

Tomasz Gabiś, Mateusz Rolik

RAPORT O AIDS

Pierwodruk: „Stańczyk. Pismo postkonserwatywne”, 2004, nr 1-2 (40-41).

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA DO WYDANIA INTERNETOWEGO

WSTĘP

1. PARADOKSY I ZAGADKI PARADYGMATU „HIV = AIDS = ŚMIERĆ”

1.1. Pytania bez odpowiedzi

1.2. Założenia teorii a fakty

1.3. Aktywność chorobotwórcza HIV i charakterystyka wirusa

1.4. Korelacja pomiędzy HIV i AIDS

1.5. Testy na HIV – wyrok śmierci?

1.6. Szczepionka na AIDS

1.7. Każdy jest zagrożony?

1.8. Paradoks prostytutek

1.9. Jak produkuje się liczby?

2. AIDS – ALTERNATYWNE WYJAŚNIENIE

2.1. Nieszkodliwy „wirus-pasażer”

2.2. Dlaczego ludzie chorują na AIDS?

2.3. Leki antyretrowirusowe – cudowna terapia czy śmierć na receptę?

2.4. Infekcja czy intoksykacja?

2.5. Podsumowanie

3. AIDS W AFRYCE – EPIDEMIA, KTÓREJ NIE BYŁO

3.1. Afryka jako „praojczyzna HIV”, czyli nauka w służbie rasizmu

3.2. Wirtualna epidemia

3.3. Prawdziwe przyczyny kryzysu zdrowotnego w Afryce

3.4. Prezydent Thabo Mbeki – nadzieja Afryki?

3.5. AIDS w Afryce jako narzędzie panowania i propagandowy kamuflaż

3.6. Afryki droga do odrodzenia

4. POLITYCZNA HISTORIA AIDS

4.1. Geneza AIDS

4.2. Od Wojny z Rakim do Wojny z AIDS

4.3. Naukowo-polityczne hipotezy i definicje

4.4. Prawica, lewica i AIDS

4.5. Kampania propagandowo-reklamowa na rzecz AIDS – jej cele i skutki

4.6. Kto się boi „Czarnego Luda”?

4.7. Globalna „epidemia”, globalna panika, globalna władza

4.8. Państwo terapeutyczne i farmakracja

4.9. Nauka na usługach farmakracji

4.10. Przyszłość AIDS

ANEKS

Geje przeciw Przedsiębiorstwu AIDS

BIBLIOGRAFIA

PRZEDMOWA DO WYDANIA INTERNETOWEGO

W roku 2008 minęło ćwierć wieku od „odkrycia wirusa wywołującego AIDS”. Ogłosili to światu w maju 1983 roku na łamach pisma „Science” francuscy badacze Françoise Barré-Sinoussi i Luc Montagnier. Za swoje odkrycie uhonorowani zostali po 25 latach Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny (Amerykanina Roberta Gallo pominięto). W opublikowanym na łamach „Gazety Wyborczej” (02.12.2008) artykule *Co dalej z wirusem? Najważniejsze pytania o AIDS* Sławomir Zagórski napisał o noblistach: „Ich praca to początek wielkiej naukowej epopei, która trwa do dziś. Epopei pełnej wzlotów i upadków, której stawką było znalezienie sposobu na straszną, początkowo wydającą się wręcz nie do pokonania chorobę. Chorobę, która odmieniła losy naszej cywilizacji. Która kazała nam w inny sposób postrzegać seks. I która po raz kolejny pokazała w ostrym świetle nierówności naszego świata”.

Czy jednak „nauka o AIDS” mogła poszczycić się w ostatnich kilku latach jakimiś innymi, ważnymi odkryciami? Niestety, nie. Z artykułu Zagórskiego dowiadujemy się na przykład, iż „ostatnie szacunki wskazują, że wirus zaatakował człowieka już ok. 100 lat temu”. Ale, dodaje Zagórski, „w jaki dokładnie sposób się to stało – lekarze nie mają pojęcia”. Czyli nie mają pojęcia o rzeczy najbardziej istotnej. Lekarze nie wiedzą też, pisze Zagórski, dlaczego niektórzy z nas nie chorują na AIDS. Mimo intensywnych i kosztownych badań prowadzonych przez ćwierć wieku, nie udało się stworzyć szczepionki przeciwko wirusowi. Kiedy to nastąpi? Nieprędko, a może nigdy, stwierdza Zagórski, i przypomina, że „ostatnie próby to prawdziwy zimny prysznic. Nie dość, że najnowsza wersja szczepionki w niczym nie pomogła, przyjmujący ją ochotnicy łatwiej zakażali się HIV niż osoby nie szczepione”. Do tej pory nie stworzono lekarstwa, które pokonałoby wirusa HIV do końca. Ciągłe jest on niezniszczalny. Jak to ujmuje Zagórski: „siedzi sobie w naszym organizmie, jest mu jak u pana Boga za piecem i może, nie dzieląc się, siedzieć tam w ukryciu latami”.

W ciągu pięciu lat, jakie upłynęły od opublikowania na łamach „Stańczyka” naszego raportu, żaden z problemów, jakie przedstawiliśmy, nie przestał być aktualny, na żadne z pytań nie znaleziono odpowiedzi, żadna zagadka nie została rozwiązana. Jest tak, jakby „nauka o AIDS” dreptała w kółko, nie czyniąc żadnych postępów. Czy można temu zaradzić? Zagórski uważa, że tak: „w dziedzinie badań nad AIDS potrzeba »świeżej krwi«, tj. nowych, młodych ludzi, a także nowych, niekonwencjonalnych pomysłów”. A przecież ludzi z nowymi, niekonwencjonalnymi pomysłami nie brakuje, że wymienimy choćby Petera Duesberga, Davida Rasnicka, Roberta Giraldo, Clausa Koehnleina, Roberta Roota-Bernsteina, Eleni Papadopulos-Eleopulos, Harry’ego Rubina i innych bohaterów naszego raportu. Niestety, do dziś nie skorzystano z ich pomysłów, a nawet ich poważnie nie przedyskutowano. Warto więc zatem jeszcze raz je przypomnieć z nadzieją, że wniosą nieco ożywczego powietrza do mocno już skonwencjonalizowanych debat o AIDS.

WSTĘP

W tym roku minęły dwadzieścia trzy lata od chwili, kiedy na świecie pojawiła się nagle nowa groźna choroba, która otrzymała nazwę AIDS i uznana została za największe niebezpieczeństwo dla rodzaju ludzkiego od czasu średniowiecznej „Czarnej Śmierci”. Mimo iż wydawać by się mogło, że powiedziano już o niej wszystko i ustalono bezspornie przyczyny, przebieg i konsekwencje choroby, to dyskusja na jej temat wcale się nie zakończyła. Tyle tylko, że dyskusja ta w niewielkim stopniu przenika do tzw. opinii publicznej, gdyż toczy się na skraju głównego nurtu „nauki o AIDS”, a jedna z jej stron może prezentować swoje tezy i argumenty prawie wyłącznie w książkach, do których trudno dotrzeć, w niskonakładowych specjalistycznych czasopismach naukowych, na łamach innych, nieomal „podziemnych” czasopism lub na stronach internetowych.

Czy może dziwić fakt, że „kwestia AIDS” nadal wzbudza kontrowersje, skoro wybitna wirusolog, uczennica współodkrywcy wirusa HIV Luca Montagniera, francuska uczona prof. Christine Rouzioux przyznała: „Na jakiej zasadzie wirus potrafi przechytrzyć nasz układ odpornościowy, tego wciąż nie rozumiemy” (zob. dyskusja: *Jak zatrzymać AIDS?*, „Gazeta Wyborcza”, 30 listopada – 1 grudnia 2002). Innymi słowy, uczeni nie potrafią odpowiedzieć na kluczowe pytanie: „W jaki sposób wirus powoduje AIDS?”.

Ale czy wiemy, dlaczego nie wiemy, w jaki sposób HIV powoduje AIDS? Prof. Rouzioux upatruje przyczyny w tym, że „HIV to bardzo inteligentny, przewrotny zarazek”. Taka odpowiedź miałaby sens, gdyby uczona potrafiła odpowiedzieć na nasuwające się kolejne pytania: co sprawia, że jest on taki „przewrotny i inteligentny”, jaka jest natura tej inteligencji, skąd wzięła się ta „przewrotność” wirusa? etc., etc. Niestety, uczona na te pytania odpowiedzi nie zna. Można zatem powiedzieć, że przez 20 lat uczeni od AIDS nie ruszyli z miejsca, wciąż są na początku drogi. Czyż nie należałoby więc zapytać o przyczyny tej naukowej porażki? Być może tkwią one w tym, że główne założenia, na jakich zbudowana jest „nauka o AIDS”, są fałszywe. Może to tym założeniom należy się raz jeszcze przyjrzeć i krytycznie je przeanalizować? Za taką analizą opowiadają się m.in.: dr Peter Duesberg – profesor biologii molekularnej na Uniwersytecie Berkeley, dr Gordon Stewart – emerytowany profesor epidemiologii z uniwersytetu w Glasgow, dr Harvey Bialy – redaktor pisma „Bio/Technology”, dr Robert Giraldo – specjalista od chorób wewnętrznych, tropikalnych i infekcyjnych, dr Heinz Ludwig Sanger – emerytowany profesor biologii molekularnej i wirusologii, były dyrektor Wydziału Badań Wirusologicznych w Instytucie Maxa Plancka, dr Walter Gilbert – profesor biologii molekularnej, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie chemii w 1980 roku, dr Andrew Herxheimer – emerytowany profesor farmakologii w Cochrane Center w Oxfordzie, dr David Rasnick – biochemik z Uniwersytetu Berkeley, dr Serge Lang – profesor matematyki Uniwersytetu Yale, dr Charles Thomas – biolog molekularny pracujący wcześniej na Harvardzie, dr Richard Strohmman –

emerytowany profesor biologii komórkowej Uniwersytetu Berkeley, dr Alfred Hässig – emerytowany profesor immunologii na uniwersytecie w Bernie, były dyrektor banków krwi Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża, dr Etienne de Harven – profesor patologii na uniwersytecie w Toronto, dr Karry Mullis – biochemik, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie chemii w 1993 roku, dr Eleni Papadopulos-Eleopulos z Wydziału Fizyki Medycznej w Royal Perth Hospital, dr Robert Root-Bernstein – profesor fizjologii na uniwersytecie stanowym Michigan, dr Harry Rubin – profesor biologii molekularnej i komórkowej na Uniwersytecie Berkeley, dr Bernard Forscher – były redaktor „Proceedings of the National Academy of Sciences”.

Niniejszy raport w żadnym razie nie rości sobie pretensji do tego, aby rozstrzygać skomplikowane kwestie naukowe związane z AIDS. Pragniemy jedynie udzielić głosu tym naukowcom i publicystom, którzy kwestionują obowiązujące dziś powszechnie teorie. Czynimy tak nie po to, aby namawiać do bezkrytycznej akceptacji ich (hipo)tez, ale po to, żeby poszerzyć pole poznawczego widzenia tym wszystkim, którzy interesują się AIDS i problematyką z nim związaną.

W dwóch pierwszych rozdziałach referujemy w skrócony i nadzwyczaj uproszczony sposób tezy i argumenty „dysydentów”, odsyłając zarazem tych Czytelników, którzy chcieliby się z nimi lepiej zapoznać, do publikacji wymienionych w bibliografii. Pomijamy przy tym dyskusje i polemiki wewnątrz „obozu dysydentów” – o ile bowiem zgodni są oni co do tego, że obowiązujący w „nauce o AIDS” paradygmat jest błędny, o tyle różnią się w innych kwestiach, takich jak istnienie i rola wirusa HIV, natura „AIDS”, hierarchia przyczyn wywołujących załamanie odporności itp. Skupiamy się na klasycznej już dziś, najlepiej znanej i najbardziej „umiarkowanej” teorii związanej z nazwiskiem profesora Petera Duesberga, skrótkowo przedstawionej w artykule Petera Duesberga, Clausa Koehnleina i Davida Rasnicka zatytułowanym *Chemiczne przyczyny różnych epidemii AIDS: narkotyki, antywirusowa chemioterapia i niedożywienie (The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy and malnutrition)*, opublikowanym w czerwcu 2003 roku na łamach „Journal of Biosciences” – piśmie wydawanym przez Indyjską Akademię Nauk. Traktujemy medyczno-naukową część raportu jako punkt wyjścia i podstawę do rozważań o AIDS w szerszym kontekście: politycznym, społecznym, ekonomicznym i psychologicznym. Przy czym, z oczywistych powodów, zajmujemy się przede wszystkim sytuacją w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej, poświęcając osobny rozdział Afryce.

Zdajemy sobie sprawę z tego, iż debata o AIDS nie jest debatą łatwą, że dyskurs o AIDS, niezwykle silnie zakorzeniony w uczuciach i interesach, obejmuje kwestie wykraczające daleko poza terytorium, na którym odbywa się spokojna wymiana racjonalnych, naukowych argumentów. Jak pisał brytyjski publicysta Neville Hodgkinson, AIDS stał się z jednej strony ikoną strachu reprezentującą rozpad egzystencji, chorobę i śmierć, a z drugiej – symbolem jedności, współczucia i nadziei, sztandarem, pod którym lekarze i naukowcy – ci kapłani naszych czasów – mogą mobilizować dobroczynne energie do walki z wrogiem ludzkości zdobywając dla tej walki poparcie wszystkich ludzi dobrej woli.

Jednak fakt, że kwestia AIDS jest tak silnie nacechowana emocjonalnie, nie może być powodem do przemilczania argumentów wysuwanych przez mniejszość podważającą intelektualną hegemonię sprawowaną przez większość i do przesłaniania sobie oczu czerwoną wstążką, którą nosi „Zeitgeist”.

Zauważamy pewien paradoks: otóż owa dominująca większość nazywa niewielką, choć złożoną z naukowców o wysokich kwalifikacjach, grupkę oponentów „zwolennikami teorii płaskiej Ziemi”. Przed wiekami taka sama niewielka grupka upierała się przy absurdalnym dla większości poglądzie, że Ziemia jest kulista. Dziś mielibyśmy sytuację taką, że olbrzymia większość – od szarego pozeracza wiadomości telewizyjnych i nagłówków w gazetach codziennych począwszy, a na aktorach, piosenkarzach, pracownikach masowych mediów, profesorach uniwersytetów, posłach, ministrach, premierach i prezydentach skończywszy – to wyznawcy idei niekonwencjonalnych, twórczych, oryginalnych, które nie leżą w interesie potężnych i wpływowych grup i instytucji polityczno-finansowo-naukowych, zaś grupka dysydentów to ludzie o przeciętnych umysłach, bez wyobraźni, podążający utartymi ścieżkami myślowymi, widzący tylko to, co mają przed oczyma, i broniący potocznych przekonań i wyobrażeń, które zatem winny być zgodne z interesami owych grup i instytucji. Trzeba uczciwie przyznać, że odczuwamy pewien wewnętrzny opór przed zaakceptowaniem takiego ujęcia stosunków pomiędzy większością a mniejszością. Jednak opór ten absolutnie nie oznacza, iż, nie godząc się na „demokratyzację nauki” i rozstrzygnięcie naukowych sporów na zasadzie „wygrywa ten, kto ma większość głosów”, wyznajemy tym samym absurdalną opinię, że mniejszość ma z zasady rację.

Nie uważamy również, że wywoływanie przez czyjeś poglądy oburzenia lub nawet „odrazy”, a tak jest niekiedy w przypadku omawianych niżej poglądów, stanowi gwarancję ich prawdziwości („Skłaniam się raczej ku pesymistycznemu pogładowi, a nawet coraz bardziej to podejrzewam, że jeśli jakiś pogląd budzi odrazę, to zapewne rzeczywiście jest prawdziwy”, Ernst Gellner, *Postmodernizm, rozum i religia*, Warszawa 1997, str. 74). Ale sądzymy, że poruszająca się na marginesie dominującej „nauki o AIDS” mniejszość powinna zostać wysłuchana, gdyż to margines jest, jak pisał Emil Cioran, naturalnym terenem poznania (*Brewiarz zwyciężonych*, Warszawa 2004, str. 66).

Umberto Eco zauważył, że „funkcja intelektualna polega na wynajdywaniu wątpliwości i ujawnianiu ich” (*Pięć pism moralnych*, Kraków 1999, str. 11). Czyż prezentowani w naszym raporcie naukowcy i publicyści nie pełnią tej właśnie funkcji? Jesteśmy zatem przekonani, że ich poglądy zasługują na to, aby je poznać i przemyśleć.

1. PARADOKSY I ZAGADKI PARADYGMATU „HIV = AIDS = ŚMIERĆ”

1.1. Pytania bez odpowiedzi

Pomimo wielomiliardowych nakładów przeznaczanych co roku na walkę z AIDS/HIV oraz dwudziestoletnich wyłożonych prac badawczych, realizowanych w ramach szeroko zakrojonych programów międzynarodowych, nie udało się jak dotąd rozwikłać tajemnicy niezwykłego wirusa HIV. Nie zdołano opracować skutecznej szczepionki. Nie wypracowano metod zapobiegania zakażeniu. Stosowane terapie antyretrowirusowe nie zdołały uratować ani jednego pacjenta. Według wielu znawców tematu, wszystkie te porażki niezbitie wskazują na niesłuszność przyjętej teorii, którą można wyrazić za pomocą schematu: „HIV = AIDS = Śmierć”. Szereg pytań pozostaje ciągle bez odpowiedzi.

1. Dlaczego przeciwciała HIV nie stanowią naturalnej ochrony przed AIDS?
2. Dlaczego, w obliczu braku szczepionki, żaden z lekarzy i pielęgniarek nie zaraził się AIDS od ponad 800 tysięcy chorych w USA i Europie?
3. Dlaczego 80% chorych na AIDS to mężczyźni?
4. Dlaczego 2/3 chorych to homoseksualni mężczyźni?
5. Dlaczego 1/3 chorych to dożylni narkomani?
6. Dlaczego znakomita większość chorych na AIDS to osoby pomiędzy 25 a 49 rokiem życia?
7. Dlaczego AIDS nie występuje praktycznie pośród nastolatków?
8. Dlaczego AIDS klasyfikuje się jako chorobę nową, podczas gdy HIV ma, według badaczy, kilkuwiekową historię?
9. Dlaczego nie odnotowano eksplozji AIDS, nowej choroby przenoszonej drogą płciową, wśród heteroseksualnie aktywnej populacji w USA i Europie? Taka eksplozja nastąpiła w przypadku syfilisu w średniowiecznej Europie.
10. Dlaczego długość życia seropozytywnych hemofilików do 1987 roku była ponad dwa razy dłuższa niż w epoce przed zidentyfikowaniem HIV?
11. Dlaczego śmiertelność wśród hemofilików wzrosła dziesięciokrotnie po wprowadzeniu leków

antywirusowych?

12. Dlaczego do objawów AIDS zalicza się całkowicie niepowiązane ze sobą choroby, np. Demencja, biegunka i mięsak Kaposiego?
13. Dlaczego w USA i Europie niemal wyłącznie homoseksualni mężczyźni chorują na mięsaka Kaposiego?
14. Dlaczego występują przypadki AIDS bez HIV?

Każde z tych pytań stanowi oddzielny paradoks i wynika z ogólnie przyjętych i propagowanych tez na temat wirusa HIV. Jednak największym paradoksem jest samo założenie, według którego jednemu wirusowi przypisuje się zdolność wywoływania szeregu niezwiązanych ze sobą chorób występujących w populacji, bez względu na wiek, płeć, orientację seksualną czy tzw. „styl życia”.

1.2. Założenia teorii a fakty

Poniżej referujemy ogólnie przyjęte „dogmaty,” a ściślej założenia i przewidywania dotyczące HIV i AIDS. Zostały one zawarte w tzw. Deklaracji Durbańskiej, ogłoszonej w 2000 roku i podpisanej przez ponad 5 tysięcy naukowców, lekarzy, polityków i działaczy z całego świata. Ponieważ jednak w nauce nie ma dogmatów, także i Deklaracja Durbańska podlega weryfikacji empirycznej, bez względu na to, kto się pod nią podpisał. Założenia teoretyczne i wyniki badań na nich oparte winny zostać skonfrontowane z faktami. Należy zastanowić się, czy inne teoretyczne założenia nie tłumaczą lepiej przyczyn i natury zjawiska nazywanego AIDS.

Założenie 1. Skoro HIV jest jedyną przyczyną AIDS, wirus powinien być obecny w dużej ilości u wszystkich chorych na AIDS, tak jak w przypadku innych infekcji wirusowych.

Fakty: U większości chorych na AIDS można odkryć jedynie przeciwciała HIV, a nie samego wirusa. Jak czytamy w Deklaracji, infekcję HIV identyfikuje się we krwi przez odkrycie przeciwciał, sekwencji genów lub izolację wirusa. Jednak identyfikacja samego wirusa jest możliwa jedynie w nielicznych i uśpionych limfocytach, których kultury przygotowuje się tygodniami in vitro – z dala od przeciwciał gospodarza, które mają go unieszkodliwiać.

Założenie 2. Skoro HIV jest jedyną przyczyną AIDS, AIDS nie występuje u osób niezakażonych.

Fakty: Literatura podaje co najmniej 4621 przypadków AIDS bez HIV.

Założenie 3. Retrowirus HIV powoduje upośledzenie odporności, ponieważ zabija limfocyty T (znane też jako komórki T4, limfocyty T4 bądź limfocyty CD4), odpowiedzialne za odporność organizmu.

Fakty: Retrowirusy nie zabijają komórek, ponieważ tylko w żywych komórkach może nastąpić replikacja wirusa. Dlatego komórki T, zakażone *in vitro*, nie umierają, a te przeznaczone do reprodukcji masowej w celu wykrycia przeciwciał HIV (zdiagnozowania AIDS) są nieśmiertelne!

Założenie 4. Według takich samych kryteriów, jak dla innych infekcji wirusowych, HIV powoduje AIDS niszcząc większą liczbę komórek T niż organizm jest w stanie wyprodukować. Dlatego zakłada się, że liczba komórek T u osób zakażonych maleje.

Fakty: Nawet u pacjentów umierających na AIDS, jedna komórka T na tysiąc jest zakażona HIV.

Założenie 5: HIV wywołuje jedną określoną chorobę – AIDS.

Fakty: Z definicji AIDS wynika, że HIV wywołuje 26 chorób, z których część jest skutkiem niewydolności odpornościowej, a część nie ma z funkcjonowaniem układu odpornościowego żadnego związku. Dodatkowo, wszystkie z tych chorób występują w obecności lub w absencji wirusa. Brak jest więc jednej choroby spowodowanej wirusem, pomimo że posiadając RNA podobne do wirusa polio, HIV powinien wywoływać jedną określoną chorobę.

Założenie 6. Wszystkie wirusy mają najsilniejsze właściwości patogenne przed wystąpieniem przeciwciał w organizmie. Dlatego od 1876 roku stosuje się szczepienia ochronne *przed* zakażeniem w celu uzyskania odporności przez organizm.

Fakty: Z definicji, AIDS występuje tylko po osiągnięciu przez organizm odporności na HIV, o czym świadczy obecność przeciwciał we krwi, będąca jednocześnie diagnozą zakażenia. Dlatego teza, że HIV powoduje AIDS, stoi w sprzeczności z założeniami przyjętymi dla innych wirusów.

Założenie 7. Aby spowodować AIDS, HIV potrzebuje od 5 do 10 lat.

Fakty: Wirus HIV replikuje się w ciągu jednego dnia, produkując ponad 100 nowych wirusów. W konsekwencji, jest najbardziej aktywny w przeciągu kilku tygodni od momentu zakażenia. Dlatego HIV powinien wywołać AIDS po kilku tygodniach od infekcji. Powinien, gdyby w ogóle powodował AIDS.

Założenie 8. U większości nosicieli HIV objawy AIDS występują po 5-10 latach. Okres ten ma stanowić potwierdzenie skuteczności leków antywirusowych w opóźnianiu zgonu chorych na AIDS.

Fakty: W latach 1999-2000 z 34,3 milionów nosicieli HIV na świecie, zaledwie u 1,4% (471 457 osób) wystąpił AIDS. Można tego dowieść przez porównanie danych Światowej Organizacji Zdrowia z 1999 i 2000 roku. Podobnie niski odsetek zakażonych zachorował na AIDS w latach poprzednich. W roku 1985 zaledwie 1,2% z 1 miliona nosicieli HIV w USA zachorowało na AIDS. Wskazuje to na fakt, iż roczna zachorowalność na AIDS, czyli na wszystkie 26 chorób wskaźnikowych, kształtuje się

na poziomie 1,2-1,4% bez względu na terapie antywirusowe stosowane od 1987 roku.

Założenie 9. Szczepionka przeciw HIV/AIDS powinna zapobiec zachorowaniu na AIDS. Dlatego też naukowcy starają się opracować taką szczepionkę od 1984 roku.

Fakty. Po pierwsze, pomimo wielkich nakładów finansowych i pracy tysięcy naukowców nie udało się do dzisiaj opracować takiej szczepionki. Po drugie, AIDS jest diagnozowane w obecności przeciwciał HIV, które skutecznie redukują obecność wirusa u chorych na AIDS do ledwie wykrywalnej ilości. W związku z tym, czemu miałyby służyć szczepionka?

Założenie 10. Jak wszystkie inne wirusy, HIV przechodzi z jednego nosiciela na drugiego. Uważa się, że infekcji sprzyjają kontakty seksualne.

Fakty: Tylko jeden kontakt seksualny na tysiąc kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia skutkuje przekazaniem wirusa. Jednocześnie w USA tylko 1 osoba na 275 (ok. 0,36%) jest zarażona HIV.

Dlatego jedna zdrowa osoba musi odbyć 275 tysięcy przypadkowych aktów płciowych, aby trafić na osobę zarażoną, zarazić się i móc zarażać innych. Jest to wątpliwa podstawa dla wystąpienia epidemii.

Założenie 11. AIDS szerzy się wskutek rozprzestrzeniania się zakażeń HIV.

Fakty: Pomimo rozprzestrzeniania się AIDS w USA, nie zauważa się wzrostu infekcji HIV. Od 1985 roku liczba zakażeń HIV pozostaje stała do dzisiaj, utrzymując się na poziomie ok. 1 miliona nosicieli. Ponadto liczba zachorowań na AIDS rosła w latach 1981-1992 i od 1993 roku stale opada.

Założenie 12. Rocznie 3 miliony Amerykanów przechodzi transfuzje krwi. Do 1985 roku, kiedy testowanie krwi do transfuzji wyeliminowało obecność HIV, wielu z nich zostało zakażonych wirusem HIV obecnym w krwi dawców. W związku z tym, wielu z nich powinno zachorować na AIDS w latach następnych.

Fakty: Nie odnotowano wzrostu zachorowań na AIDS wśród osób zakażonych HIV na skutek transfuzji przed 1985 rokiem. Dodatkowo, nie zanotowano ani jednego przypadku mięsaka Kaposiego, choroby wskaźnikowej AIDS, wśród takich osób.

Założenie 13. W obliczu braku skutecznej szczepionki, na ryzyko zakażenia HIV/AIDS narażeni są lekarze i pracownicy służby zdrowia, naukowcy pracujący z HIV, partnerzy nosicieli, a także prostytutki.

Fakty: Literatura fachowa nie opisuje ani jednego przypadku wystąpienia AIDS ani zakażenia się HIV przez lekarza lub pielęgniarkę od ponad 816 tysięcy pacjentów w USA w przeciągu 22 lat. Nie zanotowano też ani jednego takiego przypadku wśród ponad 10 tysięcy badaczy HIV. Podobnie, u żadnej z partnerek seksualnych hemofilików nie wystąpił AIDS. Nie ma też epidemii AIDS wśród prostytutek. Można więc stwierdzić, że AIDS nie jest chorobą zakaźną.

Założenie 14. AIDS, podobnie jak wszystkie inne epidemie wirusowe w przeszłości, powinien

rozprzestrzeniać się losowo wśród całej populacji.

Fakty: Od roku 1981 zarówno w USA, jak w Europie, AIDS występuje w przytłaczającej większości wśród dwóch grup ryzyka: narkomanów dożylnych i homoseksualnych mężczyzn.

Założenie 15. Wirusowa epidemia AIDS powinna występować jako klasyczna krzywa w kształcie dzwonu, rosnąć wykładniczo na skutek rozprzestrzeniania się wirusa i opadać w tym samym tempie na skutek wystąpienia naturalnej odporności wśród populacji w ciągu kilku, kilkunastu miesięcy.

Fakty: Liczba przypadków AIDS rosła powoli przez 12 lat (1981-1992) i opada w sposób ciągły od roku 1993. Taki schemat jest charakterystyczny dla chorób spowodowanych określonymi zachowaniami, np. korelacja pomiędzy rakiem płuc a paleniem tytoniu.

Założenie 16. W obliczu ponad 34,3 milionów zakażonych, epidemia AIDS powinna wystąpić wśród dzieci, ponieważ uważa się, że HIV może być przekazywany z matki na niemowlę z 25-50% skutecznością.

Fakty: W USA i Europie mniej niż 1% zachorowań na AIDS to przypadki pediatryczne.

Założenie 17. Jak każdy inny wirus, HIV nie uznaje granic społecznych, politycznych i geograficznych.

Fakty: Występują zdecydowane różnice kliniczne i epidemiologiczne między AIDS w USA/Europie a AIDS w Afryce. W Europie i USA AIDS występuje wysoce selektywnie, dotykając głównie określonych i niezmiennych grup ryzyka, podczas gdy w Afryce epidemia rozkłada się losowo w populacji.

Jak widać, żadne z 17 głównych założeń na temat HIV/AIDS nie znajduje potwierdzenia w faktach. Warto w tym miejscu przytoczyć także wywiad z dwunastoma czołowymi badaczami AIDS, który z okazji 20 rocznicy wykrycia AIDS, 30 stycznia 2001 roku zamieścił „New York Times”. Artykuł ten zamienił się w potok pytań bez odpowiedzi, podobnych do tych, postawionych poniżej:

„W jaki sposób HIV degraduje układ odpornościowy? (...) Dlaczego zarażeni chorują na jedne choroby, a nie na inne? (...) Dlaczego chorzy na AIDS są tak podatni na zapalenie płuc? Dr Anthony Fauci, dyrektor Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych, powiedział, że »rzadko zdarza się, aby badacz otwarcie mówił o swoich badaniach podkreślając, to czego wciąż nie wie, gdyż takie zachowanie podważyłoby sens jego pracy«. W kwestii leków na AIDS, Fauci uważa, że »(...) nowe leki nie usuwają HIV całkowicie z organizmu. Mają one poważne skutki uboczne, a muszą być zażywane przez całe życie (...). Leczenie jest obecnie tak skomplikowane, że znalezienie odpowiedzi na podstawowe pytania staje się trudne, kosztowne i czasochłonne. Kiedy zacząć kurację i jakie zastosować specyfiki? Skąd się biorą takie skutki uboczne, jak gromadzenie się tkanki tłuszczowej na szyi i brzuchu? (...) Leki antywirusowe mają zatrzymywać replikację wirusa, dzięki czemu właściwie funkcjonujące części układu odpornościowego powinny wyeliminować jego resztki. Tak się jednak

nie dzieje. Jest w tym coś dziwnego, czego nadal nie umiemy wyjaśnić», tłumaczy dr Fauci. »Czy możliwe jest opracowanie szczepionki? (...) nie ma odpowiedzi na pytanie, czy i kiedy to w ogóle będzie możliwe«. Według dr Altmana, badania układu odpornościowego nie dostarczają odpowiedzi na szereg pytań o HIV. »W tej kwestii wiemy niewiele więcej niż 20 lat temu«”.

Pomimo tak wielu pytań bez odpowiedzi i paradoksów wokół HIV/AIDS w świecie nauki istnieje duży opór wobec rewizji podstawowych dogmatów przyjętych ponad 20 lat temu. Jednak zwiększa się grupa badaczy zwracająca uwagę na fakt, że słabości hipotezy łączącej HIV z AIDS stanowią wystarczającą podstawę do tego, żeby szukać alternatywnych wyjaśnień. Aby naświetlić problem, należy obszerniej omówić owe sprzeczności i słabości.

Przebieg infekcji

Według oficjalnej teorii proces zakażenia przebiega następująco:

Etap pierwszy: wczesna faza zakażenia (faza ostra)

Trwa ok. 6 miesięcy i składa się z 3 okresów:

a) **inkubacja:** okres około 4 tygodni od wniknięcia wirusa; żywiolowa replikacja wirusa; w tej fazie występuje najwyższy poziom wirerii we krwi w całym przebiegu choroby. Przyrostowi wirerii towarzyszy przejściowy spadek limfocytów T (CD4).

b) wystąpienie (lub nie) objawów klinicznych wczesnej **choroby retrowirusowej** (u 50-90% pacjentów): gorączka, zapalenie gardła, wysypka, tzw. „objawy grypowe”.

c) **serokonwersja:** pojawienie się przeciwciał skierowanych przeciwko białkom wirusowym; serokonwersja następuje pomiędzy 3 a 12 tygodniem zakażenia. Jest to ostatnia faza wczesnego zakażenia. Stanowi sygnał nabycia przez układ immunologiczny organizmu zdolności zwalczania wirusa, co prowadzi do zahamowania jego replikacji i w konsekwencji wzrostu liczby limfocytów T do poziomu sprzed zakażenia. Ustępują też objawy kliniczne choroby retrowirusowej.

Należy zaznaczyć, że faza zakażenia do momentu wystąpienia przeciwciał (od 3 do 12 tygodni) umyka diagnostyce i jest nazywana tzw. okienkiem serologicznym. W tym czasie nie jest możliwe stwierdzenie zakażenia. Podkreśla się, że okres ten jest o tyle groźny, iż poziom wirerii jest wtedy najwyższy. Toteż osoba zakażona jest w tym okresie najbardziej niebezpieczna dla potencjalnych partnerów.

Etap drugi: faza bezobjawowa (faza klinicznej latencji)

Trwa do kilkunastu lat. Sądzi się, że w tym czasie HIV powoli degraduje układ odpornościowy wolno, ale systematycznie zabijając limfocyty T w niewyjaśniony dotąd sposób.

Znamienne jest, że w fazie bezobjawowej można wyodrębnić pacjentów nie wykazujących rozwoju zakażenia, o bardzo niskim lub niewykrywalnym poziomie wirerii oraz niezmienną liczbę limfocytów T. Liczba takich pacjentów pozostaje nieznana.

Etap trzeci: AIDS – Nabyty Zespół Upośledzenia Odporności

Nieuchronnie prowadzi do śmierci.

1.3. Aktywność chorobotwórcza HIV i charakterystyka wirusa

Należy zwrócić uwagę, że do dzisiaj nie jest poznany mechanizm zabijania komórek T przez HIV. Jak twierdzi dr David A. Cooper, ekspert ds. AIDS z Australii, „nie wiadomo, w jaki sposób wirus zabija limfocyty CD4, które mają zwalczać infekcję. W tej kwestii cały czas potrzebny jest przełom”. Przełom jednak nie nadchodzi, a temat ten nie tylko budzi kontrowersje wśród najbardziej zagorzałych zwolenników hipotezy „HIV = AIDS = Śmierć”, ale także niezwykle pobudza ich wyobraźnię. Początkowo dr Gallo, jeden z odkrywców wirusa HIV, i jego naśladowcy twierdzili, że wirus dewastuje układ odpornościowy, ponieważ bezpośrednio infekuje i zabija komórki gospodarzy. W swojej autobiografii z 1991 roku Gallo ośmieszył opinię innego odkrywcy HIV, prof. Luca Montagniera, o tym, że HIV może wywołać AIDS tylko w obecności dotychczas nie odkrytego czynnika dodatkowego (*co-factor*). Uznał bowiem, że teoria „wieloczynnikowa” jest równoznaczna z „wieloignorancją”. Gallo argumentował dalej, że skoro infekcja HIV przypomina zderzenie z ciężarówką, to nie należy szukać dodatkowych przyczyn lub mechanizmów pośrednich dla wystąpienia AIDS.

Niedługo potem, w 1993 roku, Warner C. Greene, profesor medycyny na Uniwersytecie Kalifornijskim, wyjaśniał na łamach pisma „Scientific American”, że naukowcy odchodzą od teorii bezpośredniej infekcji komórek T przez HIV, ponieważ HIV nie infekuje ich dostateczną liczbą. Greene tłumaczył, że „nawet u pacjentów w ostatnim stadium zakażenia HIV, przy szczytkowym wskaźniku limfocytów T4, liczba tych komórek produkujących wirusa jest znikoma – tylko 1 na 40. We wczesnym stadium infekcji mniej niż jedna komórka T4 na tysiąc jest zainfekowana i jest w stanie produkować wirusy. Dlatego gdyby HIV zabijał komórki przez ich bezpośrednią infekcję, musiałby jednocześnie zainfekować znacznie więcej limfocytów”.

W obliczu fiaska swoich założeń, także i dr Gallo dołączył do grupy tych badaczy, którzy desperacko poszukują czynnika dodatkowego (*co-factor*), badając pośrednie mechanizmy infekcji HIV. Efektem tych prac są czasem, jak to określił prof. Kary Mullis, najbardziej fantastyczne i absurdalne hipotezy: być może HIV wpływa na inne komórki układu odpornościowego w taki sposób, że zabijają one komórki T; być może HIV powoduje, że komórki T dokonują samounicestwienia; być może w jakiś tajemniczy sposób HIV uszkadza układ odpornościowy nawet wtedy, kiedy nie ma go już w

organizmie. W lecie 1993 roku dr Gallo oświadczył, że dzięki „swojej molekularnej mimikrze HIV imituje komponenty układu odpornościowego rozpoczynając procesy, które mogą być kontynuowane pod jego nieobecność”.

Jednak naukowcy do tej pory nie są w stanie eksperymentalnie potwierdzić coraz bardziej skomplikowanych mechanizmów, które sami wymyślają dla wyjaśnienia zabójczej działalności wirusa. Kiedy w 1994 roku dr Anthony Fauci, czołowy rządowy badacz AIDS, udzielił wywiadu gazecie „New York Times”, reporterka prowadząca rozmowę podsumowała jego poglądy jako mieszankę wszystkich wyobraźalnych możliwości: „HIV ma zdolność nadmiernego pobudzania jednych ścieżek sygnalizowania (*signalling pathways*) i jednocześnie unikania innych. Dlatego nawet jeśli celem aktywności wirusa są limfocyty CD4, które infekuje i uśmierca, HIV stymulować musi także inne komórki odpornościowe w taki sposób, że giną od nadmiaru pracy lub dezorientacji (*overwork or confusion*)”. Zdaniem prof. Charlesa Thomasa, Kary Mullisa i Philipa Johnsona, żadnemu innemu wirusowi nie przypisuje się tak niezwykłych zdolności zabójczych. Naukowcy ci sugerują, że najprawdopodobniej „autorzy takich absurdalnych tez są na granicy załamania od nadmiaru pracy i dezorientacji”.

Ci sami badacze zauważają, że nikt nie podważa tego, co dzieje się we wczesnym stadium infekcji HIV. Jak wszystkie inne wirusy, HIV mnoży się gwałtownie, czemu często towarzyszą typowe objawy grypopodobne. W tym okresie wirus jest obecny w organizmie w dużych ilościach. Pomimo tego, nie powoduje żadnych szkód w systemie odpornościowym. Wręcz przeciwnie, organizm zaczyna się bronić i skutecznie redukuje obecność wirusa do poziomu szczątkowego. Wraz z końcem tego procesu kończy się infekcja. Prof. Thomas, Mullis i Johnson podkreślają, że gdyby HIV miał niszczyć układ odpornościowy, musiałby to robić kilka lub kilkanaście lat po tym, jak ten sam układ właściwie już go zwalczył. Takie założenie jest w sposób oczywisty absurdalne.

Można bezpiecznie przyjąć, że prof. Kary Mullis wie co mówi, kwestionując rolę HIV w wywoływaniu AIDS. Jest zdobywcą Nagrody Nobla za opracowanie metody PCR, stosowanej m.in. w zaawansowanych testach na obecność wirusa HIV. PCR – łańcuchowa reakcja polimerazy – pozwala powielać fragmenty DNA komórki łącznie z tym fragmentem, który podejrzewany jest o pochodzenie wirusowe. Dzięki temu możliwe jest przeprowadzanie niezbędnej identyfikacji. Zdaniem Mullisa, żadne badania naukowe nie potwierdziły bezspornie tego, że HIV powoduje AIDS, ani nie wyjaśniły mechanizmu, poprzez który wirus miałby to czynić: „Wiemy, że mylić się jest rzeczą ludzką, ale hipoteza, łącząca HIV z AIDS jest pomyłką śmiertelną”.

Tezę o wirulencji i śmiertelnych właściwościach wirusa HIV kwestionuje także inny czołowy wirusolog Peter Duesberg, profesor biologii molekularnej i komórkowej na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley. W latach 1968-1970 udowodnił, że wirus grypy posiada genom segmentowy, co wyjaśniło jego zdolności mutacyjne możliwe poprzez rekombinacje poszczególnych

segmentów. W czasie badań nad retrowirusami w 1970 roku wyizolował pierwszy gen rakowy oraz przedstawił strukturę genetyczną retrowirusów.

Według prof. Duesberga, działanie każdego chorobotwórczego wirusa sprowadza się do przenikania do komórki, a następnie zabicia jej od wewnątrz. Choroba powstaje wtedy, kiedy wirus zabije taką ilość zdrowych komórek, której organizm nie jest w stanie zastąpić ani zregenerować. Wirus HIV integruje swój genom z genomem komórki gospodarza. Ponieważ geny takich wirusów stają się częścią genów komórki gospodarza, mogą one replikować się pod warunkiem, że zainfekowana komórka przetrwa integrację. Wszystkie zintegrowane wirusy i niektóre retrowirusy trwają, poprzez bierną replikację, razem z gospodarzem. Niektóre retrowirusy zaś namnażają się aktywnie – samodzielnie, bez kontroli i wiedzy komórki gospodarza. Dzisiaj nawet odkrywca HIV, Luc Montagnier, przyznaje, że HIV nie zabija komórki, którą infekuje. Pozostaje w stanie latencji (hibernacji, uśpienia) nawet u osób umierających na AIDS. Prof. Duesberg porównuje wirusa HIV z wirusem polio: po wyizolowaniu wirusa polio i wprowadzeniu go do komórki zdrowej, ten zabija ją w ciągu 8 godzin. Inaczej dzieje się w przypadku HIV, gdzie zainfekowana komórka zachowuje się tak jak komórka zdrowa.

Można wskazać na interesujący fakt dotyczący historii retrowirusów, do których zalicza się HIV. W latach 70. ta grupa leżała w centrum zainteresowania naukowców, szukających przyczyny powstawania nowotworów. Jeżeli jednak retrowirusy miałyby powodować nowotwory, nie mogłyby zabijać komórek swoich gospodarzy. Raka powodują bowiem komórki, które mnożą się w sposób niekontrolowany, nie zaś te, które umierają. Ciekawe jest, że odkrycie „nowej” choroby AIDS przyczyniło się do zredefiniowania właściwości chorobotwórczych jednego z niegroźnych do tej pory retrowirusów.

Aby wirus HIV mógł wywołać AIDS, musiałby być zjadliwy i zniszczyć ok. 50% zdrowych limfocytów T4. Problem polega na tym, że u osób chorych na AIDS tylko jeden limfocyt T na tysiąc zostaje zainfekowany przez HIV. Jak pisaliśmy wyżej, taki niski poziom wirerii utrzymuje się nawet u ludzi umierających na AIDS; nawet wtedy wirus HIV nie zachowuje się zjadliwie – nie zachodzi jego żadna, niezwykła aktywacja.

Przyjmując, że HIV byłby zabójczy dla komórek gospodarzy, ilość komórek T, utraconych na skutek jego rzekomego działania, odpowiada mniej więcej ilości, jaką tracimy, kiedy zatniemy się przy goleniu. Taka utrata jest z łatwością kompensowana, bo co drugi dzień organizm wytwarza 30 nowych komórek. Dla porównania, można przytoczyć poziom wirerii w przypadku infekcji grypy, kiedy to ok. 30% komórek płucnych zostaje aktywnie zaatakowanych. Natomiast w przypadku zapalenia wątroby typu B prawie wszystkie komórki wątroby zostają zainfekowane. Paradoks? W nauce nie ma paradoksów, są tylko błędne teorie.

W kwestii przebiegu zakażenia część badaczy utrzymuje, że pierwsza, tzw. ostra faza zakażenia, to tak

naprawdę jedyną manifestacją obecności wirusa w organizmie, a jej ostatni okres (serokonwersja) jest sygnałem zwycięstwa organizmu nad intruzem. Faza ta przebiega charakterystycznie dla większości wirusów. Zgadza się też ramy czasowe poszczególnych faz zakażenia. Śladowa ilość wirusa oraz obecność przeciwciał dowodzą niezbicie, że organizm zwyciężył infekcję i jest na nią uodporniony. W konsekwencji poziom wirēmii spada, a liczba limfocytów powraca do stanu sprzed infekcji.

Tymczasem zakłada się, że po tej normalnej, charakterystycznej fazie, następuje niezbadany okres latencji, po którym wirus aktywuje się na nowo po to, aby wywołać AIDS. Nie ma na to jednak żadnych dowodów. Taki wniosek można wyciągnąć przyjmując jedynie za dogmat tezę, że HIV wywołuje AIDS: HIV powoduje AIDS, bo AIDS jest powodowane przez HIV, więc, pomimo swojej początkowej niezdolności, wirus musi się jakoś aktywować.

Okres latencji to czas nieaktywnego czuwania wirusa, kiedy człowiek pozostaje tylko nosicielem bez objawów jakiegokolwiek choroby. W 1984 roku szacowano okres latencji na ok. 10 miesięcy. W 1988 roku mówiono już o 10 latach po to, aby w 1994 roku stwierdzić, iż u mężczyzn chorych na hemofilię może on wynosić nawet ponad 20 lat. Od 1985 roku krew przeznaczoną do transfuzji bada się na obecność przeciwciał HIV, co w zasadzie eliminuje możliwość zarażenia się. Jednak hemofolicy zarażeni przed tą datą wciąż żyją, co nie pasuje do teorii i wymusza wydłużanie okresu latencji. Średnio w publikacjach na temat AIDS okres ten szacuje się na kilkanaście lat. Pewien matematyk z uniwersytetu w Berkeley zasugerował, że aby dokładnie podać okres latencji HIV w danym roku, wystarczy odjąć od niego datę 1984, kiedy to po raz pierwszy wysunięto tezę, że HIV jest przyczyną AIDS. Innymi słowy, w roku 2010 okres latencji będzie wynosił 26 lat. Prof. Duesberg porównuje pogląd, zgodnie z którym HIV powoduje AIDS, do poglądu, zgodnie z którym „złamanie nogi jest skutkiem upadku sprzed 10 lat”.

Zwróćmy uwagę na fakt, że podobnie jak inne zjadliwe retrowirusy i wirusy ludzkie (np. grypy), wirus HIV powinien powodować AIDS w okresie nie dłuższym niż 2 tygodnie. Okres replikacji retrowirusów trwa z reguły 2 dni. W tym czasie jedna zainfekowana komórka produkuje 100 kolejnych wirusów. Wobec braku odporności przeciwwirusowej tych 100 wirusów infekuje 100 komórek, z których każda wytwarza 100 kolejnych wirusów itd. Tak więc gdyby wirus HIV był zjadliwy, diagnozowano by którąś z chorób AIDS już w 2-3 tygodnie po zakażeniu, czyli wtedy, kiedy następuje żywiołowa replikacja wirusa i jest go w organizmie najwięcej. Tymczasem nie jest on w stanie wywołać żadnej poważnej choroby groźniejszej niż przeziębienie, którego objawy albo nie występują w ogóle, albo mijają po kilku tygodniach. Naukowcy nie są w stanie wyjaśnić mechanizmu, zgodnie z którym organizm najpierw zwycięża wirusa, uodparnia się na niego po to, by po kilku, kilkunastu latach znowu się mu poddać. Jak to możliwe, że organizm radzi sobie z wirusem, kiedy jest go najwięcej, a ulega mu, kiedy występuje on już w ilościach śladowych, a dodatkowo w czasie, kiedy pojawiły się już przeciwciała?

Mówiąc o retrowirusach, warto zauważyć, że rzeczywiście mało o nich wiemy. Niewiedza wynika

jednak z tego, że są to najmniej groźne odmiany wirusów i właśnie dlatego nie były wcześniej przedmiotem badań naukowców. Procedura badań naukowych ma swoją uzasadnioną kolejność: najpierw pojawia się choroba, a dopiero potem szuka się jej przyczyny. Badacze nie kładą pod mikroskop próbki krwi z zamiarem znalezienia czegokolwiek lub wszystkiego, co w niej jest. Retrowirusy zawsze umykały ich uwadze, ponieważ nigdy nie wywoływały schorzeń. Jest oczywiste, że być może istnieją nieznanne nam retrowirusy, które są groźne, ale opisywane cechy wirusa HIV wykluczają go z tej grupy. Zachowuje się on jak inne nieszkodliwe retrowirusy i tylko przypisanie mu unikalnych charakterystyk czyni go zabójczym. Tak o retrowirusach mówi prof. Mullis:

„Żyjemy z niezliczoną liczbą retrowirusów. Są wszędzie – prawdopodobnie są z nami od początku ludzkości. Mamy je w ludzkim genomie. Niektóre z nich, w nowej postaci, dostajemy od naszych matek – jako wirusowe cząstki zakaźne, które mogą przechodzić z matki na płód. Inne retrowirusy dostajemy od obojga rodziców razem z genami. Niektóre części naszego genomu są pochodzenia retrowirusowego. Oznacza to, że sami produkujemy nasze własne cząstki retrowirusowe. Niektóre mogą wyglądać jak HIV. Nikt nigdy nie wykazał, że retrowirusy kiedykolwiek kogoś zabiły (...)”.

Inną kwestią są rzekome niezwykle zdolności mutacyjne HIV. Oficjalnie są one główną przyczyną, dla której zawsze, kiedy jesteśmy już o krok od pokonania wirusa, okazuje się on od nas sprytniejszy, potrafiąc przechrzyć kolejną kombinację leków. Jak podaje „Gazeta Wyborcza”, „(...) wirus ów [HIV] zmienia się bez przerwy i czyni to z wielką szybkością. Praktycznie każde kolejne jego pokolenie przebiera się w nowe szaty, zaś liczba wirusów tworzonych w ciągu jednej doby może wynosić 109. Znalezienie skutecznej broni przeciw tak przebiegłemu wrogowi wydaje się więc graniczyć z cudem”. Natomiast znaczna część krytycznych badaczy podkreśla, że możliwości mutacyjne HIV są ograniczone. Trzeba wiedzieć, że wirus ten to pasożyt wewnątrzkomórkowy i jego zdolności mutacyjne są ściśle ograniczone przez komórkę gospodarza. Nie może przeobrazić się w całkowicie inny twór – musi być kompatybilny z gospodarzem, gdyż jego życie zależy od otoczenia, które zapewnia mu zainfekowana komórka. Wirus nie może funkcjonować poza nią. Jest jak „twardy dysk wyjęty z komputera”. Jeśli umiera gospodarz, umiera też i on. Profesor Duesberg przyznaje, że wszystkie wirusy mutują. Odkrycie mutacyjnych zdolności wirusa grypy przyniosło mu przecież sławę. To on w 1968 roku odkrył, że wirusy mają różne chromosomy. Dzięki jego odkryciu świat dowiedział się, że wirus grypy należy do rzadkiej grupy, której przedstawiciele mają wielorakie chromosomy, co daje mu dodatkowe zdolności do rekombinacji. Różnica między wirusem HIV i wirusami grypy polega na tym, że chromosomy tych drugich są złożone z segmentów. HIV ma pojedynczy genom (informację genetyczną), co znacznie ogranicza jego możliwości mutacyjne. Z tego powodu wszystkie wirusy HIV są do siebie zbliżone. HIV ma jeden genom, więc rekombinacja w jego zakresie owocuje powstaniem niemal identycznych wirusów, nie zaś całkowicie różnych – zrekombinowanych. Dodatkowo, oprócz mutacji wirusa grypy ludzkiej, występują jeszcze mutacje grypy u różnych rodzajów zwierząt, np. kur czy świń. HIV natomiast występuje tylko u ludzi. Z tego

powodu całkowicie nieprawdziwe są twierdzenia, które sugerują, że „niezwykle rozpowszechniony wirus grypy w porównaniu z HIV wydaje się prawdziwym niewiniątkiem”. Warto przypomnieć, że pod koniec I wojny światowej tylko na jedną odmianę grypy – „hiszpankę” – zmarło ok. 20 mln ludzi. Według Duesberga, dowodem ograniczonych zdolności mutacyjnych HIV jest też fakt, że przeciwciała na obecność wszystkich rodzajów HIV, odkrytych do tej pory u ludzi na całym świecie, zostały wykryte, ponieważ weszły w reakcję z dokładnie tą samą odmianą HIV, którą wyizolował Montagnier w 1983 roku.

Niektórzy obserwatorzy zauważają, że zawsze, kiedy naukowcy nie mogą wytłumaczyć jakiegoś zjawiska, chwytają się tych samych kół ratunkowych. Często jest to niezwykle długi okres latencji – wtedy taki wirus nazywany jest „wirusem powolnym”. Zaś niemożność znalezienia skutecznego antidotum tłumaczy się zwykle jego nadzwyczajnymi zdolnościami mutacyjnymi. Problem w tym, że takie hipotezy bez dowodów laboratoryjnych niczego nie wyjaśniają, a raczej pozwalają wyjaśnić wszystko bez konieczności przedstawienia dowodów. Tak właśnie ma się rzecz w przypadku HIV. Pojawia się jeszcze trzecia hipoteza: HIV powoduje chorobę autoimmunologiczną. Polega ona na tym, że układ immunologiczny rozpoznaje własne białka jako obce i wytwarza przeciwko nim przeciwciała. Na skutek tego są one niszczone, co jest zabójcze dla organizmu. Prof. Duesberg tłumaczy ten mechanizm obrazowo: „Choroba autoimmunologiczna jest fałszywą reakcją odpornościową organizmu, która zabija zdrowe komórki. Jeśli HIV miałby ją inicjować, skutki pojawiłyby się natychmiast. O AIDS mówi się, że zarażasz się jednego dnia, a po dziesięciu latach na skutek tejże infekcji dostajesz biegunki. To absurd!”.

Okres latencji oraz reakcja autoimmunologiczna to argumenty zawsze przywoływane przez naukowców wtedy, kiedy nie potrafią wyjaśnić jakiegoś zjawiska medycznego. Tak było w przypadku cukrzycy oraz choroby Alzheimera. Przyczyn tych chorób doszukiwano się albo w „wirusach powolnych,” albo w wirusach powodujących chorobę autoimmunologiczną. Dziś wiemy, że obie teorie okazały się nieprawdziwe. Warto podkreślić, że niektóre z chorób, uważanych za wskaźnikowe wobec AIDS, hipotetycznie mogłyby być wynikiem choroby autoimmunologicznej. Jednak fakt, że ok. 40% spośród tych chorób nie jest w żaden sposób powiązane z układem immunologicznym (np. mięsak Kaposiego, choroby układu pokarmowego lub demencja), wyklucza taką możliwość. Dla podtrzymania tezy o tajemniczej zjadliwości HIV produkowane są zatem coraz bardziej skomplikowane teorie, które zamiast wyjaśniać, jeszcze bardziej zamazują obraz, oddalając nas od wyjaśnienia problemu. Taka sytuacja jest, według prof. Mullisa, klasycznym przykładem upadającego paradygmatu, który pomimo swojej absurdalności trwa wyłącznie dzięki bujnej wyobraźni jego zwolenników.

1.4. Korelacja między HIV i AIDS

Innym ważnym elementem tezy „HIV = AIDS = Śmierć” są dane epidemiologiczne, często przytaczane przez zwolenników tego paradygmatu jako niezbity dowód na to, że HIV powoduje AIDS. W tym kontekście zwolennicy oficjalnej teorii podpierają się ścisłą korelacją między HIV i AIDS. Trzeba wiedzieć, że AIDS jest syndromem diagnozowanym, kiedy wystąpieniu jednej z ok. 30 niezwiązanych ze sobą chorób towarzyszy pozytywny wynik testu na obecność przeciwciał HIV. W konsekwencji, takie same choroby nie są diagnozowane jako AIDS, jeśli wynik testu jest negatywny. Stąd gruźlica przy pozytywnym wyniku testu oznacza AIDS, zaś gruźlica przy wyniku negatywnym, pozostaje zwykłą gruźlicą. Taka definicja z założenia wymusza korelację między HIV i AIDS. Jak zobaczymy poniżej, korelacja ta jest produktem definicji, nie zaś faktów.

W 1992 roku, przy okazji Międzynarodowej Konferencji nt. AIDS w Amsterdamie, po raz pierwszy ujawnione zostały przypadki występowania AIDS bez HIV. Pomimo tego, oczywiste implikacje istnienia takich przypadków dla przyjętych założeń, dotyczących roli HIV w wywoływaniu AIDS, zostały całkowicie zignorowane. Amerykańskie Center for Disease Control (CDC), które wcześniej wiedziało o istnieniu AIDS bez HIV, zakamufłowało te anomalie, formułując dla takich przypadków nową nazwę – ICL (idiofacyjna limfocytopenia CD-4). Termin ten, pomimo trudnej nazwy, oznacza po prostu AIDS bez HIV. Trudno przecenić znaczenie takiego manewru dla przyszłości AIDS. Gdyby wtedy przyznano publicznie, że istnieją przypadki AIDS bez HIV, cała korelacja ległaby w gruzach.

W literaturze opisano 4621 przypadków AIDS bez HIV, z których 1691 zidentyfikowano w USA. Jednak odkąd CDC sformułowało nową nazwę dla AIDS bez HIV, przypadki takie nie są odnotowywane w statystykach jako AIDS. Wątpliwe są także statystyki CDC na temat obecności przeciwciał HIV przy AIDS. Jej eksperci przyznają bowiem, że co najmniej 40 tysięcy przypadków AIDS zdiagnozowano na podstawie tzw. kryteriów założeniowych (*presumptive criteria*) – bez przeprowadzenia testów na HIV, wyłącznie na podstawie chorób wskaźnikowych, np. mięsaka Kaposiego. Jak sugeruje Philip E. Johnson, profesor prawa na Uniwersytecie Berkeley, „być może niektórzy z tych pacjentów okazaliby się seronegatywni, gdyby poddano ich odpowiednim testom. Istnieje jednak silna zachęta dla lekarzy i ośrodków zdrowia do tego, aby diagnozować tzw. choroby wskaźnikowe jako AIDS tam, gdzie to tylko możliwe. Na mocy stosownej ustawy (Ryan White Act) rząd federalny opłaca bowiem sownie leczenie AIDS, podczas gdy nie daje ani grosza na leczenie pacjentów z tymi samymi objawami w przypadku, gdy test nie wykaże obecności przeciwciał HIV”. Mając to na uwadze, nie należy się dziwić, że wielu szpitalom po prostu opłaca się diagnozować AIDS. Podobnie zachowują się władze miast-epicentrów AIDS w USA. Jak wykazały badania przeprowadzone przez wydział zdrowia miasta San Francisco, szczytowy okres seropozytywności minął tam w roku 1982 (22 lata temu!). Tymczasem średnio co dwa tygodnie władze miasta ogłaszają

„stan zagrożenia AIDS”. Dzięki temu miasto ciągle otrzymuje około 70 milionów dolarów rocznie z funduszy federalnych na walkę z problemem, który już nie istnieje.

Tak, jak są przypadki AIDS bez HIV, są też przypadki HIV bez AIDS. Wiele osób pozostaje tzw. „zdrowymi nosicielami” bez żadnych objawów przez ponad 10 lat. W związku z tym, już na początku lat 90. „Scientific American” ogłosił: „(...) możliwe, że niektóre szczepy HIV są niegroźne. U niektórych homoseksualnych mężczyzn nie występują żadne objawy upośledzenia odporności przez ponad 11 lat od momentu infekcji HIV. (...) [dlatego] bada się obecnie tych »długodystansowców«, aby stwierdzić, czy ich reakcja na HIV [a właściwie brak reakcji – przyp. aut.] spowodowana jest wyjątkową cechą ich układów odpornościowych, czy też specyficznym rodzajem wirusa, jakim są zakażeni”. Falszywa korelacja nie jest jednak wystarczającym powodem do tego, aby udowodnić fałszywość paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, jakkolwiek ów paradygmat istotnie podważa.

Jak dotąd pokazaliśmy, że nie udało się do dnia dzisiejszego ustalić, w jaki sposób HIV niszczy układ odpornościowy. Nie zdołano także potwierdzić chorobotwórczych właściwości HIV poprzez wywoływanie AIDS u zwierząt. Szympany, które są raz po raz infekowane wirusem HIV, nie chorują na AIDS. Skoro więc nie potrafimy wyjaśnić mechanizmów immunosupresji na skutek aktywności HIV ani nie dysponujemy też modelem zwierzęcym, teza „HIV = AIDS = Śmierć” opiera się głównie na korelacji, która nie jest niczym więcej niż produktem samego założenia.

Biorąc pod uwagę istotne znaczenie tej korelacji w ustaleniu związku przyczynowo-skutkowego między HIV i AIDS, aż dziw bierze, że dotychczas nie wykonano badań kontrolnych w trzech głównych grupach ryzyka, czyli wśród osób poddawanych transfuzji, hemofilików i narkomanów. Dwa badania kontrolne z udziałem grupy mężczyzn z Vancouver i San Francisco wykazały rzekomo, że AIDS wystąpił jedynie w grupie osób seropozytywnych, a nie wystąpił w grupie seronegatywnych. Jednak zaprojektowano je jedynie po to, aby pokazać tempo rozwoju AIDS u zakażonych homoseksualistów. Nie porównano osób, które różni tylko obecność lub absencja przeciwciał HIV. Nie wzięto pod uwagę kwestii zażywania narkotyków przez badanych. Nie podano też, czy wystąpiły choroby wskaźnikowe AIDS u niezakażonych badanych. Wyniki tych badań zostały bezkrytycznie zaakceptowane przez establishment medyczny, nie z powodów merytorycznych, ale ponieważ dostarczały tak pilnie potrzebnego poparcia dla oficjalnych tez. Niestety, hipotezy, które owe badania miały udowodnić, zostały obalone: AIDS niezaprzeczalnie występuje także u osób seronegatywnych. Warto dodać, że korelacja pomiędzy HIV i AIDS jest wadliwa z bardziej fundamentalnych przyczyn – testy na HIV są niewiarygodne.

- **1.5. Testy na HIV – wyrok śmierci?**

Przyjęcie oficjalnej teorii nt. HIV/AIDS sprawiło, że obecnie bada się na obecność wirusa HIV nie

tylko podejrzanych o wystąpienie AIDS. Apeluje się, aby każdy, kto znalazł się w ryzykownej sytuacji (przypadkowy kontakt płciowy, kontakt z krwią innej osoby, np. w czasie wypadku itd.) wykonał test na obecność HIV, a potem powtórzył go 6 miesięcy później. Wszystko po to, aby mieć pewność, że nie doszło do zakażenia. Uzasadnieniem jest pogląd, że wczesne wykrycie wirusa umożliwia powstrzymanie postępu choroby poprzez stosowanie leków antyretrowirusowych (o lekach poniżej). Zaraz jednak dodaje się, że medycyna jest w zasadzie bezradna wobec HIV/AIDS, dlatego pacjent i tak umrze. Terapia może jedynie oddalić moment śmierci. Warto się jednak przyjrzeć temu, czy tzw. testy na HIV naprawdę dowodzą obecności HIV w organizmie.

Już na początku lat 90. zwracano uwagę na łamach takich pism jak „Bio/Technology” lub „Journal of American Medical Association”, że testy na HIV nie posiadają standaryzacji. Dlatego istnieje duża dowolność przy interpretacji ich wyników w zależności od laboratorium, nie mówiąc już o różnicach między krajami czy kontynentami. Testy podają też wiele wyników fałszywych, ponieważ wchodzą w reakcje z substancjami innymi niż przeciwciała HIV (patrz poniżej). Poza tym, testy na HIV w najlepszym wypadku mogą potwierdzić obecność przeciwciał (czyli infekcję w przeszłości), a nie samego wirusa. Jeszcze rzadziej potrafią udowodnić, że wirus jest aktywny i replikuje się w organizmie, czyli stwierdzić rozwijającą się infekcję.

Zwykle obecność przeciwciał oznacza, że organizm uzyskał odporność na daną infekcję wirusową i ją zwalczył. Serokonwersja (wystąpienie przeciwciał) oznacza walkę organizmu z intruzem – tak jak się to dzieje z HIV. Jednak nawet po całkowitym pokonaniu wirusa, przeciwciała utrzymują się we krwi przez długie lata – taki jest sens szczepień, np. przeciw gruźlicy. Na skutek wprowadzenia odzjadliwionego wirusa nabieramy przeciw niemu odporności dzięki pojawieniu się przeciwciał, które następnie krążą w organizmie przez długie lata. Dlatego infekcja nie powoduje rozwoju choroby. Dlaczego z HIV miałyby być inaczej? Według niemieckiego badacza, dra Stefana Lanki, przyjęte diagnozowanie infekcji HIV to „sprzeczność sama w sobie, ponieważ w innych przypadkach, niższe stężenie przeciwciał oznacza większe ryzyko wystąpienia choroby. W przypadku HIV, mówi się, że jesteś seropozytywny, kiedy masz wysokie stężenie przeciwciał. Natomiast jesteś seronegatywny, jeśli masz niskie stężenie przeciwciał”. Dodatkowo, pamiętać należy, że przeciwciała mogą utrzymywać się w organizmie długo po tym, jak sam wirus został pokonany. W przypadku HIV bardzo często trudno jest zidentyfikować wirusa nawet u pacjentów, którzy umierają na AIDS, i dlatego dr Gallo i inni są zmuszeni spekulować na temat niezwykłych właściwości HIV, który wywołuje AIDS nawet wtedy, kiedy nie ma go już w organizmie.

Przeciwciała to proteiny produkowane przez komórki układu odpornościowego pod nazwą limfocytów B. Obecnie uważa się, że każdy limfocyt B, a także jego klon, wytwarza jedno i tylko jedno unikalne przeciwciało. Limfocyty B produkują przeciwciała na skutek kontaktu z substancją zwaną antygenem. Antygeny są to duże molekuły – często proteiny. Proteiny, w rzeczy samej, stanowią najpotężniejsze antygeny, szczególnie jeśli znajdują się w układzie krwionośnym. Uważa się obecnie, że każdy limfocyt

B posiada „przepis” na przeciwciała dla jednego typu antygeny. Przypuszcza się, że limfocyty B mają gotowe informacje dla produkcji przeciwciał 1 miliona różnych antygenów. Produkcja przeciwciał rozpoczyna się, kiedy dany antygen natrafi na właściwy limfocyt B, który posiada „przepis” do produkcji odpowiedniego przeciwciała. Komórka B dzieli się wtedy i produkuje klon – w ten sposób powstają przeciwciała, które łączą się chemicznie z antygenem, przypuszczalnie neutralizując go.

W celu wykrycia przeciwciał HIV stosuje się tzw. test Elisa (test przesiewowy), którego pozytywny wynik konfrontuje się z testem Western Blot (WB). Jednak, jak wykazało jedno z badań dotyczące wyników testów Western Blot, u 80 osób, u których pierwszy test WB potwierdził wcześniejszy wynik dodatni testu Elisa, kolejny test WB okazał się negatywny. Dodatkowo, brak standaryzacji testów WB powoduje, że wystarczy zmienić kraj, aby z osoby seropoztywnej zmienić się w seronegatywną. Oprócz tego stosuje się też testy, wykrywające białko wirusowe p24, które są ponoć w stanie wykryć obecność wirusa jeszcze przed wystąpieniem przeciwciał. Dzięki odkryciu prof. Mullisa, istnieje też możliwość oznaczenia RNA wirusa HIV; przy założeniu oczywiście, że RNA, które oznaczamy, rzeczywiście należy do HIV. W rzeczywistości większość ludzi w USA i Europie poddaje się dwóm testom Elisa i Western Blot.

Uzasadnieniem wykonywania testów na obecność przeciwciał HIV jest założenie, że układ odpornościowy człowieka potrafi wykryć obce proteiny i wyprodukować przeciwciała w celu obrony. Pojawia się tutaj jednak szereg problemów. Po pierwsze, do przeprowadzenia tych testów naukowcy muszą posiadać proteiny wirusa HIV. Kwestia ta jest o tyle kłopotliwa, że badacze spierają się, czy cząstki, przedstawione przez Gallo i Montagniera w 1984 roku, to rzeczywiście wirus HIV. Publikuje się coraz więcej polemicznych prac naukowych na ten temat. Najbardziej wnikliwe prace opublikowała grupa naukowców australijskich pod kierownictwem Eleni Papadopulos-Eleopulos z Wydziału Fizyki Medycznej Królewskiego Szpitala w Perth. Przeprowadzili oni analizę dostępnych materiałów rzekomo potwierdzających wyizolowanie retrowirusa HIV. Czytamy w niej: „Według standardowej definicji, [zapropozowane] cząstki nie przypominają retrowirusa, a tym bardziej unikalnego retrowirusa, jakim ma być HIV. Metoda użyta przez większość badaczy HIV w celu udowodnienia jego istnienia (...) nie spełnia żadnych kryteriów naukowych i stoi w sprzeczności ze zdrowym rozsądkiem”.

Inną kwestią jest istnienie zjawiska nazywanego „problemem przeciwciał”, które skutecznie uniemożliwia ustalenie mikroba na podstawie obecności jego antygenów. Dzieje się tak, ponieważ przeciwciała może wchodzić w tzw. reakcje niewyjaśnione. Przykładem tego jest wirus Epsteina-Barra (EBV), wywołujący mononukleozę. W jakiś sposób wirus ten uaktywnia te limfocyty B, które reagują z krwinkami czerwonymi krwi końskiej oraz z krwią owiec. Nie są to przeciwciała wyprodukowane specjalnie przeciw EBV. Można się jedynie zastanawiać, dlaczego takie przeciwciała w ogóle powstają. A jednak powstają i są wykorzystywane w diagnostyce mononukleozy.

Istnieje też zjawisko reakcji krzyżowej przeciwciał (*cross reaction*). To samo przeciwciało może wejść w reakcje z dwoma antygenami, które posiadają wspólną molekułę. Dodatkowo, ponieważ przeciwciała to duże proteiny, mogą być rozpoznawane jedne przez drugie jako antygeny. Dlatego przeciwciało może reagować z antygenem, który zainicjował jego produkcję lub z innym przeciwciałem, które zostaje rozpoznane jako antygen. Jak mówi dr Valendar Turner, „(...) pacjent może nie być zakażony tym, z czym reagują przeciwciała. W przeciwnym razie, musielibyśmy uznać, że pacjenci chorzy na mononukleozę są zakażeni końską krwią (...). Najlepszym sposobem na stwierdzenie infekcji byłoby znalezienie wirusa w organizmie i udowodnienie, że jest obecny u każdego chorego (...) Każdy inny sposób, w tym test na obecność przeciwciał, jest pośredni i niejednoznaczny”. Podobnie uważa dr Stefan Lanka, który twierdzi, „że niemożność wyizolowania wirusa i scharakteryzowania jego białek składowych oznacza, że uzasadnianie istnienia HIV za pomocą przeciwciał jest chodzeniem w kółko, ponieważ przeciwciała wykrywane przez testy mogą nie być przeciwciałami HIV”.

Warto też zaznaczyć, że białko p24, jak dowiodło wiele badań, występuje także u osób seronegatywnych (np. u 41% chorych na stwardnienie rozsiane; także 1 osoba na 150 całkowicie zdrowych ma te białka). Jak na ironię, u wielu osób z HIV i AIDS białka p24 nie występują. Brak wyizolowanego wirusa HIV powoduje, że testom na HIV brakuje tzw. „złotego wzorca” – wirusa, przeciw któremu występują przeciwciała, wykrywane za pomocą testów.

Zdaniem profesora Duesberga, wyizolowanie wirusa jest zadaniem względnie prostym, gdyż, w przeciwieństwie do komórek, ma on zawsze ten sam rozmiar i kształt. Może też być odseparowany od innych części komórki przy użyciu standardowych technik. Mimo to nie istnieją zdjęcia wirusa HIV, chociaż podobno ukrywa się on w znacznych ilościach w układzie limfatycznym. Są za to jego szczegółowe rysunki, które jednak przedstawiają wyobrażenie o nim, a nie jego faktyczną budowę. Można też ewentualnie zobaczyć wirusopodobne cząsteczki w laboratoryjnie hodowanych kulturach, nigdy zaś wyizolowanego wirusa. Z innymi znanymi wirusami takich problemów nie ma. Każdy może zobaczyć ich fotografie, wykonane za pomocą mikroskopu elektronowego.

Innym czynnikiem podważającym skuteczność tzw. testów jest fakt, że wynik pozytywny jest ponad 50% fałszywy. Wynika to z tego, że antygeny (białka) używane w testach na HIV wchodzi w reakcję z całą gamą przeciwciał, które znajdują się we krwi m.in. na skutek grypy lub szczepień przeciw grypie, gruźlicy lub szczepień przeciw gruźlicy, przeziębienia, malarii, zapalenia stawów, wirusa *herpes simplex*, żółtaczkę lub szczepień przeciw żółtaczkę, choroby nerek, marskości wątroby i wielu, wielu innych. Dodatkowo, bardzo często u kobiet w ciąży wyniki testów są pozytywne, pomimo tego że kobiety te nie są zakażone, co wykazują powtarzalne testy. W przypadku gejów pojawiają się przeciwciała przeciwko nasieniu męskiemu, które także mogą dać wynik pozytywny. W sumie doliczono się ponad 60 czynników, które mogą sprawić, że wynik testów na obecność przeciwciał HIV będzie „fałszywie pozytywny”.

Według wielu badaczy taka liczba czynników mogących wpłynąć na nieprawidłowy wynik testu w zasadzie go dyskwalifikuje. Nie wiadomo bowiem, jakie przeciwciała ma w sobie tzw. seropozytywna osoba. Warto przytoczyć kilka przykładów, które najlepiej ilustrują ich zawodność:

- Od momentu „odkrycia” wirusa HIV przeprowadza się badania krwi wśród jej dawców. Średnio 7 na 10 testów daje wynik fałszywy za pierwszym razem, co weryfikuje się kolejnym testem po 6 miesiącach. Przyczyny takiej zawodności tkwią w tym, że z obawy o zdrowie dawców szczepi się ich na wszystkie powszechne choroby (np. grypa, TB), co następnie skutkuje fałszywym wynikiem pozytywnym.
- Wśród rekrutów do armii USA średnio 1 na 100 wypadła seropozytywnie. Liczba ta na skutek weryfikacji spada do 1 na 1000. W tym wypadku skuteczność testów wynosi 10%.
- U 13% Indian amazońskich, którzy nie mieli kontaktu ani z HIV, ani z osobami spoza swojego plemienia, wynik testu Western Blot był pozytywny.
- W jednym z badań 50% zdrowych psów okazało się seropozytywnych, podczas gdy eksperci są zgodni co do tego, że nie istnieje zwierzęca odmiana HIV.
- Notuje się setki przypadków osób, u których wynik testu był najpierw pozytywny, potem negatywny, a potem niejednoznaczny, czyli nie dawał żadnego rezultatu.

Ciekawe wnioski wynikają z badań przeprowadzonych przez dra Roberto Giraldo, opublikowanych w magazynie „Continuum”. Dr Giraldo wskazał na fakt, że przy przeprowadzaniu testów na obecność przeciwciał HIV, krew pobraną od pacjenta rozcieńcza się 400-krotnie. W testach na przeciwciała innych wirusów używa się tymczasem najczęściej nierozcieńczonej surowicy krwi lub, jak w przypadku niektórych chorób, krew rozcieńcza się w stosunku 1:16 czy 1:20. Nie widząc powodów, dlaczego krew do testów na HIV należy rozcieńczyć aż 400 razy, dr Giraldo postanowił przeprowadzić testy na HIV z użyciem nierozcieńczonej surowicy. Użył do tego eksperymentu 100 próbek krwi, w tym swojej własnej. Przy rozcieńczeniu 1:400 każdy wynik był negatywny, zaś przy nierozcieńczonej surowicy każdy był pozytywny. Dr Giraldo konkluduje: „Rezultaty eksperymentu sugerują, że każdy człowiek może mieć przeciwciała na HIV”.

Warto pamiętać, że samo przeprowadzenie testu może mieć właściwości immunosupresyjne ze względu na obciążenie spowodowane obawą o ewentualny pozytywny wynik, który jest wyrokiem śmierci.

Należy sobie zadać pytanie, czy wraz z wprowadzeniem standaryzacji i rozwojem medycyny testy kolejnych generacji mogą zostać udoskonalone. Według dra Stefana Lanki, „nie ma znaczenia, czy jakaś uczona komisja ustali w końcu standardowe kryteria odczytywania wyników testów, ponieważ najważniejsza jest odpowiedź na pytanie, jakie przeciwciała wykrywają testy na HIV. Testy kolejnych generacji bazują na syntetycznych proteinach, produkowanych w laboratoriach i tylko w wyobraźni

badaczy są to proteiny pochodzenia wirusowego!”.

Ciekawe też jest, że z jednej strony producenci reklamują testy, zapewniając o ich 99% skuteczności. Z drugiej zaś strony, ulotki załączane obecnie do testów stwierdzają np.: „Test na obecność przeciwciał wirusa kojarzonego z AIDS nie diagnozuje AIDS i objawów przypominających AIDS. Wynik negatywny nie wyklucza prawdopodobieństwa kontaktu lub zakażenia wirusem kojarzonym z AIDS. Pozytywny wynik nie dowodzi, że osoba ma AIDS lub choroby poprzedzające AIDS. Nie dowodzi też, że kiedykolwiek zachoruje”. Sformułowania użyte w ulotce świadczą o tym, że producent doskonale wie, iż testy są niewiarygodne. Dlatego asekuje się na wypadek roszczeń osób, które uznają, że zostały błędnie zdiagnozowane. O tym, że testy są niewiarygodne, wie także amerykański Urząd Żywności i Leków (Food and Drug Administration), który nigdy nie zaaprobował ich stosowania dla diagnozowania AIDS.

- **1.6. Szczepionka na AIDS**

Warto w tym miejscu zastanowić się nad kwestią szczepionki na HIV/AIDS, którą od blisko 20 lat ludzka ludzkość naukowcy i eksperci od HIV. Jak wiadomo, wyłożone i kosztowne prace na tym polu nie przybliżyły ludzkości do szczepionki nawet o krok. Wszystkie dotychczasowe wysiłki spełzły na niczym. Jak przyznał dr Neal Nathanson, były szef programów rządowych zwalczania AIDS, „kiedy odkryto wirusa HIV-1 w 1984 roku, Margaret Heckler, ówczesny sekretarz zdrowia USA, obiecała szczepionkę na AIDS w ciągu kilku lat. Siedemnaście lat potem perspektywy wynalezienia szczepionki są równie odległe jak na początku”. Z drugiej strony nic dziwnego, że nie ma i najprawdopodobniej nie będzie szczepionki, skoro naukowcy wciąż tak mało wiedzą o HIV. Bada się obecnie wszystkie dziewięć genów wirusa HIV i funkcje, jakie pełnią. Jeden z genów nazwano NEF (ang. *negative factor*). W nadziei, że potrafi neutralizować HIV, użyto go przy testowaniu szczepionek nowej generacji. Jednak, jak doniósł „New York Times”, „szybko okazało się, że gen ten zamiast powstrzymać HIV, przyspiesza jego działanie”. Dlaczego miałby on spowalniać lub przyspieszać działanie wirusa, nie zostało wyjaśnione.

Takie przykłady niespełnionych nadziei można mnożyć. Wszystkie one ilustrują całkowitą porażkę w pracach nad szczepionką. Jak można bowiem wynaleźć szczepionkę bez poznania mechanizmów chorobotwórczych HIV, jego budowy oraz bez wyizolowania samego wirusa? Można bezpiecznie założyć, że szczepionki na AIDS nie ma i nie zostanie opracowana, bo nigdy nie będzie wiadomo, jak przyznają badacze, czy szczepionka na jeden szczep wirusa HIV będzie skuteczna na inny. W ten sposób prace nad cudowną szczepionką zapewne nigdy nie zakończą się sukcesem. W 2001 roku dr Wainberg, badacz AIDS na Uniwersytecie McGill w Montrealu i szef International AIDS Society, powiedział: „Niestety wciąż nie posiadamy wystarczającej wiedzy do wyprodukowania skutecznej

szczepionki i przyznam szczerze, że nie wiem, czy kiedykolwiek nam się to uda, bo problemy są ogromne”. Zaiste, rozbijająca szczerłość.

Niektóre doniesienia w sprawie prac nad szczepionką są jednak niezwykle interesujące. W wywiadzie, jaki ukazał się w portalu Wirtualna Polska 7 października 2004 roku, prof. Giuseppe Pantaleo, szef laboratorium Immunopatogenezy AIDS na Wydziale Medycyny Centralnego Szpitala Uniwersytetu Vaduz w Lozannie, w którym trwają prace nad opracowaniem szczepionki na AIDS, zapowiedział, że badania w następnej dekadzie będą kosztować od 10 do 15 mld euro. Do tej chwili zmarnotrawiono już wielokrotność tej kwoty – bez efektu. Nowa szczepionka ma wydłużyć życie z HIV z 10 do 20 lat, ale tylko u osób zaszczepionych. Niestety, jak przyznaje prof. Pantaleo, „chcielibyśmy, aby szczepionka jednocześnie zapobiegała infekcjom, ale na razie to odległe zamierzenie. Osoby z wirusem HIV, którym będzie można podać szczepionkę, muszą mieć aktywne komórki T – na tyle aktywne, aby żyć z niskim poziomem wirusa we krwi i by choroba nie rozwinęła się w AIDS. Komórki T u takich osób w dłuższym okresie nie są jednak w stanie zapobiec infekcjom”.

Zapowiedzi prof. Pantaleo są tyleż interesujące, co absurdalne i zatrważające. Po pierwsze, udowodniono już, że wiele osób żyje z HIV 20 lat i dłużej, więc taka szczepionka faktycznie niewiele zmieni. Po drugie, nie wiadomo, czy Pantaleo mówi o szczepionce, czy o nowym leku na HIV/AIDS. Szczepionki zawsze zapobiegają infekcji, a w tym przypadku mają być podawane osobom już zakażonym. Po trzecie i najważniejsze, szczepienia na AIDS, tak jak w przypadku szczepień na inne choroby, mają u osób zdrowych (niezakażonych) wywołać produkcję przeciwciał na wypadek infekcji. A przecież w przypadku HIV przeciwciała są wskaźnikiem choroby. Istnieje więc prawdopodobieństwo, że na skutek szczepień zdrowe osoby zostaną zakwalifikowane jako zakażone, ponieważ testy wykazą obecność przeciwciał HIV. Chociaż działanie szczepionki prof. Pantaleo jest absurdalne, z pewnością przyczyni się do wzrostu (statystycznego) zachorowań na HIV/AIDS.

1.7. Każdy jest zagrożony?

Zgodnie z oficjalną teorią, HIV to wirus, który niedawno pojawił się w USA – został „importowany”. W związku z tym populacja w USA, a także w Europie, nie miała wcześniej okazji do tego, aby rozwinąć na niego odporność. Z tego ma wynikać, iż infekcja wirusowa powinna szerzyć się gwałtownie, zaczynając od początkowych grup ryzyka (gejów, narkomanów i osób poddawanych transfuzjom), stopniowo rozprzestrzeniając się na całą populację. Takie były i są przewidywania wszystkich rządowych agencji – „Każdy jest zagrożony”. Warto przypomnieć, że od narodzin AIDS przewidywano (głównie w mediach) katastrofalne skutki nowej epidemii dla populacji na całym

świecie. Światowa Organizacja Zdrowia prognozowała pod koniec lat 80., że do końca XX wieku na AIDS umrze 100 milionów ludzi na całym świecie. Oficjalne prognozy podawały, że o ile w maju 1988 roku było w USA 1,5 miliona nosicieli HIV, o tyle do roku 1995 będzie już 52,5 miliona zakażonych, a 11,25 milionów z pełnoobjawowym AIDS. Do roku 2008 miało być już 1,8 miliarda zakażonych. Wszystkie te prognozy, jak się wkrótce okazało, zapowiadały epidemię, która nigdy nie wybuchła.

Jak dotychczas występowanie AIDS wskazuje na dwie jego właściwości: nie jest to choroba zakaźna i występuje selektywnie dotykając ściśle określonych grup ryzyka. Od roku 1981 przez kolejne 10 lat notowano stały wzrost zachorowań na AIDS w USA i Europie. Jednak po osiągnięciu swoich szczytowych rozmiarów na początku lat dziewięćdziesiątych, liczba chorych na AIDS zmalała do dzisiaj o połowę. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia i CDC do roku 2001 w USA odnotowano 816 149 przypadków AIDS. W Europie takich przypadków było 251 021. Do dzisiaj wszystkie oficjalne dane wskazują wyraźnie, że AIDS zachował swoją selektywność, obejmując pierwotne grupy ryzyka:

- 80-90% wszystkich chorych na AIDS w USA i Europie to mężczyźni;
- w USA i Europie blisko 2/3 chorych to homoseksualni mężczyźni;
- połowa chorych w USA to narkomani dożylni;
- zarówno w USA, jak i Europie istnieją marginalne grupy ryzyka: hemofolicy i odbiorcy transfuzji (1%) oraz dzieci matek narkomanek (1%);
- ponad 80% chorych na AIDS to osoby między 25-49 rokiem życia, 5-7% chorych to osoby między 20-24 rokiem życia, pozostała część to przeważnie osoby między 50-59 rokiem życia;
- niemal nie ma przypadków AIDS w grupie wiekowej między 5 a 20 rokiem życia. Pomimo nieustających ostrzeżeń o zagrożeniu AIDS, na 28 milionów nastolatków w USA do roku 2000 zdiagnozowano 350 przypadków AIDS, czyli 0,00015%. Według dra Jägera, jednego z czołowych specjalistów od AIDS w Niemczech, w latach 1981-1996 nie zanotowano tam ani jednego przypadku (sic) infekcji HIV w grupie wiekowej 14-20 lat, bez względu na orientację seksualną.

AIDS rozprzestrzenia się niewykładniczo. Dla kontrastu, infekcje wirusowe, np. okresowa epidemia grypy, szerzą się wykładniczo w przeciągu tygodni lub miesięcy i ustępują na skutek wystąpienia odporności wśród populacji i/lub śmierci nosicieli. Taka cecha epidemiologiczna chorób zakaźnych została odkryta na początku XIX wieku przez brytyjskiego naukowca Williama Farra i znana jest pod nazwą *prawo Farra (Farr's Law)*. Jednak prawo to z nieznanymi przyczynami nie odnosi się do AIDS.

Dodatkowo, wśród chorych na AIDS wyodrębnić można „subepidemie” z charakterystycznymi dla siebie chorobami, np. mięsak Kaposiego występuje niemal wyłącznie u homoseksualnych narkomanów, utrata masy ciała i gruźlica przeważnie u narkomanów dożylnych, a zapalenie płuc i kandydozę diagnozuje się niemal wyłącznie u hemofilików i odbiorców transfuzji. Takie fakty wykluczają istnienie jednego mikroba infekcyjnego dla tych chorób, a wskazują, że istnieje kilka niezależnych przyczyn epidemii. Aby zrozumieć, dlaczego niektórzy ludzie zapadają na jedne choroby, a nie na inne, należy przeanalizować okoliczności, w których dany mikrobia może być chorobotwórczy. Od dawna wiadomo, że większość mikrobia jest tylko warunkowo patogenna, tj. przy wystąpieniu upośledzenia odporności na skutek innych czynników. W związku z tym, chociaż gruźlica jest chorobą zakaźną, rzadko infekuje lekarzy leczących gruźlików, ponieważ u lekarzy, podobnie jak u innych zdrowych osób, rzadko występuje upośledzenie odporności.

Jak wynika ze statystyk, AIDS występuje w zależności od wieku, orientacji seksualnej, stylu życia (praktyki i zachowania związane z narkomanią) i płci. Już w 1984 roku psychohistoryk Casper Schmidt przypomniał, że „epidemie zakaźne nie rozpoznają frontów społecznych i kulturowych, inaczej niż ma to miejsce w przypadku epidemii AIDS”. Choroby zakaźne przenoszone są w wyniku kontaktu między ludźmi. Ponieważ kontakty te są zwykle przypadkowe, choroby zakaźne rozprzestrzeniają się w sposób przypadkowy, bez względu na płeć. Ponadto, choroby zakaźne mają tendencje do występowania głównie u ludzi bardzo młodych i ludzi w starszym wieku. Wynika to z faktu, że o ile w pierwszej grupie system odpornościowy nie jest jeszcze w pełni rozwinięty, o tyle u osób starszych odporność słabnie na skutek starzenia się. Natomiast choroby przenoszone drogą płciową występują najczęściej wśród ludzi dorosłych, gdyż jest to grupa najbardziej aktywna seksualnie. W przeciwieństwie do chorób zakaźnych, choroby spowodowane czynnikami zewnętrznymi, w tym stylem życia (*life-style diseases*), np. rak płuc spowodowany paleniem czy marskość wątroby spowodowana nadużywaniem alkoholu, występują nielosowo, w określonych grupach ryzyka. Dodatkowo mają one tendencje do występowania wśród starszych grup wiekowych. Tak samo jak choroby niezakaźne, AIDS ogranicza się do specyficznych grup ryzyka, takich jak narkomani dożylni i homoseksualni mężczyźni, żyjący w konkretnych miastach, a nawet dzielnicach. Już w 1992 roku raport National Research Council (NRC) stwierdzał, że „dostępne dane pokazują, że epidemia HIV/AIDS występuje głównie w geograficznie i społecznie odizolowanych grupach i staje się plagą w ich obrębie”. Wyłaniający się obraz tak dramatycznie odbiegał od założeń i przewidywań oficjalnej teorii, stanowiąc zagrożenie dla dalszego jej finansowania, że raport NRC został całkowicie zignorowany przez agendy ds. walki z AIDS. Głosiły one dalej swoje fikcyjne slogany, że „AIDS nie dyskryminuje”. Mimo że heteroseksualiści to co najmniej 90% populacji, uważa się, że kontakty heteroseksualne odpowiedzialne są jedynie za 15% przypadków AIDS. Według danych CDC, jedynie 6% mężczyzn chorych na AIDS zaraziło się tą chorobą drogą heteroseksualną. Nie znaleziono żadnego wyjaśnienia tego faktu, który jest sprzeczny z założeniem, że heteroseksualiści są tak samo,

albo i bardziej, zagrożeni AIDS.

Według prof. Nancy Padian, ginekolog z Uniwersytetu Kalifornijskiego, „transmisja HIV od kobiety do mężczyzny jest wysoce nieefektywna. Istnieje trzy-cztery razy większe prawdopodobieństwo, że mężczyzna zarazi kobietę niż odwrotnie”. Jak wykazują wyniki badań opublikowanych w „Journal of American Medical Association” w roku 1988, prawdopodobieństwo zarażenia się HIV przez zdrowego mężczyznę w przypadkowym stosunku płciowym z kobietą wynosi 1:5 000 000. W przypadku gdy używa prezerwatywy, ryzyko takie maleje do 1:50 000 000. Istnieje więc większe prawdopodobieństwo, że mężczyzna taki zostanie trafiony piorunem (1:7 000 000)! Tymczasem 80-90% pacjentów ze zdiagnozowanym AIDS to mężczyźni. Zatem HIV/AIDS nie może być przenoszony drogą płciową, gdyż choroby przenoszone drogą płciową występują mniej więcej w takich samych proporcjach u przedstawicieli obu płci. Od tej reguły nie ma odstępstw. Dodatkowo, przewaga mężczyzn z AIDS stoi w sprzeczności z tezą, iż to właśnie kobiety są bardziej narażone na zakażenie się HIV. Rzekomym powodem ma być duża ilość wirusa HIV w nasieniu męskim, które dostaje się do organizmu kobiety w trakcie stosunku. Dlaczego więc większość chorych na AIDS to mężczyźni? Kolejny paradoks? Nie, jest to po prostu sytuacja analogiczna do tej z lat 50., kiedy choroby związane z paleniem tytoniu diagnozowano prawie wyłącznie u mężczyzn. Powodem tego był fakt, że w tamtym czasie znakomita większość palaczy była płci męskiej.

Nawet gdyby wirus HIV był zakaźny, transmisja heteroseksualna byłaby niezwykle trudna z przyczyn fizjologicznych. Wagina ma strukturę zbudowaną tak, aby wytrzymać penetrację penisa oraz poród. Ścianki waginy są zbudowane z trzech warstw mięśni leżących na sobie i pokryte grubą warstwą komórek (*epithelial cells*). Taka budowa zapobiega pęknięciom i neutralizuje bakterie. Naczynia krwionośne waginy położone są głęboko pod jej powierzchnią, co zapobiega przedostaniu się wirusa do krwi, a więc do limfocytów. Dr Root-Bernstein tłumaczy, że „budowa waginy zapobiega otarciom. Naczynia krwionośne waginy biegną głęboko, a na jej powierzchni brak jest guzków limfatycznych (*lymph nodes*). Dlatego podczas stosunku waginalnego bardzo trudno jest przekazać cokolwiek do krwi”.

Dla kontrastu, rectum nie posiada żadnego zabezpieczenia. Pokryte jest niezwykle cienką tkanką, która łatwo ulega uszkodzeniom. W celu eliminacji bakterii z jelita grubego skupiona jest wokół niego, w formie guzków limfatycznych, znaczna część układu odpornościowego. Ponieważ rectum nie posiada komórek ułatwiających penetrację, jego warstwa wierzchnia zawsze ulega uszkodzeniu w trakcie stosunku analnego, bez względu na stosowanie nawilżaczy. W związku z tym, każdy wirus lub bakteria łatwo może tą drogą przedostać się do układu krwionośnego. Dlatego też, gdy chodzi o infekcje wirusowe i bakteryjne, stosunek analny jest dużo bardziej ryzykowny dla partnera pasywnego niż aktywnego. Według dra Roota-Bernsteina, interesujący jest fakt, że stosunek oralny nie niesie za sobą praktycznie żadnego ryzyka infekcji. Enzymy zawarte w ślinie atakują i dezaktywują wiele rodzajów bakterii i wirusów – nawet jeśli mikroby te przedostaną się do żołądka, są tam

unieszkodliwiane przez kwasy żołądkowe. Przy połknięciu nasienia jest ono zwykle trawione jak proste białko. Wszystko to dowodzi, że nawet gdyby AIDS był chorobą przenoszoną drogą płciową, to wbrew sloganowi, że każdy jest tak samo zagrożony, kontakty waginalne niosą za sobą najmniejsze ryzyko zakażenia.

Głosi się, że HIV jest przenoszony drogą płciową, podczas gdy statystycznie dla przekazania wirusa niezbędne jest 1000-1100 kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. Dlatego przetrwanie wirusa jest w większym stopniu uzależnione od transmisji wertykalnej, której skuteczność waha się między 25-50%, tak jak w przypadku każdego innego ludzkiego retrowirusa. Jednak tylko 15% wszystkich dzieci matek seropozytywnych rodzi się z HIV. W związku z tym, dr Espaza, funkcjonariusz ONZ, pyta: „Dlaczego większość noworodków wymyka się infekcji? Czyżby ich układy odpornościowe potrafiły odpowiednio zareagować i uniknąć zakażenia? Nie wykonano dostatecznie dużo badań, aby odpowiedzieć na te pytania”. Miejmy nadzieję, że dalsze badania przyniosą na to odpowiedź.

Nie odnotowano przypadku, w którym kobieta zaraziła się HIV/AIDS od swojego partnera seksualnego, który jest seropozytywnym hemofilikiem. W USA jest ok. 20 000 hemofilików, z których 15 000 (75%) ma HIV. Warto przypomnieć powszechnie znany przypadek sportowca Artura Ashe'a, który w 1983 roku został zarażony wirusem HIV na skutek transfuzji koniecznej przy operacji serca. Ashe zmarł w 1994 roku na AIDS. Przez dziesięć lat nie zaraził swojej żony. Jedni sugerują, że sportowiec używał prezerwatywy, ale w 1983 roku nikt jeszcze nie wiedział, czym jest HIV i jak się przenosi. Nie prowadzono wtedy kampanii uświadamiających. Ponadto nie mógł używać prezerwatywy, skoro w 1985 roku spłodził córkę. Zarówno dziecko, jak i żona są zdrowe. Podobnie, żona aktora Paula Glassera zmarła na AIDS w 1994 roku, podczas gdy po 13 latach małżeństwa Glasser i jego dwoje dzieci są zdrowi do dzisiaj.

Uważa się obecnie, że HIV nie jest wirusem nowym, tylko niedawno odkrytym. Został odkryty dzięki postępowi w nauce, tak jak odkrywa się nowe gwiazdy wraz z udoskonalaniem teleskopów. Mając to na uwadze, część badaczy uważa, że HIV nie byłby w stanie przetrwać, gdyby był przenoszony drogą seksualną. Spłodzenie dziecka wymaga średnio 30 aktów płciowych, podczas gdy transmisja wirusa wymaga 1000 takich aktów. Konwencjonalne choroby weneryczne, tj. syfilis czy rzeżączka, wymagają średnio 2 kontaktów seksualnych (transmisja infekcji w chorobach wenerycznych jest efektywna w 10% do 50%), co tłumaczy ich trwanie. Wirus HIV nie może przenosić się tą drogą, ponieważ akt płciowy to jedyne źródło ludzkiego życia, a wirus, skazujący na śmierć swego nosiciela, skazuje na zagładę sam siebie.

Procent heteroseksualistów, zdiagnozowanych jako chorzy na AIDS, pozostaje niezmienny i jest niewielki. Często ich obecność w statystykach wynika z pewnych „szczególnych” metod analizy i interpretacji danych o przypadkach AIDS. Niejednokrotnie przypadki AIDS o nieznanym źródle zakażenia klasyfikuje się jako heteroseksualne. Istnieje także socjologiczny „efekt zaprzeczania”,

opisany przez Michaela Fumento w książce *Myth of Heterosexual AIDS*: przykładowy ojciec, mąż, dobrze sytuowany, powszechnie szanowany, nigdy nie przyzna się do ukrytego homoseksualizmu lub narkomanii, gdyż są to zjawiska silnie piętnowane społecznie. Taki człowiek zdecyduje się raczej na podanie prostytutki jako źródła zakażenia (a najlepiej wielu, bo wtedy nie można zlokalizować tej rzekomo zakażonej). Prostytucja, mimo że jest społecznie naganna, jest też w pewnym sensie akceptowana, dopuszczalna i budzi zrozumienie. W taki sposób prostytutki stają się „statystyczną” przyczyną AIDS. To zjawisko jest analogiczne do sytuacji z przełomu XIX i XX wieku. Ówczesne statystyki, dotyczące syfilisu, ilustrowały pewną zadziwiającą zależność – tylko żonaci mężczyźni podawali jako źródło zakażenia tą chorobą miejsca publiczne (toaleta, łaźnia itd.). Powszechnie wiadomo było jednak, że syfilis roznosi się drogą płciową. Istniała więc prosta i zabawna zależność między drogą zakażenia a stanem cywilnym pacjenta. Z epidemiologicznego punktu widzenia dane te były bezwartościowe.

Trzeba pamiętać, że statystyki rządowe na temat AIDS są na tyle wiarygodne, na ile rzetelne są dane do tych statystyk zebrane „w terenie” przez pracowników służby zdrowia. Jeden z dziennikarzy zauważył, że „jeśli facet chce kłamać, że nie uprawia seksu z innymi mężczyznami, łatwo może to zrobić. W ten sposób takie przypadki AIDS klasyfikuje się jako heteroseksualne”. W celu weryfikacji przyczyn choroby, w 1997 roku pracownicy służby zdrowia w Chicago po raz drugi przepytali chorych, ich rodziny i ich lekarzy odkrywając, że w 85% przypadków, sklasyfikowanych jako zakażenia heteroseksualne, wystąpiły inne czynniki ryzyka. Takie zjawisko stało się obiektem żartów, krążących wśród pracowników wydziału zdrowia Miasta Nowy Jork: „Jak nazwiesz faceta, który twierdzi, że zaraził się HIV od swojej dziewczyny? – Kłamacz”.

Trzeba dodać, że ryzyko zarażenia się wirusem HIV wśród pracowników służby zdrowia jest takie samo jak u reszty społeczeństwa, pomimo tego, że są oni stale narażeni na kontakt z zakażoną krwią i innymi płynami organicznymi chorych na AIDS. Pośród ponad miliona pracowników służby zdrowia w USA, CDC potrafi wskazać (choć niezbyt przekonująco udowodnić) 25 przypadków AIDS na skutek zakażenia HIV w pracy. Równocześnie ta sama agencja podaje liczbę 1,5 tysiąca zachorowań na żółtaczkę rocznie wskutek przypadkowego ukłucia igłą lekarską. Fakt, że żaden z pracowników służby zdrowia, leczących ok. 800 tysięcy chorych na AIDS w USA, nie zaraził się AIDS w pracy, wskazuje na to, że nie jest to choroba zakaźna. Prof. Duesberg podejrzewa, że weryfikacja tych 25 przypadków wykazałaby zapewne, że chodzi o osoby zażywające narkotyki lub poddawane terapii immunosupresyjnej. Jednak nawet gdyby rozwiązać te wątpliwości, to 25 przypadków na 800 tysięcy kontaktów z AIDS na przestrzeni 17 lat nie może stanowić dostatecznej podstawy do tego, aby uznać AIDS za chorobę zakaźną.

Poważnym argumentem przeciw uznaniu infekcyjnego charakteru AIDS jest też fakt, że nie spełnia on tzw. „Postulatów Kocha”. Robert Koch jeszcze w zeszłym stuleciu sformułował kryterium, wedle którego można stwierdzić, czy dana choroba jest zakaźna i czy wywołuje ją określony mikrob. Jest to

klasyczna metoda, używana przez badaczy od ponad 100 lat. W przypadku AIDS i HIV postulaty te pozostają niespełnione:

- mikrob chorobotwórczy musi być obecny we wszystkich przypadkach choroby;
- mikrob chorobotwórczy może być hodowany poza organizmem żywym tylko w czystych kulturach;
- po wprowadzeniu mikroba do zdrowej komórki gospodarza zawsze powinna wystąpić choroba.

Gdyby HIV był zakaźny, spełniałby przede wszystkim pierwszy postulat. A nie spełnia, bo istnieje AIDS bez HIV.

Ciekawe są dane, dotyczące obecności HIV u kandydatów do armii USA. Testom poddaje się grupę 16-, 17- oraz 18-latków i średnio na 1000 ochotników 1 okazuje się nosicielem HIV. Jak to możliwe? Grupa ta jest najzdrowsza wśród młodzieży – nie bierze narkotyków, prowadzi zdrowy tryb życia, uprawia ćwiczenia itd. W jaki sposób doszło do zakażenia? Nie można założyć, że w takim wieku odbyli już ok. 1000 kontaktów seksualnych z nosicielem HIV. Duesberg odpowiada, że najprawdopodobniej chłopcy ci otrzymali HIV od swoich matek i byli nosicielami przez całe życie, nawet o tym nie wiedząc. Gdyby nie zostali przetestowani, to nigdy nie dowiedzieliby się, że są śmiertelnie chorzy.

1.8. Paradoks prostytutek

Wydaje się, że kwestia prostytutek wymaga osobnego komentarza, ponieważ budzi wiele emocji. Ze względu na powszechnie przyjętą tezę, iż AIDS przenosi się drogą płciową, są one postrzegane jako niemal najważniejsze ogniwo w procesie rozprzestrzeniania się HIV/AIDS w środowiskach heteroseksualnych. prostytutki odbywają średnio 200-300 stosunków płciowych w roku, co z punktu widzenia oficjalnej teorii o AIDS tworzy z nich grupę najwyższego ryzyka. Są one traktowane jako potencjalne źródło epidemii heteroseksualnej, ponieważ teoretycznie przekazują AIDS swoim zdrowym klientom, a ci z kolei swoim zdrowym partnerkom itd. Pomimo tego, heteroseksualna epidemia AIDS nie wybuchła. Oczywiście wśród prostytutek są i takie, u których wykryto HIV. Jednak badania przeprowadzone w USA, Wielkiej Brytanii i Niemczech wskazują na fakt, że niemal wszystkie seropozytywne prostytutki są uzależnione od narkotyków. W Nowym Jorku od 40% do 50% seropozytywnych prostytutek ulicznych przyjmowało narkotyki dożylnie przez co najmniej 10 lat. Ponadto, oficjalne statystyki pomijają kwestie dotyczące występowania u nich innych czynników immunosupresyjnych, jak np. choroby weneryczne, anemia czy niedożywienie. Odnośnie tzw. call girls (najbardziej ekskluzywnej grupy prostytutek) nie stwierdza się u nich HIV pod warunkiem, że

nie biorą narkotyków.

Podobne dane dotyczą prostytutek na innych kontynentach. Na Filipinach wśród 10 tysięcy prostytutek, które nie zażywały dożylnie narkotyków, stwierdzono tylko 8 przypadków infekcji HIV. W Europie ten stosunek jest podobny. Badania prostytutek z 1988 roku w USA zawierały następujący wniosek: „Liczba zakażeń HIV u prostytutek niezażywających narkotyków jest albo znikoma, albo zerowa. To oznacza, iż sama aktywność seksualna samodzielnie nie sytuuje ich w grupie wysokiego ryzyka”. Brytyjskie badania z tego samego roku zawierały analogiczne spostrzeżenia: „(...) sama aktywność seksualna nie jest głównym czynnikiem ryzyka. (...) Najważniejszym elementem zakażeń prostytutek w krajach zachodnich jest używanie tych samych igieł przy stosowaniu narkotyków.” Podobne stwierdzenia znajdują się we wszystkich późniejszych badaniach. Inne źródła podają też, że znikomy poziom seropozytywności utrzymywał się u prostytutek, które deklarowały niestosowanie prezerwatyw podczas stosunków. U większości z nich jednak wykrywano inne choroby infekcyjne przenoszone drogą płciową: 25-50% miała syfilis oraz przeciwciała wirusa żółtaczki. Znajdowano też u nich przeciwciała chlamydii, *herpes simplex*, a 95% badanych prostytutek miało rzeżączkę. Te dane jednoznacznie dowodzą, iż kontakt seksualny z osobą zakażoną HIV powinien nieść ze sobą takie same ryzyko infekcji tym wirusem, jak każdej innej choroby przenoszonej drogą płciową. A tak się nie dzieje.

Niemal zawsze wystąpienie przeciwciał HIV u prostytutek jest poprzedzone długotrwałym zażywaniem narkotyków. Taka koincydencja wskazuje na fakt, że do infekcji wirusem HIV może dojść na skutek upośledzenia odporności organizmu wywołanego narkotykami, a także brakiem higieny, opieki lekarskiej, obecnością innych chorób i stylem życia. Zdaniem prof. Duesberga, obecność lub nieobecność przeciwciał HIV jest bez znaczenia dla wystąpienia AIDS. Dlatego kiedy prostytutki chorują na AIDS, należy winać za to przede wszystkim toksyczność narkotyków i niehigieniczny styl życia.

Niedawne odkrycia naukowców zdają się potwierdzać tezę, że HIV nie przenosi się drogą płciową. Według „Gazety Wyborczej”, kanadyjski naukowiec Frank Plummer od kilku lat bada prostytutki z Nairobi. Jako pierwszy spotkał się z niezwykle dziwnym zjawiskiem wśród kobiet pracujących w tamtejszej dzielnicy czerwonych latarni. Okazało się, że nie zarażają się one HIV, mimo że mają kilkunastu klientów dziennie, którzy nie używają prezerwatyw. Niestety, artykuł nie podaje, jaki procent całej grupy prostytutek pozostaje rzekomo odporny, czy są uzależnione od narkotyków itd. Być może już wkrótce przeprowadzone zostaną takie badania.

Wniosek, jaki wynika z wszystkich powyższych obserwacji, pokazuje, że AIDS nie zachowuje się jak typowa choroba zakaźna, a HIV nie rozprzestrzenia się drogą płciową.

- **1.9. Jak produkuje się liczby?**

Występowanie AIDS w USA nie tylko jest stale ograniczone do grup ryzyka w kilku większych miastach, ale także i liczba zakażeń HIV nie rośnie. Szacuje się obecnie, że w USA jest ok. 900 tysięcy nosicieli HIV. W połowie lat 90. uważano, że jest ich ok. 1,5 miliona. Jednak później liczbę tę obniżono, jak można przypuszczać ze względu na rosnącą rozbieżność pomiędzy liczbą nosicieli i liczbą chorych na AIDS. W połowie lat 90. liczba przypadków AIDS oscylowała w granicach 130 tysięcy, co stanowiło ok. 10% nosicieli. Dokładny przegląd statystyk pozwala dostrzec, że o ile notuje się (bardziej szacunkowo niż empirycznie) przyrost infekcji HIV, o tyle liczba zgonów w wyniku AIDS maleje. Ze względu na to, że mała skala objawów AIDS w żaden sposób nie korespondowała z ogromną liczbą nosicieli HIV, obniżono liczbę tych ostatnich ex post do ok. 800 tysięcy. Jeszcze przed decyzją o obniżeniu statystyk pisał o takich zamiarach Lawrence Altman w „New York Times” z 1 marca 1994 roku. Tylko obniżając stosunek nosicieli HIV do chorych na AIDS można było ukryć tę niewyjaśnioną rozbieżność.

Dramatyczny rozdzźwięk w liczbach między nosicielami HIV i chorymi na AIDS potwierdza Michael Fumento. Na podstawie analizy statystycznej Fumento wskazuje na faktyczne zahamowanie występowania AIDS w USA. Podobny wniosek został zawarty w badaniach opublikowanych w czasopiśmie naukowym „Journal of American Medical Association” z 16 marca 1990 roku, gdzie stwierdzono, iż „zauważalny spadek liczby przypadków AIDS nastąpił w roku 1988”.

Obok redukcji liczby nosicieli, sposobem na ukrycie rozbieżności w liczbach jest notoryczne „rozciąganie” okresu latencji wirusa, czyli czasu od infekcji HIV do wystąpienia AIDS. Wydaje się, że co roku CDC dodaje jeden rok potrzebny wirusowi na to, aby mógł rozpocząć swoją śmiertelną aktywność. Przypomnijmy tutaj kwestię 20 000 hemofilików w USA, z których 75% to nosiciele HIV. Większość z nich zostało zainfekowanych HIV przed 1985 rokiem, po tym czasie bowiem krew poddawana jest badaniom na obecność wirusa. Pomimo zakażenia ich życie wydłużyło się w ciągu ostatnich lat dwukrotnie, podczas gdy powinni umierać coraz szybciej na skutek działania HIV. Specjaliści z CDC przypisali to wydłużającemu się okresowi latencji.

Liczbę przypadków AIDS zawyża się poprzez systematyczne odkrywanie jego niby „nowych objawów” i poszerzanie listy chorób wskaźnikowych. Definicja AIDS zmienia się w czasie obejmując coraz więcej od dawna znanych chorób. W 1993 roku CDC znacząco poszerzyło listę chorób wskaźnikowych, dodając do definicji AIDS nowe odmiany zapalenia płuc, raka macicy, a także niechorobowe kryteria diagnostyczne (np. obniżono próg poziomu limfocytów T do 200 komórek). Taki zabieg umożliwił podniesienie liczby przypadków AIDS (automatycznie pojawiło się 106 tysięcy nowych chorych na AIDS) i w konsekwencji ubieganie się o większe fundusze na zwalczanie choroby, w szczególności u kobiet z rakiem szyjki macicy. Należy zadać sobie pytanie, do jakich rozmiarów urośnie ta liczba? Być może za kilkanaście lat znajdą się na niej wszystkie znane nam choroby, które

wystąpią w obecności przeciwciał HIV?

Aby zrozumieć absurdalność, a zarazem elastyczność definicji AIDS, należy zwrócić uwagę na różnorodność tzw. chorób wskaźnikowych. Jedne są wynikiem działania grzybów, inne są powodowane przez bakterie, jeszcze inne przez wirusy. Etiologia innych chorób, np. różnych rodzajów nowotworów, pozostaje niewyjaśniona. Lista chorób wskaźnikowych AIDS sugeruje, że HIV miałby być przyczyną schorzeń w układach: oddechowym, moczowo-płciowym, nerwowym, pokarmowym i innych. Nasuwają się nieodparcie pytania: co łączy choroby wskaźnikowe? Jak to możliwe, aby u podłoża tak szerokiego spektrum schorzeń leżał jeden wirus – HIV?

Prof. Harry Rubin, biolog na Uniwersytecie Kalifornijskim, uważa, że choroby te nigdy nie powinny znaleźć się na jednej liście, nie mówiąc już o tym, że mogłyby być wynikiem działania jednego wirusa. Biorąc pod uwagę płynność i brak precyzji w definicji, nazywanie AIDS chorobą jest „fatalnym nadużyciem”. W przypadku każdej innej choroby objawy są zawsze takie same lub podobne. Każdy chory na gripę ma gorączkę i katar, częstym zjawiskiem są bóle mięśni. W przypadku AIDS objawy pacjenta chorego na demencję niczym nie przypominają objawów chorego na zapalenie płuc. Nie może być inaczej, bowiem choroby atakują niezależne od siebie układy organizmu. Jak wytłumaczyć pacjentom, że obaj chorują na to samo, skoro każdy z nich cierpi na inne dolegliwości? „Takie potraktowanie tej kwestii jest bezprecedensowe i przeczy elementarnym zasadom logiki naukowej”, uważa profesor Rubin.

Z definicji i nazwy AIDS wynika, że u podstaw wystąpienia chorób wskaźnikowych leży niewydolność odporności organizmu, spowodowana destruktywnym działaniem wirusa HIV. Paradoksalnie są wśród nich choroby w żaden sposób nie związane z działaniem tego układu – szczególnie nowotwory i demencja. Obecnie jest ich w grupie chorób wskaźnikowych ok. 40%. Innymi słowy, 100 tysięcy z 250 tysięcy przypadków AIDS nie jest wynikiem nabytego zespołu upośledzenia odporności.

Dotychczasowe badania wskazują na to, że wystąpienie nowotworu nie musi ani osłabiać, ani aktywować układu immunologicznego organizmu. Dzieje się tak, ponieważ nowotwory stanowią niejako część organizmu, podczas gdy układ ten zwalcza ciała obce. Jak uważa niemiecki badacz, dr Heinrich Kremer, limfocyty T nie zapobiegają rozwojowi komórek rakowych, ponieważ nie mają one antygenów, dzięki którym limfocyty T potrafiłyby je zidentyfikować. Oznacza to, że aktywność HIV (zabijanie limfocytów T4) nie może być przyczyną powstania mięsaka Kaposiego. Także wystąpienie np. demencji jest niezależne od poziomu odporności organizmu, gdyż przeciwciała, które produkuje układ immunologiczny, nie docierają do tkanki mózgowej. Mikroby, które przedostaną się do centralnego układu nerwowego, mogą rozwijać się bez przeszkód ze strony układu odpornościowego nawet u całkowicie zdrowego człowieka. W związku z tym, tak sformułowana definicja AIDS sugeruje, że HIV jest nie tylko odpowiedzialny za zniszczenie odporności organizmu, ale także za

jednoczesne zabijanie neuronów i powstawanie komórek rakowych. Do tej pory, takich niezwykłych właściwości wirusowi HIV nie przypisywano, choć wynikają one z przyjętej definicji o AIDS.

Mówiąc o statystykach i zatrważających liczbach zarażonych HIV/AIDS warto pamiętać, że w latach 1981-2001 w USA zmarło 468 tysięcy osób, które zakwalifikowano jako ofiary AIDS. W tym samym czasie w wypadkach samochodowych zginęło 938 tysięcy osób, na raka zmarło 10,5 miliona, a na choroby serca 16 milionów osób. Jeśli dodamy do tego, że więcej osób zmarło z przyczyn jatrogenicznych (pobyt w szpitalu, zażywanie przepisanych leków etc.) niż na AIDS, zauważymy olbrzymią dysproporcję, która nieuchronnie nasuwa pytania dotyczące przyczyn ogłoszenia AIDS dzumą XX, a może i XXI wieku.

2. AIDS – ALTERNATYWNE WYJAŚNIENIE

2.1. Nieszkodliwy „wirus-pasażer”

Jak widzieliśmy, zamiast wyjaśniać mechanizmy powstawania AIDS, paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” generuje liczne paradoksy i sprzeczności. W nauce jednak nie ma paradoksów, są tylko błędne hipotezy. Uznając niesłuszność oficjalnej teorii, przedstawiamy poniżej teorię alternatywną, według której przyczyn AIDS należy upatrywać w upośledzeniu odporności, spowodowanym nadmierną intoksykacją organizmu w określonych grupach ryzyka, a także standardową chemioterapią antyretrowirusową. Tezę taką od 1987 roku propaguje prof. Peter Duesberg i znajduje sobie ona coraz więcej zwolenników w świecie naukowym (zob. Bibliografia). Przedstawiamy tę teorię z kilku względów. Po pierwsze, prof. Duesberg jest wybitnym autorytetem w dziedzinie wirusologii z niekwestionowanym dorobkiem i wkładem w rozwój badań nad wirusami. Po drugie, zaprezentował on najbardziej spójną i kompleksową teorię wyjaśniającą występowanie AIDS. Po trzecie, paradygmat intoksykacyjny wyjaśnia, jeśli nie wszystkie, to prawie wszystkie paradoksy, jakie spotykamy przyjmując paradygmat infekcyjny.

Przypomnijmy, że choroby rozprzestrzeniają się na dwa sposoby: (1) w sposób infekcyjny – choroba zakaźna, przekazywana drogą seksualną lub inną, np. kropelkową; (2) w sposób intoksykacyjny – przez działanie toksyn; np. rak płuc powodowany może być paleniem tytoniu, a marskość wątroby nadużywaniem alkoholu. Wszystkie choroby zakaźne, bez wyjątku, mają następujące własności:

- występują u obu płci w takich samych proporcjach (po ok. 50%) w obrębie populacji;
- występują wkrótce po wniknięciu mikroba do organizmu ze względu na ograniczony czas jego przetrwania i znikają wraz z pojawieniem się przeciwciał;
- chorobotwórczy mikrob (np. wirus) jest aktywny i występuje w dużych ilościach w zainfekowanych tkankach.

Jak pokazaliśmy wyżej, HIV nie spełnia żadnego z podstawowych postulatów infekcyjności. Dlatego AIDS nie może być chorobą zakaźną. Ze względu na niezbadaną i niedowiedzioną aktywność chorobotwórczą wirusa oraz występowanie AIDS bez HIV (a także wiele innych przyczyn opisanych powyżej) należy przyjąć, że HIV nie powoduje AIDS. Jednocześnie HIV spełnia wszystkie cztery kryteria niegroźnego wirusa – „wirusa-pasażera”:

- a) czas infekcji jest bez znaczenia dla momentu wystąpienia choroby (infekcja HIV następuje zwykle 10 lat przed wystąpieniem choroby);

- b) wirus-pasażer może być aktywny lub nieaktywny, może występować w dowolnym stężeniu w trakcie trwania choroby (stężenie wirusa HIV przy AIDS jest z reguły znikome);
- c) wirus-pasażer może nie być obecny przy chorobie (przypadki AIDS bez HIV); obecność wirusa-pasażera nie wpływa na przebieg choroby oportunistycznej, występującej w wyniku spadku odporności organizmu. Na próżno by szukać w literaturze przypadków, w których chorzy na AIDS różniliby się między sobą pod względem objawów klinicznych, w zależności od obecności HIV. Nie udowodniono, że gruźlica u osoby seropozytywnej ma inne objawy i przebieg niż u osoby seronegatywnej.

Dodatkowym argumentem, że HIV jest wirusem-pasażerem, jest fakt, że może być przekazywany wertykalnie z matki na dziecko, a praktycznie nie może być przekazywany drogą płciową. W związku z tym należy założyć, że przetrwanie wirusa HIV, podobnie jak każdego innego retrowirusa, jest uzależnione od drogi biologicznej, a nie seksualnej. Przypisywanie mu właściwości patogennych jest błędem, albowiem wszystkie wirusy przekazywane wertykalnie są niegroźne, bo ich przeżycie zależy od przeżycia gospodarza.

2.2. Dlaczego ludzie chorują na AIDS?

Już w 1978 roku J. Carins w książce *Rak: nauka i społeczeństwo* dowodził, że „historycznie patrząc, aby stwierdzić przyczynę danej choroby, należy przede wszystkim ustalić, czy istnieją czynniki inne niż sama choroba wspólne dla wszystkich chorych”. Jak zobaczymy poniżej, takim wspólnym mianownikiem dla wszystkich chorych na AIDS jest intoksykacja powodująca immunosupresję. W związku z tym, prof. Duesberg i inni uczeni proponują alternatywną teorię na temat źródeł AIDS:

- 1) Choroby wskaźnikowe AIDS w Ameryce i Europie, które występują w sposób nietypowy w stosunku do ich konwencjonalnej częstotliwości, źródeł i tradycyjnych grup ryzyka są wynikiem długoterminowego przyjmowania narkotyków oraz chemioterapii antyretrowirusowej.
- 2) AIDS w Afryce to nowa nazwa dla starych chorób powodowanych niedożywieniem, infekcjami pasożytniczymi oraz fatalnymi warunkami sanitarnymi (w kwestii Afryki patrz poniżej).

Jak wykazaliśmy, spektrum osób, u których diagnozuje się AIDS, pozostaje de facto niezmiennie od wczesnych lat 80. do dnia dzisiejszego. Tak naprawdę, AIDS pojawia się najczęściej u gejów, narkomanów i hemofilików. W związku z tym, aby zrozumieć przyczyny epidemii AIDS w tych grupach, należy im się bliżej przyjrzeć.

Hemofilicy

Mówiąc o hemofilii (braku krzepliwości krwi), należy pamiętać, że zawsze była to choroba śmiertelna, chociaż nowoczesne metody leczenia znacznie przedłużają hemofilikom życie. W procesie leczenia hemofilii zachodzi potrzeba częstego przeprowadzania transfuzji oraz stosowania produktów krwi w postaci czynnika krzepliwości VIII i IX. Obie metody są same w sobie immunosupresyjne, krew osoby drugiej może bowiem zawierać oprócz wirusa HIV mnóstwo innych chorobotwórczych mikroorganizmów (np. cytomegalowirus czy EBV), które są obce (wrogie) dla układu immunologicznego chorego i wywołują określone schorzenia należące, lub nie, do chorób wskaźnikowych. Innym czynnikiem immunosupresyjnym u hemofilików są obce proteiny, które dostają się do ich organizmów przy każdej transfuzji. Wysoka częstotliwość takich zabiegów dramatycznie osłabia odporność, co skutkuje występowaniem schorzeń (np. krwotoki wewnętrzne, zaburzenia funkcji wątroby), które określa się jako AIDS tylko dlatego, że pacjenci są seropozytywni. Choroby te bywały i bywają jednak śmiertelne bez względu na seropozytywność pacjenta. Dodatkowym czynnikiem immunosupresyjnym jest częste stosowanie narkozy przy transfuzjach, której negatywne oddziaływanie na limfocyty B i limfocyty T4 trwa do miesiąca po zabiegu. Ponadto, hemofilikom aplikuje się profilaktycznie antybiotyki oraz środki przeciwbólowe (morfina i jej derywaty), które także mają destruktywny wpływ na układ odpornościowy. Dlatego upośledzenie odporności u hemofilików i częstych odbiorców transfuzji krwi jest spowodowane całym wachlarzem czynników, zupełnie niezależnych od wirusa HIV.

Homoseksualiści i narkomani

Błędem jest przypisywanie AIDS wśród homoseksualistów ich orientacji seksualnej. AIDS nie jest przecież chorobą zakaźną, a HIV nie jest przekazywany drogą płciową. Nie orientacja seksualna, lecz styl życia i rozmaite substancje toksyczne najbardziej powszechne i popularne wśród tej mniejszości seksualnej, a dokładniej wśród jej określonych segmentów, są przyczyną załamania się układu odpornościowego.

Od czasu wojny w Wietnamie następuje w Europie i USA lawinowy wzrost konsumpcji narkotyków. Nie przez przypadek tendencji takiej towarzyszy wzrost zachorowań na różne choroby. Około 33% wszystkich pacjentów z AIDS, a niemal wszyscy heteroseksualni z AIDS, to dożylni narkomani. Ponad 60% chorych to mężczyźni homoseksualni, którzy zażywali doustnie narkotyki psychoaktywne i afrodyzjaki, takie jak wdychane azotany amylowe, amfetamina i jej pochodne, oraz kokaina. Skoro konsumpcja narkotyków wzrosła dramatycznie w latach 60. i 70., utrzymując się na wysokim poziomie do połowy lat 90., nic dziwnego, że nagły wzrost częstotliwości występowania chorób AIDS przypadł na lata 80. W raporcie Białego Domu z 1996 roku czytamy, że liczba osób regularnie zażywających narkotyki od lat 60. wzrosła do 25 milionów (10% populacji w USA) w późnych latach 80. Według danych Niemieckiej Policji Kryminalnej spożycie kokainy, heroiny, amfetaminy, LSD

i konopi w RFN wzrosło od 1000 do 10 000-krotnie pomiędzy 1960 a 1990 rokiem.

Jeśli chodzi o kokainę, gwałtownie rosła liczba przypadków hospitalizacji na skutek zażywania tego narkotyku. Do roku 1996 było w USA ponad 3,6 miliona osób regularnie zażywających kokainę oraz 28 milionów, które próbowały tego narkotyku przynajmniej raz w życiu. Coraz większy popyt na kokainę spowodował wzrost jej importu z 2 ton w 1980 roku do 400 ton w 1990 i ten poziom pozostaje w zasadzie bez zmian do dzisiaj. Tylko w latach 1990-1993 liczba przypadków hospitalizacji z powodu heroiny podwoiła się z 30 000 do 63 232 przypadków. Liczba zgonów spowodowanych zażywaniem tego narkotyku wzrosła z 2260 w roku 1991 do 3552 w roku 1994.

Kokaina, heroina i amfetamina oraz jej pochodne są pośrednio toksyczne i prowadzą do osłabienia układu odpornościowego. Wszystkie trzy związki funkcjonują jako katalizatory w ludzkim organizmie. Kokaina i heroina mają pochodzenie naturalne, a amfetamina jest środkiem syntetycznym – rodzajem sztucznej adrenaliny. Immunosupresyjność tych specyfików wynika między innymi z tego, że długotrwałe zażywanie powoduje bezsenność, niedożywienie i spadek masy ciała. Biorący nie odczuwa ani zmęczenia, ani głodu, co zaburza naturalne potrzeby organizmu związane z żywieniem i odpoczynkiem. Ich długoterminowe własności patogenne nie zostały naukowo zbadane ze względu na ogólną ignorancję środowisk naukowych wobec tego zagadnienia. Nie można więc z całą pewnością wykluczyć ich toksyczności. Nie jest jednak tajemnicą, że narkomani bardzo często zapadają na zapalenie płuc, demencję, biegunkę, infekcje jamy ustnej, gorączkę i gruźlicę. Bardzo często efekty zażywania tych środków spotęgowane są biedą, w której żyją narkomani przeznaczający wszystkie swoje dochody na narkotyki.

Lata 60. to okres, kiedy na sile przybierać zaczął tzw. ruch wyzwolenia homoseksualistów. W tych też latach Departament Sprawiedliwości donosił o pojawieniu się epidemii narkotykowej w USA: „[odnotowuje się] nagły wzrost przypadków zażywania marihuany, amfetaminy i barbituranów, które przenoszą się z domów na ulice (...)”. Narkotyki takie jak kokaina, heroina, amfetamina i jej pochodne oraz sterydy stały się łatwo dostępne i niezwykle popularne. W USA i Europie zjawisko to zostało nazwane „narkotykową eksplozją”. Towarzyszyła jej liberalizacja zachowań seksualnych. W wielkich miastach amerykańskich zaczęły powstawać nowego typu kluby i łaźnie (*bath houses*). Były to miejsca spotkań gejów, gdzie urządzano kilku- lub kilkunastodniowe imprezy, połączone z orgiami seksualnymi. Ponieważ „imprezy” takie trwały po kilka dni niemal bez przerwy, uczestnicy zażywali całą gamę stymulantów, afrodyzjaków oraz środków relaksacyjnych dla „utrzymania formy”. Wtedy też popularność w środowiskach gejów zdobyły sobie wdychane azotany amylove (znane jako *poppers*), które znacznie ułatwiają i uprzyjemniają stosunek analny, ponieważ rozluźniają mięśnie gładkie odbytu. Używka ta jest potocznie nazywana „narkotykiem gejów”, bo heteroseksualiści jej po prostu nie potrzebują. Upowszechnienie się azotanów sprzyjało wzrostowi liczby odbywanych stosunków seksualnych. W wielkomiejskich subkulturach gejowskich (San Francisco, Los Angeles, Nowy Jork) liczba kontaktów seksualnych na osobę mogła wzrosnąć do kilkuset lub, w ekstremalnych

przypadkach, nawet do kilku tysięcy rocznie. Dotyczyło to szczególnie partnerów pasywnych, a jak pokazaliśmy wyżej, partner pasywny w stosunku analnym jest dużo bardziej narażony na wszelkiego rodzaju infekcje.

Narkotykowy boom szedł w parze z epidemią AIDS. W 1981 roku zanotowano kilkadziesiąt zgonów na AIDS. W 1985 roku na AIDS zmarło ok. 1000 osób. W 1995 roku AIDS spowodował zgon już 20 tysięcy ludzi. Od apogeum narkomanii na przełomie lat 80. i 90., według rządowych statystyk, liczba narkomanów od roku 1996 spada i wynosi obecnie ok. 13 milionów. Równocześnie spadła też zachorowalność na AIDS. Mało kto dzisiaj pamięta, iż krótko po pojawieniu się wzrostu zachorowań na choroby AIDS w USA i Europie, wielu naukowców, także rządowych ekspertów, dostrzegło korelację pomiędzy wzrostem spożycia narkotyków a wzrostem zachorowań na AIDS. Część postulowała, aby właśnie w zażywaniu tych substancji upatrywać przyczyn występowania AIDS. W 1984 roku zespół brytyjskich naukowców donosił, że 86% homoseksualnych mężczyzn chorych na AIDS w St. Mary's Hospital w Londynie zażywało wcześniej azotany amylowe. Dla porównania: 86,4% chorych wśród takich samych grup w Nowym Jorku, Atlancie i San Francisco także stosowało te narkotyki-afrodyzjaki. Jak wynika ze statystyk CDC z roku 1983, wśród homoseksualnych mężczyzn chorych na AIDS aż 95% zażywało azotany amylowe, 40-60% LSD, 90% heroinę, 50-70% amfetaminę i jej pochodne i 50-60% kokainę.

Jak pisaliśmy powyżej, w późnych latach 70. nastąpił olbrzymi wzrost konsumpcji azotanów amylowych w pewnych środowiskach homoseksualnych. Poprzedził on nieznacznie wystąpienie pierwszych przypadków AIDS w formie mięsaka Kaposiego i śródmiąższowego zapalenia płuc. Co więcej, już 3 lata przed pierwszą diagnozą AIDS, stwierdzono 3 przypadki mięsaka Kaposiego na skutek spożycia azotanów.

Azotany amylowe są środkami cytotoksycznymi. Mają silne działanie immunosupresyjne i kancerogenne u ludzi i zwierząt. Cytotoksyczność azotanów i ich szkodliwość dla tkanki płucnej potęgują toksyny tytoniu, które dodatkowo osłabiają układ odpornościowy. Z uwagi na ich wysoką szkodliwość, w 1969 roku podjęto decyzję o wydawaniu wdychanych azotanów tylko na receptę. Ze względu na coraz częstsze przypadki rzadkich chorób u aktywnych homoseksualistów stosujących te środki, rozpoczęto monitorowanie zależności pomiędzy ich zażywaniem a tymi schorzeniami. Jednocześnie zaczęto prowadzić intensywne badania laboratoryjne w celu odkrycia ich wpływu na organizm. Lista skutków była równie ponura, co długa: uszkodzenia błony nosowej, anemia, zawały serca, problemy kardiologiczne, choroby płuc, uszkodzenia mózgu, zatory w naczyniach krwionośnych, dysfunkcje sercowo-naczyniowe, niedotlenienie krwi, niewydolność grasicy, atrofia, zanik limfocytów T4 i dysfunkcje układu odpornościowego. Z tych względów w 1988 roku zostały całkowicie zdelegalizowane przez Kongres USA. Dodatkowo, użycie tych środków jako konserwantów żywności zostało w USA ograniczone z powodu ich rakotwórczych właściwości.

Nie jest przypadkowa zbieżność między miejscem występowania mięsaka Kaposiego u homoseksualnych mężczyzn a drogą zażywania przez nich azotanów oraz ich derywatów. Mięsak występuje u nich głównie w płucach. Poza tym wszystko wskazuje na to, że klasyczny przypadek mięsaka Kaposiego różni się od wywołanego narkotykami (oficjalnie związanego z HIV), który jest opisywany jako „agresywny i zagrażający życiu”. Średnio powoduje on zgon chorego w czasie 8-10 miesięcy od diagnozy. Zaś u gejów, nie stosujących tych używek (oficjalnie seronagatywnych), diagnozuje się tzw. „chroniczny” przypadek mięsaka Kaposiego, który prawie nie postępuje przez całe lata. Jest on także zwykle rozpoznawany na skórze, a nie w płucach.

W opinii prof. Duesberga i innych naukowców oczywista jest zbieżność występowania chorób AIDS u homoseksualistów z szerzącą się w tym środowisku plagą narkomanii. Oczywiście, przyznaje Duesberg, jest też wielu narkomanów wśród heteroseksualistów i są oni w takim samym stopniu narażeni na zachorowanie na AIDS. Narkomania, choć w mniejszym stopniu, jest także obecna wśród kobiet. Dane z połowy lat 90. pokazują, że ponad 5% z 4 milionów kobiet w ciąży co roku zażywa narkotyki w trakcie jej trwania. Wiele z nich przyjmuje narkotyki dożylnie. Literatura fachowa jednoznacznie wskazuje na to, że niemal wszystkie niemowlęta z AIDS w USA i Europie są dziećmi kobiet, które brały narkotyki albo/i poddane zostały kuracji antywirusowej w trakcie ciąży (o lekach poniżej). Inną grupą, w której występuje spożycie narkotyków, są prostytutki, najczęściej te uliczne. Tak naprawdę wszystkie prostytutki z objawami AIDS miały kontakt z narkotykami. W tym i tylko w tym sensie stanowią one tzw. grupę podwyższonego ryzyka. Obecność wirusa HIV nie ma w tym kontekście żadnego znaczenia.

Potraktowanie AIDS jako – w części – rezultatu zażywania narkotyków wydaje się wyjaśniać nierównomierne występowanie AIDS względem płci – powszechnie wiadomo, że przytłaczająca większość narkomanów to mężczyźni, co koreluje z ich udziałem w grupie pacjentów ze zdiagnozowanym AIDS. Ponieważ wśród aktywnych i „wyzwolonych” gejów narkotyki są codziennością, nie dziwi fakt zaliczania tej mniejszości seksualnej do grupy podwyższonego ryzyka.

Istnieje także znacząca korelacja między wiekiem chorych na AIDS a statystykami dotyczącymi spożycia narkotyków. Według statystyk, około 70-80% narkomanów zażywających twarde narkotyki w USA, takie jak heroina, kokaina, amfetamina i jej pochodne, to mężczyźni między 18 a 44 rokiem życia. Według badań niemieckich średnia długość życia narkomanów dożylnych uzależnionych od kokainy i heroiny nie przekracza 30 lat. W USA tacy sami uzależnieni umierają głównie pomiędzy 25 a 44 rokiem życia. Jeżeli przypomnimy sobie, że ok. 80% chorych na AIDS ma od 25 do 49 lat, zobaczymy ścisły związek między długością życia chorych na AIDS a długością życia narkomanów.

Jeśli chodzi o AIDS u homoseksualistów, prof. Root-Bernstein wskazuje także na dodatkowe czynniki ryzyka. Przypomina on, że homoseksualne akty płciowe bardzo często powodują przerwanie tkanki odbytu i w konsekwencji krwawienie. Tą drogą sperma przedostaje się do krwi. Nasienie i zawarte w

niej składniki mają z kolei działanie immunosupresyjne. Ponieważ organizm mężczyzny, z naturalnych względów, nie jest przystosowany do przyjmowania spermy, jej obecność może mieć negatywny wpływ na układ odpornościowy. Ponadto, na skutek pojawienia się nasienia we krwi występują u niego przeciwciała, które reagują z limfocytami T4, a więc z tymi, które rzekomo zabija HIV. W ten sposób u gejów może dochodzić do reakcji immunologicznej przeciw własnemu układowi immunologicznemu, w wyniku której limfocyty B atakują limfocyty T4, co skutkuje spadkiem ich liczby. Skoro limfocyty T4 odpowiadają za skuteczność układu odpornościowego, działanie spermy w męskim organizmie może przyczyniać się do dysfunkcji tego systemu. Zupełnie tak samo jak w wyniku domniemanego działania wirusa HIV.

Także prof. Gordon Stewart zwraca uwagę na ten fakt: „U homoseksualnych mężczyzn wykrywa się przeciwciała antyspermatozozy (*antispermatozoa*), które wchodzi w reakcję krzyżową z komórkami T. Przeciwciała te kojarzy się z występowaniem u homoseksualistów hipospermii oraz atrofii jąder (*testicular atrophy*). Takie same przeciwciała występują także u kobiet chorych na AIDS, u których wchodzi one w reakcje krzyżowe z komórkami T i przeciwciałami na HIV”. Na immunosupresyjne właściwości spermy wskazują też inni badacze AIDS, podejrzewając, że „jednym z czynników dysregulacji immunologicznej u tych osób [u homoseksualistów] może być stan przypominający reakcję przeszczepu przeciwko gospodarzowi (GvH). Reakcja ta może być spowodowana interakcją z alogenicznymi limfocytami, znajdującymi się w nasieniu partnerów (...) Limfocyty te mogą wchodzić w kontakt z komórkami »biorcy« w trakcie analnego stosunku płciowego”.

Mówiąc o homoseksualistach-narkomanach należy zaznaczyć, że w tej grupie podwyższone są wskaźniki konsumpcji wszystkich używek, tj. tytoniu, kawy, alkoholu etc. Wynika to z trybu życia (tzw. „szybkie życie”, kilkudniowe maratony całonocnych imprez, wielość partnerów itd.). Częste choroby (także weneryczne) wśród homoseksualistów-narkomanów dodatkowo podwyższają też wskaźniki spożycia leków, w tym antybiotyków. Poza tym od dawna wiadomo, że używanie narkotyków zaburza naturalne cykle organizmu (brak snu niezbędnego do regeneracji) oraz powoduje niedożywienie (brak łaknienia i często brak pieniędzy na kupno żywności). Dlatego narkomani narażeni są bardziej niż inne grupy na wystąpienie immunosupresji, co czyni ich podatnymi na szereg chorób i infekcji. Tak było od zawsze. Przywołać można klasyczne malowidła z czasów wojen opiumowych w Chinach przedstawiających palących opium. Widać na nich zagłodzonych mężczyzn palących opiumowe fajki. „Taki facet nie je, nie śpi, jest na haju, chudnie i kończy chory na zapalenie płuc lub gruźlicę”, twierdzi prof. Duesberg. Nawet ortodoksyjni badacze AIDS przyznają, że „duże znaczenie w efektywnym zakażeniu HIV ma prawdopodobnie immunologiczny stan organizmu. »Zdrowi« homoseksualiści przed zakażeniem HIV wykazują zwiększony stan aktywności komórek immunokompetentnych, spowodowany różnego rodzaju zakażeniami, częstymi w tej populacji”. Oczywiście należy pamiętać, że taki opis jest prawdziwy tylko dla tej części populacji homoseksualnej, która nadużywa narkotyków i innych toksycznych substancji.

Podsumowując, wszystkie badania i obserwacje dowodzą, że czynnikiem podwyższającym ryzyko wystąpienia upośledzenia odporności jest spożywanie toksyn zawartych w narkotykach, lekach i innych substancjach. W związku z tym traktowanie AIDS jako choroby gejowskiej jest zasadne o tyle, o ile konsumpcja narkotyków i innych używek jest w tym środowisku wyższa niż w reszcie populacji.

2.3. Leki antyretrowirusowe – cudowna terapia czy śmierć na receptę?

Od 1987 roku tysiącom chorych na AIDS w USA i Europie, a od 1990 roku coraz większej liczbie zdrowych nosicieli HIV, podaje się dożywotnio AZT (zydowudyna lub Retrovir), ddI, ddC, D4T, 3TC, inhibitory proteazy (saquinawir, ritonavir, indinawir, neltinawir) oraz najnowsze inhibitory odwrotnej transkryptazy (delavidine, nevirapine i inne). Wszystko to w ramach terapii AIDS. Pierwotnie substancje te podawano w dawce 1,5 g dziennie klinicznie chorym i 0,5 g bezobjawowym (klinicznie zdrowym) nosicielom. Od roku 1996 stosuje się tzw. koktajle leków (*drug cocktails*), czyli mieszanki AZT i inhibitorów proteazy HIV w ramach tzw. skojarzonego leczenia antyretrowirusowego HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). Obecnie AZT podaje się w dawce 500 mg dziennie. Do 1996 roku 200 tysięcy, a od 2002 roku 450 tysięcy Amerykanów poddano terapii w celu wyleczenia lub opóźnienia AIDS. Wskutek poszerzenia w 1993 roku listy chorób wskaźnikowych AIDS przez CDC, ponad połowa z 450 tysięcy zaczęła przyjmować leki antywirusowe jako osoby klinicznie zdrowe. Takich ludzi poddaje się leczeniu w myśl hasła „Czas zaatakować HIV, wcześniej i mocno!” które pojawiło się w piśmie „New England Journal of Medicine” w 1995 roku. W ten sposób, obok narkotyków, leki przeciwwirusowe stały się drugim czynnikiem intoksykacyjnym, wywołującym objawy AIDS.

Jak podają oficjalne źródła, „leczenie zydowudyną wydłuża czas przeżycia chorych na AIDS. Poprawia stan ogólny i samopoczucie chorych. Powoduje przyrost masy ciała, ogranicza częstość zakażeń oportunistycznych i obniża stężenie antygeny p24 w surowicy oraz powoduje przynajmniej początkowo wzrost liczby limfocytów CD4”. Bez wątplenia jest to w tej chwili podstawowy lek antyretrowirusowy stosowany w terapii AIDS. Warto jednak przyjrzeć się bliżej AZT, skoro wielu badaczy uważa, że nie tylko nie pomaga on zarażonym HIV, ale przyspiesza, a nawet powoduje ich zgon.

AZT został opracowany w latach 60. jako „cudowny” lek na raka, głównie białaczkę. Miał być zwycięstwem chemioterapii nad nowotworem. Jego działanie polega na niszczeniu DNA komórek, co zapobiega ich multiplikacji. Dlatego AZT jest nazywany „niszczycielem łańcuchów DNA” (*DNA chain-terminator*) – niszczy zarówno komórki zdrowe, jak i rakowe. Wczesne badania laboratoryjne wykazały jednak nieefektywność i zabójcze właściwości tego specyfiku. AZT jest bez wątplenia cytotoksyczny, a więc immunotoksyczny, tak jak inne chemioterapie. Okazało się, że na skutek

podawania AZT myszom chorym na białaczkę, zaczęły one w krótkim czasie chorować na zanik mięśni i anemię – objawy, które dzisiaj do złudzenia przypominają pełne objawy AIDS. Z tych też względów AZT został odłożony na półkę. Powrócono do niego przy poszukiwaniu remedium na HIV i AIDS. Wiązano z tym lekiem nadzieję, że przez zahamowanie kopiowania się DNA komórek powstrzymana zostanie także replikacja HIV. Jednakowoż, toksyna ta zabija hurtowo wszystkie komórki, w tym komórki układu odpornościowego i dlatego AZT jest poważnym czynnikiem immunosupresyjnym.

Mówiąc o chemioterapii raka, należy zaznaczyć, że jakkolwiek ma ona wiele skutków ubocznych, jest w tej chwili jedyną skuteczną metodą walki z nowotworem. Logika takiej kuracji jest następująca: „Zabijamy wszystkie mnożące się komórki (w tym rakowe) przez kilka tygodni. Być może uda nam się zniszczyć wszystkie komórki rakowe, podczas gdy organizm odbuduje te zdrowe. Chemioterapia – twierdzi prof. Duesberg – to ryzykowna metoda. Tracisz włosy, wagę, chorujesz na zapalenie płuc, nabywasz upośledzenia odporności, dostajesz nudności i niemal wszystkich symptomów AIDS. Wszystko dlatego, że chemioterapia to intoksykacja komórek. Jeśli jednak przeżyjesz, a rak zginie, masz szansę wyzdrowieć”. Prof. Kary Mullis porównuje logikę chemioterapii raka do terapii syfilisu za pomocą arszeniku: „Syfilis zabiłby cię na pewno, arszenik zabiłby cię prawdopodobnie, ale gdyby zabił syfilis przed tobą, przeżyjesz (...)”.

Jak uważa dr David Rasnick, w przypadku „(...) chemicznych terapii antywirusowych powstaje poważny problem, ponieważ komórki wypełniają takie same funkcje biochemiczne co wirusy. Z tego względu wszystkie antywirusowe terapie są w sposób nieunikniony terapiami antykomórkowymi. W przypadku HIV ten problem jest spotęgowany tym, że wirus nie wykazuje aktywności u ludzi zakażonych. Dodatkowo występuje zaskakująco niska multiplikacja wirusa. Dlatego też u ludzi seropozytywnych brak jest funkcji biochemicznych, które mogłyby być celem »niszczycieli DNA«. W rezultacie wszystkie terapie, mające na celu powstrzymanie syntezy kwasu nukleinowego wirusa i jego białek za pomocą »niszczycieli łańcuchów DNA«, zapobiegają jedynie syntezie kwasu nukleinowego i białek w samych komórkach. Skoro eliminacja tych niewielu komórek, latencyjnie zainfekowanych przez HIV, jest klinicznie niewykrywalna, »terapeutyczne« rezultaty kuracji są zwykle podawane w kontekście różnych wskaźników laboratoryjnych, np. ładunku wirusowego (*viral load*), a nie w kontekście powrotu chorych do zdrowia. Nawet sam termin »ładunek wirusowy« jest mylący. Sugeruje bowiem wysokie stężenie wirusa, podczas gdy jest on praktycznie niewykrywalny”.

Innowacją w leczeniu AIDS ma być zastosowanie inhibitorów proteazy HIV w celu zapobieżenia formowania się nowych wirusów. Skuteczność tej metody jest jednak z gruntu wątpliwa. Powoduje ona, podobnie jak AZT, poważne skutki uboczne (np. kamienie nerkowe, uszkodzenie wątroby, cukrzycowe zaburzenie metabolizmu). Ponadto inhibitory te tracą jakąkolwiek skuteczność przeciwzapalną po średniookresowym podawaniu, co zostało mylnie zinterpretowane jako efekt uodparniania się na nie wirusa HIV. Dodatkowo zostało dowiedzione, że inhibitory proteazy są

niekompatybilne z wieloma innymi lekami. Duesberg, Koehnlein i Rasnick podają, że przy małych dawkach, które wystarczą do powstrzymania replikacji HIV w próbówce, nie zaobserwowano żadnych terapeutycznych efektów stosowania inhibitorów u ludzi. Dlatego ich dawki zwiększono 4-5 razy i są one obecnie podawane w porcjach 1-2 g dziennie. W związku z tym, pacjentom podaje się obecnie dawkę, która 50 razy przekracza poziom wystarczający, aby całkowicie zapobiec replikacji niektórych typów komórek, których brak powoduje bardzo negatywne skutki dla organizmu. Myszy, u których zabijane są te komórki, cierpią na utratę wagi, a poziom ich komórek T i B spada drastycznie. W konsekwencji zwierzęta te umierają w krótkim czasie od momentu podania inhibitorów. Innymi słowy, inhibitory proteazy wywołują co najmniej trzy objawy AIDS – utratę masy ciała, upośledzenie komórek T i śmierć.

Zastosowanie inhibitorów proteazy i koktajli (kombinacji) leków w 1997 roku miało stanowić przełom w leczeniu AIDS. Jednak optymizmu tego nie poparto żadnymi dowodami na to, że terapia może przedłużyć życie chorym czy choćby sprawić, że poczują się lepiej. Jedno badanie, którego wyniki zostały opublikowane w piśmie „New England Journal of Medicine”, wskazywało na 50% redukcję śmiertelności wśród pacjentów, których leczono nowymi lekami. Jak się potem okazało, taki rezultat był prawdziwy dla podgrupy obejmującej jedynie 1,4% pacjentów objętych badaniem!

AZT (oraz wszystkie inne leki antywirusowe) podaje się osobom zdrowym (bez objawów) profilaktycznie tylko dlatego, że są seropozytywne. Wtedy, jak utrzymuje prof. Duesberg, rozpoczyna się tragedia, ponieważ ludziom takim aplikuje się AZT aż do śmierci, a nie jak w przypadku chemioterapii raka przez pewien, zazwyczaj krótki czas. Co 6 godzin pacjent przyjmuje średnio 250 mg AZT – od 0,5 do 1,5 grama dziennie. W konsekwencji osoba taka chudnie, traci krwinki białe, dostaje anemii, ma nudności, zanikają u niej mięśnie i w końcu umiera na AIDS. Pozostaje bezsprzecznym faktem, że AZT wywołuje objawy AIDS znacznie szybciej niż narkotyki – w przeciągu tygodni lub miesięcy od rozpoczęcia terapii. Istnieje wiele badań naukowych, które opisują zabójcze właściwości AZT. Pośród stwierdzonych skutków ubocznych znajdują się: ostra anemia, zanik mięśni, uszkodzenie neuronów, demencja, nudności, kacheksja, choroba szpiku kostnego. Jak na ironię, szpik kostny odpowiada za zaopatrzenie organizmu w limfocyty T4 (*sic*) – czyli właśnie te, które rzekomo zabija wirus HIV. Uzasadnienie stosowania AZT u osób seropozytywnych zdaje się więc przeczyć logice nie tylko medycznej. Skoro HIV ma powodować AIDS przez zabijanie limfocytów T4, nieracjonalne jest atakowanie tych zainfekowanych komórek po raz drugi poprzez intoksykację. Warto dodać, że AZT zabija dodatkowo te limfocyty T4, niezainfekowane przez HIV, które w dalszym ciągu mogą zwalczać inne infekcje. Skoro przy AIDS wirus HIV infekuje tylko 1 komórkę T na 1000, a AZT atakuje wszystkie żywe komórki, specyfik musi zabić 999 zdrowych komórek, żeby zniszczyć jedną zainfekowaną! Niestety, wszystkie efekty uboczne, w tym śmierć, powodowane przez leki antywirusowe są mechanicznie interpretowane jako rozwój AIDS wskutek zakażenia HIV.

Niemieccy naukowcy, Lanka i Hässig mają rację, definiując terapię antywirusową jako „śmierć na receptę”. Badacze ci podkreślają, że AZT powoduje szkodę także wśród tych mikroorganizmów, które w toku ewolucji dostosowały się do metabolizmu komórkowego organizmu ludzkiego i nie są w normalnych warunkach patogenne. Jednak na skutek intoksykacji mogą mutować i zmieniać się w agresywne patogeny, powodując szereg chorób oportunistycznych. Jak twierdzą owi badacze, „prawdziwymi oportunistami w takim wypadku są lekarze, którzy przepisują chorym AZT. Próbuje się wypędzić diabły przy pomocy samego Belzebuba”. Podobnie o AZT wypowiada się dr Valendar Turner z Australii: „Nie chodzi tylko o to, że AZT nie wydłuża życia, ale o to, że jego niechciane skutki imitują AIDS. Zbyt wiele żyć ludzkich (...) zostało poświęconych w imię hipotezy, którą nawet licealista jest w stanie zakwestionować”. Z kolei prof. Kary Mullis zauważa, że chemioterapia raka to niebezpieczny hazard, ale musimy zaryzykować, bo możemy wygrać. W przypadku AIDS brak jest elementów hazardu, bo w perspektywie nie ma wygranej: „Nikt nigdy nie wyzdrowiał [z AIDS]. Nie możemy więc oczekiwać, że ktokolwiek wyzdrowieje. Pomimo tego prosi się chorych o połykanie tej trucizny [AZT] aż do śmierci”. Dr Heinrich Kremer uważa, że „każdy kto przepisuje chemioterapię antyretrowirusową, o której wiemy, że powoduje upośledzenie odporności, w celu leczenia upośledzenia odporności, stawia się w takiej samej sytuacji jak ktoś, kto w XIX wieku zalecał upuszczanie krwi jako terapię anemii”.

Informację o wysokiej toksyczności AZT można przeczytać nawet na opakowaniach tego specyfiku, ale tylko wtedy, kiedy jest dostarczany dla celów pozamedycznych, np. laboratoryjnych. Każda 100-miligramowa kapsułka firmy Sigma Chemical Co. opatrzona jest znakiem trupy czaszki, jako ostrzeżenie przed śmiertelnym działaniem tego specyfiku na organizm człowieka. Mimo to producenci medyczni zalecają branie pięciu 100-miligramowych kapsułek Retroviru (AZT) bez jakichkolwiek ostrzeżeń o jego toksyczności. 500-miligramowe dawki dziennie przepisuje się nawet seropozytywnym kobietom w drugim i trzecim trymestrze ciąży w celu ograniczenia prawdopodobieństwa transmisji wertykalnej HIV. Nie dziwi więc skutek takich terapii opisany w piśmie „Lancet” w 1999 roku. W piśmie stwierdzono, że na skutek standardowej terapii kombinacjami AZT i innym podobnym lekiem (lamywudyną), podawanym seropozytywnym kobietom w ciąży, u dziewięciorga dzieci wystąpiła tzw. dysfunkcja mitochondrialna. U pięciorga dzieci, z których dwoje zmarło, wystąpiły objawy neurologiczne, a u kolejnych trojga dzieci poważne biologiczne anomalie.

Pomimo wysokiej toksyczności AZT większość lekarzy wierzy, że preparat ten może czasowo powstrzymać postęp AIDS. Prof. Duesberg tłumaczy, że AZT atakuje wszystkie komórki bez wyjątku. Obok komórek zdrowych zabija też komórki rakowe oraz pasożytnicze. W związku z tym może czasowo zwalczać infekcje i choroby oportunistyczne. Jednak postępująca dewastacja układu immunologicznego powoduje, że w okresie późniejszym infekcje te są dla organizmu zabójcze.

Innym źródłem nadziei pokładanej przez lekarzy w AZT jest fakt, iż w początkowej fazie u pacjentów wzrasta ilość komórek układu odpornościowego (komórek T), co czasowo poprawia odporność

organizmu. Jest to jednak złudna korzyść, gdyż początkowo układ immunologiczny stara się zastępować komórki unicestwiane przez AZT. Toteż chwilowy wzrost komórek T jest tylko reakcją immunologiczną organizmu na ten specyfik. Jednakowoż na skutek przedłużającej się terapii, organizm staje się bezbronny. Stosowanie AZT oraz jego pochodnych wywołuje mechanizm błędnego koła: zdrowi pacjenci diagnozowani są jako nosiciele wirusa HIV, podaje im się więc AZT w celu powstrzymania AIDS, wskutek zażywania specyfiku pacjenci zaczynają chorować, im bardziej są chorzy, tym bardziej lekarze skłonni są do dalszego podawania specyfiku i tak aż do wystąpienia ostatniego skutku ubocznego AZT – śmierci pacjenta. W związku z tym, każdy poddany terapii AZT umiera na AIDS. Powszechne zastosowanie AZT w terapii AIDS sprzyja podtrzymywaniu tezy „HIV = AIDS = Śmierć”, gdyż AZT przypisuje się zdrowym nosicielom, podczas gdy jest on odpowiedzialny za choroby, które rzekomo zwalcza.

Warto zauważyć, że ponad 94% zgonów na AIDS wystąpiło w USA po tym, jak AZT wprowadzono na rynek w latach 1986-1987. W 1995 roku na pierwsze strony pisma „Nature” trafiła informacja o 10-krotnym wzroście śmiertelności seropozytywnych hemofilików w Wielkiej Brytanii wkrótce po dopuszczeniu AZT do użycia. Badanie objęło 6 tysięcy hemofilików w okresie 1977-1991. Do roku 1985 roczny wskaźnik śmiertelności był zadziwiająco stały i wynosił 0,8%. Począwszy od roku 1986 śmiertelność w grupie badanych wzrosła dziesięciokrotnie do poziomu 8,1% w roku 1991. Pomimo tego, że dokładnie w 1986/1987 roku rozpoczęto podawanie chorym AZT, tak nagły wzrost śmiertelności przypisano głównie aktywności wirusa HIV. Zostało dowiedzione, że wśród nosicieli HIV prawdopodobieństwo wystąpienia demencji jest o 97% wyższe u osób leczonych AZT niż u nie leczonych. Podobnie jest w przypadku seropozytywnych hemofilików w USA leczonych AZT. Prawdopodobieństwo, że zachorują oni na AIDS jest 4,5 razy większe niż u hemofilików nie leczonych tym specyfikiem. Także w grupie leczonej AZT śmiertelność jest 2,4 razy wyższa niż w grupie nie leczonej. Natomiast seropozytywni homoseksualiści „leczeni” AZT chorują na śródmiąższowe zapalenie płuc od 2 do 4 razy częściej niż ci, którzy nie są leczeni lekami antyretrowirusowymi.

W świecie naukowym cały czas trwa debata, czy dopuszczenie AZT do stosowania w terapii było rzeczywiście uzasadnione wynikami badań laboratoryjnych, mających potwierdzać skuteczność tego specyfiku. W 1987 roku eksperci z amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i firmy Wellcome Burroughs (producenta AZT) przeprowadzili badania kontrolne. Z badań tych wynikało, że po czteromiesięcznej terapii AZT, tylko jeden ze 145 pacjentów zmarł, podczas gdy z grupy, której podawano placebo, zmarło 19 chorych. Zinterpretowano to jako dowód, że lek ten przedłuża życie. Jednak, jak uważają krytycy, badanie nie uwzględniło faktu, że 30 chorych z grupy, której podawano AZT, pozostawało przy życiu jedynie dzięki wielokrotnym transfuzjom, bo liczba ich krwinek czerwonych została zredukowana przez AZT do poziomu śmiertelnego. Oznacza to, że bez transfuzji 30 osób z grupy AZT zmarłoby w wyniku anemii. Ponadto u wielu chorych z tej grupy wystąpił zanik

szpiku kostnego, neutropenia, macrocytosis, bóle głowy, bezsenność i mialgia. Kolejne badanie tej samej grupy nie potwierdziło już leczniczych właściwości AZT. Okazało się, że w następnych miesiącach, już po zakończonej terapii, gwałtownie wzrosła zachorowalność tych pacjentów. 35% z tej grupy podawano lek przez kolejne 12 miesięcy. Po 21 miesiącach 42% całej grupy, objętej terapią AZT, zmarło.

W 1994 roku badania AZT pod kątem zapobiegania AIDS wykonała także brytyjsko-francuska grupa naukowców. O wynikach jej pracy donosiła „Gazeta Wyborcza” w 2000 roku: „Nie spełniły się też nadzieje na terapeutyczny cud, jakie jeszcze do niedawna wiązano ze słynnym preparatem AZT. Francusko-brytyjskie studium Concorde wykazało ostatecznie, testując dwie grupy nosicieli HIV, że ci z pierwszej, biorący AZT, wcale nie zmniejszyli własnego ryzyka zachorowania na AIDS w porównaniu z tymi drugimi, którym podawano placebo”. Warto dodać, że badania Concorde nie tylko wykazały, że AZT nie zapobiega AIDS, ale wręcz dowiodły, że podnosi on ryzyko wystąpienia AIDS o 25%. We wnioskach naukowcy stwierdzili: „Badania Concorde nie zalecają stosowania AZT we wczesnym stadium infekcji u bezobjawowych nosicieli”. Pomimo tego, sygnatariusze Deklaracji Durbańskiej stwierdzają, że „leki, które blokują replikację wirusa w próbowce, opóźniają wystąpienie AIDS i redukują śmiertelność o 80%”. Pozostawiamy bez komentarza te niczym nie potwierdzone deklaracje. Przypomnimy tylko, że testowanie AZT na zwierzętach zostało przerwane w momencie, kiedy pojawiać się zaczęły pierwsze skutki uboczne – zgony testowanych zwierząt.

Przytoczmy jeszcze kilka opinii o AZT. W 1998 roku Jay Levy, współpracownik dra Gallo, napisał w piśmie „Lancet” artykuł pt. *Uwaga: czy powinniśmy leczyć infekcję HIV lekami antywirusowymi we wczesnym stadium?* Stwierdza w nim, że „żaden z chorych na nowotwór nie przyjmuje trzech lub czterech leków chemioterapeutycznych przez całe życie. Nie zauważa się, (...) że leki te mogą być toksyczne i mogą stanowić zagrożenie dla układu odpornościowego pacjenta”. Inny badacz retrowirusów, Etienne De Harven opisuje kurację AIDS za pomocą „niszczycieli DNA” jako „gorszą niż sama choroba!”. W obawie przed toksycznością leków na HIV, lekarze wprowadzają od niedawna przerwy w terapii, tzw. wakacje lekowe, aby umożliwić pacjentom regenerację organizmu. Według Kendalla Smitha z nowojorskiego szpitala Cornell Medical Center, „z jednej strony sama choroba zagraża życiu, a z drugiej strony leki, którymi dysponujemy, są śmiertelnie toksyczne. Stawia nas to między młotem a kowadłem”.

W takiej sytuacji rząd USA powołał panel ekspertów ds. AIDS w celu zbadania ubocznych skutków leków chemioterapeutycznych. Wydał też zalecenia dotyczące większej wstrzeźliwości w przepisywaniu tych substancji. Informował o nich „New York Times” w 2001 roku: „Zmieniając swoją dotychczasową politykę, eksperci rządowi zalecają obecnie odwlekanie terapii antywirusowej u bezobjawowych osób tak długo, jak to tylko możliwe. Powodem są rosnące obawy o toksyczne skutki terapii (...) Od niedawna coraz większy niepokój budzą takie objawy jak: dewastacja układu nerwowego, osłabienie układu kostnego, gromadzenie się tłuszczu na szyi i brzuchu, cukrzyca i wiele

innych symptomów”. W lipcu 2001 roku amerykański Urząd Żywności i Leków nakazał producentom leków antyretrowirusowych stonować swoje dotychczasowe nachalne reklamy, ponieważ są one mylące dla pacjentów. Trudno zrozumieć, dlaczego badacze AIDS potrzebowali aż 14 lat, żeby wreszcie zaobserwować i ostrzec o skutkach ubocznych leków antywirusowych. Wielu niezależnych obserwatorów podkreśla zwrot w podejściu do kwestii terapii. Dokonuje się całkowita reorientacja – od stosowania terapii we wczesnym stadium („Czas zaatakować HIV, wcześniej i mocno!” w roku 1995) do redukcji, odwlekania, nawet całkowitej rezygnacji z niektórych leków chemioterapeutycznych.

Coraz częściej pojawiają się głosy ostrzegające kobiety w ciąży, nie tylko przed zażywaniem leków antywirusowych ze względu na konsekwencje dla ich dzieci, ale także przed uleganiem silnym naciskom kręgów medycznych i farmaceutycznych, wywieranych na przyszłe matki w celu wymuszenia terapii.

Dla zilustrowania toksyczności leków na HIV, przytoczyć można kilka przypadków chorych znanych opinii publicznej. Już wcześniej wspominaliśmy o Arturze Ashe’u, który został zainfekowany HIV w 1983, a w 1988 roku został poddany terapii AZT. W konsekwencji w 1992 roku wyglądał jakby był zagłodzony. Miał problemy z koncentracją i zachorował na zapalenie płuc. Zmarł na AIDS w 1993 roku. Jego przypadek ma dowodzić tego, że każdy może zachorować na AIDS – Ashe nie był ani narkomanem, ani homoseksualistą. Jednak jego przypadek dowodzi także, że kuracja AZT wywołała AIDS nawet u zdrowego, silnego, sportowca.

Innym przykładem jest Kimberly Bergalis, młoda kobieta z Florydy, o której mówiło się, że została zainfekowana HIV u dentysty. Zdiagnozowano u niej AIDS, ponieważ zachorowała na infekcję drożdżakową, co, dodajmy, nie jest takie rzadkie u kobiet. Niestety poddano ją kuracji AZT, na skutek której zachorowała na anemię, będącą najbardziej charakterystycznym skutkiem ubocznym stosowania AZT, ponieważ specyfik ten zabija krwinki czerwone. Bergalis musiała poddać się transfuzji krwi, zaczęła tracić włosy. Zachorowała na zanik mięśni, musiała więc jeździć na wózku. Dodatkowo wystąpiło u niej zapalenie płuc. Trudno pojąć, dlaczego zdiagnozowanie infekcji drożdżakowej było powodem przepisania tej kobiecie AZT.

Ciekawy jest przypadek Christine Maggiore. Kiedy w 1992 roku okazało się, że jest seropozytywna, zrozpaczona kobieta, przekonana o śmiertelności swojej choroby, dołączyła do organizacji ds. AIDS i grup wsparcia w Los Angeles. Szybko została wykorzystana przez te organizacje dla celów propagandowych i finansowych. Pojawiała się na imprezach, zbiórkach pieniędzy, zjazdach i konferencjach, propagujących wiedzę o zagrożeniu HIV wśród dorosłych, młodzieży i dzieci. Była idealną ilustracją sloganu, że „HIV zagraża wszystkim”. Jak sama wspomina, „byłam ich ulubioną maskotką, wysyłali mnie, gdzie się dało, bo byłam białą heteroseksualną dziewczyną”. Jednak z czasem pojawiły się u niej wątpliwości, czy została prawidłowo zdiagnozowana. Doszła ona do

wniosku, że diagnoza, jaką jej postawiono, oparta jest na badaniach gejów z Los Angeles. Jak sama stwierdziła: „Ci faceci byli już wcześniej zakażeni żółtaczką B i C oraz rzeżączką. Przez całe lata leczono ich antybiotykami. Wielu z nich to narkomani, którzy prowadzili tzw. szybkie życie (*fast-track life*,) nie śpiąc i imprezując całymi nocami”. Kiedy Maggiore zapytała swojego lekarza, co łączy z tymi gejami z Los Angeles zdrową kobietę, taką jak ona, u której wskaźnikiem choroby jest jedynie pozytywny wynik testu, usłyszała po chwili milczenia, że absolutnie nic. Wkrótce po tym zainteresowała się pracami prof. Duesberga. Nawiązała z nim kontakt i przeczytała jego publikacje, utwierdzając się w przekonaniu, że może mieć on rację. Przez długi czas starała się doprowadzić do konfrontacji – debaty między prof. Duesbergiem i zwolennikami oficjalnej teorii o AIDS. Przez trzy lata wysłała w sumie 115 zaproszeń do lekarzy, różnych organizacji, nauczycieli, aktywistów i badaczy. Bez rezultatu. Jak wspominała później, „(...) to jasne, że oni nigdy nie zechcą publicznie debatować z Duesbergiem (...) To było dla mnie najlepszą wskazówką, że coś jest nie tak. Nikt nie chciał się spotkać z żadnym z lekarzy i naukowców, którzy byli na tyle »głupi«, żeby podważać oficjalne tezy. Dlaczego nie chcieli po prostu przyjść i zaprezentować jasnych, prostych i oczywistych prawd na temat AIDS? Mogli ośmieszyć tych »dysydentów« w oczach mediów i opinii publicznej, zatrzeć ręce i wrócić do domu (...) Każdy niewinnie oskarżony domaga się przecież swoich pięciu minut w sądzie. Każdy, kto wierzy, że ma rację, czeka na sposobność, aby tego dowieść. Dlaczego nie oni?”. Maggiore porzuciła organizacje, w których dotychczas działała i nigdy nie poddała się terapii AZT. Urodziła dwójkę zdrowych dzieci i sama pozostaje zdrowa do dziś, podczas gdy wszyscy z jej dawnych współpracowników, których poddano chemioterapii, zmarli. Maggiore założyła nawet własną organizację Alive&Well, która pomaga chorym na AIDS, przede wszystkim przestrzegając ich przed zabójczymi lekami.

Istnieje bardzo wiele przypadków ludzi, u których wykryto zakażenie HIV ponad dwadzieścia lat temu. Wbrew przewidywaniom lekarzy nie pojawiły się u nich żadne objawy AIDS. Lekarze i naukowcy tłumaczą ten fakt niezwykłą odpornością takich osób na wirusa HIV. Wybitny specjalista w dziedzinie AIDS, prof. David Ho, jeden z sygnatariuszy Deklaracji Durbańskiej, uznał, że zjawisko takie można przypisać obecności u nich tajemniczych i nieodkrytych jeszcze „protein”, które nazwał „*defensins*”. Gdyby prof. Ho głębiej się zastanowił, to może znalazłby prostsze wyjaśnienie. To bowiem, co łączy wszystkie te osoby, to fakt, że odmówiły one poddania się jakiegokolwiek terapii antywirusowej.

Biorąc pod uwagę wszystko, co wiemy o skutkach leków antywirusowych, trudno nie zgodzić się z prof. Duesbergiem i wieloma innymi naukowcami, że nie tylko nie ma medycznego usprawiedliwienia dla stosowania AZT, ale leczenie tym specyfikiem to złamanie podstawowej maksymy lekarskiej *primum non nocere*.

2.4. Infekcja czy intoksykacja?

Prof. Peter Duesberg nie wyklucza, że obecność wirusa HIV w przypadkach AIDS może być wskaźnikiem upośledzenia odporności spowodowanej czynnikami zewnętrznymi. Tak jest na przykład z cytomegalowirusem, który dla ludzi o sprawnie funkcjonującym układzie odpornościowym jest niegroźny, może zaś powodować schorzenia u ludzi z dysfunkcją tego systemu. Nawet gdyby tak potraktować wirusa HIV, to pozostaje on niegroźnym wirusem-pasażerem. Dlatego prof. Duesberg proponuje, żeby odwrócić zależność przyczynowo-skutkową: to nie wirus HIV powoduje upośledzenie odporności organizmu, lecz upośledzenie odporności umożliwia infekcję HIV.

Niezwykle istotny jest jeszcze jeden aspekt. Prof. Duesberg klasyfikuje AIDS (nabyty brak odporności) jako syndrom powodowany czynnikami zewnętrznymi (toksynami). W takim przypadku o wystąpieniu choroby decyduje dawka. Dlatego zrozumiałe jest, że nie wszyscy biorący narkotyki zachorują na AIDS. Decyduje ilość nagromadzonych toksyn w organizmie. Nikt nie nabawi się raka płuc paląc okazjonalnie kilka papierosów. Ryzyko pojawia się dopiero u osób palących 3 paczki dziennie przez 20-30 lat. Należy uwzględnić tzw. poziom tolerancji toksyn. Poziom ten zależy od czynników genetycznych oraz stylu życia. Zamożni, dobrze odżywiający się narkomani mogą nigdy nie zachorować, podczas gdy ci biedniejsi, wygłodzeni, bez opieki medycznej, umrą bardzo szybko. W zależności od odporności organizmu na toksyny, ich dawki, rodzaju i częstotliwości zażywania, różny jest czas wystąpienia choroby i jej objawy. Dlatego jedni zachorują po roku, inni po 15, jeszcze inni po 25 latach. Jedni zachorują na mięsaka Kaposiego, inni na gruźlicę, jeszcze inni na śródmiąższowe zapalenie płuc.

Podsumowując, można powiedzieć, że nawet jeśli hipoteza intoksykacyjna wymaga prowadzenia dalszych badań, stanowi kompleksowe i wysoce wiarygodne wytłumaczenie patogenezy AIDS. Wyjaśnia też paradoksy i rozwiązuje zagadki, których nie potrafi wytłumaczyć teoria „HIV = AIDS = Śmierć”. Hipoteza intoksykacyjna:

- tłumaczy, dlaczego AIDS występuje selektywnie wśród określonych grup ryzyka w Europie i USA – AIDS nie jest chorobą zakaźną, lecz wynikiem zażywania narkotyków, ryzykownego stylu życia, chemioterapii i innych czynników immunosupresyjnych;
- tłumaczy, dlaczego AIDS występuje głównie u mężczyzn – większość narkomanów to mężczyźni;
- tłumaczy, dlaczego AIDS występuje głównie w przedziale wiekowym 25-49 lat – najwięcej narkomanów dożylnych to osoby w tym wieku. W tym wieku też dochodzi najczęściej do przekroczenia progu tolerancji na toksyny;

- tłumaczy występowanie AIDS u niemowląt – AIDS u niemowląt jest wynikiem zażywania narkotyków i/lub stosowania terapii antywirusowej przez ich matki w czasie ciąży;
- tłumaczy, dlaczego AIDS nie spełnia postulatów Kocha – AIDS nie jest chorobą zakaźną;
- tłumaczy, dlaczego nie dochodzi do transmisji HIV/AIDS drogą seksualną, np. w przypadku prostytutek nie stosujących zabezpieczenia – AIDS nie jest chorobą zakaźną, a HIV nie przenosi się drogą płciową;
- tłumaczy przypadki AIDS bez HIV – HIV nie wywołuje AIDS;
- tłumaczy różny okres latencji i tempo progresji AIDS – różny próg tolerancji na toksyny u różnych osób;
- tłumaczy występowanie upośledzenia układu odpornościowego przy śladowej obecności HIV – AIDS jest rezultatem czynników zewnętrznych, więc stężenie HIV jest bez znaczenia;
- tłumaczy rozbieżności między dużą liczbą nosicieli HIV a niewielką liczbą chorych na AIDS – HIV nie wywołuje AIDS;
- tłumaczy, dlaczego poszczególne grupy ryzyka mają swoje charakterystyczne objawy AIDS – AIDS nie jest jedną chorobą, lecz grupą schorzeń arbitralnie zgromadzonych pod jednym szyldem. Różne substancje toksyczne wywołują różne, charakterystyczne dla siebie objawy;
- tłumaczy identyczne objawy kliniczne u osób chorych na AIDS bez względu na obecność lub nieobecność HIV – HIV jest wirusem-pasażerem i nie ma wpływu na przebieg choroby;
- tłumaczy występowanie przy AIDS chorób niezwiązanych z upośledzeniem odporności – toksyny mają wpływ nie tylko na układ odpornościowy;
- tłumaczy brak AIDS u nastolatków – narkomania zaawansowana jest stosunkowo rzadkim zjawiskiem w tej grupie wiekowej. Poza tym młodzi narkomani nie mieli dostatecznego czasu, aby przekroczyć próg tolerancji na toksyny, warunku niezbędnego do wystąpienia choroby;
- tłumaczy bezobjawowe nosicielstwo HIV – brak intoksykacji organizmu.

Jak piszą zwolennicy hipotezy intoksykacyjnej, aby ją obalić, wystarczy wykonać jedno z poniższych badań:

- na podstawie dwóch dobranych grup, różniących się jedynie obecnością przeciwciał HIV, wykazać, że seropozytywni zachorują na AIDS, a seronegatywni nie zachorują. Reprezentatywną

grupę badanych można zgromadzić na przykład wśród rekrutów do armii USA, którzy są rutynowo testowani na obecność HIV, a ich stan zdrowotny, styl życia i wiek są zbliżone;

- na podstawie dwóch dobranych grup narkomanów dożylnych, z których jedni są seropozytywni, a drudzy seronegatywni, wykazać, że AIDS wystąpi tylko u seropozytywnych, a nie wystąpi u seronegatywnych;
- na podstawie dwóch dobranych grup nosicieli HIV, z których jedni zażywają, a drudzy nie zażywają narkotyków, wykazać, że w obu grupach AIDS wystąpi w takim samym czasie i formie;
- na podstawie dwóch dobranych grup osób seronegatywnych, z których jedni zażywają, a drudzy nie zażywają narkotyków, wykazać, że u żadnej grupy nie wystąpi AIDS. Takie samo badanie można przeprowadzić na zwierzętach;
- na podstawie dwóch dobranych grup nosicieli HIV, z których jedna stosuje terapię antyretrowirusową, a druga nie, wykazać, że grupa nieleczona zachoruje na AIDS dużo wcześniej niż grupa leczona;
- na podstawie dwóch dobranych grup seropozytywnych kobiet w ciąży, z których jedna stosuje standardową kurację AZT w drugim i trzecim trymestrze ciąży, a druga nie, wykazać, że w grupie leczonej nie stwierdza się poronień, a kobiety rodzą zdrowe dzieci, podczas gdy w grupie nieleczonej poronienia są częste, a kobiety rodzą chore dzieci;
- na podstawie dwóch grup hemofilików, dobranych pod względem wieku i dawki czynnika VIII, z których jedna stosuje terapię antyretrowirusową, a druga nie, wykazać, że grupa nieleczona ma wyższy wskaźnik śmiertelności niż grupa leczona.

Jak do tej pory takich badań nie wykonano.

1. 2.5. Podsumowanie

Przedstawiona powyżej alternatywna teoria AIDS opiera się na dwóch zasadniczych założeniach:

- 1) wirus HIV jest niegroźnym wirusem-pasażerem,
- 2) upośledzenie odporności to skutek intoksykacji organizmu w tej czy innej formie.

Aby teorię tę właściwie rozumieć i móc ją zastosować przy wyjaśnianiu zjawiska nazywanego „AIDS”, należy je umieścić w układzie koncentrycznych kół, z których największe reprezentuje stan

zdrowotny całej ludzkości, zaś najmniejsze – pojedynczą jednostkę z jej unikalnymi cechami biologicznymi, genetycznymi, psychologicznymi. Koła pośrednie reprezentują poszczególne kontynenty, kraje, grupy rasowe i etniczne, pewne strefy danego kraju (miasto, wieś), grupy socjokulturowe etc. Takie widzenie problemu pozwala odtworzyć naturalną historię AIDS, w której wirus HIV nie ma żadnego znaczenia, natomiast zasadniczą rolę odgrywają różnorakie „stresory”, czyli czynniki powodujące upośledzenie odporności organizmu człowieka. Należy przy tym uwzględnić różnorodność tych czynników immunosupresyjnych, ich intensywność, różny czas oddziaływania na organizm, ich jakość i ilość, zmieniające się od osoby do osoby, od grupy do grupy, od kontynentu do kontynentu. Różna jest grupowa i indywidualna podatność na owe czynniki, nie każda jednostka i nie każda grupa w tym samym stopniu jest zagrożona; identyczne lub podobne „stresory” mogą różnie oddziaływać i wywoływać różne choroby w różnych jednostkach i grupach. „Stresory” można podzielić na te, które predysponują do określonej choroby czy zespołu chorób, te, które bezpośrednio je wywołują oraz te, które utrzymują lub pogarszają stan chorego.

Oznacza to, że nie ma jednego homogenicznego AIDS, ale wiele „AIDS-ów”, a w związku z tym pytanie „Co powoduje AIDS?” – jest pytaniem nazbyt ogólnym. Należy pytać co, gdzie, kiedy, w jakich warunkach społeczno-ekonomiczno-kulturowo-zdrowotnych i u kogo powoduje dany rodzaj AIDS. Kiedy tak postawi się problem, wówczas dotychczasowa definicja AIDS „rozpadnie” się na szereg elementów, zaś obserwowany wzrost upośledzenia odporności – postrzegany dziś i interpretowany zgodnie z medyczo-propagandowym modelem jako nowa choroba wywoływana przez wirus – zostanie właściwie rozpoznany, wraz z rzeczywistymi powodami nasilania się i występowania pewnych chorób i schorzeń.

Mamy więc do czynienia z globalnym wzrostem immunologicznych „stresorów” – chemicznych, fizycznych, biologicznych, mentalnych: zanieczyszczenie środowiska (powietrza, wody i gleby), hałas, pola elektromagnetyczne, promieniowanie, chemizacja żywności, masowe szczepienia, nadmierne spożycie leków, ekspansja medycyny inwazyjnej, histerie medialne (włączywszy w to panikę na temat AIDS) etc., etc. Z tego punktu widzenia upośledzenie odporności jest dziś w świecie zjawiskiem endemicznym i obejmuje całą ludzkość.

Wśród stanowiących połowę ludzkości mężczyzn konsumpcja narkotyków, alkoholu, tytoniu i wszystkich innych używek jest wyższa niż wśród kobiet. Wśród czarnych mężczyzn w USA konsumpcja narkotyków jest wyższa niż wśród mężczyzn białych. Czarni mężczyźni należą do tej grupy rasowej w USA, która żyje na niższym poziomie materialnym, ma gorsze warunki życia – gorsze wyżywienie, gorsze mieszkania, gorszą higienę itd. Pewien procent czarnych mężczyzn to homoseksualiści żyjący w gejowskich subkulturach powstających w wielkich miastach od końca lat 60. ubiegłego wieku. W tych subkulturach stwierdza się wyższą niż w całej populacji męskiej konsumpcję narkotyków, alkoholu, tytoniu, stałe zażywanie i nadużywanie antybiotyków, toksycznych afrodyzjaków, nawilżaczy, spermicydów etc. Badania wykazują endemiczne

występowanie chorób wenerycznych, najrozmaitszych infekcji wirusowych, bakteryjnych i pasożytniczych. Do stylu życia członków tych subkultur należy wyczerpujący fizycznie i psychicznie seks, niehigieniczne, niebezpieczne, niezdrowe praktyki seksualne. Dlatego może on być oceniany jako antyteza zdrowia psychicznego i fizycznego. Autorzy zajmujący się problematyką zdrowotną gejów podkreślają, że, nawet bez zakażenia wirusem HIV, w grupie tej występuje „odczulenie”, „rozchwianie”, głębokie „rozregulowanie” systemu odpornościowego w wyniku rujnącego zdrowie stylu życia. Innymi słowy, przyznają oni *implicite*, że wirus HIV nie jest potrzebny, aby wyjaśnić osłabienie odpornościowe tej „grupy wysokiego ryzyka”.

Wśród czarnych gejów żyjących w gejowskiej subkulturze, na przykład Nowego Jorku, możemy jeszcze wyróżnić grupę receptywnych czarnych gejów narażonych tak, jak wszyscy geje receptywni, na dodatkowe czynniki immunosupresyjne. W ich przypadku seks analny może powodować rozerwanie zwieracza odbytu, rany wewnętrzne, zapalenie jelita grubego, raka odbytu, zmiany skórne w okolicy odbytu, hemoroidy, ropne wrzody i wiele innych schorzeń. Są oni obiektami niehigienicznych i szkodliwych dla zdrowia praktyk sadomasochistycznych. Do ich krwioobiegu wnika sperma, co również przyczynia się do spadku odporności. Receptywni geje to ludzie ze skłonnościami masochistycznymi, mający rozmaite problemy psychiczne i emocjonalne (skłonność do zachowań autodestruktywnych, myśli samobójcze). Dlatego dużą rolę odgrywa u nich czynnik psycho- i neuroimmunosupresyjny, jakim bez wątpienia jest doświadczenie diagnozy infekcyjnej, zakaźnej i śmiertelnej choroby (AIDS). Dla każdego człowieka taka diagnoza stanowi wstrząs psychiczny, wywołuje lęk, poczucie braku nadziei, stany depresyjne, jest ważnym etapem w całej historii choroby i ma wpływ na jej przebieg. Jeśli więc diagnoza AIDS, będąca odroczonego wyrokiem śmierci, natrafi na podatny grunt psychiczny, może stać się samospełniającym się proroctwem.

Kiedy zatem owego „czarnego receptywnego geja z Nowego Jorku” umieścimy w samym środku układu koncentrycznych kół, o których pisaliśmy wcześniej, zrozumiemy, że ma on największe szanse zachorować i umrzeć na „AIDS” – nie ze względu na rasę i nie ze względu na swoją orientację seksualną, ale ze względu na to, że jego organizm poddany jest oddziaływaniu praktycznie wszystkich możliwych czynników powodujących upośledzenie odporności. Wirus HIV nie jest konieczny, aby zrozumieć, dlaczego człowiek ów „zachorował i umarł na AIDS”.

3. AIDS W AFRYCE – EPIDEMIA, KTÓREJ NIE BYŁO

3.1. Afryka jako „praojczyzna HIV”, czyli nauka w służbie rasizmu

W drugiej połowie lat 80. ubiegłego wieku Afryka, a dokładniej tzw. Afryka subsaharyjska uznana została za największe ognisko AIDS na świecie. Media, funkcjonariusze organizacji międzynarodowych, politycy przedstawiają Afrykę jako kontynent na progu śmierci, gdzie błąkają się miliony sierot, którym rodzice zmarli na AIDS.

Ogłoszony w roku 2004, roku przed konferencją na temat AIDS w Bangkoku raport UNAIDS (agenda ONZ) podaje dane za 2003 rok: 3 miliony zakażeń wirusem i 2,2 miliony zgonów na AIDS w Afryce subsaharyjskiej; w sumie Afrykę subsaharyjską zamieszkuje 25 milionów zarażonych – prawie 2/3 wszystkich nosicieli HIV na świecie; Suazi – 38,8% zarażonych, Botswana – 37,3%, Lesoto – 28,9%, Zimbabwe – 24,6%, RPA – 21,3%, Namibia – 21,3%, Zambia – 16,5 %, Malawi – 14,2%, Mozambik – 12,2%. Jak napisała „Gazeta Wyborcza” (7 lipca 2004) w omówieniu raportu: „W niektórych krajach [Afryki subsaharyjskiej] poziom infekcji jest tak wysoki, że już nie rośnie – nie ma po prostu kogo zakażać”(!).

Widmo wymarłej ziemi, spustoszonej przez wirusa-killera, straszy mieszkańców obszarów dobrobytu, epidemia, która tu nie wybuchła, tam szerzy się jak pożar. Przeróżające statystyki choroby i śmierci powodują, że Afryka stała się „największym na świecie wyzwaniem dla zdrowia publicznego”, wymagającym od całego świata, przede wszystkim od USA i Europy, wielkiej mobilizacji woli politycznej i dodatkowego finansowania. Obraz Afryki jako kontynentu umierającego na AIDS to medialno-informacyjna zbitka, która czyni z Afryki „AIDS frontline” ludzkości i wzmocniona jest dodatkowo poprzez wybór Afryki na „praojczyznę HIV”. To stamtąd śmiertelny wirus miał wyruszyć na podbój świata. W jaki sposób to nastąpiło, nie jest do końca wyjaśnione. Przypomnijmy, że początkowo za „praojczyznę HIV” uznano Haiti i zaliczono Haitańczyków mieszkających w USA do tzw. grupy wysokiego ryzyka. Przeciwno temu zaprotestowało haitańskie ministerstwo zdrowia, bo ruch turystyczny na wyspie zaczął zamierać i tysiące Haitańczyków straciło pracę. Protest podnieśli też emigranci haitańscy z Miami i Nowego Jorku. Ostatecznie, po kilku latach przepychanek amerykańskie władze podjęły decyzję o zaprzestaniu traktowania Haitańczyków jako „grupy wysokiego ryzyka”. Jednakże przez pewien czas określano w mediach AIDS jako „haitańską chorobę”, chociaż z 10 pierwszych Haitańczyków (należących do rasy czarnej), u których zdiagnozowano AIDS, sześciu chorowało na gruźlicę, a czterech na toksoplazmozę, a więc na choroby – podobnie jak malaria i infekcje pasożytnicze – endemiczne na Haiti, gdzie poza tym panuje najgorsza sytuacja pod względem wyżywienia ludności, jeśli chodzi o kraje Ameryki Południowej i Karaibów.

Haitańczykom udało się wprawdzie nie zostać członkami klubu 4H (*homosexuals, heroin users,*

hemophiliacs, Haitans) i zapobiec mianowaniu ich kraju „prajczyzną HIV”, ale nie wyszli z całej sprawy bez szwanku – włączeni zostali do historii narodzin AIDS jako „ogniwo pośrednie”. Niektórzy badacze twierdzą bowiem, że biseksualni Haitańczycy pracowali w Zairze i tam zarazili się wirusem HIV od kobiet, zapewne prostytutek, potem wrócili na Haiti, a ponieważ byli biseksualni, zarazili amerykańskich gejów, którzy w latach 70. XX w. odkryli Haiti jako miejsce, gdzie żyje wielu ładnych chłopców i przybywali na Haiti w celach seksualno-turystycznych. Zarażeni geje powrócili z Haiti do domu i dalej zarazili innych gejów – i tak wybuchła epidemia AIDS. Fakt, że w Zairze Haitańczyków było niewielu, zaś Europejczyków o wiele więcej i się nie zarazili, jakoś umknął uwadze ekspertów. Haitańczycy występują również w innej opowieści: „Dawno, dawno temu, w głębokiej dżungli żyło sobie pewne plemię, w którego żyłach krążył wirus HIV. Plemię żyło spokojnie i nie wadziło nikomu. Ale pewnego pięknego dnia grupa dziewcząt z tego plemienia opuściła dżunglę i udała się za chlebem do Kinszasy. Dziewczęta postanowiły zarabiać na życie jako prostytutki. Pewnego dnia do Kinszasy przybył pewien belgijski biznesmen-biseksualista. Odbił on stosunek płciowy z jedną z dziewcząt, która obdarowała go wirusem. Potem biznesmen pojechał na Haiti i obdarował wirusem tamtejsze męskie prostytutki. Ci zaś z kolei przekazali wirusa gejom z San Francisco, Nowego Jorku i Los Angeles przybyłym na Haiti. I tak to wszystko się zaczęło”.

Choć wirusa HIV i pierwsze przypadki AIDS zaobserwowano najpierw w San Francisco i w Nowym Jorku (w Afryce dopiero w dwa lata później), to nie te miasta, a wraz z nimi całe Stany Zjednoczone, ale Afryka została mianowana „prajczyzną HIV”. Na przełomie lutego i marca 1983 roku 23 Afrykańczyków w Brukseli zdiagnozowano jako chorych na AIDS. Jesienią 1983 roku dyrekcja jednego ze szpitali chorób wewnętrznych w Zairze wysłała raport do amerykańskich ekspertów ds. zdrowia publicznego, w którym informowała o dziwnej chorobie wśród pacjentów szpitala. Dziwną chorobą był oczywiście AIDS. Od jesieni 1983 roku ekipy zachodnich naukowców przemierzały Afrykę wzdłuż i wszerz, wszędzie wykrywając wirusa HIV: 32% ugandyjskich kierowców ciężarówek – nosiciele HIV, 45% hospitalizowanych dzieci rwandyjskich – nosiciele HIV, 80% prostytutek w Nairobi – nosicielki HIV; próbki krwi z Ugandy pobrane w 1972 roku – 66% zainfekowanych HIV; 60% dzieci w Ugandzie – nosiciele HIV etc. Wirus rozprzestrzenił się w Afryce z niewiarygodną szybkością, na diagramach i wykresach krzywa wzrostu zakażeń biegła gdzieś w stratosferę, wszędzie jak grzyby po deszczu powstawały „pozarządowe organizacje” zajmujące się AIDS – 570 w Zimbabwe, 300 w Republice Południowej Afryki, 1300 w Ugandzie.

W ten sposób Afryka stała się „prajczyzną HIV” i terytorium, gdzie epidemia przybrała apokaliptyczne rozmiary. HIV musiał mieć jakąś „prajczyznę”, albowiem konieczne było ustalenie genezy tajemniczego wirusa, który nie wiadomo, skąd się wziął oraz kiedy i jak zarazili się nim pierwsi ludzie. To właśnie tajemnicze pochodzenia wirusa sprawiło, że pojawiły się najzróżnorodniejsze teorie na temat jego pochodzenia. Wysuwano nawet całkowicie błędne hipotezy, że HIV to zamierzony lub uboczny rezultat tajnych eksperymentów wojskowych z bronią biologiczną i

bakteriologiczną, że „uciekł” z laboratoriów Pentagonu etc., etc. Ustalenie afrykańskiej genety HIV przecinało wszystkie tego typu spekulacje i domysły, choć nie wygasły one do dziś.

Konieczność skonstruowania genety HIV i „odkrycia” jego „prapoczątków” doprowadziła w końcu do przyjęcia tezy, że wirus kiedyś w przeszłości „narodził się” w Afryce. Zatem wirus-killer przybywa z Afryki, gdzie czas długi czaił się w głębi dżungli, przybywa od „Obcych”, z „jądra ciemności”, z Czarnego Kontynentu, gdzie zawsze ukrywały się tajemnicze i groźne monstra. To stamtąd zaraza została „przywleczona” do świata zachodniego i do dziś Afryka pozostaje największym ogniskiem epidemii AIDS na świecie.

W swoim esej *AIDS i jego metafory* Susan Sontag pisze, że jednym z elementów scenariusza plagi jest to, że zaraza przychodzi z zewnątrz. Tak jest też w przypadku AIDS, który wpisuje się, zdaniem Sontag, w odwieczną koncepcję Europy jako uprzywilejowanego obszaru kulturowego. Europa (a dziś również USA) jest miejscem kolonizowanym przez śmiertelne choroby zrodzone gdzie indziej. Dlatego, zgodnie z klasycznym scenariuszem plagi, AIDS zrodził się na „Czarnym Kontynencie”, rozprzestrzenił się na Haiti, potem na Stany Zjednoczone i Europę. Postrzegany jest jako choroba tropikalna, jako jeszcze jedna zaraza z tak zwanego Trzeciego Świata i przekleństwo *tristes tropiques*.

W anegdotycznym materiale na temat afrykańskiej genety AIDS pojawiają się, obok Haitańczyków i biseksualnego biznesmena z Belgii, również inne mityczne postacie: marynarz z Manchesteru, który odwiedził Afrykę i zmarł w 1959 roku na AIDS, duńska lekarka pracująca w Zairze, która zmarła na AIDS w 1977 roku itp. Mamy tu wspomniane wyżej słynne „zaginione plemię” w Afryce Środkowej, gdzie być może setki lat wirus sobie krążył w krwi członków plemienia nie wywołując epidemii, aby w końcu wyruszyć na podbój świata. Mówi się o starym małpim wirusie SIV (*Simian Immuno Deficiency Virus*), który gdzieś sobie trwał w uśpieniu, by w pewnym momencie w tajemniczych okolicznościach przezwyciężyć barierę gatunkową i „przeskoczyć” na ludzi. Jedną ze słynnych zielonych małp – nosicielką wirusa ugryzła widocznie jakiegoś tubylca w pośladek i od tego cała Afryka zachorowała na AIDS. Te wielce egzotyczne zielone małpy rozpały na krótko wyobraźnię światowej opinii publicznej, ale kiedy wykonały już swoją robotę, mogły odejść i zostały wycofane gdzieś na dalszy plan (prawdopodobnie zresztą chodziło o zielone małpy żyjące w jednym z laboratoriów w Bostonie).

Temat „Małpa a sprawa AIDS” jest tematem naprawdę bardzo rozległym i stale porusza umysły czytelników masowej prasy. W czerwcu 2004 roku „Gazeta Wyborcza” przyniosła (za „Science”) sensacyjną wiadomość: HURRA, WIEMY JUŻ, JAK POWSTAŁ HIV. Wirusa HIV nie dostaliśmy w spadku wyłącznie od szympanсів, jak dotąd błędnie przypuszczano. Pierwotnymi gospodarzami niegroźnego dla małp mikroba są bowiem mangaby i koczkodany. Od nich do organizmów szympanсів zawędrowały dwa szczepy wirusa, z których połączenia powstał zabójczy dla ludzi zarazek. Po dziesięciu latach żmudnych i zapewne kosztownych badań ustalili to bezspornie prof. Paul

Sharp z Nottingham University oraz prof. Beatrice Hahn z University of Alabama. Wprawdzie różne gatunki małp żyją z SIV „od zawsze”, ale szympansy zakaziły się nim stosunkowo niedawno. Na ile niedawno – tego precyzyjnie nie udało się określić – prof. Hahn uważa, że wirus przeskoczył na szympansy może setki, może dziesiątki tysięcy, a może tysiące lat temu (rzeczywiście niezbyt to precyzyjne). Natomiast naukowcy z Centrum Badań Biomedycznych nad Ssakami Naczelnymi w Holandii oraz Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Diego uważają, że szympansy zaraziły się wirusem zbliżonym do HIV ok. 2 mln lat temu. Straszliwą epidemię przeżyły tylko te małpy, które miały geny uodporniające je na wirusy. Te uodpornione szympansy dały początek wszystkim dzisiejszym szympansom, dzięki czemu nie chorują one na małpią formę AIDS („Gazeta Wyborcza” za Reuters).

Wiadomo, że szympansy chętnie polują na inne, mniejsze małpy. W czasie takich polowań, przypuszczają naukowcy, wirus mógł łatwo przeskoczyć z ofiar na łowców. Jednak tylko niektóre populacje szympanсів są zakażone wirusem. Stąd wzięło się przypuszczenie uczonych, że zakażenie nastąpiło względnie niedawno (czyli jednak nie dwa miliony lat temu). Spośród szympanсів przebadanych w parku narodowym w Gombe w Tanzanii zakażonych SIV było 13 proc., z szympanсів z parku Kibale w Ugandzie – żaden. W tych samych parkach aż 50 do 90 proc. dorosłych osobników gatunków mniejszych małp nosiło we krwi mikroba. Powstanie wirusa SIV, z którym żyją szympansy, było, twierdzą uczeni, dziełem niezwykłego przypadku (może cudu?): podwójnego zakażenia. „Szympansi” SIV to bowiem rezultat rekombinacji dwóch różnych wirusów: SIV od mangaby rudoczelnej (*Cercocebus torquatus*) oraz koczkodana z gatunku *Cercopithecus nictitans*. Od pierwszego nowy mikrobia dostał w spadku otoczkę białkową, ułatwiającą wniknięcie do wnętrza komórek, od drugiego – większość zawartego w niej materiału genetycznego. Jak przypuszczają uczeni, ta zmiana może tłumaczyć fakt, dlaczego SIV stał się bardziej „jadowity”. HIV-2, mniej groźny ludzki szczep wirusa, wykazuje za to podobieństwo tylko do jednego typu SIV. Uczeni przypuszczają więc, że człowiek zakaził się HIV-2 bezpośrednio od koczkodanów – z pominięciem szympanсів. Oba rodzaje HIV „przeskoczyły” na ludzi, jak wynika z ustaleń prof. Sharpa, wcześniej niż dotychczas przypuszczano – prawdopodobnie pomiędzy 1910 i 1930 r. Dotychczas uczeni sądzili, że wirus przeniósł się na ludzi na początku lat 30.

Połączenie dwóch odmian SIV i przeniesienie ich na człowieka musiało mieć miejsce przynajmniej trzykrotnie w różnych miejscach środkowej Afryki. Frederic Bibollet-Ruche z Uniwersytetu Montpellier, jeden ze współpracowników prof. Sharpa uważa, że takie infekcje mogły następować wcześniej wielokrotnie, ale ogarniały najwyżej niewielkie, izolowane populacje żyjące w dżungli. Wtedy szybko wygasały (zapewne, jak można się domyślać, wygasały wtedy, kiedy owa „izolowana populacja” wymierała na AIDS, bo przecież nie znano tam jeszcze AZT).

Badania prof. Sharpa nie odpowiadają na jedno pytanie – dlaczego szympansy nie chorują na AIDS, skoro w ich krwi krąży nowy, zapewne bardziej jadowity typ SIV? Być może, szympansy nauczyły się

z nim żyć. Po prostu te, które nie były odporne, wyzdychały (zob. wyżej hipotezę naukowców z Centrum Badań Biomedycznych nad Ssakami Naczelnymi w Holandii oraz Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Diego). Także wśród ludzi niewielki odsetek populacji jest w tajemniczy sposób odporny na wirusa HIV.

Uczni mają nadzieję, że badając szympanasy żyjące z SIV, odkryją sekret ich odporności, co być może pozwoli opracować preparaty, chroniące ludzi przed AIDS. A także, co równie ważne, uchronić nas przed nowym wrogiem. Prof. Sharp obawia się bowiem, że szympanasy mogą „przejąć” jeszcze jeden szczep SIV od innych małp, a wtedy będziemy mieli do czynienia z HIV-3. Gdyby te obawy się sprawdziły, to AIDS w Afryce pochłonie kolejne miliony ofiar.

Sensacyjne brzmiące tezy będące owocem dziesięcioletnich badań amerykańskich uczonych (z pewnością następne dziesięciolecie przyniosą kolejne rewelacje) nie mogą jednak w żaden sposób oddalić podejrzenia, że wybór Afryki na „praojczyznę HIV” nie miał żadnych podstaw naukowych i był wyborem czysto propagandowo-politycznym. Ci, którzy wybrali Afrykę na „praojczyznę HIV”, wykorzystali fakt politycznej słabości państw afrykańskich i zależności elit afrykańskich od gospodarczej i finansowej pomocy z zewnątrz, aby narzucić „mit afrykańskiego początku” HIV jako tezę naukową. Albowiem równie dobrze można by argumentować, że wirus przedostał się z USA do Afryki – na przykład w plazmie lub krwi dostarczanych tam z Ameryki lub w wyniku seksualnej turystyki zarażonych gejów amerykańskich do Afryki.

Gdyby nawet przyjąć, że wirus „przeskoczył” z afrykańskich małp na ludzi, to przecież małpy z Afryki od bardzo dawna sprowadzane są do amerykańskich i europejskich ogrodów zoologicznych. Do laboratoriów sprowadzono dziesiątki tysięcy szympanasów, aby służyły jako zwierzęta doświadczalne, gdyż mają one najbardziej zbliżoną do człowieka strukturę genetyczną. Jeśli Afrykańczycy zarazili się od małp, bo Afrykańczycy i szympanasy „w jednym stoją domu”, to dlaczego nie zaraził się żaden z europejskich i amerykańskich uczonych, którzy od dawna eksperymentowali na małpach? Wielu ludzi w USA i Europie Zachodniej mogło, ale nie zaraziło się od afrykańskich małp: pracownicy instytutów badających małpy, pracownicy ośrodków, w których hoduje się małpy dostarczane potem naukowcom, pracownicy ogrodów zoologicznych i cyrków, treserzy małp, Tarzan, Jane, Ronald Reagan w *Bedtime for Bonzo* (1951) i inni aktorzy grający w filmach z małpami. W latach 20. zeszłego stulecia kilka tysięcy Europejczyków poddało się „kuracji odmładzającej”, która polegała na przeszczepieniu jąder szympanasich, i jakoś się nie zaraziło HIV (głównym bohaterem skandalu z małpimi jądrami był pochodzący z Rosji i działający we Francji lekarz-hochsztapler Serge Voronoff). Ale i później przeprowadzano w krajach zachodnich tzw. ksenotransplantacje np. szympanasich nerek.

Czy coś wyklucza możliwość, że ze sprowadzoną z Afryki szympanasica będącą „nosicielem” wirusa kopulował w San Francisco amerykański zoofil-heteroseksualista? Albo z zarażonym szympansem

amerykański zoofil-homoseksualista? Ale takiej możliwości, ani innych podobnych, nie bierze się w ogóle pod uwagę, zakładając milcząco, że żadna z tych małp nie była nosicielką wirusa. Dowodzi to, że geoepidemiologiczny wektor: Afryka → Zachód (Południe → Północ); mangaba rudoczelna/koczkodan → szympanś → Afrykańczyk → Haitańczyk → człowiek Zachodu przyjęty został na podstawie kalkulacji polityczno-propagandowych, a nie badań naukowych, które zastąpione zostały przez najbardziej niesamowite spekulacje i fantastyczne historie. Na przykład biolog molekularny prof. Paul Ewald z Amherst College (Mass.) uważa, że wirus przeskoczył z małp na ludzi i z powrotem z ludzi na małpy, z kolei prof. Harold Katner (choroby wewnętrzne) z uniwersytetu w Macon (Georgia) sądzi, że wirus przeskoczył nie z małp na ludzi, ale z ludzi na małpy (!). Gwoli sprawiedliwości dodajmy, że są uczeni, którzy w ogóle kwestionują tezę, że Afryka jest „praojczyzną HIV” – George Pankey, dyrektor wydziału chorób zakaźnych jednego z ośrodków medycznych w Nowym Orleanie wysunął hipotezę, że „hivopodobny” wirus przeskoczył na człowieka nie w Afryce, lecz w Europie Północnej, i nie z szympansa na człowieka, ale z owcy na człowieka!

Aby rozwiązać zagadkę, w jaki sposób małpi wirus przekroczył barierę gatunkową i „przeskoczył” na Afrykańczyków, podaje się, także na łamach czasopism naukowych takich jak „Lancet”, „New Scientist”, „Science”, „Nature” całe spektrum hipotez: polowanie na małpy i jedzenie (surowego lub niedogotowanego) małpiego mięsa, rytuały picia małpiej krwi, rytualne jedzenie małpiego mózgu, dawanie przez matki afrykańskie dzieciom do zabawy zamiast zabawek martwych małp (afrykańskie dzieci bawiące się gnijącymi ścierwami małp – cóż za horrorystyczne fantazje lęgną się w uczonych umysłach!), smarowanie małpią krwią okolic genitaliów, co ma służyć jako afrodyzjak, wcieranie małpiej krwi w rytualne nacięcia.

Jak na razie nikt nie wysunął hipotezy, że Afrykańczycy dzielili się z małpami strzykawkami i igłami lub pobierali szympanśom krew i wstrzykiwali ją sobie. Jeśli jednak, jak twierdzą naukowcy, HIV jest przekazywany w Afryce przede wszystkim drogą płciową, to czyż nie jest tu zawarta zawołowana sugestia, że Afrykańczycy zarazili się kopulując z małpami? I to kopulując wielokrotnie? Naukowe czasopisma zachowują w tej mierze ostrożność, ale na przykład „Daily Telegraph” z 17 maja 1999 roku, przy okazji omawiania kwestii AIDS, zamieścił list niejakiej Polly Kirk – pielęgniarki, która w latach 50. przebywała w Afryce. Siostra Kirk w swoim liście poinformowała czytelników o kopulowaniu Afrykańczyków z małpami, i taka hipoteza o seksualnej drodze „przeskoczenia” wirusa z małpy na człowieka łatwo może zostać zaakceptowana przez szerokie masy na Zachodzie, szczególnie, że słyszą one stale, iż afrykański HIV jest przenoszony przede wszystkim drogą płciową. Propaganda medialna gra dość subtelnie na rasistowskich stereotypach i tkwiących w podświadomości Amerykanów i Europejczyków negatywnych skojarzeniach: wirus przeskoczył z małpy najpierw na Murzyna, bo od małpy do Murzyna jest krótsza droga niż od małpy do Białego, Murzyn kopuluje z małpą, bo Murzyn jest ewolucyjnie zbliżony do małpy, Murzyn to efekt skrzyżowania małpy i człowieka etc. Zniesławia się Afrykańczyków, rzuca na nich oszczerstwa, rozpowszechnia kłamstwa

i wymyśli, aby tylko podtrzymać i utrwalić pseudonaukowy „mit afrykańskiego początku” śmiertelności wirusa i choroby, którą ma wywoływać. Dokonuje się stygmatyzacji całego kontynentu i jego mieszkańców, przedstawia Afrykę jako zagrożenie dla świata, gra na strachu przed Obcymi – „rodzicami” i nosicielami strasznego wirusa. Można jeszcze dodać, że cierpią też niewinne szympansy, które nie tylko męczone są i zabijane w laboratoriach dla celów naukowych i paranaukowych, ale jeszcze całkowicie niesłusznie obciąża się je winą za to, że zaraziły ludzkość strasznym wirusem, a przecież szympanse zaraziły się od koczokodanów i mangab rudoczelnych i to do nich powinniśmy mieć pretensje.

Podczas gdy w USA i w Europie wśród diagnozowanych jako chorzy na AIDS dominują mężczyźni i nadal ogranicza się on do kilku podstawowych grup ryzyka, „epidemia AIDS” w Afryce dotyka praktycznie w równym stopniu obie płci. Wolno domniemywać, że euroamerykański HIV nie darzy sympatią mężczyzn, szczególnie homoseksualistów, natomiast afrykański HIV nie ma żadnych uprzedzeń, jeśli chodzi o płeć i nie jest homofobem (euroamerykański HIV oszczędza kobiety, a szczególnie lesbijki, bo w tej grupie kobiet AIDS praktycznie nie występuje).

Według amerykańskich i europejskich badaczy fakt, że w Afryce AIDS dotyka w takim samym stopniu obu płci, to dowód na to, że HIV w Afryce przekazywany jest na drodze stosunków heteroseksualnych i wychodzi poza grupy wysokiego ryzyka – w tym sensie Afrykańczycy jako całość stanowią grupę wysokiego ryzyka. W USA i w Europie 80-90% zainfekowanych HIV stanowią mężczyźni (z których większość to homoseksualiści), w Afryce mężczyźni to 40-50% zainfekowanych, kobiety 50-60% zainfekowanych. Wyjaśnienia zadziwiającego faktu, że AIDS pojawił się w USA jako choroba mężczyzn-homoseksualistów, ale ma afrykańską genezę i jest w Afryce dotykającą miliony ludzi epidemią przeroszoną na drodze stosunków heteroseksualnych, trzeba z konieczności szukać w seksualnych obyczajach Afrykańczyków. Wniosek jest zatem oczywisty: za rozszerzenie się epidemii AIDS w Afryce odpowiedzialny jest nadzwyczajny promiskuityzm jej mieszkańców, ich „animalizm”, nieokiełznane seksualne żądze i ekscesy, niezwykle praktyki seksualne, przemoc seksualna, gwałty etc. Jeśli bowiem, jak twierdzą badacze, dla transmisji wirusa od mężczyzny do kobiety potrzeba przeciętnie 1000 stosunków seksualnych, a dla transmisji od kobiety do mężczyzny kilka tysięcy, to oznacza to, że w Afryce trwa nieustanna seksualna orgia. Także i w tym przypadku mamy odwołanie się do kolonialno-rasistowskich stereotypów o „opętanych seksem dzikusach”, przypisywanie afrykańskim wieśniakom stylu życia i obyczajów panujących w części środowiska Hollywoodu albo w subkulturach gejowskich z San Francisco. Zważmy: tu nie mówi się o subkulturze gejowskiej i jej seksualnych ekscesach, nie o prostytutkach z Nowego Jorku, ale o zachowaniach seksualnych przeciętnego Afrykańczyka! Nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia nie z rzetelnym obrazem obyczajów i zachowań w Czarnej Afryce, lecz z postkolonialną rasistowską fantasmagorią o dzikusach organizujących wyuzdane orgie seksualne.

Na marginesie dodajmy, że według niektórych badaczy największy seksualny promiskuityzm charakteryzuje mieszkańców Stanów Zjednoczonych, podczas gdy w wielu afrykańskich społecznościach i grupach plemiennych obyczaje i praktyki seksualne są restryktywne i konserwatywne, co nie oznacza, że Afryki, szczególnie wielkich miast afrykańskich, nie objęła „rewolucja obyczajowa” ostatniego półwiecza, a plemienne obyczaje nie uległy osłabieniu w wyniku wielu negatywnych czynników społecznych i politycznych, o których piszemy niżej.

Podobnie jak to ma miejsce w przypadku mitologii afrykańskiej genezy HIV, teza o heteroseksualnych stosunkach jako drodze przenoszenia się HIV zniesławia Afrykańczyków, krzywdzi absurdalnymi i oszczerczymi opiniami i nie jest niczym innym jak kłamstwem, bazującym na rasistowskich i ksenofobicznych uprzedzeniach. Dotyczy to, niestety, także zdecydowanych przeciwników wszelkich form ideologicznego i mentalnego rasizmu. Stają się oni, chcąc nie chcąc, zaciekłymi rasistami z chwilą akceptacji paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”. Albowiem nie da się inaczej wyjaśnić wysokiej liczby zakażonych w Afryce, jak tylko poprzez niesłychany seksualny promiskuityzm „czarnych dzikusów i dzikusiek”, którzy będąc nosicielami wirusa, spółkują ze sobą jak szaleni. Gotowość do akceptacji tych piramidalnych nonsensów ma być może swoje źródło w podświadomych impulsach seksualnych u męskich przedstawicieli białej klasy średniej USA i Europy, w ich wyobrażeniach na temat egzotycznych zachowań seksualnych, w stłumionych tęsknotach za udziałem w orgiach, w zazdrości wobec „obdarzonych nienasyconym apetytem seksualnym i potencją dzikusów z gigantycznymi czarnymi penisami”. Towarzyszy temu fantazja o AIDS jako o karze dotyczącej Afrykańczyków za rozpustę, co jest prawdopodobnie formą projekcji: ponieważ biali Amerykanie i Europejczycy mają poczucie winy za kolonializm, niewolnictwo, rasistowską przemoc wobec Czarnych, za tragiczny los dzisiejszej Afryki, dlatego pragną od tego poczucia uwolnić się w ten sposób, że winę przerzucają na samych Afrykańczyków, którzy mieliby się dobrze, gdyby tylko się poprawili, porzucili niemoralny tryb życia i żyli jak „cywilizowani ludzie”.

Rosalind i Richard Chirimuuta w swojej książce *AIDS, Racism and Africa* (Londyn 1998) napisali: „Pokazaliśmy, w jaki sposób rasizm kieruje badaniami AIDS. Co więcej, problem nie polega po prostu na subiektywnych uprzedzeniach indywidualnych badaczy AIDS, ale na rasistowskim światopoglądzie, który współgra z materialnymi interesami instytucji badawczych i rządów zachodnich, które je finansują”. Podobnie Susan Sontag uważa, że większość teorii na temat geograficznego pochodzenia AIDS ma swoje źródło w rasowych stereotypach. Wypada zgodzić się z tym całkowicie, i dodać, że wszystkie oszczercze, zrodzone z ducha rasizmu wyjaśnienia „afrykańskiego AIDS” można spokojnie porzucić, jeśli tylko uzna się za błędny paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”.

3.2. Wirtualna epidemia

Jeśli przyjmiemy, że paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” jest fałszywy, to musimy odpowiedzieć sobie na pytanie, co właściwie kryje się za „afrykańskim AIDS”, o którym tyle czytamy w gazetach. Na początek należy stwierdzić, że wszelkie dane statystyczne na temat „afrykańskiego AIDS” pochodzące zarówno od instytucji międzynarodowych typu agendy ONZ, jak i te pojawiające się na łamach fachowych czasopism i w mediach, nie mają żadnego odniesienia do rzeczywistości. Opierają się one nie na liczeniu rzeczywistych chorych i zmarłych, ale na matematycznych projekcjach i ekstrapolacjach, na komputerowych symulacjach i manipulacjach ułatwionych z tego powodu, że w większości krajów Afryki subsaharyjskiej zgonów nie dokumentują ani władze państwowe, ani szpitale, rzadko dokonuje się tam rzeczywistych autopsji zastępując je „autopsją werbalną”, rzadko wystawiane są świadectwa zgonu. Ze wszystkich zgonów na świecie około 30% jest dobrze medycznie zweryfikowanych, w Afryce subsaharyjskiej rejestracja i weryfikacja medyczna zgonów jest najniższa na świecie i wynosi 1,1%. Statystyki rządowe na temat chorób nie są prowadzone w ogóle albo są bardzo niedokładne: nie wiadomo, ilu ludzi umiera ani na co umiera, ba, nie wiadomo nawet, ile rodzi się dzieci i jaka jest dokładna liczba ludności w poszczególnych krajach. Nie wiemy na przykład, czy w Nigerii żyje 120 mln ludzi czy może 160 mln, bo spis powszechny nie był tam przeprowadzany od pół wieku.

Nie ma żadnych możliwości, aby dokładnie ustalić, ilu ludzi jest „seropozytywnych”, ilu choruje i umiera na AIDS, jakie są proporcje pomiędzy obiema grupami, nie wiadomo, jaka jest ogólna śmiertelność, jakie są prawdziwe przyczyny śmierci. W ogóle wszelkie dane statystyczne dotyczące Afryki subsaharyjskiej są problematyczne, trudno weryfikowalne, szacunkowe i niedokładne (odnosi się to oczywiście również do danych statystycznych podawanych niżej). Daje to pole do dużej kreatywności w dziedzinie statystyki.

W przypadku „afrykańskiego AIDS” mamy do czynienia z istną dżunglą statystyk, często wzajemnie sprzecznych, implikujących całkiem inne wnioski w zależności od tego, kto, kiedy i po co ich używa. Testy na wykrycie przeciwciał HIV przeprowadza się często w klinikach położniczych, choć wiadomo, że ciąża może dawać „pozytywny” wynik testu, następnie wyniki testów u ciężarnych kobiet ekstrapoluje się na całą populację. Dokonuje się multiplikacji przypadków zdiagnozowanych jako AIDS, aby otrzymać „rzeczywistą” liczbę, stale rośnie w statystykach udział przypadków niezgłoszonych, których liczby w żaden sposób nie można nawet w przybliżeniu oszacować. Statystyki są niejasne, czasami podaje się udział chorych w całej populacji, czasami w grupie od 0 do 49 lat, czasami tylko w populacji dorosłych od 15 do 49 lat. Statystyki „afrykańskiego AIDS” są wynikiem manipulacji nazywanej przez matematyków „black boxing”: wrzuca się różne dane do „czarnej skrzynki” i wyciąga z niej takie, które są użyteczne. A czasami wychodzą rzeczy co najmniej

dziwne. Na przykład w 2000 roku prezydent Botswany Mogae stwierdził w związku z AIDS, że jego kraj zagrożony jest wymarciem (jako ciekawostkę podajmy, że w Botswanie organizuje się wybory Miss HIV). Kiedy jednak porównano dane statystyczne Centralnego Urzędu Statystycznego Botswany z tymi, które podają WHO i UNAIDS, to wyszło, że liczba zgonów na 1000 mieszkańców jest tak niska, iż ludność Botswany jest prawie... nieśmiertelna. Okazało się poza tym, że według CUS średnia długość życia w Botswanie wynosi 67,6 lat, a według WHO o 20 lat mniej!

Statystyki na temat AIDS w Afryce nie powstają na miejscu, ale w 90% tworzone są na komputerach w siedzibie WHO w Genewie i w biurach UNAIDS. Jeśli ktoś sądzi, że liczba kilkunastu milionów Afrykańczyków zmarłych na AIDS to liczba policzonych ciał zmarłych nosicieli HIV, ten się głęboko myli, gdyż te miliony zmarły tylko „teoretycznie” – oczywiście wielu z nich zmarło naprawdę gdzieś na afrykańskich bagnach czy w glinianych chatach i barakach z blachy rozciągających się wokół wielkich miast. Ale ich prawdziwa śmierć i genewskie statystyki nie mają ze sobą nic wspólnego.

Nawet w najbardziej rozwiniętym kraju Afryki – Republice Południowej Afryki statystyki nie są w pełni wiarygodne. Wykładowca historii Afryki na kalifornijskim uniwersytecie stanowym w Chico prof. Charles Gesheker rozmawiał pod koniec lat 90. z południowoafrykańskim specjalistą od spraw AIDS Alanem Whitesidem z Uniwersytetu w Natalu i zapytał go o szczegóły na temat 100 000 zmarłych na AIDS w tym roku, na to Whiteside uśmiechnął się i odpowiedział: „Nie mamy takich statystyk. One nie istnieją”. Ale UNAIDS ma statystyki dotyczące AIDS w RPA. W 2002 roku południowoafrykański pisarz i dziennikarz piszący dla amerykańskiej i brytyjskiej prasy Rian Malan w rozmowie z wysokim funkcjonariuszem UNAIDS doktorem Bernhardem Schwartzlanderem zapytał go, jak wyjaśni fakt, że w poprzednim roku w RPA zarejestrowano ogółem 457 000 zgonów zaś UNAIDS podał, że w tym samym roku w RPA zmarło na AIDS 400 000 osób, z czego wynikałoby, że ze wszystkich innych przyczyn poza AIDS zmarło tylko 57 000 ludzi. Dr Schwartzlander tego statystycznego absurdu nie potrafił wyjaśnić, stwierdził jedynie, że dane UNAIDS to tylko szacunki, ale że za 10 lat „będziemy wiedzieć wszystko”. Zapewne „za 10 lat” oznacza w tym przypadku tyle co „na św. Nigdy”.

Nie istnieją żadne wiarygodne statystyki na temat AIDS w Afryce. Ale ten, kto kwestionuje dane produkowane w Genewie, ten, jak Rianowi Malanowi oświadczył mikrobiolog z uniwersytetu kapsztadzkiego Ed Rybicki, popełnia mord(!). Ale Malan nie poddał się moralnemu szantażowi dra Rybickiego i zbadał sytuację w RPA, a to, co wyszedł, opisał na łamach znanego magazynu „Rolling Stone” (grudzień 2001). Będąc człowiekiem pomysłowym, postanowił zacząć od zakładów pogrzebowych, bo, jak logicznie wydedukował, skoro od 1996 do 1999 roku na komputerach w Genewie liczba zmarłych na AIDS w RPA wzrosła trzykrotnie, to taki wzrost zgonów powinien wywołać doskonałą koniunkturę dla zakładów pogrzebowych i dla producentów trumien, a zarazem trudności z zaspokojeniem nagle zwiększonego popytu na usługi pogrzebowe. Malan skontaktował się z trzema największymi w RPA producentami trumien. Wszyscy trzej stwierdzili, że na rynku panuje

zastój, o żadnej lepszej koniunkturze nie ma mowy, interes się wprawdzie jakoś kręci, ale bez rewelacji. Właściciel firmy B&A Coffins nazwiskiem Schwegman powiedział Malanowi, zapewne rozgoryczony i zawiedziony: „Według tego, co piszą w gazetach, powinniśmy być zasypywani zamówieniami, ale nic takiego się nie dzieje. Co to znaczy? Nie mam zielonego pojęcia”.

Malan dowiedział się, że w murzyńskich dzielnicach działają półlegalne przedsiębiorstwa pogrzebowe, które kupują trumny na czarnym rynku. Jednak okazało się, że te „czarne” firmy nie istnieją, bo splajtowały. To niepojęte: według genewskich statystyk stopa śmiertelności w RPA w ostatnim dziesięcioleciu prawie się podwoiła, ale na biznes pogrzebowy nie miało to jakiegokolwiek korzystnego wpływu! Malan napisał, że sprawa staje się coraz bardziej zagadkowa: człowiek dowiaduje się z gazet, że umiera o wiele więcej ludzi niż wcześniej, potem patrzy na zamknięty z powodu słabej koniunktury warsztat stolarza robiącego trumny i niczego nie rozumie. I nic dziwnego, że nie rozumie. Zrozumie wtedy, kiedy przestanie wierzyć, że wszystko to, co piszą w gazetach, jest prawdą.

Inny przykład statystycznych manipulacji to prezentowanie Afryki jako kontynentu, po którym blakają się miliony dzieci osieroconych przez rodziców zmarłych na AIDS. Według ostatniego raportu UNAIDS, opublikowanego w tym roku, liczba dzieci, którym co najmniej jedno z rodziców zmarło na AIDS, sięga 12 milionów. Szefowa UNICEF-u Carol Bellamy doliczyła się na świecie 15 milionów sierot, którym jedno lub oboje rodziców zmarło na AIDS, i postawiła prognozę, że w 2010 roku w samej Afryce subsaharyjskiej będzie żyć 50 mln sierot, z których ponad jedna trzecia straci jednego bądź oboje rodziców z powodu AIDS. Pomijamy tu fakt, że media zawsze mówią „sieroty”, choć w Europie czy USA, dziecko, któremu zmarło jedno z rodziców nazywane jest „półsierotą” – według definicji ONZ sierotą jest dziecko, któremu umarła matka, ale np. w Ugandzie także dziecko, któremu umarł tylko ojciec.

Rzecz jasna, żeby policzyć (czego przecież nikt nie zrobił) sieroty, którym rodzice zmarli na AIDS, trzeba najpierw założyć, że zmarli oni na AIDS, a tego nie wiemy. Uwzględnić należy fakt, że średnia płodność wśród afrykańskich kobiet to ponad pięcioro dzieci, a średnia życia kobiet wynosi ok. 50 lat, nie jest zatem niczym dziwnym, że jest w Afryce duża liczba dzieci, których matki umarły, zanim osiągnęły one wiek szkolny. W wielu przypadkach jedno z rodziców lub oboje są nieobecni, co nie znaczy, że nie żyją – nieobecność jednego z rodziców nie jest w Afryce subsaharyjskiej zjawiskiem wyjątkowym, lecz powszechnym. Na tym przykładzie widać wyraźnie, jak wielki jest rozróżnienie pomiędzy skomplikowanym obrazem rzeczywistości a mającymi wywołać emocjonalne reakcje statystycznymi sloganami o „milionach dzieci, którym rodzice zmarli na AIDS”, pojawiającymi się w mediach i w przemówieniach polityków. Wszystko to nie oznacza oczywiście, że dzieci w Afryce nie tracą rodziców, tyle tylko, że nie z powodu śmiertelności wirusa. Wojny, krwawe przewroty, konflikty etniczne, nędza, głód, przemoc są wystarczającym wyjaśnieniem sieroctwa.

Przy rozpatrywaniu kwestii „afrykańskiego AIDS” należy uwzględnić dwa fakty o zasadniczym znaczeniu: 1 – w Afryce tylko w niewielkim zakresie stosuje się testy na wykrycie przeciwciał HIV, 2 – w Afryce obowiązuje inna niż przyjęta w USA i Europie definicja AIDS.

Testy na wykrycie przeciwciał obejmują m.in. kobiety ciężarne przebywające w szpitalach położniczych, pewne wybrane dla celów badawczych i statystycznych grupy itp. Stosowane są testy najtańsze, najmniej wiarygodne, nie są one kilkakrotnie powtarzane tak jak to dzieje się w USA czy w Europie i, co oczywiste, nie uwzględnia się faktu, że wynik pozytywny testu mogą dać infekcje bakteryjne i pasożytnicze, malaria, gruźlica, żółtaczkę B, trąd, malaria i inne choroby, jak i obecność białka z brudnych strzykawek czy zanieczyszczonej krwi. Także ciąża może wywołać taką samą reakcję immunologiczną – może dlatego w maleńkim Suazi, jak podaje najnowszy raport UNAIDS, aż 39% kobiet w ciąży „nosi w sobie wirusa”. Ponieważ podaje się równocześnie, że w Suazi jest ogólnie 38,8% zarażonych, to być może mamy do czynienia z prostą ekstrapolacją liczby kobiet ciężarnych, u których testy wykazały obecność przeciwciał HIV, na całą dorosłą populację.

O ile w USA i w Europie AIDS jest diagnozowany wówczas, kiedy w organizmie człowieka test wykryje obecność przeciwciał HIV, to w Afryce ta zasada nie obowiązuje. De facto mamy zatem do czynienia z „podwójną epidemią” – inną w USA i w Europie, inną w Afryce. „AIDS w Afryce” to inny AIDS niż w USA i Europie, to dwie różne choroby (raczej: różne syndromy) i dwa różne zachowujące się wirusy. Do około 1985 roku afrykański wirus HIV zachowywał się tak samo jak wirus w USA i w Europie Zachodniej, a potem „zmutował” w to, czym jest dzisiaj, ale „zmutował” tak tylko w Afryce, a nie „zmutował” w taki sam sposób w USA i w Europie. Ten „podtyp” wirusa w przeciwieństwie do tego, który w 1980 roku zawędrował przez Haiti do USA, ogranicza się do Afryki i już nie rozprzestrzenia się poza jej obszar.

Zauważmy: 200 mln ludzi lata rocznie samolotami, część tych lotów to loty pomiędzy Afryką i bogatszymi krajami, część z ludzi, którzy latają na tych trasach, ma kontakty seksualne poza swoimi krajami, a nam każe się wierzyć, że po ponad 20 latach aktywności jeden szczep wirusa pozostał w biednej Afryce, a inny w bogatych USA?

Specyfika owego afrykańskiego wirusa HIV i wywoływanego przezeń AIDS polega na tym, że jest on, jak pisaliśmy wyżej, przekazywany przede wszystkim na drodze stosunków heteroseksualnych, zakażenia rozkładają się po równo na obie płci (z lekką przewagą kobiet), nie wyróżniają się tu klasyczne grupy wysokiego ryzyka takie jak mężczyźni homoseksualiści i narkomani dożylni, wirus jest przekazywany łatwiej, postęp infekcji i choroby jest szybszy, czas od zakażenia do wystąpienia objawów lub śmierci jest krótszy, kliniczne symptomy „afrykańskiego AIDS” są inne niż AIDS w USA i Europie. Innymi słowy, „afrykański AIDS” ma swoją własną, odrębną definicję.

We wrześniu 1985 roku w Bangui (Republika Środkowoafrykańska) odbyła się konferencja Światowej Organizacji Zdrowia, na której przyjęto obowiązującą w Afryce definicję AIDS (nazywaną

od tamtej pory definicją z Bangui). Według tej, przyjętej na mocy „konsensusu”, definicji w Afryce nie jest konieczne przeprowadzenie testu na obecność przeciwciał HIV, aby u chorego zdiagnozować AIDS. Przyjęcie definicji z Bangui potrzebne było ze względów instytucjonalnych: dla potrzeb statystyki i jako podstawy dla podjęcia najrozmaitszych działań. Aby działać, „trzeba liczyć przypadki AIDS”, ale jak liczyć przypadki, skoro nie jest możliwe przeprowadzanie testów i nie wiemy do końca, na co ludzie chorują i na co umierają. Stworzono zatem definicję kliniczną, czyli zbiór kryteriów, jakie stosuje lekarz, aby rozstrzygnąć, czy ktoś jest chory na AIDS czy też nie. Wreszcie można było w ogóle zacząć cokolwiek liczyć.

Według definicji z Bangui człowiek choruje na AIDS, jeśli występują u niego łącznie co najmniej dwa z trzech objawów głównych i jeden z objawów dodatkowych. Objawy główne u dorosłych to gorączka trwająca ponad miesiąc (stałe lub z przerwami), utrata co najmniej 10% wagi, chroniczna biegunka, zaś objawy dodatkowe to m.in. stały suchy kaszel dłuższy niż miesiąc, zagrzybienie jamy ustnej i przełyku, opryszczka, ogólne powiększenie węzłów chłonnych. U dzieci diagnozuje się AIDS na podstawie symptomów głównych, takich jak utrata wagi lub spowolniony wzrost, gorączka trwająca dłużej niż miesiąc, chroniczna biegunka występująca dłużej niż miesiąc oraz objawów dodatkowych – m.in. infekcje typu zapalenie uszu, ogólne powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie błony śluzowej w gardle, zagrzybienie w jamie ustnej i w przełyku, stały kaszel. Poza tym w Afryce mięsak Kaposiego i kryptokokozja opon mózgowych same wystarczają dla zdiagnozowania AIDS.

Definicja AIDS w Afryce jest arbitralna, amorficzna, mglista i mętna. AIDS, definiowany w USA i Europie jako syndrom bez własnych samoistnych symptomów, jest diagnozowany w Afryce właśnie na podstawie „symptomów”. Oczywiście twórcy definicji zakładają, że powyższe symptomy nie mają innej przyczyny. Innymi słowy, cała diagnoza polega na tym, żeby stwierdzić, czy u chorego występują przyjęte w definicji objawy, następnie zbadać, czy nie mają one innych przyczyn. Jeśli nie mają, to z definicji chodzi o zarażenie HIV. Problem polega na tym, że aby wykluczyć to, czy dane objawy są objawami tej choroby, którą zdefiniowaliśmy na ich podstawie, a nie jakiejś innej, musielibyśmy to stwierdzić za pomocą dokładnych badań i dłuższej obserwacji. Czyli nie stosujemy testów, bo są zbyt kosztowne, ale mamy postawić zróżnicowaną i kosztowną diagnozę, aby stwierdzić to, co powinniśmy stwierdzić za pomocą tych testów. Jest rzeczą oczywistą, że założenie, iż należy wykluczyć inne przyczyny wystąpienia objawów podanych w definicji z Bangui, musiało w niej zostać umieszczone, gdyż bez niego byłaby ona zupełnie bezwartościowa, ale jest ono założeniem czysto teoretycznym i w praktyce nie ma żadnego znaczenia.

Redefinicja AIDS dokonana w Bangui opublikowana została w 1986 roku w biuletynie WHO „Weekly Epidemiological Record”, w biuletynie CDC „Morbidity and Mortality Weekly Report” oraz w „Science” (21 listopada 1986), jednak media podając statystyki AIDS w Afryce o tym nie wspominają. Wyznaczająca trendy w kwestii AIDS gazeta „New York Times” głównym reporterem ds. AIDS uczyniła Lawrence’a Altmana, który był wcześniej urzędnikiem w dziedzinie zdrowia

publicznego i pracował dla Epidemic Intelligence Service przy CDC. To on w 1981 roku napisał w „NYT” pierwszy artykuł o AIDS, i to on w listopadzie 1986 roku napisał dwa duże reportaże na temat AIDS w Afryce, ale jakoś „zapomniał” poinformować czytelników, że w Afryce nie potrzeba testów, aby kogoś uznać za chorego na AIDS.

Gdyby jakiś lekarz w Europie lub w USA zdiagnozował AIDS na podstawie kryteriów stosowanych w Afryce, musiałby się liczyć ze sprawą sądową lub z zakazem wykonywania zawodu. Ani w USA, ani w Europie nie można zdiagnozować kogoś jako chorego na AIDS tylko na podstawie symptomów, bez przeprowadzenia wielokrotnych testów na obecność przeciwciał HIV, w Afryce jest to norma. Gdyby z kolei przyjęto, że na AIDS chory jest wyłącznie ten, kto jest diagnozowany na podstawie kryteriów obowiązujących w USA czy w Europie, to epidemia AIDS w Afryce natychmiast by znikła (byłby to jeszcze jeden przykład „kreatywnej księgowości”, która niepodzielnie panuje przy produkowaniu statystyk AIDS na świecie).

Definicja z Bangui jest tak mało precyzyjna, że można według potrzeb i woli najrozmaitsze zjawiska chorobowe diagnozować jako AIDS i następnie ujmować je statystycznie, przy czym statystyki wyliczane są według różnych wariantów definicji z Bangui, gdyż nie jest ona wcale jednolita we wszystkich krajach afrykańskich – tak naprawdę liczy się więc różne rzeczy, ale mimo to się je sumuje tak jakby należały do jednej kategorii, a potem sumuje się przypadki AIDS w Afryce i przypadki AIDS w Europie i USA, choć są to w istocie dwie różne choroby, gdyż mają różne definicje (AIDS jest chyba pierwszym przypadkiem w nosologii, że dwie różnie definiowane choroby posiadają taką samą nazwę).

W Afryce stosuje się trzy główne definicje AIDS, a ogólna definicja AIDS z Bangui ma tendencję do rozpadania się na lokalne warianty, coraz bardziej dowolne i niejasne, poszczególne państwa afrykańskie tworzą własne definicje tak szerokie, że wszystko można zaklasyfikować jako AIDS. Często jako AIDS rejestruje się przypadki, które nie spełniają nawet tych bardzo rozluźnionych kryteriów. Mogą być ludzie „seropozytywni”, którzy nie spełniają definicji z Bangui, mogą być „seronegatywni”, którzy spełniają tę definicję. Rząd Ugandy zredefiniował AIDS w ten sposób, że ten kto ma gruźlicę, ten ma AIDS, w Tanzanii wystarczy jeden symptom zawarty w definicji z Bangui, aby lekarz uznał kogoś za chorego na AIDS. Może być po prostu tak, że lekarz jest przekonany, iż pacjent choruje na AIDS, i to wystarcza.

Adam Leszczyński w swojej książce *Naznaczeni. Afryka i AIDS* cytuje mieszkańca RPA opiekującego się chorymi na AIDS: „Dlatego trafiają do nas na przykład ludzie, którzy szybko chudną, więc podejrzewamy, że mają AIDS. Nie robimy im testów, a na tych wystarczy popatrzeć, żeby wiedzieć, na co chorują”. Po prostu wystarczy popatrzeć, żeby wiedzieć.

W przypadku Afryki widać jasno, że to nie zjawisko AIDS rodzi swoją definicję, ale przyjęta definicja AIDS rodzi nową chorobę. Dzięki temu można się nią swobodnie posługiwać i wykorzystywać przy

nakręcaniu statystycznej inflacji AIDS w Afryce.

Małżeństwo lekarzy Philippe i Evelyne Krynen z francuskiej organizacji humanitarnej PARTAGE realizowało w latach 90. duży projekt w Kagera (Tanzania) obejmujący głównie osierocone dzieci. Po kilku latach pobytu w Tanzanii Krynenowie na podstawie własnych obserwacji i doświadczeń doszli do wniosku, że rozpowszechniane w USA i w Europie dane statystyczne na temat AIDS w Afryce to „czyste kłamstwa”. Krynenowie tłumaczą zachowanie Afrykańczyków: „Jeśli powiesz, że twój ojciec zginął w wypadku samochodowym, to masz pecha, ale jeśli powiesz, że zmarł na AIDS, to są instytucje i organizacje, które ci pomogą”; „Kiedy ludzie umierają na malarię, nazywa się to AIDS. Kiedy umierają na opryszczkę, nazywa się to AIDS. Widzieliśmy ludzi, którzy zmarli w wypadkach i to zostało przypisane AIDS”. Spotkani przez Krynenów ludzie mówili, że wszyscy umierają na „Slim”: „Kiedy ktoś umiera, nazywamy to Slim, czyli AIDS”. W Ugandzie kursuje dowcip, że nie wolno umrzeć na nic innego tylko na AIDS, z tego kraju pochodzi też anegdota o człowieku, który został przejechany przez samochód. Co stwierdził lekarz? Samobójstwo na tle załamania psychicznego po tym, jak dowiedział był pieniądze – nowo wybudowana klinika, nowe mercedesy zaparkowane na dziedzińcu, nowoczesne urządzenia do testowania, wysokopłatne posady, międzynarodowe konferencje”.

Naukowcy, lekarze, badacze, funkcjonariusze fundacji, organizacji „pozarządowych”, kościołów i instytucji międzynarodowych są rodzajem turystów, którzy przyjeżdżają do Afryki na safari (polowanie na wirusa) i zostawiają dewizy w krajach afrykańskich. Afrykańczycy muszą znosić tę „inwazję”, która zarazem jest dla nich źródłem dochodów. Im więcej infekcji w jakimś kraju, tym więcej „virus hunters” przyjeżdża na safari, tym więcej projektów jest realizowanych, tym więcej dolarów czy euro przepływa głównie do członków elit tych krajów, tym więcej jest dla nich posad i dobrze płatnych „jobs” (w Rwandzie afrykański „doradca w sprawach AIDS” zarabia 20 razy tyle co nauczyciel).

Istnieją zatem bodźce, by nazywać wszystko AIDS, bo to przyciąga fundusze, podczas gdy tradycyjne choroby jak gruźlica czy malaria są mniej atrakcyjne pod względem finansowym. Do stałego zawyżenia statystyk AIDS w Afryce przyczyniają się zarówno interesy funkcjonariuszy organizacji międzynarodowych, lokalnych elit, jak i zwyczajnych ludzi, którzy poprzez AIDS chcą mieć dostęp do takich czy innych dóbr i środków.

Słabość polityczna, gospodarcza, medialna krajów afrykańskich powoduje, że przyjmują one bez sprzeciwu koncepcje i definicje wypracowane przez bogatych i potężnych, ich elity „podłączają się” do strumienia funduszy płynących z zewnątrz i uczestniczą w historycznej propagandzie, która, jak pisaliśmy wyżej, opiera się na zniesławiających Afrykańczyków założeniach. Dla elit krajów afrykańskich AIDS jest instrumentem wywoływania współczucia u tzw. światowej opinii publicznej, ściągania pomocy finansowej i przechwytywania jej znaczącej części dla siebie. Oczywiście nie jest to

sprawa taka prosta, np. te kraje, które pragną przyciągnąć turystów, nie mogą prezentować równocześnie same siebie jako siedliska „zarazy”, żeby ich nie odstraszać (najbardziej jaskrawym przykładem jest kraj z innego kontynentu – Tajlandia, która żyje z turystyki i „seksurystryki”, więc nie dziwne, że „zwyciężyła” AIDS). Przed takimi i wieloma innymi dylematami związanymi z AIDS stoją rządzący w krajach afrykańskich. Statystyki AIDS to dla nich instrument osiągania określonych korzyści, i dopasowywane są przez nich – na tyle, na ile mogą oni mieć na to wpływ – do przyjętego sposobu rozwiązywania konkretnych kwestii: jakie ustalić priorytety budżetowe, jak dzielić pieniądze, jak osiągnąć redukcję długów w zamian za „przeznaczenie zaoszczędzonych środków na zwalczanie AIDS” (co nie oznacza, że „zaoszczędzone środki” rzeczywiście zostaną na ten akurat cel przeznaczone) etc., etc.

Elity afrykańskie korzystają finansowo z „epidemii AIDS”, zarabiają na „virus hunters”, ale muszą godzić się na to, że ich politykę zdrowotną, oświatową, kulturalną określają funkcjonariusze międzynarodowych organizacji i instytucji. Aby móc „utrzymać się z AIDS”, muszą akceptować fakt, że Afryka staje się terytorium testowania leków i szczepionek, jej mieszkańcy obiektem badań, obszarem „dobrego sumienia” dla wielu instytucji charytatywnych (w połowie lat 90. w Ugandzie było zarejestrowanych 4000 organizacji zajmujących się zwalczaniem AIDS), zaś jej mieszkańcy obiektem badań, eksperymentów medycznych, studiów i spekulacji. Ten stan rzeczy musi się jak najszybciej zmienić.

3.3. Prawdziwe przyczyny kryzysu zdrowotnego w Afryce

Cała medialna propaganda o „afrykańskim AIDS” zbierającym ponure żniwo śmierci zaciemnia rzeczywistą sytuację na kontynencie, dostarcza fałszywych jej wyjaśnień i usprawiedliwień, kamufluje prawdziwe przyczyny tragedii wielu krajów afrykańskich. Mimo że horrorystyczne scenariusze epidemii AIDS istnieją wyłącznie w głowach statystyków, funkcjonariuszy i dziennikarzy, nie oznacza to przecież, że w Afryce żyje się długo i dostatnio, wręcz przeciwnie – sytuacja jest zła i wolno mówić o kryzysie zdrowotnym kontynentu, choć pamiętać należy również o tym, że Afryka to potężny, niejednorodny, zróżnicowany kontynent pełen niesłychanych kontrastów – sama Afryka subsaharyjska liczy 650 milionów ludzi, żyje tam 2300 plemion w 53 bardzo różniących się od siebie państwach z własnymi historiami, problemami i nadziejami.

Stwarzany przez mass media obraz Afryki jako Parku Narodowego AIDS, jako wielkiego słonia chorego na AIDS jest całkowicie fałszywy. To zastrzeżenie jest potrzebne, gdyż AIDS w Afryce został wystylizowany przez media na megakatastrofę przesłaniającą wszystkie inne problemy, na przyczynę całego zła. „AIDS i Afryka” jest nadrzędną sloganową zbitką redukującą całą skomplikowaną sytuację do prostego wszechwyjaśniającego schematu, który przesłania prawdę o

rzeczywistych źródłach kryzysu Afryki. Kiedy tylko „epidemię AIDS” umieści się w szerszym historycznym, polityczno-socjalno-ekonomiczno-ekologiczno-zdrowotnym kontekście, ujawni ona swoją iluzoryczną naturę, stanie się całkowicie wyjaśnialna bez konieczności odwoływania się do fałszywego modelu „HIV = AIDS = Śmierć”.

Obecny kryzys Afryki jest efektem i świadectwem klęski polityki społeczno-ekonomicznej ostatnich dziesięcioleci prowadzonej z jednej strony przez elity afrykańskie, a z drugiej przez elity USA i Europy Zachodniej. Afryka była bowiem dla jednych i dla drugich terenem inżynierii ekonomicznej, socjalnej i ekologicznej, której niszczące skutki dzisiaj się ujawniają w całej pełni.

„Zielona Rewolucja”, lansowana przez ekspertów od pomocy i organizacje międzynarodowe, polegała na wprowadzeniu przemysłowych metod w rolnictwie w celu zwiększenia plonów. Za kredyty z Banku Światowego siano wysoko wydajne gatunki (ryż, kukurydzę, pszenicę), importowano nawozy sztuczne, budowano pompy motorowe i zapory wodne. Doprowadzono do spadku poziomu wód gruntowych, następowało zasolenie gleby, wysychały rzeki i spłycały się zbiorniki wodne, a kredyty pozostawały niespłacone. Zaciągano następne kredyty, wiercono jeszcze głębsze studnie artezyjskie, nawadniano nowe obszary uprawne i tak dalej. Dzięki wodzie ze studni artezyjskich hodowcy zwiększali pogłowie bydła, następowało tzw. nadwypasanie powodujące erozję gleby, jej stepowanie i pustynnienie, co w rezultacie przynosiło braki żywności czy wręcz klęski głodu. Do skutków rabunkowej gospodarki lasów tropikalnych w czasach kolonialnych doszła błędna polityka rolna na obszarach sawann. W ramach industrializacji i chemizacji rolnictwa stale rósł w Afryce import niskiej jakości (niekiedy zakazanych na Zachodzie ze względu na normy ochrony środowiska) pestycydów, herbicydów i innych środków chemicznych przeciw bakteriom, grzybom, robakom, ślimakom, gryzoniom, przynosząc fatalne skutki dla środowiska naturalnego i co za tym idzie pogorszenie sytuacji zdrowotnej.

Sytuację, do jakiej doprowadziły ekonomiczno-ekologiczne eksperymenty w Afryce, najlepiej ilustruje przykład Jeziora Wiktorii. Jezioro Wiktorii – trzecie co wielkości słodkie jezioro świata liczące ok. 70 000 kilometrów kwadratowych, zaopatruje w wodę od 10 do 30 milionów ludzi, posiada wielkie zasoby rybne, których biomasa jest oceniana na 80 000 ton, i było zawsze ważnym źródłem żywienia okolicznych krajów. W latach 50. i 60. zeszłego wieku europejscy „eksperci” wpuścili do jeziora okonie nilowe. Ten projekt wspierany przez Światową Organizację Wyżywienia (FAO) miał polepszyć zaopatrzenie ludności w białko.

Okonie nilowe to duże ryby drapieżne osiągające długość nawet 1,8 m. W okresie do lat 90. przyczyniły się do wymarcia 200 z 300 znanych „tubylczych” mniejszych gatunków okoni. Dla odłowu okoni nilowych trzeba było wprowadzić całkiem nowe przemysłowe metody odławiania i przerobu: użycie łodzi motorowych ciągnących sieci, zbudowanie fabryk konserw i mączki rybnej, transport drogą lotniczą itd. Oto skutki: tradycyjne suszenie złowionych przy brzegu i sprzedawanych

w drobnym handlu małych ryb poza dorzeczem jeziora utraciło rację bytu, z powodu wysokiej zawartości tłuszczu u okoni nilowych ich mięso na lokalne rynki musi być wędzone na ogniu z drewna, co jest zagrożeniem dla leśnej roślinności wokół jeziora, do tego dochodzi odłów małych ryb, aby zaspokoić wielkie zapotrzebowania na przynętę w rybactwie okoni nilowych. W rezultacie zaopatrzenie miejscowej ludności w białko pogorszyło się, zamiast polepszyć, podczas gdy na przykład w Niemczech okon nilowy jako „okon z Jeziora Wiktorii” stał się nr 4 u hurtowników sprzedających świeże ryby. Ale nawet funkcja Jeziora Wiktorii jako monokultury rybnej dla europejskich smakoszy jest zagrożona – przemysłowe, miejskie i przede wszystkim obciążone chemikaliami i fekaliami ścieki ze zmodernizowanego rolnictwa powodują zatrucie i nadnawożenie jeziora, przywiezione przez belgijskich kolonizatorów z Ameryki Południowej do Rwandy hiacynty wodne masowo rozprzestrzeniły się przez rzekę Kagera do Jeziora Wiktorii i, zabierając tlen, przyczyniają się do martwoty wód przybrzeżnych; wraz z małymi rybami znikają te, które pożerały larwy insektów, co z kolei prowadzi do nadmiernego rozmnożenia się insektów, a zatem do zwiększonego zastosowania pestycydów. Od połowy lat 90. mówi się o tym, że całemu ekosystemowi Jeziora Wiktorii grozi zapaść, i o potrzebie realizacji gigantycznego projektu ratunkowego z kanalizacją i oczyszczalniami ścieków.

Jezioro Wiktorii może być symbolem ekonomiczno-ekologicznej inżynierii stosowanej w całej Afryce, ze wszystkimi jej negatywnymi skutkami. Nie jest oczywiście tak, że za aktualny stan Afryki odpowiadają tylko socjalni inżynierowie z USA i Europy Zachodniej. Działali oni bowiem ręką w rękę z afrykańskimi elitami rządzącymi.

Uganda w połowie lat 80. zeszłego wieku uznana została za epicentrum AIDS w Afryce i była pierwszym krajem afrykańskim, w którym WHO rozpoczęła zwalczanie afrykańskiego AIDS. Ugandyjski historyk Phares Mutibwa w swojej książce *Uganda since Independence. A story of unfulfilled hopes* (Kampala 1992) napisał, że gospodarka ugandyjska była najbardziej prężną i rokującą największe nadzieje gospodarką w Afryce subsaharyjskiej, miała dobry klimat, żyzną glebę, była samowystarczalna żywnościowo, jej rolnictwo wraz z tekstyliami i miedzią zarabiało wystarczająco, aby zapłacić za import i jeszcze mieć nadwyżki, posiadała jak na tamte czasy całkiem dobry system opieki zdrowotnej. Nazywana była „perłą Afryki”. Ale przyszły rząd Idi Amina, błędna polityka gospodarcza, wojna domowa w latach 80., masowe egzekucje, wojna z Tanzanią, śmierć ok. 1 miliona ludzi, zniszczenie kraju, załamanie się struktur politycznych i gospodarczych. Wydatki na opiekę zdrowotną pod koniec lat 80. wynosiły 9% tego, co 20 lat wcześniej. Uganda to dziś jeden z najbiedniejszych krajów Afryki.

Zair na początku lat 50. był jednym z największych producentów miedzi i cynku, miał spory potencjał gospodarczy i niezłą infrastrukturę, dziś należy do najsłabiej rozwiniętych krajów świata. Ghana (Złote Wybrzeże zjednoczone z Togo) była w 1957 roku jednym z najbogatszych krajów Afryki, dysponowała rezerwami walutowymi w wysokości 481 milionów dolarów, co było wówczas bardzo

dużą kwotą, miała rozwinięte i nowoczesne rolnictwo; dziś po latach nieudolnych rządów Partii Ludowej Kwame Nkrumaha nic z tego nie pozostało. W 1960 roku Ghana produkowała 440 000 ton kakao rocznie. Potem przyszła planowa gospodarka rolna, państwowy skup kakao po ustalonych cenach, kontrola cen, tworzenie „PGR-ów”. Na efekty nie trzeba było długo czekać: w 1978 roku produkcja kakao spadła do 270 000 ton rocznie, a w 1980 roku do 225 000 ton. W ciągu 20 lat nastąpił spadek produkcji kakao o połowę! Ale to nie odstraszyło rządów Gwinei, Mali, Kongo-Brazaville, Tanzanii czy Zambii przed pójściem za przykładem Ghany. W Tanzanii za rządów Juliusa Nyerere nastąpiła socjalizacja przemysłu, dokonywano przesiedleń ludności, niszczone stare wioski, kolektywizowano rolnictwo, wprowadzono dostawy obowiązkowe dla rolników. W latach 1965-1988 gospodarka kurczyła się w tempie 0,5% rocznie. W 1980 roku trzeba było importować połowę żywności. 10 lat socjalistycznej polityki rolnej wystarczyło, żeby zniszczyć system socjoekonomiczno-ekologiczny Tanzanii. Jej rolnictwo nie podniosło się do dziś po przeprowadzonej tam kolektywizacji. Pomoc zagraniczna sięga w Tanzanii 20% PKB. W Mozambiku produkowano w 1972 roku 216 000 ton orzechów nerkowca rocznie, w 1985 roku – 10 000 ton. Inne uprawy: cukier – 286 000 ton w 1974 roku, 120 000 ton w 1982 roku; kukurydza – 400 000 ton w 1972 roku 200 000 ton w 1983 roku; ryż – 111 000 ton w 1972 roku, 30 000 w 1982 roku, banany – 280 000 ton w 1972, 73 000 w 1983 roku. Kenia była spichlerzem Afryki, dziś skazana jest na import żywności, Zambia była kiedyś jednym z bogatszych krajów Afryki, Wybrzeże Kości Słoniowej miało w latach 1960-1970 wzrost PKB 11% rocznie, Rwanda była samowystarczalna żywnościowo. W 1960 roku było w Kongu 140 000 kilometrów dróg, w 1985 – 19 000, dziś jeszcze mniej. W 1965 roku Nigeria miała wyższy dochód narodowy niż Indonezja, dziś Indonezja zaliczana do krajów ubogich ma dochód 3 razy większy niż Nigeria. Rodezję uznawano za ziemię obiecaną Afryki, był to kraj zasobny o świetnie rozwiniętym rolnictwie, dziś Zimbabwe pod rządami Roberta Mugabe pogrąża się w coraz większej nędzy.

W latach 60. XX wieku zadłużenie państw Czarnej Afryki praktycznie nie istniało, dzisiaj to setki miliardów dolarów. Czarna Afryka ubożała i pogrążała się w coraz większych długach. W latach 50. eksport surowców z Afryki stanowił ok. 3% eksportu światowego, w latach 80. spadł do zaledwie 1,1%. Udział Afryki w handlu światowym wynosi dziś 1%. W pierwszej połowie lat 70. zaczyna załamywać się produkcja żywności. Jak napisał Paul Johnson, na początku lat 80. większość nowo niepodległych państw była biedniejsza niż za czasów kolonialnych. Na początku lat 90. kraje Czarnej Afryki produkowały nie więcej niż produkuje 10 milionów obywateli Belgii.

Elity polityczne, które objęły władzę w niepodległych państwach afrykańskich w wielu przypadkach oparły swoją politykę na fałszywym modelu modernizacji i industrializacji, zafascynowane były socjalizmem, etatyzmem, kolektywizmem, a nawet marksizmem, w czym utwierdzali je lewicowi doradcy polityczni i ekonomiczni z metropolii oraz zmarksizowani intelektualiści wspierający ideowo socjalistyczne dyktatury. Efekty: upaństwowienie gospodarki, wysokie podatki, nadmierna

biurokracja, centralizacja, planowanie gospodarcze, industrializacja na kredyt, korupcja, nepotyzm i klientelizm, czarny nacjonalizm i czarny rasizm skierowany przeciw Białym i Azjatom (np. z Ugandy wygnano 200 000 Azjatów), rasizm międzyplemienny, synteza zachodniego progresywizmu i klanowo-plemiennej kultury politycznej. Dodajmy do tego nadmierne wydatki na zbrojenia – dochodzące w niektórych przypadkach do 50% PKB (od początku lat 60. do początku lat 90. XX wieku wybuchło w Afryce 19 wojen wewnątrzkontynentalnych – z wyłączeniem wojen dekolonizacyjnych – i dokonano 61 przewrotów politycznych), te wydatki pokrywano w części ze środków otrzymanych w ramach pomocy zagranicznej, np. w latach 1982-1985 Zambia otrzymała 1,6 miliarda dolarów pomocy, z czego 700 milionów rząd wydał na zakup broni.

Wolno dziś mówić o klęsce „Zielonej Rewolucji” i jej „cudownej pszenicy”, o klęsce polityki modernizacji lansowanej i współfinansowanej przez elity Zachodu i klęsce polityki gospodarczo-społecznej elit afrykańskich. Doszło do sytuacji, że wiele krajów Afryki jest dziś całkowicie uzależnionych od pomocy żywnościowej z zewnątrz. Ta pomoc opłacana z pieniędzy amerykańskich i europejskich podatników jest wprawdzie źródłem wielkich zysków dla zachodniego agrobiznesu (rocznie USA wtlaczają do krajów Trzeciego Świata swoje nadwyżki żywnościowe za 2 miliardy dolarów), ale jej skutki dla Afryki są na dłuższą metę fatalne i pogłębiają kryzys niszcząc lokalny przemysł i lokalne rynki rolne.

Finansowane przez USA, Europę Zachodnią i ONZ reformy rolne pogorszyły sytuację rolnictwa afrykańskiego. Amerykańska Agency for International Development (AID) i inni donatorzy pomagali tworzyć państwowe przedsiębiorstwa i państwowe gospodarstwa rolne, wspierali polityką rządów opartą na państwowych monopolach, państwowym skupie płodów rolnych i odgórną kontroli cen – a tym samym rozbijały tradycyjne afrykańskie rolnictwo przyczyniając się do spadku produkcji żywności i głodu – ratunkiem był „czarny rynek” zwalczany przez władze (znane są przypadki karania chłopów śmiercią za handel na „czarnym rynku”).

W 1976 roku AID zaczęła realizować projekt w Mali (tzw. Operation Mills Mopti), który miał zwiększyć produkcję i sprzedaż żywności w regionie Mills Mopti. AID „zasiała” tam 10 milionów dolarów przeznaczając je jak zwykle na „naukową agronomię”, narzędzia i maszyny rolnicze, nawozy sztuczne dla farmerów, budowę elewatorów. Cała operacja zakończyła się kompletnym fiaskiem, produkcja żywności zamiast wzrosnąć, spadła. Tak samo działo się w innych krajach afrykańskich.

Ocenia się, że fiaskiem zakończyło się 75% projektów rolnych w Afryce, finansowanych i nadzorowanych przez Bank Światowy. Klęskę poniosła cała koncepcja pomocy gospodarczo-finansowej zainicjowana przez USA i Europę Zachodnią w latach 60. Okazało się, co przewidział i uzasadnił w swoich książkach Peter Bauer, że pomoc zagraniczna zakłóca rozwój i zwiększa biedę. Polega ona w rzeczywistości na transferze środków od biednych w krajach bogatych do bogatych w krajach biednych, i do bogatych w krajach bogatych, bo to zachodnie firmy i wielkie korporacje

realizują inwestycje i inne projekty finansowane z budżetu USA i państw europejskich lub za kredyty Banku Światowego. To te lukratywne kontrakty sprawiają, że wielkie korporacje są w pierwszym szeregu walki o zwiększenie pomocy dla Afryki i prowadzą w tej sprawie intensywny lobbing.

Pomoc zagraniczna jest przechwytywana przez elity rządzące krajów afrykańskich, które działają w sojuszu z biurokracją do spraw pomocy z krajów zachodnich i biurokracją organizacji międzynarodowych. Pomoc z jednej strony służy zachodnim grupom interesu, a z drugiej daje utrzymanie zwykle skorumpowanej, wysoko opłacanej lokalnej biurokracji, co równa się subsydiowaniu jej nieodpowiedzialnej i błędnej polityki społeczno-gospodarczej. W języku suahili powstało nowe słowo – „wabenzi”, czyli „ludzie z mercedesów-benzów”, bo mercedes to ulubiona marka samochodów wielu członków rodzimych elit afrykańskich, którzy jakoś sobie radzą w tych trudnych czasach. Trudnych, gdyż w ostatnich dwóch dekadach, kiedy Czarna Afryka zaczęła kojarzyć nam się prawie wyłącznie z AIDS, trwają tam zjawiska, które znacząco wpływają na pogorszenie sytuacji życiowej jej mieszkańców: wojny domowe, rebelie, krwawe konflikty etniczne i plemienne, przewroty polityczne, rozmaite formy przemocy, migracje, fale uchodźców, stłoczenie w miastach ludzi uciekających ze wsi przed suszą i walkami zbrojnymi, degradacja ekologiczna, załamanie się instytucji państwowo-politycznych, upadek infrastruktury (drogi, mosty), wzrost zadłużenia zagranicznego, spadek cen na towary produkowane w Afryce, bezrobocie, migracyjny system pracy, rozpad struktur rodzinnych.

Przyniosło to pogorszenie materialnych warunków życia, zmniejszenie dostępu do podstawowej opieki lekarskiej, ogólne obniżenie się poziomu zdrowotności i wzrost śmiertelności. Wiele krajów afrykańskich to kraje, które de facto zbankrutowały i „rządzone” są przez funkcjonariuszy Banku Światowego i MFW wcielających tam w życie swoje „programy dostosowawcze”. Państwa afrykańskie lokują się dziś według wszelkich kryteriów w końcówce państw świata. 2/3 państw Czarnej Afryki należy do najbiedniejszych państw świata. Na liście 48 najbiedniejszych państw świata znajduje się 35 krajów afrykańskich z 15 krajów świata, w których jest najwyższy wskaźnik śmiertelności dzieci, 14 to kraje Afryki subsaharyjskiej. W 31 z 53 krajów afrykańskich spada produkcja żywności, szacuje się, że 200 milionów Afrykańczyków głoduje. Nie epidemiologia AIDS, ale ekonomia polityczna nedorozwoju, biedy i błędnej polityki ekonomiczno-społeczno-ekologicznej jest właściwym wyjaśnieniem kryzysu zdrowotnego, w jakim znalazła się Afryka. Nie atakujący zniechęca system odpornościowy wirus jest zagrożeniem, ale upośledzenie odporności jako chroniczny stan najbiedniejszych, najsłabszych, niedożywionych i głodujących.

Wszystkie wyżej wymienione czynniki socjopolityczno-ekonomiczne należą do standardu makroanaliz dotyczących Afryki – nie ma tu niczego tajemniczego, nie potrzeba żadnej „epidemii AIDS”, aby wyjaśnić tragiczną sytuację w Afryce i śmierć wielu jej mieszkańców. W Afryce nie ma żadnych „grup wysokiego ryzyka”, gdyż bieda obejmuje szerokie masy ludności, nie ma olbrzymiej przewagi mężczyzn jak w USA i w Europie, gdyż obie płci są w równym stopniu narażone na

oddziaływanie tych samych czynników takich jak bieda i niedożywienie.

Jeśli odrzucimy paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”, zrozumiemy, że AIDS w Afryce to w rzeczywistości rodzaj uogólnionego terminu obejmującego każdą chorobę, w której występują biegunka, wymioty, gorączka, kaszel, bóle brzucha, utrata wagi. Miliony Afrykańczyków od dawien dawna cierpiało na utratę wagi, chroniczną biegunkę, gorączkę i stały kaszel, ale w 1985 roku zachodni badacze nagle zdefiniowali ten zbiór symptomów jako oddzielny syndrom i zadeklarowali, że jest on powodowany przez HIV. To czysto manipulacyjne posunięcie konstruujące nową chorobę w Afryce zostało na płaszczyźnie obowiązującej teorii zakamuflowane poprzez tezę, że AIDS od dawna istniał wśród ludności Afryki, nie będąc rozpoznany jako samoistne zjawisko chorobowe. Po prostu wcześniej nikt go nie zauważył. W rzeczywistości to, co w latach 50., 60., 70. XX wieku było tym, czym było, i co każdy mógł łatwo zauważyć, teraz, na mocy semantycznej manipulacji i definicyjnego „fiat”, jest nazywane „AIDS”. W Afryce ludzie zapadają na gruźlicę i inne choroby nie dlatego, że diaboliczny wirus zniszczył ich system odpornościowy, ale z tych samych przyczyn, dla których zapadali na nie przed 1985 rokiem. Jeśli w Afryce gruźlica powoduje połowę zgonów ludzi, których uznano za chorych na AIDS, to oznacza, że zgony te powoduje po prostu gruźlica. Przypomnijmy, że w 1993 roku CDC dodał gruźlicę do listy chorób definiujących AIDS i na przykład w Ugandzie gruźlica jest uznawana za część definicji AIDS. Praktycznie każda śmierć: na malarię, czerwonkę czy gruźlicę może być klasyfikowana jako śmierć w wyniku AIDS i jako taka wejść do statystyk. Kiedyś dzieci w Afryce cierpiały na tzw. marazm i kwashiorkor (ciężki zespół niedoboru białka i witamin), których symptomami były: zahamowanie rozwoju i wzrostu, wydęte brzuszki, zanik tkanki tłuszczowej, brak mięśni, odwodnienie organizmu, brak łaknienia, obrzęki, zmiany skórne, osteoporoza, biegunka, utrata wagi. Te efekty chronicznego niedożywienia można dziś dość swobodnie reklasyfikować jako AIDS.

Podsumowując rzecz krótko: AIDS w Afryce jest w sensie epidemiologicznym i klinicznym nieodróżnialny od znanych wcześniej afrykańskich chorób, schorzeń, dolegliwości, stanów medycznych. Większość z nich to choroby uleczalne, obecnie reklasyfikowano je na nieuleczalny AIDS. Teraz można rozłożyć bezradnie ręce: „nic nie możemy zrobić – to ten straszny wirus, który przynosi AIDS, czyli śmierć”.

Kryzys zdrowotny w Afryce, definiowany błędnie jako „epidemia AIDS”, należy widzieć w kontekście polityczno-ekonomicznym opisywanym wyżej; jest on spowodowany nie przez wirusa-killera, ale przez splot wzmacniających się nawzajem czynników takich jak: bieda, złe wyżywienie, niedożywienie, głód, tropikalne warunki klimatyczne, niski poziom higieny (otwarte latryny), brak kanalizacji, niedobór czystej wody do picia i mycia (ludzie piją wodę z niechronionych zbiorników razem z bydlęciem, zanieczyszczoną ludzkimi i zwierzęcymi fekaliami), zanieczyszczone środowisko, fatalne warunki sanitarne i mieszkaniowe, niski poziom zaopatrzenia w energię elektryczną, ograniczony dostęp do podstawowej opieki lekarskiej. W Afryce subsaharyjskiej 52% ludności nie ma

dostępu do czystej wody, 62% nie ma własnych urządzeń sanitarnych, 50 milionów dzieci w wieku przedszkolnym cierpi na niedożywienie.

Należy tutaj także uwzględnić inne czynniki wpływające negatywnie na sytuację zdrowotną w Afryce: nadmierne masowe szczepienia, intensywna farmakologiczna immunizacja (efekty uboczne szczepień mogą pokrywać się z objawami klasyfikowanymi jako objawy AIDS), rozwój czarnego rynku zakazanych, sfałszowanych, przeterminowanych, gorszej jakości leków, nadkonsumpcja antybiotyków oraz masowe zażywanie antybiotyków i innych leków na drodze samoleczenia, często bez nadzoru lekarza i w kombinacji z innymi składnikami, upowszechnianie niebezpiecznych środków antykoncepcyjnych typu Norplant i Dopo-Provera, domowe aborcje, wprowadzanie medycyny inwazyjnej (zastrzyki, operacje, transfuzje) w warunkach niedostatecznej higieny (ocenia się, że w Afryce 80% jednorazowych strzykawków używanych jest wielokrotnie), słabej infrastruktury medycznej, braku wykwalifikowanego personelu. Pod pretekstem walki z AIDS postępuje niszczenie ludowej medycyny, wiedzy o ziołach i tradycyjnych środkach leczniczych, eliminuje się znachorów i szamanów oskarżanych o „rozpowszechnianie HIV” (nacięcia, niesterylizowane instrumenty itp.). System ludowej medycyny jest inkorporowany do aparatu „antyaidsowskiego”, na przykład w celu rozdzielnictwa kondomów. Zniszczenie tańszej, dostosowanej do miejscowych warunków medycyny ma służyć przekierowaniu nawet tych skromnych zasobów prywatnych, jakimi dysponują ubodzy Afrykańczycy, na zakup środków farmakologicznych produkowanych przez korporacje farmaceutyczne.

Warto też zwrócić uwagę na skutki upowszechniania tezy, że HIV przekazywany jest z matki na dziecko poprzez karmienie piersią. Odstrasza to od naturalnego karmienia i niszczy system mamek sprzyjając interesom korporacji produkujących sztuczne mleko i odżywki dla dzieci (jest to szersza kampania propagandowo-reklamowa mająca wywołać skojarzenie mleka matki z wirusem-zabójcą, z zakażeniem, ze śmiercią). Skutkiem pozbawiania dzieci naturalnego, najlepszego dla nich pożywienia jest to, że są niedożywione i słabsze, łatwiej chorują i umierają... na AIDS.

Nie należy też zapominać o jeszcze dwóch czynnikach: narkotykach i alkoholu, których konsumpcja wzrasta – narkotyków w miastach i alkoholu na wsi. Nie ma nic dziwnego w fakcie, że na przykład prostytutki w Abidżanie zaczęły chorować na AIDS w drugiej połowie lat 80. zeszłego wieku – ciężkie narkotyki jak heroina i kokaina weszły mocno do Abidżanu w latach 1985-86 wypierając popularny wśród prostytutek mniej szkodliwy haszysz. AIDS wśród afrykańskich narkomanów z Abidżanu czy Kampali jest dokładnie tym samym AIDS, co AIDS narkomanów z Nowego Jorku czy Paryża i, jak wiemy, nie ma on nic wspólnego ze strzykawkami, na których czubku mieszczą się tysiące śmiertelnych wirusów, ale bardzo wiele z tym, co znajduje się w tych strzykawkach. Konsumowany w dużych ilościach, głównie w wiejskich regionach Afryki, alkohol, produkowany ze sfermentowanej kukurydzy, jęczmienia, owsa jest bogaty w związki chemiczne, których negatywny wpływ na system odpornościowy jest znany od dawna. Jan Trzciniński w reportażu z Malawi

(„Tygodnik Powszechny” 2002, nr 37) pisze o zalewającej kraj trzciniowej wódce, sprzedawanej wszędzie nawet w 30-mililitrowych saszetkach. Dalej pisze Trzeciński o kukurydzianym piwie zwanym czibuku, „którym najchętniej upijają się mężczyźni, zdemoralizowani notorycznym brakiem zajęcia. A piją nawet najmłodszy. (...) Picie to poza tym dla wielu styl życia, o czym świadczą tłumy w barach zwanych bottle stores”.

Wszystkie symptomy AIDS w Afryce to w rzeczywistości „symptomy biedy” i innych negatywnych zjawisk, które trapią Afrykę od dziesięcioleci. Afrykanie nie umierają na AIDS, ale na choroby, na które umierali zawsze. Nakręcana jest medialna histeria wokół AIDS, a tymczasem szacuje się, że w Afryce 2-3 milionów ludzi ma gruźlicę i umiera na nią kilkaset tysięcy osób rocznie. Od lat 80. XX wieku rośnie w Afryce liczba chorych na malarię. Szacuje się, że przeciętna liczba zachorowań na malarię w ciągu roku wzrosła czterokrotnie od lat 80., a w niektórych wiejskich obszarach – 11-krotnie. Rzecz jasna, także do tych szacunków należy podchodzić z należytą ostrożnością, bo, jak podobno szepczą prywatnie urzędnicy Światowej Organizacji Zdrowia, gdyby zsumować wszystkie zgony, to ludzie musieliby umierać dwa razy.

Aby pomóc Afrykańczykom, trzeba im dostarczać moskitiery, a nie kondomy. To nie AIDS, ale gruźlica, malaria, biegunka, czerwotka, śpiączka, trąd, cholera, anemia, tyfus, ostre infekcje dróg oddechowych, najrozmaitsze liczne infekcje wirusowe, bakteryjne i pasożytnicze, choroby weneryczne, choroby dziecięce i dziesiątki innych – to są prawdziwe choroby, na które cierpią Afrykańczycy.

Jeśli potraktujemy łącznie zarówno wcześniej opisane czynniki polityczno-ekonomiczno-socjalno-ekologiczne, pogorszenie materialnych warunków życia, dramatyczne załamanie ogólnego poziomu zdrowotności, jak i wszystkie inne przyczyny występujące często w kombinacji i powodujące upośledzenie odporności u mieszkańców Afryki, łatwo zrozumiemy, że żaden śmiertelny wirus i żaden AIDS nie są potrzebne, aby wyjaśnić kryzys zdrowotny w Afryce. Zrozumiemy również, że niewytłumaczalne różnice pomiędzy AIDS w USA i Europie a AIDS w Afryce nie wynikają stąd, że mamy do czynienia z dwoma typami wirusa, ale stąd, że to, co nazywane jest AIDS, ma inne przyczyny tam, a inne tutaj, że choroby w krajach bogatych i choroby w krajach biednych mają inne etiologie.

3.4. Prezydent Thabo Mbeki – nadzieja Afryki

W kontekście „afrykańskiego AIDS” na specjalne potraktowanie zasługuje przypadek Republiki Południowej Afryki. W ostatnich latach RPA przedstawiana jest jako kraj szczególnie zagrożony przez AIDS. Organizacje międzynarodowe i światowe media malują czarne scenariusze, przewidując, że do 2009 roku będzie w RPA umierać na AIDS kilkaset tysięcy osób rocznie. Jednak ta propaganda

napotkała opór czynników politycznych w RPA, co można wytłumaczyć tym, że jest to najbogatsze i najsilniejsze państwo Afryki, gdzie rządzący Afrykański Kongres Narodowy ma mocną legitymację polityczną jako siła, która obaliła system apartheidu i w związku z tym nie musi we wszystkich ważnych kwestiach podporządkowywać się dyrektywom płynącym z ośrodków zagranicznych, do czego zmuszone są inne kraje Afryki subsaharyjskiej.

Prezydent RPA Thabo Mvuyelwa Mbeki, najbardziej niezależny afrykański przywódca, człowiek znakomicie wykształcony, wysoce inteligentny, miłośnik i znawca poezji, erudyta o szerokich horyzontach umysłowych, doświadczony i zręczny polityk, w którym wielu widzi lidera całej Afryki (nazywany bywa „Królem Afryki”) jako jedyny przywódca polityczny w świecie odważył się otwarcie wyrazić sceptycyzm wobec obowiązującego paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” i zaprosić do dyskusji na ten temat także tych naukowców, którzy ten paradygmat kwestionują. Prezydent Mbeki uznał, że zanim podejmie decyzje ważne dla rządzonego przez siebie państwa, musi posiadać większą wiedzę na temat HIV i AIDS, dlatego postanowił skonfrontować dwa konkurencyjne paradygmaty HIV/AIDS. Stawiając je na jednej płaszczyźnie, traktując głos naukowców kwestionujących paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” jako równoprawny głos w dyskusji, prezydent Mbeki zrelatywizował tym samym hegemonistyczną teorię i w pewnej mierze przywrócił jej status hipotezy, jaki miała w latach 1981-1984. Nic dziwnego, że musiało to wywołać niezwykle ostrą reakcję całego polityczno-medycznego aparatu zbudowanego na paradygmacie „HIV = AIDS = Śmierć”.

Wystarczyło, że prezydent Mbeki postawił prostą wydawałoby się kwestię: „Mówi się, że dziennie 1500-1700 mieszkańców RPA zaraża się wirusem – skąd bierze się tę liczbę? Ja nie wiem” – to proste wyznanie prezydenta Mbekiego, „Ja nie wiem”, było czymś tak rewolucyjnym, że wprawilo w stan najwyższej irytacji bardzo wielu wpływowych ludzi na całym świecie. Aby wyrzucić psychologiczno-moralno-polityczną presję na prezydenta i podkopać jego pozycję polityczną, zorganizowano „burzę protestów” na całym świecie, rozpętało przeciw niemu globalną kampanię medialną przedstawiając go jako „niebezpiecznego wariata” opętanego przez teorie spiskowe, jako człowieka, którego „nieufność do medycznych autorytetów spowoduje, iż miliony będą cierpieć” („Time”). „Newsweek” pytał *Paranoja czy polityka?* i sugerował Afrykańskiemu Kongresowi Narodowemu, żeby zmusił Mbekiego do ustąpienia. Pisano, że w RPA dokonuje się zdrowotny holocaust, że skoro żaden poważny naukowiec z dziedziny nauk medycznych nie kwestionuje związku przyczynowego pomiędzy HIV i AIDS, to i żaden poważny przywódca polityczny też nie powinien tego kwestionować („Washington Post”). Sugerowano tym samym, że prezydent Mbeki jest negacjonistą dokonującego się na naszych oczach holocaustu! Oskarżono go o dokonywanie „biernego ludobójstwa”, ogłoszono szaleńcem człowieka, który ośmielił się zastosować do teorii AIDS zasadę „audiatur et altera pars”, choć bez niej nie ma wszak czegoś takiego jak nauka, sugerowano, że dał się oszukać i zwieść grupce szarlatanów i naukowych psychopatów. Do akcji przeciw prezydentowi Mbekiemu wynajęto byłego prezydenta USA Jimmy’ego Cartera i włączono byłego prezydenta RPA

Nelsona Mandelę, Partię Komunistyczną RPA, biskupa Desmond Tutu, związki zawodowe. Jeden z południowoafrykańskich publicystów przestrzegając, że wokół Mbekiego „rekiny już krążą” i przypomniał los Patryka Lumumby.

W obronie prezydenta stanęli jego towarzysze partyjni, m.in. działacz Afrykańskiego Kongresu Narodowego Smuts Ngouyama skrytykował Cartera za wywieranie presji na rząd RPA i oskarżył go o to, że w interesie korporacji farmaceutycznych chce „nasz naród zamienić w świnki doświadczalne”. Peter Mokaba, parlamentarzysta i zasłużony bojownik przeciw apartheidowi, publicznie oświadczył, że HIV nie istnieje, a leki antywirusowe to trucizna.

W czasie kampanii medialnej zorganizowanej przeciw prezydentowi w „Observerze” można było przeczytać wielki nagłówek „Mbeki pozwala umierać w cierpieniach dzieciom chorym na AIDS”, w południowoafrykańskim „The Sunday Times” nazwano prezydenta „wrogiem narodu”. Można było odnieść wrażenie, że „białe” gazety w RPA i media w USA i Europie uważają go za „prymitywnego czarnucha”, który nie jest w stanie zrozumieć takiej skomplikowanej choroby jak AIDS. W imię obrony jedyne słusznego paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” zadeklarowani antyrasiści gotowi byli portretować rząd prezydenta Mbekiego niemal jako „małpie stado imbecyli”. W obliczu tej niebywałej kampanii oszczerstw i wyzwisk prezydent Thabo Mbeki zachował godny najwyższego podziwu spokój, nie ugiął się pod zmasowaną presją polityczno-psychologiczną i moralnym szantażem, nie dał się sprowokować pełnymi najwyższej buty i pogardy pouczeniami „Białych panów”, napominaniami, ostrzeżeniami i groźbami, jakie spadły nań za to tylko, że pozwolił sobie na wyrażenie wątpliwości, na ostrożny sceptycyzm, na zorganizowanie naukowej debaty.

W odpowiedzi na wylany nań w światowych mediach kubeł pomyj prezydent Mbeki skierował 3 kwietnia 2000 roku specjalny list do prezydenta Clintona i innych światowych przywódców, wyjaśniający motywy swojego postępowania. Nadmienimy tutaj, że, zapewne całkowicie „przypadkowo”, w tym samym czasie (marzec 2000) prezydent Clinton ogłosił AIDS zagrożeniem dla bezpieczeństwa narodowego USA (czyli kto „kwestionuje AIDS”, lekceważy zagrożenie dla bezpieczeństwa narodowego USA). W sposób niezwykle godny, dumny, spokojny, ale i stanowczy, prezydent Mbeki wyjaśnił w swoim liście, że jedynym motywem jego postępowania jest dobro narodu. Wyraził swoją dezaprobatę dla mediów, które prowadzą zorkiestrowaną kampanię intelektualnego zastraszania i potępienia, praktykują intelektualny terroryzm, który, tu prezydent zρέcznie użył „race card”, można porównać do rasistowskiej tyranii apartheidu. Prezydent podkreślił, że tak jak walczył z tyranią apartheidu, tak samo będzie bronił wolności słowa i myśli oraz swobody naukowych dyskusji. Spokojna acz nie pozbawiona gniewnych akcentów tonacja, rzeczowa argumentacja i polityczna treść listu są absolutnym przeciwieństwem kierowanych przeciwko prezydentowi medialnych ataków – historycznych, oszczerczych, pozbawionych jakichkolwiek racjonalnych argumentów, a w swojej politycznej wymowie – groźnych dla wolności i pluralizmu opinii. Nie ulega wątpliwości, że list prezydenta w pełni zasługuje na to, aby umieścić go w jednym

rządzie z przemówieniem Martina Luthera Kinga *I have a dream*.

Dodajmy jeszcze, że podczas inauguracyjnego wystąpienia prezydenta na międzynarodowej konferencji na temat AIDS w Durbanie, która odbyła się w lipcu 2000 roku (grozono jej bojkotem, jeśli prezydent Mbeki będzie trwał przy swoim sceptycyzmie), doszło do rzeczy wręcz niesłychanej: część delegatów wyszła z sali na znak protestu przeciw temu, że prezydent nie odwołał uroczyście swoich „heretyckich” wątpliwości, nie przysiągł równie uroczyście, że wierzy w słuszność obowiązującej teorii „HIV = AIDS = Śmierć”, nie stwierdził równie uroczyście, że AIDS jest największym zagrożeniem dla przetrwania ludów Afryki subsaharyjskiej, ale podkreślał przede wszystkim znaczenie biedy i niedorozwoju ekonomicznego. Tego typu aroganckie polityczne demonstracje wobec wybitnego afrykańskiego przywódcy*, który postępuje niezwykle odpowiedzialnie i mądrze, zasługują wyłącznie na surowe potępienie.

Wspomnijmy tutaj, że na konferencji w Durbanie przeciwko prezydentowi użyto dziecka – spece od PR zaaranżowali występ 11-letniego Nkoshi Johnsona, który „urodził się z HIV”. Chłopczyk zwrócił się do świata z dramatycznym apelem o pomoc, o zapewnienie każdemu choremu na AIDS dostępu do „przedłużających życie” leków antywirusowych. Biedny mały Nkoshi Johnson miał dostęp do tych leków, ale choć łykał dziesiątki toksycznych pigułek trzy razy dziennie, nie przedłużyły mu one życia i zmarł w rok później.

Brutalność kampanii przeciw prezydentowi najlepiej obrazuje zdjęcie, które podczas trwania konferencji w Durbanie zamieściła południowoafrykańska gazeta „Mail and Guardian”. Przedstawia ono marsz ulicami Durbanu zorganizowany w proteście przeciw naukowcom kwestionującym paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”. Jeden z demonstrantów niósł transparent z napisem „Jedna kula, jeden dysydent”. Ponieważ także prezydent Mbeki zaliczony został do „dysydentów”, to przesłanie skierowane do niego było bardzo czytelne.

Nie należy dziwić się nerwowym reakcjom bossów Przedsiębiorstwa AIDS na politykę prezydenta Mbekiego. Gra nie toczy się tylko o Republikę Południowej Afryki, gdyż prezydent Mbeki, jako nieformalny przywódca całego Czarnego Łądu, mógłby być niedobrym przykładem do naśladowania dla innych przywódców afrykańskich, a to mogłoby podkopać całą koncepcję „afrykańskiego AIDS”, zaś gdyby ta koncepcja się załamała, to wraz z nią mogłyby się załamać wielkie interesy.

Ale prezydent Mbeki dobrze wie, co robi, kiedy skupia się na niedożywieniu i biedzie, zamiast otwierać drogę do bombardowania swoich obywateli szczepionkami i lekami produkowanymi za granicą. Jego rząd opracował Strategiczny Plan Zwalczenia HIV/AIDS/Chorób wenerycznych w Afryce Południowej na lata 2000-2005. Choć zawierał on propozycje wielu działań i opiera się na paradygmacie „HIV = AIDS = Śmierć”, został chłodno przyjęty przez czynniki prowadzące globalną walkę z AIDS. Nadal rząd RPA jest atakowany za to, że robi zbyt mało dla zwalczenia AIDS.

Dlaczego program ten – dodajmy, całkowicie zgodny z wytycznymi owych czynników – nie wzbudził

ich entuzjazmu? Odpowiedź jest prosta: program nie zawiera punktu przewidującego wyasygnowanie z budżetu państwa odpowiednich kwot na zapewnienie szerokiego dostępu do leków antywirusowych typu AZT czy nevirapin, via publiczny system opieki zdrowotnej. Zatem multinarodowe korporacje farmaceutyczne nie mogą być zadowolone z rządu Republiki Południowej Afryki – najbogatszego kraju Afryki, a więc mającego budżet, który można „wydoić”. Nie zadowoli ich to, że w wyświetlanej w RPA wersji *Ulicy Sezamkowej* pojawi się nosicielka HIV. Zadowoliliby ich natomiast, gdyby do 2005 roku 1/3 uznanych za nosicieli HIV objęto antywirusową terapią, co pochłonęłoby prawie 1/3 wszystkich wydatków kierowanych na zdrowie publiczne w RPA.

Można być pewnym, że gdyby tylko prezydent Mbeki wprowadził odpowiedni punkt do swojego programu walki z AIDS, natychmiast zostałby obsypany pochwałami i gratulacjami, uznany za jednego z najlepszych bojowników przeciw AIDS, a wszystkie epitety i wyzwiska, którymi obrzucali go biali dziennikarze z zachodnich i południowoafrykańskich mediów, zniknęłyby jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Ale prezydent Mbeki, pomijając już jego nieufny stosunek do paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, nie ma jak na razie zamiaru ustąpić tym, którzy wszelkimi sposobami usiłują przepchnąć rozpowszechnianie leków antywirusowych nawet wtedy, kiedy nie istnieją socjalne, ekonomiczne i medyczne struktury, w ramach których takie kuracje mogłyby być przeprowadzane, pragną poddać niedożywionych ludzi nie mających często dostępu do czystej wody, terapii polegającej na przyjmowaniu kilkudziesięciu toksycznych pigułek każdego dnia, w ściśle określonych przedziałach czasowych, plus monitorowanie, plus inne leki dla kontroli skutków ubocznych (oczywiście dla korporacji farmaceutycznych nie ma żadnego znaczenia, co stanie się z zakupionymi od nich lekami).

Prezydent Mbeki podejrzewa nie bez racji, że komercyjny zysk ze sprzedaży leków to jedyny motyw rzekomych przyjaciół Afryki, którym w realizacji ich celów pomagają prawdziwi, lecz naiwni przyjaciele Afryki. Prezydent Mbeki całkowicie słusznie uważa, że należy zwalczać nie AIDS, ale choroby rozpoznane klinicznie, niezależnie od tego, czy pacjent jest „seropozytywny” czy „seronegatywny”. Najważniejszą kwestią jest według niego upośledzenie odporności i jego przyczyny, których należy szukać przede wszystkim w nędzy i niedożywieniu mieszkańców Afryki. Sądzi poza tym, że nie wolno ignorować lokalnej specyfiki, genetycznych uwarunkowań i innych czynników odpowiedzialnych za zmniejszenie odporności, gdyż w przypadku narzucania z zewnątrz medycznych kryteriów i procedur niedostosowanych do lokalnych warunków, może dochodzić do trudno przewidywalnych i negatywnych reakcji.

Prezydent Thabo Mbeki to przykład Afrykańczyka i polityka afrykańskiego, który nie zinternalizował wartości i dogmatów „białych panów”. Jego postawa jest świadectwem prawdziwej dekolonizacji umysłu, autentycznego odrzucenia neokolonializmu, intelektualnej niezależności od potężnych ośrodków ideologiczno-polityczno-finansowych Zachodu. Wszyscy niezależnie myślący Afrykańczycy oraz prawdziwi przyjaciele Afryki i czarnej rasy z USA i Europy powinni stanąć za

prezydentem Mbekim, wesprzeć go moralnie i politycznie, nie dać się zredukować do roli narzędzia w rękach zachodnich instytucji politycznych i korporacji farmaceutycznych.

W Ameryce i w Europie jest wielu ludzi pełnych dobrych intencji i dobrej woli szczerze pragnących dobra mieszkańców Afryki, którzy jednak, niestety, akceptują bez zastrzeżeń obowiązujący paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” i propagują stanowisko tych, którzy mają swój udział w ukrytych interesach.

Na krytykę zasługuje również postawa sporej części afrykańskiej inteligencji. Jeden z południowoafrykańskich publicystów pisał, że wiadomo, co bieda czyni z ludźmi, że pcha ich ona ku temu, aby myśleli raczej żołądkiem niż głową. Aby zyskać materialne korzyści uprzywilejowani biedni pośród nas, pisał dalej, są gotowi stać się obrońcami, przedstawicielami i akwizytorami potężnych i bogatych, atakować prezydenta Mbekiego i jego politykę. Temu należy położyć kres. Inteligencja afrykańska musi znaleźć w sobie odwagę i siłę, aby odrzucić oparty na rasistowskich uprzedzeniach i stereotypach fałszywy paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” i przeciwstawić się „siewcom strachu”. Czas, aby afrykańska inteligencja skończyła z udziałem w poniżaniu i zniesławianiu Afrykańczyków wynikającym z błędnych teorii na temat HIV/AIDS, aby przypomniała sobie słowa wypowiedziane przez Steve’a Biko: „Najpotężniejszą bronią w rękach ciemnych jest umysł ciemionych”. Inteligencja afrykańska musi wyzwolić swoje umysły porzucając fałszywy paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”, którego akceptacja zmusza ją do „reedukowania” własnych narodów, do przejmowania i narzucania swoim społecznościom zachodniego obrazu człowieka i medycyny, do przekształcania swoich krajów w laboratoria dla eksperymentalnych szczepionek i toksycznych leków.

Afro-Brazylijczyk Abdias do Nascimento apelował do Afrykańczyków, aby poszukiwali własnej autodefinicji i samookreślenia, aby samodzielnie wytyczali drogi ku przyszłości. Powinni oni odrzucić brzemie „naukowego” eurocentryzmu i jego dogmatów narzuconych afrykańskiej egzystencji jako definitywna, „uniwersalna” prawda, przeciwstawić się zachodniej ideologii supremacji i praniu mózgowi mającego pozbawić Afrykańczyków człowieczeństwa, godności i wolności. Ten apel należy odnieść również do dogmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, którego bezkrytyczna akceptacja byłaby przejawem mentalnej kolonizacji Afrykańczyków i całej czarnej rasy, zgodą na to, żeby dać się przekształcić w statystyczne jednostki, którymi potężne ośrodki władzy polityczno-finansowej prowadzą swoje „gry planszowe”. Jak stwierdził jeden z afrykańskich naukowców, Afrykańczycy muszą przestać jak papugi powtarzać propagandę instytucji zachodnich i ich funkcjonariuszy, przyjmując naprawdę antykolonialną postawę, nie internalizować fałszywych dogmatów zachodniej medycyny.

Afrykańskiej inteligencji, afrykańskim lekarzom, naukowcom i politykom nie wolno uczestniczyć w kampanii strachu, wpychającej ludzi w psychologiczny stan załamania, w jeszcze większą beznadzieję – na kontynencie, który najbardziej potrzebuje właśnie nadziei. Czyż poczucie beznadziei jako

czynnik psychoimmunosupresyjny nie predestynuje do zachorowania na „AIDS”?

Wmawia się Afrykańczykom, że śmiertelny wirus szerzy się jak pożar, że „wszyscy są zagrożeni” i nie ma dla nich ratunku. Propaganda AIDS, która przedstawia Afrykę jako praźródło i największe ognisko AIDS na świecie, jako kontynent na skraju zagłady, przed którym nie ma przyszłości, zniechęca inwestorów, zwiększa biedę, zatruwa umysły, rzuca cień strachu na serca ludzi od dawna nękanych przez zdrowotne i socjalne kłopoty, pozbawia ich nadziei i staje się samospełniającym się prorocstwem. Nie tego potrzeba Afryce.

3.5. AIDS w Afryce jako instrument panowania i propagandowy kamuflaż

„Epidemia AIDS” w Afryce jest w rzeczywistości wprowadzającym w błąd propagandowym sloganem ukrywającym skomplikowany splot czynników politycznych, ekonomicznych, socjalnych i ekologicznych, które muszą być właściwie rozpoznane, aby mogło nastąpić odrodzenie kontynentu i przezwyciężenie przez czarną rasę kryzysu, w jakim się znalazła. Tak długo, jak długo fałszywy dogmat „HIV = AIDS = Śmierć” nie zostanie odrzucony, Afryka nie odnajdzie swojej drogi do wolności i poprawy warunków życia. Dotyczy to zresztą również innych krajów zaliczanych niegdyś do tzw. Trzeciego Świata.

Żeby znaleźć wyjście z trudnej sytuacji społeczno-gospodarczej, odpowiedzialni i niezależni przedstawiciele elit afrykańskich i przyjaciele Afryki w USA i w Europie muszą przeciwstawić się dokonywanej za pomocą „AIDS” medykalizacji biedy i niedorozwoju oraz dokonać krytycznej analizy przyczyn pogarszającej się od lat sytuacji ekonomiczno-społecznej kontynentu. Ta sytuacja jest wynikiem błędnej polityki rządzących elit afrykańskich po uzyskaniu niepodległości, wynikiem realizowania przez kilka dziesięcioleci fałszywych i szkodliwych koncepcji społeczno-ekonomicznych, wynikiem korupcji, nieodpowiedzialności, chciwości etc. Dokładnie takie same zarzuty można skierować pod adresem elit zachodnich. Dziś, kiedy fatalne skutki tych błędów ujawniają się w całej pełni, ani elity polityczne Afryki, ani elity zachodnie nie chcą przyjąć na siebie odpowiedzialności i próbują ukryć prawdę posługując się w tym celu „epidemią AIDS”. Chce się wmówić opinii publicznej, że to nie konkretni ludzie, instytucje i rządy, nie błędne ideologie i koncepcje ekonomiczno-społeczne ponoszą odpowiedzialność za aktualną tragiczną sytuację w Afryce, lecz śmiertelny wirus, który szaleje na całym świecie, i z którym wszyscy wspólnie musimy walczyć. Wirus ma odwrócić uwagę od rzeczywistych problemów i ich przyczyn, w których ujawnianiu nie są zainteresowane ani czynniki zachodnie, ani afrykańskie elity rządzące.

Podczas pierwszej specjalnej sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ poświęconej AIDS w czerwcu 2001 roku prześcigano się w najbardziej apokaliptycznych diagnozach i prognozach. Amerykański ambasador przy ONZ Richard Holbrooke stwierdził, że ze wszystkich problemów, przed którymi stoi

świat – wojny, głód, konflikty rasowe, terroryzm, broń nuklearna – największe zagrożenie to AIDS i dodał, że AIDS to najpoważniejszy kryzys zdrowotny w ciągu ostatnich 700 lat i bezpośrednie zagrożenie dla społecznej, ekonomicznej i politycznej stabilizacji. Dr Peter Piot, dyrektor wykonawczy UNAIDS stwierdził: „Stoimy w obliczu najbardziej niszczycielskiej epidemii, jaką znała ludzkość”. Te i wiele podobnych wypowiedzi mają jeden cel: podsunąć fałszywe przyczyny rzeczywistego stanu Afryki i innych krajów tzw. Trzeciego Świata, zreinterpretować autentyczne choroby, cierpienie i śmierć mające swoje przyczyny w socjalno-ekonomiczno-politycznych czynnikach jako „śmiertelną epidemię”, uczynić „nieodpowiedzialne zachowania seksualne” odpowiedzialnymi za tę sytuację.

Ogłasza się stan zagrożenia: AIDS zagraża rozwojowi, społecznej spójności, politycznej stabilności, bezpieczeństwu żywnościowemu etc. Ale ten stan zagrożenia już istnieje w Afryce i ma swoje realne przyczyny. W przyszłości rozmaite negatywne zjawiska i procesy mogą się jeszcze nasilić. AIDS ma służyć jako wyjaśnienie tego stanu rzeczy i ukryć jego prawdziwe źródła. Twierdzi się, że AIDS może być przyczyną politycznej destabilizacji i niepokoju, podczas gdy w rzeczywistości jest na odwrót: kryzys zdrowotny w Afryce jest m.in. skutkiem destabilizacji i niepokoju politycznych. Kiedy czytamy, że w Afryce następuje załamanie systemu edukacyjnego ze względu na śmierć nauczycieli na AIDS, to za prawdziwą możemy uznać informację o załamaniu się systemu edukacyjnego, natomiast prawdziwych przyczyn np. tego, że 35% afrykańskich dzieci nie uczęszcza do szkoły, należy szukać gdzie indziej. Kiedy dowiadujemy się, że w Burkina Faso 20% wiejskich rodzin porzuciło pracę na roli lub nawet opuściło swoje gospodarstwa z powodu epidemii AIDS, to pierwszą część tej informacji możemy uznać za prawdziwą, ale drugą już nie. Kiedy czytamy, że w takich krajach jak Burkina Faso, Rwanda czy Uganda AIDS nie tylko przeszkadza w ograniczeniu obszaru nędzy, ale obszar ten powiększa, to prawdziwe jest tylko to, że w tych krajach zwiększył się obszar nędzy, natomiast na pytanie, dlaczego tak się stało, należy dopiero odpowiedzieć. Kiedy wiceprezes Banku Światowego stwierdza: „Postęp, który dokonał się w drugiej połowie XX wieku może po prostu zostać zniweczony przez epidemię AIDS”, to należy tę wypowiedź interpretować jako posunięcie taktyczno-propagandowe, które ma przesłonić bolesną dla Banku Światowego prawdę, że trwające pół wieku heroiczne wysiłki jego funkcjonariuszy na rzecz postępu w Afryce zakończyły się fiaskiem i w związku z tym występuje paląca potrzeba znalezienia jakiegoś wytłumaczenia tego niezrozumiałego dla obywateli państw zachodnich faktu, a AIDS bardzo dobrze się na takie wytłumaczenie nadaje. W lipcu 2002 roku na łamach pisma „Lancet” napisano, że „konsekwencją AIDS może być podcięcie wszystkich wysiłków na rzecz rozwoju w Afryce”. Podobnie jak w przypadku wypowiedzi wiceprezesa, należy to interpretować jako propagandowe „ubezpieczenie” na wypadek, gdyby pojawiły się niewygodne pytania, dlaczego dotychczasowe wysiłki na rzecz rozwoju nie dały rezultatu, czy wysiłki te były wysiłkami o właściwie postawionych celach i właściwie dobranych środkach, kto jest odpowiedzialny za to, że nie dały one spodziewanych rezultatów? etc.

Czy istnieją jeszcze jakieś inne powody tego, że AIDS w Afryce mobilizuje tak wielką uwagę i środki finansowe, że nie malaria czy gruźlica, lecz AIDS jest tak nagłaśniany? Skąd bierze się tak wysoki poziom zainteresowania przede wszystkim afrykańskim AIDS? Dlaczego malaria, gruźlica czy czerwonka nie pojawiają się w nagłówkach prasowych, w newsach i pozycjach budżetowych, ale AIDS? Dlaczego w wielu krajach afrykańskich WHO daje więcej pieniędzy na wszystko, co się wiąże z AIDS, niż niektóre z tych krajów wydają na cały swój system opieki zdrowotnej? Oczywiście afrykański AIDS jest bardziej nagłaśniany ze względu na swoją propagandową rolę: w przeciwieństwie do malarii może służyć jako propagandowy straszak wobec obywateli Zachodu. Ale niektórzy autorzy podejrzewają, iż odpowiedzi na te pytania należy szukać w tym, że zgodnie z paradygmatem „HIV = AIDS = Śmierć” śmiertelny wirus rozprzestrzenia się poprzez stosunki seksualne, a wśród Afrykańczyków przede wszystkim na drodze stosunków heteroseksualnych. Gruźlica i malaria nie są przekazywane drogą płciową, co czyni je mniej atrakcyjnymi dla systemu, który nazywany bywa „biowładzą”.

„Epidemia AIDS” w Afryce będąc, w przeciwieństwie do gruźlicy czy malarii, swego rodzaju „epidemią weneryczną”, sprawia, że w obszarze zainteresowania aparatu powołanego do jej zwalczania znajdują się wszystkie kwestie związane z życiem seksualnym: obyczaje i zachowania seksualne, rozrodczość, przyrost naturalny, modele rodziny i małżeństwa (monogamia, poligamia, poligynia), prostytutka, środki antykoncepcyjne, aborcja, edukacja seksualna, kontrola urodzin, zapobieganie ciąży, definicje płci, homoseksualizm, karmienie piersią itd. Kiedy zwalczą się „epidemię weneryczną”, każdy aspekt życia może zostać poddany kontroli przez tych, którzy zwalczają epidemię, muszą oni interweniować wszędzie: w szkole, w sypialni, w miejscu pracy, w sądach czy w armii. I to właśnie ta możliwość czyni AIDS tak atrakcyjnym dla systemu zwanego „biowładzą”.

„Polityka seksualna” prowadzona w ramach zwalczania AIDS jest tak formułowana, żeby zgadzała się z ideologią i systemem wartości zarówno „prawicy” (wstrzemięźliwość seksualna, monogamia, wierność, odpowiedzialność w życiu seksualnym, ograniczenie prostytutki), jak i „lewicy” (edukacja seksualna, tzw. bezpieczny seks, prezerwatywy, wolności obywatelskie, zwalczanie „patriarchatu”, równouprawnienie kobiet). Wszystko to pozwala sądzić, że kampanie „reedukacyjne”, wpływające na zachowania i obyczaje Afrykańczyków pod pretekstem zwalczania AIDS są kontynuacją innymi środkami „misyjnej polityki cywilizowania Afryki” z czasów kolonialnych. W ramach tej polityki badacze odkrywają, że obrzezanie kobiet afrykańskich sprzyja zarażeniu HIV, zaś obrzezanie mężczyzn, przeciwnie, zapobiega zarażeniu. A zatem zwalczanie obyczaju obrzezania kobiet i propagowanie obyczaju obrzezania mężczyzn może być uznane za element walki z AIDS. Dodajmy tutaj, że paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” jest odpowiedzialny za osłabienie pożytecznych tradycyjnych obyczajów, jak na przykład powszechny wśród ludów Bantu obyczaj dziedziczenia żon, który nakazuje krewnym mężczyzny po jego śmierci przejąć jego żonę i zarazem opiekę nad dziećmi.

Obecnie, w przypadku, gdy mąż zmarł na „AIDS”, jego brat nie chce wziąć do siebie wdowy po nim, gdyż, jak przypuszcza, ona również jest zainfekowana. Ważna instytucja utrzymująca w Afryce rodową solidarność i społeczną spójność jest niszczona z winy konceptu wymyślonego w Los Angeles.

Walka z AIDS w Afryce ma oczywiście szerszy wymiar polityczny dając zachodnim ośrodkom władzy możliwość wpływania na priorytety budżetowe rządów afrykańskich, na ich politykę edukacyjną, zdrowotną, rodzinną, politykę bezpieczeństwa wewnętrznego, a nawet politykę obronną, np. w kwietniu 2000 roku pojawiły się prasowe doniesienia o tym, że 60% żołnierzy armii Republiki Południowej Afryki jest nosicielami HIV; podobne wysokie dane statystyczne podaje się w przypadku innych armii. Jest rzeczą oczywistą, że może to służyć jako pretekst do ich reorganizacji i poddania ich zewnętrznej kontroli. AIDS jest zatem wygodnym narzędziem politycznej kontroli i pretekstem do ograniczania, i tak bardzo kruchej, niezależności państw afrykańskich (odkrywanie wirusa w armiach ma tę jeszcze zaletę, że łatwiej dla nich zorganizować odgórny zakup i dystrybucję testów oraz leków, co zawsze cieszy korporacje farmaceutyczne). Ta polityczna kontrola ma oczywiste powody, jeśli pamięta się o tym, że w Afryce znajduje się większość światowych zasobów złota, 90% kobaltu, 50% fosforytów, 40% platyny, 7,5% węgla, ok. 10% znanych zasobów ropy naftowej, 12% gazu ziemnego.

Zwraca się niekiedy uwagę na to, że instytucje zajmujące się zwalczaniem AIDS i instytucje zajmujące się kontrolą przyrostu naturalnego wchodzi z sobą w rozmaite związki. Sytuacja jest ciekawa o tyle, że według jednych instytucji ludność Afryki jest dziesiątkowana przez epidemię AIDS i prawie wymiera, zaś według innych liczba ludności Afryki subsaharyjskiej rośnie.

25 czerwca 2001 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ odbyło pierwszą specjalną sesję poświęconą AIDS, w której wziął udział m.in. Sekretarz Stanu USA Colin Powell, prezydenci i premierzy z państw afrykańskich oraz inne głowy państw. Premier Mozambiku Pascoal Mocumbi ubolewał na sesji, że jedno lub dwa pokolenia w jego kraju są stracone i że ponad 1/3 szesnastolatków umrze, zanim osiągnie 30 rok życia. Prezydent Nigerii Olusegan Obasanjo oświadczył, że perspektywa wymarcia całego kontynentu jest coraz bliższa. Oczywiście zasadniczym celem tej „czarnej propagandy” jest uzyskanie przez rządy afrykańskie dodatkowej pomocy finansowej na „walkę z AIDS”, ale stoi ona w jaskrawej sprzeczności z danymi, które mówią o stałym wzroście liczby ludności w Afryce.

Jedne instytucje międzynarodowe malują przerażający obraz Afryki jako kontynentu wyludnionego w rezultacie epidemii AIDS, inne zaś podają dane, z których wynika, że śmiertelność w Afryce wcale nie wzrosła dramatycznie (oprócz obszarów dotkniętych długoletnią suszą i przeżywających gospodarczy upadek), wręcz przeciwnie, rejestruje się w Afryce stały przyrost liczby ludności. Niechaj za przykład posłuży Uganda, która w 1959 roku liczyła 6,5 mln mieszkańców, w 1991 – 16,7 mln, w 2002 – 24,6 mln, a zatem pomiędzy 1991 a 2002 rokiem, kiedy AIDS pustoszył Ugandę, liczba ludności rosła o 3,4% rocznie. Nawet w okręgu Rakaj (Uganda) i okręgu Kagera (Tanzania), położonych nad Jeziorem

Wiktoria, które kilkanaście lat temu były uznawane za epicentra AIDS, nastąpił wzrost liczby ludności. W RPA od 1995 roku nastąpił przyrost liczby ludności o 4,3 miliona, roczny przyrost liczby ludności w RPA wynosi ok. 2%. Jak podało w 2001 roku US Bureau of the Census International Data Base, liczba ludności w Afryce subsaharyjskiej wzrosła z 378 milionów w 1980 roku do 652 milionów w roku 2000. Innymi słowy, od 1980 roku liczba ludności w tym regionie świata powiększyła się o 274 miliony, co stanowi ekwiwalent całej ludności Stanów Zjednoczonych. Roczny przyrost ludności w Afryce wynosił 2,6%. Niektóre prognozy demograficzne mówią, że w 2030 roku ludność całej Afryki może wzrosnąć z 830 mln do 1,5 miliarda. Wynika z tego, że śmiertelnej epidemii towarzyszy, jeśli wierzyć statystykom, przyrost liczby ludności – rzecz niespotykana w historii epidemii nękających ludzkość.

Tę sprzeczność pomiędzy wizją wyludniającej się Afryki a wizją coraz bardziej ludnej Afryki można wyjaśnić tym, że w interesie instytucji zwalczających AIDS jest coraz większa liczba chorych i zmarłych, zaś w interesie instytucji zajmujących się „eksplozją demograficzną” jest coś dokładnie przeciwnego: potrzebują one dużego przyrostu naturalnego, aby uzasadnić swoje istnienie i działanie. Statystyczna inflacja jest nakręcana przez egzystencjalne potrzeby instytucji, a że różne instytucje różnie legitymizują swoje istnienie i działanie, to i statystyki trudno ze sobą uzgodnić.

Są autorzy, którzy, zgadzając się ze statystykami wykazującymi, że ludność Afryki rośnie, podejrzewają, że „HIV/AIDS” używany jest przez państwa zachodnie jako postkolonialna broń dla manipulacji ludnościowej i depopulacji Afryki przez propagowanie kondomów i środków antykoncepcyjnych dla kobiet (pigułki i środki wewnątrzmaciczne) pod pretekstem, że zapobiegają zarażeniu HIV, nakłanianie kobiet do aborcji w przypadku „pozytywnego” testu, nakłanianie mężczyzn do poddania się sterylizacji itp. W tym kontekście cytuje się amerykańską gazetę „USA Today”, która 15 sierpnia 1991 napisała: „AIDS może sprawić w Afryce to, czego nie udało się osiągnąć przez trwające kilka dekad wysiłki na rzecz planowania rodziny: położyć kres eksplozji demograficznej”.

Przypomnijmy tutaj, że w niektórych środowiskach afroamerykańskich, jak również w krajach Trzeciego Świata, pojawiały i nadal pojawiają się oskarżenia, iż „wyprodukowany w tajnych laboratoriach wojskowych USA” wirus HIV został celowo wykorzystany przeciw czarnej rasie jako broń biologiczna. Jednak są i tacy krytycy polityki Zachodu w Afryce, którzy uważają, że HIV jest albo nieszkodliwym wirusem, albo w ogóle nie istnieje, co w ich oczach tego typu oskarżenia czyni bezsensownymi – nie można wszak wykorzystywać przeciw komuś czegoś, co albo jest nieszkodliwe, albo w ogóle nie istnieje. Uważają oni natomiast, że nagłaśnianie AIDS i przeznaczanie olbrzymich środków na „zwalczanie wirusa” ma na celu to, żeby pieniędzy tych nie przeznaczać na rzeczywiste choroby, które naprawdę zbierają śmiertelne żniwo przede wszystkim w Trzecim Świecie – jak choćby na malarię, na którą szacunkowo umiera rocznie na świecie 2 mln osób czy gruźlicę, na którą umiera 1,7 mln osób (nie należy zapominać o tym, że, zepchnięte przez biurokrację od AIDS do

defensywy, gruźlicze i malaryczne grupy interesów i frakcje w międzynarodowej biurokracji od zdrowia i pomocy zagranicznej także „pompują” statystyki zachorowalności i śmiertelności w swoich branżach chorobowych).

Ukryty cel polegałby na tym, aby nie przeszkadzać gruźlicy czy malarii w zbieraniu tego śmiertelnego żniwa i aby w ten sposób ograniczać przyrost liczby ludności w Afryce i innych krajach Trzeciego Świata. Są wreszcie i tacy, którzy, podejrzewając, że aparat zwalczający AIDS doskonale wie o nieszkodliwości wirusa lub o jego nieistnieniu, idą w swojej radykalnej krytyce tak daleko, że za element strategii depopulacyjnej uważają propagowanie toksycznych antywirusowych leków typu AZT, które koniecznie chce się aplikować ludności Afryki – to one, a nie wyimaginowany wirus, są według nich bronią biologiczną przeciw Afrykańczykom i tutaj właśnie wśród populacji osłabionych głodem, niedożywieniem i biedą leki te mogą być skutecznym instrumentem kontroli wzrostu demograficznego. Nie można, rzecz jasna, uwierzyć, żeby taki diaboliczny plan mógł kiedykolwiek wylegnać się w czyjejkolwiek głowie, ale przyznać trzeba, że podtrzymywanie za wszelką cenę i wszelkimi środkami fałszywego paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, odrzucanie jakiegokolwiek dyskusji na jego temat oraz ogromna presja na rozpowszechnianie leków antywirusowych (kredyty od Banku Światowego na zakup AZT) i eksperymentalnych szczepionek w Afryce, stwarzają, niestety, żyzną glebę, na której mogą plenić się najrozmaitsze fantastyczne „teorie spiskowe” zniesławiające tytuł uczciwych i naprawdę przejętych tragedią Afryki lekarzy i naukowców z USA i Europy.

3.6. Afryki droga do odrodzenia

Afryka potrzebuje odrodzenia politycznego i ekonomicznego. Aby tak się stało, zarówno elity afrykańskie, jak i elity zachodnie muszą porzucić błędną politykę prowadzoną przez ostatnie dziesięciolecie. Afryce trzeba i można pomóc – ale nie w ten sposób, że aplikuje się jej mieszkańcom toksyczne leki przeciw AIDS i „kondomizuje” cały kontynent. Czysta woda pitna, kanalizacja, lepsze warunki sanitarne, dobre i obfite jedzenie, znośne warunki mieszkaniowe, zwalczanie gruźlicy, malarii, czerwonki, biegunki, infekcji pasożytniczych, chorób wenerycznych i wielu innych chorób naprawdę trapiących Afrykę – jeśli te problemy zostaną rozwiązane, to zniknie również „epidemia AIDS” w Afryce, epidemia, której nigdy nie było.

Podkreślić należy, że problem „AIDS w Afryce” jest częścią problemu AIDS we wszystkich krajach biednych i słabo rozwiniętych, bo to tam w 95% rozgrywa się dziś „epidemia AIDS”. Dotyczy on również czarnej społeczności w Stanach Zjednoczonych. „New York Times” z 11 stycznia 2001 napisał: „Wirus AIDS rozprzestrzenia się jak ogień na prerii wśród czarnych społeczności w USA”. AIDS jest uznawany za jedną z najważniejszych przyczyn śmierci wśród Afroamerykanów pomiędzy 25 a 44 rokiem życia. Ich udział wśród chorych zdiagnozowanych jako chorzy na AIDS jest znacznie

większy niż ich 12-procentowy udział w całej ludności USA – na drugim miejscu są Latynosi, dopiero na trzecim miejscu Biali, którzy stanowią 75% ludności USA. Według statystyk ponad 60% seropozytywnych niemowląt w USA to dzieci czarne, podczas gdy odsetek białych niemowląt to ok. 15%. 90% procent dzieci czarnych i 80% dzieci Latynosów dostaje HIV wertykalnie od matki, wśród białych wskaźnik ten wynosi ok. 50%.

Należy tu oczywiście uwzględnić wysoką konsumpcję narkotyków wśród Afroamerykanów żyjących w wielkich miastach, ale sytuacja ta ma też oczywisty związek nie z rasą, lecz z gorszymi warunkami życia czarnej mniejszości w USA, z biedą, złym wyżywieniem, złymi warunkami mieszkaniowymi i higienicznymi, czyli z tymi czynnikami, które, podobnie jak w Afryce, osłabiają układ odpornościowy. Warto w tym miejscu powrócić do opisywanej wyżej roli, jaką w kreowaniu „afrykańskiego AIDS” odgrywają rasistowskie stereotypy. Mamy bowiem do czynienia z rasistowską ideologią zakamuflowaną, ze względu na oficjalnie obowiązującą ideologię „antyrasizmu”, jako naukowa teoria, co pozwala ukryć prawdziwe cele pod maską „naukowości”. To nie jest przypadek, że z choroby białych amerykańskich gejów zrobiono chorobę Afrykańczyków, Afroamerykanów i w ogóle ludów kolorowych. AIDS ma być postrzegany jako choroba, która narodziła się w Afryce, wśród rasy czarnej, która jest rzekomo głównym ogniskiem epidemii. Wychodząc od fałszywego paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, przedstawia się rasę czarną na świecie i czarną społeczność w USA jako te, wśród których zakażenia HIV są wielokrotnie wyższe niż wśród rasy białej. Jest to podskórny rasistowski przekaz skierowany przede wszystkim do białych kobiet, żeby odstraszyć je od seksualnych kontaktów z czarnymi mężczyznami. Jeśli mówi się białej kobiecie, iż w przypadku kontaktu seksualnego z czarnym mężczyzną prawdopodobieństwo, że zarazi się ona HIV jest 20 razy wyższe niż w przypadku kontaktu seksualnego z białym mężczyzną, to trudno nie uznać jej decyzji unikania kontaktów seksualnych z czarnymi mężczyznami za racjonalną, a równocześnie wolną od podejrzeń o rasowe uprzedzenia, bo motywowaną chęcią uniknięcia choroby. Wolno zatem wnioskować, że zamaskowanym celem „nauki o AIDS” jest nieformalna segregacja i separacja rasowa, zarówno jeśli chodzi o Afrykańczyków (zahamowanie migracji do „białej” strefy), jak i Afroamerykanów w USA. Pojawiają się już naukowe sugestie, że podatność rasy czarnej na zakażenie HIV i odmienność „czarnego AIDS” w stosunku do „białego AIDS” wynikają z genetycznych predyspozycji Czarnych. Znaleźli się nawet badacze, którzy zidentyfikowali u Białych dwa zmutowane geny, których nie znaleźli u Czarnych, i doszli do wniosku, że to właśnie te zmutowane geny chronią białych przed infekcją HIV. Rasistowski podtekst jest tu oczywisty. Można tylko z politowaniem pokiwać głową nad naiwnością, czy raczej nad ślepotą antyrasistowskiej lewicy, która nie pojmuje rasistowskiego charakteru całej „nauki o AIDS” i wspiera ją ze wszystkich sił.

Tygodnik „Newsweek” pytał w listopadzie 1984 roku na stronie tytułowej *Czy Afryka może zostać ocalona?* Z pewnością może, byleby z nieufnością podchodziła do dobrych rad udzielanych jej przez „Newsweeka”, który ma wielkie zasługi w upowszechnianiu fałszywego paradygmatu „HIV = AIDS

= Śmierć”, i do jego alarmistycznych informacji na temat AIDS w Afryce. Sytuacja w Afryce jest z pewnością niezwykle trudna i skomplikowana, ale nie tak apokaliptyczna, jak to rysują zachodnie media. Czarna Afryka ze swoim wewnętrznym bogactwem, różnorodnością krajów i kultur, z obdarzonymi wielką witalnością, pracowitymi, oszczędnymi, dysponującymi wyobraźnią i inicjatywą narodami, ludami, społecznościami i jednostkami ma szansę na przezwycięzenie kryzysu i na polityczno-ekonomiczno-społeczne odrodzenie, któremu sprzyjać będzie energia i determinacja milionów Afrykańczyków, aby poprawić swoje warunki życia. Ale warunkiem jest wzrost poczucia samoodpowiedzialności, zerwanie z ideologią ofiar, zaprzestanie szukania wszędzie kozłów ofiarnych i zrzucania całej winy na kolonializm, rasizm, imperializm, apartheid, na „Zachód” i Białego Człowieka, porzucenie egalitarnych retoryki, krytyczna analiza własnych błędów popełnionych po osiągnięciu niepodległości (przy odrzuceniu przesadzonych lub wręcz fałszywych oskarżeń formułowanych przez zachodnie media wobec rozmaitych przywódców afrykańskich). Afrykańska inteligencja w wielu przypadkach ma krytyczne podejście do idei i koncepcji wypracowanych w „metropoliach” i przez nie narzucanych. Ale nieufnością i krytycyzmem powinna objąć ona zarówno fałszywy paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”, jak i inne błędne doktryny o źródłach biedy, bogactwa i rozwoju, np. nonsensowną teorię o „zaklętym kręgu ubóstwa”, z którego kraje afrykańskie mogą się wyrwać tylko dzięki zewnętrznej pomocy, oraz inne poczęte z ducha marksizmu-leninizmu teorie na temat wyzysku, kolonializmu i imperializmu podsuwane im od kilku dziesięcioleci przez lewicowo-liberalnych przyjaciół z USA i Europy.

Afryka może zostać ocalona, ale z pewnością nie poprzez zwalczenie fikcyjnej megaepidemii AIDS, lecz m.in. przez zerwanie z dogmatami, które posłużyły do jej medyczno-polityczno-propagandowej konstrukcji. Kiedy Afrykańczycy uświadomią sobie, że AIDS w Afryce to rzeczywistość wirtualna, jedna z wielu rzeczywistości wirtualnych w erze *infotainment*, będzie to pierwszy krok na drodze do wyzwolenia Afryki i do jej odrodzenia.

Ale wykonanie tego kroku nie będzie łatwe, o czym świadczy opisywany wyżej przypadek prezydenta Mbeki. Wystarczy proste porównanie: na konferencji AIDS w Durbanie w lipcu 2000 roku obecnych było 12 000 osób, sponsoring ze strony rządów, fundacji i korporacji farmaceutycznych był zapewniony w odpowiedniej wysokości, medialne nagłośnienie najlepsze z możliwych. Nieco później w dniach od 29 sierpnia do 1 września w Ugandzie na małym wiejskim uniwersytecie w Nkozi położonym nad Jeziorem Wiktorii odbyła się konferencja, w której wzięło udział 40 osób z Ugandy, Kenii, Republiki Południowej Afryki, Nigerii, Irlandii, Wielkiej Brytanii, Australii i Stanów Zjednoczonych – naukowców, lekarzy, publicystów. Konferencji nikt nie finansował, uczestnicy przybyli na własny koszt, spali w skromnych studenckich pokojach. Tam 12 000 osób obradujących za pieniądze rządów, korporacji i fundacji, tu 40 osób, które same pokrywają koszty – to najlepiej obrazuje „stosunek sił” pomiędzy obozem zwolenników paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” i obozem, który tego paradygmatu nie uznaje.

Zebrani na konferencji w Nkozi uznali, że najwyższy czas zerwać z opartym na rasistowskich emocjach i stereotypach przedstawianiu Afryki jako kloaczego dołu, gdzie wylęga się HIV, i jako zagrożenia dla całej planety, stanowczo odrzucili „kolonializm AZT i innych leków antywirusowych”, postulowali zasadniczą rewizję paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, gdyż model ten zafalszowuje i zniekształca obraz afrykańskiej rzeczywistości; rozrywa prawdziwe zależności przyczynowo-skutkowe, usuwa z pola widzenia istniejące stosunki władzy, uniemożliwia znalezienie wyjaśnień dla zjawisk nazywanych AIDS, przejawiających się różnie w różnych społecznościach, krajach i kontynentach. Właśnie „HIV” jest przeszkodą do znalezienia obiektywnych przyczyn „AIDS”, a co za tym idzie do zastosowania właściwych środków zaradczych. I to jest prawdziwe niebezpieczeństwo, jakie „HIV” stanowi dla Afryki.

Oby ta mała grupka afrykańskich lekarzy, naukowców, dziennikarzy (jest ich oczywiście w całej Afryce o wiele więcej), która zebrała się na konferencji w Nkozi, stała się wzorem obywatelskiej odwagi, intelektualnej uczciwości i niezależności dla całej inteligencji afrykańskiej. Oby więcej afrykańskich polityków naśladowało prezydenta Mbekiego – człowieka, który w imię dobra swojego narodu nie zawahał się dumnie stawić czoło możnym tego świata. A wtedy Czarna Afryka odnajdzie swoją własną, odrębną drogę ku lepszej przyszłości.

* Określenie „wybitny polityk” nie oznacza, że prezydent Mbeki nie zasługuje na życzliwą krytykę. Niestety, mimo że nie jest on już członkiem partii komunistycznej, to pozostał wierny marksistowskim teoriom biedy i niedorozwoju. Także zarzut „czarnego rasizmu” formułowany niekiedy w stosunku do jego polityki, jest do pewnego stopnia uzasadniony. Nie wydaje się również, żeby prezydent Mbeki widział konieczność zasadniczego przemyślenia form i zakresu pomocy zagranicznej udzielanej państwom afrykańskim. Wprawdzie jego koncepcja Nowego Partnerstwa dla Rozwoju Afryki jest w ramach politycznego marketingu przedstawiana jako „więcej handlu, mniej pomocy”, to jednak w rzeczywistości prezydent Mbeki żąda znacznego zwiększenia pomocy zagranicznej. Domaga się on „demokratyzacji” pomocy, co w przekładzie na język realnej polityki oznacza, że sposób wykorzystania napływających z zewnątrz środków, ich przeznaczenie i podział mają być w wyłącznej gestii prezydenta i jego kolegów rządzących w innych państwach afrykańskich. W zamian za to prezydent Mbeki i jego afrykańscy koledzy solennie obiecują, że będą sprawiedliwie dzielić pomoc i wykorzystywać ją wyłącznie dla dobra obywateli. Dodajmy, że sceptycyzm prezydenta Mbekiego wobec paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” może nie wynikać z autentycznego wewnętrznego przekonania o błędności tego paradygmatu, a wyłącznie z kalkulacji budżetowo-politycznych. To jednak w żadnym stopniu nie przekreślałoby jego zasług dla zrelatywizowania i osłabienia tego paradygmatu.

4. POLITYCZNA HISTORIA AIDS

4.1. Geneza AIDS

Oficjalna historia AIDS jest powszechnie znana i zaczyna się w momencie, kiedy 5 czerwca 1981 roku „Morbidity and Mortality Weekly Report” – biuletyn Center(s) for Disease Control and Prevention (CDC) – instytucji amerykańskiej, ale działającej globalnie, po raz pierwszy poinformował o wykryciu pomiędzy październikiem 1980 a majem 1981 roku przypadków śródmiąższowego plazmatycznokomórkowego zapalenia płuc (*Pneumocystis carinii pneumonia*) u pięciu mężczyzn – homoseksualistów z Los Angeles.

Te przypadki zakwalifikowano jako nowy rodzaj utraty odporności i nazwano początkowo *Gay-Related ImmunoDeficiency* (GRID), a potem przemianowano na AIDS – *Acquired ImmunoDeficiency Syndrome*, czyli zespół nabytego niedoboru (upośledzenia) odporności. Ten skrót znany jest dziś na całym świecie.

Dokładna geneza AIDS nie jest możliwa do ustalenia, gdyż wiele spraw działo się za kulisami i nigdy nie przeniknęło na zewnątrz. Jednak nawet na podstawie niepełnych danych możemy pokusić się o zrekonstruowanie przebiegu wydarzeń.

Na początek należy przedstawić instytucję, która odegrała najważniejszą rolę w wykryciu epidemii AIDS. CDC (Centrum Kontroli i Prewencji Chorób) powstało w 1970 roku jako instytucja Służby Zdrowia Publicznego i było następcą istniejącego od 1946 roku Communicable Disease Center. Jego kwatera główna mieści się w Atlancie (Georgia). Funkcjonariusze CDC bez chwili wytchnienia szukają najmniejszych choćby ognisk epidemii i organizują zakrojone na szeroką skalę łowy na mikroby i wirusy. „Półtajnym” skrzydłem CDC i najważniejszym jego narzędziem jest Epidemiologiczna Służba Wywiadowcza (Epidemic Intelligence Service – EIS) nazywana „medyczną CIA”. Założona w 1951 roku po wybuchu wojny koreańskiej, stanowi system wczesnego ostrzegania przed atakiem biologicznym i epidemiami celowo wywołanymi przez człowieka, i działa na wszystkich kontynentach. EIS to oczy i uszy CDC. Przez szkolenia, kursy i dwuletnią służbę w EIS przeszły tysiące ludzi, którzy potem są „w rezerwie”, uplasowani w centralnych instytucjach ds. zdrowia publicznego i innych agendach federalnych, w stanowych i lokalnych wydziałach zdrowia, na uniwersytetach, w korporacjach farmaceutycznych, fundacjach, w klinikach i szpitalach, a także w redakcjach i wydawnictwach czasopism naukowych, w mediach, w Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zachowują oni stale związek z CDC i mogą być mobilizowani na wypadek stanu wyjątkowego lub wojny. Są oni „cichymi współnikami” CDC, multiplikując medialnie,

propagandowo, naukowo i politycznie jego koncepcje i działania.

Zadaniem CDC jest wykrywanie oraz zwalczanie chorób zakaźnych i epidemii, i dobrze wywiązuje się ono z zadań postawionych przed nim przez władze państwowe. Na przykład w 1957 roku Centrum skutecznie zwalczyło gripę azjatycką przedstawiając ją jako tak niebezpieczną chorobę, że rząd natychmiast dał pieniądze na rozbudowę EIS i na masowe szczepienia.

W 1976 roku zdarzyło się, że podczas podstawowego szkolenia wojskowego w jednej z jednostek wojskowych rekrut zmarł na zapalenie płuc w związku z gripą. Dyrektor CDC David Sencer stwierdził wówczas, że to wirus grypy przeskoczył na człowieka ze świni i może wywołać epidemię, która zagrozi zdrowiu i życiu mieszkańców USA. Dyrektor Sencer z miejsca zażądał 135 milionów dolarów na szczepienia. Prerażeni członkowie Kongresu zabrali się za uchwalanie odpowiedniej ustawy o szczepieniach przeciw „świńskiej grypie” (*swine flu*), ale sprawa utknęła, bo firmy ubezpieczeniowe odkryły, że szczepionka ma bardzo groźne skutki uboczne. Ale dyrektor Sencer był uparty, zadziałał błyskawicznie, ogłosił alarm dla detektywów z EIS i nakazał im znalezienie podobnych przypadków. Detektywi znaleźli weteranów wojennych, którzy brali udział w konwencji Legionu Amerykańskiego w Filadelfii. CDC puściło w medialny obieg informację, że „choroba legionistów” (182 osoby zachorowały, 29 zmarło) to początek epidemii „świńskiej grypy” (prekursora „ptasiej grypy”?). Kongresmeni przestraszyli się nie na żarty i uchwalili ustawę o szczepieniach. Można powiedzieć, że weteranów po raz ostatni powołano do służby, aby posłużyli jako dowód, że „świńska grypa” zdziesiątkuje Stany Zjednoczone. Prezydent Ford nawoływał w telewizji wszystkich Amerykanów, żeby się zaszczepili (sam też się zaszczepił!). Należy pamiętać, że rok 1976 był rokiem wyborów prezydenckich i władzom zależało, aby pokazać, jak znakomicie radzą sobie w sytuacji kryzysowej. 50 milionów Amerykanów zostało wówczas zaszczepionych (ładne zamówienie dla producentów szczepionek) bez jakiegokolwiek potrzeby, bowiem żadnej „świńskiej grypy” nie było. Szczepienia w imię wirusa-fantoma przyniosły jednak pewne efekty: ponad tysiąc przypadków uszkodzeń nerwów i paraliżu, 52 przypadki śmierci, pozwy sądowe i wielomilionowe odszkodowania. Na temat samej „choroby legionistów” zdania są podzielone: CDC już po przeprowadzonej akcji szczepień odkryło, że chodziło o bakterię i na nią zrzuciło winę, natomiast inni uważają, że ani wirus, ani bakteria, lecz podeszły wiek weteranów, (z których wielu przeszło operację przeszczepu nerek), tegie picie na konwencji i szereg innych czynników były prawdziwą przyczyną.

W roku 1981 instytucje zdrowia publicznego i inne instytucje medyczne w USA były spenetrowane przez EIS, która była w stanie wykryć najmniejsze i niepowiązane „zbiory” przypadków chorobowych, niezależnie od tego, jak dalece od siebie w czasie i przestrzeni oddaleni od siebie byli chorzy lub zmarli. Wtedy przyszedł czas na przeprowadzenie akcji, która okazała się największym sukcesem CDC odniesionym z pomocą Epidemiologicznej Służby Wywiadowczej. A było to tak: w 1980 roku niejaki Michael Gottlieb, nowy immunolog z Centrum Medycznego Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles (mający też związki z przemysłem filmowym w Hollywood) zajął się

badaniem upośledzenia odporności w związku z nową technologią liczenia komórek T. Po pewnym czasie dr Gottlieb dowiedział się o pięciu chorych na śródmiąższowe plazmatycznokomórkowe zapalenie płuc (*Pneumocystis carinii pneumonia*). Byli to homoseksualiści żyjący na tzw. szybkim szlaku (*fast track*), czyli mający wiele anonimowych kontaktów seksualnych i zażywający duże ilości narkotyków umożliwiających tego typu ekscesy. Dr Gottlieb uznał, że wykrył „gejowską chorobę”, zatelefonował do detektywa z EIS, Wayne'a Shandery z wydziału zdrowia w Los Angeles i powiedział mu o swoich ustaleniach. Shandera skompilował odpowiedni raport i wysłał do Jamesa Currana z wydziału chorób wenerycznych CDC. Curran, kiedy zapoznał się raportem, miał radośnie wykrzyknąć „*hot stuff, hot stuff*”.

Normalnie, każdy z tych pięciu przypadków byłby leczony przez pięciu różnych lekarzy i nikomu nie przyszłoby do głowy, że chodzi o „epidemię”, ale CDC mając takich agentów jak Shandera i cały swój „superczuły” aparat śledczy, mogło zarejestrować te przypadki i jakoś je ze sobą połączyć. Dodatkowo do sprawy włączono zaobserwowane w Nowym Jorku przypadki mięsaka Kaposiego u młodych homoseksualistów.

Kiedy 5 czerwca 1981 roku raport Gottlieba ukazał się w „Morbidity and Mortality Weekly Report” James Curran już organizował specjalną grupę dochodzeniową, mającą prowadzić śledztwo w sprawie „pięciu ofiar epidemii”. Na czele grupy stanęli członkowie EIS Harold Jaffe i Mary Guinan z wydziału chorób wenerycznych. Pierwsze co należało zrobić, to znaleźć jak największą liczbę podobnych przypadków, aby „epidemia” rosła, następnie wyjaśnić syndrom, czyli znaleźć czynnik infekcyjny. Detektywi z EIS zostali rozesłani po szpitalach, żeby szukali podobnych przypadków, z których można by skonstruować epidemię. Nie było to proste, gdyż pierwszych pięćdziesięciu znalezionych chorych przyznało się do wysokiej konsumpcji narkotyków typu „poppers”, ale śledczy nie zamierzali iść tym tropem, gdyż było to sprzeczne z założeniem, które przyjęli na początku – dla nich nowa choroba nie mogła być problemem toksyn, ale infekcji. Założenie to nie było założeniem jedynym, ale doświadczony detektyw-wirusolog Donald Francis (od 1971 roku w wywiadzie epidemiologicznym) już w jedenaście dni po otrzymaniu raportu Shandery oświadczył, że według niego sprawcą „nowej choroby” jest retrowirus z długim okresem latencji. Francis w 1981 roku zajmował wysoką pozycję w CDC w wydziale laboratoriów żółtaczki i specjalizował się w retrowirusach. Miał on zaiste zdolności profetyczne: w sytuacji, gdy epidemia objęła zaledwie 5 ludzi, kiedy nie przeprowadzono jeszcze żadnych badań, przewidział i określił całą przyszłość „nowej choroby”.

Śledztwo postępowało szybko naprzód. Detektyw David Auerbach dostarczył pewnych poszlak, że chorzy homoseksualiści byli ze sobą związani poprzez długi łańcuch seksualnych kontaktów, co dowodziło, że nowa choroba „przeskakuje” na innych ludzi. Inni funkcjonariusze EIS przeszukiwali szpitale, aby znaleźć heroinistów z oportunistycznymi infekcjami i wykazać, że to używanie wspólnych strzykawek powoduje przenoszenia się infekcji (nie zamierzali pójść śladem heroiny i w

niej dostrzec czynnik chorobotwórczy). Detektywi Bruce Evatt i Dale Lawrence wytropili w Kolorado hemofilika z oportunistycznym zapaleniem płuc będącym rezultatem wewnętrznego krwawienia, ale zrediagnostowali go jako chorego na „nową chorobę”. Detektyw Harry Haverkos zaczął węszyć wśród Haitińczyków na Haiti, na Florydzie i w Nowym Jorku, a kiedy znalazł przypadki gruźlicy, przemianował je na „nową chorobę”. W miarę jak śledztwo się rozwijało, epidemia „nowej choroby” nazwanej potem AIDS, w przeciwieństwie do raczej nieudanej epidemii świńskiej grypy, ładnie się rozszerzała. CDC było z takiego rozwoju wydarzeń bardzo zadowolone, gdyż oddalało to poważne zagrożenie, jakim były cięcia budżetowe zapowiedziane przez nowego prezydenta Ronalda Reagana. Biały Dom planował obcięcie budżetu CDC o 25%, ba, odzywały się nawet nieodpowiedzialne głosy, że Centrum jest niepotrzebne i należy je w ogóle zamknąć. Teraz, kiedy wybuchła epidemia AIDS, Centrum, którego prestiż ucierpiał w wyniku nieudanej „świńskiej grypy” (robiono sobie żarty z poważnej instytucji, zaczęto mówić, że prezydent Ford miał swoją „Flugate” itp.), mogło nowemu rządowi pokazać, jak pożyteczną i niezbędną jest instytucja.

W latach 1981-84 CDC i inne „zaprzyjaźnione” agendy rządowe, Światowa Organizacja Zdrowia (ludzie z EIS wykonali swoje zadanie) rozpowszechniają na cały świat pogłoskę, że AIDS „przenosi” się z człowieka na człowieka. Ponieważ „pięciu z Los Angeles” było homoseksualistami, CDC już w komentarzu do raportu Gottlieba sugerowało jakiś niejasny związek nowej choroby z aktywnością seksualną i jej przenoszeniem się drogą płciową.

Koncepcja „nowej choroby” zaczyna się klarować od sierpnia 1982 roku, kiedy to na specjalnej naradzie w CDC przyjęto nazwę „AIDS”. We wrześniu 1982 roku CDC (a może inne wyższe czynniki) dało zielone światło dla dużej epidemii. W 1983 roku zalecono ostrożność lekarzom i laborantom tak jakby ustalono już, że AIDS to choroba zakaźna. Zaczęto szukać przyczyny „nowej choroby”. „Newsweek” z 18 kwietnia 1983 roku na stronie tytułowej poinformował o „Epidemii AIDS”, o nowej i śmiertelnej chorobie, która krąży po kraju, rozprzestrzeniła się na 35 stanów i 16 krajów, m.in. Francję i Niemcy, zagrażając całej ludności. Pismo zadało ważne pytanie: „czy AIDS to wirus?”. Pytanie, na które już wcześniej dał odpowiedź twierdzącą funkcjonariusz CDC Donald Francis.

W 1983 roku James Curran został zastępcą dyrektora CDC i nadał wyraźny kierunek działalności swojej instytucji w kwestii AIDS, opierając się w swoim wyborze na zasadzie sformułowanej przez Williego Suttona, który zapytany, dlaczego napada na banki, udzielił słynnej odpowiedzi: „Bo tam są pieniądze”. Curran zadał pytanie „Gdzie my z CDC mamy zainwestować nasze pieniądze, dokąd poszedłby dziś Willie Sutton?”. Sądzę, miał powiedzieć, Curran, że poszedłby tam, gdzie są retrowirusy. Curran jeszcze na przełomie 1981 i 1982 roku wypowiedział się, że „w tym momencie naszym najlepszym tropem przyczyn choroby [AIDS] są poppers [wdychane azotany amyłowe]”. Ale kiedy został wicedyrektorem CDC, ten trop porzucił (albo też porzucenie tego tropu było warunkiem objęcia stanowiska).

Narodowy Instytut Zdrowia (National Institute(s) of Health – NIH) przyznał w 1982 roku cztery miliony dolarów na badania nad AIDS, w 1983 osiem milionów. Po trzech latach od wykrycia „piątki z Los Angeles” poszukiwania przyczyny AIDS zakończyły się sukcesem. 23 kwietnia 1984 roku odbyła się w Waszyngtonie bardzo umiejętnie wyreżyserowana międzynarodowa konferencja prasowa, na której wystąpili dr Robert Gallo z Narodowego Instytutu Raka (National Institute of Cancer – NIC) oraz minister zdrowia i opieki społecznej pani Margaret Heckler. Dr Gallo wystąpił w ciemnych okularach, w ubraniu z hollywoodzkim *touchem*, z nieco zmierzwionymi włosami, jak przystało na uczonego pogrążonego wyłącznie w swoich badaniach i dociekaniach. Na konferencji obwieszczono całemu światu, że dr Gallo odkrył wirusa HTLV-III, który „prawdopodobnie jest przyczyną AIDS”. W doniesieniach medialnych słowo „prawdopodobnie” zostało opuszczone i hipoteza zamieniła się w tezę, pogłoska w fakt. Następnego dnia „New York Times” piórem Lawrence’a Altmana – człowieka z EIS, napisał po prostu o „wirusie AIDS”.

Pani minister Heckler mówiła na konferencji o zasługach uczonych z innych krajów i ważnej pracy zagranicznych laboratoriów, ale ostateczny tryumf zarezerwowała dla uczonych amerykańskich. Pani minister oznajmiła z dumą: „Dziś mamy jeszcze jeden cud na długiej honorowej liście amerykańskiej medycyny i nauki. Ci, którzy te naukowe poszukiwania bagatelizowali, ci, którzy mówili, że nie robimy wystarczająco wiele, nie rozumieli, jakie postępy poczyniono w solidnych badaniach w zakresie nauk medycznych. Od pierwszego dnia, kiedy w 1981 roku zidentyfikowano AIDS, naukowcy z Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej i ich medyczni sprzymierzeńcy ani na chwilę nie ustawali w poszukiwaniu odpowiedzi na tajemnicę AIDS”. Minister Heckler obiecała, że szczepionka przeciw AIDS zostanie wytworzona w 1986 roku i ludzie przestaną umierać na AIDS. Obietnice te były bardzo ważne z punktu widzenia politycznego marketingu, gdyż rok 1984 był rokiem wyborczym i Ronald Reagan zamierzał walczyć o reelekcję. Naukowe hipotezy włączone zostały zatem do wyborczej propagandy. Jak wiadomo, szczepionka nie została wynaleziona, ale pani minister nie musiała się tłumaczyć z niespełnionych obietnic wyborczych, gdyż w 1985 ustąpiła ze stanowiska i została ambasadorem w Irlandii.

Naukowa konferencja prasowa dra Gallo i minister Heckler została dobrze przygotowana. W okresie poprzedzającym konferencję media, korzystając z informacji uzyskanych zapewne od Gallo lub funkcjonariuszy CDC, zaczęły mówić o odkryciu: „Wall Street Journal” z 15 kwietnia: *Wirus raka związany z AIDS wkrótce ujawniony*, „Washington Post” z 17 kwietnia: *Badania wskazują na to, że AIDS jest związany z wirusem raka* (tę łączność wirusa z rakiem warto zapamiętać). 19 kwietnia informację o wirusie podał „New Scientist”.

Mimo iż standardową regułą było do tej pory, że nie upublicznia się szerzej wyników badań, zanim nie zostaną po raz pierwszy ogłoszone w naukowym czasopiśmie, to uczoney Gallo przedstawił na konferencji prasowej naukową hipotezę, która wcześniej nie została zaprezentowana i obroniona w żadnym fachowym czasopiśmie ani przedyskutowana na żadnej naukowej konferencji. Pominięto całą

drogę obowiązującą we „wspólnocie uczonych” i bez dyskusji, bez klinicznych dowodów wpuszczono (hipo)tezę naukową bezpośrednio do amerykańskich i światowych mediów. Było to jednak o tyle zrozumiałe, że (hipo)tezę zadekretowała odgórnie minister zdrowia, której podlegał Narodowy Instytut Zdrowia, którego oddziałem jest Narodowy Instytut Raka, gdzie pracował dr Gallo. Tak więc przedstawiciel rządu i podległy mu rządowy naukowiec (wszyscy najważniejsi badacze z dziedziny biomedycyny, wirusologii etc. w USA są albo urzędnikami opłacanymi bezpośrednio z kasy rządowej, albo poprzez „granty”) ogłosili światu, że odkryta została przyczyna AIDS. Innymi słowy, uczynił to rząd Stanów Zjednoczonych. Takim drobiazgiem, jak przedstawienie dowodu na to, że wirus powoduje AIDS, rząd nie musiał się przecież przejmować. Pani minister jako pryncypał dra Gallo kompetentnie oceniła wyniki jego badań i urzędowo je zatwierdziła. Ani politycy, ani naukowcy-”łowcy wirusów”, ani aktywiści gejowscy, ani dziennikarze nie mieli bodźca, żeby być sceptycznymi wobec decyzji rządu; więc nie byli.

23 kwietnia 1984 roku to najważniejsza data w historii politycznej AIDS: wróg został zidentyfikowany, wojna wypowiedziana. CDC zaczęło mobilizować opinię publiczną używając do tego celu swoich programów pomocy dla organizacji prywatnych. Wspomagając finansowo (lub innymi środkami) grupy tylko pośrednio z nim związane CDC mogło kreować pozornie spontaniczne ruchy społeczne. Ich liderzy, którzy nazywali siebie „reprezentantami społeczności”, popierali politykę identyczną z polityką CDC, podczas gdy ono spokojnie stało w cieniu unikając ewentualnej krytyki. W 1984 roku CDC zaczęło formować „partnerstwa” oparte na „kooperatywnych porozumieniach” z dużą liczbą organizacji mających prowadzić edukację w kwestii AIDS. Pierwsze pieniądze popłynęły za pośrednictwem konferencji burmistrzów, którzy rozdzielali je na rosnącą sieć grup zajmujących się AIDS. Po 1986 roku pieniądze zaczęły płynąć coraz obfitszym strumieniem. Amerykański Czerwony Krzyż dostał ponad 19 mln dolarów. Miliony dolarów poszły na konta American Medical Association, nauczycielskich związków zawodowych, National Association of People with AIDS działającej jako centrum koordynacyjne dla grup i organizacji skupiających aktywistów od AIDS i gejów, Americans for a Sound AIDS Policy – organizacji oddziałującej na ewangelicznych chrześcijan, National Association of Broadcasters skupiającej stacje radiowe i telewizyjne, i na konta wielu innych organizacji. W ten sposób działania CDC wobec „nowej choroby” otrzymały, zorganizowane przez samo Centrum, „oddolne” społeczne wsparcie i na zasadzie sprzężenia zwrotnego mogły zostać zintensyfikowane i rozszerzone. Wojna z AIDS ulegała eskalacji.

4.2. Od Wojny z Rakiem do Wojny z AIDS

W latach 60. ubiegłego wieku Narodowy Instytut Zdrowia rozpoczął finansowanie programu poszukiwania wirusa raka (do tych ośrodków, które propagowały hipotezę, że przyczyną raka może być wirus, należało oczywiście także CDC). Na początku lat 70. stratedzy polityczni prezydenta

Nixona, który w 1972 roku miał walczyć o reelekcję, uznali, że rak będzie nośnym tematem wyborczym. W 1971 roku prezydent Nixon wypowiedział wojnę rakowi (War on Cancer), innymi słowy, w ramach demokratycznej walki o urząd obiecywał obywatelom, że jak go wybiorą, to nie będą umierali na raka. W 1976 roku, kiedy przypadało 200-lecie USA, miało być gotowe lekarstwo na raka.

Ważną okolicznością było też to, że w 1972 roku podpisany został traktat amerykańsko-sowiecki o ograniczeniu zbrojeń biologicznych. Część naukowców, którzy brali udział w pracach nad bronią biologiczną, znalazła zatrudnienie w Narodowym Instytucie Raka. Należał do nich dr Robert Gallo, którego łączyły pewne więzi z firmą Litton Bionetics wchodzącą w skład firmy Litton Industries realizującej dla Pentagonu poważne kontrakty w zakresie „biologii wojskowej”.

Przypomnienie tych faktów jest istotne, bo pokazuje, jak mocno nauki biologiczne i medyczne (mikrobiologia, genetyka, biologia molekularna) włączone są w struktury władzy politycznej, powiązane z instytucjami wojskowymi, wywiadowczymi, administracyjnymi. Ten związek istnieje także, co oczywiste, w przypadku AIDS.

W ramach Wojny z Rakiem miliardy dolarów popłynęły do centrów badawczych i laboratoriów, które prowadziły badania nad wirusem raka. Nigdy dotąd nie przeznaczono tak wielkich sum na badania nad jakąkolwiek chorobą. Puszczono w ruch koło zamachowe największej do tej pory inwestycji finansowej w historii medycyny. Ale chociaż napisano tysiące artykułów dowodzących, że wirusowa przyczyna raka jak najbardziej jest możliwa, to zrobienie z raka choroby wywoływanej przez wirusa, nie powiodło się. Pod koniec lat 70. bezskuteczność wysiłków mających na celu znalezienie wirusa raka stawała się coraz trudniejsza do ukrycia. Jak stwierdził jeden z uczestników Wojny z Rakiem dr Peter Duesberg: „Byliśmy wyszkoleni w wirusach... z wielkiej kampanii wojennej przeciw rakowi wróciliśmy z pustymi rękami. Nie byliśmy w stanie pokazać, że choćby jeden rodzaj raka jest powodowany przez wirusa”.

Miliardy zainwestowanych w badania dolarów nie przyniosły żadnego zysku, obietnica stworzenia lekarstwa na raka, budząca z oczywistych względów wielkie zainteresowanie wśród szerokiej publiczności, nie została dotrzymana. Pojawiło się niebezpieczeństwo, że władze obetną fundusze, pozamykają laboratoria etc. Nic więc dziwnego, że AIDS i HIV zostały w establishmencie biologii molekularnej, biomedycyny, wirusologii powitane z radością. Spadły one jak z nieba wszystkim laboratoriom, instytutom, ośrodkom badawczym, które przepuściły miliardy dolarów na nic nie warte badania nad nieistniejącym wirusem raka. Groźba, że budżety zostaną poważnie zmniejszone i trzeba będzie zredukować personel została oddalona: pieniądze, które szły na poszukiwania wirusa raka, można było teraz przekierować na badania nad HIV. Była to klasyczna sytuacja, podobna do tej opisywanej przez Davida Berglanda w książce *Abc.. libertarianizm* (wyd. Kurs, 1988): „W okresie prohibicji stworzono wielką siłę biurokratyczną, której celem było zwalczanie nielegalnego alkoholu. Wraz z zakończeniem okresu prohibicji, biurokraci ci starali się za wszelką cenę utrzymać pracę na

państwowych etatach – jak każda biurokracja. Toteż w zastępstwie alkoholu, który znów zalegalizowano, zaczęli atakować marihuanę. Niestety, odnieśli propagandowy sukces. Dążąc do delegalizacji marihuany zaaranżowali najbardziej beczelną i kłamliwą propagandę dla osiągnięcia swych celów: zachowania swych państwowych posiadłości. Tak jak kiedyś Wojna z Alkoholem została zastąpiona przez Wojnę z Marihuaną (bez zmiany dowódców i oficerów), tak teraz wirus raka wymieniony został na wirusa HIV, a Wojna z Rakiem na Wojnę z AIDS

Narodowy Instytut Zdrowia, którego wydziałem jest Narodowy Instytut Raka, to biurokratyczna instytucja, która stworzyła najpotężniejszy w świecie establishment badań naukowych. Choć w przeszłości jej stosunki z CDC nie były wolne od napięć, teraz weszła z nim w sojusz dla wspólnej walki o fundusze. CDC zagrało *va bank*: dało infekcyjną, zakaźną i nieuleczalną chorobę „łowcom wirusów” z NIH i z uniwersytetów sponsorowanych przez NIH. Wirusolodzy, mimo wspomnianych wyżej porażek, mieli dominującą pozycję w establishmentie naukowym biomedycyny – stopniowo przejmowali oni kontrolę nad naukami biomedycznymi od Wojny z Polio w latach 50. Nic zatem dziwnego, że nie bakterie, nie toksyny, nie czynniki środowiskowe zwyciężyły przy odkryciu przyczyn AIDS, lecz wirus.

Tak więc wszystko się zmieniło, a zarazem wszystko pozostało po staremu. Budżety, fundusze, etaty zostały uratowane. Tonący okręt został opuszczony i nastąpiła przesiadka na inny, który cudownym zbiegiem okoliczności pojawił się na horyzoncie. Jak ujął to dosadnie jeden z publicystów: kiedy ścierwo psa tonie, pchły i inne pasożyty w popłochu szukają sobie nowego gospodarza.

Rozpoczęła się „druga gorączka złota” dla „łowców wirusów”. Naukowo-polityczni „survivaliści” przetrwali klęskę Wojny z Rakiem, reaktywowali programy i wirusowe modele wymyślone w jej trakcie – oparte na danych z biologii molekularnej, na napromieniowanych myszach, na kulturach hodowanych w laboratoryjnych probówkach. Wcześniej wykrywali wirusy, które nie powodują raka, teraz dostarczyli wirusa, który nie powoduje AIDS, ale tym razem się udało. Wojna z AIDS trwa już 20 lat, a jej końca jak nie widać, tak nie widać

Wojna z AIDS jest kontynuacją Wojny z Rakiem, laboratoria i ośrodki badawcze biorące udział w przegranej wojnie zajęły się teraz HIV i AIDS, spora liczba czołowych naukowców-specjalistów od raka, którzy nie znaleźli na niego lekarstwa, przekwalifikowała się na specjalistów od AIDS. Wojna z AIDS jest w tym sensie recyclingiem koncepcji, technik, modeli wypracowanych w trakcie Wojny z Rakiem: mierzenie siły układu odpornościowego, retrowirusy (najpewniej odzwierzęce), które miały stymulować białaczkę, zaczęły stymulować AIDS, antyrakowy lek AZT posłużył do leczenia chorych na AIDS. Wirus HIV został zaliczony do grupy tzw. „powolnych wirusów”, które „odkryto”, bo potrzebne były do powoli rozwijających się chorób takich jak rak, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, cukrzyca. „Szybkie wirusy” były bezużyteczne przy chorobach typu rak, więc znalazły się „powolne wirusy” z długim okresem „latencji”, które pasowały do „powolnych chorób”.

Odkrywca HIV dr Robert Gallo, dyrektor Laboratorium Biologii Komórek Rakowych w Narodowym Instytucie Raka, był od lat 60. aktywnym uczestnikiem programu poszukiwania wirusa raka, a potem Wojny z Rakiem. W 1975 roku opublikował artykuł, w którym twierdził, że wyizolował nowego ludzkiego wirusa powodującego białaczkę – retrowirusa HL23V o długim okresie „latencji”. Musiał to być retrowirus, ponieważ „normalny” wirus zabija komórki, a w przypadku raka następuje multiplikacja komórek, więc „normalny” wirus tu nie pasował. W 1980 roku Gallo odkrywa kolejnego retrowirusa nazwanego przezeń HTLV-I. W obu przypadkach okazało się, że odkryte przez dra Gallo retrowirusy to laboratoryjne artefakty, kontaminacje znanych małych wirusów. Właśnie odkrywca nieistniejących wirusów dr Gallo został wybrany na odkrywcę retrowirusa wywołującego AIDS.

Wspomniany wyżej Donald Francis, ten, który natychmiast po odkryciu przez dra Gottlieba „piątki z Los Angeles” zdecydował, że przyczyną nowej choroby jest retrowirus o długim okresie latencji, skontaktował się już w 1981 roku ze swoim uniwersyteckim nauczycielem i promotorem swojej pracy doktorskiej na temat wirusowej teorii raka, Myronem Essexem (Harvard University), który z kolei skontaktował się z Gallo. Francis i Essex nakłonili Gallo do tego, żeby zabrał się za poszukiwanie (retro)wirusa AIDS, zaś Robert Bigger, członek EIS w Narodowym Instytucie Zdrowia zapewnił sfinansowanie tego polowania. Francis i jego koledzy z CDC i NIH potrzebowali do przeprowadzenia operacji „wirus AIDS” znanego i ambitnego wirusologa, który jakoś nie mógł odnieść wielkiego sukcesu, a nawet ponosił porażki. Gallo, który po „wpadce” z HTLV-I, jak kania dżdżu potrzebował sukcesu, zwierzył swoją szansę i po trzech latach badań zidentyfikował wirusa „nowej choroby”. W ten sposób czołowy uczestnik łowów na wirusa raka stał się Ojcem Założycielem nauki o HIV i AIDS. W rzeczywistości Gallo był pionkiem w grze prowadzonej przez o wiele potężniejszych graczy i został raczej wybrany na posłańca, który ogłosi światu prawdę o wirusie. Ci, którzy go wybrali, byli dobrymi znawcami ludzkiej psychologii i wiedzieli, że wykrzyknie „eureka”, nawet jeśli niczego nie znajdzie. Gallo wykrzyknął, co miał wykrzyknąć, i Wojna z Rakiem całkiem niepostrzeżenie zmartwychwstała jako Wojna z AIDS.

Warto w tym kontekście przytoczyć stwierdzenie Susan Sontag, że z chwilą pojawienia się AIDS rak przestał być chorobą wzbudzająca największy lęk i wywołującą największe fobie, tak jakby społeczeństwu trudno było zaprzętać sobie uwagę więcej niż jedną chorobą „tożsamą ze złem”. AIDS, pisała Sontag, zbanalizował raka. Było to bardzo na rękę tym, którzy pragnęli jakoś przesłonić klęskę Wojny z Rakiem i skierować uwagę tzw. opinii publicznej w inną stronę. Któż będzie pamiętał o niespełnionych obietnicach cudownego leku antyrakowego, o miliardach wyrzuconych w błoto na poszukiwanie wirusa raka w sytuacji, kiedy nowa groźna epidemia AIDS zbiera swoje śmiertelne żniwo i „wszyscy musimy ofiarnie z nią walczyć”? AIDS i HIV mogą być zatem interpretowane również jako zasłona dymna, jako posunięcie w ramach public relations, które okazało się niezwykle skuteczne.

Pomiędzy rokiem 1981 a 1984 został stworzony paradygmat naukowy, który mówił, że istnieje nowa,

infekcyjna, zakaźna i nieuleczalna choroba nazywana AIDS, wywoływana przez retrowirusa. Ten paradygmat został ogłoszony przez ministra na konferencji prasowej i poparty autorytetem najpotężniejszego rządu świata – rządu Stanów Zjednoczonych. Minister i rządowy naukowiec zaprezentowali światu naukową (hipo)tezę, zanim jeszcze ów naukowiec opublikował artykuł o swoim wirusie w jakimkolwiek naukowym piśmie, zanim jego hipoteza została poddana naukowej krytyce. (Hipo)teza, że HIV wywołuje AIDS, stała się (hipo)tezą emanującą niejako z Waszyngtonu, z centrum władzy globalnej, a tym samym z (hipo)tezy naukowej zamieniła się w tezę polityczną propagowaną i upowszechnianą przez władze państwowe zarówno w USA, jak i na całym świecie. Została ona „wykuta w kamieniu” i nikt już nie mógł w niej zmienić ani jednej litery.

Naukowcy, którzy po kwietniu 1984 roku mogli bliżej zapoznać się z hipotezą dra Gallo, pamiętali o tym, że owa hipoteza jest już polityczną tezą rządu amerykańskiego. Każdy, kto miał wątpliwości, każdy, komu teza nadal wydawała się tylko niesprawdzoną hipotezą, musiał, choćby podświadomie, obawiać się, że, jeśli wyrazi głośno swoje wątpliwości, ominą go rządowe „granty”. Te obawy, sprzyjające akceptacji hipotezy Gallo, nie były bezpodstawne, gdyż, natychmiast po przyjęciu paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, wszystkie rządowe fundusze zostały skierowane na badania poruszające się w ramach tego paradygmatu. Sfinansowane mogły być tylko te badania, które miały wyjaśnić, „jak HIV powoduje AIDS”. Na badania, które chciałyby odpowiedzieć na pytanie, „czy HIV powoduje AIDS”, pieniędzy zabrakło. Przyjęto jedno znaczenie choroby, jeden kierunek badań, jeden sposób postrzegania zakażonego i chorego.

Z tego, co stwierdziliśmy wyżej, wynika dość jasno, że epidemia AIDS zidentyfikowana w 1981 roku oraz wyjaśniający ją paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” są naukowo-politycznymi konstruktami służącymi grupowym interesom, które, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, podtrzymują i wspierają ich istnienie. Muszą one być widziane i interpretowane w szerszym kontekście, na który składają się tendencje rozwojowe współczesnej medycyny i nauk biomedycznych, powstanie „kompleksu medyczno-przemysłowego”, „państwa terapeutycznego” i „farmakracji”.

4.3. Naukowo-polityczne hipotezy i definicje

Ważnym strategicznym posunięciem było nazwanie wirusa, ustanawiające hegemoniczny dyskurs – ten, kto nadaje nazwę i ją kontroluje, ten rządzi. Szło o prezentację nomenklatury, która zespoliłaby w jedną całość domniemane wirusy typu HTLV, ARV, DAV, LAV. Rozegrała się walka o nazwę: Robert Gallo i jego koledzy w miejsce pierwotnej nazwy HTLV-III zaproponowali HRV, czyli po prostu „Human Retrovirus”. Ale ich oponenci, świadomi propagandowego znaczenia nazwy, uznali, że „HRV” to nazwa zbyt ogólna i niewiele mówiąca. W maju 1986 roku Międzynarodowa Komisja ds. Taksonomii Wirusów zdecydowała się na nazwę „Human Immunodeficiency Virus”, której skrót

„HIV” z samogłoską w środku, łatwiej wpadał w ucho, a zatem lepiej dostosowany był do potrzeb marketingowych. Nazwa miała dowodzić tego, czego powinni dowieść, a nie dowiedli Gallo, Montagnier i inni: wirus nosi nazwę „wirus upośledzenia odporności”, gdyż powoduje upośledzenie odporności. Wszak gdyby nie powodował, to nazywałby się inaczej.

Wirus HIV skonstruowany został na modłę „postmodernistyczną”. Uznawany jest wprawdzie za odrębny byt biologiczny, ale jego odkrywcy (twórcy, wynalazcy) zrobili z niego byt niejasny, płynny, bezustannie mutujący, występujący w coraz to nowych odmianach i typach, nieskończenie zmienny, pozbawiony esencji, nie mający twardego jądra, które pozwoliłoby go „przyszpilić”. Nie posiada własnej substancji, ciągle ulega metamorfozom, rozplywa się i na nowo skupia, łapie się go, ale jest jak woda, która przecieka przez palce. Jest przejściową, krótkotrwałą egzystencją, postacią o rozmytych granicach, nieustrukturuowanym bytem, lecz zbiorem płynnych, zmiennych charakterystyk. Nie można go wyizolować, nie można go nawet „zobaczyć” w oczyszczonej formie. HIV jest najbardziej jaskrawym przejawem skomplikowanej ontologii i epistemologii retrowirusów, w obrębie których nie rządzi obiektywność rzeczy, ale pozory, chimery percepcji, iluzje i nadinterpretacje.

Testy nie wykrywają bezpośrednio obecności wirusa, lecz obecność przeciwciał, które pośrednio świadczą o jego obecności – mamy więc „antyciało”, ale nie mamy „ciała” – cóż za gratka dla Jeana Baudrillarda! Antyciała są surogatami strukturalnej lub substancjalnej bytowości wirusa. Nie postrzegamy wirusa, ale tropy, które zostawia w antyciałach, nie mamy wyizolowanego bytu będącego przyczyną choroby, ale antyciała symbolizujące jego działanie. Zamiast jasnego wyizolowania wirusa mamy tropienie jego definiujących funkcjonalnych cech, surogat staje się ontologią choroby biomedycznej. Testy na wykrycie antyciał, liczenie komórek T, tzw. viral load – wszystko to są złudne obrazy zmiennego, właściwie nieucieleśnionego obiektu, który sam się rekonstruuje, przyjmuje formy dopasowane do osobistych, socjalnych, kulturowych i historycznych cech nosiciela. Co więcej, tajemniczy wirus atakuje organizm na metapoziomie systemu immunologicznego: system odpornościowy ma wszak zwalczać wirusy, tymczasem HIV atakuje to, co powinno go zwalczać i niszczyć, atakuje i zabija komórki wyspecjalizowane w zwalczaniu wirusów. W tym sensie HIV jest „metawirusem”, czyli wirusem, który niszczy system antywirusowy.

Skoro zatem „postmodernistyczny metawirus” wywołuje AIDS, to wolno sądzić, że i sam AIDS ma podobną doń naturę. Zwróciła na to uwagę Susan Sontag czyniąc obserwację, że AIDS to: „konstrukcja kliniczna”, „rezultat wnioskowania”, „wielki mistyfikator”, „produkt definicji”, „konstrukcja myślowa”. Kiedy Sontag zastrzega się: „nie chcę powiedzieć, że metafora rodzi koncepcje kliniczne”, to zastrzega się niepotrzebnie, bowiem jest bliska prawdy: AIDS to metafora, która nie jest następstwem koncepcji klinicznej, ale ją poprzedza.

Sontag pisze, że AIDS to „pierwsza poważna choroba określana akronimem”, co bierze się stąd, że nie jest on „prawdziwą chorobą”, ale stanem medycznym nie mającym naturalnych granic, syndromem

złożonym z pozornie nieograniczonej listy chorób „stowarzyszonych” – to znaczy kwalifikujących pacjenta jako cierpiącego właśnie na AIDS. Tu właśnie najlepiej widać, zdaniem Sontag, w jak wielkim stopniu AIDS jest produktem definicji czy konstrukcji myślowej. Autorzy skrótu, zgodnie z prawdą, nie napisali AIDD, gdzie ostatnie D oznaczałoby „disease”, czyli „chorobę”, ale AIDS, gdzie S oznacza „syndrome”. Na marginesie tylko dodajmy, że początkowo skrót AIDS nie oznaczał „Acquired ImmunoDeficiency Syndrome”, ale „Auto – ImmunoDeficiency Syndrome”. Kiedy jednak zauważono, że koncepcja zawarta w literach A oraz I jest nie do utrzymania, ale sam skrót już się przyjął, podstawiono pod niego nową treść. Treść zresztą bardzo niejasną, bo nie wiadomo, co właściwie mają oznaczać „acquired” (nabyty) czy „deficiency”, czyli niedobór, upośledzenie, brak, słabość, defekt, wada.

AIDS jest zatem syndromem, stanem medycznym, a nie pojedynczą spójną jednostką chorobową, nie ma typowych objawów klinicznych tak jak inne choroby, nie jest samodzielną chorobą o jasnych konturach, lecz mieszaniną rozmaitych, starych i znanych, istniejących niezależnie od AIDS, niczym ze sobą niezwiązanych chorób, które sklejono w jedną całość za pomocą semantycznej operacji. Nie istnieje jakaś nowa „rzecz”, do której odsyłałby rzeczownik „AIDS”. AIDS nie istnieje w tym sensie, w jakim istnieje gruźlica czy angina. Rzeczą, którą mógłby oznaczać rzeczownik „AIDS”, mogłoby być powodowane przez HIV „upośledzenie odporności” u człowieka, czyli quasi-choroba „upośledzenia odporności AIDS”, ale takiej choroby nie ma.

Sam wirus nie daje żadnych objawów jak tylko za pośrednictwem innych, już znanych chorób. O ile w przypadku normalnej choroby rozpoznajemy ją po objawach, to tutaj objawami są inne choroby, które z chorób samoistnych zamieniają się w choroby „znacznikowe” czy „wskaźnikowe”. Można zatem powiedzieć, że tak jak HIV jest „metawirusem”, tak AIDS jest „metachorobą”, czyli chorobą złożoną z innych chorób.

Ponieważ AIDS jest syndromem, a nie chorobą, zatem tak naprawdę – inaczej niż w przypadku gruźlicy – nikt nie może zachorować na AIDS, nikt nie może być leczony z AIDS, nikt nie może wyleczyć się z AIDS, nikt nie może umrzeć na AIDS. Ludzie, którzy są diagnozowani jako chorzy na AIDS, są chorzy na zupełnie różne sposoby, cierpią i umierają z symptomami i zaburzeniami typowymi dla innych znanych chorób.

AIDS jest chorobą, która nie jest chorobą z punktu widzenia klasycznej medycyny, ale nazywany jest chorobą w mediach, w niezliczonych książkach i artykułach, gdzie zdanie „1000 osób zachorowało na AIDS” nikogo nie dziwi, choć jest ono pozbawione sensu, gdyż nikt nie może „zachorować na syndrom”, a jedynie na jedną lub kilka chorób „wskaźnikowych” wymienionych w definicji AIDS. Można chorować na mięsaka Kaposiego, ale nie można zachorować na AIDS. „Epidemia dżumy” opisuje pewną rzeczywistość, natomiast „epidemia AIDS” – nie.

AIDS jest całkowitym medycznym novum i jeśli nazywa się go chorobą, to nie w sensie nadawanym

terminowi „choroba” do połowy XX wieku. Jest novum także i z innego względu: „choroba” AIDS definiowana jest poprzez swoją hipotetyczną przyczynę – wirusa HIV. Według znanego równania „gruźlica + HIV = AIDS”, zaś „gruźlica – HIV = gruźlica”. Gruźlica bez HIV jest samoistną chorobą, zaś w obecności HIV staje się „chorobą znacznikową”. Żadna dotychczasowa choroba nie była definiowana ze względu na swoją przyczynę, AIDS jest pierwszą „chorobą”, w której definicji zawarta jest jej przyczyna. Ponieważ HIV jest integralną częścią definicji AIDS, to z definicji korelacja HIV i AIDS jest stuprocentowa! Nie ma żadnej naturalnej zgodności przyczynowo-skutkowej pomiędzy HIV i AIDS, ponieważ zawsze istnieje możliwość, aby tę samą chorobę nazwać inaczej, jeśli HIV jest nieobecny. Skoro „AID” może istnieć niezależnie od HIV i jeśli nic koniecznego nie łączy „AID” i „S”, to przyjęta definicja AIDS jest, jak zauważył prof. Richard Strohman z Wydziału Biologii Molekularnej i Komórkowej Uniwersytetu Berkeley, definicją „tautologiczną”.

Pomijamy tutaj kwestię korelacji polegającej na tym, że ludzie, u których wykryto przeciwciała HIV, a zatem, jak się domniemywa, samego wirusa, rzeczywiście chorują na choroby „wskaźnikowe” definiujące AIDS. Jak pisaliśmy wyżej, korelacja nie oznacza, że pomiędzy HIV i AIDS istnieje zależność skutkowo-przyczynowa. Korelacja pomiędzy pianiem koguta a wschodem słońca może być stuprocentowa, ale, jak się wydaje, to nie kogut swoim pianiem sprawia, że słońce wschodzi.

Susan Sontag zwróciła uwagę na inne konsekwencje wynikające z przyjętej definicji AIDS. AIDS jest bowiem tym, pisze Sontag, co raz spełnia „kryteria definicji badawczej”, a raz „kryteria empiryczne”. „Kryteria empiryczne” AIDS spełnia wówczas, kiedy ktoś rzeczywiście ma objawy jednej z „chorób znacznikowych”, zaś „kryteria definicji badawczej” wówczas, kiedy jest zainfekowany HIV, ale żadne z objawów „choroby znacznikowej” nie występują. Jak napisała Sontag, „zarażeni wirusem HIV uważani są za chorych na AIDS, którzy jeszcze... nie zachorowali”! Dzieje się tak dlatego, że definicja uległa rozszerzeniu, najpierw był 1) AIDS jako zespół chorób, 2) tzw. ARC (AIDS Related Complex), 3) zakażenie HIV, ale bez symptomów. Następnie ARC zniknął i został włączony do AIDS, a później samo zakażenie HIV stało się AIDS (Sontag bardzo trafnie przewidziała tę ewolucję). Tym samym nastąpiło zatarcie granicy pomiędzy chorymi i zdrowymi. Oto paradoks AIDS – człowiek czuje się znakomicie, mimo że jest śmiertelnie chory!

Te i inne paradoksy wynikają z tego, że AIDS jest „nową chorobą” („metachorobą”), ale jest nią tylko w tym sensie, w jakim zdefiniowali ją biomedycy badacze. Wcześniej nie mogliby tego zrobić. W roku, dajmy na to, 1960, AIDS, nawet gdyby istniał, nie mógłby zostać zaobserwowany, gdyż nie istniały techniki biomedyczne i biomedyczne koncepty, które by umożliwiły jego „odkrycie”. Tak jak bez mikroskopów optycznych nie powstałaby teoria o bakteriach i chorobach przez nie przenoszonych, tak bez mikroskopu elektronowego nie byłoby (retro)wirusologii. Technologia do liczenia komórek T cudownym zbiegiem okoliczności powstała niedługo przed „odkryciem” AIDS, zaś technika testowań wykrywających antyciała, wprowadzona i zainspirowana przez amerykańską biotechnologię umożliwiła szukanie biologicznych igieł w stogu siana. Stosowano ją do wykrycia

latentnych (biologicznie nieaktywnych wirusów!) jako przyczyn mięsaka Kaposiego, raka szyjki macicy, białaczki, raka wątroby i rzadkich chorób neurologicznych – bez rezultatu. Aż wreszcie „wykryto” latentnego, a zarazem biologicznie aktywnego wirusa HIV powodującego AIDS. Aby powstał AIDS potrzebne były dwa czynniki: nowe technologie oraz zinstytucjonalizowana epidemiologia i biomedycyna (CDC, EIS, NIH, NIC etc.). Umożliwiło to skonstruowanie niezwykle elastycznej definicji AIDS, która zależna jest od władzy definiowania spoczywającej w rękach medycznej biurokracji. Ta definicja jest definicją „sytuacyjną” i podlega ewolucji w zależności od celów, potrzeb i interesów tejże biurokracji.

To CDC posiada władzę definiowania i redefiniowania „nowej choroby”, to CDC rozstrzyga, co każdorazowo może być określone jako AIDS. Pierwsza definicja z 1982 roku to definicja bez HIV, druga definicja z 1985 roku włącza HIV i dodaje 7 nowych „chorób znacznikowych”, trzecia definicja z 1987 roku ustala 24 „choroby znacznikowe”, wreszcie czwarta definicja z 1993 roku dodaje kilka kolejnych „chorób znacznikowych” oraz wprowadza nowe kryterium – poziom tzw. komórek T. Za chorego na AIDS uznaje się od tej pory każdego, kto ma pozytywny wynik testu i odpowiednio niski poziom komórek T, nawet jeśli nie wykazuje on oznak jakiegokolwiek z „chorób znacznikowych”, czyli jest zdrowy w normalnym, klinicznym sensie. Wszystkie te zmiany definicji służyły jednemu celowi: pokazać, że epidemia się rozszerza. Definicja z 1985 roku zwiększyła liczbę diagnoz AIDS o 4%, definicja z 1987 roku – o 30%, definicja z 1993 roku – o 50%. Rak szyjki macicy i gruźlica wprowadzone na listę „chorób znacznikowych” ładnie poprawiły statystyki zwiększając udział kobiet i heteroseksualnych mężczyzn. Liczba przypadków AIDS wzrastała na mocy definicyjnego *fiat*, epidemia rozszerzała się nie dlatego, że naprawdę rosła liczba zachorowań, ale dlatego, że do definicji włączano nowe kategorie chorych i „chorych”.

Wolno stwierdzić zatem, że AIDS nie istnieje jako odrębny fakt medyczno-biologiczny, ale jest semantyczną konstrukcją, która stale zmieniającą się treści zbiera pod jedną etykietą w tej samej szufladzie, konstrukcją, która nie posiada żadnej, niezależnej od ludzkich aktów definicyjnych rzeczywistości.

Już u samej genezy AIDS argumenty naukowe i argumenty służące instytucjonalnym interesom mieszały się ze sobą i zachodziły na siebie. W interesie instytucji leżało, żeby odkryć „nową chorobę”, bo to, co „nowe”, daje instytucji nowe możliwości, nowe pola działania, nowe fundusze. Z punktu widzenia instytucji takiej jak CDC i całej biurokracji ds. zdrowia publicznego najkorzystniejsze jest, kiedy choroba jest nie tylko „nowa” i dotąd nieznaną, ale kiedy jest ona również chorobą infekcyjną i zakaźną. Najpierw zatem skonstruowano nową „chorobę”, upowszechniono to „odkrycie”, a następnie rozpoczęto poszukiwanie przyczyn. Oczywiście konstrukt, jakim był GRID, a potem AIDS nie był całkowicie zawieszoną w próżni semantyczną fikcją, ale wyrastał z rzeczywistych przejawów kryzysu zdrowotnego pewnych środowisk gejowskich, przejawów, które winny budzić zainteresowanie naukowców i lekarzy. I budziły. Były zatem dwie drogi: albo szukać przyczyn upośledzenia

odporności u gejów (narkomanów, hemofilików) w najogólniej traktowanym stylu życia (tym wybranym przez człowieka i tym narzuconym przez warunki, w jakich żyje), albo też szukać ich w bakterii lub wirusie. W latach 1981-1984 nie było jeszcze do końca oczywiste, która droga zostanie wybrana, ścierały się różne koncepcje i różne teorie, toczyła się otwarta dyskusja, pochodzenie i przyczyny AIDS badano bez uprzedzeń. Było wielu naukowców, którzy skłaniali się ku hipotezie, że idzie o intoksykację i czynniki środowiskowe. Dostrzegali oni na przykład korelację pomiędzy wzrostem spożycia narkotyków a wzrostem zachorowań na AIDS. Część z nich proponowała, aby właśnie w zażywaniu tych substancji upatrywać przyczyn występowania chorób AIDS. Pierwsze publikacje łączące AIDS wśród homoseksualistów z narkotykami, głównie azotanami amyłowymi będącymi silnymi afrodyzjakami, pojawiły się w piśmie „New England Journal of Medicine” w roku 1981, na przykład w grudniu 1981 na rolę narkotyków zwrócił uwagę w editoriale dr David Durack. Szereg badaczy AIDS w tym czasie zajęło się narkotykowym „tropem” przyczyn AIDS. Byli wśród nich Blattner, Bregman, Curran, Dougherty, Des Jarlais, Drotman, Friedman-Kien, Goedert, Haverkos, Jaffe, Marmor, McManus, Mildvan, Moss, Newell, Oppenheimer, Oritz, Rivera i Stoneburner. Także CDC, normalnie zajmująca się monitorowaniem zachorowań, rozpoczęła własne prace badawcze nad przyczynami AIDS. Potwierdziły one fakt, że homoseksualni mężczyźni chorzy na AIDS zażywali w olbrzymich ilościach narkotyki w celach „rekreacyjnych” oraz jako afrodyzjaki. Kiedy jednak Harry Haverkos sporządził raport o gejach i AIDS na podstawie badań przeprowadzonych pomiędzy wrześniem 1981 a październikiem 1982 i pokazujących tę zależność, CDC odmówiło jego publikacji. Od początku w CDC pojawiła się hipoteza, że przypadkom AIDS spowodowanym zażywaniem azotanów może towarzyszyć „czynnik zakaźny”, niezbędny dla wystąpienia choroby. Sam Michael Gottlieb w swoim raporcie z czerwca 1981 roku sugerował, że w „nowej chorobie” jakąś rolę odgrywa wirus opryszczki, cytomegalowirus, wirus Epsteina-Barra. Mimo iż wszystkie dane kliniczne i epidemiologiczne wczesnych lat 80. wskazywały na chemiczne przyczyny AIDS jako choroby spowodowanej długotrwałym zażywaniem narkotyków i niedożywieniem tak częstym wśród biedniejszych narkomanów, to naukowcy, którzy byli zwolennikami tej hipotezy, przegrali, gdyż bardzo mocna frakcja w łonie medycznej biurokracji od początku forsowała infekcyjną teorię AIDS i uzyskała przewagę już w tym momencie, kiedy konstruowano GRID (AIDS) ujednolicając zjawiska chorobowe, włączając je w nową definicję, nadając im niby precyzyjną nazwę – „poręczną” i „policzalną” – sklejąc wielość symptomów w jeden schemat. Nawet gdyby na samym początku nie istniała świadoma intencja, to programowano niejako pójście tą drugą drogą, albowiem dla choroby, która jest „nowa”, potrzebny jest „nowy” czynnik, który ją wywołuje – czynnik pojedynczy, prosty, groźny.

Były zatem naukowe argumenty, które współgrały z interesami instytucji, były takie, które nie współgrały. Zwyciężyły te pierwsze: to one sprawiły, że najpierw odrzucono teorie bez wirusa, potem teorie z wirusem i innymi czynnikami (*co-factors*), a w końcu przyjęto teorię wirusa jako jedynej i

wyłącznej przyczyny AIDS.

Dla instytucji sprawą istotną było to, żeby „nowa” choroba okazała się chorobą infekcyjną i zakaźną. Cały proces konstruowania AIDS przebiegał zatem następująco: wykrycie „nowej choroby”, nazwanie jej i stworzenie definicji, odkrycie wirusa, który ją wywołuje, ustalenie, że wirus jest przenoszony z człowieka na człowieka i jakimi drogami jest przenoszony. Najpierw mamy przypadki kliniczne „nowej choroby”, z których tworzy się jeden zbiór, czyli ognisko epidemii, potem z pomocą przychodzi (retro)wirusologia, która odkrywa przyczynę „nowej choroby” w wirusie, który zakaża, co potwierdza tezę o epidemii.

Susan Sontag bardzo trafnie pisze, że AIDS jest definiowany zarówno pod kątem potrzeb badawczych, jak również dla potrzeb biurokracji medycznej zajmującej się dokumentacją oraz sprawozdawczością. Ale trzeba pójść jeszcze dalej tym tropem. Powstanie, utrwalenie i narzucenie paradygmatu wirusologiczno-epidemiologicznego „HIV = AIDS = Śmierć” jest doskonałym przykładem procesu, w trakcie którego hipotezy naukowe są „zabezpieczane” instytucjonalnie i zamieniają się w „fakty” dzięki swojej funkcjonalności w obrębie systemu instytucji. Hipotezy przyjęte jako fakty i „zabezpieczone” instytucjonalnie wykluczają konkurencję pomiędzy hipotezami, ideami, teoriami i szkołami, alternatywne teorie są marginalizowane i eliminowane – tryumfuje konsensualny model nauki zależnej od „grantów” przyznawanych przez funkcjonariuszy państwa, którzy nie są zainteresowani konkurencją teorii i hipotez, gdyż w warunkach tego typu konkurencji nie mogliby podejmować decyzji władczych (politycznych, finansowych itd.) – mogą je podejmować tylko wtedy, kiedy dysponują jedną „słuszną” teorią dostarczającą im podstawy do działania. Dlatego definicja AIDS, jego przyczyny, diagnostyka i terapia muszą zostać ujednoczone. Instytucje nie poszukują prawdy, one działają, a „moment działania wymaga eliminacji niuansów i wątpliwości, co w każdej instytucji jest niezbywalną funkcją kogoś podejmującego decyzje” (Umberto Eco).

Wątpienie, kontrowersje, sceptycyzm, alternatywne wyjaśnienia, poddanie hipotez ogniowej próbie dyskusji, w której różne strony uczestniczą na równych prawach – na to wszystko nie ma miejsca w konsensualnym modelu nauki (tu: biomedycyny, wirusologii i epidemiologii) opierającym się na hipotezach przekształconych w dogmaty użyteczne dla instytucji, których nie interesują ani alternatywne, ani nawet komplementarne teorie. Koncepcja nauki jako dążenia do ustalenia prawdy i jak najdokładniejszego opisanie rzeczywistości tu nie obowiązuje.

W przypadku AIDS obserwujemy wyraźną dominację modelu materialistycznego, redukcjonistycznego i monokausalnego, statycznego i linearnego; laboratorium ma przewagę nad kliniką, model infekcyjny zwycięża model intoksykacyjny, co wpasowane jest w ogólne ramy medycyny zorganizowanej, zinstytucjonalizowanej, upaństwowionej, technologiczno-farmakologicznej. Model infekcyjny AIDS jest o wiele bardziej obiecujący zarówno dla instytucji biurokratycznych, jak i korporacji farmaceutycznych, niż model intoksykacyjny, w którym

najważniejsze są czynniki inne niż „zarazki”: środowisko, w którym żyje człowiek, substancje, które wprowadza sam lub które są wprowadzane do jego organizmu, styl życia, odżywianie etc. Model intoksykacyjny kieruje na przykład naszą uwagę przede wszystkim ku substancji znajdującej się w strzykawce narkomana i jej wpływowi na jego organizm, natomiast w modelu infekcyjnym głównym przedmiotem zainteresowania jest igła strzykawki, na czubku której może siedzieć śmiertelny wirus. Model intoksykacyjny mówi: „odłóż truciznę”, „zmień styl życia” etc., a takie podejście niewiele przyniesie zysku politycznego czy finansowego.

Dążenie do osiągnięcia tego zysku i sposób postrzegania rzeczywistości przez „infekcyjny raster” nawzajem się wzmacniają, wirus jest zawsze prostszy i łatwiejszy do uchwycenia niż rozproszone, mgławicowe czynniki życia. Polowanie na mikroby mobilizujące instynkt łowiecki i poszukiwanie jednego wyrazistego sprawcy zbrodni jak w powieści kryminalnej lepiej odpowiadają zarówno naszym myślowym skłonnościom, jak i instytucjonalnym celom i interesom. Dlatego przyjęta koncepcja AIDS preferuje myślenie „jednośladowe”, które odkrywa proste, linearne, „geometryczne” odniesienie pomiędzy jednym mikroblem i jedną chorobą, pomiędzy mikroblem i lekiem, który ma go zniszczyć, ustanawia zależność pomiędzy chorobą a czynnikiem zewnętrznym, łatwo identyfikowalnym wrogiem, przeciw któremu szuka skutecznej broni. Nie ma tu miejsca na wieloczynnikowe, skomplikowane relacje i interakcje pomiędzy organizmem a środowiskiem we wszystkich jego wymiarach.

To myślenie jest ściśle związane z językiem, w jakim opisywane są zjawiska chorobowe, ze stosowaną metaforyką i leksyką. Język ten został wypracowany pod koniec XIX wieku, kiedy zatryumfował bakteryjny model infekcyjny, i jest również, jak opisała to Susan Sontag, stosowany w odniesieniu do raka. Jest to język wojny, który ciało chorego opisuje jako pole bitwy: inwazja, szturm, najeźdźca, zwiadowcy, mobilizacja, atak prewencyjny, system obronny, agenci obrony, barykada, alarm, walka, dezercja, posiłki, siła uderzeniowa, kontratak, kontrofensywa, bombardowanie, chemioterapia (wojna chemiczna z użyciem trucizn), „*Hit them early, hit them hard*” etc.

Susan Sontag uważa, że ów język wojny to język paranoi politycznej, ale to nie jest istotne – istotne jest to, że jest on naturalnym językiem instytucji, które zajmują się „zwalczaniem”, establishmentu biomedycznego „walczącego” z chorobą, korporacji farmaceutycznych produkujących i sprzedających „broń” służącą do „pokonania najeźdźcy” oraz masowych mediów, które muszą posługiwać się najprostszymi schematami w celu popularyzacji nauki. Zdaniem Thomasa Szasza używane są metafory zawierające ideę, że lekarze tak jak żołnierze są tymi, którzy bronią ojczyzny przed zewnętrznym napastnikiem (Służba Zdrowia Publicznego jest de facto instytucją wojskową). Lekarze medycy leczą konkretnego pacjenta, lekarze politycy „walczą z chorobami”. I wreszcie język ten, będący integralnym składnikiem modelu infekcyjnego, jest dla nas łatwiej akceptowalny psychologicznie, gdyż ujmuje chorobę jako dzieło zewnętrznych sił, wynik „obcego najazdu”, inwazji „mutantów z kosmosu”, a nie naszych własnych „ryzykownych zachowań”, stylu życia. To, co złego

nam się przytrafia, np. choroby, jest dziełem innych, zaś dobro nam się nie przytrafia, lecz jest wynikiem naszych dobrych czynów, które płyną z naszej „wolnej woli”. Ta psychologia dobrze współgra z powszechną dziś „ideologią ofiary”, która jest mobilizowana przeciw intoksykacyjnej teorii AIDS oskarżanej o to, że „zrzuca winę na ofiary wirusa”. Wszystko to razem sprawiło, że formułowana w języku wojny infekcyjna teoria AIDS stała się powszechnie zrozumiała i mogła zostać przekształcona w byt medialny i element globalnej propagandy, łatwo trafiając do szerokich mas.

Definicja AIDS jako choroby z definicji nieuleczalnej, wirusowej, infekcyjnej, zakaźnej, przenoszonej także drogą płciową odpowiada więc zarówno instytucjom naukowo-badawczym, establishmentowi medycznemu, instytucjom zdrowia publicznego, państwowej biurokracji, jak i korporacjom farmaceutycznym, które produkują testy do wykrywania wirusa, produkują szczepionki i coraz to nowe generacje leków. Tu widać wyraźnie przewagę modelu infekcyjnego AIDS nad modelem intoksykacyjnym – ten drugi zakłada, że najważniejszym elementem terapii jest usunięcie szkodliwych substancji z organizmu, ten pierwszy zaś, że należy przede wszystkim zabić wirusa za pomocą środków chemiczno-farmakologicznych, a raczej zabijać i zabijać w nieskończoność, zakażenie bowiem jest permanentne, wirus – niezniszczalny („wróg pozostaje w nas na zawsze” – Susan Sontag), AIDS – chorobą nieuleczalną. Jest zatem sprawą dość oczywistą, który model wyboru i wesprą instytucje zdrowia publicznego i korporacje farmaceutyczne (jeśli model infekcyjny nie daje się zastosować, to preferuje się model genetyczny).

Wybrano taką definicję AIDS, która nie prowadzi do żadnego rozwiązania problemu i potencjalnie można nią operować bez końca, co jest zarówno w interesie instytucji państwowych, jak i farmaceutycznych korporacji zainteresowanych wyłącznie medycyną opartą na farmakologii, której naczelnym hasłem jest: „sprzedaj jak najwięcej lekarstw”, a zatem nastawionej nie na indywidualne leczenie, ale na jak największą liczbę zestandaryzowanych przypadków tworzących „rynek” dla testów i leków.

Definicja ta została wypracowana przez niewielką grupę funkcjonariuszy zinstytucjonalizowanej biomedycyny, wirusologii i epidemiologii, przeforsowana i upowszechniona przez rząd USA oraz potężne grupy interesu. Jest ona idealnie wkomponowana w istniejące struktury władzy polityczno-ekonomicznej i im służy. Może posiadać swoje lokalne i instytucjonalne warianty, które obowiązują w określonych granicach administracyjno-politycznych (definicja CDC, definicja WHO, definicja Pan-American Health Organization, definicje afrykańskie).

Definicja AIDS jest, chciałoby się powiedzieć, klinicznym przypadkiem zmian zachodzących we współczesnej nozologii, o których pisał Thomas Szasz. Nozologia, czyli naukowa klasyfikacja chorób, uległa, uważa Szasz, zasadniczym zmianom w ciągu ostatniego półwiecza, spowodowanym rozwojem technologii medycznych i polityki zdrowotnej. O ile w przeszłości postacią dominującą w nosologii był uczone-specjalista w naukach medycznych, o tyle dzisiaj jest nią medyczny administrator,

medyczno-polityczny ekspert od kosztów i konsekwencji zachowań uważanych za „choroby” i od procedur nazywanych terapiami. Nastąpiło przejście od ciała człowieka do ciała politycznego i ekonomicznego, będące symptomem polityzacji medycyny, zredefiniowanej jako „zapewnienie opieki zdrowotnej”, od patologicznej koncepcji choroby do terapeutycznej koncepcji choroby, od choroby obiektywnie udokumentowanej do historycznie reklamowanej terapii i prewencji. Klasyczne, patologiczne kryteria choroby zastępowane są kryteriami ekonomicznymi i politycznymi.

Kliniczna medycyna, zdaniem Szasza, wchodzi w wiek XXI z fundamentalnym naukowym defektem w jednej ze swoich najstarszych, najbardziej podstawowych aktywności: tworzeniem systemu używanego do identyfikowania i klasyfikowania chorób. Wiele współczesnych taksonomii chorobowych nie ma na celu, i nawet nie udaje, że ma, bycia naukowymi (deskryptywnymi). Są to taksonomie polityczne (preskryptywne), a ich celem jest osiągnięcie praktycznych, socjalnych celów – na przykład zweryfikowanie odpowiednich środków farmakologicznych jako bezpiecznej i efektywnej terapii, zredukowanie kosztów opieki zdrowotnej, rozszerzenie subsydiów na do tej pory niesubsydiowane jednostki i grupy etc. Współczesna nosologia nie odczytuje już obiektywnie weryfikowalnych stanów ciała pacjenta, ale tworzy legitymizację dla polityczno-terapeutycznych interwencji, której potrzebują politycy i lekarze. AIDS potwierdza w stu procentach tezę Szasza o radykalnej polityzacji zarówno nosologii, jak i terapii opartych teraz na polityczno-biurokratycznych aktach definiujących.

Po tym jak definicja AIDS została stworzona, przyjęta i wsparta przez instytucje polityczne i państwową biurokrację, „nowa choroba” nabiera własnej dynamiki, to znaczy kolejne siły polityczne, grupy, organizacje i instytucje włączają się w walkę nie „przeciw AIDS”, ale „o AIDS”, czyli o swoje polityczne, ideologiczne, religijne, moralne, finansowe interesy związane z AIDS, i tym samym upowszechniają i utrwalają przyjętą definicję „nowej choroby” – co oczywiście jest na rękę tym, którzy ją stworzyli.

Paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” nie jest dyskursem naukowym, ale przede wszystkim dyskursem politycznym i socjoekonomicznym, jego mity są generowane i podtrzymywane przez struktury makro- i mikrowładzy: globalne media, socjoekonomiczne międzynarodowe bloki władzy, farmaceutyczne giganty, aparat zdrowia publicznego, rządowe agencje pomocy zagranicznej, instytucje edukacyjne, organizacje i wielkie fundacje charytatywne, „instytuty naukowe na usługach władzy i biznesu”, aparat przemysłu kulturalnego, rozrywkowego i filmowego, tzw. organizacje pozarządowe, grupy samopomocy, „grupy wsparcia”, ośrodki badawcze, stowarzyszenia, kliniki, aż po redakcje szkolnych gazetek ściennych. Jest to symbiotyczny układ, w którym najwięksi *power brokers* zarządzają miliardami dolarów i rozdzielają je.

Sprawa AIDS rozpatrywana w kontekście polityczno-medycznym mieści się doskonale w koncepcjach „zmarłego na AIDS” Michela Foucaulta, który analizował historię nowoczesnej medycyny wyłącznie

w kategoriach walki o kontrolę i władzę prowadzonej przez instytucje, organizacje i grupy „zarządzające chorobami”. Tragiczny paradoks polegał na tym, że Foucault tak czujny wobec wszystkich medycznych dyskursów i wobec struktur „biowładzy” sam całkowicie bezkrytycznie zaakceptował dyskurs AIDS, nie potrafił dostrzec powstania i funkcjonowania nowych, o wiele potężniejszych struktur „biowładzy” zbudowanych wokół AIDS, poddał się kuracji antywirusowej posłusznie łykając „przedłużające życie” pigułki AZT aplikowane mu przez medyków, reprezentujących wszak stare rytuały Porządku, Autorytetu i Kary tak wnikliwie zdemistyfikowane przez niego w *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu* i w innych książkach.

4.4. Prawica, lewica i AIDS

Aby epidemia zapoczątkowana przez „piątkę z Los Angeles” mogła rozwinąć się w gigantyczne Przedsiębiorstwo AIDS, niezbędna była sprzyjająca sytuacja polityczna w momencie konstruowania AIDS, a następnie potrzeba było wielu zabiegów politycznych i propagandowych.

Konstruowanie AIDS przypada na okres prezydentury Ronalda Reagana, która przyniosła tzw. konserwatywną rewolucję i poszerzyła wpływy „Moralnej Większości” dążącej do zatrzymania i cofnięcia rewolucji obyczajowej i seksualnej zapoczątkowanej w latach 60., czyli do „seksualnej kontrrewolucji”.

Jest rzeczą oczywistą, że „nowa choroba” nazwana początkowo GRID (*Gay Related ImmunoDeficiency*), choroba infekcyjna, zakaźna i przenoszona drogą płciową została z uznaniem powitana przez amerykańskie środowiska konserwatywne, a następnie przez kościoły i wspólnoty religijne. Wybuch nowej wenerycznej epidemii został potraktowany, tak jak kiedyś syfilis, jako jedno z wielu katastrofalnych następstw rozwiązłego trybu życia: AIDS to „bicz boży”, „kara za grzechy”, „sąd wydany przez Boga na społeczeństwo, które nie chce żyć według Jego praw” (Jerry Falwell). Epidemia, dowodził kaznodzieje, winna stanowić punkt zwrotny w życiu współczesnego społeczeństwa, wywołać moralną refleksję i sprzyjać moralnemu odrodzeniu. Prawdziwym lekarstwem na AIDS, mówiono, jest wierność, wstrzemięźliwość i odpowiedzialność seksualna, powrót do tradycyjnych wartości rodzinnych. Na te postulaty moralne prawicy zepchnięta początkowo do defensywy lewica odpowiedziała postulatami „bezpiecznego seksu”, rozdawnictwa kondomów i zwiększeniem wysiłków w dziedzinie tzw. edukacji seksualnej.

„Polityka seksualna” prowadzona w ramach zwalczania AIDS była tak formułowana, żeby zgadzała się z ideologią i systemem wartości zarówno prawicy, jak i lewicy. Oba obozy ideologiczne włączyły się do „walki o AIDS”, o nadanie mu własnych znaczeń, symboliki, metaforycznych odniesień, co oczywiście było na rękę założycielom Przedsiębiorstwa AIDS, którzy stoją ponad podziałami ideologicznymi i wykorzystują dla swoich celów obozy na co dzień zaciekle się zwalczające – dlatego

CDC na przykład sponsorowało zarówno zajmujące się AIDS organizacje gejowskie, jak i organizacje związane z chrześcijańską prawicą. Ważne było tylko to, że walcząc ze sobą oba obozy upowszechniały taką definicję i koncepcję AIDS, na której zależało CDC.

„Kwestia gejowska” okazała się bardzo istotna dla całej sprawy (całego biznesowego przedsięwzięcia). Wcześniej kwestia ta praktycznie nie istniała, gdyż homoseksualiści byli rozproszeni pośród całego społeczeństwa i nie było czegoś takiego jak „tożsamość homoseksualna” – homoseksualista był najpierw robotnikiem, farmerem, artystą, aktorem, a dopiero na końcu homoseksualistą. Rewolucja obyczajowa i seksualna lat 60. ubiegłego wieku zmieniła tę sytuację, czego wyrazem było m.in. wprowadzenie łagodniejszego określenia „gej” zamiast „homoseksualista”, opisującego pewną wyodrębnioną grupę „socioseksualną”, która w latach 70. zaczęła manifestować swoją homoseksualną tożsamość, organizować się i budować wokół niej swoją aktywność polityczno-społeczną. Grupa ta osiągnęła oficjalny status, którego wcześniej nie miała i stała się swego rodzaju „grupą etniczną” z własnym folklorem i własnym stylem życia, do którego zaliczano „niespożyty apetyt seksualny” i instytucje wielkomiejskiego życia homoseksualnego, służące głównie zaspokajaniu tegoż apetytu. Skonstruowanie nowej syntetycznej „gejowskiej tożsamości” (wzmocnionej przez „gejowski gen”) było warunkiem koniecznym odkrycia „gejowskiej choroby”, czyli GRID, a potem AIDS.

„Wybór” homoseksualistów na pierwszych chorych na AIDS był zręcznym posunięciem, gdyż ta „grupa wysokiego ryzyka” posiadała, w przeciwieństwie na przykład do narkomanów, swoich działaczy, organizacje i czasopisma, wpływy w mediach, cichych sojuszników w elitach etc. Nazwanie „nowej choroby” GRID, czyli „chorobą gejowską” natychmiast ją, w przeciwieństwie na przykład do bardziej neutralnej pod tym względem „świńskiej grypy”, upolityczniło, „umoralniło” i zideologizowało. Gejowskie lobby włączyło się ostro do akcji, co było w interesie założycieli Przedsiębiorstwa AIDS. Organizacje gejowskie podniosły alarm i zaczęły organizować kampanie, nie wiedząc nawet, że są manipulowane przez potężniejsze grupy interesów, które wysłały je na pierwszą linię propagandowego frontu.

Establishment gejowski zawarł następnie *deal* z ogólnym establishmentem, „kupił” od razu propagandę AIDS, stał się jej echem i odpowiednio ją wzmocnił. Przyniosło mu to oczywiste profity finansowe i polityczne, ale za cenę zgody na definiowanie i kontrolowanie subkultury gejowskiej przez instytucje państwowe, biurokrację medyczną i korporacje farmaceutyczne.

Ogłoszenie wybuchu „gejowskiej zarazy” i medialno-polityczna aktywność gejów pobudziła do działania konserwatywną chrześcijańską prawicę i wpisała się dobrze w kampanię przeciw homoseksualizmowi prowadzoną przez liderów tzw. Moralnej Większości. Powiązanie AIDS z gejami jako posunięcie marketingowe przyniosło pełen sukces, gdyż, jak napisaliśmy wyżej, zarówno prawica wroga gejom, jak i przychylna gejom lewica zgodziły się na istnienie „nowej choroby” i

zaakceptowały definicje oraz twierdzenia naukowe jej dotyczące, wypracowane przez zinstytucjonalizowaną biomedycynę, epidemiologię i wirusologię.

Należy tu jednak dodać, że konserwatywna prawica była rozdarta pomiędzy koncepcją „choroby gejowskiej” będącej karą za seksualne dewiacje i życie „wbrew Bogu i naturze” a pragnieniem dysponowania AIDS jako „biczem na heteroseksualnych rozpustników” i instrumentem promocji tradycyjnych wartości rodzinnych i moralnych. AIDS mógł być prezentowany jako choroba przychodząca od „Obcych” (geje to „wewnętrzni Obcy”, Afrykańczycy – „zewewnętrzni Obcy”), ale nie mógł pozostać „gejowską chorobą”, gdyż wówczas nie nadawałby się na straszak mający wymuszać ogólną poprawę obyczajów, bo byłaby to tylko „ich” choroba, a nie „nasza”. W administracji Reagana jedna frakcja opowiadała się za „gejowską chorobą”, natomiast druga frakcja była za koncepcją AIDS jako „nowego syfilisu” wymuszającego poprawę obyczajów wśród heteroseksualistów (do tej frakcji należeli sam prezydent Reagan, William Bennett, Gary Bauer, Jack Kemp i inni). Jak wiadomo, ostatecznie zwyciężyła druga frakcja, co nie dziwi, gdyż jej koncepcja była zbieżna z tą, którą lansowała propaganda Przedsiębiorstwa AIDS. Tak samo było w przypadku organizacji gejowskich, które działały na rzecz zmiany nazwy z GRID, uznanej za „piętnującą” gejów, na AIDS, i również opowiedziały się za koncepcją AIDS jako choroby „zagrożającej wszystkim”.

Należy tutaj mocno podkreślić, że Przedsiębiorstwo AIDS nie odniosłoby takiego wielkiego sukcesu, gdyby nie skojarzenie HIV i AIDS z seksualnością, co budziło zrozumiałe emocje wśród publiczności, dawało duże możliwości manipulacji psychologiczno-propagandowej oraz oddziaływania nie tylko na świadomość i zachowania ludzi, ale także na ich podświadomość, albowiem syndrom „seks, krew, sperma, choroba, tajemniczy wirus, narkotyki, śmierć” porusza głębokie pokłady psyche każdego człowieka czyniąc go podatnym na zorganizowaną medialno-propagandową histerię, i „sprzyja mrocznym fantazjom na temat choroby będącej znakiem zagrożenia zarówno jednostkowego, jak i społecznego” (Susan Sontag). Ten weneryczny wymiar AIDS, którego nie posiadała np. „świńska grypa”, wprowadzenie do dyskursu AIDS seksualności jako bramy, przez którą wirus-najeźdźca wdziera się do twierdzy ciała, nadały całej sprawie niesłychanie emocjonalny impet, który w dużej mierze uniemożliwił racjonalną dyskusję na temat realnych przyczyn „nowej choroby”.

4.5. Kampania propagandowo-reklamowa na rzecz AIDS – jej cele i skutki

Nie można zrozumieć zjawiska AIDS bez towarzyszącej mu kampanii medialno-propagandowej (można nawet powiedzieć, że sam AIDS jest kampanią medialną), która od 1981 roku, a potem, po ustanowieniu w 1984 roku definicji AIDS jako „choroby” zakaźnej przenoszonej przez wirusa, nabiera coraz większej intensywności i ma celu wywołanie paniki, a tym samym nakręcenie koniunktury dla Przedsiębiorstwa AIDS. Badania głównych gazet anglosaskich wykazały, że w 1984 roku termin

AIDS został w nich użyty kilkaset razy, w 1991 – 3000 razy, w 1993 – ponad 20 000 razy – to najlepiej ilustruje intensyfikację kampanii.

Przyjrzyjmy się jej małemu wycinkowi, aby pokazać mechanizm, na jakim się ona opiera. Od 4 czerwca 1981 roku „San Francisco Chronicle” prowadzi stałą kampanię na temat AIDS, we wrześniu 1982 roku „SFCh” używa po raz pierwszy skrótu AIDS. W 1984 roku – kluczowym roku kampanii – „SFCh” publikuje 191 artykułów na temat AIDS, w 1985 – 404 artykuły, w 1986 – 460 artykułów. Ale samo liczenie niewielu w sumie zmarłych na AIDS nie przemawiało do wyobraźni masowej publiczności. Dlatego gazeta przeprowadziła „montaż” z osobą Rocka Hudsona w roli głównej. Od lipca 1985 roku „SFCh” zaczyna zajmować się chorym na raka Rockiem Hudsonem, gwiazdą filmową już nieco przygasłą, ale wciąż żyjącą w pamięci milionów Amerykanów jako męski bohater westernów i amant filmowy lat 50. i 60.

Kiedy chory Rock Hudson wyznał, że jest homoseksualistą, „SFCh” zaczyna rozpuszczać plotki, że Hudson jest chory na AIDS. Potrzebowano znanej postaci, aby móc jej użyć w medialnej kampanii, gdyż chciano pokazać AIDS nie na przykładach anonimowych ludzi, lecz popularnej i lubianej osobistości. W ciągu kilku dni Hudson został na łamach „SFCh” zredygnozowany: zamiast na raka okazał się być chorym na AIDS. Hudson przebywał w tym czasie we Francji na leczeniu, ale do Paryża udał się (wysłano go?) nie kto inny jak znany nam już „odkrywca gejowskiej choroby” z hollywoodzkimi koneksjami doktor Michael Gottlieb. Gottlieb został osobistym lekarzem Hudsona, namówił go do powrotu do USA i umieścił w swoim szpitalu UCLA Medical Center. Tam rozpoczął się ostatni akt dramatu – Rock Hudson zagrał swoją pożegnalną rolę w „filmie” według scenariusza napisanego i wyreżyserowanego przez specjalistów z Przedsiębiorstwa AIDS. „SFCh” na bieżąco informował czytelników, co dzieje się z Hudsonem. Nie wiemy, jaką chemioterapię zastosował dr Gottlieb, natomiast wiemy o doskonale zaaranżowanych odwiedzinach Liz Taylor u chorego Hudsona, która tym występem rozpoczęła swoją nową karierę jako „gwiazda AIDS”. Prezydent Reagan osobiście zadzwonił do umierającego gwiazdora. 3 października na pierwszej stronie „San Francisco Chronicle” pojawia się wielki nagłówek „Rock Hudson umiera na AIDS” (tak jakby chodziło o śmierć aktualnie urzędującego prezydenta albo o wybuch wojny). W tym samym numerze zamieszczono 11 artykułów o Rocku Hudsonie (236 kolumn druku), ale ani jeden z nich nie zawierał jakichkolwiek szczegółów medycznych, nie wyjaśniał, jak rak Hudsona zamienił się w AIDS. To był moment, w którym AIDS rzeczywiście wdarł się do tzw. opinii publicznej.

Medialna kampania z umierającym Rockiem Hudsonem w roli głównej, któremu raka zredygnozowano na AIDS, pokazuje jak w soczewce mechanizmy działania Przedsiębiorstwa AIDS. Dzisiaj mało kto już pamięta tamtą histerię medialną, kiedy to występujący w mediach założyciele Przedsiębiorstwa AIDS i wynajęci przez nich propagandyści snuli apokaliptyczne wizje Ameryki i świata: „AIDS = dżuma XX wieku, w ciągu kilku lat zabije więcej ludzi w uprzemysłowionych krajach zachodnich niż wszystkie inne choroby i infekcje razem wzięte, liczba chorych w takich

krajach jak USA czy RFN wzrośnie czterdziestokrotnie, AIDS może oznaczać koniec ludzkości” (dr Robert Gallo), „w porównaniu z epidemią AIDS zblednie nawet Czarna Śmierć” (sekretarz Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Otis Bove), „Żyjemy w czasach zarazy, jaka nigdy jeszcze nie nawiedziła naszego narodu” („New York Times”). Stephen Jay Gould określił AIDS jako „największe zagrożenie naszej ery” i uznał za możliwe, że epidemia może pochłonąć nawet jedną czwartą rasy ludzkiej, „San Francisco Chronicle” w lipcu 1984 roku przepowiadał, że AIDS zabije 2/3 ludności świata, Gene Antonio, autor wydanej i w Polsce bestsellerowej książki *AIDS – zмова milczenia* prognozował w połowie lat 80., że do 1990 roku umrze na AIDS 64 miliony ludzi. Można by tak kontynuować bez końca – cała maszynaria propagandowa nazywana eufemistycznie mass mediami pracowała na rzecz Przedsiębiorstwa AIDS, starając się wywołać panikę w USA i na całym świecie.

Pojawia się znowu problem „gejowskiej choroby”. Media od początku oscylują pomiędzy pokazywaniem AIDS jako „gejowskiej choroby” i choroby zakaźnej zagrażającej całej populacji. Założyciele Przedsiębiorstwa AIDS szybko zdali sobie sprawę, że pierwotna nazwa GRID nie może być utrzymana, gdyż sugerowała ona, że epidemia jest uprzedzona do jakiejś grupy ze względu na jej zachowania seksualne, a chodziło przecież o to, żeby cała ludność czuła się zagrożona jak w przypadku wielkich epidemii. Stąd też bardzo szybko AIDS objął narkomanów, hemofilików i Haitańczyków, gdyż chodziło o rozszerzenie choroby poza środowisko gejowskie (na marginesie zauważmy, że podział chorych na AIDS na gejów, narkomanów, hemofilików i Haitańczyków podobny jest do dzielenia przedmiotów na okrągłe, zielone, sześciennie i ważące ponad 50 kilogramów). Hemofilicy byli ważni ze względu na krew – pozwalało to na wywołanie paniki wokół krwiodawstwa, produktów z krwi i transfuzji, i było pierwszym krokiem w kierunku skonstruowania poczucia zagrożenia w szerszych kręgach społecznych.

Stopniowo media przechodziły do drugiej fazy kampanii, która miała pokazać, że AIDS jest „chorobą równych szans”, że wirus atakuje wszystkich bez względu na ich seksualne obyczaje i preferencje, płeć, wiek, rasę czy ilość konsumowanych w tygodniu narkotyków. Zaczęto lansować tezę, że Ameryce i światu grozi eksplozja „heteroseksualnego AIDS”. Jedno z wydań tygodnika „Life” z 1985 roku przyniosło na okładce wydrukowane czerwonymi literami hasło „NO ONE IS SAFE FROM AIDS” – i to hasło stało się motywem przewodnim całej kampanii następnych kilku lat. Oprah Winfrey w swoim telewizyjnym show z 18 lutego 1987 roku zapowiedziała, że 1/5 heteroseksualistów umrze na AIDS w roku 1991, i oznajmiła: „To już dawno nie jest choroba gejów. Wierzcie mi”. Latem 1987 roku urzędnicy ds. zdrowia podjęli decyzję o bombardowaniu opinii publicznej komunikatami mówiącymi o tym, że każdy może zachorować na AIDS.

Przedsiębiorstwo AIDS zaczynało od gejów, narkomanów, hemofilików i Haitańczyków, ale jako przedsiębiorstwo dążące do ekspansji i podboju rynków nie mogło ograniczać się do grup marginesowych, gdyż nie były one dobrym instrumentem do wywołania entuzjazmu dla Wojny z

AIDS, entuzjazmu przekładającego się na polityczne poparcie i zgodę na finansowanie wojny.

Epidemia musiała stać się zagrożeniem dla wszystkich, bo gdyby ograniczała się do grup marginesowych, to mało kto chciałby iść na Wojnę z AIDS i „umierać za pedałów i ćpunów”, szczególnie, że ich choroby były postrzegane jako zawinione przez nich samych. Kampania medialna służyła zmianie percepcji choroby i „demokratyzacji” AIDS, który miał być traktowany jako „nasza choroba”, a nie „ich choroba”. Należało przekonać obywateli, że coraz większe pieniądze wydawane na AIDS to pieniądze wydawane „na nas”, czyli na nasze „wspólne potrzeby”. Kiedy obywatele wierzą, że chodzi o „dobro wspólne”, a zatem także o ich dobro, ich hojność wydatnie się zwiększa, co oznacza również zgodę na coraz wyższe wydatki rządowe.

Badania z 1992 roku pokazały, że w wieczornych wiadomościach telewizyjnych jako ofiar AIDS nigdy nie pokazywano gejów lub narkomanów dożylnych, pomimo tego, że byli praktycznie jedynymi ofiarami tej choroby. Według Michaela Fumento, tak dobierano „rozmówców, aby jak najbardziej przypominali potencjalnych widzów”, a w konsekwencji identyfikowali się z nimi. Dr Ronald Bayer, profesor zdrowia publicznego na Uniwersytecie Columbia stwierdził wprost: „jedynie przez demokratyzację epidemii, przez ciągle powtarzanie, że wszyscy jesteśmy zagrożeni, możemy przyciągnąć uwagę całego społeczeństwa”. I zostało to osiągnięte różnymi sposobami, np. w 1988 roku Służba Zdrowia Publicznego rozesłała do wszystkich rodzin w USA broszurę zatytułowaną *Co powinieneś wiedzieć o AIDS*, zawierającą jasne przesłanie, że AIDS dotyczy wszystkich. Sponsorowana przez CDC „kampania marketingowa” końca lat 80. mająca umocnić przekonanie o powszechności AIDS zakończyła się pełnym sukcesem. Sondaż Gallupa z 1988 roku pokazywał, że 69% Amerykanów wierzy, iż AIDS staje się powszechną epidemią, podczas gdy rok wcześniej – 51%. W miarę jak rosło przekonanie o zagrożeniu, rosły i fundusze. Na badania medyczne związane z AIDS przeznaczono z budżetu w 1987 roku – 341 mln dolarów, w 1988 roku – 655 mln, w 1996 roku – 1,7 mld. Fundusze CDC na prewencję wyniosły w 1987 roku 136 mln dolarów, w 1988 roku – 304 mln dolarów, w 1996 – 584 mln dolarów. W 1993 roku ponad 40% budżetu CDC szło na programy związane z AIDS.

Sukces Przedsiębiorstwa AIDS był fantastyczny: w 1991 roku AIDS zajmował dziewiąte miejsce wśród wszystkich przyczyn zgonów w USA. Choć było kilkadziesiąt razy więcej zgonów na raka i choroby serca niż na AIDS, to jednak AIDS z funduszy federalnych na badania, prewencję i terapie otrzymywał najwięcej w czterech z sześciu lat 1991-96. W roku podatkowym 1995 Narodowy Instytut Zdrowia otrzymał na AIDS 2,7 miliarda dolarów, na raka – 2,4 miliardy, na choroby serca – 1,8 miliarda.

Koniec lat 80. i początek lat 90. ubiegłego wieku to największa związana ze zdrowiem kampania propagandowa i panika naszych czasów, sponsorowana przez rząd USA i inne rządy, głównie Europy Zachodniej. O ile w pierwszym etapie kampanii propagandowej największą rolę odegrał Rock

Hudson, to w drugim etapie kampanii rola ta przypadła gwiazdzie koszykówki „Magicowi” Johnsonowi, który w listopadzie 1991 roku oświadczył wszem i wobec, że jest nosicielem wirusa HIV. Jego przypadek został użyty do tego, aby pokazać Ameryce i światu, że niehomoseksualista, nienarkoman, niehemofilik, nie-Haitańczyk może zachorować na AIDS („Magic” Johnson żyje i cieszy się dobrym zdrowiem, co ma być może związek z tym, że nie kwapił się do zażywania AZT).

Wszystko, co działo się w tamtych latach, rozegrane było według klasycznego schematu działania: jest kryzys, wielka epidemia grozi Ameryce i światu, ludzie będą umierać jak muchy, wszyscy są zagrożeni, trzeba koniecznie coś zrobić, trzeba ratować ludzkość przed zagładą. „Kryzys” („problem”) zostaje rozpoznany, istniejące już lub nowo utworzone instytucje i organizacje mają go rozwiązać. Aby go rozwiązać, potrzebują pieniędzy, które dostają. Z czasem „rozwiązywacze problemu” stają się zależni do tych pieniędzy, od prestiżu i władzy, którą zdobyli, i przestaje im zależeć na „rozwiązaniu problemu”. Tak też stało się w przypadku AIDS: im więcej specjalistów od AIDS, urzędników, aktywistów zaangażowanych jest w nierozwiązywanie problemu, tym więcej pieniędzy dostają. Nie dostają pieniędzy za to, że rozwiązują problem, ale za to, że go nie rozwiązują, im dłużej nie rozwiązują problemu, tym więcej pieniędzy dostają. Aż do momentu, kiedy pieniądze nie zostaną przesunięte na „rozwiązanie” innego „kryzysu” lub „problemu”.

I tak od „piątki z Los Angeles” doszliśmy do epidemii w USA, a następnie do epidemii globalnej, która zagraża wszystkim. Warto tu zwrócić uwagę na dwa aspekty ważne dla zrozumienia szerszego, „psychospołecznego” kontekstu kampanii propagandowej drugiej połowy lat 80. i pierwszej połowy lat 90. Kontekst ten tworzą pandemiczne paniki i historie końca XX wieku opisane przez amerykańską autorkę Elaine Showalter w jej książce *Hystories; Hysterical Epidemics and Modern Media* (Nowy Jork 1997). Uważa ona, że Ameryka znajduje się w uścisku „psychogenicznych chorób” i „psychologicznych epidemii” – takich jak „syndrom chronicznego zmęczenia”, „odzyskana pamięć”, porwania przez UFO, „akcje czarnych helikopterów” etc. Na tej liście można również umieścić AIDS. I druga kwestia: na mocy niezwyklej koincydencji „wybuch epidemii AIDS” pomiędzy jesienią 1980 a latem 1981 roku zbiega się powstaniem i działalnością „Solidarności” w Polsce. Po roku 1981 następuje dekada powolnego rozkładu obozu komunistycznego, będącego do tej pory zewnętrznym zagrożeniem dla USA i Europy Zachodniej. Im bardziej Związek Sowiecki tracił swoją polityczną, propagandową, społeczną i psychologiczną funkcję zewnętrznego wroga, tym bardziej paląca stawała się potrzeba wykreowania nowego wroga. Dlatego „Mind Managers” przez całą dekadę lat 80. zastępowali stopniowo wroga zewnętrznego, wrogiem wewnętrznym, czyli śmiertelnośnym wirusem. Kiedy runął mur berliński i rozpadł się Związek Sowiecki, nastąpiła internalizacja wroga: HIV-agresor atakujący ciało jednostki i „ciało polityczne” był, aż do 11 września 2001 roku, ważnym elementem dyscypliny i kontroli psychologicznej sprawowanej przez elity rządzące.

4.6. Kto się boi „Czarnego Luda”?

Przedsiębiorstwo AIDS szybko zdobyło najpierw rynek amerykański, a potem globalny. Jednak w miarę upływu czasu stawało się jasne, że mimo wielkich wysiłków, w zamożnych, rozwiniętych krajach Zachodu „epidemia AIDS” ogranicza się nadal prawie wyłącznie do ludzi z jasno zdefiniowanym ryzykiem dla ich systemu odpornościowego. Żadna wielka epidemia naprawdę nie wybuchła, oczywiście poza redakcjami gazet, studiami telewizyjnymi, biurami zaludnionymi przez urzędników ds. zdrowia oraz naukowymi instytutami prowadzącymi badania nad AIDS. Podejmuje się zatem różne działania, aby zaradzić tej niekorzystnej dla interesów sytuacji, poprawia się statystyki wydłużając okres latencji wirusa, wprowadzając kategorię „bezobjawowego nosicielstwa”, dodając nowe choroby do „syndromu AIDS”. W 1993 roku CDC, aby poprawić statystyki, rozszerzył syndrom o raka szyjki macicy. Rak szyjki macicy był bardzo istotny z tego względu, że zwiększał udział kobiet wśród chorych na AIDS i podtrzymywał iluzję, że HIV przenoszony jest poprzez stosunki heteroseksualne. Przyjęto również dziwną i rzadko stosowaną w medycynie metodę prezentacji zakażeń i zachorowań na AIDS polegającą na sumowaniu zdiagnozowanych przypadków od lat 80. ubiegłego wieku. Ta tak zwana statystyka kumulacyjna jest użyteczna propagandowo, gdyż nie ma możliwości porównań, nawet jeśli liczba zachorowań i zgonów z roku na rok spada, to i tak liczby rosną (na przykład: dwa lata temu było 1000 przypadków, rok temu 900 przypadków, a więc nastąpił spadek o 100, tymczasem w medialnej propagandzie mówi się o 1900 przypadkach). Nikomu nie przyszłoby do głowy, aby zachorowania i zgony na gruźlicę liczyć od momentu, kiedy dawno temu została uchwalona jakaś ustawa o chorobach zakaźnych, ale robi się tak w przypadku AIDS, aby manipulować „wielkimi liczbami”.

Wszystko to jednak nie wystarczało. Wobec tego, że epidemia, która miała pochłonąć nawet połowę populacji, nie zmaterializowała się na Zachodzie (a jak wiemy, małe liczby to małe pieniądze i mała władza), zaczyna ona szerzyć się jak ogień przede wszystkim w Afryce, która ma te zalety, że jest daleko, jest wielka i trudno tam cokolwiek zweryfikować. Ujmując rzecz w kategoriach biznesowych: podaż ludzi chorych na AIDS, od której zależy biznes, nie zwiększała się w USA i w Europie Zachodniej, dlatego zaczęła szybko rosnąć w Afryce, a potem w innych krajach Trzeciego Świata.

Konieczne stało się skonstruowanie i rozpropagowanie fikcyjnej „afrykańskiej genetyki HIV”, gdyż, co logiczne, największa epidemia musi panować w „praojczyźnie wirusa-killera”. „Afrykański AIDS” jest przede wszystkim epidemią medialną, dzieje się ona na ekranach telewizorów i w gazetach, skierowana jest do odbiorców w krajach bogatych, którzy finansują zwalczanie AIDS (tzn. finansują instytucje i ludzi zajmujących się tym zwalczaniem). Obywatele USA i Europy Zachodniej nie mogą spocząć na laurach, bo przecież straszliwa epidemia w Afryce unaocznia wszystkim, że globalna epidemia ciągle trwa. „Afrykański AIDS” jest ważny z propagandowego punktu widzenia, gdyż,

twierdzi propaganda będąca na usługach Przedsiębiorstwa AIDS, przenoszony jest drogą stosunków heteroseksualnych i obejmuje w równej proporcji obie płci. Ponieważ obywatele Zachodu, mimo kampanii, o której pisaliśmy wyżej, zdają się zapominać o tym, że „wszyscy jesteśmy zagrożeni”, medialna epidemia AIDS w Afryce ma sugerować telewizzowi i czytelnikowi gazet na Zachodzie, że jednak zagrożona jest cała populacja, a nie tylko kilka grup wysokiego ryzyka. To poczucie zagrożenia jest konieczne dla stałego mobilizowania tzw. opinii publicznej do „walki z AIDS”. Bez tej masowej mobilizacji Przedsiębiorstwo AIDS nie mogłoby dalej egzystować i coraz trudniej byłoby mu zdobywać fundusze na działalność.

Taktyka przyjęta przy propagandowym rozegraniu „Afrykańskiego AIDS” jest stosowana także w przypadku innych krajów. Niekiedy powtarzane są po prostu te same chwytły propagandowe. Na przykład w 2001 roku ONZ (UNAIDS) ogłosiła ni stąd, ni zowąd, że w Indiach jest 560 000 sierot po rodzicach zmarłych na AIDS. W jaki sposób urzędnicy z UNAIDS policzyli te sieroty, nie wiadomo. Nawet rząd indyjski był zaskoczony informacją. Ponieważ oficjalnie w tymże roku zarejestrowano w Indiach 17 000 zgonów na AIDS – to szacunkowo każda z 7000 zmarłych kobiet musiałaby urodzić ponad siedemdziesięcioro dzieci! „Hinduskie sieroty” mają wzruszać i przygotować psychologicznie obywateli w USA i w Europie na przyjęcie wizerunku Indii jako „stolicy” AIDS, wizerunku łatwego do wykreowania w sytuacji, kiedy co drugi Hinduś jest niedożywiony lub źle się odżywia, większość nie ma regularnego dostępu do opieki zdrowotnej etc. Nie przypadkiem, występując w lipcu 2003 roku w Amerykańskiej Izbie Handlowej w Singapurze, Julie Gerberding dyrektorka CDC stwierdziła, że sytuacja w Azji jest obecnie podobna do tej, jaka była w Afryce dziesięć lat temu.

Z raportu UNAIDS opublikowanego przed tegoroczną konferencją na temat AIDS w Bankoku odczytać można geoepidemiologiczne kierunki AIDS: autorów raportu szczególnie niepokoi sytuacja w Azji i w Europie Wschodniej, gdyż tam dynamika zakażeń jest dziś najwyższa w świecie. W roku 2003 w Azji przybyło 1,1 mln zakażonych. Szczególnie niebezpieczna sytuacja, twierdzą autorzy raportu, panuje w Indiach i w Chinach. W Indiach wiedza o AIDS jest wciąż niemal żadna: spośród przebadanych niedawno 85 000 Hindusów trzy czwarte nie miało zielonego pojęcia o chorobie! Po 20 latach niestrudzonej, morderczej działalności wirusa na całym świecie Hindusi nadal nic o nim nie wiedzą! Zdaje się, że znaczne środki finansowe trzeba będzie przesunąć na działania informacyjno-edukacyjne, żeby podnieść poziom świadomości Hindusów w kwestii AIDS. Autorzy raportu przewidują, że jeśli rząd chiński nie zajmie się poważniej epidemią AIDS w swoim kraju, to pod koniec obecnej dekady zakazi się 10 mln Chińczyków (zapewne „zając się poważniej” oznacza „przeznaczyć dużo, dużo pieniędzy na zakup »leków antywirusowych«”).

Pisząc o „azjatyckim AIDS” warto wspomnieć o dwóch azjatyckich krajach: Tajlandii i Japonii. Pod koniec lat 90. media zaczęły poświęcać dużo uwagi „epidemii w seksualnym raju”, czyli w Tajlandii. Ta medialna fala dość szybko jednak opadła i AIDS w Tajlandii został zwalczony. Jak można się domyślać, międzynarodowe syndykaty sutenerskie zadbały o to, żeby Tajlandia została zdjęta z

czarnej listy. Ciekawym przypadkiem jest Japonia, gdzie działa rozwinięty seksbiznes, istnieje subkultura gejowska, zużycie kondomów nie jest wyższe niż gdzie indziej, narkomanów nie brakuje, a jednak żadna wielka epidemia AIDS nie wybuchła. Niektórzy uważają, że jest tak dlatego, gdyż Japonia jest tym krajem azjatyckim, w którym nie ma prawdziwej nędzy.

Epidemia AIDS w Europie Wschodniej i Rosji, o której mowa w raporcie UNAIDS, związana, jak można się domyślać, przede wszystkim z narkomanią, ma zapewne służyć jako straszak wobec obywateli Europy Zachodniej – wszak Rosja czy Ukraina są bliżej Europy niż Botswana lub RPA, więc „zagrożenie ze Wschodu” staje się bardziej realne (w Europie Zachodniej podwyższa się też statystyki AIDS poprzez import imigrantów-„nosicieli HIV” z Afryki).

Po 20 latach od odkrycia przez Montagniera i Gallo przyczyny „nowej choroby”, AIDS „jest jak tocząca się kula, którą trudno zatrzymać z dnia na dzień” (Sławomir Zagórski w „Gazecie Wyborczej”). Każdego dnia wirusem HIV zaraża się na świecie 14 000 osób – prognozy sprzed lat mówiące o tym, że rodzaj ludzki może wymrzeć na AIDS, okazały się nieco przesadzone, ale nadal jest bardzo źle. I o tym, że jest źle, muszą wiedzieć mieszkańcy strefy dobrobytu, bo to oni przede wszystkim łożą na „walkę z AIDS” (czyli na Przedsiębiorstwo AIDS).

4.7. Globalna epidemia, globalna panika, globalna władza

Ostatnie kilka lat przyniosło ważne wydarzenie w historii politycznej AIDS. W styczniu 2000 roku opublikowany został raport „Zagrożenia globalne chorobami zakaźnymi i ich implikacje w Stanach Zjednoczonych” stworzony przez CIA (od dawna nadzorującej dyskretnie pracę CDC oraz FDA – Food and Drug Administration) przy współudziale Departamentu Stanu, Centrum Wywiadu Medycznego Sił Zbrojnych, Krajowej Rady Wywiadu. Największa agencja wywiadowcza na świecie widzi mocną korelację pomiędzy AIDS a prawdopodobieństwem upadku państw. Efektem AIDS mogą być, według CIA, wojny rewolucyjne, wojny etniczne, ludobójstwa i nagłe zmiany rządów. Z pewnym żalem autorzy raportu stwierdzają, że najmniej zakażeń HIV jest na Bliskim Wschodzie i w Afryce Północnej. Zapewne byłoby ich więcej, ale konserwatywne obyczaje świata islamu i większa niż w krajach afrykańskich siła polityczna krajów arabskich nie pozwalają na sfabrykowanie heteroseksualnej epidemii związanej z promiskuityzmem. Pewną nadzieję dostrzegają autorzy raportu w tym, że prawdziwa liczba zachorowań na AIDS jest w krajach islamskich o wiele wyższa, ale wiele nie jest zgłaszanych ze względów obyczajowych i religijnych. Gdyby udało się w krajach islamskich wykazać zagrożenie AIDS na poziomie Afryki subsaharyjskiej, to stworzyłoby to większe możliwości, żeby pod pretekstem zwalczania AIDS lepiej penetrować świat islamski. Na razie jest to, niestety, niemożliwe. Wnioski, jakie w swoim raporcie przedstawia CIA, są dość banalne: bezpieczeństwo winno być zapewnione przez zwiększenie finansowej pomocy dla instytucji zdrowia

publicznego w różnych krajach i przeznaczenie większych sum na leki antywirusowe.

W kwietniu 2000 roku Biały Dom ogłosił AIDS „zagrożeniem dla bezpieczeństwa narodowego”, Narodowa Rada Bezpieczeństwa, CIA i Pentagon mają teraz włączyć się aktywniej do „Wojny z AIDS” i nadzorować globalną kampanię USA przeciw AIDS. Departament Obrony realizuje Program Zapobiegania HIV/AIDS i współpracuje z sojuszniczymi armiami w globalnej wojnie z AIDS. Tym samym paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” staje się „operacyjną teorią” najpotężniejszych instytucji na świecie. Te instytucje „gwarantują”, że jest on udowodnionym w stu procentach, niepodważalnym twierdzeniem naukowym.

W trzy miesiące później podczas konferencji na temat AIDS w Durbanie, w której brało udział 12 000 osób, 5195 naukowców, lekarzy, wirusologów z całego świata podpisało się pod deklaracją, która autorytatywnie stwierdzała, że „HIV = AIDS = Śmierć” i że debata na temat przyczyn AIDS jest zamknięta. W ten sposób jakaś „większość” (jej liczebność może zaimponować) demokratycznie kończy raz na zawsze wszelką dyskusję, naukowa hipoteza staje się niepodważalnym faktem na mocy decyzji „większości”, światowe media rozpowszechniają „absolutną prawdę”, „konsensualny” model nauki tryumfuje całkowicie – za rozpowszechnianie deklaracji odpowiedzialna była agencja PR Burson-Marsteller, której specjalnością jest „wytwarzanie naukowego i politycznego konsensusu”. Po nauce uprawianej na konferencjach prasowych przyszedł czas na naukę, w której ważnymi procedurami są głosowania i proklamacje.

Powróćmy w tym miejscu do poruszanej wcześniej sprawy prezydenta Mbekiego, którego wypowiedzi na temat AIDS postawiły w stan najwyższej gotowości wielu ważnych ludzi w Waszyngtonie, Londynie, Nowym Jorku i Genewie. Ten stan gotowości nie wynikał tylko z tego, że farmaceutyczne koncerny wykazywały niecierpliwość, bo w magazynach leki wietrzały, a zamówienia rządowe jakoś nie nadchodziły, i prezesi wykonywali nerwowe telefony do swoich ludzi uplasowanych w ministerstwach, ale także z obawy, że inne państwa afrykańskie uznające autorytet i pozycję polityczną prezydenta Mbekiego będą go naśladować. Wystarczyło, żeby prezydent Mbeki porozmawiał 20 minut z Davidem Rasnickiem, kolegą Petera Duesberga, a zapanowała taka panika, jakby nagle cały olbrzymi, zbudowany kosztem wielu miliardów dolarów gmach Przedsiębiorstwa AIDS zaczął się chwiać. Ale panika była uzasadniona, bo gdyby RPA się wyłamała, a za nią inne państwa afrykańskie, to epidemia afrykańskiego AIDS mogłaby się zakończyć, a bez afrykańskiej epidemii spadek „podaży trupów” mógłby być tak wielki, że Przedsiębiorstwo AIDS mogłoby zbankrutować. Przedsiębiorstwo AIDS wie, że paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” musi zostać utrzymany i narzucony całemu światu, gdyż tylko on może być podstawą globalnej walki z epidemią, która trwać ma „do końca świata i jeszcze jeden dzień”.

W swoim wystąpieniu w czerwcu 2002 roku na konferencji „Rola Partnerstwa Publiczno-Prywatnego w globalnej walce przeciw HIV/AIDS” Sekretarz Stanu USA Colin Powell określił HIV/AIDS

mianem „największego śmiertelnego wroga, jakiego kiedykolwiek widział świat”. AIDS, stwierdził Powell, jest kwestią bezpieczeństwa ze względu na swój potencjał w destabilizowaniu krajów, a być może całych kontynentów. AIDS rozrywa tkanę społeczną i zagraża globalnemu dobrobytowi, powiedział Powell, i stwierdził, że zahamowanie AIDS jest priorytetem rządu prezydenta Busha. W przemówieniu wygłoszonym we wrześniu 2004 roku w ONZ prezydent Bush wymienił AIDS na drugim miejscu za terroryzmem wśród wyzwań, przed jakimi stoi świat.

AIDS stanowiący zagrożenie dla krajów, kontynentów i dla całego świata służy jako jeden ze składników legitymizujących globalną władzę polityczną. Pod jej kierownictwem i jej opieką cała ludzkość winna mobilizować się do walki przeciw nieludzkiemu wrogowi – słyszymy tu pewien „pogłos” starych teorii spiskowych: niewidzialny, niezniszczalny, wszechobecny, śmiertelnie niebezpieczny wróg rodzaju ludzkiego wirus HIV (może JUIV?) spiskuje przeciw narodom, zatrzuwa ich krew i zabija – jak pisała Susan Sontag, „pojęcie spisku daje się łatwo przełożyć na metaforę nieubłaganego, podstępnego, nieskończenie cierpliwego wirusa”. Kiedy już jesteśmy przy spiskach, to zauważmy, że HIV może być też porównany ze znanym spiskowcem Lee Harveyem Oswaldem. HIV jest takim samym samotnym zabójcą jak Lee Harvey Oswald (Lee Hivy Oswald?) i takim samym kozłem ofiarnym jak Oswald. Tam mamy „magiczną kulę” nie podlegającą prawom fizyki i balistyki, tutaj tajemniczego (magicznego) wirusa, którego zachowanie przeczy regułom wirusologii, epidemiologii i immunologii. „New York Times” nazwał Oswalda zabójcą w dzień po jego aresztowaniu, kiedy ledwo został on przesłuchany nie mówiąc o oskarżeniu; w dzień po konferencji Gallo i minister Heckler „New York Times”, nie mając na to żadnych dowodów, nazwał HIV „wirusem AIDS”; niektórzy naukowcy sądzą, że HIV jest zabójcą, ale nie samotnym, bo dla zachorowania na AIDS potrzebne są dodatkowe czynniki; niektórzy twierdzą, że Oswald był zabójcą, ale nie samotnym zabójcą, bo dla przeprowadzenia zamachu niezbędne były dodatkowe czynniki: mafia, Kubańczycy etc.

Ponieważ „AIDS” jest chorobą polityczną i służy jako legitymizacja globalnych struktur władzy, przeto kwestionowanie paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, nawet z czysto naukowego punktu widzenia także staje się faktem politycznym, a ci, którzy obowiązujący paradygmat kwestionują, stają się wrogami politycznymi. Jeśli AIDS definiowany jako epidemia wywoływana przez wirusa jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa narodowego USA, a następnie bezpieczeństwa całej ludzkości, to ten, kto takiej definicji nie uznaje i głośno ją kwestionuje, kwestionuje tym samym zagrożenie dla bezpieczeństwa narodowego i globalnego, a zatem sam jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa narodowego. Ponieważ z wrogami politycznymi nie dyskutuje się na płaszczyźnie naukowej, ale politycznej, to kiedy brytyjski dziennikarz Neville Hodgkinson zakwestionował na łamach „The Sunday Times” obowiązującą teorię AIDS, gazeta została natychmiast zaatakowana jako „skrajnie prawicowa” i „wroga wobec gejów”.

Kwestionowanie obowiązującej teorii HIV/AIDS uznawane jest za „nieodpowiedzialne”, „groźne dla

zdrowia publicznego”, „sprzyjające epidemii”, co jest typowym szantażem moralnym: „dowodzisz, że miliony nie umierają z powodu wirusa, przestań to czynić, bo gdyby twoja teza została uznana za prawdę, umrą kolejne miliony i ty będziesz za to odpowiedzialny”. Peter Duesberg i jego koledzy nie tyle mylą się w swoich naukowych hipotezach, co są „niebezpieczni” i „nieodpowiedzialni” – jest to język władzy, a nie naukowej debaty. Mark Wainberg, prezes Międzynarodowego Towarzystwa AIDS oświadczył, że Peter Duesberg to „psychopata”, ci, którzy wyrażają sceptycyzm wobec tezy, że HIV powoduje AIDS powinni być ścigani jak przestępcy. Wainberg opowiedział się takimi zmianami w konstytucji, które uniemożliwią tym sceptykom publiczne wypowiedanie się na temat AIDS. John Moor z AIDS Research Center im. Aarona Diamonda (Nowy Jork) stwierdził, że oskarżenie ludzi pokroju Duesberga o ludobójstwo nie byłoby oskarżeniem niewłaściwym. Kwestionowanie teorii HIV/AIDS, stwierdził Moor, jest „równoznaczne z zaprzeczaniem Holcaustowi”. Dr Seth Berkley stojący na czele International AIDS Vaccine Initiative porównał tych, którzy kwestionują teorię HIV/AIDS do ludzi, którzy uważają, że „holocaust nie miał miejsca”. Tego typu ataki potwierdzają tylko to, co już wiemy: paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” jest ściśle wkomponowany w system władzy politycznej, ekonomicznej, finansowej i ideologicznej, i może zostać zmodyfikowany lub porzucony tylko w wyniku zmian zachodzących w tym systemie. Kiedy zapadnie odpowiednia decyzja, ten sam aktywista z organizacji Lekarze bez Granic, który podczas konferencji w Durbanie niósł transparent z napisem „Jedna kula, jeden dysydent”, dostanie do ręki inny transparent z napisem „Niech żyje Peter Duesberg!” albo „Nobel dla Duesberga!”, i będzie nim wywijał tak samo ochoczo jak poprzednio.

4.7. Państwo terapeutyczne i farmakracja

Kwestii AIDS nie można traktować w oderwaniu od tego, co za Thomasem Szaszem, bywa nazywane „państwem terapeutycznym”, czyli takiego systemu państwowych i związanych z państwem instytucji, które swoją legitymizację czerpią z zapewniania obywatelom zdrowia, a co za tym idzie zainteresowane są w medykalizacji coraz szerszej sfery ludzkiego życia – im więcej zachowań, stanów medycznych, dolegliwości uznanych zostanie za chorobę, tym większe możliwości działania i rozbudowy swoich wpływów i władzy mają aparaty zajmujące się zdrowiem. Używanie narkotyków, palenie papierosów, nadmierne jedzenie, kradzieże w sklepach (kleptomania), zachowania seksualne, uprzedzenia rasowe, nieśmiałość, samobójstwo, narodziny, starość, śmierć – praktycznie wszystko może zostać uznane za chorobę albo symptom choroby. Pojawiają się nowe choroby jak syndrom chronicznego zmęczenia, fobia socjalna, małe piersi u kobiet, dysfunkcjonalność seksualna, łysienie, nowe choroby dziecięce, jak „nadpobudliwość” czy deficyt uwagi.

W państwie terapeutycznym, którego początek w USA Thomas Szasz wiąże z medykalizacją narodzin

w postaci motywowanego względami higienicznymi obrzezania męskich noworodków, politycy i urzędnicy w kitlach naukowców definiują, co jest chorobą i co należy robić, żeby ją „zwalczyć”. Jak pisał Sheldon Richman w swoim artykule *Zdrowie jest zdrowiem rządu*, współczesna władza opiera się na „doktrynie, że wszystkie problemy są problemami zdrowotnymi i wszystkie problemy zdrowotne są sprawą rządu”. Narasta polityzacja zdrowia, medykalizacja polityki i problemów społecznych, państwo wykazuje wielkie zainteresowanie koncepcjami choroby i zdrowia, aparat państwowy przejmuje odpowiedzialność za zdrowie obywateli.

Jak pokazuje Thomas Szasz, od lat 50. ubiegłego wieku następuje w USA stały wzrost wydatków państwa na zdrowie – od 1960 do 1998 roku wydatki państwa w tej dziedzinie na głowę obywatela wzrosły ponad stukrotnie. Rośnie też liczba lekarzy i coraz bardziej rozrastają się instytucje zdrowia publicznego. Szasz uważa, że zachodzi transformacja USA z konstytucyjnej republiki w państwo terapeutyczne, gdzie medyczne symbole grają rolę symboli patriotycznych, a rządy prawa zastępowane są przez rządy medycznej władzy i „terapii”. W odwrocie jest dawna inspirowana socjalizmem legitymizacja państwa socjalnego, która zastępowana jest legitymizacją zdrowotną i medyczną. Nadchodzi, prorokuje Szasz, „farmakratyczna tyrania”.

Kiedy na przykład w 2004 roku rząd prezydenta Busha postanowił uznać „otyłość” za chorobę, to tego typu posunięcie natychmiast mobilizuje całość aparatu państwowego, gdyż w grę wchodzi: edukacja, prewencja, monitorowanie, kontrola, polityka żywieniowa, terapie, regulacje i przepisy prawne, służba zdrowia, finanse (kwestie podatkowe, refundowania kosztów) etc. Otyłość nie jest już sprawą osobistą jednostki, lecz podlega kontroli i interwencji państwa. Mówi się nawet o „epidemii otyłości”.

Wprawdzie nie jest to realna epidemia, bo na razie nie odkryto żadnego wirusa, który powoduje otyłość, ale tak ma być traktowana – język modelu infekcyjnego choroby jest używany do opisywania stanu organizmu, w sposób oczywisty spowodowanego przez czynniki w dużej mierze zależne od samego człowieka (przy braku wirusa otyłości w odwodzie pozostaje „gen otyłości”).

HIV, AIDS, definicje i środki podejmowane dla zwalczania „epidemii” należy widzieć w kontekście państwa terapeutycznego, dla którego nowa choroba infekcyjna i zakaźna jest znakomitym pretekstem do rozszerzenia swojej władzy. Ale państwo terapeutyczne pozostaje w ścisłym związku z tymi, którzy „produkują i sprzedają” terapie, czyli z przemysłem farmaceutycznym. Jeśli AIDS to ogromny międzynarodowy program pomocy, w którym beneficjenci są identyfikowalni, a donatorzy (podatnicy) anonimowi, zyski zogniskowane, koszty rozproszone, straty zsocjalizowane, to korporacje farmaceutyczne należą, co oczywiste, do beneficjentów – oprócz tego, że sprzedają swoje wyroby na rynku, to otrzymują olbrzymie zamówienia od rządów oraz innych instytucji i nie muszą się martwić tym, czy pacjentów stać na lekarstwa. Z punktu widzenia farmaceutycznej korporacji nowa choroba, taka jak AIDS, oznacza rozszerzenie rynku i nowe zyski. Interesy koncernów farmaceutycznych zbieżne są z interesami biurokracji ds. zdrowia publicznego, międzynarodowych i narodowych instytucji i organizacji. „Big Therapeutical Government”, „Big Biomedical Science” i „Big Business”

tworzą jeden wielki symbiotyczny układ, dla którego człowiek jest „dwunożną wiązką diagnoz”, a medycyna technologiczno-farmakologiczna stanowi naturalne środowisko działania. Wspólnie zainteresowane są, jak to ujął, Thomas Szasz, w „nieograniczonej podaży pacjentów potrzebujących pomocy”.

Nie należy zapominać o podstawowym fakcie: dla koncernów farmaceutycznych rynkiem jest ciało człowieka, a także jego umysł, o tyle, o ile i umysł można „leczyć” środkami farmakologicznymi. Ciało staje się z jednej strony własnością państwa w zsocjalizowanym systemie medycyny państwa terapeutycznego, a równocześnie „dzierzawione” jest przez prywatne koncerny farmaceutyczne.

Są one, tak samo jak funkcjonariusze państwa terapeutycznego, zainteresowane medykacją jak największego obszaru stanów ludzkiego ciała i umysłu, jak największej liczby ludzkich zachowań. Im większa medykacja życia codziennego, tym dla nich lepiej. Ich zyski zależą od kontynuacji i ekspansji chorób. Zatem pojawiają się nowe choroby, zwykłe dolegliwości zamieniają się w problemy medyczne, lekkie objawy w ciężkie, ryzyko występujące w życiu staje się chorobą. Z pomocą zaprzyjaźnionych mediów, które wywołują panikę i histerię na temat chorób, kreuje się jak największy zasięg zjawiska, rozszerza granice chorób, aby maksymalizować potencjalne rynki. Jak napisali Ray Moynihan, Iona Heath i David Henry w artykule opublikowanym na łamach „British Medical Journal” w 2002 roku „dużo pieniędzy można wyciągnąć od zdrowych ludzi, którzy sądzą, że są chorzy”. Biznes farmaceutyczny działa tak jak każdy biznes – „tworząc nowe potrzeby i nowe pragnienia” – w tym przypadku trzeba przekonać ludzi, że są chorzy, a wtedy pojawi się u nich potrzeba kupienia nowego leku.

Wielki biznes farmaceutyczny, który od momentu wynalazku antybiotyków staje się ponadnarodowy (wcześniej działały małe, lokalne, ewentualnie narodowe firmy), jest dziś jedną z najbardziej zyskownych gałęzi przemysłu. Operuje zestandaryzowanymi dawkami – niezależnie od tego, gdzie na kuli ziemskiej żyje chory lub „chory” i kim jest, lek jest dla niego właściwy. Zasada „pill for every ill” jest podstawą jego działania. Zainteresowany jest medycyną, w której dominującą rolę odgrywają testy laboratoryjne opierające się na statystycznej, a nie absolutnej zgodności pomiędzy wynikami testu a danymi zaburzeniami w organizmie. W ten sposób tworzy się wielkie rynki, gdyż z jednej strony testy są coraz doskonalsze i wykrywają „stan chorobowy” u coraz większych grup ludzi, a z drugiej tak ustala się poziom jakiegoś wskaźnika choroby, np. cholesterolu, aby coraz więcej ludzi uznawanych było za chorych, a tym samym stawało się klientami firm farmaceutycznych – taką samą rolę odgrywają, rzecz jasna, testy na wykrycie przeciwciał HIV, które kreują panikę i stwarzają wielką grupę klientów, których leczenie refundowane jest z kasy państwowej. Stworzyć wielki międzynarodowy, długoterminowy rynek leków – to jest zasadniczy cel marketingowej strategii koncernów farmaceutycznych. Tej strategii wszystko jest podporządkowane: testowanie, diagnozowanie, statystyki, badania naukowe, terapie etc.

Thomas Szasz pisze, że definicje chorób i leczenia są dziś kontrolowane przez monopolistyczny sojusz establishmentu medycznego i państwa. W skład tego sojuszu wchodzi trzeci koalicjant, czyli korporacje farmaceutyczne, biofarmaceutyczne, biotechnologiczne etc.

Cytowani wyżej autorzy z „British Medical Journal” napisali, że wytwarza się nowa „konstrukcja choroby” z punktu widzenia korporacji farmaceutycznych, konstrukcja, która zbiega się z konstrukcją wytwarzaną przez biurokrację zdrowotną. Farmaceutyczne firmy aktywnie sponsorują definicje chorób i propagują je zarówno wśród lekarzy przepisujących leki, jak i wśród tych, którzy je zażywają.

O ile klasyczna nozologia, której celem była empiryczna słuszność i naukowa rzetelność, nie zajmowała się leczeniem chorób, o tyle nowa nozologia, której celem są polityczne i zawodowe profity, czyni możliwość terapii jednym z kryteriów choroby, a to leży przecież w polu najwyższego zainteresowania koncernów farmaceutycznych. Jeśli, pisze Szasz, jakiś lek czy terapia są klasyfikowane jako „leczenie”, przedmiot „leczenia” jako „pacjent”, jego zachowanie po leczeniu jako „poprawę”, wtedy *ipso facto* „ma on chorobę”. Szasz pisze, że reakcja na terapię staje się jednym z kryteriów diagnostycznych, np. popularność Prozacu jest traktowana jako dowód, że depresja jest powszechnym zjawiskiem; aprobata Prozacu i innych antydepresantów przez instytucje państwowe dowodzi, że depresja jest chorobą.

Ludwik Pasteur stwierdził, że kiedy zastanawia się nad chorobą, nigdy nie myśli o lekarstwie na nią. Jeśli „farmakrata” (funkcjonariusz państwa terapeutycznego albo badacz na usługach korporacji farmaceutycznych) zastanawia się nad chorobą, to nie myśli o niczym innym jak o lekarstwie. W klasycznej nozologii diagnoza była oddzielona od terapii, obecnie mamy okres przejściowy, w którym diagnoza i terapia zaczynają zlewać się ze sobą, na końcu tej drogi będzie sytuacja taka, w której terapia poprzedza diagnozę, innymi słowy, mamy terapię, na przykład nowe leki i poszukujemy dla nich choroby. Oczywiście może być też tak, że leki stosowane na pewne choroby znajdują zastosowanie przy innych chorobach. Stare leki (ich reprodukcje i rekombinacje) szukają dla siebie nowych zastosowań – tak było z antyrakowym lekiem AZT, który przez 30 lat nie był stosowany ze względu na swoją nieskuteczność w terapii antyrakowej, a potem „odkryto” chorobę, która była jakby dlań stworzona, czyli AIDS. W ten sposób pieniądze zainwestowane w jego wyprodukowanie zwróciły się z nawiązką. Ta rosnąca przewaga terapii nad diagnozą ma, rzecz jasna, związek z obowiązującą ideologią medyczną, która nie traktuje zdrowia przede wszystkim jako czegoś, co zachowujemy dzięki temu, że żyjemy w pewien sposób, ale interpretuje je jako stan odbudowany dzięki terapii.

Francis Fukuyama powiedział: „Istnieją silne naciski, by rozszerzyć zakres sfery terapeutycznej. Przyczyną są względy czysto ekonomiczne, przede wszystkim naciski przemysłu farmaceutycznego. Odkąd firmy farmaceutyczne w Stanach Zjednoczonych uzyskały pozwolenie na reklamowanie

prozacu w telewizji, wymyśliły szereg nowych chorób. Jedynym powodem, dla którego ludzie się o nich dowiedzieli, było to, że firma chciała znaleźć dodatkowe zastosowania dla leku” (wywiad dla „Gazety Wyborczej”, 20-21 marca 2004).

Stworzono nową chorobę nazwaną „fobią socjalną” i powiększył się rynek dla antydepresantów – LaRoche już ma (miała?) anrovix czy coś w tym rodzaju dla zwalczania tej choroby. W 2003 roku FDA zaaprobowała lek xenical jako lekarstwo dla otyłych nastolatków, a w 2004 roku otyłość została przez rząd amerykański uznana za chorobę. Nowe choroby dziecięce jak „nadpobudliwość” czy „deficyt uwagi” (problem kształcenia dzieci ma być rozwiązywany dzięki lekom), są nieodłączne od terapii: ritalin zażywany jest przez miliony dzieci amerykańskich. Jak zauważył Francis Fukuyama (*Koniec człowieka*, wywiad dla „Polityki” 2004, nr 12) wokół ritalinu (nowych chorób dziecięcych) wytworzyła się koalicja: lekarze, którzy zwietrzyli nowy rynek na swoje usługi, przemysł farmaceutyczny oraz czynniki instytucjonalno-polityczne – nauczycielskie związki zawodowe, Ministerstwo Edukacji i Krajowy Instytut Zdrowia Psychicznego. Ten sam schemat działania występuje w przypadku AIDS: biurokracja zyskuje nowe pole działania, a firmy farmaceutyczne szansę na zwiększenie zysków.

Związki pomiędzy oboma tymi sektorami „biowładzy” są często przedstawiane w diametralnie odmienny sposób. Jedni uważają, że władza polityczna, instytucje i biurokratyczne struktury państwa terapeutycznego (także te międzynarodowe jak WHO) kontrolują działania przemysłu farmaceutycznego, bo to one aprobuje leki określonych producentów, i kupują drogie, opatentowane leki produkowane przez największe korporacje, inni natomiast są skłonni uważać, że jest na odwrót, że to farmaceutyczne korporacje podporządkowały sobie instytucje i wintegrowały je w swoją strategię marketingową. Wydaje się, że oba te poglądy są zbyt skrajne i, jak to często bywa, „prawda leży pośrodku”. Przypomnijmy, że w związku z walką z AIDS prezydent Clinton pouczył szefów FDA, aby zaufali przemysłowi farmaceutycznemu i żeby instytucje rządowe i firmy były partnerami, a nie przeciwnikami. Podobnie Sekretarz Stanu Colin Powell stwierdził, że dla zwalczania epidemii AIDS potrzebne jest partnerstwo sektora publicznego i prywatnego. I to wydaje się właściwym ujęciem: partnerstwo, współpraca, kooperacja przy zawsze zdarzających się naturalnych sprzecznościach interesów. Tak jak zawsze to bywa w sojuszu występują napięcia i konflikty, walki koalicjantów i frakcji. Naukowcy badają i ustalają, instytucje aprobuje, korporacje patentują, produkują zaaprobowane leki, dostają monopol i sprzedają leki, zarówno osobom prywatnym, jak i instytucjom państwowym i organizacjom międzynarodowym. Państwo terapeutyczne i korporacje farmaceutyczne są jak bracia syjamscy, nierozdzielnie ze sobą złączeni. Ono dąży do rozszerzenia swej władzy i zwiększenia środków, które rozdziela, one chcą maksymalizować zyski i zarazem mieć pewien udział we władzy. Oba elementy są wobec siebie komplementarne tworząc wspólnie system „biowładzy”, system, w którym kontroli podlega ciało człowieka, jego biologia i fizjologia, jego życiowe funkcje, zachowania, obyczaje, nałogi, które wcześniej pozostawały prywatną sprawą jednostki. Cały system

buduje swoją legitymizację na zapewnieniu człowiekowi zdrowia, na zwalczaniu chorób, wykorzystując strach i nadzieję: dwa najpotężniejsze motory ludzkiego działania. Kwestia AIDS winna być widziana i wyjaśniana w tym kontekście. Jako choroba infekcyjna i zakaźna unieważnia ona prawo człowieka do bycia chorym, gdyż tutaj chory człowiek jest zagrożeniem dla innych ludzi, więc jego choroba nie jest jego prywatną sprawą, ale sprawą publiczną, która wymaga politycznej, administracyjnej, a także farmakologicznej interwencji.

4.8. Nauka na usługach farmakracji

Jak pisaliśmy wcześniej, definicja AIDS została wypracowana przez państwowe instytucje zdrowia publicznego, zinstytucjonalizowaną epidemiologię i wirusologię. Przyjrzyjmy się teraz temu problemowi od strony korporacji farmaceutycznych, aby zobaczyć, jak „konstrukcja choroby” służy ich interesom, rozszerzeniu rynku i zwiększeniu zysków. Korporacje farmaceutyczne są ważnym czynnikiem przy powstawaniu i utrwalaniu „naukowych hipotez” biomedycznych, które nie powstają na drodze naukowego poszukiwania prawdy, ale w wyniku gry strukturalnych, instytucjonalnych konieczności i interesów oraz zgodnie z obowiązującą ideologią medyczną.

Wielki biznes farmaceutyczny i cały kompleks medyczno-przemysłowy działa w oparciu o materialistyczny, redukcjonistyczny i monokausalny model medycyny, w sporze pomiędzy „laboratorium” a „kliniką” bierze zawsze stronę laboratorium, mając do wyboru pomiędzy modelem infekcyjnym a intoksykacyjnym zawsze wybiera ten pierwszy. Na chorobie, której przyczyny tkwią w nadmiernym obciążeniu organizmu, np. w wyniku niezdrowego trybu życia, nie można wiele zarobić. Kardiologowie badają na przykład, czy w przypadku choroby wieńcowej przyczyną nie jest bakteria. Z punktu widzenia korporacji taki rezultat naukowych poszukiwań byłby bardzo korzystny, bo natychmiast wzrosłaby sprzedaż antybiotyków zabijających bakterię. Susan Sontag pisze, że kiedy prezydent Nixon wysuwał obietnice „pokonania raka”, miał na myśli przede wszystkim znalezienie lekarstwa na raka. Jeśli wirus powoduje raka, teraz trzeba na niego znaleźć lek, wyprodukować go, dostarczyć chorym – infekcyjny model raka z radością byłby przywitany przez korporacje farmaceutyczne.

Podobnie jak funkcjonariusze instytucji, korporacje nie są zainteresowane konkurencją teorii i hipotez, potrzebna jest im jedna „słuszna” teoria, taka, która prowadzi do jak największej liczby klientów i maksymalizacji zysków. Jest zatem rzeczą oczywistą, że z tego względu pewne teorie i hipotezy cieszyć się będą ich uznaniem i wsparciem, a inne nie.

Na przykład od dawna już toczy się spór na temat przydatności, skuteczności i szkodliwości rozmaitych szczepień. Ten spór toczyłby się na płaszczyźnie naukowej, gdyby nie to, że wynik sporu ma bardzo wymierne skutki. W 1980 roku sekretarz generalny WHO Halfdan Mahler stwierdził: „Jeśli

rocznie chcemy uratować 6 milionów dzieci przed śmiercią od gruźlicy, kokluszu, dyfterytu, odry, paraliżu dziecięcego, musimy zaszczyć rocznie 100-120 milionów dzieci”. Oznacza to, że ktoś musi wyprodukować 100-120 milionów szczepionek rocznie, które ktoś inny zamawia i za które płaci.

W takiej sytuacji naukowa hipoteza, że być może szczepionki nie są żadnym ważnym czynnikiem przy zwalczaniu rozmaitych chorób, ma niewielkie szanse na to, żeby została uznana za słuszną, natomiast teza, że szczepienia są absolutnie konieczne, ma za sobą nie tylko argumenty naukowe, ale instytucję, która zamawia, zakupuje i rozdziela szczepionki oraz tych, którzy szczepionki produkują i sprzedają. Spór pomiędzy dwoma naukowymi hipotezami nie odbywa się w neutralnej przestrzeni, w której następuje wymiana racjonalnych argumentów, ale w przestrzeni, w której jedna ze stron ma o wiele większe szanse przeforsowania swoich (hipo)tez, bo za jej argumentacją stoją potężne interesy polityczne i finansowe, dla których wynik naukowego sporu nie jest obojętny. Dotyczy to setek innych przypadków – na przykład na wynik naukowego sporu na temat wartości mleka matki i zalet naturalnego karmienia czekają firmy produkujące sztuczne mleko i odżywki dla dzieci, i być może nie tylko biernie czekają, ale aktywnie starają się wpłynąć na ten spór. Naukowiec, który prezentuje tezę, że lepsze jest mleko sztuczne niż mleko matki, nie musi być posiadaczem ani jednej akcji którejs z firm produkujących sztuczne mleko, ale fakt, że jego naukowe wywody mogą zostać idealnie wkomponowane w „reklamowy dyskurs” takiej firmy, w jej strategię marketingową, że od niego w pewnym stopniu zależą zyski tej firmy, jest faktem znaczącym i powinien być brany pod uwagę.

Podobnie spór o to, czym jest AIDS i jakie są jego przyczyny, o wirusa HIV i jego działanie, nie jest tylko sporem naukowym, lecz politycznym, czyli jest sporem o władzę, i jest również sporem o pieniądze, w tym o pieniądze dla korporacji farmaceutycznych, dla całego przemysłu biomedycznego i biofarmaceutycznego i wszystkich innych firm, które ciągną zyski z obowiązującego dziś paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”. Debaty naukowe na temat tego paradygmatu widzieć należy poprzez pryzmat ogólnej tendencji obserwowanej w ostatnich dwóch dziesięcioleciach, która polega na tym, że wielki biznes farmaceutyczny stosując najrozmaitsze metody, od jawnej korupcji po subtelny nacisk, stara się przejmować kontrolę i wpływać na wszystko, co określa jego zyski: system kształcenia lekarzy, instytucje edukacyjne i badawcze, badania biomedyczne, czasopisma naukowe, informacja medyczna, typy ekspertyz, diagnostyka, organizacja i finansowanie służby zdrowia, lekarze i ich obyczaje „receptowe” – wszystko wchodzi w zakres zainteresowania korporacji. Przemysł farmaceutyczny i przemysły pokrewne subsydują badania biomedyczne, rozdzielają „granty”, fundują instytuty, katedry, profesury na uniwersytetach i w klinikach, gdzie testowane są leki i rozwijane terapie.

Korporacje farmaceutyczne sponsorują czasopisma medyczne, finansują suplementy do nich, w których drukuje się materiały ze sponsorowanych konferencji i kongresów – pismo nadaje tym materiałom wiarygodność, a potem prasa popularna przedstawia je jako naukowe. Szacuje się, że połowa artykułów pisanych w czasopismach medycznych napisana jest przez *ghostwriterów*

pracujących dla agencji medycznych wynajmowanych przez korporacje. Agencje produkują artykuły do czasopism naukowych, w których zamiast autora widnieje dopisek „DU,” czyli „do ustalenia” – potem dopiero uczony z odpowiednią renomą daje swoje nazwisko, oczywiście za opłatą. Czasopisma medyczne stają się wehikułami propagandy i reklamy, zaciera się różnica pomiędzy artykułem naukowym i reklamą produktu. W wywiadzie udzielonym pismu „The Nation” (9 kwietnia 2001) John le Carré stwierdził, że „Big Pharma” jest zaangażowana w celowe „uwiedzenie” zawodu lekarskiego, kraj po kraju, na całym świecie, wydaje ona wielkie pieniądze, aby wpływać na opinie naukowe, wynajmować je i kupować. Jeśli się tego procesu nie zatrzyma, przewiduje autor *Ze śmiertelnego zimna*, to za kilka lat trudno będzie znaleźć opinię z dziedziny nauk medycznych, która nie byłaby opłacona.

W czerwcu 2002 roku redakcja „New England Journal of Medicine” oświadczyła, że nie może już przestrzegać zasady, iż autorzy piszący o terapiach i lekach nie mają finansowych powiązań z korporacjami, które te terapie i leki sprzedają. Powód: redakcja „NEJM” nie mogła znaleźć ekspertów, którzy nie mieliby takich powiązań.

W 2003 roku w Wielkiej Brytanii ujawniono, że naukowcy będący doradcami rządu w sprawach zdrowia i ochrony środowiska mają ścisłe związki z korporacjami farmaceutycznymi i biotechnologicznymi, np. ci, którzy doradzają, jakie leki mają być refundowane z budżetu państwa, zasiadają w radach konsultacyjnych i naukowych firm, są ich akcjonariuszami, dostają od nich „granty” na badania.

Zjawiska te wpisują się w szerszą tendencję zapoczątkowaną około drugiej połowy lat 70. zeszłego stulecia, kiedy mur pomiędzy światem akademickim a światem korporacji zaczyna być stopniowo burzony za pomocą ciężkich pieniędzy z korporacji farmaceutycznych i biotechnologicznych płynących do niedofinansowanych uniwersytetów, do badaczy (biologów, genetyków etc.), którzy dostrzegli szansę na zarobienie tylu pieniędzy, co ich koledzy w sektorze prywatnym. Od końca lat 70. możliwe stało się w USA patentowanie odkryć biologicznych, technik biologicznych czy bytów biologicznych i robienie pieniędzy na ideach biologicznych. Za prezydentury Ronalda Reagana weszły w USA w życie ustawy zezwalające uniwersytetom na patentowanie, także w celu odsprzedawania praw patentowych, tych odkryć, które zostały sfinansowane z budżetu Narodowego Instytutu Zdrowia, zaczęły powstawać małe spółki biotechnologiczne tworzone przez naukowców, prowadzące badania i sprzedające licencje. Co trzeci lek znajdujący się obecnie na rynku jest produkowany przez wielkie korporacje na podstawie licencji odkupionej od uniwersytetu lub małej spółki biotechnologicznej, zwykle powiązanej przynajmniej personalnie z uniwersytetem. Zawiązał się komercyjny sojusz pomiędzy ośrodkami badawczymi, uniwersytetami i korporacjami farmaceutycznymi, możliwe stają się wspólne patenty korporacji, osób prywatnych i instytucji akademickich. Znaczna część naukowców biomedycznych mających finansowe powiązania z przemysłem farmaceutycznym prowadzi badania, których zasadniczym celem jest zidentyfikowanie rynków chorób i zapewnienie

największych zysków na tych rynkach dla producentów leków. Powstała grupa naukowców-przedsiębiorców, uniwersytety zaczynają działać na takich zasadach jak koncerny. Cel, jakim było poszukiwanie prawdy, podporządkowany zostaje innym celom – poszukiwaniu zysku i bogactwa. Utajnia się wyniki badań i odkryć, aby konkurencja się nie dowiedziała. Brytyjski filozof nauki John Ziman nazywa to nauką postakademicką, w której nie obowiązują: tradycyjna ciekawość, pragnienie rozszerzenia wiedzy naukowej, bezinteresowne poszukiwanie prawdy, swobodna dyskusja. Mamy do czynienia z marketingiem i reklamą zawołowanymi jako nauka, co podważa samą ideę uniwersytetu. Wszystkimi tymi problemami powinni zająć się bioetycy, ale okazuje się, że ośrodki Etyki Biomedycznej też są finansowane przez korporacje!

W swoim artykule „Big Pharma, Bad Science” na łamach „The Nation” (25.07.2002) Nathan Newman stwierdził: „korupcja sięga od lekarzy przepisujących leki po komisje rządowe i uniwersyteckie ośrodki badawcze”. Newman uważa, że przemysł farmaceutyczny zamienił ośrodki uniwersyteckie w swoje filie. Redaktorka „New England Journal of Medicine” Marcia Angell pytała na łamach pisma w 2000 roku, „Czy akademicka medycyna jest na sprzedaż?”. Pytanie chyba retoryczne. Profesor na Harvardzie Arnold Relman, były redaktor „New England Journal of Medicine”, który w 1980 roku dostrzegł powstanie „kompleksu medyczno-przemysłowego”, wypowiedział w 2002 roku ostre słowa: „Akademickie instytucje tego kraju stały się płatnymi agentami przemysłu farmaceutycznego”.

Podobnie korporacje traktują lekarzy, których najistotniejszą funkcją ma być przepisywanie leków. Mają oni działać jako ostatnie ogniwo „łańcucha żywieniowego” w kompleksie medyczno-przemysłowym, być dystrybutorami produktów, dostawcami leków do klienta, akwizytorami jednej z najbardziej zyskownych gałęzi przemysłu na naszej planecie. W całym tym przedsięwzięciu uczestniczą związki i stowarzyszenia lekarzy, również sponsorowane przez korporacje. American Medical Association sprzedała za 20 milionów dolarów kilku korporacjom farmaceutycznym bazy danych na temat wszystkich lekarzy w USA.

Powyżej opisane zjawiska i tendencje muszą być uwzględniane, jeśli chce się właściwie rozpoznać funkcjonowanie i trwanie paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” oraz aby zrozumieć, że cała dyskusja o AIDS i HIV nie jest „niewinną” dyskusją naukową, ale uwikłana jest od początku w sieć politycznych i finansowych interesów.

Prześledźmy na kilku przykładach, w jaki sposób przyjęta definicja AIDS odpowiada interesom korporacji farmaceutycznych czy całego kompleksu medyczno-przemysłowego.

Teza naukowa brzmi: wirus jest odpowiedzialny za AIDS. Zatem trzeba wykryć wirusa (antyciała) za pomocą testów. W 1985 roku jedyny w tym czasie producent takich zestawów, koncern Abbot Laboratories w pierwszym miesiącu dystrybucji uzyskał blisko 2 mln dolarów ze sprzedaży testów. Innymi słowy, już na samym początku teza naukowa miała po swojej stronie 2 mln dolarów. W Brazylii w 2003 roku przeprowadzono bezpłatne testy dla 4,5 miliona Brazylijczyków. Testy były

bezpłatne dla obywateli, ale rząd brazylijski nie dostał ich za darmo, ale zakupił u producentów 4,5 miliona zestawów testowych za odpowiednią sumę. Dzisiaj testy nie są już tak drogie jak w 1985 roku, dlatego zyski z ich sprzedaży powinny spadać, ale być może nie spadły, gdyż coraz więcej grup obejmuje się testami (np. więźniowie, żołnierze, kobiety w ciąży) – ceny spadły, ale jakby w zgodzie z prawem podaży i popytu, na tańsze testy jest większy popyt... ze strony rządów i innych instytucji.

Teza naukowa brzmi: wirus jest przenoszony drogą płciową. Aby zapobiec zakażeniu, trzeba używać prezerwatyw. Rząd brazylijski w ramach zwalczania AIDS rozdał 10 milionów prezerwatyw. Ale zanim rozda się 10 mln prezerwatyw, trzeba najpierw zakupić 10 mln prezerwatyw. Piotr Kościelniak na łamach „Rzeczpospolitej” (8 października 2004) w artykule *Zatrzymać epidemię* pisze, że z danych UNAIDS wynika, iż, aby zahamować rozwój epidemii AIDS, w 2002 roku potrzebnych było w krajach rozwijających się 10 mld prezerwatyw, podczas gdy instytucje odpowiedzialne za ich dystrybucję dostarczyły tylko 1/4 tej liczby, czyli 2,5 miliarda sztuk. Oczywiście sprzedaż 10 miliardów prezerwatyw byłoby bardziej korzystne dla producentów, ale 2,5 miliarda też jest nie do pogardzenia.

Teza naukowa brzmi: wirus przenoszony jest poprzez krew. Zatem potrzebne jest testowanie krwiodawców, próbek krwi, produktów z krwi etc. W USA, gdzie istnieje obowiązek badania całej pobieranej i przetaczanej krwi, wykonuje się około 1,2 miliona oznaczeń miesięcznie – czyli każdego miesiąca producenci testów dostarczają do amerykańskiego systemu służby zdrowia 1,2 miliona testów i kasują za nie pieniądze.

Teza naukowa brzmi: przyczyną AIDS jest wirus. Aby zabić wirusa, potrzebne są leki antywirusowe. Leki ktoś produkuje, ktoś sprzedaje i ktoś na tym zarabia. Bezpośrednio jego zyski płyną ze sprzedaży leków, ale nie byłoby tych zysków, gdyby nie przyjęto określonej tezy naukowej. Ponieważ HIV powoduje AIDS, to na przykład Bank Światowy, który uważa AIDS za „centralną kwestię rozwoju” i jest głęboko zaangażowany w finansowanie i wdrażanie inwestycji związanych z AIDS, może zaoferować krajom afrykańskim kredyty na zakup leków, które zabijają wirusa. Być może to funkcjonariusze Banku Światowego, którzy dzielą pieniądze, sami wskażą odbiorcom kredytów firmy farmaceutyczne, które produkują najlepsze i najbardziej skuteczne leki. 17 kwietnia 2000 roku w Waszyngtonie prezes Banku Światowego James Wolfensohn oświadczył, że Bank Światowy skieruje „nieograniczoną ilość pieniędzy” na walkę z HIV/AIDS w krajach biednych. Możemy być pewni, że ta „nieograniczona ilość pieniędzy” trafi do kogo trzeba.

Teza naukowa brzmi: wirus jest niezniszczalny, trudno wykrywalny, ma, jak stwierdzają eksperci, „wyjątkową zdolność do maskowania się”, choroba, którą powoduje jest nieuleczalna. Sytuacja wręcz wymarzona dla tych, którzy produkują i sprzedają leki antywirusowe, gdyż chorzy muszą brać te leki do końca życia. Nieuleczalna, długotrwała choroba jest zawsze bardziej opłacalna niż uleczalna, bo wymaga regularnego, nie mającego końca zażywania leków. I to zażywania w ściśle określonych

odstępach czasu. Nie wolno, broń Boże, przeoczyć „pory koktajlu” lub zapomnieć o dawce, bo wtedy wirus, który jest tak „sprytny”, jak jest zabójczy, wykorzystałby tę szansę i wszystkie poprzednie dawki straciłyby skuteczność. Dodajmy, że nieuleczalność AIDS leży w naturze samego poszukiwania terapii: badacze skupiają się na tym, co nie ma nic wspólnego z syndromem, tzn. na HIV – tak długo jak będą oni poszukiwać terapii na leczenie „choroby HIV”, tak długo AIDS będzie nieuleczalny. Choroba nieuleczalna ma też inną zaletę: ktoś, kto otrzymał wyrok śmierci (jest „seropozytywny”), godzi się na wiele rzeczy, aby tylko odwlec go w czasie. Ponieważ leki antywirusowe „przedłużają życie”, to nawet kilka miesięcy życia można „sprzedać” jako sukces leku. Pacjent z wyrokiem śmierci weźmie każde lekarstwo, chwyta się każdego nowego „rewelacyjnego” środka. Lek ma skutki uboczne, jest toksyczny, trudno, lepsze to niż rychła śmierć. Pacjent ma w czym wybierać: efavirenz, nevirapin, abacavir, ritonavir, indinavir, lopinavir, saquinavir etc.

Teza naukowa brzmi: wirus może mieć kilku- albo kilkunastoletni okres uśpiania (zdaniem Roberta Gallo nawet trzydziestoletni). W tym czasie zarażony może nie wykazywać objawów żadnej choroby (tzw. bezobjawowe nosicielstwo). „Z pozoru” jest zdrowy, lecz już skazany na śmierć. Czuje się świetnie, ale wirus czai się w jego organizmie, więc trzeba go niszczyć. Dla producentów leków bardzo korzystna teza naukowa: u chorego nie ma symptomów jakiegokolwiek choroby, ale leki bierze.

Teza naukowa brzmi: wirus cały czas mutuje. Pismo „Focus” w raporcie *Cała prawda o AIDS* (2001, nr 12) napisało: „Przyszło zmierzyć się z przeciwnikiem wyjątkowo przebiegłym. Znany ze swych ogromnych zdolności do kamuflażu – średnio w ciągu roku powstaje 180 nowych odmian – wirus HIV zbiera coraz obfitsze żniwo”.

Jeśli „przebiegły HIV”, najbardziej inteligentny i perfidny wirus na świecie, stale mutuje, to znaczy, że stale wymyka się lekowym terapiom (mówi ekspert: „pojawia się coraz więcej szczepów wirusa HIV całkiem odpornych na niektóre ze stosowanych obecnie 16 leków”). Dla producentów leków to dobra sytuacja: jeśli ich leki nie skutkują tak, jak życzyliby sobie tego pacjenci, to nie z tego powodu, że są niedobre, ale z tego powodu, że wirus zmutował i dotychczasowy lek na tę mutację nie działa. No i na każdą mutację potrzebny jest nowy lek. Biolog dr Jacek Kubiak z Uniwersytetu w Rennes stwierdza: „Walka z HIV – to także nieustanny wyścig nowych leków wprowadzanych na rynek ze zmieniającym się wirusem” (52 euro za dwa zastrzyki, „Tygodnik Powszechny” 2003, nr 431). Wyścig, który co prawda wirus zawsze wygra, ale który zapewni zyski producentom leków. Być może wirus w ogóle nie istnieje, a takiemu wirusowi można przypisywać wszystkie cechy i właściwości, jakie się chce. HIV jest pustym miejscem, w które wpisuje się wszystko, co ma tłumaczyć, dlaczego nie można go zniszczyć – a nie można zniszczyć czegoś, co nie jest ustaloną częścią rzeczywistości, ale matrycą percepcji, projekcji, założeń i życzeń.

Teza naukowa brzmi: przebiegły wirus może przez wiele lat ukrywać się w pewnych komórkach, przeczekać terapię lekami, a potem znów zaatakować. Jeden z naukowców porównał to do ukrycia się

w schronie, gdzie wirus unika zagłady podczas antywirusowej terapii, a gdy tylko lekarze zdecydują się przerwać toksyczne dla pacjenta leczenie, wirus – sprytna bestia o ponadnaturalnych zdolnościach – ponownie uderza. Wniosek: nie przerywać terapii. Co prawda nawet „terapia wielolekowa”, która miała wirusa usunąć z organizmu, nie skutkuje, co nie znaczy, że nie należy jej stosować, a tylko prowadzić dalsze badania i eksperymenty, i produkować jeszcze lepsze leki. Z entuzjazmem przyjęto w 2002 roku nowy lek firmy La Roche o nazwie T-20/Fuzeon, („cudowny”, „rewolucyjny” – pisała o nim prasa). Stare leki miały zapobiegać wniknięciu wirusa do komórki, ale T-20 dopadnie go już w komórce, gdzie się chytrze ukrył. Ale, jak powiedział David Reddy z La Roche, nie będzie to lek tani – do jego produkcji potrzeba przeprowadzenia aż 106(!) kolejnych procesów syntezy, co czyni z niego najbardziej skomplikowany lek na świecie. Jednak firma La Roche nie osiadła na laurach: „W przypadku błyskawicznie mutującego wirusa HIV chorzy (a właściwie atakujące ich szczepy wirusów) stosunkowo szybko uodporniają się na działanie leków, Roche bada już następne lekarstwo pod nazwą T-1249” (Jacek Kubiak, *52 euro za dwa zastrzyki*, Tygodnik Powszechny 2003, nr 31). Potem zapewne będzie T-1346, T-1548 itd.

Teza naukowa brzmi: lek AZT jest dobry na AIDS. 3 sierpnia 1989 Narodowy Instytut Alergii i Chorób Zakaźnych (NIAID) ogłasza że, jak wykazały próbne testy, lek AZT jest świetny. Dyrektor instytutu prof. Anthony Fauci oświadcza, że rezultaty testów klinicznych okazały się „exciting” i zachęca lekarzy i chorych na AIDS do stosowania leku. Następnego dnia akcje producenta AZT firmy Burroughs Wellcome (dziś GlaxoWellcome) skoczyły o 13%. Ci z Przedsiębiorstwa AIDS, którzy byli wtajemniczeni, zarobili swoje. Najpierw NIAID ocenił liczbę odbiorców leku na 250 000 tysięcy, co dawało firmie sprzedaż w wysokości 1,7 miliarda dolarów rocznie, ale następnie uznał, że to za mało klientów dla Burroughs Wellcome i rozszerzył „grupę targetową” o milion zdrowych nosicieli HIV, co dawało potencjalną sprzedaż AZT w wysokości 8,8 miliardów dolarów rocznie – „exciting, really exciting”. AZT reklamowany jako lek, który „przedłuża życie” i „poprawia jakość życia”, z pewnością „poprawia jakość życia” tych, którzy nim handlują.

Teza naukowa brzmi: AIDS to choroba wywoływana przez wirusa. Aby jej zapobiec, trzeba szukać szczepionki. I poszukuje się jej intensywnie. Ale się nie znajduje. Wolno przypuszczać, że to stałe mutacje wirusa wyjaśniają dość zadziwiający fakt, że po 20 latach badań i eksperymentów prowadzonych przez najtęższe umysły z największych i najlepszych instytutów badawczych i laboratoriów na całym świecie, które wydały miliardy dolarów, nie udało się stworzyć szczepionki przeciw HIV. Zresztą, i tak, stwierdziła pani prof. Christine Rouzioux, jest tak wiele odmian wirusa, że „jedna szczepionka nie uwolni nas od AIDS”. Szczepionka cały czas jest tuż, uż za rogiem, ale za rogiem jest kolejny róg, za nim kolejny. Adriana Bazzi napisała w „Corriere Della Sera” (02.12.2000, przedruk „Forum” 2001, nr 1, dodatek „Człowiek i medycyna”): „Opracowanie szczepionki jest problematyczne, ponieważ wirus jest bardzo zmienny. Obecnie trwają badania nad ponad dwudziestoma rodzajami szczepionki terapeutycznej. Ich celem jest nie tyle zapobieganie infekcji, co

spowolnienie rozwoju choroby”. Dziwne szczepionki, bardzo dziwne.

Teza naukowa brzmi: AIDS to syndrom, na który składają się różnego rodzaju choroby. Te choroby były przed 1984 rokiem tym, czym były. Dzisiaj ktoś chory na gruźlicę i mający pozytywny wynik testu jest leczony dwa razy – raz jako gruźlik, raz jako chory na AIDS i nosiciel wirusa. Jeden test i, hokus-pokus, z jednej choroby robią się dwie.

Teza naukowa brzmi: wirus przenosi się z kobiety w ciąży na jej dziecko. Zarówno kobiety ciężarne, jak i małe dzieci to duży rynek leków.

Teza naukowa brzmi: o ile na początku epidemii wirus rozprzestrzenił się głównie wśród mężczyzn, o tyle dziś zagrożona jest druga płęć. AIDS, twierdzą naukowcy, staje się coraz bardziej problemem kobiet. W RPA zakażona jest co czwarta kobieta kończąca 22 rok życia, w Indiach 22% kobiet przejmuje wirusa od męża – swojego jedyne go seksualnego partnera, w Kenii i Zambii młode mężatki znacznie częściej zakażają się HIV niż ich niezamężne, aktywne seksualnie rówieśniczki. Nawet wierność małżeńska nie powstrzymuje, niestety, epidemii. Stąd paląca potrzeba opracowania nowych środków, tzw. mikrobicydów, które dadzą kobietom możliwość ochrony przed HIV (na konferencji w Bangkoku dużo tym mówiono). Mikrobicydy to preparaty chemiczne zapobiegające zakażeniu wirusem, mogą mieć postać dopochwowego żelu, kremu, emulsji, czopka bądź nasączonego lekiem krążka. Komputerowy model opracowany w londyńskiej School of Hygiene and Tropical Medicine dowodzi, że mikrobicydy mogą zapobiec aż 2,5 mln zakażeń wśród kobiet, mężczyzn i dzieci. Prace nad mikrobicydami trwają, potrzeba jeszcze 20 tysięcy ochotniczek do ich przetestowania. Zapewne testy wypadną pomyślnie i korporacje farmaceutyczne wyprodukują (i sprzedadzą) tyle środków, ile będzie potrzeba.

Teza naukowa brzmi: obrzezanie może chronić przed AIDS. Widocznie „biznes obrzezania” w USA (powiązany z przemysłem farmaceutycznym) chce się ratować przed spadkiem obrotów. W latach 1980-81 ok. 85% noworodków męskich w USA poddawanych było rutynowemu obrzezaniu, co dawało ponad 1,5 miliona obrzezań rocznie. W ostatnim dziesięcioleciu liczba obrzezań spadła i wynosi obecnie około 60% rocznie. Jeśli teza, że obrzezanie chroni przed AIDS, zdobędzie popularność, to być może koniunktura w „biznesie obrzezania” się poprawi, bo rodzice będą bardziej skłonni poddawać nowo narodzone dzieci obrzezaniu i wzrośnie też liczba mężczyzn poddających się temu okaleczeniu. Na marginesie dodajmy, że kiedyś naukowcy i lekarze dowodzili, iż obrzezanie zapobiega rakowi genitalii, dziś dowodzą, że zapobiega AIDS.

Z tych przykładów widać jasno, że naukowy paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” jest w sposób absolutnie doskonały dostosowany do zasadniczego celu korporacji farmaceutycznych, jakim jest maksymalizacja zysku. Nie ma tygodnia, żebyśmy nie dowiadywali się o nowych generacjach leków, o zastosowaniu nowych odkryć, o kolejnych „rewelacyjnych” pomysłach terapeutycznych: inhibitory fuzji i inhibitory integrazy, citokiny, ziagen, sustiva, crixvan lub L-8798812 (firma Merck). Na pomoc

rusza też genetyka. Weźmy na przykład taką terapię genową: pobrane z ciała pacjenta komórki T poddaje się działaniu specjalnie zmodyfikowanego wirusa HIV i wstrzykuje z powrotem pacjentowi. Ta zmodyfikowana komórka T natrafi teraz na wirusa HIV, wytworzy kwas RNA, który połączy się z RNA wirusa i spowolni replikację wirusa nawet sto razy! Po prostu niesamowite. Albo nowy test STARHS opracowany przez naukowców z CDC. Wcześniejsze testy nie pozwalały ustalić, kiedy nastąpiło zakażenie, a mogło nastąpić nawet przed dziesięciu laty, natomiast nowy test powie dokładnie, czy zakażenie nastąpiło w ciągu ostatnich 6 miesięcy, czy też wcześniej. Jest to z pewnością olbrzymi postęp.

Oferowane są już nie tylko leki antywirusowe, ale testy, które mają wykazać, jakie leki chory powinien zażywać, a jakich nie. W 2001 roku pojawiły się jak najbardziej naukowe zalecenia, aby każdy nowo diagnozowany z HIV miał przeprowadzony test, na jakie leki jest uodporniony, tzn. na jakie leki odporny jest kolejny „mutant” HIV czający się w jego organizmie. Wiceprezes ds. marketingu i sprzedaży firmy Virco (Mechelen, Belgia) Giuseppe Biondi oświadczył, że te zalecenia oznaczają „poszerzenie potencjalnego rynku”. Nie ulega wątpliwości, że oznaczają. Można nawet podejrzewać, że pojawiły się właśnie dlatego, żeby „poszerzyć rynek”. Nick Hellman z firmy ViroLogic (San Francisco) powiedział, że lekarze i pacjenci potrzebują takich testów, aby móc zdecydować, jak miksować odpowiedni „koktajl” z leków antywirusowych – wyjaśnijmy, że owe „koktajle”, czyli mieszaniny różnych leków wprowadzono dlatego, ponieważ różne korporacje chcą sprzedawać różne leki, więc żeby je zadowolić, po prostu stworzono „terapię wielolekową”.

ViroLogic oferuje testy za 775 dolarów dla leków najczęściej przepisywanych i za 995 dolarów dla wszystkich dostępnych leków, Virco oferuje tzw. test genotypiczny za 450 dolarów i fenotypiczny za 850 dolarów. Kiedy chory zrobi sobie test fenotypiczny za 850 dolarów, wiemy na pewno, że nie powinniśmy zażywać „neprosekocytomycovarinu”, lecz „kryptomucone vriparyrynę”. Giuseppe Biondi zdaje sobie sprawę, że nie jest to niska cena, jednak mówi: „Oczekuję, że rynek będzie rósł bardzo szybko”. I nie są to płonne nadzieje, gdyż niektóre firmy ubezpieczeniowe pokrywają już koszty testów i zostały one włączone do rządowych programów ochrony zdrowia w Kalifornii i w Nowym Jorku.

Teza naukowa brzmi: liczba infekcji HIV i zachorowań na AIDS nie wykazuje tendencji zniżkowej, następna dekada przyniesie kolejne miliony zainfekowanych, przede wszystkim w krajach poza USA i Europą Zachodnią. Ta teza jest bardzo przydatna dla korporacji farmaceutycznych, które z różnych względów obniżają ceny leków i testów. Jeśli kolejne miliony ludzi zainfekowane zostaną wirusem, to ewentualna obniżka cen może zostać zrekompensowana większą ilością klientów. W USA i w Europie Zachodniej rynki się ustabilizowały, ale za to otwierają się nowe, bardzo atrakcyjne rynki w Indiach, w Chinach i w innych częściach świata. „Rynki” nie oznaczają oczywiście, że biedni ludzie sami sobie kupią leki. Na to korporacje nie liczą. Liczą na budżety państwowe zarówno w krajach bogatych, jak i biednych, na budżety organizacji międzynarodowych, czyli na transfer pieniędzy z tych budżetów na

swoje konta. Co nie znaczy, że budżety prywatne nie są ważne: ocenia się, że gdyby Chiny i inne kraje azjatyckie osiągnęły poziom Europy, USA czy Japonii, to konsumpcja wszystkich leków wzrosłaby na świecie o 250%.

Teza naukowa brzmi: ponieważ AIDS, mimo szczyrych wysiłków epidemiologów, nie spełnia żadnego ze znanych kryteriów zakaźnej epidemii (epidemie z przeszłości wybuchały, rozprzestrzeniały się i zanikały), nie ma dla niej żadnej analogii w historycznych epidemiach, to naukowcy wyciągają z tego wniosek, że AIDS jest czymś w rodzaju „chronicznej epidemii” – taka naukowa teza bez wątpienia spotka się z pełną aprobatą szefów koncernów farmaceutycznych, którzy ową trwającą bez końca chroniczną epidemię szybko przeliczą na długoterminowe prognozy obrotów i zysków.

Czasami jednak zdarza się, że naukowcy odkrywają coś, co nie pasuje do „farmaceutycznego” modelu zachowania się wirusa. Na przykład w sierpniu 2003 roku dr David Bangsberg z University of California w San Francisco odkrył zadziwiającą rzecz: „Mutacje prowadzące do oporności wirusa HIV przydarzają się częściej u pacjentów regularnie przyjmujących leki niż u tych, którzy przyjmują je sporadycznie”. Biorący udział w badaniach prof. Anrew Moss stwierdził: „Z naszych badań wynika, że, paradoksalnie, do zwiększenia się oporności HIV na terapię może prowadzić rzetelne stosowanie się do zaleceń lekarzy”. Ten paradoks, z którego wynika, że lepiej jest nie brać leków, zapewne bardzo nie spodobałby się szefom firm farmaceutycznych, dlatego, przestraszony tym, co odkrył, dr Bansberg, aby uniknąć kłopotów, pośpieszył z zapewnieniem: „Nasze wyniki nie oznaczają, że pacjenci zakażeni HIV powinni przyjmować mniej leków antywirusowych. Regularne przyjmowanie dawek zapisanych przez lekarza jest nadal najlepszym sposobem ochrony pacjenta przed szybkim rozwojem AIDS i śmiercią”.

Szefowie koncernów farmaceutycznych mogą spać spokojnie także i z tego powodu, że w przypadku wirusa HIV nie ma co liczyć na mechanizmy ewolucji, które sprawiłyby, iż uodpornimy się na wirusa. Wynika to z badań przeprowadzonych przez profesora biologii na Emory University Bruce`a Levina. Na międzynarodowej konferencji poświęconej nowym chorobom zakaźnym zorganizowanej w Atlancie w 2000 roku, profesor Levin, który używa modeli matematycznych dla długoterminowych prognoz, powiedział: „Nie możemy liczyć na ewolucję, żeby zmniejszyła śmiertelność z powodu HIV/AIDS za naszego życia”. Według profesora Levina musi minąć około 10 000 lat, zanim 50% populacji uodporni się na wirusa. Ale nie traćmy nadziei, bo, jak możemy się domyślać, za 20 000 lat już na pewno cała ludzkość uodporni się na wirusa. Ale czeka nas jeszcze 20 000 lat walki z wirusem. Dla wszystkich producentów leków, testów etc. jest to bardzo dobra wiadomość.

Są też naukowe odkrycia, o których trudno na razie powiedzieć, jakie zyski mogą przynieść korporacjom farmaceutycznym. Na przykład w 2004 roku naukowcy z Uniwersytetu Iowa odkryli, że człowiek zakażony wirusem zapalenia wątroby typu G (GBV-C) ma, jeśli jest nosicielem HIV,

mniejsze szanse na rozwinięcie się AIDS i śmierć. W jaki sposób infekcja jednym wirusem miałaby powstrzymać rozwój infekcji HIV, na razie nie wiadomo. Może dlatego, że, jak podała „Gazeta Wyborcza” za BBC (*Wojna wirusa z HIV*, 16.03.2004), „sam wirus zapalenia wątroby typu G stanowi dla naukowców nie lada zagadkę. Odkryty został zaledwie kilka lat temu i wciąż nie wiadomo, czy może powodować u człowieka jakiejś choroby”. Albo inne odkrycie: kenijskie prostytutki są zdumiewająco odporne na zakażenie HIV. Co z tego wynika, nie wiadomo, ale z pewnością badania kenijskich prostytutek są świadectwem bezinteresownego dążenia do prawdy.

Jak widać z powyższego paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” opiera się wprawdzie na tezach naukowych, ale za tymi tezami kryją się: leki, patenty, szczepionki, hormony, testy, kondomy, terapie, eksperymenty, biotechnologie, etc., etc. i miliony, dziesiątki, setki milionów i miliardy dolarów. Te pieniądze natychmiast zostałyby przesunięte gdzie indziej, gdyby paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” został obalony w wyniku naukowej argumentacji. Jakaś część z nich jest zatem inwestowana w jego obronę, natomiast w paradygmat odmienny nikt nie inwestuje, bo nie obiecuje on żadnych zysków, a nawet zwrotu kosztów. To powoduje, że normalna dyskusja naukowa na ten temat HIV/AIDS jest praktycznie niemożliwa, a w każdym razie niezwykle utrudniona. Jak mogłoby być inaczej, skoro na przykład wśród znaczących sponsorów konferencji w Durbanie w 2000 roku, na której naukowcy przyjęli słynną „kanoniczną” deklarację o tym, że HIV jest przyczyną AIDS, znajdowało się wiele firm farmaceutycznych?

Wielu specjalistów od AIDS ma udziały w firmach dostarczających produkty i usługi związane z AIDS oraz inne finansowe powiązania z przemysłem farmaceutycznym i biofarmaceutycznym. Tego samego dnia, kiedy odbyła się konferencja prasowa Roberta Gallo i minister Heckler – 23 kwietnia, Gallo zgłosił patent na „łańcuch komórkowy” (*cell line*), który posłużył do stworzenia testu na wykrycie przeciwciał HIV (współwłaścicielem patentu jest Narodowy Instytut Zdrowia). Produkcją testów firma Abbot Laboratories zarobiła miliardy, Gallo – miliony dolarów. Miliony zarobił też drugi „odkrywca” HIV Luc Montagnier. Na marginesie: czy to nie dziwne, że ci, którzy dokonali wielkiego dzieła odkrycia przyczyny największej epidemii w dziejach świata, nie dostali po dziś dzień wspólnie Nagrody Nobla? Czyżby *insiderzy* dobrze wiedzieli, iż ani Montagnier, ani Gallo niczego tak naprawdę nie odkryli? No, może poza WIRUSEM.

William Haseltine i Myron Essex – dwaj czołowi specjaliści od AIDS w USA należeli do współzałożycieli i mają udziały warte miliony dolarów w firmie Cambridge Bio-Science, która działa na „rynku AIDS”. Czołowy specjalista od AIDS w Kanadzie i prezes International AIDS Society dr Mark Wainberg jest posiadaczem patentu na preparat zapobiegający przenoszeniu się wirusa HIV i udziałowcem montrealskiej firmy BiochemPharma, która produkuje jeden z leków przeciw HIV. Czyż można się dziwić temu, że dr Wainberg dra Petera Duesberga uważa za zagrożenie dla zdrowia publicznego (czytaj: zagrożenie dla jego finansowych interesów)? Dr Wainberg tych, którzy mówią, że lepiej jest nie brać żadnych leków antywirusowych, bo są toksyczne, uznaje za przestępców i

wariatów. To zdenerwowanie jest łatwo zrozumiałe: niepodważalna opinia, że każdy racjonalnie myślący człowiek powinien być zwolennikiem brania leków antywirusowych, jest dla dra Wainberga warta setki tysięcy dolarów. Trzeba przyznać, że zamykanie naukowców-dysydentów w więzieniach, jak chciałby dr Wainberg, to dość radykalny sposób na pozbycie się tych, którzy mogliby mu zepsuć jego interes.

Pisaliśmy wcześniej o doktorze Donaldzie Francisie z CDC, tym, który od początku wiedział, że choroba „piątki z Los Angeles” wywoływana jest przez retrowirusa z długim okresem latencji. Doktor Francis przeszedł potem do biofarmaceutycznej firmy VaxGen z Kalifornii, która kilka lat temu zaczęła prace nad szczepionką przeciw HIV (wcześniej dostała 700 milionów dolarów rządowych na szczepionkę przeciw antraksowi). Szczepionka AidsVax podzieliła los wszystkich innych szczepionek. Dr Francis, który do 2004 roku był prezesem VaxGen, znalazł sobie inne zajęcie, ale, jak się szacuje, w trakcie kilku lat pracy dla VaxGen zdążył zainkasować ok. 8 mln dolarów.

W jednym z wywiadów z mądrą rezygnacją stwierdził Peter Duesberg: „Nie możesz oczekiwać od milionerów, że będą stawiać nieortodoksyjne pytania. Gdybym ja miał korporację, która by mi płaciła miliony za doradzanie w kwestii HIV, też prawdopodobnie siedziałbym cicho”. Trudno nie przyznać mu racji.

5.9. Przyszłość AIDS

W 2004 roku minęło 17 lat od momentu, kiedy w marcu 1987 roku na łamach „Cancer Research” ukazał się historyczny 21-stronnicowy artykuł dra Petera Duesberga, w którym autor zakwestionował paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”. Na ten artykuł nie zareagowali naukowcy, ale, co bardzo charakterystyczne, zwrócił nań uwagę jeden z pracowników gabinetu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i sporządził 28 kwietnia specjalne memorandum, które zostało wysłane do szefa gabinetu, sekretarza i podsekretarza Departamentu Zdrowia, naczelnego lekarza kraju i do Białego Domu. Ludzie władzy natychmiast wyczuli, jakie konsekwencje mogłoby mieć zaakceptowanie tez dra Duesberga. W październiku 1990 roku Narodowy Instytut Zdrowia poinformował Duesberga, że jego „grant” nie zostanie odnowiony w 1993 roku (w komisji, która podjęła tę fatalną decyzję, zasiadała wieloletnia kochanka doktora Roberta Gallo i matka jednego z jego dzieci).

Artykuł Duesberga ukazał się w trzy lata po konferencji prasowej Gallo – Heckler. Wtedy było jeszcze możliwe przyznanie się do błędu i porzucenie fałszywego paradygmatu. Po 17 latach sprawy zaszły tak daleko, że wycofanie się z paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” groziłoby bardzo poważnymi konsekwencjami politycznymi, prawnymi i finansowymi. Nie oznacza to jednak, że będzie on trwał wiecznie, ale to, że nie spontaniczne, nie kontrolowane upowszechnienie tez dysydentów zakończy jego dominację, lecz przemyślane i odpowiednio przygotowane decyzje

polityczno-propagandowe.

Jak na razie obowiązujący paradygmat trzyma się mocno, jest dobrze usadowiony w potocznej świadomości, solidnie zinstytucjonalizowany finansowo, politycznie, ekonomicznie, społecznie i kulturalnie. Nie potrzebuje już tak wielkich kampanii strachu jak te, które niezbędne były na początku, lecz jako „zagrożenie” stanowi po prostu normalny fragment medialnego pejzażu. Na jego rzecz pracują tysiące naukowców, lekarzy, dziennikarzy, urzędników, aktywistów i tysiące ludzi dobrej woli szczerze przejętych tragedią AIDS.

Jako choroba wirusowa AIDS wpisuje się dobrze w paniki wirusowe, które raz po raz wybuchają w światowych mediach. Stanisław Lem pisał (z naiwnością, jaka nie przystoi tak dociekliwemu i sceptycznemu umysłowi), że za przyczyną wirusów, które trudniej unicestwić niż bakterie, „wchodzimy w kolejną epokę zjawisk chorobotwórczych” (*Miecze Damoklesa*, „Tygodnik Powszechny” 2003, nr 25). AIDS zyskuje wprawdzie konkurentów do pieniędzy i pierwszego miejsca w „newsach”, ale zarazem ma szansę, aby przechować się wśród wirusowych panik na dłużej.

Na fali paniki z węglikiem w 2001 roku rosła uprawnia przysługujące instytucjom odpowiedzialnym za ochronę zdrowia publicznego, a więc tych, które stworzyły i podtrzymują obowiązujący paradygmat AIDS. Ekspansja „ochrony zdrowia publicznego” rozpoczęta w okresie Zimnej Wojny w przewidywaniu ataku biologicznego ze strony Związku Sowieckiego jest kontynuowana w ostatniej dekadzie z powodu węglika Saddama Husajna i przewidywanych ataków bioterrorystycznych, tworzy się i magazynuje leki i szczepionki na wypadek ataku biologicznego, rozbudowuje się i umacnia infrastrukturę biotechnologiczną.

W lipcu 2004 roku Kongres USA przyznał 5,6 mld dolarów na walkę ze skutkami ewentualnych ataków chemicznych i biologicznych. Ustawa o „Biotarczy” zapewnia fundusze dla laboratoriów rządowych i firm prywatnych na opracowanie lub ulepszenie szczepionek i odtrutek na różne bakterie, zarazki chorób czy trucizny, które mogą być użyte przez terrorystów. Tworzy się środowisko, w którym infrastruktura AIDS może się na trwale zakorzenić.

Innym czynnikiem sprzyjającym „AIDS” są związki obecnego rządu USA z koncernami farmaceutycznymi, które nie narzekają na brak koniunktury. Kupno leków stało się najważniejszą pozycją w wydatkach na zdrowie w USA. Tylko leki wykupywane na receptę kosztują 200 mld rocznie. Przez ostatnie 20 lat (z wyjątkiem roku 2003) przemysł farmaceutyczny był najbardziej zyskowną branżą w USA, w 2002 roku łączny zysk dziesięciu największych koncernów farmaceutycznych wyniósł 35,9 mld dolarów i był wyższy niż łączny zysk wszystkich pozostałych 490 firm z listy „Fortune 500”, które zarobiły 33,7 mld dolarów.

Warto wiedzieć, że ojciec obecnego prezydenta George Bush senior po opuszczeniu stanowiska dyrektora CIA w 1977 roku został dyrektorem wielkiej firmy farmaceutycznej Eli Lilly i był nim przez dwa lata – na to stanowisko rekomendował go poważny udziałowiec w Eli Lilly, ojciec

przyszłego wiceprezydenta Dana Quayle'a. Potem George Bush powrócił do polityki, i tak się dobrze złożyło, że kiedy w 1981 roku wybuchła „epidemia AIDS”, ten przyjaciel „Big Pharmacy” był wiceprezydentem. Firma Eli Lilly jest producentem antydepresantu Prozac, który wszedł na rynek w 1988 roku, co zbiegło się z początkiem prezydentury Busha seniora. Wiadomo też, że rodzina Bushów inwestowała w przemysł farmaceutyczny.

W czerwcu 2004 roku rząd prezydenta Busha zapowiedział „screening” całej ludności USA, łącznie z dziećmi przedszkolnymi, w celu wykrycia chorób psychicznych (państwo terapeutyczne w działaniu!). Inicjatywa rządu łączy diagnozy z terapią specjalnymi lekami. Z troską o stan umysłów obywateli rząd chce sprawdzić, ilu z nich ma emocjonalne zaburzenia i zaaplikować im antydepresanty i antypsychotyki, które „leczą” owe zaburzenia. Jak nietrudno się domyślić, wśród tych rekomendowanych nowych, drogich, opatentowanych leków jest lek wyprodukowany przez... Eli Lilly, która ma też swój udział w „rynku AIDS”. W 2000 roku Eli Lilly dała 1 300 000 dolarów na kampanię Busha i na partię republikańską. W lipcu 2003 roku prezydent Bush mianował byłego dyrektora Eli Lilly Randalla Tobiasa na stanowisko koordynatora swojego 15-miliardowego programu zwalczania AIDS. Inny z byłych prezesów Eli Lilly Sidney Taurel został członkiem Rady Doradczej ds. Bezpieczeństwa Wewnętrznego (Homeland Security Advisory Council), zaś Mitchell Daniels, wiceprezes Eli Lilly objął stanowisko dyrektora Biura Zarządzania i Budżetu w Białym Domu. Sekretarz Obrony Donald Rumsfeld był w latach 1977-85 wyższym urzędnikiem i prezesem farmaceutycznej korporacji G.D. Searle & Company (która później weszła w skład koncernu Pharmacia). Rumsfeld zasiadał też w zarządach Amylin Pharmaceuticals i Gilead Sciences będących partnerami Eli Lilly. „Big Pharma” ma wielu przyjaciół w sferach rządowych i nie bez kozery podejrzewa się, że wspomniany wyżej, ambitny plan prezydenta Busha z czerwca 2003 roku, zakładający przeznaczenie 15 mld dolarów na walkę z epidemią AIDS, jest w znacznej mierze planem pomocy dla wielkiego biznesu farmaceutycznego, gdyż, jak pisał Adam Leszczyński, „większość z sumy przeznaczonej na leczenie (7,5-8 mld) niemal na pewno trafi do wielkich firm farmaceutycznych, liczących się sponsorów poprzedniej i obecnej kampanii wyborczej Busha” (*Kondomy i dolary*, „Gazeta Wyborcza”, 5-6 lipca 2003). Takich inicjatyw, które są przejawem opieki socjalnej państwa nad korporacjami (*corporate welfare*), jest oczywiście o wiele więcej. Na przykład w lipcu 2000 roku James Harmon, prezes US Export-Import Bank oświadczył, że bank udzieli kredytu w wysokości 1 miliarda dolarów rocznie dla krajów afrykańskich, aby mogły zakupić leki antywirusowe, sprzęt medyczny i usługi medyczne od amerykańskich korporacji. Trudno przypuszczać, żeby przyjaciele „Big Pharmacy” z elity politycznej dali jej zrobić krzywdę, pozwalając na upowszechnianie niekorzystnych dla niej też naukowych.

Wydaje się zatem, że paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” jest na razie niezagrożony. Warto jednak przyrzeć się niektórym procesom politycznym, które, w dłuższej perspektywie, mogą mieć wpływ na jego los. W ostatnich latach coraz częściej mówi się o kryzysie Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Odzywają się coraz liczniejsze głosy, że ONZ wymaga reformy, że zbyt wiele kosztuje etc. Jeśli jednak mniej pieniędzy popłynie na ONZ, to można się spodziewać, że również mniej pieniędzy popłynie na Światową Organizację Zdrowia, która realizuje program „3 by 5”, zakładający dostarczenie leków antywirusowych 3 milionom ludzi do końca 2005 roku, oraz na UNAIDS, czyli na instytucje odgrywające ważną rolę w podtrzymaniu obowiązującego paradygmatu przede wszystkim w krajach tzw. Trzeciego Świata.

Biolog Jacek Kubiak pisał, że jeśli budżet WHO zostanie obcięty, to wówczas „w odwodzie pozostanie jeszcze amerykańskie CDC, które w trosce o zdrowie obywateli USA równie pilnie jak WHO śledzi wszelkie oznaki nowych zagrożeń dla zdrowia – również poza Stanami. Ograniczenie roli WHO oznaczałoby jednak uczynienie z USA hegemonia także w dziedzinie zdrowia. Skoncentrowanie wszystkich środków w jednym instytucie, i to należącym do konkretnego państwa, jest ryzykowne. Groźba zawładnięcia światowym systemem zdrowia przez jeden podmiot wygląda jak z powieści science fiction, ale nie należy jej bagatelizować” (*Wirusowe trzęsienie ziemi*, „Tygodnik Powszechny” 2003, nr 15). Ustanowienie globalnej hegemonii CDC będzie raczej sprzyjało utrzymaniu obowiązującego paradygmatu. Wszak to właśnie w CDC paradygmat ten został wypracowany, a każda instytucja jest bardzo przywiązana do swoich „dzieci”. Ale z drugiej strony taka jawna globalna hegemonia USA, także w dziedzinie AIDS, sprawowana bez pośrednictwa WHO mogłaby wywołać opór i przyczynić się do sabotowania „AIDS”, tak jak to uczynił rząd prezydenta Mbeki.

Walka pomiędzy WHO i CDC jest tylko wierzchołkiem góry lodowej: za kulisami, szczególnie po 11 września 2001 roku, trwa i nasila się zażarta walka o pieniądze pomiędzy odłami biurokracji, naukowymi syndykatami, organizacjami pozarządowymi, fundacjami, administratorami lokalnych i międzynarodowych programów pomocy, której rezultaty trudno przewidzieć. Do 11 września 2001 roku poziom finansowania walki z AIDS rósł z dnia na dzień, potem lęki świata w USA i Europie Zachodniej zmieniły swój przedmiot i strumienie finansowe zmieniły kierunek – wirusowi HIV wyrósł poważny konkurent w postaci „Osamy bin Ladena”. Panika na tle AIDS zaczęła się jednak nieco starzeć i blaknąć, gdyż nic nie może uciec przed losem gazetowych czołówek i newsów, które muszą być ciągle nowe, żeby przyciągać uwagę masowej publiczności.

Pisaliśmy wyżej, że AIDS, jako globalna epidemia i globalne zagrożenie, jest jednym z elementów legitymizacji władzy globalnej, która dla realizacji swoich celów potrzebuje „światowego stanu wyjątkowego” (w 1994 roku Buthros Gali wezwał do ogłoszenia „światowego stanu wyjątkowego” w związku z AIDS). Ale po wrześniu 2001 roku pojawił się nowy wróg – międzynarodowy terroryzm, który uzasadnia lepiej niż HIV(AIDS) etykę i politykę stanu wyjątkowego. Wojna z terroryzmem, wojna w Iraku i inne wojny przyszłości mogą zepchnąć w cień wojnę z AIDS i przynieść niekorzystne dla jej dalszego prowadzenia przesunięcia finansowe. Niektórzy wyczuwają już to niebezpieczeństwo i reagują dość nerwowo, np. podczas konferencji na temat AIDS w Barcelonie (lipiec 2002) aktywiści protestujący przeciw zbyt niskim nakładom na zwalczanie AIDS nieśli transparenty z napisem „Gdzie

jest nasze 10 miliardów dolarów?”. No właśnie, gdzie one się podziały?

W styczniu 2003 roku Stephen Lewis, specjalny przedstawiciel ONZ ds. walki z AIDS w Afryce, stwierdził, że wojna w Iraku może odsunąć w cień inne priorytety społeczności międzynarodowej, a wówczas jedną z największych ofiar staliby się chorzy na AIDS. Zdaniem Lewisa, świat dopuściłby się „masowego mordu przez samozadobowienie”, gdyby nie nasilił walki z AIDS. We wrześniu 2003 roku sekretarz generalny ONZ Kofi Annan ubolewał, że AIDS i wywołujący chorobę wirus „wypadły” z programów politycznych i że cele wytyczone w ramach walki z epidemią nie zostaną osiągnięte, ponieważ reakcje finansowe i polityczne są żałośnie nieadekwatne do skali zagrożenia. Może się jednak okazać, że to nie reakcje finansowe i polityczne są nieadekwatne do zagrożenia, ale na odwrót, zagrożenie jest nieadekwatne do reakcji finansowych i politycznych, co oznacza, że wraz ze „zmniejszaniem się” owych reakcji, zmniejszać się też będzie zagrożenie.

Nie jest zapewne przypadkiem, że w czerwcu 2004 roku, tuż przed konferencją na temat AIDS w Bangkoku, na łamach „The Boston Globe” ukazał się artykuł, w którym jego autor John Donelly zapewnił czytelników, że szacunki o liczbie ludzi z wirusem HIV są znacznie przesadzone. Donelly rozmawiał z prof. Jimem Chinem, epidemiologiem z Kalifornii, który opracowywał modele statystyczne dla epidemii AIDS, pracował w ONZ i amerykańskich instytucjach ds. AIDS. Prof. Chin uważa, że dane na temat zakażeń HIV są przesadzone o 25-40%. Donelly powołał się także na dwóch pragnących zachować anonimowość amerykańskich urzędników federalnych od zdrowia publicznego, którzy oceniają, że światowe statystyki AIDS są „nadmuchane” w 50%. Donelly trafnie zauważa, że stawką tych statystycznych kontrowersji są miliardy dolarów pomocy: jeśli HIV okaże się mniej groźny, więcej dolarów może pójść na zwalczanie innych chorób albo w ogóle skierowanych zostanie na cele inne niż inicjatywy zdrowotne. Prof. Peter Duesberg od 1987 roku głosi, że HIV jest „mniej groźny”, ale nikt go nie chce słuchać. Kiedy jednak ktoś podejmie polityczną decyzję, że dolary mają iść nie na zwalczanie AIDS, ale na inne inicjatywy zdrowotne lub w ogóle na inne cele, HIV w cudowny sposób okaże się „mniej groźny”.

I na nic wówczas dramatyczne apele o pieniądze, jak ten, który do rządów państw europejskich wystosowało 800 uczestników konferencji w Lozannie w sierpniu 2004 roku poświęconej pracom nad szczepionką przeciw AIDS: zaapelowali oni do rządów o marne 10-15 mld euro na wsparcie prac nad tą szczepionką. Ale czy je dostaną, skoro „HIV jest mniej groźny”?

Biolog Jacek Kubiak, pracownik naukowy CNRS i Uniwersytetu Rennes uważa, że długofalowe, a nie tylko jednorazowe wydatki na walkę z AIDS powinny cały czas rosnać ze względu na „lawinowo zwiększającą się liczbę zakażeń” (52 euro za dwa zastrzyki, „Tygodnik Powszechny” 2003, nr 31). Według prof. Kubiaka na badania, poszukiwanie szczepionek etc., którymi zajmują się notabene jego koledzy po fachu, potrzeba będzie do 2007 roku 7 mld dolarów rocznie. Wydaje się jednak, że jeśli nie nastąpi „lawinowy wzrost wydatków na walkę z AIDS”, to nie nastąpi również „lawinowy wzrost

zakażeń wirusem HIV”.

Trzeba tu również uwzględnić ważne zjawisko, jakim są nasilające się „wojny chorób” w USA. Wszystkie najważniejsze choroby typu rak, cukrzyca, choroby serca etc. mają swoje lobbies, które zażarcie walczą o pieniądze z budżetu na „swoje” choroby, tzn. na badania, na terapie, na leki etc. Oczywiście te grupy interesów zgadzają się w jednym: ogólna pula funduszy rządowych winna cały czas rosnąć (jak to ujął Fran Visco, szef National Breast Cancer Coalition: „Przesłanie, które dajemy Kongresowi rok po roku jest takie, że ciasto musi być większe”). Ale już kwestia, jak dzielić to „ciasto”, wywołuje naturalnie spory, gdyż wszystkie lobbies działają pod hasłem: „Skuteczna terapia na naszą chorobę zostanie opracowana, jeśli będzie więcej pieniędzy, a pieniędzy nie ma, bo idą nie tam, gdzie powinny”.

W ostatnich latach zaczyna załamywać się dotychczasowy konsensus, polegający na tym, że „rakowcy”, „sercowcy”, „cukrzycy” i inni milcząco uznawali hegemonistyczną pozycję „aidsowców”, którym udało się ominąć zasadę „budżetowania według policzonych ciał”: na AIDS idzie najwięcej pieniędzy z budżetu, mimo iż zajmuje on odległe miejsce na liście chorób powodujących największą liczbę zgonów w USA. Tuż za AIDS, jeśli chodzi o pieniądze, plasuje się rak piersi. „Aidsowcom” pomogli szczególnie gejowscy działacze, którzy każdego, kto uważał, że na AIDS idzie zbyt dużo pieniędzy w stosunku do „policzonych ciał”, z miejsca oskarżali o homofobię. Z kolei „rakowcy od piersi”, choć mieli trudności z udowodnieniem, że rak piersi dotyka w równym stopniu kobiety i mężczyzn, wygrali z innymi, bo pozyskali dla swojej sprawy feministki, które oponentom zamykały usta oskarżeniem o „mizogynizm”.

„Wojna chorób” zaostrza się i „aidsowcy”, którym wcześniej udało się spacyfikować „cukrzyków”, „sercowców”, „rakowców”, mogą zderzyć się ze zbudowaną przez nich koalicją, która wymusi niekorzystne dla „wojny z AIDS” przesunięcia w wydatkowaniu funduszy rządowych. W USA wszystkie pieniądze wydane łącznie na „walkę z AIDS” wynoszą obecnie ok. 15 mld dolarów rocznie. Jeśli wydatki zaczęłyby się zmniejszać, to automatycznie zmniejszy się „zagrożenie”, jakim jest AIDS. Przypomnijmy tutaj opinię Karry’ego Mullisa, który komentując 2 miliardy dolarów wydawanych rocznie na same badania nad wirusem HIV stwierdził: „Tajemniczość tego przeklętego wirusa została wykreowana przez 2 miliardy dolarów, które corocznie się na niego wydaje. Dajcie mi jakikolwiek inny wirus, wydajcie na niego 2 miliardy, a będziecie mieli nowe wielkie tajemnice”. Zatem wystarczy, że 2 miliardy z badań nad HIV przesuniemy na innego wirusa, a wszystkie tajemnice HIV rozwiążą się jak dym. Dziesięć lat temu biolog molekularny, b. prof. uniwersytetu harwardzkiego Charles Thomas powiedział: „Wyobraźmy sobie, że te miliardy, które każdego roku idą na badania nad AIDS, na edukację, terapię etc. zostają zredukowane do zera. Oczywiście podniesie się wielki krzyk, ale AIDS zniknie w ciągu dwóch tygodni. Zamiast niego będziemy mieli choroby, które dziś zbiera się pod jedną etykietą AIDS”.

Innymi słowy, o losie paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć” mogą zdecydować nie „naukowe hipotezy”, ale zmiany budżetowych priorytetów. Nie oznacza to, że ktokolwiek ogłosi oficjalnie, iż paradygmat ten jest błędny. Kto przyzna się do błędu po tym, jak do 2003 roku wydano tylko w samych Stanach Zjednoczonych na walkę z AIDS ponad 100 mld dolarów z budżetu państwa? Byłoby to równoznaczne z przyznaniem się do tego, że 100 mld dolarów po prostu wyrzucono w błoto. Dlatego obrona paradygmatu będzie zaciekle. Kto wie, czy w ostateczności nie zostaną nawet zrehabilitowane „teorie spiskowe”, których autorzy udowadniają wprawdzie, że wirus HIV to twór człowieka, produkt wojskowych laboratoriów itp., ale przynajmniej nie kwestionują tego, że jest on szkodliwy lub nie twierdzą, że w ogóle nie istnieje, a więc podtrzymują w istocie obowiązujący paradygmat i pomagają nieświadomie Przedsiębiorstwu AIDS. Na marginesie dodajmy, że główni propagatorzy tych teorii, tacy jak Alan Cantwell, Robert Strecker, Matilde Krim, Milton William Cooper, Boyd Graves, Gary Glum, Jacob Segal, Robert Lee, Leonard Horowitz, choć w przypadku HIV wychodzą z błędnych założeń, mają swoje zasługi w relatywizacji oficjalnego paradygmatu – przyczynili się m.in. do obalenia mitu o afrykańskim pochodzeniu HIV. Wnikliwie zbadali też sieci jawnych i ukrytych powiązań pomiędzy instytucjami medycznymi, politycznymi, wojskowymi, wywiadowczymi i opisali funkcjonowanie całego kompleksu medyczno-wojskowo-wywiadowczo-przemysłowo-farmaceutycznego, wnosząc istotny wkład w rekonstrukcję politycznej historii AIDS i HIV.

Możliwe jest przeformułowanie obowiązującego paradygmatu na przykład w ten sposób, że wirus HIV jest czynnikiem chorobotwórczym, ale tylko w obecności dodatkowych czynników. W ten sposób zawsze będzie można skutki wywoływane przez te, w rzeczywistości nie dodatkowe, ale główne czynniki, przypisać także wirusowi. Może się również okazać, że wirus HIV zmutował w formę nieszkodliwą dla człowieka, a zatem naukowcy i politycy się nie mylili: po prostu wirus był rzeczywiście groźny przez wiele lat, ale potem przestał.

Fakt, że paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” może zostać wycofany na drugi plan tylko w wyniku decyzji politycznych, nie oznacza, że trwająca od ponad 20 lat kontrowersja naukowa wokół AIDS przedstawiona w pierwszej części naszego raportu nie wywiera nań żadnego wpływu, nawet jeśli jest to wpływ podskórny. Nie ulega bowiem wątpliwości, że Peter Duesberg i inni rewizjoniści, choć przemilczani i bojkotowani, nie mogą być traktowani tak, jakby w ogóle nie istnieli. Ich tezy istnieją i trwają wprawdzie na peryferiach nauki o AIDS, ale trwają nieobalane za pomocą naukowych argumentów, i... znajdują potwierdzenie ze strony naukowców działających w ramach obowiązującego paradygmatu. Na przykład znowu zaczyna się więcej mówić o grupach ryzyka, rośnie podejrzliwość wobec skuteczności AZT, szuka się dodatkowego czynnika, który miałby inicjować zabójcze działanie HIV (inne bakterie i wirusy), co implikuje, że wirus samodzielnie nie wywołuje AIDS, coraz większą uwagę poświęca się roli narkotyków przy badaniach nad AIDS i jego diagnozowaniu. Mięśak Kaposiego, który był przez lata najbardziej charakterystyczną chorobą wskaźnikową AIDS, został

usunięty z listy tych chorób, gdyż oczywiste stało się to, że zażywanie azotanów amylowych (*poppers*) ściśle koresponduje z etiologią choroby. Uważa się dziś, że (1) mogą występować 4 odmiany mięsaka Kaposiego, (2) mięsak Kaposiego nie jest rakiem, (3) mięsak Kaposiego nie jest wywoływany przez spadek odporności, (4) HIV nie jest przyczyną mięsaka Kaposiego.

Nauka o AIDS zakłada, że wirus HIV rozprzestrzeniła się drogą płciową w całej populacji, tymczasem dr Stuart Brody w swojej książce *Sex at Risk* (1997) udowodnił, że przy normalnym stosunku płciowym zakażenie jest praktycznie zerowe. A skoro jest zerowe, to jak wyjaśnić „afrykański AIDS”, najczęściej przytaczany jako dowód „heteroseksualnej epidemii”? Nie można. Nic zatem dziwnego, że David Gisselquist, John J. Potterat, Stuart Brody i inni naukowcy na łamach „International Journal of STD & AIDS” (2002, nr 13) oraz „AIDS Science” (2003, nr 10) zakwestionowali tezę, że za epidemię AIDS w Afryce odpowiedzialne jest przenoszenie wirusa HIV drogą stosunków heteroseksualnych lub z matki na dziecko. Stwierdzili oni, że przyjęty model epidemiologiczny AIDS w Afryce zawiera tak wiele anomalii, iż powinien zostać porzucony. Uznali, że teza, iż heteroseksualna transmisja wirusa jest odpowiedzialna za ponad 90% zakażeń HIV wśród dorosłych w Afryce, nie posiada empirycznych dowodów, które łączą HIV z zachowaniami seksualnymi, zaś trajektoria epidemii jest niewyjaśnialna przy założeniu o transmisji wirusa drogą płciową. Skonstatowali coraz większy dysonans pomiędzy epidemiologicznymi dowodami i obowiązującą teorią, że prawie w całości zakażenia HIV w Afryce subsaharyjskiej są przekazywane drogą stosunków heteroseksualnych i mają przyczynę w seksualnych zachowaniach Afrykańczyków. Oczywiście, poruszając się w ramach obowiązującego paradygmatu, nie mogli oni dostrzec, że „piętrzące się anomalie” dotyczące AIDS w Afryce są anomaliami tylko w ramach tego paradygmatu. Dlatego musieli uciec się do hipotezy o jatrogennym charakterze AIDS w Afryce – kliniki i szpitale z dokonywanymi tam różnymi procedurami medycznymi (wielokrotne szczepionki przeciw tężcowi, pobieranie krwi etc.) jako źródło infekcji HIV w warunkach niedostatecznej higieny. Ale również ta hipoteza bardzo szybko okazałaby się całkowicie niewystarczająca dla wyjaśnienia „epidemii AIDS” w Afryce, a wówczas naukowcy mogliby zacząć zadawać kolejne pytania, by w końcu trafić na właściwą odpowiedź. Funkcjonariusze medycznej biurokracji natychmiast wyczuli niebezpieczeństwo i 14 marca 2003 roku WHO wydała oświadczenie, w którym, powołując się na grupę anonimowych ekspertów, dała odpór tezom Gisselquista i jego kolegów. „Eksperci”, nawet nie zadając sobie trudu, żeby wysuwać jakieś naukowe kontrargumenty, z całą stanowczością podtrzymali tezę, że wirus HIV w Afryce rozprzestrzeniła się na drodze stosunków heteroseksualnych. I tak jest zawsze: wszyscy, którzy podważają obowiązujący paradygmat na temat AIDS, lub choćby niektóre jego składniki, mają przeciwko sobie wielkie instytucje i maszynę propagandową Przedsiębiorstwa AIDS. Ale nie tylko. Nie idzie jedynie o to, że miliardy dolarów, już wydane i nadal wydawane na badania, trzymają w „uścisku” intelekt, nie chodzi jedynie o zachowanie „grantów”, stanowisk i posad profesorskich, zysków firm farmaceutycznych, o wiarygodność polityczną i naukową, której zachwianie w przypadku AIDS

mogłoby nią zachwiać również w innych dziedzinach, ale o naturalny opór, który wynika stąd, że w obowiązującej teorii i jej utrwaleniu włożono tak wiele wysiłku intelektualnego. Czyni to rzeczą niezwykle trudną choćby niewielką zmianę perspektywy, uniemożliwia otwartość na nowe idee.

Należy podkreślić, że choć obowiązująca od 20 lat teoria HIV/AIDS jest głęboko wkomponowana w strukturę władzy polityczno-medyczno-naukowej (dr David Rasnick: „badania nad AIDS stały się marionetką tytanicznych, symbiotycznych sił rządu i przemysłu farmaceutycznego”), to nie jest ona utrzymywana na zasadzie „spisku” funkcjonariuszy. Także interesy korporacji farmaceutycznych nie są najważniejsze. Idzie o funkcjonowanie całego systemu nauk biomedycznych i upolitycznionej medycyny, który wykorzystywany jest przez korporacje farmaceutyczne. Ten system, w którym wokół choroby – kiedyś niezorganizowanego obszaru ludzkiego życia – organizują się ośrodki władzy, oparty jest na uprzedzeniach i głębokiej wierze naukowców, na modelach myślowych i percepcyjnych schematach, na szczególnym widzeniu problemów przez pewne grupy naukowe i polityczne, na określonej epistemologii uwarunkowanej systemowo, która utrudnia przyjęcie innej poznawczej perspektywy i znalezienie innego wyjaśnienia. Jak zauważył Erwin Chargaff, jak długo będą istnieć wirusolodzy, tak długo istnieć będą wirusy. Będą istnieć, bo aparat percepcyjny wirusologa jest tak ukształtowany, że zawsze wykryje jakiegoś wirusa.

Upodobanie w „polowaniu na wirusy” powodowało już w przeszłości tragedie. W latach 60. i 70. zeszłego wieku epidemia choroby SMON zbierała śmiertelne żniwo w Japonii. Tamtejsi wirusolodzy zapewniali, że jej przyczyną był nowy zakaźny wirus. Przez lata koncentrowano wysiłek finansowy i naukowy na neutralizacji rzekomego intruza. Przez ten czas rozmiary epidemii rosły dramatycznie. Lekarze aplikowali pacjentom lek o nazwie Clioquinol, pierwotnie stosowany masowo przeciw biegunce. Jego stosowanie, jak się później okazało, było de facto przyczyną epidemii (jest to przykład epidemii o podłożu jatrogennym). Lek wycofano z użycia w latach 70., co zaowocowało ustąpieniem epidemii. Zanim to nastąpiło, tysiące ludzi zmarło, a wielu oślepiło i zostało sparaliżowanych.

Innym przykładem fatalnej pomyłki większości naukowców jest pelagra. W latach 20. ubiegłego wieku choroba ta szerzyła się wśród czarnoskórych Amerykanów na Południu. Założono, że przyczyną epidemii był czynnik infekcyjny. Wyizolowano nawet odpowiedzialną bakterię. Ale naukowiec nazwiskiem Goldberg upierał się, że problem należy rozpatryć nie z perspektywy bakteriologicznej, ale geograficznej. Odkrył on, że przyczyną choroby był brak witaminy B. Zajęło mu 20 lat, żeby przekonać środowiska medyczne o słuszności swojej hipotezy! Tak ogromna była siła panującej „ideologii naukowo-medycznej”.

Dysydenci mają przeciw sobie grupy interesów wspierane przez polityczne i naukowo-badawcze syndykaty, aparat medialny, kompleks medyczno-przemysłowy, biurokrację państwową, instytucje wojskowe, aparat bezpieczeństwa, cały instytucjonalno-medyczny aparat sprawujący „biowładzę” z jego bezustannym testowaniem, edukowaniem, monitorowaniem, regulowaniem i nadzorowaniem, z

jego „dyscyplinującymi technologiami ciała”, testami, eksperymentami, szczepieniami ochronnymi, ze wszystkim, co wprowadza życie i jego mechanizmy w domenę kalkulacji i czyni wiedzę-władzę agentem transformacji ludzkiego życia. Mają przeciw sobie panujące modele chorób i medyczne ideologie, rozpowszechniony dyskurs biomedyczny i wirusologiczny, spetryfikowany język i poznawcze schematy wytwarzane przez państwo terapeutyczne i farmakrację.

Najpierw porzucona musiałaby być biomedyczna nowomowa z jej wojennymi metaforami, trzeba by odejść od całej koncepcji medycyny jako „wojny przeciw najeźdźcom”; koncepcji, która definiuje indywidualne ciało w sposób mechanicystyczny, czyniąc je potencjalnym przedmiotem „zarządzania”, ahisterycznym obiektem naukowo-technologiczno-farmakologicznej akcji. Być może konieczne byłoby odejście od obowiązującej koncepcji systemu immunologicznego, od prostego modelu ciała i choroby, a przejście do modelu homeostazy – wieloczynnikowego, opartego na sieci skomplikowanych, dynamicznych interakcji pomiędzy organizmem człowieka, jego strukturą genetyczną i środowiskiem.

Podważenie obowiązującej teorii AIDS nie będzie możliwe, jeśli nie uda się sprowadzić do normalnych rozmiarów tzw. naukowej medycyny, a raczej postmedycyny, która gubi osobę, ciało i jego organy w powodzi molekuł i genów, zaniedbuje czynniki kulturowe, socjoekonomiczno-polityczne.

Być może zatem dopiero wówczas, kiedy w nauce i medycynie rozkwitnie sto kwiatów, nastąpi odkrycie tego, co żywe i indywidualne, kiedy pojawią się pokora, cierpliwość, szacunek wobec życia i przyjdzie zadziwienie nad cudem istnienia człowieka i jego organizmu, paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” przejdzie do historii naukowych pomyłek, tragicznych pomyłek, które przyniosły tak wiele cierpienia.

ANEKS

GEJE PRZECIWIW PRZEDSIĘBIORSTWU AIDS

Środowiska gejowskie, szczególnie w USA, odegrały bardzo istotną rolę w utrwaleniu i rozpropagowaniu paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”. To m.in. ich naciski przyczyniły się do tego, że pierwotna nazwa AIDS – GRID (*Gay Related ImmunoDeficiency*) została uznana za nazwę dyskryminującą gejów i porzucona. To one wsparły propagandowo definicję „nowej” choroby i dzięki swoim wpływom przyczyniły się do jej upowszechnienia.

Liderzy gejowscy pragnęli zapobiec temu, żeby szeroka publiczność widziała w AIDS „chorobę gejowską”, gdyż obawiali się „stygmatyzacji” gejów. Działali zatem aktywnie na rzecz tezy, że HIV przenoszony jest także na drodze stosunków heteroseksualnych, bo wtedy „wszyscy są zagrożeni”, i geje, jako niewielka grupa, nikną w masie zarażonych HIV. Chcieli zdjąć odium z gejów uznawanych (obok Afrykańczyków), wprost lub nie wprost, za źródło i rozsadnika epidemii, która pochłania miliony ofiar na całym świecie.

Od samego początku powstania AIDS do dzisiaj aktywiści gejowscy należeli do najbardziej zaangażowanych w „walkę z AIDS” i w walkę o podtrzymanie paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, stanowiąc silną grupę nacisku, która domaga się zwiększonego finansowania badań nad AIDS i wydatkowania coraz większych funduszy na jego zwalczanie. Aktywiści gejowscy weszli jako „czynniki społeczny” do instytucji zajmujących się AIDS lub pozostają z nimi w ścisłej symbiozie. Biurokracja ds. zdrowia publicznego znalazła w nich wpływowych, głośnych, potrafiących wykorzystywać media pomocników, zawsze gotowych naciskać na parlamentarzystów, organizować demonstracje, protesty i kampanie propagandowe. Kiedy na przykład FDA zwlekała z dopuszczeniem na rynek AZT, kilka tysięcy aktywistów gejowskich demonstrowało przed budynkiem i na korytarzach siedziby FDA w Rockville (Maryland) żądając, aby nie wstrzymywać zezwolenia dla leku „przedłużającego życie zarażonym wirusem HIV”.

Nic, co jest związane z AIDS – żadna akcja, koncert charytatywny, wielka konferencja etc. – nie może się obejść bez obecności gejowskich aktywistów. Są oni integralną i wpływową frakcją w łonie całego aparatu zbudowanego na HIV/AIDS i mają swoje udziały w Przedsiębiorstwie AIDS. Wolno zakładać, że tak długo, jak długo będą oni udzielać wsparcia paradygmatowi „HIV = AIDS = Śmierć”, paradygmat ten nie zostanie obalony. Tym większa zatem jest rola gejowskich dysydentów – naukowców, aktywistów, dziennikarzy, publicystów, którzy kwestionują paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć” i aktywnie dążą do zastąpienia go paradygmatem właściwym, który, jak uważają, pozwoli przezwyciężyć kryzys zdrowotny środowisk gejowskich.

Według dysydentów, gejowscy zwolennicy teorii „HIV = AIDS = Śmierć” odegrali wręcz kluczową rolę w zdławieniu opozycji wobec tej teorii. Chcieli oni winę za kryzys zdrowotny wśród gejów zrzucić na wirusa wywołującego AIDS, gdyż pozwalało to na uniknięcie konfrontacji z bolesną prawdą, że „AIDS” może mieć coś wspólnego ze stylem życia popularnym w wielkomiejskich subkulturach gejowskich. Takich niepopularnych prawd establishment gejowski nie miał zamiaru upowszechniać, bojąc się oburzenia wśród „mas gejowskich”, utraty poparcia, wycofania sponsorowania inicjatyw i instytucji gejowskich. Dysydenci

uważają, że gejowscy liderzy i aktywiści zdradzili gejów, stając się częścią systemu, wchodząc do *mainstreamu*, biorąc dobre posady w fundacjach i organizacjach „pozarządowych”, pełniąc rolę agentów aparatu zdrowia publicznego i marionetek firm farmaceutycznych: oficjalna prasa gejowska współpracuje z przemysłem farmaceutycznym, zarabia na wysokopłatnych reklamach leków, w tym reklam sponsorowanych przez ministerstwo zdrowia. Dawni gejowscy radykałowie przeszli na pozycje władzy, płacą tysiące dolarów, aby móc zjeść kolację z prezydentem, wysysają pieniądze zwykłych gejów do kas partyjnych Demokratów.

Dysydenci oskarżają gejowski establishment o to, że albo swoje prywatne interesy stawia wyżej niż dobro „szarego geja”, albo też bezwolnie poddaje się aparatowi AIDS i bezkrytycznie akceptuje jego teorie. W każdym przypadku oznacza to, że prawdziwe przyczyny kryzysu zdrowotnego gejów pozostają nierozpoznane i nie można go przeto przezwyciężyć. Dysydenci zauważają, że nie udało się zdjąć z AIDS odium „gejowskiej choroby”, gdyż według oficjalnej wykładni AIDS geje w USA i w Europie nadal stanowią grupę tzw. wysokiego ryzyka, co wynika z założenia, że stosunki homoseksualne w sposób szczególny sprzyjają zarażeniu się HIV.

AIDS dopiero wtedy przestanie być „chorobą gejowską”, twierdzą dysydenci, kiedy przyjmie się, że AIDS w ogóle nie jest żadną nową chorobą. Zamiast zrzucić winę na nieszkodliwego lub w ogóle nieistniejącego wirusa, geje muszą stanąć twarzą w twarz z bolesną i trudną do akceptacji prawdą, że to gejowska subkultura i jej ekscesy są przyczyną kryzysu zdrowotnego gejów określanego jako „AIDS”. Gejom potrzebna jest krytyczna autoanaliza, krytyczna refleksja nad gejowskimi obyczajami, gejowskim stylem życia, konieczna jest bezlitośnie uczciwa analiza własnego środowiska, własnej tożsamości, niezbędne jest skupienie się na przyczynach kryzysu, a nie na symptomach. Geje muszą badać własne patologie, w tym psychopatologie, a nie winić za wszystko wirusa. Według dysydentów „wyzwolenie gejów” zakończyło się wejściem w toksyczny, niezdrowy styl życia: narkotyki wszelkiego rodzaju, „poppers” (największy „money maker” w świecie gejowskiego biznesu), rozmaite stymulanty i alkohol, dehumanizujące miejsca spotkań, niezdrowe praktyki seksualne, anonimowy seks, zdepersonalizowane kontakty, promiskuityzm, choroby weneryczne, coraz większe spożycie antybiotyków etc. „Wyzwolenie” zostało cynicznie skomercjalizowane, zamienione w hedonizm gejowskich łaźni i barów, które tak samo jak gejowski seksbiznes kontrolowane są w dużej mierze przez mafie, „odpalającej działkę” swoim gejowskim wspólnikom, „frontmanom” i figurantom.

Słuszna jest teza, że AIDS to realny skutek tzw. rewolucji seksualnej i „wyzwolenia gejów”, ale nie ze względu na nieszkodliwego wirusa HIV, ale ze względu na to, że rewolucje najczęściej prowadzą do katastrofy. Rewolucje społeczno-polityczno-gospodarcze prowadzą do katastrofy społeczno-polityczno-gospodarczej, natomiast rewolucja seksualna wśród gejów, która dokonała się na płaszczyźnie biologicznego i fizjologicznego funkcjonowania organizmu, przyniosła katastrofę na tej właśnie płaszczyźnie.

Dysydenci uważają się za prawdziwych obrońców zwykłych gejów, ich los napełnia ich wielkim bólem, współcierpią razem z nimi i gotowi są dla ich dobra walczyć przeciw całemu światu. To wyjaśnia nadzwyczaj ostry, niekiedy wręcz brutalny, naszpikowany inwektywami, dyktowany gniewem i rozpaczą, pełen najwyższej furii ton ich polemik i ataków skierowany przeciw wszystkim bez wyjątku zwolennikom paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”. Są oni w większości przypadków skłaniającymi się ku lewicy radykałami, którzy nie cofają się przed żadnymi potępieniami i oskarżeniami, wysuwają polityczne postulaty w stylu „Gallo, Montagnier i inni przed sąd!”, „Norymberga dla wszystkich głównych uczestników AIDSgate”, i nie przebiegają w słowach, np. brytyjscy gejowscy dysydenci nazwali Johna Maddoksa, redaktora naczelnego „Nature” Wielkim Bratem, Królową Mamusią Nauki Brytyjskiej a w końcu, kiedy odmówił prawa do repliki Peterowi Duesbergowi,

„faszystowską świnią”.

Typowe hasła gejowskich dysydentów wydrukowali na swoich ulotkach działacze ACT UP z Hollywood Rex Pointdexter, Rod Knoll, Robert Harrigan, Cirilo Juarez: „Nie rób sobie testu!”, „Lekarstwa przeciw AIDS to trucizna”, „AIDS to kłamstwo”, „Powstańcie! Walczcie z aidsowską propagandą!”.

Do najbardziej znanych dysydenckich aktywistów i publicystów gejowskich należą: Michael Petrelis, David Pasquarelli, Andrea Lindsay – redaktorzy wychodzącego w San Francisco gejowskiego czasopisma „Magnus” (Pasquarelli aresztowany za udział w jednej z akcji zmarł na „AIDS” po wyjściu z więzienia, gdzie spędził ponad dwa miesiące), Mark Gabrish Conlan – redaktor wychodzącego w San Diego gejowskiego miesięcznika „Zenger’s”, Michael Bellefontaine, Steven D. Keller, Shawn O’Hearn, Michael Callen (zmarły na „AIDS”), Bud Weiss, Fred Cline, Tony Leuzzi, Michael Ellner, Charles Ortleb, Cass Mann, Michael Verney-Elliot, Bob Findley, Ostrom Neenyah, Jody Wells, Hank Wilson, Buddy Weiss, Michael Urs Baumgartner, Alex Russel – wydawca undergroundowego zina „Death Camp” i przez pewien czas lider ruchu Geje przeciw Ludobójstwu (zwalczającego AZT i inne leki antywirusowe), Huw Christie (zmarły na „AIDS”) – redaktor gejowskiego pisma „Continuum” (Londyn), które odegrało niezwykle ważną rolę w całym nurcie opozycyjnym wobec paradygmatu „HIV = AIDS = Śmierć”, publikując na swoich łamach zasadnicze teksty analizujące naukowe, polityczne i społeczne aspekty HIV i AIDS. Bardzo znaczącymi postaciami wśród dysydentów są weterani „ruchu wyzwolenia gejów” John Lauritsen i Ian Young. Lauritsen w 1969 roku przyłączył się do Gay Liberation Front, redagował pisma gejowskie „Come Out!” i „New York Native” (największy niezależny tygodnik gejowski w USA), pisał w „Gay Books Bulletin”, „Gay Times”, „Civil Liberties Review”, „Journal of Homosexuality”, „Christopher Street”, napisał *The Early Homosexual Right Movement 1864-1965* (razem z Davidem Thorstadem, 1974), *Male Love: A Problem in Greek Ethics and Other Writings* (1983), oraz kilka książek i szereg artykułów ściśle związanych z tematyką AIDS (zob. Bibliografia). Poeta i psychohistoryk Ian Young wydał pierwszą antologię poetów gejów *The Male Muse* (1973), napisał *Common-or-Garden Gods* (1976), *The Male Homosexual in Literature* (1982), *Sex Magick* (1986), *The Stonewall Experiment: A gay psychohistory* (1995), oraz książki i artykuły związane z HIV i AIDS (zob. Bibliografia). Na koniec wymienimy zmarłego w 1994 poetę, psychohistoryka, psychiatrę, psychoanalityka, psychoterapeutę Caspera Schmidta. Był on najprawdopodobniej pierwszym człowiekiem na świecie, który podał w wątpliwość hipotezę, że to wirus powoduje AIDS, i wskazał na inne możliwe przyczyny tego zjawiska. Jego niezwykle, profetyczny tekst opublikowany na łamach „The Journal of Psychohistory” (lato 1984), napisany w dwa miesiące po słynnej konferencji prasowej pani minister Heckler i dra Roberta Gallo, zatytułowany *The Group-Phantasy Origins of AIDS* wywarł wielki wpływ na wszystkich dysydentów wywodzących się ze środowisk gejowskich.

Poniżej przytoczymy niektóre opinie i analizy autorstwa gejowskich dysydentów, z góry uprzedzając, że mogą one bulwersować, a niekiedy wręcz szokować, szczególnie polskiego odbiorcę, który nie miał jeszcze okazji zetknąć się z tego typu „ekstremalną” retoryką. Prezentujemy je tutaj jako świadectwo istnienia i działania najbardziej radykalnego pod względem politycznym nurtu wśród wszystkich środowisk kwestionujących paradygmat „HIV = AIDS = Śmierć”.

David Pasquarelli stwierdził, że obowiązująca teoria AIDS jest farsą i „pierdolonym, monstrialnym, manipulatorskim żartem”, który obraża inteligencję każdego człowieka, wielkim gównem, które należy splukać do klozetu wraz z całym dwudziestym wiekiem. Tylko cała nauka o AIDS przewyższa w lunatyzmie i deprawacji szaleństwo epidemiologii AIDS. Czekam z nadzieją, pisze Pasquarelli, na tę chwilę, kiedy ukarani zostaną tacy kryminaliści jak dyrektor Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych Anthony Fauci,

klown i herszt bandy gangsterów w jednej osobie. Walka z AIDS to marnotrawienie pieniędzy, czasu i ludzkiego życia. Kiedy wreszcie, pyta Pasquarelli, skończy się ta ciemna epoka aidsowskiej dezinformacji i mordy finansowanego z pieniędzy podatnika? W innym swoim artykule Pasquarelli pisał, że geje nie powinni naiwnie sądzić, iż pastor Jerry Falwell i inni fundamentaliści, którzy grzmią przeciw gejom, w czymkolwiek różnią się od lekarzy, naukowców i aktywistów AIDS Industry; kruczata chrześcijańskiej prawicy przeciw gejom i działalność badaczy oraz lekarzy zaangażowanych w AIDS to tylko dwie strony tego samego medalu, metody są inne, ale cele te same: gettoizacja, izolacja, a w końcu eksterminacja gejów. Pierwsi chcą tego dokonać w imię swojej spaczony wizji moralnej, drudzy w imię zwalczania fikcyjnego wirusa, który zagraża zdrowiu publicznemu. To, co się dzieje, to współczesny antygejowski pogrom, twierdzi Pasquarelli. AIDS Industry opiera swoją działalność na ignorancji społecznej w sprawach homoseksualizmu i na demonizacji gejowskiego seksu, piętnuje gejów jako źródło choroby i śmierci, aby zagrabić więcej szmalu. Zarówno klątwy rzucane na gejów przez prawicowych teleewangelistów, jak i działania AIDS Industry prowadzić mają do tych samych rezultatów: poprzez dehumanizujące gejów przesłanie nienawiści i nietolerancji zniszczyć gejowską kulturę, tożsamość i szacunek gejów do samych siebie, stworzyć klimat niezrozumienia, nienawiści i przemocy wobec gejów. Obecna teoria, że HIV powoduje AIDS, jest przejawem homofobii w najczystszy i najgorszym wydaniu. Geje muszą pojąć, że to, co nazywane jest „zdrowiem publicznym”, jest bronią używaną przeciwko nim, „zdrowie publiczne” nie chroni gejów, przeciwnie, uznaje ich za zagrożenie. Pod pretekstem zwalczania nieszkodliwego lub nieistniejącego wirusa, twierdzi Pasquarelli, prowadzi się niekończące się badania nad naszym zachowaniem, używa nas jako zwierząt doświadczalnych, deformuje nas fizycznie i torturuje trując powoli antywirusowymi lekami. My geje, uważa Pasquarelli, jesteśmy w trudnej sytuacji, nasi tak zwani liderzy mają doszczętnie wyprane mózgi, są całkowicie skorumpowani i pod wieloma względami są naszymi najgorszymi wrogami, nasza gejowska prasa głównego nurtu przekupiona przez korporacje farmaceutyczne całkowicie zatraciła zdolność krytycznego myślenia, zapomniała, co to jest dobre śledcze dziennikarstwo i pasiona forsa przez rządowe agencje powtarza te same antygejowskie slogany. Sponsorowana przez CDC wojna z HIV zniszczyła gejowską kulturę. Naszym celem, konkluduje Pasquarelli, jest położenie kresu oszustwu AIDS, odzyskanie godności i niezależności, powrót na drogę prawdziwego wyzwolenia gejów.

Michael Baumgartner uważa, że geje nie są zainfekowani, ale zindoktrynowani, i pozwalają na to, żeby z nich robiono ludzkie świnki i męczono w halach współczesnej medycyny. Geje to pionki, którymi posługują się wielcy gracze z korporacji farmaceutycznych i mafii, która zaopatruje ich w narkotyki. Nic dziwnego, że teza, iż jest związek pomiędzy „AIDS” (kryzysem zdrowotnym) a narkotykami, które w dużych ilościach konsumuje środowisko gejowskie, nie cieszy się popularnością wśród bossów zorganizowanej przestępczości. Szefowie narkotykowej mafii skłaniają się raczej ku naukowej tezie, że to wirus HIV powoduje AIDS, a nie narkotyki, którymi handlują. Baumgartner uważa, że dawni gejowscy radykałowie i idealisci lat 60. i 70. zeszłego wieku zostali wyeliminowani i zastąpieni przez „nowych gejów”, którzy zdradzili ideały ruchu, wykorzystali szansę, jaką stworzył im AIDS i przeszli na posady w agencjach, fundacjach i organizacjach. AIDS stał się trampoliną dla młodych, ambitnych gejowskich karierowiczów, którzy za trochę forsy zawsze gotowi są do zagrania odpowiedniej roli na jakiejś gównianej konferencji i w czasie innych akcji organizowanych przez „AIDS-biznes”. AIDS stał się pierwszą gejowską maszyną do robienia karier na tylko tej podstawie, że jest się gejem. Geje myślą, że są ważni, podczas gdy naprawdę wszystkim kręcą heterocy: heterocy kręcą biznesem rozrywkowym dla gejów i heterocy kręcą biznesem narkotykowym dla gejów. Na początku, kiedy „AIDS-biznes” dopiero powstawał, geje odegrali ważną rolę, ale w miarę upływu czasu im bardziej „AIDS-biznes” się rozkręcał, im większym szmałem zaczęto tam obracać, tym poważniejsi ludzie byli potrzebni do prowadzenia

tego interesu, dlatego „nowi geje” muszą się zadowalać ochłapami rzucanymi im przez bossów „AIDS-biznesu”.

Bob Findley zwracając się do gejów przekonuje ich, że HIV nie powoduje AIDS. a AIDS nie jest niczym innym jak medycznym konstruktem, dlatego nie ma sensu się go bać. Prawdziwe niebezpieczeństwo, które zagraża społeczności gejskiej, to oparcie swojej tożsamości i kultury na HIV/AIDS. Ten proces już ma miejsce i w społeczności gejskiej można obserwować paradoksalne zjawisko, że bycie „nosicielem HIV” nobilituje, utwierdza gejską tożsamość, a tym samym utrwała rozpowszechniony stereotyp gej = HIV = gej. Jest to zjawisko niezwykle destrukcyjne dla społeczności gejskiej, która pozwoliła, żeby eksperci, lekarze i naukowcy od AIDS narzucili jej taką autodefinicję. Findley uważa, że geje winni uświadomić sobie wreszcie, że cele, jakie chcą osiągnąć funkcjonariusze CDC, NIH, korporacje farmaceutyczne, w żadnym razie nie pokrywają się z interesami społeczności gejskiej. Findley uważa, że HIV/AIDS nie jest jedną z wielu medycznych pomyłek, ale świadomym oszustwem. Jesteśmy okłamywani metodycznie i celowo, pisze Findley, ta prawda jest trudna do zaakceptowania, bo nikt nie lubi przyznać, że dał z siebie zrobić durnia. Ze społeczności gejskiej wypompowano przez wiele lat miliony dolarów pod pretekstem, że przeznaczone są na zbożny cel, jakim jest zwalczanie AIDS, straszliwe lekarstwa i niszczące życie terapie zabijają gejów. Ci, ze smutkiem stwierdza Findley, których kochaliśmy i podziwialiśmy, umarli rzekomo zarażeni przez HIV, a w rzeczywistości zabiły ich toksyczne leki, które niby mają zabijać wirusa. Ludzie o naprawdę zniszczonym systemie odpornościowym umierają, bo realne przyczyny ich stanu nie są rozpoznawane i usuwane, wszak winien jest wirus. Geje muszą porzucić fikcyjnego wirusa, tylko to może ich uratować. Rzecz jasna, AIDS Industry boi się utraty HIV nie tylko dlatego, że menedżerowie firmy utraciliby wówczas swoją zbudowaną na oszustwie sławę i swoje fortuny, ale przede wszystkim dlatego, że boją się oni, iż kiedy upadnie mit HIV, uderzy w nich fala gniewu i furii tych, których życie zniszczyli. Oni dobrze wiedzą, że za wszelką cenę muszą utrzymać HIV przy życiu, i utrzymają tak długo, jak długo będą kontrolować badania, fundusze, media. Oni mają pieniądze i pozycję, aby lansować to, co chcą, niezależnie od tego, jaka jest prawda. Udało im się to, stwierdza Findley, ponieważ im na to pozwoliliśmy, teraz zadaniem gejów jest pozbawić ich tych pieniędzy i tej pozycji. Dla nich walka z wirusem, którego szkodliwości czy wręcz istnienia nikt nigdy nie udowodnił, to kopalnia złota, ale dla nas gejów jest marnowaniem naszych pieniędzy, naszego czasu, naszego życia. My geje będziemy nadal umierać nie dlatego, że zabija nas HIV, ale dlatego, że tyłu z nas wierzy w to, że „HIV = AIDS = Śmierć” Musimy zakończyć rzeź, jaka dokonywana jest na gejach, musimy wesprzeć opozycję, protestować, wyzwolić się od koszmaru HIV. Ludzie, nawołuje Findley gejów, otwórzcie swoje umysły, zobaczcie wreszcie, że odpowiedź na pytanie, czym naprawdę jest AIDS, została już dawno udzielona.

John Lauritsen, jeden z najważniejszych inspiratorów ruchu kwestionującego obowiązującą teorię AIDS, uważa, że epidemia AIDS to epidemia kłamstw, w wyniku której zmarły setki tysięcy ludzi i nadal niepotrzebnie umierają, miliardy dolarów wydrenowano, Służba Zdrowia Publicznego okryła się hańbą, a naukowcy po prostu się skurwili. Oficjalny paradygmat AIDS jest największym błędem w historii medycyny. To nie jest Wojna z AIDS, ale Wojna AIDS, której towarzyszą straszne cierpienia, utrata życia, propaganda, histeria, pogłoski, paskarze, którzy się na niej dorabiają, szpiegowanie, cenzura, zarówno autocenzura, jak i cenzura zewnętrzna, oraz ta mieszcząca się pomiędzy nimi, fabrykowanie „okropieństw wojennych”, irracjonalizm. Reporterzy i dziennikarze piszący o AIDS są korespondentami wojennymi, a jak pokazał Phillip Knightley w swojej książce *The First Casualty – From the Crimea to Vietnam: The War Correspondent as Hero, Propagandist and Myth Maker* (1975), korespondenci wojenni rzadko troszczą się o fakty, ba, chętnie współpracują przy fabrykowaniu

klamstw nazywanych niekiedy „czarną propagandą”. Kiedy się czyta reportaże z Wojny AIDS, przypominają się obserwacje George’a Orwella z wojny domowej w Hiszpanii. Autor *Folwarku zwierzęcego* czytał tam artykuły w gazetach, które nie miały absolutnie żadnego związku z faktami, nawet takiego związku, który istnieje w przypadku zwykłego kłamstwa. Wojnę AIDS toczy armia głupców, sprzedajnych i niesprzedajnych, głupców kanciarzy i głupców uczciwych. W establishmencie AIDS są tacy, którzy dobrze wiedzą, co robią i czerpią z tego profity. Gdyby na świecie była sprawiedliwość, to, pisze Lauritsen, tych kryminalistów od AIDS postawiono by przed sądem, skazano i oddano katu. Lauritsen uważa, że stosuje się wyrafinowane techniki psychologiczne mające skłonić gejów do tego, aby postrzegali samych siebie jako chorych, aby chorowali i zostawali konsumentami AZT czy innych leków antywirusowych. Dokonywana jest, alarmuje Lauritsen, zaaprobowana przez rząd eutanazja gejów. To jest tak jak z zaklęciami voodoo: tylko ten, kto wierzy w zaklęcie, umiera; tak samo gej, który wierzy w HIV i w AIDS, naprawdę umiera. Lauritsen uważa, że w obliczu „oszustwa AIDS” setki czy tysiące grup gejowskich w USA, gejowskie magazyny i gazety, rozgłoszenie radiowe, programy telewizyjne są tylko jedną wielką patiomkinowską wsią. Lauritsen stwierdza, że debata nad całym paradygmatem „HIV = AIDS = Śmierć” to okładanie batem martwego konia, cały ten absurd został, według niego, kompletnie obnażony już 20 lat temu. Wszystkie organizowane co dwa lata gigantyczne konferencje na temat AIDS, podczas których leją się miliony słów, nie służą naukowej debacie, krytycznemu myśleniu, weryfikacji idei, ale są środkami ordynarnej indoktrynacji. Lauritsen wyznał: „Naprawdę wierzę, że kiedy pewnego dnia wyjdzie na jaw, iż HIV i AZT były dwoma największymi błędami, oszustwami, szwindlami w całej historii medycyny, wówczas przyszli historycy będą badać dokumenty tych wszystkich konferencji na temat AIDS i z rozbawieniem kontemplować, do jakiego stopnia ludzie dobrej woli i skądinąd inteligentni są zdolni do samooszukiwania się”.

Psychoanalityk i psychohistoryk Casper Schmidt jako pierwszy już w 1984 roku wyraził wątpliwość, czy wirus powoduje AIDS, i wskazał na psychosocjalne tło kryzysu zdrowotnego gejów. Niestety, nie rozwinął on szerzej swoich idei, a zapowiadany przez niego obszerny tekst, mający być rozszerzeniem i uzupełnieniem artykułu *The Group-Phantasy Origins of AIDS* o aspekty medyczne AIDS, nie został napisany – zresztą wszystkie należące do Schmidta kartoteki pacjentów, manuskrypty, zapisy i notatki z badań znikły po jego śmierci (Schmidt zmarł oczywiście na „AIDS” wiosną 1994 roku – jeszcze jeden przykład lekarza, który nie potrafił sam siebie wyleczyć).

Według Schmidta, z punktu widzenia psychohistoryka starającego się dotrzeć do najgłębszych pokładów nieświadomych motywacji grup ludzkich, AIDS jest jednym z wielu przypadków epidemicznej histerii, która, tak samo jak wcześniejsze, organizuje się wokół fantazji o zatruciu. U podstaw AIDS leży nieświadoma grupowa iluzja, która jest grupową fantazją związaną z rytuałem kozła ofiarnego. AIDS pojawia się jako reakcja na procesy przemian obyczajowo-kulturalnych w USA i rozpatrywany być musi w kontekście zwrotu na prawo, jaki zaczyna się w drugiej połowie lat 70. ubiegłego wieku i doprowadza do przejęcia władzy przez Ronalda Reagana. Lata 60. i 70. to okres bardzo burzliwych zmian w etosie kulturalnym i psychologii społecznej w USA. Upowszechnienie środków antykoncepcyjnych, które przewyższają wszystko, co w tej dziedzinie było do tej pory dostępne, umożliwiło eksplozję „rekreacyjnego” seksu, czyli seksu oderwanego od prokreacji. Zaczyna formować się i aktywnie działać tzw. ruch wyzwolenia kobiet, który jest ściśle związany z wchodzeniem kobiet w różne dziedziny życia społecznego, politycznego i ekonomicznego, i z podważeniem tradycyjnego podziału ról na męskie i kobiece, co rodzi frustrację i lęk u części mężczyzn oraz szereg innych zjawisk „kryzysu płci”. I wreszcie tzw. ruch wyzwolenia homoseksualistów doprowadza do tego, że, nazywani teraz „gejami”,

homoseksualiści stają się widzialni i głośni, i stworzona zostaje „mniejszość gejowska”. Kolejnym czynnikiem jest upowszechnienie zarówno „miękkich”, jak i „twardych” narkotyków.

W drugiej połowie lat 70. zaczyna się reakcja na te procesy, w ramach której Moralna Większość i inne grupy chrześcijańskiej prawicy toczą kampanię propagandową przeciw gejom oskarżając ich o to, że są przyczyną zepsucia moralnego i rozkładu obyczajów (sygnał daje kampania Anity Bryant rozpoczęta w 1977 roku). Homoseksualiści mają odpowiadać za to, że „Ameryka zamieniła się w Sodomę i Gomorę”, rysuje się obraz bojowych kolumn homoseksualistów chcących podbić Amerykę i zniszczyć wszystko, co w niej dobre i święte, w kierunku gejom kierowane są oskarżenia i groźby. Rozpoczyna się polowanie na czarownice, w którym Moralna Większość i inne grupy prawicy działają jako myśliwi, a geje i narkomani jako zwierzyna. Analogie znajduje Schmidt w prohibicji, która była reakcją na rozluźnienie obyczajów po I wojnie światowej, i w maccartyzmie będącym reakcją na raport Kinseya (według Schmidta działania senatora McCarthy’ego i szefa FBI Hoovera dyktowane były ich silnie stłumionymi skłonnościami homoerotycznymi).

Na powierzchni życia społecznego odbywa się rytuał będący manifestacją turbulencji w głębokich pokładach amerykańskiej psyche, podświadome emocje, impulsy i pragnienia znajdują swoje ujście poprzez ich projekcję na dwie grupy najbardziej „oddane rozkoszom” – gejom i zażywającym narkotyki (pierwsza połowa lat 80. zeszłego stulecia to zaostojająca się Wojna z Narkotykami wypowiedziana przez Nancy Reagan). Występuje też kilka innych zjawisk istotnych jako kontekst dla AIDS, na przykład przypadająca na lata 1982-83 panika na temat genitalnej opryszczki (herpes) wywoływanej przez wirusa przenoszonego drogą płciową. Pod koniec 1982 roku herpes trafia na okładkę „Time’a”, gdzie znajdziemy komentarz, że wirus zakończy erę bezmyślnego promiskuityzmu. Przez następnych kilka miesięcy prasa amerykańska i telewizja opowiada rozmaite historie o ludziach chorych na herpes. Na swojej okładce „Reader Digest” pytał „Czy herpes przywróci moralność w Ameryce?” i postulował nową etykę seksualną. W tych latach miał też miejsce w USA „Wielki Reaganowski Alert Trucizniany”: prasa i telewizja siały panikę na temat rozmaitych trucizn i zatruc – trucizny krążyły w „amerykańskim ciele politycznym”.

Ważne były też pewne obsesje nowego przywódcy Ameryki. Kolega Schmidta psychohistoryk Lloyd de Mause zwrócił uwagę na to, że w przemówieniach prezydenta Reagana pojawiała się dość często metaforyka związana z „wirusem”, „trucizną”, „chorobą”, zaś jeden z jego biografów zauważył, że najlepsze filmowe role Ronalda Reagana to role chorych.

Pierwsza połowa lat 80. zeszłego stulecia jest w Ameryce poniekąd spełnieniem obaw pułkownika Jacka Rippera z filmu Stanleya Kubricka *Dr Strangelove* (1964), który przestrzegał przed komunistami-zboczeńcami zatruwającymi nasze „drogocenne cieleśne płyny”. Już w 1950 roku szef FBI John Edgar Hoover napisał gościnnie editorial w „Journal of American Medical Association”, w którym stwierdził, że „bakterie obcej ideologii – komunizmu, próbują zaszkodzić krwiobiegowi amerykańskiego życia”. W przypadku AIDS, wirusa zatruwającego „drogocenne cieleśne płyny” Amerykanów roznoszą geje, których w latach 50. i 60. ubiegłego wieku prawica oskarżała o to, że są „piątą kolumną” Moskwy.

Na przełomie lat 70. i 80. zeszłego wieku geje czują się coraz bardziej zagrożeni przez Nową Prawicę i stają się jej masochistycznym partnerem w rytuale kozła ofiarnego. Nowa Prawica wchodzi w rolę „Superego”, które reprezentuje rygoryzm moralny i restrykcje nałożone na promiskuityzm i ekscesy seksualne poprzednich dekad, uosabiane przez gejom. Jest ona sadystycznym partnerem rytuału, reszta społeczeństwa obserwuje rytuał odgrywany przez obie te „skrajne” grupy. Geje w większości poddają się rytuałowi i zaczynają nosić różowe

trójkąty podobne do tych, które musieli nosić homoseksualiści w obozach koncentracyjnych. Te trójkąty sygnalizują wszystkim: „jesteśmy gotowi na to, żeby złożono nas w ofierze”. Wybucho wśród nich epidemia depresji, która ma swoje źródło w wywołanym przez Nową Prawicę poczuciu wstydu i winy. Dodatkowo, ich furia i gniew przeciw atakującym skierowane są głównie do wewnątrz, co działa autodestrukcyjnie zarówno na ich psyche, jak i ciało.

Poczucie winy i wstydu istnieje również w szerszych kręgach społecznych i rozładowywane jest poprzez jego projekcję na kozła ofiarnego, w którego osobie tłumione i karane są pragnienia większości społeczeństwa odczuwającej niedozwoloną skłonność do „rozkoszy” i w pewnym zakresie korzystającej z premisywizmu i rozluźnienia rygorów obyczajowych. W osobach gejów, którzy reprezentują „Id”, „Superego”, (Moralna Większość) potępia i karze całe społeczeństwo, czyli te jego pożądaniami i impulsy, które powinny zostać stłumione. Epidemia jest rozwiązaniem rozdzierających grupową podświadomość konfliktów, rytuał kozła ofiarnego ma przywrócić zachwianą moralną równowagę, nałożyć restrykcje na wyzwolone przez „rewolucję seksualną” popędy („Time” z 9 kwietnia 1982: *The Revolution is Over*, „Newsweek” z 8 sierpnia 1983: *AIDS may mean: the party is over*).

W grupowej fantazji AIDS powodowany jest przez promiskuityzm lub nadużywanie narkotyków (fantazja o moralnej deprawacji i zepsuciu), wirus ulokowany jest w krwi (fantazja o zatrutej krwi) i w cielesnych wydzielinach, głównie w spermie (fantazja o zatrutej spermie). Triada promiskuityzm, zatruta krew i zatruta sperma występowała w przeszłości przy wyjaśnianiu przyczyn trądu (trędowaci jako kozły ofiarne). W przypadku AIDS zostaje ona przełożona na język naukowej medycyny. Naukowy dyskurs, uważa Schmidt, przeniknięty jest tymi fantazjami, wywierają one wpływ także na umysły naukowców, co powoduje, że błędnie interpretują oni dowody, a niekiedy są one wręcz produktem „naukowych halucynacji”. Cała zresztą grupowa psychologia Ameryki ulega w przypadku AIDS regresji do stanu swoistego transu, czego świadectwem jest rezygnacja z logicznych wyjaśnień zjawiska, obecna również w literaturze medycznej.

AIDS, zdaniem Schmidta, winien być interpretowany jako fenomen biologiczno-psychiczno-społeczny. W tym zakresie, w jakim jest epidemiczną histerią, zamaskowaną głęboką depresją gejów, AIDS jest rzeczywiście upośledzeniem odporności – upośledzenie nie jest skutkiem wirusowej infekcji, ale somatycznym objawem tej depresji (Schmidt zauważa, że każda choroba, dla której nie potrafi się znaleźć właściwego wyjaśnienia, przypisywana jest dzisiaj wirusom). Geje umierają naprawdę na AIDS, rytuał kozła ofiarnego dokonuje się nie tylko na płaszczyźnie symboliczno-psychologicznej, ale realnej. Każdy, kto kwestionuje prawdę o wirusie, przewidywał trafnie w 1984 roku Schmidt, będzie uważany za zagrożenie dla grupowej solidarności i spotka się z oporem i nienawiścią.

W listopadzie 1992 roku Schmidt udzielił wywiadu Ianowi Youngowi, w którym nawiązał do swoich tez zawartych w artykule z 1984 roku. Jego zdaniem, badania Petera Duesberga potwierdziły fakt, że wirus HIV nie ma żadnego znaczenia dla AIDS. Jeśli epidemia ograniczona jest de facto do pewnych socjokulturowych grup (tzw. grup wysokiego ryzyka), czyli gejów, narkomanów i hemofilików, to jest ona spowodowana właśnie czynnikami socjokulturowymi i psychologicznymi, a nie wirusem. Jako psychoterapeuta leczący gejów Schmidt wielokrotnie stwierdzał u swoich pacjentów problemy z tożsamością seksualną i z samooceną: raz są oni z siebie dumni, innym razem gardzą sobą. Geje nawiedzani są przez myśli samobójcze, ukrywają i maskują swoje uczucia, kierują swoje agresywne emocje przeciw samym sobie, nęka ich poczucie winy, pełni są wewnętrznych napięć, zablokowanych emocji, żyją w ciągłym lęku, w stresie wynikającym z poczucia bezsilności. Te wszystkie psychiczne procesy tłumione są w ciele i „somatyzowane”, co jest przyczyną zmian biofizycznych.

Dotyczy to również narkomanów, a także hemofilików, którzy od dziecka poddani są ostremu reżimowi zachowania blokującemu wszelkie manifestacje agresywności. Podniesienie poziomu adrenaliny, endomorfiny, kortyzolu, obniżenie poziomu DHEAES, obniżenie poziomu komórek T – wszystkie te zjawiska, zdaniem Schmidta, występują u ludzi należących do trzech „grup wysokiego ryzyka” i mają związek z upośledzeniem odporności, które nie ma nic wspólnego z wirusem.

Pytany o gejów „składanych w ofierze” w rytuale kozła ofiarnego, Schmidt odpowiada, że geje jako grupa weszli do głównego nurtu życia społecznego i politycznego, dlatego muszą znaleźć sobie miejsce w psychologii grupowej szerokich kręgów społecznych. Ale taka akceptacja nie jest możliwa bez kosztów, musi ona pochłonać ofiary. Kryzys AIDS jest, zdaniem Schmidta, elementem procesu asymilacji gejów do życia politycznego i kulturalnego kraju jako całości. Po okresie ponoszenia ofiar geje zostaną zasymilowani i wrogość wobec nich będzie zanikać.

Według Schmidta epidemia AIDS jako epidemia historyczna powinna osiągnąć szczyt w 1988 roku i zaniknąć do 1996-97 roku. Ale tak się nie stanie, gdyż CDC zmieniło definicję AIDS. Nowa definicja przedłuża dawne AIDS, które wykazuje spadek od 1988 roku. CDC postąpiło tak dlatego, uważa Schmidt, aby móc dalej straszyć ludzi i aby nie zakończyło się składanie ofiar. Schmidt przypomina, że Aztecy układali z czaszek ofiar piramidy w taki sposób, że można je było z pewnego miejsca policzyć, wyobrażali sobie bowiem, iż bogowie liczą czaszki aż do chwili, kiedy uznają, że jest ich wystarczająca liczba i czas zakończyć składanie ofiar. Podobnie jest z tzw. *Quiltem*, gigantycznym płóciennym dywanem z kolorowych chust (*quilt*), które symbolizują zmarłych na AIDS – te chusty są ekwiwalentem azteckich czaszek. Wędrujący po Ameryce *Quilt*, rozpościerany jest horyzontalnie, tak aby bogowie mogli zobaczyć, czy już wystarczająca liczba ludzi została złożona w ofierze, bogowie mają dać znak: „Dość ofiar!”.

Ian Young pisze, że test na wykrycie przeciwciał HIV stał się najważniejszym rytuałem w życiu gejów, a hipnotyczna siła testu wzmacniana jest przez odgórną aprobatę władzy. Wynik „pozytywny” staje się pozytywny, choć jest dla testowanego negatywny, wynik „negatywny” staje się negatywny, choć jest dla niego pozytywny. Wirus HIV to demon czczony przez wielu gejów z nabożnym lękiem. Ceremonia testu jest skrajnie zrytualizowana, wymaga odwiedzin w sakralnym, przejmującym drżeniem miejscu – „punkcie testowania”, ceremonia zawiera element krwawej ofiary (pobieranie krwi), niektórzy inicjowani mdleją, odczytywane są święte teksty o AIDS, obecni są kapłani (lekarze, psychiatry, doradcy, „AIDS-workerzy”). Potem przychodzi czas próby – pełne drżenia oczekiwanie na wynik testu. Jeśli wynik jest „pozytywny”, następuje przyjęcie do „wspólnoty pozytywnych”, zyskuje się uwagę i zainteresowanie ze strony innych, odnosi rozmaite korzyści emocjonalne i materialne. „Nigdy nie myślałem, że jestem tak kochany aż do momentu, kiedy zachorowałem na AIDS” – to standardowy tekst „nowopozytywnego” geja. Jeśli test wypadł „negatywnie”, to znaczy negatywnie, należy go powtarzać tak długo, aż w końcu będzie „pozytywny”, czyli pozytywny – typowy przejaw przymusu powtarzania rytuału. Jest niezwykle prawdopodobne, uważa Young, że testy reagują po prostu na kombinacje białek obecnych we krwi w różnych warunkach, zaś demon, którego taką zabobonną czcią otaczają geje, jest laboratoryjnym konstruktem, wyłącznie odbiciem naszej ignorancji. Nie byłby to pierwszy taki przypadek, gdyby początkowa medyczna hipoteza, utrzymywana uparcie jako niepodważalny dogmat, okazała się błędna. Kiedy już test wypadnie pozytywnie, czyli „pozytywnie”, następuje terapia AIDS będąca swego rodzaju socjalnym sakramentem. Young interpretuje tzw. koktaile przeciw HIV, czyli mieszaninę różnych leków mającą skuteczniej zabijać wirusa jako „cock+tail”, co oznacza też akt seksualny, w tym sensie antywirusowe koktajle (czyli mieszanka starych toksycznych leków i nowych, równie bezużytecznych i szkodliwych) zastępują akt

seksualny, gdyż wielu mężczyzn biorących „koktajl” popada w impotencję. Terapia antywirusowa jest skrajnie zrytualizowaną terapią, zawiera ewidentne sakramentalne komponenty, „koktajl” staje się eliksirem, św. Graalem, drogą do odrodzenia.

Young uważa, że geje wpisali się w dominującą dziś „kulturę ofiar” i są naprawdę ofiarami, ale innymi ofiarami niż sami sobie wyobrażają: są ofiarami psychobiochemicznego ataku dokonującego się pod maską współczującego liberalizmu, ataku nie wynikającego ze świadomej intencji, ale będącego rezultatem polityki opartej na pewnych nieuświadomianych ideach.

Nadszedł czas, pisze w innym swoim tekście Young, żeby wreszcie uznać, iż organizacje gejowskie zajmujące się AIDS działają jako agenci rządu i rajfurzy korporacji farmaceutycznych. Dostajemy, uważa Young, medyczny dogmat zamiast nauki, propagandę zamiast informacji, jakieś oderwane strzępy zamiast rzetelnej analizy. Young apeluje, żeby geje stali się sceptyczni, tak jak byli sceptyczni wówczas, kiedy to medyczny establishment utrzymywał, że są mentalnie zaburzeni lub psychotyczni i w związku z tym należy im prac mózgi, poddawać elektrowstrząsom i lobotomii. Geje nie powinni dać się sprowadzić do roli tanich świnek doświadczalnych. Nasze pieniądze, stwierdza Young, powinny być dla naszej społeczności, dla rozwiązywania naszych problemów, wydawanie ich na „zwalczanie AIDS” jest pozbawione jakiegokolwiek sensu. Niemiecki lider gejowski Kurt Hiller ukuł slogan „Wyzwolenie homoseksualistów może być tylko dziełem samych homoseksualistów”, nie widzimy już dziś tego hasła, ale w obliczu panowania dogmatów „AIDS” jest ono bardziej prawdziwe niż kiedykolwiek. Wprawdzie, konstatuje Young, establishment AIDS broni zaciekle ruin swojej teorii, ale prędzej czy później ktoś te ruiny wyburzy do końca i posprząta.

Alex Russell (syn reżysera filmowego Kena Russella) ubolewa nad tym, że codziennie milionom ludzi wpycha się łyżeczką papkę o AIDS. Większość z tego, co napisano na temat HIV/AIDS to zmistyfikowana pseudo-science fiction albo odpowiednik archaicznej alchemii, wszystkie artykuły w prasie i książki na temat HIV/AIDS to słodko-cuchnąca mikstura sacharyny i gówna, wiara w HIV to zinternalizowana paranoja, taka sama jak ta, kiedy ktoś wyobraża sobie, że na jego ciało dokonano „inwazji”. AIDS to mentalna, a nie wirusowa infekcja, rodzaj kondomu naciągniętego na mózg. Naiwnym pokazuje się sfabrykowane fotografie wirusa, które mają taką samą wartość co zdjęcia potwora z Loch Ness, szalbiercza „nauka” o HIV jest destruktywna dla wszystkich form życia, farmaceutyczno-naukowo-medyczny kartel ponosi odpowiedzialność za łamanie praw człowieka na całym świecie, HIV i AIDS to socjopolityczne konstrukty stworzone po to, żeby móc kontrolować pewne sektory globalnej wspólnoty, wykreowana epidemia AIDS zagrażająca rzekomo rodzajowi ludzkiemu daje wreszcie pozbawionym serca i uczuć eksperymentatorom wyśmienitą okazję, żeby mogli zaprezentować się jako zbawcy ludzkości, drobnomieszczkańscy mordercy ubrani w szaty cnoty obsługują maszynę zbrodni, selekcionują ludzi na „seropozytywnych” i „seronegatywnych”. Nigdy nie będzie szczepionki przeciw HIV, bo HIV nie istnieje, tymczasem poszukuje się szczepionki przeciw wirusowi-fantomowi, eksperymentując na ludziach i zwierzętach. Wypróbowuje się różne chemioterapie na gejach, którzy nie mają dzieci, a więc nic się nie wyda. Russell błaga swoich braci gejų, żeby nie brali udziału w żadnych eksperymentach medycznych związanych z AIDS, które mają na celu znalezienie szczepionki czy stworzenie nowych leków. Prawdziwą funkcją leków antywirusowych jest, zdaniem Russella, obrona teorii, że to HIV wywołuje AIDS i zabija. Ponieważ wirus nie wywołuje AIDS i nikogo nie zabija, bo jest tylko semantyczną fikcją, zatem nie czyni tego, co powinien czynić według teorii. Dlatego to, co miał uczynić wirus, zostaje osiągnięte za pomocą toksycznych leków typu AZT, które podaje się rzekomo po to, żeby zabiły (nieistniejącego) wirusa. Toksyczne leki żadnego wirusa nie zabijają, bo nie mają czego zabijać, ale wywołują objawy AIDS i powodują śmierć. W ten sposób

początkowe założenie teorii zostaje, w nieco przewrotny sposób, uratowane i słuszność teorii potwierdzona empirycznie. Russell przypomina obserwację niemieckiego lekarza Heinricha Kremera, który zauważył, że 60% przypadków AIDS w 80-milionowej populacji Niemców odnotowuje się w sześciu miastach, które mają wielkie uniwersyteckie kliniki. Czy na pewno jest to czysto przypadkowa korelacja?

Russell opisuje kiczowatą „AIDS art”, będącą w rzeczywistości prymitywną propagandą, która odwołuje się do najniższego wspólnego mianownika: popularnego „złego smaku”, wszystko jedno, czy chodzi tu o reklamę Benettona czy masturbatorski film Dereka Jarmana *Błękit*. W zaidyzowanej kiczowatej kulturze panuje skrajny emocjonalizm i wulgarny sensacjonalizm, Liz Taylor szlocha nad dziewczynką chorą na AIDS, Liza Minelli śpiewa odpowiednią piosenkę, Andy Garcia, Whoopi Goldberg, księżniczka Diana, Miss Ameryki, Barbara Walters, Elton John fotografują się z chorymi i mają jeszcze jedną reklamową fotografię do swojej kolekcji.

Russell atakuje przemysł kulturalny oparty na HIV/AIDS, którego odbiorcami są geje, odsłania mechanizmy reklamy, marketingu, kupna i sprzedaży symbolicznych potrzeb i dóbr. HIV/AIDS jest jeszcze jednym towarem włączonym w normalne tryby kapitalistycznej gospodarki i podlegającym prawom produkcji i konsumpcji. Wielu gejów poddaje się symbolicznej władzy HIV/AIDS, która tworzy im nową tożsamość i zaspokaja ich narcyzm, nie są oni już homoseksualistami, ale homohiwowcami, homoaidowcami, dlatego właśnie, pisze Russell, wielu z nich reaguje bardzo emocjonalnie, z tak wielką niechęcią, kiedy mówi się im, że HIV jest błędem, abstrakcją, pustką, niczym. To tak, jakby ktoś im mówił, że oni sami są błędem, abstrakcją, pustką, niczym. Jeśli HIV nie istnieje, to i oni nie istnieją. Russell demaskuje gejowskich liderów, redaktorów gejowskich czasopism i aktywistów, wszystkie te osobistości sponsorowane przez państwo i koncerny farmaceutyczne, którym HIV otworzył drogę do lukratywnych karier. To nie geje, ale koncerny farmaceutyczne, uważa Russell, sprawują dziś symboliczną i ekonomiczną kontrolę nad kulturą gejowską.

Russell, odwołując się do teorii Gramsciego, stara się opisać hegemonię ideologii HIV, która jest „ekspansywną hegemonią”. Nauka to nie tylko teoria, ale także polityka i „praxis”, czyli zbiór materialnych praktyk i warunków, związanych z politycznymi ideologiami. Hegemoniczna zasada nie zwycięża poprzez swój „wewnętrzny logiczny charakter”, ale poprzez to, że staje się „ludową religią”. Reżim HIV jako klasa-hegemon wytwarza ideologiczny konsensus poprzez sojusz makro- i mikrogrup: koncernów farmaceutycznych, rządowych agend i instytucji ds. zdrowia, tzw. wspólnoty uczonych, „wspólnoty seropozytywnych”, „wspólnoty hemofilików”. Powstają rozmaite „networki”, po których krąży i w których jest reprodukowana dominująca ideologia. Paradygmat „HIV” jest ideologicznym cementem, utrzymuje on swoją hegemonistyczną pozycję dzięki tym „networkom”, które ją akceptują i propagują. Ideologia HIV wykuwana i upowszechniana jest przez „państwowe aparaty ideologiczne” (Louis Althusser), jako użyteczny politycznie paradygmat utrzymuje ona swoją hegemonię poprzez wytworzenie konsensusu via media, pisma naukowe, uniwersytety, ośrodki medyczne, instytucje edukacyjne, czasopisma naukowe etc.

Według Russella „HIV” operuje na trzech płaszczyznach: na płaszczyźnie metafizycznej jako „demon”, psychologicznej – jako wyfantazjowany obiekt pożądania, biochemicznej – jako amorficzna konstelacja nie-wirusowego materiału i nieswoistych białek. Szczególnie, jeśli chodzi o gejów, to mamy do czynienia z demonologią przebraną w kostium wirtualnej wirusologii, lekarze od „HIV” to czarownicy, którzy rzucają „złe spojrzenie” na przekłętą-zdiagnozowanego, co może równać się wyrokowi śmierci. Inkwizytorzy wierzyli w sabaty czarownic, tak samo jak badacze „HIV” ślepo wierzą, że „HIV” to śmiertelny wirus-demon, którego należy wypędzić za pomocą leków antywirusowych typu AZT. Testy, liczenie komórek itp. to „wyrafinowana” forma postępowania z opętaniem przez wirusa-demon. Średniowieczni inkwizytorzy wierzyli, że niszczyć ciało

ocalają duszę, współcześni lekarze chcą wytepić wirusa, nawet jeśli efektem uśmiercania wirusa miałyby być uśmiercenie pacjenta, ba, śmierć pacjenta jest ostatecznym dowodem na to, że demon „HIV” został wyegzorcyzmowany. Opętanie, krew, śmierć i seks – to łączy średniowieczną demonologię ze współczesną quasi-wirusologią. Tak samo jak wielu ludzi wierzyło, że Czarna Śmierć została wywołana przez czarownice, tak samo w latach 80. ubiegłego wieku „AIDS” uznany został przez wielu ludzi za „gejowską zarazę”. Geje znajdują się w paradoksalnej sytuacji: myślą i działają zgodnie z homofobicznymi fantazjami heteroseksualnych wirusologów i epidemiologów, którzy sprokurowali globalną panikę – pandemię opartą na ich własnej seksualnej fantazji o tym, że AIDS jest zarazą przenoszoną drogą płciową. Naturalnym sukcesorem Naczelnego Łowcy Czarownic w XVII-wiecznej Anglii Matthew Hopkinsa jest Naczelnny Łowca Wirusów Robert Gallo, który opisał „AIDS” jako tygiel, w którym immunologia przejdzie swój chrzest ogniowy. Przypominający mafiosa Naczelnny Łowca Gallo wysunął śmiałą hipotezę, że geje i narkomani są genetycznie predysponowani do wywoływania mutacji „HIV”. Komentując tę hipotezę, jego dawny kolega Peter Duesberg zauważył, że zgodnie z nią większość amerykańskich gejów i narkomanów to mutanci.

Opętanie przez demony było w przeszłości zawsze zrównywane z „demoniczną” aktywnością seksualną. Podobnie jest z diagnozowaniem infekcji „HIV”. Jeśli ktoś jest opętany przez demona „HIV”, jedyną drogą do zbawienia jest dlań przyznanie się do kontaktu z demonem, skrucha i ekspiacja. Umysł średniowieczny obsesyjnie zajmował się kwestią, ile diabłów może tańczyć na czubku szpilki, umysł współczesny ma obsesję na punkcie tego, ile cząsteczek wirusa-demonia mieści się w kropli krwi: wirtualna wirusologia zajmuje miejsce teologii. Oskarżeni stojący przed trybunałem inkwizycyjnym fabrykowali mitomańskie historie, żeby zadowolić przesłuchujących, obecnie „seropozytywni” przyznają się przed lekarzami i konsultantami do fantastycznych historii o okolicznościach opętania ich przez demona. Żeby spełnić oczekiwania hivowskich inkwizytorów, potrafią nawet precyzyjnie określić moment, kiedy zostali opętani przez diabolicznego „HIV” – na przykład: tej i tej nocy, kiedy pękła prezerwatywa, tego i tego dnia, kiedy nastąpiło zetknięcie ze „złą krwią” itp. Taka precyzja bardzo cieszy inkwizytorów. Granie roli opętanego ma potężny psychologiczny wpływ na zdiagnozowanego „pozytywnie”. Kiedy psyche „seropozytywnego” zostanie zaprogramowana do odgrywania pewnej zdefiniowanej roli, jego ciało może na zasadzie „naśladownictwa” naprawdę wykazywać symptomy, które należą do tej roli. Już Jacques Lacan wskazywał na to, że nagła, radykalna zmiana w psychologicznej percepcji samego siebie może wywołać specyficzne zmiany biochemiczne i reakcje w systemie immunologicznym. „Pozytywny” wynik testu może wzbudzić podświadome pożądanie „aidsyzacji”, które jest tak powszechne wśród gejów o skłonnościach masochistycznych, predysponowanych do poddania się freudowskiemu „popędowi śmierci”. „Pozytywny” wynik testu staje się katalizatorem aktywującym to, co stłumione, zapłonem dla psychosomatycznej choroby, która jest potem intensyfikowana poprzez terapię toksycznymi „lekami antywirusowymi”. Kiedy dawni inkwizytorzy badali okoliczności, w jakich oskarżony po raz pierwszy spotkał Diabła, to ich dociekliwość kierowała się zawsze ku seksualnemu aspektowi tego spotkania. Opowieści o seksualnej aktywności zawarte w najbardziej niesamowitych i sensacyjnych zeznaniach rozwijały się zwykle ku fantasmagorycznym opisom orgiastycznego seksu. Tak jak inkwizytor sondował duszę, aby wypędzić demona, tak dzisiaj lekarze i konsultanci mający obsesję na punkcie seksu analnego penetrują (realnie lub symbolicznie) odbyt jako sferę diabolicznej infekcji (proktologia zastosowana do demonologii), i rzucają anatemę na seks analny. Ta podglądacka obsesja na punkcie seksualnej diaboliczności czyni ich ślepych na realne symptomy u pacjenta lub na ich brak. Demencja i choroba psychiczna były chętnie interpretowane przez inkwizytorów jako opętanie przez demona, co ciekawe, u pacjentów chorych na „AIDS” także występuje demencja, którą zabobonnie i błędnie przypisuje się wirusowi. Opętanie przez demona rozpoznawano na

podstawie zewnętrznych oznak neurofizjologicznych i psychologicznych takich jak bezsenność, manie, bóle brzucha, demencja, gorączka, zmiany rysów twarzy, autoagresja aż po samobójstwo. Cóż za koincydencja! takie same symptomy (i na końcu śmierć) powoduje służący do wypędzenia demona-wirusa lek AZT! Za oznaki opętania uważano także histerię, podniecenie, konwulsje, wrzaski, szczękościsk. W dzisiejszych czasach te oznaki można zaobserwować u wyznawców „HIV”, dokładnie takie są ich reakcje, kiedy stykają się heretykami nie uznającymi ich dogmatów, są to symptomy „histerii HIV”, na którą cierpi wielu lekarzy, doradców, aktywistów.

Żadne przyznanie się do winy przed inkwizycyjnym trybunałem nie było pełne, jeśli nie zawierało nazwisk innych uczestników sabatu, w ten sposób maszyna inkwizycji mogła rozszerzać swoje śledztwo, co dawało jej gwarancję dalszego funkcjonowania. Podobnie dziś, doktorzy od „HIV” chcą znać dokładnie drogę przenoszenia się wirusa, a zatem muszą poznać kontakty seksualne „opętanego”, prześledzić okoliczności, w jakich do nich dochodziło, ustalić tożsamość tych, którzy zainfekowali demonem opętanego pacjenta i tych, których on zainfekował, jest to dokładny odpowiednik nacisku wywieranego na czarownicę, aby zadenuncjowała innych uczestników tajemnych zgromadzeń. Analizując techniki stosowane przez lekarzy i psychologów wobec opętania przez wirusa-demonia, łatwo zauważyć, że pokrywają się one z tymi stosowanymi podczas procesów czarownic: ustalenie faktu opętania = pozytywny wynik testu na obecność przeciwciał HIV; przyznanie się do uprawiania seksu z Diabłem = przyznanie się do uprawiania seksu analnego bez prezerwatywy; identyfikacja innych uczestników sabatu = ustalenie łańcucha osób przenoszących „HIV”; reedukacja lub odpokutowanie czynu = praktykowanie „bezpiecznego seksu” przez resztę życia; postępowanie na drodze ku życiu w harmonii = „życie z HIV”; ostateczne wyznanie: „podpisałam własną krew pakt z Diabłem” = „praktykowałam niebezpieczny seks, w którym krew lub sperma miesza się z krwią”; rytualna ofiara prześlągalna, auto-da-fé = jatrogeniczna śmierć w wyniku przyjmowania leków antywirusowych.

Geje, którzy nie są w stanie rozerwać uścisku, który dławi ich psyche, ulegają zastosowanym wobec nich psychotechnikom i zostają zindoktrynowani do tego stopnia, że wierzą, iż są opętani przez demona (noszą w sobie „HIV”). Geje, którzy nie potrafią przezwyciężyć tego stanu umysłu, sami pozwalają na to, żeby ich rytualnie stracono. Doktorzy od „HIV” wzmacniają wirtualną chorobę u pacjentów poprzez hipnozę voodoo i w końcu dokonują egzekucji za pomocą „antywirusowych” leków. Każdy gej, który chce ocalić życie, powinien unikać ich jak zarazy. Tego niestety nie uczynili Derek Jarman, Rudolf Nurejew, Freddie Mercury i tulu, tulu innych, dlatego zmarli po rzuceniu na nich przekleństwa voodoo przez „Inkwizytorów HIV” – psychologów, lekarzy, dziennikarzy. Ci zaczarowani, „seropozytywni” męczennicy umierają dla wiary w „HIV”, bo stali się bezwolnymi niewolnikami „Kleru HIV”. Gotowość wielu gejów do wejścia w stan „Niewolnictwa HIV” wynika z lęku, poczucia winy i z ignorancji sprzężonej z pragnieniem, aby być członkiem „Ruchu”, współwyznawcą doktryny wiary. Akceptacja statusu „seropozytywnego” jest znakiem psychotycznej regresji, uległości i pasywności. Namiętna pasja służenia „Sprawie HIV” oznacza rozpląnięcie się w „pierwotnej hordzie HIV”, rezygnację ze zdolności do krytycznego myślenia i wejście w stan czysto wegetatywnej egzystencji. Być może lacanowska lub freudowska psychoanaliza pomogłaby tym pogrążonym w grupowym transie ludziom odzyskać zdolność krytycznego myślenia i powrócić do statusu autonomicznej jednostki.

W innym swoim tekście Russell, wychodząc od idei Michela Foucaulta, pisze, że wiedza o tym, iż HIV nie istnieje, nie poprzedza *episteme* panującej w reżimie „HIV”, ale jest jej produktem. *Episteme* jest warunkiem możliwości dyskursu w określonej epoce, jest danym a priori zbiorem reguł, które pozwalają dyskursowi funkcjonować, pozwalają wypowiadać rzeczy i tematy w jednym czasie, a nie pozwalają w innym. Należy

podważyć ten zespół reguł, które konstytuują i legitymizują *episteme* „HIV”, odsłonić metafizyczną retorykę panującego dyskursu. *Episteme* „HIV” jako „wola metafizyki” jest tym, co Heidegger nazwał „zapytywaniem o nicłość”, reżim „HIV” jako „Wola Mocy” jest przejawem działania sił reaktywnych opisywanych przez Nietzschego, wyrazem mentalności trzody i niewolników, wolą anihilacji, wolą nicości. Metafizyczny tekst teorii „HIV/AIDS” musi podlegać derridiańskiej dekonstrukcji, należy pokazać, że jego centralne tematy mające oznaczać „realne” byty i esencje są sztucznymi produktami, syntetycznymi konstruktami, które niczego nie znaczą. Metafizyczny, fantastyczny, amorficzny, mgławicowy język *episteme* „HIV” sieje ziarna swojej własnej destrukcji. Dekonstruktivistyczny krytycyzm rozkłada na części skrót „HIV”, wykazuje, że „HIV” nie jest żadną samoistną molekularną całością, ale komórkowym gruzem, nieswoistym materiałem białkowym, z którego skonstruowano za pomocą „naukowych procedur” fikcyjny byt i nazwano go, nie jest to niczym nadzwyczajnym, wystarczy przypomnieć sobie, co Nietzsche pisał w *Z genealogii moralności* o władzy nadawania nazw i przypisywania znaczeń przedmiotom, jaką dysponują potężni.

Czasopisma naukowe „Nature”, „Science”, „New England Journal of Medicine”, „British Medical Journal”, „Lancet” i inne bezkrytycznie aprobuja, lansują i legitymizują *episteme* „HIV”, są niekończącymi się liniami produkcyjnymi, bezustannie wytwarzającymi „dyskurs HIV”. Nie idzie tu o zewnętrzną kontrolę nauki przez władzę, ale o to, jak efekty władzy cyrkulują pośród „naukowych twierdzeń”, wewnątrz reżimu władzy (polityka/zysk/prestiz). Każdy opór, pisze Russell, zawarty jest immanentnie w stosunkach władzy, dysydenci tworzą symboliczne bloki mikro władzy, ustanawiają „wielość mikrorelacji” (Foucault), które stawiają opór sile emanującej z *episteme* reżimu „HIV”. Dysydenci praktykują to, co Foucault nazywał „parezją” – mówienie kontrprawy, uprawianie polityki prawdy, ale w konfliktowym kontekście, w obliczu niebezpieczeństwa.

Ponieważ „HIV”, uważa Russell, nie istnieje, retrowirusolodzy tym bardziej go potrzebują dla podtrzymania własnej egzystencji. Aby mogli przetrwać, „HIV” musi istnieć. HIV, SIV, FIV, MIV to artefakty retrowirusowej *episteme*. Możemy zapytać, jak to się stało, że dopiero wówczas, kiedy hipotetyczne retrowirusy stały się „znane”, zaczęły być „patogenne”. Czekwały tysiące lat (na technologię, która pozwoli je zidentyfikować), zanim „zdecydowały się” na to, żeby wywoływać chorobę. Alessandra Tessini w artykule *Kultura biotechnologii* opublikowanym na łamach „Radical Philosophy” (wrzesień/październik 1998) napisała, że żyjemy dziś w świecie zaludnionym przez biologiczne byty, które dosłownie zostały zrobione w laboratoriach. Jednak w przypadku „HIV” nie chodzi o rzeczywisty byt biologiczny, ale o odpowiednio źle zinterpretowany artefakt ludzkich i małpich kultur komórkowych; to pewne właściwości komórek i ich aktywność w określonych warunkach zostały nazwane „HIV”. „HIV” to molekuly „podobne do wirusa”, to „imitacja wirusa”, być może cała grupa retrowirusów, do której zalicza się HIV, w ogóle nie istnieje jako zbiór odrębnych bytów biologicznych.

„HIV” istnieje tylko jako nazwa, Slavoj Žižek we *Wzniosłym obiekcie ideologii* pisał o tym, że nazwę odnosi się do przedmiotu, bo przedmiot tak został nazwany: skoro jest nazwa, to musi być i obiekt, który nosi tę nazwę. Pojawia się kwestia, kto ma władzę nazywania, które jest, jak uważa Mark Cousins, „narzuconą z zewnątrz formą biurokratycznej rejestracji”. Dokładnie tak było w przypadku „HIV”. Za tą nazwą nic się nie kryje, skrót „HIV” nie ma żadnego odniesienia do rzeczywistości, posiada „znaczące”, ale nie posiada „znaczonego”, „HIV” jest symulacją w hiperrzeczywistości, jest „prawdziwym apokryfem”, „oryginalnym fałszerstwem”, „kopią bez oryginału”, baudrillardowskim simulakrum. To nazwa „HIV” stała się dowodem na istnienie „HIV”, nazwa utrzymuje swoją hegemonię poprzez wytworzenie w umysłach tych, którzy jej używają lub z nią pracują, przekonania, iż jest ona dowodem na rzeczywiste istnienie tego, co oznacza. Retrowirusolodzy prowadzą

niekończące się polowanie na „HIV”, ale jest to polowanie na „zobiektywizowaną pustkę”. Im więcej powstaje prac i artykułów napisanych „W Imieniu HIV”, tym wyraźniej odsłania się rozdziew pomiędzy „znaczącym” (HIV) i „znaczonym” (nie-HIV). Badacze daremnie usiłują nadażyć za kiczowatą kinetyką zachowującego się jak kamikadze „HIV”; im bardziej „znaczone” (nie-HIV) staje się zdyslokowane i rozproszone, tym usilniej badacze próbują je spenetrować, ale jest to penetracja podążająca ku nicości, zatem w końcu, jedyne, co im pozostanie, to tylko symboliczne „znaczące” (nazwa). Taksonomiczna konstrukcja „HIV” jest, według Russella, sadystycznym oszustwem, gdyż może służyć jako przekleństwo (kłątwa, urok) rzucane na ludzi. To nie wirus zabija, bo wirus naprawdę nie istnieje, to nazwa pozbawiona swojego przedmiotu może zabijać. Hivizm jest nowym totalitarnym prądem; ludobójcza biurokracja organizująca inicjacyjne rytuały krwi (testy) sankcjonowana jest przez totalitarną naukę. Gejowscy biurokraci, gejowscy lekarze, gejowscy dziennikarze, gejowscy liderzy uczestniczą w jatrogenicznej i psychogenicznej anihilacji swoich gejowskich braci, w tym straszliwym, jak to ujmuje Russell, „pedałobójstwie” (*faggocide*). Co za tragedia: „geje zabijają geję”. Lekarze i doradcy-psychologowie, uważa Russell, to dwie największe grupy ryzyka dla geję – pierwsi są odpowiedzialni za jatrogeniczny AIDS, drudzy za psychogeniczny AIDS, czerwone wstążeczki, które sobie dumnie przypinają, są czerwone od przelanej krwi ich braci geję. Propagandyści hivizmu używają niezwykle emocjonalnej epidemicznej hysterii, aby pobudzić irracjonalne lęki wśród mas i uciekają się do ataków *ad hominem* wobec dysydentów, którzy rozbijają hivowskie iluzje. Niezbędne jest nowe wyzwolenie geję, wyzwolenie spod władzy hivizmu. Geje muszą zniszczyć to, co Heidegger nazywał „nieautentycznością”, muszą na nowo odkryć swoją tożsamość, zafałszowaną i zniekształconą dziś przez „HIV”, który przecież naprawdę w ogóle nie istnieje. Hivowscy kapłani voodoo zlobotomizowali trzodę „HIV” do statusu zombies, armia zombies z filmu George’a Romero *Noc żywych trupów* jest dobrą metaforą tych „martwych-żywych”, którzy zainfekowali się hivowskim transem. My geje, nawołuje Russell, musimy praktykować „bezpieczne myślenie”, aby ochronić się przed hipnotyczną infekcją hivowskiej kławy voodoo. Cała socjalna maszynaria AIDS Industry jest u swych korzeni systemem totalitarnym, to znaczy istnieje centralna ideologia, która chce dominować absolutnie i w tym celu metodycznie eliminuje każdą kontrideę. Imperializm „HIV” jako forma globalnej dominacji realizowany jest na płaszczyźnie makrowładzy przez UNAIDS, WHO, CDC, Bank Światowy i inne instytucje pozostające w sojuszu z koncernami farmaceutycznymi, ich etos jest etosem totalitarnego, jednopartyjnego państwa, ale uścisk tego państwa nie jest nigdy całkowity i totalny, władza jest zawsze produktywna: produkuje kontrdyskurs, kontrstrategie i kontrprawdy. Trzeba, apeluje Russell, powołać trybunał dla ukarania zbrodni popełnionych na Wojnie z AIDS. Curran, Gallo, Weiss, Fauci, Delaney, Ho, Montagnier i inni winni stanąć przed trybunałem oskarżeni o to, że dopuszczają się permanentnego globalnego oszustwa. W 1980 roku Robert Gallo „odkrył” pierwszego ludzkiego retrowirusa HL23V, ale po pewnym czasie „wirus” ten został zaklasyfikowany jako nieistniejący. Z wirusem „HIV” Gallo miał więcej szczęścia. Trzeba z nim zrobić to samo co z „HL23V”. Geje, nawołuje Russell, winni spalić swoje hivowskie karty powołania, bo nie ma ludzi „seropozytywnych”. Nasze czasopisma, nasze akcje, pisze Russell, są jak szrapnele wbite w ciało polityczne „AIDS”, ta eksplozywna krytyka uderza w wygodne kłamstwa bezmyślnej wiary „HIV/AIDS”. Trzeba stale podważać totalizujący dyskurs „HIV/AIDS”, którego agentami są redaktorzy czasopism naukowych typu „Lancet”, „Science”, „Nature”. Russell nawołuje geję: „Nie rób sobie testów!”, „Nie daj się nabrać na kłamstwo o HIV!”, „Spal Quilt!”, „Zniszcz punkty testowania”, „Zdejmij czerwoną wstążeczkę!”.

Russell uważa, że trzeba wszelkimi sposobami, łącznie z użyciem siły, zwalczać hivowską juntę, która jest tym samym, co reżim kolonialny. Dlatego wskazania Frantza Fanona i innych teoretyków ruchów wyzwoleniczych są jak najbardziej aktualne dla ludzi żyjących w Londynie, Paryżu czy Nowym Jorku. Intelktualnymi

przewodnikami w walce z reżimem hiovskim dostarczającymi użytecznych narzędzi poznawczych dysydemom są, zdaniem Russella, Hegel, Nietzsche, Heidegger, Céline, Ernst Jünger, Gramsci, Virillio, Deleuze, Adorno, Foucault, Fanon, Žižek, Freud, Lacan.

W jednym ze swoich tekstów Michael Ellner przywołuje obraz planety X, na której wszystko stoi na głowie: lekarze niszczą zdrowie, psychiatrzy niszczą umysły, prawnicy niszczą prawo, główne media niszczą informację, religie niszczą duchowość, a jednak mieszkańcy planety X sądzą, że żyją w zdrowiu i sprawiedliwości, że mają prawdziwe informacje, są wolni i uduchowieni. Wynika z tego, że żyją oni w zbiorowej autohipnozie i sami siebie oszukują. Władcy planety X mówią im, że istnieje śmiertelny wirus powodujący chorobę nazywaną AIDS. Jest to kusząca i podniecająca mieszanina seksu, szczególnie seksu analnego, zagrożenia przenoszonego drogą płciową, choroby, śmierci i narkotyków. Inżynierowie socjalni i naukowcy-behawiorysty pracujący dla kompleksu wojskowo-przemysłowo-medycznego, działający pod maską „nauki” i „zdrowia publicznego” stworzyli wymyśloną wirusową „maszynę do zabijania”, ogłosili jej istnienie na konferencji prasowej i ostrzegli urzędników, lekarzy i wszystkich mieszkańców planety X, że ten nowy przenoszony drogą płciową potwór grozi śmiercią wszystkim ludziom. Powtarzali to histerycznie, powtarzali tak długo, aż w końcu każdy poczuł się zagrożony. Mieszkańcy planety X byli już tak wytresowani, że wierzyli we wszystko, co napisze najważniejsza gazeta na planecie X nazywająca się „New York Times”, i we wszystko, co widzą w telewizji. Dlatego względnie łatwo było ich przekonać, że „seks równa się śmierć”, szczególnie, że dziewięciu na dziesięciu ekspertów to potwierdzało. Mieszkańcy planety X zostali już wcześniej zaprogramowani tak, że bez szemrania oddali władzę ekspertom i innym urzędnikom, którzy wiedzą, co jest dla nich najlepsze, mówiąc krótko: mieszkańcy planety X wierzyli w AIDS dzięki praniu mózgow, jakiemu zostali poddani, dzięki obronnej głupocie (zob. Orwell, 1984), i samooszustwu. AIDS na planecie X jest zbiorową halucynacją, grupową fantazją, epidemiczną histerią, Wielkim Kłamstwem, halucynacją napędzaną przez seksualny terroryzm posługujący się medycznym ludobójstwem. Żyjący w transie mieszkańcy planety X hipnotyzują się i rehipnotyzują, nie są zdolni do porzucenia swoich słodkich mitów i sfabrykowanych legend, kontrolują sami swoje myśli, swoje zachowanie i siebie nawzajem, instynktownie ignorują i odrzucają wszystko, co groziłoby odkryciem samooszustwa, po prostu powtarzają sobie stale „jesteśmy wolni” i wierzą w to. Gdyby ktoś obalił ich fantazje, musieliby inaczej spojrzeć na samych siebie, co byłoby bolesnym procesem, musieliby bowiem odkryć inny pogląd na wolność i społeczną odpowiedzialność, wolą zatem trwać w samooszustwie i nie dostrzegać brutalnej rzeczywistości, która spowodowała zjawiska określane jako „AIDS” i równocześnie wytworzyła potrzebę samooszukiwania się. Na tej ignorancji rozkwitają różne „Wellcome Glaxo”, ukryte grupy interesów ciągną kolosalne zyski z psychospirytualnych, politycznych i ekonomicznych nadużyć, zatrują planetę, zatrują wodę, ziemię i powietrze, zatrują pożywienie, a w końcu zatrują serca, umysły i dusze. Niestety, mieszkańcy planety X nie rozumieją, że oszustwo „HIV = AIDS = Śmierć” jest najbardziej śmiertelnym oszustwem w historii, wplecionym w system społeczny będący jego wyrazem.

Diagnoza AIDS jest jak w kulcie voodoo wyrokiem śmierci wydanym na „seropozytywnych” przez establishment medyczny. Plemienny czarownik wskazuje kością na ofiarę, która posłusznie idzie do domu i umiera. Lekarz od HIV mówi ci, że masz jeszcze kilka lat życia, więc twój zegar biologiczny, twój zegar życia dostosowuje się do prognozy i prorocstwo samo się spełnia. Kość, której używa szaman, nie ma fizycznej siły, aby zabić, a jednak zabija, „HIV” nie ma fizycznej siły, aby zabić, ale wewnątrz Strefy AIDS sama wiara w śmiertelny wirus HIV może być zabójcza. Ludzie, którzy żyją w Strefie AIDS, żyją w strefie, gdzie panuje kulturalna hipnoza, grupowa fantazja, grupowa histeria, grupowy trans, psychogeniczna śmierć.

Jeśli jesteś gejem, twoim zadaniem jest grać swoją rolę w hivowskim transie: zachorować na AIDS i umrzeć. Rolą lekarza jest zrobienie ci testu na obecność przeciwciał HIV, ze zdrowego zrobienie chorego, a z chorego trupa. Rolą gejowskiego aktywisty jest dopilnować, żeby nowe leki wprowadzone zostały do ciał jak największej liczby gejów i żeby każdy używał kondomów, rolą funkcjonariusza organizacji aidsowskiej jest doprowadzenie „nosicieli HIV” do farmaceutycznych komór gazowych i krematoriów i zamknięcie ust każdemu, kto kwestionuje to szaleństwo, rolą wszystkich pozostałych jest przypinanie czerwonej wstążki i zakładanie kondomów. „AIDS” działa, ponieważ każdy ma tu coś do roboty. AIDS służy do tego, aby odwrócić naszą uwagę od tego, co naprawdę dzieje się na świecie. Tak nas zaprogramowano, pisze Ellner, że bez sprzeciwu oddajemy władzę bakteriom, ekspertom i urzędnikom, którzy wiedzą, co jest dla nas najlepsze, im powierzamy swoje zdrowie, choć sama medycyna np. w USA zabija co najmniej kilka razy więcej ludzi niż jest zgonów przypisywanych AIDS. Ludzie jak lunatycy poruszają się w Strefie AIDS, zrzekłszy się odpowiedzialności za własne zdrowie i szczęście. Epidemiczna histeria maskuje prawdziwe ryzyko dla naszego zdrowia i życia, maskowanie jest socjalną funkcją „HIV”. Trzeba zedrzyć maskę „HIV”, zobaczymy wtedy więcej realnego świata, gdyż wymaginowane monstrum „HIV” odciąga naszą uwagę od zła, które nas otacza. Walczymy z nim, zamiast walczyć z prawdziwymi monstrami. Uciekajmy ze Strefy AIDS, apeluje Ellner.

W innym swoim tekście Ellner pisze o Pierwszym Kościele HIV i jego dogmatach, o religii AIDS, która jest ukoronowaniem procesu trwającego ostatnie 100 lat, w trakcie którego konwencjonalna medycyna stała się największą i najpotężniejszą religią na naszej planecie, święte prawdy jej najwyższych kapłanów wcielane są w życie przy użyciu siły, jaką dysponują najsilniejsze rządy świata. Gdyby wyszło na jaw, że doktorzy od HIV i inni światowej klasy uczeni całkowicie się pomylili lub świadomie kłamali w kwestii AIDS, to czy ludzie nie pomyśleliby sobie, że mylą się oni także lub kłamią w kwestii raka, cukrzycy, artretyzmu, a nawet zwykłej grypy? Dlaczego, zapytaliby ludzie, mamy ufać instytucjom „zdrowia publicznego” i utrzymywać je z naszych podatków? A wówczas zagrożone byłyby inne święte prawdy współczesnej medycyny i jej gmach mógłby runąć. Słusznie mówi się, pisze Ellner, że AIDS jest kwestią narodowego i międzynarodowego bezpieczeństwa. Idzie o utrzymanie mitu AIDS, o obronę podstawowego dogmatu religii aidsowskiej (HIV powoduje AIDS). AIDS jest naprawdę kwestią bezpieczeństwa, ale bezpieczeństwa ministrów, wyższych urzędników, funkcjonariuszy od „zdrowia publicznego”, którym groziłyby procesy z powództwa cywilnego, a nawet sprawy karne. Chodzi o bezpieczeństwo gigantów farmaceutycznych, które chyba by zbankrutowały, gdyby musiały zapłacić olbrzymie odszkodowania rodzinom tych, których otruły lekami antywirusowymi. Kościół AIDS, utrzymuje Ellner, zbudowany jest na lotnych piaskach, jego kapłani dobrze wiedzą, że nie trzeba być lekarzem, aby wiedzieć, jakim ryzykiem dla zdrowia są warunki życia na przykład w Afryce, że nie trzeba być naukowcem, żeby zrozumieć, iż sfabrykowane korelacje, podejrzane testy, sensacyjne liczby to nie naukowe dowody. Deklaracja przyjęta w Durbanie miała na celu wzmocnienie dławiącego uścisku, w jakim kapłani religii AIDS trzymają ludzką psychę. Obawiano się, że prezydent Mbeki kwestionując obowiązujący paradygmat, może rozwalić najbardziej finansowo oplącalne oszustwo w historii, a mianowicie to, że tzw. naukowa medycyna oparta jest na naukowych podstawach. Ale dlaczego ktoś miałby poszukiwać prawdy o AIDS, jeśli „New York Times” zapewnia go, że głupi i niegodny zaufania Mbeki jest „zagrożeniem dla zdrowia publicznego”? Pamiętajmy, że ideologia jest władzą i jest wielce użyteczna pod względem politycznym, społecznym i finansowym, jeśli ukrywa się pod maską „zdrowia publicznego”. Kto, tak jak Mbeki, kwestionuje władzę „ostatniego słowa” posiadaną przez transnarodowy kartel funkcjonariuszy „zdrowia publicznego”, ten stwarza dla ludzkości szansę uwolnienia się od potworów, które sama stworzyła. Przemysł medyczny, pisze Ellner, zależy od naszej wiary w jego zbankrutowane instytucje. Musimy sobie powiedzieć, że naukowe

czasopisma i główne media zdradziły nas, nadużyły naszego zaufania, zobaczymy krew na ich rękach, są one częścią aidsowskiego establishmentu, który jest częścią problemu AIDS, a nie jego rozwiązaniem, sensacyjne nagłówki i jawna cenzura mają tchnąć życie w gnijącą opowieść o AIDS i w inne opowieści, czasopisma naukowe i media działają jako front obrony legendy AIDS, są drukowaną lub elektroniczną prezerwatywą chroniącą oszustwo o HIV.

AIDS jako element *public relations*, jest w USA tym samym, czym była kiedyś panika „czerwonego niebezpieczeństwa”, której towarzyszyła rozbudowa aparatu militarnego, rozwój broni masowego rażenia, miliardy dolarów na obronę, na tajne operacje itd.; dziś mamy „wirusowe zagrożenie”, czyli wielomiliardowy biznes Wojny z AIDS, inwestowanie w medycznych ekspertów, w działania instytucji zdrowia publicznego i w chemioterapię (broń masowego rażenia na własnych obywateli).

Společną funkcją doktryn AIDS/HIV, tego „Big Lie” jest symplifikowanie spraw i problemów, trywializowanie i bagatelizowanie roli negatywnych socjalnych, ekonomicznych i środowiskowych czynników wpływających na ludzi, nałożenie restrykcji na formy seksualnej ekspresji i dostarczenie naukowego pretekstu dla kontroli ludności. Amerykańskie Centers for Disease Control and Prevention (CDC) jest instytucją wojskową, która w ostatecznym rozrachunku służy wzmocnieniu globalnej władzy USA w imię „zdrowia publicznego”. W naszych czasach, uważa Ellner, nauka i technologia stały się Bogiem, a współczesna medycyna jest jego uniwersalną religią. Cała sprawa AIDS uświadamia nam, że świat przekroczył pewną granicę, że stał się światem, w którym wszystkie żywe organizmy są lub będą zagrożone, bo ich naturalne mechanizmy obronne, ich naturalna odporność ulegną załamaniu. Żyjemy dziś w strukturze władzy „ekspertów”, którzy desperacko walczą o utrzymanie swoich upadłych już de facto instytucji, aby móc kontynuować swoje panowanie nad transnarodowym porządkiem społecznym, sami oddaliśmy „ekspertom” władzę nad naszym życiem, naszym zdrowiem i nad prawdą, cena, jaką przychodzi nam płacić za pozbycie się odpowiedzialności, jest straszliwa, musimy zrobić wszystko, żeby wyzwolić się z psychicznej niewoli, od medycznej i naukowej ideologii, aby zakończyć oparte na nich psychoniewolnictwo i wyzysk.

BIBLIOGRAFIA

KSIĄŻKI I BROSZURY

Adams Jad, *AIDS – The HIV Myth*, Nowy Jork 1989.

Al-Bayati Mohammed Ali, *Get All the Facts: HIV Does Not Cause AIDS*, Dixon (Kalifornia) 1999.

Angell Marcia, *The Truth About the Drug Companies: How they Deceive Us and What to Do About It*, Nowy Jork 2004.

Antonio Gene, *AIDS – zmowa milczenia*, Gdańsk 1993.

Ayittey George B. N., *Africa Betrayed*, Nowy Jork 1993.

Ayittey George B. N., *Africa in Chaos*, Nowy Jork 1998.

Arno Peter S., Karyn L. Feiden, *Against the Odds: The Story of AIDS, Drug Development, Politics and Profits*, Nowy Jork 1992.

Bandow Doug, *The Politics of Plunder*, New Brunswick-London 1999.

Bauer Peter T., *Reality and Rhetoric: Studies in the Economics of Development*, Londyn 1984.

Bauer Peter T., *Equality, the Third World and Economic Delusion*, Cambridge (Mass.) 1981.

Braithwaite John, *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*, Londyn 1984.

Brody Stuart, *Sex at Risk: Lifetime Number of Partners, Frequency of Intercourse and the Low AIDS Risk of Vaginal Intercourse*, New Brunswick-London 1997.

Brown Raymond K., *AIDS, Cancer and the Medical Establishment*, Nowy Jork 1993.

Brown Tony, *Black Lies, White Lies*, Nowy Jork 1995.

Bühler Marcel, *Geschäfte mit der Armut – Pharmakonzerne in der Dritten Welt*, Frankfurt a. M. 1982.

Burkett Elinor, *The Gravest Show on Earth: America in the Age of AIDS*, Nowy Jork 1995.

Chaitow Leon, James Strohecker, *You Don't Have to Die: Unraveling the AIDS Myth*, Tiburon (Kalifornia) 1994.

Chaitow Leon, Simon Martin, *World Without AIDS: the controversial holistic health plan*, Wellingborough (Anglia) 1988.

Callen Michael, *Surviving AIDS*, Nowy Jork 1990.

Carré John le, *Wierny ogrodnik*, przeł. Radosław Januszewski, Warszawa 2001.

Carter George M., *ACT UP, The AIDS War and Activism*, Westfield (New Jersey) 1992.

Carter James P., *Racketeering in Medicine: The Suppression of Alternatives*, Norfolk 1992.

Caton Hiram, *The AIDS Mirage*, Sydney 1994.

Chiarelli Donna, Julie Dalahanty, Carla Marcelis, Rose Mary Murphy, Bibiana Nalwiindi Seaborn, Karen Seabrooke, *Uncommon Questions: A Feminist Exploration of AIDS*, Ottawa 1999.

Chirimuuta Richard C., Chirimuuta Rosalind J., *AIDS, Africa and Racism*, Londyn 1989.

Coulter Harris L., *AIDS and Syphilis: The Hidden Link*, Berkeley 1987 (wyd. II rozszerzone, New Delhi 1990).

Craven Barrie M., Gordon T. Stewart, *AIDS in Africa: A Cautionary Tale*, Newcastle-Upon-Tyne (Wlk. Brytania), b.d.w.

Crewdson John, *Science Fictions: A Scientific Mystery, A Massive Cover Up and the Dark Legacy of Robert Gallo*, Boston 2002.

Culbert Michael L., *AIDS: Hope, hoax and hoopla*, Chula Vista (Kalifornia) 1989.

Duesberg Peter (red.), *AIDS: Virus or Drug Induced?*, Norwell (Mass.) 1996.

Duesberg Peter, *Infectious AIDS: Have We Been Misled?*, Berkeley 1995.

Duesberg Peter, *Inventing the AIDS Virus*, Waszyngton 1996.

Duesberg Peter, John Yiamouannis, *AIDS: The Good News Is HIV Does't Cause It; The Bad News Is Recreational Drugs and Medical Treatments Like AZT Do*, Delaware (Ohio) 1993.

Ehrenreich Barbara, John Ehrenreich, *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, Nowy Jork 1970.

Ellison Bryan, Peter Duesberg, *Why We Will Never Win the War on AIDS?*, El Cerrito (Kalifornia) 1994.

Engelmajer Lucien J., *Drugs and AIDS: Realities, Symptomatology, Reflections*, Walencja 1991.

Engelmajer Lucien J., *The Duty to Stop Drugs and AIDS*, Walencja, b.d.w.

Epstein Steven, *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, Berkeley 1997.

Etheridge Elizabeth W., *Sentinel for health: a history of the Centers for Disease Control*, Berkeley-Los Angeles 1992.

Farmer Paul, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley 1992.

Fiala Christian, *Lieben wir gefährlich? Ein Arzt auf der Suche nach den Fakten und Hintergründen von AIDS*, Wiedeń 1997.

Fitzpatrick Michael, *The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle*, Londyn 2000.

Fry T.C., *The Great AIDS Hoax*, Manacha (Teksas) 1989.

Fumento Michael, *The Myth of Heterosexual AIDS: How a Tragedy Has Been Distorted by the Media and Partisan Politics*, Nowy Jork 1990.

Giraldo Roberto A., *AIDS and Stressors: AIDS is neither infectious disease nor is sexually transmitted. It is a toxic-nutritional syndrome caused by the alarming worldwide increment of immunological stressor agents*, Medellín (Kolumbia) 1997.

Hancock Graham, *The Lords of Poverty*, Nowy Jork 1989.

Hagerfors Anna-Maria, Thomas Michelsen, *Giftexport – Pharmaka und Pestizide für die Dritte Welt*, Reinbek 1984.

Harris Robert, Jeremy Paxman, *A Higher Form of Killing. The Secret Story of Chemical and Biological Warfare*, Nowy Jork 1982.

Harris Rosemarie, *HIV – Das fatale Dogma*, Grünenmatt (Szwajcaria) 1994.

Haverkos Harry W., John A. Dougherty, *Health Hazards of Nitrite Inhalants*, Rockville (Maryland) 1990.

Hodgkinson Neville, *AIDS: The Failure of Contemporary Science – How a Virus That Never Was Deceived the World*, Londyn 1996.

Illich Ivan, *Medical Nemesis: the expropriation of health*, Londyn 1975.

Jensen Ruth, *Umweltschäden AIDS? Hintergründe einer biologischen Katastrophe*, Bonn 1993.

Johnson Paul, *Historia świata od roku 1917 do lat 90-tych*, Londyn 1992.

Jones Colman, *AIDS and Syphilis: What Is the Connection?*, Toronto, b.d.w.

Juszczak Jacek, Andrzej Gładysz, *AIDS – epidemiologia, patogenez, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo*, Wrocław 1992.

Kayal Philip M., *Bearing Witness: Gay Men's Health Crisis and the Politics of AIDS*, Boulder (Kolorado) 1993.

Kinsella John, *Covering the plague*, New Brunswick-London 1989.

Kitzerow Marvin R., *The AIDS Indictment*, Chicago 2000.

Klusacek Allan, Ken Morrison (red.), *A Leap in the Dark: AIDS Art and Contemporary Cultures*, Montreal 1992.

Konotey-Ahulu Felix, *What is AIDS?*, Watford 1989.

Krämer Walter, *So lügt man mit Statistik*, Frankfurt a. M. 1997.

Krimsky Sheldon, *Science in the Private Interests. Has the Lure of Profits Corrupted the Biomedical Research?*, Lanham (Maryland) 2003.

Lamb David, *The Africans*, Nowy Jork 1983.

- Lambrou Evan C., *AIDS: Scare or Scam?*, Nowy Jork 1994.
- Lanctot Guylaine, *The Medical Mafia*, Morgan (Vermont) 1995.
- Lass Ilse, *Primitivisierung der Diagnostik*, Berlin 1994.
- Lass Ilse i in., *AIDS – Afrika – Bevölkerungspolitik*, teksty projektu „Kritische AIDS-Diskussion” Nr. 3, Berlin 1995.
- Lauritsen John, *AIDS Epidemiology and Risk-Reduction Guidelines*, Nowy Jork 1990.
- Lauritsen John, *Poison by Prescription: The AZT Story*, Nowy Jork 1990.
- Lauritsen John, *The AIDS War: Propaganda, Profiteering and Genocide from the Medical-Industrial Complex*, Provincetown (Mass.) 1993.
- Lauritsen John, Ian Young (red.), *The AIDS Cult: Essays on the Gay Health Crisis*, Provincetown (Mass.) 1997, [tutaj:] Casper Schmidt: *The Group-Fantasy Origins of AIDS*, John Lauritsen, *Psychological and Toxicological Causes of AIDS*, George Hazlehurst, *AIDS as Information Disease*, Casper Schmidt, *The Psychohistorical Origins of AIDS*, Michael Ellner, Andrew Cort, *Programmed to Die: Cultural Hypnosis & AIDS*, Cass Mann, *Deadly Counsels: The Necrophiliacs of „AIDS”*, John Lauritsen, *HIV Voodoo from Burroughs – Wellcome*, Michael Callen, *Long Term Survival*, Ian Young, *Thinking Positive: The AIDS Cult and Its Seroconverts*.
- Lauritsen John, Hank Wilson, *Death Rush: Poppers and AIDS*, Nowy Jork 1985.
- Leitner Michael, *Mythos HIV. Eine kritische Analyse der AIDS-Hysterie. Absurde Statistiken, schlampige Virusnachweise, untaugliche Tests und illegale Medikamente*, (słowo wstępne: prof. dr Heinz Ludwig Sänger), Niebüll 2001.
- Leonhard Hans-Walter, *Alles nur Irrtum? Zur Kritik von Peter H. Duesberg an der AIDS-Forschung und zu seinem alternativen Erklärungsansatz*, Dortmund 1992.
- Leszczyński Adam, *Naznaczeni. Afryka i AIDS*, Warszawa 2003.
- Maggiore Christine, *What If Everything You Thought You Knew About AIDS Was Wrong*, Los Angeles 1996.
- Maren Michael, *The Road to Hell: The Ravaging Effects of Foreign Aid and International Charity*, Nowy Jork 1997.
- Marsa Linda, *Prescription for Profits: How the Pharmaceutical Industry Bankrolled the Unholy Marriage Between Science and Business*, Nowy Jork 1997.
- Mause Lloyd de, *Reagan's America*, Nowy Jork 1984.
- McKeever James, *The AIDS Plague*, Medford (Oregon) 1986.
- McNamee Brian F., Lawrence J. McNamee, *AIDS: The Nation's First Politically Protected Disease*,

La Habra (Kalifornia) 1988.

Mitchell Robert, *Syphilis as AIDS*, Austin (Teksas) 1990.

Monbiot George, *The Corporate Takeover of Britain*, Londyn 2000.

Moss Ralph W., *The Cancer Industry*, Nowy Jork 1980.

Moynihan Ray, *To Much Medicine*, Sydney 1998.

Mullis Kary B., *Dancing naked in the mind field*, Nowy Jork 1998.

Mulloli Purushothaman, *HIV/AIDS Industry – Agenda Behind the Epidemic*, New Delhi 1999.

Mulloli Purushothaman, *HIV/AIDS – A New Colonization?*, New Delhi 2000.

Nelson Emmanuel S. (red.), *AIDS: The Literary Response*, Nowy Jork 1992.

Nolan James L. jr, *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*, Nowy Jork 1998.

Nussbaum Bruce, *Good Intentions: How Big Business and the Medical Establishment are Corrupting the Fight against AIDS*, Nowy Jork 1990.

Null Gary, *AIDS: a Second Opinion*, Nowy Jork 2001.

Odets Walt, *In the Shadow of the Epidemic: Being HIV-Negative in the Age of AIDS*, Durham (Phn. Karolina) 1995.

Ortleb Charles, *Iron Peter: A Year in the Mythopoetic Life of New York City*, Nowy Jork 1998.

Palmer Susan, *AIDS as an Apocalyptic Metaphor in North America*, Toronto 1997.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, Helman Alphonso, Barry A. P. Page, David Causer, Sam Mhlongo, Christian Fiala, Todd Miller, Anthony Brink, Neville Hodgkinson, *Mother to Child Transmission of HIV and Its Prevention with AZT and Nevirapine. A Critical Analysis of the Evidence*, Perth 2001.

Passi Siro, Ferdinando Ippolito, *AIDS-nuova frontiera*, Rzym 1995.

Payer Lynn, *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies and Insurers Are Making You Feel Sick*, Hoboken (New Jersey) 1994.

Peron Jim, *Die the Beloved Country?*, Johannesburg 1999.

The Pharmaceutical Drug Racket, Lawson (Nowa Południowa Walia) 1993.

Podręczny leksykon medycyny, oprac. dr med. Norbert Boss i dr med. Renate Jäckle oraz zespół leksykograficzny wydawnictwa Urban&Schwarzenberg, Wrocław 1996.

Preston Richard M., *The Hot Zone*, Nowy Jork 1994.

Ransom Steven, *Plague, Pestilence and the Pursuit of Power: the Politics of Global Disease*,

Tonbridge (Kent) 2001.

Ransom Steven, Phillip Day, *World Without AIDS*, Tonbridge (Kent) 2000.

Rappoport Jon: *AIDS INC. – Scandal of the Century*, San Bruno (Kalifornia) 1988, (wyd. niemieckie: *Fehldiagnose „AIDS” – Geschäfte mit einem medizinischen Irrtum*, Südergellersen 1990).

Reader John, *Africa: A Biography of the Continent*, Nowy Jork 1998.

Rebello Leo, *AIDS and Alternative Medicine*, Bombaj 2000.

Regush Nicholas, *The Virus Within: A Coming Epidemic*, Toronto 2000.

Riska Elianne, *Power, Politics and Health: Forces Shaping American Medicine*, Helsinki 1985.

Root-Bernstein Robert, *Rethinking AIDS: The Tragic Cost of Premature Consensus*, Londyn 1992.

Rossi Luca, *Sex virus*, Mediolan 1999.

Rotello Gabriel, *Sexual Ecology: AIDS and the Destiny of Gay Men*, Nowy Jork 1997.

Ruesch Hans, *Die Pharma Story – der große Schwindel*, Monachium 1990 (wyd. angielskojęzyczne: *Hans Ruesch: Naked Empress or the Great Medical Fraud*, Massagno/Lugano 1992).

Rydenfelt Sven, *A Pattern for Failure*, Nowy Jork 1983.

Schneider Kawi, *AIDS – Aufstieg und Fall eines Virus-Mythos*, Berlin 1991.

Schneider Kawi, *AIDS – Krankheit oder Märchen?*, Berlin 1994.

Selvey Jeremy F., Mark L. Alampi, *The Secrets Behind HIV and AIDS: Causes, Cures, Contradictions & Conspiracies*, Los Angeles 1996.

Sheehy Thomas P., *Beyond Dependence and Poverty. Rethinking U.S. Aid to Africa*, Waszyngton 1993.

Shenton Joan, *Positively False. Exposing the myths around HIV and AIDS*, London 1998.

Shilts Randy, *And the Band Played On. Politics, People and the AIDS Epidemic*, Nowy Jork 1987.

Sierck Udo, Nati Radtke, *Die Wohltäter-Mafia*, Hamburg 1984.

Showalter Elaine, *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Media*, Nowy Jork 1997.

Siegal Frederick P., Marta Siegal, *AIDS: The Medical Mystery*, Nowy Jork 1983.

Sontag Susan, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. Jarosław Anders, Warszawa 1999.

Szasz Thomas, *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of the Current Events*, Buffalo 1984.

Szasz Thomas, *Pharmacracry. Medicine and Politics in America*, Westport (Kon.) 2001.

Taylor Richard, *Medicine Out of Control – The Anatomy of a Malignant Technology*, Melbourne

1979.

Trinka George, *How [„The San Francisco] Chronicle” Invented AIDS*, Portland 2001.

Vandana Shiva, *Water Wars: Privatization, Pollution and Profit*, Cambridge (Mass.) 2002.

Vigarelo Georges, *Historia zdrowia i choroby od średniowiecza do współczesności*, przeł. Małgorzata Szymańska, Warszawa 1997.

Walker Martin J., *Dirty Medicine: Science, Big Business and the Assault on Natural Health Care*, Londyn 1994.

Wallerstein Paul, *Das AIDS Dilemma – Forschung in der Sackgasse*, Freiburg Bryzgowijski 1988.

Whitaker Jennifer, *How Can Africa Survive?*, Nowy Jork 1988.

Willner Robert E., *Deadly Deception: The Proof That Sex and HIV Absolutely Do Not Cause AIDS*, Boca Raton (Floryda) 1994.

Wilson Hank, *Poppers (Nitrite Inhalants) and HIV: Immunosuppression, Seroconversion, Unsafe Sex*, San Francisco 1997.

Wichterich Christa (red.), *Zum Beispiel Bevölkerungspolitik*, Bornheim-Merten 1988.

York Klaus (red.), *Was macht den Menschen krank? 18 kritische Analysen*, Bazylea-Boston-Berlin 1991.

Young Ian, *AIDS Dissidents: An Annotated Bibliography*, Lanham (Maryland) 1993.

Young Ian, *A Supplement to the Annotated Bibliography (1993-2000)*, Toronto 2000.

Young Ian, *The Stonewall Experiment: A Gay Psychohistory*, Londyn-Nowy Jork 1995.

ARTYKUŁY, MATERIAŁY KONFERENCYJNE, WYWIADY

Agnew Bruce, *Body-Count Budgeting: New Pressure to Shift Funding Among Diseases*, „The Journal of NIH Research”, czerwiec 1996.

Ankomah Baffour, *Aids „Gadflies” Bite the Establishment*, „New African”, październik 1994.

Ankomah Baffour, *AIDS: The Deadly Deception Exposed*, „New African”, wrzesień 1996.

Ankomah Baffour, *AIDS – Why African Successes Are Scoffed*, „New African”, wrzesień 1996.

Ankomah Baffour, *Monkey Business over AIDS*, „New African”, kwiecień 1998.

Ankomah Baffour, *Are the 26 million Africans dying of AIDS? – The biggest lie of the century under fire*, „New African”, grudzień 1998.

Bauer Peter, *Western Guilt and Third World Poverty* [w:] Karl Brunner (red.), *The First World and the Third World*, Rochester (Nowy Jork) 1978.

Bauer Peter, Basil Yamey, *Aid: Reworking Impoverishment*, „Commentary”, wrzesień 1985.

Baumgartner Michael, *To AIDS Activism – thanks for nothing!*, „Continuum”, lipiec-sierpień 1996.

Baumgartner Michael, *The Gay Community’s Need for „HIV”*, „Continuum”, maj-czerwiec 1996.

Baumgartner Michael, *The History and Consequences of the HIV/AIDS – Hypothesis*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1995.

Baumgartner Michael, *Existence of „hiv” disputed*, „Continuum”, lato 1998.

Baumgartner Michael, *Human Wasting in so-called HIV Research*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Baumgartner Michael, *Common medical practice as seen in aids*, „Continuum”, zima 1998.

Baumgartner Michael, *AIDS: A Matter of National Security*, „Continuum”, październik 2000.

Bell Gregory Boyd, *Truth and Advertising: Are Pharmaceutical Ads Compromising Medical Journals?*, „Eye” (Toronto), 28.09.1999.

Bellefontaine Michael, *AIDS, Africa and the Democratic Party*, „Magnus”, marzec-kwiecień 2000.

Bennet Amanda, Anita Sharp, *AIDS Fight Is Skewed by Federal Campaign Exaggerating Risk*, „Wall Street Journal”, 01.05.1996.

Berkowitz Richard, *The Cofactor Factor*, „Spin”, marzec 1996, nr 12.

Berkowitz Richard, *The Most Dangerous AIDS Reporter*, (wywiad z Celią Farber), „POZ”, kwiecień 2000.

Bethell Tom, *The Cure That Failed. Did the AIDS lobby know, what it was doing when it pressed the government to approve AZT?*, „National Review”, 10.05.1993.

Bethell Tom, *At Gay Clubs Across the Country, the Air Is Heavy with the Smell of Poppers*, „Spin” listopad 1994.

Bethell Tom, *Could Duesberg Be Right?*, „National Review”, 17.08.1992.

Bethell Tom, *Mbeki Takes On the AIDS Industry. South African President queries epidemics, AZT*, „Reappraising AIDS”, marzec 2000.

Bethell Tom, *Inventing an Epidemic: the traditional diseases of Africa are called AIDS*, „The American Spectator”, kwiecień 2000.

Bollyn Christopher, *Has African AIDS Threat Been Hyped For Big Profit?*, „American Free Press”, 19.01.2004.

Bovard James, *The Continuing Failure of Foreign Aid*, „Cato Policy Analysis”, 31.01.1986, nr 65.

Brewer Devon D., Stuart Brody, Ernst Drucker, David Gisselquist, Stephen F. Minkin, John J. Potterat, Richard B. Rothenberg, François Vachon, *Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm*, „International Journal of STD and AIDS”, nr 14 (2003).

Brody Stuart, *Lack of Evidence for Transmission of HIV Through Vaginal Intercourse*, „Archives of Sexual Behaviour” 1995, nr 4.

Brown Phyllida, *Conflict rages over alternative AIDS theories*, „New Scientist”, 05.10.1991.

Burnett Antony, *Revealed: how drug firms „hoodwink” medical journals*, „Observer”, 07.12.2003.

Burnett Elinor, *Is Hiv guilty?*, „Miami Herald”, 22.12.1990.

Burton Bob, Andy Rovell, *Unhealthy Spin*, „British Journal of Medicine”, 31.05.2003.

Byrnes C. Stephen, *Benzene, Lubricants and AIDS*, „Explore!”, 1997, nr 1.

Cantwell Alan, Jr., *AIDS Is Not African*, „New African”, październik 1994.

Carre John le, *In the Place of Nations. Big Pharma’s dark underside*, „The Nation”, 09.04.2001.

Castro Jerry, *Study of long-term survivors proves useless*, „Continuum”, listopad-grudzień 1996.

Chinai Rupa, *AIDS Cocktail*, „Times of India” (Bombaj), 29 maja-4 czerwca 2001.

Chomsky Noam, [wywiad dla] „Continuum”, maj-czerwiec 1996.

Christie Huw, *Acyclovir*, „Continuum”, listopad-grudzień 1995.

Christie Huw, *Do Antibody Tests Prove HIV Infection?*, [wywiad z doktorem Valendarem F. Turnerem], „Continuum”, zima 1997-1978.

Christie Huw, *Pentamidine*, „Continuum”, wrzesień-październik 1995.

Christie Huw, *False Negative? False alarm*, „Continuum” maj-czerwiec 1996.

Christie Huw, *Poppers*, „Continuum”, lipiec-sierpień 1996 .

Christie Huw, *HIVpositive?It depends where you live. Take a look on the criteria that determine a positive Hiv-test results*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Christie Huw, *Unfounded Assertions*, „Continuum”, listopad-grudzień 1996.

Christie Huw, *Pneumonias and Lung Diseases*, „Continuum”, luty-marzec 1997.

Christie Huw, *Chimp chimp cheree. Wild claims of the origin of „HIV”*, „Continuum”, zima 1998.

Christie Huw, *The Great AIDS Debate That Will Change the World*, „New African”, maj 2000.

Clement Michael, Brad Honywill, *Mind Field for AIDS: Nobel Winner Says HIV May Not Exist*, „Sunday Sun” (Toronto), 18.10.1998.

Cline Fred, *Anal sex and AIDS. A dissenting view*, „Continuum”, listopad-grudzień 1996.

Cohen Jon, *The Duesberg Phenomenon*, „Science”, 09.12.1994.

Colwell C., *Deleuze, Sense and the Event of AIDS*, „Postmodern Culture”, styczeń 1996.

Conlan Mark Gabrish, *Controversial Warrior of „The AIDS War”*, „Gay and Lesbian Times”, 19.08.1993 (wywiad z Johnem Lauritsenem).

Conlan Mark Gabrish, *All Blood is „HIV-Positive”, Says Dr. Roberto Giraldo. HIV Test Markers Admit the Tests Can’t Diagnose AIDS*, „Zenger’s”, sierpień 1998.

Conlan Mark Gabrish, *AIDS: A Second Opinion: a Survey of Alternative and Dissident Views on AIDS*, „Zenger’s”, grudzień 1998.

Cooper Lesley, Martin Walker, *Whose hysteria?*, „Continuum”, jesień 1997.

Corbett Kevin, *Beyond „Self-Help”: Developing a Social Movement to Defeat Medical Orthodoxy and Dismantle „AIDS”*, „Continuum”, wiosna 1998.

Corbett Kevin, *The Problematic for Empowerment: the surrogacy of antibody-tests and the erosion of the medical „gold standard”*, „Continuum”, lato 1998.

Craddock Mark, *HIV: Science by Press Conference*, „Reappraising AIDS”, 1995, nr 3.

Cunliffe Jamie, *From terra firma to terra plana – danger is shaking the foundations: deconstructing the immune system*, „Medical Hypotheses”, marzec 1999.

Curing the Therapeutic State. Thomas Szasz on the medicalization of American life [z Thomasem Szaszem rozmawia Jacob Sullum], „Reason”, lipiec 2000.

De Meo James, *HIV Is Not the Cause of AIDS: A Summary of Current Research Findings*, „On Wilhelm Reich and Orgonomy”, 1993, nr 4.

D’Eramo James E., *HIV antibody testing: debate or obsessive diversion?*, „New York Native”, 14.08.1989.

Diem Claus, *Immunschwäche -Syndrom. Ein Skandalgespräch*, wywiad z Peterem Duesbergiem, „eigentümlich frei”, 2000, zeszyt 11.

DiFernando Thomas, *Dirty Words. The AIDS Fraud in Context* [w:] *HEAL Comprehensive Information Packet*, Nowy Jork 1996.

DiFernando Thomas, *Geneva, AIDS and the real gold standard*, „Continuum”, lato 1998.

Doherty Brian, *Lies, Damn Lies and AIDS*, „Liberty”, sierpień 1993.

Doherty Brian, *WHO Cares?*, „Reason”, styczeń 2002.

Donnelly John, *Estimates on HIV called to high. New data cut rates for many nations*, „Boston Globe”, 20 czerwca 2004.

Duesberg Peter, *Retroviruses as Carcinogens and Pathogens: Expectations and Reality*, „Cancer Research”, marzec 1987.

Duesberg Peter, *Human Immunodeficiency Virus And Acquired Immunodeficiency Syndrome: Correlation But Not Causation*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, luty 1989.

Duesberg Peter, *AIDS Acquired by Drug Consumption and Other Non-contagious Risk Factors*, „Pharmacology and Therapeutics”, 1992 nr 3.

Duesberg Peter, *AIDS and the „Innocent” Virus*, „New Scientist”, 1988, nr 118.

Duesberg Peter, *The AIDS Debate*, „Naturwissenschaften”, 1989, nr 76.

Duesberg Peter, *Can Alternative Hypothesis Survive In This Era of Megaprojects?*, „The Scientist”, 08.07. 1991.

Duesberg Peter, *AIDS – Dichtung und Wahrheit I*, „raum&zeit”, nr 64 (1993).

Duesberg Peter, *AIDS – Dichtung und Wahrheit II*, „raum&zeit”, nr 65 (1993).

Duesberg Peter, *AIDS – Dichtung und Wahrheit III*, „raum&zeit”, nr 66 (1993).

Duesberg Peter, *On Virus Hunting*, „New York Native” 29.04.1991.

Duesberg Peter, *AIDS Epidemiology: Inconsistencies With Human Immunodeficiency Virus And With Infectious Disease*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, luty 1991.

Duesberg Peter, *The AIDS Heresy: An Exchange*, „New York Review of Books”, 08.08.1998.

Duesberg Peter, *Can epidemiology determine whether drugs or HIV cause AIDS?*, „AIDS-Forschung”, 1993, nr 12.

Duesberg Peter, *A Debate Over the Causes of AIDS*, „San Francisco Chronicle”, 10.05.1996.

Duesberg Peter, *The Enigma of Slow Viruses*, „The Lancet”, 18.09.1993.

Duesberg Peter, *The Culprit is Noncontagious Risk Factors*, „The Scientist”, 20.03.1995.

Duesberg Peter, *The HIV Gap in National AIDS Statistics*, „Bio/Technology”, 1993, nr 11.

Duesberg Peter, *HIV is not the Cause of AIDS*, „Science”, 1988, nr 241.

Duesberg Peter, *Infectious AIDS – Stretching the Germ Theory Beyond Its Limits?*, „International Archives of Allergy Immunology”, 1994, t. 103.

Duesberg Peter, *Results fall short for HIV theory*, „Insight”, 14.02.1994.

Duesberg Peter, *The role of drugs in the origin of AIDS*, „Biomedicine and Pharmacotherapy”, 1992, t. 46.

Duesberg Peter H., Bryan J. Ellison, *Is the AIDS Virus a Science Fiction?*, „Policy Review”, lato 1990.

Duesberg Peter H., Bryan J. Ellison, *Is HIV the Cause of AIDS?*, „Policy Review”, jesień 1990.

Duesberg Peter, Karin Mölling, *Streit um das Virus HIV: Ist die AIDS-Forschung auf der falschen Spur?*, „Bild der Wissenschaft”, 1990, z. 1.

Duesberg Peter, David Rasnick, *The AIDS Dilemma: Drug Diseases Blamed on a Passenger Virus*, „Genetica”, 1998, t. 104.

Duesberg Peter, David Rasnick, *The Drug-AIDS Hypothesis*, „Continuum”, luty-marzec 1997.

Duesberg Peter, Claus Koehnlein, David Rasnick, *The Chemical Bases of the Various AIDS Epidemics: Recreational Drugs, Anti-viral Chemotherapy and Malnutrition*, „Journal of Biosciences”, 2003, nr 28.

Duesberg Peter, Jody R. Schwartz, *Latent Viruses and Mutated Oncogenes: No Evidence for Pathogenicity*, „Progress in Nucleic Acid Research and Molecular Biology”, 1992, nr 43.

Ebden Theresa, *Nobel Scientist Questions Cause of AIDS*, „Toronto Star”, 19.10.1998.

Edwards Nigel, *HIV Watch: An Eye on the Media*, „Continuum”, marzec-kwiecień 1996.

Ellison Bryan J., *The Hidden Agenda Behind HIV*, „Rethinking AIDS”, (styczeń-luty 1994), nr 9.

Ellner Michael, *Choosing a Doctor in the Age of AIDS?*, „Continuum”, jesień 1997.

Ellner Michael, *Protective Stupidity: Epidemic Hysteria, Mass Hypnosis and Escaping from the AIDS Zone*, „Continuum”, zima 1997-1998.

Ellner Michael, *The Social Function of Self-Deception*, „Continuum”, lato 1999.

Ellner Michael, *The Mbeki Challenge*, „Continuum”, październik 2000.

Ellner Michael, Thomas DiFernando, *Deconstructing AIDS. The Advanced Iatrogenic Disease Syndrome* [w:] *HEAL Comprehensive Information Packet*, Nowy Jork 1996.

Ellner Michael, Thomas DiFernando, *Unmasking HIV. AIDS, Hope and the Psychospiritual Healing Crisis* [w:] *HEAL Comprehensive Information Packet*, Nowy Jork 1996.

Farber Celia, *AZT on Trial. The treatment for AIDS stands accused of being deadlier than the disease itself*, „Spin”, lipiec 1996.

Farber Celia, *AZT Roulette: The Impossible Choices Facing HIV-Positive Women*, „Mothering”,

wrzesień-październik 1998.

Farber Celia, *Rage Against the AIDS Machine*, „Spin”, październik 1993.

Farber Celia, *Doing the Math*, „Spin”, sierpień 1996.

Farber Celia, *The Outsiders*, „Spin”, luty 1997.

Faber Celia, *AIDS and South Africa: A Contrary Conference in Pretoria*, „New York Press”, 2000, nr 21.

Faber Celia, *AIDS Inc.: Observations of an AIDS Dissident*, „Continuum”, sierpień-wrzesień 1994.

Faber Celia, *Kary Mullis*, „Spin”, lipiec 1994.

Faber Celia, *Fatal Distraction: In a Deadly Conspiracy of Silence, the Medical Establishment is Ignoring Powerful Evidence that HIV Does not Spread Sexually, and May in Fact be Harmless*, „Spin”, czerwiec 1992.

Faber Celia, *The End of the End?*, „Spin”, kwiecień 1997.

Faber Celia, *Hope and Fury*, „Spin”, październik 1996.

Faber Celia, *AIDS, Words from the Front – The Year in Hype*, „Spin”, styczeń 1997.

Faber Celia, *Out of Africa*, część I, „Spin”, marzec 1993; część II, „Spin”, kwiecień 1993.

Faber Celia, *HIV and Breastfeeding: the Fears, the Misconception, the Facts*, „Mothering”, wrzesień-październik 1998.

Faber Celia, *AIDS as Metaphor*, „Impression”, listopad 1998.

Fiala Christian, *Dirty Tricks: How the WHO gets its AIDS figures*, „New African”, kwiecień 1998.

Fiala Christian, Michael Baumgartner, *AIDS, Afrika und Vorurteil. Ein kritischer Blick hinter die Kulissen*, „Vita Sana”, 2000, nr 7/8.

Fumento Michael, *The Myth of Heterosexual AIDS: the Hazard of Using Misinformation to Restore Morality*, „Crisis”, październik 1988.

Fumento Michael, *The Incredible Shrinking AIDS Epidemic*, „The American Spectator”, maj 1989.

Fumento Michael, *Heretic: Rethinking AIDS*, „Commentary”, lipiec 1993.

Fumento Michael, *Media, AIDS and Truth: Misleading News Reporting about AIDS Epidemic among Heterosexuals and the Abuse of Truth in Journalism*, „National Review”, 21.06.1993.

Fumento Michael, *AIDS: Making the Worst out of a Good Situation*, „American Outlook”, wiosna 2000.

Fumento Michael, *The AIDS Numbers Racket*, „National Review”, 14.10.1988.

Fumento Michael, *The Band Plays On. Good News on AIDS, Why the Silence*, „The American Spectator”, wrzesień-październik 2001.

Fumento Michael, *The Political Uses of an Epidemic. The Conservative Movement and the Tragedy of AIDS*, „The New Republic”, 08.08.1988.

Gehrmann Wolfgang, *Die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf politische Entscheidungen der Bundesregierung*, „raum&zeit”, (2002), nr 117.

„Genetica”, wydanie specjalne, [alternatywne hipotezy na temat AIDS], styczeń-marzec 1995, t. 95, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht (Holandia), słowo wstępne J. F. McDonald, przedmowa P.H. Duesberg [tutaj:] Eleni Papadopulos-Eleopulos, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer, Bruce Hedland-Thomas, Barry A.P. Page, *A critical analysis of the HIV-T4-cell-AIDS hypothesis*, E. Papadopulos-Eleopulos, V. F. Turner, J. M. Papadimitriou, D. Causer, *Factor VIII, HIV and AIDS in haemophiliacs: an analysis of their relationship*, P.H. Duesberg, *Foreign-protein-mediated immunodeficiency in haemophiliacs with and without HIV*, V. L. Koliadin, *Critical analysis of the current views on the nature of AIDS*, M. D. Zaretsky, *AZT toxicity and AIDS prophylaxis: is AZT beneficial for HIV + asymptomatic persons with 500 or more T4 cells per cubic millimeter?*, D. T. Chiu, P. H. Duesberg, *The toxicity of azidothymidine (AZT) on human and animal cells in culture at concentrations used for antiviral therapy*, R. S. Root-Bernstein, *Five myths about AIDS that have misdirected research and treatment*, R. S. Root-Bernstein, S. Hobbs De Witt, *Semen alloantigens and lymphocytotoxic antibodies in AIDS and ICL*, H. W. Haverkos, D. P. Drotman, *Measuring inhaled nitrite exposure in gay men: implications for elucidating the etiology of AIDS-related Kaposi's sarcoma*, B. J. Ellison, A. B. Downey, P. H. Duesberg, *HIV as a surrogate marker for drug use: a re-analysis of the San Francisco Men's Health Study*, G. T. Stewart, *The epidemiology and transmission of AIDS: a hypothesis linking behavioral and biological determinants to time, person and place*, K. B. Mullis, *A hypothetical disease of the immune system that may bear some relation to the Acquired Immune Deficiency Syndrome*.

Gesheker Charles L., *Myths of AIDS and sex*, „New African”, październik 1994.

Gesheker Charles L., *Rethinking AIDS in Africa*, „Reappraising AIDS”, 1995, nr 3.

Gesheker Charles L., *Outbreak? AIDS, Africa and the Medicalization of Poverty. Is Africa facing a lethal pandemic?*, „Transition”, 1995, nr 3.

Gesheker Charles L., *Underdevelopment and Racial Stereotypes: Rethinking AIDS in Africa*, „Reappraising AIDS”, 1997, nr 5.

Gibaldi Milo, *The Commerce of HIV Disease*, „Pharmaceutical News”, 1997, nr 4.

Gilmore Monica, *Consequences of Ritual Testing*, „Continuum”, lato 1999.

Giraldo Roberto, *AIDS is Neither an Infectious Disease nor is Sexually Transmitted*, „Continuum”,

wiosna 1998.

Giraldo Roberto, *AIDS Spread: Scientific Proof Missing*, „Advance for Medical Laboratory Professionals”, 1994, nr 6.

Giraldo Roberto, *AIDS and Stressors I: Worldwide Rise of Immunological Stressors* (Abstract), „Toxicology Letters”, suplement 1/78, 1995.

Giraldo Roberto, *AIDS and Stressors II: A Proposal for the Pathogenesis of AIDS* (Abstract), „Toxicology Letters”, suplement 1/78, 1995.

Giraldo Roberto, *AIDS and Stressors III: A Proposal for the Natural History of AIDS* (Abstract), „Toxicology Letters”, suplement 1/78, 1995.

Giraldo Roberto, *AIDS and Stressors IV: The Real Meaning of HIV* (Abstract), „Toxicology Letters”, suplement 1/78, 1995.

Giraldo Roberto, *Milking the Market. Will Mothers Dish Out the W.H.O. Formula?*, „Continuum”, lato 1998.

Giraldo Roberto, *On the ELISA Test for HIV*, „Continuum”, zima 1998.

Giraldo Roberto, Michael Ellner, Celia Farber, *Is It Rational to Treat or Prevent AIDS With Toxic Anti-Retroviral Drugs in Pregnant Women, Infants, Children, and Anybody Else?*, „Continuum”, lato 1999.

Gisselquist David, John J. Potterat, Richard Rothenberg, Ernst M. Drucker, *HIV-infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission*, „International Journal of STD&AIDS”, 2002, nr 13.

Gisselquist David, John J. Potterat, Richard Rothenberg, Ernst M. Drucker, Stuart Brody, Devon D. Brewer, Stephen F. Minkin, *Examining the hypothesis that sexual transmission drives Africa's HIV epidemic*, „AIDScience”, 2003, nr 10.

Goldberg Burton, *AIDS: Myth vs. Medicine*, „Alternative Medicine”, kwiecień 2002.

Guccione Bob, jr., *Professor Peter Duesberg Believes HIV Doesn't Cause AIDS. Is He the Heretic the Medical Establishment Claims, or a 20th-Century Galileo?*, „Spin”, wrzesień 1993.

Hagen Nina, *Handgrenade, Höllenzug* [na CD:] *Return of the Mother* (2000).

Hagen Nina, wywiad z Peterem Duesbergiem, Amsterdam 1993, nina-hagen-com/pages/water/archive.

Hamer Ryke Geerd, *Wie „AIDS” – Diagnose töten kann*, „raum&zeit”, październik-listopad 1989, Nr. 42.

Hand Tim, *Why antiviral drugs cannot resolve AIDS*, „Reappraising AIDS”, wrzesień 1996, nr 9.

Haraway Donna, *The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse* [w:] Linda S. Kaufman (red.), *American Feminist Thought at Century's End: A Reader*, Cambridge 1993.

Harris Daniel, *Making Kitsch from AIDS: A Disease With a Gift Shop of Its Own*, „Harper's”, lipiec 1994.

Harrison Rosalind, *Yet more monkey business from AIDS scientists*, „Continuum”, lato 1999.

Harrison-Chirimuuta Rosalind, *AIDS from Africa: Western science or racist mythology?* [w:] Andrew Cunningham, Bridie Andrews (red.), *Western Medicine as Contested Knowledge*, Manchester 1997.

Harrison-Chirimuuta Rosalind, *AIDS in Africa: The Wrong Diagnosis and the Wrong Treatment*, materiał złożony do Komisji Praw Człowieka ONZ 9 kwietnia 1998.

Hartinger Werner, *AIDS – die Krankheit, die gar keine ist?*, „raum&zeit”, (1993), nr 62.

Harven Etienne de, *Remarks on Methods for Retroviral Isolation*, „Continuum”, wiosna 1998.

Harven Etienne de, *Retroviruses. The recollections of an electron microscopist*, „Reappraising AIDS”, 1998, nr 6.

Hässig Alfred, *Streßinduzierte Schwächung zellulärer Immunreaktion*, [wykład na konferencji *AIDS und HIV* w ramach Targów Zdrowia Essen '95].

Hässig Alfred, Heinrich Kremer, Liang Wen-Xi, Kurt Stampfli, *HIV – can you be more specific?*, „Continuum”, lipiec-sierpień 1996.

Hässig Alfred, Heinrich Kremer, Liang Wen-Xi, Kurt Stampfli, *The Significance of Infection with Parenterally Transmitted Hepatitis Viruses in the Pathogenesis of AIDS*, „Continuum”, listopad-grudzień 1996.

Hässig Alfred, Liang Wen-Xi, Kurt Stampfli, *Can we find a solution in the HIV-AIDS controversy? Is AIDS the consequence of continuous excessive stressing of the body?*, „Medical Hypotheses”, 1996, nr 45.

Hässig Alfred, Heinrich Kremer, Liang Wen-Xi, Kurt Stampfli, *Pathogenesis of immune suppression in hypercatabolic diseases: AIDS, septicaemia, toxic shock syndrome and protein calorie malnutrition*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1997.

Hässig Alfred, Heinrich Kremer, Stefan Lanka, Liang Wen-Xi, Kurt Stampfli, *Fifteen Years of AIDS*, „Continuum”, wiosna 1998.

Hässig Alfred, Heinrich Kremer, Stefan Lanka, Liang Wen-Xi, Kurt Stampfli, *Irrtümer bei der Beurteilung und Behandlung von AIDS*, „Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin”, 1999, nr 11.

Haverkos Harry W., *The Epidemiological Scope of Kaposi's Sarcoma*, „Oncology”, czerwiec 1996.

Hein Jan-Philipp, Michael Leitner, *HIV – Der große Irrtum? AIDS –Forschung: Schlampige Virusnachweise und untaugliche, beliebige Tests*, „CoMed”, 2000, nr 11.

Hein Jan-Philipp, Michael Leitner, *AIDS – Dekonstruktion einer Seuche. Wie HIV und AIDS-Statistiken zustande kommen*, „CoMed”, 2001, nr 3.

HIV-Foto: Betrügt die BAYER-Forschung die Wissenschaft?, „raum&zeit”, maj-czerwiec 1998, nr 93.

Hodgkinson Neville, *Let's Have an International Inquiry*, „New African”, listopad 1996.

Hodgkinson Neville, *New Doubts Over AIDS Infection As HIV Test Declared Invalid*, „Sunday Times”, 01.08. 1993.

Hodgkinson Neville, *AIDS: The Empero's Clothes*, „Sunday Times”, 28.11.1993.

Hodgkinson Neville, *Paradigms Lost*, „Continuum”, listopad 1994/styczeń 1995.

Hodgkinson Neville, *Top Chemist Urges Rethink on AIDS*, „Sunday Times”, 28.11.1993.

Hodgkinson Neville, *Zeitgeist: World AIDS Conference*, „The European”, 22.06.1998.

Hodgkinson Neville, *Experts mount startling challenge to AIDS orthodoxy / AIDS: Can we be positive?*, „The Sunday Times”, 26.04.1992.

Hodgkinson Neville, *Government to back rebels in AIDS research*, „The Sunday Times”, 03.05.1992.

Hodgkinson Neville, *AIDS rebel blames scientists for deaths*, „The Sunday Times”, 17.05.1992.

Hodgkinson Neville, *The truth is, we don't know what causes this disease*, „The Sunday Times”, 26.07.1992.

Hodgkinson Neville, *Factor 8 hope in HIV battle*, „The Sunday Times”, 22.02.1993.

Hodgkinson Neville, *AIDS truth falls victim to virus of ignorance*, „The Sunday Times”, 14.03.1993.

Hodgkinson Neville, *Epidemic of AIDS in Africa: A tragic myth*, „The Sunday Times”, 21.03.1993.

Hodgkinson Neville, *The cure that failed*, „The Sunday Times”, 04.04.1993.

Hodgkinson Neville, *New realism puts the brake on HIV bandwagon*, „The Sunday Times”, 09.05.1993.

Hodgkinson Neville, *How giant drug firm funds the AIDS lobby*, „The Sunday Times”, 30.05.1993.

Hodgkinson Neville, *Babies give lie to African AIDS*, „The Sunday Times”, 29.08.1993.

Hodgkinson Neville, *African AIDS: true or false?*, „The Sunday Times”, 05.09.1993.

Hodgkinson Neville, *The plague that never was*, „The Sunday Times”, 03.10.1993.

Hodgkinson Neville, *Nobel chemist attacks HIV theory of AIDS*, „The Sunday Times”, 28.11.1993.

Hodgkinson Neville, *New evidence links gay sex drug to AIDS*, „The Sunday Times”, 10.04.1994.

Hodgkinson Neville, *Cry, Beloved Country: How Africa became the victim of a non-existent epidemic of HIV/AIDS* [w:] *AIDS: Virus or Drug Induced?*, (red. Peter Duesberg), Norwell (Mass.) 1996.

Hodgkinson Neville, *AIDS: Is Anyone Positive?*, „The European”, 22.06.1998.

Hodgkinson Neville, *AIDS: Why we won't be silenced*, „The Sunday Times”, 12.12.1993.

Hodgkinson Neville, *Conspiracy of silence*, „The Sunday Times”, 03.04.1994.

Hodgkinson Neville, *False positive, TB and the „HIV” epidemics, that never was*, „Continuum”, maj-czerwiec 1996.

Hodgkinson Neville, *Origins of Specious*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Hodgkinson Neville, *Some Observers Are Critical of HIV Theory*, „The Sunday Independent”, (Johannesburg) 09.07.2000.

Hodgkinson Neville, *Viewpoint*, „New African”, grudzień 2000.

Hodgkinson Neville, *AIDS: Scientific or Viral Catastrophe*, „Journal of Scientific Exploration”, 2003, nr 1.

Horton Richard, *The Dawn of McScience*, „New York Review of Books”, 11.03.2004.

Jablecki Jerzy, *Aids epidemic-questions to be answered*, „HIV&AIDS Review. International Journal of HIV Related Problems”, czerwiec 2004.

Jablecki Jerzy, Jerzy Rudnicki, *African AIDS reappraisal*, „HIV&AIDS Review. International Journal of HIV Related Problems”, grudzień 2004.

Johnson Christine, *Factors Known to Cause False-Positive HIV Antibody Test Results*, „Zenger's”, wrzesień 1996.

Johnson Christine, *Bad Blood or Bad Science: Are Haemophiliacs with AIDS Diagnoses Really Infected with HIV?*, „Continuum”, lato 1998.

Johnson Christine, *Mass HIVtesting: a disaster in the making*, „Zenger,s”, sierpień 1996.

Johnson Christine, *Is anyone really positive?*, „Continuum”, kwiecień-maj 1995.

Johnson Christine, *Viral Load and the PCR – Why They Can't Be Used to Prove HIV Infection*, „Continuum”, listopad-grudzień 1996.

Johnson Christine, *Whose Antibodies Are They Anyway?*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Johnson Christine, *Why the „AIDS Tests” doesn't work in Africa*, „Rethinking AIDS”, styczeń 2001.

- Johnson Christine, *Does HIV Exist?*, wywiad z Eleni Papadopulos-Eleopulos, „Reappraising AIDS”, 1998, nr 5-6.
- Johnson Gale D., *World Food and Agriculture* [w:] Herman Kahn, Julian Simon (red.), *The Resourceful Earth*, Londyn 1984.
- Jones Colman, *What If HIV Doesn't Exist?*, „NOW”, 21.11.1996.
- Jones Colman, *AIDS scientist wants to jail me*, „NOW”, 04.05.2000.
- Jones Colman, *Fudged facts: AIDS science does a number on Africa* „NOW”, 09.03.2000.
- Jones Colman, *Monkey business over HIV's origins*, „Science Link”, maj 1999.
- Jones Colman, *The HIV chimp theory that fell off a tree*, „NOW”, 04.02.1999.
- Jones Colman, *Clear thinking on AIDS, and about time*, „Globe and Mail”, 02.08.1997.
- Jones Colman, *AIDS in the 1990s: More Questions than Answers*, „Science Link”, styczeń 1996.
- Jones Colman, *In 1991 The Case of Kimberly Bergalis Terrified the Nation When Government Health Officials Reported This Young College Student Had Contracted AIDS from her Dentist. But Did She?*, „Spin”, sierpień 1994.
- Jones Colman, *Last Year the U.S. Rejected Large-scale Trials of the Current HIV Vaccines*, „Spin”, nr 10, styczeń 1995.
- Jones Colman, *The fight over whether or not HIV causes AIDS*, „Spin”, maj 1995, nr 2,
- Keller Steven D., *AIDS Science at War with Gay Men*, „Magnus”, listopad 1999.
- Köhnlein Claus, *Virale Seuchen, die es gar nicht gibt*, „raum&zeit”, 2001, nr 111.
- Koliadin Vladimir L., *What causes a positive test for HIV antibodies* [w:] UN-Public Information Dossier, II wyd. (IFAS – International Forum for Accessible Science), kwiecień 1998.
- Krafeld Karl, *Inventing the AIDS Virus? Truth or Dare*, „Continuum”, jesień 1997.
- Konik Roman, *Czarna apokalipsa* [w:] Romuald Lazarowicz (red.), *Bitwa o umysł. Wybór tekstów miesięcznika „Opcja na prawo”*, Wrocław 2003.
- Kot Juliusz, *Rola prezerwatyw w polityce zagranicznej USA*, „Stańczyk. Pismo konserwatystów i liberałów”, (1987), nr 7.
- Kramer Larry, *AIDS Drugs Are Toxic Shit*, „Magnus”, marzec-kwiecień 2000.
- Kremer Heinrich, *Wie seriös ist die Seuchenmedizin?* [w:] materiały do filmu *Die AIDS-Rebellen*, Dortmund 1992.
- Kremer Heinrich, *Haben Dr. Gallo und Kollegen maßgeschneidert den „AIDS-Test” manipuliert?*,

„raum&zeit”, 1998, nr 95.

Kremer Heinrich, *Acquired Iatrogenic Death Syndrome (AIDS)*, „Continuum”, listopad-grudzień 1996.

Kremer Heinrich, *Afrika: die Hintergründe der angeblichen AIDS-Seuche*, „raum&zeit”, 2001, nr 113.

Kremer Heinrich, *AIDS – Ein von Ärzten forciertes Todes-Syndrom?*, „raum&zeit”, 1997, nr 86.

Kremer Heinrich, *Has Mankind set out on a Path of Micro-Ecological Self-Destruction?*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1997.

Kremer Heinrich, *Die Perversionen der AIDS-Medizin*, „raum&zeit”, 2003, nr 121.

Kremer Heinrich, *Wird manipuliertes Eiweiß-Gemisch als „AIDS-Test” verkauft?*, „raum&zeit”, 1998, nr 95.

Kremer Heinrich, Stefan Lanka, *Vorsicht AIDS-Medizin: Lebensgefahr!*, „raum&zeit”, 1996, nr 79.

Kremer Heinrich, Alfred Hässig, Stefan Lanka, *AIDS: death by prescription*, „Continuum”, lipiec-sierpień 1996.

Krynén Philippe, *Looking from inside*, „Continuum”, zima 1997-1998.

Lang Serge, *HIV and AIDS: Questions of Scientific and Journalistic Responsibility; To Fund Or Not to Fund, That Is the Question: Proposed experiments on the drug-AIDS hypothesis*, [w:] tenże, *Challenges*, Secaucus (New Jersey) 1998.

Lanka Stefan, *Collective Fallacy: Rethinking HIV*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Lanka Stefan, *Fehldiagnose AIDS? – Bisher konnte das „HI-Virus” nicht isoliert werden*, „Wechselwirkung”, grudzień 1994/styczeń 1995.

Lanka Stefan, *HIV – Reality or Artefact?*, „Continuum”, kwiecień-maj 1995.

Lanka Stefan, *HIV Debate*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1995.

Lanka Stefan, *No Viral Identification: no Cloning as Proof of Isolation*, „Continuum”, luty-marzec 1997.

Lass Ilse, *Frei von Armut, frei von AIDS*, „alaska”, styczeń 2001.

Lauritsen John, *The AIDS War: Lies and Censorship in Coverage of the Epidemic*, „New York Native”, 12.08.1991.

Lauritsen John, *Dissent at the Berlin AIDS Conference*, „Rethinking AIDS”, 1993, nr 7.

Lauritsen John, *„AIDS” Criticism in Europe*, „New York Native”, 15.06.1992.

Lauritsen John, *Petrushka was poisoned. Did AZT Contribute to Nureyev’s Untimely Death?*, „New

York Native”, 01.02.1993.

Lauritsen John, *The Poppers-KS Connection*, „New York Native”, 13.06.1994.

Lauritsen John, *FDA Documents Show Fraud in AZT Trials*, „New York Native”, 30.03.1992.

Lauritsen John, *AIDS: A Death Cult*, „Gay and Lesbian Humanist”, zima 2003.

Lehrman Nathaniel S., *Muzzling and Destroying AIDS Dissenters: The McCarthy Inquisition’s Latest Phase*, „Rethinking AIDS”, styczeń-luty 1994.

Leitner Michael, Jan-Philipp Hein, *Das AIDS-Roulette. Warum die Tests keine Aussage zu einer Virusinfektion machen können*, „CoMed”, 2000, nr 12.

Leitner Michael, Jan-Philipp Hein, *AIDS-Cocktails. Erkenntnisse über Giftwirkungen jahrelang unter Verschluss*, „CoMed”, 2001, nr 1.

Leszczyński Adam, *Czekając na cud*, „Niezbędnik inteligenta” (dodatek do tygodnika „Polityka”), 2004, nr 38.

Lexchin Joel, Lisa Bero, Benjamin Djulbegovic, Otavio Clark, *Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review*, „British Journal of Medicine”, 31.05.2003.

Malan Rian, *Far more at stake than a denialist conspiracy*, „Business Day” (RPA), 02.11.2001.

Malan Rian, *AIDS in Africa: In Search of Truth*, „Rolling Stone”, 21.11.2001.

Malan Rian, *Megadeath and Megahype – The numbers for AIDS don’t add up*, „San Francisco Chronicle”, 06.01.2002.

Malan Rian, *Africa isn’t dying of AIDS*, „The Spectator”, 13.12.2003 (przedruk: „Forum”, 2004, nr 5).

Mann Cass, *Poppers: High Time to Think Again?*, „Continuum”, wrzesień-październik 1995.

Maver Robert, *HIV Infection as Leading Cause of Death in Young Adults?*, „Rethinking AIDS”, 1993, nr 7.

Mbeki Thabo, list do prezydenta Clintona, premiera Blaire’a i innych przywódców państw świata z 3 kwietnia 2000 – opublikowany po raz pierwszy w „Washington Post”, 19 kwietnia 2000.

Mbeki Thabo, *A hundred flowers under the Africa sun*, „ANC Today”, 2003, nr 30.

McKenzie Adrian, *„God Has No Allergies”: Immanent Ethics and the Simulacra of the Immune System*, „Postmodern Culture”, styczeń 1996.

Mintzes Barbara, *Direct to consumer advertising is medicalizing normal human experience*, „British Journal of Medicine”, 13 .04.2002.

Moran Gordon, *Silencing Scientists and Scholars in Other Fields. Power, paradigm controls, peer review and scholarly communication*, „Continuum”, lato 1998.

Moynihan Ray, *The making of a disease: female sexual dysfunction*, „British Medical Journal”, 04.01.2003.

Moynihan Ray, *Who pays the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies*, „British Medical Journal”, 31.05.2003.

Moynihan Ray, Iona Heath, David Henry, *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, „British Medical Journal”, 13.04.2002.

Moynihan Ray, Richard Smith, *Too much medicine? Almost certainly*, „British Medical Journal”, 13.04.2002.

Müller Roger, *Skepsis gegenüber einem Medikament, das krank macht. Azidothymidin, einst die „erste Waffe gegen AIDS”, gerät zur Zeit mehr und mehr ins Kreuzfeuer der Kritik*, „Die Weltwoche”, 25.06.1992.

Mullis Kary B., wstęp [do:] Peter H. Duesberg, *Inventing the AIDS Virus*, Waszyngton 1996.

Mullis Kary B., *Nobody Has to Cure AIDS To Get Paid*, „Rethinking AIDS”, 1994, nr 10.

Mullis Kary B., *The Medical Establishment vs. The Truth*, „Penthouse”, wrzesień 1998.

Murphy Brian K., *AIDS Obscures Injustice and Medicalizes Poverty*, „Canadian Dimensions”, czerwiec-lipiec 1995.

Murphy Brian K., *The Politics of AIDS*, „Third World Resurgence”, lipiec 1995.

Muzondwa Banda, *AIDS: Let them eat their figures*, „New African”, wrzesień 1999.

Neil Andrew, *The Great Aids Myth Is Finally Laid to Rest*, „The Sunday Times”, 23.06.1996.

Newman Nathan, *Big Pharma, Bad Science*, „The Nation”, 25.07.2002.

Niklewicz Konrad, *Tabletki (od) bólu głowy*, „Gazeta Wyborcza”, 9-10.10.2004.

Nobel Prize Winner Kary Mullis on AIDS, „Rethinking AIDS”, 1994, nr 10.

Null Gary, *AIDS is not a Death Sentence*, „Penthouse”, 1994, nr 1.

Null Gary, *The Big Lie about AIDS*, „Penthouse”, 1995, nr 4.

Null Gary, *HIV equals AIDS and Other Myths*, „Penthouse”, 1995, nr 11, 12.

Odipo Dominic, *Does HIV actually cause dreaded AIDS disease?*, „East African Standard”, 26.01.2001.

O’Hearn Shawn, *Death is not a „Side Effect”*, „Magnus”, grudzień 1999.

Olender Elżbieta, *Wielkie grzechy wielkich korporacji*, „Gazeta Wyborcza”, 9-10.10.2004.

Ortleb Charles L., *Gallo’s Epidemic of Lies*, „New York Native”, 06.06.1992.

Ostrom Neenyah, *Gallo Accused of „Errors and Omissions” in Scientific Report*, „New York Native”, 20.06.1994.

Ostrom Neenyah, *Gallo Does It Again*, „New York Native”, 17.10.1994.

Ostrom Neenyah, *Retrovirusgate*, „New York Native”, 28.11-05.12.1994.

Ostrom Neenyah, *AZT Disease: Doctor cautions that thousands may die due to toxic drug*, „New York Native”, 02.10.1989.

Ostrom Neenyah, *Nightmare on AZT Street*, „New York Native”, 04.09.1995.

Ostrom Neenyah, *The poisoning continues: Pregnant women with „AIDS” to be toxic drug*, „New York Native”, 31.07.1989.

P. JEN., K. D., AST, *Tysiące przekupionych lekarzy*, „Rzeczpospolita”, 27.05.2004.

Pa. Tyk., *Mit o heteroseksualnym AIDS*, „Nowe Państwo”, 1995, nr 2.

Paglia Camille, [wywiad] „Continuum”, lipiec-sierpień 1996.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *The Haemophilia Connection*, „Continuum”, listopad-grudzień 1995.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *Is HIV the Cause of AIDS?*, „Continuum”, jesień 1997.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *A Critical Analysis of Luc Montagnier’s Interview Answers to Djamel Tahi*, „Continuum”, zima 1997-1998.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *Looking Back on the Oxidative Stress Theory of AIDS*, „Continuum”, zima 1998-1999.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *Reappraisal of AIDS – Is the Oxidation Induced by the Risk Factors the Primary Cause?* „Medical Hypotheses”, 1998, t. 25.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *The final act: Should HIV-AIDS critics question the existence of HIV?*, „Reappraising AIDS”, 1999, nr 12.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *Did Africans get HIV from chimps?*, „Reappraising AIDS”, 1999, nr 8.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, *A Critical Analysis of the Evidence for the Existence of HIV and the HIV Antibody Tests*, wykład wygłoszony w Genewie 28 czerwca 1998.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, *Has Gallo Proven the Role of HIV in AIDS?*, „Emergency Medicine”, czerwiec 1993.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, *Oxidative stress, HIV and AIDS*, „Research in Immunology”, 1992, (nr 143).

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, *Is HIV Really Hiding in the Lymph Nodes?*, „Reappraising AIDS”, wiosna 1994.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, Gordon Stewart, David Causer, *HIV Antibodies: Further Questions and a Plea for Clarification*, „Current Medical Research and Opinion” (1997).

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer, Barry A. P. Page, *HIV Antibody Tests and Viral Load – More Unanswered Questions and a Further Plea for Clarification*, „Current Medical Research and Opinion” (1998).

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, *AIDS in Africa*, „Rethinking AIDS”, styczeń 1995.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer, *A Brief History of Retroviruses*, „Continuum”, zima 1997-1998.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer, *The Isolation of HIV: Has It Really Been Achieved? The Case Against*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, *Is a Positive Western Blot Proof of HIV Infection?*, „Bio/Technology”, czerwiec 1993.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, *Kaposi's Sarcoma and HIV*, „Medical Hypotheses”, 1992, t. 39.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, Harvey Bialy, *AIDS in Africa: Distinguishing Fact and Fiction*, „World Journal of Microbiology and Biotechnology”, 1995, nr 11.

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, David Causer, Helman Alphonso, Todd Miller, *A Critical Analysis of the Pharmacology of AZT and its Use in AIDS*, „Current Medical Research and Opinion”, suplement nr 1 (maj 1999).

Papadopulos-Eleopulos Eleni, Valendar F. Turner, John M. Papadimitriou, Helman Alphonso, Barry A. P. Page, David Causer, Sam Mhlongo, Christian Fiala, Anthony Brink, *High rates of HIV seropositivity in Africa – alternative explanation*, [list do redakcji] „International Journal of STD&AIDS”, 2003, nr 14.

Pasquarelli David, *Stop Funding AIDS Fear*, „Magnus”, marzec-kwiecień 2000.

Pasquarelli David, *The Modern Anti-Gay Pogrom*, „Magnus”, listopad 1999.

Pasquarelli David, *The AIDS Joke*, „Magnus”, styczeń 2000.

Passi Siro, *Progressive Increase of Oxidative Stress in Advancing Human Immunodeficiency*, „Continuum”, lato 1998.

Peron Jim, *Population Politics and the Shambles of Africa* [w:] Peron Jim, *Exploding Populations*

Myths, Vancouver 1995.

Peron Jim, *The Sorry Record of Foreign Aid in Africa*, „The Freeman: Ideas on Liberty”, sierpień 2001.

Peron Jim, *Pimps, Potemkin and the Vampire Elite*, „The Laissez Faire Electronic Times”, 2002, nr 29.

Peron Jim, *My Encounter with the Poverty Pimps*, „The Laissez Faire Electronic Times”, 2002, nr 30.

Petrelis Michael, *AIDS Drops to 7th Leading Cause of Death*, „Magnus”, listopad 1999.

Picard André, *HIV Deniers Should Be Jailed: Researcher: Head of AIDS Body Slams Fringe Movement*, „Globe & Mail”, 01.05.2000.

Plumley Peter, *AIDS – the Great Numbers Game*, „Rethinking AIDS”, październik-listopad 1993.

Rasnick David, *Non-infectious HIV is Pathogenic: Dr. David Ho et al Duck Questions, Flee Scrutiny, Make Absurd Statements*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1997.

Rasnick David, *Inhibitors of HIV Protease Useless Against AIDS*, „Reappraising AIDS”, sierpień 1996.

Ratcliffe Molly, *AIDS Babies?*, „Continuum”, wrzesień-październik 1995.

Relman Arnold, *The new medical-industrial complex*, „The New England Journal of Medicine”, 1980, (303).

Relman Arnold, Marcia Angell, *America's other drug problem: how the drug industry distorts medicine and politics*, „The New Republic”, 16.12.2002.

Richman Sheldon, *Health is the Health of the State*, „Freedom Daily”, lipiec 2002.

Rivers Daniel, *Why AIDS Is Not an Infectious Disease*, „Gay & Lesbian Times”, 11.05.1995.

Rolik Mateusz, *HIV/AIDS – rzeczywistość czy pseudonaukowy mit?*, referat wygłoszony na III Sympozjone Europejskim w Długopolu Zdroju k. Bystrzyca Kłodzkiej, 26-28 października 2001 (nieopublikowany).

Root-Bernstein Robert S., *Do We Know the Cause(s) of AIDS?*, „Perspectives in Biology and Medicine”, 1990, t. 33.

Root-Bernstein Robert S., *Non-HIV Immunosuppressive Factors in AIDS: A Multifactorial Synergistic Theory of AIDS Etiology*, „Research in Immunology”, 1990 nr 4.

Root-Bernstein Robert S., *Good (Hidden) News About the AIDS*, „The Wall Street Journal”, 02.12.1993.

Root-Bernstein Robert S., *The Prostitutes' Paradox*, „Rethinking AIDS”, marzec 1993.

Root-Bernstein Robert S., *Agenda for U.S. AIDS Research Is Due for a Complete Overhaul*, „The Scientist”, 04.04.1994.

Russell Alex, „HIV” *Witchboys: Confession, Possession, Obsession*, „Continuum”, jesień 1997.

Russell Alex, *Outlaw „HIV” Testing: Refuse and Resist!*, „Death Camp”, styczeń 1998, nr 19.

Russell Alex, „HIV Belief” *as a Totalitarian Movement*, „Death Camp”, marzec-kwiecień 1996, nr 10.

Russell Alex, „HIV” *Junt’s Man-Made Mass Death*, „Death Camp”, maj 1998, nr 20.

Russell Alex, *AIDS-related Kitsch*, „Continuum”, maj-czerwiec 1996.

Russell Alex, *The HIV Haute Couture Habitus*, „Continuum”, wiosna 1998.

Russell Alex, *Communicable disease*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1997.

Russell Alex, *HIV Does Not Exist*, „Positive Nation”, grudzień 1997-styczeń 1998.

Russell Alex, *Activating an Alternative anti-aids Archive*, „Continuum”, lato 1999.

Russell Alex, *The Political Taxonomy of „HIV”: Selling a Signifier Without a Signified*, „Continuum”, zima 1998-1999.

Russell Alex, „HIV” *Hegemony: Paradigm Protectionism and the Politics of Peer Review*, „Death Camp”, (styczeń 1999), nr 22.

Russell Alex, *Putting Pressure on the „HIV” Paradigm Protector Publications*, „Death Camp”, (kwiecień 1999), nr 23.

Russell Alex, *The „HIV Homofascist” Identity*, „Magnus”, marzec-kwiecień 2000.

Russell Alex, *Straight to the point: where is the UK heterosexual „AIDS” Epidemic?*, „Outcast Magazine”, czerwiec 2001.

Sacher Juliane, *AIDS-Forschung in der Sackgasse. Hemmt das HIV/AIDS-Dogma heilberufliche Hilfe?*, „CoMed”, 1999, nr 11.

Schmidt Peter, *Das Ende der AIDS-VIRUS-Theorie*, „raum&zeit”, 1991, nr 50.

Schneider Kawi, *Endlich: AZT auf der Anklagebank*, „raum&zeit”, (1993), nr 65.

Schneider Kawi, *Karry Mullis: Die HIV-AIDS-These ist falsch*, „raum&zeit”, (1995), nr 73.

Schüklenk Udo, *HIV nicht Ursache von AIDS?*, [wywiad z Johnem Lauritsenem], „Rosa Flieder-die schwule Zeitschrift”, grudzień 1988-styczeń 1989.

Selvey Jeremy, *Genocide, Aids and the FDA: Debunking Misinformation Internationally*, „Perceptions Magazine”, jesień-zima 1993.

Shenton Joan, *AIDS and Africa*, „Rethinking AIDS”, maj 1993.

Shenton Joan, *Whatever Happened to AIDS in Haiti?*, „Continuum”, maj-czerwiec 1996.

Smith Richard, *Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows*, „British Medical Journal”, 31.05.2003.

Sonnabend Joseph A., *Fact and Speculation About the Cause of AIDS*, „AIDS Forum”, maj 1989.

Stewart Gordon T., *A paradigm under pressure. HIV-AIDS model owes popularity to widespread censorship*, „Index on Censorship”, 1999, nr 3.

Stewart Gordon T., *AIDS, The Myths and Martyrdom*, „Daily Mail”, 05.04.1993.

Strohman Richard, przedmowa [do:] Peter Duesberg, *Infectious AIDS. Have We Been Misled?*, Berkeley 1995.

Strohman Richard, *Alternative Theories about AIDS should not be dismissed out of hand*, [list do] „British Medical Journal”, 02.11.1996.

Szasz Thomas, *Toward the Therapeutic State*, „The New Republic”, 11.12.1965.

Szasz Thomas, *Therapeutic Tyranny*, „Omni”, marzec 1980.

Szasz Thomas, *Building the Therapeutic State*, „The Contemporary Psychology”, 27.04.1982.

Szasz Thomas, *The Therapeutic State is a Modern Leviathan*, „The Wall Street Journal” (edycja europejska), 11.01.1994.

Szasz Thomas, *Diagnosis in the Therapeutic State*, „Liberty”, wrzesień 1994.

Szasz Thomas, *Routine Neonatal Circumcision: Symbol of the Birth of the Therapeutic State*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, 1996 (21).

Szasz Thomas, *The Therapeutic State. The Tyranny of Pharmacracy*, „The Independent Review”, wiosna 2001.

Tachell Peter, *AIDS, Animal Rights and Bad Science*, „Continuum”, wrzesień-październik 1996.

Tahi Djamel, *Did Luc Montagnier Discover HIV?. Interview Luc Montagnier*, „Continuum”, zima 1997.

Teluk Tomasz, *Urzędnicza szarańcza*, „Gazeta Polska”, 2004, nr 36.

Thomas Charles A., Jr., Kary B. Mullis, Phillip E. Johnson, *What Causes AIDS? It's an Open Question*, „Reason”, czerwiec 1994.

Thomas Charles A., Jr., Kary B. Mullis, Phillip E. Johnson, *What Causes AIDS: The Debate Continues*, „Reason”, grudzień 1994.

Thomas Charles A., Kary Mullis, Bryan J. Ellison, Philip E. Johnson, *Warum wird die HIV/AIDS Kontroverse ignoriert?*, „AIDS-Report”, 1995, nr 5.

Turner Valendar F., *Testing, Testing*, „Continuum”, styczeń-luty 1996.

Turner Valendar F., *Do Antibody Tests Prove HIV Infection?*, „Continuum”, zima 1997-1998.

Turner Valendar F., *Where Have We Gone Wrong?*, „Continuum”, wiosna 1998.

Turner Valendar, Andrew McIntyre, *A Great Future Behind It*, „Nexus”, czerwiec-lipiec 1999 (część I – *The AIDS Virus-Matter or Metaphor?*), sierpień-wrzesień 1999 (część II – *What is the Evidence for the Existence of HIV?*), październik -listopad 1999 (część III – *The Yin and Yang of HIV*).

Verney-Elliott Michael, *AIDS: Designer Science, Virtual Virology and Dodgy Crystal Balls*, „Continuum”, styczeń-luty 1996.

Verney-Elliott Michael, *The Drug-AIDS Hypothesis*, „Continuum”, luty-marzec 1997.

Verney-Elliott Michael, *AIDS Vaccine – the Cruel Delusion*, „Continuum”, zima 1997-1998.

Verney-Elliott Michael, *AIDS – What A Phoney War*, „Continuum”, wiosna 1998.

Verney-Elliott Michael, *Deconstructing the „Immune System”*, „Continuum”, lato 1999.

Versi Anver, *AIDS: The Epidemic That Never Was*, „New African”, grudzień 1993.

Vollmer Tim, *AIDS Dissidents’ War on Drugs*, „San Francisco Chronicle”, 22.10.2000.

Walker Martin J., *AZT: An AIDS Defining Drug*, część I: *HIV, AZT, Big Science and Clinical Failure*, „Continuum”, czerwiec-lipiec 1997.

Walker Martin J., *AZT: An AIDS Defining Drug*, część II: *AZT: A Seller’s Market*, „Continuum”, jesień 1997.

Walker Martin J., *Totalitarian Science and Media Politics*, „Continuum”, zima 1998-1999.

Waller James, *AZT causes cancer in lab rats and mice*, „Out Week”, 17.12.1989.

Ward Michael, *Is the „deadly AIDS virus” Government Fraud?*, „New York Native”, 04.02.1991.

Warren Patricia, *AIDS and AID: Global Blackmail*, „A&U Magazine”, lipiec 2000.

Wells Jody, *AZT and the Newborn Child*, „Continuum”, luty-marzec 1994.

Wells Jody, *Acquired Nutritional Deficiency Syndrome*, „Continuum”, kwiecień-maj 1993.

Wells Jody, *HIV Dementia, Folic Acid and Vitamin B-12*, „Continuum”, kwiecień-maj 1994.

Why the „HIV Tests” Can’t Tell You Whether You Have HIV [z doktorem Rodneyem Richardsem rozmawia M. G. Conlan], „Zenger’s”, październik 2001.

Wildstein Bronisław, *Kto lubi Afrykę*, „Rzeczpospolita”, 22.08.2002.

Wright Michael P., *A Dissenting View on AIDS Policy*, „San Francisco Chronicle”, 24.05.2000.

Young Ian, *Challenging the Mainstream Consensus: AIDS Dissidents* [w:] Raymond A. Smith (red.): *Encyclopedia of AIDS: A Social, Political, Cultural and Scientific Record of the HIV Epidemic*, Chicago 1998.

Young Ian, *Cocktails for One: AIDS Treatment as a Social Sacrament*, „The HIV Realist”, grudzień 1998.

Young Ian, *Testing, Testing: A Look at Our Most Popular Ritual*, „Icon” (Toronto), marzec 1997.

Young Ian, *The Poppers Story: The Rise and Fall of „the Gay Drug”*, „Steam”, zima 1994.

Young Ian, *Rock Hudson and Mr. Hyde: A Gay Psychodrama*, „Honcho”, październik 1992.

Young Ian, *Prescription for Suicide: Gays, AZT and Mind Control*, „New York Native”, 12.09.1988.

Zabinski Fred, *AIDS – Deadly Plague or Billion-Dollar Hoax?*, „Spheric”, październik 1994.

Zawodny Piotr, *HIV od Wuja Sama*, „NIE”, 2004, nr 31.

Wykorzystano również artykuły, wywiady, analizy i komentarze następujących autorów: Bruce Agnew, Hans Ulrich Albonico, Boo Armstrong, Justin Bekelman, Anthony Brink, George Bunker, Mike Chapelle, Erwin Chargaff, Peter Chowka, Vernon Coleman, David Crowe, Marc Deru, Kevin Doherty, Fintan Dunne, Alfredo Embid, Juan José Flores, Raymond Francis, Ivan Frazer, Frank Green, Steven B. Harris, Michael Henrard, Robert Herron, Mike Hersee, Emma Hollister, Matthew Irwin, Jens Jerndall, Robert Johnston, Martin Kaufman, Manu Kothari, Anthony Liversidge, Juan Luis Lopez, Winfred Mbewe, Gerhardt Orth, Tim O’Shea, Louis Pascal, Paul Philpott, Rafael Ramos, Pedro Ródemos, Renaud Russeil, Heinz Spranger, Heinz Ludwig Sängler, Liam Scheff, Gilles St-Pierre, Djamel Tahim, Michael Tracey, Clair Walton, Susan Warman, Bud Weiss, Rae West, William White.

INTERNET

www.aids-info.net

www.aidskritik.de

www.AidsMyth.com

www.aliveandwell.org

www.aras.ab.ca

www.duesberg.com

<http://earthlink.net>

<http://groups.com/aidsmythexposed>

www.healtoronto.com

www.rethinkingaids.net

www.robertogirardo.com

www.sidasante.com

www.sumeria.net/aids

www.theperthgroup.com

[www.toxi health.com](http://www.toxihealth.com)

www.virusmyth.net