

Erschienen im Jahre 1992 in der Zeitschrift »emotion«.

Bernd Senf

Duesbergs Kritik der Virus-AIDS-These und der Bezug zu Reich

Der weiter unten nachgedruckte Artikel des deutsch-amerikanischen Virologen Prof. Duesberg ist in deutscher Sprache erstmals erschienen in der 2-Monatszeitschrift »raum & zeit« (1) im Oktober 1990. Wir veröffentlichen ihn mit freundlicher Genehmigung von »raum & zeit« an dieser Stelle noch einmal, weil wir der Meinung sind, daß Duesbergs Kritik an der offiziellen AIDS Theorie und an der Behandlung von »HIV Positiven« bzw. »AIDS«-Kranken bislang viel zu wenig Beachtung gefunden hat.

Wir in der Redaktion haben uns selbst noch kein abschließendes Urteil zu diesen Fragen gebildet, halten es aber für notwendig, daß Duesbergs Thesen offen und möglichst breit diskutiert werden und daß die Vertreter der offiziellen AIDS Theorie öffentlich dazu Stellung nehmen. Mit wenigen Ausnahmen (2) sind die Medien in Deutschland bisher einer Information und Diskussion über die AIDS-Kontroverse ausgewichen. Wir wollen mit unseren bescheidenen Möglichkeiten mit dazu beitragen, diese Mauer des Schweigens - die uns als Phänomen ja auch gegenüber den Reichschen Forschungen nicht unbekannt ist - zu durchbrechen.

Das Thema »AIDS« bzw. »AIDS-Kritik« hat im übrigen einen mehrfachen Bezug zu den Forschungen von Wilhelm Reich, auch wenn es zu Reichs Zeiten direkt kein Thema war:

Ist »AIDS« eine Biopathie und keine Infektionskrankheit?

Entsprechend den Thesen von Duesberg ist der »AIDS Virus HIV« nicht Ursache, sondern lediglich Begleiterscheinung von »AIDS«. Der Virus an sich sei harmlos und könne viele der ihm zugeschriebenen Funktionen im Zusammenhang mit »AIDS« gar nicht erfüllen. »AIDS« habe ganz andere Ursachen als die einer Infektion mit HIV.

Diese Sichtweise erinnert an die Reichsche Entdeckung der von ihm sogenannten *T-Bazillen* im Zusammenhang mit Krebs (nicht zu verwechseln mit den »T-Helfer-Zellen« im Zusammenhang mit der AIDS-Forschung!). T Bazillen können zwar übertragen werden, entstehen aber auch ohne Übertragung im Innern eines Organismus aus dem bionösen Strukturzerfall bioenergetisch geschwächten Gewebes oder schwacher Zellen bzw. Blutkörperchen. In einem bioenergetisch starken Organismus bilden sich relativ wenige T -Bazillen, und diese werden (auch wenn sie durch Übertragung erworben wurden) bioenergetisch in ihrer destruktiven Wirkung neutralisiert. Erst eine allgemeine bioenergetische Schwäche läßt die T -Bazillen bedrohlich werden, weil sich mehr T-Bazillen bilden und die bioenergetische Immunabwehr nicht mehr ausreicht, um die entstandenen (oder auch durch Übertragung erworbenen) T-Bazillen zu neutralisieren. (3) Die entscheidende Komponente für Gesundheit oder Krankheit ist demnach *die bioenergetische Ladung des Gesamtorganismus* und seiner Teile und nicht die T-Bazillen als solche. Krebs ist im Reichschen Verständnis eine tiefgehende bioenergetische Funktionsstörung (*Biopathie*), und die T -Bazillen sind nur ein Aspekt der Krebskrankheit, nicht aber deren Ursache.

Im Zusammenhang mit »AIDS« und den Duesberg Thesen stellt sich für uns die Frage, ob es sich mit dem »AIDS Virus HIV« ähnlich (funktionell identisch) verhält. Entsteht

auch HIV möglicherweise - und zwar unabhängig von der Übertragung - aus innerem bionösem Strukturzerfall in bioenergetisch geschwächten Organismen? (4) Und liegt die Krankheitsursache für »AIDS« nicht in der Infektion mit HIV begründet, sondern in einer extremen bioenergetischen Schwächung des Organismus? Ist also »AIDS« (bzw. die unter diesem Begriff definitorisch zusammengefaßten verschiedenen Krankheiten) ebenfalls eine Biopathie?

Die Ursachen für »AIDS« lägen dann nicht in der Übertragung von HIV (z.B. durch ungeschützten Geschlechtsverkehr oder Blutkontakt usw.), sondern in den Belastungen, die den Organismus bioenergetisch extrem geschwächt haben und in ihrer Kumulierung zu einem bedrohlichen Gesundheitsrisiko geworden sind (z.B. Drogenmißbrauch aller Art, exzessive Belastung durch Antibiotika, Fehlernährung und Hunger, Strahlenbelastung, Umweltvergiftung u.a.). Dies entspricht der von Duesberg sogenannten »Risiko-AIDS-These« Ein weiterer wesentlicher Belastungsfaktor im Reichschen Sinn wäre der Charakter- und Körperpanzer, der je nach Charakterstruktur unterschiedliche Bereiche des Körpers bioenergetisch blockiert und damit besonders anfällig werden läßt. (5)

Organbehandlung im Kampf gegen »AIDS«?

Trifft die Hypothese zu, daß es sich bei »AIDS« um eine Biopathie handelt, dann könnten aus den Reichschen Forschungen bedeutende Ansatzpunkte für eine Vorbeugung ebenso wie für eine Behandlung von »AIDS« gewonnen werden: Alle Behandlungen bzw. Lebensweisen, die zu einer *bioenergetischen Stärkung*, zu einem Abbau der Belastungsfaktoren und zu mehr *emotionaler Lebendigkeit* beitragen, wären wirksame Mittel im Kampf gegen »AIDS«. Die Benutzung des Reichschen *Orgon-Akkumulators* könnte in diesem Zusammenhang ein Mittel sein, um die bioenergetische Ladung des Organismus und damit seine Immunabwehr zu stärken. In die gleiche Richtung könnten andere bioenergetische Methoden wirken (Akupunktur, Homöopathie, gesunde Ernährung, Makrobiotik, Meditation usw.).

Sexualökonomische und massenpsychologische Aspekte von »AIDS«

Das Thema »AIDS« hat darüber hinaus auch Bezug zu den Reichschen sexualökonomischen und massenpsychologischen Forschungen. Die Verknüpfung von sexueller Lust mit Angst, wie sie durch die AIDS-Angst und durch die offizielle AIDS-Politik von neuem geschürt wurde, beeinträchtigt zusätzlich die sexuelle Hingabefähigkeit (»orgastische Potenz« (6)), die ohnehin in unserer Gesellschaft bei vielen Menschen mehr oder weniger gestört ist. Verstärkte Orgasmusstörungen und damit einhergehende Blockierung und Stauung sexueller Energie verstärken die Tendenz zu bioenergetischen Erkrankungen. Diese Wirkung der AIDS-Angst trifft nicht nur HIV-Positive, sondern die gesamte Bevölkerung.

Hinzu kommt die massenpsychologische Bedeutung von Sexualangst als einem wesentlichen Herrschaftsinstrument. Wie Reich in seiner »*Massenpsychologie des Faschismus*« (7) überzeugend dargelegt hat, ist die Unterdrückung insbesondere der kindlichen und jugendlichen Sexualität bzw. die Verknüpfung von sexueller Lust mit Angst ein wesentliches Element in der Bildung autoritätsängstlicher Charakterstrukturen. In gesellschaftlich kritischen Phasen können die im Charakterpanzer aufgestauten sexuellen

Energien zu einem bedrohlichen Potential gewaltsamer Exzesse werden. Die weltweite AIDS-Angst, gestützt auf die Virus-AIDS-These, trägt auf diese Weise mit dazu bei, den charakterstrukturellen und massenpsychologischen Boden in Richtung eines neuen Faschismus zu bereiten.

Alle diese Gesichtspunkte (oder auch nur einer davon) sollten uns dazu veranlassen, die offizielle Virus-AIDS-These kritisch auf ihre Tragfähigkeit hin zu überprüfen - dies umso mehr, als Duesberg und andere Autoren ernstzunehmende Argumente dagegen vorbringen. Duesberg jedenfalls stellt die Gültigkeit dieser These radikal in Frage.

Prof. Dr. Peter Duesberg, Universität Berkeley, USA

Warum die Virus-AIDS-These nicht stimmen kann*

In der Fachzeitschrift »Research in Immunology« (141/90), herausgegeben vom Pasteur-Institut, Paris faßt Professor Duesberg noch einmal die wichtigsten Argumente zusammen, die seiner Meinung nach gegen die Virus AIDS-These der orthodoxen Medizin sprechen. Gleichzeitig geht er auf die Argumente ein, die gegen seine Risiko AIDS-These bisher vorgebracht wurden und widerlegt sie. Dieser für die wissenschaftliche »AIDS«-Debatte außerordentlich wichtige Beitrag trägt im Original den Titel »AIDS: Non-Infectious Deficiencies Acquired By Drug Consumption And Other Risk Factors« und wurde von Kawi Schneider, Berlin, im Juli 1990 für raum & zeit übersetzt.

Die ersten fünf AIDS-Fälle, 1981 beschrieben, waren alle männliche homosexuelle Drogenbenutzer mit Pneumocystis Lungenentzündung und akuten Zytomegalie Virusinfektionen (Gottlieb et al., 1981). Seitdem wurden über 100.000 Fälle von etwa 25 konventionellen Krankheiten, darunter vor allem Lungenentzündung, Kaposi Sarkom, Lymphome, Schwachsinn, Tuberkulose, Candidose und Durchfall in den USA als AIDS-Fälle aufgezeichnet (CDC, 1990). Über 90% traten in zwei Haupt-Risikogruppen auf, nämlich in 20 bis 40 Jahre alten intravenösen Drogenbenutzern und männlichen Homosexuellen, die auch Drogen konsumieren (Gottlieb et al., 1981; Lauritsen and Wilson, 1986; CDC, 1987; Darrow et al., 1987; Haverkos and Dougherty, 1988; Rappoport, 1988; Adams, 1989; Chaisson et al., 1989; Weiss, S., 1989; Friedman-Kien et al., 1990). Weil erworbene Immunschwäche (acquired immune deficiency) für die gemeinsame Ursache dieser höchst verschiedenartigen Krankheiten gehalten wird, wurden sie zusammengefaßt als das AIDSyndrom.

Zwei Hypothesen

Es gibt zwei konkurrierende Hypothesen darüber, was AIDS verursacht, die Virus-AIDS- und die Risiko-AIDS-Hypothese.

Die Virus-AIDS-Hypothese, die zur Zeit von den meisten medizinischen Wissenschaftlern, insbesondere Virologen, vertreten wird, sagt aus, daß das

* In deutsch zuerst erschienen in »raum & zeit«, Sept./Okt. 1990, Ehlers-Verlag, Poazlgasteig 5, D-8157 Dietramzell. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion von »raum & zeit« sowie des Autors.

Retrovirus HIV (human immunodeficiency virus) AIDS verursacht, indem es Milliarden T-Zellen tötet, jedoch erst 8 bis 10 Jahre nach der Ansteckung (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986, 1988; Coffin et al., 1986; Gallo and Montagnier, 1988; Blattner et al., 1988; Duesberg, 1989a). HIV wurde ursprünglich von Montagnier und Mitarbeitern im Jahre 1983 als ein latentes Retrovirus in AIDS-Patienten entdeckt (Barre-Sinoussi et al., 1983). Das Aufspüren latenter Viren wie HIV ist weitgehend von Technologien abhängig, die erst in den 70er und 80er Jahren entwickelt wurden. Vor dieser Zeit war ein latentes Virus wie HIV praktisch unauffindbar. Aus diesem Grunde wurde das Virus als »neu« empfunden (Gallo and Montagnier, 1988; Blattner et al., 1988). Auf der Basis der Virus-AIDS-Hypothese werden jetzt etwa 25 konventionelle Krankheiten als AIDS definiert, wenn sie in Anwesenheit von HIV-Antikörpern auftreten (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986, 1988; CDC 1987, 1990; Duesberg, 1989a).

Allerdings gibt es keine bekannte Unterscheidung, außer den HIV-Antikörpern oder wenigen Bestandteilen des latenten Virus, zwischen konventionellem Kaposi Sarkom (Friedman-Kien et al. 1990), Lymphomen, Schwachsinn, Tuberkulose, Candidose, Durchfall usw. und ihren AIDS-Ebenbildern.

Die Tatsache, daß HIV-Antikörper in den USA hauptsächlich in AIDS-Risikogruppen gefunden werden, und daß ungefähr 1,5 % der 1 bis 1,5 Millionen antikörperpositiven Amerikaner jährlich AIDS-Krankheiten entwickeln (Duesberg 1989a), werden als die erstrangigen Argumente für die Virus-AIDS-Hypothese vorgebracht (Coffin et al., 1986; Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986, 1988; Gallo und Montagnier, 1988; Blattner et al., 1988). Jedoch ist eine Korrelation, insbesondere eine mit Antikörpern gegen ein Virus, kein unzweideutiges Argument für virale Verursachung einer Krankheit (Duesberg, 1989a). Darüber hinaus ist die Relevanz dieser Korrelation zur Ätiologie von AIDS fraglich, weil zu 100 % definitionsbedingt (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986, 1988; Duesberg, 1989a) statt durch natürliche Koinzidenz zwischen den Krankheiten und HIV.

Keine kontrollierte Studie

Zudem wird eine virale Ätiologie von AIDS aufgrund anekdotischer Übertragungsfälle behauptet (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986, 1988; Gallo and Montagnier, 1988; Blattner et al., 1988). Es wird behauptet, daß Antikörperpositive Bluter oder andere antikörperpositive Transfusions-Empfänger wegen Infektion mit HIV Krankheiten entwickelt haben, die ansonsten typisch für ihre verschiedenen Verfassungen sind, obwohl diese Krankheiten im Durchschnitt erst 8 bis 10 Jahre nach antiviraler Immunität, und nur in 1-3 % von ihnen pro Jahr auftreten (Duesberg, 1989a).

In ähnlicher Weise wird behauptet, daß HIV-Übertragung von Mutter zu Kind der Grund ist, daß manche antikörper-positive Babys im Durchschnitt 2 Jahre nach perinataler Infektion typische pädiatrische Krankheiten entwickelt haben (Duesberg, 1989a), jedoch nicht die für die Haupt-AIDS-Risikogruppen typischen Krankheiten wie Kaposi Sarkom (Duesberg, 1988; Beral et al., 1990; CDC, 1990).

Jedoch gibt es keine einzige kontrollierte epidemiologische Studie zur Bestätigung der postulierten viralen Ätiologie der AIDS-Übertragung, die zum Beispiel die Inzidenz von AIDS-ähnlichen Krankheiten bestätigt, in zwei Gruppen von zusammenpassenden Blutern, die sich nur nach HIV-Antikörpern unterscheiden (Duesberg, 1989a)

Nicht mit viraler Pathologie vereinbar

Darüber hinaus ist die Virus-AIDS-Hypothese nicht mit orthodoxer viraler Pathologie vereinbar. Es ist paradox, daß:

a) anders als alle anderen pathogenen Viren HIV kaum irgendwelche Zellen infiziert, wenn es pathogen sein soll (Duesberg, 1987, 1988, 1989a). Bei AIDS weniger als 1 von 500 Lymphozyten ein latentes HIV Provirus und nur 1 in 10.000 bis 100.000 ein aktives Provirus - genau wie in Millionen asymptomatischer Verläufe (Duesberg 1987, 1989a, 1989b; Schnittmann et al., 1989). Daher ist es schwierig, den Verlust von Milliarden von T-Zellen zu erklären, der als Kennzeichen von AIDS benannt wird (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986, 1988; CDC, 1987). Wie der Rest von uns müssen selbst Viren etwas tun, um etwas zu schaffen.

b) Angesichts der Behauptungen, daß HIV in vivo T-Zellen direkt tötet (Baltimore and Feinberg, 1989; Ho et al., 1989), über 99 % der wenigen T-Zellen, die jemals infiziert werden, die Infektion überleben, um »Reservoir« des latenten HIV zu werden (Schnittmann et al., 1989).

c) Angesichts jüngerer Behauptungen, daß Virämie notwendig für AIDS ist (Baltimore and Feinberg, 1989; Coombs et al., 1989; Ho et al., 1989), die Zahl der infizierten Zellen in allen AIDS-Fällen niedrig bleibt (Duesberg, 1990).

d) AIDS-Fälle nur - per definitionem (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1986; Coffin et al., 1986) - nach Beginn antiviraler Immunität, einem »positiven« AIDS Test, auftreten (Duesberg, 1987, 1988, 1989a). Alle anderen Viren verursachen Krankheiten in der Hauptsache vor antiviraler Immunität, wenn sie biochemisch am aktivsten sind (Evans, 1989).

e) AIDS-Krankheiten nur nach langen nicht vorhersagbaren Latenzperioden auftreten, durchschnittlich 8 - 10 Jahre mit einem Minimum von 2 Jahren bei Erwachsenen (Duesberg, 1989a), während alle anderen Viren einschließlich pathogener Retroviren hauptsächlich primäre Krankheit innerhalb von Wochen nach der Infektion verursachen. So lange Latenzzeiten sind insbesondere paradox, wenn man argumentiert, daß antivirale Immunität wesentlich ist für Pathogenität (Duesberg, 1989a).

f) Das gleiche Virus im Durchschnitt 2 Jahre bräuchte, um Krankheiten in Kindern zu verursachen, und im Durchschnitt 8 bis 10 Jahre bei Erwachsenen (Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1988; Duesberg 1989a).

g) Das gleiche Virus neoplastische Krankheiten wie Kaposi Sarkom und AIDS-Lymphome, als auch nekrotische Krankheiten wie T-Zell-Tod oder AIDS-Demenz verursachen soll (Duesberg 1989a). Dies ist insbesondere unplausibel, weil weder Kaposi-Zellen noch Neuronen auch nur infiziert werden mit HIV (Duesberg, 1989a). Tatsächlich können Neuronen nicht mit HIV infiziert werden, weil Retroviren auf Mitose angewiesen sind, um Infektionen zu initiieren (Rubin and Temin, 1958), und Neuronen teilen sich nicht.

h) Immunschwäche Neoplasmen wie Kaposi Sarkom und Lymphome verursachen soll (Duesberg, 1989a). T-Zell-Mangel-erkrankte Menschen oder Tiere wie etwa nackte Mäuse haben nicht mehr Tumoren als immunkompetente Gegenstücke (Kinlen, 1982; Sharkey and Fogh, 1984).

i) Die am meisten verbreitete AIDS-Krankheit in den USA Pneumocystis Pneumonie ist, während die am meisten verbreiteten AIDS-Krankheiten in Afrika Slim Disease, Durchfall und Fieber sind, obwohl Pneumocystis Carinii allgegenwärtig ist in allen Menschen,

Afrikaner eingeschlossen (Duesberg, 1989a).

j) AIDS-Krankheiten in den USA zu über 90% in Männern auftraten, jedoch in Afrika gleichmäßig unter den Geschlechtern verteilt wären, wenn sie von einem sexuell übertragenen Virus verursacht würden, das in jedem Land ungefähr 10 - 20 Jahre zuvor eingeführt worden wäre (Duesberg, 1989a).

k) HIV bei allen Risikogruppen in den USA Kaposi Sarkom fast ausschließlich in Homosexuellen verursachen soll (Duesberg, 1988, 1989a; Beral et al., 1990). Unvereinbar mit viraler Ätiologie ist auch, daß Kaposi Sarkom in amerikanischen Homosexuellen mit HIV nicht unterscheidbar ist von solchen ohne (Friedman-Kien et al., 1990).

Unbewiesene Virus-Hypothese

Die Virus-AIDS-Hypothese ist unbewiesen weil (1) HIV als die hypothetische Ursache von AIDS viele klassische Kriterien viraler Pathologie nicht zu erfüllen vermag, (2) weil nicht gezeigt werden konnte, daß HIV irgendwelche unkonventionellen Eigenschaften zur Auflösung obenstehender Paradoxa hätte (Duesberg, 1989a), und (3) keine epidemiologischen Kontrollstudien vorhanden sind, die eine Rolle des HIV in AIDS zeigen.

Die Auffassung, daß HIV nicht hinreichend, oder sogar nicht erwiesenermaßen notwendig für AIDS ist (Duesberg, 1987, 1988, 1989a), ist von einer Reihe von Wissenschaftlern ausgesprochen worden einschließlich: Bialy (1988); Eigen (1989); Evans (1989; Duesberg, 1989c); Gilbert (Hall, 1988; Liversidge, 1989); Griffin (1989); Haas (1989); Holub (1988); Root-Bernstein (1990); Rubin (1988a,b); Schwartz (1989); Sonnabend (1989); Stewart (1989); Weiss, R. (1989) und von mindestens einem Nicht Wissenschaftler, Fauci's Schwester Denise (Fauci, 1989; Duesberg, 1989d). Mehr noch, Friedman-Kien et al. (1990) und Beral et al. (1990) haben jetzt HIV als Ursache von Kaposi Sarkom, das in den frühen 80ern gewöhnlich als Kennzeichen von AIDS galt, aus den gleichen Gründen, die ich oben und früher angeführt habe, in Frage gestellt (Duesberg, 1989a).

Was die Risiko-AIDS-Hypothese erklärt

Die Risiko-AIDS-Hypothese stellt zur Debatte, daß AIDS primär durch nicht-infektiöse Agenzien verursacht wird. Diese schließen psychoaktive Drogen, Übermedikation mit Antibiotika (Rappoport, 1988; Rubin, 1988a; Adams, 1989; Sonnabend, 1989) ein und vor allem AZT, ein Kettenabbrecher der DNS-Synthese, verabreicht seit 1987 zur Behandlung der HIV-Infektion (Duesberg, 1989a; Farber, 1989; Lauritsen, 1989). Konsum psychoaktiver Drogen ist oft assoziiert mit traditionellen Ursachen für Immunschwäche wie Protein-Mangelernährung und parasitären Infektionen (Seligman et al., 1984), und AZT ist direkt immunsuppressiv, weil es geschaffen ist, um Lymphozyten zu töten (Duesberg, 1989a; Farber, 1989; Lauritsen, 1989). Diese Hypothese ist mit Standpunkten vereinbar, die vorgetragen wurden von Root-Bernstein (1990); Rubin (1988a,b); Sonnabend (1989); und Stewart (1989). Die Risiko-Hypothese erklärt:

a) warum AIDS auf Risikogruppen begrenzt ist und nicht in der Bevölkerung gestreut, wie zu erwarten bei einem infektiösen Agens.

b) Warum natürliche Impfung gegen HIV (ein »positiver AIDS Test«) nicht vor AIDS schützt.

c) Die langen und nicht vorhersagbaren Latenzperioden zwischen HIV-Infektion und AIDS, durchschnittlich 8 bis 10 Jahre bei Erwachsenen, wann das Individuum eine pathogene Schwelle der AIDS-Risiken erreicht. Die kürzeren Latenzperioden bei Kindern von durchschnittlich um 2 Jahren würden pränatale und postnatale Risikofaktoren widerspiegeln, da 90 % der Babys mit AIDS entweder von Müttern geboren werden, die Drogensüchtige oder Prostituierte oder beides, oder Bluter sind (Duesberg, 1988; CDC, 1990).

d) Die enorme Verschiedenheit und Risikogruppen-Spezifität der AIDS-Krankheiten im Sinne der Verschiedenheit und Risikogruppen-Spezifität der Risikofaktoren. Zum Beispiel korreliert die Inzidenz von Kaposi Sarkom exklusiv in Homosexuellen direkt mit ihrem gruppenspezifischen Gebrauch von Nitrit-Inhalantien und geht mit ihnen zurück (Lauritsen and Wilson, 1986; Haverkos and Dougherty, 1988; Rappoport, 1988; Duesberg, 1989a; Beral et al., 1990), ungeachtet der Präsenz von HIV (Friedman-Kien et al., 1990). Die annähernd vollständige Verschiedenheit zwischen den Haupt-AIDS-Krankheiten in den USA und Afrika könnte erklärt werden als eine Folge von Drogenkonsum in den USA und von Unterernährung und konventionellen parasitären Infektionen in Afrika.

e) Das Paradox, warum HIV, wenn nicht als unschuldiger Zaungast, sich leisten kann, aktiv weniger als 1 von 10.000 und latent weniger als 1 in 500 zugänglichen Lymphozyten, selbst in an AIDS sterbenden, zu infizieren (Duesberg, 1989a; Coombs et al., 1989; Ho et al., 1989; Schnittman et al., 1989).

f) Das jüngere Auftauchen von AIDS-Fällen in den USA als eine Funktion des enormen Anstiegs des Gebrauchs psychoaktiver Drogen während der letzten 10 bis 20 Jahre (NNICC Reports, 1978-1988; Rappoport, 1988; Adams, 1989). Zum Beispiel stieg allein der Kokain-Konsum in den letzten 10 Jahren in den USA um das Fünffache (NNICC Reports, 1978-1988). Tatsächlich sind ungefähr ein Drittel der amerikanischen AIDS-Patienten als IV-Drogenbenutzer bestätigt (CDC, 1990). Zudem scheinen viele, vielleicht die meisten der männlichen Homosexuellen mit AIDS verschiedene psychoaktive Drogen benutzt zu haben (Gottlieb et al., 1981, Lauritsen and Wilson, 1986; Darrow et al., 1987; Haverkos and Dougherty, 1988; Rappoport, 1988; CDC, 1990; Adams, 1989; Friedman-Kien et al., 1990) Zusammen repräsentieren diese beiden Risikogruppen 90 % der US-AIDS-Fälle (CDC, 1990). Darüber hinaus werden seit 1987 20.000 antikörper-positive symptomatische und asymptomatische Personen in den USA (Marx, 1989) und 50.000 weltweit (Deer, 1989) mit dem DNS-Kettenabbrecher AZT behandelt, der direkt immunsuppressiv ist (Duesberg, 1989a). So scheint der Gebrauch von Drogen ein gemeinsamer Nenner der meisten AIDS-Fälle in den USA zu sein.

g) Das präferenzielle Auftreten des HIV in AIDS-Risikogruppen in den USA kann ebenfalls mit der Risiko-Hypothese vereinbart werden. Da HIV in den USA nicht weit verbreitet und wegen seiner chronischen Latenz auch sehr schwer zu übertragen ist (Duesberg, 1989a), sind wahrscheinlich nur diejenigen infiziert, die mit vielen anderen intime Kontakte haben, wie zum Beispiel promiske Homosexuelle, Drogensüchtige, die Nadeln tauschen oder Prostitution praktizieren, und Bluter. So würde HIV als ein außerordentlicher, aber nicht absoluter (Friedman-Kien et al., 1990) Surrogat-Markierer für AIDS-Risiken dienen (Darrow et al., 1987; Duesberg, 1989a; Weiss, S., 1989).

Zusammenfassung

Es wird geschlossen, daß AIDS in den USA und wahrscheinlich in Europa eine Sammlung nicht-ansteckender Schwächen ist, von denen etwa 90% erworben werden durch Drogenkonsum, assoziiert mit Unterernährung und parasitären Infektionen und anderen spezifischen Risiken, wie chronische Transfusionen in der Behandlung von Hämophilie. Die 10% der außerhalb der Risikogruppen in den USA auftretenden AIDS-Fälle sind Folgen der klinischen Definition von AIDS, also konventionelle Krankheiten auftretend bei Personen, die zufällig mit HIV infiziert sind.

Die afrikanische AIDS-Epidemie würde auch als Produkt der allumfassenden AIDS-Definition erscheinen, das heißt eine weitverbreitete heterosexuelle Verbreitung des neuerdings aufspürbaren, schlafenden HIV zusammen mit alten afrikanischen Krankheiten wie Slim Disease, Fieber und Durchfall. Zum Beispiel, ungefähr 10-20% der 30 Millionen Zairaner in Afrika sind Träger des latenten HIV, aber nur 335 entwickelten AIDS in dem Zeitraum von 1985 bis 1988 (Duesberg, 1989a). Wie fast alle Retroviren in wilden Tieren, werden endemische menschliche Retroviren wahrscheinlich perinatal übertragen (Duesberg 1989a). Dies würde die heterosexuelle Verbreitung des HIV in Afrika, und folgerichtig jetzt wegen des HIV als AIDS bezeichnete Krankheiten überzeugender erklären als Theorien über spezielle sexuelle Praktiken (G. Klein, 1988; Institute of Medicine, Natl. Acad. Sci., 1988).

Danksagung

Ich danke Harry Rubin und Bryan Ellison für kritische Kommentare. Ich werde unterstützt durch Outstanding Investigator Grant (Hervorragender Forscher Stipendium) 5-R35-CA39915-04 des National Cancer Institute.

Zusatzbemerkung zum Beweis

Folgende neue Information zur Unterstützung der Risiko-AIDS-Hypothese sei hinzugefügt:

- 1) Neue Übersichtstudien haben gezeigt, daß die Inzidenz von AIDS-ähnlichen Krankheiten in Vergleichsrisikogruppen unabhängig von HIV ist, bis zu einem Jahr nach Empfang von HIV in allgemeinen Patienten (Ward et al., 1989) und wahrscheinlich für über 4 Jahre in Blutern (Jin et al., 1989).
- 2) Des weiteren wurde gezeigt, daß unter HIV-positiven Müttern Drogensucht der einzige konsistente Risikofaktor für Schwächen bei Neugeborenen war.
- 3) Die CDC haben die Schätzungen von HIV-infizierten Personen in den USA jetzt rückwirkend nach unten revidiert, von 1-2 Millionen in dem Zeitabschnitt von 1985-89 auf 0,75 Millionen 1986 und ungefähr 1 Million 1990 (CDC, 1990a). Während des gleichen Zeitraums wurde die »latente« Periode von HIV zu AIDS erhöht von ursprünglich 3 Jahren zu gegenwärtig über 10 Jahren (Duesberg, 1989a). Dies sind augenscheinlich Versuche, die Lücken zu schließen, die ich zwischen der Zahl der von der Virus-AIDS-Hypothese vorhergesagten AIDS-Fälle und den tatsächlich registrierten aufgezeigt habe (Duesberg, 1989a). Darüber hinaus hat sich die Voraussage der Virus-AIDS-Hypothese nicht materialisiert, daß sich AIDS über das sexuell übertragene Virus in die heterosexuelle Bevölkerung ausbreiten würde (Institute of Medicine, 1988).

4. Schließlich konnten verschiedene Verteidigungen der Virus-AIDS-Hypothese die zentralen Argumente, die ich gegen sie erhob, nicht widerlegen oder als irrig erweisen. Diese schließen Verteidigungen ein von Blattner, Gallo und Temin/Duesberg 1988, Eigen (1989)/Duesberg (1990a), Evans (1989)/ Duesberg (1989c), Klein (1988), Kurth (1989)/Duesberg (1989e), Velimirovic (1989)/Duesberg (1989i), Fauci (1989)/Duesberg (1989d), Linz (1989)/Duesberg (1989g), und Baltimore und Feinberg (1989)/Duesberg (1990).

Literatur:

ADAMS, J. (1989, AIDS: the HIV Myth. St. Martin's Press, New York; Macmillan Press, London.

BALTIMORE, D. & FEINBERG, M.B. (1989), HIV revealed. *New Engl. J. Med.*, 321, 1673.

BERAL, V., PETERMAN, T.A., BERKELMAN, R.L. & JAFFE, H.W. (1990), Kaposi's sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection? *Lancet*, 1, 123.

BARRE-SINOUSSE, F., CHERMANN, J.C., REY, F., NUGEYRE, M.T., CHAMARET, S., GREUST, J., DANGUET, C., AXLER BLIN, C., VEZINET BRUN, F., ROUZIOUX, C., ROSENBAUM, W. & MONTAGNIER, L. (1983), Isolation of T lymphotropic retrovirus from a Patient at risk for acquired immune deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220, 868.

BIALY, H. (1988), Where is the virus? And where is the press? *Bio/Technology*, 6, 121.

BLATTNER, W., GALLO, R.C. & TEMIN, H. (1988), HIV Causes AIDS, *Science*, 241, 5141.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1987) Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *J. Amer. med. Assoc.*, 258, 1143.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1990), HIV/AIDS Surveillance: AIDS cases reported through December 1989. Centers for Disease Control, Jan., 1990.

CHAISSON, R.E., BACCHETTI, P., OSMOND, D., BRODIE, B., SANDE, M. A. & MOSS, A.R. (1989), Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *J.Amer.med.Ass.*, 261, 561.

COFFIN, J., HAASE, A., LEVY, J.A., MONTAGNIER, L., OROZLAN, S., TEICH, N., TEMIN, H., TOYOSHIMA, K., VARMUS, H., VOGT, P. & WEISS, R. (1986), Human immunodeficiency viruses, *Science*, 232, 697.

COOMBS, R.W., COLLIER, A.C., ALLAIN, J.-P, NIKORA, B., LEUTHER, M., GJERSET, G.F. & COREY, L. (1989), Plasma viremia in human immunodeficiency virus infection. *New Engl.J.Med.*, 321, 1626.

DARROW, WW., ECHENBERG, D. F. , JAFFE, H.W, O'MALLEY, PM., BYERS, R.H., GETCHELL, J.P. & CURRAN, J.W (1987), Risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) infections in homosexual irren. *Amer. J. Publ.Hlth*, 77, 479.

DEER, B. (1989), Revealed: fatal flaw of drug that gave hope. *Sunday Times*, London, April 16 (p. 18a).

DUESBERG, P H. (1987), Retroviruses as carcinogens and pathogens: expectations and reality. *Cancer Res.*, 47, 1199.

DUESBERG, PH. (1988), HIV is not the cause of AIDS. *Science*, 241, 514.

DUESBERG, P. H. (1989a), Human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome: correlation but not causation. *Proc. nat. Acad. Sci. (Wash.)*, 86, 755.

DUESBERG, PH. (1989b), Questioning AIDS findings. *Science News*, 136, 131.

DUESBERG, P .H. (1989c), Does HIV cause AIDS? (letter). *J. Acq. Immun. Def. Synd.*, 2, 514.

DUESBERG, P H. (1989d), Duesberg responds (letter). *The AAAS Observer*, November 3, Supplement to *Science*, 8, 2.

DUESBERG, P .H. (1990), Letter to the editor. *New Engl. J. Med.* 1990, in press.

EIGEN, M..(1989), The AIDS debate. *Naturwissenschaften*, 76, 341. EVANS, A.S. (1989), Does HIV cause AIDS? an historical perspective. *J. Acq. Immun. Def. Synd.*, 2, 107.

FARBER, C. (1989), Sins of omission: AZT scandal. *Spin*, New York, November, pp. 40, 42, 44, 115-117.

FAUCI, A. (1989), Writing for my sister Denise. *The AAAS Observer*, September 1, Supplement to *Science*, 7,4.

FRIEDMAN-KIEN, A. E. , SALTZMAN, B. R. , CAO, Y., NESTOR, M. S. , MIRABILE, M., LI, J.J. & PETERMAN_, T. A. (1990), Kaposi's sarcoma in HIV-negative homosexual men. *Lancet*, 1, 168.

GALLO, R.C. & MONTAGNIER, L. (1988), AIDS in 1988. *Sci.Amer.*, 259, 41.

GOTTLIEB, M.S., SCHANKER, H.M., FAN, PT., SAXSON, A., WEISMAN, J.D. & POZALSKI, I. (1981), Pneumocystis pneumonia-Los Angeles, *MMWR*, in »Reports an AIDS Published in the *MMWR*« 30 (pp. 250-252). (US Department of Health & Human Services, Public Health Service) Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

GRIFFIN, B. (1989) Burden of proof. *Nature (Lond.)*, 338, 670.

HAAS, M. (1989), The need for a search for a proximal principle of human AIDS. *Cancer Res.*, 49, 2184.

HALL, S. (1988), Gadfly in the ointment. *Hippocrates*, 2, 76.

HAVERKOS, H.W. & DOUGHERTY, J.A. (1988), Epidemiologic studies - Kaposi's sarcoma vs. opportunistic infections among homosexual men with AIDS, in »Health hazards of nitrite inhalants« (Haverkos, H.W. & Dougherty, J. A.) (pp. 96-105). National Institute an Drug Abuse Monograph 83.

HO, D.D., MOUGDIL, T. & ALAM, M. (1989), Quantitation of human immunodeficiency virus Type 1 in blood of infectes persons. *New Engl. J. Med.*, 321, 1621.

HOLUB, W.R. (1988), AIDS: a new disease? *Amer.Clin.Prod.Rev.*, 7, 28.

INSTITUTE OF MEDICINE (1986), *Confronting AIDS*. *Natl.Acad.Sci.*, Washington, D.C.

INSTITUTE OF MEDICINE (1988), *Confronting AIDS - update*. *Natl. Acad. Sci*, Washington, D.C.

KINLEN, L.J. (1982), Immunosuppressive therapy and cancer, *Cancer Surv.*, 1,565.

KLEIN, G. (1988), The role of science. *J.Acq.Immun.Def.Symd.*, 1, 611.

LAURITSEN, J. (1989), PNAS Publication of AIDS Article Spurs Debate Over Peer Review, in »*The Scientist*« April 3 (pp. 1, 4-5, 19), Philadelphia.

MARX, J.L. (1989), Drug-resistant strains of AIDS virus found. *Science*, 243, 1551.

NNICC REPORTS (1978-1988), The National Narcotics Intelligence Consumers Committee. Office of National Drug Control Policy (Executive Office of the President) Washington, D.C. 20500.

RAPPOPORT, J. (1988), *AIDS Inc*. Human Energy Press, San Bruno, CA.

ROOT BERNSTEIN, R. (1990), Do we know the cause(s) of AIDS? *Perspectives Biol.Med.*

(in press).

RUBIN, H. & TEMIN, H. (1958), A radiological study of cell-virus interaction in the Rous sarcoma. *Virology*, 7, 75.

RUBIN, H. (1988a), Etiology of AIDS. *Science*, 240, 1389.

RUBIN, H. (1988b), Is HIV the causative factor in AIDS? *Nature (Lond.)*, 334, 201.

SCHNITTMAN, S.M., PSALLIDOPOULOS, M.C., LANE, H.C., THOMPSON, L., BASELER, M., MASSARI, F., FOX, C.H., SALZMAN, N.P. & FAUCI, A. (1989), The reservoir for HIV -1 in human peripheral blood is a T-cell that maintains expression of CD4. *Science*, 245, 203.

SCHWARTZ, J. (1989), The politics of AIDS research. *Positively Healthy*, January, pp. 11-12. Richmond, Surrey, U.K.

SELIGMAN, M., CHESS, L., FAHEY, J.L., FAUCI, A.S., LACHMANN, P.J., LAGE-STEHR, J., NGU, J., PINCHING, A.J., ROSEN, ES., SPIRA, T.J. & WYBAN, J. (1984), AIDS An immunologic re-evaluation. *New Engl.J.Med.*, 311, 1286.

SHARKEY, RE. & FOGH, J. (1984), Considerations in the use of nude mice for cancer research. *Cancer Metastasis Rev.*, 3, 341.

SONNABEND, J. (1989), AIDS: an explanation for its occurrence in homosexual men, in »The acquired immunodeficiency syndrome and infections of homosexual men« (Armstrong, D. & Ma, P.) 2nd Edit. (pp. 449-470). Butterworth, Stoneham, Massachusetts.

STEWART, G.T. (1989), Uncertainties about AIDS and HIV. *Lancet*, 1, 1325.

WEISS, R.A. (1989), AIDS: defective viruses to blame? *Nature (Lond.)*, 338, 458.

WEISS, S.H. (1989), Links Between cocaine and retroviral infection. *J. Amer. med. Ass.*, 261, 607.

Additional references:

BLANCHE, S., ROUZIOUX, C., MOSCATO, M.-L.G., et al. (1989), A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1. *New Eng.J.Med.*, 320, 1643.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1990a), Estimates of HIV Prevalence and Projected AIDS Cases: Summary of a Workshop. *MMWR*, 39 (7), 110.

DUESBERG, P .H. (1989e), Duesberg responds. *AIDS-Forschung (AIFO)*, 10,515.

DUESBERG, P.H. (1989f), Duesberg responds. *AIDS-Forschung (AIFO)*, 10,521.

DUESBERG, P.H. (1989g), Noch einmal: HIV und AIDS. *Nachr. Chem. Tech. Lab.*, 37 (12), 1302.

DUESBERG, P .H. (1990a), Responding to the AIDS-Debate. *Naturwissenschaften*, 77, 97.

KURTH, R. (1989), Is HIV the cause of AIDS? An up-to-date reply to the theories of Duesberg. *AIDS-Forschung (AIFO)*, 10, 507.

LINZ, U. (1989), HIV und AIDS. *Nachr.Chem.Tech.Lab.*, 37 (9), 930.

VELIMIROVIC, B. (1989), What actually are the postulates of causation? Some remarks an Duesberg's article »HIV and AIDS: correlation but not causation«. *AIDS-Forschung (AIFO)*, 10, 517.

WARD, J.W, BUSH, T.J., PERKINS, H.A. et al. (1989), The natural history of transfusion-associated infection with human immunodeficiency virus. *New Engl.J.Med.*, 321, 947.

JIN, Z., CLEVELAND, R.P & KAUFMAN, D.B. (1989), Immunodeficiency in patients with hemophilia: an underlying deficiency and lack of correlation with factor replacement therapy or exposure to human immunodeficiency virus. J. Allergy. Clin.Immunol., 83, 165.

Anmerkungen:

1. raum & zeit, Sept. / Okt. 1990, Ehlers-Verlag, Poazlgasteig 5, D-8157 Dietramzell
2. Zu den Ausnahmen gehören u.a. die 2-Monatszeitschrift »raum & zeit«, die Wochenzeitung »DIE ZEIT«, die »Frankfurter Rundschau«, die »Volkszeitung« sowie der Berliner Kabelfernsehsender »Offener Kanal«.
3. Zur Reichschen Krebsforschung siehe im einzelnen: Wilhelm Reich: Die Entdeckung des Orgons, Bd. 2; Der Krebs, Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1974. Außerdem: Einführung Bernd Senf: Die Forschungen Wilhelm Reichs (III), in: emotion 2/1981, Nexus-Verlag, D-6000 Frankfurt/M.; Heiko Lassek und Michael Gierlinger: Zur Bion-Forschung Wilhelm Reichs, in: emotion 9/1989, a.a.O.; Heiko Lassek: Medizinische Erfahrungen mit Orgonbehandlung, in: emotion 10/1990, a.a.O.
4. Anhaltspunkte für einen solchen Zusammenhang werden angeführt von Alan R. Cantwell / Richard A. Blasband: Bionons Tissue Disintegration in Three Patients with AIDS, in: The Journal of Orgonomy, Vol. 22, No. 2, Nov. 1988 (PO. Box 490, Princeton, NJ 08542, USA). Im gleichen Heft des »Journal of Orgonomy« finden sich zwei weitere interessante Artikel über AIDS aus organomischer Sicht: Robert A. Harman: The Emotional Plague as Manifested in the AIDS Hysteria; sowie Robert A. Harman: An Evaluation of the Risk of AIDS Transmission.
5. Siehe hierzu im einzelnen: Wilhelm Reich: Charakteranalyse, 3. Aufl., Kap. 11.3 über die segmentäre Anordnung der Panzerung, Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1970; Wilhelm Reich: Die Entdeckung des Orgons, Bd. 2, Der Krebs, a.a.O., Kap. V - VIII.
6. Siehe hierzu im einzelnen: Wilhelm Reich: Die Entdeckung des Orgons, Bd. 1, Die Funktion des Orgasmus, Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1969.
7. Wilhelm Reich: Massenpsychologie des Faschismus, 3. Aufl., Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1971