

ROZDZIAŁ III

„Epidemia epidemii”
i powrót chorób
zakaźnych





3. „Epidemia epidemii” i powrót chorób zakaźnych

W epidemii wirusowej paranoi pacjentem zero jest książka The Hot Zone

Geoffrey Cowley (za: King 2004, s. 73)

W XX wieku znacząco spadły wskaźniki śmiertelności i zapadalności na poważne choroby zakaźne oraz wzrosła spodziewana długość życia. Zmieniły się również główne przyczyny zgonów: niegdyś były nimi choroby zakaźne, dziś umieramy najczęściej na choroby chroniczne i nowotworowe. W ciągu pierwszych ośmiu dekad ubiegłego wieku śmiertelność z powodu chorób zakaźnych zmalała z 797 śmierci na 100 tysięcy ludzi do 36 (Armstrong, Conn, Pinner 1999). W krajach o wysokich dochodach choroby zakaźne odpowiadały za 6% lat życia skorygowanych niesprawnością (*disability-adjusted life years lost*, DALYs) w 2002 roku, a do 2030 ten odsetek ma spaść o połowę (Bygbjerg 2012). W związku ze zmniejszeniem się zapadalności umieralności na choroby zakaźne wielu lekarzy i naukowców lat 60. i 70. stwierdziło, że wojna z zarazami została wygrana. William Stewart, Chirurg Generalny Stanów Zjednoczonych, miał rzekomo wygłosić w 1967 roku twierdzenie, że „księgę chorób zakaźnych można uznać za zamkniętą”. Wprawdzie Steward nie stwierdził niczego takiego (Spellberg, Taylor-Blake 2013), jednak taki pogląd był dość powszechny w środowisku lekarskim (Berkelman, Freeman 2004, s. 352). Podobnie jak twierdzenie, że choroby zakaźne z czasem muszą złągodnieć (zob. Ewald 1994, s. 3–6). Medycyna zakaźna stała się mało atrakcyjną ścieżką kariery zawodowej, naukowcy przekierowali swoją uwagę na choroby niezakaź-

ne jako bardziej zajmujące zjawiska, a instytucje publiczne zaczęły pieniądze dotąd zarezerwowane na walkę z epidemiami chorób zakaźnych przeznaczать na inne cele (Washer 2010, s. 43–44). Takie organizacje jak CDC miały skupić się na innych epidemiach dotyczących nowoczesne społeczeństwa, w tym na samobójstwach. Oznaczałoby to w praktyce demontaż części infrastruktury rozpoznającej, klasyfikującej i monitorującej choroby zakaźne oraz ich epidemie i endemie.

Wydawało się, że eksperci mieli wszelkie powody, by świętować triumf nad chorobami zakaźnymi. W ciągu niespełna wieku, jaki minął od przełomowych prac Ludwika Pasteura, Roberta Kocha i innych mikrobiologów i wirusologów, uporano się z wieloma chorobami, których diagnoza była dawniej równoznaczna z wyrokiem śmierci. Nauczyliśmy się zabezpieczać przed częścią chorób (odra, polio), inne leczyć (wścieklizna), a była i taka, którą całkowicie zwalczyliśmy (ospa prawdziwa). W ciągu tego złotego wieku medycyny trwającego od 1870 do 1970 roku (Washer 2010, s. 29–37) ludzkość była świadkiem nie tylko zaskakujących odkryć, lecz także wielkiej mobilizacji społecznej takiej jak ta, która towarzyszyła walce z polio (Oshinsky 2015). Sukces mikrobiologicznej etiologii chorób był tak duży, że wielokrotnie próbowano wykazać zaraźliwość chorób, które wcale nie przenosiły się między organizmami.

W latach 80. sytuacja zmieniła się diametralnie. Po pierwsze, zaczęto dostrzegać zupełnie nowe, dotąd nieznanne choroby zakaźne, takie jak HIV/AIDS. Po drugie, doszło do wybuchu epidemii chorób zakaźnych, które uznawano za zwalczone lub rezydualne, ewentualnie pojawiły się nowe szczepy chorób już znanych. Przykładowo wybuch epidemii ptasiej grypy w Hong Kongu w 1997 roku (szczep H5N1 dotychczas niewystępujący u ludzi) przypomniał środowisku epidemiologów, że pandemia grypy podobna do tej, która nastąpiła w 1918 roku, wciąż jest możliwa. Po trzecie, choroby zakaźne – rzekomo już dawno zwalczone – pojawiły się nie na obrzeżach systemu światowego, ale w samym sercu amerykańskich miast. Przykładem mogła być epidemia gruźlicy w Nowym Jorku w latach 80. Ogólnie od 1982 do 1992 roku liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych wzrosła o 58% (Armstrong, Conn, Pinner 1999), co było dużym za-

skoczeniem dla środowiska epidemiologów obserwujących od lat tendencję spadkową w dziedzinie chorób zakaźnych.

Wzrost ten przypisano głównie nieznanym dotąd medycynie i epidemiologii chorobom oraz pojawianiu się nowych, niebezpiecznych odmian znanych już chorób. W latach 90. ukuto dla nich zbiorczą kategorię: powracające i wyłaniające się choroby zakaźne (*emerging and re-emerging infectious diseases*, REIDs). Kategoria ta to znacznie więcej niż prosta etykieta. Jest to przede wszystkim wizja organizująca percepcję przemian nowoczesnego świata i podpowiadająca konkretne kierunki działań politycznych. Pojęcie REIDs prezentuje epidemie nie jako zjawiska przygodne, lecz coś, co wynika z postępu cywilizacyjnego. Autorom koncepcji udało się nie tylko stworzyć ramę conceptualną organizującą doświadczenia epidemiologiczne z lat 80. i 90. w spójny model, ale też zaoferować narzędzia dyskursywne do mówienia o kolejnych epidemiach. Ważne jest to, że autorzy koncepcji nie zawsze skupiali uwagę adresatów na tych chorobach, które niepokoiły najbardziej ich samych.

Autorzy kategorii [REIDs] wykorzystali rozgłos medialny takich chorób jak AIDS czy ebola, by skupić uwagę, choć byli w podobnym stopniu, jeśli nie bardziej zaniepokojeni takimi zjawiskami jak ponowne wyłanianie się gruźlicy w Stanach Zjednoczonych czy pojawianie się odpornych na antybiotyki szczepów bakterii. Nowa kategoria przeniknęła do amerykańskich agencji rządowych, ciał międzynarodowych takich jak World Health Organization oraz do [opinii] publicznej za pośrednictwem dziennikarzy i pisarzy popularnonaukowych (Washer 2010, s. xi).

Jeszcze w latach 90. koncept uległ instytucjonalizacji: powstała sieć badaczy i ekspertów zajmujących się nowymi chorobami zakaźnymi, pojawiły się periodyki i konferencje podejmujące tę tematykę, zagrożenia epidemiczne stały się istotne dla wielu decydentów. Przede wszystkim wielu ludzi zaczęło myśleć w kategoriach wyłaniania się i powrotu chorób zakaźnych. Różne ogniska zapalne różnych chorób zakaźnych nie były już osobnymi zjawiskami. Kropki połączono w większy obraz.

Z każdym rokiem zbiór REIDs był wzbogacany o nowe jednostki. Z jednej strony odkrywano zupełnie nowe zagrożenia, z drugiej zaś podciągano pod tę kategorię kolejne znane już choroby. W ciągu trzech dekad w skład tej kategorii weszły bardzo różne choroby. Obecnie lista obejmuje wiele jednostek: gorączki krwotoczne (krymsko-kongijska, Marburg, ebola), cholera, gorączka Lassa, choroby wywoływane przez koronawirusy, w tym SARS, MERS i COVID-19, gorączka Nipah, gorączka doliny Rift, HIV/AIDS, legionelloza, HCV, MRSA i inne infekcje szpitalne, borelioza, gruźlica (w tym odmiany wielolekoodporne), grypy odzwierzęce (A/H1N1, H5N1), choroba szalonych krów (vCJD), małogłowice (Zika), cholera, ospa, gorączka Zachodniego Nilu (wywoływana przez WNV), denga, malaria. Choroby te łączy zakaźny charakter. Ale są one też bardzo różne. Są tu choroby starsze od naszej cywilizacji (takiej jak malaria) i bardzo młode (gorączka ebola, HIV/AIDS lub COVID-19). Niektóre mają krótki okres inkubacji (ebola), a inne bardzo długi (HIV/AIDS). Są tu też choroby niezwykle często diagnozowane, takie, których – przynajmniej w krajach rozwiniętych – diagnozuje się zaledwie kilka przypadków rocznie, a są i takie, na które w ogóle nie ma testów diagnostycznych (vCJD). Wśród REIDs jest wiele chorób powszechnie znanych z COVID-19, Ziką i gorączką ebola na czele, ale są wśród nich również choroby niemal nieobecne w mediach i świadomości publicznej społeczności krajów wysoko rozwiniętych, takie jak malaria czy gruźlica.

Kluczowe z perspektywy socjologicznej jest to, że ujęcie tych wszystkich chorób w jedną kategorię nie było ani czymś oczywistym, ani automatycznym. W pierwszym rozdziale przywoływaliśmy badania, które pokazują, że zarówno zdrowie publiczne, jak i etiologia mikrobiologiczna nie były czymś odwiecznym lub zastanym: musiały zostać skonstruowane. Idea, że zdrowie to rzecz publiczna, nie stałaby się częścią dyskursu publicznego i praktyk społecznych bez wysiłków między innymi brytyjskich utylitarystów i francuskich higienistów oraz bez zainteresowania ze strony polityków, klasy średniej i przedsiębiorców. Działanie Pasteura również było pracą z zakresu konstruowania nowego, istotnego dla wielu grup zestawu faktów: (1) niewidzialne czynniki mogą wywoływać choroby oraz

psuć żywność, (2) możemy je identyfikować i zabezpieczać się przed ich działaniem, (3) ci, którzy tego nie zrobią, przegrają rywalizację w sferze polityki, wojny i handlu. Przyjrzyjmy się zatem kontekstom i czynnikom, które wykorzystano, czyniąc koncepcję REIDs naukowo i społecznie istotną.

Wyłanianie się chorób jako efekt uboczny modernizacji

Epidemiolodzy powiązali „nowe” choroby zakaźne bezpośrednio z procesami modernizacji społeczeństw i rozwojem technologicznym. Wśród czynników sprzyjających wyłanianiu się chorób wymienia się procesy demograficzne, urbanizację, deforestację, współczesne masowe rolnictwo i hodowlę połączone z dystrybucją dóbr. Znaczenie ma również ogólna mobilność i szeroko pojmowana globalizacja. Wszystkie te elementy pokrywają się w dużej mierze z tym, w jaki sposób teoretycy społeczni tacy jak Anthony Giddens (2008) i Ulrich Beck (Adam, Beck, Loon 2000; Beck 2002, 2013) pisali o współczesnych zachodnich społeczeństwach. W myśl ich teorii żyjemy w dobie późnej nowoczesności (ewentualnie jesteśmy świadkami remodernizacji), kiedy to za sprawą splotu przemian technologicznych, politycznych, gospodarczych i kulturowych powstał niezwykle złożony i trudny do kontrolowania oraz opisywania system społeczny. A to odnosi nas do kwestii późnonowoczesnego ryzyka.

Modelowym przykładem zagrożenia stanowiącego wynik złożoności i nieprzewidywalności współczesnego świata jest wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba, potocznie określany jako choroba szalonych krów. Dość szybko ustalono, że chorobę tę wywołują priony, czyli zakaźne białka. Ich obecność w wołowinie wynikała z innowacji w systemie hodowli polegającej na dodawaniu do paszy mączki kostnej pozyskiwanej z kości ubitych zwierząt. Czynnikiem zakaźny, który miał dotąd małe szanse na transfer, stał się „beneficjentem” innowacji technologicznej optymalizującej produkcję. „Beneficjentką” innowacji technologicznych była również legionella, która nauczyła się żyć w systemie wentylacji oraz w rurach wodociągowych dostarczających wodę pitną. Komary nauczyły się z powodzeniem

wykorzystywać jako swoje wylęgarnie porzucone butelki plastikowe i zużyte opony. Może się to wydawać mało istotne, ale tego typu odpady znacząco zwiększają zasięg komarów roznoszących malarię w Afryce.

Przytoczone przykłady prezentują nieprzewidziane efekty uboczne przemian społeczno-technologicznych. Czasami jednak nie mamy do czynienia z nieprzewidzianym oddziaływaniem w jakiejś sferze rzeczywistości, która wydawała się niepowiązana z innowacją. Czasami dochodzi do efektu odwrócenia: zmiana przynosi rezultaty odwrotne do zamierzonych. Prawdziwą kopalnią przykładów są próby modernizacji Afryki poprzez inwestycje w infrastrukturę. Tamy i sztuczne zbiorniki wodne oraz kanały irygacyjne sprzyjają rozwojowi rolnictwa. W klimacie umiarkowanym najczęściej nie są one problematyczne, jednak w rejonach tropikalnych sytuacja prezentuje się inaczej (Clark 2011, s. 63). Stojąca woda to świetne wylęgarnie dla komarów pełniących funkcje wektora malarii oraz kilku innych chorób. W wodzie stojącej i wolno płynącej są w stanie rozprzestrzeniać się przywry wywołujące schistosomatozę, o której pisaliśmy w poprzednim rozdziale. Choroba ta stanowi jedną z bardziej uciążliwych chorób endemicznych. Jeśli chodzi o projekty rozwojowe, to problematyczna okazała się też sieć drogowa: przyspieszyła ona proces rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych (Eisenberg i in. 2006). Projekty rozwojowe realizowane w ciągu ostatnich dwóch wieków w Afryce, obejmujące projekty rolnicze, relokacje, konstrukcję zapór rzecznych oraz budowę dróg, przypuszczalnie przyczyniły się do rozprzestrzenienia chorób typu malaria czy schistosomatoza bardziej niż jakikolwiek inny czynnik (Hughes, Hunter 1972).

Dużym problemem jest to, że w dobie późnej nowoczesności możliwa jest sytuacja, gdy lokalne, bardzo specyficzne czynniki ryzyka są wzmacniane i rozprzestrzeniane zarówno w wymiarze horyzontalnym (rozprzestrzenianie do nowych obszarów geograficznych), jak i wertykalnym (zagrożenia wędrują w górę i w dół drabiny społecznej). Stosuje się to świetnie do chorób zakaźnych. Chorobą zakaźną, która początkowo była lokalnym, specyficznym zjawiskiem i szybko stała się zagrożeniem globalnym, był SARS. Gruźlica z kolei spraw-

nie porusza się w górę i w dół drabiny społecznej. Przyjrzyjmy się obu zagrożeniom z perspektywy teorii społeczeństwa ryzyka.

Przypuszczalnym źródłem koronawirusa odpowiedzialnego za epidemię SARS w 2002 i 2003 roku miały być mokre rynki (Shah 2016, s. 15–35; Webster 2004). Istotne jest, że na chińskich mokrych rynkach gromadzone są zwierzęta z bardzo różnych obszarów geograficznych. Z uwagi na koncentrację i warunki higieniczne przestrzenie te stwarzają dogodne warunki dla przeskakiwania patogenów z organizmu na organizm. Znaczenie ma tu również różnorodność dostępnych na chińskich mokrych rynkach gatunków, obejmujących także gatunki dzikie, również spoza kontynentu. Ważna jest też geneza mokrych rynków w Chinach. Jest ona związana z kryzysem żywieniowym lat 70. Gospodarka rolna Chińskiej Republiki Ludowej nie była w stanie zapewnić populacji odpowiedniej ilości kalorii i białka. W obliczu klęski głodowej zagrażającej stabilności systemu politycznego państwo zrezygnowało z monopolu na produkcję żywności i dopuściło prywatną produkcję. Mali producenci nie mogli rywalizować z większymi przedsiębiorstwami i skupili się na polowaniu i zbieraniu gatunków dzikich. Inicjatywy gospodarstw domowych zyskały wsparcie rządu. W 1988 roku w wyniku zmian regulacyjnych powstał przemysł zajmujący się osławianiem i hodowlą dzikich gatunków. Doszło również do konsolidacji i pojawienia się dużych hodowców. Początkowo farmerzy koncentrowali się na pojedynczych gatunkach i działali lokalnie, nowe przedsiębiorstwa funkcjonowały już na dużą skalę, miały duży zasięg oraz oferowały szeroki asortyment gatunków. Wraz z rozwojem rynku legalnych przedsiębiorstw hodujących dzikie gatunki rozwijały się mokre rynki, a także czarny rynek zajmujący się przemytem i obrotem gatunków chronionych. Spora różnorodność i koncentracja sprzyjały wyłanianiu się chorób odzwierzęcych. Na to wszystko nakłada się globalna mobilność. Efektem było to, że pod koniec 2002 roku wirus SARS, którego przypuszczalnym źródłem był mokry rynek w Foshan, zaatakował w łącznie 29 krajach, zabijając 774 osoby. Po epidemii SARS zamknięto mokre rynki, ale na bardzo krótko. Przemysł ten dalej się rozwijał. Nie bez znaczenia jest fakt, że obecnie gatunkami oferowanymi na mokrych rynkach nie są zainteresowani ubo-

dzy szukający ratunku przed śmiercią głodową, lecz elity zainteresowane konsumpcją egzotycznych pokarmów¹.

Łatwość, z jaką gruźlica pokonuje bariery społeczne i ekonomiczne, dobrze ilustruje kryzys zdrowotny, jaki dotknął Nowy Jork w latach 90.: gruźlica, która dotychczas dotykała głównie dołów społecznych, rozlała się prawie po wszystkich warstwach społecznych (Paolo, Nosanchuk 2004). Warto pamiętać, że gruźlica wracała do Nowego Jorku kilkakrotnie w ciągu ubiegłego stulecia (Lerner 1993). Epidemie tej choroby pojawiały się najczęściej w sytuacji, gdy pogarszały się warunki najuboższych mieszkańców lub zaniebdywano działania prewencyjne. Kiedy opanowywano problem gruźlicy, skupiano uwagę na innych kwestiach, zapominając o gruźlicy, problem stopniowo narastał i w końcu odnotowywano kolejny gwałtowny skok zachorowań. W kontekście gruźlicy nie wolno zapominać o kilku faktach. Po pierwsze, pomijając szczepy wielolekoodporne, gruźlica jest chorobą uleczalną: jej epidemie świadczą o jakiejś dysfunkcji systemu zdrowia publicznego. Po drugie, wskaźniki zapadalności na gruźlicę są silnie powiązane z ubóstwem (Bhatti i in. 1995; Elender, Bentham, Langford 1998; Antunes, Waldman 2001; Janssens, Rieder 2008; Bhunu, Mushayabasa, Smith 2012). Po trzecie, osoba z aktywną gruźlicą jest w stanie zarazić od 5 do 15 osób rocznie. Zarażeniu sprzyja na przykład zbyt duże zagęszczenie populacji w miastach połączone z długą ekspozycją na prątkujące osoby. Choroba jest przenoszona drogą kropelkową, przy czym kropelki z prątkami mogą wisieć w powietrzu kilka godzin. Aktywna forma gruźlicy rozwinię się tylko u nikłego odsetka zarażonych: u reszty prątki pozostaną uśpione, choć mogą przebudzić się nawet po kilku latach. Spadek odporności lub słaba dieta (niedobór białka) zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia aktywnej gruźlicy. Wróćmy jednak do Nowego Jorku lat 90.

¹ Bardzo podobnie było w przypadku pandemii świńskiej grypy. Tym razem odpowiedzialne były chińskie farmy, w których hoduje się w tej samej przestrzeni kaczki i świnię. Ponownie jednak lokalne zagrożenie szybko stało się kwestią zdrowia globalnego.

Rodrick Wallace i Deborah Wallace przekonują, że kryzys epidemiologiczny był wynikiem polityki miasta wobec podupadającego śródmieścia. Wieloletnie zaniedbania dotyczyły nie tylko służby zdrowia, ale także straży pożarnej (Wallace, Wallace 1998, s. 3–77). Społeczna dezintegracja prowadząca do zapaści osiedli wzmogła wiele ryzykownych z perspektywy epidemiologicznej zachowań oraz pogorszyła warunki bytowe, co obniżało odporność mieszkańców. Podobna sytuacja nastąpiła w kilku innych lokalizacjach poza Nowym Jorkiem, na przykład w Los Angeles (Wallace, Wallace 1993; Wallace, Wallace, Andrews 1997). Zresztą mieszkańcy śródmieścia byli narażeni bardziej od reszty mieszkańców nie tylko na infekcję gruźlicą, ale także HIV/AIDS, ospą i kilkoma innymi chorobami zakaźnymi. Istotne są tu dwie kwestie. Po pierwsze, bardzo niewiele było trzeba, aby endemia, która atakowała głównie dół drabiny społecznej, przeistoczyła się w epidemię dotykającą właściwie wszystkie szczeble struktury społecznej. Po drugie, różne epidemie mają możliwość wzajemnego wzmacniania się. I nie chodzi tylko o interakcje między różnymi chorobami zakaźnymi, co zachodzi w przypadku współwystępowania HIV/AIDS oraz gruźlicy. Również epidemia przemocy fizycznej, epidemia (konsumpcji) opioidów czy szeroko pojmowany kryzys gospodarczy mogą wspomagać epidemie chorób zakaźnych. Dla określenia zjawisk, które monitoruje epidemiologia, między którymi istnieje synergia, wprowadzono termin „syndemia” (Singer 2009).

Synergia między zjawiskami chorobowymi a czynnikami społeczno-gospodarczymi może działać na podstawie bardzo różnych mechanizmów. W grę wchodzi splot biologii, urbanistyki, polityki i gospodarki. Rozwikłanie takich splotów czynników często przysparza epidemiologom wielu problemów. Dobrze ilustruje to przykład epidemii syfilisu w Baltimore z lat 1996–1997 (Gladwell 2009). Gwałtowny skok zachorowań na syfilis w tym mieście tłumaczono trzema okolicznościami. Po pierwsze, w tym samym czasie popularna była konsumpcja cracku: epidemiolodzy przyjęli, że handel narkotykami sprzyjał przygodnym kontaktom seksualnym. Po drugie, na początku dekady w toku miejskiej „rewitalizacji” wyburzono wiele budynków, w których mieszkali ubożsi mieszkańcy, i przeniesiono

ich w jedno miejsce. Wcześniej patogen krążył w ograniczonej sieci stosunków seksualnych: relokacja wybiła go z niej i wprowadziła do szerszej populacji. Po trzecie, w tym okresie w Baltimore znacząco obniżono liczbę lekarzy w przychodniach chorób wenerycznych.

Syndemie i przykład syfilisu odnoszą nas do kolejnej istotnej cechy późnej nowoczesności: wysokiej nieprzewidywalności. Drobne zmiany i niepozorne innowacje mogą mieć zaskakujące i niekiedy katastrofalne następstwa. Ryzyko było obecne wcześniej, ale w dobie późnej nowoczesności pojawiły się jego specyficzne formy. Późnonowoczesne ryzyko, tak jak prezentuje je między innymi Beck (2002), dotyczy raczej całych zbiorowości, a nie jednostek. Często nie dotyczy wybranych lokalizacji, wspólnot, kategorii społecznych etc. Eksperti mają też trudność z jego oszacowaniem. Kalkulacja stosunku ryzyka do kosztów też jest uznawana za niezasadną w sytuacji, gdyż może dojść do katastrofy, której skutków nie zdołamy skompensować.

Zdolność sprawowania kontroli nad środowiskiem i własnym losem to istotne elementy nowoczesnego ideału. Choroby zakaźne, które towarzyszyły nam do końca XIX wieku, były skazą na tym ideale. Epidemie powracających chorób zakaźnych również zakłócają funkcjonowanie nowoczesnych instytucji, ale stanowią one do pewnego stopnia wytwór tych instytucji. W tym sensie możemy mówić o demodernizacji, odwrotnej modernizacji lub modernizacji refleksywnej, czyli procesie polegającym na tym, że wytwory nowoczesnych wynalazków instytucjonalnych, kulturowych i technologicznych jednocześnie podkopują ich fundament (Beck, Giddens, Urry 2009). Dokładnie w ten sposób epidemiolodzy prezentowali REIDs.

Modelowym przykładem demodernizacji, na który zwracali uwagę i eksperci, i media, jest pojawianie się szczepów wielolekoopornych. W połowie lat 90. media podnosiły temat „mięsożernych” bakterii i innych „supermikrobów” (*superbugs*), na które nie działały znane antybiotykoterapie. W takich krajach jak Wielka Brytania największą uwagę skupiono na wielolekoopornych odmianach gronkowca złocistego (MRSA) oraz infekcjach szpitalnych². Termin *su-*

² Fakt, że gronkowiec złocisty przykuł uwagę mediów, nie oznacza, że jest najgroźniejszym czynnikiem wywołującym infekcje szpitalne. O ile

perbug został wprowadzony do szerokiego obiegu za sprawą książki *Superbugs: Nature's Revenge* autorstwa Geoffreya Cannona (1995). Media skupiały się raczej na niskich standardach higienicznych szpitali, brudnych podłogach i brudnych dłoniach, także lekarzy, a nie na prostym fakcie, że MRSA, VRE i inne szczepy wielolekoodporne są konsekwencją nieprawidłowego i przede wszystkim nadmiernego stosowania antybiotykoterapii (Jeffrey A. Fisher 1994). Patrzenie na brudne ręce personelu medycznego, a nie na praktyki terapeutyczne sprzyjało trzem rzeczom. Po pierwsze, przeoczeniu faktu, że antybiotykoodporność jest powszechnym problemem, daleko wykraczającym poza mury szpitali. Szczególnie niepokojący w tym kontekście był wzrost zachorowań na wielolekoodporną gruźlicę (*multi-drug resistant tuberculosis*, MDR TB). Po drugie, brak dyskusji o systemowych przyczynach mógł skłaniać ludzi do wniosków, że pojawienie się odpornych szczepów to zemsta Natury. Po trzecie, była to forma stygmatyzacji: systemowe błędy interpretowano jako zaniedbania jednostek.

Od początku lat 90. eksperci zajmujący się epidemiami chorób zakaźnych ujmowali je nie jako zemstę Natury, lecz jako konsekwencję rozwoju cywilizacyjnego. Dla lekarzy i epidemiologów jest oczywiste, że MDR TB rozwija się w konsekwencji niedokończonych terapii antybiotykowych, a nie jakichś zagadkowych i nieprzewidywalnych mutacji niemających związku z działaniami ludzi. Antybiotykoodporność jest najprostszym przykładem tego, w jaki sposób ludzka aktywność sprzyja wyłanianiu się chorób.

Kluczowe jest to, że eksperci mówili konsekwentnie o wyłanianiu się, a nie o powstawaniu nowych chorób zakaźnych. Steven Morse i inni epidemiolodzy przekonywali, że głównym zagrożeniem epidemiologicznym nie są zupełnie nowe choroby zakaźne (te zdarzają się, ale są niezwykle rzadkie), ale choroby, które wytracono

MRSA zajęło 15 lat rozprzestrzenienie się na terenie Stanów Zjednoczonych, o tyle odporne na wankomycynę szczepy bakterii *Enterococci* (VRE) rozprzestrzeniły się w ciągu zaledwie pięciu lat. W przeciwieństwie do VRE, na MRSA działa wankomycyna, często nazywana antybiotykiem ostatniej szansy.

z nisz, w których dotąd funkcjonowały, i wprowadzono do szerszego obiegu. Morse określał ten proces jako *viral* lub *microbial traffic* (Morse 2001).

Warto odnotować, że w narracji eksperckiej na temat wyłaniania się i powrotu chorób zakaźnych systematycznie odwoływano się do historycznych epidemii. Wskazywano w ten sposób, że mechanizmy odpowiedzialne za obserwowane wyłanianie się i powrót chorób są zasadniczo tymi samymi mechanizmami, które zadecydowały o naszej przeszłości. Przykładem wykorzystywanym w dyskursie o REIDs jest upadek imperium Azteków (Morse 1992).

Zarówno kryzys HIV/AIDS, jak i epidemie eboli pasowały do modelu *microbial traffic*: patogen początkowo funkcjonował w małej, łatwej do opanowania i „stabilnej” niszy. Jednak za sprawą czynników związanych z rozwojem społeczno-technologicznym został wybity z tej niszy i zaczął krążyć w szerszej populacji. Za sprawą innowacji transportowych lokalne zagrożenie stało się globalne. Czas podróży miał kluczowe znaczenie w przypadku eboli: dzięki rozwojowi transportu naziemnego ogniska zapalne, które dotąd miały tendencję do samoczynnego „wypalania się”, stały się zarzewiami epidemii ogarniającej większe terytoria³. Model *microbial/viral traffic* tłumaczył również do pewnego stopnia epidemie syfilisu i gruźlicy w miastach amerykańskich. W tym konkretnym przypadku niszę zakłócały procesy urbanizacyjne. Przyjmuje się też, że w ostatnich dziesięcioleciach ogólnie wzrasta liczba odzwierzęcych chorób o potencjale epidemicznym. Ma się tak dzieć między innymi za sprawą procesów deforestacji i ekspansji osiedli ludzkich, w wyniku których stykamy się coraz częściej z dzikimi gatunkami. Najprostszym przykładem jest borelioza, która stała się problemem wraz z rozrostem podmiejskich osiedli. Przenosząca się do zielonych, podmiejskich „idylli” klasa średnia stała się bardziej narażona na ukąszenia kleszczy. Sama choroba zyskała zaś rzeszę wpływowych rzeczników, co uczyniło ją chorobą publicznie widoczną.

³ Podobnie było w przypadku XIX-wiecznej cholery, która zagroziła Europie dopiero wtedy, gdy skrócił się czas podróży morskiej z Indii.

Przekształcenia środowiska sprzyjające wyłanianiu się chorób bywają dużo bardziej skomplikowane, czego przykładem jest epidemia gorączki Zachodniego Nilu w Stanach Zjednoczonych. Wirus Zachodniego Nilu (*West Nile Virus*, WNV) jest przenoszony przez ptaki wędrowne, które przylatują do Stanów Zjednoczonych z Afryki. Gatunki te pokonywały Atlantyk przez setki lat, jednak pierwsze przypadki infekcji WNV u Amerykanów stwierdzano dopiero w 1999 roku. Dlaczego? Jedną z hipotez mówi, że ma to wiele wspólnego z bioróżnorodnością ptaków lokalnych. Dzięcioły i chruściele, w przeciwieństwie do wron i drozdów, słabo sprawdzają się w roli nosicieli WNV. Wysoka bioróżnorodność ptaków sprawiała, że WNV miał problem z terytorialnym rozprzestrzenianiem się. Jednak około dwóch dekad temu bioróżnorodność ptactwa spadła. Miejsce dzięciołów i chruścieli zaczęły zajmować wrony i drozdy, które lepiej adaptują się do różnych warunków, w tym do terenów zdegradowanych przez ludzką działalność. Z uwagi na to, że lepiej sprawdzają się w roli nosicieli WNV, wraz z rozrostem populacji tych gatunków i ich ekspansji do nowych nisz patogen mógł się łatwiej rozprzestrzeniać i ostatecznie zaatakować populację ludzi. Latem 1999 roku pojawił się w Nowym Jorku: infekcję WNV stwierdzono u 2% mieszkańców Queens, łącznie zarażonych zostało ponad osiem tysięcy ludzi. W następnym roku infekcje stwierdzono już u 1,8 miliona Amerykanów żyjących na terenie różnych stanów⁴.

⁴ Eksperci wskazują na jeszcze bardziej skomplikowane interakcje środowiska i epidemii. Próbuje się wiązać zmiany pogodowe wywołane zmianą klimatyczną z wybuchami cholery, wskazując, że zmiana prądów morskich ma znaczenie dla wielkości populacji organizmów morskich, które są naturalnym rezerwuarem przecinkowca cholery. Próbuje się łączyć infekcje hantawirusem z anomaliami pogodowymi, takimi jak wyjątkowo łagodne i mokre zimy, które przyczyniają się do wzrostu populacji gryzoni będących wektorami tego patogenu (Epstein 2001). W przypadku boreliozy spadek bioróżnorodności fauny mógł odegrać pewną rolę. Istnieje wiele gatunków, które utrzymują populacje kleszczy pod kontrolą. Należą do nich oposy i wiewiórki, ale te w wyniku suburbanizacji stały się rzadsze. Popularniejsze są myszaki *Peromyscus leucopus*, które są bardzo dobrymi nosicielami.

Przyczyną wybuchu epidemii choroby zakaźnej może być nawet kryzys finansowy. Pomijamy tu kwestię wpływu kryzysu na kondycję gospodarstw domowych i poziom stresu obywateli, co oddziałuje bezpośrednio na zdrowie, w tym na odporność na choroby zakaźne. W tym przypadku chodzi o bardzo prozaiczną sprawę, jaką były domy masowo porzucane przez wierzyteli, którzy nie byli w stanie spłacać hipotecznych kredytów *subprime*. W południowej Florydzie, pozostawione same sobie przydomowe baseny stały się wylęgarniami komarów roznoszących dengę.

Warto zwrócić uwagę na to, że ekologiczne wyjaśnianie epidemii jest problematyczne ze względów metodologicznych. Przywoływane tu wyjaśnienia są rekonstrukcjami *ex post*. Właściwie nie sposób przewidzieć, że drobna zmiana w populacji zwierząt lub wielkość opadów może doprowadzić do epidemii. Zresztą o tej zmianie też dowiadujemy się najczęściej dopiero po pewnym czasie. Oczywiście nie wszystko jest nieprzewidywalne. Obecnie panuje szeroki konsensus wokół tego, że zmiana klimatyczna będzie sprzyjać pojawianiu się kolejnych epidemii chorób zakaźnych (Patz i in. 1996). W ciepłym klimacie trudniej o higienę, a także lepiej radzą sobie w nim organizmy roznoszące różne choroby zakaźne: ich zasięg się zwiększa, skraca się też okres inkubacji. Zmiana klimatyczna wpływa również na bioróżnorodność. Panuje też szeroki konsensus, że częstsze interakcje międzygatunkowe, czy to w wyniku ekspansji ludzkich osiedli, czy to na terenie mokrych rynków, również podnoszą ryzyko epidemiologiczne. Kolejną rzeczą, co do której panuje zgoda, to fakt, że gospodarstwa hodowlane również mogą stanowić źródło kolejnej choroby o potencjale pandemicznym. Idąc dalej, na podstawie dotychczasowych wyników możemy bezpiecznie założyć, że także wzrost nierówności, zapaści gospodarcze i konflikty zbrojne sprzyjają pojawianiu się epidemii. Nikt jednak nie przewidzi, jak interakcje czynników politycznych, społecznych, technologicznych i ekologicznych wygenerują kolejne zagrożenie epidemiczne. Nie wskażemy patogenów, które staną się dla nas groźne w zbliżającym się czasie.

Ekologiczne wyjaśnienia, dlaczego choroby się wyłaniają, trudno też streścić w komunikatach medialnych. O ile mikrobiolodzy, ekolodzy i epidemiolodzy rozumieją zależności między patogenami,

nosicielami i środowiskiem, o tyle trudno spodziewać się tego po laikach. Narracja ekologiczna jest domeną raczej ekspertów. O wiele łatwiejszy do przyswojenia i zdecydowanie częściej spotykany w dyskursie medialnym w kontekście chorób zakaźnych jest inny repertuar motywów. Patogeny są często prezentowane jako szalejące na wolności, sprytne byty, które nie respektują granic i wciąż szukają sposobów, by nas zaatakować (por. Ungar 1998a). Nie trzeba traktować ani przyrody, ani patogenów jako podmiotów, by wyjaśnić REIDs. Niemniej w toku konstruowania tej koncepcji eksperci często odwoływali się zarówno do wyjaśnienia ekologicznego, jak i narracji o szalejących mikrobach. O kwestii komunikacji medialnej na temat REIDs i ich obecności w kulturze popularnej piszemy szerzej w osobnych rozdziałach. W tym rozdziale ograniczamy się do zrekonstruowania węzłowych momentów istotnych w konstruowaniu publicznej reprezentacji REIDs i konstytuowaniu ich jako znaczącej społecznie kwestii.

Narodziny koncepcji REIDs

Dnia 1 maja 1989 roku w Waszyngtonie amerykańskie National Institutes of Health (NIH) we współpracy z The Rockefeller University zorganizowały konferencję pod tytułem „Emerging Viruses”. Przewodniczył jej wspomniany już wirusolog Morse. Jednym z głównych gości był Joshua Lederberg, mikrobiolog, laureat Nagrody Nobla. Konferencja skupiała się na groźnych dla ludzi wirusach takich jak HIV czy wirus ebola, które wyłoniły się jako ewolucyjna reakcja na działalność człowieka. Lederberg zwrócił uwagę, że wyłaniają się nie tylko zagrożenia wirusowe, ale i bakteryjne, czego dowodem był problem antybiotykoodporności. Wszystkie te zagrożenia określono mianem chorób wyłaniających się (*emerging diseases*).

Konsekwencją konferencji była nie tylko publikacja zbiorowej pracy pod redakcją Morse’a (1992), ale przede wszystkim powołanie w 1991 roku komitetu do spraw wyłaniających się mikrobiologicznych zagrożeń zdrowia przy US Institute of Medicine (IOM) oraz National Academy of Sciences (NAS). W jego skład weszli wiruso-