degustacyjnych” sesji psychodelicznych.

Na tym tle ukształtowała się odrębna gałąź turystyki polegająca m.in. na ofertach wyjazdu do któregoś z krajów andyjskich, zwykle do Peru, celem pobytu w popularnych i dostępnych komunikacyjnie „centrach szamanistycznych”, przeważnie usytuowanych w okolicach Iquitos, świadczących kompleksowe usługi w tym zakresie (udział w rytuale, zakwaterowanie od jednego do kilku dni) wraz z towarzyszącymi atrakcjami turystycznymi, takimi jak zwiedzanie „prawdziwych” indiańskich wiosek czy ekologicznych rezerwatów. Przybysze uważają, że dzięki uczestnictwu w seansach *ayahuasca* poprawią swoje samopoczucie, doświadczą oryginalnych przeżyć mistycznych i zetkną się bezpośrednio, z dala od cywilizacji, z tajemniczymi rytuałami mającymi nadal władzę nad naszą psychę. W ten sposób dawna tradycja szamanistyczna uległa transformacji i przekształciła się w intratny biznes pseudo-turystyczny. Obok szamanów sięgających do umiejętności odziedziczonych po przodkach pojawiają się również liczni licencjonowani *ayahuasceros* – typowi naciągacze, którzy legitymują się zdobytymi na „specjalnych” kursach certyfikatami potwierdzającymi ich „moc” oraz uprawnienia do organizowania takich rytuałów.

¹ W wielu krajach europejskich regulacje na ten temat są bardzo niejednoznaczne.

Trudno się dziwić temu zjawisku, jeśli zważyć, że za udział w sesjach *ayahuasca* trzeba zapłacić od 100 do nawet 3000 dolarów, w zależności od charakteru wykupionego „pakietu usług”. Sytuacja ta sprawia, że centra oferujące sesje *ayahuasca* są coraz liczniejsze. W samym Peru jest ich ok. 100, przy czym te bardziej ekskluzywne, a więc przeznaczone dla międzynarodowej klienteli, kontrolowane są finansowo przez inwestorów zagranicznych. Coraz częściej aktywiści indiańscy poddają ostrej krytyce postępującą merkantylizację *ayahuasca*. Proces ten odziera przyjmowanie tego wywaru z jego tradycyjnego kontekstu użycia, praktykowanego w obrębie tubylczych społeczności, co jest przejawem szerszego zjawiska – aropriacji kulturowej polegającej na zawłaszczaniu „atrakcyjnych” cech jednej kultury (zwykle mniejszościowej) przez bardziej wpływowe i obce cywilizacyjnie środowiska.

Etnobotanika, interkulturalizm i chorobowe syndromy kulturowe

Zainteresowanie lecznictwem tradycyjnym i rosnące do niego zaufanie wiążą się z jeszcze innymi czynnikami o globalnym zakresie: pracą koncernów farmaceutycznych oraz rewaloryzacją dziedzictwa.

Międzynarodowe firmy farmaceutyczne i biochemiczne poszukiwały naturalnych substancji (roślinnych, zwierzęcych, mineralnych) posiadających właściwości lecznicze, które po rozpoznaniu i przetestowaniu w laboratoriach można by było produkować na skalę przemysłową. Słusznie uznano, że ogromna różnorodność botaniczna krajów andyjskich, a przede wszystkim położone na ich wschodzie lasy deszczowe, umożliwiają dość szybkie odkrycie tych czynnych substancji, trudnych do pozyskania w warunkach laboratoryjnych. Zaczęto zatem przyglądać się tradycyjnym metodom leczniczym stosowanym przez andyjskich *curanderos* i amazońskich szamanów pod kątem używanych przez nich środków pochodzenia roślinnego, by wykorzystać tę wiedzę do identyfikacji w środowisku naturalnym odpowiednich okazów o walorach przydatnych do wytwarzania nowych, skuteczniejszych leków. Rzec można, iż tą drogą biomedycyna zaczęła nie tylko przybliżać się do medycyny

tradycyjnej, ale stawała się faktycznie jej „kolonizatorem”, bezwzględnie eksploatującym zasoby wielowiekowej wiedzy ludów tubylczych².

Pionierem w zakresie „odkrywania” walorów tej tradycyjnej wiedzy był koncern chemiczny CIBA ze Szwajcarii (przejęty przez niemiecką korporację BASF), który na szeroką skalę wysyłał do Ameryki Południowej etnobotaników, etnofarmakologów oraz antropologów, aby, dzięki terenowym badaniom etnograficznym, uzyskać od tubylczych znawców roślin i specjalistów w zakresie tradycyjnych sposobów leczenia istotne informacje umożliwiające identyfikację tych roślin, które zawierały atrakcyjne dla zachodniej farmaceutyki bioaktywne komponenty. Tego rodzaju inicjatywy, wsparte znacznymi środkami na badania dostarczonymi przez fundacje powiązane z korporacjami, w znacznym stopniu skierowały uwagę naukowców na studia w obszarze etnobotaniki i etnomedycyny. Stały się one niebawem częścią popularnej w latach 60. XX wieku specjalności zwanej „etnonauką” (*etnoscience*), a z biegiem lat weszły w obręb antropologii kognitywnej (Kabat 1987: 84–85; Penkala-Gawęcka 1987: 100–102). Działania zarówno naukowo-poznawcze, jak i techniczno-użytkowe zmieniły dotychczasowe postrzeżenie ludowego czy tubylczego leczenia, czyniąc z niego atrakcyjną i łatwo dostępną ofertę uzupełniającą profesjonalną biomedycynę.

Drugim czynnikiem uruchamiającym zwrot ku uznaniu lokalnej wiedzy tubylczej i praktyk leczniczych dotyczył także rewaloryzacji dziedzictwa kulturowego, które wywodziło się z tradycji indiańskiej (Kania 2019: 56–70). To pozytywne podejście stanowiło efekt zmian społeczno-etnicznych wynikających z powszechnego ruchu tubylczego odrodzenia oraz walki ludności indiańskiej o należne jej prawa, zachowanie tożsamości i szacunek dla odmiennych wartości. W ramach tych znaczących przewartościowań zapoczątkowanych w latach 80. i 90. ubiegłego stulecia zaczęto w nowy sposób spoglądać na tzw. przesady i magiczne praktyki. Dostrzeżono w nich wartościową część tubylczej wiedzy obecnej od

² Kwestia ta dość szybko została zauważona na forum międzynarodowym i w konsekwencji doprowadziła do ożywionej debaty z pogranicza prawa i antropologii na temat zasad ochrony niematerialnej własności intelektualnej oraz prawa ludów tubylczych do części zysków wynikających z wykorzystania ich wiedzy.

setek lat w doświadczeniu życiowym związanym z miejscowymi wierzeniami i kosmowizją (ontologią). Szamanów i znachorów (*curanderos*) nie postrzegano już jako „etnograficznych” osobliwości, lecz jako istotnych „strażników” cennej, acz zagrożonej, wiedzy zawierającej treści potencjalnie przydatne dla współczesnego społeczeństwa.

Ten istotny zwrot względem oceny wartości kultur tubylczych, w tym także i wiedzy leczniczej, przebiegał na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, dotyczył on codziennej praktyki w relacjach interetnicznych, sprawiając, że wspomniani ludowi/indiańscy „medycy” zaczęli być aprobowani, odwiedzani i cenieni jako specjaliści potrafiący skutecznie pomóc wielu chorym. Po drugie, temu uznaniu na płaszczyźnie codzienności towarzyszyła jednak istotna waloryzacja ideologiczna wynikająca z przyjęcia w wielu krajach Ameryki Łacińskiej pryncypiów multikulturalizmu (Modood 2014). Zasada ta, z czasem wpisywana w konstytucje i wprowadzona do ustawodawstwa, prowadziła do uznania takich państw jak Peru, Ekwador czy Boliwia za kraje zamieszkałe przez różnorodne grupy etniczne (narodowości), mające zagwarantowane prawa do kultywowania swojej kulturowej odrębności i ochrony własnego dziedzictwa. Takie podejście zapewniło instytucji indiańskich szamanów społeczne uznanie, przesuując ich na pozycje chronione przez krajowe przepisy. Wpisano ich w działania objęte tubylczą autonomią kulturową, a ich praktyki uznano za warty respektu przejaw odrębności kulturowej głęboko osadzonej w tubylczych tradycjach. W konsekwencji przyjęto, że szamani mogą legalnie wykorzystywać różnorodne środki psychotropowe (na przykład *ayahuasco*), których stosowanie przez osoby nieupoważnione (ze względu na etniczność) jest zabronione. To oczywiście tylko jeden z wielu przykładów swoistego „awansu” indiańskich „medyków”, który doprowadził do ich profesjonalizacji i przyczynił się do wzrostu atrakcyjności tradycyjnego lecznictwa na globalnym „ryнку” usług zdrowotnych. Pewną osobliwością tego procesu jest z jednej strony prawne uznanie tubylczych praktyk medycznych za ważny element kulturowego dziedzictwa konkretnej grupy indiańskiej, z drugiej zaś swoiste przyzwolenie na spożytkowanie tej wiedzy (za pośrednictwem szamanów) poza środowiskiem tubylczym, a więc w obrębie społeczeństwa narodowego (metysko-kreolskiego i miejskiego).

Co interesujące, tego rodzaju podejście również znalazło swoje ideologiczno-prawne uzasadnienie w koncepcji „interkulturalizmu” (*interculturalidad*), wywodzącej się z pryncypiów szeroko akceptowanego w krajach Ameryki Południowej multikulturalizmu. Uważano, że oprócz respektowania rozwoju wielu odmiennych kultur współegzystujących w jednym kraju, należy dążyć do zacieśnienia wzajemnych relacji pomiędzy różnymi grupami etnicznymi (Sieder 2002: 1–23). Zgodnie z tymi rekomendacjami interkulturalizm miał sprzyjać dialogowi i wymianie treści oraz wartości kulturowych, promować tolerancję, a w konsekwencji prowadzić do integracji społecznej i narodowej poprzez przezwyciężenie napięć i uprzedzeń międzyetnicznych (Ameigeiras, Jure 2006). Przeniesienie tych zasad na grunt lecznictwa zaowocowało popularną dzisiaj koncepcją interkulturalizmu w ochronie zdrowia (*interculturalidad en salud*). Polega ona na (1) komplementarnym połączeniu dla dobra pacjentów medycyny akademickiej (biomedycyny) z uznanymi i licencjonowanymi praktykami leczenia alternatywnego; (2) adekwatnym dopasowaniu porad i usług medycznych (przede wszystkim świadczonych przez podmioty „naukowe”) do potrzeb tych pacjentów, którzy wyrosli w odmiennych systemach „kultur medycznych”, a zatem cierpią na choroby formalnie wymykające się diagnozie i kuracji praktykowanym przez akademickich lekarzy. Nieprzystosowalność obu wspomnianych tu systemów jest bowiem głównym powodem tego, że chorzy, nawet mając możliwość skorzystania z akademickiej służby zdrowia, chętniej wybierają znanego im *curandero* czy szamana.

U podłoża zauważalnej coraz bardziej akceptacji interkulturalizmu w zakresie ochrony zdrowia leży również większe zrozumienie dla koncepcji tzw. zdrowia interkulturowego (*salud intercultural*), wskazującej na to, że w kulturach funkcjonujących w obrębie odmiennych ontologii i kognitywnych systemów definicje chorób, opisy ich etiologii i rekomendowane sposoby leczenia różnią się zasadniczo od tych zaleceń, które znają i stosują lekarze akademicy (Alarcon, Vidal, Neira Rozas 2003: 1061–1065). W realiach andyjskich mówi się często w tym kontekście o tzw. chorobowych syndromach kulturowych (*sindromes culturales*), które ewidentnie pogarszają kondycję chorego, lecz nie są wynikiem

nieprawidłowego funkcjonowania organów wewnętrznych. Sądzi się, że utrata niezbędnej egzystencjalnej równowagi chorego następuje na przykład na skutek czasowego opuszczenia jego ciała przez duszę czy częściowej utraty sił witalnych w wyniku niewłaściwego zachowania się człowieka wobec władających jego otoczeniem istot nie-będących-ludźmi (taką chorobę określa się najczęściej terminem *susto* lub *jani*) (Sal y Rosas 1958: 103). Syndromy te, objawiające się w postaci rzeczywistego pogorszenia stanu zdrowia i ewidentnych symptomów chorobowych, okazują się z punktu widzenia biomedycznego zjawiskami klinicznymi, nie tylko nieznanymi medycynie akademickiej, ale też niepodlegającymi jej terapii. W takich przypadkach zastosowana strategia skutecznego leczenia powinna być dostosowana do właściwie zdiagnozowanej przyczyny owej choroby i musi ona wynikać z głębokiej znajomości andyjskiego systemu kulturowego i panujących w tych ramach przekonań. Wymaga to zatem specjalistycznej porady udzielanej przez osoby doskonale zorientowane w rozpoznawaniu sposobu myślenia pacjenta, warunkującego diagnozę, i leczenia konkretnego kulturowego syndromu chorobowego.

Kompetencje w tym zakresie posiadają jedynie szamani i *curanderos*, którzy potrafią włączać w proces uzdrowienia moce sakralne oraz andyjską diagnostykę polegającą m.in. na wyrokowaniu o przyczynach dolegliwości na podstawie stochastycznego układu liści koki rzuconych na tkaninę czy też na zabiegu pocierania ciała pacjenta trzymaną w ręku żywą świnką morską (*cuy*), która po zabiciu i rozplątaniu pozwala ustalić źródło choroby u „skanowanego” osobnika w oparciu o zauważone zmiany wyglądu organów wewnętrznych tego gryzonia (Salaverri 2010: 80–93; Zarate 2001: 3–4). Tego rodzaju praktyki powiązane ze światopoglądową waloryzacją opartą na andyjskiej kosmowizji można spotkać w Ekwadorze i Peru (Przytomska 2013–2014: 309–327; Przytomska 2017: 113–138; Przytomska 2019: 139–159). Otóż według ontologicznych koncepcji podzielanych przez rdzennych mieszkańców andyjskiego obszaru, zarówno Indian Keczua (Quechua, Kichwa), jak i Ajmara (Aymara) choroby dotykające człowieka są wynikiem znalezienia się w stanie nierównowagi, chaosu, nieuporządkowania relacji opartych na wzajemności świadczeń między osobą ludzką a kontrolującymi jej los

istotami „nadprzyrodzonymi” (np. górami). Naruszenie tych delikatnych zależności (czasem bezwiednie) powoduje poważne konsekwencje, często zauważalne również w pogarszającym się stanie zdrowia. Powrót do dobrej kondycji wymaga specjalnych działań (potocznie określanych jako magiczne, ofiarne, ekspiacyjne) przywracających utraconą równowagę łączącą istotę ludzką z otaczającym ją sakralnym mikrokosmosem. A zatem, w ramach takiej wizji świata, choroba, jej przyczyny, przebieg i skuteczne sposoby usunięcia dolegliwości usytuowane są nie tyle w ciele, ile w przestrzeni całkowicie odmiennej od tej, która źródeł niedyspozycji poszukuje w sferze naukowych ustaleń medycznych. W przypadku wspomnianych chorobowych syndromów andyjskich jedynym punktem odniesienia jest tubylczy system sakralny, pojmowany jako integralna część podzielanej przez Indian kosmowizji (*cosmovision*). System ten, jak każda religia i powiązany z nią układ wartości, jest jednym z kluczowych elementów decydujących o odmienności i specyfice kulturowej rdzennych mieszkańców Ekwadoru, Peru czy Boliwii. Jak nadmieniałem już wyżej, w związku ze zmianą stosunku wobec tubylczej kultury objętej, co najmniej nominalnie, ochroną wynikającą z pryncypiów wielokulturowości, także autochtoniczne religie zostały uznane za istotną część rdzennego dziedzictwa kulturowego, a zatem za legalne i dopuszczalne w przestrzeni publicznej.

Inkulturation, integracja i profesjonalizacja lecznictwa andyjskiego

Uznanie andyjskiego dziedzictwa kulturowego spowodowało próby przewyciężenia funkcjonującego od czasów wczesno-kolonialnych dualizmu religijnego, czyli współistnienia wierzeń andyjskich z chrześcijaństwem. Nową³, a zarazem radykalną, propozycją stała się teologia indiańska (*teologia india*) (Cabreró 2014: 521–534), rozumiana jako translacja zasad chrześcijańskiej doktryny na język podstawowych

³ Wykraczała poza rekomendacje II Soboru Watykańskiego (1962–1965) zalecające stosowanie w krajach misyjnych ewangelizacyjnej strategii inkulturacyjnej, czyli powierzchownej adaptacji katolicyzmu do miejscowych tradycji sakralnych.

wartości religijnych i struktur ontologicznych obowiązujących w rdzennych kulturach mieszkańców Ameryki Łacińskiej. To oryginalne podejście teologiczne wzbudza liczne zastrzeżenia ze względu na uzasadnione obawy inicjowania synkretyzmu i niebezpieczeństwo kreowania herezji, ale i zyskuje aprobatę w niektórych bardziej „progresywnych” kręgach kościelnych.

Jednym z najbardziej spektakularnych przejawów owej teologii było pojawienie się ofiarnych figurek składanych andyjskiej Matce Ziemi (*Pachamama*) – symbolu płodności – w trakcie tak zwanego amazońskiego synodu zorganizowanego w październiku 2019 roku w Watykanie. Przykład ten – poza tym, że mógłby być zacznym inkorporowania religii indiańskiej do działalności duszpasterskiej Kościoła katolickiego, co pozwoliłoby nie tylko na włączenie „kultu” *Pachamama* do katolickiej liturgii, ale mogłoby zainicjować prace nad stworzeniem nowego „rytu amazońskiego” (Bronk 2019) – stanowi analogię ilustrującą zasadę podejścia do tubylczych strategii leczniczych. Istotą tego zdarzenia jest bowiem inkulturacyjne przewyciężenie dualizmu religijnego w tubylczej Ameryce Południowej (chrześcijaństwo *versus* rdzenne wierzenia) mające, poprzez synkretyczne fuzje, wyrazić uznanie dla rodzimych wartości sakralnych i zarazem ułatwić procesy ewangelizacyjne. W tej strategii dostrzec więc można podobny wzorzec do tego, który zastosowany został już wcześniej wobec medycyny tubylczej, uznający ją jako sferę bardzo dobrze koegzystującą z lecznictwem akademickim. Ta oczywista analogia ma jednak i drugie uzasadnienie, bowiem wierzenia związane z *Pachamama* łączą się ściśle z lecznictwem indiańskim.

To Najwyższa Istota, dawczyni energii witalnej, stojąca na straży harmonii łączącej człowieka z jego naturalnym otoczeniem, która w pewnych sytuacjach sprowadza na ludzi choroby, a w innych usuwa je bezpowrotnie dzięki swej nadnaturalnej sile. Jako Matka Ziemia obejmuje ona swą władczą mocą cały świat roślin, w tym także i ziół, którym przydaje cudownej mocy leczniczej. Tę jednak wydobyć może i uaktywnić dla dobra chorej osoby tylko szaman posiadający umiejętność nawiązywania kontaktu z Matką Ziemią (Reinozo 2008: 379–410). Przykład ten przemawia za faktem, że zjawisku koegzystencji biomedycyny z tradycyjnym

lecznictwem indiańskim powinna odpowiadać synchronia tubylczych koncepcji sakralnych i chrześcijańskiej teologii, z czym zgadza się zarówno wielu zwolenników inkulturacji, jak i medycznego pluralizmu.

Wspomniana koegzystencja przejawia się w istocie w dwóch formach. Z pierwszą z nich mamy do czynienia wówczas, kiedy to sektor medycyny tubylczej, jako tolerowany, aprobowany i uznawany za pożyteczny, funkcjonuje w przestrzeni publicznej, lecz działa w zasadzie poza obszarem poddanym kontroli służb biomedycznych. Obie formy występują zatem niejako równolegle, nie wchodząc ze sobą w bezpośredni kontakt, i każda z nich trwa przy swoich zasadach, zachowując dystans od drugiej, ale utrzymując także względem siebie sporą dozę wzajemnych uprzedzeń. W takiej sytuacji lecznictwo wywodzące się z tradycyjnych tubylczych praktyk, lecz dostosowane do współczesnego pacjenta, możemy w ślad za sugestią prof. D. Penkali-Gawęckiej (2006: 24–25) określić mianem medycyny komplementarnej.

Z kolei druga forma tej koegzystencji, spotykana coraz częściej w krajach andyjskich, przybiera postać przypominającą wspomnianą wyżej eksperymentalną fuzję dwóch odmiennych religii. Jej istotą jest zacieśnienie wzajemnych kontaktów, stopniowe zbliżanie się ku sobie, a nawet instytucjonalna integracja po to, aby w rejonach zamieszkałych przede wszystkim przez ludność indiańską mogła ona w sposób systemowy korzystać z usług „medycyny interkulturowej” (*salud intercultural*). To podejście określane jest mianem „komplementarności medycznej” (*complementariedad medica*). Postuluje ono utworzenie płaszczyzny współpracy zastępującej uprzedzenia wzajemnym zrozumieniem i zaufaniem niezbędnym dla dobra chorego (Hasen 2012: 17–24). Lekarze akademicy powinni w tym systemie lepiej orientować się w etiologii i uwarunkowaniach kulturowych syndromów chorobowych tubylczych pacjentów, a medycy tradycyjni (*medicos tradicionales*) powinni zdawać sobie sprawę ze swych ograniczonych możliwości i w sytuacjach wymagających interwencji biomedycznej przekonywać swych ziomków o konieczności oddania się w ręce lekarza z dyplomem uniwersyteckim. Taka komplementarność, według zwolenników tego projektu, zbliżyłaby ludność tubylczą do specjalistycznych usług medycznych, podnosząc w oczach większości

społeczeństwa prestiż lecznictwa tradycyjnego jako użytecznego i cennego zasobu dziedzictwa kulturowego, co w sumie przyczyniłoby się do polepszenia opieki zdrowotnej nad rdzennymi mieszkańcami strefy andyjskiej.

Przyjęcie tych założeń wymagało stworzenia określonych warunków wypracowania podstaw prawnych umożliwiających przeniesienie tradycyjnych praktyk medycznych z szarej strefy do oficjalnie uznawanych porad leczniczych. Posłużyły temu: taka reforma administrowanej przez państwo służby zdrowia, aby mogła ona otoczyć „opieką” także sferę medycyny indiańskiej oraz programy badawcze umożliwiające, z pozycji naukowych biomedycyny (a także psychiatrii), określenie walorów tych leczniczych metod stosowanych przez szamanów, które miałyby być uznane za komplementarne. Poczynania te, wprowadzane stopniowo od lat 80. XX wieku, przebiegały w różnym tempie w poszczególnych krajach andyjskich. Znaczącą rolę odgrywały tu przede wszystkim trzy typy instytucji: (1) rządy i ich agencje zajmujące się problematyką zdrowotną; (2) bardzo aktywne na terenie andyjskim zagraniczne NGO promujące zwykle zalecenia WHO, UNESCO, ONZ, MOP, OPA dotyczące ochrony tubylczego dziedzictwa kulturowego (w tym i medycyny indiańskiej) oraz poszerzenia zakresu opieki zdrowotnej wśród ludności autochtonicznej; (3) rosnące w siłę organizacje indiańskie zapewniające tubylczym medykom normalne warunki działania oraz zachowanie ich wiedzy dla przyszłych pokoleń.

W efekcie powstały ośrodki, centra, instytuty, fundacje itp. dedykowane medycynie andyjskiej. Pracowały one nad: podniesieniem rangi tradycyjnej wiedzy leczniczej w całym społeczeństwie i w środowisku naukowo-lekarskim, zbieraniem informacji o metodach i środkach stosowanych przez *curanderos*, testowaniem skuteczności tych działań, inspirowaniem dialogu między przedstawicielami obu typów praktyk medycznych, przygotowywaniem „medyków tradycyjnych” do funkcjonowania w obrębie współczesnego społeczeństwa, a także organizowaniem różnego rodzaju szkoleń, warsztatów, konferencji, spotkań i kursów podnoszących kompetencje indiańskich uzdrowicieli. Oczywiście nie sposób byłoby wymienić tu z nazwy i lokalizacji choćby części najważniejszych tego rodzaju

inicjatyw realizowanych w Ekwadorze, Peru i Chile. Dlatego też, tylko tytułem przykładu, warto wspomnieć pokrótce rozwój sytuacji w Boliwii, a więc w kraju, w którym najwcześniej zaczęto doceniać i legalizować medycynę tradycyjną (jeszcze na początku lat 80. XX wieku). W tych latach powstało tam Boliwijskie Stowarzyszenie Medycyny Tradycyjnej, a wkrótce potem zorganizowano w La Paz Kongres Medycyny Tradycyjnej. Z kolei w 1987 roku założony został Boliwijski Instytut Medycyny Tradycyjnej „Kallawayá”, którego celem statutowym była promocja wiedzy i działań słynnych na terenie całych Andów wędrownych uzdrowicieleli tubylczych, zwanych *kallawayá*. Z czasem podobne inicjatywy zaczęły pojawiać się we wszystkich prowincjach Boliwii, wciągając do współpracy coraz więcej znanych *curanderos* i *kallawayas* oraz poszerzając kręgi promotorów ich leczniczych praktyk (Baixeras 2004: 21–34).

Atmosfera sprzyjająca uznaniu *medicos tradicionales* za specjalistów skutecznych, szanowanych i cenionych sprawiła, że byli coraz bardziej aktywni i widoczni w przestrzeni publicznej. Zaczęli opuszczać dotychczasowe wiejskie środowisko i przesiedlali się do miast, aby tam być bliżej swojej naturalnej klienteli, która masowo migrowała do większych ośrodków w poszukiwaniu lepszych szans życiowych. W tym przypadku napotykamy na zjawisko, które w antropologii zostało zdefiniowane jako tzw. deterytorializacja tradycji, a więc oderwanie wzorców od ich pierwotnego środowiska i wkomponowanie ich w nowe otoczenie, przy zachodzącym jednocześnie procesie akulturacji. Jednym z przykładów takich nowych strategii działania mogą być „targi” szamanów, ściągające w jedno wybrane miejsce specjalistów z różnych dziedzin tradycyjnego, ludowego i alternatywnego leczenia.

Jednemu z takich spotkań mogłem się bliżej przyjrzeć już na początku lat 90. XX wieku. Wydarzenie to nazwane oficjalnie „Feria de los chamanes y curanderos” odbywało się w Ekwadorze, niezbyt daleko od Quito, w rejonie gęsto zaludnionym przez ludność rdzenną (Kichwa), a jednocześnie łatwo dostępnym dla mieszkańców pobliskiej metropolii. Wybór tego miejsca podyktowany był jednak nie tylko względami natury praktycznej, ale powiązany został z kontekstem sakralno-historycznym Rumicucho. Były to błonia rozpościerające się na ruinach inkaskich budowli militarno-kultowych,

które w opinii *curanderos* nadal emanowały swoją tajemną mocą, a więc tworzyły sprzyjające mikrośrodowisko dla współczesnych uzdrowicieli, odwołujących się przecież do wiedzy jakoby odziedziczonej w prostej linii od starożytnych mieszkańców Andów. Na to szczególne miejsce przybyli szamani, uzdrowiciele, *brujos* (czarownicy), specjaliści od medycyny orientalnej, spirytyści, „magowie” obiecujący powodzenie w miłości, kartach i biznesie. Wśród uczestników, zarówno Indian, jak i metysów, spotkać można było także gości z sąsiedniej Kolumbii, Peru i Brazylii. Każdy z uczestników tych „targów” zajmował własny „stragan” wypełniony akcesoriami służącymi do praktyk leczniczych, amuletami, figurkami ofiarnymi, różnego rodzaju preparatami uzdrawiającymi sporządzonymi z górskich ziół, amazońskich roślin i jadowitych insektów, a także „cudownymi” płynami w buteleczkach reklamowanymi jako napoje usuwające szybko różne dolegliwości chorobowe. Takie nagromadzenie w jednym miejscu najróżnorodniejszych artefaktów magiczno-leczniczych ukazywało wyraziście stopień stapiania się ze sobą bardzo odmiennych kulturowo tradycji – z jednej strony konkurujących ze sobą, z drugiej łączących się w jedną ofertę, w zależności od potrzeb i preferencji poszczególnych odbiorców. Uczestniczący w tych „targach” specjaliści bardzo dobrze dostosowani byli do współczesnych wymogów rynkowych. Na zapleczu swoich straganów udzielali porad, diagnozowali chorych, wykonywali proste zabiegi uzdrowicielskie, sprzedawali medykamenty, a także zachęcali przybyszów do odwiedzin swoich miejskich *consultorios* (poradni), wręczając zainteresowanym wizytówki. Widok ten w sumie fascynował, ponieważ w jednym miejscu można było zaobserwować skutki globalizacji połączone ze stapiającymi się, odmiennymi praktykami leczniczymi: andyjskimi, amazońskimi, ludowymi związanymi z tradycją iberyjsko-katolicką, chińskimi, tybetańskimi i afroamerykańskimi. Można było także spostrzec, jak ludowa medycyna ulega profesjonalizacji i komercjalizacji, i w jakim stopniu jest ona coraz bardziej narażona na nieuprawnione wykorzystywanie „tradycyjnych” zabiegów przez pseudo-specjalistów, sprytnie podszywających się pod prawdziwych *medicos tradicionales*.

Tego rodzaju *ferias* (targi) stają się coraz popularniejsze i wpisują się na stałe w kalendarz miejskich imprez. Ich organizatorzy mniej już zabiegają

o to, aby odbywały się one w przestrzeniach „sakralnych” lub historycznych – zależy im raczej na zajęciu prestiżowych placów w centrach miast, aby dzięki temu przyciągać jak najwięcej potencjalnych klientów.

Pod względem nagromadzenia w jednym miejscu tak dużej „ofer-ty” leczniczych specyfików „targi” szamanów porównać można (choć są oczywiście wydarzeniem okresowym) do słynnej uliczki w La Paz (Boliwia), położonej w starej części miasta, znanej potocznie jako *calle de los brujos* (ulica czarowników). Przeważa ją tak z tego względu, iż na położonych wzdłuż niej straganach oraz w sklepikach nabyć można (wraz z fachowymi poradami) wszelkiego rodzaju lecznicze zioła, talizmany zapewniające powodzenie, posążki andyjskich bóstw, tajemnicze wywary we fiolkach, zakładzinowe ofiary w formie zwierzęcych figur, a także suszone płody lam, składane zwykle w ofierze *Pachamama*. Miejsce to, poza swoją atrakcyjnością turystyczną, jest przede wszystkim prawdziwym „rynkiem” niezbędnych akcesoriów leczniczo-magicznych, wytworzonych przez *curanderos* i *chamanes*, a służących tym mieszkańcom wielkiego miasta, którzy pozostają przywiązani do dawnych praktyk uzdrowieńczych i zsyłających powodzenie na całą rodzinę, domostwo czy prowadzony biznes.

Testowanie tradycji, certyfikowanie uzdrowicieli i medycyna andyjska w szpitalach

Rosnąca atrakcyjność medycyny ludowej/tubylczej w krajach andyjskich zaczęła w istotny sposób zmieniać stosunek części akademickich lekarzy do tego rodzaju lecznictwa. Jednym z przejawów tego zjawiska stały się programy badawcze mające na celu weryfikację skuteczności praktyk leczniczych oferowanych przez *curanderos*. Uważano bowiem, że jeśli miały one być uzupełnieniem akademickiej służby zdrowia, czy wręcz połączyć się z nią w jeden, zintegrowany system, to należało wykazać w „naukowy sposób”, iż nie szkodzą zdrowiu, pomagają w schorzeniach, szczególnie tych mniej groźnych dla życia, a do tego są dobrze dostosowane do potrzeb kulturowych i psychicznych tubylczych

pacjentów. Zdawano sobie bowiem sprawę, że dość powszechne unikanie wizyt w przychodniach lekarskich, zwłaszcza przez kobiety (Mejia 2017: 47–57), wynika zarówno z trudnej sytuacji finansowej ubogich warstw społeczeństwa, jak i nieufności wobec usług świadczonych tam przez „urzędowych” lekarzy. W związku z tym, w ramach działań przełamujących te bariery, coraz więcej ośrodków badawczych zaczęło podejmować wspólne eksperymenty z doświadczonymi uzdrowicielami i ich pacjentami, co przełożyło się także na publikacje specjalistyczne dyskutujące, ale i popularyzujące, zjawisko. Spektakularną praktyką leczniczą analizowaną wnikliwie przez lekarzy i naukowców było użycie andyjskiej świnki morskiej – *cuy* (hodowanej powszechnie w celach kulinarnych) – do diagnostyki i leczenia organów wewnętrznych chorego. O wykorzystaniu tego gryzonia w lecznictwie⁴ nadmieniałem krótko już wyżej, ale warto na ten temat powiedzieć nieco więcej, gdyż ocena wiarygodności tych praktyk wywołała spore kontrowersje w świecie biomedycznym. Zabieg ten określany najczęściej jako *soba del cuy* (czyli pocieranie świnką morską) polega na swoistym „skanowaniu” ciała pacjenta żywą świnką, która po zakończeniu tej czynności jest uśmiercana, a następnie jej wnętrzności poddawane są szczegółowej analizie. Dostrzeżone w jej organach zmiany patologiczne mają wskazywać na analogiczne umiejscowienie ogniska choroby w ciele badanego pacjenta. Poza taką ludową diagnostyką *cuy* służyć także może, znów po starannym przetarciu nim korpusu chorego, do „przeniesienia” choroby z cierpiącego człowieka na zwierzę. Po tym zabiegu *cuy* zostaje zabity, aby bezpowrotnie unicestwić ognisko choroby. W wyniku licznych eksperymentów z udziałem naukowców i *curanderos* praktyki te uznane zostały za dopuszczalne, choć ich uzasadnienie biomedyczne nie było jednoznaczne. Jedni eksperci wskazywali jedynie na znaczenie silnych oddziaływań psychosomatycznych, inni wszelkimi siłami starali się uzasadnić te praktyki realnymi procesami biologicznymi. W istocie obu grupom zależało na tym, aby nie dyskredytować tubylczego

⁴ Zabiegi tego typu, *nota bene* znane także w świecie starożytnym Azji, Afryki i Europy, tylko praktykowane z użyciem innych zwierząt, były stosowane już od czasów przedkolonialnych przede wszystkim w Peru i Ekwadorze (zob. Melchor, Reyna 1994; Morales 1995).

dziedzictwa leczniczego objętego przecież ochroną – w przeciwnym bowiem wypadku trudno byłoby co najmniej tolerować tego rodzaju sposoby leczenia. Tymczasem zdecydowana krytyka tych praktyk pojawiła się z całkiem innej strony, a mianowicie od organizacji występujących w obronie zwierząt, które domagają się zaprzestania tak okrutnego, ich zdaniem, traktowania świnek morskich.

Jak na razie tradycja wykorzystywania *cuy* w andyjskim leczeniu nie jest zagrożona, zyskując popularność także w kręgach nie-indiańskich, co powoduje, iż praktyki te zaczynają uprawiać również osoby niewywodzące się ze środowisk tubylczych. Dążenie do oficjalnego wprowadzenia medycyny tradycyjnej na „rynek” usług medycznych, połączone do tego z obroną tej sfery świadczeń zdrowotnych przed osobami nieposiadającymi wystarczających kwalifikacji, doprowadziło do powstania instytucji legalizujących leczenie andyjskie oraz weryfikujących specjalistów w tym zakresie. W największej mierze proces ten jest zaawansowany w Boliwii i Ekwadorze, w bardziej ograniczonym zakresie na terenie Chile; natomiast w Peru do tych kwestii przywiązuje się zdecydowanie mniejszą wagę, pozostawiając wybór tego rodzaju usług medycznych samym zainteresowanym. I tak w Boliwii dopiero od 2013 roku funkcjonuje prawo regulujące zasady działalności tzw. *medicos tradicionales*, choć kraj ten – jako pierwszy w Ameryce Południowej – uznał oficjalnie już w 1984 roku leczenie oparte na indiańskiej wiedzy za ważny sektor ratowania zdrowia obywateli. Zostało ono urzędowo określone jako tzw. *medicina naturista – tradicional* (medycyna naturalno-tradycyjna). Jej definicja stwierdza, że źródła wiedzy tej medycyny tkwią w minionych generacjach, lecznicze kompetencje muszą być przekazywane drogą ustną, a zabiegi wykorzystują specyfiki pochodzenia roślinnego, zwierzęcego i mineralnego, a także terapie duchowe splecione z andyjskimi wierzeniami (*terapias espirituales*) (Baixeras 2004: 21–22). Nadzrędną opiekę nad całym tym sektorem sprawuje Wiceministerstwo Medycyny Tradycyjnej, będące integralną częścią Ministerstwa Zdrowia, którego zadaniem jest ochrona i ratowanie zanikających tradycji leczniczych. Instytucja ta dąży także do tego, aby obie postacie medycyny – akademicka i tradycyjna – stopniowo przybliżały się do siebie w warunkach codziennej praktyki,

a więc aby występowały razem w poradniach, ośrodkach zdrowia czy szpitalach.

Ten centralny urząd odpowiada za wydawanie certyfikatów tym uzdrowicielem ludowym, którzy zostali zweryfikowani, potwierdzając tym samym ich kompetencje i wiarygodność. W roku 2017 posiadaczami takiego dokumentu było blisko 4500 *curanderos*, którzy według danych wspomnianego ministerstwa udzielili około 18 milionów porad, co ukazuje zarówno znaczenie tego sektora medycyny, jak i skalę zaufania społeczeństwa do „medyków” posługujących się tradycyjnymi metodami (*Bolivia: Parteras, guías espirituales...* 2017). Również według regulacji tegoż ministerstwa poklasyfikowani oni zostali na kilka kategorii, takich jak: a) *guías espirituales* (duchowi przewodnicy), którymi mogą być wyłącznie Indianie, i do tego bardzo kompetentni w zakresie teologii i rytuałów andyjskiej religii, potrafiący w sposób prawidłowy składać ofiary dla *Pachamama* w intencji wyjednania zdrowia czy zapewnienia pomyślności w działalności gospodarczej; b) właściwi *medicos tradicionales*, posiadający pogłębioną ogólną wiedzę leczniczą lub też wąsko wyspecjalizowani tylko w jednym typie chorób i dostosowanych do niego zabiegów; c) *naturistas tradicionales* (tradycyjni zielarze), a więc znawcy leczniczych właściwości roślin oraz wszelkich innych „obiektów” natury używanych w tych celach; d) *parteras* (położne), zajmujące się leczeniem bezpłodności, opiekujące się kobietami w ciąży, asystujące przy porodzie i leczące niemowlęta.

W podejściu urzędowym do medycyny tradycyjnej zaobserwować można w Boliwii tendencję wiodącą ku wyraźnej integracji obu sektorów medycznych. Proces ten zwany komplementarnością widoczny jest także w Ekwadorze, choć ze względu na mniejszy procentowy udział ludności indiańskiej w całej populacji nie jest on aż tak widoczny jak w Boliwii. Lecznictwo realizowane w ramach sektora medycyny tradycyjnej, nazywanej często w Ekwadorze medycyną „dawną”, „starożytną”, „odziedziczoną po przodkach” (*medicina ancestral*), podlega formalnie Ministerstwu Zdrowia, które prowadzi w tym zakresie różnego rodzaju kursy, szkolenia, a także wydaje autoryzacje umożliwiające legalną działalność tzw. *maestros en medicina y espiritualidad ancestral* (mistrzowie

medycyny i tradycyjnej duchowości). Działania te wspierane są przez stowarzyszenia tubylcze, specjalistyczne agencje działające z upoważnienia owych organizacji. Razem starają się o to, aby na poziomie funkcjonowania indiańskich społeczności lokalnych dostępne były „usługi” zarówno lekarzy akademickich, jak i porady świadczone przez licencjonowanych *yachaks* (szamanów), *limpiadores* (uzdrowicieli), *hierbateros* (zielarzy) i *parteras* (położne).

W Chile medycyna tradycyjna w formie oficjalnej rozwija się przede wszystkim na południu kraju – w prowincjach z dużą populacją tubylczą (Indianie Mapucze) – oraz w ośrodkach miejskich, w których ludność rdzenna systematycznie się osiedla. Już w ostatniej dekadzie XX wieku władze chilijskie, w ramach powrotu do zasad demokracji i stopniowego zrywania z pozostałościami autorytarnej polityki z czasów Pinocheta, przychylnie odnosiły się do lecznictwa tubylczego, starając się scalać je z oficjalnym systemem opieki zdrowotnej. Podobnie jak w sąsiedniej Boliwii przy Ministerstwie Zdrowia ustanowiono specjalny program opieki zdrowotnej nad ludnością rdzenną (2006 rok), niechętną wobec akademickiej medycyny i świata *whinka*, czyli nie-indiańskich Chilijczyków postrzeganych przez Mapuczy jako żywioł obcy i od zawsze im wrogi (Mariman 2012), za to sprzyjającą lecznictwu tradycyjnemu. Postanowiono zatem z jednej strony finansowo i organizacyjnie wspierać lecznictwo tubylcze, a z drugiej inicjować działania pozwalające rdzennym pacjentom poczuć się komfortowo w ogólnie dostępnych ośrodkach zdrowia. Wprowadzane rozwiązania formalnie podporządkowane były założeniom interkulturowej medycyny, choć faktycznie zaczęły podlegać w coraz większej mierze kontroli i dominacji służb państwowych. W rejonach gęsto zaludnionych przez Mapuczy tworzono ośrodki zdrowia dla Indian, w których mogli uzyskać pomoc integralną świadczoną przez tubylczego specjalistę oraz lekarza akademickiego. Schemat ten przejęły z czasem szpitale – jako pierwszy był w 1999 roku Makewe, prowadzony przez misję anglikańską, w miejscowości Padre Las Casas. Opiekę nad tymi chorymi, którzy sobie tego życzyli, sprawowali tam obok lekarzy, także *machi*. Ten model stopniowo przejmowany był przez kolejne szpitale położone na terenie historycznej Araukanii (południowe prowincje

Chile), rdzennej ziemi Mapuczy (Bolados 2012: 135–144), zyskując aprobatę wśród Indian. Potwierdza to wypowiedź jednego z moich informatorów, który był szamanem *machi* praktykującym w jednej z takich klinik. Otóż chcąc upewnić mnie o skuteczności lecznictwa tubylczego podkreślił z emfazą, iż z „jego” oddziału (medycyny tradycyjnej) wszyscy chorzy opuszczali szpital o własnych siłach, podczas gdy sporo pacjentów z pozostałych oddziałów bardzo często trafiało do kostnicy. Oczywiście nie wspomniał o tym, że przypadki leczone na oddziale medycyny tradycyjnej nie należały z zasady do zespołu chorób szczególnie groźnych dla życia czy wręcz terminalnych. Usłyszana opowieść – jak się później wielokrotnie o tym przekonałem – nie była odosobnioną anegdotą, bowiem powszechnie ją przytaczano w formie koronnego dowodu efektywności praktyk realizowanych przez *machi*.

Drugą ciekawą formą interkulturowej reformy służby zdrowia było w Chile wprowadzenie do szpitali i ośrodków zdrowia tzw. *facilitadores interculturales*, czyli asystentów tubylczych, którzy dobrze znając kulturowe uwarunkowania swojego ludu, mogli dobranymi w sposób właściwy radami, objaśnieniami, a także po prostu swoją obecnością wspomagać personel medyczny i uwiarygodniać ich poczynania w oczach pacjentów. Zezwolono także na to, aby w razie potrzeby mogli oni otrzymać niezbędną pomoc religijną od swych przewodników duchowych (Poblete, Goldstein 2019: 9). Kolejnym krokiem na rzecz uznania i wsparcia medycyny indiańskiej stała się akcja zmierzająca do ustanowienia legalnych przychodni, w których *machi* mogliby przyjmować „w sposób cywilizowany” swych pacjentów. Uznano bowiem, że zabiegi lecznicze realizowane w chacie ceremonialnej (tzw. *ruca*), w mieszkalnym domostwie *machi* czy też na dworze, zwykle przed sakralnym słupem *rewe*, nie spełniają wymogów sanitarnych współczesnej służby zdrowia. Postanowiono więc ze środków pochodzących z funduszu na wsparcie ludności indiańskiej ufundować zgrabne, ośmiokątne, drewniane kioski, mające w założeniu służyć *machi* za ich „gabinety przyjęć”.

Zaciekawiony tym projektem udałem się do odległej wioski położonej w obrębie gminy Chol Chol, aby tam odwiedzić taką nowoczesną przychodnię. Po dotarciu do osady okazało się, że słynąca ze swych leczniczych

umiejętności *machi* udzielała porad (także nieindiańskim pacjentom przybywającym do niej nawet ze stolicy, co wymagało pokonania setek kilometrów drogi) nadal siedząc we wnętrzu swojej dość ubogiej chaty oraz odprawiała rytuały przed stojącym na podwórku świętym słupem *rewe*. Tymczasem wzniesiony nieopodal zgrabnie zaprojektowany pawilon stał nieużywany i zamknięty na kłódkę. W rozmowie okazało się, że ta pomoc władz okazała się całkowicie nietrafiona, bowiem nie uwzględniała specyfiki kultury i mentalności tubylczej. Duchowa moc szamanki uaktywniała się tylko w jej własnym domostwie i przy świętym słupie, a poza tym przybywający do niej pacjenci nie mieli zamiaru spotykać się z *machi* w „rządowym kiosku”, do tego zaprojektowanym w kształcie dalece odbiegającym od tradycyjnej architektury Mapuczy. Jak się niebawem okazało, takie odrzucenie tej pozornie pożytecznej innowacji nie było wyjątkiem i występowało w wielu innych osadach Araukanii.

Ta nietrafiona pomoc wkrótce została zaniechana i zgodnie z życzeniem środowisk indiańskich zaczęto promować „ośrodki zdrowia interkulturowego” jako placówki usytuowane w tradycyjnie skonstruowanych chatach tzw. *ruca*, służących do uroczystych spotkań i celebrowania świąt. Tego typu ośrodki zaczęły również powstawać na terenie stolicy, którą – jak wspominałem – zamieszkuje bardzo dużo Mapuczy. Jedną z takich ceremonialnych chat wzniesiono nawet w Santiago na przyszpitalnym terenie tak, aby pokazać, że oba systemy wsparcia medycznego mogą egzystować na jednej płaszczyźnie, a wybór rodzaju leczenia należy do pacjenta. Co ciekawe, możliwość skorzystania z porady *machi* w samym Santiago, a więc bez konieczności pokonywania kilkuset kilometrów dystansu, by dotrzeć na rdzenne ziemie Mapuczy, sprawiło, że wśród pacjentów tych tubylczych ośrodków zdrowia spotkać można coraz więcej mieszkańców Santiago niemających jakichkolwiek korzeni indiańskich. Z jednej strony jest to efekt rozgłosu, jaki otacza najbardziej znane/znanych *machi*, z drugiej możliwość skorzystania z „taniej” alternatywy leczenia w kraju o skrajnie neoliberalnych zasadach funkcjonowania służby zdrowia.

Formalne zrównanie obu systemów leczniczych oraz rządowa autoryzacja „medyków tradycyjnych” niewątpliwie spowodowały wzrost

zapotrzebowania na porady tego typu specjalistów. Tymczasem autentycznych „tradycyjnych medyków”, którzy wynieśli swoje umiejętności z wiejskiego środowiska, nigdy nie było i nadal nie ma zbyt wielu. Powiększające się populacje miejskie, znaczące zmiany cywilizacyjne w życiu rdzennych społeczności oraz wymieranie tych, którzy dobrze byli zaznajomieni z tradycyjnymi sposobami radzenia sobie w chorobie, to czynniki, które zwróciły uwagę na konieczność przystąpienia do „szkolenia” nowej generacji specjalistów w zakresie medycyny indiańskiej. Dawne formy przekazywania wiedzy i umiejętności uzdrowicielskich, polegające na bezpośrednim kontakcie z uznanym w regionie szamanem czy znachorem, który dzielił się swym doświadczeniem z uczniami, współcześnie już nie były wystarczające. Zachodziła zatem obawa, że te dawne i cenione kompetencje, odziedziczone po przodkach, mogą z czasem ulec zubożeniu, wypaczeniu czy wręcz zanikowi. Aby temu zjawisku zaradzić, w sukurs przyszły organizacje indiańskie i ich liderzy, wyczuleni na kwestie zachowania dziedzictwa. Uznali oni, że w tym celu należy powołać instytucje, które prowadziłyby kursy i szkolenia z zakresu medycyny tradycyjnej. Istotą tej idei był pomysł, aby najbardziej znani i doświadczeni specjaliści mogli dzielić się swą wiedzą z tymi adeptami, którzy mając wprawdzie dość ogólną orientację w sposobach „tradycyjnego” leczenia, to jednak nie dysponowali ani wiedzą, ani umiejętnościami najwyższej klasy. Tego rodzaju inicjatywy zaczęły być realizowane przede wszystkim w Boliwii i Ekwadorze, a także i w Chile. Na przykład w niewielkiej miejscowości Chol Chol, położonej niedaleko stolicy Araukanii – Temuco – od wielu lat funkcjonuje, pod auspicjami Kościoła katolickiego, zawodowe Liceum Interkulturowe przeznaczone dla młodzieży tubylczej, w którym to jedną z popularnych ścieżek edukacyjnych jest pielęgniarstwo. W trakcie pobytu badawczego w tej miejscowości (w 2010 roku) miałem okazję kilka razy odwiedzić tę szkołę, chciałem bowiem poznać, na ile realizowane w jej murach pryncypia interkulturowe i założenia, by utrzymać tożsamość etniczną mapuczańską młodzieży, są w praktyce pedagogicznej rzeczywiście realizowane. Jak się okazało, uczennice z kierunku pielęgniarstwa przygotowywane były do pracy w tych szpitalach i ośrodkach zdrowia, które obsługiwały ludność tubylczą. Uważano,

że jako dziewczyny należące do mniejszości Mapuczy, będą one lepiej wiedziały, w jaki sposób należy podchodzić do indiańskich pacjentów, jak nawiązywać z nimi bliższy kontakt, i jak umiejętnie wydobywać od nich informacje dotyczące ich kłopotów zdrowotnych. Poza lekcjami obejmującymi uniwersalne podstawy pielęgniarstwa uczennice te miały również zajęcia z medycyny tradycyjnej, które dla nich prowadził licealny profesor, a jednocześnie szaman (*machi*), będący również duchowym opiekunem indiańskich pacjentów w jednym z pobliskich szpitali. Jego pozycja w tej szkole była znacząca, a dyrekcja liceum starała się podkreślać, iż jest ona równorzędna względem katolickiego kapelana. Symbolicznym wyrazem tej postawy była uroczystość zakończenia roku szkolnego i wręczenia dyplomów zawodowych. Zainaugurował ją profesor-szaman, z uwidocznionymi na piersiach „insygniami” *machi*, przemawiając do uczniów w języku mapudungun (tj. Mapuczy), którego to, jak się okazało, tubylczy absolwenci w większości niemal nie rozumieli. Dopiero po tym ceremonialnym wystąpieniu szamana przemówili katolicycy duchowni z biskupstwa w Temuco oraz dyrektor szkoły. W ten symboliczny sposób, nie tylko programem edukacji, ale także pewnymi okolicznościowymi akcentami etnicznymi, starano się w tym liceum podkreślić jego indiański profil i zarazem interkulturowy charakter.

Programy edukacji interkulturowej zaczęto wprowadzać także do uczelni wyższych, a wraz z nimi pojawiły się tam również zajęcia zachaczące o medycynę andyjską. Zaczęto w Ameryce Łacińskiej budować sieć tzw. uniwersytetów interkulturowych m.in. przy współpracy z organizacjami tubylczymi, w regionach o znacznym procencie ludności rdzennej. Główna idea polegała na kształceniu specjalistów w różnych dziedzinach tubylczej wiedzy, w tym w zakresie medycyny. Inicjatywa ta zyskała aprobatę przede wszystkim w Meksyku, w którym działa cała sieć tego typu uczelni, obecnie w liczbie aż 12 szkół. W Ameryce andyjskiej również zaczęły pojawiać się tego typu działania (Mato 2014: 17–45), ale ich zasięg jest nadal niezbyt duży. Inną interesującą pod tym względem placówką jest boliwijski Tubylczy Uniwersytet Interkulturowy (założony w 2007 roku), wspomagany funduszami europejskimi oraz naukową opieką ze strony hiszpańskiej, w którym studiują Indianie z całej

Ameryki Łacińskiej. W ramach oferowanego tam programu funkcjonują także studia magisterskie w zakresie zdrowia (*salud intercultural*). Nie chodzi jednak w tym przypadku o kształcenie nowej generacji *medicos tradicionales*, gdyż ci nadal mają zdobywać swoje kompetencje na drodze międzypokoleniowego przekazu w swoim własnym środowisku, ale o edukację przyszłych tubylczych promotorów zdrowia. Mają oni, w oparciu o zakorzenienie we własnym środowisku etnicznym, planować, a następnie wdrażać projekty „zdrowia interkulturowego”, tj. integralnej opieki zdrowotnej wykorzystującej zarówno medycynę tubylczą, jak i „zachodnią” (De Santic-Piros, Verdugo-Sanchez 2019: 61–78).

Pisząc o roli uniwersytetów interkulturowych, warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo szczególny przykład tego rodzaju inicjatyw, który narodził się w Ekwadorze w roku 2000, aby zmaterializować się cztery lata później. Chodzi tu o uczelnię, która zainicjowana została przez ogólnokrajową federację organizacji indiańskich (CONAIE) jako alternatywny uniwersytet przeznaczony dla ludności tubylczej i prowadzony przez samych Indian, choć wspomagany finansowo przez fundacje europejskie. Uczelnia ta oficjalnie zwana Universidad Intercultural „Amawtay Wasi”, czyli w języku *kichwa* „Domem Mądrości”, miała w swoim programie hasła dekolonizacji i upodmiotowienia ludności tubylczej. Celem głównym miało być kształcenie niezbędnej dla zmiany statusu Indian ekwadorskich autochtonicznej inteligencji. Absolwenci mieli działać i pracować na rzecz środowisk indiańskich, wyzwalać ludność tubylczą spod dominacji „zachodniego” sposobu myślenia. Chodziło o to, aby kierowała się ona wartościami wynikającymi z rdzennej epistemologii, wypracowanej przez intelektualistów tubylczych na użytek współczesnych potrzeb, ale mocno zakorzenionej w ontologii i duchowości andyjskiej (Vargas 2014: 269–300).

Te oryginalne założenia bardzo mnie zafrapowały i skłoniły do tego, aby w 2001 roku przeprowadzić wywiad z jednym z inicjatorów tego pomysłu. Był nim Luis Macas, wybitny działacz indiański, intelektualista, po części także antropolog, a ponadto osoba o dużym doświadczeniu politycznym w Ekwadorze, z racji swej kariery partyjnej (w proindiańskim ugrupowaniu Pachakutik), także parlamentarnej i ministerialnej. L.

Macas uważał, że zadaniem nowej uczelni powinno być twórcze połączenie wiedzy i umiejętności praktycznych wywodzących się z obu współistniejących w Ameryce Łacińskiej cywilizacji – tubylczej i zachodniej. Studenci mieli zatem zdobywać kompetencje w obu tych sferach, a wykładowcy powinni być rekrutowani zarówno spośród utytułowanych naukowców akademickich, jak i grona fachowców tubylczych, dobrze znających się na tradycyjnym rolnictwie i hodowli, lecznictwie i zielarstwie, zasadach prawa zwyczajowego, wiedzy o kosmowizji i ontologii andyjskiej, a także na organizowaniu życia społecznego Indian na szczeblu wspólnot wioskowych czy organizacji walczących o podmiotowość Indian. W ramach tego ambitnego projektu znajdowało się także miejsce dla medycyny tradycyjnej. Według mojego rozmówcy przyszli studenci mieli poznawać najpierw biomedyczne podstawy chorób i ich leczenia, aby po dwóch latach móc połączyć zdobytą wiedzę z doświadczeniem szamanów i znachorów, najbardziej biegłych w tradycyjnych metodach uzdrawiania. Projekt ten, jak się niebawem okazało, nie został wdrożony w życie, bowiem uniwersytet nie otrzymał, przy takich założeniach, niezbędnej akredytacji.

Uwagi końcowe

Medycyna tubylcza/indiańska/andyjska wkroczyła na drogę niebywałego „awansu”, podbijając w ostatnich trzech dekadach andyjskie miasta, znajdując uznanie w szerokich kręgach społecznych, by wkroczyć także do szpitali i na uniwersytety. Ta szczególna kariera lecznictwa tradycyjnego wymagałaby z pewnością bardziej szczegółowej analizy umożliwiającej ukazanie specyfiki jego dróg rozwoju w każdym z krajów andyjskiego regionu. Nie zawsze były one podobne, często kierowały się w różne strony i przebiegały w nieco innym tempie ze względu na odmienne uwarunkowania. Jednakże główne wektory tego awansu i wspierających ten proces podstawowych tendencji były wspólne i posiadały szereg zbieżnych cech. Właśnie na te dominujące zjawiska starałem się w tym artykule zwrócić uwagę. Warto jednak przy końcu tych rozważań raz jeszcze

uwypuklić najważniejsze elementy charakteryzujące ewolucję andyjskiej „medycyny tradycyjnej”, która pozwoliła na przesunięcie jej z dawnego usytuowania w relatywnie zamkniętych społecznościach tubylczych na dzisiejszą pozycję (po części) profesjonalnej działalności leczniczej, popularnej w wielu różnych kręgach mieszkańców oraz uznawanej oficjalnie w całym regionie.

Jej istotną cechą jest ekspansja na nowe przestrzenie społeczne, takie jak miasta, zaspakajając tam głównie potrzeby lecznicze mieszkańców o wiejskich korzeniach, a jednocześnie tworząc alternatywną ofertę „medyczną” dla mniej zamożnych kręgów społecznych. Pozostając w swym rdzeniu medycyną indiańską, nie uległa marginalizacji, a zaczęła się stopniowo przekształcać w komplementarną ludową (neotradycyjną) medycynę andyjską. Procesowi tej częściowej de-indianizacji towarzyszyła również urbanizacja lecznictwa wyrosłego na wiejskim gruncie. Jednocześnie zauważalna jest tendencja ku profesjonalizacji tej kategorii lecznictwa, co w konsekwencji pobudziło certyfikację usług medycznych świadczonych przez licencjonowanych szamanów i uzdrowicieli oraz spotęgowało komercjalizację tego typu świadczeń. Kolejnym etapem tego procesu „awansu” stała się instytucjonalizacja „medycyny tradycyjnej” poprzez wprowadzane eksperymenty jej integracji z placówkami biomedycznej służby zdrowia (przychodniami, szpitalami, szkołami).

Znaczna popularność medycyny tradycyjnej związana jest także z globalizacją umożliwiającą „korzystanie” z jej dorobku ludziom zamieszkującym inne kraje i kontynenty. Jedni, zafascynowani sławą i umiejętnościami szamanów, przybywają licznie do Ameryki Południowej w poszukiwaniu nowych doznań i z nadzieją pozbycia się swoich dolegliwości psychologicznej natury (przypadek turystyki *ayahuasca*), inni sięgają do tubylczych zasobów fitoterapii, eksportując (nawet do Polski) indiańskie specyfiki lecznicze (przykładem są preparaty z *vilcacora*, reklamowane jako remedium na niemal wszystkie choroby). Na gruncie lokalnym globalizacyjne oddziaływania ideologiczne spowodowały objęcie tradycyjnego lecznictwa ochroną przynależną kulturowemu dziedzictwu tubylczemu, któremu należy się wsparcie w ramach należnych ludom autochtonicznym praw do zachowania swojej specyfiki kulturowej.

W konsekwencji tego poszerzania się zakresu wpływów tej formy medycyny lecznictwo (neo)tradycyjne coraz częściej zaczęto postrzegać jako rdzenną, a zatem i cenioną, wartość, nie tylko tubylczą, ale przynależącą w istocie do pan-andyjskiego dziedzictwa kulturowego, wspólnego dla wszystkich mieszkańców tej części Ameryki Południowej, niezależnie od ich genealogicznych, społecznych czy etnicznych korzeni.

Przytoczone w tym artykule liczne przykłady trwania, kontynuacji, transformacji oraz „awansu” medycyny tradycyjnej w krajach andyjskich mogą sprawiać wrażenie, szczególnie w odczuciu osób niezbyt dobrze zorientowanych w realiach życia w Ameryce Południowej, że ten alternatywny system lecznictwa zajmuje na tym kontynencie bardzo ważne miejsce i staje się czymś w rodzaju rewersu usług biomedycznych. Tymczasem nie mamy w istocie do czynienia z tego rodzaju „równowagą” między wspomnianymi dwoma systemami. Nadal bowiem biomedycyna wiedzie zdecydowany prym, a większość lekarzy nie jest skłonna do tego, aby uznać „medyków tradycyjnych” za swych rzeczywistych partnerów. Rodzi się zatem pytanie, jak wytłumaczyć istniejącą formalnie koegzystencję obu typów medycyny, i czym podyktowane są oficjalne działania promujące sektor alternatywnego lecznictwa. Częściowa odpowiedź wyjaśniająca ten dylemat tkwi moim zdaniem w polityce oraz ideologii społecznej. Co najmniej formalne uznanie praw ludności tubylczej spowodowało w konsekwencji również akceptację ich kulturowej odrębności, w tym także tradycji leczniczej. Respekt wobec przyjętych regulacji prawnych oraz konwencji międzynarodowych, a także zasady poprawności politycznej nie skłaniają zatem do tego, aby dziedzictwo tubylcze kwestionować i marginalizować. Jeśli jest ono dla ludności rdzennej ważne, cenne i do tego praktycznie przydatne, to przecież nie istnieje istotna przeszkoda, aby medycynę (neo)tradycyjną dezawuować. Indianie, a w ślad za nimi cały sektor ludności ubogiej, niezamożnej, mogą korzystać ze „swojskiej” opieki zdrowotnej, „odciążając” tym samym (także i z odpowiedzialności za stan zdrowia ludności) placówki biomedyczne, wyspecjalizowane w usługach skierowanych głównie do klas średnich i wyższych. Tak więc paradoksalnie nierówny w sensie społecznym dostęp do „powszechnej” służby zdrowia może być w tym przypadku po

części usprawiedliwiany jako konsekwencja paralelnego potraktowania dwóch odmiennych tradycji medycznych, z których każda dostosowana jest do specyficznych potrzeb leczniczych różniących się od siebie zbiorowości społeczno-kulturowych. Przy takim rozumowaniu każdy sektor ludności (kreolsko-metyski i metysko-tubylczy) korzysta z usług odmiennych specjalistów (szamani *versus* lekarze), innych „medykamentów” (lekarstwa *versus* zioła) oraz różniących się od siebie sposobów leczenia (zabiegi i operacje *versus* uzdrowicielskie i sakralne interwencje).

Bibliografia

- Alarcon, A.M., Vidal, A., Neira Rosaz, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construccion de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, vol. 132, 1061–1065.
- Ameigereiras, A. & Jure, E. (eds.) (2006). *Diversidad cultural e interculturalidad*. Buenos Aires: Prometeo Libro.
- Baixeras, D.J.L. (2004). *Salud intercultural en Bolivia a inicios del tercer milenio*. La Paz.
- Bolados, G. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la politica indigena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacamenos. *Chungara*, vol. 44 (1), 135–144.
- Brown, M. (2003). *Who Owns Native Culture?* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Cabrero, F. (2014). Teologia india y opcion por los pobres. Un encuentro poco explotado. *Realidad. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol. 142, 521-534.
- Campos, N.R. (2006). Procesos de legalizacion e interculturalidad en las medicinas indigenas de Bolivia. In: F.J. Gerardo (ed.), *Salud e interculturalidad en America Latina. Antropologia de la crítica intercultural* (p. 373– 388). Quito: Abya Yala.

- De Santic-Piros, A. & Verdugo-Sanchez, A. (eds.) (2019). *Salud intercultural y Buen Vivir: Respeto a la diversidad y mutuo beneficio en el intercambio de saberes y experiencias*. Quito: Abya Yala.
- Hasen, N.F. (2012). Interculturalidad en salud. Competencias en practicas de salud con poblacion indigena. *Ciencia y enfermeria*, vol. 18 (3), 17–24.
- Kabat, I. (1987). Etnobotanika. W: Z. Staszczak (red.), *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne* (s. 84–86). Warszawa–Poznań: PWN.
- Kania, M. (2019). *Projekt Qhapaq Nan. Wyzwania nowego modelu polityki wobec dziedzictwa kulturowego ludów tubylczych*. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Mariman, J.A. (2012). *Autodeterminacion. Ideas politicas mapuche en el arbol del siglo XXI*. Santiago de Chile: LOM.
- Mato, D. (2014). Universidades indigenas en America Latina. Experiencias, logros, problemas, conflictos desafios. *Journal of Energy and Environmental Sustainability*, no. 14, 17–45.
- Mejia, G.J.A. et al. (2017). Conocimiento, aceptacion y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa/complementaria en usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de la Medicina Integrativa*, vol. 2 (1), 47–57.
- Melchor, A.S. & Reyna, P.V. (1994). *Soba del cuy y diagnostico en la medicina tradicional peruana*. Lima: Editorial Hozlo.
- Modood, T. (2014). *Multikulturalizm*. Poznań: Nauka i Innowacje.
- Morales, E. (1995). *The Guinea Pig: Healing, Food, and Ritual in the Andes*. Tucson: University of Arizona Press.
- Penkala-Gawęcka, D. (1987). Etnomedycyna. W: Z. Staszczak (red.), *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne* (s. 100–102). Warszawa–Poznań: PWN.
- Penkala-Gawęcka, D. (2006). *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Poblete, M. & Goldstein, E. (2019). Politicas de Salud Intercultural en Chile. *Asesoria Tecnica Parlamentaria*, no. Julio. Valparaiso: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

- Posern-Zieliński, A. (1985). Wyznaniowa dezintegracja indiańskich społeczności chłopskich w peruwiańskich Andach i jej kulturowe skutki. *Etnografia Polska*, t. 29, z. 2, 135–161.
- Posern-Zieliński, A. (2005). *Między indygenizmem a indianizmem. Andyjscy Indianie na drodze do etnorozwoju*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Posern-Zieliński, A. (2006). Wpływ migracji na przemiany społeczno-kulturowe ludności tubylczej Ameryki andyjskiej. Przypadek Ekwadoru. W: J.E. Zamojski (red.), *Migracje i kultura. Seria: Migracje i Społeczeństwo*, t. 11 (s. 76–92). Warszawa: Instytut Historii PAN.
- Posern-Zieliński, A. i Kairski, M. (2000). Ameryka Południowa. W: A. Posern-Zieliński (red.), *Świat grup etnicznych* (s. 255–282). Poznań: Wydawnictwo Kurpisz.
- Przytomska, A. (2013–2014). Kukata Yachan. La coca en la cosmovision de los q'eros. *Estudios Latinoamericanos*, vol. 33/34, 309–327.
- Przytomska, A. (2017). Hay que alimentar a la Madre Tierra. Haywakuy: un ritual de sanacion e intercambio en la ontologia. In: V. Torres, V. Anguiano, *Recuperando la vida. Etnografias de sanacion en Peru y Mexico* (s. 113-138). Lima: Rios Profundos.
- Przytomska, A. (2019). Altomesayoq, czyli ten który rozmawia z apus. Ontologia praktyk szamanistycznych u Q'eros z Andów Peruwiańskich. *Lud*, vol. 103, 139–159.
- Reinozo, A. (2008). La Pachamama: Remedios y hierbas. *Dialogos. Revista Electronica de Historia*, no. Especial, 379–410.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, vol. 27 (1), 80–93.
- Sal y Rosas, F. (1958). El mito del Jani o susto de la medicina indigena del Peru. *Revista Psiquiatrica del Peru*, vol. 1 (2), 103–112.
- Sanchez, G.R. & Sanchez, G.R. (2009). *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones*. Cusco: Centro Bartolome de Las Casas.
- Sanchez, P.J. (1997). *Globalizacion, gobernabilidad y cultura*. Quito: Abya Yala.

- Sieder, R. (ed.) (2002). *Multiculturalism in Latin America. Indigenous Rights, Diversity and Democracy*. New York: Palgrave.
- Vargas, M.P. (2014). Educacion Superior Intercultural en disputa. Trayectorias de la Universidad Intercultural Amawtay Wasi. *Polis. Revista Latinoamericana*, vol. 13, no. 38, 269–300.
- Zarate, C.E. (2001). Culturas medicas en Peru. *Situa*, vol. 10, no. 19, 1–10.

Źródła internetowe:

- Bolivia: Parteras, guías espirituales, naturistas y médicos tradicionales iniciarán registro de pacientes. (2017). Pozyskano z www.minsalud.gob.bo/2765
- Bronk, K. (2019). *Papież zabrał głos w sprawie figurek Pachamamy*. Pozyskano z: www.vaticannews.va/pl/papiez/news/2019-10