

Michał Horoszewicz

"Maladie et guérison", J.-M, Chauvet,
M. Tomka (red.), Paris 1998 :
[recenzja]

Collectanea Theologica 69/4, 223-231

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

J.-M. CHAUVET, M. TOMKA (red.), *Maladie et guérison*, Revue Internationale de Théologie „Concilium”, z. 278, Beauchesne Éditeur, Paris 1998, ss.153.

Ostatni z pięciu zeszytów roku 1998 – tematycznie wielce zróżnicowanych, treściowo bogatych – koncentruje się na problemie choroby i uzdrowienia. Jak wyjaśniają w edytoriale redaktorzy zeszytu – Louis-Marie Chauvet OP, profesor teologii sakramentalnej w Paryskim Instytucie Katolickim, oraz Miklós Tomka z Budapesztu, dyrektor Ośrodka Węgierskich Studiów Religijnych – dążono do wyznaczenia szerokiego horyzontu i podkreślenia pilności przemyślenia na nowo teologii zbawienia w jej wymiarach nie tylko duchowych, lecz także cielesnych, społeczno-kulturowych i ekonomiczno-politycznych. W zeszycie zgromadzono trzynaście studiów; siedemnastoosobowy zespół konsultacyjny – zapewne „liturgia” – objął teologów z krajów niedawno schryścianizowanych (m.in. dwóch z Nigerii, jednego z Burkina Faso), ale, jak tradycyjnie, nikogo z Polski.

Zdrowie, utrzymuje edytorial, to więcej niż brak choroby: to ogólne dobre samopoczucie w płaszczyźnie zarówno psychicznej oraz moralnej, jak też fizycznej. Naukowa medycyna zachodnia osiągnęła niezaprzeczalne sukcesy m.in. w znacznym podwyższeniu przeciętnego wieku przeżywalności, jednak operuje nazbyt zredukowanym pojmowaniem zdrowia, sprowadzając je do zdrowia ciała. W części pierwszej odwołano się do globalizujących koncepcji choroby i zdrowia w społeczeństwach tradycyjnych oraz do prób praktyk „alternatywnych” w medycznym świecie współczesnego Zachodu, uwzględniając społeczne, ekonomiczne i polityczne dysfunkcyjności społeczeństw.

Przez Biblię chrześcijanie przywykli pojmować chorobę i uzdrowienie w ramach syntetyzowanych uwarunkowaniami fizycznymi, mentalnymi i duchowymi – uważa Paul J. Philibert OP, dyrektor Instytutu Życia Kościoła w Uniwersytecie Notre Dame (USA). Jednakże triumf specyficznej mentalności naukowej w medycynie zachodniej od półtora wieku stopniowo pomniejszała skłonność do ujmowania choroby jako zjawiska wieloobliczowego i sprzyjała określaniu jej w terminach wyłącznie fizycznych. Jedną z cech jakościowych osoby w pełni zdrowia jest „pokój duszy”. Choroba może zakłócać fizyczną stabilność życia, powodując utratę jego jakości, oraz integralność zdrowia. Na to wpływać może również doświadczenie, jakie dana osoba ma z celu w swym życiu. Misja każdej osoby jest interpretowana i spełniana jako funkcja siatki innych osób – rodziny, kolegów, przyjaciół, wspólnoty – korzystających z jej pracy i szczodroblivości. Pozwala to określić sens choroby jako destabilizację sił życiowych. Jej źródłami mogą być: wojna, przemoc, klęski naturalne (trzęsienia ziemi, huragany, powodzie), choroby zaraźliwe, choroby degenerujące (zwłaszcza choroba Alzheimera). Nie istnieje dobrze ustalone kryterium choroby. Liczni lekarze więcej uwagi poświęcają konstatacjom radiologów czy patologów – odczytywaniu krzywych na ekr-

nie komputera – niż opisom czy skargom pacjentów. Medycyna naukowa przesuwając się obecnie od domniemania ku pewności w diagnozowaniu wielu chorób. Możemy oczekiwać stałego nurtu osiągnięć naukowych i technologicznych, które stopniowo zrealizują opanowywanie fizycznych procesów życia ludzkiego. Potężne siły jeszcze opierają się integralnemu pojmowaniu zdrowia, ludowa kultura północnoamerykańska odwraca społeczną świadomość śmierci przez gloryfikację sportu, manipulację doznaniem seksualnymi i insynuacją stopniowej akceptacji przez opinię publiczną samobójstwa oraz „mordu z litości”. Philibert wskazuje na publikacje uznające wiarę religijną i modlitwę za sprzyjające zdrowiu oraz wyzdrowieniu; uważa, iż jesteśmy w zwrotnym punkcie kulturowo-etycznym dla całego świata. W Pierwszym Świecie medycyna poszukuje nie tylko zwalczania źródeł choroby czy naprawienia wadliwych organów, ale również wspomaga rodziców w uzyskiwaniu „idealnego” potomstwa. Ta „naukowa” wizja medycyny natrafia na poważne ograniczenia i bezustannie rosnące koszty zabiegów technologicznie daleko posuniętych, wykluczanie ubogich, coraz bardziej bezosobowy charakter relacji między troszczącym się a pacjentem.

Erio de Rosny SJ, związany od 1957 r. z Kamerunem (wykładowca, prowincjał zakonny) dostrzega granicę między medycyną „naukową”, którą nazywa „medycyna szpitalna”, a podejściami „tradycyjnymi”; zresztą, ta pierwsza również ma swoje tradycje i z kultur ludowych czerpała formy terapii oraz ich logikę. Kameruńscy praktycy stwierdzają, że nie kierują się własną „sztuką”; uznają się za wykonawców całej hierarchii potęg niewidzialnych: przodków, bóstw i samego Boga. W przeciwstawieniu do tej usakralnionej wizji choroby i uzdrowienia medycyna szpitalna pozostaje całkiem zeświecczona, uzależniona od kompetencji klinicysty. W Kamerunie chory jest przede wszystkim członkiem swej rodziny: to nie jednostka odizolowana jest chora, ale cała jej rodzina. Gdy w szpitalu rodzina chorej dziewczyny nadmiernie hałasowała po spożyciu alkoholu, przeszkadzając w zabiegach, „trady-praktyk nganga” oburzył się: „Czyż nie widzicie, że przez waszą córkę to o was się troszczę?” Gdy zabiegi o uzdrowienie stają się znakiem cywilizacji, a niekiedy obsesją, to de Rosny dostrzega tam trzy zbiory poświęcone zdrowiu: medycynę właściwą, wielką różnorodność praktyk synkretycznych, puściznę tradycji ancestralnych – te ostatnie przechowują homogeniczność, tożsamość i pewną skuteczność, czego dowodem jest ich zadziwiająca długotrwałość.

Krytyką medycyny naukowej oraz kwestią przyciągania alternatywnych metod terapeutycznych na Zachodzie zajmuje się Michael Nüchtern z Ewangelicznego Ośrodka Kwestii Światopoglądowych w Berlinie. Przypomina, że coraz bardziej możliwe staje się rozwinięcie życia ludzkiego poza ciałem matki; sama śmierć, ongiś zjawisko, które należało akceptować, dzięki intensywnej terapii stała się procesem dającym się opanować, który można przedłużyć bądź skrócić. Co było w strefie przeczna-

czenia i natury, stało się przynależne do cywilizacji, zatem do działania medycznego lub jego braku. Teologia i religia rozróżniają uzdrowienie i zbawienie. Zbawienie może być tam, gdzie nie ma uzdrowienia; uzdrowienie może wystąpić tam, gdzie nie ma zbawienia. Zbawienie często kryje się pod swym przeciwieństwem, uzdrowienie jest zawsze widzialne. Doświadczenie zbawienia przerywa doświadczenia codzienności, uzdrowienie poprawia je i intensyfikuje.

Podążając śladem Jezusa i w imieniu Jezusa, Kościół nie zaprzestawał wyłaniania symbolicznych gestów zbawienia, obejmując somatyczne, psychiczne i duchowe wymiary bytu ludzkiego – w części drugiej wskazuje edytorial. Przez praktyki uzdrowienia, egzorcyzmów i ochrony przed plagami naturalnymi Kościół potrafił przeprowadzać inkulturację orędzia chrześcijańskiego. Jednakże może tam zaistnieć ryzyko „manipulowania” mocami boskimi.

Czołowy francuski historyk Kościoła Jean De l u m e a u, dobrze znany u nas, w pasjonującym studium dotyczącym religii w obliczu nieszczęścia i choroby na Zachodzie sprzed ery przemysłowej wskazuje, że do zrozumienia tego niezbędne jest prawdziwe przesunięcie się w świat, który już nie jest naszym. Przytacza luterzańską egzorcyzację ognia pojmowanego jako byt, wydrukowaną w Królewcu w 1715 r., ale funkcjonującą nawet około 1925 r. w rejonie Magdeburga: „Mocą Boga, który wszystko uczynił i stworzył, nakazuję ci, Ogniu, trzymać się spokojnie i nie posuwać się naprzód... Tak więc, Ogniu, powściągnij swe namiętności... Rozkazuję ci, Ogniu, uspokój swą żarliwość”. Z kolei mieszkańcy podalpejskiego Chamonix w XVII w. uciekali się do egzorcyzacji „góh lodowych”, zstępujących w doliny i zagrażających ich domom oraz uprawom, najwyraźniej upełnomocnionymi egzorcyzmami byli kolejni biskupi z Genewy-Annecy: utrzymywano, że po udzieleniu stosownych błogosławieństw lodowce cofnęły się o ćwierć mili od miejsca, do którego dotarły wcześniej. W diecezji Agen u schyłku XVII w. rytuał rzymski przewidywał modlitwy w celu wypłoszenia z upraw winorośli szkodliwych stworzeń, wywołania deszczu lub pięknej pogody, położenia kresu zarazom czy głodom, rozproszenia burz; w tym ostatnim przypadku obowiązywały egzorcyzmy (bicie w dzwony kościelne, procesje wokół kościoła lub w jego wnętrzu) – w modłach przywoływano Chrystusa: „Racz rozproszyć i zniszczyć chmury, które zakłócają powietrze przede mną, poza mną, nade mną, z prawej i z lewej – niech moc bezbożna i demoniczna, która nimi kieruje, osłabnie i pójdzie w rozsypkę”.

W Walii pod koniec XVI w. żegnano się zamykając okna, wychodząc rankiem z domu, odchodząc od bydła – zresztą niekiedy chrzczono psy, konie, owce. Zarządzenie królewskie nakazywało wkładanie hostii do ust: bywało bowiem, że hostię zabierano, by ją pokruszyć i rozsypać w ogrodzie celem zniszczenia gaśienic. Jak długo grupa ludzka nie osiągnie trwałego zdominowania zjawisk przyczyniających się do zakłócenia jej bezpieczeństwa, jak długo prawdziwe przyczyny naukowe nie docierają do niej

w następstwie jej poziomu kulturowego – wszelki zewnętrzny wkład religijny jest obojętnie reinterpretowany jako funkcja modelu magicznego.

Ale nadszedł czas, że zachodnie społeczeństwo poczęło mniej zwracać się ku religii w chronieniu się przed zagrożeniami doczesnymi: od XVIII w. następując, z późniejszym nasileniem, „laicyzacja poczucia bezpieczeństwa”. Delumeau daje ciekawy przykład: aby oddalić burze w krajach katolickich od wieków uruchamiano dzwony kościelne. Ale w XVIII w. Franklin odkrył elektryczność i wynalazł piorunochron – zorientowano się, że dzwonnicy byli uprzywilejowanymi ofiarami piorunów. W 1787 r. parlament paryski zabronił na terenie swej jurysdykcji wszelkiego bicia w dzwony podczas burzy.

Francuski patolog i prawosławny teolog Jean-Claude Larchet – podejmujący kwestię związków choroby, cierpienia i śmierci z grzechem pierworodnym – wskazuje, że Ojcowie Kościoła jednomyślnie odnoszą chorobę, cierpienie i śmierć do grzechu pierworodnego. To w osobistej woli pierwszego człowieka, w złym spożytkowaniu przezeń swobody należy szukać źródła chorób, ułomności, cierpienia i śmierci, jak też wszelkiego zła dotykającego dziś rodzaj ludzki. Zło – utrzymuje teolog – rozszerzyło się o tyle szybciej i aktywniej, że diabeł, kiedy podporządkował się mu Adam, wziął władzę nad człowiekiem i uzurpował przywileje przez Boga przyznane człowiekowi, gdy go czynił władcą wszelkiego stworzenia. W następstwie grzechu Adama chorobę produkowały i reprodukowały, rozwijały i zwielokrotniały, a czasem nawet ucieleśniały „potęgi mroków i niegodziwości” – demony, które stały się, „jak to konstatuje wielu Ojców Kościoła”, jednym z głównych źródeł chorób, ujawniając się przeważnie pośrednio, choć niekiedy bez mediacji, jak w przypadku opętania.

Ale – zaznacza patolog – te tradycyjne ujęcia okazują się kłopotliwe dla niejednego teologa chrześcijańskiego przez rozżew w odniesieniu do naukowych teorii nowoczesnych. Jest nieprawdopodobne, by ludzkość miała jeden konar i wywodziła się od jednego człowieka, ponadto choroby, cierpienia, deformacje i śmierć mają przyczyny całkowicie identyfikowalne i nierozłączne od samego życia. Wschodni Ojcowie Kościoła uważają, że dziedzicznie przenoszone są jedynie następstwa grzechu pierworodnego jak śmiertelność i podatność na grzech – nie dostrzegają bezpośredniej więzi między chorobą czy cierpieniem a osobistym grzechem tego, kogo one dotyczą. Niewinni i święci mogą ulegać poważnym chorobom i wielkim cierpieniom, podczas gdy grzesznicy mogą przejść przez życie w dobrym zdrowiu bez cierpień.

Sytuując się w perspektywach świata antycznego, wszędzie upatrującego demony, niemal wszyscy Ojcowie Kościoła podejmowali tematykę egzorcyzmów – wskazuje Patrick Dondelinger, wykładowca antropologii obrzędów w Paryskim Instytucie Katolickim. W późnym średniowieczu egzorcyzmy wobec opętanych ustępowały na rzecz pobożności osobistej: przeobrażenie wewnętrzne wysuwało się ponad wypędzenie diabła zewnętrznego. Odrodzenie wniosło trwogi i przemoce, a wewnętrzne napięcia przejawiały się eksterioryzacyjnie w polowaniach na czarownice, po których

nastąpiła „interioryzacyjnie” masowość przypadków nawiedzania. Z czasem egzorcyzmy zeświecczyły się, przez magnetyzmy XVIII w. i hipnotyzmy XIX w. docierając do psychoanalizy i dalszych terapii XX w. Terapie odmieniły się, bowiem zmienił się człowiek Zachodu. Z holistycznej somatyzacji wyrażanie cierpień człowieka przesunęło się ku zracjonalizowanej werbalizacji, której odpowiada naukowa terapia: jako narzędzie zdrowia psychicznego i fizycznego zastąpiła ona obrzęd religijny. „Wewnątrzkościelne polemiki wokół egzorcyzmów, podtrzymywane przez bojową mniejszość lękającą się porzucenia antycznego zaklęcia diabła na rzecz modlitw bardziej przystosowanych do wyobrażenia zła we współczesnej kulturze zachodniej i współczesnej teologii, mogły przyczynić się do powolności reformy rytuału egzorcystycznego, który pozostaje jednym z nielicznych obrzędów, dla jakich nie promulgowano jeszcze rytuału przeobrażonego w duchu Vaticanum II. Sytuacja ta zaświadcza o szczupłości miejsca, jakie we współczesnym Kościele katolickim zachodnim zajmuje pozyskiwanie zdrowia psychicznego i społecznego za pośrednictwem obrzędu religijnego.

Kristiaan Depoortere, profesor teologii pastoralnej w Louvain, rozważa ostatnie przeobrażenia odnoszące się do namaszczenia chorych. W belgijskiej Flandrii, do 1960 r. dominująco katolickiej, większość księży parafialnych słabo zna problemy namaszczenia, zresztą chorych szybko przenosi się do szpitali. W ciągu stuleci bezustannie kwestionowano redukcję namaszczenia chorych do sakramentu dla umierających – domagano się namaszczenia chorych i modlitwy o wyzdrowienie integralne, zatem łącznie z fizycznym. W miarę wydłużania życia ludzie dłużej pozostają chorzy, a to niekiedy oznacza wydłużanie cierpień. Dla większości chorych-wierzących sakrament chorych pozostaje ostatnim namaszczeniem: na to wpłynęła malejąca praktyka religijna oraz katecheza szkolna, nie zwracająca szczególnej uwagi na sakramenty i liturgie.

Sakrament pojednania jest na Zachodzie w kryzysie: wielu katolików, nawet praktykujących, nigdy nie udaje się do indywidualnej spowiedzi. W przybliżaniu terminu namaszczenia niektórzy widzą naruszenie tabu wokół śmierci. Namaszczenie udzielone gdy nie ma zagrożenia śmiercią – co ewoluuje czasem ku uczczeniu „czwartego wieku” – pozwala uniknąć osobistej konfrontacji z faktem własnej śmiertelności.

Niektórzy uważają, że obecnie eschatologiczne wymiary wiary chrześcijańskiej nie posuwają się zbyt daleko: ludzie instynktownie domagają się „rytu przejścia” zwłaszcza na ostatnią podróż – a tego pozbawia ich przedwczesne namaszczenie. Teolog dostrzega „spowszednienie” sensu wiatyku i twierdzi, że w płaszczyźnie antropologicznej ostatni sakrament nie działa jak ryt przejścia, domaga się sakramentu chorych, który mógłby skutecznie okazać się rytym przejścia, oczekuje współdziałania między naukami o człowieku a religią, między psychoterapią a religijnym towarzyszeniem. Ludzie póki są zdrowi, odsuwają kwestię winy, poczucie winy prawdziwej lub urojonej występuje u chorych, zwłaszcza gdy wyczuwają, że nie pozostało im wiele czasu na „dojrzewanie ku przebaczeniu”.

Depoortere uważa, że błogosławieństwo udzielane umierającym jest aktem liturgicznym wymagającym kapłana, ale nagłość sytuacyjna może doprowadzić każdego wierzącego do podjęcia właściwych odpowiedzialności w chwili bliskiego umierania. Obecna konfiguracja służby zdrowia w Europie Zachodniej z jej ogromną technicyzacją nie daje miejsca na wiatyk jako ostateczny ryt liturgiczny.

W części trzeciej zarysowano wielorakie praktyki nowatorskie uzdrawiania: wskazano na Kościoły niezależne, często synkretyczne, łatwo docierające do społeczności, które nie odnalazły „zbawienia” poszukiwanego w praktykach wielkich Kościołów historycznych.

Ks. Matthew Schoffeleers – przez trzydzieści lat misjonarz i wykładowca w Malawi, później wykładowca antropologii religii w Amsterdamie i Utrechcie – uważa, iż dawne Kościoły misjonarskie nie potrafiły ukształtować posługi skutecznego uzdrawiania: misjonarze chrześcijańscy na ogół uważają, że synkretyzmu nie można posuwać aż po dzielenie wraz z ich owieczkami wiary w czarodziejstwo i inne siły mistyczne, mające powodować choroby oraz towarzyszące im nieszczęścia. W rezultacie „chrześcijanie misyjni” zmuszeni są do szukania gdzie indziej pomocy. Ogólnie w kontekście afrykańskim nie można osiągnąć autentycznego i trwałego uzdrowienia, jeśli nie podejmię się – poważnie i na sposób adekwatny – podstawowej przyczyny zła, tzn. czarodziejstwa. Większość Kościołów misyjnych i pewne niezależne Kościoły afrykańskie (Independent African Churches zmieniły przed kilkoma laty swą zbiorową nazwę na: International African Churches, Międzynarodowe Kościoły Afrykańskie; pozwoliło to zachować nienaruszony skrót angielskiej nazwy całej „rodziny”) najzwyczajniej odrzucają czarodziejstwo, tym samym przymuszając ludzi do życia na sposób schizofreniczny między dwoma różnymi światami. Czarodziejstwo, magia i wróżenie mogłyby okazać się przydatne jako paradygmat Szatana, jako owocny styk do wypracowania znaczącej doktryny grzechu i zła.

Kościoły ustanowione wolą pozostawiać prorokom-uzdrowicielom część swych zadań duszpasterskich, mających odnosić się do szkód wyrządzonych przez czarowników i duchy nieprzychylne. Schoffeleers charakteryzuje głośną z wczesnych lat osiemdziesiątych sprawę abpa Milingo z Lusaki: jego działalność uzdrowicielska była współdzielona przez tysiące proroków-uzdrowicieli w niezależnych Kościołach afrykańskich. Watykan odsunął Milingo od jego funkcji afrykańskich – być może zaniepokojony tym, że ogromny sukces Milingo przyczyni się do analogicznych ruchów w Afryce, nawet do poważnych schizm. Autor uważa, że dialog między chrześcijaństwem typu zachodniego a religią tradycyjną osiągnął punkt krytyczny w sprawie Milingo: raz jeszcze widać, że dialog wikła się w temacie etiologii afrykańskiej.

Zdaniem Schoffeleersa, Kościoły ustanowione mogłyby uznać wartość posługi uzdrowicielskiej, ale pozostawiając ją w rękach uzdrowicieli tradycyjnych oraz proroków-uzdrowicieli, jak to zresztą dzieje się w Afryce podsaharyjskiej; same wówczas

mogłyby zająć się walką z niesprawiedliwością społeczną. Innym rozwiązaniem byłoby ustanowienie podwójnego urzędu: posługi Słowa i Sakramentów, do której należałyby walka o sprawiedliwość społeczną – oraz posługi Uzdrawiania, sprawowanej przez świeckich i zajmującej się jednostką cierpiącą.

Nowymi praktykami kościelnymi uzdrawiania w Indiach zajmuje się Eliza Kup-pozhackel z międzynarodowej kongregacji Sióstr Misji Medycznej w Kottayam (Kerala). Służba zdrowia znalazła się tam na rozstajach. Nadmierna ufność przydawana rozwiniętej technologii, mania hiperspecjalizacji oraz rosnące koszty opieki medycznej przeobraziły ją w marzenie niedostępne dla milionów. Kościół w Indiach wniósł ogromny wkład w domenę zdrowia: opieka nad maluczkimi była jedną z głównych trosk misjonarzy od XVI w.; ubodzy często uciekali się do praktyk rytualnych i czarnej magii. Od 1956 r., gdy zakonnicom pozwolono na służbę położniczą i chirurgiczną, z inspiracji Kościoła zaczęły powstawać uczelnie medyczne, szkoły pielęgniarские i przyszpitalne ośrodki paramedyczne.

Służba zdrowia rozwinęła specjalizacje i megatechnologie na poziomie niedostępnym dla ogromnej większości społeczeństwa. Głównie leczono ciało, nie uwzględniając czynników psychoduchowych i społecznych: „Lekarz uważa, iż posiada wszelką wiedzę, a pacjent staje się biernym odbiorcą”. Nawet instytucje chrześcijańskie zaczęły przypominać przedsięwzięcia nastawione na produkowanie zysku. Poważna choroba drenuje finansowo rodzinę.

Obecnie rozpoczął się zwrot ku tradycjom i kulturowej spuściznie. W odróżnieniu od nowoczesnych systemów opieki, redukcjonistycznych i założonych na logice newtonowskiej, zabiegi tradycyjne są globalne i wspierają się o relacje między człowiekiem a naturą, które nie są relacjami eksploatorskimi. Terapie „niezmedykalizowane” wierzą w samoregulujący mechanizm ciała i w jego władzę uzdrowienia się od wnętrza. Medycyna staje się pomocą dla aktywizacji potencjału ciała; w miejsce chirurgii i wycinania chorych organów nowe formy terapii widzą w chorobie zakłócenie równowagi systemu, a w uzdrowieniu – przywrócenie tejże równowagi: „Leczy się osobę, nie zaś symptomy jej choroby”. Takie ujmowanie sięga trzech tysięcy lat wstecz.

Osobę ludzką uważa się za uczestniczącą – jako mikrokosmos – w egzystencji kosmicznej. Symfonia kosmiczna wyraża się nie tylko we wszechświecie, ale również w ciele ludzkim. Zdrowe ciało ludzkie wibruje harmonijnie zgodnie z własną naturą; po zniszczeniu tej harmonii powstają nierównowagi i różne choroby „gorące”. Indyjskie systemy uzdrawiania i przywracania harmonii nie dają się mierzyć narzędziami analizy, bowiem metody indyjskie wykraczają poza nauki empiryczne. Harmonia, równowaga, integracja, jedność oraz wzajemna więź wszelkich rzeczy i zjawisk charakteryzują indyjskie podejście do zdrowia, uzdrowienia, integralności. Zdrowie i duchowość stanowią jedność: jedno i drugie dąży do totalności, pełni życia, czystości oraz integracji – całością jest świętość.

Kościół podjął inicjatywy zdrowotne w czasie, gdy opieka zdrowotna wymagała szpitali. Dzisiaj świadomość orientuje się na nowe ujmowanie. Kościół oficjalny musi wyklarować swoją pozycję. Wyzwanie, jakie winien podjąć, to wiarygodnie zaświadczać o najwyższych wartościach zarówno Indii, jak też chrześcijańskiego dziedzictwa posługi uzdrowicielskiej.

Anneth Nyagawa Munga z Tanzanii, mająca święcenia kapłańskie luterńskiego Kościoła ewangelicznego, pracująca naukowo w zakresie teologii systematycznej na uniwersytecie w Lund, przedstawia podejście do choroby i uzdrowienia w tanzańskim Ruchu Uamsho, tzn. „przebudzenie”. W Afryce służby zdrowia rzadko równoważą częstotliwość chorób i niedomagań, na jakie cierpi ludność; poszukiwanie środków zapobiegawczych staje się ważnym elementem walki o przeżycie. Ruch tanzański stanowi część rewiwalistycznego ruchu wschodnioafrykańskiego zainicjowanego w latach dwudziestych (Kenia, Uganda, Rwanda, Burundi, wschodni Zair, południowy Sudan). Ruch składa się z lokalnych grup Kościołów protestanckich pod odpowiedzialnością świeckich „wanauamsho”, mężczyzn i kobiet – bez względu na status społeczny, narodowość rasę, tożsamość plemienną. Aktywności obejmują: śpiewy (kantyczki, chóry), modlitwy, wyznania grzechów, lekturę Biblii, kaznodziejstwo, niekiedy modlitwy za chorych i egzorcyzmy. W odniesieniu do „nawiedzenia” przez demony dają się wyróżnić dwa nurty: radykalny uznaje, że każdą dotkliwość, łącznie z chorobą, powodują demony – można zostać „nawiedzonym” przez zwykły kontakt z osobą już „posiadającą” demona; umiarkowany uznaje demony za możliwą – ale niekonieczną – przyczynę choroby. Nieobecność opieki boskiej też uchodzi za możliwą przyczynę: choroba występuje, bowiem Bóg na nią zezwala. Choroba jest więc realnością „w sobie” oraz brakiem czegoś dobrego.

Najwyższym uzdrowicielem jest Jezus Chrystus: śmierć na krzyżu to wyzwolenie z „potęg mroków”. Do uzdrowienia dochodzi albo przez zbiorową modlitwę, albo przez egzorcyzmy obejmujące: fazę przygotowawczą, modlitwy i skrucę, diagnozę, terapeutyczne odmawianie modlitwy w celu wypędzenia demonów, profilaktyczne kładzenie rąk na ścianach i na przedmiotach uprzednio wykorzystywanych przez osobę nawiedzoną. Środkowa faza diagnozy obejmuje swoistą dysputę między egzorcystą a demonami „przemawiającymi” przez gospodarza. Oto fragmenty niezwykłego zapisu. „Egzorcysta: Kim jesteście? Demony: A wy kim jesteście? E.: Jesteśmy służebnikami Pana Jezusa. D.: A myśmy legion. E.: Jak długo byliście w tej osobie? D.: Trzy lata [...] E.: W imię Jezusa, który wam nakazuje, opuśćcie tę osobę. D.: Nie odejdziemy. Dokąd mielibyśmy się udać? E.: Powróćcie do tego, który was wysłał”.

Autorka wskazuje, że większość dzisiejszych chrześcijan z trudnością godzi obraz Boga przyzwalającego na cierpienie, jakim jest choroba – z obrazem Boga czułego i życzliwego; nadmienienia o więzi między ogólnym ubóstwem i niedostatkiem służby zdrowia w większości krajów afrykańskich – a niesprawiedliwym porządkiem ekono-

micznym świata; upomina się o uwzględnienie doświadczeń kobiet, odgrywających zasadniczą rolę w trosce o chorych – kobiece atrybuty poświęcenia, cierpliwości i współczucia mogłyby wytwarzać przeciwwagę wizji Boga jako ojca surowego i nawet cieżącego. Problem: kto ma prawo wypędzać demony – doprowadził do ostrej kontrowersji w łonie zarówno kleru, jak też członków luterńskiego Kościoła ewangelicznego w Tanzanii. Autorka uważa, iż nie da się tego rozstrzygnąć na poziomie duszpasterskim: są to tematy dla uniwersyteckich debat teologicznych. Przez wyraźną koncentrację na problemach choroby i uzdrowienia Ruch Uamsho wnosi poważny wkład zarówno do chrześcijaństwa afrykańskiego, jak też do refleksji teologicznej w Afryce.

Całościowo, zeszyt przynosi wyraźną krytykę „medycyny uszpitalnionej i zmedyalizowanej”, którą dysponują kraje najwyżej rozwinięte, zresztą przede wszystkim w odniesieniu do warstw uprzywilejowanych finansowo. Autorzy ogólnie z sympatią i subtelnym zrozumieniem odnoszą się do praktyk medycyny tradycyjnej: wytwarza się swoista więź między dawnymi, nierzadko zapomnianymi ujęciami choroby w chrześcijaństwie – a przekazami niekonwencjonalnymi intuicyjnie przenoszonymi przez mądrości ludowe. Redaktorzy zeszytu uważają, iż także w krajach zachodnich daje się dostrzec sięganie po wszelkie formy uzdrowienia. Powiększa się zapotrzebowanie na egzorcystów, przed kilkudziesięciu laty przez niejednego spychanych na pobocze; narasta siła przyciągania uzdrowicielskich praktyk we wspólnotach charyzmatycznych; rozwija się zainteresowanie kościelnymi pielgrzymkami. Kościół znajduje się w obliczu prawdziwego wyzwania do podjęcia: zeszyt sygnalizuje teologom celowość rozważania wielorakich form uzdrowicielskich, teraz rozkwitających z całą mocą.

Na zakończenie przychodzi wskazać, co już bywało sygnalizowane: oto od jakże wielu lat polscy teologowie są nieobecni w „Concilium”.

Nie ma ich w sekcyjnych zespołach konsultacyjnych, w zespole dyrekcyjnym, w kręgu autorskim. Albo dla redaktorów poszczególnych zeszytów sekcyjnych polska teologia przedstawia zbyt niską wartość, by wśród jej reprezentantów szukać potencjalnych autorów dla poszczególnych, już uzgodnionych, tematów – albo też polscy teologowie dystansują się od czasopisma nieskwapliwie, o ile mi wiadomo, uznawanego w Kurii Rzymskiej. W każdym razie rezultaty są opłakane. Polski katolicyzm jako jedyny z większych – tzn. ponaddwudziestomilionowych – nie ma swojej edycji językowej (Kościół filipiński w swych dokumentach operuje językiem angielskim); wśród katolicyzmów paromilionowych i większych polska teologia jest chyba jedyną nieobecną, dawno prześcigniętą przez katolicyzmy takich krajów jak Nigeria, Botswana, Burkina Faso.

Michał Horoszewicz, Warszawa