

AIDS - nowe wyzwanie, stare problemy

TADEUSZ NASIEROWSKI

Z I Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie

W eseju tym autor przedstawia współczesne problemy związane z AIDS na tle doświadczeń historycznych z wielkimi epidemiami przeszłości, których wystąpieniu towarzyszyły różne postawy moralne, reakcje społeczne i praktyki medyczne. Jest to skrócona wersja tekstu z książki o tym samym tytule (red.).

Słowa kluczowe: AIDS - postawy społeczne - tło historyczne

Każda epoka w historii ludzkości wyróżniała się obecnością choroby, która będąc dla niej charakterystyczną wyrażała ówczesny dramatyzm ludzkiego losu wynikający m.in. z przyjętego stylu życia, stawianych sobie przez jednostki i społeczeństwa celów oraz ze sposobów ich realizacji. Mówiąc o średniowiecznej Europie myślimy o trądzie i dżumie, wiek XVI kojarzy się nam z kiłą, wiek XIX z gruźlicą i cholera. Jeszcze dziesięć lat temu wydawało się, że w przyszłości dla historyka zainteresowanego XX wiekiem równie typowe będą choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, bądź też choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. Koniec XX wieku przyniósł nam jednak chorobę,

która poprzez swoje związki z seksem, krwią i narkotykami, a także poprzez "podstępność" swojego przebiegu pełniej, niż wcześniej wymienione, wyraża naszą epokę.

Tym zespołem chorobowym jest AIDS. Wywołujący go wirus HIV byłby może nadal niegroźnym mikroorganizmem, gdyby nie warunki stworzone dla niego we własnym ciele przez człowieka końca XX wieku, na których zaistnienie miało wpływ wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych pochodnych, w tym nadużywanie leków i środków uzależniających, choroby weneryczne, degradacja środowiska naturalnego, stres i inne czynniki kształtujące sposób życia¹⁾.

1) W 1989 r. znany amerykański wirusolog P.H. Duesberg wystąpił z hipotezą, że AIDS nie jest chorobą zakaźną. Wg niego HIV towarzyszy zespołowi nabytego upośledzenia odporności, będąc jego czułym znacznikiem, a nie przyczyną. Do uszkodzenia układu immunologicznego, zdaniem Duesberga, dochodzi m.in. w wyniku długotrwałego nadużywania narkotyków, leków - głównie psychotropowych, transfuzji krwi. *Duesberg P.H.: Does HIV cause AIDS? J.Acq.Immun.Def.Synd., 1989, 2, 514-515; Duesberg P.H.: AIDS epidemiology: inconsistencies with human immunodeficiency virus and with infection disease. Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 1991, 88, 1575-1579; Duesberg P.H.: The role of drugs in origin of AIDS. Biomed. and Pharmacother, 1992, 46, 3-15; Maddox J.: Rage and confusion hide role of HIV. Nature, 1992, vol. 357, 188-189; Questions about AIDS. Nature, 1992, vol. 358, 10.*

Z poruszonym przez Duesberga problemem korespondują doniesienia przedstawione na VIII Międzynarodowym Kongresie na temat AIDS w Amsterdamie, w których omówiono przypadki zespołów objawowych podobnych do AIDS u osób HIV seronegatywnych. Wywołało to spekulacje prasowe na temat możliwości istnienia innego niż HIV-1 i HIV-2 wirusa wywołującego AIDS, które zapoczątkował opublikowany w Newsweeku artykuł G. Cowley'a: *Is a new AIDS virus emerging?* 14 sierpnia 1992 r. odbyło się w Atlancie, zorganizowane przez Centers for Disease Control (CDC) spotkanie poświęcone tej sprawie, na którym omówiono prawie 80 takich przypadków. Jednakże tylko 30 z nich spełniało kryteria nowego opisanego wówczas zespołu objawowego nazwanego ICL ("idiopathic CD4+ T-lymphocytopenia"), a mianowicie: w dwóch oddzielnych badaniach ilość limfocytów CD4 wynosiła poniżej 300 w μ l (przy normie 800-1200) lub limfocyty CD4 stanowiły mniej niż 20% ogólnej liczby limfocytów. Jednakże tylko w 13 przypadkach spośród 30 spełniających te kryteria wystąpiły zakażenia wskaźnikowe AIDS takie jak: Pneumocystis carinii, pozapłucna kryptokokoza, infekcja wirusem cytomegalii. Zgromadzeni na konferencji eksperci (epidemiolodzy i wirusolodzy) nie znaleźli niczego co sugerowałoby, że przyczyną omawianych zaburzeń jest nowy czynnik zakaźny. Dlatego "tajemniczy wirus" wykreowany przez prasę nazwano "MTV" (media transforming virus). - *Culliton B.J.: The mysterious virus called "isn't". Nature, 1992, vol. 358, 619; Cohen J.: "Mystery" virus mets the skeptics. Science, 1992, vol. 257, 1032-1034; Cohen J.: New virus reports roil AIDS meeting. Science, 1992, vol. 257, 604-605; Laurence J., Siegal F.P., Schatner E., Gelman I.H., Morse S.: Acquired immunodeficiency without evidence of infection with human immunodeficiency virus types 1 and 2. Lancet, vol. 340, 273-274.*

Na AIDS możemy spojrzeć nie tylko jako na wyzwanie dla współczesnego człowieka, niosące ze sobą szereg problemów medycznych, gospodarczych, społecznych i politycznych, ale także jako na bodziec do refleksji nad sytuacją człowieka w świecie, wymagającej prześledzenia drogi jaką przeszła ludzkość od czasów wielkich epidemii średniowiecza do współczesności.

AIDS jest zespołem chorobowym, który tak jak wcześniej kiła, demaskuje obyczaje społeczności, które przeniknęła. W sytuacji indywidualnej AIDS staje się niejednokrotnie lustrem, w którym człowiek może ocenić zgodność swoich zachowań i działań z wyznawanymi przez siebie ideałami i wartościami. Nie zawsze jednak jest on skłonny z tego skorzystać.

Świadomie lub nieświadomie, w sposób wolny lub mimowolny woli niekiedy "zapomnieć", o tym, że jednym z atrybutów jego człowieczeństwa jest to, że stale konfrontuje swoją hierarchię wartości z tym, w czym uczestniczy. Gdy staje się nieczuły na niezgodne z tymi wartościami zjawiska niejako "prowokuje" rzeczywistość do zaistnienia w formie jeszcze bardziej ekstremalnej, która stawia przed nim te same co poprzednio pytania i prowadzi do podobnych wniosków, jak te które wynikały z poprzednich doświadczeń, ale w sytuacji o wiele bardziej dramatycznej. Pomimo to może pozostać na nie ślepy i głuchy, zaś jedynym skutkiem nowej sytuacji może być pojawienie się lęku lub poczucie winy, zamykające drogę prowadzącą do przemiany wewnętrznej i zwycięstwa rozsądku. Podstawowym warunkiem, który trzeba spełnić, aby do tego nie doszło jest uzyskanie niezbędnej wiedzy o chorobie, w tym w szczególności zapoznanie się z zasadami jej profilaktyki.

Postawy społeczne i sposoby zachowań ludzi wobec osób zakażonych mają swoją historię. Istnieje ciągłość w traktowaniu trędowatych, zadżumionych, chorych wenerycznie, zakażonych HIV i chorych na AIDS, których z powodu przekonania o zaraźliwości ich choroby izolowano, odgradzając się od nich ścianą lub przestrzenią czyniąc z nich "niedotykalnych" naszego obszaru kulturowego. Jedynie nieliczni decydowali się na świadome współżycie z nimi.

W rzeczywistości nigdy nie dochodziło do całkowitej separacji chorych i zdrowych. Zachowania ludzi oscyływały między ostrożnością a paniką, której niejednokrotnie towarzyszyła agresja wobec chorych.

Stałym krajobrazem średniowiecznej Europy X - XII wieku były wydzielone domy i przytułki, zwane leprozoriami, w których przymusowo umieszczano trędowatych. Były to chaty, szopy, małe domki, w których panowały warunki urągające podstawowym zasadom higieny, położone zawsze poza granicami osady lub miasta, w miarę możliwości blisko kaplicy, kościoła lub klasztoru. Odosobnieni trędowaci uważani byli za ludzi nieczystych i wyklętych na całe życie. Choroba była nieuleczalna (skuteczność postępowania lekarskiego kończyła się na postawieniu diagnozy) i aż do XIX wieku uważana za niezwykle zaraźliwą. Stwierdzenie trądu oznaczało natychmiastową śmierć cywilną. Trędowaty tracił wszelkie prawa, rodzinę, majątek. Chorzy musieli nosić odrębne ubiory, używać dzwonek, grzechotek lub innych środków sygnalizujących z daleka ich zbliżanie się, w celu zapobieżenia zetknięcia się ich ze zdrowymi. Wykluczenie chorego z życia społecznego połączone było ze specjalnym nabożeństwem, podobnym do rytuału pogrzebowego. Po mszy kłęczącemu na czarnym suknie choremu posypywano głowę ziemią, zaznaczając w ten sposób, że umarł on dla świata. Czasem wprowadzano go na chwilę do otwartego grobu. Odwołując się do starotestamentalnych przepisów z księgi kapłańskiej (III Moj. roz.13 i 14), III Sobór Laterański (1179 r.) usankcjonował rytualną nieczystość chorego, odbierając mu prawo wstępu do świątyni oraz na cmentarz. Przepisy dotyczące odosobnienia chorych różniły się znacznie w poszczególnych krajach. W niektórych trędowaci mogli żebrac w miejscach publicznych, w innych (np. w Szkocji) stojąca w pobliżu leprozorium szubienica przypominała choremu o konsekwencji samowolnego przerywania izolacji. Dodatkowo grozę potęgowały doznawane przez chorych cierpienia fizyczne. W tej sytuacji śmierć jawiła się jako wybawienie. Niejednokrotnie dochodziło do nadużyć. Wtrącano do

leprozorium ludzi zdrowych, chociażby w celu przywłaszczenia ich majątku. Także rozpoznawanie choroby nie zawsze było pewne, niekiedy mylnie kwalifikowano jako trąd łuszczycę, grzybicę, czy też inne schorzenia skórne.

Z początkiem XV wieku trąd zaczął powoli wygasać. Przyczyniła się do tego pandemia dżumy, na którą w XIV wieku powymierali chorzy przebywający w leprozoriach. Dżuma "zignorowała" środki zabezpieczające stosowane wobec trędowatych, stając się jednakowo groźną dla izolujących i izolowanych.

Aż do XVI wieku nie odróżniano wyraźnie poszczególnych chorób zakaźnych, nazywając je bądź to dżumą (w okresie szerzenia się epidemii), bądź to - od wspólnego dla wszystkich chorób infekcyjnych objawu - gorączką.

Nad rozwojem profilaktyki chorób zakaźnych zaciążyło odziedziczone po medycynie starożytniej przekonanie, że zaraza zaczyna się w powietrzu, które stanowi jednocześnie drogę szerzenia się zakażenia. Nieśmiało początkowo głosi o zarażaniu się poprzez kontakt z chorym pojawiły się w połowie XIV wieku podczas wielkiej pandemii dżumy. Zauważono wówczas, że dżuma rozprzestrzenia się wolno i nie po linii prostej, często wzdłuż szlaków wodnych, siejąc spustoszenie w gęsto zaludnionych okolicach.

W okresie zanikania trądu poczęto umieszczać w leprozoriach chorych na kiłę, zwaną wówczas we Francji chorobą neapolitańską, we Włoszech, Niemczech i Polsce - chorobą francuską, w Portugalii - kastylijską, w Rosji - chorobą polską. Kiła do momentu pojawienia się AIDS, była chorobą, która najmocniej spośród wszystkich chorób cywilizacyjnych zaszczepiła w świadomości społecznej poczucie strachu, stając się najczęstszym tematem rozpraw moralizatorskich i twórczości literackiej. Przyjęta nazwa - choroba weneryczna, uwzględniała okoliczności zakażenia, wyrażając związek kiły z seksem, jak też towarzyszące jej wystąpieniu poczucie winy.

Kiła pojawiła się w Europie pod koniec XV wieku, a wraz z nią jeszcze większa groza od tej, jaką wywoływały trąd i dżuma. Powodem takich odczuć społecznych była bardzo duża początko-

wo zaraźliwość kiły oraz ciężkość jej przebiegu wyrażająca się w ostrości objawów bólowych i wysokiej śmiertelności. Szybkość z jaką kiła szerzyła się wówczas w Europie spowodowała, że tak jak w przypadku trądu zaczęto chorych izolować, często w tych samych co poprzednio pomieszczeniach. Występowano przy tym z mowami oskarżycielskimi, których zasadniczą tezą był pogląd, że kiła stanowi karę Bożą za rozwiązyły tryb życia zakażonych. W wieku XVI choroba objęła nowe obszary, tracąc przy tym cechującą ją początkowo dużą zjadliwość. Używany wówczas termin "niemoc weneryczna" dotyczył zarówno kiły, jak i rzeżączki, która uważana była za jeden z objawów kiły. W wieku XVII z powodu ciężącego nad kiłą potępienia rzadko była ona przedmiotem studiów medycznych. Sprzyjały temu głoszone podówczas poglądy etyczne i związane z nimi wzorce zachowań, postulujące w formie kategorycznej poskramianie pokus cielesnych. Niektórzy autorzy wręcz uważali, że opiekowanie się osobami chorymi na kiłę jest równoznaczne z aprobowaniem ich rozwiązłości. Jednakże stopniowo coraz większy posłuch zaczął zdobywać pogląd medyczny, który w pełni ukształtował się w wieku XVIII, głoszący, że nie należy utożsamiać kwestii moralnych z medycznymi, że kiła jest chorobą, którą należy leczyć. Wiek XVIII to z jednej strony libertynizm uosobiony w Casanowie, a więc "poskromienie strachu przed kiłą" wyrażające się w postawie aprobującej swobodę seksualną, z drugiej zaś strony pojawienie się problemu występowania coraz większej liczby przypadków kiły wrodzonej i związanych z tym obaw o degenerację biologiczną gatunku ludzkiego, a w rezultacie wyprowadzenie osób chorych na kiłę z domów odosobnienia i otwarcie przed nimi drzwi szpitali. Od strony medycznej wiek XVIII to okres bogaty nie tylko w rozważania teoretyczne, ale także czas postępu terapeutycznego wyrażającego się w zastosowaniu rtęci jako środka leczniczego i wynalezieniu prezerwatyw. Zasadniczy postęp w klinice kiły przyniósł wiek XIX, kiedy to wydzielono z kiły rzeżączkę, opisano dokładnie trzy stadia kiły, potwierdzono kiłowe pochodzenie porażenia

postępującego i wiądu rdzenia. Nie nastąpiło jednakże przełamanie impasu terapeutycznego pomimo wprowadzenia do terapii arsenobenzenów. Nadal jedynym w miarę skutecznym środkiem ochronnym pozostawała prezerwatywa. Znacznego impetu nabrała akcja moralizatorska, mająca na celu przepojenie społeczeństwa trwałym lękiem przed "zagrożeniem wenerycznym", a tym samym ochronę małżeństwa i zabezpieczenie potomstwa przed zakażeniem. Na przełomie XIX i XX wieku wraz z powstaniem bakteriologii nastąpiło największe wydarzenie w historii trądu, dżumy, kiły, gruźlicy, cholery i innych chorób zakaźnych, którym było poznanie ich etiologii. Wobec braku skutecznego środka leczniczego koncentrowano się nadal na działaniach profilaktycznych, które przybierały niekiedy postać bardzo restrykcyjną, ośmielając niektórych autorów do domagania się traktowania faktu zakażenia jako przestępstwa. W okresie międzywojennym rozwój środków masowego przekazu (prasy, radia, kina) w połączeniu z szeroką propagandą antyweneryczną dał efekt zaskakujący w postaci obsesyjnego wręcz strachu przed kiłą przenikającego całe życie ówczesnego pokolenia. Nigdy dotąd medycyna nie posunęła się tak daleko w rozważaniach dotyczących norm oraz w działaniach mających na celu wprowadzenie ich w życie. Zapanowało przekonanie, że higiena antykiłowa to przede wszystkim higiena moralna. Reakcją na to, wraz z odkryciem antybiotyków stała się diametralna zmiana postaw i zniknięcie lęku przed zakażeniem kiłą. Strach zastąpiono całkowitą beztroską, zarzuceniem wszelkich dyskryminacyjnych zarządzeń sanitarnych, oraz rozluźnieniem obyczajów nazywanym "rewolucją seksualną". Pojawiły się nowe grupy ryzyka m.in. homoseksualiści, przedstawiciele handlu, grupy wakacyjne, studenci uniwersytetów. W rezultacie począwszy od lat sześćdziesiątych naszego wieku nastąpił ponowny wzrost zachorowań na choroby weneryczne.

Obserwowany w ostatnich latach ogólnoswiatowy nawrót kiły jest częścią ogólnego wzrostu zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową. Jednakże wszystkie te schorzenia

bledną zupełnie wobec nowej choroby opisanej w 1981 r. jako zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), która wywołała powszechne przerażenie porównywalne z tym, jakie towarzyszyło pojawieniu się trądu, dżumy i kiły.

Kilka miesięcy obserwacji pozwoliło na wyodrębnienie następujących grup ryzyka: homoseksualistów, hemofilików, prostytutek, narkomanów przyjmujących dożylnie środki uzależniające, osób o dużej liczbie partnerów seksualnych. Przyjęto hipotezę o wywoływaniu choroby przez czynnik infekcyjny przekazywany drogą płciową lub poprzez krew. Ukierunkowanie badania na poszukiwanie retrowirusa, odpowiedzialnego za leukemie, a zarazem powodującego obniżenie odporności, zaowocowały wykryciem w latach 1983-84 (Francja - zespół L. Montagniera, Stany Zjednoczone - zespół R. Gallo) wirusa ludzkiego upośledzenia odporności typu 1 (HIV-1), zaś w 1986 r. drugiej odmiany wirusa - HIV-2. HIV jest najintensywniej badanym wirusem w historii medycyny. Zespół chorobowy AIDS został określony epidemicznie, klinicznie i patologicznie w ciągu kilku lat. Porównanie tych kilku lat z kilkoma wiekami, które trzeba było czekać na odkrycie czynnika patogennego oraz poznanie łańcucha epidemiologicznego w przypadku dżumy, trądu i kiły powinno w pełni uzmysłowić nam, jak wielki postęp dokonał się w medycynie, co poniekąd związane jest z olbrzymim tempem życia ludzkiego w dobie współczesnej.

Współczesna medycyna mając podstawy teoretyczne do walki z AIDS chociażby w immunologii i farmakologii, przegrywa ją na polu profilaktyki. Nadal najważniejszą sprawą, wobec braku skutecznego leczenia (leczenie: AZT - 3'-azydo-2'-3'-dideoksytymidyną, zydowudyną, Retrovir-em; DDI - 2'3'-dideoksyinozyną, didanozyną; DDC - 2'3'-dideoksytydyną, zalcitabiną pozwala jedynie na przedłużenie życia chorym na AIDS), jest dostępność wiedzy o chorobie i przestrzeganie wynikających z niej reguł higieniczno-sanitarnych.

AIDS jest chorobą, która ukazała w nowym świetle takie problemy społeczne, jak bezrobocie, bieda, niski status społeczny kobiet, plano-

wanie rodziny. W dzisiejszym świecie nędza i niski poziom życia zmuszają wiele osób, w tym również dzieci, do prostytucji, która stała się dla nich sposobem na przetrwanie. Wyniki badań wskazują, że w pewnych regionach Afryki w grupie wiekowej 19-25 lat 3-krotnie więcej kobiet niż mężczyzn ma dodatnie wyniki badań serologicznych. Nie jest także dziełem przypadku, że około 80% zakażeń odnotowano w Trzecim Świecie, gdzie w wielu krajach kobiety nie są równe mężczyznom w świetle prawa, co sprawia, że mają one niewielki wpływ na swoje własne życie.

W sytuacji, gdy bezrobocie wymusza podejmowanie pracy w odległych miejscach i dochodzi do długotrwałej rozłąki małżonków, łatwość przygodnych kontaktów seksualnych wzrasta, co stwarza duże ryzyko zakażenia HIV. W wielu krajach ze względów kulturowych i prawnych kobiety nie są w stanie przejąć inicjatywy we współżyciu seksualnym w celu uczynienia go bezpiecznym, gdyż taka próba wiąże się często dla nich z ryzykiem odrzucenia, pobicia, a nawet wyrzucenia z domu przez mężczyznę, od którego woli w wielu przypadkach zależy ich los. Kontakt seksualny z mężczyzną HIV-dodatnim daje dwukrotnie większe ryzyko zakażenia, niż z HIV-dodatnią kobietą ze względu na szczególnie dużą ilość cząstek wirusa w nasieniu męskim²⁾. Opanowanie pandemii HIV jak narazie całkowicie zależy od zachowania się jednostek, w tym w znacznym stopniu od zniesienia nierówności między mężczyznami i kobietami w sferze życia płciowego.

Zespół chorobowy AIDS ponownie postawił przed człowiekiem:

1. problem odpowiedzialności indywidualnej i społecznej
2. kwestię stosunku do życia i śmierci

3. problem dyskryminacji, tolerancji, stosunku do mniejszości
4. problem równouprawnienia kobiet
5. problem wychowania seksualnego i umiejętnego popierania dobrych obyczajów wśród młodzieży.

AIDS jest chorobą ludzi młodych. Alarmujące prognozy dotyczące szybkości szerzenia się tej śmiertelnej jak dotąd choroby, związane są z faktem rozprzestrzeniania się jej na drodze kontaktów heteroseksualnych. Wszędzie tam, gdzie bieda i niski poziom życia społecznego naruszyły życie rodzinne, doprowadzając do licznych związków seksualnych, zakażenie HIV szerzy się jak pożar. Ryzyko zakażenia wzrasta 3-krotnie przy obecności innych chorób przenoszonych drogą płciową, powodujących zmiany w narządach płciowych, które ułatwiają przekazywanie HIV. Można powiedzieć, że w tych przypadkach kiła, rzeżączka, inne choroby weneryczne, AIDS współuczestniczą w swoistej sztafecie śmierci, którą w aspekcie historycznym mogliśmy obserwować od momentu pojawienia się kiły, a więc od końca XV wieku.

W przypadku AIDS, analogicznie do kiły wrodzonej, istnieje problem możliwości zakażenia płodu. Zakażenie od matki następuje przez łożysko (prenatalnie), bądź przez kontakt z zakażonymi wydzielinami - krwią w czasie porodu (perinatalnie), mlekiem matki (postnatalnie). Czynnikiem ryzyka zakażenia poniekąd specyficznym dla AIDS jest narkomania, stanowiąca jeden z podstawowych problemów społecznych końca XX wieku.

Narkotyki towarzyszyły człowiekowi w jego zmaganiach z bólem, przykrymi uczuciami, niepokojem i smutkiem już od zarania cywilizacji. Jednakże dopiero w drugiej połowie naszego wieku ich nadużywanie stało się ogólnością

2) W męskich drogach rodnych wytworzony przez względnie niewiele zainfekowanych leukocytów wirus może zostać zaabsorbowany przez spermę podczas 1-2 tygodniowego dojrzewania w nadjądrzach. W drogach rodnych kobiety ilość i ruchliwość takiej spermy może okazać się wystarczającą do rozsiania się wirusa. Podczas wiązania wirusa i jego wnikania do zezwalających na to komórek docelowych może dochodzić do interakcji spermy z antygenem leukocytów człowieka HLA-DR, zawierającym geny określające budowę składowych błony komórkowej (wirusowy glikoproteid powierzchniowy gp 120 oraz przezbłonowy glikoproteid gp 41 wykazują podobieństwo strukturalne do HLA-DR). Wykrycie przez niektórych badaczy znikomych ilości HIV w spermie może być spowodowane wyjątkową wrażliwością zainfekowanych plemników na procesy peroksydacji lipidów. - Scofield V., Poiesz B., Kennedy C., Broder S., Diagne A., Rao B.: HIV binds to normal sperm and is present in sperm from infected men (w:) VII International Conference on AIDS..., POA 2102.

wym problemem zdrowotnym. Przyczyniło się do tego m.in. powodzenie pracy A.Huxleya "The doors of perception" oraz uzyskanie szerokiego oddźwięku społecznego przez idee T.Leary'ego, który wierzył w przeobrażającą moc narkotyków, mogących, jego zdaniem, zmieniać nie tylko świadomość jednostki, ale także wpływać na tworzenie bardziej sprawiedliwych stosunków społecznych. Dało to początek psychodelicznej eksplozji, jaka nastąpiła w 1960 r. Leary zawładnął wyobraźnią wielu milionów młodych ludzi na całym świecie przekonując ich, że zapoczątkował nową erę ludzkiej świadomości. Pomogło mu w tym powstanie ruchu hippisowskiego aprobującego zażywanie narkotyków. Ogólnie wśród przyczyn rozwoju zjawiska narkomanii we współczesnym świecie można wyróżnić czynniki psychologiczne, biologiczne, społeczne i ekonomiczne. W dobie AIDS narkomani przyjmujący dożylnie środki uzależniające (najczęściej pochodne opium) stali się w wielu krajach, w tym w Polsce, główną grupą ryzyka zakażenia HIV. To, co miało otworzyć im drzwi do poznania niedostępnych dla innych ludzi obszarów rzeczywistości, okazało się wrotami śmierci.

Jest sprawą zmienną, że prawie zawsze wraz z pojawieniem się nowej choroby następowało ożywienie religijne, mające często charakterystyczny gnostyczny wydźwięk. I tak w okresie szerzenia się epidemii trądu i dżumy pojawiły się ruchy katarów (XI-XIII w.) albigensów (XII -XIV w.) i waldensów (XII - XV w.). Wiek XVI, określane wiekiem kiły, to z kolei okres reformacji, zaś czas obecny naznaczony pandemią HIV - to okres szerokiej ekspansji neognozy, określanej mianem Nowej Ery (New Age Movement). Te z pozoru nie wiążące się ze sobą fakty stają się istotne przy rozważaniu postaw ludzkich wobec nowych chorób i osób na nie chorujących.

Gnostycyzmem lub gnozą przyjęło się nazywać każdą doktrynę lub każdą postawę religijną opierającą się na teorii lub praktyce zbawienia przez poznanie. Gnostycyzm wyrósł z potrzeby rozwiązania problemu zła, który był - można powiedzieć - obsesją gnostyków. Jego rozwiąza-

nie widzieli w przyjęciu koncepcji dualistycznej, w której przeciwstawiano albo Boga materii (pierwiastkowi zła), albo Boga transcendentnego, obcego światu i nieskończenie dobrego - Bogu gorszemu, stworzycielowi świata i ciała.

Dla gnostyka świat był padołem śmierci, cierpień, brzydoty i zła, zaś jego własne ciało - więzieniem, w którym uwięzione zostało jego prawdziwe "ja". "Nie miejcie litości dla ciała zrodzonego z zepsucia" - głosi jedna z modlitw katarskich - "ale zmitujcie się nad duchem, który jest w nim uwięziony". Nie powinno więc dziwić, że nawet ortodoksom trudno było wówczas zaakceptować człowieka chorego na jakąś nową, śmiertelną chorobę. W takiej sytuacji, bliższe okazywało się im myślenie starotestamentowe, umiejscawiające chorego w sferze profanum, niż ewangeliczna postawa miłosiernego Samarytanina. W Średniowieczu jedynie święci potrafili wyłamać się spod owej presji społecznej popartej autorytetem Kościoła. Pielęgnowanie trędowatych okazywało się na tyle spektakularnym uczynkiem, że zaliczano je do heroicznych czynów miłości wymienianych później w procesach kanonizacyjnych. Przykładem może być postać św. Franciszka z Asyżu, którego przemianę wewnętrzną biografowie wiążą m.in. z faktem pocałowania trędowatego. Reformacja, ze skrajną doktryną Kalwina o predestynacji, była po części odpowiedzią na szerzącą się w XVI-wiecznej Europie kiłę.

W przeciwieństwie do gnostycyzmu, który miał charakter antykosmiczny i antysomatyczny oraz eksponował dualistyczne widzenie rzeczywistości, neognoza - ruch datujący się od XVI wieku aż do naszych czasów (New Age Movement) i wyrażający, jak gnostycyzm, tendencje synkretyczne a zarazem panteistyczne - jest formą religii kosmicznej, która w całym świecie widzi jeden pierwiastek dobra, wszędzie dopatrując się przejawów boskości. New Age stanowi utopię przyrzekającą każdemu wyznawcy zdrowie, szczęście i sens życia. Termin ten określa wiele postaw charakteryzujących się pogłębionym zainteresowaniem własnym zdrowiem i jakością życia, rozbudzeniem świadomości ekologicznej, respektem dla natury oraz

poszanowaniem kobiecej duchowości i mądrości. Jest paradoksem, że do jego źródeł zalicza się ruch kontestacyjny lat sześćdziesiątych, z jego eksperymentami narkotykowymi, które bez wątplenia przyczyniły się do rozszerzenia narkomanii wśród młodzieży, a przez to i AIDS. Być może świadomość tego, jak również poczucie solidarności ludzkiej sprawiają, że postawa osób identyfikujących się z New Age jest diametralnie różna od tej, jaką często prezentują społeczności lokalne w naszym kraju, którym łatwo przychodzi głoszenie haseł izolowania chorych, a niekiedy aprobowanie agresji wobec nich. Dzieje się to zazwyczaj w atmosferze strachu i niewiedzy, której towarzyszy podział ludzi na złych (grzesznych) i dobrych, na akceptowanych i odrzucanych

O ile wielkim epidemiom dżumy, trądu i kiły towarzyszyły masowe "epidemie" hysterii, czy też innego rodzaju psychozy indukowane, to w przypadku pandemii HIV mamy do czynienia z nową kategorią diagnostyczną - fobią AIDS, która również niejednokrotnie ma charakter masowy. Jej istotę stanowi subiektywne przekonanie danej osoby, że jest zakażona wirusem, nie ustępujące nawet wówczas, gdy obiektywne wyniki badań lekarskich i wyniki testów laboratoryjnych nie potwierdzają tego faktu.

Lęk sprawia, że osoby niezakażone dążą do izolowania chorych na AIDS, choć to ci drudzy z uwagi na upośledzenie odporności są zagrożeni tzw. zakażeniami oportunistycznymi. To właśnie chorzy na AIDS są bezbronni i stale narażeni na różnego rodzaju zakażenia. Można rzec, że ich udziałem stały się wielowiekowe doświadczenia ludzkości związane z chorobami zakaźnymi. W warunkach polskich przykładem może być gruźlica zbierająca swe śmiertelne żniwo wśród chorych na AIDS. Historia odwróciła kierunek swego biegu. Gruźlica, którą nauczyliśmy się leczyć, ponownie stała się groźną dla osób, których układ immunologiczny został zniszczony przez HIV.

W przypadku AIDS, tak jak w przypadku kiły, występuje pasjonujące wielu zagadnienie związków tej choroby z zaburzeniami psychicznymi. Aura tajemniczości i niezwykłości, ota-

czająca porażenie postępujące powoli przechodzi na zaburzenia psychiczne występujące w przebiegu AIDS. O ile szaleństwo F. Nietzschego, G. de Maupassanta i wielu innych twórców chorych na porażenie postępujące jest już tylko historią, to śmierć chorych na AIDS M. Foucaulta i F. Mercury'ego, której byliśmy świadkami, jest wciąż żywym wspomnieniem wnoszącym w życie wielu osób uczucie metafizycznego niepokoju. Pogląd, że porażenie postępujące jest następstwem kiły, z trudem torował sobie drogę w środowisku psychiatrycznym. Nie powtórzyło się to w przypadku AIDS, co niewątpliwie związane było z szybkim odkryciem neurotropowych własności HIV.

AIDS jest obecnie najintensywniej badaną chorobą. Podstawową tego przyczyną jest brak skutecznego, jak dotąd, środka leczniczego oraz alarmujące prognozy co do szybkości szerzenia się zakażenia HIV.

Dotychczas zarejestrowano na świecie ok. 50 tys. przypadków pełnoobjawowego AIDS. Szacuje się, że jak dotąd ok. 2 mln osób zachorowało na pełnoobjawowy AIDS (ok. 1,5 mln osób dorosłych, ok. 500 tys. dzieci), przy ogólnej liczbie osób zakażonych 10-12 mln, w tym około 1 mln dzieci. O ile w raportach WHO ocenia się, że w r. 2000 będzie 30-40 mln osób zakażonych HIV, to grupa naukowców z Harvardu, kierowana przez J. Manna i D. Tarantolle, szacuje liczbę potencjalnych zakażonych na 120 mln osób.

Dzieje ludzkie powtarzają się, uświadamiając nam za każdym razem sens wielu zdarzeń i faktów. Pojawienie się nowych chorób zakaźnych jest tego najlepszym przykładem. Najprawdopodobniej czekają nas w przyszłości, po opanowaniu pandemii HIV, nowe choroby, z których niejedna porazi nas swymi rozmiarami i stanie się dla nas nowym wyzwaniem. Czy wtedy człowiek będzie lepiej niż dziś przygotowany psychicznie do spotkania z czymś nieznanym, budzącym w pierwszej chwili grozę i przerażenie? Można przypuszczać, że nie. O ile w medycynie dokonuje się stały postęp - to potrzeby psychiczne człowieka, jak i sposoby jego reagowania w obliczu zagrożenia nie zmieniają

się. Czynnikiem modyfikującym je są wiara religijna i wiedza. To właśnie one są w stanie zwyciężyć irracjonalny lęk sprawiający, że ludzie zdrowi zamykają się na potrzeby ludzi chorych. Jednocześnie należy pamiętać, że takie problemy globalne, jak powiększanie się obszarów nędzy i analfabetyzmu, utrudnią w przyszłości

prowadzenie akcji profilaktycznej. Zawsze podstawowe znaczenie będzie miała odpowiedzialność indywidualna człowieka, dla którego element powtórzenia w dziejach może być bodźcem do uświadomienia sobie wagi twórczego działania, jak też oznaką wolności, a nie - nieuniknioności przeznaczenia.

Adres: Dr Tadeusz Nasierowski, I Klinika Psychiatryczna AM, ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa.