

Јелена Вукићевић

Етнографски институт САНУ

jelena.vukicevic@ei.sanu.ac.rs

Критичка медицинска антропологија

– развој, тезе, концепти¹

Апстракт:

Критичка медицинска антропологија је грана медицинске антропологије настала седамдесетих година 20. века. Обликована под утицајем политичке економије здравља, односно марксистичке традиције на којој се ова перспектива темељи, критичка медицинска антропологија феномене у вези са болешћу, здрављем и лечењем сагледава у контексту светског капиталистичког система. У оквиру ове гране медицинске антропологије, интерпретације, веровања, праксе и искуства на локалном нивоу, међу припадницима неке културе, повезују се са политичким и економским процесима на макронивоу који су последица глобалног ширења капитализма, а фокус је на односима моћи и неједнакости. Овај рад има за циљ да представи развој, основне тезе и концепте критичке медицинске антропологије.

Кључне речи:

критичка медицинска антропологија, преглед, развој, тезе, концепти.

Критичка медицинска антропологија је грана медицинске антропологије која повезује микро и макрониво анализе, сагледавајући феномене у вези са болешћу, здрављем и лечењем у контексту светског капиталистичког система (Baer *et al.* 1986, 2004; Singer 1986,

¹ Текст је резултат је рада у Етнографском институту САНУ који финансира Министарство науке, технолошког развоја и иновација РС, на основу Уговора о реализацији и финансирању научноистраживачког рада НИО у 2024. години број 451-03-66/2024-03/ 200173 од 05.02.2024. Рад представља прилагођену верзију дела докторске дисертације под називом „Културна концептуализација здравствених ризика као средство друштвене контроле на примеру законског регулисања употребе алкохола и дувана у савременој Србији“, одбрањене на Филозофском факултету у Београду 2016. године.

1989, 1990, 1995, 2004; Morsy 1979; Baer 1997; Singer and Baer 2018). Медицински антрополози који заступају критичку перспективу инсистирају на томе да је разумевање феномена на микронивоу немогуће без разумевања утицаја који на њега врши шири контекст, али и начина да се тај утицај, који је производ њихове интеракције, реализује (Baer *et al.* 1986, 2004; Singer 1986, 1989, 1990, 1995, 2004; Morsy 1979; Baer 1997; Singer and Baer 2018). У складу са тим, они у анализи феномена у вези са здрављем, болешћу и лечењем интерпретације, веровања, праксе и искуства на локалном нивоу, међу припадницима неке културе, повезују са политичким и економским процесима на макронивоу који су последица глобалног ширења капитализма (Singer 1986, 1989, 1990, 1995, 2004, 2009; Baer *et al.* 1986, 2004; Baer 1997, 2004, 2008, 2011; Singer and Clair 2003; Singer *et al.* 2011; Singer and Baer 2009, 2018; Farmer 2002, 2004). Критички оријентисане медицинске антропологе занима какав ефекат глобални политичко-економски процеси остварују у области здравља на макронивоу и какав је одговор на ове утицаје на локалном нивоу. Акцент стављају на односе моћи и неједнакости својствене капиталистичком систему, истичући да се они преносе у све домене друштва и културе, укључујући и домен здравља (Baer *et al.* 1986, 2004; Singer 1986, 1989, 1990, 1995, 2004; Morsy 1979; Baer 1997, 2004; Singer and Baer 2018). Фокус медицинских антрополога који заступају критички приступ је на односима моћи и неједнакости који се успостављају на основу класне припадности, мада они не занемарују ни односе моћи и неједнакости који почивају на раси, етницитету, касти, роду, регији и религији. У теоријском моделу критичке медицинске антропологије кључно место заузимају следеће теме и области проучавања: друштвено порекло болести и лошег здравственог стања; здравствене политике, алокација здравствених ресурса и улога државе у области здравља и здравствене неге; друштвени односи међу медицинским традицијама на националном и транснационалном нивоу; повезаност медицинских система са њиховим политичко-економским контекстом; искуство оболелог у контексту хегемоније и отпора (Singer and Baer 2018, 61). Ниво анализе се креће од макро, интермедијарно и микро друштвеног, па до индивидуалног (Singer and Baer 2018, 63). Макро друштвени ниво се односи на светски капиталистички систем, корпоративни и државни сектор, плуралне медицинске системе и здравствене политике, интермедијарни на интеракцију између ад-

министративног и медицинског особља, микро на однос између лекара/излечитеља и пацијента, док индивидуални ниво обухвата пацијентову мрежу подршке, његов искуствени одговор на болест и људски психобиолошки систем (Singer and Baer 2018, 63).

Развој и основне тезе критичке медицинске антропологије

Критичка медицинска антропологија је почела да се формира током седамдесетих година 20. века, мада се корени перспективе политичке економије здравља коју заговара везују за средину 19. века.² Свест о друштвеном пореклу болести није имала утицаја на медицинску антропологију све до 1970-их година, када је све већи значај почео да се придаје политичко-економској димензији (Singer 2004, 24-25; Baer *et al.* 2004, 38). У овом периоду дошло је до ширих парадигматских промена у оквиру друштвених наука које су подазумевале увиђање контекстуалне условљености научне делатности (Singer and Baer 2018, 59). Кључну улогу у овој промени перцепције која подразумева схватање да не постоји ништа изван историјског и друштвеног контекста, као тачка универзалне и објективне истине, имао је рад Карла Маркса (*Karl Marx*) и Мишела Фукоа (*Michel Foucault*) (Singer and Baer 2018, 59). Појава ове шире критичке перспективе била је контекст у којем је настала критичка медицинска антропологија, преиспитујући тадашње стање у оквиру

2 Зачетницима перспективе политичке економије здравља сматрају се Фридрих Енгелс (*Friedrich Engels*) и Рудолф Вирхов (*Rudolf Virchow*) (Singer 2004, 25; Baer *et al.* 2004, 19). Вирхов и Енгелс су учили да се болест не може тумачити искључиво као биолошки феномен јер друштвени фактори играју значајну улогу у њеној појави. Средином 19. века Енгелс је написао дело „Положај радничке класе у Енглеској“ („*Die Lage der arbeitenden Klasse in England*“) у којем је као главне узроке учестале појаве болести и преране смрти код радничке класе у Енглеској идентификовао лоше услове рада и живота – организацију односа производње у капитализму, лоше услове становања, пренасељеност градова, лошу вентилацију, хроничну несташницу хране, претерану конзумацију алкохола, лошу распоређеност лекара (Baer 1982, 2; Baer *et al.* 2004, 53). Према Енгелсу, лоше здравствено стање радника у индустријском капитализму потиче од његове репресивне класне структуре због које се радничка класа налази у изузетно лошем положају, што доводи до честе појаве болести и преране смрти. Вирхов је, проучавајући неколико епидемија у Немачкој током 1840-их, уочио да материјални услови свакодневног живота људи на послу, у кући и у ширем друштву утичу на појаву болести – што су ови услови неповољнији, могућност појаве болести је већа (Baer *et al.* 2004, 54). Стога је Вирхов развио мултифакторијалну теорију етиологије болести која је повезивала болест, инвалидитет и прерану смрт са економском депривацијом и недостатком политичке моћи (Baer 1982, 2).

поддисциплине утемељене на премисама ранијег система мишљења који више није био одржив (Singer and Baer 2018, 60).

Први напор да се у оквиру медицинске антропологије успостави критичка перспектива везује се за симпозијум „Топије и утопије у области здравља“ („Topias and Utopias in Health“), одржан 1973. године, који је резултирао објављивањем истоименог зборника (Baer *et al.* 2004, 38; Singer 2004, 24; Singer and Baer 2018, 38). Организатори скупа, антрополог Ентони Томас (*Anthony E. Thomas*) и социолог Стенли Ингман (*Stanley R. Ingman*), концептуализовали су здравствену негу као текућу борбу између оних који подржавају постојеће друштвене структуре или заговарају минималне реформе и оних који траже радикално реструктурирање ради остваривања значајног напретка у области здравља и здравствене неге (Singer and Baer 2018, 38). Упркос доприносима појединих аутора који су уследили (в. Singer and Baer 2018), експлицитно окретање традицији политичке економије здравља догодило се шест година касније, када је Сохир Морси (*Soheir Morsy*) објавила чланак под називом „Карика која недостаје у медицинској антропологији: политичка економија здравља“ („The Missing Link in Medical Anthropology: the Political Economy of Health“) (Singer and Baer 2018, 41). Морси је у овом чланку указала на недостатке медицинске антропологије истичући важност сагледавања тема у вези са здрављем, болешћу и лечењем у политичко-економском контексту (Morsy 1979). Касних 1970-их она је утицала на Ханса Баера (*Hans Baer*), колегу са Државног универзитета Мичиген (*Michigan State University*), који се већ дуже време интересовао за теме које се тичу макронивоа (Singer and Baer 2018, 41). Он је 1982. године објавио чланак под називом „О политичкој економији здравља“ („On Political Economy of Health“), који представља прекретницу у појави критичке медицинске антропологије (Singer and Baer 2018, 41). У питању је преглед литературе написане из перспективе политичке економије здравља, у то време развијеној у дисциплинама као што су социологија, економија, историја, политичке науке, медицина, јавно здравље, али не и у антропологији, што је недостатак чије је превазилажење Баер оценио као приоритет (в. Baer 1982). Исте године Ханс Баер и Мерил Сингер (*Merill Singer*) су употребили термин критичка медицинска антропологија да означи перспективу политичке економије здравља у антропологији, а термин су касније усвојили сви они антрополози који су били заинтересовани за проучавање феномена из области

здравља, болести и лечења посматраних у контексту политике и економије (Baer *et al.* 2004, 37). Рад критички оријентисаних медицинских антрополога инспирисан је радом Висентеа Навара (*Vicente Navarro*) и других заступника политичке економије здравља, али су одлучујући утицај имали Фридрих Енгелс, Карл Маркс, Чарлс Рајт Милс (*Charles Wright Mills*), који су инспирисали и перспективу политичке економије здравља, као и теоретичари Франкфуртске школе и други дијалектички материјалисти – Морис Годелије (*Maurice Godelier*), Емануел Тери (*Emmanuel Terray*), Џоел Кан (*Joel Kahn*), Хозеп Љобера (*Josep Llobera*), Бери Хајндес (*Barry Hindess*), Пол Хрст (*Paul Hirst*) (Baer *et al.* 1986, 95; Baer *et al.* 2004, 37).

У току прве фазе свог развоја, критичка медицинска антропологија је дала критику концепата, теорија, циљева и самопоимања конвенционалне медицинске антропологије и уместо њих понудила алтернативне идеје у вези са проучавањем домена здравља у оквиру антропологије (Singer 1995, 81; Singer and Baer 2018, 371).³ Од свог заснивања у 1950-им, медицинска антропологија је претежно била фокусирана на микрониво, односно на проучавање веровања и понашања у вези са здрављем, болешћу и лечењем на локалном нивоу, у датој култури, сагледавајући, поред културних, и утицај психолошких фактора и природног окружења на веровања и понашања која се тичу здравља (Singer 2004, 24; Baer *et al.* 2004, 19).⁴ Медицински антрополози који заступају критички приступ су истакли да је у медицинској антропологији био занемарен макрониво, односно шири политички и економски контекст (Singer 1989, 1990; Singer and Baer 1989, 2018; Baer *et al.* 1986). Медицинска антропологија је, како запажају, нагласак стављала на ритуалне и симболичке аспекте културе, а занемаривала политичку и економску димензију, због чега је у њеним оквирима доминирао културни детерминизам у објашњавању појава и феномена из области здравља, док су политичке и економске детерминанте болести и здравља у потпуности биле изостављене из проучавања, чак и оне које постоје на локалном нивоу (Singer 1989, 1990, 2004; Singer and Baer 1989,

3 Сингер и Баер истичу да ова фаза самодефинисања и прихватања у оквиру дисциплине још увек није завршена: медицински антрополози који заступају критичку перспективу треба много тога да разјасне међу собом, са колегама који не препознају предности критичког приступа или су неодлучни по том питању, и да има много тога чему треба да се супротставе „у недавном постмодернистичком прекиду интереса за такозване тотализујуће парадигме“ (Singer and Baer 2018, 37).

4 Феномени из области здравља су и пре тога били проучавани у оквиру антропологије, али не као засебан предмет анализе (Baer *et al.* 2004, 19).

2018). Иако се у оквиру критичке медицинске антропологије не занемарује значај ових проучавања који пружају увид у природу, одлике и функције културних модела у области здравља, они се, услед занемаривања политичког и економског контекста, сматрају непотпуним. Критичка медицинска антропологија настоји да инкорпорира микрониво анализе у шири контекст који се тиче регионалног, националног и глобалног нивоа, на којем као фактор који у највећој могућој мери утиче на животе људи идентификује капитализам, њему својствен начин производње и друштвене односе неједнакости. Критичку медицинску антропологију занима испитивање утицаја капитализма, а првенствено класне неједнакости, на домен здравља, болести и лечења у некој култури, почев од значења која се придају феноменима у овој области, преко доношења одлука и понашања појединаца, до устројства система здравствене заштите и неге (Singer 1986, 1989, 1990, 1995, 2004, 2009; Baer *et al.* 1986, 2004; Baer 1997, 2004, 2008, 2011; Singer and Clair 2003; Singer *et al.* 2011; Singer and Baer 2009, 2018; Farmer 2002, 2004). Критичка медицинска антропологија културу повезује са питањем моћи, контроле, отпора и сукоба.

Друга критика коју су медицински антрополози који заступају критичку перспективу упутили медицинској антропологији тиче се тумачења друштвених односа као веза између појединаца које одликују реципроцитет, размена и подршка, а не као структурисаних конфигурација односа моћи (Singer 1990, 197; Singer 1989, 1194). У складу са тим, у оквиру медицинске антропологије постојало је схватање према којем је однос између лекара и пацијента однос једнакости (Singer 1990, 179). Критички оријентисани медицински антрополози сматрају да између лекара и пацијента постоји однос неједнакости који је детерминисан од стране ширег поља класних и других односа моћи који су имплицитно или експлицитно инкорпорирани у клиничко окружење (Singer 1990, 179). Односи моћи, како истичу, постоје у свим сегментима друштва па тако и у области здравља, болести и лечења.

Још једна од критика коју су медицински антрополози који заговарају критички приступ упутили медицинској антропологији тиче се фокуса који се у оквиру ње ставља на културно конструисана значења и њихов утицај на клиничку праксу и интеракцију између пацијената и лекара и другог медицинског особља (Singer 1990, 180). Ова херменеутичка перспектива значи да се болест тумачи

као текст који крије културна значења, а клиничка пракса као интерпретација ових значења. Лекари и пацијенти припадају различитим семантичким световима, како се истиче, а задатак медицинске антропологије је да посредује у њиховој комуникацији у улози културног преводиоца. Критички настројени медицински антрополози, међутим, запажају да културе не конструишу само значења него и идеологије које утичу на ова значења и које прикривају политичке и економске реалности (Singer 1990, 180). Критичка медицинска антропологија настоји да проучи утицај идеологије на културна значења и ефекте тог утицаја.

Предмет критике ове гране је и медијализација медицинске антропологије. Наиме, медицинска антропологија је помогла да се утврди и оснажи монопол биомедицине у свим савременим друштвима (Singer 1990, 181; Singer 1989, 1194). Медицинска антропологија, поготово њена грана клиничка антропологија, није заузимала критички став према биомедицини и није се бавила преиспитивањем њених политичко-економских димензија и функција као што су остваривање профита, друштвена контрола, репродуковање класних и других односа моћи, медијализација друштвених проблема, структурна неједнакост у области здравствене неге итд. (Singer 1989, 1194-1195). На тај начин су структуре моћи у области здравља остале неиспитане, чиме је помогнута деполитизација политичких тема. Постоји неколико разлога који су довели до оваквог стања у медицинској антропологији. Иако је интересовање за изучавање области здравља, болести и лечења у антропологији постојало још од самих њених зачетака, настанак медицинске антропологије као засебне поддисциплине било је резултат ангажмана антрополога заинтересованих за ову област проучавања, најпре у оквиру јавног здравља у земљама Трећег света које су тада биле колоније, а онда и у клиничким условима глобално (Baer *et al.* 2004, 20; Singer 1990, 181; Singer 1989, 1195). У оваквом контексту медицинска антропологија је градила свој идентитет као културни преводилац, чиме је требало да олакша глобално ширење биомедицине, а касније и да је, због њеног бирократског карактера, учини хуманијом. Иако су циљеви због којих су медицински антрополози у томе учествовали били племенити, као што су рад на побољшању здравственог стања популација, хуманизација односа између лекара и пацијента и слично, колонијално наслеђе медицинске антропологије се не може порећи (Baer *et al.* 2004, 21). Истраживања у области медицинске

антропологије су била финансирана од стране колонијалних сила па су као таква подржавала интересе ових сила – глобално ширење њиховог утицаја и моћи које је, између осталог, подразумевало и глобално ширење биомедицине (Baer *et al.* 2004, 21). То је довело до тога да биомедицина није критички преиспитивана од стране медицинских антрополога него је тумачена као објективна и вредносно неутрална.⁵ Уосталом, медицинска антропологија је повезивањем са биомедицином, на основу њеног престижног статуса, настојала да себи обезбеди одређени степен ауторитета као наука и професија (Singer 1989, 1195; Singer 1990, 181; Singer and Baer 2018, 12). Осим што је оставило политичке и економске димензије биомедицине неиспитаним, ово је такође условило развој медицинске антропологије по угледу на биомедицину (Singer 1989, 1195; Baer 1986, 63-65; Singer and Baer 2018, 32). Због тога је медицинска антропологија холизам својствен дисциплини у целини заменила редукционизмом у погледу поделе рада и знања, налик биомедицини. Специјализација по угледу на биомедицину у оквиру медицинске антропологије је поставила препреке за развој критичке перспективе која би уместо делова сагледала целину, односно политичко-економски контекст у оквиру којег биомедицина постоји. Током последњих двадесет година поједини програми основних студија из области медицинске антропологије дисциплину нису третирали као друштвену већ као технички оријентисану науку о здрављу (Singer and Baer 2018, 32).

Коначно, критика је упућена и еколошком редукционизму и адаптационизму у оквиру медицинске антропологије, односно медицинско-еколошке теорије (Singer 1989, 1990; Baer *et al.* 2004). У оквиру овог приступа физичко окружење се тумачи као природно, односно као независно од политичких и економских фактора (Singer 1989, 1194; Singer 1990, 180; Baer *et al.* 2004, 32-36). У складу са тим, здравље и болест се тумаче као одговори људи на физичко окружење у којем живе, односно као облици адаптације, која може бити биолошка и бихевиорална (Singer 1989, 1194; Singer 1990, 180; Baer *et al.* 2004, 32-36). У оквиру медицинске антропологије се не сагледава утицај који политички и економски фактори имају на окружење путем посредног утицаја на људе који на њега утичу у физичком смислу, односно друштвено порекло болести и здравља. То доводи до тога да се одговорним за сопствено здравствено стање

⁵ То није био случај са етномедицином, која је тумачена као део шире културе (Singer 1990, 181).

сматра искључиво појединац (Singer 1989, 1194; Singer 1990, 180; Baer *et al.* 2004, 32-36). Критички настројени медицински антрополози указују на то да се људи не прилагођавају толико природи, колико је трансформишу, а трансформишу је тако да буде у складу са друштвеном стварношћу (Singer 1990, 180). Због тога истичу је веома важно размотрити политичке и економске факторе који обликују начин на који људи утичу на окружење, а посредством окружења и на здравствено стање становништва (Singer 1990, 180; Singer 1989, 1194). Болест и здравље нису природни, већ друштвени феномени.

Кључни концепти и теме у оквиру критичке медицинске антропологије

Кључни концепти и теме које су предмет интересовања медицинских антрополога критичке оријентације су: здравље, болест, искуство болести, синдемија, медицински систем, медицински плурализам, биомедицина, медиализација, медицинска хегемонија (Baer *et al.* 2004; Singer 2004).⁶ У овом делу биће представљено тумачење наведених појмова у оквиру критичке медицинске антропологије.

Здравље

Према медицинским антрополозима који заступају критичку перспективу, дефиниција здравља у капиталистичким друштвима условљена је класном друштвеном структуром јер неједнака расподела моћи међу класама у овим друштвима условљава неједнаке могућности за остваривање стања здравља за припаднике различитих класа (Baer *et al.* 2004, 4-5). Припадницима ниже класе умањене су могућности за остваривање здравља због њиховог друштвеног положаја и економске депривације, док су више класе у том погледу привилеговане. Осим тога, карактер система здравствене заштите обликован је под утицајем доминантних друштвених група изван здравственог сектора које води жеља за остваривањем профита (Baer *et al.* 2004, 5). Интерес капиталистичке класе обликује систем

⁶ Сингер и Баер (2018) у остале битне појмове сврставају и оне који овде нису наведени овде али који су суштински садржани у њима или описани кроз њих, као и кроз досадашње излагање у тексту, те о њима неће бити речи одвојено.

здравствене заштите и доводи до ограничавања приступа сиромашних класа овом сектору, одражавајући се негативно на здравље њихових припадника.

Због неједнаког приступа систему здравствене заштите, као и других класно условљених фактора који утичу на здравље попут услова живота и рада, критички настројени медицински антрополози здравље дефинишу као „приступ и контролу над основним материјалним и нематеријалним ресурсима који омогућавају одржање и промовисање живота на високом нивоу сатисфакције“ (Baer *et al.* 2004, 5; Singer 2004, 26). Утицај класне припадности на здравље није једини фактор који ови аутори сагледавају, већ и све друге односе неједнакости и дискриминације (на расној, родној, религијској, етничкој основи) и остале појаве карактеристичне за капиталистичка друштва (сиромаштво, друштвена траума, структурно насиље,⁷ примораност да се живи и/или ради у опасном и токсичном окружењу итд.) (Singer 2004, 26).

Болест

У оквиру критичке медицинске антропологије болест се тумачи и као природни и као друштвени феномен (Singer 1986, 1989, 1990, 2004; Baer *et al.* 2004). Иако представља универзално људско искуство, болест се разликује у различитим друштвима услед различитих географских, климатских, органских, али и друштвених

7 Структурно насиље је термин који се често користи у критичкој медицинској антропологији и о којем је највише писао Пол Фармер (*Paul Farmer*) (в. нпр. Farmer *et al.* 2006; Farmer 2002, 2004). Структурно насиље је термин који је 1969. године први употребио норвешки научник Јохан Галтунг (*Johan Galtung*), зачетник студија мира (Singer 2009; Farmer 2004; Farmer *et al.* 2006). Галтунг је појам структурно насиље користио да означи друштвена ограничења која представљају препреку остварењу људских потенцијала, а која потичу од економских и политичких структура, као што су неједнак приступ ресурсима неопходним за преживљавање или за остваривање одређеног квалитета живота, за стицање политичке моћи, или неједнак приступ образовању, информацијама, здравственој заштити, неједнак правни статус, дискриминација у било којој сфери свакодневног живота итд. (Singer 2009, 140; Farmer *et al.* 2006, 1686). Термин структурно насиље су од Галтунга прихватили либерални теолози, а онда и друштвени научници који се баве истраживањем тема у вези са здрављем (Singer 2009; Farmer 2004; Farmer *et al.* 2006). Структурно насиље се, дакле, испољава у виду немогућности задовољења основних људских потреба које потиче од друштвених, политичких и економских структура. Структурно насиље је утемељено у друштвене структуре, нормализовано од стране друштвених институција и захваљујући свакодневног искуству (Farmer 2004, 307). Оно је веома блиско друштвеној неправди и друштвеној репресији (Singer 2009, 140; Farmer 2004, 307).

фактора. Болест није само последица деловања патогених микроорганизама, физиолошких или психичких поремећаја или добровољно предузетог понашања ризичног по здравље, већ може бити и последица постојања репресивних друштвених односа, односа неједнакости и експлоатације, као што је то случај у капитализму (Singer 1986, 1989, 1990, 2004; Baer *et al.* 2004). У критичкој медицинској антропологији акценат се ставља управо на друштвено порекло болести, на лоше услове живота радничке класе који су последица друштвених односа неједнакости, односно експлоатације припадника ове класе од стране капиталистичке класе.

У проучавању етиологије болести медицински антрополози који заговарају критички приступ повезују микропаразитизам са макропаразитизмом (Singer 1986, 1989, 1990, 2004; Baer *et al.* 2004). Микропаразити су биолошки патогени као што су бактерије, вируси, док су макропаразити већи организми који живе на рачун других организама. Критички оријентисани медицински антрополози истичу да су у свету људи највећи макропаразити други људи и да је са појавом капиталистичког система, у којем постоји структура класних односа неједнакости, макропаразитизам постао институционализован. У капиталистичком систему капиталистичка класа живи на рачун радничке класе захваљујући њеној експлоатацији. Лоши услови у којем радничка класа живи и који су последица друштвених односа неједнакости врло често доводе до појаве болести која је у крајњој инстанци настала као последица деловања микропаразита, али је у основи узрокована структуром друштвених односа која постоји на макронивоу.

Искуство болести

Ослањајући се на рад Маргарет Лок (*Margaret Lock*) и Ненси Шепер-Хјуз (*Nancy Scheper-Hughes*),⁸ медицински антрополози

8 Ове ауторке заступају критичко-интерпретативни приступ у оквиру медицинске антропологије. У раду „Промислено тело: пролегомена за будућа истраживања у медицинској антропологији“ (“*The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*“) дале су критику картезијанске поделе између душе и тела (Scheper-Hughes and Lock 1987). Према овом становишту које је доминантно у западним друштвима, тело и душа представљају два одвојена аспекта људског постојања, материјални и концептуални, који су јасно раздвојени и међусобно супротстављени. Лок и Шепер-Хјуз истичу да се тело не може посматрати искључиво као материјална, биолошка датост, већ да је оно и друштвено и културно конструисано. У оквиру сваке културе постоје одређене представе о телу које утичу на индивидуална поимања тела:

који деле критичку перспективу искуство болести тумаче као друштвени продукт који се формира у интеракцији између друштвено конструисаних значења и политичко-економских фактора који обликују свакодневни живот (Singer 1990, 2004; Baer *et al.* 2004). Критички оријентисани медицински антрополози настоје да сагледају утицај односа моћи и неједнакости, репресије и експлоатације карактеристичних за капиталистичка друштва на индивидуално искуство болести (Baer *et al.* 2004; Singer 1990, 2009). Међутим, они не сматрају да је индивидуално искуство болести у потпуности детерминисано структуром друштвених односа: иако често пасивно прихватају утицај ширег контекста у поимању искуства болести, појединци такође могу пружити отпор деловању овог утицаја и заступати алтернативна виђења која могу бити и катализатори друштвених промена (Baer *et al.* 2004; Singer 1989, 1990).

Синдемија

Критичка медицинска антропологија здравље и болест посматра из холистичке биолошке, социокултурне и политичко-економске перспективе. Она покушава да идентификује и разуме међузависност између једног или више здравствених стања, тумачења болести оболелог и заједнице, као и социјалних, политичких и економских услова који су могли да допринесу лошем здравственом стању (Baer *et al.* 2004, 15). Како би омогућили овакав шири приступ, медицински антрополози критичке оријентације су увели појам синдемије. Њега је први употребио Мерил Сингер средином 1990-их, да означи две или више болести/здравствених проблема који ступају у синергистичку интеракцију доприносећи великој оптерећености болестима и јаком лошем здравственом стању у оквиру неке популације (Singer 2004, 2009; Baer *et al.* 2004; Singer and Clair 2003; Singer *et al.* 2011).⁹ Синдемија се дешава када се болести/здравствени проблеми групишу по особи, месту или

појединац не поседује свест о телу независно од културних концепата, идеја, тумачења, вредности, уверења. Контекст, међутим, не утиче само на искуство телесности него и на материјалност тела. Поред културних концептуализација, на тело утичу и односи моћи који постоје у датом друштву, како ове две ауторке истичу.

9 Интеракција између две или више болести/здравствених проблема може довести и до позитивних последица по здравље – у том случају реч је о контрасиндемијама (Singer 2009, 18). Уобичајено, међутим, она доводи до негативних последица по здравље које превазилазе прост коморбидитет, односно синдемију.

времену (Singer 2004, 27; Baer *et al.* 2004, 15). Синдемија, међутим, не означава само временску и просторну интеракцију између две или више болести/здравствених проблема већ и последице њихове биолошке интеракције по здравље (Singer 2004, 27; Baer *et al.* 2004, 16; Singer and Clair 2003, 425). Осим тога, појам синдемије указује на друштвену условљеност здравственог стања појединаца и група. Настанку синдемија доприносе односи друштвене неједнакости и неравномерна расподела моћи, као и неповољне одлике животне средине чије је порекло друштвено (Singer 2004, 2009; Baer *et al.* 2004; Singer and Clair 2003; Singer *et al.* 2011; Singer and Baer 2018). Појам синдемије је прво употребљаван за проучавање ХИВ-а, како би објаснио комплексну биосоцијалну динамику када је реч о ризику од заражавања, како у антропологији, тако и у другим наукама (Singer *et al.* 2021, 43). Антрополози су затим наставили да примењују овај концепт и на друга здравствена стања поред ХИВ-а и инфективних болести, најчешће дијабетес (Singer *et al.* 2021, 43-44). Појачано интересовање за овај појам широм дисциплина јавило се и у вези са пандемијом вирусом корона, коју истраживачи дефинишу као синдемију (Singer *et al.* 2021; Singer and Rylko-Bauer 2021).

Медицински систем

Медицински систем постоји у сваком друштву и представља реакцију на болест у оквиру датог друштва. Он се састоји из уверења и пракси који промовишу здравље и елиминишу болест, у чијој се основи налази дијада лекар-пацијент (Baer *et al.* 2004, 10; Baer 2004, 109). Медицински системи се разликују у различитим друштвима у зависности од културних претпоставки, идеја, значења, уверења и вредности које су у њима заступљене (Baer *et al.* 2004, 8). У преиндустријским друштвима медицински систем је интегрисан у шири друштвени контекст и није јасно одвојен од других друштвених система као што су религија, политика итд. (Baer *et al.* 2004, 8). У индустријским друштвима медицински систем је наизглед одвојен од других друштвених система, у смислу да се пракса лекара и другог медицинског особља тиче само промоције здравља и лечења, али је, материјално и симболички, повезан са другим друштвеним системима који на њега утичу (Baer *et al.* 2004, 8). Сваки медицински систем се састоји из система теорије болести и система здравствене неге (Foster and Anderson 1978, 36-38 према:

Baer *et al.* 2004, 9). Систем теорије болести обухвата тумачења здравља и узрока болести. У погледу система теорије болести, може се направити разлика између персоналистичких и натуралистичких медицинских система, при чему они не морају бити међусобно искључиви (Foster and Anderson 1978, 36-38, цитирано у Baer *et al.* 2004, 9). Персоналистички медицински системи су они у којима се узрочницима болести сматрају бића – натприродна, нељудска или људска, док су натуралистички они у оквиру којих се болест тумачи као последица неравнотеже између одређених елемената у телу. Систем здравствене неге обухвата друштвене односе између особе која лечи и особе која је лечена. У преиндустријским, индигеним друштвима овај однос може бити однос две особе – оне која лечи и оне које је лечена, или могу бити укључене и особе које асистирају излечитељу (Foster and Anderson 1978, 36-38, цитирано у Baer *et al.* 2004, 9). У комплексним друштвима овај однос је допуњен учествовањем разних других актера, и оних који асистирају у лечењу и оних који пружају подршку пацијенту, и одвија се у разрађеној бирократској структури – болници, клиници, амбуланти итд. (Foster and Anderson 1978, 36-38 према: Baer *et al.* 2004, 9).

Медицински плурализам

Медицински плурализам је феномен који подразумева постојање више медицинских система у оквиру једног друштва, а јавља се само у комплексним друштвима, односно друштвима са државом (Baer 2004, 2008, 2011; Baer *et al.* 1986, Baer 2004). Медицински системи који постоје у оквиру једног друштва могу међусобно могу бити у кооперативном или компетитивном односу, у зависности од постојећих друштвених односа које рефлектују. У капиталистичким друштвима медицински плурализам рефлектује односе хијерархије који постоје у друштву и који могу бити утемељени на класи, касти, раси, етницитету, роду, религији, регији (Baer 2011, 413; Baer 2004, 111; Baer *et al.* 2004, 9). Почетком 20. века биомедицина је стекла доминантан положај у комплексним друштвима, а у том статусу је и данас, због чега се у овим друштвима не може говорити о равноправности међу различитим медицинским подсистемима (Baer 2004, 2008, 2011; Baer *et al.* 1986, 2004; Singer 1986; Singer and Baer 2018). Биомедицина подржава интересе капиталистичке класе, док капиталистичка класа, уз помоћ подршке владајућих елита,

биомедицини обезбеђује повлашћен положај који је гарантован и законски (Baer 2004, 2008, 2011; Baer *et al.* 1986, 2004; Singer 1986; Singer and Baer 2018).¹⁰ Међутим, доминација биомедицине никада није била апсолутна. Држава, која примарно служи интересима капиталистичке, корпоративне класе, повремено мора да учини уступке и обезбеди права подређеним групама, односно другим медицинским системима, с циљем да одржи класни друштвени поредак и капиталистички начин производње (Baer 2004, 111; Baer 2011, 414; Baer 2008, 252).¹¹ Осим тога, сами појединци доводе у питање доминацију биомедицине приклањајући се алтернативним медицинским системима (Baer 2004, 2008, 2011; Baer *et al.* 2004). Обично су то припадници ниже класе, жене, расне и етничке мањине, који на тај начин желе да доведу у питање не само доминацију биомедицине, него и доминацију корпоративне класе и њених политичких савезника (Baer 2004, 2008, 2011; Baer *et al.* 2004). Доминацију биомедицине доводи у питање и преиспитивање њених пракси и здравствених политика у академским круговима и невладином сектору (Baer 2004, 2008, 2011; Baer *et al.* 2004). Поред тога, ка алтернативним медицинским системима људе окреће и немогућност биомедицине да излечи бројне болести.

Биомедицина

Биомедицина подржава вредности и циљеве капитализма и доминантне капиталистичке класе, како на нивоу теорије, тако и на нивоу праксе (Singer 1989, 1990, 2004, 2009; Baer *et al.* 1986, 2004; Singer and Baer 2018). Медицински антрополози критичког приступа, као и други марксистички оријентисани аутори који се баве проучавањем феномена из области здравља, биомедицину дефинишу као буржоаску медицину која промовише хегемонију

10 Закони биомедицини обезбеђују монопол над одређеним медицинским праксама, ограничавајући или забрањујући медицинске праксе других медицинских система.

11 Неки медицински системи сузаконски стекли права на пуну праксу (нпр. хомеопатија у Великој Британији, остеопатија у Сједињеним Америчким Државама, ајурведа и унани у Индији) или права на ограничену праксу (нпр. кiroprактика, натуропатија и акупунктура у Северној Америци, многим европским и азијским државама, Аустралији). Међутим, на алтернативне медицинске системе се врши притисак да своје учење, праксу, обуку и организацију обликују у складу са корпоративном идеологијом и ковенционалним биомедицинским моделом институционалне организације, што и они сами врло често добровољно чине како би опстали и просперирали (Baer 2011, 413-414).

капиталистичког друштва, а посебно хегемонију капиталистичке класе (Singer 1986, 129). Биомедицина није првенствено скуп знања, процедура и третмана, већ скуп друштвених односа и идеологије која им даје легитимитет. Свој доминантни положај у Европи и Северној Америци остварила је управо са појавом индустријског капитализма, захваљујући помоћи коју је пружила владајућој класи, а хегемонија коју данас успоставља на светском нивоу последица је повезаности са капитализмом и одвија се паралелно са његовим глобалним ширењем (Baer *et al.* 2004, 13-15; Singer and Baer 2018, 68). Познато је да је биомедицина од самих својих зачетака била у служби капитализма и да њен настанак коинцидира са појавом капитализма (Baer *et al.* 1986, 99; Baer *et al.* 2004, 13; Navarro 1980, 199). Истраживања у области биомедицине била су финансирана од стране великих фондација још од почетка 20. века, као што су нпр. Рокфелер (*Rockefeller*) и Карнеги (*Carnegie*), а исти случај је и данас: велике фондације и корпорације финансирају истраживања у оквиру биомедицине, а такође утичу на уређење здравственог сектора у целини и на доношење јавних политика у области здравља (Baer *et al.* 2004; Elling 1981; Waitzkin 2003). Утицај који велике корпорације и фондације врше на биомедицину довео је до тога да се у тумачењу болести у њеним оквирима акценат ставља на патофизиологију, као и на куративни, а не превентивни приступ болести (Baer *et al.* 2004, 13). У оквиру биомедицине болест се тумачи као последица деловања патогених микроорганизама, физиолошког или психичког поремећаја или добровољно предузетог понашања ризичног по здравље, и лоцира се искључиво у телу, као патолошка лезија на оболелом органу (Baer *et al.* 2004, 12-13; Navarro 1980, 196-199). Овакво тумачење болести доводи до занемаривања политичких, економских и друштвених фактора који учествују у њеном настанку. На тај начин биомедицина потпомаже капитализам, његову доминацију и њему својствене односе неједнакости чији ефекти на здравље људи остају неиспитани и непромењени. Она штити интересе доминантне капиталистичке класе и оправдава експлоатацију потлачених класа. Односи моћи и неједнакости који су својствени капитализму и које биомедицина потпомаже/оправдава/мистификује репродукују се и на нивоу њених институција у систему здравствене заштите. Ово се односи на болнице и клинике и хијерархију која се успоставља међу њиховим особљем, али и на однос између лекара и пацијента који одликује асиметрија моћи (Baer *et al.* 2004; Singer 2004; Baer *et*

al. 1986; Waitzkin 1979, 1986, 1989; Elling 1981; Navarro 1980; Singer and Baer 2018).

Осим путем мистификовања и репродуковања односа неједнакости, биомедицина потпомаже капитализам подстицањем остваривања профита. Овај циљ се остварује стављањем акцента на лечење, а не на превенцију болести, односно подстицањем масовне употребе лекова, употребом високоразвијене и скупе технологије и концентрисањем услуга у великим медицинским комплексима (Baer *et al.* 1986, 98; Baer *et al.* 2004, 40). Поред тога, повезаност биомедицине са капитализмом огледа се и у за њу карактеристичном тумачењу тела као машине којој је потребно одржавање како би могло да буде функционално у производњи и како би помагало императиве капитализма (Baer *et al.* 2004, 13). Биомедицина настоји да допринесе здрављу радне снаге, а тиме и њеној продуктивности и остваривању профита (Baer *et al.* 2004, 13; Baer 1982, 14). Међутим, здравље о којем је овде реч јесте функционално здравље, односно оно које подразумева оптимално стање снага и капацитета које је нужно како би појединац остварио своју улогу у друштву и допринео остваривању профита, а не искуствено здравље које подразумева слободу од болести, отуђења и препрека за људски развој, самооткривање и самоактуализацију (Kelman 1975 према: Baer *et al.* 2004, 4).

Биомедицина, међутим, не само да потпомаже капитализам већ и доприноси његовом глобалном ширењу – империјализму, коме је некада служила, биомедицина служи и данас (Singer and Baer 2018; Baer *et al.* 2004). Још од самих својих зачетака биомедицина је доприносила ширењу тржишта, претежно у земљама Трећег света, и стварању нових могућности за остваривање профита. Захваљујући глобалној експанзији капитализма, биомедицина је успела да се наметне као доминантни модел здравствене заштите широм света (Baer *et al.* 2004, 14). Упркос својој политичкој независности, земље Трећег света су оптерећене својим колонијалним наслеђем, контролисане и експлоатисане од стране развијених капиталистичких земаља. Владајуће политичке елите у земљама Трећег света сарађују са интернационалним агенцијама и фондацијама у формулисању здравствених политика које су куративне пре него превентивне (Baer *et al.* 2004, 41). Поред тога, у овим земљама се формира тржиште за увезене лекове и другу медицинску робу, а у њихов здравствени сектор су укључене велике корпорације које учествују на том тр-

жишту – фармацевтски гиганти, корпорације које учествују у набавци опреме, добара, услуга, у изградњи болница и сл. (Baer *et al.* 2004, 41; Singer and Baer 2018, 99). Уплив великих корпорација у здравствени сектор одвија се уз одобрење владајућих политичких елита које ступају у неку врсту међусобног савеза (Baer *et al.* 2004, 41). Скупа и централизована биомедицина не одговара потребама здравствене заштите неразвијених земаља, већ њене услуге користе националне буржоазије и војска (Singer and Baer 2018, 99).

Дакле, у анализи односа моћи који утичу на биомедицину, критичка медицинска антропологија покушава да пружи одговор на следећа питања: ко има моћ над актерима и институцијама биомедицине; на који начин и у којем облику ова моћ оперише; како се ова моћ испољава у друштвеним односима између различитих друштвених група и лекара; које су кључне контрадикторности биомедицине и са њима повезана поља борбе и отпора која утичу на карактер и функционисање медицинског система и на који начин се он перципира (Baer *et al.* 1986, 98; Baer *et al.* 2004, 38).

Медикализација

Медикализација је појам који се користи да означи подвођење различитих облика понашања у друштву под поље патолошког у оквиру медицине (Singer 2004, 28; Baer *et al.* 2004, 14). Иако медикализација није нова појава која је везана искључиво за биомедицину, модернизацију и западна друштва, како се то обично претпоставља (в. Lock 2004), медицински антрополози критичког приступа су заинтересовани за сагледавање овог феномена искључиво у овом контексту, због интересовања за утицај капитализма на здравље. Уосталом, са модернизацијом и појавом капитализма у западним друштвима дошло је до ширења поља биомедицине и обухватније медикализације у односу на претходне периоде која је након тога бивала све интензивнија (Lock 2004). Критички оријентисани медицински антрополози издвајају неколико разлога због којих се различити облици понашања у друштву подводе под поље патолошког у оквиру биомедицине, а који потичу од повезаности биомедицине са капитализмом. Као прво, један од мотива који води ка медикализацији јесте остваривање профита путем откривања нових „болести“ које треба „лечити“ (Singer 2004; Baer *et al.* 2004; Singer

and Baer 2018). Као друго, медиализација доводи до повећања друштвене контроле над понашањем људи од стране лекара и здравствених институција (Singer 2004; Baer *et al.* 2004; Waitzkin 1986, 1989; Zola 1975; Singer and Baer 2018). Медиализација се врло често примењује на друштвене проблеме, односно на понашања који се у друштву означавају као непожељна, пружајући оправдање за напор да се они искорене (Waitzkin 1986, 1989; Zola 1975). Као треће, медиализација има за циљ да деполитизује и маскира проблеме који постоје на нивоу друштвене структуре, који су прави узроци болести, у проблеме који се искључиво тичу појединаца, дозвољавајући биомедицини да их стави под своју контролу (Singer 2004; Baer *et al.* 2004; Waitzkin 1989; Zola 1975). Овакво ширење поља биомедицине на различите облике понашања у друштву одиграва се управо захваљујући њеној претпостављеној научној неутралности и објективности.

Медицинска хегемонија

Испод медиализације свакодневног живота налази се шири феномен медицинске хегемоније. Медицинска хегемонија је процес у којем капиталистички концепти, вредности и претпоставке утичу на медицину, њено учење и праксу (Singer 2004, 28; Baer *et al.* 2004, 14). У оквиру критичке медицинске антропологије усваја се мишљење марксистички оријентисаних аутора према којима владајућа класа не успоставља хегемонију у друштву само путем репресивних органа државног апарата (полиција, правосуђе, војска, затвор итд.), већ и путем институција цивилног друштва (образовни систем, религија, наука, масовни медији, породица итд.), наметањем вредности, веровања и ставова које заступа као доминантних (Singer 2004, 29; Baer *et al.* 2004, 15; в. и нпр. Waitzkin 1979, 1989; Navarro 1980).¹²

¹² Хегемонија је концепт који је развио Антонио Грамши (*Antonio Gramsci*) полазећи од Марковог и Енглесовог запажања да су доминантне идеје у друштву идеје владајуће класе (Baer *et al.* 2004, 14). У том погледу значајна је разлика коју Маркс прави између базе и надградње. База обухвата односе економске производње, а њена главна одлика јесте друштвена класа која одређује поседовање и/или контролу над средствима за производњу (Waitzkin 1979, 601). Надградња обухвата правне и државне институције, као и доминантну идеологију у одређеном историјском периоду која може да се јави у различитим сегментима друштва као што су религија, политика, етика, естетика (Waitzkin 1979, 601). Маркс је тврдио да економија има примат над идеологијом, односно да је идеологија детерминисана економијом, али и да је идеологија кључна за очување односа економске производње, односно успостављање и очување доминације

Хегемонија (идеолошка) је процес који подразумева успостављање контроле над когнитивним и интелектуалним животом друштва од стране владајуће класе путем примене структурних средстава (Singer 2004; Baer *et al.* 2004; Waitzkin 1979, 1989). Дакле, хегемонија се остварује кроз дифузију и оснаживање идеја, вредности, ставова, уверења, норми које заступа владајућа класа. Успостављање хегемоније има за циљ да подржи постојећи друштвени поредак и интересе владајуће класе.

Биомедицина је једна од области у оквиру које се репродукује идеолошка хегемонија доминантне капиталистичке класе. Ово се одвија и на теоријском и на практичном нивоу биомедицине. На теоријском нивоу, односно на нивоу биомедицине као науке, идеологија доминантне капиталистичке класе се репродукује исто као и у било којој другој науци: путем одабира тема које ће бити проучаване, метода анализе које ће на њих бити примењене и истраживачеве позиције у оквиру целокупног процеса производње (Navarro 1980, 198). Доминантна идеологија капиталистичке класе у биомедицини је присутна још од самих њених зачетака у 20. веку, а огледа се у виду заступљености доктрина позитивизма и механицизма (Navarro 1980, 1988).¹³ Позитивизам се у биомедицини испољава у виду тумачења болести као биолошког феномена који изазива један или више фактора увек повезаних на један одређени начин, који се увек могу идентификовати у некој одређеној болести. Механицизам у биомедицини подразумева механицистичко виђење тела као машине које се не посматра као целина која постоји у одређеном контексту, него се посматрају његови саставни делови чија појединачна функционалност одређује стање здравља/болести. Фокус на биолошким узроцима болести која се лоцира у телу маскира њене друштвене корене у односима неједнакости својственим капитализму. На нивоу праксе, односно односа између лекара и пацијента, доминантна идеологија капиталистичке класе се репродукује на два начина. Као прво, однос лекар-пацијент је однос неједнакости у којем се пацијент потчињава експертском мишљењу лекара: лекари поседују контролу над информацијама која је увек у рукама оних који поседују моћ (Singer 2004, 29; Baer

једне класе (Waitzkin 1979, 601). Ово тумачење односа базе и надградње у раној марксистичкој теорији идеологије касније су, поред Грамшија, развили Ђерђ Лукач (György Lukács), Луј Алтисер (Louis Althusser), Јирген Хабермас (Jürgen Habermas).

13 Већ је речено да настанак биомедицине коинцидира са појавом капитализма који је заправо и условио њен настанак, у облику у којем данас постоји.

et al. 2004, 15; Waitzkin 1979, 603). Однос између лекара и пацијента је обликован по угледу на однос између капиталистичке и радничке класе. Као друго, лекар пацијенту пажњу усмерава на непосредне, а не структурне узроке болести (Singer 2004, 29; Baer *et al.* 2004, 15; Waitzkin 1979, 603). На тај начин лекари потпомажу прикривање њеног друштвеног порекла, чиме доприносе одржању постојећег поретка у друштву и заштити интереса капиталистичке класе. Захваљујући глобализацији, биомедицина постаје глобално доминантни медицински систем, а са њоме се глобално шири и идеологија доминантне капиталистичке класе.

Завршна разматрања

Критичка медицинска антропологија је настала током 1970-их година као одговор и реакција на тадашње стање у оквиру медицинске антропологије (Singer 1989, 1990, 1995, 2004; Singer and Baer 1989; Baer *et al.* 1986, 2004). Критички настројени медицински антрополози су истакли важност сагледавања утицаја политичких и економских фактора на здравље, болест и лечење. Ови аутори не негирају значај микроанализа у оквиру овог домена, али сматрају да је на тај начин немогуће сагледати утицај ширег контекста који детерминише појаве на локалном нивоу. Осим тога, критички оријентисани медицински антрополози указали су на то је природна средина и друштвена и да људи, не само да се прилагођавају природи, него и да је трансформишу (Singer *et al.* 2011; Singer 1989, 1990; Baer *et al.* 2004). Иако њихов утицај на природу није неограничен и иако су последице њиховог утицаја често непредвидиве, он је намеран и не може се негирати. Отуда се болест и здравље не могу схватити као природни феномени, односно као последице прилагођавања природи, него као феномени чији је порекло друштвено. Медицински антрополози који заступају критички приступ као главни друштвени фактор који утиче на здравље и болест издвајају капитализам и њему својствене односе моћи и неједнакости, првенствено оне утемељене на класи (Singer 1986, 1989, 1990, 1995, 2004, 2009; Baer *et al.* 1986, 2004; Baer 1997, 2004, 2008, 2011; Singer and Clair 2003; Singer *et al.* 2011; Singer and Baer 2009, 2018; Farmer 2002, 2004). Према овим ауторима, асиметрија моћи је кључна одлика друштвених односа, а не једнакост, равноправност, реципроцитет. Испитивањем политичке и економске димензије која превазилази локални ниво и

односе неједнакости који је карактеришу, медицински антрополози који заступају критички приступ настоје да понуде једну другачију перспективу у проучавању феномена из области здравља у оквиру медицинске антропологије, која је, како истичу, до сада била у служби интереса капитализма и биомедицине (в. Singer 1989, 1990; Baer *et al.* 2004). Критичка медицинска антропологија је холистичка, историјска, али првенствено политичка перспектива. Она препознаје да здравље представља политичко питање; препознаје и критикује колонијалистичко наслеђе антропологије и тенденцију медицинске антропологије да служи интересима капитализма и биомедицине; доводи у питање тврдње о непристрасном научном знању, уочавајући његову друштвену, историјску и политичку условљеност; признаје фундаментални значај класне, расне и родне неравноправности у области здравља; моћ дефинише као најзначајнији фактор који детерминише истраживања и формулисање здравствених јавних политика; избегава артифицијелну поделу између микро и макро-контекста; тежи разумевању, али и промени репресивних и експлоататорских патерна у области здравља (и шире); посвећеност промени види као кључни задатак дисциплине (Singer 1995, 81).

Критички настројени медицински антрополози теже да побољшају здравствено стање проучаваних популација путем примене знања до којих долазе – критичка медицинска антропологија је и примењена дисциплина (Singer 1990, 1995; Baer 1997; Baer *et al.* 1986, 2004; Pfeiffer and Nichter 2008). Ипак, ово прате бројне недоумице и забринутост у вези са опстанком критичке медицинске ан-тропологије ван академског света и фактора који одређују њен улазак, позицију и програм унутар професионалног здравства (Singer and Baer 2018, 371). У том погледу издвајају се две дилеме: уколико друштвене класе које поседују моћ контролишу систем здравствене неге, да ли је критичка пракса у здравству узалудна, или контрадикторна, уколико тај систем рефлектује и репродукује шири систем друштвене неједнакости и друштвене контроле (Singer and Baer 2018, 372-373). Медицински антрополози који заговарају критички приступ сматрају да у домену здравља постоји простор за критичку праксу, истичући да она не мора бити ограничена на радикалне политичке акције већ да се много тога може постићи „дужим и кривудавим путем“ (Singer and Baer 2018, 373). Њихов приступ пракси је утемељен на препознавању дијалектичког јединства теорије и праксе: свака пракса је уједно и теоријска, вођена

и обликована под утицајем тврдњи о реалности, као што и сваки теоријски рад има своје практичне импликације и последице у стварном животу (Singer and Baer 2018, 373). Медицински антрополози коју заговарају критички приступ сматрају да је пракса „фундаментална арена – а можда и једина арена за изградњу теорије – као што теорија пружа самопоуздање које омогућава акцију“ (Singer and Baer 2018, 373). Примењеност дисциплине за њих је питање одговорности према онима који пате због одређених акција људи које се могу променити (Singer and Baer 2018, 387). У комплексним стратификованим друштвима отпор хегемонији постоји на различитим осама репресије, што помаже да се у фокус ставе бројне могућности за критичку интервенцију, како истичу (Singer and Baer 2018, 387-388).

Литература

Baer, Hans A., Merrill Singer and Ida Susser. 2004. *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger.

Baer, Hans A., Merrill Singer and John H. Johnsen. 1986. Introduction: Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine* 23 (2): 95-98.

Baer, Hans. 1982. On the Political Economy of Health. *Medical Anthropology Newsletter* 14 (1): 1-2 + 13-17.

Baer, Hans. 1986. The Replication of Medical Division Labour in Medical Anthropology: Implications for the Field. *Medical Anthropology Quarterly* 17 (3): 63-65.

Baer, Hans. 1997. The Misconstruction of Critical Medical Anthropology: A Response to Cultural Constructivist Critique. *Social Science and Medicine* 44 (10): 1565-1573.

Baer, Hans. 2004. „Medical Pluralism“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 109-116. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Baer, Hans. 2008. The Australian Dominant Medical System: A Reflection of Social Relations in the Larger Society. *The Australian Journal of Anthropology* 19 (3): 252-271.

Baer, Hans. 2011. „Medical Pluralism: An Evolving and Contested Concept in Medical Anthropology“. In *Companion to Medical Anthropology*, eds. Merrill Singer and Pamela I. Erickson, 405-423. Chichester: Wiley-Blackwell.

Elling, Ray H. 1981. Political Economy, Cultural Hegemony, and Mixes of Traditional and Modern Medicine. *Social Science and Medicine. Part A: Medical Psychology and Medical Sociology* 15 (2): 89-99.

Farmer, Paul E., Bruce Nizeye, Sara Stulac and Salmaan Keshavjee. 2006. Structural Violence and Clinical Medicine. *PLOS Medicine* 3 (10): 1686-1691.

Farmer, Paul. 2002. Structural Violence and the Assault on Human Rights. *Anthropology News* 43 (1): 54-55.

Farmer, Paul. 2004. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology* 45 (3): 305-325.

Lock, Margaret. 2004. „Medicalisation and the Naturalisation of Social Control“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 116-125. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Merrill Singer. 2009. *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Morsy, Soheir. 1979. The Missing Link in Medical Anthropology: The Political Economy of Health. *Reviews in Anthropology* 6 (3): 349-363.

Navarro, Vicente. 1980. Work, Ideology, and Science: The Case of Medicine. *Social Science and Medicine. Part C: Medical Economics* 14 (3): 191-205.

Navarro, Vicente. 1988. Professional Dominance or Proleterisation?: Neither. *Milbank Quarterly* 66 (Suppl. 2): 57-75.

Pfeiffer, James and Mark Nichter. 2008. What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? A Health Systems Perspective. *Medical Anthropology Quarterly* 22 (4): 410-415.

Scheper-Hughes, Nancy and Margaret Lock. 1987. The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6-41.

Singer, Merrill and Hans Baer. 2018. *Critical Medical Anthropology*. Boca Raton, London, New York: CRC Press, Taylor and Francis Group.

Singer, Merrill and Barbara Rylko-Bauer. 2021. The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. *Open Anthropological Research* 1 (1): 7-32.

Singer, Merrill and Hans Baer. 1989. Toward an understanding of capitalist and socialist health. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 11 (2): 97-107.

Singer, Merrill and Hans Baer. 2009. „Introduction: Hidden Harm: The Complex World of Killer Commodities“. In *Killer Commodities: Pub-*

lic Health and the Corporate Production of Harm, eds. Merrill Singer and Hans Baer, 1-35. Malden: AltaMira Press.

Singer, Merrill and Scott Clair. 2003. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly* 17 (4): 423-441.

Singer, Merrill D., Ann Herring, Judith Littleton and Melanie Rock. 2011. „Syndemics in Global Health“. In *A Companion to Medical Anthropology*, eds. Merrill Singer and Pamela I. Erickson, 159-181. San Francisco: Blackwell Publishing.

Singer, Merrill, Nicola Bulled, Bayla Ostrach and Shir Lerman Ginzburg. 2021. Syndemics: A Cross-Disciplinary Approach to Complex Epidemic Events Like COVID-19. *Annual Review of Anthropology* 50: 41-58.

Singer, Merrill. 1986. Developing a Critical Perspective in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 17 (5): 128-129.

Singer, Merrill. 1989. The Coming of Age of Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine* 28 (11): 1193-1203.

Singer, Merrill. 1990. Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. *Social Science and Medicine* 30 (2): 179-187.

Singer, Merrill. 1995. Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 9 (1): 80-106.

Singer, Merrill. 2004. „Critical Medical Anthropology“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 23-31. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Watzkin, Howard. 1979. Medicine, Superstructure and Micropolitics. *Social Science and Medicine. Part A: Medical Psychology and Medical Sociology* 13: 601-609.

Watzkin, Howard. 1986. Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues. *Medical Anthropology Quarterly* 17 (5): 134-136.

Watzkin, Howard. 1989. A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health and Social Behavior* 30 (2): 220-239.

Watzkin, Howard. 2003. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet* 361 (9356): 523-526.

Zola, Irving Kenneth. 1975. In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Social Science and Medicine* 9 (2): 83-87.

Jelena Vukićević

**Critical Medical Anthropology –
Development, Theses, Concepts**

This paper presents the development, core theses, and concepts of critical medical anthropology. Critical medical anthropology is a branch of medical anthropology that emerged in the 1970s within the context of the paradigm shift in social sciences, which involved understanding scientific activity as a social phenomenon. Under the influence of this broader critical perspective, some medical anthropologists started to question then-current state within the subdiscipline, emphasizing political-economic aspects, which led to the establishment of critical medical anthropology. Shaped by the influence of the political economy of health, specifically the Marxist tradition on which this perspective is based, critical medical anthropology examines phenomena related to illness, health, and treatment within the context of the global capitalist system. Within this branch of medical anthropology, local-level interpretations, beliefs, practices, and experiences among members of a culture are connected to macro-level political-economic processes resulting from the global spread of capitalism. Medical anthropologists who adopt the critical perspective are interested in the effect of political-economic processes on health on the macro-level and in response to those influences on the micro-level. Their focus is on power relations primarily based on class, but those rooted in race, ethnicity, caste, region, religion, and gender are also not neglected. In critical medical anthropology, the following themes and areas of study occupy a central position: the social origins of disease and poor health; health policies, allocation of health resources, and the role of the state in health and healthcare; social relations between medical traditions at the national and transnational levels; the connection between medical systems and their political-economic context; the illness experience within the context of hegemony and resistance. Critical medical anthropology also seeks to improve the health of the studied populations and to change repressive and exploitative patterns in the health field and beyond, defining it as a key task of the discipline.

Keywords: critical medical anthropology, overview, development, theses, concepts.