

# LAISSEZ FAIRE

PISMO KONSERWATYWNO-ANARCHISTYCZNE

NUMER 6, LUTY 2007

www.mises.pl

 **INSTYTUT  
MISESA**  
Fundacja Instytut Ludwiga von Misesa

## PIERWSZA KOLUMNA

Ayn Rand mawiała, że najbardziej prześladowaną mniejszością w Ameryce są przedstawiciele Big Businessu, czyli ludzie kojarzeni z wielkimi korporacjami, wielkimi pieniędzmi i interesami na skalę globalną.

Pogląd ten z czasem się upowszechnił i nadal jest wyznawany przez większość tzw. liberałów, tworzących dziś zwartą grupę w establishmencie społeczno-politycznym. To oni i sterowane przez nich w dużej mierze mainstreamowe media zaczęły nazywać panujący dziś system kapitalizmem, a wszystkich jego krytyków hurtowo określać mianem komunistów lub nieuków.

Tymczasem ani rozpowszechniony aktualnie na Zachodzie system nie ma wiele wspólnego z kapitalizmem (wolnym rynkiem), ani przedstawiciele Big Businessu nie mogą uchodzić za najbardziej prześladowaną mniejszość, gdyż to właśnie oni od dobrych kilkudziesięciu lat prowadzą wojnę z tym wszystkim, z czym wiąże się wolny rynek. W latach 60. ukazała się doskonała książka Gabriela Kolko *The Triumph of Conservatism*, który uzasadniał, że zakrojone na szeroką skalę postępowe reformy gospodarcze (wylobbowane przez przedstawicieli wielkich konsorcjów biznesowych) w USA na początku XX w. były konserwatywne w duchu – ich głównym celem było utrzymanie *status quo*, czyli podziału rynku korzystnego dla największych graczy. Choć może się to wydać zaskakujące, efektem tego było powstanie prawa anty-trustowego, które nie zakazuje posiadania statusu monopolisty, lecz praktyk monopolistycznych (np. drastycznego obniżania cen), czyli dokładnie tego, czym mogłyby się posłużyć firmy dopiero co wchodzące na rynek i chcące stworzyć dla siebie przewagę komparatywną.

Wielki biznes i wielkie państwo idą ręką w rękę, bo nigdzie indziej korzyści skali nie są tak efektywnie wykorzystywane jak w lobbingu. I nie chodzi bynajmniej o to, że każdy rodzaj interesów na dużą skalę jest wart potępienia – zysk zarobiony w uczciwy sposób, wypracowany wydajnością ekonomiczną, jest jak najbardziej godny pochwały. Niegodziwe jest jedynie – niestety nagminne – zarabianie pieniędzy dzięki protekcji państwowej maszyny regulacyjno-prawotwórczej.

Choć istnieje wiele dziedzin gospodarki, w których dominuje taki państwowy kapitalizm, to chyba najważniejszą z nich jest dziś medycyna. W czasach, w których państwa posiadają niemal całkowitą kontrolę nad zdrowiem obywateli, wolność jednost-

## SPIS RZECZY

### Problemy

- Thomas S. Szasz  
– *Państwo terapeutyczne. Tyrania farmakokracji* ..... 2  
Mateusz Machaj  
– *Czy znamy prawdę o AIDS?* ..... 10  
Jerzy Jabłecki  
– *Fenomeny epidemii HIV/AIDS* ..... 14

### Polemika

- Lukasz Szostak  
– „Borat”: w obronie turpizmu ..... 18

### Kinematograf

- Lumeriusz  
– „Apocalypto” ..... 20

Copyright © 2007  
by Fundacja Instytut  
im. Ludwiga von Misesa

**Redaktor naczelny:**

Juliusz Jabłecki

**Zastępca redaktora  
naczelnego:**

Karol Lew Pogorzelski

**Redaktor techniczny:**

Mikołaj Barczentewicz

**Korekta:**

Jan Falkowski

„Laissez Faire” ukazuje się jako miesięcznik. Poglądy prezentowane przez autorów nie muszą się pokrywać ze stanowiskiem Instytutu Misesa.

www.mises.pl  
mises@mises.pl

Ten numer „Laissez Faire” ukazał się dzięki pomocy Pana Dariusza Szumiły.

Listy do redakcji oraz propozycje artykułów prosimy przysyłać na adres: redakcja@mises.pl.

ki jest zagrożona bardziej niż kiedykolwiek, bo niemal każde jej ograniczenie może być uzasadnione przez biurokratów koniecznością ochrony zdrowia. Państwo, jak pisze w publikowanym przez nas tekście Thomas Szasz, chroni obywateli przed nimi samymi. Taka ochrona zaś jest kosztowna, a zapewniają ją coraz częściej nie państwowe przedsiębiorstwa (przecież żyjemy w kapitalizmie), lecz ogromne korporacje farmaceutyczne.

Sojusz państwo-wielki biznes jest w sferze medycyny niezmiernie korzystny dla obu stron, gdyż pojawienie się nowych zagrożeń dla zdrowia z jednej strony zwiększa sferę ingerencji biurokratów w życie obywateli, a z drugiej wymaga produkcji coraz to nowszych leków (finansowanej najczęściej z kieszeni podatnika). W tej grze o

duże pieniądze i bodaj jeszcze większą władzę nie ma miejsca na tolerowanie rewizjonistów i wszystkich konstatatorów „prawdy” ogłaszanej na rządowych konferencjach prasowych. Tacy ludzie są skazywani na ostryzm w świecie nauki i albo godzą się na poniesienie „śmierci cywilnej”, albo nie wytrzymują presji i zasilają szeregi przedstawicieli mainstreamu. Na takim obrocie spraw w dłuższej perspektywie tracą prawie wszyscy, a zyskuje tylko „najbardziej prześladowana mniejszość”. Uważamy, że temu niepokojącemu trendowi należy się przeciwstawić i taki właśnie cel przyświecał nam przy dobieraniu artykułów do lutowego numeru.

Juliusz Jabłecki  
redaktor naczelny

## Problemy

# Państwo terapeutyczne. Tyrania farmakokracji\*

Thomas S. Szasz\*\*

### Medykalizacja polityki

Trzecie wydanie *Nowego Międzynarodowego Słownika Webstera* definiuje państwo jako „organizację polityczną, posiadającą najwyższą władzę cywilną i polityczną, która jest podstawą rządu”. Jednak politolodzy, zamiast podawania definicji państwa, chętniej określają jego cechy charakterystyczne, takie jak posiadanie „zorganizowanych sił policyjnych, granic terytorialnych i formalnego sądownictwa” [oraz istnienie] „ścisłego i trwałego powiązania między państwem jako formą uporządkowania społecznego a wojną jako wynikiem przekonań polityczno-ekonomicznych” (Fried 1968, 143, 149). Ja natomiast uważam, że kwintesencją nowoczesnego państwa jest zagwarantowana mu przez prawo wyłączność

na użycie siły. W tym artykule rozważam przekonania i wartości uzasadniające ową wyłączność oraz cele, którym ona służy.

Użycie siły instynktownie wymaga uzasadnienia. Uprawnienie rodziców do stosowania przymusu – zarówno słowem, jak czynem, poprzez zawstydzenie lub ukaranie – jest uzasadnione mądrością rodziców i wynika z właściwego dziecku braku praw, a także społecznego wymogu wychowania dziecka. Fundamentem politycznego, religijnego i medycznego przymusu jest, opierająca się na zwyczajach społecznych, nadrzędność dobra grupy (rodziny, społeczności, narodu) w połączeniu z naturalną władzą starszych i naturalnym brakiem konformizmu podległych wraz z ich potrzebą uczenia się i przestrzegania zasad gry.

Wyłaniają się z tego trzy podobne ideologie legitymizacji: teokracja (wola Boża), demokracja (przyzwolenie rządzonych) i socjalizm (równość ekonomiczna, „sprawiedliwość społeczna”). W 1963, w książce *Prawo, wolność i psychiatria*, sugerowałem, że nowoczesne społeczeństwa Zachodu, szczególnie zaś Amerykanie,

\* Przekład i opracowanie Tobiasz Szajerka

\*\* Autor jest profesorem psychiatrii, współpracownikiem amerykańskiego think-tanku Cato Institute i myślicielem libertariańskim. Napisał m.in. *The Myth of Mental Illness* (1961), *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices* (1963) oraz *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America* (1996).

tworzą czwartą ideologię legitymizacji: „Choć możemy być tego nieświadomi, jesteśmy świadkami narodzin Państwa Terapeutycznego” (212). Od tamtej pory opisywałem w artykułach i książkach charakterystyczne cechy tej formy rządu: zamienianie symboli patriotycznych symbolami medycznymi oraz zastępowanie zasady prawa i kary zasadami medycznej poufności i „terapii” (zob. Szasz 1965, [1970], 1977, 1980, 1982, 1984, 1994a, 1994b, 1995, 1996).

Państwo niezaprzeczalnie jest przede wszystkim aparatem przymusu, posiadającym prawnie uzasadnioną wyłączność na stosowanie przemocy. „Rząd”, jak ostrzegał George Washington, „nie opiera się na racjonalności, ani na przekonywaniu. Jest siłą. Tak jak ogień, rząd to niebezpieczny sługa i budzący grozę władca” (cytat za: „Cato Newsletter” 1.06.2000, 1). Z tego powodu, wraz z rozszerzaniem się uprawnień owego „budzącego grozę władcy”, kurczy się przestrzeń wolności osobistej. Co należy się zatem państwu, a co jednostce? Historia Zachodu może być postrzegana jako historia rozszerzania się wolności, podczas której żywo rozważa się temat wyznaczenia granicy między obowiązkiem państwa do bronięcia interesów społeczności, a jego powinnością do chronienia wolności osobistej. Nawykli do stwierdzeń takich jak „wolność wyznania”, „wolność słowa” i „wolny rynek” wiemy, że każde z nich odnosi się do sfery ludzkiej działalności wolnej od państwowego przymusu. Czy w podobny sposób powinniśmy posiadać „wolność do chorowania”, „wolność do naumyślnego zachorowania”, „wolność do leczenia się”, „wolność do otrzymania opieki medycznej” i tak dalej?

By rzetelnie rozważyć granicę między dobrem społeczności a zdrowiem jednostki, należy znać prawne rozróżnienie pomiędzy zdrowiem publicznym i indywidualnym. Edward P. Richards i Katharine C. Rathbun – odpowiednio profesor prawa i lekarz medycyny społecznej – wyjaśniają: „Istotą zdrowia publicznego nie jest leczenie jednostek, lecz utrzymywanie społeczeństwa w zdrowiu i uniemożliwianie jednostkom robienie rzeczy, które zagrażają innym” (1999, 356). Zatem utrzymywanie i promowanie zdrowia publicznego często wymaga stosowania przymusu, podczas gdy zachowywanie i promowanie zdrowia jednostki wymaga wolności i odpowiedzialności. „Przekonywanie ludzi do zapinania pasów bezpieczeństwa, zdrowego odżywiania się i niepalenia”, kontynuują Richards i Rathbun, „to ochrona zdrowia jednostki. Do zadań publicznej służby zdrowia należy zatrzymywanie nietrzeźwych kierowców, leczenie gruźlicy oraz sprawienie, by palacze nie narażali na dym papierosowy innych. (...) *Zdrowie publiczne winno być ściśle zdefiniowane* w kontekście ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych

w społeczeństwie” (1999, 356, wyróżnienie autora). Zamiast rozważać różnice między zdrowiem publicznym i zdrowiem jednostki, politycy, lekarze i zwykli ludzie roztrząsają slogany, jak prawo do zdrowia, karta praw pacjenta, samodzielność pacjenta, wojna z narkotykami i wojna z rakiem.

## Ideologia Medyczna a Państwo Totalne

W dziewiętnastym wieku, gdy medycyna oparta na badaniach naukowych była w powijakach, choroby definiowali patolodzy; właściwie nie istniały działające leki; słowo „leczenie” określało opiekę medyczną, której pacjent sam szukał i za którą płacił; państwo zaś wykazywało mało zainteresowania ideą terapii.

Dziś, gdy medycyna oparta na badaniach naukowych jest rozrośniętym gigantem, lekarze rutynowo dokonują cudownych wyleczeń; politycy i ich totumfaccy pod przywództwem dyrektorów służby zdrowia definiują choroby; państwo jest żywo zainteresowane pojęciem choroby, a słowa „leczenie” używa się często zamiast słowa „przymus”.

Rudolf Virchow (1821-1902), ojciec współczesnej patologii, czekał na czasy, w których lekarz na podobieństwo platońskiego filozofa byłby przewodnikiem panującemu królowi. „Jakaż inna nauka”, pytał retorycznie, „bardziej nadaje się *do formułowania praw* jako podstawy społecznej struktury, by jak najlepiej wykorzystać te prawa, które są wrodzone człowiekowi?” ([1849] 1958, 66, wyróżnienie autora). Sugerował, że „gdy medycyna zostanie ustanowiona antropologią (...), lekarz i fizjolog zostaną wliczeni w poczet mężów stanu, którzy *wspierają społeczną strukturę*” (66, wyróżnienie autora). Virchow był politycznie naiwny: myślał, że przyszły lekarz będzie solidnym naukowcem i rozsądnym przywódcą, a nie – jak to ma miejsce – biurokratycznym pochlebcą i zupełnym ignorantem w dziedzinie nauk medycznych. Ponadto, jeśli zadaniem lekarza ma być wspieranie struktury społecznej, prawdopodobnie nie powinien pomagać osobie zwanej „pacjentem”, lecz krzywdzić ją.

Wiemy, że twierdzenie, iż praktyka medyczna jest nauką, nie może być prawdziwe (zob. Szasz 2001, rozdz. 3 i 5). Niemniej wydaje się ono bardzo atrakcyjne i wiarygodne. Wszystko, co musimy zrobić, by rozwiązywać ludzkie problemy, to nazwać je objawami choroby, a w mgnieniu oka staną się dolegliwościami, których można się pozbyć sposobami medycznymi.

## Medycyna i Metafora Wojny

Choroby zakaźne jako pierwsze zostały zrozumiane i podbite przez naukową medycynę. Ponieważ odpowiedź układu odpornościowego na patogenne mikroorganizmy przedstawia się jako analogię do narodu broniące-

go się przed najeźdźcą, postrzeganie choroby i leczenia zostało utożsamione z metaforą wojny. Gdy mówimy o mikrobach „atakujących” ciało, o antybiotykach jako magicznych „pociskach”, o lekarzach „walczących” z chorobą itd., przekazujemy wyobrażenie, zgodnie z którym doktor jest żołnierzem *broniącym ojczyzny przez obcymi najeźdźcami*. Jednakże, gdy mówimy o wojnie z narkotykami lub z chorobami umysłowymi, używamy metafor, które przedstawiają państwo jako ordynatora oddziału, używającego lekarzy jako żołnierzy, którzy mają *chronić ludzi przed nimi samymi*. W pierwszym przypadku mówimy o lekarzach pomagających ludziom wyleczyć się z chorób, w drugim – o lekarzach zabraniających ludziom *robić to, co chcą robić*.

W rozważaniach nad chorobami zakaźnymi – mikrob jako obcy patogen grożący gospodarzowi (ciału pacjenta) – metafora wojny pomaga nam zrozumieć mechanizm choroby i uzasadnia przymusowe odosobnienie (kwarantannę) zakaźnych osób, zwierząt czy przedmiotów. W przypadku chorób psychiatrycznych wojenna przenośnia przypisuje pacjentowi rolę obcego patogenu zagrażającego gospodarzowi (społeczeństwu). Uniemożliwia nam to zrozumienie problemu błędnie rozpoznanej jako choroba: przekonuje się rodzinę pacjenta, społeczeństwo, a czasem i samego pacjenta, że jest on jak patogen, tym samym uzasadniając jego przymusowe odosobnienie jako „osobnika stanowiącego zagrożenie dla siebie i otoczenia”. Niedostrzeżenie nadużywania metafory wojny w medycynie i psychiatrii uniemożliwia dostrzeżenie problemu przymusu medycznego.

Widzenie w państwie przede wszystkim aparatu przymusu, posiadającego wyłączność na uprawnione używanie siły, nie pozwala na zaprzeczenie twierdzeniu, że państwo może czynić zarówno dobro, jak i zło. Prawdopodobnie żadna jednostka ani instytucja nie posiada skłonności wyłącznie ku złu. Co więcej, czynienie zła jednym często przynosi korzyści innym. Paradygmatem państwa jest wojsko, celnie scharakteryzowane przez Roberta Heinleina jako „stała organizacja do niszczenia życia i własności” (za: Porter 1994, xiii). Fakt, że armie są używane do ratowania ludzi i strzeżenia własności po katastrofach, nie zmienia ich pierwotnego przeznaczenia.

Dopiero po stuleciach strasznych wojen ludzie zaczęli rozumieć, że, skoro państwo jest, *par excellence*, narzędziem przemocy, a *kościół powinien być, par excellence*, narzędziem braku przemocy, to oba te twory winny wziąć rozwód, albo przynajmniej być w prawnej separacji. Medycyna i państwo również powinny wziąć rozwód, a prawo do zatrzymania obywatela (jako potencjalnego pacjenta) winno być przyznane samemu obywatelowi, podczas gdy zinstytucjonalizowanej medycy-

nie należałoby się tylko prawo do odwiedzin. Jednakże nie postrzegamy związku medycyny z państwem w taki sam sposób, jak kościoła z państwem. Możliwe, że przyczyna leży w tym, iż choroba fizyczna jednostki, w przeciwieństwie do jego choroby duchowej, może *bezpośrednio* wpłynąć na zdrowie fizyczne grupy. Ta zależność uzasadnia stosowanie pewnych środków zdrowia publicznego jako prawnych narzędzi przymusu wywieranego przez państwo. Niemniej jednak rozumowanie takie nie usprawiedliwia państwowego przymusu jako moralnie uzasadnionego sposobu chronienia ludzi przed nimi samymi. Jaką zatem rolę powinno odgrywać państwo w chronieniu jednostek przed chorobami, które nie zagrażają innym?

▫ Czy za ochronę zdrowia powinna być odpowiedzialna sama jednostka, tak jak jest odpowiedzialna za swoje jedzenie, mieszkanie i zdrowie duchowe?

▫ Czy państwo powinno być odpowiedzialne za opiekę zdrowotną, tak jak kiedyś odpowiadało za opiekę religijną (i dalej to czyni w wielu miejscach na świecie, nawet tam, gdzie państwo i kościół są w zasadzie rozdzielone – np. w Niemczech czy Szwajcarii)?

▫ Czy państwo powinno być odpowiedzialne za chronienie jednostki przed nią samą, jeśli według opinii ekspertów medycznych (psychiatrów) stanowi on zagrożenie dla swojego zdrowia i dobrobytu?

Według mnie państwowy aparat przymusu powinien być oddzielony od medycznego leczenia chorób, tak jak jest oddzielony od profesjonalnego leczenia schorzeń duchowych. Owo rozdzielanie medycyny i państwa jest konieczne dla chronienia oraz sprzyjania osobistej wolności, odpowiedzialności i godności.

Z powodu wyłączności państwa na uprawnione użycie siły, jest ono jedyną instytucją mającą prawo do wszczęcia wojny (i karnia zbrodni). Konstytucyjne ograniczenie, zgodnie z którym Kongres podejmuje ostateczną decyzję o włączeniu się narodu w wojnę, jest już niefunkcjonalne. Od zakończenia II wojny światowej amerykański rząd wszczynał wojny na obcej i własnej ziemi, na podstawie biurokratycznych regulacji i poleceń wykonawczych. Niektóre z tych wojen były uzasadniane powodami medycznymi, jak np. inwazja Panamy. Deklaracja prezydenta i sekretarza stanu o tym, że AIDS w Afryce stanowi problem dla amerykańskiego bezpieczeństwa narodowego (Buckley 2000, 62-63), ilustruje, jak dalece złąły się pojęcia choroby i wojny.

Bez względu na powód, dla którego rząd wysyła żołnierzy do innych krajów, i bez względu na to, czy dowódcy nazywają taką operację „utrzymywaniem pokoju” czy „wojną z narkoterroryzmem”, użycie takiej siły jest działaniem wojennym. Wróg może być rzeczywisty,

jak najeżdżający żołnierz, lub metaforyczny, jak roślina lub substancja chemiczna. Podczas II wojny światowej Niemcy i Japończycy byli rzeczywistymi wrogami. Z kolei ludzie wywołujący niepokój na Haiti lub w Somalii, chłopi hodujący kokę w Kolumbii, „narkotykowi baronowie” z Meksyku i wszystkie substancje zakazane przez rząd to wrogowie metaforyczni. Siejemy metafory wojny, a zbieramy prawdziwą przemoc. Pamiętajmy, że walkę z polio zwano Marszem Dziesięciocentówek, a nie „wojną z polio”, i rząd nie tylko nie użył w niej siły, lecz nie miał w niej żadnego udziału. Powinniśmy temu przeciwstawić niekończące się amerykańskie wojny z chorobami i narkotykami.

Zrozumienie obecnego problemu wymaga zrozumienia rozrostu amerykańskiego państwa, szczególnie od czasów Roosevelta (zob. Flynn [1948], 1998). Stany Zjednoczone stały się złożonym, biurokratycznym, regulującym państwem dobrobytu – stan osiągnięty dzięki starej, sprawdzonej taktyce politycznej, polegającej na ogłaszaniu stanu narodowego zagrożenia, który wymaga mobilizacji wszystkich „zasobów ludzkich” państwa. „Każda zbiorowa rewolucja”, przestrzegał Herbert Hoover (1874-1964), „dosiada trojańskiego konia «Stanu Zagrożenia». Tej taktyki używali Lenin, Hitler i Mussolini. (...) Owa technika stwarzania stanu zagrożenia jest najważniejszym osiągnięciem, do którego dąży demagogia” (cytat za: Higgs 1987, 159). Złej sławy George Jacques Danton (1759-1794) obwieścił: „Wszystko należy do ojczyzny, gdy ojczyzna jest w potrzebie” (*Bartlett's Familiar Quotations*, wyd. XVI, 364). Dwa lata później do ojczyzny należała jego głowa. Katu, mającemu go ściąć, powiedział: „Pokaż moją głowę ludowi” (*Encyclopaedia Britannica* 7:64).

W *Kryzysie i Lewiatanie* (1987) Robert Higgs pogłębia to zagadnienie. „Wiedząc, jak bardzo rozrósł się rząd”, zauważa, „należy się dowiedzieć, co rząd dokładnie robi: jego rozrost nie wynika z lepszego spełniania rządowych funkcji; przyczyną jest raczej przyjmowanie przez rząd nowych funkcji, działalności i programów – niektóre z nich są zupełnymi nowościami, a za część niegdyś odpowiedzialni byli obywatele” (x). Higgs twierdzi, że ekspansja rządu napędzana jest pojawieniem się kryzysu, do którego zażegnania przystępuje sam rząd. Po ustąpieniu kryzysu nowa funkcja rządu pozostaje, nawarstwiając biurokrację na biurokracji. Choć Higgs do wspomnianych kryzysów nie zalicza stanów zagrożenia zdrowia, znajdują się w czołówce tej listy.

Pomimo przedstawionych przeze mnie dowodów, szanowani analitycy społeczni utrzymują, że zakres władzy państwa się zmniejsza. W *Powstaniu i schyłku państwa* Martin van Creveld, profesor historii Uniwersytetu Hebrajskiego w Jerozolimie, pisze: „Państwo, od połowy

siedemnastego wieku będące najbardziej charakterystyczną ze wszystkich nowoczesnych instytucji, znajduje się u swego schyłku” (1999, vii). Jak Creveld doszedł do tego wniosku? Przez podkreślanie powszechnej niechęci dla kosztów wzorowanego na socjalizmie państwa dobrobytu oraz przez ignorowanie rosnącej popularności medycznego państwa terapeutycznego. Choć książka Crevelda liczy 438 stron, nie wspomniano w niej o wojnie z narkotykami ani o wszechobecnej kontroli psychiatryczno-społecznej. Inni zaś świętują „wycofywanie się państwa” (np. Lawson 2000, Strange 1996 i Swann 1998 – każdą z książek zatytułowano *Wycofywanie się państwa*). Zgadza się z obserwacjami ekonomisty Roberta J. Samuelsona, że rząd „paradoksalnie powiększa się, ponieważ myślimy, że się kurczy” (2000, 33). Ten zadziwiający wynik jest tylko jednym ze skutków upolitycznienia medycyny i medykalizacji polityki.

### **Zdrowie prywatne a zdrowie publiczne: chronienie ludzi przed nimi samymi**

Wyznaczenie granicy między tym, co prywatne, a tym, co publiczne w przypadku choroby wymaga dokładnego rozważenia wielu kwestii. W pierwszej chwili możemy stwierdzić, że mamy „prawo do bycia chorymi” – jako przejaw prawa do bycia pozostawionymi samym sobie – pod warunkiem, że nasza choroba nie szkodzi bezpośrednio innym. Mamy prawo chorować na katar sienny, ponieważ nie zagraża on innym, lecz nie mamy prawa chorować na zakaźną gruźlicę, gdyż zagraża ona innym.

Lecz nawet tak pozornie oczywisty przykład, jak katar sienny, nadmiernie upraszcza sprawę. Albowiem osoba z katar siennym, by zlikwidować objawy, może zażyć leki przeciwhistaminowe, w wyniku czego będzie równie niezdolna do prowadzenia pojazdów jak po zatruciu alkoholem. W rzeczywistości bycie w młodym albo podeszłym wieku sprawia, że statystycznie jest się niebezpiecznym kierowcą. To, co stanowi zagrożenie dla ogółu, częściowo zależy od tego, co ludzie postrzegają jako ryzyko – a postrzeganie owo silniej kształtuje subiektywny osąd niż prawdopodobieństwo statystyczne – częściowo zaś od tego, czy ludzie uważają, że kontrolują dane ryzyko. Bez względu na statystykę, ludzie nie przejmują się zbyt ryzykiem, które w ich mniemaniu kontrolują.

Poza tym choroba jednostki stanowi zupełnie różny problem dla pacjentów, lekarzy i polityków niż choroba populacji. Środki przywracające zdrowie jednostce przynoszą korzyści jednostce, ale mogą pomóc bądź zaszkodzić społeczności. Z drugiej strony środki zdrowia publicznego mogą pomóc lub zaszkodzić jednostce. W swoim artykule „Chore jednostki i chore populacje”

epidemiolog Geoffrey Rose zauważa, że „ze środka zapobiegawczego, przynoszącego dużo korzyści populacji, bardzo mało korzysta każda jednostka. Taka była historia zdrowia publicznego – szczepienia, zapinanie pasów bezpieczeństwa, a teraz próba zmienienia różnych cech stylów życia. Środki takie, potencjalnie bardzo istotne dla populacji jako całości, przynoszą bardzo mało korzyści poszczególnym jednostkom, zwłaszcza w krótkim czasie” ([1985] 1999, 36–37).

Uważanie opieki zdrowotnej za dobro publiczne budzi pewne wątpliwości: czy możemy stworzyć system ubezpieczeń, który umożliwi, by każde leczenie, uważane przez lekarza za użyteczne lub konieczne, było jednocześnie dostępne każdemu członkowi społeczności? Jak możemy oszacować koszt ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli medycyna wespół z technologią opracowują coraz droższe techniki lecznicze, których domagają się pacjenci? Jeśli ludzie będą coraz bardziej dbali o swoje zdrowie i żyli dłużej, jakie koszty nałożą na tych, którzy będą opłacać ich emerytury? Jeśli społeczność płaci za leczenie chorujących, czyż nie przysługuje jej prawo do karania tych, którzy lekkomyślnie lekceważą swoje zdrowie lub naumyślnie się rozchorowują?

Jeśli założymy, że ludzie naprawdę cenią swoje zdrowie, czemu nie powinniśmy oczekiwać, by chcieli wydawać na opiekę medyczną przynajmniej tyle samo, ile wydają na picie, palenie, hazard, rozrywkę i weterynarza dla swoich zwierzątek? Innymi słowy: dlaczego nie powrócimy do czasów, w których opiekę medyczną mieli zapewnioną ci, którzy mogli i chcieli sobie na nią pozwolić, a ci, którzy nie byli w stanie jej opłacać, korzystali z opieki medycznej w inny sposób?

Zanim rząd federalny zajął się biznesem opieki medycznej, ubodzy otrzymywali darmowe usługi medyczne, często dobrej jakości, w szpitalach akademickich i miejskich. Wątpliwe, czy teraz otrzymują lepszą opiekę, jednak na pewno ci, których stać na opłacanie opieki medycznej, otrzymują dużo gorsze usługi niż kiedyś (pojęcia „lepsza” i „gorsza” odnoszą się do ludzkiego, nie technicznego, wymiaru usługi).

Gerald Dworkin uważa, że „człowiek może znać fakty [o niebezpieczeństwach palenia], może chcieć przestać palić, ale nie posiada wystarczającej siły woli. (...) [W takim wypadku] nie mamy do czynienia z problemem teoretycznym. Nie przymuszamy do dobra kogoś, kto tego nie chce. Po prostu używamy przymusu, by umożliwić ludziom osiągnięcie ich własnych celów” ([1972] 1999, 127–28). Takie przekonanie to paternalizm przymusu w czystej postaci. Jestem przekonany, że jedynym sposobem, dzięki któremu możemy stwierdzić, czy ktoś bardziej chce przestać palić niż delektować się paleniem, jest obserwowanie, czy rzuci palenie czy też

będzie dalej oddawał się tej czynności. Ponadto niemożliwe do wprowadzenia sankcje przymusowe, mające na celu chronienie ludzi przed nimi samymi, są tylko źródłem czarnych rynków i przerażających nadużyć prawnych. Niezauważanie tego przez teoretyka moralności dowodzi nieodpowiedzialności.

Idea, zgodnie z którą państwo ma obowiązek chronić ludzi przed nimi samymi stanowi nieodłączną część autorytarnego religijno-paternalistycznego poglądu na życie – obecnie popieranego również przez wielu ateistów. Gdy tylko ludzie zgodzą się, że odnaleźli jedyne i prawdziwego Boga – albo Dobro – dochodzą do wniosku, że muszą chronić członków grupy oraz obcych przed pokusą czczenia fałszywych bożków – albo dóbr. Postoświeceniowa odmiana tego poglądu wyrosła z zeświecczenia Boga i medykalizacji Dobra. Gdy tylko ludzie odnajdą jedyną i prawdziwą *Ratio*, muszą chronić innych przed pokusą czczenia *Irratio* – tj. szaleństwa.

Zachodni indywidualizm był źle przygotowany do obrony praw jednostki w obliczu problemu „szaleństwa”: nowożytny człowiek nie ma więcej prawa do bycia szalonym niż człowiek średniowiecza do bycia heretykiem.

Klasycznym nowoczesnym przykładem zachowania potencjalnie samookaleczającego jest jazda na motorze bez kasku (Germer 2000). Czy prawa kaskowe mogą być egzekwowane przez właściwe samorządnym państwom siły policyjne, które mogą „działać w celu chronienia zdrowia publicznego, bezpieczeństwa, moralności i powszechnego dobrobytu” (Stone 1969, 112)? Odpowiedź zależy od uznania, czy zachowanie podmiotu ma wpływ tylko na niego, czy też jest to sprawa publiczna, wpływająca również na innych.

Rzecz sprowadza się do postrzegania jednostki albo jako osoby prywatnej, albo jako własności publicznej: ta pierwsza nie jest związana ze społecznością obowiązkiem bycia zdrowym; jednak ta druga – tak. Gdy opieka medyczna jest dostarczana przez państwo, zarówno lekarze jak i pacjenci przestają być osobami prywatnymi i zrzekają się posiadania praw do rzeczy nieleżących w interesie państwa.

Historia uczy, że powinniśmy zachować ostrożność w wielbieniu zawodowych ochroniarzy jako naszych opiekunów: często dopuszczają się nadużyć, stosując przymus i szkodzą swoim klientom oraz robią wszystko, by skrajnie uzależnić ich od prześladowców.

## Przymus jako Leczenie: Uzasadnianie Farmakokracji

Przymus w przebraniu leczenia stanowi kolebkę medycyny politycznej. Na długo przed dojściem nazistów do władzy lekarze-eugenicy zalecali zabijanie pewnych chorych lub upośledzonych, jako formę leczenia zarów-

no pacjenta jak i społeczeństwa. Co przeradza przymus w terapię? Zdiagnozowanie stanu podmiotu jako „choroby”, nazwanie interwencji narzuconej ofierze „leczeniem” oraz uznanie tych określeń przez sędziów i prawodawców jako „choroby” i „leczenie”. Farmakokrata po prostu przeczy istnieniu różnic między opieką medyczną, której pacjent szuka, a tą, która jest mu narzucona przeciw jego woli – farmakokrata nazywa przemoc dobroczynnością.

Według prawa karnego różnica między pozbawieniem kogoś życia a ograniczeniem jego wolności jest różnicą ilościową, a nie jakościową. Historia przesładowań uczy tej lekcji dużo dramatyczniej. Jednak etycy medyczni i psychiatry ignorują te przesłanki, wielbiąc medyczne pozbawienie wolności, jeśli tylko nazywa się „hospitalizacją”, „poradnią ambulatoryjną”, „leczeniem uzależnień” itd. Wielu z nich popiera nawet odebranie życia, pod warunkiem nazwania tego „samobójstwem z pomocą lekarza” czy „eutanazją”. Z naukowego punktu widzenia leczeniem jest wszystko, co ma na celu pozbycie się choroby, a tożsamość osoby leczącej nie ma znaczenia, dlatego samodzielne zażycie leków przeciwbólowych, by usunąć ból, czy użycie leków przeciwhistaminowych na katar sienny jest leczeniem. Z prawnego punktu widzenia działanie jest leczeniem tylko wtedy, gdy wykonuje je lekarz z prawem do wykonywania zawodu za zgodą pacjenta lub jego opiekuna; choroba, diagnoza i wynik terapeutyczny nie mają znaczenia. Leczenie dobrowolne jest leczeniem tylko wtedy, gdy pacjent jest naprawdę chory, niezależnie od tego, czy jest skuteczne, czy też przynosi więcej szkód niż korzyści. Leczenie niedobrowolne jest przemocą, nawet jeśli wleczy się pacjenta.

### Wypaczenie Medycyny: Choroba jako „Uleczalność”

„Gdy rozmyślam nad chorobą”, pisał Louis Pasteur, „nigdy nie myślę o znalezieniu na nią lekarstwa” (w: Dubos 1950, 307). Jednak gdy farmakokrata rozmyśla nad chorobą, myśli wyłącznie o jej wyleczeniu. Ponieważ zaś uważa wynikający z dobrych intencji przymus za leczenie, znajduje chorobę tam, gdzie jego pacjent/ofiara dostrzeże tylko zachowania, które farmakokrata chce zmienić lub za które chce ukarać.

Nazistowska farmakokracja opierała się na przekonaniu, że Żydzi byli rakiem na ciele politycznym Rzeszy, który musiał być usunięty za wszelką cenę. Twierdzenie, że używanie nielegalnych substancji jest chorobą mózgu, stanowi odrębny problem. Choroby mózgu bowiem nie mogą być leczone bez zgody pacjenta. Jak zatem uzasadnia się stosowanie przymusu w leczeniu chorób mózgu? Sally Satel, psychiatra z Uniwersytetu w Yale,

przekonuje: „Dla nałogowców byłoby lepiej, gdyby więcej z nich aresztowano i zmuszono do brania udziału w programach terapeutycznych. (...) [Taka jest] istota humanitarnego leczenia” (1998, 6). Prawda jest taka, że ludzie z chorobami mózgu nie muszą być zmuszani do leczenia, ponieważ można ich po prostu do tego przekonać. Czy zatem zaskakuje, że przymus jest konieczny do leczenia nie-choroby?

Sędziowie stanu Nowy Jork twierdzą, że prawdopodobieństwo ukończenia programu terapeutycznego dla uzależnionych jest dwa razy wyższe wśród osób, które zostały skazane na to leczenie przez sąd (Kaye 1999, 9). Jednak fakt, że skazani za narkotyki kończą owe programy, oznacza tylko tyle, że chcą się uwolnić od wścibskich sędziów. Z pewnością zaś nie dowodzi, że pozbyli się oni pragnienia używania narkotyków.

Najwyraźniej daremnie przestrzegał Daniel Defoe (1660-1731): „Spośród wszelkich zaraz, którymi przekłeto ludzkość, najgorszą jest Kościelna tyrania” (*Oksfordzki Słownik Cytatów*, 234). Świeckość może uchronić nas przed teologiczną tyranią, lecz nie przed niebezpieczeństwami tyranii terapeutycznej. Wybieranie przywódcy narodu większością głosów może nas chronić przed rządami arystokracji, jednak nie uchroni nas przed rządami farmakokracji.

## Ideologia Medyczna, Zdrowie Publiczne i Socjalizm

### Zdrowie, Bieda, Państwo

Przez wieki Kościół zajmował się biedą i chorobami, szczególnie tymi, które nękały ubogich. W dzisiejszych czasach państwo przejęło obie funkcje tak skutecznie, że od II wojny światowej leczenie chorób jest postrzegane jako obowiązek państwa wobec jego obywateli.

W Związku Radzieckim uspołecznienie gospodarki doprowadziło do powszechnego niezadowolenia ekonomicznego. W Zachodnich demokracjach uspołecznienie medycyny prowadzi dziś do podobnego powszechnego niezadowolenia opieką zdrowotną, tak wśród pacjentów, jak i lekarzy. Ponieważ cele państwa jako producenta dóbr – dostarczyciela usług medycznych – różnią się do celów obywateli jako konsumentów – tj. pacjentów – wynik nie powinien zaskakiwać.

### Zdrowie a Państwo Narodowosocjalistyczne

Hitler wiedział, że bezpośrednie przejęcie własności prywatnej wywoła silny opór emocjonalny i polityczny. Jednym z sekretów jego dojścia do władzy było przedstawienie ruchu narodowosocjalistycznego jako przeciwnego takiemu działaniu, przeciwnego samemu komunizmowi. Jak zauważa Robert Proctor, Hitler ro-

zumiał, że nie było potrzeby „nacjonalizowania przemysłu, skoro można znacjonalizować ludzi” (1999, 74). Chciałbym podkreślić, że uważam pravicowy nazizm i lewicowy komunizm nie za przeciwstawne systemy polityczne, lecz za dwie spokrewnione formy socjalizmu: pierwszy jest brunatny i narodowy, drugi – czerwony i międzynarodowy. Obie grupy socjalistów bardzo sprawnie umniejszyły autonomię jednostki i zniszczyły jej moralność.

Od samego początku swojej politycznej kariery walka Hitlera z „wrogami stanu” opierała się na retoryce medycznej. W 1934 grzmiał, przemawiając w Reichstagu: „Wydałem rozkaz (...), by wypalono do żywego mięsa wrzody wewnętrznych trucicieli naszego dobrobytu” (w: Kershaw 1999, 494). Politycy narodowosocjalistyczni oraz całe Niemcy nauczyły się myśleć i mówić w tych kategoriach. Werner Best, deputowany Reinharda Heydricha, oświadczył, że zadanie policji polegało na „wykorzenieniu wszystkich objawów choroby oraz zniszczenie zarazków, grożących politycznemu zdrowiu narodu. (...) [Poza Żydami] większość [zarazków] stanowiły słabe, nielubiane grupy z marginesu, jak Cyganie, homoseksualiści, żebracy, antyspołeczni, leniwi i recydywiści” (w: ibidem, 541).

Mimo przedstawionych dowodów, polityczne implikacje terapeutycznego charakteru nazizmu i medyczne metafory, używane w dzisiejszych demokracjach są niedoceniane, lub – co częstsze – niedostrzegane. Ów temat jest delikatny nie dlatego, że przedstawia nazistowskich psychiatrów w niekorzystnym świetle. Ich działalność określono po prostu „nadużyciem psychiatrii”. Temat jest delikatny raczej dlatego, że uwidacznia uderzające podobieństwa między farmakokratyczną kontrolą w nazistowskich Niemczech i tą w Stanach Zjednoczonych, określaną eufemistycznie „wolnym rynkiem”.

### Nazistowska Farmakokracja: Socjalistyczna Opieka Zdrowotna

Najważniejszą pracą o farmakokracji w nazistowskich Niemczech jest *Zdrowie, rasa i niemiecka polityka między zjednoczeniem a nazizmem. 1870-1945* autorstwa Paula Weindlinga, wykładowcy Instytutu Historii Medycyny Wellcome w Londynie. W przeciwieństwie do wielu badaczy Holokaustu, Weindling nie unika dostrzeżenia podobieństw między medykacją polityki a upolitycznieniem zdrowia, zarówno w nazistowskich Niemczech, jak na Zachodzie. Píše: „Naukowo wyedukowani eksperci określali politykę społeczną i styl życia. (...) Nauka i medycyna dostarczyły alternatywy dla polityki partyjnej przez tworzenie podstaw dla kolektywnej polityki, mającej na celu uleczenie wszystkich problemów społecznych. Lekarskie poczucie odpowie-

dzialności wobec chorych uległo osłabieniu wraz z pojawieniem się świadomości kosztów biedy i choroby. (...) Medycyna przekształciła się z wolnego zawodu (...) w wykonywanie obowiązków urzędników państwowych nie dla dobra jednostkowego pacjenta, lecz społeczeństwa i przyszłych pokoleń. (...) Lekarze stali się częścią rosnącego aparatu państwa. (1998, 1, 2, 6).

Weindling prześledził polityczno-ekonomiczną historię nowoczesnej medycyny, przypominając, że „w 1868 medycyna została ogłoszona «wolnym zawodem», który mogli praktykować wszyscy (...) bez prawnych kar przeciw szalbierstwu. (...) Czołowi przedstawiciele tego zawodu, jak Rudolf Virchow, byli przekonani, że sprawność naukowa zapewni przyszłość tej profesji” (14). To był wolny rynek medyczny. Dziś natomiast państwo ściśle reguluje rynek medycznych dóbr i usług.

### Nazistowska farmakokracja: wszczynanie wojen o zdrowie

Biorąc pod uwagę związek między zdrowiem i państwem, główny cel Hitlera był taki sam jak Platona, Arystotelesa i nowoczesnych fanatyków zdrowia publicznego: usunąć granicę między zdrowiem prywatnym i publicznym. Poniżej znajduje się kilka najwyraźniejszych przykładów:

- Twoje ciało należy do Führera! Masz obowiązek być zdrowy! Jedzenie nie jest sprawą prywatną! (slogany narodowych socjalistów) (Proctor 1999, 120)
- Mamy obowiązek, by w razie konieczności umrzeć za Ojczyznę; dlaczego nie powinniśmy mieć również obowiązku być zdrowymi? Czyż Führer nie dość wyraźnie tego zażądał? (działacz antytytoniowy, 1939) (58)
- Nikotyna nie niszczy tylko jednostki, lecz populację jako całość. (działacz antytytoniowy, 1940) (26)

Hitler i jego przybocznicy byli fanatykami zdrowia, ogarniętymi obsesją czystości i zabijania „robaków”, do których zaliczali się ludzie niepożądani: szczególnie Żydzi, Cyganie, homoseksualiści i chorzy umysłowo. Hitler nie pił alkoholu, nie palił i był wegetarianinem. Przejęty chorobami i dobrem zwierząt, nie mógł „znieść zabijania zwierząt na pokarm dla ludzi” (Proctor 1999, 136). Gdy Hitler został kanclerzem, marszałek Rzeszy Hermann Goering ogłosił koniec „niebываłych tortur i cierpienia zwierząt poświęcanych w eksperymentach”. Medycznym masowym mordom na pacjentach psychiatrycznych towarzyszyło wprowadzenie całkowitego zakazu wiwisekcji, którą ogłoszono najistotniejszym przestępstwem (129; zob. również Borkin [1978] 1997, 58). Szacunek nazistowskiej etyki zdrowia publicznej-



go dla zdrowia większości (tj. Aryjczyków) i zwierząt (poza „robakami”) ilustruje połączenie umiłowania dla farmakokracji i praw zwierząt z pogardą dla praw człowieka i życia ludzi niedoskonałych (zob. również Peter Singer 1994, „Dangerous Words” 2000 i Szasz 1999, 89, 96–97).

Jednak Proctor nie widzi doświadczenia Nazistów z umedycznioną polityką jako przykładu ilustrującego niebezpieczeństwa czyhające w przymierzu medycyny z państwem. Zamiast tego Proctor dywaguje na temat wojny Nazistów z rakiem i tego, co „mówi nam ona o naturze faszyzmu” (1999, 249). Nasza przyszła wolność – i zdrowie również – może zależeć od tego, czy pominiemy analogię między farmakokracją w nazistowskich Niemczech i farmakokracją w dzisiejszej Ameryce jako „dość marginalną” – jak uważa Proctor – czy też, jak sugeruję ja – uznamy ją za przerażająco istotną i potraktujemy z najwyższą powagą.

## Wnioski

Amerykanie stali się zamożnym narodem dzięki oddzieleniu gospodarki od państwa, a nie dzięki uczynieniu państwa źródłem zatrudnienia, jak zrobili to komuniści z katastrofalnym skutkiem. Dlatego Amerykanie mogą stać się zdrowym narodem tylko dzięki oddzieleniu medycyny od państwa, a nie dzięki uczynieniu państwa źródłem opieki zdrowotnej, jak to zrobili komuniści z równie katastrofalnym skutkiem.

Opieramy się na fałszywej przesłance myśląc, że jeśli X jest „wiodącą przyczyną” zgonów, to X jest chorobą i problemem dla zdrowia publicznego, a prewencja i leczenie X uzasadnia rozległe ograniczenie wolności jednostki. Oczywiście wiodącą przyczyną zgonów jest bycie żywym. W ten sposób państwo terapeutyczne pochłania wszystko, co ludzkie, z pozornie racjonalnego powodu, że poza dziedziną zdrowia i medycyny nie ma niczego. Zupełnie tak samo państwo teologiczne pochłonęło wszystko, co ludzkie, opierając się na całkowicie racjonalnej przesłance, że poza Bogiem i religią nie ma niczego.

Myślę, że Amerykanom potrzeba Naczelnego Terapeuty, będącego zarazem księdzem i lekarzem. Potrzeba im władzy, która uchroni ich przed przyjęciem odpowiedzialności nie tylko za ich zdrowie, lecz również za zachowania, które prowadzą ich do choroby – dosłownie i w przenośni. Politycy zaś, zniżając się do tej potrzeby, zapewniają, że obywatele mają „prawo do zdrowia” i nie są odpowiedzialni za swoje choroby. Obiecują im „kartę praw pacjenta” oraz Amerykę „wolną od raka i narkotyków”. Otepiają obywateli niewyczerpanym strumieniem leków zmieniających umysł oraz ogłupiającą propagandą przeciw chorobom i przeciw narkotykom

– jakby ktokolwiek mógł popierać chorobę lub nadużywanie narkotyków.

Dawniej ludzie żarliwie wyznawali totalitaryzm. Dziś spieszą, by wielbić państwo terapeutyczne. A gdy odkryją, że państwo terapeutyczne chce ich tyranizować, a nie leczyć, będzie już za późno.

## Bibliografia

- Borkin, J. [1978] 1997. *The Crime and Punishment of I. G. Farben*. New York: Barnes and Noble, edited by D. L. Sills. New York: Macmillan and Free Press, 15:143–50.
- Buckley, William F., Jr. 2000. *The Pursuit of AIDS in Africa*. *National Review* (June 5): 62–3.
- Creveld, Martin van. 1999. *The Rise and Decline of the State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dangerous Words*. 2000. *Princeton Alumni Weekly*, January 26, 18–19.
- Dubos, Rene J. 1950. *Louis Pasteur: Free Lance of Science*. Boston: Little, Brown.
- Dworkin, Gerald. [1972] 1999. *Paternalism*. In *New Ethics for the Public's Health*, edited by D. E. Beauchamp and B. Steinbock. New York: Oxford University Press, edited by D. L. Sills. New York: Macmillan and Free Press, 15:143–50.
- Flynn, John T. [1948] 1998. *The Roosevelt Myth*. San Francisco: Fox and Wilkes.
- Fried, Morton H. 1968. *State: The Institution*. In *International Encyclopedia of the Social Sciences*.
- Germer, F. 2000. *The Helmet Issue—Again*. *U.S. News & World Report* (June 19): 30.
- Higgs, Robert. 1987. *Crisis and Leviathan: Critical Episodes in the Growth of American Government*. New York: Oxford University Press.
- Kaye, J. S. 1999. *My Turn: Making the Case for Hands-on Courts*. *Newsweek* (October 11): 13.
- Kershaw, I. 1999. *Hitler: 1889–1936*. New York: Norton.
- Lawson, N. 2000. *The Retreat of the State*. Norwich, Eng.: Canterbury.
- Porter, Bruce D. 1994. *War and the Rise of the State: The Military Foundations of Modern Politics*. New York: Free Press.
- Proctor, Robert. N. 1999. *The Nazi War on Cancer*. Princeton: Princeton University Press.
- Richards, E. P., and K. C. Rathbun. 1999. *The Role of the Police Power in 21st Century Public Health*. *Sexually Transmitted Diseases* 26 (July): 350–57.
- Rose, G. [1985] 1999. *Sick Individuals and Sick Populations*. *International Journal of Epidemiology* 14: 32–38. Reprinted in *New Ethics for the Public's Health*, edited by D. E. Beauchamp and B. Steinbock. New York: Oxford University Press.
- Samuelson, R. J. 2000. *Who Governs?* *Newsweek* (February 21): 33.
- Satel, Sally. 1998. *For Addicts, Force Is the Best Medicine*. *Wall Street Journal*, January 7, 6.
- Singer, Peter. 1994. *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. New York: St. Martin's.
- Stone, W. F., Jr. 1969. *State's Power to Require an Individual to Protect Himself*. *Washington and Lee Law Review* 26: 112–19.
- Strange, S. 1996. *The Retreat of the State: The Diffusion of Power in the World Economy*. Cambridge, Eng.: Cambridge University Press.
- Swann, D. 1998. *The Retreat of the State: Deregulation and Privation in the UK and US*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Szasz, Thomas S. [1963] 1989. *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry Into the Social Uses of Mental Health Practices*. Syracuse: Syracuse University Press.ó
- . [1970] 1977. *Justice in the Therapeutic State*. In *The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics*. Syracuse: Syracuse University Press.
- . [1970] 1997. *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. With a new preface. Syracuse: Syracuse University Press.
- . [1976] 1985. *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Rev. ed. Holmes Beach, Fla.: Learning.
- . [1994] 1998. *Cruel Compassion: The Psychiatric Control of Society's Unwanted*. Syracuse: Syracuse University Press.
- . 1965. *Toward the Therapeutic State*. *New Republic*, December 11, 26–29.
- . 1980. *Therapeutic Tyranny*. *Omni* (March): 43.
- . 1982. *Building the Therapeutic State*. *Contemporary Psychology* 27 (April): 27.
- . 1984. *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. Buffalo: Prometheus.
- . 1994a. *Diagnosis in the Therapeutic State*. *Liberty* 7 (September): 25–28.
- . 1994b. *The Therapeutic State Is a Modern Leviathan*. *Wall Street Journal* (European ed.), January 11, 9.
- . 1995. *Idleness and Lawlessness in the Therapeutic State*. *Society* 32 (May–June): 30–35.
- . 1996. *Routine Neonatal Circumcision: Symbol of the Birth of the Therapeutic State*. *Journal of Medicine and Philosophy* 21: 137–48.
- . 1999. *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*. Westport, Conn.: Praeger.
- . 2001. *Pharmacocracy: Medicine and Politics in America*. New York: Greenwood.
- Virchow, Rudolf. [1849] 1958. *Scientific Method and Therapeutic Standpoints*. In *Disease, Life, and Man: Selected Essays by Rudolf Virchow*, edited by L. J. Rather. Stanford: Stanford University Press.
- Weindling, Paul. 1989. *Health, Race, and German Politics between National Unification and Nazism, 1870–1945*. Cambridge, Eng.: Cambridge University Press.

# Czy znamy prawdę o AIDS?

Mateusz Machaj

*Jako naukowiec, który badał AIDS przez 16 lat, doszedłem do wniosku, że AIDS ma niewiele wspólnego z nauką i nie jest nawet w połowie kwestią medyczną. AIDS to fenomen socjologiczny, funkcjonujący na bazie strachu i paniki, który przekroczył i obalił wszystkie prawa nauki, narzucił przekonania i wykorzystał argumenty pseudonauki, by przemówić do podatne na tego typu działania publiki*

David Rasnick

## Czy znamy prawdę o AIDS?<sup>1</sup>

Przeciętny człowiek sądzi, że w kwestii AIDS istnieje pewna rdzenna i nienaruszalna wiedza, znana każdemu śmiertelnikowi, tak oczywista jak teza Kopernika. Mimo że nie znamy leków ani szczepionek, które miałyby chronić ludzi przed zakażeniem, to wydaje się, że możemy mówić o pewnym paradygmacie HIV/AIDS, co do którego nie powinno być żadnych wątpliwości. Tymczasem bliższe przyjrzenie się teorii i historii tego zjawiska, może zrodzić niemałe zastrzeżenia.

Nie jestem z wykształcenia ani biofizykiem, ani biochemikiem, ani biologiem. Nie jestem też lekarzem, ani epidemiologiem. Nie mam stosownego dyplomu, ani wykształcenia zdobytego na własną rękę, nie mogę więc występować z pozycji osoby, broniącej którejkolwiek z tez o HIV/AIDS. Jestem jednak wyposażony we własny umysł, a przede wszystkim zaznajomiony z metodologią nauk i umiejętnym czytaniem tekstów, a słuchając przy tym pewnej grupy opozycjonistów, potrafię dostrzec istotne problemy, które mogą sugerować, że obowiązująca wiedza o HIV/AIDS niekoniecznie musi być prawdziwa. A z wiedzą tą związane są bardzo ściśle zagadnienia o charakterze społeczno-politycznym.

## Czy można wątpić?

Zacznijmy zatem stereotypowo – od przedstawienia standardowej historyjki o zakażeniu. Udajesz się na test, aby sprawdzić, czy nie zostałeś zakażony wirusem HIV. Powiedzmy, że uznano cię za osobę seropozytywną i powszechnie stosowaną dzisiaj metodą łańcuchowej reakcji odwrotnej polimerazy DNA (RT-PCR) stwierdzono aktywność wirusa w twoim organizmie. (Precyzyjnie mówiąc: nie jest to wirus, lecz retrowirus, o których

istnieniu w naturze dowiedzieliśmy się stosunkowo niedawno – trzydzieści lat temu). Znajdujesz się więc w sytuacji bez wyjścia, skazany na śmierć. Wiesz, że w przeciągu kilku lat opuścisz ten świat. Możesz zacząć brać powszechnie stosowane leki przeciw retrowirusowi, takie jak AZT, czy inhibitory proteazy. Ale nie ma pewności, że przedłuży to twoje życie.

Tak właśnie wygląda schemat powszechnego postrzegania zjawiska HIV/AIDS. Wydawać by się mogło, że wszyscy, którzy wysłuchali mnóstwa podobnych historii, będą przekonani do obowiązującej teorii. Okazuje się jednak, że na każdym z etapów przedstawionej wyżej historyjki, można by odwołać się do zdania wielu autorów, które kwestionują te powszechne mniemania.

Jeden z lepszych specjalistów od retrowirusów, ich odkrywca, Peter Duesberg, człowiek, który sprawił, że naukowcy zaczęli lepiej rozumieć to zjawisko, twierdzi, że HIV nie powoduje AIDS, a jest wręcz nieszkodliwy. Laureat Nagrody Nobla, Kary Mullis, wynalazca metody PCR, uważa, że stosowanie jej (odmiany RT-PCR) w przypadku wirusa HIV i jego aktywności jest jednym z większych nieporozumień w nauce. David Rasnick zaś, mający wieloletnie doświadczenie z inhibitorami proteazy, które pomagają zatrzymywać infekcje HIV, twierdzi, że są one zabójcze dla organizmu i nie powinno się ich w ogóle stosować.

Duesberg, Mullis i Rasnick to tylko trzech spośród wielu wybitnych naukowców, którzy odważyli się zakwestionować obowiązującą teorię dotyczącą HIV/AIDS. Nie są to podrzędni profesorowie, pracujący gdzieś na uboczu i niemający żadnych osiągnięć. Wprost przeciwnie – to twórcy wielu narzędzi stosowanych w walce z AIDS. Nie wolno zatem zbywać ich półsłówkami i traktować jak nie mających nic do powiedzenia odszczepieńców.

## Wątpliwości to początek, a nie koniec dociekań

Paradoksalnie, sam główny nurt teorii HIV/AIDS przynajmniej do dosyć fundamentalnej niewiedzy. Prowadzi się zaawansowane badania, naukowe dociekania epidemiologiczne, biochemiczne, wirusologiczne i genetyczne, a także dokonuje analiz, a jednak pod pewnym istotnym względem medycyna, jakże imponująca i radząca sobie z wieloma problemami nauka, okazuje się być kompletnie zacofana: nikt nie potrafi w obowiązującym paradygmacie dokładnie wyjaśnić w jaki sposób

<sup>1</sup> Dziękuję Tobiaszowi Szajerce za kilka cennych uwag merytorycznych.

HIV powoduje AIDS (nie istnieje pewny opis biochemicznego mechanizmu tego, jak wirus miałby uszkadzać odporność). Wpływ tego wirusa na niszczenie organizmu nie został dokładnie opracowany i przedstawiony środowisku naukowemu.

Sytuacja ta wynika przede wszystkim stąd, że AIDS jest zespołem chorób, a nie jedną, specyficzną chorobą, pojawiającą się w wyniku działania jednego, konkretnego czynnika. Najbardziej problematyczna jest jednakże sama istota wirusa, w związku z którym pojawia się mnóstwo nieścisłości, a wachlarz jego błędnych interpretacji jest szeroki. Nikt nie patrzy pod mikroskopem na krew zakażonych ludzi i nie pokazuje wyraźnie wyodrębnionej cząstki wirusa, która po wyizolowaniu i wprowadzeniu do niezakażonych komórek doprowadza do infekcji. Zamiast tego mamy do czynienia tylko z poszlakami i pośrednimi znakami, wskazującymi na to, że HIV jest gdzieś tam głęboko ukryty w materiale biologicznym organizmu.

Między innymi dlatego osławiona metoda RT-PCR, polegająca na odpowiedniej replikacji materiału genetycznego, dzięki czemu można określić ilość wirusa w organizmie, została powitana z radością, jako znakomity sposób wydobycia problemu HIV z ukrycia. Przeciwnicy oficjalnej teorii, w tym wspomniany autor PCR, twierdzą, że jest to pokazywanie tylko pewnego układu materiału genetycznego. Tymczasem naukowiec powinien interesować wyłącznie zdolność do infekcji, aktywna cząstka wirusa. A taka cząstka to nie tylko nić materiału genetycznego, lecz także jej pozostałe elementy – białka, enzymy, otoczka etc. Badanie ilości wirusa za pomocą metody PCR przypomina, jak to określił jeden z przeciwników obowiązującej tezy o HIV/AIDS, sprawdzanie liczby samochodów za pomocą dodawania samych kół. Co ciekawe, w zeszłym roku jedno z naukowych czasopism medycznych głównego nurtu opublikowało tekst podający w wątpliwość stosowanie metody PCR.

Natomiast grupa pod przewodnictwem Eleni Papadopulos-Eleopulos (tzw. „Perth Group”) jest w swoich tezach jeszcze radykalniejsza i twierdzi, że dopóki nie wyizoluje się aktywnej cząstki wirusa HIV, dopóty nie można twierdzić, że coś takiego jak infekujący HIV w ogóle istnieje (grupa powołuje się tutaj na tzw. postulaty Kocha o izolowaniu wirusów).

Z różnych przyczyn naukowcy nie byli w stanie odpowiedzieć na pytanie o to, jak dokładnie wygląda mechanizm zakażenia. A skoro nie wszystko w tej kwestii jest jasne, może faktycznie możemy też nie widzieć jeszcze czegoś, a ci, których uważa się za szaleńców, być może są w stanie powiększyć naszą wiedzę?

Największe przełomy naukowe dokonywały się w sytuacji, gdy kilka osób wbrew powszechnie panującym

przekonaniom, decydowało się iść pod prąd. Recepta na sukces naukowy, co pokazywał Thomas Kuhn, jest dosyć prosta. Najpierw należy odnaleźć jakieś problematyczne zjawisko (łamiętkę), z którym nie jest w stanie uporać się obowiązująca teoria. W ten sposób odnajdujemy coś, czego *nie wiemy*. Najlepsze, co może zrobić naukowiec, aby ten problem rozwiązać, to spróbować *dowiedzieć się*, dlaczego nie wiemy. Innymi słowy, kluczem do rozwiązania łamiętki jest *wiedzieć*, dlaczego się *nie wie*. Tak było na przykład z Albertem Einsteinem, który próbował opisywać pewne zjawiska sprzeczne z teorią Newtona. Zamiast jednak rozwiązywać je, posługując się równaniami Newtona, zastanowił się, dlaczego teoria Newtona nie pozwala na wyjaśnienie zaobserwowanych zjawisk. Dzięki temu stworzył nowy paradygmat, który potem jeszcze przez wiele lat nie był uznawany w świecie fizyków. Nieraz tak właśnie jest, że zamiast szukać odpowiedzi za pomocą okularów, które wszyscy noszą, warto się zastanowić, co przesłaniają nam właśnie te okulary, które mamy na nosie.

### HIV-AIDS a Thomas Kuhn i Karl Popper

Prace dwóch największych filozofów nauki – Karla Poppera i Thomasa Kuhna – mogą okazać się dobrą pomocą w zrozumieniu, dlaczego współczesne środowisko medyczne wcale nie musi mieć racji co do zjawiska HIV/AIDS. Możemy się z nich dowiedzieć o mechanizmach ochronnych każdej teorii, która w razie ataku desperacko broni się przy użyciu najrozmaitszych zabiegów. Przykładowo niewykrycie wirusa może być uznane za jego nieistnienie albo za coś zupełnie odwrotnego – mianowicie jego skuteczne zakamuflowanie. Wskazywanie przez termometr ciągle tej samej temperatury może oznaczać stabilną pogodę albo że coś jest nie tak z naszą aparaturą. Zniknięcie bólu głowy po zjedzeniu marchewki może oznaczać ozdrowieńczy wpływ witamin, ale może też nie mieć z nim żadnego związku. Podobnych sytuacji możemy wymieniać bardzo wiele. Najważniejsza jest jednakże obserwacja, że nie wszystko ma jeden, prosty i niepodważalny opis naukowy, który obowiązuje bez żadnych zastrzeżeń, zwłaszcza w przypadku zjawisk, które nie do końca są dla nas zrozumiałe. Tak właśnie jest z teorią HIV/AIDS. Naukowcy nie rozumieją, czym tak naprawdę jest HIV (bo gdyby rozumieli, potrafiliby leczyć powodowane przez niego zakażenia), nie powinni więc wyznawać jedynych słusznych poglądów.

Czy tak zwane leki na AIDS są bardziej lekami, czy też może bardziej trucizną wyniszczającą organizm i, jak mówi jeden z ich producentów, mogąca powodować takie objawy jak AIDS? Nie ma w tym nic zaskakującego, skoro to najbardziej toksyczny lek podawany cho-

rym w historii medycyny, kilkakrotnie mocniejszy niż wyniszczające terapie przeciwnowotworowe. Nie da się również jednoznacznie stwierdzić, że pacjenci, którym podaje się takie leki, żyją dłużej. Co gorsza, może się okazać, że powodują one powolne wyniszczanie organizmu chorego i prowadzą do jego niechybnej śmierci.

Właśnie na przykładzie długości życia zakażonych ludzi doskonale widać, jak bardzo nauka opiera się na paradygmatach i jak bardzo należy być ostrożnym przy analizie. Mamy bowiem ustalony okres latencji (który rośnie z roku na rok; od odkrycia – gdy sugerowano najwyższy rok – do dziś powiększył się kilkanaście razy) i śmiertelnego ataku wirusa, który nie do końca współgra z danymi epidemiologicznymi, więc ustalony okres poprawiamy. Ludzie żyją jednak dłużej, ale czego to może być skutek? Mogą to powodować dobre leki, ale przecież radykalnie inna teoria może być w pełni kompatybilna z takimi statystykami. A być może ludzie żyliby jeszcze dłużej, gdyby w ogóle takie leki nie były podawane? Być może cała teoria jest z lekka dziurawa, ponieważ ciągle zmienia się okres latencji?

### **Rewizjonizm HIV/AIDS a polityka i wielkie pieniądze**

Rewizjoniści oficjalnej doktryny nie we wszystkim są zgodni. Zgadniają się jednak co do jednego – zjawisko AIDS jest realne, ale demonizowanie wpływu wirusa HIV na jego powstawanie jest błędem. AIDS obejmuje całe mnóstwo chorób, od złośliwych nowotworów do zapalenia płuc. W wielu przypadkach chorzy na AIDS są w złym stanie z powodu poważnego zatrucia organizmu, „twardych” narkotyków, czy też azotanów (w przypadku homoseksualistów) albo przez wielokrotne przetaczania krwi (u hemofilików). Natomiast w Afryce AIDS istniał zawsze, a nie od momentu odkrycia HIV. Był jednak przede wszystkim efektem niskiego poziomu życia, zakażeń i niedożywienia mieszkańców Czarnego Lądu. Dużo przypadków zakażeń wynikało też z kontaktu ludności afrykańskiej z brudną wodą. Dysydenci uważają, że wrzucanie wszystkich tych zjawisk do jednego worka i przypisywanie im uniwersalnej przyczyny w postaci HIV to błąd, ponieważ każde z nich ma własne, odmienne przyczyny. A zatem dysydentów można by po prostu uznać za zwolenników tezy, że nie istnieje coś takiego jak uniwersalne niebezpieczeństwo zarażenia „egalitarnym” wirusem HIV, który jest w stanie zabić każdego człowieka na ziemi w ciągu kilku lat. Odpowiedzialne za to jest raczej faszeringowanie organizmu toksycznymi substancjami i wyniszczenie układu odpornościowego.

Owa naukowa teza nie jest bez znaczenia dla wszystkich programów pomocy, tworzonych w związku z

epidemią AIDS. Jeśli bowiem istnieje egalitarny, nie-dyskryminujący wirus, przenoszący się między ludźmi, to potencjalnie w interesie każdego leży wydawanie pieniędzy w celu zabezpieczenia się przed jego atakiem. Tymczasem historia opozycjonistów godzi w samo serce tej teorii, ponieważ sprowadza problematykę AIDS do szeregu indywidualnych przypadków klinicznych, związanych raczej z sytuacją chorobową poszczególnych pacjentów niż działaniem jednego uniwersalnego czynnika chorobotwórczego. Co więcej, sytuacja ta zależy od świadomych i jawnych wyborów takich osób, dotyczących chociażby prowadzonego przez nich trybu życia.

Nie sposób pominąć tematu finansów w problematyce AIDS. Gdyby bowiem okazało się, że HIV nie jest globalnym zagrożeniem, wiele organizacji zajmujących się AIDS musiałyby odejść do lamusa i zapomnieć o ogromnych pieniądzach, otrzymywanych z publicznych i prywatnych źródeł. Polowanie na wirusa, który jest w stanie mutować, w niezrozumiały dla nas sposób uśmiercać limfocyty i przechodzić z człowieka na człowieka, wymaga wielu zaawansowanych badań, testowania leków, czy poszukiwań szczepionek. A uznanie AIDS za zjawisko wynikające z zatrucia organizmu narkotykami, czy innymi substancjami, oznaczałoby, że lekiem jest kilkusetkrotnie tańszy odwyk, oczyszczający organizm. Powiedzmy wprost: gdyby okazało się, że takie właśnie są fakty, upadłoby wiele instytucji korzystających z pieniędzy ludzi, przekonanych, że należy ich chronić przed groźnym wirusem. Gdyby taki wirus nie okazał się śmiertelny lub wcale by nie istniał, to wszystkie tego typu organizacje straciłyby podstawy do upominania się o coraz większe pieniądze.

Samo istnienie wirusa HIV zostało ogłoszone na konferencji prasowej, przez przedstawiciela rządu amerykańskiego, sławnego Roberta Gallo (*notabene* byłego kolegę Duesberga, którego szanował i uważał za wybitnego specjalistę od wirusologii aż do momentu, gdy Duesberg zakwestionował oficjalną wersję nauki o HIV/AIDS). Ten samo Gallo, który jak się potem okazało opatentował testy na wirusa, na czym zbił majątek, zamiast użyć dyskursu naukowego i opublikować wyniki badań w jakimś naukowym periodyku, wybrał się na rządową konferencję prasową, by obwieścić całemu światu, że odnalazł śmiertelnego wirusa, a potem szybko zarobić na tym pieniądze. Pikanterii całemu zdarzeniu dodaje fakt, że Gallo ukradł zwyczajnie całe odkrycie, bo próbki pochodziły od naukowców z Instytutu Pasteura, pracujących pod przewodnictwem Luca Montagniera. Nic dziwnego, że publicysta „Chicago Tribune”, John Crewdson, zdobywca Pulitzera, poświęcił całą książkę, by udowodnić, że epopeja Gallo opiera się na oszustwie. Faktu tego nie zmienia to, że sami prezydenci Reagan i

Chirac doszli do porozumienia i uznali, iż odkrycia w tej kwestii odbyły się równolegle.

Cała sprawa staje się jeszcze ciekawsza, gdy przyjrzymy się niektórym wypowiedziom Montagniera, w których mówił otwarcie, że wirus HIV tak naprawdę nie został nigdy wyizolowany w czystej postaci, albo może się okazać zupełnie nieszkodliwy. Widzimy zatem, o ile spokojniejsze i bardziej wyważone było podejście faktycznego odkrywcy substancji określanej jako wirus HIV, od podejścia amerykańskiego uzurpatora, który każdego naukowca o odmiennym zdaniu uważa za szaleńca i wariata (stanowiącego poważne zagrożenie dla jego biznesu).

A czy możemy pominąć w całej tej dyskusji przedziwną historię AZT, śmiertelnego leku podawanego nosicielom, oraz chorym na AIDS, który kiedyś miał być lekiem przeciw rakowi, lecz zrezygnowano z niego, bo okazał się zbyt zabójczy? Producent najwyraźniej znalazł inną niszę rynkową...

Wolnościowcy często podkreślają, że najniebezpieczniejszym triumwiratem ograniczającym wolność obywateli są: rząd, wielki biznes i zaplecze naukowo-intelektualne, robiące za ministerstwo prawdy (najwygodniejszej dla rządu i wielkiego biznesu rzecz jasna). W zamian za promowanie dochodowej prawdy owo zaplecze intelektualne finansowane jest przez wielki biznes, a od rządu otrzymuje wygodne i dochodowe stanowiska. Założmy na potrzeby naszego tekstu, że dysydenci mają rację i że wirus HIV bądź nie istnieje, bądź jest nieszkodliwy, lub też że jest relatywnie mało groźnym czynnikiem chorobotwórczym w patologii AIDS. Oznaczałoby to, że *research* związany z demonologią owego wirusa jest wielką manipulacją, marnotrawiącą pieniądze nieświadomego społeczeństwa. Miliony dolarów wydawane są na zabójcze i nieskuteczne leki, miliony idą na przeprowadzanie testów na przeciwciała i testów na ładunek wirusa. Ogromne fundusze przeznaczane są na poszukiwanie leków i szczepionek. A o ile więcej pieniędzy zarabiają producenci prezerwatyw?

Przemysł farmaceutyczny robiłby w takim scenariuszu pieniądze dzięki zręcznemu oszustwu. Rząd natomiast wzmocniłby jeszcze swoją pozycję, ponieważ im więcej stworzy potencjalnych wrogów społeczeństwa, tym więcej widzi dla siebie roli. Jasne przecież, że przestraszone społeczeństwo łatwiej oddaje się w ręce pogańskiego, interwencjonistycznego bożka, który za pomocą mistycznego zaklęcia „niech się stanie” (odpowiednio pieniądze, prawo, regulacja itd.) potrafi czynić cuda. W tej sytuacji naukowcy bez wątplenia znajdują sobie ciepłe posadki w systemie edukacyjnym, jakże rozlegle kontrolowanym przez państwową politykę rozdzielania funduszy. Do tego dochodzą konferencje i badania

współfinansowane przez wielkie koncerny farmaceutyczne, dzięki którym naukowcy odnajdują coraz więcej dowodów na to, że HIV jest jeszcze bardziej skomplikowany niż myśleli i że potrzeba dalszych badań, analiz i większego budżetu w celu zwalczania demona. W końcu nawet oparta na tym polityka zagraniczna, nowoczesna forma kolonializmu realizowanego za pomocą struktur ONZ, także otwiera drogę do wtrącania się w sprawy afrykańskie.

Właśnie z tych powodów środowisko naukowe jest niestety skorumpowane i bardzo trudno przebić się do oficjalnej prasy opozycjonistom oficjalnej teorii. A widzieliśmy przecież, że mają oni tak wysokie kompetencje, że ich kwestionowanie zakrawałoby na żart. Nie są to słabo wykształceni i amatorscy fani mikroskopów, niemający zbyt wielkiego pojęcia o tym, jak wygląda nauka. Ich znakomite przygotowanie teoretyczne połączone z żelazną akademicką ostrożnością sprawia, że wysuwane przez nich argumenty należy traktować zdecydowanie poważnie, a nie zbywać wygłaszanym z pewnością sekciarzy stwierdzeniem: „już my dobrze wiemy, jak wygląda prawda”. Sam Kary Mullis zaczął powątpiewać w oficjalną teorię, gdy rozpoczął jeden ze swoich tekstów naukowych od słów: „HIV jest prawdopodobną przyczyną AIDS” i poprosił o podanie do nich przypisu. Bardzo go zaskoczyła odpowiedź, że przypis jest niepotrzebny, bo wszyscy wiedzą przecież, że to HIV powoduje AIDS i nie ma tu nad czym dyskutować. Wtedy Mullis rozpoczął poszukiwania na własną rękę, ale nie znalazł żadnego źródła, które bezsprzecznie uzasadniałoby taki pogląd.

## Podsumowanie

Pytania na temat oficjalnej wersji teorii HIV/AIDS i jej niewystarczalności jako narzędzia wyjaśniającego wiele fundamentalnych kwestii można mnożyć bez końca. Wydaje się, że wobec spektakularnej porażki współczesnej medycyny w walce z AIDS można przyjąć jedną z dwóch postaw. Jedną z nich jest próba kroczenia ścieżką wytyczoną przez oficjalne nauczanie. Wówczas każdy błąd, każdy zły krok można albo zwyczajnie zignorować, albo obrócić na korzyść obowiązującej teorii mówiąc, że wykryta nieścisłość potwierdza tylko tezę o zabójczej skuteczności wirusa HIV, a w ogóle to że wiemy o nim mniej, niż myśleliśmy.

Można też podejść do tej kwestii radykalnie i stwierdzić, że zabójcza skuteczność wirusa to tylko wytwór naszej wyobraźni, która pęta nas, jest przyczyną intelektualnego lenistwa i przesłania jakiegokolwiek innego spojrzenia na analizowany problem. W tej sytuacji HIV byłby faktycznie zabójczy, lecz nie ze względu na swą

strukturę biologiczną, lecz socjologiczne spustoszenie, które powoduje.

Wspomniany triumwirat rządu, wielkiego biznesu i zamieszanych w ich relacje większości naukowców może tu działać podobnie jak w przypadku nauk społecznych, w których oficjalnym nurcie uznaje się chętnie biurokratyczne teorie, widzące poważną rolę dla inżynierów społecznych na państwowych stanowiskach regulowania gospodarki (w interesie wąskiej grupy biznesu). Leseferyści dobrze nas uczyli, że z takim triumwiratem nie wygra się wchodząc w struktury rządowe. O wiele skuteczniejszą metodą jest zmienianie fałszywych przekonań opinii publicznej, kwestionowanie powszechnie

akceptowanych fikcji i pokazywanie, jak jest naprawdę. Nie inaczej powinno być w przypadku AIDS. Potrzebna jest przede wszystkim chęć poszukiwania prawdy.

Czy HIV jest rzeczywiście przyczyną AIDS? Odpowiedzi na to pytanie musi dostarczyć uczciwa i spokojna debata. Niestety naukę wielokrotnie w historii skazano grą interesów. Jest to szczególnie łatwe, ponieważ wbrew temu, co wydaje się przeciętnemu człowiekowi, obserwacja w każdej nauce (szczególnie tej zaawansowanej) wymaga posiadania już wcześniej jakiejś teorii. Nie da się po prostu „patrzeć i wiedzieć”. Najpierw trzeba wiedzieć cokolwiek o patrzeniu.

## Fenomeny epidemii HIV/AIDS

Jerzy Jabłecki<sup>1</sup>

### Fenomeny epidemii HIV/AIDS

W 2001 r. na sesji specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ sto osiemdziesiąt dziewięć uczestniczących w niej państw podpisało deklarację stwierdzającą, że do największych wyzwań XXI wieku należy ograniczenie epidemii AIDS, która według specjalistów stanowi wciąż jeden z najbardziej palących problemów świata Zachodu. Tymczasem właśnie w obszarze kultury zachodniej, na przekór złowieszczym przepowiedniom sprzed 10-15 lat, epidemia nie objęła wcale masowo całej populacji, lecz ograniczyła swój zasięg do pierwotnie określonych grup ryzyka – homoseksualistów, narkomanów oraz wielokrotnych biorców krwi (zwłaszcza chorych na hemofilię) [6-9]. Świadczy to o tym, że epidemia AIDS pod wieloma względami odbiega od przyjętych dotąd, znanych nam standardów rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej [5]. Wobec wciąż panującej w mediach hysterii warto przedstawić pokrótce niektóre z tych niezgodności.

### AIDS – zarys historii

Pierwszy przypadek AIDS, czyli zespołu nabytego niedoboru odporności pojawił się prawdopodobnie pomiędzy rokiem 1959 a 1970. Prawdopodobnie, ponieważ pierwsze przypadki choroby rozpoznano retrospektywnie, dopiero po jej zdefiniowaniu, co może zmniejszać ich wiarygodność. Do najwcześniejszych opisów zalicza się przypadek marynarza brytyjskiego z 1959 r. i rodziny norweskiej z 1966 r. (co ciekawe, osoby te na dziesięć

lat przed zachorowaniem przebywały w Afryce [1]). Na przełomie lat 70. i 80. XX wieku wśród homoseksualistów z dużych aglomeracji miejskich w USA zaobserwowano przypadki rzadkich schorzeń (m.in. zapalenie płuc spowodowane przez rzadko spotykany mikroorganizm *pneumocystis carinii*, czyli PCP, oraz nowotwór – mięsak Kaposiego), charakteryzujących się niespotykaną dotąd dynamiką przebiegu [2]. W roku 1982 stworzono termin „AIDS” i określono objęte zespołem chorobowym grupy ryzyka. W rok później dwie grupy specjalistów – w Paryżu, kierowana przez Montagniera, i w Waszyngtonie, pod kierownictwem Roberta Gallo, pracującego wcześniej bezskutecznie nad lekarstwem na raka – dokonały niezależnie od siebie wstępnej izolacji cząstek wirusa, określanego odtąd jako HIV. W 1983 r. zaś opracowano pierwsze standaryzowane testy, pozwalające na identyfikację zakażenia [3, 4].

HIV jest przykładem tzw. retrowirusa „pasożyta”, którego geny wnika do DNA zainfekowanych komórek, sprawiając, że wszystkie nowe komórki wyprodukowane przez tę zarażoną również zawierają geny wirusa. Niewiele osób zdaje sobie jednak sprawę z faktu, że jak dotąd nikomu nie udało się wyizolować wirusa w „czystej postaci”, w taki sposób, w jaki zdołano to zrobić w wypadku wirusów większości chorób zakaźnych (w których potrafimy określić liczbę nukleotydów, rodzaj otoczki białkowej itp.), a jego identyfikację przeprowadza się w sposób pośredni – w oparciu o odnajdywane fragmenty DNA – i domniemywa się, że jest pochodzenia wirusowego [5].

### Definicja

Już sama próba zdefiniowania AIDS prowadzi do rozbieżności pomiędzy teorią a praktyką kliniczną. Zgod-

<sup>1</sup> Autor jest profesorem Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, kierownikiem Katedry Zdrowia Publicznego.

nie z ostatnią, trzecią z kolei, definicją podaną przez CDC (Center for Disease Control – USA) wspólnie z UNAIDS (specjalna agenda ONZ), zespół ten określa w świecie zachodnim wystąpienie jednej spośród dwudziestu dziewięciu chorób znacznikowych oraz dodatniego wyniku testu na obecność przeciwciał przeciwwirusowych (HIV) [10]. Choć zdrowy rozsądek podsuwałaby myśl, że wspólnym wyznacznikiem tych chorób będzie związek z zaburzeniami odporności, to przynajmniej w przypadku niektórych z nich (np. demencji, raka szyjki macicy, chłoniaka czy mięsaka Kaposiego) nie jest to wcale prawda. Rozpoznanie AIDS stawiane jest również pacjentom, u których jedynym objawem jest obniżenie poziomu leukocytów T4 poniżej 200/nl (naturalnie wraz z istnieniem dodatniego wyniku testu nosicielstwa HIV; jednak zasady te nie są uniwersalne, bo np. w Kanadzie takich pacjentów nie zalicza się do grupy chorych na AIDS [11]). Oczywiście rozszerzenie definicji zespołu AIDS o tę grupę z jednej strony spowodowało nagły, znaczący wzrost liczby zachorowań, a z drugiej przyczyniło się do wydłużenia średniego ogólnego okresu przeżycia, ponieważ chorzy o obniżonym poziomie leukocytów są zazwyczaj w dobrej kondycji fizycznej [5].

Niejako na drugim biegunie znajdują się chorzy, którzy cierpią wprawdzie na pełen zespół objawów AIDS, ale nie przeszli „pozytywnie” testu nosicielstwa. Są oni klasyfikowani jako przypadki zachorowań na klasyczne choroby, takie jak gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby (WZW), bądź też – w przypadku niedoboru leukocytów – idiopatyczną T4 limfocytopenię [11]. Pozostałe choroby znacznikowe AIDS to infekcje powodowane przez oportunistyczne mikroby (bakterie, wirusy, grzyby), których patologiczna aktywność staje się możliwa tylko w warunkach zaburzenia systemu odpornościowego gospodarza. Zakażenia takie nie powinny przenosić się na zdrowych ludzi, kontaktujących się z chorymi na AIDS, w tym także na personel medyczny [12].

### Rozprzestrzenianie się

Począwszy od 1981 r. liczba nowo rejestrowanych przypadków AIDS sukcesywnie wzrastała, osiągając szczyt na początku lat 90. Po tym okresie zaczął się jej stopniowy spadek, aż do obecnego poziomu około połowy wartości szczytowej [6-8], co według specjalistów należy tłumaczyć wprowadzeniem skutecznej terapii antywirusowej (HART). Co ciekawe, w przeciwieństwie do obserwowanego wcześniej wzrostu zachorowań na AIDS, liczba nosicieli HIV w USA utrzymuje się od 1985 r. stale w granicach miliona [8].

Epidemia HIV/AIDS, podobnie jak wszystkie znane nam dotąd klasyczne epidemie, powinna rozprzestrzenić się w populacji w sposób przypadkowy, tj.

niezależnie od wieku i płci nosicieli. Do chwili obecnej epidemia obejmująca świat zachodni ma wyraźnie nieprzypadkowy charakter, ponieważ około 80% zakażeń i zachorowań dotyczy mężczyzn [9]. W USA około 2/3 zachorowań dotyczy homoseksualistów, a około 1/3 narkomanów stosujących dożylnie środki odurzające. Natomiast liczba zachorowań osób, których wielokrotnie przeprowadzano transfuzję oraz dzieci matek nosicieli (HIV+) nie przekracza łącznie 2% ogólnej liczby zachorowań [5, 10].

Ograniczenie epidemii do wyżej wymienionych grup ryzyka sugeruje niewątpliwy udział czynników środowiskowych w powstawaniu zakażenia, a na pewno rozwoju choroby [13]. Co więcej, szereg objawów i (lub) chorób określających AIDS posiada też nieprzypadkowy rozkład w obrębie wymienionych już grup ryzyka. Na przykład mięsak Kaposiego jest rozpoznawany wyłącznie w grupie homoseksualistów, bakteryjne zapalenie płuc tylko u dzieci matek narkomanek, gruźlica – u narkomanów, zapalenie płuc wywoływane przez *pneumocystis carinii* (PCP) obserwuje się u homoseksualistów i narkomanów, natomiast wielokrotni biorcy krwi atakowani są przez infekcje drożdżakowe oraz PCP [14, 15, 16]. Niejednakowa częstość zachorowań na jednostki chorobowe charakteryzujące AIDS obserwowana u przedstawicieli różnych grup ryzyka również sugeruje istnienie dodatkowych czynników, warunkujących rozwój choroby.

Zachorowania na AIDS są rejestrowane głównie w dużych aglomeracjach miejskich, co stanowi kolejny fenomen epidemiologiczny. Spośród 60 tys. nosicieli w Niemczech u około 2 tys. rocznie rozwija się AIDS, a co roku około tysiąc trzystu umiera z tego powodu [17]. Zwraca uwagę fakt, że 54% chorych pochodzi z sześciu największych niemieckich miast, stanowiących miejsce zamieszkania zaledwie 10% populacji, podczas gdy dalsze 44% chorych rozproszone jest pośród 90% populacji, zamieszkującej pozostały obszar kraju [17]. Podobnie przedstawia się rozkład zachorowań w odległej od Niemiec Australii, gdzie wykonuje się około miliona testów nosicielstwa rocznie. Spośród ogólnej liczby ponad 17,5 tys. nosicieli (1993 r.), AIDS dotyka rocznie 350 osób, a 60% wszystkich chorych (4354 osoby) mieszka w Sydney [17]. Na całym świecie liczbę nosicieli wirusa HIV szacuje się aktualnie na 34,3 mln, ale w grupie tej tylko 1,4% (tj. nieco ponad 480 tys. osób) zachorowało na AIDS w 2000 r. Podobnie jest w USA, gdzie spośród około 850 tys. zarejestrowanych nosicieli (liczba ta nie zmienia się istotnie od ośmiu lat) tylko 1,2% zachorowało na AIDS w szczytowym okresie epidemii, czyli w roku 1985 [7].

AIDS wykazuje więc niską dynamikę rozwoju, co nie odpowiada znanym nam dotąd standardom rozwoju innych chorób epidemiologicznych [18].

### Drogi przenoszenia

Najważniejszym sposobem rozprzestrzeniania się choroby jest droga płciowa [2]. O ile jednak możliwość zakażenia na drodze stosunków homoseksualnych nie budzi niczyich wątpliwości, to wyraźnie inaczej przedstawia się możliwość zakażenia w przypadku stosunków heteroseksualnych. Wątpliwości te nasuwa fakt relatywnie niewielkiej liczby zarażeń w parach heteroseksualnych, brak epidemii w środowisku prostytutek, brak udokumentowanych przypadków zespołu AIDS u partnerek hemofiliaków, a także niska liczba zachorowań w krajach będących celem turystyki seksualnej, np. Tajlandii [5, 19-22].

Powszechnie uważa się, że chociaż AIDS został wykryty i zdiagnozowany w środowisku homoseksualistów, to, jak każdy ze znanych dotąd wenerycznych czynników zakaźnych, HIV powinien być przenoszony pomiędzy partnerami dwukierunkowo, a tym samym powinien rozprzestrzenić się również w środowisku heteroseksualnym. Tymczasem nie wszyscy badacze dopuszczają tę możliwość [20, 21]. J.J. Godert (1984) stwierdził między innymi, że „spośród ośmiu różnych rodzajów aktów seksualnych, serokonwersja (czyli pojawienie się dodatniego wyniku testu nosicielstwa – JJ) dokonuje się tylko w przypadku biernego, tj. biorczego aktu homoseksualnego” [19]. Tę mało popularną tezę potwierdza również Jaap Goudsmith: „W dowolnym regionie świata, uwzględniając Haiti, Tajlandię i Afrykę, dla pewnej serokonwersji niezbędny wydaje się być wielokrotny stosunek analny” [20].

Jak dotąd najobszerniejsze badania dotyczące rozprzestrzeniania się HIV/AIDS w środowisku par heteroseksualnych przeprowadził Nancy Padian wraz ze współpracownikami, która 1997 r. przedstawiła wyniki dziesięcioletnich badań, których celem było określenie częstości występowania serokonwersji pośród par, z których tylko jeden z partnerów był zakażony (HIV+). Wynika z nich, że w przypadku, kiedy to kobieta była HIV+, do zakażenia dochodziło po co najmniej 8 tys. stosunków odbytych bez zabezpieczenia. Jeśli natomiast nosicielem był mężczyzna, to liczba stosunków koniecznych do wystąpienia zakażenia zbliżała się do tysiąca [23]. Przy założeniu, że tylko jeden na stu siedemdziesięciu pięciu aktywnych seksualnie mieszkańców USA jest nosicielem wirusa HIV (dorosła populacja liczy 175 mln, a ogólna liczba nosicieli wynosi w przybliżeniu 1 mln), zdrowy mieszkaniec tego kraju musiałby odbyć co najmniej 174 tys. przypadkowych kontaktów seksualnych

(naturalnie bez zabezpieczenia), aby ulec zakażeniu. Nawet jeśli przyjąć, że wielkości te są nadmiernie „optymistyczne” (przyjeliśmy, że pozostałe sto siedemdziesiąt cztery osoby są kobietami), to i tak droga ta wydaje być nadzwyczaj mało skuteczna dla rozprzestrzeniania się epidemii (przynajmniej w świecie zachodnim<sup>2</sup>). Zastanawiające jest również, że od momentu wykrycia, AIDS przenoszone drogą płciową właściwie nie wykracza poza grupę wysokiego ryzyka (w tym wypadku homoseksualistów) [24].

W Europie, inaczej niż w USA, do zakażenia dochodzi najczęściej w środowisku narkomanów, stosujących dożylnie środki odurzające, podawane poprzez igły zainfekowane wirusem HIV [2, 7, 25]. Skądinąd wiemy jednak, że prawie 40% zakażonych narkomanów nigdy nie używała zainfekowanych (tj. niesterylnych) igieł [26]. W jaki więc sposób doszło u nich do zakażenia?

HIV przenosi się w sposób wertykalny (czyli z matki na dziecko) z częstością 25-35% [16]. Przy założeniu, że liczba zakażonych na całym świecie wynosi 34,3 mln (dane z 2000 r.), powinniśmy mieć do czynienia z prawdziwą epidemią choroby wśród dzieci. Tymczasem, jak wskazują badania, w dobrze rozwiniętych krajach liczba dzieci chorych na AIDS nie przekracza 1% populacji [6, 7].

Ważnym i często nagłaśnianym zagadnieniem jest niebezpieczeństwo zakażenia pracowników służby zdrowia. Pewne światło rzucili na ten problem naukowcy z USA, którzy szacują, że wśród personelu medycznego może dochodzić rocznie do około miliona nieumyślnych zakłuć, których wynikiem jest około 3 tys. zakażeń WZW typu B i C [5]. I rzeczywiście, w ciągu ostatnich dwudziestu lat z powodu przypadkowych nakłuć doszło do około 60 tys. zachorowań na WZW. W tym samym czasie jednak w tej szczególnej grupie zawodowej stwierdzono jedynie dwadzieścia pięć przypadków zachorowań na AIDS. Co więcej, choroby wcale nie stwierdzono u żadnego spośród około 10 tys. naukowców z całego świata, zajmujących się badaniami nad HIV, czyli mających stały kontakt z zakażonym materiałem [5].

### Afrykańska epidemia AIDS

Niewiele osób zdaje sobie sprawę, że epidemia AIDS w Afryce ma zdecydowanie odmienny charakter od tej

---

2 Interesująca z tego punktu widzenia może być sprawa Simona Mola, czyli Kameruńczyka, który – jak podały media – miał w Polsce zarazić „afrykańską odmianą wirusa HIV nawet kilkadziesiąt kobiet” (<http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html?f=51&w=54847111>). Wydaje się to przeczyć podanym wyżej danym. Jednak, jak wynika z badań R.H. Graya i wsp. w krajach Trzeciego Świata, w szczególności w Afryce Subsaharyjskiej, ryzyko zakażenia jest znacznie wyższe (nawet do 20%) z powodu jednoczesnego występowania u pacjentów obok HIV także innych chorób zakaźnych [41].



znanej w Europie. Po pierwsze, zachorowania rozkładają się tam równomiernie pomiędzy obie płcie oraz różne grupy wiekowe i nie ograniczają się do specyficznych grup ryzyka [27, 28]. Ponadto obraz kliniczny chorych oraz częstość występowania chorób znacznikowych znacznie odbiegają od tych z obszaru świata zachodniego. Na przykład zapalenie płuc PCP, choroba najbardziej charakterystyczna dla „zachodniego” AIDS, jest praktycznie niespotykana wśród chorych w Afryce [29].

Warto dodać, że definicja AIDS, której podstawę na Zachodzie stanowi potwierdzenie testami zakażenia wirusem HIV, nie jest prawie wcale używana w Afryce, ponieważ stosowanie w skali masowej testów nosicielstwa przekracza możliwości finansowe skromnych budżetów służby zdrowia ubogich krajów afrykańskich [30]. Często więc niemal zupełnie niemożliwe jest odróżnienie AIDS od szeregu niespecyficznych zespołów chorobowych (np. gruźlicy, przewlekłej biegunki), których nadzwyczaj dynamiczny przebieg może wynikać chociażby z biologicznego wyniszczenia (niedożywienie!) ludności afrykańskiej [31, 32].

W Afryce żyje obecnie 23 mln nosicieli HIV [18]. Wielu badaczy podaje jednak w wątpliwość dokładność tego szacunku [33]. Na południe od Sahary nie prowadzi się bowiem powszechnej rejestracji jakichkolwiek zachorowań ani zgonów [34, 35]. Szacunkową liczbę zachorowań określa się więc poprzez ekstrapolację liczby chorych, uzyskaną w wyniku badań przeprowadzonych jedynie na stosunkowo niewielkim obszarze. Co więcej, liczba ludności wielu krajów wciąż pozostaje nie wiadoma, a różnice publikowanej i rzeczywistej liczby mieszkańców mogą sięgać nawet 20 mln. Tak było w przypadku Nigerii, w której ostatni spis ludności przeprowadzono w latach 50. [33, 36].

Według danych publikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) epidemia AIDS w Afryce narastała od 1984 r. do początku lat 90. (podobnie jak w USA i Europie), a następnie jej dynamika uległa pewnemu spowolnieniu – rocznie na AIDS zapada około 75 tys. osób (całkowitą liczbę chorych na AIDS w Afryce szacuje się na nieco ponad milion) [6, 8]. Dane te wymagają jednak odniesienia do danych demograficznych całego kontynentu. W okresie dwudziestu lat epidemii dokonał się ogromny przyrost liczby ludności (2-6% rocznie) – około 270 mln (380 mln w roku 1980 i 650 mln w 2000) [36]. Przy tak znacznej ekspansji demograficznej przypuszczalna strata około miliona mieszkańców chorych na AIDS wydaje się wyjątkowo trudna – jeśli nie wręcz niemożliwa – do oszacowania [5, 37]. Zgromadzenie pełnych danych o skali epidemii byłoby zapewne łatwiejsze, gdyby – wbrew temu, co faktycznie ma miejsce – afrykański AIDS charakteryzował się

objawami skrajnie różnymi od powszechnie występujących tam chorób.

Jeśli przyjrzyć się jeszcze kilku innym faktom, skala afrykańskiej epidemii przestaje straszyć swymi rozmiarami. Oto bowiem roczna liczba zachorowań na AIDS stanowi według oficjalnych danych zaledwie 0,012% całkowitej populacji kontynentu, co nawet przy pesymistycznym założeniu, że wszyscy chorzy umierają w związku z przebiegiem choroby, wynosi zaledwie 0,6% całkowitej umieralności, szacowanej na ponad 12 mln [5, 18, 34].

Dane te świadczą o tym, że wbrew powszechnemu mniemaniu umieralność z powodu AIDS stanowi zaledwie ułamek liczby naturalnych zgonów w Afryce. Ponadto warto dodać, że rzekoma epidemia AIDS nie wywarła wcale istotnego wpływu na utrzymujący się od blisko dwudziestu lat wysoki przyrost naturalny wśród tamtejszej ludności.

Twierdzi się, że HIV/AIDS rozprzestrzeniła się w Afryce drogą kontaktów seksualnych, co zakłada ponadprzeciętną aktywność seksualną jej mieszkańców [38]. Nieliczne dostępne w literaturze medycznej badania tego problemu wykazują jednak, że ludność wiosek afrykańskich charakteryzuje się raczej tradycyjnym, umiarkowanym sposobem zachowań seksualnych, a stosunki pozamałżeńskie, podobnie jak w Europie, noszą znamiona wyjątkowości [37]. Choć przyjmuje się też, że do zakażenia dochodzi znacznie łatwiej w przypadku trwałych uszkodzeń narządów płciowych, powstałych na przykład w wyniku obrzezania dziewcząt [38], w krajach, w których zabieg ten jest faktycznie praktykowany (np. w Egipcie, Dżibuti, Somalii, Sudanie czy Czadzie) liczba zachorowań jest jednak zdumiewająco mała [8].

Ogromnym problemem Afryki jest występujące na niespotykaną nigdzie indziej skalę niedożywienie ludności. Czynnikiem ten powoduje bardzo poważne upośledzenie systemu odpornościowego organizmu [31]. Wiele wskazuje, że to właśnie niedożywienie jest najważniejszą przyczyną licznych objawów afrykańskiego AIDS.

## Podsumowanie

Podsumowując, warto przypomnieć w skrócie niektóre z opisanych wcześniej fenomenów epidemii HIV/AIDS:

- wbrew naturalnym przewidywaniom, epidemia ma na Zachodzie charakter wyraźnie nieprzypadkowy, ponieważ około 80% zakażeń oraz zachorowań dotyczy mężczyzn;
- choroby znacznikowe AIDS rozkładają się nierównomiernie w obrębie poszczególnych grup ryzyka;
- zachorowania na AIDS na Zachodzie rejestrowane są głównie w dużych miastach;

– AIDS wykazuje relatywnie niską dynamikę rozwoju (rocznie na AIDS zapada tylko ok. 1,5% ogólnej liczby nosicieli HIV);

– niskie prawdopodobieństwo zakażenia w wyniku stosunku heteroseksualnego (ok. 0,0009);

– dyskusyjność afrykańskich danych o AIDS (niestosowanie testów, zbieżność objawów AIDS z chorobami występującymi tam powszechnie);

Co myśleć o tych fenomenach? Jak traktować rażącą rozbieżność pomiędzy afrykańską i europejską postacią epidemii? Przede wszystkim wydaje się niemal pewne, że wirus HIV nie może być jedynym czynnikiem powodującym zakażenie, który wpływa na przebieg i rozprzestrzenianie się AIDS. Równie duże – jeśli nie większe – znaczenie mają: tryb życia, dieta, stan zdrowia i orientacja seksualna. Trzeba podkreślić, że wciąż nie znamy całej prawdy o wirusie HIV, ale nawet to, co wiemy, wystarczy, aby uznać doniesienia o rzekomej epidemii z nim związanej za mocno przesadzone.

## Przypisy

- 1) Jasny B., Cohen G., Merson H. i wsp., AIDS, the unanswered question, „Science”, 1993; 260 : 1253-1292.
- 2) Juszczak J., Gładysz A.: AIDS. Epidemiologia, patogenez, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo. Volumed, Wrocław 1992.
- 3) DeVitta W.T., Hellmann S., Rosenberg S.A. i wsp. : AIDS, etiology, diagnosis, treatment and prevention. Lippincott- Raven, 4. ed. Philadelphia, 1997.
- 4) Gallo R.C., Salahuddin S.Z., Popovic M. i wsp. : Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTL- III) from patients with AIDS. Science, 1984; 224: 500-503.
- 5) Duesberg P., Kohenlein C., Rasnick D. : The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy, malnutrition. J. Biosci., 2003; 28 (4): 384- 412.
- 6) World Health Organization 2001. Global situation of the HIV/ AIDS and 2001, part I; Pandemic Weekly Epidemiological Records 2001; 76 (49): 381-384.
- 7) Curron J.W., Mongan M.W., Hardy A.M., Jaffe H.W. : The epidemiology of AIDS: current status and future prospects. Science, 1985; 229: 1352-1357.
- 8) Centers for Disease Control and Prevention 2001. US HIV and AIDS cases reported through Dec.2001. HIV/AIDS Surveillance Rep., 2001; 13: 1-44.
- 9) World Health Organisation 2001a. Global AIDS Surveillance, part II. Weekly Epidemiological Records, 2001; 75: 379-383.

- 10) Centres for Disease Control 1992; 1983 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition among adolescents and adults. Morb. Mortal. Weekly Rep., 1993, 41 (No. RR 17): 1- 19.
- 11) Duesberg P.H.: The HIV gap in national AIDS statistics. Biotechnology. Lancet, 1993; 341: 957- 958
- 12) Selik R.M., Strachcer E.T, Curran J.: Opportunistic disease reported in AIDS patients: frequencies, associations and trends. Aids, 1987; 1: 175- 182.
- 13) Duesberg P.H., Rosnick D.: The AIDS dilemma: drug disease blamed on passenger virus. Genetica, 1998; 104: 85- 132.
- 14) Beral V., Peterman T.A., Berkelman L.A., Jaffe H.W.: Kaposi's sarcoma among patients with AIDS: a sexually transmitted infection? Lancet, 1990; 335: 123- 128.
- 15) Gallo R.C. : The enigmas of Kaposi sarcoma . Science, 1998; 282:1837-1839.
- 16) Novick B.E., Rubinstein A.: AIDS- the pediatric perspective. Aids, 1987; 1: 3-7.
- 17) Kermer H.: Did Dr Gallo and his colleagues manipulate the „AIDS-test” to order. Continuum 1998.
- 18) Bregman D.J., Langmuir A.D.: Farr's law applied to AIDS projections. J.Am. Med. Assoc., 1990; 263: 50- 57.
- 19) Godert J.J., Nueland C.Y., Wallen W.C.: Amyl nitrite may alter T lymphocytes in homosexual men. Lancet, 1984; 2: 711- 716.
- 20) Goudsmit J.G.: Viral sex- the nature of AIDS. Oxford University Press, N.Y. 1997
- 21) Stuart B. :Lack of evidence for transmission of HIV through vaginal intercourse . Arch. Sexual Behaviour . 1995; 25(4): 383-393.
- 22) Rosenberg M.J., Weiner J.M.: Prostitutes and AIDS a health department priority? Am. J.Public Health, 1988; 78:418- 423.
- 23) Padian N.S., Shiboski S.C., Glass S.O.: Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Northern California: Results from a few-year study. Am. J.Epidemiol., 1997; 146: 350- 357.
- 24) Hearst N., Hulley S.: Preventing the heterosexual spread of AIDS: are we giving our patients the best advice? JAMA, 1988; 259: 2428- 2432.
- 25) Blattner W.A., Gallo R.C., Temin H.M.: HIV causes AIDS. Science, 1988; 241: 514-515
- 26) Duesberg P.H.: HIV is not the cause of AIDS. Science, 1988; 241: 514-516.
- 27) Colebunders R., Mann J., Francis H. i wsp. : E clinical case definition of AIDS in Africa. Lancet, 1987; 1: 492- 494.
- 28) Konotey- Ahulu F.I.: Clinical epidemiology not sero-epidemiology, is the answer to Africa's AIDS problem. Br.Med.J.,1987; 249:1593- 1594.
- 29) Abonya Y.L., Beaumel A., Lucas S., i wsp.: Pneumocystis carini pneumonia. An uncommon cause of death in African patients with AIDS. Am.Rev.Respir.Dis., 1992; 145: 617-620.
- 30) Glicks C.F.: What use is a clinical case definition of AIDS in Africa. B.M.J, 1991;303:1189- 1192.
- 31) Chevalier P, Sevilla R, Sejas E, i wsp: Immune recovery of malnourished children takes longer than nutritional recovery. J Trop Ped, 1998;44:304-307.
- 32) Konoley-Ahulu FID : AIDS in Africa: Misinformation and disinformation. Lancet 1987; 2:206-207.
- 33) Donnelly J : Estimates on HIV called to high. New data cut rates for many nations. Boston Globe, 2004; June 20.
- 34) Fiala C, de Harven E, Herxheimer A. i wsp : HIV/AIDS data in South Africa. Lancet 2002.359:1782-84.
- 35) Konoley-Ahulu FID : AIDS in Africa: Misinformation and disinformation. Lancet 1987; 2:206-207
- 36) US Bureau of the Census International Data Base 2001: World population by region and development category: 1950- 2025.
- 37) Godgame R.W.: AIDS in Uganda- clinical and social features. N.Engl.J.Med., 1990; 323: 383- 389.
- 38) Geshechter CL : AIDS, under development and racial stereotypes : rethinking AIDS in Africa. Reopprising AIDS, 1997;5(7):1-5
- 39) Moore PS, Allen S, Sowell AL., i wsp. : Role of nutritional status and weight loss in HIV seroconversion among Rwandan women . J AIDS, 1993; 6 : 611-616.
- 40) Fawzi WW, Msamanga GI, Spiegelman D, i wsp. Randomized trial effects of vitamin supplements on pregnancy outcomes and T-cell counts in HIV-1-infected women in Tanzania. Lancet, 1998;351 : 1447-1482
- 41) Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Lutalo T, Li X, vanCott T, Quinn TC, Rakai Project Team.: Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. Lancet. 2001 Apr 14;357(9263):1149-53.

## Polemika

# „Borat”: w obronie turpizmu

Lukasz Szostak

W ostatnim numerze *Laissez Faire* ukazała się recenzja bijącego rekordy popularności filmu *Borat. Podpatrzone w Ameryce*. Lumeriusz, autor tekstu, ze zrozumiałym obrzydzeniem opisuje ekscesy głównego bohatera filmu i trudno się z nim w tej krytyce nie zgodzić, tak długo jak dotyczy ona wrażeń estetycznych, których dostar-

cza ten obraz. Jednocześnie bardzo trudno przejść mi obojętnie obok zarzutów o wpisywaniu się tego filmu w ramy propagandy przymusowej integracji.

Bardzo prawdopodobne, że jedyną intencją autorów filmu było przesunięcie granicy dopuszczalnego poziomu tolerancji dla chamstwa i kloaczego humoru.

Jednakże, nawet jeśli uznamy, że trudno posądzać ich o chęć zajęcia stanowiska w debacie nt. tolerancji i politycznej poprawności, to nadal możemy oceniać film pod względem tego, jakich argumentów dostarczy nam w przyszłych dyskusjach. Innymi słowy, zastanówmy się w jaki sposób można odczytywać ten film jako głos w debacie nt. współczesnego społeczeństwa amerykańskiego, mimo realistycznego założenia, że reżyser i scenarzysta, w krok za producentami mieli na celu wyłącznie zarobienie jak największych pieniędzy, szokując widzów.

Założmy na potrzeby dyskusji, że z Borata wycięte zostały sceny nagich męskich zapasów, defekacji na skwerze w centrum NYC itp. Wbrew ogólnemu wrażeniu szoku estetycznego, które wywołuje film, wycięte fragmenty skróciłyby go maksymalnie o kwadrans. W ten sposób przygotowany materiał przesyłamy producentom programu Jackass i zapominamy o nim. Prawdziwie interesujące pytanie brzmi: jak oceniamy pozostałą część dzieła (a może raczej należałoby napisać „dzieła”, jak zauważył Lumeriusz)? Trudno nie oprzeć się wrażeniu, że są one gruntowną krytyką amerykańskiego społeczeństwa, uderzającą zarówno w polityczną poprawność demokratów, jak i w pieniacki militarystyczny wieśniactwo z Południa. Przy okazji obrywa się też wszystkim pośrodku.

Czy film ten można uznać za nieunikniony skutek poprawności politycznej, jak napisał autor komentowanej recenzji? Niewątpliwie! Nie odbiera mu to jednak szansy na krytykę orędowników tolerancji. Film nie tyle zajmuje stanowisko w dyskusji pomiędzy neokonserwatywnymi, a demokratami, co obnaża schematy myślowe obu stron konfliktu, przy pomocy konstrukcji *reductio ad absurdum*, zastosowanej w ekstremalnej oprawie. Mam tutaj na myśli zwłaszcza dwie sceny.

Pierwsza to wizyta Borata w domu przedstawicieli klasy średniej o dobrych manierach, do którego zaproszony zostaje na kolację. Jego zachowanie przy stole od początku do końca odbiega bardzo daleko od standardów panujących w cywilizowanych społeczeństwach. Kazachski reporter bez przerwy obraża gospodarzy i innych gości, dopuszcza się niewyobrażalnych ekscesów, cierpliwie tolerowanych przez otoczenie, właśnie w myśl tolerancji dla obcych kultur i odmienności. Borat pokazuje, do czego prowadzi konsekwentnie stosowana zasada ślepej akceptacji dla wielokulturowości i odmienności. Dopiero zaproszenie ordynarnej prostytutki na wystawne przyjęcie przelewa czarę goryczy i prowokuje gospodarzy do wyrzucenia kłopotliwego gościa i wezwania miejscowego szeryfa. Próbuje postępować w duchu ekumenizmu i przymusowej integracji uczestnicy wieczerzy, w efekcie odnajdują się w roli inteligenta z „Rejsu”, który bezradny pozwala chamowi wymierzać

sobie kolejne razy. Trudno o dosadniejszą krytykę wyznawanej przez nich ideologii.

Druga scena odgrywa się na rodeo w otoczeniu kowbojów i publiczności złożonej w większości z farmerów o południowym akcencie. Borat zyskuje poklask przemówieniem pochwalającym wojnę w Iraku i politykę zagraniczną administracji Busha. Sprytnie zaczyna od wsparcia „naszych chłopców” w Iraku, by zyskać poklask. Następnie jego słowa stają się coraz bardziej radykalne w wymowie, nawołując do zbrodni wojennych i „zrównania Iraku z ziemią”, aby nie pozostał tam kamień na kamieniu. Tłum nie szczędzi owacji. Okrzyki poparcia tracą na sile dopiero, kiedy ubrany w strój kowboja zagraniczny przybysz zaczyna agitować, by „George Bush wypił krew wszystkich kobiet i dzieci irackich”, tym razem sprowadzając do absurdu stanowisko neokonserwatywne.

Ale to nie koniec. Borat uderza również w ekspresywny acz pusty amerykański protestantyzm, stawiając go na równi z pajacowatą subkulturą mieszkańców czarnego getta; pośrednio wyśmiewa amerykańskie umiłowanie powierzchowności, czego wyrazem może być jego kruczata o rękę Pameli Anderson; bez komentarza pozostawia zachowanie tępych amerykańskich nastolatków, potrafiących rozmawiać wyłącznie o seksie, w przerwach koniugując wyrazy na literę „F”.

Co ciekawe, i na pierwszy rzut oka paradoksalne, to właśnie feministki, niosące na sztandarach hasła tolerancji, najszybciej wyczuły prowokację i przerwały spotkanie z głównym bohaterem, kiedy ten zaczął zachowywać się nieznośnie. Feministki wmanewrowane w rolę strażnika prawa do dyskryminacji i ekskluzji społecznej – czyż to nie piękne? Choć z drugiej strony może nie jest to aż tak zaskakujące – wszak nie od dziś wiadomo, że nie ma tolerancji dla wrogów tolerancji.

Jak oceniać „Borata” jako całość, wraz z pełnym inwentarzem scen, odkładając na bok cenzorskie nożyce? Na pewno nie można mu zarzucić najpowszechniejszego i najpoważniejszego, jak twierdzi Jeremy Clarkson, z grzechów, tj. braku wyrazistości. Z drugiej strony trudno twierdzić, by film ów dostarczał nowych argumentów w dyskusji nt. współczesnego świata. Podobnie, próba wyobrażenia sobie bardziej trafnej i subtelnej krytyki trendów panujących w dzisiejszych Stanach Zjednoczonych nie może być uznana za egzamin bujności wyobraźni. Natomiast film na pewno wart jest polecenia tym z widzów, którzy są zdolni z przyjemnością oglądać przy śniadaniu pythonowski skecz o Panu Creosote w jego zmaganiach kulinarnych i nie stronią od doszukiwania się wątków anarchokapitalistycznych w „Drużynie A”.

Czy odbiorcy będą w stanie odsiać wszystkie obrzydliwa serwowane przez Borata, aby dokopać się do

ukrytych pod nimi treści? Z pomocą w odpowiedzi na to pytanie niespodziewanie przybywa wydana w zeszłym roku książka o intrygującym tytule *Monty Python and philosophy*: okazuje się, że poważny zawodowy filozof jest w stanie napisać równie poważny esej filozoficzny na temat monstrualnego grubasa eksplodującego treścią żołądkową w wykwintnej restauracji.

A więc jest nadzieja.

Jak napisał Stanisław Grochowiak, czołowy przedstawiciel polskiego turpizmu: „Żaden turpista nie przeraża tylko po to, by przerażać, żaden nie krzyczy, aby usłyszano, jaki ma silny głos. I znowu nie rekwizyty decydują, ale postawy.”

## KINEMATOGRAF

### *Apocalypto* (2006), reż. Mel Gibson

Promując swoją najnowszą produkcję, *Apocalypto*, Mel Gibson dopuścił się dość wyrafinowanej manipulacji. Już na kilka miesięcy przed premierą docierały do nas informacje, że realizowany przez niego film będzie opowiadał o upadku cywilizacji Majów. I nie miała to być bynajmniej historyjka o pojedynczych plemionach gdzieś w dżungli, lecz prawdziwie uniwersalna, zrealizowana z rozmachem opowieść o schyłku wielkiej cywilizacji, z wyraźnymi odniesieniami do współczesnego świata. Sam film zaczyna się zresztą od intrygującego cytatu mówiącego, że zanim cywilizacja zostanie podbita od zewnątrz, wcześniej musi zgnić od środka.

Niestety, właśnie ów początek jest najlepszą częścią filmu, który z klatki na klatkę staje się coraz słabszy. Nie licząc kilku scen, o których za chwilę, w filmie właściwie wcale nie zostają poruszone kwestie ładu społecznego. Zamiast tego mamy klasyczny hollywoodzki schemat, znany z nowszych filmów akcji Stevena Seagala, czy tych starszych z Arnoldem Schwarzeneggerem.

W krótkim wstępie, przedstawiającym nam bohaterów, dowiadujemy się, że wiodą oni spokojne życie na łonie natury i w gruncie rzeczy są do nas całkiem podobni. Synowie z ojcami polują, matki domagają się od dzieci wnucząt, a wszyscy lubują się w głupkowatych, zbereźnych dowcipach. Sielankowy nastrój przerywa jednak atak najeźdźców, którzy biorą w niewolę głównych bohaterów. Odtąd film przemienia się w dobrze zrealizowaną (aktorzy mówią w języku Majów!), ale jednak niewyszukaną historyjkę przygodową, jawnie czerpiącą inspirację z klasyki gatunku: *Indiany Jonesa* (odrażające rytuały i scena wyrywania serca), *Predatora* czy *Krokodyla Dundee*.

Jak na produkcję amerykańską przystało, pojawił się też naturalnie wątek bohatera, który wraz ze wzrostem swojej świadomości („Pokonaj strach, bo on jest twoim największym wrogiem” – nauczał go ojciec) zaczyna rosnąć w siłę fizyczną. Wystarczyłoby pomalować go na zielono, doprawić odstające uszy albo przynajmniej

ubrać w strój mnicha, a już mielibyśmy kolejną część *Gwiezdných Wojen*. Po magicznych słowach, dotyczących pokonywania strachu, bohater nabiera sił i zaczyna zastawiać pułapki na ścigających go po lesie oprawców.

O dziwo krytyka filmu skupiła się nie na prymitywnej fabule, ale na ledwo zauważalnych wątkach dotyczących upadku cywilizacji Majów. Zdaniem niektórych recenzentów Gibson chciał pokazać, że to dobrze, iż tamtejsze ludy zostały podbite i schryścianizowane, a film ma wyraźny podtekst, usprawiedliwiający politykę kolonialną. *Quelle absurdité!*

Takie zarzuty to przykład kompletnego pomieszania z poplątaniem i sugerowania się osobistymi przekonaniami reżysera przy analizowaniu jego filmów (pomijając już fakt, że ortodoksyjny katolicyzm ma się nijak do popierania imperializmu). Na taką interpretację wpłynęło zapewne naturalistycznie przedstawione w filmie bestialstwo Majów. Lewicowców rzecz jasna boli, że reżyser pokazał, iż nie słuchali oni piosenek Johna Lennona spowici dymem z fajki pokoju i nie akceptowali podstawowych praw człowieka. Tak jednak właśnie było – Gibson nie uprawia tu żadnej propagandy. Poza tym konkwistadorzy, pojawiający się zresztą tylko w jednej scenie, zostali przedstawieni jako członkowie sztucznej organizacji, która próbuje wdzierać się na tereny, zasiedlone przez ludzi nastawionych pokojowo, ale gardzących ich „pomocą” i przywiązanych do życia, które od wieków prowadzili ich przodkowie. Jeśli więc reżyser w ogóle mówi cokolwiek między słowami, to tylko, że szczególnie wartościowe jest życie z dala od industrializacji i imperializmu.

Film Gibsona gwarantuje przyzwoitą rozrywkę, ale adresowaną przede wszystkim do fanów kina sensacyjnego, osadzonego w dawnych realiach i urozmaiconego drastycznymi scenami walki. Widzowie zainteresowani samą cywilizacją Majów i próbą wyjaśnienia przyczyn jej upadku nie powinni raczej zbliżać się do kina.