

Justyna Struzik 

Uniwersytet Jagielloński



## LAWIROWANIE. PRAKTYKI W ŚWIECIE POLITYKI HIV/AIDS

Artykuł prezentuje praktyki działania związane z politykami HIV/AIDS, wprowadzając emiczną kategorię lawirowania. Lawirowanie oznacza, z jednej strony, ciągle weryfikowanie, negocjowanie i potwierdzanie możliwości działania oraz ich granic w danym polu. Z drugiej uwypukla aktywną stronę zaangażowania, działanie „mimo” i w kontekście przeciwności. Autorka opiera rozważania na badaniach jakościowych. Wykorzystując antropologiczną koncepcję światów polityki jako metodę analizy i rozumienia pojęcia polityki społecznej, demonstruje, jak owe polityki są przeżywane, negocjowane i podtrzymywane przez różnych aktorów społecznych. Polem analizy są działania związane z używaniem prezerwatywy w profilaktyce oraz praktyki podejmowane w kontekście ograniczonych środków finansowych na działania społeczne.

**Słowa kluczowe:** polityka społeczna; socjologia seksualności; aktywizm społeczny; polityka HIV/AIDS

Justyna Struzik, Jagiellonian University

### Maneuvering. Practices in the HIV/AIDS Policy Worlds

The article analyzes various activist practices in the field of HIV/AIDS policy in Poland by introducing an emic category of maneuvering (Pol. lawirowanie). On the one hand, maneuvering means constant verifying, negotiating and confirming the possibilities of taking action and their limits in a given field. On the other hand, the notion demonstrates active engagement, mobilizing and organizing against the odds as well as navigating in the field of the policy. The analysis is based on qualitative research (observation, oral history interviews and archival research) conducted among the activists and professionals working in the field of HIV/AIDS. The article applies an anthropological conceptual framework of “policy worlds” to examine how HIV/AIDS policies are lived, understood, negotiated and sustained by different social actors. The analysis is focused on prophylactic measures centered on condoms as well as the actions pursued in the context of limited financial resources.

**Key words:** social policy; sociology of sexuality; social activism; HIV/AIDS Policy

---

Justyna Struzik, Instytut Socjologii UJ, justyna.struzik@uj.edu.pl; ORCID 0000-0003-3381-6180. Źródło finansowania: Projekt „Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health” (EUROPACH) finansowany ze środków sieci HERA Humanities in the European Research Area w ramach programu Joint Research Programme 3 Uses of the Past (HERA.15.093). Więcej informacji: [www.europach.eu](http://www.europach.eu)

## Wstęp

Aktywista gejowski, który zaczął działać w polu HIV/AIDS na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, w rozmowie ze mną wspomniął o przewrotnej i skomplikowanej pozycji, w jakiej się znalazł w tamtym czasie. Stwierdził, że był jedną z pierwszych osób w kraju, do których dotarły informacje na temat HIV. Mając za sobą pobyt w Stanach Zjednoczonych i znając wagę *coming outu* dla ruchów wyzwolenicznych, od początku zaangażowania na rzecz profilaktyki HIV mówił otwarcie o swej tożsamości gejowskiej. Uznawał działania na rzecz osób żyjących z HIV za konieczne, umiejscawiając je w ramach praw człowieka i praw obywatelskich. Jego postawa, pomysły i wiedza spotkały się z uznaniem ze strony zachodnioeuropejskich organizacji, aktywistów i polityków, którzy, ze względu na jego dobrą znajomość języka angielskiego, chętnie włączali go swoich działań i wydarzeń. Uczestnictwo w różnych warsztatach, konferencjach czy sympozjach pozwoliło aktywiście zdobywać coraz szerszą wiedzę o epidemii i sposobach jej zapobiegania, również w populacji mężczyzn homoseksualnych, otwierając możliwość przeniesienia tej wiedzy do rodzimej społeczności. Jednakże ów transfer praktyk i informacji do kontekstu polskiego był z wielu względów, zdaniem rozmówcy, skazany na niepowodzenie. Z jego perspektywy spowodowane to było, po pierwsze – niechęcią lokalnych polityków i przedstawicieli wpływowych instytucji wobec otwartego poruszania kwestii związanych z seksualnością w kontekście HIV, niechęcią, zdaniem aktywisty, często wywołaną homofobią, po drugie – nieprzystawalnością zachodniej narracji o nieheteroseksualności do polskiego dyskursu publicznego z lat dziewięćdziesiątych (o dyskursie publicznym i homoseksualności w tamtym czasie por. Szcześniak 2016; Hall 2016, 2015; O'Dwyer 2010; Chetaille 2013). Działacz odnosił wrażenie, że jego chęć zaangażowania czy podjęcia jakiegokolwiek działania była notorycznie pomijana i uciszana.

*Na Zachodzie nazwaliby mnie ekspertem – „ty wiesz najlepiej” [powiedzieliby]. A tu byłem traktowany z pewnym podejrzeniem i nie pozwalano mi zabierać głosu [na różnych spotkaniach] [W17].*

Aktywista znalazł się więc pomiędzy rolą, w której był traktowany przez zachodnie organizacje jako ekspert ze względu na swoje doświadczenia, a rolą, w której znaczenie tego doświadczenia było unieważniane czy nawet używane jako argument przeciw włączaniu go do działań HIV/AIDS. Swoją szczególną pozycję umożliwiającą z jednej strony współpracę międzynarodową, z drugiej ograniczającą działania w kraju, rozmówca nazwał „potrzebą ciągłego lawirowania”.

Lawirowanie oznaczało w przywołanej historii, z jednej strony, ciągłe weryfikowanie, negocjowanie i potwierdzanie swoich możliwości działania oraz ich

granic w danym polu. Z drugiej strony do pewnego stopnia uwypuklało aktywną stronę zaangażowania, działanie „mimo” i w kontekście przeciwności, nawigowanie w ich obrębie, czy też „HIV-owy” aktywizm. Kategoria lawirowania początkowo była stosowana przez mnie jako kod *in vivo*; wraz z dalszą analizą kolejnych narracji aktywistów i aktywistek stała się pojęciem uwrażliwiającym w realizowanym przez mnie badaniu (Blumer 1954; Konecki 2011), pozwalającym zrozumieć, jak różni aktorzy przeżywają, angażują się we współtworzone działania i je negocjują. Pojęcie lawirowania czerpię zatem z zebranego materiału badawczego. Dosłownie „lawirować” oznacza przede wszystkim „posuwać się naprzód, zręcznie omijając przeszkody”<sup>1</sup>. Podobna, choć szersza, definicja wynika z rozmów z aktywistami i aktywistkami oraz ekspertami HIV/AIDS, którzy wskazywali na konieczność dostosowania się do ciągle zmieniających się warunków zewnętrznych, przy równoczesnej próbie kontynuacji podejmowanych aktywności bez gwarancji, że zakończy się ona sukcesem. Lawirowanie, co istotne, nie ma w niniejszym tekście charakteru pejoratywnego czy oceniającego, traktuję je raczej jako ważny, zakorzeniony w narracjach aktywistów i aktywistek, punkt wyjścia do rozważań o specyfice polityk publicznych czy społecznych jako procesach negocjacji ról, praktyk, idei czy tożsamości. Mimo że w historii przywołanej na początku wstępu do tego tekstu lawirowanie odnosi się do działań kierowanych do mężczyzn homoseksualnych, kategoria ta ma szersze zastosowanie. W artykule aplikuję ją do różnorodnych działań w polu HIV/AIDS<sup>2</sup>.

Lawirowanie jako pewna taktyka wiąże się z odpowiadaniem na niepewność warunków politycznych i możliwości działania (de Certeau 2008). I tak na przykład podczas jednej z konferencji organizowanych przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej, odbywającej się 5 października 2018 roku w Urzędzie Marszałkowskim w Krakowie, jedna z zaproszonych ekspertek, reprezentująca władze lokalne – Małgorzata Nowobilska-Stanios<sup>3</sup> – definiując ramy polityki narkotykowej<sup>4</sup> w swoim wystąpieniu, powiedziała, że główną rzeczą, którą zajmują się

<sup>1</sup> Słownik języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego, dostępny w wersji online: <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/>. Dostęp 26.01.2019..

<sup>2</sup> W zebranych materiale lawirowanie pojawiało się także w odniesieniu do jawności faktu zakażenia w kontekście społecznej stygmatyzacji osób żyjących z HIV czy np. w opowieściach dotyczących działań na rzecz utrzymania obecnego programu leczenia antyretrowirusowego.

<sup>3</sup> Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

<sup>4</sup> Polityką narkotykową w kontekście HIV/AIDS zainteresowałam się ze względu na historię epidemii w Polsce, która w początkowej fazie dotykała przede wszystkim osób używających substancji w iniekcjach. Jednakże po dalszej refleksji doszłam do wniosku, że włączenie do badań równoległych polityk narkotykowych (i innych sprzężonych i zazębiających z politykami HIV/AIDS działań) jest zgodne z założeniami koncepcji *policy worlds*, która przewodziła mi w prezentowanym studium, a którą omawiam w dalszej części artykułu. W proponowanej ramie

osoby działające w tym polu, jest ciągle udzielanie sobie odpowiedzi na pytanie: „jak działać pomimo różnych ograniczeń”. Jest to, moim zdaniem, adekwatna definicja, wynikająca wprost z terenu badawczego, pokazująca praktyczną i procesualną stronę „światów polityki” (ang. *policy worlds*, zob. Shore, Wright 2011), a zarazem ukazująca sprawczość różnych aktorów. Wskazuje, że lawirowanie dotyczy nie tylko przedstawicieli organizacji pozarządowych, ale także samorządów, a nawet władz centralnych, a więc bardzo różnych aktorów społecznych.

Podążając za tymi roboczymi definicjami, chcę przeanalizować głębiej pozycję lawirowania wśród aktywistów HIV/ AIDS jako pewną znaczącą oś określającą szeroko definiowany aktywizm, wynikającą z ograniczonych i specyficznych możliwości politycznych (Giugni 2009). Celem niniejszego artykułu jest zatem przyjrzenie się, w jaki sposób rozmaite działania społeczne wymagają od osób w nie zaangażowanych ciągłego negocjowania własnej pozycji i zarządzania terenem działań. Przez pryzmat biografii i narracji osób zaangażowanych w polityki HIV/AIDS chcę więc zbadać narracje o działaniu poprzez skupienie się na wymiarze praktycznym.

Strukturalnie tekst składa się z kilku części. Artykuł rozpoczynam omówieniem koncepcji „światów polityk” poprzez szczególne uwypuklenie metodologicznych aspektów badania polityk oraz podkreślenie, czym ta koncepcja różni się od innych podejść antropologiczno-socjologicznych w rozumieniu polityk. Następnie omawiam metody zastosowane w badaniu, przebieg badania oraz prezentuję kontekst rozwoju polityk HIV/AIDS w Polsce. W części prezentującej wyniki badań skupię się na praktycznym wymiarze tytułowego lawirowania poprzez pokazanie, w jaki sposób negocjowane są działania w polu HIV/AIDS na przykładzie wykorzystania prezerwatywy w profilaktyce oraz finansowych możliwości aktorów społecznych.

## Koncepcja światów polityki

Pojęcie polityki pozostaje wciąż bardzo szerokim terminem, mieszczącym w sobie elementy planowania i wizji wybranego obszaru życia społecznego, jak i procesy związane z implementacją konkretnych narzędzi i ich odbiorem. Termin *policy* nie jest łatwo oddać w języku polskim, w którym słowo „polityka” ma znaczenie bardzo szerokie, a w odniesieniu do działań odpowiadających na jakiś problem społeczny występuje najczęściej wraz z określeniem doprecyzowującym cel teże polityki. Spotykamy więc polityki zdrowotne, społeczne,

---

teoretyczno-metodologicznej *policy* nie jest widziana jako statyczna, o wyraźnych granicach całość, ale raczej jako procesualny, wielokierunkowy zbiór różnych działań, aktorów i relacji.

narkotykowe, które najczęściej kojarzą się z polityką państwa wobec danej kwestii, implementowaną odgórnie za pośrednictwem różnych aktorów (w tym np. samorządów i organizacji pozarządowych) i skupioną na osiągnięciu założonych celów (Shore, Wright 1997: 5). W innym użyciu jednak słowo to zyskuje nieco szersze znaczenie, wskazując na rolę działań organizacji pozarządowych i ruchów społecznych w dążeniach do uzyskania wpływu na rzeczywistość społeczną, a tym samym lepiej oddając znaczenie angielskiego słowa *politics* (Makinde 2015). W ten sposób mówi się np. o politykach LGBT (por. Struzik 2019), podkreślając rolę oddolnych działań dążących do zmiany *status quo* i uzyskania wpływu nad historycznością, a więc dominującymi wzorami kulturowymi (Touraine 2010).

Niektórzy badacze pisząc o politykach, wpisują się w tradycję analizowania odgórnych procesów zarządzania społeczeństwem, inni z kolei są bardziej zainteresowani oddolnym kontestowaniem lub rekonstruowaniem reguł przychodzących z góry (Makinde 2015; Schlager 1995; Shore, Wright 1997). Badania antropologiczne pokazują, że polityki mogą być również rozumiane jako „produktywne, performatywne i ciągle kontestowane procesy” (Shore, Wright 2011: 7), które nie tylko stale wytwarzają role, normy, tożsamości i znaczenia, ale także je negocjują. Pojawiają się próby spojrzenia na polityki wielokierunkowo, na wskroś (np. poprzez metodę *studying through*, Wright, Reindhold 2011; McCann, Ward 2012), w których zakłada się istotność wielu aktorów i pozycji, z jakich się mówi lub tworzy politykę. Idąc tym tropem myślenia, badaczki i badacze odrzucają ideę polityki jako linearnego i racjonalnego procesu, w którym jedno działania wpływają na inne w uporządkowany przyczynowo-skutkowy sposób. Przywołana we wstępie koncepcja „światów polityki” stanowi dla mnie ramę teoretyczną pojęcia polityki. Wywodzi się ona z badań antropologicznych dążących do uchwycenia złożoności i procesualności polityk społecznych czy publicznych. Termin „światy polityki” oznacza pewnego rodzaju „okna umożliwiające wgląd w polityczne procesy, które obejmują zachodzące w różnych miejscach interakcje między aktorami, agensami, pojęciami i technologiami, tworzącymi i konsolidującymi nowe racjonalności rządzenia oraz porządki wiedzy i władzy” (Shore, Wright 2011: 1). Chodzi więc o rozmaite rzeczywistości społeczne budowane wokół polityki rozumianej tutaj jako fundamentalna reguła organizująca życia społeczne, podmioty, relacje między aktorami oraz rozmaite struktury, konstytutywne dla tej polityki (Shore, Wright 1997: 5). Badanie światów polityki wykracza poza dychotomiczne analizowanie pozycji tych, którzy zarządzają, lub tych, którymi się zarządza. Do analizy tychże światów włącza się rozmaite pozycje zajmowane przez różnych aktorów, uwzględniając rolę technologii i idei w procesie polityki. Mówiąc o „światach polityki” dopuszcza się więc przypadkowość i dynamiczność polityki, ale także potencjalną wielokierunkowość działań. Badania polityki

„na wskroś” dają także możliwość zobaczenia, jak różni aktorzy robią użytek z polityki na swój własny sposób, jak tworzą własną wizję działań i jak negocjują miejsce w ich obrębie.

Susan Wright i Sue Reinhold (2011: 107–109) zauważają, że wspomniany proces *studying through* zakłada trzy ważne elementy. Pierwszym z nich jest włączanie etnografii wielostanowiskowej jako metody badawczej (Marcus 1995; Balsiger, Lambelet 2014). Wiąże się to także z szeroką definicją terenu badawczego, którą – jak wykażę w dalszej części – starałam się aplikować również do moich badań. Taka pojemna definicja pola badawczego ma przede wszystkim umożliwić zrozumienie wewnętrznej logiki połączeń i relacji między aktorami, wydarzeniami, miejscami, które tworzą daną politykę (Wedel, Shore, Feldman, Lathrop 2005: 40). Pozwala także na dostrzeżenie sprawczości różnych aktorów i technologii.

Drugi element to przyglądanie się historii „tu i teraz” ze świadomością, że współczesne wydarzenia nie tylko są zakorzenione w przeszłości, ale także kształtują przyszłość. Chodzi więc o analizę polityki przez pryzmat jej „promienistości” i wielokierunkowości, a także złożoności. Taka analiza „pokazuje, w jaki sposób polityczne wydarzenia rzeczywiście rozwijają się, mając równocześnie na względzie to, że dany moment [polityki] przedstawia tylko jeden z wielu możliwych, sytuacyjnie definiowanych rezultatów” (Wright, Reinhold 2011: 107). Trzeci element dotyczy zaś konieczności włączania szerszego kontekstu społecznego do analizy polityk. Nie da się analizować polityk bez uwzględnienia faktu ich umiejscowienia w konkretnym świecie społecznym, z określonymi wartościami, ideologiami czy strukturami.

Teoretyczną i metodologiczną inspiracją do badania lawirowania w polu świata polityki HIV w Polsce są dla mnie również badania analizujące to, jak różni aktorzy nawigują w obrębie światów polityki oraz negocjują daną politykę i robią z niej użytek dla siebie. I tak np. studium Adrianę Petryny (2002) prowadzone wśród osób dotkniętych wybuchem w elektrowni jądrowej w Czarnobylu w 1984 roku w Związku Radzieckim (obecnie niepodległa Ukraina) pokazuje, w jaki sposób pewna biologiczna kondycja (skutki wybuchu dla ciała, zdrowia osób) staje się faktem społecznym reifikowanym i rekonstruowanym przez różnych aktorów. Zadając pytanie o polityczne (w sensie *policy*) konsekwencje wybuchu w elektrowni, Petryna analizuje różne sposoby nawigowania i mediovania własną tożsamością i ciałem w obrębie polityki zdrowotnej i społecznej wobec społeczności dotkniętych wybuchem, a także eksploruje proces wytwarzania obywatelstwa kształtowanego na kategorii biologicznej czy zdrowotnej (por. Rose, Novas 2005). Z kolei badania polskie nad rodzinami z wyboru demonstrowają, w jaki sposób osoby je tworzące w kontekście braku polityki wobec związków i rodzin osób LGBTQ przy równoczesnym oddziaływaniu innych polityk np. rodzinnej czy społecznej, nawigują na co dzień własną tożsamością,

relacjami i kontaktem ze światem zewnętrznym w celu ochrony własnego świata intymnego (Mizelińska, Struzik, Król 2017).

Przykłady te pokazują, że polityka może być rozumiana nie jako zewnętrzny, narzucony byt, ale bardziej jako przeżywany i negocjowany proces, który współtworzą różni aktorzy. Wykorzystanie wspomnianych koncepcji i perspektyw teoretycznych pozwala na użycie kategorii lawirowania do analizy sposobów, w jakie polityka HIV/AIDS jest doświadczana, używana, kontestowana i reprodukowana w toku codziennych działań.

### Metody badawcze

Narracje aktywistów i aktywistek, polityków, decydentów, którzy na przestrzeni lat tworzyli „światy polityki HIV/AIDS” zbierane były w ramach dwóch projektów<sup>5</sup>. Wybór podstawowych metod wykorzystanych w projektach, czyli badań archiwalnych, obserwacji uczestniczącej i wywiadu biograficznego<sup>6</sup>, odpowiadał na założenia wynikające z przyjętej definicji polityki i spełniał kryterium szerokiej wizji terenu badawczego. Okazjonalnie włączałam także wywiad ekspercki, odpowiadając w ten sposób na potrzeby rozmówców i rozmówczyń oraz na charakterystykę terenu badawczego – efemerycznego i zmiennego<sup>7</sup>.

Badania objęły polską historię epidemii i działań z nią związanych. Podążając za wskazówkami metodologicznymi badania „na wskroś”, badanie rozpoczęłam od „wejścia” w świat polityk poprzez uczestnictwo w różnych publicznych wydarzeniach uznawanych za istotne dla polityki HIV/AIDS, np. w corocznej konferencji organizowanej przez Fundację Res Humanae w Warszawie z okazji Światowego Dnia AIDS, i w innych obchodach tego dnia w mniejszych miastach, w dyskusjach i debatach publicznych dotyczących np. profilaktyki przedekspozycyjnej – PrEP, polityki narkotykowej, w pokazach filmowych itp. Po każdym z takich wydarzeń sporządzone zostały notatki z obserwacji<sup>8</sup>. „Wejście”

<sup>5</sup> Projekt „Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health” (EUROPACH) finansowany ze środków sieci HERA Humanities in the European Research Area w ramach programu Joint Research Programme 3 Uses of the Past (HERA.15.093) oraz projekt „Ramy redukcji szkód w Polsce i Europie” finansowany ze środków DSC Wydziału Filozoficznego UJ.

<sup>6</sup> Dwa z wywiadów przeprowadziłam wraz z dr Agatą Dziuban, kierowniczką polskiego zespołu w projekcie „Disentangling European HIV/AIDS Policies”.

<sup>7</sup> Włączenie wywiadu eksperckiego wynikało z charakterystyki terenu badawczego. Zdarzało się, że osoba z którą chciałam przeprowadzić wywiad, wygospodarowała na rozmowę (np. w trakcie konferencji) stosunkowo niewiele czasu.

<sup>8</sup> Obserwacja uczestnicząca dostarczyła mi przede wszystkim informacji na temat bieżących kwestii dyskutowanych w obrębie polityk HIV/AIDS i pozwoliła dostrzec, w jaki sposób



w społeczność aktywistów i aktywistek umożliwiły mi między innymi organizacje współpracujące z projektem „Disentangling European HIV/AIDS Policies” od początku jako partnerzy społeczni (ang. *associated partners*): Społeczny Komitet ds. AIDS (SKA), Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „SIEĆ PLUS”, Fundacja Polityki Społecznej Prekursor. By lepiej zrozumieć, co dzieje się w świecie polityk HIV/AIDS, zostałam także wolontariuszką w krakowskim Stowarzyszeniu Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”. Stopniowe wchodzenie w społeczność aktywistów i aktywistek, ekspertów i ekspertek, polityków, decydentów, pozwoliło mi na obserwację i zrozumienie, w jaki sposób ci różni aktorzy angażują i poruszają się w świecie polityk HIV/AIDS. Równoległe do wspomnianych aktywności prowadziłam badania archiwalne, odwiedzając Archiwum LGBTQ umiejscowione w Stowarzyszeniu Lambda Warszawa, korzystając z materiałów zgromadzonych przez Fundację Q czy archiwum znajdujące się w London School of Hygiene & Tropical Medicine, czy Archiwum Akt Nowych w Warszawie. Chodziło przede wszystkim o wieloaspektowe poznanie terenu badawczego, dostrzeżenie i zrozumienie podstawowych procesów i mechanizmów występujących w badanych politykach, sposobów nazywania tych procesów, identyfikacji różnych aktorów i relacji między nimi.

Po przeprowadzeniu przeglądu literatury, a także po zapoznaniu się przynajmniej do pewnego stopnia z „dziejacą się” polityką HIV/AIDS, rozpoczęłam fazę prowadzenia wywiadów biograficznych z osobami na różne sposoby odpowiedzialnymi za organizowanie, tworzenie i uczestnictwo w tychże politykach. Obserwacja uczestnicząca pozwoliła mi na wytypowanie pierwszych potencjalnych rozmówców i rozmówczyń – początkowo istotnym dla mnie kryterium zaproszenia do udziału w badaniu był fakt zaangażowania w polityki HIV/AIDS w latach osiemdziesiątych i/lub dziewięćdziesiątych. Następnie prosiłam osoby uczestniczące w badaniu o dalsze rekomendacje dotyczące innych osób ważnych dla rozwoju polityki, w tym osób, które w działania włączyły się później. W wywiadach wzięło udział 12 kobiet i 10 mężczyzn, 14 spośród nich zaangażowało się w działania w pierwszej dekadzie od pojawiania się epidemii. Najstarszy uczestnik badania miał 73 lata, najmłodszy – 30. Uczestnikom i uczestniczkom badań przedstawiona została pełna informacja o badaniu oraz o powstającym w ramach projektu Europejskim Archiwum HIV/AIDS (*European HIV/AIDS Archive*, EHAA)<sup>9</sup>. Rozmówcy i rozmówczynie mogli wybrać formę rejestracji

---

polityki są przeżywane i negocjowane przez różnych aktorów społecznych. Pozwoliła także na wyszukanie pierwszych rozmówców i rozmówczyń, których zaprosiłam do wywiadu.

<sup>9</sup> Europejskie Archiwum HIV/AIDS to wirtualne archiwum umiejscowione na stronach Uniwersytetu Humboldtów w Berlinie i gromadzące historie mówione osób zaangażowanych w polityki HIV/AIDS w Polsce, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Turcji i na poziomie europejskim. Do archiwum włączane są zarówno nagrania wideo, jak i audio oraz transkrypcje. Archiwum dostępne jest na stronie: <https://rs.cms.hu-berlin.de/ehaa/pages/home.php>. Dostęp 31.05.2020.



wywiadu (wideo lub audio), a także wyrazić zgodę na przekazanie nagrania do wspomnianego archiwum<sup>10</sup>. Wywiady prowadzone były w różnych miastach, choć ze względu na specyficzną koncentryczność działań w stolicy, większość (n=14) z nich przeprowadzona została w Warszawie z osobami na co dzień tam pracującymi. Ta centralizacja działań była widoczna także w zebranych narracjach, w których osoby aktywne poza stolicą często przedstawiały swoje historie przez pryzmat „specyficznych okoliczności i warunków lokalnych”.

Rozmowy z różnymi aktorami pokazały, że lawirowanie nie odnosi się do żadnego szczególnego momentu w historii rozwoju polityk HIV/AIDS, a raczej demonstruje ogólniejszą prawidłowość dotyczącą sposobów ich przeżywania i realizowania oraz wykorzystywania różnych taktyk w warunkach niepewności. Rozmówcy stanowili dość zróżnicowaną grupę. Jak już wspomniałam, część z nich zaangażowana była w działania praktycznie od początku pojawienia się HIV, np. w budowanie pierwszych struktur organizacyjnych odpowiedzialnych za odpowiedź na epidemię HIV na poziomie rządowym, w tworzenie pierwszych organizacji pozarządowych, w tym jeszcze w latach osiemdziesiątych XX wieku (tak było np. w przypadku Monaru lub Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”) i zaraz po przełomie 1989 roku. Niektórzy z nich działali przede wszystkim wśród użytkowników narkotyków, inni byli aktywni w społeczności LGBTQ. Jednak zdecydowana większość tej grupy to osoby, które określiłyby się jako działające przede wszystkim w polu HIV/AIDS. Osoby te budowały organizacje pozarządowe i pierwsze struktury na poziomie rządowym, prowadziły szkolenia, edukowały, zarządzały punktami testowania na HIV, realizowały badania naukowe i pisały ekspertyzy, tworzyły grupy wsparcia i pełniły rolę terapeutów dla osób żyjących z HIV i ich bliskich. Niektóre osoby (n=8) reprezentowały młodsze pokolenie, które zaangażowało się w działania w okresie około akcesyjnym po roku 2000. Wśród rozmówców i rozmówczyń zdecydowana większość reprezentowała zawody, które umożliwiały im łączenie ścieżki zawodowej z aktywizmem i zaangażowaniem w realizację polityk HIV/AIDS: byli to terapeuci, pedagodżki, seksuolodzy, pracownicy socjalni itp. Większość rozmówców i rozmówczyń w momencie przeprowadzenia wywiadu związana była przede wszystkim z organizacjami pozarządowymi (n=16), trzy osoby reprezentowały instytucje rządowe, dwie – uniwersytety, jedna osoba nie była aktualnie związana z żadną instytucją.

Pojęcie aktywizmu nie było zatem oczywiste w tej grupie. Ze względu na wysoką instytucjonalizację i profesjonalizację działań HIV/AIDS, większość moich rozmówców widziała siebie raczej w roli eksperta lub ekspertki. Odrębną, choć raczej mniej widoczną grupę stanowiły osoby żyjące z HIV – pacjenci

<sup>10</sup> Nagrania wideo to ponad połowa zebranych historii (n=12). Pozostałe osoby preferowały nagranie audio.

i pacjentki aktywnie zabierający głos i podejmujący działania na rzecz lepszych rozwiązań dla grupy, którą reprezentowali. Do badań udało mi się włączyć przedstawicielki i przedstawiciele trzech organizacji tworzonych przez osoby żyjące z HIV. Jednak jedynie pojedyncze osoby w sposób otwarty mówiły o swoim zakażeniu i działaniach podejmowanych przez nich jako pacjentów/osób żyjących z HIV. Jak wskazywano, ze względu na wciąż obecną stygmatyzację osób żyjących z HIV, część rozmówców nie chciała, aby częścią oficjalnej (nagrywanej) rozmowy była informacja o ich zakażeniu. Owa niewidoczność osób żyjących z HIV pojawia się także w sposobie mówienia o działaniu, kiedy to rozmówcy i rozmówczynie często mówili, że robią coś „dla osób żyjących z HIV”, występują „w ich imieniu”, rzadziej natomiast osoby zakażone pojawiały się jako zbiorowy podmiot narracji. O swoim statusie serologicznym (pozytywnym lub negatywnym) podczas wywiadu otwarcie wspomniało sześć osób.

Wywiady rozpoczynało pytanie otwierające i zarazem eksplorujące okoliczności zaangażowania w działania HIV/AIDS (czas, miejsce, powody zaangażowania, wspomnienia dotyczące atmosfery, okoliczności społeczne i polityczne początków). Następnie rozmówcy i rozmówczynie przedstawiali swoją narrację o zaangażowaniu na przestrzeni lat, wspominali o istotnych wydarzeniach, zmianach, podejmowanych taktykach, decyzjach i osobach, dochodząc do teraźniejszości i refleksji nad nią. Najstarsi rozmówcy prezentowali lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte XX wieku – a więc okres, który w badaniu określam mianem „gęstych czasów”<sup>11</sup> – przez pryzmat emocji, natężenia wydarzeń, wielości aktorów i dynamiczności działania, w opozycji do współczesności, prezentowanej jako sprofesjonalizowana i zinstytucjonalizowana działalność. Podkreślano ambiwalentny charakter przeszłości, ujawniający z jednej strony ciężar przemian transformacyjnych, chaos, brak struktur do działania, dyskurs wokół HIV/AIDS oparty na lęku i odrzuceniu, z drugiej dynamikę działań i poczucie wspólnotowości. Przeszłość funkcjonowała w historiach zarówno jako przyczyna teraźniejszych problemów, odpowiadając tym samym na pytanie, dlaczego tak dziś wygląda polityka HIV/AIDS, jak i pozytywny punkt odniesienia dla teraźniejszości, wskazując, jak powinno być.

Wywiady uzupełnione obserwacją i nieformalnymi rozmowami<sup>12</sup> podczas różnych wydarzeń stały się dla mnie podstawą do zrozumienia, jak światy

<sup>11</sup> To termin, który proponuję jako określenie czasów na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku – w okresie transformacyjnym, kiedy to polityki HIV/AIDS zaczęły się kształtować. Był to czas określany przez moich rozmówców jako dynamiczny, pełny różnych wydarzeń, włączający wielu aktorów.

<sup>12</sup> Nieformalne rozmowy stanowiły dla mnie dodatkowe źródło wiedzy o sposobach przeżywania polityk HIV/AIDS. Pokazywały również nieoficjalny, osobisty stosunek do niektórych rozwiązań wprowadzonych w działaniach społecznych, który nie został wyrażony w trakcie wywiadu (np. ze względu na obecność kamery). Jedną z takich informacji był fakt bycia osobą zakażoną.

polityki HIV/AIDS w Polsce są rozumiane, przeżywane i odtwarzane przez osoby w nie zaangażowane, oraz za pomocą jakich taktyk ich trwanie jest zapewnione.

## Rozwój polityki HIV/AIDS w Polsce

Zrozumienie złożoności światów polityki HIV/AIDS i pojęcia lawirowania w ich obrębie wymaga przywołania kontekstu rozwoju epidemii w Polsce i procesu zakorzeniania się narzędzi odpowiadania na nią w społeczeństwie. Ze względu na fakt, że w literaturze socjologicznej nie było do tej pory zbyt wielu opracowań analizujących rozwój tychże polityk, w części tej obok literatury zastanej i materiałów archiwalnych wykorzystuję także narracje zebrane w trakcie wywiadów, traktując je jako dodatkowe źródło wiedzy.

Wirus został po raz pierwszy zdiagnozowany w Polsce w roku 1985<sup>13</sup>. Pierwsze działania na rzecz profilaktyki HIV, przeciw stygmatyzacji osób żyjących z HIV i AIDS, a także domagające się dostępu do leczenia dla tej grupy, pojawiły się już w latach osiemdziesiątych XX wieku, jednak ze względu na ówczesny klimat polityczny i niewydolność instytucji państwowych, miały mocno ograniczony charakter (Owczarzak 2007; Ankiersztejn-Bartczak 2013; Stapiński 1996). Wirus był wówczas postrzegany przez głęboko stygmatyzujące społeczności – jako śmiertelna choroba, łatwo zakaźna, dotycząca szczególnie grupy, które przez swój sposób życia (np. używanie narkotyków, ryzykowne kontakty seksualne) narażały się na zakażenie<sup>14</sup>. Tym samym grupy te postrzegane były jako winne swojego zakażenia. „Totalny strach przed HIVem”, o którym wspominają uczestnicy i uczestniczki badań, powodował, że instytucje państwowe, w tym np. szpitale, odmawiały realizacji niektórych podstawowych usług z obszaru zdrowia. W ich miejsce wkraczały organizacje pozarządowe.

*Na przykład z pierwszego koncertu pozyskaliśmy środki na zakup karetki do przewozu pacjentów z HIV-em. W owym czasie było to bardzo istotne, gdyż pogotowie odmawiało przewożenia osób żyjących z HIV. Marek Kotański też w pewnym momencie miał karetkę*

<sup>13</sup> Od momentu pojawienia się HIV, w Polsce zdiagnozowano ponad 23 000 zakażeń, z czego w leczeniu pozostaje blisko 11 000 osób. Grupą, wśród której wzrasta liczba zakażeń, są mężczyźni mający seks z mężczyznami.

<sup>14</sup> Badania archiwalne dotyczące m.in. dyskursu prasowego z końca lat osiemdziesiątych i początku lat dziewięćdziesiątych prowadzone przeze mnie w ramach projektu „Disentangling European HIV/AIDS Policies” pokazują ambiwalentny sposób prezentacji osób żyjących z HIV i wirusa w tamtym okresie. Z jednej strony HIV łączony był jednoznacznie z konkretnymi grupami społecznymi, przedstawiany przez pryzmat swojej „dewiacyjności”, z drugiej – osoby zakażone były nierzadko prezentowane jako „ofiary”, pozbawione sprawczości i podatne na zranienie.

*do przewozu pacjentów. Patrząc z perspektywy lat na to, no to przecież błąd w sztuce, bo przecież można było normalne pogotowie przymusić. Tylko że normalnego pogotowia by nie dało rady przymusić [W5].*

Strach przed HIV miał również charakter konfliktogenny – na przykład próba tworzenia domów dla osób żyjących z HIV w podwarszawskich miejscowościach wywoływała protesty lokalnych społeczności i blokowanie ich powstania ze strony mieszkańców (Janiszewski 2013). Wiele działań w tamtym czasie podejmowanych było *ad hoc*, w odpowiedzi na problem dziejący się w konkretnym czasie i miejscu. W pierwszej dekadzie od momentu diagnozowania HIV w Polsce, grupą najbardziej dotkniętą zakażeniami były osoby używające narkotyków w iniekcjach (Juszczak, Gładysz 1993). Odpowiedzią na tę kwestię stał się wówczas model oparty na zasadzie *drug free*, promowany między innymi przez MONAR i akceptowany przez władze państwowe (zarówno przed, jak i po 1989 roku) (Malinowska-Sempruch 2013; Coffin 2012). Początek działań społecznych w polu HIV/AIDS, podejmowanych przez różnych aktorów społecznych od połowy lat osiemdziesiątych XX wieku, zbiegł się z wieloma istotnymi zmianami wywołanymi transformacją ustrojową i ekonomiczną. Równolegle do pojawiania się organizacji pozarządowych rozwijane były struktury i instytucje na szczeblu rządowym i samorządowym. Agenda Ministerstwa Zdrowia, tj. Krajowe Centrum ds. AIDS (wówczas jako Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS), odpowiedzialna za wdrażanie polityki w zakresie profilaktyki HIV i leczenia dla osób żyjących z HIV, powstała w 1993 roku. Leczenie antyretrowirusowe wprowadzono w 1996 roku.

Za kamień milowy dla rozwoju działań w polu HIV moi rozmówcy i rozmówczynie uznawali zaangażowanie zachodnich i międzynarodowych organizacji we wsparcie działań w Polsce. Szkolenia prowadzone przez zagraniczne organizacje w Polsce, w tym np. przez francuską organizację AIDES, szwedzką Arkę Noego czy niemieckie Deutsche AIDS-Hilfe, a także programy UNDP (United Nations Development Programme), Open Society czy UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (por. Coffin 2012), nazywane były „punktami zwrotnymi” w rozwoju działalności społecznej, jako że dostarczały narzędzi, idei i wiedzy oraz środków umożliwiających wdrażanie polityki. Niektóre organizacje pozarządowe powstawały wzorując się na zachodnich modelach samoorganizacji i pomocy osobom żyjącym z HIV, np. tworząc sieci wolontariackie. Co istotne, polskie doświadczenia budowania odpowiedzi na epidemię nie były poprzedzone jak na Zachodzie falą ruchów wyzwolenieczych, w tym np. ruchu gejowsko-lesbijskiego, stąd też do dyskursu publicznego z trudem przedzierały się materiały profilaktyczne włączające np. afirmatywne podejście do seksualności, szczególnie nieheteronormatywnej. A jednak, ze względu na opisany powyżej strach przed zakażeniem, lata dziewięćdziesiąte przyniosły całe

spektrum aktywności, od pracy i pomocy osobom zakażonym HIV i chorym na AIDS, po szkolenia dla profesjonalistów i kadry publicznych instytucji.

Te pierwsze lata rozwoju polityki HIV/AIDS uznawane są również za moment „zatarcia” granic pomiędzy organizacjami pozarządowymi a rządowymi, ze względu na ścisłą współpracę między nimi, rozpoczętą w tamtym momencie, a następnie rozwijaną przez lata. Sfera publiczna z tamtego okresu opisywana jest jako bardziej plastyczna, wiele spraw udawało się załatwić nieformalnie, np. przez wykonanie telefonu do ministerstwa czy znajomego lekarza, co z kolei przyczyniało się do powstawania dość silnych więzi w ramach światów polityki HIV/AIDS.

*I właśnie tutaj tak mi się wydaje, że też w tym momencie się zatraciła ta granica między przedstawicielami tego społeczeństwa obywatelskiego, a nami – tak zwanymi urzędnikami. Że mieliśmy bardzo dużo tych wspólnych spotkań, działań, razem się uczyliśmy, razem w warsztatach uczestniczyliśmy [W13].*

*I to był taki moment, kiedy całe środowisko się spotykało wspólnie [W2].*

Kasia Malinowska-Sempruch (2013: 154) w swojej analizie polityk HIV/AIDS kierowanych do osób używających narkotyków w Polsce podkreśla szczególną pozycję organizacji pozarządowych, którym „trudno jest krytykować lokalne i rządowe władze, ze względu na otrzymywane od nich finansowe wsparcie” i przywołuje jednego ze swoich rozmówców, który nazywa NGOsy organizacjami „będącymi na usługach władz”. Podobne głosy pojawiły się również w trakcie moich badań, co najmniej ambiwalentnie określające pozycję organizacji HIV/AIDS. Z jednej strony do pewnego stopnia doceniano współpracę np. z Krajowym Centrum ds. AIDS na przestrzeni lat, jak i politykę HIV/AIDS (szczególnie w zakresie leczenia), z drugiej jednak podkreślano silne powiązania z instytucjami rządowymi i samorządowymi, wpisujące negocjowanie własnej pozycji, roli i sprawczości w określony schemat.

*Bardzo często my, jako organizacje pozarządowe zachowujemy się tak służalczo, prosimy o te pieniądze, czasami tak wręcz tak... Czasami mnie to denerwuje, bo ja naprawdę mam przekonanie robienia bardzo dobrej rzeczy, przychodzę tutaj i robię fantastyczne rzeczy i jeżeli bym nie był przekonany, to bym tego nie robił i mam i ja jestem partnerem miasta, jestem partnerem rządu, ja jestem partnerem samorządu i do czasu do kiedy nie będziemy traktowani jako partnerzy, to też nie zrozumiemy swojego, nie zrozumiemy swoich zadań i będziemy... To my nie możemy wychodzić z pozycji służalczej, prosić o dotacje, za każdym razem kiedy rozliczamy dotację jesteśmy traktowani jak złodzieje, bo rozliczana jest każda złotówka, bo faktura jest oglądania z trzech stron i w ogóle, i tak dalej [W4].*

Z kolei Jill Owczarzak (2007: 173) – autorka antropologicznej pracy na temat profilaktyki HIV w polskim kontekście – zwraca uwagę, w jaki sposób lęk

przed HIV i nietolerancja wobec osób żyjących z wirusem przyczyniły się do wzmocnienia wpływu Kościoła katolickiego na kształt profilaktyki czy, szerzej, polityki HIV/AIDS. Kościół pojawia się praktycznie od początku działań w polu HIV jako aktor promujący humanitarne podejście do osób żyjących z HIV, zachowując przy tym konserwatywne podejście wobec seksualności i przeciwstawiając się niektórym rozwiązaniom w profilaktyce.

Powyższy kontekst rozwoju polityk HIV/AIDS, tworzenia organizacji pozarządowych i poszukiwania odpowiednich narzędzi odpowiadających na epidemię pokazuje wiele elementów, które wymuszają niejako konieczność negocjowania działań i pokazują, w jaki sposób światy polityki są konstruowane w toku podejmowanych praktyk.

## Negocjowanie praktyk w świecie polityk HIV/AIDS

Aktorzy tworzący światy polityki HIV/AIDS realizują rozmaite praktyki, ukazując tym samym ich dynamiczność i procesualność. Zebrany materiał pozwala na analizę negocjacji praktyk w toku codziennych aktywności. Praktyki nie są jednak ściśle ustalone i dane raz na zawsze, a raczej negocjowane i konfrontowane z warunkami, w jakich się dzieją. Te procesy negocjacyjne można zobaczyć przyglądając się dowolnemu elementowi polityki czy też pojedynczemu działaniu. Poniższa część analizy przedstawia dwa różne pola działania: praktyki w obrębie profilaktyki związane z prezerwatywą oraz praktyki skupione wokół pieniędzy (możliwość finansowania działań HIV/AIDS). Analiza tych pól ujawnia, czym jest taktyka lawirowania w danym kontekście, jak różni aktorzy przeżywają podejmowane działania oraz jak je negocjują w codziennej pracy. Częstość pojawiania się tematu prezerwatyw oraz braku środków finansowanych na działania profilaktyczne sprawiła, że w tekście analizuję jedynie te dwa pola. Wybrane pola traktuję więc jako ilustrację zjawiska pojawiającego się w światach polityk HIV/AIDS.

### 1. Lawirowanie a prezerwatywy

*Właśnie nie zapomnę, jak on [prymas Józef Glemp] mi zaczął klarować, że te prezerwatywy nie są do końca tak skuteczne. Ja mówię, są eksceleńco, są skuteczne, ale to trzeba dobre prezerwatywy używać, a nie byle jakie. Dał mi obrazek święty, do tej pory go mam, poświęcony [W3].*

Prezerwatywa jako pewna technologia profilaktyki, podobnie jak igły i strzykawki w redukcji szkód, stanowi konkretny element polityki, przez który możemy spojrzeć na praktyki osób zaangażowanych w działania. Jednym z wątków, który pojawiał się w rozmowach o działaniach w polu HIV/AIDS, była (nie)



obecność prezerwatywy w polskiej profilaktyce HIV (por. Kościańska 2017; Owczarzak 2007). Prezerwatywa pojawiała się w narracjach jako „wielka nieobecna” i wciąż tabuizowana technologia prewencyjna, jako rzecz zbyteczna i niepotrzebna (np. w przypadku darów z zachodnich krajów wysyłanych do Polski na początku lat dziewięćdziesiątych do ośrodków leczenia osób uzależnionych od narkotyków), jako „kontrowersyjna” i „niebezpieczna” sprawa wymagająca specjalnych zabiegów i zniuansowanego podejścia w profilaktyce, ale także jako przedmiot negocjacji, np. w kontekście umów dofinansowujących realizację projektów społecznych (por. Owczarzak 2007). Z drugiej strony prezerwatywy pojawiały się również jako „naturalne wyposażenie” każdej osoby zajmującej się profilaktyką, pozyskiwane od prywatnych koncernów i dystrybuowane tak szeroko jak to możliwe (np. podczas imprez w klubach, w punktach testowania na HIV czy streetworkingu). Prezerwatywa i jej wykorzystanie w działaniach/programach profilaktycznych może więc stać się pretekstem do przyjrzenia się bliżej, w jaki sposób negocjowane jest pojęcie i zakres profilaktyki, jak przeżywana jest polityka, w której prezerwatywa – jedno z podstawowych narzędzi prewencji – zaliczana jest przez niektórych aktorów do kontrowersyjnych narzędzi przeciwdziałania zakażeniom HIV, a także jakie taktyki się w tym kontekście podejmuje.

Lawirowanie w odniesieniu do profilaktyki oznacza poszukiwanie taktyk działania, które pozwoliłyby na dystrybuowanie kondomów i informowanie o korzyściach wynikających z użycia, przy równoczesnym niepokazywaniu jej oficjalnie w kampaniach prewencyjnych. Jako przyczynę wewnątrznie sprzecznego podejścia do kondomów rozmówcy i rozmówczynie podawali najczęściej powszechną nieumiejętność mówienia o seksie w Polsce, spowodowaną brakiem rzetelnej edukacji seksualnej, obyczajowy konserwatyzm Polaków i Polek, a także wpływ Kościoła katolickiego na politykę, w tym również profilaktykę HIV (por. inne konteksty religijne: Barmania, Aljunid 2016). Podejście do seksualności w Polsce było także zestawiane z dominującym nastawieniem wobec narkotyków. Podobnie jak model *drug free* ignoruje fakt, że ludzie używają różnych substancji i że w terapii uzależnienia można stosować skutecznie farmakologię (np. poprzez terapię substytucyjną), profilaktyka HIV w Polsce przemilcza do pewnego stopnia fakt, że ludzie wchodzą w niezabezpieczone stosunki seksualne i nie promuje otwarcie prezerwatywy w tym kontekście.

*Myślę, że [to jest] takie zanegowanie tego, że ludzie, [...] nieprzyjęcie faktu, że ludzie używają i też uprawiają seks [...]. Znaczy życzeniowe myślenie, że wszyscy przestaną używać i nie będą używać, nie wiem, nie będą uprawiać niezabezpieczonego seksu jest porównywalne, [choć] jakby ma się nijak do tego, że większość to robi, w tym sensie, tak [W1].*

Zbieżność podejścia do narkotyków z dominującą perspektywą na seksualność ujawniła się także w niedawnej próbie zrealizowania kampanii skierowanej



do mężczyzn mających seks z mężczyznami oraz przyjmujących substancje psychoaktywne. W 2013 roku kampania została przygotowana przez osiem organizacji, w tym Stowarzyszenie Lambda i Społeczny Komitet AIDS, i uzyskała dofinansowanie ze środków Krajowego Centrum ds. Aids w ramach konkursu *Programy skierowane do osób o zwiększonym poziomie ryzykownych zachowań*. Miała być ona prowadzona w Internecie i klubach, i wpisywać się w tzw. profilaktykę kierowaną do określonej grupy, pokazując, w jaki sposób seks między mężczyznami, używającymi dodatkowo substancji psychoaktywnych, może być bezpieczniejszy. Po publikacji strony internetowej, stanowiącej podstawę kampanii, w „Rzeczpospolitej” ukazał się artykuł *Państwo edukuje gejów*, w którym autor przedstawiał to działanie jako skandaliczne, pornograficzne, promujące używanie narkotyków oraz zachęcające gejów do używania prezerwatywy (Ferfecki 2013). Podpierając się autorytetami prawnymi wskazał na możliwość złamania prawa przez twórców kampanii, tym samym podkreślając społeczne konsekwencje kryminalizacji posiadania narkotyków. Centrum ds. AIDS w odpowiedzi na tę krytykę zdecydowało się rozwiązać umowę z organizacjami pozarządowymi, deklarując, że nie znało wcześniej treści opublikowanych na stronie kampanii. W oświadczeniu Lambdy przedstawiono obszerną argumentację przyjętego stanowiska, wykazując, w jaki sposób proponowana kampania wpisuje się w model tzw. redukcji szkód<sup>15</sup>.

Dyskusje wokół kampanii pokazują, w jaki sposób zarówno „zachęcanie gejów, by stosowali prezerwatywy”, jak i promowanie bezpieczniejszego używania substancji psychoaktywnych jest w polskim kontekście uznawane za kwestię moralności publicznej. Ujawnia także specyfikę działań profilaktycznych w rodzimym kontekście, w którym prezerwatywa czy szerzej otwarte rozmawianie o seksie pozostaje, jak to określiła jedna z respondentek, „rzeczą nie do przeskokowania”. Z drugiej strony pokazuje, że osoby pracujące w profilaktyce intensywnie działając i promując użycie kondomów robią to niejako „na własną rękę”. Brak wsparcia ze strony instytucji publicznych nie powoduje zawieszenia działań, ale raczej wymusza poszukiwanie alternatywnych taktyk i rozwiązań:

*No tak i w konsekwencji efekt tego jest taki, że na poziomie rządowym, w ramach polityk publicznych, tego typu działania, czyli skierowane do grup, które mają największe potrzeby, jeśli chodzi o edukację i profilaktykę, w ogóle nie są podejmowane, czyli to można robić, ale można robić z inicjatywy organizacji pozarządowej [W8].*

Jedna z respondentek wspomniała, że zaraz po kampanii na jednym ze spotkań osób działających w polu HIV/AIDS zabrała publicznie głos w obronie twórców kampanii i domagała się pogłębionej dyskusji na temat tego, co się

<sup>15</sup> <http://www.old.lambdawarszawa.org/246-merytoryczne-stanowisko-w-sprawie-kampanii-seks-w-moim-miescie>. Dostęp 26.02.2019.

stało. Jednak, jak przyznała, oprócz „nieśmiałych” sygnałów wsparcia w postaci braw wydarzenia te nie pociągnęły za sobą żadnej dalszej rozmowy, która mogłaby wpłynąć na kształt profilaktyki HIV. Upolitycznienie seksu poprzez włączenie go do potransformacyjnej dyskusji o tym co normalne i nienormalne, co moralne i niemoralne, co lokalne i obce (por. Keinz 2011), a także wpływ Kościoła katolickiego (rozumiany w jej wypowiedzi między innymi jako obecność księdza w strukturach rządowych zajmujących się HIV, jak i szerzej – w kategoriach wpływu Kościoła na dyskurs publiczny) wymusza jej zdaniem ciągle lawirowanie i negocjowane („dziubdzianie”) tego, co dozwolone i tego, co zakazane w profilaktyce HIV.

*Ja myślę, że [...] dopóki my głośno nie zaczniemy rozmawiać i zastanawiać się, co w związku z tym straciliśmy, to my się tak będziemy dziubdziać, bo my z tego powodu straciliśmy wiele rzeczy, natomiast, no to są, pewne kwestie są nie do przeskoczenia [W9].*

Prezerwatywa staje się przedmiotem negocjacji również w kampaniach prowadzonych przez agendę ministerialną do spraw AIDS. Jak pokazuje w swojej analizie Agnieszka Kościańska (2017: 166–173) od czasu do czasu kondom pojawia się co prawda wprost w rządowych kampaniach jako sposób zabezpieczenia przed zakażeniem HIV, jednakże występuje obok abstynencji czy wierności. Szybko także zostaje zastąpiony bardziej konserwatywnym hasłem promującym rodzinność, wierność i zaufanie jako podstawy profilaktyki HIV. Przykładowo, w roku 2005 KC ds. AIDS zaproponowało polską wersję globalnej kampanii ABC (*Absstinence – Be faithful – use a Condom*), tłumacząc hasło następująco: „Abstynencja, Bycie wiernym, Zabezpieczenie się prezerwatywą”, jednak już rok później powrócono do motywu rodzinności, promując slogan „Miłość, wierność, zaufanie. Rodzina razem przeciw AIDS”<sup>16</sup>. To przedkładanie wartości rodzinnych nad skuteczną edukację seksualną i profilaktyczną wywoływało często frustrację i poczucie rozczarowania wśród aktywistów i aktywistek organizacji pozarządowych.

*Myśmy przez tyle lat w Polsce nie mieli żadnej kampanii na rzecz używania prezerwatywy, co jest absolutnym kuriozum moim zdaniem, tak, nie było nigdy, żadnej, były tam, tak, ABC, abstynencja, bycie wiernym i ewentualnie use the condom, ale to jest w ogóle jakiś absurd. [...] Tak że to nie istnieje, bo to jest temat trudny, tak. I dlatego on niestety nie jest podejmowany przez instytucje do tego powołane [W9].*

Mimo tej sinusoidalnej strategii, polegającej na włączaniu prezerwatywy od czasu do czasu naprzemiennie z promocją wartości rodzinnych w kampaniach KC ds. AIDS, jedna z rozmówczyń, związana z Centrum, wskazuje na ciągle próby „przemycania” prezerwatywy w kampaniach społecznych, poprzez

<sup>16</sup> Więcej informacji na temat kampanii: Kościańska 2017, a także na stronie internetowej Centrum ds. AIDS.

dołączanie jej do pakietu edukacyjnego rozdawanego uczestnikom i uczestniczkom wydarzeń towarzyszących kampaniom.

*I tak jak pamiętam, chociażby z przeprowadzania tych kampanii społecznych, od początku, od tych dawnych lat 90. do chwili obecnej zawsze był problem z mówieniem wprost o tym, że prezerwatywa prawidłowo użyta oczywiście, dobrej jakości i z atestem znacznie zabezpiecza przed zakażeniem HIV. To przez lata się nie zmieniło, pomimo że już w tej chwili jesteśmy naprawdę daleko, jeśli chodzi o rozwój technologiczny i też o inne rozwolje, natomiast ta prezerwatywa zawsze była kontrowersyjna. Z tym że w dawnych latach my powiedzmy nie mówiliśmy o tym bezpośrednio, ale do każdej kampanii był tak zwany dodatkowy pakiet edukacyjny. Była to taka informacja właśnie o drogach zakażenia, o tym, że prezerwatywa znacznie zabezpiecza przed zakażeniem, i była wklejona albo dołączona właśnie paczka z prezerwatywą [W13].*

„Przemycanie” staje się więc strategią obchodzenia „kontrowersyjności” kondomów. Widoczny tutaj rozdźwięk pomiędzy, z jednej strony koniecznością chowania prezerwatywy i promowania miłości i rodziny jako ochrony przed HIV w dyskusjach publicznych, z drugiej zaś wiedzą o skuteczności tej metody prewencji i próbą jej przemycania w profilaktyce. Innymi słowy, strategia ta wyraża przekonanie, że o prezerwatywie należy mówić dyskretnie, można natomiast ją rozdawać. Podobnie sprawę prezentuje inny działacz zwracający uwagę na konieczność negocjowania obecności prezerwatywy przy podpisywaniu umowy o finansowanie działań społecznych.

*No to są takie rzeczy, które aż jeżą włosy na głowie, kiedy ja przed podpisaniem umowy gdzieś tam mam obostrzenia pod tytułem, że nie mogę publicznie promować prezerwatywy. Ludzie, no my jesteśmy w XXI wieku, takie rzeczy się nie dzieją, takie rzeczy się nie mogą dziać, [...] a my się zastanawiamy nad tym, żeby zachęcać do bezpiecznych zachowań seksualnych i chronionych prezerwatywą [W4].*

Podobny wątek negocjowania tego, co dozwolone, a tego, co powinno się traktować z pewną powściągliwością i dystansem, pojawia się także w przypadku mediacji dotyczących treści materiałów edukacyjnych. Treść przygotowywanych materiałów często podlega weryfikacjom przez stronę finansującą działania, np. samorządy, chcące mieć wpływ na kształt profilaktyki HIV. Aby uzyskać akceptację ulotki i móc działać profilaktycznie, konieczne jest pozbycie się pojęć bezpośrednio odnoszących się do seksu.

*Jak się przygotowuje materiał promocyjny do projektu, to, że trzeba uzyskać zgodę tego biura, które zajmuje się tam polityką społeczną i finał tego jest taki, że w tych ulotkach, które się produkuje, to takie hasła po prostu jak penis, to w ogóle się nie pojawiają, bo dla nich to już jakby jest zagrożenie polityczne [W8].*

Taka niejasność dotycząca miejsca prezerwatywy w polityce HIV prowadzi czasem do kwestionowania nie tylko podstaw profilaktyki w Polsce

(przemilczającej, ukrywającej i nieustannie negocjującej obecności kondomów w prewencji), ale także ograniczeń własnej roli w tychże działaniach. Profilaktyka HIV zdaje się być nieustannie negocjowana przez różnych aktorów, co z kolei do pewnego stopnia ujawnia także ich sprawczość. Mimo wspomnianego kwestionowania podstaw prewencji w Polsce, a zwłaszcza jej uwikłania w moralność publiczną, osoby z którymi rozmawiałam, ciągle podejmują różne działania, pracują w klubach i szkołach, przygotowują kampanie, współpracują z mediami, realizują projekty skierowane do kluczowych populacji. W ten sposób manifestują, że lawirując wokół prezerwatywy tworzą własną definicję profilaktyki.

## 2. Lawirowanie a pieniądze

*I życie mnie trochę nauczyło tak tutaj, że każda taka rzecz wymaga, że każda taka rzecz... to od razu rzuca się na ciebie banda jakichś urzędników z różnymi ostrzeżeniami i tak dalej [W12].*

Jak wspomniałam na początku tego tekstu, lawirowanie odnosi się także wprost do specyficznych możliwości politycznych, w których realizowane są działania społeczne. Osoby zajmujące się profilaktyką i działaniami na rzecz osób żyjących z HIV wskazywały na środki finansowe jako ważną ramę ograniczającą i zarazem organizującą możliwość działania. Obecna sytuacja różni się jednak zasadniczo od historii z początków epidemii, zwłaszcza od lat dziewięćdziesiątych XX wieku, kiedy dzięki zaangażowaniu i wsparciu finansowemu międzynarodowych organizacji, miejsce miały różne warsztaty i szkolenia, prowadzone na większą skalę niż dziś (Malinowska-Sempruch 2013; Coffin 2012). Po tym, jak została uznana za kraj wysoko rozwinięty, Polska utraciła możliwość uzyskiwania środków z organizacji międzynarodowych takich jak Open Society czy ONZ na działania wewnątrz kraju. Tym samym organizacje pozarządowe mają ograniczone możliwości i źródła finansowania. Jedna z rozmówczyń, opisując sytuację działań prowadzonych wśród użytkowników narkotyków, określiła Polskę jako kraj „pomiędzy” [W1], który z jednej strony został zaszeregowany do państw „wysokorozwiniętych”, z drugiej jednak nie zabezpiecza wystarczającej ilości pieniędzy na konieczne działania profilaktyczne i redukujące szkody. Jej zdaniem dostępne środki zapewniają jedynie „trwanie” istniejących już organizacji, bez perspektyw ich rozwoju. Z kolei inny działacz opowiadając o swoich doświadczeniach w Civil Society Forum<sup>17</sup> zwrócił uwagę na dużą rozbieżność możliwości działania zgłaszanych przez

<sup>17</sup> EU HIV/AIDS, Viral Hepatitis and Tuberculosis Civil Society Forum to nieformalne ciało doradcze powołane w 2005 roku przez Komisję Europejską, aby wzmacniać udział organizacji pozarządowych sieci w rozwoju europejskich polityk.

organizacje zachodnie i organizacje z Europy Środkowo-Wschodniej, w tym polskie NGOsy („bo jeżeli oni [zachodnie organizacje i sieci – przyp. aut.] rozmawiają o jakichś innowacyjnych metodach profilaktycznych, a my mamy problem ze zdobywaniem i promowaniem prezerwatyw, [...] to też się czasami człowiek zastanawia, czy to ma sens”). Te rozbieżności dotyczą nie tylko możliwości rozwoju profilaktyki, ale także bardziej prozaicznych wymiarów związanych z funkcjonowaniem organizacji pozarządowych. Brak środków na rozbudowywanie zróżnicowanego zespołu, wielość ról podejmowanych przez osoby zaangażowane w działania, praca ponad siły, często nieodpłatna, brak odpowiedniego przygotowania (w tym np. wkładu finansowego) do występowania o duże międzynarodowe projekty, sprawiają, że pewne działania (np. udział w międzynarodowych sieciach i forach) są kwestionowane przez lokalnych działaczy i działaczki.

*I nawet ja często wspominałem, o tym że, no jest różnica między organizacjami z naszej części Europy, a nimi [zachodnimi – przyp. aut.], że ja nie mam tutaj 5 dyrektorów, księgowych i tak dalej, którzy zajmują się tylko siedzeniem w papierach i przeglądaniem, tylko u mnie każda osoba, która pracuje, to pracuje merytorycznie, tak? Tu nie mam osoby do przerzucania papierków, każdy jest jednocześnie doradcą, edukatorem i tak dalej i w tym zakresie pracuje, tak? No i to jest jedna z takich trudniejszych rzeczy, które mnie tam jakoś spotkały, będzie ciężko [W6].*

Podobne krytyczne głosy ukazujące konieczność lawirowania wymuszoną ograniczonymi możliwościami politycznymi i finansowymi („szalenie trudno naprawdę jest zaplanować sensowną działalność w momencie, kiedy dostaje się incydentalnie środki, kiedy trzeba się o te środki szarpać, wypisywać tysiące dokumentów, pisać projekty” [W12]) zwracają uwagę na przesadną biurokrację i profesjonalizację dofinansowania, wpisującą działania w określone, często bardzo wąskie ramy. To ciągłe „szarpanie” z „falą papierów” oznacza *de facto* brak możliwości budowy długofalowej strategii organizacji i powoduje raczej skupienie się na realizacji krótkotrwałych taktyk, odpowiadających na warunki i możliwości działania w danym momencie (de Certeau 2008).

Taką taktyką jest np. wykorzystanie środków celowych np. programów finansujących działania antynarkotykowe czy antyalkoholowe (np. tzw. korkowe), które pozwalają w ograniczony sposób włączać kwestie związane z HIV, a właściwie „przemycać” je w trakcie warsztatów czy spotkań z młodzieżą. To kolejny przykład, w którym osoby zaangażowane w światy polityki HIV/AIDS odnoszą się do przyjmowanych strategii określając je mianem „przemycania”. Podobnie jak w przypadku przemycania prezerwatyw, także tutaj pojawia się wątek wykorzystania dostępnych zasobów, by móc działać w polu HIV/AIDS. Tematyka HIV zostaje więc wpleciona w programy przeciw uzależnieniom.

*Aczkolwiek największe pieniądze mamy z edukacji i największe pieniądze, które pozwalają nam utrzymać zespół i utrzymać ten lokal, to są środki z tak zwanej profilaktyki uzależnień, w tej materii robimy najwięcej, prowadzimy najwięcej zajęć skierowanych do młodzieży, jakby związanych z profilaktyką uzależnień. [...] Jak najbardziej tak taka negocjacja i to nie jest tak, że my się sprzedajemy, bo ja nawet lubię te warsztaty dotyczące profilaktyki alkoholowej czy profilaktyki narkotykowej, te, które robimy, zawsze tam przemycamy też treści też dotyczące ryzykownych zachowań, no ale oczywiście one nie mogą być dominujące w prowadzeniu tych zajęć, ale taka jest prawda [W4].*

Zestawiając doświadczenia działań w Polsce z tymi zbieranymi przede wszystkim w krajach zachodnich, rozmówcy i rozmówczynie podkreślali również małą lub nawet znikomą elastyczność systemu (np. opieki zdrowotnej czy świadczeń społecznych) w kontakcie z pacjentem, osobą żyjącą z HIV czy używającą narkotyków. Wspominano o sztywności reguł, przesadnej biurokracji uniemożliwiającej działania *ad hoc* czy po prostu o ignorowaniu zapytań czy sugestii. Na poziomie konkretnych praktyk pojawiał się między innymi utrudniony dostęp do chirurgów (lub innych lekarzy specjalistów) dla osób używających substancji w iniekcjach (często doświadczających bezdomności), brak wiedzy na temat prowadzenia ciąży u kobiet żyjących z HIV (zwłaszcza poza specjalistycznymi placówkami, w mniejszych miejscowościach), brak systemowego wsparcia dla użytkowników substancji psychoaktywnych, które wychodziłoby poza model abstynencyjny (por. Bartnik, Kwiatkowska 2015), ograniczone działania z zakresu redukcji szkód.

Brak elastyczności systemu wywołuje z kolei potrzebę lawirowania, które tutaj może być rozumiane jako dostosowywanie się do wymogów systemu. Dotyczy zarówno dopasowywania się do systemu projektowego, jak i manewrowania treścią działań w taki sposób, aby „przemycić” informacje istotne z punktu widzenia założonego celu i przyjętej filozofii pracy do zaakceptowanego przez fundatorów czy sponsorów planu działań. Czasem lawirowanie przekłada się także na uruchomienie taktyk opartych na familiarności i wykorzystaniu bliskich relacji z innymi aktorami, np. lekarzami, którzy przyjmują osoby bezdomne i uzależnione, nie stwarzając przy tym problemów.

## Konkluzje

Codziennie negocjacje dotyczące tego, w jaki sposób działać, by z jednej strony zapewnić trwanie danej organizacji czy instytucji, z drugiej „przemycić” istotne idee i realizować założony program, stanowią znaczącą oś budującą światy polityki HIV/AIDS w Polsce. W części prezentującej badania pokazałam, że przerwatywa, mimo dobrego zadomowienia w przestrzeniach komercyjnych i jej raczej powszechnej dostępności w sprzedaży, w samych politykach HIV/



AIDS wiązana jest z moralnością publiczną. Jej ambiwalentna pozycja polega na uznawaniu kondomów jako podstawy profilaktyki HIV, przy równoczesnym niemówieniu wprost, niepokazywaniu i niedyskutowaniu znaczenia używania prezerwatywy w seksie (i w profilaktyce HIV czy innych infekcji przenoszonych przez seks). Jednak nawet takie niejednoznaczne umiejscowienie kondomów w świecie polityki HIV/AIDS nie powoduje zaniechania podejmowanych działań, a raczej poszukiwanie takich taktyk, które wpasowywałyby się w opisane założenia profilaktyki. Następnie skupiając się na praktykach polityk HIV/AIDS wykazałam, w jaki sposób ograniczone możliwości polityczne (w tym przede wszystkim te finansowe) organizują działania w tym polu. Podobnie jak w przypadku kondomów, także tutaj uwidoczniła się ciągła potrzeba nawigowania swoimi możliwościami działania w kontekście ograniczonych środków na ich realizację oraz rozbudowanej biurokracji.

Lawierowanie, oprócz deskryptywnego elementu wskazującego na praktyczny charakter działań, pokazuje także specyfikę lokalnych polityk HIV/AIDS i ich ograniczeń. Demonstruje, że wielu aktorów pozostając krytycznymi wobec dominujących cech polityki HIV w Polsce, równocześnie realizuje rozmaite działania podtrzymujące status quo, ale również pokazuje swoją sprawczość w pokonywaniu różnych barier. Ważne jest także dla mnie spojrzenie na to, w jaki sposób różni aktorzy (organizacje pozarządowe, instytucje rządowe, eksperci i ekspertki, terapeuci) współtworząc politykę HIV/AIDS, równocześnie interpretują ją niejako po swojemu, używając dostępne narzędzia do własnych działań i na swój własny sposób. Lawierowanie wymaga ciągłej elastyczności i dostosowywania ról i praktyk do okoliczności i wymogów systemu. Czasem staje się także codzienną taktyką będącą odpowiedzią na stygmatyzację i dyskryminację, brak pieniędzy na realizację działań czy też przesadnie rozbudowaną biurokrację. Wiąże się także ze sprzecznością pozycji, w których ci aktorzy się znajdują (np. sprzeczne oczekiwania różnych aktorów, sprzeczne założenia działań, różnica pomiędzy założeniami a praktyką).

Kategoria lawierowania pokazuje także, że aktorzy zajmujący różne pozycje w światach polityki HIV/AIDS nie są pozbawieni możliwości działania i sprawczości. Wykazując często autorefleksyjność dotyczącą warunków i okoliczności kształtujących ich prace i aktywizm, współuczestniczą w tworzeniu tej polityki poprzez wynajdowywanie nowych taktyk i rozwiązań. To pokazuje, że polityk społecznych nie można rozumieć jako odgórnie narzuconych procesów. Trafniejszą pozostaje definicja pokazująca użytkowanie tej polityki przez różne podmioty, jednostki, grupy, organizacje i instytucje, i która wskazuje na złożone sieci powiązań relacji i interakcji pomiędzy tymi aktorami.



## Bibliografia

- Ankiersztejn-Bartczak, Magdalena. 2013. *Psycho społeczna Sytuacja Osób Żyjących Z HIV i Chorych Na AIDS W Polsce*. Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski.
- Balsiger, Philip, Alexandre Lambelet. 2014. *Participant Observation*. In: D. della Porta, ed. *Methodological Practices in Social Movement Research*. Oxford: Oxford University Press, 144–172.
- Barmania, Sima, Syed M. Aljunid. 2016. Navigating HIV prevention policy and Islam in Malaysia: contention, compatibility or reconciliation? Findings from in-depth interviews among key stakeholders. *BMC Public Health*, 16: 524. DOI: 10.1186/s12889-016-3247-y.
- Bartnik, Magdalena, Agata Kwiatowska, red. 2015. *Iniekcijni użytkownicy substancji psychoaktywnych. Identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin*. Warszawa: Fundacja Redukcji Szkód.
- Blumer, Herbert. 1954. What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19, 1: 3–10.
- Chetaille, Agnès. 2013. Une « autre Europe » homophobe? *Raisons politiques*, 49: 119–140.
- Coffin, Philip. 2012. Marketing harm reduction: a historical narrative of the International Harm Reduction Development Program. *International Journal of Drug Policy*, 13: 213–224.
- de Certeau, Michel. 2008. *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania*. Przekład Katarzyna Thiel-Jańczuk. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Feřecki, Wiktor. 2013. Państwo edukuje gejów. *Rzeczpospolita*. <https://www.rp.pl/artyku-1/1065439-Panstwo-edukuje-gejow.html>. Dostęp 27.01.2019.
- Giugni, Marco. 2009. Political Opportunities: From Tilly to Tilly. *Swiss Political Science Review*, 15, 2: 361–68.
- Hall, Dorota. 2015. Antagonism in the Making: Religion and Homosexuality in Post-Communist Poland. In: S. Sremac, R.R. Ganzevoort, eds. *Religious and Sexual Nationalisms in Central and Eastern Europe: Gods, Gays, and Governments*. Leiden: Brill, 74–92.
- Hall, Dorota. 2016. *W poszukiwaniu miejsca: Chrześcijananie LGBT w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Janiszewski, Jakub. 2013. *Kto w Polsce ma HIV?* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Juszczak, Jacek, Andrzej Gładysz. 1993. *AIDS: epidemiologia, patogeneza, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo*. Wrocław: Volumed.
- Keinz, Anika. 2011. European Desires and National Bedrooms? Negotiating “Normalcy” in Postsocialist Poland. *Central European History*, 44: 92–117.
- Konecki, Krzysztof. 2000. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kościańska, Agnieszka. 2017. *Zobaczyć losia. Historia polskiej edukacji seksualnej od pierwszej lekcji do internetu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarne.
- Makinde, Taiwo. 2015. Interface between Politics and Public Policy: A Relationship of Inseparableness. *Global Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 4, 3: 124–130.
- Malinowska-Sempruch, Kasia. 2013. *HIV among Drug Users in Poland: The Paradoxes of an Epidemic*. Columbia University.

- Marcus, George, E. 1995. Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 1: 95–117.
- McCann, Eugene, Kevin Ward. 2012. Assembling urbanism: following policies and ‘studying through’ the sites and situations of policy making. *Environment and Planning*, 44: 42–5.
- Mizielińska, Joanna, Justyna Struzik, Agnieszka Król. 2017. *Różnym głosem. Rodziny z wyboru w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- O’Dwyer, Conor. 2010. From Conditionality to Persuasion? Europeanization and the Rights of Sexual Minorities in Post-Accession Poland. *Journal of European Integration*, 32, 3: 229–247.
- Owczarzak, Jill Teresa. 2007. *Mapping HIV Prevention in Poland: Contested Citizenship and the Struggles for Health after Socialism*. University of Kentucky Doctoral Dissertations. [http://uknowledge.uky.edu/gradschool\\_diss/515](http://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/515). Dostęp: 8.07.2019.
- Petryna, Adriana. 2002. *Life exposed: Biological citizens after Chernobyl*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas, Carlos Novas. 2005. Biological citizenship. In: A. Ong, S. Collier, eds. *Global assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems*. Malden, MA: Blackwell, 439–463.
- Schlager, Edella. 1995. Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework. *Policy Sciences*, 28, 3: 243–270. DOI: 10.1007/BF01000289.
- Shore, Cris, Susan Wright. 1997. *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*. London – New York: Routledge.
- Shore, Cris, Susan Wright. 2011. Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility. In: C. Shore, S. Wright, D. Pero, eds. *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. New York, Oxford: Berghahn Books, 1–26.
- Stapiński, Andrzej. 1996. *Jest program - a teraz codzienna praca. Kilka uwag na marginesie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS*. W: *Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 66–71.
- Struzik, Justyna. 2019. *Solidarność queerowa. Mobilizacja, ramy, działania ruchów queerowych w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szcześniak, Magda. 2016. *Normy widzialności. Tożsamość w czasach transformacji*. Warszawa: Fundacja Nowej Kultury Bęc Zmiana.
- Touraine, Alain. 2010. *Samotworzenie się społeczeństwa*. Przekład Agnieszka Karpowicz. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Wedel, Janine R., Cris Shore, Gregory Feldman, Stacy Lathrop. 2005. Toward an anthropology of public policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 600: 30–51.
- Wright, Susan, Sue Reindhold. 2011. *Studying Through. A Strategy for Studying Political Transformation. Or Sex, Lies and British Politics*. W: C. Shore, S. Wright, D. Pero, red. *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. New York, Oxford: Berghahn Books, 86–104.