

LAURI HONKO

## Kansanlääkintä kehityksen näkökulmasta

Kansanomaisiin menetelmiin perustuva ja länsimaisen teknomedisiinan ulkopuolelle jäävä parannustaito eli 'kansanlääkintä' on ilmiö, joka ei näytä menettävän ajankohtaisuuttaan lääketieteen teknologisen kehityksen myötä. Vaikka esimerkiksi pohjoismaissa terveydenhoitojärjestelmä on maailman kehittyneimpiä, löytyy sen liepeiltä jatkuvasti kansanparantajia, joista joidenkin asiakaspiirit ovat jopa laajempia kuin vuosisatamme alun kansanparantajien. Yleisesti ottaen voi kuitenkin arvailla — täsmällisiä tutkimuksia ei näet ole — kansanlääkinnän alan ja merkityksen melkoisesti kaventuneen pohjoismaissa tällä vuosisadalla. Tämä on normaali kehityspiirre maissa, joissa on koettu voimakas länsimaisen lääketieteen ja lääketieteellisuuden kasvu. Silti kansanlääkintä on jäänyt eloon joskin aloiltaan selvemmin erikoistuneena. Sitkeimmin näyttävät merkityksensä säilyttävän kansanomaiset psykoterapia, pääasiassa yrtteihin ja muihin luonnollisiin tai ei-synteettisiin aineisiin perustuva lääkehoito sekä erilaiset fysikaaliset hoitomenetelmät, hieronta ym. Kertooko tämä asiain tila jotakin lääketieteellisen terveydenhoitojärjestelmämme heikoista kohdista tai ehkä laajemminkin jonkinlaisesta kitkasta tai viipeestä ihmisen sopeutumisessa teknomedisiiniinseen kulttuuriin?

Ilmeisesti kysymykseen on vastattava osittain myöntävästi. Ihmissuhteena lääkärin ja potilaan suhde on aina koettu tärkeäksi: siinä potilas antaa kohtalonsa asiantuntijan käsiin. Kysymys on muustakin kuin teknisestä ammattitaidosta; lääkäriltä edellytetään ihmistuntemusta, myös potilaan yksilöllisten ominaisuuksien tajuamista ja hänen sosiaalisen tilanteensa arviointia. Ammattitaitoon ja kokemukseen perustuva auktoriteetti, hyvä potilaan tuntemus ja osuva analyysi tämänkertaisesta sairastumistilanteesta ovat lääkärille korvaamaton apu hänen lähtiessään hahmottamaan parantamisen strategiaa. Parantamisen perustilanne on tänään yhtä intiimi kuin 5000 vuotta sitten ja samanlainen kaikissa kulttuureissa teknologiasta riippumatta: ihminen

parantamassa ihmistä. Länsimaisessa kulttuurissamme potilaan odotukset ovat yhä tämän perustilanteen mukaiset. Ei ole näkyvissä mitään merkkiä siitä, että kiihkeästi odottaisimme aikaa, jolloin tietokone korvaa lääkärin. Pikemminkin valitellaan lääkärin potilaan kanssa käyttämän ajan riittämättömyyttä, koetaan hoidon persoonattomuus ja liukuhinnaa muistuttava koneellistuminen potilaan turvattomuutta lisäävänä tekijänä. Lääketieteen edistys on vienyt sairaalateknologian voimakkaaseen kehitykseen, lääkeaineiden jatkuvasti monipuolistuvaan tarjontaan ja samalla uusien hoitomahdollisuuksien löytämiseen useiden tautien kohdalla. Lääketeollisuus on taannut uusille tai uudennimisille lääkkeille massiivisen levikin, samalla kun se on tukenut uusien lääkeaineiden kehittämiseen tähtäävää tutkimusta. Lääketieteen kehityksellä on kuitenkin ollut selviä varjopuolia. Teknologia, jonka yksittäisistä edistysaskelista on aina iloittu, on paitsi pelastanut ihmisenkiä myös kasvanut esteeksi lääkärin ja potilaan mielekkäälle kanssakäymiselle. Kontaktivaikkeudet ovat lisääntyneet puolin ja toisin. Teknistymiseen liittyvä erikoistuminen, lääketieteen haarojen lukumääräinen lisääntyminen ja etäännyminen toisistaan ovat ratkaisevasti vaikeuttaneet potilaan terveystilanteen kokonaisvaltaista analyysia. Harva nykyajan ihminen voi enää nauttia tutusta, kotiinkin pistäytyvästä lääkäristä, sen sijaan yhä useammalla on kotonaan muhkea pilleriarsenaali. Lääkkeiden liika- ja väärinkäytöstä on tullut ongelma. Kun lisäksi joidenkin kansantautien saamista aisoihin on seurannut tilanne, jossa uudet kansantaudit nostavat sairastuvuus- ja työkyvyttömyyslukuja, ei teknomedisiinan taistelu terveytemme puolesta tunnu enää yhtä kiistattoman voitolliselta kuin joskus ennen.

Tätä taustaa vasten voi olla kiintoisaa kysyä, mikä tuo esimerkiksi pohjoismaissa potilaita kansanparantajien luo jatkuvasti siitä huolimatta, että terveydenhuollon taso on korkea ja että terveyspalvelujen alueellisesti ja sosiaalisesti entistä parempaan jakautumiseen on aktiivisesti pyritty. Tänään tilanne on olennaisesti toinen kuin joskus 1800-luvulla. Viime vuosisadan alussa Suomessa oli yksi lääkäri 40000 asukasta kohti ja vuosisadan päättyessä tuo suhde oli 1:7100. <sup>1</sup> Ensimmäinen kunnanlääkäri nimitettiin virkaansa v. 1882, ja nykyisiä lääninlääkäreitä vastaavassa piirilääkärijärjestelmässä oli v. 1883 virkoja yhteensä 53. Tarkemmista tutkimuksittakin on selvää, että lääkäripalvelut vielä viime vuosisadalla keskittyivät kaupunkeihin ja ylempiin varallisuusluokkiin. Kansanlääkintään turvautuminen oli pakko eikä vaihtoehto niin kuin nykyään.

<sup>1</sup> Kaarlo Hartiala, Folkmedicin och läkarna. Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa Siipyyssä 3. 8. 1977 pidetty esitelmä.

Pohjoismainen kansanrunousinstituutti (NIF) käynnisti pari vuotta sitten kansanlääkintään eli etnomediinaan kohdistuvan projektin, jossa pyritään muodostamaan kuvaa kansanparantajien asemasta ja merkityksestä sekä nykypäivänä että varhemmin eri pohjoismaissa. Tutkimuksissa tarkastellaan eräitä parantajapersoonallisuuksia ja paikkakuntia osaksi empiirisesti, osaksi historiallisesti. Norjalaisessa osatutkimuksessa on käsitelty Bergenin lääkäreiden suhtautumista kansanlääkintään ja osallistuttu erään sikäläisen kansanparantajan vastaanottoihin. Kiintoisa on havainto, että jokainen parantajan luo tuleva potilas on ensin käynyt yhden tai useamman lääkärin luona apua hakemassa. Kansanparantajaan turvaututaan vasta sitten, jos koulutetulta lääkäriltä ei ole saatu apua joko lainkaan tai ei riittävästi. Mistään sokeasta uskosta parantajaan ei ole kysymys, päinvastoin, potilas voi ainakin aluksi kohdistaa häneen samanlaisia epäilyksiä kuin niihin lääkäreihin, joiden luona hän on käynyt. Kuitenkin parantajan on saatava potilas luottamaan ja uskomaan kykyihinsä, muuten ei terapeutisia vaikutuksia voi syntyä. Tässä esimerkissä on kysymys kansanomaisesta psykoterapeutista, jolla on ns. ”voimakkaat kädet”: hänen kämmenistään ”säteilee” parantavaa vaikutusta ja hän itse todella uskoo tällaisten säteilyjen olemassaoloon ja tuntee ne käsissään. ”Säteilyt” ovat välineitä sekä taudin laadun määrittelyssä että hoidossa. Paitsi uskoa tarvitaan aikaa. Parantaja keskustele potilaan kanssa pitkään, muut jonottajat saavat odottaa. Hän paneutuu potilaan ongelmiin ja suhtautuu häneen ja hänen tautiinsa kuin tärkeimpään asiaan maailmassa.<sup>2</sup>

Ei tunnu luontevalta leimata tämäntapaisten parantajien hoitotuloksia täysin merkityksettömiksi, vaikka parannusmenetelmät ja tulosten kontrolli eivät olekaan lääketieteen normien mukaisia. On huomattava, että kansanparantajien luo kulkeutuvat pääasiassa ne, joiden tautoja lääkärit ovat pitäneet toivottomina tai — kuten useammin on laita — epämääräisinä, selittämättöminä, jopa vähäpätöisinä (esim. laboratoriotulokset eivät osoittaneet mitään vikaa). Tällaisten ”lääkärikirjan ulkopuolelle” joutuneiden potilaiden kohdalla kansanparantajan lähtöasetelma on edullisempi. Suhteellisen yksinkertaisella psykoterapialla hän voi nopeastikin onnistua kuroma umpeen sitä potilaan mielenrauhan repeilyä, joka alkoi tuloksettomilla lääkärinvastaanotoilla. Lääketieteen objektiivinen käsitys siitä, milloin ihminen on ”terve”, ja ihmisen subjektiivinen käsitys siitä, koska hän on ”sairas”, eivät suinkaan käy aina yksiin. Kansanparantajaa ei tuo objektiivinen

<sup>2</sup> Bente Alver, *Förtroende och bot. Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa* Siipyyssä 4. 8. 1977 pidetty esitelmä.

käsitys sido lainkaan samalla tavalla kuin lääkäriä. Hän voi kuunnella potilasta ja ottaa tämän oletukset tilastaan ja tilanteestaan huomioon parantamisen strategiaa suunnitellessaan.

Eräässä vuonna 1971 Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että yleisön suhtautuminen kansanparantajiin oli pikemminkin kiinnostunutta ja myötämielistä kuin kielteistä. 19 % kyselytutkimukseen osallistuneista oli itse ollut kansanparantajan potilaana, 55 % pystyi tuttavapiiristään osoittamaan henkilön, joka oli käynyt kansanparantajalla, 88 % hoitoa saaneista oli tyytyväinen tulokseen, 38 % katsoi kansanparantajien toiminnan lisäämisen aiheelliseksi, 26 % katsoi toiminnan voivan säilyä ennallaan ja 7 % piti toiminnan vähentämistä tarpeellisena.<sup>3</sup> Ruotsissa tekeillä olevan selvityksen mukaan maassa oli kaksi vuosikymmentä sitten ainakin 450 toimivaa kansanparantajaa, joiden asiakkaita oli yli satatuhatta. Tätä toimintaa rajoittava, tällä hetkellä voimassa oleva lainsäädäntö kieltää kansanparantajia hoitamasta tiettyjä tauteja (mm. tarttuvia tauteja, sokeritautia, syöpää) ja ns. ”suojattomia” potilaita (mielenvikaisia), samoin kielletään käyttämästä tiettyjä menetelmiä (anestesiaa, hypnoosia, sädehoitoa) ja yleensä menetelmiä, ”joista voi aiheutua vahinkoa”. Lisäksi laki ei hyväksy ympäri maata matkustavia eikä ulkomaalaisia henkilöitä kansanparantajien ryhmään.<sup>4</sup> Täysin kielteinen ei siis ole lainsäätäjänkään suhtautuminen Ruotsissa, jossa tämän alan lainsäädäntöä on viime vuosikymmeninä uudistettu enemmän kuin meillä.

Erikseen on mainittava kansanlääkinnän kaupalliset ja uskonnolliset muodot. Kotiseutunsa kansanperinteestä ja muilta parantajilta ammentamansa opin varassa toimiva kansanparantaja ei yleensä ole pyytänyt suuria palkkioita eikä raha juuri ole liikkunut tämäntapaisen sivuamatin harjoituksessa. Toisin on laita nykyaikaiseen kaupunkikuvaan kuuluvien terveyskauppojen, joiden tarjoilemat terveysravinnot ovat usein varsin kalliita. Ottamatta kantaa kyseisten ravintojen objektiiviseen vaikutukseen voidaan niiden todeta täyttävän kaikki placebo-lääkkeen ehdot: ne ovat kallishintaisia, ulkomailta tuotettuja, kauniissa pakkauksessa ja niitä myyvä henkilö uskoo itse niiden tehokkuuteen. Tällaisten seikkojen on todettu lisäävän placebo-lääkkeen tehoa, joka teho ei perustu lääkkeenä tarjotun aineen vaikutukseen vaan sen naut-

<sup>3</sup>Birgitte Rörbye, Nutidig folkmedicin. Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa Siipyyssä 4. 8. 1977 pidetty esitelämä.

<sup>4</sup>Uncas Serner, Samhällets och lagstiftarens inställning till folkmedicinen. Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa Siipyyssä 3. 8. 1977 pidetty esitelämä. Lääkärin harjoittamiseen liittyvistä säännöistä ja kontrollista anglosaksisella taholla ks. Roy Wallis & Peter Morley (toim.), *Marginal Medicine* (London 1976), 10–18.

timisen yhteydessä syntyviin psyykkisiin vaikutuksiin.<sup>5</sup> Placebo-ilmiöllä on kaikessa kansanlääkinnässä ollut melkoinen merkitys, mutta sen tärkeään kaupalliseen hyväksikäyttöön voi olla aihetta suhtautua varauksellisesti.

Raamatullisten esikuvien mukaisesti monien uskonnollisten liikkeiden piirissä on pyritty parantamaan sairauksia rukouksen ja ”käsien päälle panemisen” avulla, onpa liikkeitä, joissa sairauksien torjuminen on muodostunut aivan keskeiseksi filosofiaksi. Viimeksi mainittuihin kuuluvat Kristillinen Tiede, Uusi Ajattelu ja scientologia, jotka ovat tunnetumpia Yhdysvalloissa ja Länsi-Euroopassa kuin pohjoismaissa.<sup>6</sup> Kristillisen Tieteen mukaan sairaudentila on harhaa ja perustuu väärin ajatuksiin; kun nämä korjataan, poistuu sairaus. Tämä ja eräät muut mentaalista parantamista julistavat liikkeet ovat monessa suhteessa enemmän tämän- kuin tuonpuoleiseen suuntautuneita, tyypillisiä kaupunkikulttuurin tuotteita; ne versoivat Uudessa Englannissa 1800-luvun lopulla. Liikkeen kirjallisuuden lueskelu ja liikkeen johtajan ehdoton kunnioittaminen ovat tärkeämpiä kuin esimerkiksi uskovien yhteys.<sup>7</sup> Myös helluntailaisuudessa on esiintynyt parantamista rukouksen, käsien päälle panemisen ja pahojen henkien karkotuksen avulla. Suurissa joukkokokouksissa esiintyneistä parantaja-evankelistoista tunnetuin on Oral Roberts, meillä Suomessa ehkä Tommy Hicks.<sup>8</sup> Viime vuosina kiinnostusta herättäneet hindulaisuuden valepukuun sonnustautuneet mutta länsimaisen markkinointitekniiikan läpituokemat gurut, mietiskelytekniikat ja stressistä irtipääsyä lupailevat piirit ovat paljolti juurtuneet juuri parantamisliikkeiden möyhentämään maaperään.

<sup>5</sup>Ks. esim. Arthur Jores, *Magie und Wunder in der Medicin*, Wilhelm Bitter (toim.), *Magie und Wunder in der Heilkunde*, Ein Tagungsbericht (Stuttgart 1959), 135. A. K. Shapiro, *The Placebo Effect in the History of Medical Treatment*, *American Journal of Psychiatry* 116 (1959), 298—304.

<sup>6</sup>Arthur E. Nudelman, *The Maintenance of Christian Science in Scientific Society*, ks. Wallis & Morley mts. 42—59 ja Seppo A. Teinonen, *Nykyajan lahkot* (Pieksämäki 1965), 75—99, Bryan Wilson, *Religiösa sektor* (Milano 1970), 141—166. 1950-luvun alussa scientologia pyrki olemaan uusi, tieteellisen psykoterapian muoto, mutta myöhemmin sen luoja L. Ron Hubbard irtaantui työvereistaan ja julistautui ehdottomaksi auktoriteetiksi hieman samaan tapaan kuin Kristillisen Tieteen johtaja Mary Baker Eddy aikoinaan. Samalla scientologia sai uskonnollisen liikkeen luonteenpiirteitä. Varhaisvaiheesta ks. Roy Wallis, *Dianetics: A Marginal Psychotherapy*, Wallis & Morley mts. 77—109. Yleiskatsaus mentaalisen parantamisen ja uskolla parantamisen vaiheisiin: John A. Lee, *Social Change and Marginal Therapeutic Systems*, ks. Wallis & Morley mts. 23—41, ja saman tekijän *Sectarian Healers* (Toronto 1970).

<sup>7</sup>Nudelman mts. 43—44. Teinonen mts. 83—84. Wilson mts. 144—152.

<sup>8</sup>Teinonen mts. 105—112. Kiintoisa empiirinen selvitys erään skottilaisen helluntaiseurakunnan suhtautumisesta sairauteen on Gillian Allenin ja Roy Wallisin *Pentecostals as a Medical Minority*, ks. Wallis & Morley mts. 110—137.

Kansanlääkinnän ja koulumediisiin rajavyöhykkeelle sijoittuvista ammatinharjoittajista kiintoisimpia ovat kiropraktikot, naprapatit ym., jotka lääkehoitoa ja kirurgisia toimenpiteitä välttämällä pyrkivät mm. hierontamenetelmillä poistamaan nivel-, lihas- ja hermokipuja. Heidän luokseen kulkeutuneet melkoisesti sellaisia avunetsijöitä, jotka ovat lääkärinvastaanotoilla turhautuneet. Esimerkiksi krooniset säröt, joista ei ole tehty varsinaiseen tautiin viittaavaa diagnoosia, ovat paitsi tavallisia ja kiusallisia myös melko alhaalla hoidettavien tapausten tärkeysjärjestyksessä. Eri maissa on keskusteltu mahdollisuudesta integroida kiropraktikoita terveydenhuoltojärjestelmään<sup>9</sup>, mutta ainakaan tällä hetkellä ei näytä siltä, että mikään akupunktuurin tapainen nopea läpimurto lääketieteeseen olisi odotettavissa heidän kohdallaan.

Kansanlääkinnän ja yleensä ns. marginaalisen mediisiin olemassaolo maissa, joissa länsimainen lääketiede ja sen mukainen sairaanhoito on edistynyt pisimmälle, on nähtävä kehityspiirteenä, joka saattaa paljastaa jopa aukkoja terveydenhuoltojärjestelmässämme. Voidaan kysyä, onko teknomediinamme edistyessään ja moniin haaroihin eriytyessään kenties joutunut tinkimään potilaan kokonaisvaltaisen hoitamisen periaatteesta. Kun lääketieteellinen psykoterapia sijoitettiin psykiatrian klinikoille, jonne ohjattiin ensisijaisesti psyykkisistä vaikeuksista kärsivät potilaat, jätettiinkö samalla valtaosa muista potilaista, ns. mieleltään terveet, vaille sellaista henkistä huoltoa, jonka tarve tuntuu lähes jokaisessa sairastumistilanteessa? Maallikon silmissä ihmisen hoitaminen näyttää paloittuneelta ja passiivista potilaskäyttäytymistä suosivalta. Kansanlääkintä, joka ei varmaankaan ole pitkän tähtäyksen kehitysvaihtoehto teollisuusmaissa, kertoo pelkällä olemassaolollaan koulumediisiin ylijäämäpotilaista ja mahdollisuudesta saada yksinkertaisella psykoterapialla, fysikaalisella hoidolla ja pääasiassa ei-synteettisiin luonnonrohtoihin perustuvalla farmakopealla hoitotuloksia, jotka potilas hyväksyy. Potilaan ja hänen elämänympäristönsä tuntemus, kyky vastata potilaan mieltä askarruttaviin kysymyksiin ja kokonaisvaltainen tarkastelu, jossa yksilöä ei katsella ryhmästä irrallaan eikä sairauksia jaeta psyykkisiin ja fyysisiin, ovat vanhastaan kuuluneet kansanparantajan roolin. Niinpä hänen toimintaansa taudin karkottajana on olennaisesti kuulunut potilaan kulttuurinen sopeuttaminen ja sosiaalisen ryhmän yhtenäisyyden palauttaminen. Tämän ulottuvuuden löydämme nykyään selvimpänä niissä maissa ja kulttuureissa, jonne länsimainen mediicina vasta tekee tuloaan ja joissa valtaosa väestöstä elää perinteellisen lääkintätaidon varassa. Niissä tilanne on päin-

<sup>9</sup>Walter I. Wardwell, *Orthodox and Unorthodox Practitioners: Changing Relationships and the Future Status of Chiropractors*, ks. Wallis & Morley mts. 61—73.

vastainen kuin meillä, missä kansanlääkintä on jo selvästi marginaalinen ilmiö.

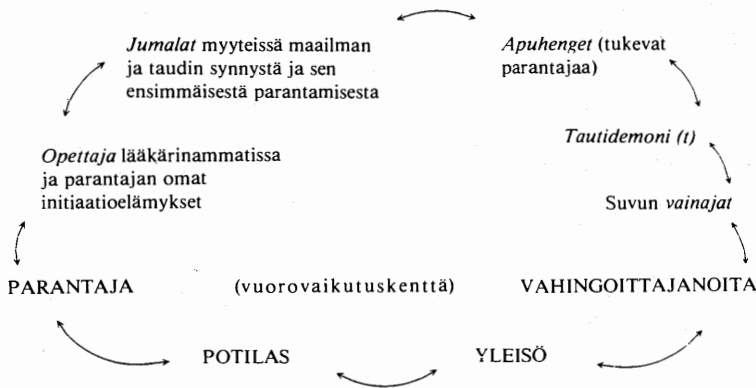
Noin kaksi kolmannesta maapallon väestöstä elää länsimaisen lääketieteen ja farmakopean ulottumattomissa. Perimätietoon pohjautuvalla kansanlääkinnällä on siten erittäin laaja kenttä hallussaan. Kun meidän teknomedisiinamme on sisällöltään yhtenäinen ja pätee sellaiseenaan maassa kuin maassa, ovat kansanlääkinnän traditiot paljon vaihtelevampia. Ne seurailevat varsin pitkälle ilmaston, luonnonympäristön, elinkeinojen, yhteiskuntarakenteen ja kulttuurin vaihteluja. Niinpä edellytyksemme ymmärtää kyseisiä traditioita ovat heikot, ellemme muista, että katselemme niitä kulttuurirajojen ja -erojen takaa, ja ellemme näe niiden kytkentöjä muuhun kulttuuriin ja paikallisiin oloihin. Esimerkiksi luonnonkansojen tai kirjoituksettomien kulttuurien parantaitoa on tutkittu paljon mutta miltei yksinomaan länsimaisten, siis ulkopuolisten tutkijoiden toimesta; näiden kulttuurien omat edustajat eivät ole siihen osallistuneet. Tämä on tuonut mukanaan vinoutumaa. Tutkittavien ihmisten maailmankuvaa ei ole otettu huomioon tai ymmärretty, kun on riennetty länsimaisen lääketieteen näkökulmasta etsimään syitä ”primitiivisten parantajien” menestyksekkäälle toiminnalle.

Luonnonkansojen medisiinan tutkimusta perustellaan joskus sillä, että monet länsimailla käytetyt lääkeaineet on alkuaan keksitty alkuperäisväestöjen farmakopeassa.<sup>10</sup> Tärkeimmät tuloksensa etnomedisiinainen tutkimus on kuitenkin saavuttanut tähän mennessä ns. funktionalistisen paradigman avulla. Parantamismenetelmät on siinä pyritty näkemään kulttuurijärjestelmän ja yhteiskuntarakenteen taustaa vasten. On oivallettu parantamistapahtuman sosiaaliset ulottuvuudet. Monissa kulttuureissa parantaminen on julkinen tapahtuma, todellinen sosiodraama, johon potilaan ja parantajan lisäksi osallistuu myös yleisö, so. perheen, suvun, ammattiryhmän, kyläyhteisön ja muiden

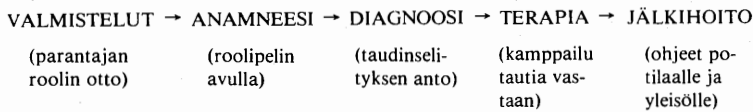
<sup>10</sup>Erwin H. Ackerknecht, Problems of Primitive Medicine, Bulletin of the History of Medicine 11 (1942), 512 ja Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine, Bulletin of the History of Medicine 19 (1946), 470—472. Henry E. Sigerist, A History of Medicine I (New York 1951), 201—205. Vrt. Lauri Honko, Uskontotieteen näkökulmia (Porvoo 1972), 53—54. Yleensä katsotaan, että ainakin neljännes kansanlääkinnän farmakopeasta on objektiivisesti tehokkaita lääkeaineita. Karl-Gustav Widén on arvioinut, että tällä hetkellä pohjoismaissa käytössä olevasta lääketieteellisestä farmakopeasta noin 46 % on sellaisia aineita, joilla on ollut suora tai epäsuora käyttö myös kansanlääkinnässä. Jotkut tieteellisen farmakopean lääkkeistä on keksitty niiden kansanlääkinnällisen käytön pohjalta, mutta on myös esimerkkejä siitä, että sama lääkeaine on keksitty koulumedisiinassa itsenäisesti ilman tietoa sen kansanomaisesta käytöstä. Ks. Widén, Folkmedicinska spår i gällande nordisk farmakopé, Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa Siipyyssä 4. 8. 1977 pidetty esitelmä.

tapauksen vaikutuspiiriin joutuneiden ryhmien edustajat. Ja parantamisrituaalin kautta läsnä ovat myös tuonpuolisten yhteisöjen edustajat, suvun vainajat, erilaiset henkiolennot ja tautien syntyyn ja historiaan vaikuttaneet jumalat. Voidaan sanoa, että koko se sosiaalinen kenttä, jossa potilas elää, sisältyy taudinkäsitykseen ja parantamisen filosofiaan. Niinpä itse parantamisaktissa tulee hyvin keskeiseksi parantajan suorittama analyysi potilaasta ja sairastumistapausta ympäröivästä sosiaalisesta tilanteesta. Parantaja ei tee analyysia yksin eikä yksityisesti vaan vuorovaikutuksessa parantamisnäytelmän kaikkien roolinhaltijoiden kanssa. Vaikka parantamisnäytelmällä on perinteinen kaavansa, ei sen kaikkia yksityiskohtia ja sen aikana tehtäviä johtopäätöksiä ole ennakolta lyöty lukkoon. Taudinselitys, tautitapauksen merkitys potilaalle ja yhteisölle ja monet muut seikat täsmentyvät olennaisesti sen tiedon pohjalta, joka muodostetaan roolipelissä, jonka ohjaajana on parantaja ja muina aktiivisina osanottajina potilas ja yleisö (tämänpuoliset ryhmät) ynnä supranormaali maailma (tuonpuoliset ryhmät ja roolihahmot).<sup>11</sup>

Sitä sosiaalista kenttää, jossa potilaan tilanne ja tautitapauksen merkitys arvioidaan, voidaan kaavamaisesti havainnollistaa näin:



Itse parantamistapahtuman prosessi voidaan pelkistää seuraavasti:



<sup>11</sup> Lauri Honko, Varhaiskantaist taudinselitykset ja parantamisnäytelmä, ks. Jouko Hautala (toim.), Jumin keko (Forssa 1960), 91–103, ja Botningsakten och kulturell anpassning, Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa Siipyyssä 4. 8. 1977 pidetty esitelmä.



Päärooli tässä sosiodraamassa on parantajalla, joka toimii välittäjänä tämän- ja tuonpuolisen maailman välillä. Parantajan kyky perustuu niihin tietoihin ja taitoihin, jotka hän omaksui opettajansa, yleensä vanhemman parantajan, ohjauksessa tai joita hän sai omissa initiaatiovisioissaan vaeltaessaan näyssä tai unessa henkiolentojen parissa. Tässä vaiheessa parantaja sai ammattinsa kannalta tärkeimmät tiedot parantamisen filosofiasta, tautien alkuperästä ja synnystä aikojen alussa, tautien ensimmäisestä parantamisesta, häntä tukevista apuhengistä ja myös vastustajista, tautidemoneista ja vahingoittajanoidasta, joka saattaa tehdä tyhjäksi hänen parantamisyrityksensä. Lisäksi parantaja oppi käytännöllisissä harjoituksissa ne tavat, joilla tauteja sääteleviin voimiin voidaan olla yhteydessä. Erityisen tärkeä oli initiaatiovision, ensimmäisen itsenäisen tuonpuoliseen maailmaan suuntautuvan retken tarjoama elämymalli ja ensimmäisen sosiaalisesti hyväksytyyn parantamisaktin antama kokemus.<sup>12</sup> Niissä tieto jäsenyi toimintakokonaisuudeksi, joka alkoi toimia mallina myöhemmissä parantamistehtävissä. Näin parantajalla oli sekä yleinen, opittu että yksityinen, koettu mytologiansa, joita hän saattoi tehtävän ja tilanteen mukaan soveltaa.

Parantaja ammentaa siis huomattavan osan pätevydestään nimenomaan sen kulttuurisen järjestelmän hallinnasta, joka koskee tauteja ja niiden parantamista. Tämä järjestelmä toimii parantamistapahtumassa koodina; sen erikoistuntija on parantaja mutta pääpiirteissään sen hallitsevat myös potilas ja yleisö. Toinen parantajan keskeinen pätevyysalue on potilaan ja häntä ympäröivien sosiaalisten suhteiden tuntemus. Parantamisseremonia on muutakin kuin perinteellisen riittikaavan toistamista, se edellyttää aina myös eläytymistä tautitapauksen uniikkeihin piirteisiin sekä supranormaalina että sosiaalisen maailman kannalta, toisin sanoen analyysia tästä tautitapauksesta ja sen merkityksestä. Ja tuo analyysi syntyy sosiodraaman kaikkien osanottajien aktiivisen vuorovaikutuksen tuloksena.

Yksi kansanlääkinnän ja teknomediinan eroista on taudin etiologian, alkuperän ja syyn selittämisen merkityksessä. Meidän nykyaikaisessa lääketieteellisessä sairaanhoidossamme voidaan oireiden perusteella hoitaa vaivoja, joiden alkuperää ja syytä ei tunneta. Kansanlääkinnässä taudin syyn selvittäminen ja alkuperän osoittaminen on välttämätön edellytys kaikelle terapialle. Niinpä taudinselitys saa keskeisen aseman: se toimii kulttuurisena luokitusjärjestelmänä, jonka avulla

<sup>12</sup> A. A. Popov, *Wie Sereptie D'aruoskin zum Schamanen erwählt wurde*, ks. Vilmos Diószegi (toim.), *Glaubenswelt und Folklore der sibirischen Völker* (Budapest 1963), 149—159, ja Honko, *Uskontotieteen näkökulmia*, 193, 198—199.

outo ja levottomuutta herättävä ilmiö, sairastuminen, kanavoidaan tunnettujen ja hallittavissa olevien ilmiöiden yhteyteen kuten taudinimityksiin ja myytteihin, jotka kertovat taudin ensimmäisestä esiintymisestä aikojen alussa ja siitä, kuinka parantajajumala voitti kamppailun tautia vastaan ja perusti ne menetelmät, joita parantaja vielä tänä päivänä soveltaa.<sup>13</sup>

Sosiodraamaksi luonnehtimani parantamisriitin keskeinen tulos on potilaan kulttuurinen sopeuttaminen ja häntä ympäröivän sosiaalisen ryhmän reintegraatio. Sairastuminen on synnyttänyt ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta; potilas käy yhä avuttommaksi, häntä ympäröivät ihmiset pohdiskelvat taudin syitä ja seurauksia kukin tahollaan. Nämä disintegratiiviset tendenssit johtavat puutteelliseen kommunikaatioon ja ristiriidan aiheiden kasautumiseen. Kulttuurinen sopeutuminen tilanteeseen on huono: ollaan vailla koodia. Tässä yhteydessä parantamisriitin kaava tarjoaa sopivan kielen, jolla voidaan käsitellä syntyneitä ristiriitoja ja ohjalla esiin nousseita tunteita sosiaalisesti turvallisempaan uomaan. Potilas kokee ”korjaavan tunne-elämyksen”<sup>14</sup>, hänen idiosynkraattiset konfliktinsa ja puolustusmekanisminsa muuttuvat kulttuurisesti tavanomaisemmiksi ja sosiaalisesti hyväksyttävämmiksi. Sairauden tuottama kriisi yhteisössä poistetaan aktiivisella ja kollektiivisella osallistumisella parantamisprosessin eri vaiheisiin: potilas ja yleisö myötävaikuttavat anamneesiin, ottavat vastaan ja hyväksyvät diagnoosin, seuraavat kiinteästi parantajan kamppailua tautia vastaan, kokevat katharsiksen epävarmuuden väistyessä lopullisesti parantajan nujerrettua taudinaiheuttajan ja palaavat arkipuuhiinsa vakuuttuneina siitä, että sairastumistapauksen syy ja merkitys on paljastettu, potilas parannettu ja normaali elämänjärjestys palautettu.

Psykoanalyysin kielellä on sanottu, että ”parantajan alitajunta puhuu hänen potilaansa alitajunnalle ja kiertää tietoisuuden... välttämien siten vastarinnan, joka olisi herännyt, jos tietoisuus olisi tullut väliin”.<sup>15</sup> On totta, että parantamisnäytelmän roolipeli tarjoaa mahdollisuuksia puhua potilaan yksityisistä ja sosiaalisista ristiriidoista periaatteessa avoimesti, asianosaisten läsnäollessa, mutta kuitenkin epäsuorasti, ”sairastumisen ja parantumisen kielellä”. Eikä ristiriidoista vain puhuta vaan niitä myös muovataan sosiaalisesti parempaan suun-

<sup>13</sup> Lauri Honko, Maailmanjärjestyksen palauttamisen aate parannusriiteissä, Verba docent, Juhlakirja Lauri Hakulisen 60-vuotispäiväksi (Helsinki 1959), 599—611.

<sup>14</sup> George Devereux, Cultural Thought Models in Primitive and Modern Psychiatric Theories, Psychiatry 21 (1958), 359—374.

<sup>15</sup> Oskar Pfister, Instructive Psychoanalysis Among the Navahos, Journal of Nervous and Mental Diseases 76 (1932), 251.

taan. Yksityiset pelot ja epäilykset menettävät merkityksensä. Läsnaolioiden tunteet ohjautuvat samaan uomaan, potilas saa kokea ympäristön lojaalisuuden ja tuen edellyttäen että hän tunnustautuu sen kulttuurisen koodin kannattajaksi, jonka parantaja on taudinselityksensä valinnut. Perustilanne on sama riippumatta siitä, onko valittu ekstrapunitiivinen koodi (ulkopuolinen vahingoittaja tunnistetaan ja tuhotaan) vai intrapunitiivinen koodi (potilaan ja yleisön normirikokset paljastetaan ja sovitetaan). Potilas ja häntä ympäröivä sosiaalinen ryhmä löytävät parantajan johdolla yhtenäisen ja yhteisen suhtautumistavan sairaustapaukseen ja sosiaalinen integraatio palautuu.

Äsken sanottu koskee sitä kulttuurisen sopeutumisen muotoa, jota voisi nimittää 'mikrosopeutumiseksi', koska kysymyksessä on aina yksittäistilanne ja suhteellisen lyhyt ajanjakso. Mikrosopeutumisen kuvausta hallitsee tasapainomalli: elämänjärjestyksestä ilmaantuu yllättäen häiritsemään tauti, lyhytaikaisen kriisin jälkeen elämä palautetaan parantamisriitin avulla normaaliin uomaansa. Funktionalistista paradigmaa soveltavat tutkimukset liikkuvat usein — ja tehokkaimmin! — mikrotasolla; niissä ei yleensä harrasteta leveästi pohjustettuja ja systemaattisia vertailuja ja niiltä puuttuu niin historian kuin kehityksenkin perspektiivi. Tästä syystä funktionalismia on vahvanlaisesti arvosteltu. Esittämäni parantamisrituaalin sosiodraaman pelkistys on yleistys, jonka tueksi voi esittää suuren joukon mikrotason esimerkkejä eri puolilta maailmaa,<sup>16</sup> ts. sillä on tiettyä yleispätevyyttä, vaikkei se tietenkään pyrikään kattamaan kaikkia parantamisen muotoja ja tekniikkoja. Samalla se on malliesimerkki siitä, mihin etnomedisiininen tutkimus voi funktionalistisen paradigman turvin päästä. Mutta jos tästä halutaan jatkaa, on siirryttävä toiseen, nimittäin kehityksen paradigmaan ja tarkkailtava kulttuurista sopeutumista makrotasolla sekä kulttuurinsisäisten että kulttuurienvälisten vertailujen näkökulmasta. Tällöin tarkastelun kattama alue ja aikaväli yleensä laventuvat ja mikrotason havainnot saavat ympärilleen sekä historiallisen taustan että tulevaisuuden ennusteen: ne sijoittuvat kehityksen perspektiiviin. Tämän näkökulman soveltamisen etnomedisiiniseen tutkimukseen on tehnyt erityisen ajankohtaiseksi kehitysmaissa hahmottuvien kehitysstrategioiden esiin nostama konkreettinen tutkimustarve.

Monissa kehitysmaissa terveydenhuolto kamppailee tällä hetkellä ongelmien kanssa, jotka johtuvat perinteellisen kansanlääkinnän ja modernin länsimaisen lääketieteen huonosta yhteensopeutumisesta. Yh-

<sup>16</sup> Ari Kiev (toim.), *Magic, Faith, and Healing* (Glencoe 1964), passim. Honko, *Varhaiskantaaiset ...*, 64—99.

täältä kehitysmaihin kohdistuu modernisaation paine: niiltä odotetaan ja ne itse odottavat yhä täysipainoisempaa osallistumista yleismaailmalliseen kulttuuriin ja tieteseen, jonka muodot ja ehdot määräytyvät miltei yksinomaisesti teollisuusmaissa. Toisaalta niitä kannustaa omaehtoisen kehitystien ideologia: oman kulttuurin elvytys, suunnittelu ja kehittäminen edellyttää mm. mahdollisuutta suhtautua valikoivasti universaaliseen kulttuuriin ja tieteen tarjontaan. Karut taloudelliset ja ekologiset tosiasiat asettavat tässä suunnittelun ensimmäiset rajapyykit. Omalta kohdaltamme tiedämme, miten lääketeollisuus on leimannut terveydenhoitomme kehitystä. Onko näköpiirissä aika, jolloin samat farmakopean resurssit asetetaan kolmannen maailman käyttöön? Kolminkertaistetaanko lääketuotanto, jotta ne maailman väestön kaksi kolmannesta, jotka nyt ovat länsimaisen lääkehoidon ulottumattomissa, saataisiin sen piiriin? Nämä ovat hankalia taseita poliittisesti, taloudellisesti ja ekologisesti. Jos lääkkeiden saannin hintana on poliittinen ja taloudellinen riippuvuus ja sivuvaikutuksina ekosysteemiin sopeutumattomien lääkevalmisteiden tuottamat häiriöt, väestönkasvun kiihtyminen ja ravintotilanteen vaikeutuminen, niin toimenpiteet vaativat kokonaisvaltaisempaa harkintaa. Ongelmien ratkaisua on etsittävä osana maakoh- taista tai laajempaakin ihmisten perustarpeiden tyydyttämiseen tähtäävää kehitysstrategiaa.

Köyhyys lienee painavin niistä tekijöistä, jotka näyttävät takaa- van kehitysmaiden perinteellisen kansanlääkinnän tuntemalle farma- kopealle mahdollisuuden osoittaa vielä kerran, mihin se kelpaa. Kun taloudelliset resurssit eivät riitä lääkkeiden massiiviseen tuontiin ja kun eräät avustusjärjestöt joutuvat sulkemaan sairaaloitaan länsimaisen inflatorisen palkkakehityksen ja lääkkeiden hinnannou- sujen vuoksi, alkaa huomio uudestaan kiintyä niihin perinteellisiin luonnonrohtoihin, joiden varassa laajat väestöryhmät yhä joko ko- konaan tai osittain ovat. Mahdollisuus integroida perinteellistä ja modernia lääkintätaitoa tulee todella vakavasti otettavaksi vaihto- ehdoksi terveystaloudellisessa suunnittelussa. Tämä periaate on viime aikoina alkanut esiintyä WHO:n (World Health Organization) ja esim. CMC:n (Christian Medical Commission) julkilausumissa ja raporteissa.<sup>17</sup> Lisäksi se on monen kehitysmaan virallinen kanta.

Paitsi taloudelliset myös ekologiset syyt ja lääkkeiden käytön valvonta edellyttävät pitkälläkin tähtäyksellä kansanomaisen farma-

<sup>17</sup> Hartiala mt. ja Contact 39, June 1977 (Christian Medical Commission, Geneve), 5—7.

kopean tutkimusta. Luonnonrohdot vaihtelevat eri maissa, niitä tunnetaan huonosti omassakin maassa virallisen medisiinan piirissä. Jos väestö turvautuu samanaikaisesti sekä kansanparantajiin että koulutettuihin lääkäreihin, tulisi lääkäreillä ja sairaaloilla olla tietoa myös kansanparantajien lääkevarastosta. Mitään luetteloa niiden sisältämistä rohdoksista ja näiden annostelusta ei yleensä ole. Kuitenkin juuri annostelun tarkkuus erottaa usein hyvän kansanparantajan huonosta; liika-annosteluun liittyy riskejä monien sinänsä käyttökelpoisten rohtojen kohdalla. Perinteellisen ja modernin farmakopean järjestyksessä rinnakkaiskäyttö edellyttää siten sekä jatkuvaa selvitystyötä että valvontaa.

Ekologinen näkökohta perinteellisessä farmakopeassa on se, että vuosisatojen kuluessa hioutuneet lääkitysohjeet perustuvat yleensä perinpohjaiseen kokemukseen ja ovat pitkälti 'kokeiltuja' ja sopeutettuja juuri siihen luonnonympäristöön, jossa ihmiset elävät. Mikä on rohtojen objektiivinen vaikutus, on joissakin tapauksissa tieteelle avoin kysymys, johon vastausta etsittäessä tulisi ottaa huomioon se laajempi ekosysteemi, jossa lääkettä käytetään. Ilmeisesti useimmat kansanlääkitykset eivät oikein annosteltuina ja käytettyinä ole ainakaan vahingollisia. Oikeassa perinne-ekologisessa ympäristössään kansanomaiset lääkitykset osoittautuvat vielä tehokkaammiksi kuin pelkkä käytettyjen aineiden farmakologinen analyysi osoittaa. Erityisesti placebojen merkitys tulee tässä esiin. Eikä ole tarpeen tyytyä vain käytössä olevien lääkkeiden tarkkailuun: psykosomaattisten prosessien havainnoinnin kannalta parantamisrituaali on relevantti nimenomaan kokonaisuutena.

Tansaniassa on osoitettu kiinnostusta herbalistien eli yrteillä ja rohdolla parantavien kansanlääkäreiden farmakopeaan. Yhtenä kautavoitteena on lääkkeiden ja niiden annostus- ja käyttöohjeiden muokkaaminen tiedostoksi, joka olisi terveydenhoitohenkilökunnan ja sairaaloiden käytössä. Suomen Uskontotieteellinen Seura on kehitystyövaroin tukenut pientä projektia, jossa Tansaniassa pitkään oleskellut Raimo Harjula selvittää Arushan alueella elävään meruheimoon kuuluvan herbalistin, Miraon, lääkevaraston ja tautiopin. Tutkimus jota tehdään yhteistyössä farmakologin kanssa on jo ennakkoraporttien pohjalta herättänyt kansainvälistäkin huomiota.<sup>18</sup> Suomen Akatemian nelivuotinen projekti, joka parhaillaan selvittää kulttuurin muutosta Tansanian maaseudun uudistusohjelman toteu-

<sup>18</sup> Ks. Contact 39, 5. Raimo Harjula, The Institution of Medicine-Men and the Encounter of Religions in Tanzania, Temenos 12 (Turku 1977), 149—162.

tuksen yhteydessä, on kiinnittänyt huomiota myös terveydenhuollossa tapahtuvaan kehitykseen. Vuoden 1976 marras—joulukuussa tämän kirjoittajalla oli Tansanian eri alueilta saapuneiden kulttuurityöntekijöiden koulutuskurssin yhteydessä tilaisuus kurssilaiden kanssa havainnoida mm. juuri kansanparantajia.<sup>19</sup> Tämä tapahtui Mionon kylässä Bagamoyon alueella. Miono on jatkuvasti kasvava ujamaakylä, jonka asukasmäärä lähentelee neljätuhatta. Sinne on siirtynyt väestöä pääasiassa lähiseudun pikkukylistä. Parantajia Mionosta löytyi viitisentoista. He olivat perustaneet yhdistyksen, joka valvoi kansanparantajien intressejä ja toimintaa. Meillä kurssilaidilla oli miellyttävä haastattelutuokio kahdeksan *wangan* (yksikössä *mganga*) eli parantajan kanssa. Eräänä aamuna saatoimme yhdessä Philip Donnerin kanssa filmata ja valokuvata seremonian, jonka yhteydessä vuosia sitten kuolleen *mgangan* taidot ja tiedot siirrettiin elävälle virkaveljelle. Kylän sairaala oli vaatimaton rakennus; sen lääkevarasto oli pieni ja sillä oli kaksi lääkäriä. Mionon ulkoreunaan rakennettiin uutta terveyskeskusta. *Wanga*-yhdistyksen piirissä tunnettiin kiinnostusta kysymykseen, olisiko heillä mahdollisuus saada vastaanottohuone terveyskeskuksesta ja maksettaisiinko heillekin palkkaa kuten muulle henkilökunnalle. Näytti siltä, että kansanlääkinnän ja modernin medisiinan integraatio oli ainakin Mionossa muuttumassa todellisuudeksi. Tästä on ilmeisiä etuja, mm. se että koulutetun lääkärin luo tullaan aikaisemmin ja vähemmän epäilyksin kuin ennen. Olin itse läsnä yöllisessä ennustustilaisuudessa, jossa arvostettu naispuolinen *mganga* pyrki ratkaisemaan, tulisiko potilas, tässä tapauksessa äitinsä sylissä oleva sairas pikkulapsi, palaamaan elävänä sairaalasta, jos hänet vietäisiin sinne. Parantajien auktoriteetti oli selvästi suurempi kuin lääkäreiden. Kiintoisa tulevaisuuden näkökulma on, millaiseen yhteistoimintaan heidän välillään päästään.

Nigeriassa on jo yli kahden vuosikymmenen ajan otettu kansanparantajat mukaan erään modernin, myös avohoitoa kokeilevan mielisairaalan työskentelyyn.<sup>20</sup> Kokemukset ovat olleet pelkästään myönteisiä. Onkin ilmeistä, että juuri psykoterapian alalla kulttuurien väliset erot muodostuvat varsin konkreettisiksi. Kulttuurijär-

<sup>19</sup> Kurssilla koulutettiin alueiden kulttuurivirkailijoita perinteen keruu- ja arkitointitekniikkaan ja selvitettiin tällaisen työn merkitystä alueellisen kulttuuritoiminnan ja erilaisten kehitysohjelmien kannalta. Kurssi koostui kansainvälisestä seminaarista (edustajia Itä-Afrikan maista ja Suomesta), kenttäkoulutuskurssista ja itsenäisestä soveltavasta harjoittelusta läntisen Bagamoyon alueen kylissä.

<sup>20</sup> T. Adedoye Lambo, *Patterns of Psychiatric Care in Developing African Countries*, ks. Kiev (toim.), *Magic, Faith, and Healing*, 443—453. Lisäksi Ari Kiev, *Transcultural Psychiatry* (Middlesex 1972), 206 jss.

jestelmän hallinnan tarpeellisuudesta psykoterapiassa ovat meillä huomauttaneet mm. Kalle Achté ja Erik Anttinen.<sup>21</sup> Perinteen tuoma auktoriteetti, hyvä ihmisten ja heidän elämäntapansa tuntemus ovat voimavaroja, joita ainakaan kehitysmailla ei ole varaa hylkiä. Etteivät esimerkkini painottuisi liiaksi Afrikkaan, mainitsen, että Finnmarkenissa Norjassa eräs tunnettu kansanparantaja suorittaa eräässä sairaalassa lauantaisin oman kiertonsa niiden potilaiden luona, jotka haluavat tavata häntä.<sup>22</sup> Tähän järjestelyyn on ryhdytty potilaiden toivomuksesta, eikä sen tarvitse olla ainoa laatuaan pohjoismaissa.

Kehitysmaiden kansanparantajilla on tiettyä etumatkaa länsimaisesti koulutettuihin lääkäreihin jo pelkästään siksi, että heidän toimintansa ankuroituu vahvasti samaan elämänympäristöön, jossa potilaat elävät, ja että heidän tietonsa muodostuu kansan omien käsitejärjestelmien pohjalta. Heidän taitonsa ei ole marginaalinen ilmiö vaan merkitsee haastetta länsimaiselle teknomedisiinille, kun se joutuu tosimelessä kohtaamaan sellaista kulttuurista, alueellista ja ekologista variaatiota, josta monikaan lääkärikirja ei kerro. Nähtäväksi jää, onko tehokkaaksi todettu pilleri yhtä tehokas kaikissa ekosysteemeissä ja perinneympäristöissä.

Voimakas sosiaalinen muutos tuo usein mukanaan muutoksia myös terveydenhoitoon. Useimmissa kehitysmaissa jatkuva modernisaatioprosessi ei merkitse kansanlääkinnän välitöntä väistymistä. Eräissä tapauksissa juuri yhteiskunnan voimakas muutos ja sen tuottamat paineet ihmisissä ovat vieneet jonkin kansanlääkinnän lohkon jopa eräänlaiseen nousukauteen. Sosiaalinen dynomia eli tasapainottomuus tai pahoinvointi näyttää olevan edistyksen hinta. Modernisaatiopaineessa ihmiset eivät välttämättä modernisoidu vaan etsiytyvät sellaisten arvojärjestelmien ja perinteiden pariin, jotka vallitsivat ennen modernisaatiota. Sambian luoteiskolkassa elävän ndembu-heimon elämää ansiokkaasti tutkinut Victor Turner kertoo Ihamba-kultista, joka näyttää olevan tyypillinen yhteiskunnan muutokseen ja kehityksen nopeuteen liittyvä ilmiö. Ihamba-kultti on parantamisliike, vieläpä suhteellisen nuori, jossa lääkärit parantavat vainajien "varjojen" (henkien) aiheuttamia tauteja.<sup>23</sup> Kiintoisaa on, että näitä tauteja esiintyy pääasiassa niillä henkilöillä, jotka ovat eniten olleet

<sup>21</sup> Kalle Achté, Magin ur historisk-psykiatrisk synpunkt, ja Erik Anttinen, Magisk medicin ur sosialpsykiatrisk synpunkt. Pohjoismaisen kansanlääkinnän seminaarissa Siipyyssä 4. 8. 1977 pidetyt esitelmät.

<sup>22</sup> Utsjoki, Nuvvus. L. Hongon kenttämuistiinpano 17. 8. 1975 (J. Guttorm).

<sup>23</sup> Victor W. Turner, An Ndembu Doctor in Practice, ks. Kiev (toim.), Magic, Healing, and Faith, 230—263, erityisesti 233, 236.

altiina elämän uudenaikaistumiselle. Ihamba-lääkärin parantamis-ideologia korostaa metsästyskulttuurin arvoja ja normeja; elinkeinona metsästyks on jo kokonaan menettänyt merkityksensä mutta sen edustama kulttuurimuoto on saanut positiivisen arvolutauksen ikäänkuin vastapainona koko ajan etenevälle modernisaatiolle.

Samantapaisia esimerkkejä voisi poimia eri tahoilta nopean kaupungistumisen ilmapiiristä. Myös siirtolaisuus merkitsee usein jyrkkää sosiaalista muutosta sopeutumisvaikeuksineen. Israelin jemeniitit ovat tavallaan esimerkki sekä siirtolaisuudesta että kaupungistumisesta. Juutalaisten muutto Jemenistä Palestiinaan alkoi jo viime vuosisadan puolella: ensimmäinen siirtokunta muodostui Jerusalemiin v. 1886. Myöhemmin seurasi muita muuttoaaltoja, mutta valtaosa nykyisistä 47000 jemeniitistä Israelissa saapui vuosien 1949—50 joukkomuuton yhteydessä. Vanhassa kotimaassaan Jemenissä juutalainen väestö oli elänyt arabien halveksimana vähemmistönä, jolla ei ollut muuta sosiaalista turvaa kuin voimakas yhteenkuuluvuudentunne. Heimoveljeä oli aina autettava ja hänen suruihinsa ja ongelmiinsa oli osallistuttava, ellei itse vuorostaan halunnut olla jonakin päivänä vailla tukea ja turvaa. Tässä yhteisössä oli *mori*-nimisellä parantajalla erittäin keskeinen asema: hän ei ollut vain lääkäri vaan myös tuomari, opettaja, uskonnollinen johtaja, ja lisäksi hänen tehtäviinsä kuului teurastaa uhrieläin eräiden riittien yhteydessä.<sup>24</sup> Moderniin israelilaiseen kaupunkimiljööseen siirtymisen jälkeen morin tehtävät supistuivat huomattavasti, mutta itse parantajainstituutio säilyi. Opettajan ja tuomarin tehtävät siirtyivät kokonaan muihin käsiin, ja uskonnollisen johtajan ja lääkärin toimintakentästä jäi jäljelle vain osa. Nyky-Israelissa mori toimii häiden ja ympärileikkauksen yhteydessä mutta ennen muuta sellaisten tautien parantajana, joita kukaan koulutettu lääkäri ei ole kyennyt parantamaan — pääasiassa kroonisia ja parantumattomia tauteja, pää- ja selkäsärkyjä, reumatismia ja mentaalisia häiriöitä. Myös rakkaus- ja liikeasioiden ongelmiin morilla on parannuskeinoja. Hänen kaksi tärkeintä taudinselitystään ovat ns. paha silmä ja henkiolennon tunkeutuminen ihmisruumiiseen. Vanhastaan on ollut kahdenlaisia moreja, nimittäin kirjasisivistystä saaneita herbalisteja ja lähes lukutaidottomia maagisen parannustekniikan soveltajia. Kiintoisaa kyllä, nyky-Israelista on hävinnyt kokonaan ei jälkimmäinen vaan edellinen ryhmä, siis sivistyneet rohdoilla parantajat. Maagisen medi-

<sup>24</sup> Josef Ph. Hes, *The Changing Social Role of the Yemenite Mori*, ks. Kiev (toim.), *Magic, Faith, and Healing*, 364—383.



siinan tai kansanomaisen psykoterapian harjoittajat sen sijaan ovat sosiaalisen muutoksen yhteydessä saaneet jopa uusia tehtäviä. Eri-tyisesti heitä tarvitsevat vanhempaan sukupolveen kuuluvat miehet, jotka muutoksessa menettivät eniten: oltuaan Jemenissä arvovaltaisia perheenpäitä heistä tuli Israelissa työttömiä kulkureita. Myös muut jemeniittiyhteisön jäsenet, jotka tuntevat modernisaation paineen ja kärsivät eurooppalaisten juutalaisten heihin kohdistamasta halveksunnasta, saattavat hakeutua morien luo. Nämä parantajat ovat aivan selvästi kyenneet auttamaan potilaitaan, mutta ei tunneta ainoatakaan tapausta, jossa heidän parannettavanaan olisi ollut eurooppalainen juutalainen.<sup>25</sup>

Onpa perinnäinen kansanlääkintä kulttuurissa vallitseva tai väistymässä oleva terveydenhoidon muoto, se ei koskaan ole ollut herkäuskoisuuden tai leikkittelyn aihe. Liian suuret arvot ovat pelissä, että kansanparantajista missään olisi tullut sosiaalisesti arvottomia. Kansanlääkintä osoittautuu siten instituutioksi, jonka voi hyväksyä kehitysindikaattoriksi niin teollisuus- kuin kehitysmaissa. Teollisuusmaissa se mittaa lähinnä terveydenhuollon aukkopaiikkoja ja joidenkin yhteiskuntaryhmien kulttuurisia sopeutumisvaikeuksia. Kehitysmaissa se joutunee mukaan uudenaikaistumiskehitykseen, jossa sen panos kenties on positiivisempi kuin lääketieteen teknisen valankumouksen maissa.

<sup>25</sup> Julian Roebuck ja Robert Quan osoittavat empiirisessä tutkimuksessaan erään Mississippissä sijaitsevan pikkukaupungin alempien tuloluokkien väestön suhtautumisesta kansanparantajiin, että parantajien käyttö vaihtelee merkittävästi mm. etnisen ryhmän (mustat, valkoiset), ikäryhmän, tulojen ja koulutustason mukaan. Eniten kansanparantajat saivat asiakkaita mustista alemman tulo- ja koulutustason vanhemmista ikäryhmistä. Yleensä mustat eivät turvautuneet lääkäreihin eivätkä parantajiin läheskään niin vähäisistä syistä kuin valkoiset. Roebuck & Quan, *Health Care Practises in the American Deep South*, ks. Wallis & Morley mts. 141—161. On ilmeistä, että teollistuneessa maailmassa kansanlääkintä säilyy lähinnä joidenkin etnisten, uskonnollisten tai sosiaalisten osakulttuurien varassa. Näin se toimii paitsi kehityksen myös sosiaalisen stratifikaation osoittimena.

**LAURI HONKO: *Folk medicine in the perspective of development***

Folk medicine in the contemporary situation may be seen as an indicator of cultural adaptation and the stage of development of a given society. In the Nordic countries, where the technological level of scientific medicine is one of the highest in the world and where the availability of health services has been improving both regionally and socially, there still seems to be place for folk healers and herbal remedies. It seems reasonable to assume that the situation reflects some weak points in the health service system of these and other industrialized countries as well as some friction or lag in man's adaptation to techno-medical culture. If this is so, the weak points should be found within areas which have survived longest in Nordic folk medicine. Simple psychotherapy, various forms of physical treatment and natural, non-synthetic drugs are among these areas. If one compares the relationship between patient and healer in the two systems, the modern and the traditional, there seems to be less of the 'small psychotherapy of the mentally healthy' provided by the modern doctor than by the folk healer. The doctors are busier than ever, and consequently give less and less time to the patient. Their time seems to be consumed by the constantly increasing medical technology which is becoming a barrier between doctor and patient, who have less and less to say to one other. Specialization in medicine has gone so far that hardly any doctor seems able to judge the health situation of a patient holistically. Some frustrations of this kind may have contributed to the fact the folk healer is still consulted by numerous people. This is quite a different situation from that, say, one hundred years ago, when medical services were scarce in the Nordic countries, concentrated in the towns and catering for the well-to-do. At that time folk medicine was not so much an alternative as a necessity for most patients.

The Nordic Institute of Folklore two years ago launched a project on ethnomedicine with the purpose of studying the role of folk healer in the Nordic countries. One of the findings is that practically every patient of a contemporary folk healer has consulted one or more medical doctors before turning to folk medicine. There seem to be what the author calls "surplus patients", hopeless, vague or trivial cases from the point of view of techno-medicine. Frustrated patients of this kind may be as critical of the folk healer as they were of the medical doctors who were unable to help them. But the folk healer may be able to convert this uncertainty into hope and faith, not so much by magic or miracles as by listening carefully to what the patient has to say, by accepting the concepts and definitions of the patient and by applying his knowledge of the entire social situation of the patient. An atmosphere of understanding comes first in folk psychotherapy. Authority and faith are based on this premise.

The network of folk-healers in the Nordic countries has not been mapped systematically. Their relation to the present health service system, the attitudes and expectations of their patients, their techniques of physical treatment, their repertoires of drugs, the adequacy of the laws pertaining to their activities are all largely unexplored. Empirical studies, if they were undertaken, would probably reveal a trend of decrease in the number of traditional healers on one hand, and the emergence of medical subcultures on the other. In the urban industrialized milieu the commercial "health shops" are handling more money in a single day than a traditional healer received as fees in a lifetime. Religious groups are also strongholds of the new medical subcultures, the Pentecostalists being perhaps more dominant in the Nordic countries than, say, Christian Science, New Thought, or Scientology. In the border zone between folk medicine and scientific medicine we find chiropractors accepting their share of "surplus patients".

The idea that medicine must be both socially and culturally adaptive is very well

illustrated in the ethno-medical research carried out in non-western, indigenous or non-literate cultures. The author gives an analysis of what he calls the "sociodrama of healing", not a private act of curing but a public event or ceremony in which the network of social relations of the patient and the cultural system of healing (concepts of illness, its origin and cure as expressed in the general mythology of medical lore and in the partly individual mythology as experienced by the healer in his initiation visions and first acts of healing) are used as the basis of a "role game", which makes possible collective participation and interaction in both diagnosis and therapy.

The micro-adaptation to a single case of illness within a short span of time which the sociodrama of healing is usually able to accomplish has been described by the help of a functionalistic paradigm. When we look at the problems in the developing countries of the Third World, we may not find the timeless equilibrium of that paradigm very adequate. In those countries the general situation is the reverse of that prevailing in the Nordic countries, for example. Traditional medicine is dominant; modern medical apparatus does not reach two thirds of the population of the world at all. Are we going to triple the western, largely multi-national medical industry in order to provide those two thirds with the same array of drugs which we enjoy in the industrialized world? The question may prove to be difficult politically, economically, and ecologically. With the soaring prices of drugs, the inflated salaries of skilled — also medical — personnel and the need to synchronize this problem with a development strategy designed to meet all basic human needs, the solution to the problems of health may not be the same in developing countries as in the industrialized world. There are economic and cultural reasons for expecting traditional medicine to continue to play an important role in Third World countries. The author cites indications from various sources (WHO among others) that integration of traditional and western scientific medicine may well become a fact in a number of countries. In Tanzania, for example, there is interest in preparing adequate lists of traditional drugs and their dosage for identification and control purposes at village health centers. The author last November visited a village in western Bagamoyo, where there was prospect of co-operation between medical doctors and the local healers (*waganga*).

In developing countries, folk medicine is not so necessarily a marginal medicine as in the industrialized world. Folk-healers are part and parcel of the way of life of their patients, they draw from the indigenous medical lore, wisdom which has been tested in innumerable cases throughout history. Thus their activities can be expected to contribute to the cultural, regional, and ecological adaptation.

But social change creates stress. This may be witnessed in developing countries also. The force of modernization has created entire healing cults as a reaction to the speed and nature of change. The author quotes examples from the Ndembu (Ihamba-cult) in Zambia and from the Yemenites in Israel (mori-healers). Modernization, urbanization and emigration to another milieu are likely to bring about new forms of patient recruitment, based on problems of adaptation. Ethnic, social and religious minorities reflect in their orientation to folk medicine important aspects of social stratification and the trends of development in society as a whole.