

ETNOGRAFIE CZASU ZARAŻY

Violetta Krawczyk-Wasilewska

violetta.wasilewska@uni.lodz.pl

Instytut Etnologii i Antropologii

Uniwersytetu Łódzkiego

COVID-19 JAKO PARADYGMAT CHOROBY GLOBALNEJ

COVID-19 as the paradigm of a global disease

Streszczenie: Celem artykułu jest interdyscyplinarna refleksja w ramach toczącej się dyskusji nad problematyką pandemii. We *Wprowadzeniu* choroba COVID-19 jest przedstawiona jako zjawisko bio-ekologiczne i pojęcie epidemiologiczne. W dalszym ciągu zaprezentowano opis dotychczasowego przebiegu pandemii COVID-19 z uwzględnieniem jej światowej dynamiki i najbardziej charakterystycznych elementów walki z epidemią (*Pandemia COVID-19*). W paragrafie następnym (*Zaraza – pomór – odwieczna plaga*) omówiono kulturowo-historyczne aspekty pojęcia plagi jako najbardziej archaicznego i metaforycznego sensu epidemii oraz nakreślono jej uniwersalny, społeczny scenariusz. W ostatniej części (*COVID-19 między antropologią lęku a antropologią nadziei*) pandemia COVID-19 jest przedstawiona jako metafora globalnej choroby terminalnej i „lustro” epoki wymagającej zmiany.

Słowa kluczowe: eko-antropologia; COVID-19, koronawirus, pandemia, plaga

Abstract: The article is an interdisciplinary contribution to the current discussion on different aspects of COVID-19 pandemic. First paragraph (*Introduc-*

tion) has an introductory character and COVID-19 is presented as a bio-ecological phenomenon and epidemiological notion. Second paragraph (*COVID-19 Pandemic*) presents the global and dynamic picture of the COVID-19 as well as triggering strategic elements in the fight with the spread of infections. The next paragraph (*Pestilence versus an age-old Plague*) is dedicated to the problem of cultural and historical aspects of the plague reflecting the most archaic and metaphoric sense of epidemic together with its universal scenario. In the last paragraph titled *COVID-19 between the Anthropology of Fear and Anthropology of Hope* the author presents COVID-19 as a metaphor of the global terminal disease and the mirror of our times to be changed.

Key words: environmental anthropology, COVID-19, coronavirus, pandemic, plague

Wprowadzenie

W ciągu zaledwie kilku miesięcy współczesny świat stał się „zakładnikiem” nowo rozpoznanego wirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*), który wywołuje u ludzi szybko rozprzestrzeniającą się ostrą niewydolność układu oddechowego¹. Pojawiwszy się początkowo w Chinach, obecnie zbiera śmiertelne żniwo już na sześciu kontynentach, zwłaszcza wśród osób starszych i o obniżonej odporności. Internacjonalizacja tego nowego zjawiska chorobowego o nazwie COVID-19, popularnie nazywanego „koronawirusem”, wywołuje powszechną z nim walkę, prowadzoną przez światowe autorytety naukowe, laboratoria badawcze i służby medyczne (Kandel, Chungong, Omaar, Xing 2020).

¹ Należy on do grupy siedmiu koronawirusów, których dojrzałe cząstki zawierają kwas rybonukleinowy jako materiał genetyczny. Jest wirusem osłonkowym, którego genom stanowi jednoniciowe RNA o polaryzacji dodatniej (ssRNA+). Wirusy takie są bardziej zmienne niż wirusy DNA, dlatego specjaliści oczekiwali pojawienia się kolejnych odmian. Każdy wirion SARS-CoV-2 ma kształt zbliżony do kulistego o średnicy 60-140 nm. Otoczony wypustkami białka o długości 9-12 nm, nadaje mu wygląd podobny do korony słonecznej. W porównaniu z wcześniej rozpoznanymi koronawirusami odzwierzęcymi, SARS-CoV-2 cechuje znacznie mniejszy wskaźnik śmiertelności, ale za to największy stopień zakaźności.

Problematyka ta podlega globalnej mediatyzacji nie tylko w odniesieniu do zagadnień medycznych i bioetycznych, ale też jako odzwierciedlenie polityki i narracji kryzysowej we wszystkich aspektach, od filozoficznego po obyczajowy. Od kilku miesięcy rośnie lawinowo liczba forów internetowych o charakterze naukowym i popularnym oraz publicystyki naukowej w j. angielskim, nie licząc tekstów w językach narodowych. Coraz częściej też autorzy piszący o pandemii wyprzedzają procedury wydawnicze i udostępniają w sieci preprinty. Do powyższego dołącza żywiołowy dyskurs antropologiczny², odwołujący się nie tylko do badań w działaniu, ale też do metafizycznych i probabilistycznych spekulacji, które jednakże wydają się przedwczesne na obecnym etapie rozwoju pandemii. Włączając się do dyskusji, niniejszy artykuł stanowi garść obserwacji i refleksji nawiązujących do interdyscyplinarnego warsztatu badawczego autorki, gromadzonego podczas pracy nad antropologią pandemii HIV/AIDS (Krawczyk-Wasilewska 2000) oraz doświadczeń zdobytych w okresie fascynacji antropologią ekologiczną (1992-1998), jak również w toku wieloletnich badań nad historyczno-kulturowym oglądem literatury i folkloru.

Z ekologicznego punktu widzenia towarzyszące dziejom ludzkości epidemie stanowiły – obok migracji, wojen, głodu i katastrof naturalnych – jeden z ważniejszych czynników regulacji demograficznej ekosystemu człowieka. Pomijając depopulacyjne teorie spiskowe, które w związku z COVID-19 odżyły w mediach i folklorze³, współcześnie depopulacja powodowana jest głównie emigracją i ujemnym przyrostem naturalnym.

Jednakże w minionych stuleciach choroby zakaźne pustoszyły populacje ludzkie, że wspomnimy zawleczenie do Ameryki – po wyprawach Kolumba – chorób europejskich, które zdziesiątkowały tubylcze plemiona Indian, a podobne sytuacje były udziałem Tasmanii i innych obszarów

² Kierunki głównych zainteresowań odzwierciedlają też międzynarodowe webinaria, np. *Culture and public health in the era of Coronavirus* czy *Fieldwork in an era of pandemia: digital (and other) alternatives* organizowane przez World Council of Anthropological Associations (16.04; 19.05.2020).

³ Globalną drogę pogłoski oskarżającej miliardera Billa Gatesa o niszczycielski plan depopulacyjny zrekonstruował przy wykorzystaniu metod komputacyjnej folklorystyki i teorii sieci społecznych prof. T. Tangherlini i przedstawił w wykładzie pt. „Conspiracy in the Time of Corona” dla członków International Society For Folk-Narrative Research (online: 04.09.2020). Por. preprint: Shamsavari, S., Holur, P., Tangherlini, T., Roychowdry, V. (2020); <https://www.spidersweb.pl/2020/04/bill-gates-koronawirus-teorie-spiskowe.html> (dostęp: 10.05.2020); <https://www.gatesfoundation.org> (dostęp: 10.09.2020).

kolonizowanych przez Europejczyków (McCaa 1996; Smith 2002; Reynolds 2012). Wspomnieć tu warto, że trwająca od pół wieku epidemia AIDS wciąż odgrywa dużą rolę w populacji Afryki subsaharyjskiej, na co ma wpływ nie tylko lokalna obyczajowość, ale głównie niewydolne społecznie systemy ekonomiczne. Pisząc swego czasu (na podstawie danych z początku lat 90. XX w.) o samoeksterminacji ludności tego obszaru z powodu AIDS (Krawczyk-Wasilewska 2000: 17), nie brałam pod uwagę faktu, który dziś już należałoby uwzględnić – bardzo wysokiego współczynnika dzietności na tym obszarze, powodującego gwałtowny wzrost ludności⁴. Przykład powyższy potwierdza, że w swej naturalnej walce o przetrwanie gatunek ludzki reaguje fizjologicznie, genetycznie i cywilizacyjnie, co umożliwia człowiekowi powolne przystosowywanie się do środowiska zagrażającego jego zdrowiu i życiu (Malinowski 1999: 420-427; Ruffié, Sournia 1996: 39-75; Malinowski 1999: 420-427; Piontek, Wiercińska 1993).

Z tym wszystkim od zarania dziejów populacjom ludzkim towarzyszyły lęki ekologiczne, a zwłaszcza zagrożenia z powodu nagłych wybuchów dojmujących chorób powodowanych przez bakterie, pasożyty, grzyby i wirusy. Często źródłem chorób bywa pożywienie i woda, ale także zwierzęta, że wymienimy dobrze znane: pchły i szczury (dżuma dymienicza); moskity (malaria); kleszcze (borelioza) czy ptactwo wodne i hodowlane (grypa). Wiadomo też, że nosicielem groźnych dla człowieka chorób zakaźnych jest on sam, gdy zakaża poprzez wymianę płynów ustrojowych czy kontakt z uszkodzoną tkanką (np. AIDS i kiła) lub przenosi infekcję drogą kropelkową (np. grypa i COVID-19).

Rozwój cywilizacyjny, a wraz z nim postęp medycyny (w tym szczepienia ochronne, stosowanie antybiotyków i środków dezynfekcyjnych) wyeliminowały lub znacząco ograniczyły dżumę, cholere, polio, dyfteryt, ospę, szkarlatynę, gruźlicę i wiele innych chorób. Nie zmienia to jednak faktu, że pojawiają się nowe, dotąd nieznanne choroby, których podglebkiem jest patogenna flora i fauna związana ze zmianami geografii chorób, zmianami klimatu oraz nadmierną ingerencją człowieka w środowisko naturalne.

Choroby zakaźne występujące na skalę masową epidemiolodzy określają mianem epidemii (z gr. *epi* – ‘na, nad’ i *demos* – ‘lud, gmina’), endemicznej i pandemii. Jak wiadomo, choroby typu endemicznego występują na

⁴ <https://www.un.org/development/desa/pd/themes/population-trends> (dostęp: 10.05.2020).

ograniczonym obszarze w sposób permanentny i chroniczny (np. malaria w ponad stu krajach strefy tropikalnej i subtropikalnej), natomiast epidemie (np. cholera, dżuma, ebola czy MERS) wybuchają gwałtownie i rozprzestrzeniają się w określonym czasie i na danym obszarze (również na terenach endemicznych) wśród znacznej części zamieszkującej go populacji, przy czym – co warto podkreślić – między falami epidemii zdarzają się przerwy sugerujące całkowite zlikwidowanie choroby, jak na przykład w wypadku dżumy czy gruźlicy. Natomiast w epidemiach wirusowych dany wirus może stać się endemiczny, wejść do "kanonu" i uodpornić znaczną część populacji, podobnie zresztą jak bezpieczna szczepionka, dzięki której wzrasta tzw. odporność stadna (populacyjna). Z kolei mianem pandemii określa się epidemie obejmujące ogromne obszary, a nawet kontynenty, że wymienimy grypę⁵, AIDS, obecny COVID-19 czy poprzedzający go SARS (Hilgenfeld, Peiris 2013).

Przypomnieć tu należy, że informacje o chorobie SARS pochodziły z południowych Chin. Pierwsze zakażenia odnotowano w listopadzie 2002 r. w 7-milionowym mieście Foshan (prowincja Guangdong), którego władze po ponad czterech miesiącach przekazały raport do Światowej Organizacji Zdrowia (dalej skrót: WHO). Nie tylko spowodowało to opóźnienie międzynarodowych badań naukowych nad wyizolowaniem wirusa, ale też przyspieszyło rozprzestrzenianie się choroby (o współczynniku śmiertelności ok. 10%) w Azji Południowo-Wschodniej, a także – w postaci pojedynczych ognisk – w różnych miejscach globu (poza Polską). Dopiero w kwietniu 2003 r. sytuację zmieniło wykrycie tego odzwierzcącego koronawirusa i ogłoszenie przez WHO choroby SARS jako pandemicznej (Thiel 2007; Wang, Cowled 2015; Pyrc 2015). Niemalże znaczenie w wygaszaniu pandemii miało monitorowanie przez WHO, które zalecało zaostrzenie procedur sanitarnych i izolacyjnych w najbardziej zagrożonych miejscach jej ognisk na terenach 37 krajów. W lipcu 2003 r. WHO ogłosiło całkowite zwalczenie choroby SARS, która okazała się pandemią jednosezonową⁶.

⁵ Najbardziej zjadliwa pandemia grypy (tzw. „hiszpanki”) wywołana przez szczep A H1N1 miała miejsce w latach 1918–1920. Liczbę ofiar na świecie szacuje się od 50 do 100 milionów osób (Johnson, Mueller 2002; Brown 2018).

⁶ Globalna statystyka choroby SARS zamknęła się 8437 przypadkami chorobowymi i 813 zgonami. Jest to skumulowana liczba formalnych zgłoszeń od początku pandemii. (https://www.who.int/csr/sars/country/2003_07_11/en/, dostęp: 08.05.2020).

Pandemia COVID-19

Jeśli idzie o aktualną, podobną do SARS chorobę, to wiedza o jej dotychczasowym zasięgu gromadzona jest przez służby epidemiologiczne poszczególnych państw, które informują kontynentalne agendy⁷, te zaś przekazują je do banku danych WHO, gdzie podlegają dalszej analizie statystycznej i opracowaniu, co umożliwi proces ich rozpowszechniania⁸. Nie wszystkie jednak państwa gromadzą swoje dane w sposób rzetelny i nie wszystkie chcą je w pełni ujawniać, ponadto wszelkie rejestry dotyczą jedynie tzw. epidemii ujawnionej, obejmującej zaledwie część zakażonej populacji, stanowiąc podstawę do prognoz symulacyjnych, coraz częściej wykorzystujących modele matematyczne⁹.

Te przyczyny, a także dynamika rozwoju choroby i równoległe prowadzone nad nią badania biomedyczne powodują, że próba globalnego i w pełni wiarygodnego opisu epidemiologicznego pandemii obciążona jest piętnem dezaktualizacji i niekompletności danych. Pomimo powyższych zastrzeżeń, pandemia COVID-19, tak jak każda inna wielka epidemia, posiada już swoją własną historię, której dynamiczny, niekiedy wręcz sensacyjny medialnie przebieg przybliży ją do opowieści antropologicznej (Burszta, Piątkowski 1994).

Pierwsze przypadki COVID-19¹⁰ odnotowano na początku grudnia 2019 r. i wiązano z możliwością skażenia ludzi wirusem odzwierzęcym już w drugiej połowie listopada (z uwagi na okres bezobjawowej inku-

⁷ Np. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) z siedzibą w Sztokholmie czy słynne amerykańskie Centers for Disease Control and Prevention (CDC) z Atlanty.

⁸ Epidemiologiczne dane statystyczne gromadzi też wiele innych instytucji, z których największym zaufaniem cieszy się niezależny portal www.worldometers.info, specjalizujący się w udostępnianiu liczników i statystyk na skalę globalną i w czasie rzeczywistym.

⁹ Modelowanie epidemiologiczne, ostatnio sięgające także do teorii sieci społecznych (rzeczywistych i przypadkowych), podlega żywiołowemu dyskursowi i kontrowersyjnym ocenom. Por. Ferguson et al. 2020; Caduff 2020, Brauer, Castillo-Chavez, Feng 2019; Jarynowski, Grabowski 2015.

¹⁰ W dn. 11.02.2020 r. WHO we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Zwierząt (OIE) i Organizacją Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) nadała chorobie nazwę COVID-19 (skrót od ang. *Coronavirus Disease 2019*) zamiast jej pierwotnej nazwy 2019-nCoV (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2, dostęp: 08.05.2020).

bacji patogenu) na terenie tzw. mokrego targu¹¹ o nazwie Huanan w centrum ponad 11-milionowej metropolii Wuhan położonej nad rzeką Jangcy w środkowych Chinach (prowincja Hubei). Decyzję o zamknięciu targu z powodów sanitarnych podjęto na koniec grudnia, jednocześnie informując WHO, że wśród chorujących mieszkańców odnotowano 44 przypadki ciężkiego zapalenia płuc o nieznanej etiologii¹² (Huang et al. 2020). Wkrótce nowa choroba, początkowo przez władze chińskie ukrywana przed światem¹³, zaczęła się rozprzestrzeniać na całym terenie Chin, z „epicentrum” w gęsto zaludnionym Wuhan.

Rozpoczynając intensywną, choć o kilka tygodni opóźnioną walkę z epidemią, władze medyczne Chin 12 stycznia 2020 r. poinformowały WHO o genomie nowo (7 stycznia) wyizolowanego beta-koronawirusa SARS-CoV-2, nazwanego tak ze względu na znaczące podobieństwo do SARS-CoV-1, zarówno pod kątem struktury molekularnej, jak i wspólnego pochodzenia zoonotycznego¹⁴ (Zhou et al. 2020; Andersen et al. 2020). Wiedza ta umożliwiła wyprodukowanie pierwszych testów genetycznych opartych na diagnostyce molekularnej oraz testów serologicznych (immunologicznych) opartych na detekcji białek wirusowych, wykrywających przeciwciała w organizmie pacjenta¹⁵.

Jednakowoż szybko wzrastająca liczba pacjentów oblegających szpitale w Wuhan¹⁶ okazała się wielkim wyzwaniem dla lokalnego systemu

¹¹ Nazwa *mokry targ* odnosi się do dalekowschodnich azjatyckich targowisk sprzedających głównie świeże ryby, ale też mięso i produkty spożywcze trzymane w lodzie lub polewane wodą. Na niektórych targowiskach handluje się również żywymi (hodowlanymi i dzikimi) zwierzętami, często zabijanymi na miejscu i trzymanymi w antysanitarnych klatkach.

¹² Pierwszy raport WHO z dn. 21 stycznia 2021 r. (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4, dostęp: 10.05.2020).

¹³ Należy tu wspomnieć postać bohaterskiego dra Li Wenlianga z Centralnego Szpitala w Wuhan, który za wpisy internetowe ostrzegające kolegów o możliwej epidemii, pochodzącej z rynku Huanan, doznał szykan od lokalnych władz jako „wielki plotkarz”. Zakażony przez pacjenta koronawirusem, zmarł 7 lutego w wieku 33 lat (Green 2020: 682).

¹⁴ W obu wypadkach rezerwuarem genetycznym mogły być nietoperze, których wirus adaptowały dzikie zwierzęta (jenoty, łaskuny, cywety, łuskowce itp.), pełniąc funkcję gospodarza pośredniego w przenoszeniu koronawirusa na człowieka.

¹⁵ <https://diag.pl/pacjent/koronawirus/rodzaje-testow-w-kierunku-covid-19> (dostęp: 10.05.2020).

¹⁶ Por. film dokumentalny pt. *Koronawirus. Globalne zagrożenie* Seana Nichollsa (2020).

opieki zdrowotnej, który rozpoczął bezprecedensowe działania, wspierane przez rząd, policję, wojsko i ochotników z całego kraju. Nieustanna dezynfekcja miasta, szpitale polowe dla lżej chorych w centrach wystawowych i siłowniach, powszechna kwarantanna i przymusowa izolacja chorych oraz drakońskie metody tzw. społecznego dystansu, wreszcie kordon sanitarny otaczający miasto, które 23 stycznia definitywnie zamknięto (aż do 7 kwietnia), choć zanim to nastąpiło, połowa jego mieszkańców zdążyła uciec. Tego samego dnia w nocy rozpoczęto ekspresową budowę szpitala dla 1000 pacjentów, a po dwóch dniach – następnego (na 1300 łózek), by obie zakończyć w ciągu 10 dni.

W końcu lutego, kiedy wreszcie odnotowano wyraźny spadek liczby zakażeń, władze chińskie podały, że z misją pomocową przybyło do Wuhan ponad 40 tys. pracowników medycznych (w tym 1400 lekarzy wojskowych), a także pomoc i wsparcie z zagranicy. Do produkcji zaś sprzętu medycznego (respiratory) i ochronnego (kombinezony, maski, rękawiczki, gogle itp.) zmobilizowano wiele firm, dotychczas reprezentujących całkowicie odmienne branże¹⁷. Tak więc w ciągu następnych dwóch miesięcy Chiny, z państwa potrzebującego pomocy, przekształciły się w największego na świecie, choć nie zawsze dotrzymującego standardów, eksportera testów, leków i środków ochrony osobistej oraz innych produktów niezbędnych do globalnej walki z epidemią¹⁸.

Lecz jeszcze w styczniu 2020 r. pojedyncze ogniska zakażeń wirusem SARS-CoV-2 dotarły z Chin do państw ościennych, a potem – *via* podróże lotnicze¹⁹ – rozprzestrzeniły się po świecie, by w lutym osiągnąć najwyższą dynamikę zakażeń, z setkami chorych na terenie Korei Południowej, Iranu i Włoch, a także na zacumowanym u wybrzeży Jokohamy wycieczkowcu Diamond Princess²⁰. Mimo nowych wybuchów zakażeń

¹⁷ <https://news.cgtn.com/news/2020-02-27/Wuhan-s-war-on-COVID-19-How-China-mobilizes-to-contain-the-virus> (dostęp: 10.05.2020).

¹⁸ Spektakularnym wydarzeniem było lądowanie na warszawskim lotnisku (14 kwietnia) największego na świecie transportera An-225 Mrija, który przywiózł z Chin około 100 ton zamówionego sprzętu medycznego, w sporej części (np. maski ochronne) nie spełniającego zresztą europejskich norm bezpieczeństwa antywirusowego.

¹⁹ Sprzyjającym czynnikiem były podróże związane z feriami bożonarodzeniowymi, a także wyjazdy kilkusetmilionowej diaspory chińskiej do kraju pochodzenia, również ze względu na obchody noworoczne, które według tradycyjnego kalendarza chińskiego otwierał dzień 25.01.2020, rozpoczynający Rok Szczura.

²⁰ Z powodu ponad 700 zakażonych pasażerów (w tym 12 śmiertelnie) i przedłużającej się kwarantanny statek określany był w mediach jako „pływające więzienie”, zwłaszcza że w 2016 r. na tym samym wycieczkowcu wybuchła epidemia norowirusa,

na odległych od siebie terytoriach (*nota bene* od 20 stycznia skrupulatnie odnotowywanych na portalu WHO w codziennych raportach), dopiero 11 marca WHO zdecydowało się ogłosić pandemię.

Pomimo wcześniejszych ostrzeżeń ze strony WHO data ogłoszenia pandemii COVID-19 spotkała się z krytyczną oceną medialną i polityczną²¹ w sytuacji, gdy już 113 krajów zgłosiło – od początku epidemii – skumulowaną liczbę 120 tysięcy (81 tys. w Chinach) zakażeń, w tym 4300 zakończonych zgonem (3162 w samych Chinach). Szacuje się, że w rzeczywistości liczba zakażonych i chorych lekko lub bezobjawowo była trzykrotnie większa, ponieważ statystyka epidemiologiczna rejestruje jedynie formalne zgłoszenia przypadków potwierdzonych laboratoryjnie. Jeśli chodzi o Polskę, to w dniu ogłoszenia pandemii WHO odnotowało jedynie 22 – potwierdzone testami – lokalne przypadki²².

Od tej chwili dynamiczny rozwój zakażeń zmuszał kolejne, zaskoczony rozmiarem nowej sytuacji państwa do podejmowania działań „spłaszczających” epidemię. Polegały one na uwzględnianiu – rekomendowanej przez WHO – profilaktyki (higiena, dezynfekcja, dystans społeczny) i możliwie najszerzej diagnostyki laboratoryjnej (testowanie), a to wiązało się nie tylko z nieadekwatnym zarządzaniem procedurami i ograniczoną wydolnością lokalnych systemów opieki zdrowotnej w całym świecie, ale też ze zwiększonymi nakładami finansowymi. Warto tu podkreślić, że zamożność danej ekumeny nie przekładała się na efektywność walki z wirusem.

Przykładem może być 9-milionowa włoska Lombardia, która jest jednym z najbogatszych regionów Europy²³ i od której rozpoczęła się w lutym epidemia na tym kontynencie. W ciągu miesiąca na północy Włoch

który zaraził wówczas około 160 osób (<https://www.abc.net.au/news/2016-02-04/gastro-outbreak-hits-158-aboard-luxury-cruise-liner-in-sydney/7138950>, dostęp: 10.05.2020).

²¹ Głównymi krytykami WHO w tej kwestii okazali się amerykańscy republikanie na czele z prezydentem Donaldem Trumpem, który w połowie kwietnia sugerował wstrzymanie amerykańskich funduszy dotujących tę organizację, *nota bene* cieszącą się powszechnym autorytetem od początku jej istnienia, tj. od 1948 r.

²² Tzw. pacjent „zero” zarejestrowany został 4 marca jako przypadek importowany w związku z jego podróżą autobusową z Niemiec do Polski. Po szczęśliwym wyleczeniu i trzytygodniowym pobycie w szpitalu stał się celebrytą medialnym, ale też i podmiotem tzw. hejtu (<https://portal.abczdrowie.pl/koronawirus-w-polsce-mieczyslaw-opalka-polski-pacjent-zero-opowiada-o-objawach-covid-19-probie-oddania-osocza-i-o-naglej-opularnosci-ktora-na-niego-splynela>, dostęp: 10.05.2020).

²³ Dochód na głowę mieszkańca wynosi w Lombardii 142% średniej unijnej. Lombardia wytwarza jedną czwartą PKB Włoch, chociaż mieszka tam jedna szóstą ludności kraju. Średnia długość życia w tym regionie to 83 lata.

przybrała takie rozmiary, że intensywną terapię chorych prowadzono na korytarzach, w salach operacyjnych i pooperacyjnych, opróżniając całe oddziały szpitali na rzecz nowych pacjentów, a domy opieki zamieniano na szpitale. W związku z całkowitym zakazem opuszczania domów przez miejscową ludność oraz wstrzymaniem pogrzebów świeckich i kościelnych, ofiarni lekarze włoscy (wsparci obecnością kolegów z Chin, Wenezueli, Kuby i Polski) byli też tymi, którzy musieli żegnać swych umierających pacjentów w imieniu ich rodzin. Do połowy maja tylko w samej Lombardii, ofiarnie walczącej z koronawirusem²⁴, odnotowano 84 tys. zakażeń i ponad 15 tys. zgonów²⁵, przy czym znaczną część ówczesnych nosicieli wirusa stanowiły osoby ze środowiska medycznego i opiekuńczego, podobnie zresztą jak w wielu innych krajach. W pierwszej fazie epidemii wynikało to z niedostatecznego zaopatrzenia personelu w jednorazowe środki ochrony osobistej i niepoddawania testom pracujących ponad siły wolontariuszy i medyków, zmuszanych do dramatycznych decyzji, jak np. kwalifikowanie pacjentów do korzystania z ratujących życie, nielicznych respiratorów tlenowych²⁶.

Drugim przykładem mogą być Stany Zjednoczone z największą na świecie gospodarką wolnorynkową, w których system opieki medycznej jest prywatny i rozproszony, a miliony obywateli nie są objęte jakimkolwiek rodzajem ubezpieczenia zdrowotnego²⁷. Pod względem liczby zakażonych koronawirusem już w marcu Stany Zjednoczone uplasowały się na pierwszym miejscu globalnej statystyki, dochodząc w początku czerwca do prawie 2 mln zakażeń i 110 tys. zgonów, przy czym na samo 9-milionowe miasto Nowy Jork przypadło aż 207 tys. zakażeń i prawie 17 tys. zgonów²⁸. Nadmienić tu trzeba, że nowojorczyki (podobnie jak mieszkańcy Wuhan, Mediolanu, Bergamo czy metropolii indyjskich²⁹),

²⁴ <https://oko.press/raport-z-piekla-lekarz-z-bergamo/>; <https://oko.press/wloszech-zakazali-nawet-pogrzebow-co-tam-sie-stalo/> (dostęp: 10.05.2020).

²⁵ <https://www.statista.com/statistics/1099375/coronavirus-cases-by-region-in-italy/> (dostęp: 10.05.2020).

²⁶ Symbolem wsparcia i wdzięczności dla poświęcenia lekarzy były gromkie brawa rozlegające się z włoskich balkonów w południe 14 marca. Podobne akcje odnotowano w innych krajach, również w Polsce, w Dniu Światowej Służby Zdrowia, obchodzonym 7 kwietnia.

²⁷ www.dpeaflcio.org/factsheets/the-us-health-care-system-an-international-perspective (dostęp: 15.05.2020).

²⁸ <https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-data.page> (dostęp: 15.05.2020).

²⁹ Na wieść o ogólnokrajowej kwarantannie, ogłoszonej 22 marca, miliony ludzi

przerażeni widokiem samochodów-chłodni ustawianych pod szpitalami i wpłynięciem (30 marca) do portu na Manhattanie okrętu szpitalnego marynarki wojennej USNS Comfort (z 1 tys. łóżek na pokładzie), już na początku kwietnia gremialnie uciekali przed zarazą z metropolii, której władze miały problemy z opanowaniem istniejącego chaosu, a służby medyczne borykały się z brakiem dostatecznej ilości środków ochrony osobistej i podstawowymi brakami w wyposażeniu sprzętowym³⁰.

Działania większości krajów na polu spłaszczenia krzywej zachorowań COVID-19 polegały na mniejszym lub większym naśladownictwie modelu chińskiego, to jest poddawaniu społeczeństw restrykcjom izolacyjnym, ogłaszaniem przez nadzór epidemiologiczny i władze danego państwa lub regionu. Restrykcje obejmowały: zamykanie granic państwowych, wstrzymanie lotniczej komunikacji pasażerskiej, zamykanie instytucji edukacyjnych, opiekuńczych, religijnych, kulturalnych, rozrywkowych i sportowych oraz hoteli, restauracji, sklepów niespożywczych, zakładów usługowych, wreszcie zakaz zgromadzeń publicznych i domowych powyżej określonej w danej sytuacji epidemicznej liczby osób, zakaz śpiewu i tańca w czasie uroczystości, utrzymywanie 1-2 metrowej odległości między osobami w przestrzeni publicznej, zakaz przemieszczania się bez ważnej potrzeby, zakaz wchodzenia do parków i lasów oraz inne, mniej lub bardziej uzasadnione, lokalne obostrzenia, np. zakupy dla ludzi starszych w godzinach 10:00-12:00 (w Polsce) lub zakupy w dni parzyste dla kobiet, a nieparzyste dla mężczyzn (w Peru). Do tego wszystkiego nakaz – często pod groźbą kary (np. w Polsce, Włoszech, Francji, Zjednoczonych Emiratach Arabskich) – odbywania kontrolowanej kwarantanny, samoizolacji domowej, noszenia ochronnych akcesoriów (maseczek, przyłbic, rękawiczek jednorazowych), a także inne nakazy, jak np. respektowanie godziny policyjnej (w Algierii, Gruzji, Tajlandii, Peru, Australii (stan Victoria) i in.) czy wykonywania pracy zdalnie lub niewykonywania jej wcale oraz korzystania z tzw. teleporad medycznych.

utrzymujących się z pracy na dniówki ruszyło w pieszą wędrówkę do rodzinnych wiosek, czemu towarzyszył niespotykany chaos i wykup artykułów spożywczych (BBC World, 23.03.2020).

³⁰ Nie pomagało uspokajanie ze strony lokalnej władzy ani optymistyczne wypowiedzi prezydenta Trumpa, który zaczął od *tweetu* (z 24 stycznia) wyrażającego podziw dla determinacji Chińczyków w walce z epidemią, po czym w kwietniu rozpoczął z nimi regularną „zimną wojnę” propagandową, oskarżając o wywołanie pandemii. Sam zaś, podczas licznych konferencji prasowych, przekazywał absurdalne informacje pseudomedyczne, stając się źródłem tzw. *fake-newsów* i folkloru upowszechniającego niewiedzę.

Niektóre państwa i regiony wprowadzały obostrzenia zbyt późno, w innych zbyt wcześnie je „odmrażano” z powodów ekonomicznych, a niektóre, jak Szwecja, najbardziej socjalne państwo na świecie, praktykujące teorię tzw. rządomyślności i indywidualnej odpowiedzialności (Foucault 2010, 2011), ograniczały się jedynie do zalecania samoizolacji osobom z grup tzw. zwiększonego ryzyka, młodym zaś rekomendowano bezpieczne zachowania. Natomiast całkowite lekceważenie problemu w pierwszej fazie epidemii było udziałem państw zarządzanych autokratycznie – Białorusi, Brazylii, Nikaragui, Korei Północnej czy Turkmenistanu. Obserwacje statystyczne pokazują też, że kompletne wygaszenie epidemii, ogłaszane jako sukces przez Nową Zelandię, Koreę Południową czy Chiny, nie zapobiegły nawrotowi wirusa na te obszary.

Wymienione wyżej metody walki z pandemią ogarniającą coraz to nowe regiony świata pokazują, że rozwój choroby epidemicznej jest znacznie szybszy niż znalezienie na nią skutecznego lekarstwa czy bezpiecznej szczepionki, ponieważ wymaga to długich, skomplikowanych i kosztownych badań, nie zawsze zakończonych sukcesem³¹. Tymczasem nad opracowaniem szczepionki i referencyjnego antywirusowego leku³² przeciw nowej chorobie pracuje na świecie ponad 80 laboratoriów wspieranych przez rządy, prywatnych sponsorów, charytatywne akcje solidarnościowe, humanitarne organizacje pozarządowe oraz korporacje farmaceutyczne. Warto tu wspomnieć o informacji, którą 26 maja podał mediom dyrektor generalny WHO dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, że badania kliniczne w tym zakresie prowadzi ponad 400 szpitali w 35 krajach i ponad 3500 pacjentów z 17 krajów zostało już wytypowanych do tzw. próby solidarnościowej.

Gdy piszemy te słowa we wrześniu 2020 r., globalna liczba zarejestrowanych zakażeń od początku pandemii wynosi na świecie prawie 30 milionów, liczba wyzdrowień – ponad 20 mln, a zgonów – 1 mln, wykazując tendencję wzrostową zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, Indiach, Brazylii i Rosji. W Polsce statystyka ta wynosi odpowiednio: 73 tys. zakażeń, wyzdrowień – 60 tys., zgonów – ponad 2000 i rośnie³³.

³¹ W wypadku AIDS do dziś nie wynaleziono szczepionki, choć odkryto leki podtrzymujące chorych przy życiu.

³² Z braku konkretnego medykamentu, choroba COVID-19 leczona jest objawowo przy wykorzystaniu opracowanych w przeszłości leków przeciw wirusom odzwierzęcym oraz donacji osocza ozdrowieńców o odpowiednio wysokim poziomie przeciwciał.

³³ <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (dostęp: 10.09.2020).

Zaraza – pomór – odwieczna plaga

Od najdawniejszych czasów epidemie określano mianem „zarazy” (gr. *lojmos*, łac. *pestis*), „pomoru” lub „moru” (łac. *mors* – ‘śmierć’; *morbus* – ‘choroba’) oraz „plagi” (łac. *plaga* – ‘uderzenie, rana, nieszczęście’), przy czym to ostatnie pojęcie wydaje się oddawać najbardziej rudymentalne, lokujące się na granicy *sacrum* i *profanum* znaczenie epidemii jako metafory ciosu i klęski, często też kary zesłanej danej społeczności przez bóstwo lub inną siłę zewnętrzną (Eliade 2020). Wszystkie bowiem epidemie postrzegane były przez dotknięte nimi społeczeństwa jako szczególnie rodzaj fatum, w opozycji do zwykłych nieszczęść wywołanych „codziennymi” chorobami.

Na gruncie europejskim potwierdzeniem tego stanu rzeczy mogą być liczne źródła literackie, stanowiące jedno z najstarszych mediów kultury i praktyk komunikacyjnych, które docenia antropologia literatury, ponieważ odzwierciedlają „poetykę doświadczenia kulturowego” (Nycz 2007, Kuligowski 2010). Dzieło literackie, zwłaszcza typu kronikarskiego, bywa też nieocenionym, a niekiedy jedynym źródłem zastanym, z którego czerpie historiografia (Foucault 1977, Stefanowska, Sławiński 1978, White 2010).

Tak więc o odległych epidemiach traktowanych w kategoriach kary boskiej³⁴ wzmiankują różne dzieła literatury antycznej, że wymienimy *Iliadę* Homera, *Eneidę* Wergiliusza, *Króla Edypa* Sofoklesa czy *Dzieje* Herodota. W kulturze judeochrześcijańskiej motyw plagi jako kary boskiej najsilniej uwidocznił się na kartach Starego Testamentu, począwszy od *Księgi Kapłańskiej*, traktującej chorego jako „nieczystego”, wymagającego obowiązkowej izolacji pod kontrolą kapłana. Tamże znajdujemy napomnienie, że chorobą i zarazą pokarani będą sprzeciwiający się nakazom i prawom boskim (*Pismo Święte* 1980: 117-122, 133-134, 141, 197). Wśród dalszych wzmianek na ten temat do najbardziej znanych przykładów należą: zesłanie zarazy (jako jednej z dziesięciu plag) na Egipcjan za niewypuszczenie z kraju ludu Izraela oraz na Filistynów z Aszdodu za zagarnięcie Arki Przymierza (*Pismo Święte* 1980: 77, 262-263). Nadmie-

³⁴ Wśród starożytnych pierwszym, który wykluczył gniew boski jako przyczynę epidemii, był ojciec medycyny Hipokrates, upatrujący zaraźliwość chorób w tzw. miazmatach – oparach wydobywających się z gnijących zwłok, wód i bagien (Hippocrates, wyd. 1934). Zaznaczyć tu należy, że teoria miazmatyczna przetrwała aż do wieku XIX (Brzeziński 1988: 242).

nić tu trzeba, że obu zarazom towarzyszyły plagi zwierzęce, co nie dziwi, ponieważ atrybuty zwierzęce, jak również alegorie pioruna i strzały (jako znaków zsyłanej kary), od czasów starożytnych pogłębiały symbolikę epidemii³⁵.

Symboliczne, pozaempiryczne znaczenie plagi jako kary za złamanie prawa, przekroczenie tabu, obrazę bóstwa, kapłana, władcy czy narodu posiada wymiar tradycyjny i – jako fakt kulturowy „długiego trwania” (Braudel 1971) – cechuje od wieków ludową, potoczną, a zarazem powszechną świadomość nie tylko w kulturze europejskiej (Delumeau 1986; Sontag 1989; Sznajderman 1994).

Społeczny zaś odbiór plagi jako ciosu zewnętrznego wiązał się również z odwiecznym poszukiwaniem „winnych” wśród grup mniejszościowych; wszelkich odmieńców i ludzi marginesu, heretyków oraz etnicznie obcych³⁶. „Obcość” przejawiała się też w potocznych nazwach chorób zakaźnych, których etiologię odnoszono do obszaru odległego geograficznie, np. epidemię kiły (XVw.) nazywano w Polsce „chorobą francuską”, w Rosji – „polską”, we Francji – „neapolitańską”, a w Japonii – „chińską” (Krawczyk-Wasilewska 2000: 49). Działo się tak, ponieważ „(...) istnieje zależność pomiędzy wyobrażeniem choroby a wyobrażeniem cudzoziemskości. Sprowadza się ona (...) do samej istoty zła, którą z archaicznego nawyku utożsamiamy z nie-nami, z czymś obcym” (Sontag 1989: 25).

Nadmienić tu trzeba, że dychotomia tożsamościowa pojęć „swoj”/”obcy”, od lat fascynująca kolejne pokolenia badaczy nauk społecznych, w przypadku epidemii ma związek z apriorycznym i negatywnym wartościowaniem kategorii obcości w obrazie przypisywanym obcym przez jednostkę i („swoją”) grupę zagrożoną śmiertelną chorobą (Bokszański 1989; Burszta 1992; Douglas 2007; Schütz 2008; Waldenfels 2002).

Z psychologicznego punktu widzenia kierowanie agresji na obce środowiska i poszukiwanie „koźłów ofiarnych” przyczynia się zresztą do kanalizowania emocji, spełniając funkcję kompensacyjną; łagodzi lęk, oswaja strach, znosi poczucie odpowiedzialności i rozgrzesza nie tylko zwykłych śmiertelników, ale też ich władców (Krawczyk-Wasilewska 2000: 48; Scruton 1986: 158-172; Tuan 1980: 87-104).

³⁵ Świadczy o tym bogata ikonografia oraz teksty hagiograficzne, a także wyobrażenia folklorystyczne (Krawczyk-Wasilewska 2000: 46-47).

³⁶ W średniowieczu owe „koźły ofiarne” były ograbiane, szykanowane, poddawane torturom i wyrzucane poza obręb miast itp. Por. Baranowski 1965, Girard 1987, Kracik 1991, Szczypiorski 1982.

Opisy różnych epidemii, dramaturgia ich przebiegu, sposoby walki z plagą oraz reakcje społeczne wraz z oceną skutków znajdują swoje szerokie odbicie w licznych źródłach literackich, ikonograficznych, historiograficznych oraz kompendiach z zakresu dziejów kultury i medycyny (Krawczyk-Wasilewska 2000: 50-52, Hays 2005, Snowden 2019). Nie bez znaczenia są też spetryfikowane ślady po epidemiach, że wymienimy pamiątkowe kaplice czaszkowe po epidemii dżumy (np. słynne ossuaria w Czermej k/Kudowy Zdroju czy w Kutnej Horze i Brnie w Czechach) oraz słupy (kolumny) morowe na rynkach wielu miast środkowoeuropejskich (np. *Pestsäule* w Wiedniu, Ołomuńcu, Linzu, Pradze czy Bystrzycy Kłodzkiej).

Na tle tej bogatej dokumentalistyki szczególne miejsce zajmuje pierwszy w historii, wręcz archetypiczny opis tzw. zarazy ateńskiej z V w. p.n.e., który zawdzięczamy Tukidydesowi, ocalałemu świadkowi epidemii. W swym obszernym dziele pt. *Wojna peloponeska* skrupulatnie i przy użyciu słownictwa medycznego opisał objawy choroby i przebieg zarazy, która miała rozpocząć się w Etiopii, by przez Egipt, Libię i Persję wtargnąć nagle do Aten (przeludnionych od naporu uciekinierów wojennych z Attyki) i zaatakować najpierw mieszkańców Pireusu, „(...) dlatego opowiadano, iż Peloponezyjczycy zatruli studnię, źródeł bowiem nie było tam jeszcze podówczas” (Tukidydes, wyd. 1991: 145). Wkrótce okazało się, że nieznanej dotąd choroby³⁷ nie potrafią opanować, mimo wielkiego poświęcenia lekarzy:

(...) Lekarze (...) nic nie mogli pomóc – zresztą sami najczęściej umierali, stykając się ciągle z chorymi – w ogóle żadna ludzka sztuka nic nie pomagała; również modlitwy w świętych miejscach (...) Jedni umierali z braku opieki, inni mimo najstaranniejszej opieki (...) Przede wszystkim ginęli najbardziej ofiarni: honor nie pozwalał im bowiem oszczędzać własnego życia i odwiedzali przyjaciół nawet wtedy, gdy domownicy (...) przestawali w końcu zwracać uwagę na jęki konających. Stosunkowo najwięcej współczucia okazywali umierającym i chorym ci, którzy przeszli szczęśliwie chorobę, ponieważ znali te cierpienia, a sami byli już bezpieczni: dwa razy bowiem nie atakowała (Tukidydes 1991: 147-148).

³⁷ Chorobą tą był prawdopodobnie dur brzuszny, choć nie jest to definitywnie rozstrzygnięte, pomimo nowoczesnych badań prowadzonych przez paleopatologów i antropologów fizycznych (Littman 2009).

W dalszym ciągu Tukidydes opisuje śmiertelny chaos i panikę, zaniechanie rytuałów pochówkowych oraz rozluźnienie moralne, że zacytujemy:

(...) Trupy leżały stosami, chorzy tarzali się na ulicach i wokół źródeł na pół żywi z pragnienia. Także świątynie, gdzie mieszkali, pełne były trupów (...) zaczęto lekceważyć na równi prawa boskie i ludzkie. Odrzucono wszystkie zwyczaje pogrzebowe, których się dawniej trzymało; każdy grzebał trupy jak mógł (...) Kiedy bowiem kto inny zbudował stos, uprzedzali go i położywszy na nim swego zmarłego podpalali; inni zaś, kiedy cudzy stos się palił, dorzucali zwłoki swojego bliskiego i odchodzili. (...) Dawniej oddawano się użyciu po kryjomu, teraz jawnie korzystano z chwili, widząc jak szybko umierają bogacze, a ich majątki przejmują biedni. Każdy chciał prędko i przyjemnie użyć życia (Tukidydes 1991: 148-149).

Dramatyzm epidemii pogłębiała anarchia, postępująca nędza, rozprzężenie obyczajów i zanik religijności³⁸, zwłaszcza że boga Apolla uważano za zwolennika Sparty i źródło zesłanej na Ateny plagi. Skutkiem wyniszczającej i nawracającej falami przez lat kilka epidemii był znaczny ubytek ludności (szacowany na 75-100 tys. osób) i ostateczny upadek Aten. Zaraza ateńska potwierdza, że epidemia jest „lustrem” epoki, w którym odbijają się informacje o społeczeństwie, formach zarządzania i władzy, stanie wiedzy empirycznej, wierzeniach, obrzędach, stylu życia, normach i wartościach. Dlatego też epidemie tworzą historię społeczną, której punktami zwrotnymi są wyniszczające kryzysy, zmieniające dotychczasowy ład kulturowy, ekonomiczny itp.

Zarówno cytowany wyżej, klasyczny opis Tukidydesa, jak i inne, późniejsze przekazy unaocniają, że odwieczne epidemie przebiegały według swoistego scenariusza kulturowego, którego prolog wiązał się zawsze z gwałtownym wybuchem nieznannej choroby, przywleczonej z odległego obszaru lub przez obce środowisko (Biraben 1975; Wilson 1963). Początkowo lekceważone i minimalizowane zjawisko, w miarę rozwoju przybierało na sile, wyzwalając w zaatakowanej epidemią społeczności naturalne

³⁸ Rozluźnienie obyczajów, chaos i nędza charakteryzowały większość późniejszych epidemii europejskich. Nie znajdując pocieszenia w zbiorowych modłach, pochodach biczowników itp., oddawano się doczesnym uciechom według horacjańskiej zasady *carpe diem*, co przyczyniało się do dalszego rozwoju zakażeń oraz zamiany tragedii w karykaturę święta (Kubala 1901: 161; Boccaccio 1975: 35; Camus 1963: 81; Defoe 1959; Szczypiński 1982; Karpiński 2001; Krawczyk-Wasilewska 2000: 58).

reakcje lękowe i określone zachowania, że wymienimy kolejne akty owego scenariusza: 1) poszukiwanie „kozła ofiarnego” (Girard 1987, Brozi 1995); 2) ucieczka z miejsca zagrożenia; 3) racjonalne i irracjonalne próby leczenia oraz hamowania zasięgu choroby; 4) ofiarność rodzin, opiekunów oraz lekarzy, częstokroć okupiona ich chorobą i śmiercią – postawy mniejszościowe; 5) stygmatyzowanie zakażonych i chorych, często porzucanych przez bliskich i opiekunów – postawy większościowe (Por. Douglas 1991, Goffman 2005); 6) „oswojenie śmierci”, niwelacja rytuałów pochówkowych (Por. Ariés 1989; Di Nolo 2006); 7) atmosfera panicznego zagrożenia i strachu; 8) chaos, bezprawie i rozprzężenie moralne. Epilog scenariusza wiąże się z wygaśnięciem epidemii i jej skutkami, a więc wyludnieniem demograficznym, spustoszeniem ekonomicznym wraz z konsekwencjami politycznymi, a także ożywieniem religijnym i zmianą obyczajowości. Adaptacja zaś ocalałej populacji do nowej rzeczywistości łączy się z powolną niwelacją zbiorowej pamięci o tragicznym piętnie „dawnej” już plagi (Krawczyk-Wasilewska 2000: 53).

Dotychczasowy przebieg pandemii COVID-19 w dużym stopniu nakłada się na pierwsze fazy zacytowanego wyżej scenariusza kulturowego. Jak w klasycznym prologu, epidemia wybuchła nagle na Dalekim Wschodzie i początkowo, obserwowana na innych kontynentach z bezpiecznej odległości, nie wywołała większej mobilizacji wśród rządów wielu państw. Z braku zdecydowanych strategii prewencyjnych³⁹ przestrzeń tę natychmiast zagospodarowały media całego świata, a nowy wirus stał się pożywką dla globalnych i lokalnych portali społecznościowych, popularnych *webzinów* i prasy wszelkiego rodzaju. Ponieważ w dobie globalizacji media digitalne stanowią jedną z głównych praktyk komunikacyjnych, przeto musimy podkreślić ich rolę jako aktora społecznego w kulturowym kontekście obecnej pandemii (Goffman 1981; Krawczyk-Wasilewska 2016).

W przestrzeni Internetu karmiące się sensacją, popularne media chętnie łączyły etiologię epidemii z celowym, politycznym „uwolnieniem” wirusa do populacji ogólnej, a środowiska fanów portali typu *www.reddit.com* rozsiewały po świecie liczne *fake-newsy* na ten temat (patrz: przyp. 3). Największą jednakże popularnością cieszyła się pogłoska o uwolnieniu wirusa dzięki pośrednictwu laboratorium Instytutu Wirusologii w Wu-

³⁹ Por. paradoksalny przykład chybionej strategii prewencyjnej wobec błędnie przewidywanego ataku pandemii ptasiej grypy (H5N1) na ludność USA (Davis 2005; Caduff 2015).

han⁴⁰. Tym razem, zwłaszcza dla Amerykanów i Europejczyków, „kozłem ofiarnym” okazali się Chińczycy, posądzeni zresztą o namiętne spożywanie, przy pomocy pałeczek, rozczapierzonych nietoperzy (*vide*: krążące w Internecie fotomontaże). Natomiast w Ameryce Południowej i w Afryce, ze względu na pozytywną recepcję społeczną rynku tanich towarów oraz chińskich inwestycji, przywleczenie epidemii koronawirusa na te tereny poczęto przypisywać odwiecznym wrogom, czyli „białym” (*gringo, blankes*)⁴¹, rozwijającym „niszczycielską technologię 5G”, rzekomo wywołującą COVID-19.

Folklor „plagowy”, odwołujący się do kary boskiej⁴² wymierzanej za przekraczanie uznanych norm społecznych, poniekąd uprawomocniały przekazy różnych lokalnych autorytetów. Na przykład zdaniem prominentnego przywódcy religijnego w Pakistanie koronawirus jest odwetem Allaha za brak skromności i obsceniczne zachowanie oraz roznegliżowane ubrania współczesnych kobiet⁴³. W Izraelu zaś sefardyjski rabin i były przywódca ultranacjonalistycznej i homofobicznej partii Yachad przekonywał, że koronawirus to kara boska za nieprzestrzeganie szabatu oraz za parady gejowskie, tak modne w wielu krajach⁴⁴. Podobnego zdania był nadworny biblista z gabinetu Donalda Trumpe, gdy pytając na facebookowym blogu *Czy dziś Bóg karze Amerykę?*, upatrywał w śmiertelnym żniwie epidemii ziarno zasiane zarówno przez nieszczerze Chiny, jak i środowisko LGBT oraz „religię ekologizmu” (Fang 2020). Zbliżone zresztą poglądy nie tylko znalazły uznanie w otoczeniu części amerykańskich konserwatystów z prezydentem Trumpem na czele, ale bywają podzielane przez różnych politycznych populistów i celebrytów na całym świecie,

⁴⁰ Jako żywo przypomina to folklorystyczną hipotezę o etiologii AIDS; wirus HIV miał być wyhodowany w tajnym laboratorium Pentagonu w celu wywołania wojny biologicznej przeciw wybranym ekumenom, przede wszystkim Rosji.

⁴¹ Np. na Zanzibarze dzieci, widząc białego turystę, krzyczą za nim „*corona, corona*”. Patrz: <https://www.polsatplay.pl/program/polacy-za-granica/>; video: <https://www.ipla.tv/wideo/wiedza/Polacy-za-granica/5014941/Polacy-za-granica-Zanzibar/>.

⁴² Owa kara-pokuta, którą Grecy *nomen omen* nazywali *epitemią*, zsyłana była przez boga religii i zarazem boga moralności, o czym zaświadczały najbardziej rudymentalne religie (Uspienski 1993; Ricoeur 1975, 2015).

⁴³ Wypowiedź telewizyjna Maulany Tariq Jameela z dn. 23.04. 2020, wygłoszona w czasie, gdy premier I. Khan inicjował telewizyjną kwestę na cele walki z epidemią, odbiła się szerokim echem w zagranicznych mediach (*MSN, The Times of India, The New York Times*).

⁴⁴ <https://www.timesofisrael.com/israeli-rabbi-blames-coronavirus-outbreak-on-gay-pride-parades/> (dostęp: 10.04.2020).

tym samym wpływając na potoczne rozumienie pandemii COVID-19 w kategorii wcześniej omawianej plagi.

W pierwszych miesiącach epidemii lęk przed zakażeniem COVID-19 wyrażał się panicznymi zachowaniami ludzi, a więc, o czym wcześniej wspominałam, fizyczną ucieczką z miejsc zagrożenia, nadmiernymi wypłatami z banków i gromadzeniem zapasów, czyli wykupem środków dezynfekcyjnych, toaletowych i ochrony osobistej (maski, jednorazowe rękawiczki) oraz leków, a przede wszystkim artykułów spożywczych o wydłużonej trwałości. Takie doświadczenia dotyczyły państw wysoko- i średnio rozwiniętych, natomiast ubogie regiony Afryki cechują nadal wielokilometrowe kolejki w dramatycznym oczekiwaniu na jakikolwiek transport pomocy humanitarnej, często opóźniony ze względu na koronawirusowy *lockdown*. Podobnie np. w geograficznie odciętym od świata peruwiańskim mieście Iquitos, gdzie chorzy na koronawirusa mieszkańcy Amazonii, czyli „płuc świata”, beznadziejnie oczekiwali na dostawę aparatów tlenowych, które mogły być dostarczone na czas jedynie przez samolotowy transport wojskowy⁴⁵.

Do ogólnej paniki przyczynił się powszechny brak wiedzy o nieznaney dotąd chorobie, jak również nieracjonalne zachowania i mity (z którymi walczy portal WHO) oraz wszechwładna pogłoska. Ta ostatnia sprawiła, że np. w Wielkiej Brytanii zabrakło papieru toaletowego, a w polskich aptekach paracetamolu, rzekomo jedynie skutecznego leku do domowego leczenia COVID-19. W związku z wiadomością, że wirus ginie w temperaturze +60°C, jedni polecali popijanie gorącej wody, inni zaś picie podgrzanego toniku, ze względu na zawartą w nim chininę, stosowaną w leczeniu malarii. Ta zmitologizowana wiedza popularna, łącząca elementy wiedzy oficjalnej z jej brakiem, powodowała, że irracjonalne sposoby⁴⁶ nie pomagały sytuacji, gdy w przeludnionych miastach i zagęszczonych skupiskach (domy opieki, kopalnie, fabryki, kościoły, szpitale, domy weselne itp.) koronawirus rozprzestrzenił się błyskawicznie. Najciężej chorzy wymagali hospitalizacji, a ewentualni nosiciele, należący do sieci kontaktów, podlegali przymusowej kwarantannie, której kontrolna procedura w swej klasycznej formie nie uległa zmianie od wieków (Foucault 2009: 192; Drews 2013).

⁴⁵ Informacja z Ambasady RP, wspierającej polskie misjonarki świeckie prowadzące punkt medyczny w Iquitos.

⁴⁶ <https://www.newsweek.pl/opinie/celebryci-gadaja-szkodliwe-bzdury-o-epidemii-cebula-lekiem-na-koronawirusa/pvy6185> (dostęp: 29.04.2020). Patrz: problematyka popularności lecznictwa niemedycznego w Polsce (Piątkowski 2008). Por. Penkala-Gawęcka 2011.

Nadmienić tu należy, że służba zdrowia większości państw była zaskoczona rozmiarem epidemii, a pracujący bez wytchnienia i często nocujący poza domem, by nie narażać swych bliskich, ofiarni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni (tak w Chinach, jak i we Włoszech czy w Polsce⁴⁷) z jednej strony spotykali się z wyrazami wdzięczności (oklaski i śpiewy balkonowe, nieodpłatnie dostarczane posiłki), z drugiej zaś – jako potencjalni nosiciele wirusa – oni i ich bliscy byli podmiotem tzw. hejtu i stygmatyzacji, nie tylko w przestrzeni Internetu, ale też w życiu codziennym – sąsiedzkim i podczas zakupów, że wymienimy napis na jednej z poznańskich piekarni: ”Personel medyczny i osoby zainfekowane prosimy o powstrzymanie się od zakupów”⁴⁸. W naszym kraju stygmatyzacja dotyczyła też samych chorych, a także rodzin zmarłych na COVID-19, którzy nie otrzymywali należytej informacji od służb sanitarno-epidemiologicznych, nieodbierających telefonów lub odsyłających zainteresowanych do innych, często niekompetentnych instytucji. Kuriozalnym przykładem stygmatyzacji była oficjalna propozycja starosty wysokomazowieckiego, by znakować wejścia do domów i mieszkań osób zakażonych⁴⁹.

Jak wcześniej zaznaczyłam, klasyczny scenariusz epidemii obejmuje też „oswajanie śmierci” i niwelację rytuałów pochówkowych, czego jaskrawym przykładem były pogrzeby bez udziału rodzin w Lombardii (marzec), w Polsce ograniczone do uczestnictwa tylko pięciu osób łącznie z prowadzącym (25.03-11.04), aranżowanie ogromnej kostnicy na lotnisku w Birmingham (28 marca), jak również masowe pochówki w Brazylii i Peru (maj).

Ogólnej panice w czasie epidemii towarzyszy od wieków chaos społeczny, załamanie ekonomiczne i zaburzenia natury politycznej. Potwierdzeniem takich zjawisk były doniesienia agencyjne z różnych miejsc naszego globu. I tak na przykład, równoległe z epicentrum epidemii na terenie Lombardii, Włochy doświadczyły buntów w 28 więzieniach. Bezpośrednim powodem było zarządzenie o zakazie odwiedzin w związku z COVID-19. W kwietniu policja walczyła z ograbianiem eleganckich sklepów w Palermo. Z kolei we Francji na przedmieściach Paryża

⁴⁷ Por. film dokumentalny pt. *Bрудna strefa. Koronawirus w Polsce* (realizacja: J. Jabrzyk, E. Gęsina-Torres, P. Wacowski, 2020, 40 min.).

⁴⁸ www.polskatimes.pl/koniec-oklaskow-pora-na-hejt-agresja-wobec-medycow-coraz-czestsza-dostaje-sie-tez-nauczycielom/ar/c1-14960022 (dostęp: 08.05.2020).

⁴⁹ <https://bialystok.wyborcza.pl/bialystok/7,35241,25877159,koronawirus-starosta-wysokomazowiecki-z-pis-chce-oznaczac-do> (dostęp: 18.04.2020).

i w Strasburgu, w okresie ogólnokrajowej kwarantanny (22.03-11.05) dochodziło do regularnych zamieszek i nocnych starć młodzieży, zwłaszcza emigranckiej, z policją, oskarżaną o rasizm i współpracę z rządem pozabawiającym ludzi możliwości pracy w okresie pandemii⁵⁰. Analogią są antyrasistowskie rozruchy⁵¹ na terenie 70 miast Stanów Zjednoczonych, połączone z pożarami, aktami wandalizmu i plądrowania sklepów, u podłoża których legła frustracja społeczna, a zwłaszcza nagły wzrost bezrobocia na niespotykaną skalę (15%), najdotkliwiej dotykający ubogie getta etniczne wielkich miast.

Odnutować tu trzeba transkontynentalne akcje solidarnościowe, o czym świadczą majowe i czerwcowe manifestacje na terenie wielu stolic europejskich, a w Polsce ograniczone do lokalnych protestów, głównie poszkodowanych przedsiębiorców. Ale też – w miarę rozwoju pandemii – w wielu krajach coraz liczniej organizowane są demonstracje przeciw epidemicznym obostrzeniom wolnościowym; od protestów przeciw zamknięciu plaż, odbywaniu kwarantanny i obowiązkowi noszenia maseczek, aż po manifestacje (np. w Warszawie 12. września) tzw. negacjonistów⁵² – apologetów teorii spiskowych i sceptyków podważających istnienie koronawirusa, przed którym zresztą, w postaci kolejnej, powakacyjnej fali zakażeń, przestrzegają epidemiolodzy.

COVID-19 między antropologią lęku a antropologią nadziei

Zasygnalizowane wyżej przykłady reakcji lękowych społeczności świata na rozwijającą się pandemię, podsycane zresztą przez media i aktywistów politycznych, ponownie przywołują na myśl historyczne opisy epidemii europejskich, którym towarzyszyły masowe „epidemie” hysterii i innego rodzaju psychozy indukowane, często wynikające z izolacji społecznej.

Uniwersalny strach przed męczarniami i śmiercią, a także niedoskonałością leczenia, lęk przed bogiem moralności, degeneracja relacji międzyludzkich, wreszcie obawa o utratę rodziny, pracy i środków

⁵⁰ Iskrę konfliktu wywołał wypadek w miejscowości Villeneuve-la-Garenne, kiedy to w nocy 18 kwietnia motocyklista miał najechać na otwarte drzwi nieoznakowanego samochodu policyjnego.

⁵¹ Powodem było zabicie (25 maja) Afroamerykanina George’a Floyda przez białego policjanta w Minneapolis.

⁵² Por. książka pt. *Falszywa pandemia* (Ioannidis, Püschel, Wittkowski, Thöns, Klimczewski i in. 2020) i kanał Phila Koniecznego na YouTube.

do życia to nieodłączne elementy zbiorowej świadomości społeczeństw dotkniętych plagą. Kultura tych społeczności nadaje określone znaczenia emocjom takim jak lęk⁵³ czy strach, wartościuje je i określa sposoby ich wyrażania w komunikacji międzyludzkiej, czyniąc z nich często środki kontroli społecznej, ale też i środki manipulacji, bazujące na związku indywidualnego i zarazem zbiorowego doświadczenia towarzyszącego grupowym emocjom (Bauman 2008: 8; Scruton 1986: 7-49).

Nieco inny scenariusz w odniesieniu do obecnej pandemii postuluje Slavoj Žižek w publikacji *Pandemic! COVID-19 Shakes the World*, wydanej już w połowie maja (Žižek 2020)⁵⁴. Tamże przyrównuje COVID-19 do choroby terminalnej globalnej społeczności świata współczesnego, w którym dominuje permanentne niszczenie środowiska przyrodniczego, szalejący rynek, wyzysk oraz pogarda dla ludzi i wiedzy (Žižek 2020: 47-49). Wzoruje się przy tym na znanym psychologicznym modelu „żałoby za życia”, czyli określonego ciągu reakcji pacjenta na wieść o zachorowaniu na nieuleczalną, śmiertelną chorobę (Kübler-Ross 1998). W modelu tym wyróżnia się pięć etapów, że wymienimy: 1) zaprzeczenie; 2) gniew; 3) negocjacje (targowanie się z losem); 4) depresję; 5) akceptację.

Jako filozof społeczny Žižek uważa, że nie powinniśmy akceptować plag jako naszego losu, w którym barbarzyństwo otrzymuje ludzką twarz („pozwólmy starym i słabym umierać”), a rządzący wykorzystują pandemię do swoich bezwzględnych interesów politycznych, prawnych i ekonomicznych w sytuacji, gdy biedacy muszą wracać do pracy („głód jest gorszy od wirusa”), a bogaci – w ich komfortowej izolacji – mają szansę na przetrwanie epidemii w dobrym zdrowiu (Žižek 2020: 99-101, 103, 122).

Traktując chorobę COVID-19 jako deterministyczną metaforę globalistycznego porządku i ideologii liberalno-kapitalistycznej, Žižek optymistycznie widzi nadzieję w nowych formach globalnego i lokalnego solidaryzmu, globalnej kooperacji i koordynacji naukowej, a nawet stworzeniu nowego systemu politycznego. Nadzieja zresztą, historycznie rzecz ujmując, jako pojęcie opozycyjne wobec strachu i bojaźni, z jednej strony stanowiła fundamentalną zasadę teologii chrześcijańskiej (Schaeffler 1985, Bloch 1995), z drugiej zaś wkroczyła do współczesnej antropologii,

⁵³ Lęk jako pojęcie psychologiczne należy do naturalnych emocji wywoływanych aktualnym lub antycypowanym niebezpieczeństwem (Kępiński 1997), ale może też być rozpatrywany jako kategoria filozoficzna (Kierkegaard 2000).

⁵⁴ Równoległe z książką Žižka wydawnictwo OR Books opublikowało uaktualnione i poszerzone wydanie bestsellera M. Davisa (Davies 2020).

znajdując uznanie wielu badaczy zajmujących się problematyką kryzysu i zmiany (Crapanzano 2003; Kleist, Jansen 2016; *Hope* 2020).

Na tle powyższym dotychczasowy przebieg pandemii COVID-19 przypomina zarówno prolog i główne akty tradycyjnego scenariusza odwiecznej plagi, jak i kolejne etapy reakcji społecznej na chorobę terminalną. Okazało się bowiem, że światowy kryzys zdrowotny w szybkim tempie przekształcił się w kryzys społeczny, polityczny i gospodarczy, którego opanowanie nie tylko nastrocza problem rządów, ale też dowodzi bezradności wybitnych ekspertów z ich wiedzą teoretyczną i doświadczeniem (*vide*: kryzys światowy z 2008 r.).

Skoro wirus nie respektuje żadnych granic etnicznych, religijnych i państwowych, przeto choroba COVID-19 jest problemem globalnym, wymagającym przededefiniowania dotychczasowych sposobów kooperacji międzynarodowej. Dzisiaj jednakże nie wiemy, w jakim kierunku owe zmiany pójdą, ponieważ pandemia trwa i nie znamy dynamiki jej dalszego rozwoju. Nie wiadomo też, jaki postęp uczyni medycyna i jak zachowają się poszczególne ekonomie, dla których COVID-19 okazał się Talebowski „czarnym łabędziem” (Taleb 2015), ani w jakim kierunku pójdzie globalna biopolityka oraz regionalne i krajowe nią zarządzanie, a także reakcje poszczególnych społeczeństw⁵⁵, stanowiących żywe laboratorium badawcze dla nowoczesnej antropologii.

BIBLIOGRAFIA:

- Andersen, G.K., Rambaut, A., Lipkin, W.I., Holmes, C.E., Garry, R. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, 26, 450-455. Pozyskano z <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9.pdf>
- Ariés, P. (2011). *Człowiek i śmierć*. Warszawa: PIW.
- Baranowski, B. (1965). *Pożegnanie z diabłem i czarownicą*. Łódź: Wyd. Łódzkie.
- Bauman, Z. (2008). *Płynny lęk* (tłum. J. Margański). Kraków: Wyd. Literackie.
- Biraben, J.N. (1975-1976). *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranées*, 1-2. Paris-La Haye: Mouton.
- Bloch, E. (1995). *The Principle of Hope*, 1-3. Cambridge: The MIT Press.
- Boccacio, G. (1975). *Dekameron* (tłum. E.Boyé). Warszawa: PIW.

⁵⁵ Dobrym prognostykiem jest pierwszy polski raport interdyscyplinarnego Zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie PAN ogłoszony 14. września (Duszyński, Afelt, Ochab-Marcinek, Owczuk, Pyrc, i in. 2020).

- Boksański, Z. (1989). *Tożsamość, interakcja, grupa. Tożsamość jednostki w perspektywie teorii socjologicznej*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Braudel, F. (1971). *Historia i trwanie* (tłum. B. Geremek). Warszawa: Czytelnik.
- Brauer, F., Castillo-Chavez, C., Feng, Z. (2019). *Mathematical Models in Epidemiology (Texts in Applied Mathematics)*. New York: Springer.
- Brouček, S., Krawczyk-Wasilewska, V. (red.) (1998). *Ecology and Folklore III*. Prague: Institute of Ethnology of the Academy of Sciences of the Czech Republic.
- Brown, J. (2018). *Influenza: The Hundred Year Hunt to Cure the Deadliest Disease in History*. New York: Atria.
- Brzeziński, T. (red.) (1988). *Historia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Burszta, W. (1992). "My" i „oni” – czyli antropologiczne badania nad kulturą. W: Tenże, *Wymiary antropologicznego poznania kultury* (s.14-49). Poznań: Wydawnictwa Naukowe UAM.
- Burszta, W., Piątkowski, K. (1994). *O czym opowiada opowieść antropologiczna*. Warszawa: Instytut Kultury.
- Cabalion, S., Farag, E.A.B.A., Abdelahdi, O., Al-Romaihi, H., Keck, F. (2018). Middle East respiratory syndrome coronavirus and human-camel relationships in Qatar. *Medicine Anthropology Theory*, 5(3), 177-194. DOI: <https://doi.org/10.17157/mat.5.3.377>.
- Caduff, C. (2015). *The Pandemic Perhaps. Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. Oakland: University of California Press.
- Caduff, C. (2020). What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop [preprint]. *Medical Anthropology Quarterly*. DOI: <https://doi.org/10.1111/maq.12599>.
- Camus, A. (1963). *Dżuma* (tłum. J.Guze). Warszawa: PIW.
- [Editorial] (2020). COVID-19: learning from experience. *The Lancet*, March 28. *Science*. DOI: 10.1126/science.abb0611. Pozyskano z <https://www.sciencemag.org/news/2020/01/wuhan-seafood-market-may-not-be-source-of-nov-1-virus-spreading-globally>].
- Crapanzano, V. (2003). Reflections on Hope as a Category of Social and Psychological Analysis. *Cultural Anthropology*, 18(1), 3-32.
- Davis, M. (2005). *The Monster at Our Door: The Global Threat of Avian Flu*. New York: The New Press.
- Davis, M. (2020). *The Monster Enters. Covid-19, Avian Flu and the Plagues of Capitalism*. New York: OR Books.
- Defoe, D. (1959). *Dziennik roku zarazy* (tłum. J. Dmochowska). Warszawa: PIW.
- Delumeau, J. (1986). *Strach w kulturze Zachodu. XIV-XVIII wiek*. Warszawa: PAX.

- Di Nola, A.M. (2006). *Tryumf śmierci. Antropologia żałoby* (tłum. J. Kornecka et al.). Kraków: Universitas.
- Douglas, M. (1991). Witchcraft and Leprosy: Two Strategies of Exclusion. *Man*, 26(4), 723-736. DOI: doi:10.2307/2803778.
- Douglas, M. (2007). *Czystość i zmaza* (tłum. M. Bucholc). Warszawa: PIW.
- Drews, K. (2013). A Brief History of Quarantine. *The Virginia Tech Undergraduate Historical Review* 2. Pozyskano z <http://doi.org/10.21061/vtuhr.v2i0.16>].
- Duszyński, J., Afelt, A., Ochab-Marcinek, A., Owczuk, R., Pyrć, K. i in. (2020). *Zrozumieć COVID-19*. Warszawa: PAN. Pozyskano z https://informacje.pan.pl/images/2020/opracowanie-covid19-14-09-2020/ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN.pdf.
- Eliade, M. (2020). *Sacrum a profanum* (tłum. B. Baran). Warszawa: Aletheia.
- Everitt, A. (2017). *Chwała Aten* (tłum. A. Bukowski, J. Środa). Poznań: Rebis.
- Fang, L. (2020). *Trump cabinet bible teacher blames coronavirus pandemic on god's wrath — somehow it involves china, gay people, and environmentalists*. Pozyskano z <https://theintercept.com/2020/03/24/trump-cabinet-bible-studies-coronavirus/>.
- Ferguson, N.M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G. et al. (2020). *Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*. London: Imperial College London. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>.
- Foucault, M. (1977). *Archeologia wiedzy* (tłum. A. Siemek, wstęp J. Topolski). Warszawa: PIW.
- Foucault, M. (2009). *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia* (tłum. T. Komendant). Warszawa: Aletheia.
- Foucault, M. (2010). *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja. Wykłady w Collège de France 1977/1978* (tłum. M. Herer). Warszawa: PWN.
- Foucault, M. (2011). *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France 1978/1979* (tłum. M. Herer). Warszawa: PWN.
- Girard, R. (1987). *Kozioł ofiarny* (tłum. M. Goszczyńska). Łódź: Wyd. Łódzkie.
- Goffman, E. (1981). *Człowiek w teatrze życia codziennego* (tłum. H. i P. Śpiewakowie). Warszawa: PIW.
- Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości* (tłum. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Green, A. (2020). Li Wenliang [Obituary]. *The Lancet*, 395, 682, 18. February. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30382-2.h.]]]]]]h]

- Hays, J.N. (2005). *Epidemics and Pandemics. Their Impacts on Human History*. Santa Barbara: ABC-CLIO.h.
- Hilgenfeld, R., Peiris, M. (2013). From SARS to MERS: 10 years of research on highly pathogenic human coronaviruses. *Antiviral Research*, 100(1), 286-295. DOI: 10.1016/j.antiviral.2013.08.015.
- Hippocrates (wyd. 1934). Die epidemischen krankheiten „Die Volks krankheiten” in sieben Büchern. W: Tenże, *Die werke des Hippokrates*. Übersetzt von Georg Sticher, Bd.11. Stuttgart.
- [Hope] (2020). *Open Anthropology*, 8(2). Pozyskano z <https://www.americananthro.org/StayInformed/OAArchive.aspx>.
- Huang, Ch., Wang, Y., Li X., Ren, L., Gu, X. et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395, 497-506. DOI: doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
- Ioannidis, J., Püschel, K., Wittkowski, K., Thöns, M., Klimczewski, P. et al. (2020). *Falszywa pandemia. Krytyka naukowców i lekarzy*. Osuchowa: Fundacja Osuchowa.
- Jabrzyk, J., Gęšina-Torres, E., Wacowski, P. (2020). *Brudna strefa. Koronawirus w Polsce* (film dok.).
- Jarynowski, A., Grabowski, A. (2015). *Modelowanie epidemiologiczne dedykowane Polsce*. Gdańsk: Portal Centrum Zastosowań Matematyki, Wydział Fizyki Technicznej i Matematyki Stosowanej Politechniki Gdańskiej. Pozyskano z <http://www.czm.mif.pg.gda.pl/wp-content/uploads/fam/publ/jarynowski2.pdf>
- Johnson, N.P.A.S., Mueller, J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 „Spanish” influenza pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, 76(1), 105-115. DOI: 10.1353/bhm.2002.0022.
- Kandel, N., Chungong, S.A., Omaar, A., Xing, J. (2020). Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations. Annual report data from 182 countries. *The Lancet*, 395, 1047-1053. DOI: doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30553-5.
- Karpiński, A. (2001). *W walce z niewidzialnym wrogiem: epidemie chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej w XVI-XVIII wieku i ich następstwa demograficzne, społeczno-ekonomiczne i polityczne*. Warszawa: Neriton.
- Kierkegaard, S.A. (2000). *Pojęcie lęku* (tłum. A. Szwed). Kęty: Antyk.
- Kleist, N., Jansen, S. (2016). Introduction: Hope over Time – Crisis, Immobility and Future-Making. *History and Anthropology*, 27(4), 373-392. DOI: 10.1080/02757206.2016.1207636.
- Kracik, J. (1991). *Pokonać Czarną Śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*. Kraków: Wyd. M [Maszachaba].

- Krawczyk-Wasilewska, V., Łukowska, M. (red.) (1992). *Ecology and Folklore. Papers Presented at the International Conference Łódź-Dobieszków, Sept. 9th- 12th 1992*. Łódź : Folklore Departament, University of Łódź.
- Krawczyk-Wasilewska, V. (red.) (1994). *Ecology and Folklore II*. Łódź: Folklore Departament, University of Łódź.
- Krawczyk-Wasilewska, V. (1998). „Act Locally, Think Globally”: The Folklorist’s Remarks on Ecological Anthropology and Environmental Education. W: A. Posern-Zieliński (red.), *The Task of Ethnology, Cultural Anthropology in Unifying Europe* (s. 127-136). Poznań: PAN.
- Krawczyk-Wasilewska, V. (2000). *AIDS. Studium antropologiczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Krawczyk-Wasilewska, V. (2016). *E-folklor w dobie kultury digitalnej. Szkice i studia* (przedm. A. Ross). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Kubala, L. (1901). *Szkice historyczne*. Warszawa: Gebethner i Wolff.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu* (tłum. I. Doleżał-Nowicka). Poznań: Media Rodzina.
- Kuligowski, W. Antropologia literatury z punktu widzenia antropologii kulturowej. W: P. Czaplinski, A. Legeżyńska, M. Telicki (red.) (2010). *Jaka antropologia literatury jest dzisiaj możliwa?* (s. 85-100). Poznań: „Poznańskie Studia Polonistyczne”.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2010). *Metafory w naszym życiu*. Warszawa: Aletheia.
- Littman, J.R. (2009). The Plague of Athens: Epidemiology and Paleopathology. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76(5), 456-467. DOI: 10.1002/msj.2013 7.
- Malinowski, A. (1999). *Wstęp do antropologii i ekologii człowieka*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- McCaa, R. (1995). Spanish and Nahuatl Views on Smallpox and Demographic Catastrophe in Mexico. *The Journal of Interdisciplinary History*, 25(3), 397-431. DOI: 10.2307/205693.
- Nicholls, S. (reż.) (2020). *Koronawirus. Globalne zagrożenie* (tytuł oryginalny *Coronavirus*). Wielka Brytania (film dok.).
- Nycz, R. (2007). Antropologia literatury – kulturowa teoria literatury – poetyka doświadczenia. *Teksty Drugie: teoria literatury, krytyka, interpretacja*, 6(108), 34-49.
- Penkala-Gawęcka, D. (red.) (2011). *Nie czas chorować. Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*. Poznań: Biblioteka Telgte.
- Piątkowski, W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Piontek, J., Wiercińska, A. (1993). *Człowiek w perspektywie ujęć biokulturowych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia. Wyd. 3 (1980). Poznań–Warszawa.
- Pyrc, K. (2015). Ludzkie koronawirusy. *Postępy Nauk Medycznych*, XXVIII, 4B, 48-54.
- Rapport, N. (2018). Natura ludzka: założenie i nadzieja antropologii. *Teksty Dru-gie, 1*, 201-221. DOI: 10.18318/td.2018.1.11.
- Reynolds, H. (2012). *A History of Tasmania*. New York: Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1975). *Egzystencja i hermeneutyka. Rozprawy o metodzie* (tłum. E. Bieńkowska i in., wybór i opr. S. Cichowicz). Warszawa: Instytut Wy-dawniczy „PAX”.
- Ricoeur, P. (2015). *Symbolika zła* (tłum. S. Cichowicz i M. Ochab). Warszawa: Aletheia.
- Ruffié, J., Sournia, J.Ch. (1996). *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS* (tłum. A. Matusiak). Warszawa: WAB.
- Schaeffler, R. (1985). Antropologia i etyka nadziei. *Analecta Cracoviensia*, XVII, 143-157.
- Schütz, A. (2008). Obcy: esej z zakresu psychologii społecznej. W: Tenże, *O wie-łości światów. Szkice z socjologii fenomenologicznej* (tłum. B. Jabłońska). Kraków: Nomos.
- Scruton, D.L. (red.) (1986). *Sociophobics. The Anthropology of Fear*. Boulder: Westview Press.
- Shahsavari, S., Holur, P., Tangherlini, T., Roychowdry, V. (2020). *Conspiracy in the Time of Corona: Automatic Detection of Covid-19 Conspiracy Theories in Social Media and the News* [preprint]. DOI: 10.21203/rs.3.rs-52079/v1.
- Smith, M. (2002). *The Aztecs*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Snowden, M.F. (2019). *Epidemics and Society. From the Black Death to the Present*. New Haven & London: Yale University Press.
- Sontag, S. (1989). Metafory AIDS. *Odra, 4*, 24-29.
- Stefanowska, Z., Sławiński, J. (red.) (1978). *Dzieło literackie jako źródło histo-ryczne*. Warszawa: Czytelnik.
- Szczypiorski, A. (1982). *Msza za miasto Arras*. Warszawa: Czytelnik.
- Sznajderman, M. (1994). *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*. Warszawa: Semper.
- Taleb, N.N. (2015). *Czarny Łabędź. O skutkach nieprzewidywalnych zdarzeń* (tłum. O. Siara, T. Kaspróicz). Warszawa: Kurhaus.

- Thiel, V. (red.) (2007). *Coronaviruses: Molecular and Cellular Biology*. Norfolk: Caister Academic Press.
- Tuan, Y-F. (1979). *Landscapes of Fear*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tukidydes (wyd. 1991). *Wojna peloponeska*. (tłum. K. Kumaniecki, opr. R. Turasiewicz). Wrocław: Ossolineum.
- Uspienski, L. (1993). *Teologia ikony* (tłum. M. Żurowska). Poznań: W drodze.
- Verity, R., Okell, L.C, Dorigatti I. et al. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet*, 3099(20), 43-47. DOI: doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7.
- Waldenfels, B. (2002). *Topografia obcego. Studia z fenomenologii obcego* (tłum. J. Sidorek). Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Wang, L.F., Cowled, Ch. (red.) (2015). *Bats and Viruses: A New Frontier of Emerging Infectious Diseases*. Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.
- White, H. (2010). *Poetyka pisarstwa historycznego* (tłum. A. Marciniak, M. Wilczyński, M. Loba, E. Domańska). Kraków: Universitas.
- Wilson, F.P. (1963). *The Plague in Shakespeare's London*. Oxford: Oxford University Press.
- Zhou, P. et al. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. DOI: doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7.
- Žižek, S. (2020). *Pandemic! COVID-19 Shakes the World*. New York: OR Books.
- Young, M., King, N., Harper, S., Humphreys, K. (2013). The influence of popular media on perceptions of personal and population risk in possible disease outbreaks. *Health, Risk & Society*, 15(1), 103-114. DOI: https://doi.org/10.1080/13698575.2012.748884.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE:

- <https://www.abc.net.au/news/2016-02-04/gastro-outbreak-hits-158-aboard-luxury-cruise-liner-in-sydney/7138950>
- <https://bialystok.wyborcza.pl/bialystok/7,35241,25877159,koronawirus-starosta-wysokomazowiecki-z-pis-chce-oznaczac-do>
- <http://www.czm.mif.pg.gda.pl/wp-content/uploads/fam/publ/jarynowski2.pdf>
- <https://diag.pl/pacjent/koronawirus/rodzaje-testow-w-kierunku-covid-19/>
- <https://www.dpeaflcio.org/factsheets/the-us-health-care-system-an-international-perspective>
- <https://www.forbes.fr/politique/les-fantasmes-du-patient-zero-au-coeur-de-la-crise-sanitaire/?cn-reloaded=1>

<https://theintercept.com/2020/03/24/trump-cabinet-bible-studies-coronavirus/>
<https://www.newsweek.pl/opinie/celebryci-gadaja-szkodliwe-bzdury-o-epidemii-cebula-lekiem-na-koronawirusa/pvy6185>
https://news.cgtn.com/news/2020-02-27/Wuhan-s-war-on-COVID-19-How-China-mobilizes-to-contain-the-virus-QqUh2Doeti/index.html?utm_source=bluef&utm_medium=media6&utm_campaign=Coronavirus
<https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-data.page>
[https://www.polsatplay.pl/program/polacy-za-granica/;](https://www.polsatplay.pl/program/polacy-za-granica/)
<https://www.ipla.tv/wideo/wiedza/Polacy-za-granica/5014941/Polacy-za-granica-Zanzibar/>
<https://oko.press/raport-z-piekla-lekarz-z-bergamo/>
<https://oko.press/we-wloszech-zakazali-nawet-pogrzebow-co-tam-sie-stalo/>
<https://polskatimes.pl/koniec-oklaskow-pora-na-hejt-agresja-wobec-medykow-coraz-czestsza-dostaje-sie-tez-nauczycielom/ar/c1-14960022>
<https://www.project-syndicate.org/commentary/trump-dangerous-anti-enlightenment-legacy-by-joseph-e-stiglitz-2019-04?barrier=acesspaylog>
<https://www.statista.com/statistics/1099375/coronavirus-cases-by-region-in-italy/>
<https://theintercept.com/2020/03/24/trump-cabinet-bible-studies-coronavirus/>
<https://www.timesofisrael.com/israeli-rabbi-blames-coronavirus-outbreak-on-gay-pride-parades/>
<https://www.un.org/development/desa/pd/themes/population-trends>
https://Washingtonpost.com/opinions/2020/05/03/trump-cant-blame-china-his-own-coronavirus-failures/?utm_campaign=wp_main&utm_medium=social&utm_source=twitter
<https://www.who.int/csr/sars/en/>
https://www.who.int/csr/sars/country/2003_07_11/en/
<https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en>
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2
https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
<https://www.worldometers.info/coronavirus/>
<https://www.wsj.com/articles/how-it-all-started-chinas-early-coronavirus-missteps-11583508932>