



MŁODZIEŻ a AIDS

# **Materiały pokonferencyjne**

Katowice, 23-24 listopada 2000

Redakcja: Agata Wójtowicz-Dorda  
Redakcja merytoryczna: Tomasz Wojtasik

Projekt graficzny publikacji: Tomasz Dąbrowski  
Projekt znaku graficznego konferencji, zdjęcie na okładce: Tomasz Dąbrowski

Skład i łamanie: Wojciech Dorda

ISBN 83-912549-9-2

Wydawca:

**Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny „Metis” w Katowicach**

40-530 Katowice, ul. Drozdów 21

tel. 32/209 53 12; 32/209 53 14

fax 32/209 53 13

e-mail: [metis@metis.pl](mailto:metis@metis.pl)

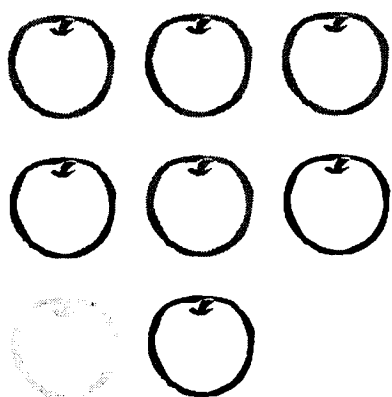
[www.metis.pl](http://www.metis.pl)

Druk:

Zakład Usług Poligraficznych „VERSUS” Witold Błokesz

40-765 Katowice, ul. Koreańska 12a

tel. kom. 0501 714 158



MŁODZIEŻaAIDS  
KONFERENCJA

# Materiały pokonferencyjne

Katowice, 23-24 listopada 2000

## Regionalna Konferencja *Młodzi a AIDS*

Termin:

23-24 listopada 2000 r.

Miejsce:

część wykładowa

Sala Sejmu Śląskiego – Śląski Urząd Wojewódzki, Katowice, ul. Jagiellońska 25

część warsztatowa

Szkoła Podstawowa nr 1, Katowice, ul. Jagiellońska 18

Organizator:

**Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny „Metis” w Katowicach**

Współpraca:

Śląskie Kuratorium Oświaty w Katowicach

Oddział Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach

Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

„Kafos” – Śląskie Forum Organizacji Socjalnych w Katowicach

Koordinacja konferencji:

Ewa Kustwan-Mróz

Beata Łęcka

Krystyna Szczęsna-Witkowska

Tomasz Wojtasik

Honorowy patronat:

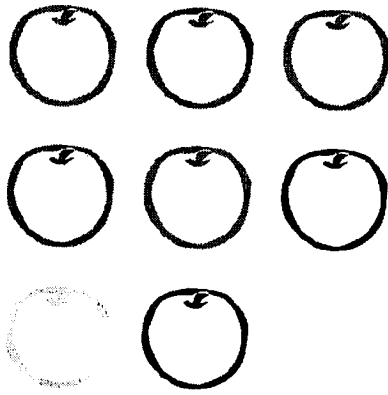
**Marek Kempski** – Wojewoda Śląski

**Jan Olbrycht** – Marszałek Województwa Śląskiego

Organizacje wspierające:

UNDP (United Nations Development Programme), Warszawa

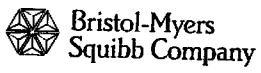
Polski Komitet UNICEF, Warszawa



— Kola  
Czerwony

MŁODZIEŻaAIDS  
KONFERENCJA

Sponsorzy



## Spis treści

Słowo wstępne .....	7
Podziękowania .....	8
Przedmowa .....	9
<del>Nieczystość – Wojciech Eichelberger .....</del>	<del>11</del>
500 lat później – Wiesław Sokoluk .....	15
AIDS – Marek Beniowski .....	20
Krótką historia... – Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn .....	28
Rys epidemiologiczny HIV/AIDS w województwie śląskim na tle Polski i świata – Mariola Rejdak .....	32
Wychowanie seksualne w Polsce – Andrzej Jaczewski .....	39
Próba analizy postawy Kościoła katolickiego wobec wybranych zagadnień AIDS – ks. Arkadiusz Nowak .....	43
Odrębności okresu dorastania a zagrożenie zaburzeniami psychicznymi – Małgorzata Janas-Kozik .....	52
Zachowania seksualne młodzieży w Polsce – Zbigniew Izdebski .....	54
Propozycje działań profilaktycznych w środowisku ludzi młodych – Anna Nowak .....	60
Wychowanie do życia w rodzinie jako program profilaktyczny – Zbigniew Izdebski .....	62
Profilaktyka HIV/AIDS w nauczaniu szkolnym – Teresa Król .....	70
Reforma edukacji: jej wartości, wzorce i pominięcia – Magdalena Środa .....	74
Edukacja prorodzinna w szkołach województwa śląskiego – Marianna Klyk .....	80
Blaski i cienie pracy nauczyciela – Grażyna Kasperek .....	84
Praktyczne aspekty wychowania prorodzinnego i o szkole filmowej – Lucyna Markowicz .....	88
Refleksje po pierwszym roku zajęć wychowania do życia w rodzinie – Grażyna Skirmuntt .....	91
Analiza wyników ankiety dotyczącej znajomości metod antykoncepcyjnych – Katarzyna Mitas .....	96
O Ogólnopolskiej Kampanii Profilaktyczno-Edukacyjnej <i>Żyję bez ryzyka AIDS</i> – Grażyna Węglarczyk .....	101
Problematyka poradnictwa okołotestowego – Edward Bożek .....	106
Skutki zaniedbań w edukacji seksualnej – Ireneusz Wojaczek .....	111
Refleksje HIV-pozytywne – Joanna Gałaj .....	115
Zintegrowany system opieki nad osobami uzależnionymi zakażonymi HIV, realizowany w ODTA w Chorzowie – Marek Beniowski .....	116
<del>Skąd się biorą dzieci? – Wojciech Eichelberger .....</del>	<del>126</del>
Aneks .....	129

ARTYKUŁY ZAZNACZONE KRZYŻYKIEM NIE SĄ DOSTĘPNE  
W WERSJI INTERNETOWEJ.

## Słowo wstępne

HIV/AIDS to problem naszych czasów. W latach 1985-2000 (maj) stwierdzono zakażenie wirusem HIV u 6369 Polaków. Ogółem odnotowano 869 zachorowań na AIDS; 488 osób zmarło. W każdym miesiącu odnotowuje się 40 – 60 nowych zakażeń (dane: Państwowy Zakład Higieny w Warszawie).

Jak wskazują dane przytoczone na Międzynarodowej Konferencji *Młodzież a AIDS* (Warszawa, 26-28 listopada 1999 r.) przez W. Szatę z Zakładu Epidemiologii PZH, obecnie ok. 10 proc. zakażonych to osoby poniżej 20 roku życia, a ponad połowę (54 proc.) stanowią osoby w wieku 20 – 29 lat. Przeważają zatem ludzie młodzi. Zaś największe grupy zakażonych wirusem HIV mieszkają, według powyższych danych, na terenie województw: mazowieckiego, śląskiego i dolnośląskiego.

Z kolei badania przeprowadzone w latach 1990, 1994 i 1998 przez prof. B. Woynarowską (Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Warszawski) – będące fragmentem międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej – wskazują na duże i jak dotąd nie zaspokojone potrzeby edukacyjne młodzieży w tym zakresie.

Prawie wszyscy uczniowie (97 proc.) mają poczucie, że powinni więcej wiedzieć na temat HIV/AIDS i oczekują, że to właśnie szkoła dostarczy im rzetelnych i pełnych informacji. W opinii 75 proc. uczniów szkoła nie spełnia pod tym względem ich oczekiwań.

Jednocześnie rośnie liczba młodych ludzi wcześniej rozpoczynających aktywne życie seksualne (30 proc. chłopców i 13 proc. dziewcząt w wieku lat piętnastu; 47 proc. chłopców i 32 proc. dziewcząt w wieku lat siedemnastu). Tak wygląda sytuacja od strony dorastających.

Z drugiej strony w świetle badań przedstawionych w 1995 roku w *Raporcie dotyczącym wychowania prorodzinnego i seksualnego w szkołach polskich* (autor: prof. M. Trawińska, materiały nie publikowane) – ok. 60 proc. nauczycieli czuło się niekompetentnymi w poruszaniu w rozmowach z młodzieżą tematyki związanej z rozwojem psychoseksualnym człowieka.

Podejmowanie rozmów na powyższe tematy to zadanie nie tylko nauczycieli prowadzących przedmiot *Wychowanie prorodzinne*. Młodzież pyta, chce informacji, chce dyskusji i jest ważne, aby **każdy wychowawca** umiał rozmawiać ze swoją klasą na te tematy.

Od momentu przeprowadzenia wspomnianych badań zostało podjętych wiele działań zmierzających do zmiany tego stanu rzeczy. Wciąż jednak istnieje konieczność zwiększenia kompetencji nauczycieli w zakresie tej tematyki.

Zorganizowana przez nas konferencja – adresowana do szerokiej rzeszy wychowawców, nauczycieli i pedagogów szkolnych – była jednym z takich działań.



## Podziękowania

Serdecznie dziękujemy wszystkim osobom, których pomoc i wsparcie przyczyniły się do zorganizowania konferencji, a szczególnie życzliwemu nam **Wiesławowi Sokolukowi**.

Dziękujemy **autorom** za pozytywny odzew na naszą propozycję wydania tej publikacji i napisanie zawartych tu artykułów.

Szczególne podziękowania składamy **Wojciechowi Eichelbergerowi** za zgodę na opublikowanie dwóch tekstów jego autorstwa.

Dziękujemy też dr n. med. **Markowi Beniowskiemu** za artykuł zawierający podstawowe medyczne informacje o HIV i AIDS.

Dziękujemy **sponsorom**, którzy poprzez wsparcie finansowe przyczynili się do sukcesu naszego przedsięwzięcia oraz wydania tej publikacji.

Osobne podziękowania składamy **władzom samorządowym i administracyjnym województwa śląskiego** za objęcie patronatu nad konferencją.

Organizatorzy

## Przedmowa

Z wielką radością oddajemy w Państwa ręce publikację podsumowującą Regionalną Konferencję *Młodość a AIDS*, która odbyła się w Katowicach w dniach 23-24 listopada 2000 r. Konferencja, o charakterze naukowo-szkoleniowym, została zorganizowana przez Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny „Metis” w Katowicach.

Wśród licznej grupy zarejestrowanych uczestników (350 osób) byli nauczyciele, pedagodzy szkolni i psycholodzy.

Konferencja objęta była honorowym patronatem władz samorządowych w osobie Jana Olbrychta – Marszałka Województwa Śląskiego – oraz administracji rządowej w osobie Marka Kempskiego – Wojewody Śląskiego.

Nasza publikacja jest w większości zbiorem artykułów napisanych przez prelegentów po zakończeniu konferencji – nie jest dosłownym zapisem ich wystąpień.

Zawarte tu teksty są dokumentacją części wykładowej naszego przedsięwzięcia. Jedyne artykuł dr n. med. M. Janas-Kozik pochodzi z części warsztatowej.

Ponadto, zgodnie z sugestiami uczestników wyrażonymi w ankietach ewaluacyjnych, publikujemy tekst dr n. med. Marka Beniowskiego, będący podsumowaniem aktualnego stanu wiedzy medycznej na temat HIV i AIDS.

Zdecydowaliśmy się też na umieszczenie w tej publikacji dwóch tekstów autorstwa Wojciecha Eichelbergera. Choć nie był on uczestnikiem konferencji, wydało nam się ważne i potrzebne przedstawienie Państwu jego przemyśleń związanych z szeroko rozumianą seksualnością człowieka – zarówno w życiu dorosłym, jak i w okresie dzieciństwa.

Z przyczyn technicznych nie publikujemy tekstu dr. n. med. Andrzeja Maya-Majewskiego.

Na zakończenie wyrażamy nadzieję, że ta publikacja okaże się dla Państwa ciekawa i przede wszystkim pomocna w pracy zawodowej i w kontakcie z młodzieżą.

Będziemy wdzięczni za ewentualne uwagi i komentarze dotyczące prezentowanych artykułów. Prosimy o nadsyłanie ich pod adresem wydawcy.

Mamy też nadzieję na ponowne spotkanie z Państwem. W aneksie przedstawiamy nasze dwie nowe propozycje.

Po pierwsze, znajdą tam Państwo wstępną informację i formularz zgłoszeniowy do udziału w konferencji *Młodość – miłość – AIDS – Ty*. Planujemy, że odbędzie się ona we wrześniu 2001 r.

Po drugie, publikujemy tam również podstawowe informacje o kursie kwalifikacyjnym *Przygotowanie do życia w rodzinie*.

Prosimy o zapoznanie się z tymi projektami.

Redaktorzy

## 500 lat później

Wiesław Sokoluk

Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „TOP”, Warszawa

„Co może w istocie lepiej odkryć społeczeństwu prawdę o nim samym niż dzieje jego chorób, a zwłaszcza chorób „społecznych” (jak to jeszcze w latach pięćdziesiątych nazywano) [...].

Skądinąd choroby te tworzyły udane związki, prowadząc jedne do drugiej i nie odzegnując się od jednoczesnego występowania.

Jednak nazwa choroby cywilizacyjnej przysługuje najbardziej tej z nich, która najmocniej sterroryzowała ludzkość, najgłębiej przesiąknęła rozprawy moralizatorskie i literackie [...]. Zabijała mniej istot niż gruźlica czy nawet alkoholizm. Była – gdyby przyjrzeć się jej z bliska – mniej przerażająca niż którakolwiek z chorób psychicznych, a przecież to z jej powodu zużyto najwięcej atramentu i to najczarniejszego”.

(Claude Quétel)

Jest 1 września 1494 roku. Do Italii wkracza król Francji Karol VIII na czele swojej armii. Swojej?... Raczej najemnej, w skład której wchodzi: Flamandczycy, Gastończycy, Szwajcarzy, a nawet Hiszpanie i Włosi. Ponadto, jak zazwyczaj bywa w armiach najemnych, opryszki i zabijaki z całej ówczesnej Europy.

Opuszczony przez wojsko Rzym stoi otwarty. Żołnierze Karola pozostają tam przez miesiąc, oddając się pijaństwu i rozpuście. 28 stycznia AD 1495 pada rozkaz wymarszu. Armia wyrusza, a za nią pokaźne oddziały prostytutek i żebraków. 22 lutego, tak jak przedtem Rzym, Neapol poddaje się bez jednego wystrzału. Lud brata się z okupantem. Orgia rozpoczęta w Rzymie trwa nadal, a Karol VIII wjeżdża 12 maja do Neapolu tryumfalnie, w stroju Cezara, rydwanem zaprzężonym w białe konie. W osiem dni później nieco mniej tryumfalnie, a za to z wielkim pośpiechem opuszcza miasto, bowiem sytuacja stała się tam nie do wytrzymania. Początkowy entuzjazm ludności i przychyłność książąt włoskich przerodziły się w niechęć, ba, w otwartą wrogość.

„Spodziewano się – pisze Commynes – znaleźć we Francuzach świętość, wiarę i dobroć, a tymczasem był to nieład, rabunek i rozpusta”.

Jakie znaczenie mogła mieć ta wojna z punktu widzenia interesów Francji?

W każdym razie na losach społeczeństw, a i pojedynczych ludzi, zaważyła fatalnie. Żołnierze Karola VIII rozwlekli po Europie zależek nieznaną jeszcze wtedy z imienia strasznej choroby. Francuzi nazywali ją *niemocą z Neapolu*, a Włosi dali jej nazwę *niemoc francuska*. I tak najpierw Francja, potem Szwajcaria (edykt z 17 maja 1496 roku, jak zwalczać zarazę), a dalej Cesarstwo, na wschód kraj Sarmatów i tak dalej rozprzestrzeniała się choroba. Ciekawe, że każdy kraj świeżo dotknięty epidemią nadawał jej nazwę podejrzanego o jej źródło kraju, często ościennego.

Jeśli chodzi o Polskę, pierwsza wzmianka dotyczy roku 1495, a jej autorem był profesor Akademii Krakowskiej Maciej z Miechowa. Píše on o chorobie, która z Hiszpanii przez Włochy i Francję dostała się na wschód, a do Krakowa została zawleczona przez pewną niewiastę, która powróciła z pielgrzymki do Rzymu. Epidemia wybuchła w latach 1495-96 i od tego momentu rozszerzała się po całym kraju tak szybko i masowo, że zyskała

sobie miano choroby pospolitej (Marcin z Urzędowa). Jak napisał 40 lat później Wojciech Oczko: „*Tak się spospolitował ten przymiot, iż rzadki który by go w sobie jakiej sztuki nie miał*”.

Jest początek XVI w. Europa rozkwita renesansem, ale jego uroda nie jest w stanie zaćmić faktu, że dla rozkoszy nie ma już bezpiecznego miejsca.

Tak się zaczęło.

Plaga jaka spadła na Europę, mobilizowała ówczesnych „specjalistów” do wyjaśnienia jej pochodzenia. Poza tradycyjnym dopatrywaniem się kary Bożej za ludzkie występki oraz koncepcjami astrologicznymi były nawet takie pomysły jak współzycie ludzi z małpami (czy gdzieś tego już nie słyszeliśmy?) bądź trędowatego kawalera z kurtyzaną. Prawdziwy spór rozgorzał jednak wokół dwóch hipotez pochodzenia kiły: amerykańskiego (załoga Krzysztofa Kolumba przywiozła chorobę z wyprawy do Nowego Świata) i lokalnego (kiła była „od zawsze”, a jedynie w odpowiednim, sprzyjającym momencie przybrała postać epidemii). Spór pozostał nie rozstrzygnięty do dziś, mimo dostarczania wciąż nowych dowodów na poparcie już to jednej, już to drugiej hipotezy.

Inną kwestią, bynajmniej nie teoretyczną, było znalezienie sposobu na poradzenie sobie z epidemią, a przede wszystkim metody skutecznego leczenia choroby. Ponieważ dość szybko zorientowano się, że kontakty seksualne są główną drogą zakażenia, natychmiast powstał dylemat: grzesznicy czy chorzy, którego wpływu na stosunek do choroby, chorych, a także na motywację poszukiwania środków zaradczych pominąć nie sposób. Pewnie dlatego nieliczni upierali się, że przez stosunek zarazić się nie można. Antonio Scanarol w swym dziele wydanym w Bolonii jeszcze w 1498 roku twierdził, że rozpoznawał chorobę u dziewic i starców. No cóż, miał z całą pewnością swoich zwolenników w rodzinach bolońskich, gdzie panny na wydaniu, z tego jedyne powodu uważane za dziewice, budziły się pewnego smutnego poranka z pierwszymi objawami choroby francuskiej. Wzmiankowany dylemat wywołał także tendencje do pomijania wskazań związanych z profilaktyką indywidualną *ante i post coitum*. Podobną uporczywą tendencję obserwujemy zresztą przez następne stulecia. Ciekawe natomiast, że jeśli wskazania profilaktyki indywidualnej ostatecznie, choć z kwaśną miną tolerowano, to jednak adresowano je prawie wyłącznie do mężczyzn, ci bowiem – jak wiadomo – zasługują na litość lekarza, a nie kobieta, której przeznaczono rolę zakazicielki.

Podczas gdy lekarze pisali uczone traktaty o leczeniu kiły, władze wykorzystując właściwe sobie metody walki z epidemiami – nie była to przecież pierwsza – wydawały dekryty o izolacji bądź wypędzaniu chorych „*poza miasto jako złoczyńców*”. Niestety dekreto dawcy rychło stwierdzili z rozczarowaniem, że „*od czasu wydania tego wyroku choroba ta stała się tak powszechna, iż nie był on przestrzegany*”. Nie zmienia to faktu, że idea kontrolowania, izolowania i wypędzania pozostaje wciąż żywa. Bodaj czy nie do dziś.

Z drugiej strony, czy fizyczne wypędzenie było konieczne, jeżeli zarażony i tak skazany był na samotność? Jak pisze wyznając swą niedolę Joseph Grunpack, autor najstarszej pracy o syfilisie, człowiek uczonej, kanonik i sekretarz cesarza Maksymiliana, sam zarażony kiłą: „*Moi bardzo kochani przyjaciele odwrócili się do mnie plecami, tak jakby gonił za nimi nieprzyjaciel, przykładając im żelazo do gardła; nie licząc się w ogóle z zasadami ludzkiej solidarności i przyjaźni*”.

Wiek XVII i XVIII niewiele wniosły nowego. Zarówno koncepcje lecznicze, jak i zapobiegawcze, zarówno w zakresie profilaktyki indywidualnej, jak też społecznej, były jedynie rozwinięciem bądź modyfikacją scenariuszy naszkicowanych przez wiek XV i XVI. Co prawda zjadliwość choroby nieco się zmniejszyła, ale jej powszechność w Europie, a także na całym ówczesnym świecie (wraz z jej powrotem do Ameryki; powrotem – jeśli wierzyć koncepcji amerykańskiej), stała się faktem. Zanim wybuchła rewolucja francuska, kiła utarowała drogę do demokracji. Sprawiedliwie i szczerze obdzieliła wszystkich: dwory królewskie, arystokrację, stan duchowny, lud i kto tam jeszcze był po drodze. Winni? Jak zwykle: prostytutki, obwiesie i rozpustnicy, a także wkraczający na arenę dziejów libertyni z homoseksualistami(!) włącznie.

Skoro zaś o nowościach mowa, odnotować trzeba także pojawienie się prezerwatywy, czyli – jak ją czule nazywano – *angielskiego surduta* lub *angielskiego ubranka*. Casanowa zakupuje całą ich partię, sprawdzając przy pomocy 15-letniej służącej wybrane próbki. Jeżeli podobne praktyki (mam na myśli ich seksualny aspekt) były wtedy częste, to nic dziwnego, że wzmianki w piśmiennictwie dotyczące zakażeń wspominają nader często o ludziach młodych i bardzo młodych. Co się zaś tyczy samej prezerwatywy, moralisci byłoby ostatecznie w stanie ją zaakceptować, gdyby nie jej antykoncepcyjne działanie. Tego nigdy!

O „mikroporach” na razie nie dyskutowano. Z drugiej strony poszukiwanie skutecznego i wygodnego w użyciu lekarstwa podyktowane było chęcią uniknięcia „wstydu podejrzanego wycofania się z życia i leczenia pod boki najbliższego otoczenia”. *„Mąż może wypić swoją czekoladę (antykiłową oczywiście) w obecności żony, która nie będzie podejrzewała tajemnicy; ona sama może także pić, nie wiedząc, że używa lekarstwa przeciwwenerycznego i dzięki temu niewinnemu środkowi pokój i zgoda panują w małżeństwie. Ojciec może przyjmować specyfik nie opuszczając łona rodziny; syn, córka w obecności swoich rodziców”*... Wzruszająca propozycja!

Niestety takiego, a praktycznie żadnego skutecznego leku nie wynaleziono.

XIX wiek zaczyna się więc impasem. *„To zadziwiające, że z doświadczeń trzech wieków nie wyniknął ani jeden dzień skutecznego leczenia”* – pisze dr Miltie. Pesymizm, bezradność, a równocześnie presja problemu stały się źródłem interesujących sprzeczności. Obserwujemy gwałtowny rozwój metod klinicznych i rozwój szpitali wraz z powstawaniem klinik (we współczesnym tego słowa znaczeniu). Równocześnie panuje pesymizm terapeutyczny (nie tylko w Europie), a także odmawia się udzielania pomocy i leczenia syfilitykom. Syfilis – wielkie straszdyło mnoży zastępy syfilofobów, zwłaszcza wśród ludzi młodych, na razie nie zarażonych. Syfilis wchodzi na dobre do literatury pięknej. Patrick Wald-Laskowski tak pisze o roli, jaką odegrał on w literaturze francuskiej XIX wieku: *„Tyle bóstw i demonów rywalizuje w rzeczywistości o to, które z nich inspirowało nasz wiek XIX, przewodziło tak jego okropnościom, jak i jego rozkoszom, rządziło jego upojeniami [...] Alkohol, narkotyki, muzy Egerie<sup>1</sup>, żądze, Czarne Bożyszcze: choroby dołączyły do tego orszaku. I tak pojawiła się gruźlica ze swymi pałającymi policzkami i rojem swoich bładych kochanków [...]. Ale przede wszystkim, z okiem łakomym i krwawą gębą, syfilis wkroczył na scenę”*.

Wypada dodać, że znalazł się on nie tylko w treści dzieł, ale również w ciałach ich autorów.

Profilaktyka publiczna jak zwykle proponuje działania pod hasłem: ścisły nadzór, zamykanie (oczywiście prostytutek), policja lekarska, niedopuszczenie chorych do wszelkich funkcji i instytucji, o czynnościach prawnych nie wspominając.

Profilaktyka indywidualna to prezerwatywa, której skuteczności nie kwestionują lekarze (m.in. RICORD), a którą oficjalnie potępił Rzym w 1826 roku.

A tak na marginesie:

W 1848 roku we Francji po wyborach do Zgromadzenia Ustawodawczego powstaje koalicja rojalistów i katolików, która podejmuje decyzję o interwencji przeciw młodej republice rzymskiej. Oczywiście nie po to, aby *„zdusić włoską wolność, ale chronić ją przed własnymi ekscesami”*. Ekscesy musiały być niczego sobie, skoro armia francuska wróciła zarażona kiłą tak masowo jak niegdyś dzielni chłopcy Karola VIII.

Ot, mała powtórka, a może psota historii. Nie wykluczone, że około 20 lat później armia pruska, wygrawszy wojnę z Francuzami, przegrała zdrowie. Przynajmniej wreszcie poważnie zainteresowano się profilaktyką w wojsku. Ale pytanie, co dalej, pozostało otwarte.

Tak oto XX wiek, wiek przełomu, tempa i szaleństwa, zaczął się skromnie. Powtórzono twierdzenie, że na razie syfilis jest nieuleczalny, a więc może wziąć się za prawdziwą profilaktykę, będącą jednak dziełem lekarzy,

<sup>1</sup> Od imienia nimfy Egerii (inspiratorka, doradczyni, towarzyszką duchową męża stanu)

a nie władz. No, może nie do końca. Lekarze wymyślą – władze wprowadzą. Przyznając, że syfilis jest plagą społeczną, przyznano społeczeństwu prawo do ochrony, a więc powszechnej profilaktyki. Zatem ważna będzie nie tylko hospitalizacja chorych, zwłaszcza w okresie wysokiej zakaźności, ale i dostępna pomoc ambulatoryjna oraz dostępna i zmasowana informacja. Przy okazji powiedziano wreszcie głośno to, o czym wszyscy już od dawna wiedzieli. Syfilis może dotknąć każdego! Na podobną odwagę mógł zdobyć się chyba jedynie wielki Alfred Fournier, profesor syfilidologii (uzyskał wreszcie miejsce wśród nauk medycznych) i prekursor statystyki medycznej. Prezentację liczb swojej statystyki zakończył słowami: „A więc czyż nie dostrzegacie panowie znaczenia takiej liczby? Jakaż w tym przypadku stanowi to odpowiedź, jaką miażdżącą odpowiedź tym, którzy chcą uczynić z syfilisu monopol świata lekkoduchów?”. Wśród jego statystyk bardzo ciekawe są dane na temat wieku. W grupie 20 tysięcy badanych zdecydowana była przewaga ludzi młodych i bardzo młodych. Średnio 17 – 20 lat w przypadku dziewcząt, 18 – 25 w przypadku chłopców.

W 1902 roku, podczas konferencji w Brukseli pada postulat edukacji seksualnej (chwilowo dziewcząt). Cel: wywołać obsesję. Dyskusja utoyka na problemie ścisłego ustalenia wieku defloracji dziewcząt z ludu (dziewczęta ze środowisk burżuazji uważane były za dziewice do momentu wyjścia za mąż). Ponadto wybucha sprzeciw rodzin i niektórych lekarzy przed jakimkolwiek uświadamianiem. Nieco łatwiej poszło z chłopcami. Generalnie jednak akcja utknęła na poziomie szkół, które wykręcały się jak mogły od jakiegokolwiek edukacji w tym względzie. Pozostała znów literatura popularna, która niestety bardziej indukowała kolejnych syfilidofobów, niż zachęcała do rozsądnych decyzji, chroniących przed zarażeniem. Pierwsze podejście do edukacji seksualnej kończy się porażką, ale za to inne ważne wydarzenia nabierają tempa.

Rok 1905 – Schaudin i Hofman wykrywają sprawcę dotychczasowych nieszczęść. Jest mały, delikatny i spiralny. Nazwano go krętkiem błędym.

Rok 1906 – Bordet i Wassermann otwierają erę serodiagnostyki. Odtąd można już wykryć krętka nawet wtedy, gdy siedzi ukryty gdzieś w zakamarkach organizmu udając, że go nie ma.

Rok 1909 – Ehrlich opracowuje preparat 606 (arsenobenzen), a w kilka lat później skuteczniejszy 614. W porównaniu z poprzednimi „lekami” te wydają się rewelacyjne. Czyżby upragniony sukces? Niestety. Kuracje są długie, skomplikowane i nie wiadomo, czy do końca skuteczne. A więc nadal profilaktyka, która wykorzystuje teraz cały arsenał dostępnych środków. Teatr, film, radio, prasa i literatura rozpoczynają prawdziwą batalię propagandy antywenerycznej. Trudno jednoznacznie stwierdzić jej skutki w zakresie obniżania liczby świeżych zakażeń. Niezależnie od trudności, jakich nastęrcza analiza uzyskanych różnymi metodami danych statystycznych, sukces wydaje się raczej mizerny. Może nie do końca. Spełniło się marzenie lekarzy z przełomu wieków. Syfilidofobia stała się powszechną obsesją całego pokolenia, zaś jej cena... Optymistyczny natomiast jest stały rozwój otwartego i ogólnie dostępnego poradnictwa antywenerycznego.

Rok 1928 – Aleksander Fleming odkrywa działanie *Penicylum notatum*, a w niecałe 10 lat później grupa naukowców z Oxfordu przygotowuje oczyszczoną substancję.

W 1943 roku – penicylina zostaje wprowadzona do powszechnego użytku.

Kończy się druga wojna światowa. Europa leczy rany, a równocześnie wszechobecną kiłę, jeszcze jedną ponurą pamiątkę uciech wojennych i wędrówki ludów. Wszystkie kraje podejmują zorganizowane akcje angażujące poza służbami sanitarnymi służby socjalne, władze lokalne itd. (w Polsce: akcja W). Wskaźniki zachorowań spadają systematycznie daleko poniżej poziomu alarmowego. Czyżby zapowiedź zwycięstwa?

Jest rok 1981. W USA rozpoznano pierwsze przypadki choroby, która w rok później otrzymała nazwę AIDS. W około 3 lata później ujęto „sprawcę” i opracowano testy do jego wykrywania. Kolejna choroba, którą zakażają się tacy lub inni, ale zawsze wiadomo jacy. My nie...

W roku 1995 nie świętowano uroczystości 500-lecia panowania zdebronizowanej już(?) królowej chorób wenerycznych. Liczba zakażonych HIV na świecie wynosiła ok. 20 mln. W cieniu AIDS wskaźniki zachorowań na kiłę w Europie wahają się pomiędzy 1,5 – 200, a nawet 300 na 100 tys. mieszkańców.

Wnioski.

Czego możemy nauczyć się z tego bądź co bądź wspólnego doświadczenia społeczności europejskiej? Czego w ogóle może nauczyć nas historia kiły? Przede wszystkim tego, że zachowania seksualne człowieka, a ściślej pewne formuły realizacji potrzeby seksualnej w niewielkim stopniu (jeśli w ogóle!) ulegały zmianom na przestrzeni wieków. Co więcej, są one – delikatnie mówiąc – nieco oporne na próby ich modyfikacji. Zmienia się natomiast tendencja do ukrywania bezpośrednio i/lub pośrednio tych zachowań bądź zjawisk, które z różnych powodów podlegały reglamentacji czy wręcz restrykcji społecznej. Szczególnego znaczenia fakt ten nabiera w odniesieniu do seksualności ludzi młodych, której rzeczywistego obrazu i uwarunkowań często próbujemy nie dostrzegać, a nawet jego istnieniu zaprzeczać. Lepiej nie budzić demonów, choć jak wiadomo, dopiero nie płoszone mają się świetnie.

Historia kiły pokazuje dobitnie, jak wiele działań w obronie tak zwanej moralności publicznej powoduje skutki dalekie od zamierzonych, prowadząc w ostateczności do zakłamania, do podwójnych standardów moralnych. Tak więc przyrodnia, ale ukochana siostra moralności – hipokryzja nigdy nie była dobrym doradcą profilaktyki, o wychowaniu nawet nie wspominając. Także profilaktyka odwołująca się wyłącznie lub prawie wyłącznie do strachu i poczucia winy jest nie tylko mało skuteczna, ale co najważniejsze – obosieczna. Podobnie jak profilaktyka koncentrująca się wokół wyodrębniania grup ryzyka, a następnie budowania różnych tam pomiędzy owymi grupami a resztą społeczeństwa. Nawiasem mówiąc, nie wiadomo często kogo przed kim tak naprawdę chronić.

Zatem pytanie, jak konstruować programy profilaktyczne, by zagwarantować choć niewielką ich skuteczność, pozostaje wciąż otwarte.

Wreszcie czas i środki. Jak zachować stałość oddziaływań, nie uruchamiając naturalnej ochrony bądź lęku czy obsesji? Niby takie proste...

Jaka szkoda, że historia jest nauczycielką bez osiągnięć. Mimo poświęceń, ofiar i czasu, jaki ma do dyspozycji, mimo przemawiających do wyobraźni pomocy dydaktycznych, nauczyła nas tylko jednego – że jeszcze nikogo i niczego nie nauczyła.

# AIDS

dr n. med. Marek Beniowski

ordynator Ośrodka Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie

## Wstęp

Na początku lat 80. XX wieku ludzkość stanęła przed nowym problemem – nie znaną dotąd chorobą, która w szybkim tempie zaczęła rozprzestrzeniać się po świecie. Choroba ta, nazwana AIDS, była przez wiele lat symbolem bezradności medycyny schyłku XX wieku. Choć przyczynę ją wywołującą poznano dość szybko (a tym samym możliwość jej zapobiegania), choroba ta jest wciąż nieuleczalna i śmiertelna. AIDS jest chorobą powstającą wskutek spadku odporności organizmu. Nazwa pochodzi od angielskich słów: *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (zespół nabytego niedoboru odporności). Jest to zespół chorobowy obejmujący wiele schorzeń zakaźnych i nowotworowych, dotychczas bardzo rzadko występujących, rozwijających się na skutek postępującego uszkodzenia systemu odporności człowieka (tzw. układu immunologicznego).

## Historia AIDS

Pierwsze przypadki tej choroby opisano w 1981 roku w Stanach Zjednoczonych u homoseksualistów – mężczyzn, następnie u narkomanów dożylnych obojga płci. Były to dotychczas nie zdarzające się u młodych osób tzw. zakażenia oportunistyczne<sup>1</sup> i nowotwory. Wkrótce okazało się, że zachorowania dotyczą również osób cierpiących na hemofilię (występująca wyłącznie wśród mężczyzn choroba krwi uwarunkowana genetycznie) oraz mieszkańców Haiti – głównie mężczyzn. Charakter szerzenia się choroby wskazywał na jej infekcyjny charakter, ale próby wyizolowania czynnika zakaźnego nie kończyły się powodzeniem.

Pierwszą definicję AIDS podano w 1982 roku. Była ona oparta na danych epidemiologicznych, które mówiły, że zespół nabytego niedoboru odporności dotyczy osób charakteryzowanych „czterema H” – homoseksualistów, narkomanów heroinistów (po angielsku – *heroinists*), hemofilików i Haitańczyków. Definicja ta nie brała pod uwagę możliwości heteroseksualnej drogi zakażenia i przeniesienia zakażenia z matki na płód, co potwierdzono już w 1983 roku, gdy opisano pierwsze przypadki AIDS na terenie Afryki.

Kiedy ustalono kliniczny obraz AIDS okazało się, że wcześniejsze opisy podobnych schorzeń pochodzą z lat 60. i 70. z terenu Afryki Środkowej. Do połowy lat 80. najintensywniejszy rozwój AIDS odnotowano w Stanach Zjednoczonych wśród mężczyzn o orientacji homoseksualnej i biseksualnej oraz wśród narkomanów przyjmujących dożylnie środki odurzające. Niemal równocześnie objawy tej choroby stwierdzono u mieszkańców większości krajów Europy Zachodniej. Najwięcej zachorowań rejestrowano we Francji, Hiszpanii, Niemczech i Wielkiej Brytanii. Pierwszy przypadek zakażenia HIV w Azji odnotowano w 1984 roku w Tajlandii.

Zakażenie HIV i AIDS są pochodzenia pierwotnie zwierzęcego – tego rodzaju opinia panuje powszechnie. Trudno natomiast dokładnie określić drogę przejścia zakażenia – najpewniej z małp człekokształtnych na człowieka – i dokonanie się zmian w samym wirusie, które spowodowały, że stał się on szkodliwy dla ludzi.

---

<sup>1</sup> Oportunistyczne – czyli „korzystające z okazji” – tu: występujące wyłącznie u osób z obniżoną odpornością



## Epidemiologia

Pod koniec roku 2000 na świecie żyło 36,1 mln ludzi zakażonych HIV. Wśród tych osób 47 proc. stanowiły kobiety, a 1,2 mln dzieci w wieku poniżej 15 r.ż. Ponad 95 proc. wszystkich zakażonych zamieszkiwało w krajach trzeciego świata.

W roku 2000 codziennie ulegało zakażeniu HIV około 15 000 osób (łącznie – 5,3 mln). Większość (95 proc.) tych zakażeń miała miejsce w krajach rozwijających się, ponad 50 proc. wszystkich przypadków dotyczyło osób w wieku 15 – 24 lat, a 47 proc. – kobiet.

Z powodu AIDS do końca 2000 roku zmarło ok. 21,6 mln osób, przy czym około 15 proc. wszystkich zgonów miało miejsce w tym ostatnim roku (tj. ok. 3 mln).

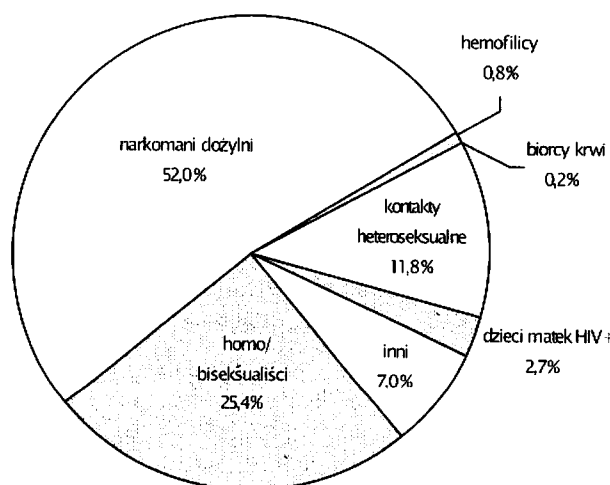
Rejonem najbardziej dotkniętym epidemią jest Afryka Subsaharyjska (ok. 25,8 mln zakażeń), regionem najbardziej zagrożonym – Azja Południowo-Wschodnia, gdzie ma miejsce ok. 6 mln zakażeń, z czego ok. 4 mln zakażeń przypadają na Indie. Na tym obszarze notuje się także najszybszy przyrost liczby zakażeń.

Skumulowana liczba przypadków AIDS wynosiła w Europie w 1998 roku 223 549, natomiast nowych przypadków zarejestrowano o ok. 20 proc. mniej niż w roku 1995. Zmiana ta dotyczyła głównie środowiska homoseksualistów, gdzie spadek wyniósł około 40 proc. Liczba przypadków AIDS wśród osób o orientacji heteroseksualnej i wśród narkomanów dożylnych również uległa zmniejszeniu. Gwałtowne narastanie epidemii zanotowano wśród narkomanów dożylnych na Ukrainie i w Rosji, gdzie w ciągu ostatniego roku ilość zakażeń wzrosła kilkunastokrotnie w stosunku do lat ubiegłych.

Najwięcej przypadków AIDS odnotowano (dane skumulowane) w Hiszpanii (ok. 55 tys.), Francji (pow. 50 tys.), we Włoszech (44 tys.), Niemczech (pow. 18 tys.) i w Wielkiej Brytanii (pow. 16 tys.). Szóste miejsce na tej liście zajmowała Szwajcaria (6,8 tys.), dalej Rumunia (ok. 6 tys.; 5,5 tys. przypadków dotyczy dzieci) i Portugalia (5,9 tys.). Pierwsze miejsce pod względem liczby przypadków AIDS na jednego mieszkańca zajmowała Hiszpania (1408 przypadków na 1 mln mieszkańców), na drugim miejscu była Szwajcaria (1010 przypadków).

We Francji, w Niemczech i Wielkiej Brytanii dominowały przypadki AIDS u osób o orientacji homoseksualnej, w Hiszpanii, we Włoszech, w Portugalii, Szwajcarii, Jugosławii, Grecji i Polsce – wśród narkomanów dożylnych.

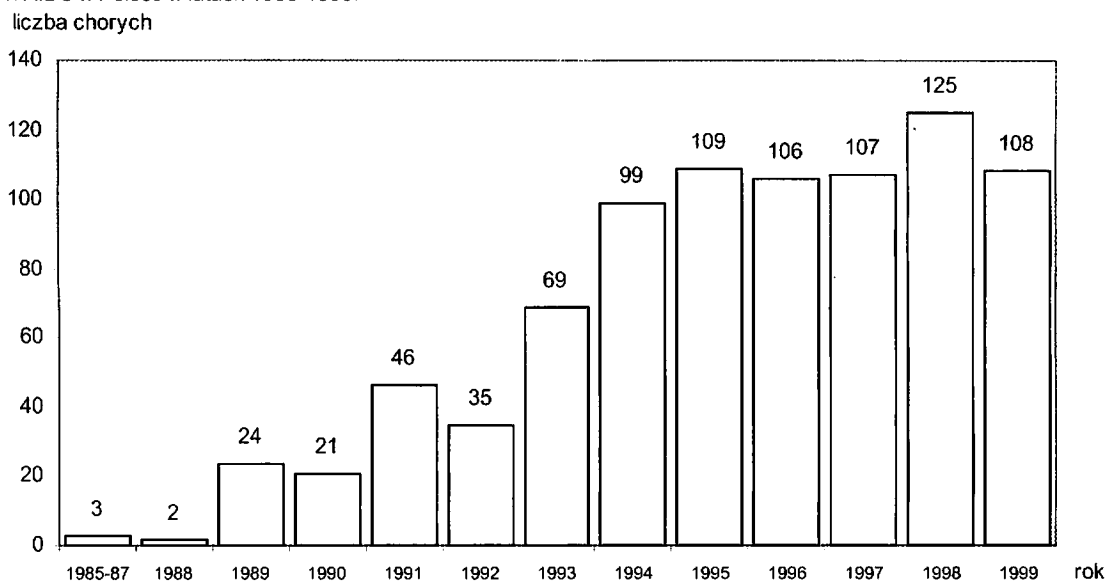
Rys. 1. AIDS w Polsce w latach 1985-1999, podział ze względu na drogę zakażenia.



Polska z 854 przypadkami AIDS zajmowała w Europie w 1999 roku 16 miejsce. Ponad połowę stanowiły przypadki tej choroby wśród narkomanów dożylnych, 25 proc. – wśród homoseksualistów, ok. 12 proc. – wśród

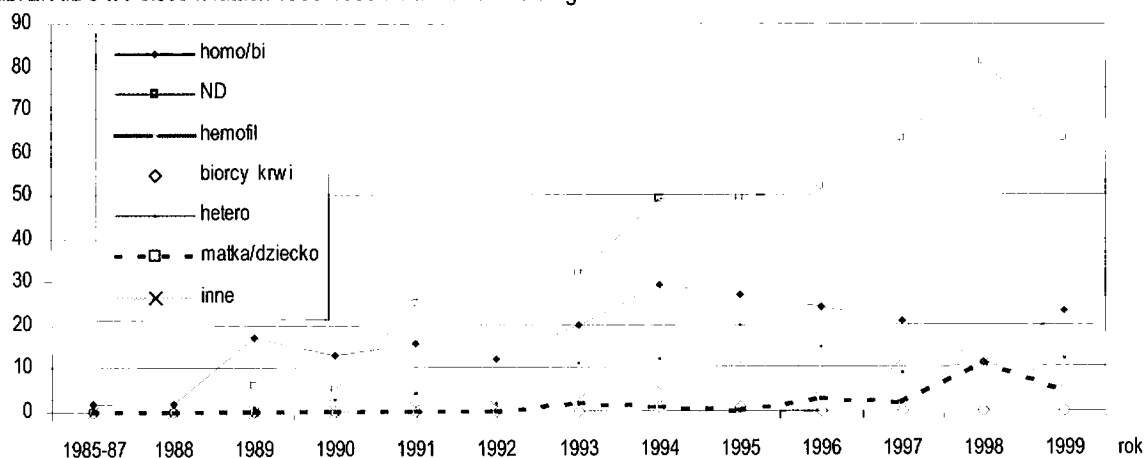
osób zakażonych drogą heteroseksualną. U dwóch osób przyczyną zakażenia było przetoczenie krwi. Pod względem liczby przypadków AIDS wśród narkomanów dożylnych Polska zajmowała w Europie 10 miejsce.

Tab. 1. AIDS w Polsce w latach 1985-1999.



Jak wynika z wykresu przedstawionego powyżej, w roku 1999 zaobserwowano pewną tendencję spadkową zachorowań na AIDS, po okresie narastania liczby zachorowań do roku 1998.

Tab. 2. AIDS w Polsce w latach 1986-1999 w zależności od drogi zakażenia.



Z wykresu przedstawionego powyżej wynika natomiast, że do 1998 roku spadała liczba zachorowań w grupie osób zakażonych drogą hetero- i homoseksualną, narastała natomiast liczba nowych przypadków AIDS w grupie narkomanów dożylnych. Jest to po części następstwem późniejszego niż wśród homoseksualistów rozprzestrzenienia się zakażenia HIV wśród narkomanów. W roku 1999 zaobserwowano odmienną tendencję.

Rejestrowane przez Państwowy Zakład Higieny zakażenia HIV dały na koniec roku 2000 skumulowaną liczbę 6616 przypadków zakażeń, z czego 64 proc. stanowili narkomani dożylni. Podkreślić należy, że rośnie odsetek osób zakażonych HIV, które nie podają ryzykownych zachowań w wywiadzie, oraz że tylko 3,5 proc. wszystkich zakażonych HIV nabyło to zakażenie drogą kontaktów heteroseksualnych. Na koniec roku 2000 skumulowana liczba przypadków AIDS wyniosła 934, z AIDS żyło 430 osób, a 504 zmarły.

Szacunkowe dane mówią o ok. 12 000 – 20 000 zakażonych HIV w naszym kraju i ok. 1200 przypadkach AIDS.