

JUSTYNA SZYMAŃSKA
Uniwersytet Warszawski

Wiara, nadzieja, autorytet. Praktyki uzdrowicielskie na Podolu Wschodnim

W artykule chciałabym przedstawić i przeanalizować praktyki osób leczących metodami komplementarnymi na przykładach zebranych podczas badań terenowych prowadzonych w ukraińskiej wsi Murafa oraz w mieście Winnica, położonych na historycznym Podolu Wschodnim.

W tekście zajmę się lokalnym wymiarem zjawiska, jakim są uzdrowiciele, czyli osoby leczące metodami nieuznawanymi na gruncie oficjalnej medycyny. Samo słowo „uzdrowiciel” czy „znachor” może przywoływać egzotyczne skojarzenia lub zdawać się być świadectwem odległej przeszłości, związanym z „mityczną ludowością” (zob. Penkala-Gawęcka 1995). Jednak powszechność – a nawet powszedniość – uzdrowicieli nie jest czymś niezwykłym ani w Ukrainie, ani w reszcie krajów byłego ZSRR. Fenomen znachorów w kontekście białoruskim opisywała już Grębecka (2006), o przykład moskiewskich wrózek i uzdrowicielek swoją analizę oparła Lindquist (2006), a Penkala-Gawęcka (2006) pisała o lecznictwie ludowym i religijnym we współczesnym Kazachstanie. W trakcie swoich badań starałam się przyjrzeć temu, jaki czynnik wyróżnia wśród uzdrowicieli tych „autentycznych”, co pozwala ludziom odróżnić „prawdziwych” znachorów od „szarlatanów”, co przekonuje ich do tego, by właśnie w ich rękach złożyć swoje zdrowie? Przede wszystkim zaś, dlaczego ludzie w ogóle zwracają się do uzdrowicieli? Na jakie ludzkie potrzeby udaje im się odpowiedzieć? W czasie badań interesowały mnie zarówno strategie wykorzystywane przez znachorów w ich pracy, jak i zachowania pacjentów, zwłaszcza pod kątem postrzegania miejsca uzdrowiciela wśród innych instytucji obdarzanych autorytetem, takich jak Kościół i oficjalna medycyna.

Teren badań

Murafa jest dużą wsią o charakterze typowo rolniczym, składającą się z historycznego centrum i wchłoniętych później okolicznych przysiółków. Według

spisu powszechnego z 2001 roku zamieszkiwało ją 2739 osób – w większości wyznania rzymskokatolickiego („Polaków”) oraz mniejszość prawosławną („Ruskich”). Wynika to w równej mierze z historii tych ziem – Podole Wschodnie do II rozbioru pozostawało pod panowaniem Rzeczypospolitej – jak i z działalności polskich księży, wysyłanych na te tereny na misje. Msze święte przez długi czas odprawiane były wyłącznie w języku polskim, dopiero od kilkunastu lat językiem liturgii jest również ukraiński. Wielu mieszkańców do dzisiaj odwołuje się do polskiego dziedzictwa, zachowuje tradycję polskiego języka i posiada Kartę Polaka (lub się o nią stara). Dość intensywne kontakty łączą mieszkańców Murafy z najbliższym dużym miastem – Winnicą. Dla wielu z nich Winnica jest najbliższym „miejskim” punktem odniesienia, noszącym znamię pewnego prestiżu. To do stolicy obwodu jeździ się w poważniejszych wypadkach do szpitala, tam robi się większe zakupy, wysyła się dzieci do szkoły, szuka pracy. Tam również podążali ludzie szukający uzdrowiciela, gdy nie pomogli im miejscowi znachorzy.

Winnica jest z kolei jednym z ważniejszych miast Podola, od 1931 roku stolicą obwodu. Zamieszkuje ją 352 tys. mieszkańców, w większości prawosławnych, a na ulicy można usłyszeć zarówno język ukraiński, jak i rosyjski. Po rozpadzie Związku Radzieckiego w mieście pojawiło się duże bezrobocie, które było wynikiem upadku wielkich państwowych zakładów. Lukę tę z czasem zaczęły wypełniać prywatne usługi i handel, na których do dzisiaj opiera się winnicka gospodarka. Co ciekawe, obecnie jednym z największych pracodawców w Winnicy jest fabryka należąca do koncernu Roshen, słynnego producenta ukraińskich słodyczy, którego właścicielem jest obecny prezydent Petro Poroszenko.

Metody badawcze i rozmówcy

Metody, na których opierałam swoje badania, to przede wszystkim wywiad pogłębiony i obserwacje uczestniczące i nieuczestniczące. Nie tylko przeprowadziłam kilkadziesiąt wywiadów z uzdrowicielami i ich pacjentami, ale także uczestniczyłam w wielu uzdrowicielskich seansach (za zgodą wszystkich zainteresowanych) i byłam świadkiem praktyk uzdrowicielskich w działaniu. Możliwość dotarcia do osób zajmujących się leczeniem metodami komplementarnymi zawdzięczałam sieci kontaktów, jakie udało mi się nawiązać podczas pierwszych wyjazdów badawczych. W czasie pierwszych, dość ogólnych rozmów szybko pojawiał się wątek zdrowia, a raczej utyskiwania na jego brak. Temat ten prędko zbaczał w stronę skarg na lekarzy, szpitale i służbę zdrowia w ogólności. Z początku owe narzekania nie wydały mi się niczym niezwykłym – wytykano lekarzom skłonność do brania łapówek, kumoterstwa, zmów z farmaceutami, niekompetencję itp. Jednak słuchając historii o przypadkach dość dramatycznych, w których komuś odmówiono operacji ratującej życie albo domagano się za nią nieosiągalnej dla zwykłego człowieka sumy pieniędzy, uświadomiły mi, że sytuacja różni się jednak od tego, z czym spotykałam się wcześniej. System

nieoficjalnych opłat wnoszonych lekarzom tak wrósł w świadomość pacjentów, że często nie odróżniali oni już, które należności są pobierane legalnie, a które nie. O reformach w ukraińskiej służbie zdrowia co prawda dużo się mówi, ale w rzeczywistości niewiele się zmienia (por. Bazylevych 2009: 65). Z tym związany może być fakt, że żaden z moich rozmówców nie wypowiedział się o państwowej służbie zdrowia przychylnie, uważając, że nie spełnia ona swojego obowiązku, to znaczy dbania o ich zdrowie – dotyczyło to również jej lokalnych „emanacji”, czyli przychodni lekarskiej w Murafie oraz w niedalekiej Klekotynie. Wyczuwalny w tym przypadku brak zaufania kontrastował z na ogół pozytywnym wyrażaniem się o praktykach uzdrowicielskich, które potrafiły wypełnić tę lukę. Podkreślając, jak kosztowni i nieuczciwi są lekarze, rozmowa nierzadko przechodziła potem płynnie do opisu ich tańszych i bardziej godnych zaufania odpowiedników – uzdrowicieli.

Terminologia

Kwestia nazewnictwa, którego używali moi rozmówcy, była sprawą bardzo znaczącą, jako że znaczenie poszczególnych terminów często odbiegało od moich wyobrażeń o nich. Przede wszystkim musiałam na początku wypracować wspólny z moimi rozmówcami język, w efekcie w tym artykule staram się jak najczęściej posługiwać terminami *emic*. Wyjątkiem może być przewijające się określenie samej medycyny komplementarnej, która w trakcie badań była nazywana przeze mnie emicznym mianem *narodnej medycyny* – medycyny ludowej. W analizie jednak nie używam tego terminu, jako niosącego zbyt duży багаż znaczeń i wywołującego dość określone skojarzenia, pozostając w zamian przy okrzeplej w tradycji antropologicznej terminologii. Medycyna komplementarna – *narodna medycyna* – była więc na przykład określana jako „nietradycyjna” w odróżnieniu od „tradycyjnej”, czyli tej oferowanej w placówkach służby zdrowia przez państwowych lekarzy.

W ogóle ją [medycynę ludową] nazywają medycyną nietradycyjną, ale przecież dla Ukraińców to ona jest właśnie tradycyjna, bo wcześniej nią przeważnie większość się leczyła (K-30)¹.

Możliwe, że wywodzi się to jeszcze z czasów ZSSR, kiedy w kraju upowszechniała się państwowa służba zdrowia, natomiast „zabobonne” praktyki oraz ich wykonawcy byli potępiani (Wigzell 2009: 9). Dopiero po uzyskaniu przez Ukrainę niepodległości w 1991 r. ludowa medycyna przebiła się do oficjalnego dyskursu i wydobyła z dotychczasowego niebytu – w społecznej świadomości nastąpiło jej swoiste odrodzenie. Wcześniej traktowana tylko użytkowo, jako dopełnienie właściwej nauki, a do tego wybiórczo, nie była samodzielny bytem.

¹ Pierwsza litera oznacza płeć (K – kobieta, M – mężczyzna), cyfra oznacza wiek respondenta.

Dlatego może być postrzegana jako coś relatywnie nowego, „nietradycyjnego”, mimo że obecnego gdzieś w zbiorowej pamięci. Nie było to tematem moich badań, nie mam więc bogatych materiałów terenowych potwierdzających tę tezę, wnioskuje tak jedynie z luźnych rozmów i odczuć, jakimi dzielili się ze mną rozmówcy.

Medycynę tradycyjną, czyli państwową służbę zdrowia, określa się również mianem oficjalnej, taką też terminologię stosuję najczęściej. Wydaje mi się, że ten termin najlepiej oddaje jej relacje z medycyną w formie praktykowanej przez uzdrowicieli – nie podkreśla hierarchii czy naukowości jednej kosztem drugiej (co można wyczuć w określeniu „biomedycyna”), podkreśla natomiast podstawową, moim zdaniem, różnicę między nimi – uznanie przez władze państwowe jednej formy za dopuszczalną i „użyczenie” jej swojego autorytetu, deprecjonowanie zaś drugiej jako „zabobonów” (mimo że bywa ona elementem dyskursu państwowego, to zazwyczaj wtedy, gdy jest wzięta w karby legislacyjne i sygnowana przez władze; przykładem może być próba licencjonowania uzdrowicieli medycyny komplementarnej). Podobnie używam określeń „medycyna komplementarna” czy „alternatywna” odnośnie do praktyk znachorskich, zamiast rozpowszechnionego wśród moich rozmówców terminu „medycyna ludowa” (*narodna medycyna*), robiąc tu wyjątek w używaniu nazw emicznych. Używam tych dwóch terminów nie tylko ze względu na ugruntowaną tradycję ich stosowania w etnologii, ale także jako najmniej nacechowanych ideologicznie ze względu na autorytarny podział na medyczne i niemedyczne, ludowe i nowoczesne (a taki wydzźwięk mają epitety typu „naturalna”, „niemedyczna”, „ludowa”) (Penkala-Gawęcka 2006).

W wywiadach niezwykle rzadko pojawiała się natomiast nazwa osoby leczącej. Padały słowa, takie jak „babka” lub „dziad” (choćby leczących mężczyzn było zdecydowanie mniej), jednak wzbudzały one raczej negatywne konotacje, a konkretne osoby, do których rozmówcy zwracali się osobiście, pozostały najczęściej nienazwane lub określane po prostu jako *taka żinka* lub *takij czolowik szo likuje*. Wystrzegano się określeń uznanych powszechnie za „ludowe”, czyli „zabobonne”, spotykałam się raczej z opisami konkretnych osób niż z ogólnymi ich określeniami (por. Musiatewicz 2003: 176). W Winnicy spotkałam się też z terminem *narodnyj likar*, czyli ludowy lekarz. Miałam wrażenie, że mieszkańcy Winnicy częściej też używają takich słów, jak „znachorka” czy „babka” jako określenia niewartościującego w stosunku do osób leczących. Przyczyną tej różnicy może być silna pozycja Kościoła katolickiego w Murafie, który przez długi czas miał misję wypłeniczenia „zabobonu” z miejscowej ludności. Kościół – jak miałam okazję dowiedzieć się z relacji wiernych oraz samych księży – dość intensywnie walczy z praktykami „babeł” czy „znachorek”. Same te nazwy, używane często przez księży, mają w zamierzeniu zabarwienie pejoratywne, podkreślające „szarlatanerie” praktykujących i może z tego powodu nie przyjęły się w lokalnej narracji o zdrowiu i chorobie. Wydaje się jednak, że działania księży nie do końca przynoszą pożądany przez nich skutek, w efekcie bowiem wierni unikają po prostu „zabobonnej” terminologii, nie rezygnując z samych wizyt u uzdrowicieli.

Praktyka nienazywania może być więc jednym ze sposobów na obejście kościelnych konsekwencji związanych z udziałem w uzdrowicielskich praktykach. Ponieważ to funkcjonowanie osób leczących jako swoistych „nienazwanych” jest dla potrzeb etnograficznego opisu problematyczne, zdecydowałam się używać w tekście zamiennie określeń „znachor/ka” oraz „uzdrowiciel/ka” jako pojęć ugruntowanych w antropologii, określających osoby leczące metodami medycyny komplementarnej, funkcjonujące poza kręgiem oficjalnej medycyny (por. Musiatewicz 2003; Penkala-Gawęcka 2006; Grębecka 2006).

Teoria

Podstawowe zjawisko, do którego odwołuję się w artykule, można określić ogólnym mianem pluralizmu medycznego. Jest to jedna z ram określających przedmiot mojego zainteresowania, a rozumiem przez nią zjawisko współwystępowania różnych tradycji medycznych na danym terenie. Pojęcie pluralizmu nie może być przy tym rozumiane jako sytuacja, gdzie owe tradycje stoją na równoprawnych pozycjach, lecz podkreśla ono jedynie wielość ich występowania na danym terenie. Celem swoich rozważań uczyniłam więc za definicją Penkali-Gawęckiej (2006: 27) „relacje między różnymi współwystępującymi typami medycyny, ich miejsce w układzie społeczno-politycznym, motywy wyborów podejmowanych przez pacjentów, a więc różne aspekty sytuacji, którą określono właśnie mianem pluralizmu medycznego”. Za podstawę interpretacji badanych przeze mnie źródeł pluralizmu medycznego obrałam teorię bricolage'u Lévi-Straussa (1969), która podkreśla różnorodność środków stosowanych w uzdrowicielskich praktykach, biorąc przy tym pod uwagę kontekst kraju poradzieckiego, ze szczególną mieszkanką elementów ludowości, religijności i naukowości (por. Grębecka 2006).

Kwestie uwarunkowanego kulturowo pluralizmu medycznego opisywał już w latach 70. i 80. znany psycholog i antropolog Arthur Kleinman. Jako jeden z pierwszych badaczy określił sposoby radzenia sobie z chorobą uwikłane w społeczne sieci znaczeń mianem systemu kulturowego (na podobieństwo ugruntowanych w antropologii systemów kulturowych, takich jak religia, język czy systemy pokrewieństwa) i postulował uznanie medycyny za jeden z nich – *health care system*. Ów lokalny system opieki medycznej rozumiał jako kulturowo uwarunkowane relacje i zależności między chorobą (*illness*) a sposobami radzenia sobie z nią, między osobami doświadczającymi choroby a tymi, którzy zajmują się jej leczeniem, z jednoczesnym udziałem wszystkich instytucji, które są systemowo powiązane ze zjawiskiem choroby (Kleinman 1980: 24). Takie właśnie holistyczne spojrzenie na medycynę towarzyszyło mi podczas analizy danych dotyczących spojrzenia na system opieki zdrowotnej funkcjonujący w badanym przeze mnie terenie.

Istotną koncepcją, przez pryzmat której staram się spojrzeć na zjawisko uzdrowicieli, jest także kwestia autorytetu. Traktuję go dość szeroko – autorytet

opisywany przeze mnie nie ma sztywnych ram, w których muszą funkcjonować osoby chcące cieszyć się społecznym zaufaniem, jest raczej ogólnie zarysowanym obszarem wartości, skąd mogą one czerpać inspiracje dla formy swojego działania. Za Weberem uznaję charyzmę i autorytet za nieposiadające racjonalnej, naładowanej merytorycznie bazy, czegoś, co definitywnie przesądzałoby o pozytywnym postrzeganiu danej osoby – jest to raczej element pozostający poza zrozumieniem i kontrolą (za: Dow Jr 1978: 83–84). Uznaję też autorytet za wyrosły z odczucia odmienności, wyjątkowości jego posiadaczy, za wyróżniający spośród społeczeństwa, w którym funkcjonuje, sugerujący wręcz cechy boskości (Smith 2000: 103). Ścisłe powiązany jest z tym pierwiastek „daru”, „boskiej mocy”. Pochodzenie owego daru niemal zawsze owiane jest tajemnicą i pozostaje na granicy ludzkiego pojęcia, co nie jest bez znaczenia dla statusu uzdrowiciela: to, jak ludzie postrzegają jego możliwości w odniesieniu do swoich tworzy istotny kontekst, w którym owa moc funkcjonuje (Lindquist 2006: 17). O ile jednak klasyczna argumentacja Webera łączy wątki zarówno socjologiczne, jak i psychologiczne, skupiając się bardziej na czystej charyzmie oraz postaci charyzmatycznego przywódcy i jego poplecznikach (patrz krytyka Webera w: Friedland 1964: 20), to w swojej pracy autorytet opisuję raczej jako przynależny działaniu, w które uzdrowiciel się wpisuje, niż samej jednostce. Za Skalnikiem (1999: 162) opisuję też autorytet jako przeciwstawny usankcjonowanej władzy (jaką w tym przypadku może prezentować państwowe leczenie), za rozpoznawany przez ludzi spontanicznie i dobrowolnie. Nie zakłada on odgórnego aspektu dominacji w relacjach zwykłych ludzi z wyjątkowymi jednostkami, jak postulował Weber, raczej zasadza się na obopólnym poszanowaniu i dostosowywaniu się do wzajemnych oczekiwań (Skalnik 1999: 161).

Podnosząc kwestię autorytetu, nie mogłam pominąć dominującego w obszarze leczenia autorytetu państwa i jego instytucji. Idea państwa zdolna jest do generowania fantazji i nieuświadomionego przywiązania do przejawów swojej władzy (Navaro-Yashin 2002), co łączy się z profitami czerpanymi przez inne podmioty mające charakter quasi-państwowy. Dzieje się tak zwłaszcza w przypadku słabości samego państwa, a takie opinie na temat Ukrainy przewijały się w wielu rozmowach. Teza Artexagi (2003) dotycząca odtwarzania na własną rękę niewydolnych struktur państwowych wydaje się więc w tej sytuacji wyjątkowo trafna. Skoro państwo nie jest w stanie zadbać o zdrowie obywateli, zwrócili się oni do kogoś innego. Słabe państwo daje ludziom niewiele nadziei na przyszłość, a nadzieja jest jedną z podstawowych form przetrwania w sytuacji kryzysu i bezsilności. Wypracowane na gruncie rosyjskim przez Lindquist (2006) pojęcie nadziei, czyli wizji jutra, która napędza ludzkie działania, sprzężone jest z ideą sprawczości – posiadania poczucia władzy nad własnym losem. To, czego nie jest w stanie dać państwo, a więc nadziei i sprawczości właśnie, mogą dać uzdrowiciele i ich praktyki.

Mówiąc o tak fizycznym przeżyciu, jakim jest wizyta u znachora, nie sposób pominąć kwestii predyspozycji czy też – według terminologii Csordasa (1988) – dyspozycji pacjentów oraz ich wcześniejszych doświadczeń. To, z jakim nastą-

wieniem przyjdzie chory często stanowi o być albo nie być terapii, o późniejszych rezultatach. Przy tym sprawy tak całościowej i wszechogarniającej jak zdrowie nie można rozumieć na zasadzie kartezjańskiego rozróżnienia między *res cogitans* i *res extensa*, umysłem i ciałem. Ucieleśnione doświadczenie nie należy też do żadnego z kantowskich porządków wiedzy – wiedzy czystej, oderwanej od doświadczenia, oraz wiedzy empirycznej, zdobytej dzięki doświadczeniu. Poznanie i bycie, jako nierozzerwalnie związane zarówno ze sobą nawzajem, jak i z ciałem, tworzą pojęcie ciała własnego, podmiotu percepcji, a nie tylko jego nośnika (Merleau-Ponty 2001).

Uzdrowicielski bricolage

Emiczne, stosowane przez moich rozmówców określenie „medycyna ludowa” nasuwa skojarzenia z potocznie rozumianą tradycyjnością, która jeszcze do niedawna przeciwstawiana była wszelkim formom nowoczesności. Jednak medycynę nieoficjalną, świadczoną poza powołanymi do tego instytucjami państwa i określaną jako tradycyjną, rozumiem nie jako utrwaloną w swej XIX-wiecznej postaci praktykę rodem z opracowań Libery (2003), lecz jawi mi się ona raczej jako mozaika złożona z elementów pochodzących z różnych źródeł, odwołujących się do różnych wartości i paradygmatów; jest dynamiczna, tak jak dynamiczny jest świat otaczający korzystających z niej ludzi. Uzdrowiciele, z którymi rozmawiałam, tak samo korzystali w swoich praktykach z różnych źródeł wiedzy i doświadczenia, działając na zasadzie swoistego bricolage’u, to znaczy posługując się „środkami zastępczymi w porównaniu z środkami zawodowców” (w tym przypadku lekarzy). Bricoleur w swoich działaniach posiada więc cechy myślenia, które Claude Lévi-Strauss nazywa „mitycznym”: korzysta on z różnych dostępnych mu środków, by zapewnić sobie sukces w danym przedsięwzięciu, na przykład w leczeniu (Lévi-Strauss 1969: 32). Jasne przy tym jest, że współcześni uzdrowiciele nie mają pod ręką jedynie zasobu wiedzy tradycyjnej, ludowej, „nieskażonej” zdobycami nauki, techniki czy wpływami religii. Dlatego też w swoich działaniach odwołują się do wszystkiego, co „może się przydać”, a co w mniej lub bardziej bezpośredni sposób ich otacza.

Różnych uzdrowicieli łączy często wspólne źródło autorytetu, na którym bazują w swoich praktykach. W artykule wyróżniłam cztery główne rodzaje takich praktyk. Są to kolejno: praktyki „ludowe”, mające źródło w przekazywanej (najczęściej ustnie) wiedzy praktycznej; praktyki „duchowe”, mające fundamenty religijne, opierające się na autorytecie kościoła; „naukowe”, bazujące najczęściej na prestiżu biomedycyny i nauk ścisłych, oraz „bioenergetyczne”, podpierające się autorytetem energoterapii, zasadzające się na koncepcji posiadanego w rękach daru uzdrawiania, zwanego biotokami. Opisywane przeze mnie osoby parające się lecznictwem komplementarnym rzadko ograniczają swoje działania tylko do jednego pola. Zazwyczaj, uwierzytelniając swoje działania, zwracają się do kilku z nich, czerpiąc z nich zależnie od swoich przekonań, możliwości,

oczekiwań swoich i pacjentów. Najczęściej bywa tak, że wpisując się w ludowy schemat uzdrawiania, łączy go z praktykami uwierzytelniającymi rodem z obszaru religijnego, biomedycznego lub bioenergetycznego (zależy, który w danym kontekście jest silniejszy), często też wpisują się w nie wszystkie.

Praktyki ludowe

Ot, przychodzi człowiek. Kładę go na łóżko. Modłę się do Boga, modłę się Ojcie Nasz i Bogurodzica Dziewica. Wstałam, pomodliłam się i mówię: Matko Boża, pomóż mi wyleczyć tego człowieka, no jak się tam on nazywa. Wtedy kładę to [konopię] na nodze czy ręce, na twarzy. Biorę zapałkę, zapalam, mówię: W imię Ojca i Syna i Ducha Świętego. Amen. Tak trzy razy. Zaczyna płonąć. Podnoszę do nogi czy ręki, żeby ta strona była ciepła. I tak ja robię trzy razy po trzy. Dziewięć razy (K-55).

Ten opis spalania beszychu, czyli leczenia opuchlizn, usłyszałam od emerytowanej pracownicy lokalnej przetwórci owocowo-warzywnej Marusi. Polega ono na spalaniu suszonych łądyg konopi rozłożonych na czerwonej chustce, którą z kolei kładzie się na opuchnięte miejsce. Łodygi spala się po trzy, razem jest ich dziewięć, przy odmawianych za każdym razem modlitwach. Marusia, oprócz spalania beszychu, toczy czasem dzieciom jajka (*kaczaje jajce*). Surowe jajko, toczone wokół chorego, „zbiera” z niego przestrach (*pereliak*). Po jego rozbiciu chory może potem na własne oczy rozpoznać w zmienionej strukturze jajka ów „zebrany” z niego przestrach. Coś, co wcześniej było bytem abstrakcyjnym nabiera wymiaru jak najbardziej fizycznego, namacalnego. Najczęściej stosuje się tę terapię u małych dzieci, które przestraszyły się czegoś (np. psa, koguta, traktora) i z tego powodu nie mówią bądź są ogólnie zaleknione. Wtedy rodzice takiego dziecka zgłaszają się albo do księdza, by wyczytał w intencji wyzdrowienia dziecka modlitwę w kościele, albo do kobiety, takiej jak Marusia.

J: A co jeszcze robi się z dzieckiem, jak u niego jest przestrach?

M: Ot, należało się i ludzie przychodzą. Pomodłę się i proszę Matkę Boską o pomoc. Potem wokół głowy toczę jajkiem, w imię ojca, Syna i Ducha Świętego, amen. Po raz pierwszy, w Bożym czasie Matko Boża, Chrystusowa Królowo, pomóż wymodlić – tu wymieniam imię. Przestrachy i niemoc, sarka-tatarka, ustec-porostec, febra i różna boleści. Czy ty z zimna, czy z głodu, czy ty ze spania, czy z wiatru, czy od wroga, czy od psa. Tu tobie nie chłodzić, tu tobie nie rosnać, duszy nie wywiać, kostek nie łamać, krwi nie psuć, serca nie suszyć. Sarka-tatarka, ustec-porostec, febra i różna boleści. Ja ciebie wymadlam na lasy, na puszcze odsyłam, gdzie parobek drzew nie rąbie, gdzie dziewczę warkocza nie czesze, gdzie kury i gęsi nie gęgają, tam tobie być, tam tobie hodować przestrach i niemoc. A teraz: ja ciebie wymadlam z głowy, spod głowy, z oczu, spod oczu, z zębów, spod zębów, z szyji, spod szyji, z serca, spod serca, z kiszek, spod kiszek, z pleców, z pod pleców, z dłoni, spod dłoni, z pazurów, spod pazurów, z kolana,

spod kolana, z każdej żyłki, z każdego staweczka, ja ciebie wymadlam, na lasy, na puszcze wysyłam. I tak trzy razy (K-55).

Przytoczona powyżej modlitwa jest przykładem wyganiania choroby z każdej części ciała po kolei, powstałej z każdej możliwej przyczyny. Takie wymadlanie, to znaczy wyganianie choroby na puste, jałowe obszary, tam, gdzie nic nie ma, jest też typowe dla tego typu zamów w przypadku przestרחu (por. Paluch 1995: 89). Nie jest to zwykła modlitwa, ale przeznaczona specjalnie na tę okazję zamowa, czyli modlitwa lecznicza. Zamowy odwołują się do sacrum i mogą być postrzegane zarówno jako wyraz postawy magicznej, jak i religijnej (Musiatewicz 2003: 186). Słowa w ogóle same w sobie posiadają moc, a ich użycie wprawia ową moc w ruch. Istotne jest nie tylko samo ich użycie, ale także sposób, w jaki są wypowiedziane. Użycie powtórzeń (najczęściej trzech) tworzy typ litanii, zwiększa moc słów (Leeuw van der 2003: 325). W każdym razie ideą stojącą za tymi praktykami – która w pewien sposób uwierzytelnia moc uzdrowiciela – może być przeanalizowana przez Tokarską-Bakir koncepcja sensualizmu, która „zasadza się na tendencji do nierozróżnialności rzeczywistości sakralnej od jej przestrzennej, dostępnej zmysłom interpretacji” (za: Hall 2007: 292), czyli sposobie interpretacji świata opartym na utożsamianiu słowa i rzeczy, wiary i wiedzy, na ścisłym połączeniu rzeczy i reprezentującego ją znaku (Musiatewicz 2003: 182). To dlatego przestרח jak najbardziej może przybrać postać fizyczną, stać się rzeczą. Taka zależność może też wynikać z rozpoznawania i interpretacji przez ludzi mocy uzdrowiciela jako indeksu (*index*), czyli odwołania, rezultatu owej mocy (Lindquist 2006: 18). Powszechne rozpoznawanie i uznawanie rezultatów władzy – w tym wypadku wypływających z mocy znachora – jest kluczem do utrzymania przez niego autorytetu. Inną metodą stosowaną przy przestרחu jest wylewanie wosku – wosk leje się na wodę, przez cały czas modląc się. Z kształtu wosku można wywnioskować, co było przyczyną *pereliaku*. Po trzech takich zabiegach dziecko zazwyczaj wraca do normy. Inną praktyką, która często przewijała się w rozmowach, jest leczenie *wolokna*. *Wolokno* to ciało obce, długie i cienkie jak nitka, które dostaje się w ranę i boleśnie toczy ją od środka – najczęściej atakuje palce u ręki lub u nogi. Leczenie polega na *wymowlianiu na kolosky*, czyli wyciąganiu *wolokna* z pomocą modlitwy, owijając je na przyłożony do rany kłos zboża. Tradycyjne metody leczenia charakteryzuje to, że nie pomagają one tylko przy chorobach – można nimi zwalczać uroki, *zglaz* („złe oko”) czy opętania, czyli przypadłości, których oficjalna medycyna nie uznaje za wyleczalne, a często w ogóle nie potwierdza ich istnienia. Opisane metody leczenia nazwałam roboczo „ludowymi”, ponieważ ich rodowód moi rozmówcy wywodzili z dawnej, wręcz pradawnej kultury ukraińskiej wsi – w narracjach o nich przewija się cecha wręcz odwieczności, stosowania ich „od zawsze”, a umiejętność ich praktykowania przekazywana jest najczęściej w obrębie rodziny od pokoleń. Z owymi metodami wiążą się też konkretne bóleczki (nie zawsze bowiem są określane mianem chorób), czyli właśnie takie jak *beszych*, *pereliak*, *wolokno*. Te dolegliwości, pozostając nieznanne lekarzom, są więc w pewnym

sensie ucieleśnieniem ludowej wiedzy o świecie, ciele i zdrowiu, ucieleśnionym doświadczeniem, które samo w sobie poświadcza o ich prawdziwości.

Praktyki duchowe

Metody, które określiłam jako „duchowe”, bazują przede wszystkim na autorytecie Kościoła, czy to katolickiego, czy prawosławnego. Osoby działające na tym polu powołują się głównie na posiadany dar od Boga, którego są jedynie nosicielami. Zazwyczaj są postrzegane jako te, których modlitwa „działa” skuteczniej niż przeciętnego człowieka, są nawet alternatywą dla księży – ich modlitwa działa równie skutecznie co wyczytywane z ambony przez księdza intencje. Jedną z takich osób, które poznałam, była Nina, matka i babcia wielodzietnej rodziny, osoba bardzo religijna i pobożna. Udzielała się we wspólnotach kościelnych, wszyscy jej synowie byli ministrantami, a cała rodzina pomagała w kościele w razie potrzeby, przy okazji świąt czy ślubów. Swój dar odkryła przy okazji choroby córki, którą udało jej się uzdrowić swoją modlitwą.

Mam dwie córki, dorosłe już, i jedna jak była mała to zachorowała, wtedy ja zrozumiałam że modlitwa pomaga bardziej niż lekarze. Kiedyś w nocy ja zasnęłam, a u niej temperatura. Była gdzieś 2-3 w nocy. Zabrałam ją do przychodni lekarskiej, bo dziecko w gorączce, rozmawia przez sen przez tę temperaturę. Bardzo mi było szkoda, że obudzę wszystkich w przychodni. Przychodnia u nas mała, pielęgniarki mogą spać. Pomyślałam, że jeszcze pomodlę się nad nią, bo dałam jej tabletkę, wytarłam wodą, nic nie pomaga, ona leżała na łóżku, i jak ja przy niej pomodliłam się i nie wiem jak, ale jak klęczałam na kolanach tak i zasnęłam. Kiedy się obudziłam dziecko było zdrowe. I tak modliłam się nad swoimi dziećmi (K-50).

Wiadomość o tym cudownym uzdrowieniu szybko rozeszła się wśród sąsiadów, teraz więc dużo osób zwraca się do niej z prośbą o pomoc. Często jest ich ostatnią instancją – zniechęceni długimi tułaczkami po lekarzach, często po wizytach u różnych charyzmatyków i księży, dopiero u niej znajdują pomoc. Kiedyś Nina praktykowała metodę grupowej modlitwy nad ludźmi we wspólnocie kościelnej „Słowo Boże” – była to tzw. *zastupnycka molytwa*. Potem, według jej opowieści, taka modlitwa została w murafskim kościele zakazana, ponieważ większość księży bała się, że na jej gruncie może wyrosnąć niezgodna z dogmatami herezja, czyli utożsamianie mocy uzdrawiania z człowiekiem, a nie z Bogiem. Dopóki jednak udzielała się w grupowych modlitwach, także tam jej szczególnie dar był zauważany i wraz z każdą modlitwą zakończoną sukcesem jej sława rosła. Chociaż przykład Niny jest jednym z jaskrawszych, jeśli chodzi o wykorzystywanie motywów religijnych, to właściwie każdy z uzdrowicieli, z którymi miałam kontakt, odwoływał się do religii w taki lub inny sposób – najczęściej przez modlitwę, znak krzyża, Biblię czy powtarzanie imion Jezusa, Maryi i świętych.

Nina w swojej praktyce nie ograniczała się jednak tylko do terminologii religijnej – jednym z jej akcesoriów przy wypalaniu róży (*spalniu rozy*) była na przykład czerwona chustka. Róża to poważna choroba zapalna skóry, przez co zaatakowane nią miejsce robi się intensywnie czerwone – stąd jej nazwa. Tradycyjnie leczy się ją podobnie jak *beszych*, czyli spala suche łądygi ułożone na chustce zakrywającej chore miejsce, odmawiając stosowne modlitwy. Chustka powinna być w obu przypadkach czerwona, bo tylko taka „zabiera” chorobę. W opracowaniu Musiatewicz dotyczącym lecznictwa ludowego na Podolu w podobnym przypadku wytłumaczone jest to zasadą „leczenia podobnym”, czyli kuracji czerwonych zmian na skórze czerwonym materiałem, a także wiedzy potocznej o czerwonym jako „ogólnie znanym kolorze ochronnym” (Musiatewicz 2003: 183). Żaden z moich rozmówców nie stosował jednak takiej argumentacji. Część osób przyznała, że nie wie, dlaczego akurat czerwony, jednak większość zapytanych mówiła o szczególnych właściwościach koloru czerwonego jako obdarzonego specjalną energią, uznanego przez naukowców za uzdrawiający z powodu emitowanych promieni. Chociaż cała procedura ma swoje korzenie w tradycji, to jednak kolor chustki tłumaczony jest względami naukowymi:

J: Słyszałam, że coś czerwonego trzeba...

N: Tak, jak spalam różę, kiedy już ten dymek... to nakrywam czerwoną szmatką albo kawałkiem materiału, a potem zawiązuję nim to miejsce, które boli. Czerwone po naukowemu ma jakieś ultrapromienie, może to i pomaga. Ja myślę, że tu też niczego nie ma, Bóg stworzył kolory, one od niczego nie zależą, tylko od tego co Bóg stworzył. Czerwony jest czerwonym, czarny jest czarny. Niczego tu takiego nie ma. Może ja prosty człowiek i nie wiem. Gdzieś tam czytałam, że to jest jakieś lepsze (K-50).

Zatem w sposobie leczenia choroby uważanej za uleczalną jedynie ludowymi sposobami można natknąć się na wytłumaczenie, które przyporządkować można raczej do porządku naukowego, bo znajdowało się „pod ręką”. Język nauki wydaje się podobnie tajemniczy i niezrozumiały, co sprawy magiczne czy zjawiska mirakularne, dlatego nie jest on bynajmniej czymś rozsadzającym logikę myślenia w kategoriach sacrum, raczej przynależy do podobnego porządku czegoś niepojętego, „przy czym tajemnica w zasadzie pozostaje nietknięta” (Hall 2007: 325), a „język nauki nie wynosi ich jednak poza nierozróżnialność” (Hall 2007: 320). W tym przypadku dobrze widać, jak duża jest komplementarność metod używanych w leczeniu nietradycyjnym i jak uzdrowiciele ostrożnie dobierają do zasobów swoich praktyk elementy, które są zgodne z ich światopoglądem i jednocześnie mogą utrwalić ich autorytet w oczach pacjentów.

Praktyki naukowe

Osobą, która w największym stopniu opierała się na autorycie nauki, była Olena, uzdrowicielka z Winnicy. Możliwe, że wynikało to z innego kontekstu jej

praktyki bycia „miejskim” uzdrowicielem. Olena przed otwarciem prywatnej praktyki znachorskiej była lekarzem w państwowej przychodni (zapewne z poprzedniej pracy pochodzi jej zwyczaj zakładania wszystkim chorym „karty pacjenta” przy pierwszej wizycie). Jednak chociaż nauka jest ważną częścią repertuaru Oleny, to nie jest bynajmniej jedyną – ma ona bardzo szerokie spektrum działań, włączając w to numerologię, użycie „ródźki” (przedmiot, który tak nazwałam, a który służył całościowej diagnozie pacjenta) oraz bioenergoterapię; jednak nawet większość z nich tłumaczy, odwołując się do nauk ścisłych i społecznych, np. psychologii. Jak wyjaśnił mi podczas pierwszej wizyty u Oleny jej mąż, który zajmował się głównie wymadlaniem pacjentów przed seansem:

O, tu się wydaje że to takie mistyczne, że to takie niepojęte, wszystko to... to wszystko naukowe. Tylko to nauka wyższego porządku. To nie... zwykle, fizyka trochę wymiarowego świata, o. To kwantowa fizyka. Chcecie zrozumieć, uczcie się kwantowej fizyki. Wszystko... tak! Wszystkie te procesy wyjaśnia kwantowa fizyka. (...) To naukowe podejście. Tutaj jest, my nie uważamy, że to nie naukowe, my uważamy że to naukowa podstawa. Że ta medycyna przyszłościowa. Ot. Kiedy wszyscy będą rozumieć kwantową fizykę... To wtedy będzie jasne, jak pracujemy (M-60).

Może mieć to swoje źródło w poradzieckim kontekście terenu, zwłaszcza zaś w dużym szacunku, jaki wobec nauki żywi współczesna kultura ludowa na terenach byłego ZSRR (Grębecka 2006: 171). Obycie z osiągnięciami nauki czy zjawiskami fizycznymi było czymś, co moi rozmówcy nie tyle wynieśli ze szkoły (por. Hall 2007: 315), jako że większość z nich miała za sobą jedynie podstawówkę, o ile było to coś, co otaczało ich przez całe życie w kontekście oficjalnej propagandy, państwowej afirmacji racjonalności i nauki, która była z kolei stosowana przez komunistyczne państwo w walce z irracjonalną religią i innymi „zabobonami”. Stąd mogła wziąć się obecna tendencja do uzasadniania wszelkich tez z wykorzystaniem języka nauki, który wcale nie łączy się przy tym z racjonalnym podejściem czy krytycznym myśleniem. Podpieranie w przeszłości (czyli w czasach młodości większości moich rozmówców) treści ideologicznych autorytetem nauki mogło wykształcić w dużej mierze przyzwyczajenie nie do kwestionowania, lecz wręcz do bezgranicznego zaufania do treści naukowych lub mających jedynie znamiona naukowości (Grębecka 2006: 171–176).

Praktyki bioenergetyczne

Praktyki bioenergetyczne są ostatnią wyróżnioną przeze mnie kategorią. Nazwałam je tak, ponieważ ich zasadą jest posiadanie przez uzdrowiciela „daru w rękach”, „czucia w rękach”, czyli biotoków, specjalnej mocy, energii, dzięki której zarówno diagnozuje („czuje”), jak i leczy chorobę. Biotoki zazwyczaj są darem z urodzenia, ale można też otrzymać go później, na przykład poprzez przeżycie objawienia lub przeżycie śmierci klinicznej – jak Julia, przyjaciółka mojej

znajomej Swietłany, która od tamtego momentu stała się silnym *ekstrasensem* (osobą posiadającą *biotoki*, „czującą więcej”) mającym nawet zdolność czytania w ludzkich myślach. W ten pierwszy sposób z kolei uzyskała go Jadzia, której podczas przechodzenia ciężkiej choroby ukazała się w szpitalu Matka Boska.

(...) A ona mówi: daj słowo, że będziesz uzdrawiać ludzi, to wstaniesz, a tak nie wstaniesz. Jak ja mogę uzdrawiać, jak wcześniej się tego nie uczyłam. Ja 8 klas skończyłam. Ona drugi raz mnie pyta: przysięgnij, to wstaniesz. Ja mówię, że się nie uczyłam. Ona trzeci raz pyta. Ja mówię przysięgam, ale nie wiem czy pomoże. Jedna pani wstała z łóżka, pobiegła że jakaś nienormalna może być, pielęgniarki zbiegły się, lekarze, co wam, co wam? Nic. Kiedy pielęgniarka wyszła zobaczyłam, jak one rozminęły się w drzwiach, a nikt jej nie widział. W czarnym ubraniu, taka niziutka, przyszła i mnie spytała. I odtąd dziękować Bogu do dzisiaj pracuję z ludźmi (K-60).

Dar od urodzenia posiadała z kolei wspomniana już Olena, której praktyka polegała głównie na „wyciąganiu” choroby poprzez kładzenie dłoni na ciele pacjenta. Na *biotokach* opierała się też praktyka Adeli – jednej ze znanych w całym obwodzie uzdrowicielek z Murafy. Niektórzy określali Adelę mianem *ekstrasensa*, czyli właśnie osoby posiadającej w rękach uzdrowicielską energię. To właśnie posiadanie daru odróżnia *ekstrasensów* od zwykłych masażystów i kręgarzy, którzy swojego fachu się tylko nauczyli.

Biotoki, energia często były podpierane autorytetem naukowym – powoływano się na potwierdzone przez naukowców istnienie ultrapromieni, które są emitowane przez kolory (jak w przypadku wykorzystania czerwonej chustki) czy istnienie biopola wokół każdego człowieka, któremu można zrobić zdjęcie w specjalnym aparacie.

Chyba wiecie, teraz jest aparat, który fotografuje [biopole]. I to skonstruował nasz, Ukrainiec, on teraz pracuje w Ameryce, z żoną. I oni fotografują różnych ludzi. I dobrych, i złych, i moralnych, i niemoralnych, i mogą od razu powiedzieć całą biografię. (...) Nawet tak jak zwierzęciu, jeżeli to jest *pienicu*, jeśli jest złodziej... energia wokoło niego. To mogą być żaby, węże nawet. I z tych jakby... z tych chmurek, szare, zielone, czerwone (...). Nawet wierzącego fotografują, jeśli on często przy tym krzyżu modli się, to nawet w tym obłoku widać krzyż (M-73).

Świadczy to tym dobitniej o tym, jak eklektyczny charakter ma nietradycyjne leczenie i pokazuje, jak poszczególne obdarzone autorytetem źródła są do niego inkorporowane na zasadzie *bricolage'u*. Podpierając się schematami Buchowskiego (1993: 29–32), można przyjąć, że w kulturze nowoczesnego społeczeństwa ukształtowanego w epoce nowożytnej porządek sfery praktycznej i sfer symbolicznych są wyraźnie rozdzielne i traktowane zupełnie osobno jako sfera praktyczna, komunikacyjna i światopoglądowa. Te same sfery w kontekście religii są już jednością w zakresie praktyczno-komunikacyjnym, natomiast w kulturze magicznej wszystkie trzy tworzą przenikającą się całość. Poza tym można zauważyć, że dyskusje odnośnie tego, co jest „naukowe” a co „pseudonaukowe”

(np. dotyczące istnienia biopola) do tej pory budzą emocje także w zachodnich środowiskach naukowych.

Uzdrowiciele, lekarze i państwo

Zdrowie często było postrzegane przez moich rozmówców w kategoriach wysokiej – o ile nie najwyższej – wartości, czegoś, czego należy strzec, a co raz utracone nie jest łatwe do odzyskania. Gra, w której stawką jest zachowanie bądź odzyskanie utraconego zdrowia, toczy się w bardzo delikatnym polu nazwanym ogólnie „medycyną”. Zawiera ono w sobie zarówno oficjalną, jak i alternatywną jej formę, wszelkie działania, które ludzie podejmują dla zachowania lub odzyskania zdrowia. W obrębie tego pola konkurują ze sobą oraz próbują budować swój autorytet szczególnie osoby zajmujące się medycyną komplementarną, na których to działaniach skupiam się w swojej pracy. Te osoby nie mają „odgórnego” uwierzytelnienia w postaci autorytetu państwa czy szeroko rozpoznawanego autorytetu nauki, jak to ma miejsce w przypadku lekarzy oficjalnej medycyny. Owo „pole gry” uznaję za Bourdieu, jak już wcześniej wspominałam, za szczególny obszar ludzkich działań skupiający jednostki na dążeniu do określonego celu. Co jednak w obrębie tego pola również uznaję za istotne to stawka w grze – *illusio* (Bourdieu, Wacquant 2006). *Illusio* jest czymś nakierowanym na przyszłość, czymś dopiero mającym być powołanym do życia, związanym z ludzkimi planami i pragnieniami, a dodatkowo w tym przypadku utożsamianym z czymś tak ważnym jak zdrowie – a więc wiąże się ono z nadzieją. Nadzieja również nieodłącznie związana jest z przeszłością, jest swoistą projekcją terażniejszości w przyszłość – jest wiarą, że jutro ma coś do zaoferowania (Lindquist 2006: 6). Jednym słowem, jest podstawą ludzkiej egzystencji. To wiara w dzień jutrzejszy napędza ludzką chęć działania. Aby jednak być podmiotem działającym (*agent*), człowiek nie tylko musi mieć nadzieję, ale także rzeczywistą możliwość działania. Problem pojawia się, gdy kanały tego działania są zablokowane. Sprawczość postrzegana jest bowiem dwojako: jako wola działania i faktyczna możliwość wcielenia owego działania w życie (Bourdieu, Wacquant 2006: 7). O ile nie jest problemem zaistnienie woli, o tyle możliwości działania w obrębie oficjalnej, państwowej medycyny w przypadku moich rozmówców były postrzegane jako praktycznie nieistniejące – niemal każda rozmowa zawierała elementy skarg na bezduszne zachowanie lekarzy, nieprawidłową pracę szpitali, złe traktowanie pacjentów, odmowę udzielenia pomocy lub utrudnianie przez personel jej uzyskania, oczekiwanie dodatkowych pieniędzy. Powtarzał się więc w trakcie rozmów schemat, kiedy to w przypadku zablokowania możliwości działania w ramach oficjalnych instytucji, przy równoczesnym braku poczucia bezpieczeństwa – a takie wrażenie opisywali moi rozmówcy, mówiąc o służbie zdrowia – oficjalne kanały zostają zastępowane przez alternatywne formy nadziei, a więc w tym przypadku alternatywne formy leczenia. Przedstawiciele medycyny komplementarnej wycho-

dążą naprzeciw oczekiwaniom zawiedzionych pacjentów, oferując im to, czego ci oczekują – bezpieczeństwo, szacunek i zainteresowanie ich problemami.

Jednym z najczęstszych zarzutów wobec lekarzy jest szerząca się wśród nich korupcja i interesowność – postrzegani są jako łasi na pieniądze oraz niezainteresowani losem pacjenta, o ile nie ma on pieniędzy. Pacjenci płacą za wszystko – lekarzom za każdy zabieg czy choćby zdiagnozowanie, pielęgniarce za opiekę, personelowi za „przyspieszenie” oczekiwania w kolejce, za drogie leki, które lekarz przepisuje do wykupienia z konkretnej apteki itd. Jednocześnie służba zdrowia pozostaje oficjalnie bezpłatna i dostępna dla wszystkich (Bazylewych 2009: 66). To między innymi właśnie te sprzeczne sygnały docierające z państwowych instytucji są źródłem bardzo niskiego zaufania do nich i antypatii. Nie bez przyczyny służba zdrowia jawi się więc ludziom jako niewydolna, od której nie ma co oczekiwać pomocy, a odpowiedzialność za zdrowie pacjentów, nawet w najbardziej podstawowym zakresie, spada na nich samych (Bazylewych 2009: 68–69). Przy tym zdrowie i pieniądze często były przedstawiane jako wartości do siebie nieprzystające, jak należące do innych kategorii – można by je określić jako *sacrum* i *profanum*. Możliwe, że to właśnie dlatego moi rozmówcy z takim oburzeniem przyjmowali mieszanie tych dwóch porządków, nie wspominając nawet o sprzeczności między rzeczywistością a deklaracjami państwa o bezpłatnej służbie zdrowia. Uzdrowiciele, których spotkałam i o których słyszałam, często albo nie przyjmowali zapłaty za swoją pracę, zadowolając się dobrowolnymi darami od pacjentów (w postaci np. miodu, jajek czy mleka), albo też opłata nie była na żadnym etapie wizyty eksponowana; cena nie była wypowiedzana na głos, płaciło się dopiero pod koniec, bez słów. Ponadto jej uiszczenie nie decyduje o odbyciu seansu – kwestię opłaty zawsze można „dogadać”, jak dowiedziałam się od Iriny.

Niektóre dolegliwości uważane są po prostu za nieuleczalne na gruncie oficjalnej medycyny, wręcz sama ich etiologia klasyfikuje je pod kompetencje znachorów. Tak dzieje się w przypadku, gdy choroba jest „porobiona”, czyli nasłana przez osobę źle życzącą choremu (może to być np. *zglaz*, czyli rzucenie uroku, „złe oko”). Wtedy oficjalna medycyna jest bezsilna i choremu pozostaje tylko zwrócić się do znachora, osoby posługującej się podobnymi metodami co nasyłający, by „odczyścić” chorobę (podobnie „leczy się” przestרח, mimo że nie jest to dolegliwość nasłana). Uważa się, że takiej dolegliwości lekarze po prostu nie uznają (*ne przyznajut*) jako choroby, patrząc z punktu widzenia oficjalnej wiedzy medycznej – „w szkołach ich tego nie uczą”. Tutaj chciałabym zaznaczyć, że w czasie badań do kategorii „choroby” zaliczałam wszystkie dolegliwości, które klasyfikowali w ten sposób moi rozmówcy, to znaczy traktowałam chorobę jako kategorię kulturową (*illness*), a nie biomedyczną (*disease*) w rozumieniu zachodniej nauki (Penkala-Gawęcka 2006: 9). Zabierając się za leczenie przypadków zaliczanych do kategorii tzw. *folk illness*, które nie leżą w granicach ich kompetencji, lekarze mogą nie tylko nie być w stanie pomóc, ale jeszcze bardziej swoją niewiedzą zaszkodzić.

N: Oni nie uznają przestrachu, *wołokno*, *beszychu*, nie rozumieją tego.

J: Nie umieją?

N: *Wołokno* pójdziesz do nich wyczyścić, to jeszcze gorzej będzie. I *beszycha* tak samo (K-70).

Można więc stwierdzić, że wszystkie przytoczone powyżej czynniki składają się na atmosferę braku zaufania do instytucji państwowej służby medycznej i zniechęcają ludzi do korzystania z tych oficjalnych kanałów działania. Uzupełnia je jednak jeszcze jedna, często przytaczana w rozmowach, jak również bogato udokumentowana w literaturze antropologicznej, znacząca rzecz – jest to fragmentaryczne, niecałościowe traktowanie pacjenta przez lekarzy, wzmacniane jego poczucia bezpodmiotowości i wyabstrahowania z kontekstu, w którym funkcjonuje; lekceważenie jego własnych spostrzeżeń dotyczących swojego ciała. Lekarze mają tendencję do traktowania choroby w duchu obiektywnej nauki – w kategorii *disease*, czegoś ahistorycznego, akulturowego, oddzielania ciała od spraw duszy i umysłu, podczas gdy nietradycyjna medycyna prezentuje podejście holistyczne (Engebretson 1994: 242). Jeżeli nawet lekarz uzna problem za niedotyczący tylko ciała, to odsyła pacjenta do uzdrowicieli prezentujących inne niż jego podejście – ponieważ sam nie ma kompetencji do leczenia innymi niż biomedyczne sposobami, a te czasem okazują się niewystarczające. Za szkodliwą uważana jest też ich wąska – zbyt wąska – specjalizacja, przez co często zawodzi diagnostyka.

Wiem, że teraz pojawiło się dużo prywatnych klinik, jakie mają pozwolenia i bardziej specjalizują się w diagnostyce. Ja też raz tam byłam. Oni pokazują skutki, ale nie pokazują przyczyn. Więc jak skutków dużo, to nie wiadomo od czego zacząć leczenie. Co było początkiem oni nie pokazują. Gubisz się. Ja też w takim byłam, zaczęłam leczenie, a potem spotkałam się ze znajomymi i wyszło, że na różne diagnozy wszystkim zalecają takie samo leczenie. Oni nie liczą się z wyjątkowością każdej osoby. Tutaj [u znachora] ty rozmawiasz z człowiekiem, można wyjaśnić, jaka była przyczyna, a lekarze leczą objawy i nie wyjaśniają, co było przyczyną (K-30).

Medycyna komplementarna, podchodząc do pacjenta holistycznie, traktując go jak jednolity system, jest postrzegana jako bardziej uniwersalna i skuteczniejsza, bo leczy nie tylko ciało, ale także duszę i umysł, gdzie mogą sięgać korzenie choroby. A nawet gdy przyczyna choroby leży w ciele, to wąska specjalizacja lekarzy nie pozwala dostrzec im tego, co może zauważyć uzdrowiciel. W tym właśnie osiągają oni przewagę nad lekarzami – są w stanie ustalić przyczynę choroby tam, gdzie nikt by się jej nie spodziewał, potrafią spojrzeć dalej, nie zatrzymywać się tylko na wycinku ludzkiego ciała, którego dosięgły objawy choroby, lecz dojść bezpośrednich jej przyczyn. Autorytet uzdrowicieli zdaje się leżeć też w tym niepojętym dla zwykłych śmiertelników sposobie diagnozy, w „czuciu” choroby, które wypływa bezpośrednio z posiadanego daru. Zarówno umiejscowienie przyczyny choroby, jak i sposoby diagnozy bywają dla laika za-

skakujące, nawet jeżeli są uwierzytelniane naukowo. Posiadająca biotoki w rękach Adela umiała na przykład odpowiednim uciskiem przywracać prawidłowe krążenie krwi w żyłach, które zaburzone codziennymi czynnościami mogło powodować takie dolegliwości, jak różnego rodzaju bóle czy nawet zawał. Potrafiła również zaskakująco połączyć – z punktu widzenia biomedycznej logiki – przesunięcie narządów wewnętrznych z konkretnymi dolegliwościami.

Zaraz sprawdzę czy żołądek na miejscu. Kiedy on nie na miejscu, on napiera macicę, macica ciśnie i człowiek często chodzi się wypróżniać, a to nie powinno tak być. Jak puls o tu bije, to on na miejscu, jak nie bije – to on nie na miejscu. Jak on idzie pod pierś to zapiera. Wszystko to związane (K-75).

Nie ulega wątpliwości, że podkreślając powiązanie każdego elementu w organizmie z innym, prezentowała podejście diametralnie różne od tego, z jakim wcześniej większość jej pacjentów stykała się w gabinetach lekarskich. Chory ma wytłumaczone przyczyny swojej choroby, które często okazują się niezwiązane z dotychczasowymi sugestiami lekarzy, a dodatkowo często odczuwa autentyczną zmianę – co jest jednym z kluczowych elementów efektywnego leczenia (Csordas 1988: 135). Połączenie bioenergoterapii, bardzo cielesnego w swej istocie doświadczenia „nastawiania”, oraz elementów naukowej argumentacji dawały pacjentom pewność, że Adela dobrze wie co robi, a sama idea przesunięcia jakiegoś narządu wewnątrz ciała jest w lecnictwie ludowym od dawna znana i dokładnie opisana (por. Paluch 1995: 55).

„Dobry doktor”

Pomimo jednak zawodu, jaki często sprawiali moim rozmówcom lekarze, w ich wypowiedziach wciąż pojawiały się wyrazy szacunku i podziwu dla ludzi, którzy wybrali ten zawód – uznawany za bardzo ciężki i wymagający, a w dodatku prestiżowy. Każdy kto miał dziecko lub wnuka na studiach medycznych mówił o tym z nieskrywaną dumą. Studia medyczne są uznawane za jedno z najdroższych, jednak otwierają drogę do zawodu, który pozwala dobrze zarobić. Inwestycja zawsze więc wydawała się warta późniejszych korzyści – zwłaszcza korzyści finansowych, ale również prestiżu, szacunku i pozycji społecznej. Profesja lekarza, choć wciąż dekonstruowana w narracjach pacjentów, stale przejawia znamiona posiadania specyficznego autorytetu. Takie przywiązanie do zdekonstruowanych w świadomości pojęć Navaro-Yashin (2002: 4) nazywa za Žižkiem fantazjami. Czyni to co prawda, analizując pojęcie państwa, które choć zdekonstruowane w świadomości, wciąż jest postrzegane jako wartość, jednak ma to moim zdaniem swoje odzwierciedlenie także w postrzeganiu lekarzy czy w ogóle służby zdrowia w grupie osób, wśród których prowadziłam badania. Fantazja to według Žižka symptom psychiczny, który przetrwa analizę, krytykę i dekonstrukcję. Fantazje generują podświadome przywiązanie do obiektu, który został zdekonstruowany w świadomości. Podobnie wydaje się

wyglądać ambiwalentne postrzeganie osoby lekarza – odbieranego negatywnie, ale wciąż posiadającego społeczny autorytet. Z tego też powodu wielu uzdrowicieli używa w swojej praktyce pojęć naukowych (czy też raczej popularnonaukowych, zaczerpniętych z gazet i telewizji), a niektóre elementy przeprowadzanych sesji leczniczych przypominają te znane z gabinetów lekarskich. Tak kreowana postać „dobrego doktora” wydaje się opierać głównie na wspomnianych fantazjach, które projektują wizerunek idealnego lekarza takiego, jakim powinien być, to znaczy troskliwym, bezinteresownym, skupionym na człowieku, a jednocześnie doskonale przygotowanym merytorycznie do swojego zawodu, potrafiącym wyjaśnić pacjentowi wszelkie wątpliwości związane z jego chorobą. W przypadku braku takich ideałów w oficjalnych instytucjach, przez które obywatele czują się opuszczeni, ich rolę przejmują niektórzy uzdrowiciele, kształtując swoją praktykę na wzór „dobrego doktora”.

W efekcie uzdrowiciele, kreując swe działania, opierają się na praktykach mających charakter państwowy (*statehood practices*), działają więc tym samym jako państwo, będąc jednocześnie poza nim. Państwo, jak rozumiem je za Artexagą, jest nie tylko siecią instytucji, ale podmiotem codziennego życia; jest obecne i reprodukowane poprzez „dyskursy i praktyki władzy (*power*), wytwarzane w kontaktach lokalnych na poziomie codziennego życia” (Artexaga 2003: 398; tłum. własne). Pokazuje to, że podział na państwo i społeczeństwo obywatelskie (rozumiane jako ruchy oddolne) w rzeczywistości nie istnieje. Państwo jest przede wszystkim rozpoznawane poprzez efekty swoich działań, a gdy obecnie utraciło ono swój weberowski charakter wraz z wieloma funkcjami, które takie efekty władzy wytwarzają (m.in. monopol na użycie siły, służbę zdrowia, produkcję itp.), wiele podmiotów zachowuje się jak państwo i wytwarza te efekty poza nim (Artexaga 2003: 394–398). W podobny sposób działają też uzdrowiciele – odtwarzając praktyki państwowe tam, gdzie oficjalne instytucje są słabe – wytwarzając efekt w postaci opiekuńczości oraz dbałości o zdrowie i życie ludzi.

Najlepszym przykładem ucieleśnienia tego modelu „dobrego doktora”, z którym się zetknęłam, była Olena, uzdrowicielka z Winnicy. Przyjmowała ona pacjentów w niskim chruszczowskim bloku, w małym mieszkanku przerobionym na gabinet. W pokoju było mnóstwo ikon, przed krzesłem przeznaczonym dla pacjenta stał stolik, na którym paliła się świeczka, a obok znajdowała się leżanka i biurko uzdrowicielki. Olena miała ułatwiony start w profesję uzdrowiciela w typie „dobrego doktora”, jako że posiadała medyczne wykształcenie i pracowała wcześniej wiele lat jako lekarz, a w dodatku oboje jej dzieci są lekarzami. To dało jej nie tylko merytoryczne podstawy, ale także wiedzę o tym, co ludzie uważają w placówkach medycznych za dobre i co warte było przeniesienia na nowy grunt. Pierwszą rzeczą, z jaką się zetknęłam u Oleny, było wypisywanie przez nią pacjentom kart. Znajdowało się tam nie tylko imię, nazwisko i data urodzenia, ale także dokładna analiza stanu organizmu. Po wymadlaniu (co jest standardową procedurą przed każdym seansem) Olena za pomocą różdżki – zakrzywionego, metalowego pręcika z drewnianą rączką skierowanego w moją stronę, który obracał się horyzontalnie po okręgu – trzymanej w prawej

ręce, lewą wskazując pacjenta, wyznaczyła poziom wszystkich substancji w organizmie, wystawiając jednocześnie ogólną diagnozę. Wszystkiego można było dowiedzieć się po diagnozie trwającej ok. pół godziny – skompletowanie wyników takich badań u lekarzy byłoby nieporównywalnie trudniejsze, droższe i bardziej czasochłonne. Po diagnozie znów przyszedł czas na wymadlanie – ten element powtarzał się często, jak również zalecenie rozluźnienia ciała, strzepywania rąk, nóg, tupania, klaskania aby pozbyć się napięcia, ułatwić przepływ energii w organizmie. Obie te rzeczy miały wpływać zarówno na komfort psychiczny, uwalniać od ciężkich myśli, dawać ulgę dla ducha i ciała. Miały również przygotować organizm do fazy właściwego leczenia. Następnie nadszedł czas na seans z wykorzystaniem biotoków, kiedy to Olena przykładła do pacjenta dłoń i czytając coś po cichu z zeszytu, „wyciągała” delikatnymi ruchami dłoni chorobę z ciała. Zauważyłam iż to, że Olena, zachowując w swoich działaniach niektóre wzorce pochodzące z tradycyjnej medycyny, dbała jednocześnie o kompleksowe podejście do chorego, nie lekceważąc jego potrzeb duchowych, bardzo pozytywnie wpływało zarówno na samopoczucie jej pacjentów, jak i na postrzeganie przez nich jej praktyk.

J: U niej na wszystkie choroby seans zaczyna się tak samo?

I: Tak, na początku idzie wyczytywanie, człowiek powinien poradzić sobie ze swoimi psychologicznymi problemami. Ona mówi, że nie wystarczy spowiadać się, ale trzeba odpuścić złośliwość, obraz i wtedy będzie lżej. I organizm zaczyna normalnie funkcjonować. Ona pokazuje, że duchowe i cielesne bardzo powiązane. A lekarze twierdzą, że to nie ma związku. U nas znajomy miał drugi zawał, dość młody człowiek. U niego był bardziej psychologiczny problem, jaki uwidacznia się na poziomie cielesnym. Kilka lat temu u nich zabił się w wypadku samochodowym syn. I to wpłynęło. Ona mówi, że widać, że w jego mózgu zakorzenił się jeden problem. On ma tylko odpuścić, bo nic nie może zrobić, ma się uspokoić. To trudne, ale innego wyjścia nie ma. Dlatego mówią, że młodzi ludzie często z tego wychodzą, bo nie mają złości na świat. A starsi ludzie za życia dużo wycierpieli i to ich nie odpuszcza. Mówi, że jak człowiek choruje, to zaczyna zgadywać kto ją obraził. Dlatego Olena namawia szczerze prosić, odpuścić. Ona czyta modlitwy, ty powtarzasz za nią, jakby prosisz wybaczenia i prosisz o bycie w pokoju z duszą tej osoby. I tobie robi się lżej. Wszystkie nasze problemy wpływają na organizm. Ludzie jak szybciej wybaczą – mniej chorują. O tym mówi cerkiew. Ona to wszystko ciasno wiąże ze sobą. Tradycyjna medycyna, nietradycyjna religia (K-30).

Dobry lekarz jest więc każdym specjalistą po trochu, potrafi przynieść ulgę we wszystkich sferach życia, nie tylko w jednej. Przede wszystkim zaś tłumaczy – tłumaczy nie tylko istotę choroby jej leczenie, ale także tłumaczy świat, podpowiada jak żyć, by być zdrowym i by wszystko tak w organizmie, jak i w życiu funkcjonowało w harmonii. Jego wiedza nie jest więc poza pacjentem, niepojęta i niewytłumaczalna, jak opisuje to Grębecka, a metafizyk służący do opisu tych zjawisk jest zbudowany na zasadzie bricolage’u, podobnie jak same praktyki uzdrowicieli nie pozostawia po sobie pustki, którą zapełnia się inną narracją (por.

Grębecka 2006: 176). Ponadto w odróżnieniu od wizyty w gabinecie lekarskim u Oleny chory nie był izolowany od innych i nie zostawał z uzdrowicielką sam na sam – z przedpokoju, który służy za poczekalnię, każdy oczekujący może doskonale widzieć i słyszeć co się dzieje, w samym gabinecie są dodatkowo krzesła przeznaczone dla rodziny pacjenta.

J: Wymadlanie – to oczyszczenie?

I: Tak, oczyszczenie duszy, rozumu (...). Oni jeszcze dobre rady dają, jak psycholodzy. W niej można zobaczyć i lekarza, i terapeutę, i psychologa. Dużo porad daje, jak duchowy doradca. Bywa, że surowo mówi, bywa delikatnie. Dużo religijnych pytań zrozumiałam dzięki nim, a nie dzięki cerkwi. Dlaczego warto spowiadać się. Bóg i tak zna wszystkie nasze grzechy. A kiedy ty sam to powiesz w modlitwie, to zaraz komuś przebaczysz, odpuścisz. Ona naumyślnie nie rozdziela ludzi podczas seansu. Kiedy słuchasz problemów innych, to sam się uczysz. Ona to robi dlatego, że życiowe sytuacje często się powielają i człowiek będzie miał lekcję z tego, co usłyszysz (K-30).

Również tutaj widać, jak eklektyczny charakter mają nauki dawane przez Olenę – uzdrowicielka nie tylko tłumaczy swoje działania, ale również objaśnia świat, w tym zalecenia religii, w duchu racjonalnym, nieco psychologicznym. Jej zalecenia mają wsparcie zarówno w autorytecie religii, nauki, jak i osobistej charyzmie, dzięki której jest w stanie zdobyć zaufanie swoich pacjentów. Owo objaśnianie chorób i ich etiologii może być postrzegane w tym przypadku nie tylko jako praktyka „dobrego doktora”, który w odróżnieniu od państwowych lekarzy wyraża w ten sposób troskę o swoich pacjentów, ale też tworzy ono całkiem nowy rodzaj więzi między uzdrowicielem a pacjentem na poziomie nie tylko metafizycznym, ale także światopoglądowym.

Nie do przecenienia wydaje się także kwestia posiadanego przez Olenę daru – to właśnie posiadany dar czyni ją tym, kim jest. W przypadku Oleny dar to po części zasługa odziedziczenia go po babci, a częściowo osobistego daru od Boga. Inne znane mi uzdrowicielki również postrzegały swój dar jako najważniejszy element w swojej praktyce, jako coś, bez czego sama wiedza nigdy nie będzie wystarczająca. Dobrym przykładem może być tu mąż Oleny, który często wyręczał ją w wymadlaniu pacjenta przed właściwym seansem leczniczym. Jednak nie posiadając jej daru, nie był w stanie uzdrawiać, mimo że miał podobną do żony wiedzę i uchodził za bardzo uduchowionego człowieka. Jednak nawet największa wiedza bez daru na nic się nie zda – również w przypadkach praktyk opartych na tradycji, które mogą wydawać się oparte wyłącznie na przekazywanej wiedzy, element daru jest kluczowy. Bez niego nie ma tego, co definiuje uzdrowiciela, co sprawia, że jest on inny niż wszyscy, że czuje i rozumie więcej. Dar niejako definiuje więc „ja”, osobowość znachora, stanowi sedno jego postrzegania i wyobrażeń o nim. Niektóre ze znanych mi znacherek z darem już się narodziły, inne otrzymały go później, dla każdej jednak jest on taką samą tajemnicą jak dla ich pacjentów, której nie potrafiły w większości wyjaśnić. Jak tłumaczył mąż Oleny, praktyka znachorska składa się z „widzialnej” i „niewidzialnej” czę-

ści – widzialna jest sferą gestów i słów, której każdy postronny może doświadczyć, niewidzialna natomiast jest częścią decydującą w największym stopniu o skuteczności praktyki uzdrowiciela, o jego mocy – jest tym nieopisanym, niepoznanym do końca darem, mocą, której nie można zobaczyć, a jedynie poczuć, o ile się ją posiada. Dar, będąc jednocześnie czymś mistycznym i niepojętym, często bywał przedstawiany w kontekście naukowym. Nawet gdy w pierwszym momencie pojawiała się popularna fraza mówiąca o „darze od Boga”, to duża część moich rozmówców szybko odwoływała się potem do jakichś faktów naukowych, mających ją potwierdzić. Szczególnie widoczne było to w przypadku Oleny i jej męża, a więc osób w dużym stopniu podpierających się autorytetem nauki i biomedycyny. Jak często słyszałam, nośnikiem daru przez pokolenia są więc geny. Z kolei według samej Oleny i jej męża, zamawiacza, sama natura i możliwość wystąpienia daru jest wynikiem tego, że „normalny” człowiek wykorzystuje jedynie 5% możliwości swojego mózgu – znachor natomiast wykorzystuje dużo więcej, dlatego jego poznanie nie ogranicza się do świata dostępnego zwykłymi ludziami.

Wychodząc więc w przypadku Oleny od praktyki „dobrego doktora”, uzdrowicielka rozszerza ją o czynnik daru, niedostępny zwykłemu lekarzowi. Jednocześnie, grając naukową terminologią kojarzoną z biomedycyną i prezentując ją jako „swoją”, to znaczy przynależną porządkowi uzdrowicielskiemu, niejako konstytuując siebie jako Innego wobec państwa, jego lustrzane odbicie. W efekcie państwo i uzdrowiciele stają się dla siebie samych fetyszami², „konstruując rzeczywistość jako niekończącą się grę lustrzanych obrazów” (Artexaga 2003: 402). Owa gra ma swoje korzenie, jak już wcześniej wspominałam, w słabości instytucji państwowej, która nie jest w stanie wytworzyć odpowiednich efektów władzy i która w rezultacie jest oddolnie odtwarzana. Gdy autorytet państwa jest systematycznie podkopywany, wiele czynników działa na korzyść uzdrowicieli i w efekcie to właśnie oni, wykorzystując narzędzia przynależne wcześniej jedynie państwu, zyskują nad nim przewagę.

Dyspozycja i doświadczenie zmiany

Nastawienie pacjenta wobec możliwości leczenia i – co istotniejsze – wobec możliwości uzdrowiciela przed zwróceniem się do niego o pomoc jest czymś, co Csordas określa mianem dyspozycji. Dyspozycja to jednak nie tylko osobiste nastawienie osoby przed leczeniem, jej wyabstrahowana z kontekstu wiara w uzdrowienie, będąca raczej czynnikiem psychologicznym. Jest to raczej nastawienie osoby wobec procesu leczenia, biorąc pod uwagę społeczne więzy, które mogą się z ową zależnością pacjent–uzdrowiciel łączyć, oraz wszelkie symboliczne zasoby w niej

² W rozumieniu tego terminu na gruncie antropologii politycznej, który teoretyzuje zjawisko symbolicznego przeniesienia władzy na instytucje państwa. Więcej o państwie jako fetyszu: Taussig (1992) i Artexaga (2003).

zawarte (Csordas 1988: 132). Zaufanie do wielu uzdrowicieli zbudowane było na takich właśnie dyspozycjach, z czego wypływające później pozytywne doświadczenie zmiany, o którym już wspominałam, budowało ich autorytet. Widać to dobrze znów na przykładzie Oleny i Iriny. Irina rzadko zwracała się zarówno do lekarzy, jak i do uzdrowicieli, ale z jej wypowiedzi odniosłam wrażenie, że większym zaufaniem darzyła mimo wszystko przedstawicieli nietradycyjnej medycyny. Podstawą jej nastawienia mogła być korelacja rodzinna – jej praprababcia była znaną znachorką, jej dziadek do dzisiaj leczy ludzi w swojej wsi, a samej Irinie inny uzdrowiciel powiedział, patrząc na jej dłonie, że ma ona predyspozycje, by sama leczyła ludzi. Irina zresztą sama wcześniej odkryła dar swoich dłoni, który wykorzystywała wśród swojej rodziny do uśmierzenia bólu głowy lub leczniczych masaży. Dyspozycja Iriny, jej wcześniejsze obeznanie i oswojenie się z przejawami nietradycyjnej medycyny, sprzyjała więc pozytywnemu doświadczeniu zmiany, mimo że nie wszystko w praktyce Oleny było dla niej od razu zrozumiałe. Duży wkład miało tu także to, o czym pisałam wcześniej – życzliwe nastawienie do pacjenta, tłumaczenie zarówno przyczyn dolegliwości, jak i sposobów leczenia, inne podejście do chorego. Nie miały wpływ miało także to, że osoby bliskie, członkowie rodziny, pozytywnie wypowiadały się o Olenie i jej leczeniu, jak również to, że Irina dowiedziała się o Olenie od swojej ciotki. Polecenia rodzinne i zaufanie, jakie zazwyczaj towarzyszy deklaracjom osób bliskich, bardzo sprzyjało ostatecznemu przekonaniu się Iriny do praktyk tej konkretnie uzdrowicielki i pozytywnemu doświadczeniu zmiany.

J: Chciałam zapytać jeszcze o Olenę. Co o niej myślałyście zanim do niej trafiłyście?

I: Niczego takiego o niej nie myślałam, jak jeszcze jej nie znałam. Pierwszy raz do niej trafiłam jak przywiozłam swoją babcię, moja babcia bardzo chorowała. Potem małą woziliam, a potem już sama. Dla mnie z początku dziwne były te ruchy, dlatego trzeba było rękami, nogami stukać. Nie mogłam zrozumieć co to takiego. A potem, ona w ogóle mało z kim się spoufala, tylko wyjaśnia. I tak się zdarzyło, że jak z babcią chodziłam, to zobaczyłam, że to pomaga, ale mnie się zdawało, że to magia jakaś. U mnie ciotka bardzo chorowała, nie mogli jej nijak postawić diagnozy. Analizy niczego nie pokazywały, a stan był ciężki. Były przypadki, kiedy zawoziliśmy ją w nocy do Oleny i z rana ciotka sama wracała do domu. I potem ona ją leczyła i więcej coś takiego się nie powtórzyło. Ale moja ciotka jest taka, że ona nie wypytuje czemu tak, a nie inaczej. A ja na przykład z moimi problemami, problemami córki pytałam co i jak, szukałam związku. Ona dostępnie to wyjaśnia. Dała kilka porad. Zrozumiałam, że ona nie czarodziej, a po prostu osoba, która na głębokim poziomie interesuje się medycyną, zna różne metody leczenia. Kiedyś zapytałam ją o jakąś chorobę, to dała mi encyklopedię. Dużo u niej książek (K-30).

Zatem choć z początku praktyki Oleny wydawały się Irinie niezrozumiałe, szybko przekonała się ona do umiejętności uzdrowicielki. Zauważyłam powszechną tendencję do uznawania uzdrowicieli „z polecenia” za lepszych, bardziej godnych zaufania, prawdziwszych niż ci znani tylko z ogłoszeń. To uwiary-

godnienie wynikające z więzi społecznych było znane znachorom, z którymi rozmawiałam, żaden z nich nie próbował też popularyzować swoich praktyk przez ogłoszenia, polegali raczej na systemie poleceń wśród rodziny i znajomych swoich pacjentów. Olena, chociaż oferowała swoje usługi najbardziej profesjonalnie, nie miała w żaden sposób oznaczonego gabinetu – nawet tabliczka na drzwiach nie zdradzała, że za tymi drzwiami w zwykłym bloku mieści się gabinet uzdrowicielki. Mimo to nie mogła narzekać na brak pracy, raczej wręcz przeciwnie.

Zasada zawierania osobom czy instytucjom, które zyskały przychyłność bliskich osób i które są niejako „sprawdzone”, wydaje się być powszechna i dobrze funkcjonować. Obdarzanie takich osób autorytetem opiera się na poczuciu bliskości, na współdzielonych więzach społecznych. Takie relacje cechuje zupełnie inna jakość niż z osobami nieznanymi, niesprawdzonymi lub podpierającymi się tylko autorytetem usankcjonowanej władzy, na przykład państwa, przejawiającego się w oficjalnej medycynie (Skalnik 1999: 162). „Sprawdzeni” przez bliższych lub dalszych znajomych uzdrowiciele wydają się bliżsi, bardziej znani czyli mniej skłonni do oszustwa. Wraz z rosnącą popularnością komplementarnej medycyny rosła też liczba uzdrowicieli, zarówno na wsi, jak i w mieście. Ten pogląd przeważał wśród moich rozmówców, chociaż często zdarzało mi się słyszeć dwie przeciwstawne opinie, że kiedyś było ich mniej (bo takie praktyki były zabronione) lub wręcz przeciwnie, więcej (bo teraz młodzi nie garną się, by kontynuować dzieło swoich dziadków). Większość osób zgadzała się jednak z tym, że liczba zamieszczanych w prasie, telewizji lub po prostu porozwieszanych na słupach ogłoszeń jest bardzo duża. Szarlatanów, podszywających się tylko pod prawdziwych uzdrowicieli, cechowała nie tylko „obcość”, czyli znajomość jedynie z ogłoszeń i brak wspólnych z pacjentem więzi społecznych, ale też zarzut stawiany wcześniej lekarzom – chciwość i chęć wyłudzenia pieniędzy.

J: Dużo jest teraz szarlatanów?

IG: Bardzo dużo. Bo jak ludziom nie pomaga medycyna i człowiek szuka innego wyjścia, za to biorą wielkie pieniądze. Naprawdę to nie pomaga, a oni jeżdżą z miasta do miasta. Są ogłoszenia, że przyjeżdża taka to uzdrowicielka. Oni zarabiają pieniądze, szarlatany (M-22).

J: Jak można rozróżnić czy on prawdziwy czy szarlatan?

S: Ot byłam u babki z Chomenki, ona zupełnie inna. U mojej przyjaciółki było chore dziecko. Gdzie ona tam nie była! Jeden raz pojechali do Winnicy. I ja pojechałam z nimi. Oni kilka razy jeździły do tej Ludy. I kiedyś przyjechali a ona na nich nakrzyczała i przegnała. Jeszcze jest tam taka Wala, Luda i Wala. One posyłają jedna do drugiej. Pieniądze biorą według cennika. Takie oszustki. Widać po nich. Mówi, że trzeba jeszcze do tej pojechać. Od razu widać (K-40).

Zarabianie na ludzkiej chorobie jest uznawane więc za jawną oznakę oszustwa, zwłaszcza płacenie według ustalonego cennika. Natomiast w przypadku gdy już akceptuje się możliwość płatności za leczenie, musi być ona stosunkowo niska, jak przykładowo u Oleny. Tak jak w jej przypadku najlepiej też, by była

to opłata stała (taka sama za każdą dolegliwość), aby zdrowie nie było postrzegane jak towar, przy czym powinna jednocześnie podlegać negocjacji (aby pacjent nie tracił poczucia sprawczości i nie miał poczucia bezsilności, gdy go chwilowo nie stać na seans). Olenie w ogóle udało się dzięki swojej strategii (m.in. „dobrego doktora”) utrzymać autorytet i zaufanie pacjentów mimo zarabiania na swoich praktykach. Udało jej się to także mimo wejścia w strefę profesjonalizacji, co oznacza koneksje z państwowymi organami władzy. Biorąc pod uwagę nie najlepsze postrzeganie państwowych instytucji i wspomniane już przeze mnie większe zaufanie kładzione w spontanicznie rozpoznawanym autorytecie niż usankcjonowanej władzy, nie było to wcale takie oczywiste. Wprowadzone na Ukrainie jakiś czas temu licencjonowanie uzdrowicieli również nie wpływa na zaufanie pacjentów do posiadaczy takich dyplomów – powszechnie uważa się, że wszystko można przecież kupić, łącznie z takim certyfikatem. Wiejscy uzdrowiciele, z którymi prowadziłam rozmowy, nie mieli żadnych wymaganych od licencjonowanych przedstawicieli nietradycyjnej medycyny certyfikatów ani dyplomów, co było im poczytywane raczej na plus niż na minus. Ponieważ dyplomy tak łatwo kupić, nie przedstawiają one dla pacjentów wielkiej wartości, a już z pewnością nie są podstawą autorytetu uzdrowiciela. Są raczej postrzegane jako jeszcze jeden sposób wyłudzenia pieniędzy. „Nieprawdziwych” uzdrowicieli wyróżnia więc głównie chęć zysku, która przeważa nad potrzebą pomocy choremu – analogie z postrzeganiem lekarzy nasuwają się tu same.

Zrozumiałe jest, kiedy człowiek płaci mu [uzdrowicielowi] pieniądze i on pracuje z nim jakiś czas, ale oni to by chcieli w jednym czasie od razu mnóstwo ludzi, to bardziej podobne do szachrajstwa. Tam gdzie są pieniądze, to Ukraińcy uważają, że jest też coś negatywnego, podejrzanego, nieufność jest, szczególnie jeśli to duże pieniądze. Na przykład do ludzi władzy jest nieufność, z miastowymi tak samo jak z wiejskimi lekarzami: ty go znasz, wiesz jak pracuje i ufasz mu. Nie wierzą ludzie, że mogą być wielkie pieniądze zarobione uczciwie. Tak samo mówią o ludowych lekarzach. Popularność bardziej działa jak antyreklama. Często jak ludzie przychodzą, to zapisują sobie numer licencji, numer telefonu, żeby w razie czego wiedzieć kogo i gdzie szukać. Jest jeszcze tak, że do tych licencjonowanych ludowych uzdrowicieli mogą się w ogóle nie zwracać, jeśli ta osoba zajmuje się poza tym jeszcze jakimś biznesem. Od razu jest podejrzenie, że to dla tej osoby tylko biznes. Bo to wymaga dużo czasu. Także jak widać, że to biznesmen, to do takiego się nie zwracają (K-30).

Cechy osobiste uzdrowiciela są więc w tym przypadku nie bez znaczenia, ponieważ o prawdziwości świadczy nie tylko brak chęci szybkiego i łatwego zysku, ale też uczciwość i skromność. Wiąże się to z postrzeganiem uzdrowicieli (tych prawdziwych) jako mających do spełnienia szczególną misję. Ich profesja powinna być misją właśnie, a nie zawodem traktowanym jak zwykła praca, a do tego potrzeba szczególnych cech charakteru. Przede wszystkim liczy się życzliwość dla ludzi, zrozumienie ich potrzeb i bolączek, pochylenie się nad ich problemami i poświęcanie każdemu tyle czasu, ile potrzebuje.

Kwestią powiązaną z odpowiednią dyspozycją pacjenta jest również stawiana mu diagnoza – a konkretniej, jego postrzeganie tejże diagnozy. Rozpoznanie i opisanie pacjentowi etiologii jego choroby, a następnie powzięcie prawidłowego leczenia, często stanowi o być albo nie być kuracji i jest decydujące w postrzeganiu konkretnego uzdrowiciela. Bywa, że to znachor jest pierwszym, który rozpoznaje chorobę i nadaje jej nazwę – ta semiotyczna zmiana (*semiotic change*) jest pierwszym krokiem do określenia choroby, a pacjent może wtedy na nią w odpowiedni sposób zareagować, będąc już wyposażonym w odpowiedni język (Lindquist 2006: 54). Wyposażenie chorego w odpowiedni język ma więc moc szeregowania jego przypadłości, podniesienia jej do poziomu świadomego; zdarza się, że ukazanie przyczyny choroby w określonym świetle zmienia postrzeganie świata, a przynajmniej przebudowuje część myślenia o nim, o rządzących nimi zasadami (Lindquist 2006: 70). Przez to chory uczy się unikać rzeczy i sytuacji, na które wcześniej nie zwracał uwagi, inne z kolei zaczyna postrzegać jako przydatne. Słowa konstruują pojęcia rzeczy, „nadanie nazwy przedmiotowi lub czynności oznacza podciągnięcie ich pod pojęcie pewnej klasy” (Cassirer 2003: 280). Kategoryzując, słowa mają moc określenia pewnego aspektu przedmiotu, nie wyczerpują wszystkich jego potencjalnych odniesień – dzięki temu nazwa może być na tyle elastyczna, by pomieścić dokładnie to, co chce nazywający. Połączenie czynności nadawania nazwy z językiem specjalistycznym (naukowym, odwołującym się do sacrum, tradycji) daje wynik w postaci określenia nowej rzeczywistości, odpornej na logiczną dekonstrukcję.

Gdy u Oleny leczyła się mała Nastia, córka Iriny, celem było przede wszystkim odkrycie przyczyny jej uporczywego kaszlu. Po standardowym badaniu winne okazały się pasożyty, których Olena wykryła w organizmie dziewczynki aż szesnaście. Olena zwróciła wtedy uwagę na cysty, które są obecne w mięsie, a które mogą być przyczyną spadku odporności i zasugerowała, że to właśnie spożycie zanieczyszczonego mięsa jest przyczyną dolegliwości. Irina natychmiast powiązała to ze słoniną, którą Nastia pierwszy raz w życiu jadła w poprzedni weekend u babci na wsi. W ten sposób pojawiło się w ich życiu nowe zagrożenie i nowa rzecz, na którą trzeba uważać, a która wcześniej wydawała się zupełnie naturalna i nieszkodliwa. Podobne zaskoczenie przeżyła przy diagnozowaniu syna inna moja rozmówczyni, Swietłana. Jego nieustający płacz po urodzeniu, z którym nikt nie potrafił sobie poradzić, okazał się wynikiem podstepu, jakiego Swietłana padła ofiarą jeszcze w ciąży. Wszystko wyjaśniło się dzięki diagnozie znajomej znachorki.

U mnie jak syn się urodził, to przez pierwsze 3 miesiące bardzo płakał. Tak się mężczyliśmy... Jedna kobieta poradziła jedną babkę. Pojechaliliśmy. On tak krzyczał! Babka zaczęła toczyć jajka, potem godzinę modliła się, on tak krzyczał, myślałam, że tam nie wysiedzę. Jak ona rozbiła jajka, to mi mówi: nie macie dobrej kумы, tobie w wino na Nowy Rok podlano w wino, to przeszło na dziecko. On tak do rana krzyczał, myślałam, że nie dożyję ranka. Następny raz pojechaliliśmy, zrobiło się lepiej. Na trzeci raz kazała przywieźć ze studni wody. Jak przywieźliśmy

butelkę z wodą, to babka mi mówi: widzisz ile tych bąbelków, to niedobrze. To źle. Przywieź jeszcze raz. Tak trzy razy woziłam. Byłam oniemiała, nie widziałam że można człowiekowi tak zrobić (K-40).

Takie „nakierowanie” przez znachora często pozwala pacjentowi lepiej zrozumieć, dlaczego akurat jemu przytrafiła się dana choroba, wytłumaczyć to, co niezrozumiałe. Poza tym jest on wyposażony na przyszłość w wiedzę, jak jej unikać. Zyskuje na tym oczywiście również autorytet uzdrowiciela, który zazwyczaj szczegółowo objaśnia pacjentowi, jak dostosować się do „nowego” świata, tłumaczy nowe zasady, jest swoistą tarczą chroniącą przed czyhającym nieznanym.

Ciało własne

W całym procesie leczenia nie mniej ważne od objaśniania choroby jest doświadczenie cielesne pacjenta; zmieniające się doświadczenie jego ciała i postrzeganie tego procesu poprzez „ciało własne”. Ciało własne, jak opisywał je Merleau-Ponty, to sposób, w jaki niepodzielnie i w sposób całkowity postrzegamy go w przestrzeni, w jaki funkcjonujemy i w jaki doświadczamy schematu swojego ciała. Jest ono „pierwszym przyzwyczajeniem, które warunkuje wszystkie inne i pozwala je zrozumieć” (Merleau-Ponty 2001: 110). Ponieważ ciało nie jest tylko środkiem poznania, ale samym byciem-poznaniem, określanym jako bycie-w-świecie, „wnosi ono swój wkład w świat w którym żyjemy takim samym stopniu, w jakim świat wnosi swój wkład w budowę naszego ciała” (Dillon 1991, za: Becker 2004: 127). Doświadczenie ciała jest więc na tyle autentyczne, na ile pacjenci wyniosą od uzdrowiciela przekonanie o jego autentyczności. To, że niektóre choroby pojawiły się w świadomości pacjentów dopiero w chwili ich objaśnienia przez uzdrowiciela oraz nie zostały potwierdzone przez żadnego lekarza nie świadczyło bynajmniej na ich niekorzyść. Ważniejsze od oficjalnej legitymizacji było doświadczenie – doświadczenie ciałem, doświadczenie zmiany. Pojawiając się w ludzkiej świadomości i stając się częścią życia – owym ucieleśnionym doświadczeniem właśnie – „obiektywne”, naukowe stwierdzenie istnienia choroby nie ma wiele do rzeczy. Przykładów na moc cielesnego doświadczenia jest wiele, jednym z nich może być historia Iriny, u której Olena pomogła zdiagnozować polineuryt nerek, którego nie rozpoznali lekarze, a ból w kręgosłupie przypisali reumatyzmowi. Chociaż choroba nie miała innego uzasadnienia niż diagnoza Oleny, Irina po leczeniu odczuła autentyczną zmianę na lepsze. Podobnie było z jej córką, u której lekarze po prześwietleniu nogi rozpoznali tylko naciągnięcie więzadeł. Irina czuła jednak, że coś wciąż jest nie tak, noga stale puchła, zwróciła się więc do zaufanej uzdrowicielki. Po krótkiej rozmowie i badaniu okazało się, że oprócz zwykłego naciągnięcia Nastia ma również złamanie, czego nie wykrył rentgen. Już po jednym dniu leczenia biotokami Oleny Irina zauważyła poprawę w stanie nogi córki, a po tygodniu kość

się zrosła. Całemu procesowi towarzyszyło nie tylko zaufanie i odpowiednie nastawienie do leczenia uzdrowicielki, ale także brak doświadczenia zmiany na lepsze po diagnozie postawionej przez lekarzy i przepisany przez nich leczeniu. Tak więc gdy stan córki mimo zapewnień doktorów nie ulegał poprawie, Irina ponownie zawierzyła osobie, która posiada w jej odczuciu odpowiednie kompetencje, która „czuje” chorobę i działa na innym poziomie cielesności niż lekarze, którzy nie byli w stanie pomóc nawet mimo użycia specjalistycznego sprzętu. Wydaje się, że w obu przytoczonych przypadkach (polineurytu nerek i złamania) problem leżał w tym, że początkowo nie działano na prawdziwe przyczyny bólu. Z kolei o samej „prawdziwości” przyczyn można się było przekonać dopiero po odczuciu, o którym informowało ciało – do tej pory chore, a następnie wyleczone samo wystawiało najlepsze świadectwo.

Wszystkie dolegliwości, z którymi pacjenci zwracają się do uzdrowicieli, mają więc związek z funkcjonującym społecznym konstruktem ciała, który determinuje sposób postrzegania ich etiologii i sposobów leczenia. W przypadku uzdrowicieli podstawą diagnozy jest tu spojrzenie z perspektywy pacjenta, zwrócenie uwagi na jego historię i wzięcie pod uwagę wszystkich dodatkowych, okalających samą dolegliwość czynników, które są często w odczuciu pacjentów lekceważone przez lekarzy. To właśnie skupienie na opowieści, postrzeganie ciała i choroby w kategorii *illness* pozwala uzdrowicielom dotrzeć do przyczyny, która będzie przez chorego odczuwana i realnie doświadczana.

Podsumowanie

Opisując swoje obserwacje i poddając je analizie, starałam się pokazać, jak uzdrowiciele funkcjonują na badanym przeze mnie terenie oraz jak można postrzegać ich działanie jako próbę umiejscowienia się w określonej przestrzeni życia. Mieszanie i swobodne łączenie elementów czterech typów autorytetu (ludowego, duchowego, naukowego i bioenergetycznego) na zasadzie bricolage'u było wśród znanych mi uzdrowicieli raczej regułą niż wyjątkiem. Zasada ta pozwalała znachorom poszerzać swój repertuar po to, by zdobywać większe zaufanie wśród szerokiej rzeszy potencjalnych pacjentów i jednocześnie odróżnić się od lekarzy, którym z kolei często nie dowierzano z powodu ich zbyt wąskiej specjalizacji. Pacjenci zmuszeni do wizyty u tych ostatnich, definiowani i hierarchizowani według ilości posiadanych pieniędzy, odczuwali zrozumiałą złość i bezsilność, czuli się traktowani przedmiotowo, opuszczeni przez instytucje, które miały im pomóc. Większość czuła się wówczas odarta z nadziei, ale przede wszystkim pozbawiona poczucia sprawczości, panowania nad swoim życiem i możliwości decydowania o nim. W tej sytuacji tę sprawczość przywracali im uzdrowiciele, którzy dzięki swojemu podejściu sprawiali, że chorym wracała nadzieja – ta wizja jutra, która napędza ludzką egzystencję. Mam nadzieję, że udało mi się pokazać sposób, w jaki osoby leczące metodami komplementarnymi organizują swoje działania związane z leczeniem, jak budują zaufanie swoich pacjentów i jakich narzędzi używają w walce o miejsce w systemie zwanym medycyną.

Literatura

- Artexaga, B. (2003). Maddening States. *Annual Review of Anthropology*, 32, 393–410.
- Bazylevych, M. (2009). Who is responsible for our health? Changing concepts of state and the individual in post-soviet Ukraine. *Anthropology of East Europe Review*, 27(1), 65–75.
- Becker, G. (2004). Phenomenology of health and illness. W: C.R. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of medical anthropology. Health and illness in the world's cultures* (pp. 125–136). New York: Springer Science & Business Media.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. (2001). *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*. Przeł. A. Sawisz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Buchowski, M. (1993). *Magia i rytuał*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Kultury.
- Cassirer, E. (2003). Nazywanie. Przeł. E. Staniewska. W: G. Godlewski, A. Mencil, R. Sulima (red.), *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów* (s. 279–282). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Csordas, T. (1988). Elements of charismatic persuasion and healing. *Medical Anthropology Quarterly*, 2(2), 121–142.
- Dow Jnr, T. (1978). An analysis of Weber's work on charisma. *The British Journal of Sociology*, 29(1), 83–93.
- Engebretson, J. (1994). Folk healing and biomedicine: culture clash or complimentary approach? *Journal of Holistic Nursing*, 12(3), 240–250.
- Friedland, W. (1964). For a sociological concept of charisma. *Social Forces*, 43(1), 18–26.
- Grębecka, Z. (2006). *Słowo magiczne poddane technologii*. Kraków: Nomos.
- Hall, D. (2007). *New Age w Polsce. Lokalny wymiar globalnego zjawiska*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. London: University of California Press.
- Leeuw van der, G. (2003). Słowo święte i uświęcające. Przeł. Jerzy Prokopiuk. W: G. Godlewski, A. Mencil, R. Sulima (red.), *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów* (s. 325–331). Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Lévi-Strauss, C. (1969). *Mysł nieoswojona*. Przeł. Andrzej Zajączkowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Libera, Z. (2003). *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX–XX wieku*. Wrocław: Ossolineum.
- Lindquist, G. (2006). *Conjuring hope. Healing and magic in contemporary Russia*. New York-Oxford: Berghahn Books.
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Fenomenologia percepcji*. Przeł. M. Kowalska, J. Migański. Warszawa: Aletheia.
- Musiatawicz, J. (2003). Święte słowa i „biotoki”. Eklektyczny charakter lecznictwa ludowego. W: Ł. Smyrski, M. Zowczak (red.), *Podole i Wołyń. Szkice etnograficzne* (s. 175–188). Warszawa: DiG.
- Navaro-Yashin, Y. (2002). *Faces of the state: secularism and public life in Turkey*. Princeton: Princeton University Press.
- Paluch, A. (1995). *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*. Wrocław: Wydawnictwo UW.
- Penkala-Gawęcka, D. (2006). *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Penkala-Gawęcka, D. (1995). Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych. *Lud*, 78, 169–191.
- Skalnik, P. (1999). Authority versus power. A view from sociological anthropology. In: A. Cheater (red.), *The anthropology of power. Empowerment and disempowerment in changing structures* (pp. 163–174). London: Psychology Press.

- Taussig, M. (1992). *The Nervous System*. New York: Routledge.
- Wigzell, F. (2009). Traditional magic or European occultism? Commercial fortune-telling and magic in post-Soviet Russia and their relationship to Russian tradition. *Folklorica*, 14, 57–90.

Źródła internetowe:

- <http://ukrainian.su/istoriya-vinnitskoy-oblasti/vinnitskaya-oblast-vo-vremena-sssr.html>
[dostęp: 25.01.2016].
- <http://www.ukrcensus.gov.ua/> [dostęp: 25.01.2016].

SUMMARY

Faith, hope, authority: Healing practices in Eastern Podolia region

The article describes the practices of people using complementary medicine and alternative methods of healing in a Ukrainian village of Murafa and the city of Vinnytsa, both situated in historical Eastern Podolia. I analyse the figure of healer and also attempt to scrutinise local complementary medicine market. In my analysis I use the concept of bricolage and combining practices based on discourses of science, folk, traditions, and spirituality. I also examine the ways in which healers use practices usually related to institutions such as the church or state in order to make sense of their work. The example of state and its institutions serves as an illustration of an object deconstructed in common consciousness, but still generating subliminal attachment to its manifestations; similarly I try to look at the question of complementary medicine and healers acting in this field. I conclude my reflections analysing the embodied experience of change that seems to be essential in a successful process of healing.

Keywords: healers, complementary medicine, folk medicine, healing practices, medical pluralism, state, Ukraine