

Бојан Жикић¹Одељење за етнологију и антропологију
Филозофски факултет Универзитета у Београду

СТРУКТУРНО НАСИЉЕ КАО ЧИНИЛАЦ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА²

Апстракт: Структурно насиље један је од основних теоријских појмова у савременој медицинској антропологији. Концептуално порекло му је у теологији ослобођења и мировним студијама шездесетих година прошлог века али, у облику у којем је присутан у медицинској антропологији, антропологији уопште и свим научним дисциплинама које се баве друштвеним и културним аспектима људског здравља данас, заснован је у радовима Пола Фармера. Структурно насиље сматра се битним чиниоцем јавног здравља, како у економски најсиромашнијим и друштвено најнестабилнијим земљама у свету, тако и у најразвијенијим земљама, имајући у виду то да у свакој социокултурној средини и у свакој социоекономској формацији постоје друштвене групе чији је здравствени статус угрожен различитим болестима, којима посредују изванмедицински фактори.

Кључне речи: структурно насиље, медицинска антропологија, јавно здравље

Увод

Антрополошко реферисање на насиље, у смислу одређене врсте људског понашања, нужно има социокултурне конотације, а односи се на аспекте таквог понашања који имају јасне друштвене или културне конотације (в. Scheper-Hughes and Bourgeois 2004 и остале текстове из тог зборника). Предмет антрополошког занимања за насиље, дакле, нису индивидуалне људске реакције саме по себи, већ било оне реакције које су социокултурно контекстуализоване, односно условљене, било појединачни елементи социокултурних система или устројство одређених ширих заједница, чак, који доводе у неповољни правни, економски, здравствени, културни итд. положај припаднике одређених друштвених група у оквиру тих система, односно заједница. Појам "структурно насиље" односи се на ту другу, да се тако изразим – системску – врсту насиља, тач-

¹ bzikic@f.bg.ac.rs

² Резултат рада на пројекту МПНИТ 177018.

није, на било какво ограничавање људских могућности које потиче из економских, правних, религијских, културних и политичких структура (Galtung 1969).

Разматрање друштвених и културних појава у кључу структурног насиља дезавуише идеју о томе да се насиље међу људима дешава због тога што је урођено, већ се насиље сматра начином, или последицом, остваривања интереса одређених група људи, одакле се могу апострофирати његови социоекономски корени у различитим облицима: од историјских формација феудализма, црначког ропства, колонијализма, аристократског кастинског устројавања друштва итд, до неолибералних реструктурирања економија земаља у развоју (в. Gill 1999). Структурно насиље појављује се као својеврсна антиномија рационалног и хуманистичког промишљања људског друштва и културе, узевши у обзир то да на насиље – мање-више сврховито – наилазимо у готово свим видовима норматизовања и институционализовања међуљудских односа, тј. у људском друштву и култури, посматраним кроз време и простор (в. нпр. Nedeljković 2011a).

Теоријски концепт структурног насиља примењиван је на различите видове друштвених и културних установа и односа, а највише, вероватно, на оно што је и предмет овог текста – на здравствену проблематику. Оно што је заједничко свим тим применама – било да се ради о установљавању везе између пораста незапослености са повећаном стопом самоубиства или о смртности новорођенчади, било да је реч о изванмедицинским узроцима повећања процента менталних обољења, а све то у високоразвијеним земљама света, или да је у питању, пак, смртност од хроничних и заразних болести у најнеразвијенијим деловима света (Gilligan 1996, Adlam and Scanlon 2009, Loyd 2009, Farmer 1999) – јесте да се инсистира на економској и на политичкој моћи (односно, немоћи), могућности (односно, немогућности) приступа најважнијим друштвеним ресурсима, учествовању (или неучествовању) у расподели друштвеног богатства и томе слично.

Висок степен социоекономске неједнакости увек води ка лошем општем здравственом статусу друштва или заједнице у којој је то случај, где се под тим подразумева подједнако лош квалитет широко дистрибуираних здравствених услуга, огрначеност квалитетне здравствене заштите само на поједине друштвене групе или слојеве, те на услове живота и рада. Лош или погоршани здравствени статус друштва приписује се, обично, смањеној унутрашњој социјалној кохезији, биолошким патогеним чиниоцима и/или природном окружењу. Иако изгледа као да социјална кохезија представља основни предмет антрополошких истраживања на дату тему, преостале групе чинилаца здравственог статуса неког друштва такође су предмет таквих истраживања – било да се ради о ба-

вљењу системом јавних здравствених услуга или о социјалној епидемиологији – *узрочни болести* бивају увек опредмећени у структури проучаваног друштва или заједнице (Vinh-Kim and Peschard 2003).

Структурно насиље, одатле, јесте оно насиље које је укоренено у начину на који су структурирани друштвени односи и установе и оно насиље које се спроводи индиректно самим убеђењем у исправност друштвеног поретка, а које сужава могућности својих жртава да се одупру последицама које оно доноси – било да је у питању епидемија туберкулозе на Хаитију или непокривање одређених здравствених услуга здравственим осигурањем у САД (Farmer 2004). Фармер перпетуирање таквих друштвених услова назива, чак, десоцијализацијом или социјализацијом за немаштину (Farmer 2004, 307, 315), на тај начин се придружујући ставу према којем сврха постојања структурног насиља лежи у произвођењу друштвене моћи, односно у њеном одржавању у затеченом стању (Gilmore 2002).

Структурно насиље појављује се, тако, као значајан чинилац јавног здравља,³ с обзиром на то да представља скуп његових реметилачких елемената. Односи се на социоекономске услове у којима се развија здравствена неједнакост припадника одређеног друштва или заједнице, односно на политичке, религијске или било какве социокултурне услове који представљају нормална, инаберантна својства тог друштва, а који негативно утичу на здравствени статус извесног, или чак преовлађујућег, броја припадника тог друштва. Не представља, најчешће, део осмишљеног угрожавања здравља, већ историјску последицу или производ развоја датог друштва и – како је то већ изнето – на њега се наилази у готово сваком друштву.

Галтунгов концепт и Фармерова надградња

Према Парсонсу, у филозофији и политичкој теорији, насиљем се у основном смислу сматра наношење физичке или психичке штете некоме применом екстремне физичке силе, а где насиље није само себи сврха већ служи махом као средство за остваривање контроле, моћи, или утицаја (Parsons 2007, 174). Иако се такво одређење насиља може сматрати

³ Термин "јавно здравље" односи се на здравствено стање, односно, на општи здравствени статус неког (или било ког) друштва или заједнице, док јавно здравство", као сличан термин, означава систем јавних здравствених услуга. Оба израза разликују се од преовлађујуће конотације енглеског термина *public health*, који је Винслоу употребио да означи науку о јавном здрављу и јавном здравству, чији је циљ превенција болести и омогућавање друштвених услова за здрав живот, в. Winslow 2011[1935].

исувише уским – узевши у обзир истраживања која се баве насиљем у другим друштвено-хуманистичким дисциплинама (в. нпр Nedeljković 2011a, b и тамо наведену литературу) – управо због тога што не инсистира на активној, динамичкој компоненти насиља, већ наглашава пре његову каузалну компоненту као смисао посезања за њим, дато одређење је сте релевантно за појам структурног насиља. Појам "структурно насиље" појавио се у релевантној научној литератури у време када је сматрано, с једне стране, да су неоколонијализам и могући међублоковски конфликт претња опстанку цивилизације саме по себи, а с друге, да – перпетуирајући постојеће социоекономске структуре – истовремено представљају и неку врсту друштвеног "оправдања" за постојање, опстајање, а можда и продубљивање, економске, политичке и друштвене неједнакости, на чему је посебно инсистирала теологија ослобођења (имајући у виду, додуше, пре свега стање у Латинској Америци) (в. нпр. Boff 1989).

Теолози ослобођења (в. Boff 1987) говорили су о "порочним" или о "злим" структурама, мислећи притом подједнако на социоекономска и политичка устројства земаља Јужне Америке и на постојање већих и мањих сила у међународним односима, држећи такве структуре одговорним за политичке неправде, сиромаштво, глад, неписменост, хроничне болести итд., померајући на тај начин фокус одређења насиља ка ономе што ће Галтунг означити као дискурс насиља, идентификујући тиме одговарајуће стање у друштву и погледе на њега, који се сматрају нормалним, или уобичајеним, а чија последица јесте онемогућавање пуног реализовања људских потенцијала, како на индивидуалном, тако и на групном плану (Galtung 1969, 173). Такво насиље структурно је због тога што потиче од неравномерне расподеле моћи у друштву. У међународним односима, оно се испољава кроз депривирање основних људских потреба: припадници група који су погођени њиме не могу да учине практично ништа да би му се одупрли, имајући у виду то да су аутсајдери у друштву у којем живе, те да се дати социоекономски поредак не доживљава ни на један начин као аберантан или опресиван од стране оних који поседују друштвену, политичку и економску моћ (Galtung 1990, 1969).

Јасно је да се Галтунгово виђење насиља – као социоекономски, а самим тим и политички, културно итд. структурно укорененог – може узети као својеврсни кровни концепт за разматрање различитих видова друштвене или културне неправедности и неправде (уп. нпр. Parsons 2007, Venkatesan et al. 2007, Parker and Aggleton, 2003, Farmer et al. 2006). Усредсређивање на то коме се и каква се штета наноси деловањем скупа конкретних узрочника, описаних заједно као "структурно насиље", односно на дискриминацију и угњетавање с једне стране, те истовремено на њима узроковану патњу, с друге стране, постало је темељ Фармерових истраживања, те доброг дела медицинске антропологије и социјалне ме-

дицине, посвећеног емпиријском изучавању тога на који начин дискурзивна, симболичка, политички неделегирана моћ, која се не доводи у питање унутар неке заједнице или друштва, постаје – посредно или непосредно – извориште угрожавања здравственог статуса дате заједнице или друштва, односно самих темеља на којима је изграђено, због тога што не постоји јасна културна свест или нормативизација тога, да се ради о нечему штетном или социокултурно ненормалном (в. нпр. Farmer 1993, 2003, 2004; Scott-Samuel et al. 2009; Scheper-Hughes and Bourgeois 2004).

Основна Фармерова идеја јесте да структурно насиље (у сваком погледу, премда он говори превасходно о здрављу) највише погађа најсиромашније (који су уједно и политички најмање моћан део светске популације)⁴ а да су политичке одлуке и економски ангажман једини начин за унапређење здравственог статуса свих оних који из економског, политичког, религијског или било којег другог разлога немају приступ квалитетним здравственим услугама и условима живота било где у свету, указујући на то да, посматрани из перспективе најсиромашнијих и самим тим здравствено најугроженијих становника Хаитија и САД, комбинација статистички гледано доминантне беде и инфраструктурног хаоса на Хаитију и ригидан, рестриктиван, систем здравственог осигурања у САД, изгледају мање-више исто, износећи мишљење да комодификација здравствених услуга представља битан елемент структурног насиља (Farmer 1999, 1997; Farmer et al. 2006).

Фармеров постулат да је здравље (односно, могућност живота у чистом и хигијенском здравственом простору, приступ незагађеној води за пиће и храни, одговарајућа здравствена нега) темељно људско право које не може бити субординисано или супституисано другим видовима људских права, као и истраживачки став да су здравствено најугроженији уједно и друштвено и културно "најудаљенији" (припадници маргиналних и маргинализованих друштвених група) те да је патња (у психолошком и здравственом уопште смислу) нешто што не подлеже квантификацији (Farmer 1997; Farmer et al. 1996; Naricharan 2008) – постали су кључни за квалитативни истраживачки приступ медицинских антрополога. Овакав приступ усмерен је, с једне стране, на представљање примера здравствене беде изазване културним, политичким или економским чи-

⁴ Не треба мешати политичку (не)моћ са политичком обесправљеношћу. У складу са својим емпиријским истраживачким искуством, Фармер говори о томе како номинално, законско, постојање и спровођење основних људских права не мора бити довољно, прво – да би се та права остварила у потпуности за све категорије становништва неке земље, а друго – да постоји велики раскорак између релативно задовољења основних права и приступа друштвеној моћи, одлучивању и управљању (уп. Farmer 1999).

ниоцима (в. нпр. Farmer 2006; Morales and Bejarano 2009; Ericson 2009; Argento 2011), а с друге, на разматрање покушаја одупирања сопственом маргинализовању, или маргинализацији, путем поступака који за последицу имају систематско угрожавање, тј. нарушавање сопственог здравља (в. нпр. Singer 2001, 2004; Rhodes et al. 2008).

Структурно насиље и јавно здравље

Структурно насиље посматра се као својеврсан извор дуготрајног поремећаја здравственог статуса популације на одређеној територији или припадника одређене друштвене групе. На основу истраживања јавне здравствене проблематике у којима је примењиван дати концепт да би се објаснили изванепидемиолошки узроци појаве или опстајање неких болести у одговарајућем социокултурном контексту – те, самим тим, често, да би се дали предлози друштвеног интервенисања којим би се променило такво стање – може се закључити да су основни саставни елементи датог концепта следећи: пре свега усмереност на заразне болести (иако се тиме не ограничавају врсте обољења или повреда које су разматране као (могуће) последице структурног насиља); приписивање производње структурног насиља друштвеним групама или слојевима који се могу означити као друштвено или економски повлашћени, односно, као они који имају највећу улогу у управљању друштвом и међународним односима (при чему се тако нешто не приписује свесној намери или жељи да се науди другом, већ потреби одржања унутрашњег или међународног поретка, пре свега у економском смислу, ради задовољења сопствених интереса); истраживачко интересовање за економски неразвијене, или на други начин (на пример ратом или природним несрећама) разорене средине, односно, интересовање за маргиналне и маргинализоване друштвене групе у било којој социокултурној средини.

У антропологији и другим друштвеним и хуманистичким дисциплинама, проучавање појаве AIDS-а као нове куге која се шири незаустављиво – како је то изгледало осамдесетих година прошлог века а то чини, пре свега, у популацијама које живе на ивици савременог, западног друштва, или на ивици егзистенције у неразвијеном свету – веома је рано, пак, било оријентисано ка разматрању социокултурних чинилаца те епидемије. Није требало дуго како би се схватило да је пресек скупова економске и друштвене (не)моћи онај чинилац који највише доприноси развоју епидемије. Социокултурне околности – за које је установљено да погодују ширењу биолошких агенса синдрома стеченог недостатка имунитета, различитих полно преносивих болести, или хепатитиса Ц, рецимо – уклапају се у одређење структурног насиља, било да се ради о еко-

номској депривацији, о културном стигматизовању, правном селективном нормирању приступа здравственим услугама, или о друштвено условљеном насиљу (в. нпр. Beattie et al. 2010; Sushena et al. 2012; Rhodes et al. 2008).

С друге стране, тврди се да и болести које нису "својство" маргиналних друштвених група, а које у виду епидемија захватају бројчано велике популације на широком простору, (попут, на пример, колере и туберкулозе) имају социокултурне основе које се не разликују претерано од малопре споменутих, иако се сматра да су им заједнички именитељ сиромаштво и друштвени неред. Може се рећи и да истраживачи инсистирају на томе да (барем у западном свету) сиромаштво представља производ продужене друштвене нестабилности, односно, разарања друштвених институција, а поврх свега саобраћајне, стамбене и санитарне инфраструктуре. Тачније, да није и да не може бити феномен по себи, да је историјски условљено, а најчешће чиниоцима који спољашњи у односу на популације које су угрожене датим заразним болестима (в. Watts 1999; Briggs 2004; Loyd 2009; Farmer 2004).

Друштвена и економска неједнакост узимају се као основни постулати потојања свега онога што конотира појам "структурно насиље" (Farmer 2004). Док је за економску неједнакост јасно на шта се односи, може да се постави питање шта треба сматрати друштвеном неједнакошћу у овом контексту, односно, има ли смисла спомињати је одвојено од економске неједнакости. Сврха наглашавања друштвене неједнакости, као чиниоца који утиче негативно на здравствени статус одређених људских група, лежи у самом одређењу структурног насиља. Овакво одређење, наиме, говори о немогућности развоја или реализације нечијих могућности – у овом случају за постизање и одржавање оптималног личног здравља – и односи се на оно што истраживачи перципирају као системске, односно, друштвене структурне препреке томе. Правни статус одређених друштвених група – при чему се спомињу најчешће имигранти, али ту можемо убројати и избегла и интерно расељена лица, па чак и припаднике одређених мањинских група – јесте један од примера тога на шта се односи појам друштвене неједнакости у контексту структурног насиља као чиниоца јавног здравља: немогућност остваривања законских права на јавну здравствену заштиту услед нерегулисаног правног статуса, немогућност приступа боље плаћеним пословима, прихватање рада у тежим и нездравим условима и томе слично (в. нпр. Wacquant 2004; Жикий 2011а,б; Holmes 2006; Quesada et al. 2011).

Други такав пример представља перпетуирање нормативног социокултурног поретка стигматизовањем, а самим тим маргинализовањем и својеврсним изоловањем припадника одређених популација, чиме се они на извештан начин одбијају од коришћења услуга јавног здравства зарад

како медицинских проблема изазваних њиховим стигматизованим праксама, тако и здравствене превентиве и здравствених проблема уопште. Истина јесте да се то односи на, пре свега, популације попут сексуалних радница или мањинских сексуалних група, али – схваћено у смислу тога да суштина структурног насиља јесте ограничавање економских, здравствених, друштвених уопште могућности наметањем институционализованих неједнакости – може се односити и на жене, односно на етничке мањине, при чему се потоња категорија посебно наглашава као жртва структурног насиља у западним друштвима (в. Padilla et al. 2007; Chakrapani et al. 2007; Pool and Geissler 2005; Roberts 2009).

На основу тога, није тешко закључити због чега истраживањима везаним за структурно насиље и јавно здравље непосредни социокултурни контекст пружају заједнице које су сиромашне, обесправљене (или их истраживачи виде на тај начин), те које су друштвено искључене у било ком делу света. Такве заједнице не морају бити по правилу мањинске или маргиналне, као што је то случај са уочавањем повезаности дуготрајног економског осиромашења и пораста различитих врста обољења, укључујући и она која узрокују самоубиства у Енглеској (в. Roberts 2009). Преовлађујући број истраживања ипак се односи на здравствену вулнерабилност произведену социоекономским чиниоцима у популацијама које немају великог или никаквог удела у расподели друштвене моћи и богатства.

У питању су мањинске заједнице које номинално имају једанк приступ сличним условима живота, те програмима социјалне и здравствене заштите колико и од њих повлашћеније групе у датом друштву, али код којих се уочава негативан диспарат у третирању одређених болести: пре свега оних болести које се преносе путем крви, али и хроничних обољења – како услед не сасвим одговарајућег медицинског третмана условљеног предрасудама о томе да ти људи не воде довољно рачуна о свом здрављу, тако и услед тога што њихово здравствено осигурање поставља већа ограничења у погледу здравствених услуга које покрива него код припадника повлашћенијих друштвених група (в. Parker 2002; Farmer et al. 2006). Дакле, у питању су заједнице које живе у нехигијенским условима у неразвијеним деловима света, или нежељени европски гости, илегални имигранти из Африке, којима се често одбија и основна медицинска помоћ, поред тога што, такође, представљају објекат стигматизације у погледу њихових здравствених и хигијенских навика (в. нпр. Gray 2010; Larchanché 2012).

Наведени основни елементи теоријског концепта структурног насиља, као и поглавито отворено антиглобалистичко позиционирање оних истраживача који сматрају да тај концепт служи делатној, примењеној и хуманистички оријентисаној антропологији, односно дисциплинама посвећеним таквом приступу проблематици јавног здравља – оличен у ста-

вовима попут оног који тврди да, сагледана из перспективе структурног насиља, глобализација ствара услове опште социоекономске и здравствене вулнерабилности (Morales and Bejarano 2009; Parsons 2007) – може да се сагледа и као заузимање јасног политичког левичарског става, али се тада, из неутралније перспективе, може поставити питање да ли је свако истраживање које наглашава економско сиромаштво или друштвену обесправљеност заправо испољавање политичког или става инспирисаног оним што сматрамо да би требало да буду цивилизацијске норме, с обзиром на то да свака заједница и свако друштво, односно савремена цивилизација у целини, има користи од смањења или искорењења сиромаштва – користи саме по себи, а поготово користи у социјално-епидемиолошком и у уопштено здравственом смислу (уп. Chasin 2004).

Схватање начина на које, на основу припадности одређеној социоекономски депривираној или на други начин маргинализованој популацији, различита друштва постављају структурне препреке својим члановима у погледу здравственог збрињавања; затим, покушаји установљаванја широко доступних система јавне здравствене заштите у неразвијеним деловима света, као и спремности развијених друштава да финансијски и правно подрже квалитетан систем услуга јавне здравствене заштите који би био доступан што је могуће већем броју њихових чланова – отуда, представљају више интелектуалне, односно концептуалне предуслове за примену резултата одговарајућих истраживања неголи оквир политичких ставова (Simmons 2010).

Неолиберална глобализација по себи још увек не представља посебан проблем у оквиру истраживања структурног насиља јавног здравља. Међутим, уочено је то да њени ефекти, оличени у захтевима за преиспитивање система јавних здравствених услуга – како у земљама које су биле у процесу друштвене и економске транзиције у протекле две деценије (или јесу још увек у том процесу на одређени начин), тако и у западним земљама – не доприносе квалитету тих услуга. Усредсређивање на профит, као на главни циљ пружања здравствених услуга – а у шта су подједнако укључени медицински и фармаколошки сектор – сагледава се као извор неједнакости у погледу могућности здравствене превенције и збрињавања у развијеном свету, те је праћено проширивањем круга оних који не припадају депривираним друштвеним групама, а чије се могућности за коришћење здравствених услуга сужавају и свде на медицински не сасвим адекватне и застареле третмане, дуготрајно чекање на прегледе и лоше услове у јавним здравственим установама (Vinh-Kim and Peschard 2003).

Имајући у виду то да слабљење јавног здравственог (али и образовног) сектора представља перпетуирање структурног насиља, његово проширивање на цело друштво у условима у којима је то друштво довољно сиромашно (или тренутна економска ситуација јесте таква да је тек мањина

његових припадника у стању да себи приушти квалитетну приватну здравствену заштиту), за разлику од политичара и економиста, истраживачи јавног здравља препоручују јачање јавног здравственог сектора (в. нпр. Mukherjee et al. 2011). Чињеница је да економизација и профитација здравствених услуга не води суштински квалитетној услузи већ јој је циљ зарада, при чему се не води заиста рачуна о здравственим потребама корисника, већ о економским потребама оних који пружају медицинску или фармаколошку услугу.⁵ За Фармера, није случајно то што, рецимо, управо Куба има најнижу преваленцу HIV-а на западној хемисфери. Он тврди да добро организован и широко доступан систем јавне здравствене заштите, у чијем се средишту налази квалитет здравствене услуге а не профит, утиче позитивно на спречавање социјално епидемиолошких ризика. Одатле, није неочекивано то да ризик од различитих полно и крвљу преносивих болести расте у (европским) земљама у транзицији, односно – имајући у виду на системско растакање јавног здравства у њима – у оним земљама које су је непосредно прошле (Farmer 2004).

Завршна разматрања

Одређени аутори структурно насиље виде као концепт који критичку и акциону медицинску антропологију одваја од "обичне", истраживачке. С обзиром на то да концепт конотира структурне детерминанте здравља (попут сиромаштва, политике и глобализације), болести и епидемије бивају сагледане као последица својеврсне "патологије моћи", док се као задатак антропологије не види искључиво аналитички напор, у смислу посматрања културних аспеката болести и здравља, већ и прагматични напор у циљу "излечења" последица друштвених неједнакости које се испољавају кроз разноврсну здравствену вулнерабилност бројних популација (Massé 2007). Питање сигурно јесте колико је антропологија, или било која друштвена наука, у стању да *решава* друштвене проблеме а колико је могуће да њени резултати буду *део* таквих решења. За то је, опет, неопходно обавити онај "обични", истраживачко-аналитички, део посла који почива на детаљним етнографским извештајима или на описима услова који се сматрају чиниоцима структурног насиља, у смислу њиховог што темељнијег и што прецизнијег социокултурног контекстуализовања укључујући ту и евентуална историјска знања о датом контексту, а која се односе на настанак, развој или промену тих чинилаца у датом контексту. Тачније, која се односе на узроке који су довели до стања које је и предмет разматрања.

⁵ Илустративан случај може се прочитати у Nedeljković 2011 b, 446-447.

Када су у питању социокултурне средине у неразвијеним деловима света, а у којима по правилу здравствене последице структурног насиља осећа већина популације, вероватно се можемо сложити с Фармером, који – на основу сопствених истраживања али и резултата других истраживача – сматра да су основни узроци беде коју описујемо као структурно насиље: колонијализам, (западни) интервенционизам и корупционашке домаће власти (уп. Farmer 1999, 2003, 2004). Та беда историјски је условљена и потиче од систематског развоја друштвене неједнакости, чија последица (не само на Хаитију или у Уганди) јесте то да велики део домаћег становништва, ако не и већина, живи у проблематичним хигијенско-санитарним условима, да нема приступ одговарајућој здравственој заштити и нема сталне или сигурне изворе прихода. С друге стране, онда када говоримо о западним или о развијенијим друштвима уопште, структурно насиље, као чинилац јавног здравља, пре свега се појављује се кроз слабљење јавног здравственог сектора и кроз комодификацију медицинских и фармаколошких услуга на рачун њиховог квалитета – посматрано из корисничке перспективе, наравно (в. нпр Santana 2002, Mclean et al. 2003).

На крају крајева, сваки истраживачки резултат у погледу тога шта негативно утиче на јавно здравље у различитим социокултурним контекстима (самим тим и на здравствени статус готово сваког друштва на овој планети) а чији је циљ да предложи мере за поправљање таквог стања (односно за отклањање последица деловања чинилаца структурног насиља на здравље људи) може да се опише онако како је то формулисао Фармер, пишући о томе шта је потребно за искорењивање туберкулозе на Хаитију; тачније – за предупређење њеног развоја, а мислећи, наравно, на социоекономске услове: "новац и политичка воља" (Farmer 2004, 317). То доводи до закључка да свака прича о (структурним) интервенцијама, о поправљању друштвеног стања, о решавању друштвених проблема и томе слично, а која се односи на јавно здравље и јавно здравство јесте подједнако и прича о новцу, односно о социоекономском устројству система или заједнице о којој је реч, о начинима расподеле и проблематици тога шта би, и за кога, била праведнија прерасподела друштвеног богатства.

Остаје отворено питање колико ће антропологија, или друштвене и хуманистичке науке у целини, бити уопште у позицији да се баве таквим стварима у некој (могуће је, не толико далекој) будућности, а у свету у којем различити друштвени управљачи сматрају да смањење трошкова за научна истраживања представља начин за остваривање одрживог друштвеног и економског развоја. Колико ће у таквим условима бити – од стране тих истих друштвених управљача – обраћана пажња на проблематику јавног здравља и на било шта што би се могло сматрати инхерентно

неконзистентним с комодификацијом уопште, тешко је рећи. Међутим, на основу резултата досадашњих истраживања на ту тему, као и имајући у виду трендове у друштвеном развоју најразвијенијих земаља света, процене могу бити искључиво песимистичке.

Литература:

- Adlam, John and Christopher Scanlon. 2009. Disturbances of "groupishness"? Structural violence, refusal and the therapeutic community response to severe personality disorder. *International Forum of Psychoanalysis* 18 (1): 23-29.
- Argento, Elena, Sushena Reza-Paul, Robert Lorway, Jinendra Jain, M. Bhagya, Mary Fathima, S. V. Sreeram, Rahman Syed Hafeezur and John O'Neil. 2011. Confronting structural violence in sex work: lessons from a community-led HIV prevention project in Mysore, India. *AIDS Care* 23 (1): 69-74.
- Beattie, Tara S.H, Parinita Bhattacharjee, B.M. Ramesh, Vandana Gurnani, John Anthony, Shajy Isac, H.L. Mohan, Aparajita Ramakrishnan, Tisha Wheeler, Janet Bradley, James F. Blanchard, Stephen Moses. 2010. Violence against female sex workers in Karnataka state, south India: impact on health, and reductions in violence following an intervention program. *BMC Public Health* 10: 476.
- Boff, Leonardo. 1987. *Crkva, karizma i vlast. Ogledi o vojujućoj ekleziologiji*. Zagreb: Stvarnost.
- Boff, Leonardo. 1989. *Faith on the edge: Religion and marginalized existence*. San Francisco: Harper and Row.
- Briggs, Charles L. 2004. Theorizing modernity conspiratorially: Science, scale, and the political economy of public discourse in explanations of a cholera epidemic. *American Ethnologist* 31 (2): 164-87.
- Chakrapani, Venkatesan, Peter A. Newman, Murali Shunmugam, Alan McLuckie, and Fredrick Melwin. 2007. Structural Violence Against Kothi-identified Men who have Sex with Men in Chennai, India: A Qualitative Investigation. *AIDS Education and Prevention* 19 (4): 346-364.
- Chasin, Barbara H. 2004. *Inequality and violence in the United States: casualties of capitalism*. New York: Humanity Books.
- Ericson, Megan. 2009. The Intersection of Anthropology and Medicine as Portrayed in Paul Farmer's Photo Album. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 82 (4): 163-165.
- Farmer, Paul. 1997. "On suffering and structural violence: a view from below". *Y Social suffering*, eds. Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock, 261-284. Berkeley, CA: University of California Press.

- Farmer, Paul. 1999. *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, Paul. 2004. An Anthropology of Structural Violence, *Current Anthropology* 45 (3): 305-325.
- Farmer, Paul. 2006. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Farmer, Paul, Margaret Connors, Janie Simmons, eds. 1996. *Women, poverty and AIDS*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Farmer, Paul E. Bruce Nizeye, Sara Stulac, Salmaan Keshavjee. 2006. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med* 3 (10): e449.
- Galtung, Johan. 1969. Violence, peace and peace research. *Journal of Peace Research* 6 (3): 167-191.
- Galtung, Johan. 1990. Cultural Violence. *Journal of Peace Research* 27 (3): 291-305.
- Gilligan, James. 1996. *Violence: reflections on our deadliest epidemic*. London: Jessica Kingsley.
- Gilmore, Ruth Wilson. 2002. Fatal couplings of power and difference: Notes on racism and geography. *The Professional Geographer* 54 (1): 15-24
- Gill, David G. 1999. Understanding and overcoming social-structural violence. *Contemporary Justice Review* 2 (1): 23-35.
- Gray, Sandra. 2010. 'Someone Dies in Your Lap': Structural, Ecological and Political Effects on Child and Maternal Health Care Decisions, Moroto District, Uganda, 2004. *Nomadic Peoples* 14 (2): 44-71.
- Haricharan, H. 2008. Anthropologist to activist: Paul Farmer's changing perspectives on cultural difference and human rights. 31 (1/2): 30-38.
- Holmes, Seth M. 2006. An Ethnographic Study of the Social Context of Migrant Health in the United States. *PLoS Med* 3 (10): e448.
- Loyd, Jenna M. 2009. "A Microscopic Insurgent": Militarization, Health, and Critical Geographies of Violence. *Annals of the Association of American Geographers* 99 (5): 863-873.
- Larchanché, Stéphanie. 2012. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. 74 (6): 858-863.
- Massé, Raymond. 2007. Between Structural Violence and Idioms of Distress: The Case of Social Suffering in the French Caribbean. *Anthropology in Action* 14 (3): 6-17.
- McLean, Carl, Catharine Campbell, Flora Cornish. 2003. African-Caribbean interactions with mental health services in the UK: experiences and expectations of exclusion as (re)productive of health inequalities. *Social Science & Medicine* 56 (3): 657-69.

- Morales, Maria Cristina and Cynthia Bejarano. 2009. Transnational sexual and gendered violence: an application of border sexual conquest at a Mexico–US border. *Global Networks* 9 (3): 420-439.
- Mukherjee, Joia S, Donna J. Barry, Hind Satti, Maxi Raymonville, Sarah Marsh and Mary Kay Smith-Fawzi. 2011. Structural Violence: A Barrier to Achieving the Millennium Development Goals for Women. *Journal of Women's Health* 20 (4): 593-597.
- Nedeljković, Saša. 2011a. *Kultura i nasilje. Pojmovi i paradigme*. Kruševac: Baštinik.
- Nedeljković, Saša. 2011b. *Kultura i nasilje. Antropološki pristup proučavanju naličja nasilja*. Kruševac: Baštinik.
- Padilla, Mark B, Ernesto Vasquez del Aguila, and Ricgard G. Parker. 2007. "Globalization, structural violence, and LGBT health: A cross-cultural perspective". In *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, eds. Ilan.H. Meyer and Mary.E. Northridge, 208-241. New York: Springer.
- Parker, Richard. 2002. The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. *American Journal of Public Health* 92 (3): 343-46.
- Parker, Richard, Peter Aggleton. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine* 57 (1): 13-24.
- Parsons, Kenneth A. 2007. Structural Violence and Power. *Peace Review: A Journal of Social Justice* 19: 173-181.
- Pool, Robert, Wenzel Geissler. 2005. *Medical anthropology. Understanding Public Health*. Buckingham: Open University Press.
- Hart, Bourgois. 2011. Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. 30 (4): 339-362.
- Rhodes, Tim, Milena Simic, Sladjana Baros, Lucy Platt and Bojan Žikić, 2008. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ* 337: a811.
- Roberts, Jane H. 2009. Structural violence and emotional health: a message from Easington, a former mining community in northern England. *Anthropology & Medicine* 16 (1): 37-48.
- Santana Paula. 2002. Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science and Medicine*. 55 (1): 33-45.
- Scheper-Hughes, Nancy and Philippe Bourgois. 2004. "Introduction: Making sense of violence". In *Violence in war and peace: An anthology*, ed. Nancy Scheper-Hughes and Philippe Bourgois, 1-27. Oxford: Blackwell.
- Scott-Samuel, Alex, Debbi Stanistreet and Paul Crawshaw. 2009. Hegemonic masculinity, structural violence and health inequalities. *Critical Public Health* 19 (3-4): 287-292.

- Simmons, D. 2010. Structural Violence as Social Practice: Haitian Agricultural Workers, Anti-Haitianism, and Health in the Dominican Republic. 69 (1): 10-18.
- Singer, M. 2001. Toward a bio-cultural and political economic integration of alcohol, tobacco and drug studies in the coming century. *Social Science and Medicine* 53 (2): 199-213.
- Singer, M. 2004. The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin* 69 (1): 9-19.
- Singer, M. and Scott Clair. 2003. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. 17 (4): 423-41.
- Sushena Reza-Paul, Rob Lorway, Nadia O'Brien, Lisa Lazarus, Jinendra Jain, M. Bhagya, Fathima Mary P, Venukumar KT, K.N. Raviprakash, James Baer, Richard Steen. 2012. Sex worker-led structural interventions in India: a case study on addressing violence in HIV prevention through the *Ashodaya Samithi* collective in Mysore. *Indian Journal of Medical Research* 135 (1): 98-106.
- Vinh-Kim, Nguyen and Karine Peschard. 2003. Anthropology, Inequality, and Disease: A Review. *Annual Review of Anthropology* 32: 447-74.
- Wacquant, Loïc. 2004. On the strategic appeal and analytic perils of 'structural violence.' Comment on Farmer 2004. *Current Anthropology* 45 (3): 322-323.
- Watts, Sheldon. 1999. *Epidemics and history: Disease, power and imperialism*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Winslow, C. E. A. 2011[1935]. Fifteen Years of the Committee on Administrative Practice: II⁶. The Evolution of the Program. *American Journal of Public Health* 101 (5): 796-798.
- Жижић, Бојан. 2011а. Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргинализованих друштвених група. *Етноантрополошки проблеми* 6 (3): 783-805.
- Жижић, Бојан. 2011б. Друштвени чиниоци здравствене вулнерабилности маргиналних друштвених група. *Антропологија* 11 (3): 9-23.

Primljeno: 10.3.2013.

Prihvaćeno: 28.5.2013.

⁶ Напомена уредништва АЈоПН: An excerpt from C. E. A. Winslow, 1935. Fifteen Years of the Committee on Administrative Practice: II. The Evolution of the Program. *American Journal of Public Health* 25 (12): 1303-1316.

Bojan Žikić

STRUCTURAL VIOLENCE AS A FACTOR IN PUBLIC HEALTH

Structural violence is one of the basic theoretical concepts in the contemporary medical anthropology. Its conceptual origin lies in the liberation theology and the peace studies of the 1960s but the form in which it is present in medical anthropology, anthropology in general and in all the scientific disciplines concerned with social and cultural aspects of human health today it owes to the works of Paul Farmer. Structural violence is considered to be an important element of public health in economically poorest and socially unstable countries as well as in the most developed countries, considering that in every sociocultural environment and socioeconomic formation there are social groups whose medical status is threatened by various diseases mediated by non-medical factors.

Key words: structural violence, medical anthropology, public health