

AIDS, NARKOTYKI I HISTORIA*

Wstęp

AIDS, zwłaszcza w swoim wczesnym okresie był chorobą otoczoną przez historię. Historycy nie szczędzili starań, by wprowadzić „nauki wynikające z historii” do debat nad kwestiami publicznymi. I co bardziej zaskakujące, politycy byli często gotowi ich słuchać. W artykule poniższym omówimy różne etapy rozwoju świadomości historycznej związanej z AIDS – od pierwszej fazy „epidemii” do obecnego okresu normalizacji, zanalizujemy treści przedstawiane przez historyków, i wyjaśnimy także, dlaczego wiedza historyczna była początkowo taka ważna. Świadomość historyczna nie była jak do tej pory i tak dalece jak rozważamy kwestie dotyczące AIDS, odnoszona do działań dotyczących narkomanii. W przeszłości, narkotyki były postrzegane w kontekście historycznym, jednakże wpływ AIDS na politykę wobec narkomanii, był widziany w sposób ahistoryczny, jak gdyby wydarzenia te były zupełnie nowe. Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak się działo, pozwala uzyskać wiedzę dotyczącą wykorzystania historii w dziedzinie ważnych dla działań politycznych. Artykuł poniższy będzie także bronił tezy, iż wiedza historyczna ma do odegrania pewną rolę w analizie polityki wobec narkomanii w okresie po-AIDS, – nie jedynie w zarysowywaniu odległych tematów i kontynuowaniu rozważań dotyczących sytuacji przed wystąpieniem AIDS.

AIDS i historia: pierwsza lata

W końcu dwudziestego wieku, nauka laboratoryjna i kliniczna zwalczyła infekcyjną chorobę o charakterze epidemii. Zgodnie

* Przedruk z British Journal of Addiction (1992)87

z tezą McKeowna (który kładł nacisk raczej na żywienie niż na technologię medyczną w zwalczaniu chorób), odkrycia medyczne i metody leczenia nie musiały wpływać na spadek śmiertelności w wieku dziewiętnastym, ale w wieku dwudziestym miały znaczący wpływ w tym zakresie. Większość podręczników z zakresu historii medycyny wskazuje na zmianę głównych przyczyn śmiertelności w wieku dwudziestym, od chorób infekcyjnych do chorób chronicznych – raka, chorób serca. Wydawało się, iż prawdopodobieństwo zmiany tego wzoru jest niewielkie. Ale zmiana taka nagle wystąpiła. We wczesnych latach osiemdziesiątych, wiele społeczeństw doświadczyło rozwoju nowej choroby infekcyjnej która, jak można było sądzić, prawdopodobnie przyjmie charakter epidemii heteroseksualnej. A Afryce już miała ona taki charakter. Nie istniały w tym okresie uprzednio stworzone sieci informacji, standardowe sposoby postępowania, określonego rodzaju wiedza. Związki między występowaniem choroby a „zboczonymi mniejszościami” – jak czarni, homoseksualiści, narkomanii – czyniły prawdopodobnymi wrogie reakcje społeczne wobec tych mniejszości. AIDS w tym okresie był sferą otwartą dla polityki i duży wkład polityczny był w tej dziedzinie możliwy. Zatem, widzimy, iż historia miała do odegrania pewną rolę. Odniesienia do dziejów wcześniejszych epidemii, mogły pozwolić na poznanie jak społeczeństwa sobie z nimi radziły, w jaki sposób ich unikały – a nawet, jakie mogłoby być zakończenie określonej epidemii.

Wkład historii w tych wczesnych latach AIDS skoncentrowany był na trzech odrębnych dziedzinach. Szukano „historycznych paraleli”, jak w przeszłości społeczeństwa radziły sobie z epidemiami, dla przykładu: epidemią cholery w Anglii i w Niemczech w dziewiętnastym wieku, Czarną śmiercią w czternastowiecznej Europie lub plaga w renesansowej Florencji. Rysowano paralele pomiędzy możliwymi przemieszczeniami społecznymi, które mogłyby być wywołane epidemią, potencjalnymi zmianami populacji lub możliwościami wrogich postaw wobec mniejszości. Drugi typ historycznego spojrzenia analizował historyczne zapisy dotyczące chorób przekazywanych drogą seksualną – chociaż AIDS jest chorobą infekcyjną, przekazywany jest również i tą drogą. Historycy zwracali uwagę na historyczne związki pomiędzy takimi chorobami i stygmatyzowanymi mniejszościami – takimi jak prostytutki lub czarni. Inni używali his-

torycznych przykładów dla potrzeb współczesnych lekcji – potrzeby niepunitywnego podejścia do jednostek HIV-pozytywnych i podejścia opartego na woluntaryzmie. Szczególnie ważnym w kontekście brytyjskim był przykład dziewiętnastowiecznego prawa Contagious Biseases Act (Ustawa o Chorobach Zakaźnych), które próbowało – bez pozytywnego skutku – kontrolować rozprzestrzenianie się chorób przekazywanych drogą seksualną, poprzez wymuszanie „podwójnej moralności” seksualnej (badaniami medycznymi i gwarancjami objęto prostytutki, ale nie ich klientów). Następnie – i po dalszym rozszerzaniu się chorób infekcyjnych po I wojnie światowej – brytyjska polityka w tym zakresie opierała się o dobrowolność i zaufanie.

Przykład prawa Contagious Diseases Act (Ustawa o Chorobach Zakaźnych) ukazuje trzecią formę wkładu historii – historię inicjatyw z zakresu powszechnej opieki zdrowotnej, a w szczególności, historyczne ilustracje złożonych konfliktów w zakresie zdrowia pomiędzy dobrem publicznym i wolnością indywidualną. Analiza takich przykładów, jak walka o powszechne szczepienia w dziewiętnastym wieku, wydawała się odpowiednia, gdy dyskusje nad kwarantanną i izolacją ofiar AIDS osiągały swój szczyt. Ilość przedstawianych materiałów historycznych była ogromna. Jeden z artykułów posłużyć może za przykład. W grudniu 1986 roku, historyk Roy Porter napisał artykuł wstępny w „British Medical Journal”. Zatytułowany „Historia mówi nie policyjnemu typowi odpowiedzi na AIDS.” silnie argumentuje, posługując się historycznym precedensem prawa Contagious Diseases Act (Ustawy o Chorobach Zakaźnych), przeciw włączeniu AIDS na listę chorób rejestrowanych.

Historyczne precedensy mówią „nie”. Ponieważ inaczej niż w przypadku zwykłych chorób zakaźnych, choroby przekazywane drogą seksualną, stanowią specyficzny przypadek, w odniesieniu do którego zastosowane bezpośrednio metody prawne okazały się być nieskuteczne i zaniechano ich... choroby o dużym ryzyku wymagają ryzykownych środków. W konfrontacji z ogromem cierpienia połączonym z AIDS, humanitaryzm wymaga by w najmniejszym stopniu brać pod uwagę środki drakońskie takie jak: obowiązkowe przeglądy podejrzanych o noszenie wirusa i dalsze kroki dla ochrony innych.

Doświadczenie wskazuje jednak, że nie byłoby to mądre...

Ten artykuł wstępny, w odróżnieniu od innych artykułów opartych o perspektywy historyczne, wywołał dość znaczne zainteresowanie. Argumenty jakie zawierał nie były do tej pory przedstawiane, miały akademicki charakter. Przynajmniej w brytyjskim kontekście, wkład historyków okazuje się mieć wpływ na politykę. Dziedzina zdrowia publicznego zwykle była uwrażliwiona na historię. Zarówno Sir Donald Acheson, Główny Lekarz Rządowy i Brytyjskie Towarzystwo Medyczne użyło wiedzy historycznej dotyczącej chorób przekazywanych drogą seksualną jako argumentu za dobrowolnością ich leczenia, wobec House of Commons Social Service Committee (Komitet Świadczeń Społecznych Izby Gmin) w roku 1987. Podobna argumentacja miała miejsce w roku 1985, przy okazji dyskusji nad koniecznością rejestracji jednostek chorych na AIDS.

„Normalizacja” historii

Dlaczego historia miała tak duże znaczenie we wczesnych okresach rozwoju polityki wobec AIDS? Jak sugerowaliśmy AIDS było polem otwartym dla polityki. Stałe sposoby postępowania miały być dopiero ustalone. Jako taka, „lekcja historii” była chętniej widziana niż w normalnych przypadkach. Z różnych powodów, przedstawionych w innym miejscu, historycy sami znacznie chętniej niż uprzednio gotowi byli odegrać czynną, ważną dla polityki rolę. Czy taki rodzaj wkładu był rzeczywiście odpowiednim wykorzystaniem historii jest kwestią do dyskusji. Z pewnością większość historyków uzna wkład historii za ważny. Ale niektórzy zauważyli, iż bardziej odpowiedni jest wkład w rozpoczęcie dyskusji dotyczącej natury przedmiotu, iż stosowanie zapisów historycznych dla wskazania bezpośrednio możliwych „ nauk”. Niektórzy historycy uważali takie wykorzystanie historii, za niewłaściwe, zaprzeczające całej naturze przedmiotu.

W latach następnych wstępnej fazy świadomości historycznej, wkład historyków uległ zmianie. Zmieniła się forma historycznego wkładu. W ciągu ostatnich dwóch lat AIDS przestał być przykładem choroby „epidemicznej” a stał się chorobą „normalną”, przypadkiem choroby klinicznej. Zagrożenie natychmiastową epidemią heteroseksualną zmniejszyło się. Choroba stała się normalna i zinstytucjonalizowana. Opłacani fachowcy zastąpili wcześniejszych

wolontariuszy, koncepcja „choroby klinicznej”, o długotrwałym procesie leczenia ATZ zastąpiła wcześniejszą koncepcję o szybkich i poważnych rokowaniach. W rezultacie „przypadek epidemii”, jak widziano AIDS wcześniej, przestał odgrywać rolę. „Historyczne paralele”, tak argumentowano, przeżyły się, gdy minęło gwałtowne zagrożenie. Okres bezpośredniej historycznej świadomości minął. Niektórzy historycy jednak, rozpoczęli określać nową rolę dla siebie w badaniu AIDS, rolę, która miałaby implikacje dla badań polityki zdrowotnej w ogólności. Ta rola nie jest przypisana do „perspektywy historycznej” lub „nauki z historii”. Skierowana jest raczej na opis możliwej roli historyków i stosowanych przez historię metod, w analizie współczesnych przypadków AIDS.

Z czego się ten historyczny wkład współcześnie składa? Gdy stajemy się coraz bardziej refleksyjni i coraz rzadziej kierujemy się wizją AIDS jako kryzysu, pojawia się perspektywa długookresowa, zatem i pytania pojawiają się same. Dla przykładu, ile zmian wywołał AIDS, co było zawarte w istniejącej uprzednio polityce i sytuacji? Ile jest ciągłości, a ile zmiany? By odpowiedzieć na pytania tego typu, potrzebujemy wiedzy pre-historycznej dotyczącej tych dziedzin, które pozostają w związku z AIDS. Jednakże istnieje jeszcze inny wymiar współczesnej historii. Historycy mogą stać się politykami społecznymi, analizującymi nie tylko wydarzenia w odległej przeszłości, lecz także z nieodległej przeszłości, w rzeczywistości z „historii współczesności”. Ten typ badań rozpoczął się w kilku krajach i angażuje zarówno historyków jak i innych badaczy. W Stanach Zjednoczonych historia reakcji Center for Disease Control (Centrum Kontroli Chorób) na AIDS jest już spisana, w Zjednoczonym Królestwie, powstało studium dotyczące przeglądu polityki wobec AIDS. Rozwój polityki wobec AIDS jest analizowany w perspektywie międzynarodowej. „Przed – historyczne” studia szukają na przykład problemów dotyczących badań farmaceutycznych w okresie wojny i wykreślają paralele z AIDS, lub badań hepatitis B jako, w pewnych aspektach, prekursora AIDS. Funkcja takiej współczesnej historii może zmieniać się w zależności od osoby i miejsca badań. Historycy w wielu przypadkach badają coś, tylko dlatego, że się wydarzyło i nie ma powodu dla którego, świadomość historyczna, nie może być zastosowana w odniesieniu do wydarzeń współczesnych, w tym samym stopniu co do odległych w czasie, chociaż znaczenie

wydarzeń współczesnych jest inne. Drugą funkcją jest coś nazwane „powolną publicystykę”, poznawaniem od wewnątrz tego, co się wydarzyło. I w końcu, istnieje praktyczna funkcja historii o znaczeniu politycznym – historia oferuje nie bezpośrednio lekcje, ale metodologie analizy i oceny polityki, która może być wykorzystana przez polityków. W Wielkiej Brytanii, ta ostatnia funkcja jest wysoce problematyczna, w ostateczności z perspektywy instytucji subwencjonujących badania.

Narkotyki: historia i lata sześćdziesiąte

Narkotyki są także częścią historii AIDS. Jak okres rozwoju świadomości historycznej oddziałał na postrzeganie narkomanii i politykę wobec narkomanii pod wpływem AIDS? Odpowiedź nie jest długa. Jednakże narkotyki, w przeszłości, były dziedziną polityki niezwykle wrażliwą na historię. W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, w innym okresie zawirowań politycznych, zapisy historyczne zostały włączone do gry. Celem była amerykańska polityka wobec narkotyków. Usiłowanie zliberalizowania polityki wobec narkomanii i wprowadzenia methadonu, leczenie otwarte i rola lekarzy okazały się być w sprzeczności pomiędzy brytyjskim i amerykańskim poczuciem tego, co jest do usprawiedliwienia. Stany Zjednoczone, w latach dwudziestych przyjęły system kontroli obrotu narkotykami oparty o kary. Rozstrzygnięcia prawne dokonane w oparciu o Harrison Narcotics Act (Ustawa o Narkotykach Harrisona) z roku 1914, ustaliły iż przepisywanie narkotyków narkomanom jest nielegalne. Narkomani zostali skazani na zasoby dostępne na czarnym rynku, opanowanym przez kryminalny świat podziemny, a lekarze przepisujący narkotyki mogli skończyć w więzieniu. Dopiero w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych poczyniono kroki by wizję nałogu i leczenia zastąpić procedurą karną. Praca Marie Nyswander, *Drug addict as Patient* (Narkoman jako pacjent) (1956) i raport wspólnego komitetu American Bar Association (Amerykańskie Zrzeszenie Adwokatów) i American Medical Association (Amerykańskie Zrzeszenie Medyczne) (1958) argumentowały za podejściem medycznym. „System brytyjski” umożliwiający przepisywania narkotyków narkomanom był widziany jako

światlisty przykład możliwości kontroli medycznej. Raport Rollestona z 1926 roku, który potwierdził prawomocność takiej możliwości był, jak argumentowano, przyczyną nielicznych populacji narkomanów w Wielkiej Brytanii. Reformatorzy, tacy jak: Troy Duster i Edwin Schur widzieli w systemie brytyjskim ideał i cytowali jego historyczne źródła, by przeciwstawić je „złemu kierunkowi” przyjętemu przez Stany Zjednoczone. Polityczna interpretacja historii była tego rodzaju, iż jednocześnie dwie agencje amerykańskie o podstawowym znaczeniu, Drug Abuse Council (Rada d/s Nadużywania Leków) i National Institute on Drug Abuse (Narodowy Instytut d/s Nadużywania Leków) subsydiowały główne badania nad historią brytyjskiej polityki wobec narkomanii. Interesowano się także istniejącymi krótko, otwartymi klinikami przepisującymi narkotyki swoim pacjentom, utworzonymi w niektórych amerykańskich miastach w latach dwudziestych. Implikacje tych badań dla amerykańskiej polityki wobec narkotyków w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych są oczywiste. W efekcie, historia brytyjskiej polityki wobec narkotyków w latach dwudziestych i później, w umysłach reformatorów, stały się potężnym, nie wymagającym potwierdzenia symbolem. Rolleston i lata dwudzieste dostarczyły „lekcji historii” dla polityki wobec narkomanii w latach sześćdziesiątych, podobnie jak i Contagious Diseases Acts dla AIDS w latach osiemdziesiątych. Sił, które pragnęły zredefiniować narkotyki, jako problem podlegający leczeniu i kontroli medycznej a nie ściganiu kryminalnemu, Rolleston użył jako przykładu historycznego. Przypadek lat dwudziestych w Wielkiej Brytanii pokazał, jak argumentowano, jak Wielka Brytania wycofała się z podejścia kryminalnego. W zamian, przyjęła ona system medyczny i przez czterdzieści lat była nagradzana małą liczbą narkomanów i niewielką przestępczością. Rolleston stał się „lekcją historii” dla polityki wobec narkomanii w Stanach Zjednoczonych. Ale historia jak wykazujemy w tym artykule, to coś więcej niż problem lekcji. Wiedza historyczna poprzedza sformułowanie i testowanie hipotezy. A w przypadku narkotyków, samodzielne studia historyczne rzuciły nieco wątplenia na tradycyjne interpretacje. Dla przykładu, w Stanach Zjednoczonych, prohibicja narkotyków w oparciu o Harrison Act nie była jedynym istotnym czynnikiem. Badania Davida Courtwright’a wykazały, iż używanie narkotyków jest powiązane z przestępczością

i czarnym rynkiem od końca dziewiętnastego wieku. A w Wielkiej Brytanii, czy „system brytyjski” był rzeczywiście tak medyczny, i czy rzeczywiście taka była przyczyna małej liczby narkomanów? Badacze brytyjscy podkreślali, iż cały system działał w ramach struktury Home Office (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych) i systemu kontroli wewnętrznej. W istocie, był to tylko efekt, a nie przyczyna małej liczby narkomanów, był czymś co David Dones nazwał „systemem mistrzowskiego braku działań, wobec nie istniejącego problemu”. Lekarze pragnęli systemu umożliwiającego przepisywanie narkotyków, by nadal utrzymywać związki ze swoją klientelą z klasy średniej. Twierdzenie to współgra z interpretacją historyczną – prawdziwą „lekcją historii” – lecz miało względnie niewielki wpływ na politykę. Symboliczna interpretacja lat dwudziestych przeważała. W Wielkiej Brytanii, dla przykładu, kiedy w latach siedemdziesiątych ponownie rozpoczęła się debata nad narkotykami, tradycyjna interpretacja Rollestona została zrewidowana. Historia, jak się wydawało, mogła przekazać tylko jedną informację i nie może być wskaźnikiem złożoności rozwoju polityki.

AIDS i narkotyki: nieobecność historii?

Wpływ AIDS na politykę wobec narkotyków nie popchnął do przodu historycznej debaty, która znaczyła wcześniejszy okres politycznego zawirowania. Akcentowano zasadniczą nowość wpływu AIDS na mechanizm kontroli narkotyków. Ostatni artykuł dotyczący brytyjskiej polityki wobec AIDS postrzega dziedzinę polityki wobec narkotyków, jako przykład odrzucenia poprzednich celów. Nasz komentator podkreślił, jak narkotyki, po raz pierwszy w brytyjskim kontekście, pojawiły się „prosto z mrozu” i zostały włączone w główny tok rozważań o zdrowiu publicznym.

HIV uprościł dyskusję i teraz widzimy jak pojawia się coś, co nazwą paradygmatem zdrowia publicznego. Zamiast postrzegania narkomanii jako metaforycznej choroby, pojawił się istotny problem medyczny powiązany z iniekcją narkotyków. Wszyscy mogą się zgodzić, że jest to główny, publiczny problem zdrowotny dla ludzi wstrzykujących narkotyki, ich partnerów seksualnych i ich dzieci.

Dlaczego tak się stało, podlega dyskusji. AIDS, jako nowa i otwarta politycznie era, spowodował wiele nowych historycznych spojrzeń. AIDS posłużył także do wprowadzenia polityki wobec narkotyków w stan zawirowania — albo w ostatecznym razie, by podwyższyć i zintensyfikować napięcia już zaistniałe. Jednakże wkład historyczny jest prawie nieobecny. Ten artykuł będzie dowodził, iż nie może być wyraźnej kontynuacji w polityce — lecz cele polityczne w tym przypadku nie byłyby podporządkowane perspektywie historycznej.

Obecna polityka brytyjska egzemplifikuje odległą kontynuację i uprzednie osiągnięcia, AIDS posłużył do oświetlenia tych aspektów, które mają długą historię. W okresie zawirowań politycznych, jest rzeczą naturalną akcentowanie nowości celów polityki i środków jej realizacji. Ewidentna nowość celów w sferze narkomanii w rzeczywistości była jednym ze środków zapewnienia ich akceptacji. Ale istnieją także pewne kontynuacje i można zarysować historyczne porównania. Artykuł skieruje uwagę na cztery spośród nich: rolę normalizacji i minimalizacji szkód, zdefiniowania narkotyków jako kwestii „zdrowia publicznego”, porównania między „epidemiami” lat sześćdziesiątych i osiemdziesiątych i w końcu, rolę zawodów medycznych i pokrewnych w polityce wobec narkomanii.

Normalizacja i minimalizacja szkód zostały wyróżnione jako kluczowe dla brytyjskiej polityki wobec narkomanii w okresie po-AIDS. Założenie, iż zagrożenie AIDSem ze strony narkomanów dla zdrowia narodu jest większe niż samo nadużywanie narkotyków, leży u podstaw nowych działań. Ponad sto miejsc wymiany igieł oferujących nowe strzykawki jest wyraźnym wyrazem nowych rozwiązań. Wymiana igieł stanowi zarodek narodowego systemu paralelnego i rozszerzającego system klinik. Świadczenia związane z narkomanią wyszły z getta i proces ich integracji z normalnym systemem został zintensyfikowany. Świadczenia zostały wzmocnione by lepiej służyć potrzebom pacjentów, raczej włączając przepisywanie opiatów niż badanie motywacji w długiej kolejce oczekujących i koncepcje leczenia oparte na abstynencji. Siedemnaście milionów funtów skierowano na rozbudowę świadczeń dla narkomanów.

Ale czy wszystkie te cele są rzeczywiście takie nowe? Historia polityki wobec narkomanii poprzedzająca AIDS pokazuje, iż istniały pewne cele w polityce zdrowotnej nawet przed pojawieniem się

AIDS, jak dla przykładu cele przedstawione w Raporcie AMCD z roku 1984 o Zapobieganiu. AIDS spowodował, iż uzyskały one polityczną prawomocność i akceptację. Oglądanie z dłuższej perspektywy czasowej, dekady lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych wydają się być „nową” próbą. Polityka szpitali by rozszerzać zasadę nieprzepisywania narkotyków i widoczne wycofanie przedstawicieli zawodów medycznych z leczenia narkomanów, tworzyły radykalne zmiany. AIDS spowodował powrót do tych samych celów polityki zdrowotnej, jak w latach poprzedzających sytuację z lat sześćdziesiątych. Wśród celów tych była minimalizacja szkód wywołanych narkotykami, wyraźnie wyodrębniony cel „systemu brytyjskiego” od lat dwudziestych. Raport Rollestona z roku 1926 przedstawił tę właśnie zasadę;

Zatem, kiedy wszelkie możliwe wysiłki w danej sytuacji zostały poczynione by uniezależnić pacjenta od środka, może być... usprawiedliwione, w pewnych przypadkach podawanie regularne minimalizacji dawki, którą określano za niezbędną, aby uniknąć poważnych symptomów głodu, albo dla utrzymania pacjenta w stanie, umożliwiającym pożyteczne życie.

Mechanizmy wprowadzania polityki zmieniły się w latach osiemdziesiątych, ale podstawowa zasada pozostaje taka sama. Minimalizacja szkody zdefiniowana została na dwóch poziomach — minimalizacja szkody dla indywidualnego narkomana — i dla społeczeństwa jako całości poprzez zapobieganie transmisji wirusa. Dla niektórych komentatorów, ta ostatnia definicja okazała się być nowością. Polityka wobec narkomanii po AIDS została rozpoznana jako „nowa polityka w sferze zdrowia publicznego”. Lecz język w odniesieniu do narkotyków pozostał ten sam. Istnieje długotrwałe napięcie pomiędzy podejściem zapobiegawczym i leczniczym, podobnie jak w innych sferach polityki zdrowotnej. W wieku dziewiętnastym dla przykładu, uprzedniejsze skierowanie uwagi na upowszechnienie opium wśród dorosłych i narkotyzowanie dzieci oraz używanie opiatów przez robotników, jako część działań w sferze zdrowia publicznego pozwoliło na tworzenie teorii medycznych dotyczących narkomanii i chorób, umożliwiając leczenie jednostek jako prawidłową możliwość. „Zdrowie publiczne” nie było także niezmiennym

absolutem. Jego definicja zmieniała się w dwudziestym wieku, podobnie jak ulegał zmianie charakter interwencji państwa w kwestie społeczne. „Nowe zdrowie społeczne” lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ma wiele wspólnego z poglądami higienistów społecznych z początku wieku dwudziestego na zdrowie społeczne. Polityka wobec narkomanii, zarówno przed jak i po AIDS, z jej naciskiem na edukację zdrowotną, na rolę dobrowolności, na traktowanie narkomana jako „normalnej” jednostki odpowiadającej za swoje działania i zdrowie, to kluczowe elementy redefinicji. Narkotyki i zdrowie publiczne są partnerami z łóżka przed AIDS – także i w dłuższej perspektywie czasowej. Ale pomimo języka sporadycznie wykorzystującego koncepcję zdrowia publicznego w odniesieniu do alkoholu i narkotyków, w praktyce leczenie narkomanii pozostawało poza systemem zdrowia publicznego. Czy AIDS to zmieni, zobaczymy.

Jednym z kluczowych okresów związków ze zdrowiem publicznym był okres lat sześćdziesiątych, inny okres politycznego zamętu. Jest pouczające porównanie tych dwóch „niebezpiecznych” okresów. Jeden z komentatorów, dla przykładu, zwrócił uwagę na podobieństwa pomiędzy częścią pierwszą raportu Advisory Council (Komitet Doradczy) na temat AIDS oraz Drug Misuse (Nadużywania Leków) i raportu komitetu Brain’a na temat narkomanii w roku 1965. Podobnie jak ACMD, Brain usprawiedliwiał zmiany w polityce na gruncie zdrowia publicznego. Narkomania była „czynnikiem społecznie szkodliwym”, chorobą która, „jeśli pozwoli się na jej niekontrolowane rozprzestrzenianie, stanie się zagrożeniem dla społeczeństwa”. A środki zaproponowane przez Brain’a – włączając rejestrację i przymus leczenia – były klasycznymi odpowiedziami z perspektywy zdrowia publicznego. Równowaga wymagana w polityce wobec narkomanii w latach osiemdziesiątych, polegająca na minimalizowaniu szkód wynikających z nadużywania narkotyków i ich nierozpowszechnianiem jest porównywalna z wysiłkiem Brain’a zabezpieczenia zdrowia publicznego w drodze zapobiegania infekcji poprzez system oparty na leczeniu indywidualnym. Lekarz musiał przepisywać opiaty, by zwalczać czarny rynek, ale nie w takich ilościach, by czarny rynek zaopatrywać. Nie są to jedyne podobieństwa między latami sześćdziesiątymi i osiemdziesiątymi – można wskazać również na wzmocnioną rolę badań i nauk społecznych w obydwu okresach lub wzmocnienie amerykańsko-brytyjskich związków w badaniach i po-

równań w polityce, co również było charakterystyczne dla obydwu dekad, czy też ożyłe żądanie obowiązkowego leczenia, gdy Wielka Brytania z powrotem zwróciła się w stronę zdrowia publicznego, a nie prawa karnego.

W końcu, co stało się z powiązaniem władzy w ramach polityki, po AIDS. Na pierwszy rzut oka. AIDS wywołało bardzo rozległe zmiany. Narkotyki – podobnie jak inne dziedziny polityki społecznej, takie jak alkoholizm i zdrowie psychiczne przeszły od opieki specjalistycznej pod opiekę społeczności. Wymiana igieł i wzmocniona rola organizacji ochotniczych oferuje nie-medyczny model świadczeń. Ale jeden trwały temat w polityce wobec narkomanii pozostaje, to związki między lekarzami a państwem. Pomimo widocznej „demedykalizacji” polityki wobec narkomanii w latach osiemdziesiątych, w szczególności po AIDS, praktyka polityczna w tych kwestiach zmieniła się niewiele. Po i przed AIDS egzemplifikowała ona wpływ lekarzy na stanowiskach państwowych na politykę, jest to temat sięgający Dr. E.W. Adamsa, pracownika ministerstwa zdrowia i sekretarza komitetu Rollestona z lat 1924-26, a przed nim do dr. Normana Karra, przewodniczącego Stowarzyszenia do Badań Nietrzeźwości i promotora Przepisów o Nietrzeźwości od 1880 roku. Wcześniejsze wzory opieki medycznej i innych form zaangażowania wydają się ożywać poprzez AIDS. W Szkocji ważna jest rola farmaceuty w dostarczaniu bezpłatnych igieł, podobnie jak dostarczania opiatów i pomocy medycznej ubogim przez przedstawicieli tego zawodu w wieku dziewiętnastym. Lekarz ogólny ma według raportu ACMD na temat AIDS do odegrania rolę kluczową, podobnie jak przed rokiem 1960.

Powinno się pamiętać, iż Wielka Brytania przed i po AIDS, pozostaje częścią narodowego i międzynarodowego systemu kontroli, traktującego używanie narkotyków raczej jako sprawę kryminalną, niż zdrowotną. Na poziomie międzynarodowym kontrola taka nasiliła się. A wewnętrzne wysiłki do bliższego połączenia systemu karnego i opieki zdrowotnej z powodu zagrożenia AIDS w więzieniach, tak jak poprzez trój-podział opieki medycznej, niosą ze sobą nieodzowną sankcję leczenia przymusowego. AIDS mógł pomóc „normalizacji” polityki wobec narkomanii na jednym poziomie. Na innym pomógł połączyć zdrowotne i penalne aspekty kontroli narkotyków w sposób trudniejszy do rozwiązania niż uprzednio.

Konkluzja

Co możemy zatem orzec a związkach AIDS, narkotyków i historii?

Po pierwsze, „lekcja historii” jest mile widziana przez polityków w okresach napięć politycznych i niepokoju, kiedy drogi naprzód są niepewne, a arena jest otwarta. W takich warunkach historycy mogą mieć bezpośredni wkład w politykę, ale tylko za cenę odrzucenia złożoności historycznej interpretacji dla większej polemiczności stanowiska. Nie było takiej roli dla historii w odniesieniu do narkotyków i AIDS w latach osiemdziesiątych, przede wszystkim, ponieważ cele polityczne były jasne i nie odpowiadały żadnym interesom politycznym przywoływanie zapisków historycznych. Określone cele polityczne mogły być sprawniej osiągnięte w tamtych warunkach, poprzez podkreślanie nowatorstwa działań, w odpowiedzi na potencjalnie epidemiczne i niezwykle okoliczności. Podkreślanie uprzedniej tradycji politycznej nie pozwoliłoby osiągnąć wiele. Jest jednak, jak pokazuje ten artykuł, dla historyka inna rola, niż rola aktywisty politycznego. Bardziej refleksyjny, po – kryzysowy okres w jaki weszły działania dotyczące AIDS, wywołuje odmienne myśli o roli historii. Rola historii jako adwokata polityki już się skończyła. Temat kontynuacji raczej niż zmian wysuwa się na czoło. Polityka wobec AIDS nie jest widziana jako zerwanie z przeszłością, ale w wielu aspektach jako tworząca całość wraz z osiągnięciami poprzednimi. Powinniśmy się zwrócić do współczesnych i nieomal współczesnych wydarzeń, by osadzić AIDS w odpowiedniej perspektywie. I bez względu na to, czy historia pełni funkcję powolnej publicystyki, czy analizuje politykę, polityka wobec narkomanii w latach osiemdziesiątych i wpływ AIDS muszą być częścią współczesnej historii.

Podziękowania

Jestem wdzięczną prof. Danielowi Fox za skomentowanie wcześniejszej wersji tego artykułu. Wiele podziękowań jestem winna Naffield Provincial Hospital Trust za pomoc finansową i Ingrid James za pomoc sekretarską.

Tłumaczył: Jan Kolbowski

PIŚMIENNICTWO

1. McKEOWN, T. & Record, R.G. (1974) Reasons for the decline in mortality in England and Wales during the nineteenth century, in: M.W. FLINN & T.C. SMOUT (Eds) *Essays in Social History* (Oxford, Oxford University Press).

2. AIDS: the public context of an epidemic, *Millbank Quarterly*, 64, Supplement 1, 1986; F. MORT (1987) *Dangerous Sexualities: medico-moral politics in England since 1830* (London, Routledge and Kegan Paul); R. PORTER (1986) *Plague and panic*, *New Society*, 12 December, pp. 11-13.

3. BRANDT, A.M. (1987) *No Magic Bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880 with a new chapter on AIDS* (New York, Oxford University Press).

4. AUSTOKER, J. (1988) AIDS and Homosexuality in Britain: a (sic) historical perspective, in: M.W. ADLER (Ed.) *Diseases in the Homosexual Male*, pp. 185-197 (London, Springer-Verlag).

5. PORTER, R & PORTER, D. (1988) AIDS: law, liberty and public health, in: P. BYRNE (Ed.) *Health, Rights and Resources: Kings College Studies, 1987-88*, pp. 76-99 (London, King Edward's Hospital Fund for London).

6. PORTER, R. (1986) History Says No to the Policeman's Response to AIDS, *British Medical Journal*, 20, pp. 1589-1590.

7. DOROTHY PORTER, Personal Communication.

8. SOCIAL SERVICES COMMITTEE (1986-87) *Third Report from the Social Services Committee. Problems Associated with AIDS, Vol. 1. Report and Minutes of Evidence. Memorandum from British Medical Association*, p. 72 (London, HMSO).

9. CHIEF MEDICAL OFFICER (1987) *On the State of the Public Health. The Annual Report of the Chief Medical Officer of the DHSS for the year 1986* (London, HMSO).

10. For discussion of historians' closer involvement in a policy advisory role, see BERRIDGE, V. & STRONG, P. (1991) AIDS, and the relevance of history, *Social History of Medicine*, 4, pp. 129-138.

11. BERRIDGE, V. & STRONG, P. (1992) AIDS Policies in the UK: a preliminary analysis, in: E. FEE & D.M. FOX (Eds) *AIDS: The Making of a Chronic Disease*, pp. 299-325 (Berkeley, CA, University of California Press).

12. FEE, E. & FOX, D.M. (1990) The contemporary historiography of AIDS, *Journal of Social History*, 23, pp. 303-314.

13. For example of the range of current work and some discussion of developments in historical input, see FEE, E. & FOX, D.M. *AIDS: the burdens of history* (London, University of California Press).

14. For discussion of current historical issues around AIDS, see BERRIDGE, V. (1989) AIDS and the Historian: conference report, *Social History of Medicine*, 2, pp. 403-409.

15. FOX, D.M., DAY P. & KLEIN, R. (1989) The power of professionalism: AIDS in Britain, Sweden and the United States, *Daedalus* special issue 'Living with AIDS', 118(2).

16. ADAMS, D.P. (1989) Wartime bureaucracy and penicillin allocation: the committee on chemotherapeutic and other agents 1942-44, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 44, pp. 196-217.

17. MURASKIN, W. (1988) The silent epidemic: the social, ethical and medical problems surrounding the fight against hepatitis B, *Journal of Social History*, 22, pp. 277-298.

18. BERRIDGE, V. (1984) Drugs and social policy: the establishment of drug control in Britain, 1900-1930, *British Journal of Addiction*, 79, pp. 210-217.

19. DUSTER, T. (1970) *The Legislation of Morality* (New York, Free Press).

20. SCHUR, E. (1963) *Narcotic Addiction in Britain and America: the impact of public policy* (London, Tavistock).

21. MUSTO, D. (1973) *The American Disease: origins of narcotic control* (New Haven, CT, Yale University Press).

22. COURTWRIGHT, D.T. (1982) *Dark Paradise: opiate addiction in America before 1940* (Cambridge, MA, Harvard University Press).

23. BERRIDGE, V. (1989) Historical issues, in: S. MACGREGOR (Ed.) *Drugs and British Society*, pp. 20-35 (London, Routledge).

24. EDWARDS, G. (1969) The British approach to the treatment of heroin addiction, *Lancet*, i, p. 768.

25. DOWNES, D. (1988) *Contrasts in Tolerance: postwar penal policy in the Netherlands and England and Wales* (Oxford, Oxford University Press).

26. MARKS, J. (1987) Prescribing opiates: who benefits? *Drug-link*, 2(6), p. 17 (repeats the traditional view of the 1920's).

27. FOX, D.M., BAY, P. & KLEIN, R. (1989) Op. cit. (n. 15).
28. STIMSON, G. (1990) AIDS and HIV: the challenge for British drug services, *British Journal of Addiction*, 85, pp. 329-339.
29. BERRIDGE, V. (1991) AIDS and British drug policy: history repeats itself, in: D. WHYNES & P. BEAN (Eds) *Policing and Prescribing: the British system of drug control* (London, Macmillan).
30. STIMSON, G., ALLDRITT, L., DOLAN, K., DONOGHOE, M. & LART, R. (1988) *Injecting Equipment Exchange Schemes. Final Report* (London, Goldsmith's College, Monitoring Research Group).
31. ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS (1984) *Prevention* (London, HMSO).
32. ROLLESTON REPORT (1926) *Report of the Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction* (London, HMSO).
33. STIMSON, G. & LART, R. (1990) *HIV, Drugs and Public Health in England: new words, old tunes, (farthcoming)*.
34. LEWIS, J. (1986) *What Price Community Medicine? The Philosophy, Practice and Politics of Public Health since 1919* (Brighton, Harvester/Wheatsheaf).
35. 'HIV top priority', says official report, *Druglink*, 3(3), (1988), p. 6.
36. BERRIDGE, V. & EDWARDS, G. (1987) *Opium and the People: opiate use in nineteenth century England* (London, Yale University Press).