https://doi.org/10.51196/srz.22.11

PLAGI W AFRYCE

ANALIZA PSYCHOSPOŁECZNYCH I KULTUROWYCH REAKCJI AFRYKANÓW NA EPIDEMIE EBOLI I PANDEMIĘ KORONAWIRUSA

Błażej Popławski
Polskie Towarzystwo Afrykanistyczne

/// Oswajanie epidemii

„Epidemie są jak sieroty, których pochodzenia nigdy nie można być całkowicie pewnym. […] Epidemia ma się więc do wojny tak jak literatura modernistyczna do klasycznej powieści: brakuje w niej czytelnej fabuły" – twierdzi Iwan Krastew (2020: 13). Bułgarski politolog zauważa, że w sytuacji niedysponowania obiektywną wiedzą o genezie plagi każde wyjaśnienie jej początków musi być nacechowane ideologicznie. Nieprzypadkowo w czasach naznaczonych przez cykliczne epidemie zwykle na popularności zyskują profetyzmy millenarystyczne. Kwitnie też dyskurs homiletyczny, wpisujący choroby w wizje eschatologiczno-kosmologiczne (Nijakowski 2018: 55) i redefiniujący metafizyczny ład wspólnot dotkniętych chorobami. Potwierdza to historia eboli oraz koronawirusa, będących „tworami o wielkim potencjale metaforycznym, medycznym, naukowym i politycznym" (Mukherjee 2013: 13).

Zważywszy, że dzieje najnowsze chorób zakaźnych, a także mechanizmów społecznego oswajania lęków przed nimi ulegały wyraźnym wpływom krajów hegemonicznych (Afeltowicz, Wróblewski 2021: 24, 163–164), zwłaszcza Stanów Zjednoczonych, percepcja epidemii w świecie postkolo-

nialnym rodziła się w umysłach ludzi chorobami *de facto* niezagrożonymi. Jak pisał Siddhartha Mukherjee: „choroba w momencie odkrycia jest plastyczną ideą, cieplarnianym kwiatem – czymś ogromnie, nieproporcjonalnie zależnym od nazw i klasyfikacji" (2013: 36). Według amerykańskiego lekarza, twórcy bestsellerowej biografii raka, nadanie nazwy chorobie, a także negocjowanie jej metafizycznych sensów „stanowi zatem w pierwszym rzędzie akt literacki, a dopiero potem medyczny" (Mukherjee 2013: 74).

Od pierwszego zdiagnozowanego wystąpienia eboli minęło niespełna pół wieku. Wirus odkryto w północnej części Zairu (dziś: Demokratyczna Republika Konga, DRK), w wiosce Yambuku nad rzeką Ebola, największym dopływie Mongali – stąd nazwa wirusa, egzotycznie brzmiąca i atrakcyjna medialnie. Określenie „ebola" w pewien sposób wpisywało się w conradowską tradycję dyskursywną, eksponującą tajemniczość, ahistoryczność, dzikość, prymitywizm, magiczność i grozę strefy śmierci na „Czarnym Lądzie". Topos ten, numinotycznie budzący strach i fascynację, nawiązywał też do popularnych od czasów Hipokratesa interpretacji bagien i moczarów, nad którymi unoszą się tak zwane miazmaty, przysłowiowe „morowe opary", jako wylęgarni chorób. Przekonanie to przetrwało w nazewnictwie wielu chorób; przykładowo *mala aria* oznacza złe powietrze (Orzeł 2021: 57).

/// *Mala aria*

„Bagnisko fascynuje. Wokół niego tworzy się cała kosmologia. […] Jakoweś cykle życia piekielnego toczą się tajemnie pod osłoną rzęsy czy innej powłoki kryjącej płynną powierzchnię. […] Błoto, szlam, trup budzą przerażenie. Lęki płynące ze szczytów piramidy społecznej wzmagają nietolerancję wobec fetoru" – pisał Alain Corbin (1998: 46, 291). Według francuskiego historyka w epoce przyspieszenia modernizacyjnego, w latach 1750–1880, a zatem także w czasach rozkwitu imperiów kolonialnych w Afryce, wyobraźnia zbiorowa elit europejskich uległa dezodoryzacji. Corbin mianem tym określa *sui generis* wyostrzenie wrażliwości zmysłowej, wiążące percepcję „współczesnego obrazu Hioba, obrazu człowieka-gnoju" (1998: 187) – epifanii złego zapachu, gnicia i zgnilizny – z dwoma typami zagrożeń: epidemicznym oraz, co warte zaakcentowania, z zagrożeniem porządku społecznego.

Corbin swą analizę opiera przede wszystkim na obserwacjach ewolucji polityk sanitarnych w miastach francuskich. Wnioski te można jednak przenieść na działania Europejczyków w koloniach. Proces dezodoryzacji

obejmował bowiem narcystyczną hierarchizację bytów ludzkich i przestrzeni: zły zapach generowały zezwierzęcone klasy niższe (między innymi marynarze, pacjenci szpitali, więźniowie, robotnicy) oraz pozaeuropejskie ludy kolonizowane, nasycone „zabójczymi miazmatami" (Corbin 1998: 292). Walka z odorem i chorobami przenoszonymi przez *mala aria* oraz polityka sanitarna były odmianą polityki imperialno-rasistowskiej: kolonizacji wewnętrznej (reorganizacji przestrzeni miejskiej, spychania biedoty na obrzeża miast) lub zewnętrznej (przejmowania kontroli nad nowymi terytoriami i ich zmieniania; odkażania gruntów, osuszania bagien, wytyczania nowych dróg). Działania te legitymizowało spopularyzowane przez ewolucjonistów przedpasteurowskie założenie, że najbardziej zaraźliwe choroby rodzą się u nie-Europejczyków, ludów nieoświeconych i barbarzyńskich. Lęk przed plagami z Afryki był więc pewną odmianą ksenofobii, strachu kolonizatorów przed kolonizowanymi (Ząbek 2007: 192).

Utopijne marzenie o powszechnej dezynfekcji i pokonaniu chorób, obsesja wentylacji i kontroli obiegu powietrza przekształcały ludzi w ksenofobów – w „istoty nietolerujące niczego, co może zakłócić ciszę zapachową naszego otoczenia" (Corbin 1998: 8). Wcielenie w życie higienicznego projektu dezodoryzacji oznaczało „pojawienie się nowego ciała" (Corbin 1998: 138) – eugenicznego, czystego, wolnego od szkodliwych miazmatów, ale też kontrolowanego przez metropolitarne elity. Reminiscencje takiego właśnie sposobu postrzegania obcości zauważalne są we współczesnym dyskursie medycznym – w próbach naświetlenia genezy eboli.

/// Etiologia eboli

Dokładna geneza eboli nie została wyjaśniona. Do dzisiaj jest ona przedmiotem zainteresowania naukowców, a także orędowników teorii spiskowych. Najczęściej przyjmuje się, że naturalnym rezerwuarem zarazków są egzotyczne zwierzęta – owocożerne nietoperze (gorączka krwotoczna to przykład tak zwanej zoonozy – choroby, która może zostać przeniesiona ze zwierzęcia na człowieka; Konarski 2007: 150–152). Choroba byłaby wobec tego funkcją zachowań ryzykownych w wymiarze kultury stołu, konsekwencją zjedzenia zakażonego mięsa. Takie stanowisko dominuje wśród wirusologów i, co warto podkreślić, wzmacnia tezę, że patogeny reagują na zmiany wzorców kulturowych (Afeltowicz, Wróblewski 2021: 45).

Miłośnicy teorii spiskowych, dążąc do jak najszybszego opanowania poznawczego sytuacji zagrożenia (Czech 2015), twierdzą z kolei, że ebola miała być bronią biologiczną lub nieudanym eksperymentem (Orzeł 2021:

68). Takie wyjaśnienie koresponduje z bogatą tradycją tekstów kultury postapokaliptycznej, jak pisał Lech M. Nijakowski:

> w ich [postapokalips biologicznych – B.P.] przypadku źródłem katastrofy jest celowe lub przypadkowe uwolnienie śmiercionośnej bakterii, wirusa lub jakiejś toksyny, które powstawały jako broń biologiczna (a zatem w planie moralnym te postapokalipsy odwołują się do zasady: kto mieczem wojuje, od miecza ginie), albo jako lekarstwo, które jednak nie zadziałało tak, jak człowiek w swej pysze planował. […] Dwa pierwsze warianty są ściśle powiązane z działalnością człowieka (w tym z jego pychą ingerencji w podstawowe procesy biologiczne), trzeci najbliższy jest figurze „dopustu Bożego", „morowego powietrza", nieoczekiwanej kary za grzeszne życie. (Nijakowski 2018: 63)

W podobny sposób próbowano przez jakiś czas wyjaśniać genezę AIDS. Wirus będący przyczyną choroby miał zostać wyhodowany w usytuowanych w Kongu zachodnich laboratoriach, gdzie w latach 50. ubiegłego wieku używano komórek nerek szympansów do wyprodukowania szczepionki przeciwko *poliomyelitis* (Aberth 2012: 208). AIDS miał być także zimnowojenną bronią biologiczną, stworzoną w amerykańskiej bazie Fort Detrick, aby zdziesiątkować populację Afroamerykanów w USA oraz zmniejszyć przeludnienie na świecie (Nattrass 2021: 23).

Winą za wzrost zagrożeń epidemicznych w Afryce od lat obarcza się lokalne władze, mocarstwa zimnowojenne czy globalne koncerny farmaceutyczne. Fantazmaty te podtrzymuje romantyczny mit o „zemście lasu deszczowego" – naturze, która karze w ten sposób ludzi naruszających ekologiczne *equilibrium*. Wirus – „echo ginącej biosfery, […] odpowiedź immunologiczna Ziemi przeciw rodzajowi ludzkiemu" (Preston 2015: 304) – zgodnie z tą tezą ma być pożytecznym narzędziem doprowadzającym populację ludzką do właściwego poziomu liczebnego. Kolejne epidemie w tym ujęciu, nawiązującym do hipotezy Gai (Lovelock 2000) i koncepcji antropocenu (Dawson 2016), miały być zemstą za niezrównoważony rozwój gospodarczy – w taki właśnie sposób tłumaczy się pojawienie nowych ognisk wielu chorób w Afryce, na przykład schistosomatozy i malarii w obszarze, gdzie realizowano inwestycje w infrastrukturę wodną (Clark 2011: 763). Niszczenie Afryki – kolebki cywilizacji, miejsca, z którego wyewoluował pierwszy człowiek – miało być przewinieniem koniecznym do ukarania. Ów alarmistyczny dyskurs wzmacnia antyokcydentalne nastawienie

części mieszkańców Afryki oraz niechęć wobec nowoczesnej medycyny – zauważalne zwłaszcza wśród mieszkańców interioru: tych części kontynentu, które najwolniej się modernizują.

/// Pierwsze epidemie

Podczas pierwszej epidemii gorączki krwotocznej w 1976 roku śmierć poniosło około 300 osób. W tym samym roku pojawiło się kolejne ognisko wirusa w Sudanie (dziś: Sudanie Południowym) – zmarło około 150 osób. Następne epidemie, wszystkie o ograniczonym terytorialnie zasięgu, wybuchały w Afryce Subsaharyjskiej regularnie – głównie w DRK (1995 – około 250 zgonów; 2003 – około 250 ofiar; 2007 – około 200 zgonów; 2014 – około 50 ofiar), w Ugandzie (2000 – około 250 zgonów) i Republice Konga (podczas pięciu epidemii w latach 2001–2005 śmierć poniosło łącznie około 200–250 osób). Mniejsze ogniska choroby odnotowywano także w Gabonie (1994, 1996, 2001–2002 – łącznie około 150 ofiar) i Sudanie (1979, 2004 – łącznie około 30 ofiar). Wirus pojawiał się i znikał „niczym banda żyjących w dżungli partyzantów" (Quammen 2016: 153). W sumie do 2014 roku na ebolę zmarło około 1500 osób.

W XX wieku ebola wydawała się zagrożeniem endemicznym istotnym jedynie dla wnętrza centralnej i wschodniej części Afryki. Obszary te są słabo skomunikowane z większymi miastami. Cechuje je relatywnie niski i nierównomierny poziom zaludnienia – czynniki te miały gwarantować zahamowanie wirusa. Jak wieścili eksperci:

> Jeżeli ebola dostałby się do głównych afrykańskich miast, rozprzestrzeniłby się tam w mgnieniu oka. W konsekwencji wirus zacząłby krwawe żniwa na polu całej ludzkiej populacji. […] Stanowił on jakby przejaw nieubłagalnej siły kierowanej tajemniczym celem. (Preston 2015: 9, 90)

Kasandryczne wizje transformacji epidemii w globalną pandemię i metafizyczne rozterki mieszkańców miast okazały się jednak niezasadne. W latach 2014–2016 wirus zaatakował w Gwinei, Liberii i Sierra Leone, których stolice mają strategiczne znaczenie w infrastrukturze i ekonomice regionu. Porty i lotniska są tam ważnymi hubami tranzytowymi dla Wspólnoty Gospodarczej Państw Afryki Zachodniej (ECOWAS). Obszar dotknięty przez epidemię cechował się także o wiele większą niż w Afryce Centralnej tradycją migracyjną. Czynniki te – mobilność, charakter trans-

narodowy i bezpośrednie zagrożenie wielkich miast – wyróżniły epidemię od poprzednich, tych z dorzecza Konga. Powody te zadecydowały o liczbie ofiar, szacowanej na 11 500 osób. Początkowo najwięcej zgonów odnotowywano w Gwinei, następnie w Liberii i Sierra Leone. Po dwóch latach epidemia niespodziewanie wygasła, zadając kłam apokaliptycznym tezom wielu ekspertów. Owszem, choroba generowała egzogenny szok, który zachwiał podstawami egzystencji lokalnych plemion – nie otworzyła ona jednak drogi długofalowym zmianom, nie doprowadziła do upadku systemów religijnych, społeczno-politycznych czy kryzysu moralności.

W 2018 roku choroba wróciła do Konga, do prowincji Kiwu i Ituri, a zatem na obszar dotknięty konfliktem militarno-politycznym, co poważnie utrudniało walkę z chorobą. Lokalizacja wpłynęła też na relatywnie niskie zainteresowanie epidemią w skali światowej. Plaga dotknęła ponownie „jądro ciemności", w związku z czym prawdopodobieństwo globalnej pandemii było nikłe. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oceniła wówczas ryzyko dla zdrowia publicznego na wysokie na szczeblu krajowym i regionalnym oraz niskie na szczeblu międzynarodowym. Nastąpiło, scharakteryzowane przez amerykańskiego socjologa Sheldona Ungara (1998), „opanowanie" wirusa: stopniowe odejście od antropomorficznych metafor wirusa – niepokonanego, idealnego zabójcy – w stronę problemu, któremu trzeba skutecznie przeciwdziałać. Ministerstwo Zdrowia DRK 25 czerwca 2020 roku ogłosiło koniec 10. epidemii gorączki. Objęła ona, jak głosiły oficjalne statystyki, 3470 zgłoszonych przypadków, w tym 2287 zgonów.

/// Pandemia koronawirusa w Afryce

Sukcesy w walce z ebolą pod koniec drugiej dekady XXI wieku wpłynęły na postrzeganie zarówno samego wirusa, jak i pandemii COVID-19. Zagrożenie koronawirusem zostało zakotwiczone – w sensie instytucjonalnym, ale też psychospołecznym – w minionym kryzysie epidemiologicznym.

Epidemia rozpoczęła się pod koniec 2019 roku w prowincji Hubei, w środkowych Chinach – w kraju utrzymującym bardzo ciasne relacje gospodarcze z Afryką. Dopiero w następnym kwartale, 11 marca 2020 roku, została uznana przez WHO za pandemię. Do połowy 2022 roku odnotowano ponad 500 milionów przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w blisko 200 państwach; liczbę ofiar śmiertelnych szacowano na około 5,5 miliona osób.

Podobnie jak w przypadku eboli etiologia wirusa była przedmiotem sporów. Powróciła narracja zwolenników teorii spiskowych, czyniąca

z koronawirusa broń biologiczną lub efekt manipulacji genetycznych. Koronawirus nazywano grypą węża, nową wścieklizną; miały być nią skażone między innymi jaja drobiu, ciasteczka i ryż chiński. W uśmierceniu SARS-CoV-2 pomóc mogły za to: czosnek, krowi mocz, kokaina, marihuana, ocet, woda różana oraz witaminy C i D. Na całym świecie na popularności zyskały postapokaliptyczne teksty kultury, z których próbowano uczynić narzędzie opisu przemian współczesnego świata, na przykład filmy *Contagion. Epidemia strachu* (2011) i *Epidemia* (1995) (Orzeł 2021: 124). Sensacyjne wątki były obecne również w dyskursie prasowym i w wystąpieniach lokalnych polityków afrykańskich.

Wydawać by się mogło, że region subsaharyjski – z racji na biedę, niski poziom edukacji, dysfunkcje w sektorze zdrowia, ogromne zagęszczenie ludności w metropoliach i otaczających je slumsach, a także z powodu bliskich kontaktów gospodarczych z Azją – powinien ucierpieć na koronawirusa bardziej niż rozwinięte gospodarki euroatlantyckie. Tak się jednak nie stało. W połowie 2022 roku liczba zakażonych koronawirusem w Afryce wyniosła zaledwie około 11 milionów, liczba zaś ofiar – ponad 250 tysięcy. Eksperci tłumaczą tak niskie statystyki na kilka sposobów. Po pierwsze, wątpią w skuteczność zbierania danych na poziomie lokalnym w Afryce. Po drugie, epidemiolodzy zwracają uwagę, że społeczeństwa afrykańskie są młodsze, a co za tym idzie bardziej odporne na zachorowania i częściej przechodzące chorobę bezobjawowo.

/// Próby zarządzania kryzysowego

Analiza reakcji Afrykanów na chorobę powinna uwzględniać zarówno znaczenie wzorców kultury tradycyjnej, podzielanych przez lokalne wspólnoty, jak i skutki wdrażanych przez władze środków ekstraordynaryjnych. Rządy Gwinei, Liberii i Sierra Leone w 2014 roku nie potrafiły skutecznie przeciwdziałać ani epidemii, ani zbiorowej psychozie przez nią wywołanej. Nie miały do tego właściwego zaplecza technicznego ani wykwalifikowanego personelu medycznego. Ograniczały się więc do wprowadzania stanu wyjątkowego i tworzenia stref kwarantanny. We wszystkich trzech krajach dotkniętych ebolą utworzono specjalne komitety kryzysowe, politycy apelowali o pozostanie w domach, a znaczną część urzędników publicznych skierowano na przymusowe urlopy.

Warto przy tym zaakcentować, że praktyka izolowania chorych nie jest obca społeczeństwom afrykańskim. Wiele praktyk kulturowych ludności rdzennej należy uznać za „behawioralny system immunologiczny"

(Afeltowicz, Wróblewski 2021: 38). Przykładowo u niektórych ludów powszechny jest zwyczaj, że to ozdrowieńcy przejmują opiekę nad chorującymi; w wioskach dotkniętych plagami zakazuje się imprez zbiorowych oraz wprowadza się abstynencję seksualną (Quammen 2016: 92). Dla antropologów działania te były metaforą wyznaczenia metafizycznej bariery przed nieczystością, granicy między życiem a śmiercią (Sznajderman 2020).

W czasie epidemii eboli i pandemii koronawirusa wprowadzano zakazy zgromadzeń. Przed wejściami do budynków użyteczności publicznej i banków ustawiano prowizoryczne punkty sanitarne, a strażnicy nie wpuszczali nikogo do środka bez uprzedniego umycia rąk. Odradzano również podawanie sobie dłoni na powitanie. Na ulicach miast ludzie nosili maseczki i rękawiczki. Towary te trudno było jednak dostać w sklepach, a ich nieodpłatna dystrybucja była rzadkością, co tylko potęgowało niezadowolenie społeczne i frustrację milionów Afrykanów.

W czasie epidemii gorączki krwotocznej władze państw zachodnioafrykańskich przyjęły szereg ustaw, w myśl których osobom ukrywającym chorych na ebolę groziła kara więzienia. W tych samych aktach zakazywano wychodzenia z domu przez kilka dni w tygodniu, a także odradzano obchodzenie świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku. Zgodnie z decyzją władz w 2014 i 2020 roku zajęcia w szkołach i wykłady uniwersyteckie zostały odwołane; tylko znikoma część szkół mogła próbować wdrażać zajęcia zdalne. Trzeba przy tym podkreślić, że zamknięcie szkół – racjonalne w wymiarze sanitarnym – skutkowało odcięciem znacznej części społeczeństwa od wiarygodnych źródeł wiedzy o wirusach.

Podczas epidemii eboli do wiosek wewnątrz kraju wysyłano wolontariuszy, którzy mieli uświadamiać lokalną ludność, czym jest choroba. Z czasem jednak praktyki te zostały ograniczone – władze zrozumiały bowiem, że osoby jeżdżące od wioski do wioski mogą sprzyjać rozprzestrzenianiu się eboli (a przy tym pogarszać wizerunek rządzących). Ciężar walki z epidemią spoczął zatem na międzynarodowych organizacjach pozarządowych, które wysyłały do Afryki zastępy ekspertów i lekarzy. W pierwszych miesiącach epidemii to głównie Lekarze Bez Granic i pracownicy WHO starali się powstrzymać ebolę w Afryce Zachodniej, podczas gdy aktywność lokalnych służb medycznych była o wiele mniejsza.

/// Plagi metafizyczne i infodemia

„Wirus ebola nie bytuje w twoim środowisku. To ty bytujesz w jego" – pisał David Quammen (2016: 141), amerykański badacz, który za biografię eboli

uzyskał prestiżową Society of Biology Book Award in General Biology. Tego rodzaju narracje – nasycone emocjami i sugestywnymi metaforami – ukształtowały percepcję wirusa zarówno poza Afryką, jak i w kolebce eboli. W formowaniu wyobraźni społecznej Afrykanów – szczególnie mieszkańców miast – ogromną rolę odgrywają *mass media*, zwłaszcza Internet. Artykuły o wirusach wypełniły afrykańską prasę oraz blogosferę. W 2014 roku w mediach społecznościowych tworzono coraz to nowsze inicjatywy pod hasłem „Kick Ebola Out". Strona internetowa Ambasady USA w Liberii była oblężona przez internautów szukających na niej wiarygodnych informacji, jak zmniejszać ryzyko zachorowania. Z kolei w Nigerii zatrzymanie eboli było *de facto* sukcesem mediów społecznościowych – tam właśnie najefektywniej kampanie edukacyjne prowadziły zarówno instytucje państwowe, jak i organizacje pozarządowe (Walewska 2016: 71).

W okresie epidemii eboli i pandemii koronawirusa głównymi nośnikami informacji, a zatem także narzędziami zmiany kulturowej były przekazy radiowo-telewizyjne, kampanie wizualne na billbordach oraz, choć w mniejszym już stopniu, ulotki rozdawane w okolicy budynków publicznych, sądów czy kościołów. W warstwie ikonograficznej odwoływały się one zarówno do nowoczesnej wirusologii (skręcona pałeczka eboli oraz kula koronawirusa z wypustkami będącymi receptorami białkowymi stały się popkulturowymi ikonami), jak i do tradycji głęboko zakorzenionych w lokalnych społecznościach.

Działania dziennikarzy w czasie epidemii i pandemii należy jednak ocenić jako mało skuteczne, a często dysfunkcjonalne w walce z wirusami. W prasie nie brakło zwięzłych, rzetelnych omówień, czym są ebola i koronawirus, aczkolwiek jednocześnie strony tabloidów zdominowała narracja niefachowa, szukająca „kozłów ofiarnych" i nieoferująca porad, jak chronić się przed wirusem. Nie brakowało także artykułów, które sytuowały plagę w kontekście nieomal eschatologicznych, religijnych zmagań Dobra ze Złem. Choroby stawały się w ten sposób „plagami metafizycznymi, bożym gniewem, karą za grzechy" (Deville 2014: 17). Nasycenie dyskursu wartościami metafizycznymi sprzyjało również popularyzacji infodemicznych teorii spiskowych. W afrykańskiej prasie do dzisiaj można znaleźć teksty oskarżające koncerny farmaceutyczne, tak zwaną Big Pharmę, o celowe wywoływanie zarazy poza globalną Północą. „Trzeci Świat" w tym ujęciu nadal odgrywał rolę poligonu, gdzie zachodnioeuropejskie i amerykańskie firmy testują leki, a nawet broń biologiczną.

/// Akcja szczepień

W listopadzie 2019 roku w Unii Europejskiej zarejestrowano pierwszą szczepionkę przeciw gorączce ebola, o nazwie Ervebo, a pół roku później dwie kolejne: Zabdeno i Mvabea. Co ważne, do tej pory wakcyny te nie były stosowane masowo w ogniskach epidemicznych w Afryce (Orzeł 2021: 62). Zdaniem części osób opieszałość w pracach nad szczepionką przeciwko gorączce krwotocznej wynikała ze specyfiki i złożoności wirusa. Według innych to skutek celowej polityki koncernów farmaceutycznych, traktujących ebolę jako chorobę endemiczną Afryki. Podobnie przedstawiała się historia malarii – choroby powszechnej na globalnym Południu, zabijającej w Afryce tropikalnej pół miliona ludzi rocznie (Afeltowicz, Wróblewski 2021: 300), lecz w niewielkim stopniu zagrażającej Północy. Prace nad szczepionką przeciwko malarii przeciągały się długie dekady. Została ona opatentowana dopiero w 2021 roku, ale nie wprowadzono jej dotychczas do bezpłatnego i powszechnego użycia w Afryce.

Po błyskawicznym wynalezieniu szczepionek na koronawirusa szybko okazało się, że ich dystrybucja w Afryce budzi uzasadnione obiekcje. Globalny system dystrybucji uprzywilejowywał kraje rozwinięte, podczas gdy poza świat euroatlantycki dostarczano niewielką część biopreparatów. Wywołało to zdecydowany sprzeciw znacznej części liderów politycznych globalnego Południa.

W akcję wakcynacji przeciwko koronawirusowi najszybciej zaangażowały się kraje z północy kontynentu (Maroko, Egipt, Algieria, Tunezja i region śródziemnomorski, przyciągający rzesze turystów z Europy) oraz najludniejsze i najbogatsze państwa subsaharyjskie, aspirujące do roli lokalnych hegemonów (Nigeria, Etiopia i RPA). Według danych WHO w połowie 2022 roku zaczepiono około 20% populacji Afryki. Tak niski odsetek wynikał z kilku czynników: ogólnoświatowych dysfunkcji systemu dystrybucji szczepionek, kierujących większość wakcyn na globalną Północ, ale także z racji opieszałości lokalnych polityków i ich częstego sceptycyzmu wobec idei szczepień.

Wśród krajów najdłużej na świecie zwlekających z rozpoczęciem wakcynacji niechlubnie wyróżniła się Tanzania. Przedstawiciele rządzącej tym krajem Partii Rewolucyjnej podjęli ze społeczeństwami, parafrazując tytuł dzieła Eugène'a Ionesco, zabawę w masakrę (franc. *jeux de massacre*). Działania polityków obliczone były na wzrost legitymizacji reżimu w okresie stanu wyjątkowego (Schmitt 2012). Prezydent Tanzanii, John Magufuli, reglamentując strach, przekonywał, że kraj wygrywa z COVID-19 dzięki

sile modlitwy oraz medycynie tradycyjnej; ponadto polityk zalecał inhalacje parą wodną oraz przyjmowanie ziół jako antidotum na SARS-CoV-2. „Koronawirus, który jest diabłem, nie może przetrwać w ciele Chrystusa. Spali się natychmiast" – mówił z ołtarza kościoła w Dodomie, stolicy kraju (Mutahi 2020, tłum. B.P.). W wypowiedziach publicznych Magufuli wraz z innymi najwyższymi urzędnikami rządowymi regularnie kpił ze skuteczności masek. Prezydent zmarł 17 marca 2021 roku na skutek powikłań chorobowych po zarażeniu koronawirusem.

Dopiero kolejna prezydent, Samia Suluhu Hassan, pod koniec lipca 2021 roku przyjęła szczepionkę, inaugurując w ten sposób ogólnonarodową kampanię. Odsetek zaszczepionych Tanzańczyków rósł jednak bardzo powoli. Reakcje obywateli Tanzanii na tak gwałtowną zmianę narracji o koronawirusie można uznać za emblematyczne dla całego kontynentu. Obywatele oczekują bowiem od przywódców, by ich sposób porozumiewania się w czasie pandemii był nie tylko jasny, ale przede wszystkim konsekwentny, by kolejne wypowiedzi sobie nie zaprzeczały, a wsparcie uzyskiwane od uznanych autorytetów pozostawało niezmienne (Kamińska-Korolczuk 2021: 301). W przypadku wielu społeczeństw afrykańskich, których liderzy początkowo deklarowali się jako koronasceptycy, późniejsza zmiana nastawienia nie budziła zaufania obywateli.

/// Percepcja lekarzy

W okresie epidemii eboli szpitale szybko się przepełniły. Brakowało sal i sprzętu medycznego, a personel przeciążono pracą – w Sierra Leone doszło nawet do strajków pielęgniarek, które żądały podwyżek i zapłaty za nadgodziny; pikietowali także grabarze, porzucając ciała zmarłych na ulicach. W dialog społeczny zaangażowano lokalne autorytety – wodzów tradycyjnych (Voors, Windt 2019). Gdy i to nie przynosiło skutku, do centrów medycznych w interiorze skierowano oddziały wojska, mającego uspokoić sytuację, a zwłaszcza chronić zagranicznych lekarzy, wobec których już kilkukrotnie dochodziło do aktów przemocy. Zachodnich specjalistów przysłanych nad Zatokę Gwinejską w latach 2014–2016 i do DRK w 2019 roku, by przeciwdziałać rozprzestrzenianiu wirusa, atakowano, zarzucając im sprawstwo kryzysu (Demczuk 2021: 50). Postrzegano ich bowiem jako agentów mocarstw kolonialnych i koncernów farmaceutycznych. Dochodziło do linczów i samosądów. Przykładowo we wrześniu 2014 roku w miejscowości Womey w Gwinei tłum zaatakował grupę ośmiu dzien-

nikarzy i towarzyszących im przedstawicieli władz. Ich ciała okaleczono, zbezczeszczono, a następnie wrzucono do szamba (UNECA 2015: 11–12).

Według Tadeusza Biedzkiego, reportażysty, który odwiedził Afrykę Zachodnią w trakcie epidemii eboli, przekonanie o winie białych lekarzy w rozprzestrzenianiu chorób w Afryce było powszechne. Dziennikarz wielokroć widział formowanie się lokalnych straży, mających nie wpuszczać do wiosek medyków, sanitariuszy oraz duchownych – postrzeganych jako „posłańców śmierci". Biedzki odnotował:

> Niektórzy myślą, że ebola to przejaw opętania przez złe duchy, zemsta urażonych bóstw lub wrogów, którzy wyprosili ją u swoich zmarłych przodków, inni nie ufają lekarzom, uważają, że to oni roznoszą chorobę, by potem ciała zmarłych wykorzystywać do wyrobu lekarstw przeciw wszelkim dolegliwościom, przeciw demonom lub wręcz jako środek na wzbogacenie się. Są też tacy, którzy głoszą, że biali lekarze są kanibalami i zabierają ludzi do szpitali, żeby ich zjeść. (Biedzki 2015: 236)

Zagranicznym lekarzom – ubranym w nieznane Afrykanom kombinezony, których powolne, rutynowe, zgodne z procedurami zakładanie mogło przywodzić na myśl nakładanie szat przez celebrującego religijną uroczystość kapłana – zarzucano, że ignorują tradycyjną wiedzę, nie szanują kultur i nie respektują powszechnej w Afryce koncepcji rzeczywistości opartej na „ontologicznej jedności kosmosu" (Szyjewski 2005: 31), braku rozdzielenia sfery świeckiej i religijnej. Uważano także, iż zaproponowana diagnoza to oznaka okcydentalnego poczucia wyższości nad rzekomo zacofanym ludem Afryki.

Nakreślona w ten sposób „metafizyka wspólnoty" tłumaczy strach i zachowania agresywne, a nawet liczne przypadki porwań chorych z klinik i przywożenia ich z powrotem do wiosek. Przykładowo pod koniec lutego 2015 roku w wiosce Makeni w Sierra Leone wirusem ebola zaraziło się 31 osób. Źródłem choroby był uciekinier ze szpitala, który wrócił do rodziny i oddał się pod opiekę lokalnego znachora, leczącego go ziołami i amuletami. Do podobnej sytuacji doszło w liberyjskim West Point – grupa mieszkańców slumsów pod Monrowią napadła na budynek szkoły, gdzie zorganizowano prowizoryczną przychodnię. Ludzie ci nie wierzyli w istnienie gorączki krwotocznej. Byli przekonani, że dziwna choroba była wywołana magiczną trucizną wytworzoną przez prezydent Ellen Johnson-Sirleaf po to, aby przyciągnąć do Liberii fundusze z organizacji między-

narodowych i je następnie zdefraudować. Ze szkoły skradziono między innymi materace, które stały się źródłem dalszego rozprzestrzeniania się wirusa (Walewska 2016: 72–73).

W czasie walki z COVID-19 władze afrykańskie próbowały skorzystać z doświadczenia poprzednich epidemii. Dostępność łóżek szpitalnych w czasie pandemii koronawirusa okazała się w większości krajów afrykańskich wystarczająca, a wojsko nie było – jak w czasach walki z ebolą – tak często kierowane na prowincje, by uspokajać nastroje społeczne.

/// Kolonialna biowładza

Należy podkreślić, że opór autochtonów przeciwko innowacjom zachodnich lekarzy – jak to określał Bruno Latour (2009): „laboratoryzacji świata" – nie był czymś wyjątkowym w dziejach walki z plagami w świecie postkolonialnym. Albert Schweitzer, alzacki teolog i lekarz, laureat Pokojowej Nagrody Nobla za założenie szpitala w Lambaréné w Gabonie, pisał: „Europejczycy przywieźli Murzynom najstraszniejsze i najohydniejsze choroby" (1930: 109). Zdanie to wpisuje się we współczesne studia nad historią buntów wobec kolonizacji, eksponujące przykłady celowego zarażania autochtonów chorobami zakaźnymi. Depopulacja była bowiem często preludium do umocnienia władzy europejskiej. Przykładowo w Senegalu i Tunezji Anglicy i Francuzi wykorzystywali epidemie dżumy (*de iure*: walkę z nią) do wprowadzania coraz bardziej drakońskich rozwiązań administracyjnych. W czasach kolonialnych szpitale zakaźne – totalne instytucje biowładzy (Foucault 1998) – otaczano drutem kolczastym, przez co przypominały one obozy koncentracyjne. Zamykano w nich nie tylko chorych – trafiali tam również niepokorni politycznie autochtoni. Kordony sanitarne stawały się pretekstem do przejęcia kontroli nad kolejnymi częściami ziemi. Przymusowa segregacja czarnoskórej ludności przeprowadzona w Kapsztadzie w czasie epidemii dżumy i później, podczas pandemii hiszpanki, stały się natomiast ważnymi precedensami polityki apartheidu w Afryce Południowej. W ten sposób nowoczesna medycyna stała się narzędziem nie tylko paternalizmu, ale też legitymizacji kolonialnego autorytaryzmu (Arnold 1993).

Charakteryzując historyczny, kolonialny kontekst percepcji polityk sanitarnych w Afryce, historyk John Aberth pisał o „symbiotycznym związku chorób z imperializmem kulturowym" (2012: 124). Według niego „konfrontacja z chorobą zawsze wyłania zwycięzców i pokonanych, zarówno w obrębie danego społeczeństwa lub kultury, jak i pomiędzy rywalizujący-

mi ze sobą cywilizacjami" (Aberth 2012: 105–106). Wydarzenia ostatniego roku w Afryce, walka z koronawirusem podejmowana przez polityków, lekarzy i działaczy tak zwanego trzeciego sektora, wskazują jednak na stopniowe oswojenie się Afrykanów z nowoczesną, zachodnią medycyną – jej dekonstrukcję kulturową, deokcydentalizację. Równocześnie można zaobserwować powolną erozję zaufania względem tradycyjnych, paramedycznych praktyk. Pandemia stała się katalizatorem tego procesu – zachodzi on szybciej w afrykańskich miastach niż na wsiach.

/// Zwyczaje funeralne

W kulturach tradycyjnych Afryki istotną rolę odgrywają duchy przodków, które otacza się dużym szacunkiem. Są „immanentnym elementem struktury plemiennej czy klanowej i od ich aprobaty zależy powodzenie wielu działań plemienia" (Szyjewski 2005: 37). Przodkowie, na co zwracają uwagę badacze mitów i wierzeń afrykańskich, połączeni są z żywymi więzią rodową.

„Życie ludzkie jest epizodem w wiecznym trwaniu, a śmierć nie stanowi całkowitego unicestwienia człowieka" – pisał afrykanista Stanisław Piłaszewicz (2000: 147). Badacz wiązał znaczenie zmarłych z rozbudowanymi ceremoniami funeralnymi w wybranych grupach etnicznych Afryki. Według niego pochówki zawsze odgrywały ważną rolę w życiu wspólnot afrykańskich – zbiorowe w nich uczestnictwo, opłakiwanie zmarłego czy noszenie po nim żałoby wyrażało zarówno szacunek, jak i siłę więzi wspólnoty sąsiedzko-rodzinnej. Zmarłych obejmowano, przytulano, całowano; zwłoki wynoszono na rękach zgodnie z określonym rytuałem (na przykład przez dziurę w ścianie). Groby kopano w wyselekcjonowanym miejscu, na przykład na nieuprawianej ziemi; zwykle czynili to bracia zmarłego. Używano do tego specjalnych narzędzi – motyki te uroczyście myto po pogrzebie. Do grobu wkładano przedmioty użytkowe, a po pochówku organizowano ucztę. Jeśli zaś obrzędy pogrzebowe nie zostały odprawione prawidłowo, zmarłych miało czekać długie błąkanie się po ziemi (Piłaszewicz 2000: 152–156).

Podczas epidemii i pandemii tradycje te okazały się zgubne w skutkach – ceremonie funeralne sprzyjały bowiem rozprzestrzenianiu się chorób. Według części ekspertów była to główna przyczyna transmisji eboli (Hewlett, Hewlett 2008: 54–56). Najbardziej narażone na zakażenie były kobiety przygotowujące ciało zmarłego do pogrzebu oraz najbliższa rodzina. Urzędnicy prosili mieszkańców o nieuczestniczenie w obrzędach po-

grzebowych oraz o zgodę na kremację ciał, czyli o desakralizację rytuałów, naruszenie liturgii i tabu kulturowych. Ich apele nie zyskały jednak masowego posłuchu. W dodatku sprzeciw wobec polityki zakazów obejmował nie tylko wyznawców wierzeń lokalnych. Niezgoda na – jak to określił francuski historyk Jean Delumeau – „przekreślenie śmierci indywidualnej" (2011: 131) dotyczyła także osób wyznania rzymskokatolickiego, protestantów, ale i muzułmanów. W przypadku ostatniej grupy władze apelowały o odejście od obrzędu *ghusl mass al-mayyit*, polegającego na wycinaniu jelit zmarłemu, a następnie obmywaniu przez krewnych ciała w tym samym naczyniu przez trzy kolejne dni. W takich uroczystościach zwyczajowo uczestniczą wszak całe rodziny, sąsiedzi i przyjaciele. Muzułmanie wierzą, że bez takiego oczyszczenia ciało zmarłego nie trafi do raju.

Afrykanie reagowali na kolejne obostrzenia w sposób zróżnicowany. Obawa przed bezimiennym grobem – zwłaszcza w kontekście choroby tak szybko zabijającej jak ebola, niepozostawiającej ofiarom czasu na przygotowanie się do życia pozagrobowego – skłaniała ludzi do dalszego uczestnictwa w ceremoniach. Skutkiem tego w Liberii i Sierra Leone nieprzestrzeganie narzuconych zasad funeralno-żałobnych zostało spenalizowane.

/// Aktywizacja religijna

W okresie epidemii i pandemii na popularności zyskały paramedyczne fetysze, wota, którym przypisywane są właściwości nadprzyrodzone (Szyjewski 2005: 42). Handel amuletami, talizmanami, cudownymi miksturami kwitł na targach w całej Afryce. Renesans naturalnej farmakopei wiązał się ściśle ze wzrostem praktyk religijnych i oddawania się skrajnym formom pobożności. Niektórzy wspominali dawne proroctwa. Chorobę interpretowano zarówno jako symptom nieczystości człowieka i naruszenia przez niego ładu ontologicznego, rodzaj metafizycznej kary, narzędzia gniewu bożego, jak i siłę natury. Zwiększyła się aktywność kaznodziejów obwieszczających rychły koniec świata i wzywających do odnowy duchowych wspólnot – nawoływali oni do zbiorowych modłów, procesji, publicznej pokuty. Ich działalność – być może skuteczna w wymiarze psychologicznego przepracowania traumy – niestety często okazywała się szkodliwa. Miejsca pracy uzdrowicieli, kontaktu z chorymi mogły łatwo przeistoczyć się w ogniska chorób.

W okresie epidemii eboli wzrosło znaczenie rytuałów związanych z krwią, co zapewne należy wiązać z objawami gorączki krwotocznej – w szczytowej fazie choroby dochodzi do obfitych krwawień z jam ciała

oraz krwotoków wewnętrznych (Konarski 2007: 151). Jak pisała Susan Sontag, zwiększał się „lęk przed skażoną krwią, niezależnie od tego, czy jest to krew Chrystusa, czy krew bliźniego. Życie – krew […] jest teraz nosicielem zarazy. Płyny są potencjalnie śmiertelne" (1999: 160). Według amerykańskiej eseistki ludzkość najbardziej przerażały choroby, w których zwierzę było nośnikiem zakażenia, których przebieg cechował się gwałtownością i upokarzającymi symptomami (w tym silnymi krwotokami), pozbawiającymi chorego cech człowieczeństwa. Płyn, symbol życia, stawał się zatem symbolem śmierci. Wnioski te potwierdził okres epidemii eboli i pandemii koronawirusa – w wielu szpitalach afrykańskich nadal brakuje krwi, a ludzie niechętnie decydują się na jej oddawanie i transfuzje.

W czasie epidemii rosła częstotliwość stosowania magicznych formuł – wspominają o tym antropolodzy prowadzący badania terenowe w Afryce oraz reportażyści. Widać to też w afrykańskiej blogosferze czy dyskusjach na lokalnych forach internetowych. Chorobę postrzegano z perspektywy dramatu i klęski, a także jako zemstę bogów, karę i upomnienie skierowane pod adresem zatwardziałych serc ludzkich. Tarczą na „bicz boży" były recytowane zaklęcia i modły. Stosowanie wytrychów językowych i wymyślnych kostiumów narracyjnych, odrzucanie słów uznawanych za tabu – jak pisał Delumeau: „nazwać chorobę, oznaczało ściągnąć ją i obalić ostatnie umocnienia, które trzymały ją w ryzach" (2011: 127) – miało na celu wyparcie plagi, jej wygnanie.

/// Kozioł ofiarny

Co najmniej od czasów Tukidydesa nieodłącznym elementem charakterystyki życia wspólnot dotkniętych plagami jest ocena rozpadu norm społecznych. Zarazy wystawiają na ciężkie próby struktury społeczne, a na znaczeniu traci porządek obywatelski. Pojawia się pokusa stosowania motywowanej metafizycznie przemocy jako środka zaradczego i kary wymierzonej domniemanym sprawcom pandemii.

Na początku XXI wieku osoby zakażone ebolą uznawano za przeklęte. Wśród mieszkańców narastały lęk i wzajemna podejrzliwość. Ofiary chorób i ich bliskich – również osoby zdrowe – dotknęła wielowymiarowa marginalizacja. Pierwszym etapem stygmatyzacji chorych w czasie epidemii eboli było znakowanie ich domów. Było to częściowo racjonalne, ponieważ zdrowi zyskiwali wiedzę o tym, których miejsc powinni unikać. Trzeba jednak spojrzeć na tę praktykę jako próbę „przywrócenia zaburzonego symbolicznego porządku, w którym światy zdrowych i chorych, po-

dobnie jak żywych i umarłych, nie powinny się ze sobą mieszać" (Mieszkowski 2020: 138). Napisy na ścianach pełniły zatem funkcję zbliżoną do cmentarnych murów – izolowały *sacrum* i *profanum*.

W Afryce Zachodniej podczas epidemii eboli dochodziło do licznych aktów zabijania drzwi gwoździmi. Zabieg ten zamieniał domostwa w umieralnie. Odnotowano także przypadki celowych podpaleń budynków – ogień miał oczyszczać teren z choroby. Takie działania były walką z brudem, definiowanym przez Mary Douglas jako zaburzenie porządku: „Nie ma czegoś takiego jak brud absolutny. Brud istnieje tylko w oku patrzącego. […] Rytuały czystości i nieczystości są źródłem jedności doświadczenia" (2007: 46). Antropolożka sygnalizuje, że aktywność puryfikacyjna sprzyjała poszukiwaniu kozła ofiarnego, obarczaniu odpowiedzialnością za rozprzestrzenianie się choroby określonych kategorii społecznych i ich dehumanizowaniu. Takie kampanie, jak twierdzi René Girard, intensyfikują się u „schyłku formacji kulturowej, [gdy] ludzie czują się bezradni; ogrom nieszczęść sprawia, że tracą głowę" (1987: 24).

W Afryce zwyczajowo kozłem ofiarnym stawały się osoby przynależące do najniższych warstw społecznych oraz migranci. Obiektem demonizacji byli także albinosi, bliźnięta i kalecy. Stygmatyzacja obcych mogła zataczać coraz szersze kręgi – przykładowo osoby pochodzące z wiosek dotkniętych przez ebolę, nawet jeśli niemieszkające w nich już długo, zwalniano z pracy w miastach, a nawet wypowiadano im najmy mieszkań. Podobnie traktowano nauczycieli, których uczniowie zachorowali na gorączkę krwotoczną (UNECA 2015: 7).

W czasie pandemii koronawirusa, w sytuacji gdy znaczna część społeczeństwa nie rozumiała sensowności nakładania coraz to nowszych restrykcji, w miastach dochodziło do kradzieży i grabieży niestrzeżonych domów i sklepów. Celami ataków stali się bogacze, których oskarżano o sprawstwo choroby lub bierność w walce z nią. Atakowano też Azjatów, migrantów z kontynentu, skąd pochodził koronawirus. Lokalnym kozłem ofiarnym stawali się z kolei migranci zarobkowi, uchodźcy, przedstawiciele plemion o silnej tradycji migracyjnej – często wegetujący w slumsach na obrzeżach miast. W ataki na mniejszości angażowali się nawet miejscowi politycy. Rozwijał się dyskurs populistyczno-nacjonalistyczny, podtrzymujący – scharakteryzowany przez Girarda – „transkulturowy schemat kolektywnej przemocy" (1987: 32). Zachowania prześladowcze można tłumaczyć zarówno potrzebą znalezienia winnego, desperacją, jak i – patrząc szerzej – jako wyraz metafizycznego lęku przed rozpadem wspólnoty.

/// Taniec śmierci

O plagach, z racji konieczności przestrzegania różnych form izolacji, często mówi się jako o „czasie przymusowej samotności" (Delumeau 2011: 131). Stwierdzenie to jest zasadne dla epidemiologów, psychologów, stróżów ładu i porządku. Mimo to w dłuższym odcinku czasu samoizolacja rzadko bywa respektowana.

Osamotnienie może bowiem skłaniać do różnych form aktywności – nie tylko uprawianych indywidualnie, w zaciszu domowego azylu. W obliczu pandemii ludzie często starają się cieszyć się życiem, pragną zaznawać przyjemności i szczęścia. Ośmielają się czynić jawnie to, co kiedyś robili w ukryciu. W ten sposób powinno się tłumaczyć także imprezy ludyczne, które – wbrew zaleceniom władz – miały miejsce w czasie ostatnich plag. Podczas epidemii i pandemii, na przekór wytycznym władz, w Afryce organizowano koncerty i spektakle, otwierano siłownie i baseny. W miejscach tych gromadziły się tłumy ludzi, których połączyła mieszanina kilku pozornie przeciwstawnych emocji: strachu, smutku oraz radości. Imprezy masowe były nasycone frenetyczną atmosferą balu, kultem cielesności, teatralnością, karnawalizacją. Karnawał wszak, jak twierdził Michaił Bachtin (1975), stanowi próbę odnowienia świata; świat skarnawalizowany to świat wartości odwróconych – w czasie karnawału wszyscy porzucają swe role społeczne, stają się równi – podobnie jak podczas zarazy. Urządzanie groteskowych imprez ludycznych w czasie plagi, spotkania z komediantami, błaznami czy szaleńcami miało podkreślać tymczasowość sytuacji, której głównymi elementami są cierpienie i śmierć.

Podczas imprez masowych w czasie pandemii reinterpretowano „choreografię dystansowania społecznego" (Orzeł 2021: 131). Na popularności zyskały działające nielegalnie dyskoteki organizujące „koronalia" i „koronaparty" (Orzeł 2021: 181). Fenomen ten dostrzegli liczni badacze kultury, zwracający uwagę, że „taniec, łączony zawsze z płodnością i życiem, tym razem w swojej ekstatycznej, zrywającej z konwenansami i wulgarnej odmianie, był […] dowodem triumfu śmierci i rozpadu" (Mieszkowski 2020: 103). W ten sposób opisywano w Europie liczne przypadki tak zwanych plag tanecznych, wybuchów choreomanii, tańca św. Wita (niem. *Tanzwut*). Nieskoordynowane ruchy taneczne percypowano jako znak ingerencji sił metafizycznych. Zbiorowe tańczenie zdaniem antropologów było przejawem masowej histerii, reakcji na współdzielony społecznie stres.

W XXI wieku w Afryce zbliżoną – w sensie edukacyjnym – rolę do *Tanzwut* odgrywały uliczne szlagiery grane w klubach. W Liberii słuchal-

ność zyskały *Ebola Song*, *The Hope Song*, *Ebola Is Real* oraz *Ebola Must Go*, a w Sierra Leone – *Hope Is Alive!* (Rivera 2014; Stone 2017). Najsłynniejszym epidemicznym hitem okazał się jednak grany na dyskotekach w Monrowii utwór *Ebola in Town* autorstwa Shadow, D-12 oraz Kuzzy of 2Kings:

Ebola w mieście
Nie dotykaj swojego przyjaciela
Nie całuj
Nie dotykaj
Żadnego jedzenia
To jest niebezpieczne!
[…]
To coś, co w mieście szybko zabija
Przeraża
[…]
Przytulanie na odległość
Całowanie na odległość
Nie dotykaj mnie!
[…]
Mój Panie
Proszę, uratuj nas przed ebolą
Nie ma gdzie iść
Nie ma gdzie się ukryć
[…]
Bądź ostrożny
[…]
Jeśli lubisz małpę
Nie jedz jej mięsa
Jeśli lubisz pawiana
Powiedziałem, nie jedz tego mięsa
Jeśli lubisz nietoperza
Nie jedz jego mięsa. (Rivera 2014: 69–72, tłum. B.P.)

W podobny sposób można interpretować wybrane komunikaty wizualne, zyskujące rozpoznawalność w Afryce w czasie epidemii i pandemii: graffiti (adresowane między innymi do osób niepiśmiennych), ścienne gazety pisane kredą na tablicach czy memy krążące w Internecie. Przedstawienia na nich zawarte często przywodzą na myśl ikonografię *danse macabre*. Alegorie tego typu powstawały jako upomnienie przed nieuchronnym

śmiertelnym losem, były także wyrazem rozczarowania marnością świata i skargą na przemijanie (Gulisano 2007: 75–78).

Przykładowo podczas epidemii eboli na popularności zyskała inicjatywa Alfreda J. Sirleafa, lokalnego aktywisty, który od czasów wojny domowej w Liberii prowadzi tak zwaną tablicową gazetę. Jest ona umiejscowiona w centrum Monrowii, przy Tubman Boulevard. Sirleaf prezentuje na niej informacje ze świata, które jego zdaniem są cenne dla Liberyjczyków, okraszając je grafikami i hasłami edukacyjnymi. W czasie pierwszych tygodni epidemii mieszkańcy Monrowii tu właśnie szukali wiedzy o tym, czym jest ebola i jak unikać zakażenia (Walewska 2016: 72).

W okresie pandemii pojawiła się z kolei masa parodystycznych, groteskowych przedstawień w Internecie. Ich autorami byli zarówno zwolennicy teorii spiskowych, jak i edukatorzy, konstruujący przekaz w celu uświadamiania skali zagrożeń. Śmiechem starano się oswajać sytuację skrajną. Stawał się on zarówno sardonicznym protagonistą, jak i partnerem śmierci. W memach o chorobie wisielczy humor czy sytuacyjny komizm sąsiadowały z makabrą, a śmieszność z grozą. Dzięki tego rodzaju praktykom kulturowym realność plagi została poddana metafizycznej transgresji.

/// Podsumowanie

„Historia medycyny nie ma żadnego znaczenia, jeśli nie odniesie się jej do ludów i kultur, w obrębie których się rozwijały" (Thorwald 2017: 12). W stwierdzeniu Jürgena Thorwalda dostrzega się ścisłe powiązanie dwóch perspektyw: antropologa i historyka medycyny. Według niemieckiego badacza zarazy w dziejach ludzkiej cywilizacji zawsze tworzyły fragment krajobrazu emocjonalnego i kulturowo-mitycznego; były punktami wyznaczającymi kryzys, koniec starego świata i wyłanianie się nowego porządku. Z tezami tymi zgadza się większość kulturoznawców, akcentując z jednej strony niezmienność sakralnego wymiaru plagi (Sznajderman 2020), z drugiej zaś – jej rolę jako katalizatora zmiany społeczno-kulturowej (Orzeł 2021: 32). Być może ebola i koronawirus odegrają dla Afryki taką rolę, jaką miała dżuma w VI wieku n.e. (tak zwana dżuma Justyniana) dla Europy – wówczas choroba przyspieszyła erozję starożytności i narodziny średniowiecza.

Następujące po sobie plagi (malaria, AIDS, ebola, cholera, koronawirus) trwale naznaczyły Afrykę. Stworzyły sytuację, w której lokalne społeczności musiały niejednokrotnie przyjmować formy przednowoczesne, zaktualizować *ad hoc* – jak to określił Dietrich von Hildebrand – „metafizy-

kę wspólnoty" (2012). Według niemieckiego fenomenologa, ucznia i kontynuatora myśli Edmunda Husserla, sensotwórcze uczestnictwo w świecie wartości umożliwia otwarcie na inne osoby i wytworzenie w ten sposób nowej, obiektywnie istniejącej wspólnoty. Tło tego procesu tworzy uniwersum tradycji, podzielanych kulturowo praktyk, zwyczajów i wierzeń, a przyspiesza go kryzys zewnętrzny. Podczas walki z plagą ujawnia się siła zarówno tradycji, jak i nowoczesności. Trzeba przy tym podkreślić, że reakcje Afrykanów na epidemie i pandemię obejmują nie tylko praktyki charakterystyczne dla świata zmodernizowanego, ale i przednowoczesnego. Są one zarazem mitologiczne i odbijają cechy charakterystyczne dla społeczeństwa zsekularyzowanego. Historia walki z ebolą i koronawirusem dowodzi, że fuzja nowoczesności i tradycji w Afryce stanowi o realnej sile lokalnych społeczności. Jak pisał Von Hildebrand:

> im bardziej wspólnota jest rzeczywiście wspólnotą, im bardziej jest autentyczną całością, w której ludzie są prawdziwie zespoleni, tym ważniejsza jest w jej obrębie konstytutywna sfera wartości. Można wręcz powiedzieć, że tylko twory wspólnotowe ukonstytuowane na zasadzie sfery wartości są wspólnotami w pełnym znaczeniu. (Hildebrand 2012: 172)

Bibliografia:

/// Aberth J. 2012. *Spektakle masowej śmierci. Plagi – zarazy – epidemie*, tłum. L. Karnas, Świat Książki.

/// Afeltowicz Ł., Wróblewski M. 2021. *Socjologia epidemii. Wyłaniające się choroby zakaźne w perspektywie nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

/// Arnold D. 1993. *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, University of California Press.

/// Bachtin M. 1975. *Twórczość Franciszka Rabelais'go a kultura ludowa średniowiecza i renesansu*, tłum. A. i A. Goreniowie, Wydawnictwo Literackie.

/// Biedzki T. 2015. *W piekle eboli*, Bernardinum.

/// Clark D.P. 2011. *Zarazki, geny a cywilizacja. Jak epidemie ukształtowały świat, w którym obecnie żyjemy*, tłum. A. Olesiejuk, Wydawnictwo Sonia Draga.

/// Corbin A. 1998. *We władzy wstrętu. Społeczna historia poznania przez węch. Od odrazy do snu ekologicznego*, tłum. A. Siemek, Oficyna Wydawnicza Volumen.

/// Czech F. 2015. *Spiskowe narracje i metanarracje*, Zakład Wydawniczy „Nomos".

/// Dawson A. 2016. *Extinction: A Radical History*, OR Books.

/// Delumeau J. 2011. *Strach w kulturze Zachodu XIV–XVIII w. Oblężony gród*, tłum. A. Szymanowski, Oficyna Wydawnicza Volumen.

/// Demczuk A. 2021. *SARS-CoV-2 i COVID-19. Plotki, dezinformacja i narracje spiskowe w polskim dyskursie publicznym*, Wydawnictwo UMCS.

/// Deville P. 2014. *Dżuma & cholera*, tłum. J.M. Kłoczowski, Noir Sur Blanc.

/// Douglas M. 2007. *Czystość i zmaza*, tłum. M. Bucholc, Państwowy Instytut Wydawniczy.

/// Foucault M. 1998. *Trzeba bronić społeczeństwa*, tłum. M. Kowalska, „KR".

/// Girard R. 1987. *Kozioł ofiarny*, tłum. M. Goszczyńska, Wydawnictwo Łódzkie.

/// Gulisano P. 2007. *Pandemie. Od dżumy do ptasiej grypy*, tłum. A. Soćko, W drodze.

/// Hewlett B.S., Hewlett B.L. 2008. *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Diseases*, Wadsworth Cengage Learning.

/// Hildebrand D. von. 2012. *Metafizyka wspólnoty. Rozważania nad istotą i wartością wspólnoty*, tłum. J. Zychowicz, Wydawnictwo WAM.

/// Kamińska-Korolczuk K. 2021. *Polityka i media a kryzys zaufania. Polityka informacyjna mocarstw w czasie zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

/// Konarski M. 2007. *Wirusowe zakażenia tropikalne*, [w:] *Zarys medycyny tropikalnej*, red. R. Olszański i in., Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej, s. 129–164.

/// Krastew I. 2020. *Nadeszło jutro. Jak pandemia zmienia Europę*, tłum. M. Sutowski, Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

/// Latour B. 2009. *Dajcie mi laboratorium, a poruszę świat*, tłum. K. Arbiszewski, Ł. Afeltowicz, „Teksty Drugie", nr 1–2, s. 163–192.

/// Lovelock J. 2000. *Gaia. A New Look at Life on Earth*, Oxford University Press.

/// Mieszkowski Ł. 2020. *Największa. Pandemia hiszpanki u progu niepodległej Polski*, Polityka.

/// Mukherjee S. 2013. *Cesarz wszech chorób. Biografia raka*, tłum. J. Dzierzgowski, A. Pokojska, Wydawnictwo Czarne.

/// Mutahi B. 2020. *Tanzania President John Magufuli: The Man Who Declared Victory over Coronavirus.* https://www.bbc.com/news/world-africa-54603689; dostęp: 10.01.2022.

/// Nattrass N. 2012. *The AIDS Conspiracy: Science Fights Back*, Columbia University Press.

/// Nijakowski L. 2018. *Świat po apokalipsie. Społeczeństwo w świetle postapokaliptycznych tekstów kultury*, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

/// Orzeł B. 2021. *Kulturowe i społeczne konteksty pandemii COVID-19*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

/// Quammen D. 2016. *Ebola*, tłum. K. Mojkowska, Muza.

/// Piłaszewicz S. 2000. *Religie Afryki*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

/// Preston R. 2015. *Strefa skażenia*, tłum. J. Kurysłowicz, Wydawnictwo Sine Qua Non.

/// Rivera M. 2014. *Music, Media, and the Ethnopoetics of Two Ebola Songs in Liberia*, „Africa Today" 63, nr 3, s. 63–76.

/// Schmitt C. 2012. *Teologia polityczna i inne pisma*, tłum. M. Cichocki, Wydawnictwo Aletheia.

/// Schweitzer A. 1930. *Wśród czarnych na równiku*, tłum. Z. Petersowa, Wydawnictwo Nowoczesne.

/// Sontag S. 1999. *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Państwowy Instytut Wydawniczy.

/// Stone R.M. 2017. *"Ebola in Town": Creating Musical Connections in Liberian Communities during the 2014*, „Africa Today" 63, nr 3, s. 79–97.

/// Sznajderman M. 2020. *Zaraza: mitologia dżumy, cholery i AIDS*, Wydawnictwo Czarne.

/// Szyjewski A. 2005. *Religie Czarnej Afryki*, Wydawnictwo WAM.

/// Thorwald J. 2017. *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga. Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*, tłum. A. Bandurski, J. Sczaniecka, Wydawnictwo Literackie.

/// UNECA. 2015. *Socio-Economic Impacts of Ebola on Africa*, United Nations Economic Commission for Africa.

/// Ungar S. 1998. *Hot Crises and Media Reassurance: A Comparison of Emerging Diseases and Ebola Zaire*, „The British Journal of Sociology" 49, nr 1, s. 36–56.

/// Voors M., Windt P. 2019. *Traditional Leaders and the 2014–2015 Ebola Epidemic*, „Journal of Politics" 82, nr 4, s. 1–32.

/// Walewska J. 2016. The making of ebola… *Medialne narracje o epidemii w Zachodniej Afryce*, „Literatura Ludowa", nr 3, s. 63–75.

/// Ząbek M. 2007. *Biali i Czarni. Postawy Polaków wobec Afryki i Afrykanów*, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej–Wydawnictwo DiG.

/// Abstrakt

Celem artykułu jest prezentacja psychospołecznych i kulturowych reakcji Afrykanów na epidemię eboli w latach 2014–2016 i pandemię koronawirusa ogłoszoną w 2020 roku i trwającą do dzisiaj, a także ukazanie kolizji – zarówno na poziomie praktyk, jak i sensów i wyobrażeń – religijności z naukowo umotywowanym zwalczaniem zagrożenia epidemicznego. W pierwszej części opracowania zrekonstruowano „socjologię wiedzy" o wirusach w społeczeństwach afrykańskich. Ukazano znaczenie teorii spiskowych tłumaczących źródła chorób; indolencję rządów w uświadamianiu obywateli co do skali zagrożeń; rolę systemów eksperckich w kształtowaniu percepcji chorób zakaźnych. Następnie omówiono postrzeganie przez Afrykanów medycyny zachodniej, w tym szczepień. W drugiej części tekstu przedstawiono ewolucję obyczajowości afrykańskiej w czasie plag, między innymi zwyczajów funeralnych i praktyk religijnych. Przybliżono wybrane mechanizmy oswojenia plag: konstruowania figury kozła ofiarnego, a także współczesne formy tańca śmierci. Kontekstem analizy są wy-

brane zjawiska polityczne i ekonomiczne, kwestie wiary, ścierania się tradycji i nowoczesności oraz – jak to określił niemiecki fenomenolog Dietrich von Hildebrand – metafizyki wspólnoty.

Słowa kluczowe:
ebola, koronawirus, epidemia, pandemia, Afryka

/// Abstract

Plagues in Africa: An Analysis of the Psychosocial and Cultural Responses of Africans to the Ebola Epidemic and the Coronavirus Pandemic

The aim of the article is to present the psychosocial and cultural responses of Africans to the Ebola epidemic in 2014–2016 and the coronavirus pandemic, which was announced in 2020 and has lasted until today, as well as to show the collision – at the level of practices, senses, and images – of religiosity with the scientifically motivated fight against these epidemic threats. The first part of the article reconstructs the "sociology of knowledge" about viruses in African societies. The importance of conspiracy theories about the sources of disease, the indolence of governments in making citizens aware of the scale of threats, and the role of expert systems in shaping the perception of infectious diseases, are shown. Then, the African perception of Western medicine, including vaccination programmes, is discussed. The second part of the article presents the evolution of African customs during plagues, including funeral customs and religious practices. Selected mechanisms of domestication of plagues are discussed: the construction of the figure of a scapegoat, and contemporary forms of the dance of death. Selected political and economic phenomena, questions of faith, the clash of tradition and modernity, and – as the German phenomenologist Dietrich von Hildebrand wrote – the metaphysics of the community, form the context of the analysis.

Keywords:
Ebola, coronavirus, epidemic, pandemic, Africa

/// Błażej Popławski – doktor historii, socjolog, członek Polskiego Towarzystwa Afrykanistycznego, recenzent literatur orientalnych. Zajmuje się najnowszą historią Afryki Subsaharyjskiej. Autor artykułów naukowych, które ukazały się między innymi w „Przeglądzie Historycznym", „Przeglądzie Humanistycznym", „Kulturze Współczesnej" i „Etnografii Nowej".

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5171-8192

E-mail: blazej.poplawski@gmail.com