Дмитрий В. Михель
Саратовский государственный технический университет, Россия

Опыт страдания в условиях неравенства: анализ идей Пола Фармера

В статье рассматриваются некоторые результаты работы профессора Пола Фармера, ведущего представителя Гарвардской школы медицинской антропологии. Анализируется его деятельность по созданию системы общественного здравоохранения на Гаити, показана связь между этой работой и врачебной практикой в США, а также поездками на Кубу и в Россию в рамках кампании по лечению туберкулеза. Работа Фармера как врача тесно связана с его исследованиями социального неравенства, структурного насилия и несправедливого распределения ресурсов.

Особое внимание уделяется обсуждению его взглядов на глобальное неравенство в сфере здоровья, которое воплощается в фактах неравномерного распределения уровня смертности от инфекционных болезней между богатыми и бедными странами, а также между богатыми и бедными в одной и той же стране. Структурное насилие воплощается в устойчивой и неприметной тенденции унижения и подавления одних общественных групп другими, развивающихся обществ — развитыми. Следствием структурного насилия являются страдания отдельных индивидов и целых обществ, лишенных доступа к основным ресурсам жизнеобеспечения — продовольствию, хорошему жилью, качественной медицинской помощи. Исследования Фармером опыта страдания на Гаити вскрыли две основные его причины, укорененные

Михель Дмитрий Викторович — декан социально-гуманитарного факультета Саратовского государственного технического университета имени Гагарина Ю.А., доктор философских наук, профессор. Научные интересы: медицинская антропология, социальная история медицины, социальная история науки. E-mail: dmitrymikhel@mail.ru
Dmitriy V. Mikhel — dean of school of humanities, arts and social sciences in Yuri Gagarin state technical university of Saratov, doctor of philosophy, professor Research interests: medical anthropology, social history of medicine, social history of science. E-mail: dmitrymikhel@mail.ru
Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта «Индивидуальный опыт болезни и страдания в контексте социокультурных трансформаций: философские проблемы медико-антропологических исследований» (№ 15-03-00348).
Acknowledgements: for supporting of the Russian Foundation for Humanities within the project «Individual experience of illness and suffering in the context of socio-cultural transformations: the philosophical problems of medical and anthropological research" (grant № 15-03-00348).

в колониальной и постколониальной истории этой страны, — политическое насилие и высокий уровень распространения инфекций.

Созданная Фармером некоммерческая организация «Партнеры во имя здоровья» более трех десятилетий выполняет важную гуманитарную миссию на Гаити и за ее пределами, оказывает бесплатную медицинскую помощь высокого качества всем нуждающимся. В рамках этой работы Фармеру пришлось критически переосмыслить опыт ВОЗ по оказанию помощи населению развивающихся стран, доказав, что лечение в странах Третьего мира также должно строиться на принципах социальной справедливости с привлечением всех возможных ресурсов.

Ключевые слова: медицинская антропология, инфекционные болезни, опыт страдания, неравенство, здоровье, структурное насилие, помощь, скудные ресурсы

Dmitriy V. Mikhel, Yuri Gagarin State technical university of Saratov, Russia

The experience of suffering in conditions of inequality: an analysis of the ideas of Paul Farmer

This article discusses some of the results of the leading representative of the Harvard School of medical anthropology professor Paul Farmer. It is analyzed his work to create a public health system in Haiti, it is shown the relationship between this work and medical practice in the United States, as well as trips to Cuba and Russia as part of the treatment of tuberculosis campaign. Farmer's work as a doctor is closely related to his study of the problems of social inequality, structural violence and inequitable distribution of resources. Attention is given to the discussion of his views on global inequalities in health, which is embodied in the facts of the uneven distribution of mortality from infectious diseases between rich and poor countries and between rich and poor in the same country. It is shown that structural violence is embodied in a sustainable and obscure the trends of humiliation and suppression of some social groups by others, of developing societies by developed. The consequence of structural violence is the suffering of individuals and entire societies, deprived of access to basic resources of life support, i.e. food, decent housing, quality health care. Farmer's research of the experience of suffering in Haiti revealed two main reasons for it, rooted in the colonial and post-colonial history of the country, political violence and the high incidence of infections. Farmer's non-profit organization "Partners in Health" for more than three decades, has an important humanitarian mission in Haiti and abroad, provides free health care of high quality to all in need. Within this framework, Farmer had to critically rethink the WHO's experience in aiding the population of developing countries, demonstrating that treatment in the Third World must also be based on the principles of social justice, with the involvement of all possible resources.

Keywords: medical anthropology, infectious diseases, experience of suffering, inequality, health, structural violence, aid, poor resources

doi: 10.22394/2074-0492-2017-4-127-147

« Для эпидемиологической карты, основанной на простейших критериях: от чего люди болеют и умирают, в каких количествах и в каком возрасте, — нужно всего два цвета. Одним обозначим людей, умирающих после семидесяти, в основном от тех болезней, что более или менее неизбежно сопровождают старение организма. Другим цветом отметим группы населения, умирающие в среднем на десять, а порой и на сорок лет раньше, зачастую от насилия, голода или инфекционных болезней, которые современная медицина умеет предотвращать и лечить, пусть и не всегда до полного выздоровления. На этой карте линия, разделяющая области разных цветов.., будет проходить внутри многих городов и стран.

Республика Гаити окрасится в цвет нездоровья почти целиком, за исключением нескольких благополучных лоскутков на холмах вокруг Порт-о-Пренса. Карта США, напротив, отразит здоровую нацию с отдельными болезненными вкраплениями. Например, в бостонском квартале Мишн-Хилл, начинающемся сразу за Бригемом, детская смертность выше, чем на Кубе. В нью-йоркском Гарлеме, согласно известному исследованию, в 1990 году показатели смертности мужчин в возрасте от пяти до шестидесяти пяти лет были выше, чем в Бангладеш [Киддер, 2015, с. 78].

Героем биографического исследования Т. Киддера, из которого взяты эти строки, является доктор Пол Фармер (год рожд. 1959), чье имя хорошо известно в нашей стране в связи с его участием в кампании по борьбе с туберкулезом в российских тюрьмах в самом начале 2000-х годов. Между тем Фармер — это не только врач и признанный международный эксперт в области здравоохранения, но и одна из наиболее ярких фигур в современной медицинской антропологии, представитель знаменитой Гарвардской школы. До появления Фармера гарвардские медицинские антропологи фокусировали свое внимание преимущественно на изучении социокультурных интерпретаций болезни и символизме, сопровождающем лечение и коммуникацию между врачевателями и пациентами [Михель, 2015а, с. 20–21; 121–133]. С Фармером связан поворот к публичной политике и превращение академической медицинской антропологии в критически прикладную дисциплину. В его деятельности прослеживается острая потребность совместить локальное и глобальное, медицинскую практику и социальную теорию, работу клинического врача и общественного деятеля, неутомимо колесящего между странами и континентами с целью донести до самой широкой аудитории свои представления о существовании неравенства в сфере здоровья.

В предлагаемой статье ставится задача проанализировать некоторые идеи Фармера, касающиеся опыта страдания в условиях не-

равенства, в том числе его представления о глобальном неравенстве в сфере здоровья, структурном насилии и о том, как должна быть организована медицинская помощь в условиях скудости ресурсов.

Глобальное неравенство в сфере здоровья

Для современной медицинской антропологии проблема глобального неравенстве в сфере здоровья — это не только важный предмет исследований, но и свидетельство того, что некоторые ее теоретические истоки лежат в таких сферах критического мышления, как марксизм, теория развития и постколониализм. Та методологическая позиция, которую занимает доктор Фармер, бесспорно, связана с критическим направлением медицинской антропологии, возникшем в начале 1980-х годов в связи с попытками Х. Баера, М. Зингера и некоторых их коллег взять на вооружение идеи Ф. Энгельса, высказанные в его работе о социально-экономическом положении рабочего класса в Англии в середине XIX в., а также не менее актуального для них немецкого врача, общественного деятеля и антрополога в одном лице Р. Вирхова [Михель, 2015b].

Используя политэкономический подход, Баер и его коллеги смогли указать на ограниченность академической медицинской антропологии, бессмысленную увлеченность изучением культурных смыслов и проблематикой адаптации, а также медикализаторство всей сферы вопросов, связанных со здоровьем. Новый подход позволил пересмотреть целый ряд хорошо знакомых понятий, в том числе таких как здоровье и болезнь. В рамках начавшейся реконцептуализации основное внимание уделено их социальному, политическому и экономическому осмыслению. Отталкиваясь от данного ВОЗ определения здоровья, критические медицинские антропологи предложили рассматривать здоровье не как константу, а как некое пластичное понятие, которое всякий раз следует связывать с окружающим социокультурным контекстом. При этом для осмысления того, чем является здоровье в современном индустриальном обществе, по их мнению, важно усвоить то, как воспринимается здоровье в более простых, аборигенных обществах [Baer, Singer, Susser, 2003, p. 4–5; Singer, Baer, 2007, p. 64].

Картина общественного здоровья в примитивных обществах охотников и собирателей выглядит следующим образом. Все люди живут в одних и тех же условиях. Характер питания одинаков для всех: либо все сыты, либо все голодают. Плотность населения низкая. Люди ведут кочевой образ жизни, поэтому им удается серьезно снизить уровень эпидемических заболеваний. У них отсутствуют развитые формы медицинской помощи — антибиотики, иммунизация, хирургия и т. п. Вследствие естественного отбора у людей

из этих обществ развился высокий уровень сопротивляемости заболеваниям. В таких обществах почти не встретишь больных в привычном смысле слова, преобладают здоровые люди, т. е. все те, кто сумел выжить перед лицом многочисленных угроз и опасностей. Здоровые люди, следовательно, — это выжившие. Здоровье всего общества здесь достигается не за счет лечения, а за счет профилактики и давления естественного отбора.

С переходом к оседлости здоровье людей повсюду стало хуже. Отсутствие эффективной медицинской помощи в совокупности с возросшей плотностью населения и антисанитарией привело к распространению инфекционных заболеваний и снижению продолжительности жизни. Лишь в развитых индустриальных обществах благодаря настойчивым санитарным мерам и появлению медицинской помощи продолжительность жизни возросла, и общее состояние здоровья улучшилось. С точки зрения критической медицинской антропологии, в новых условиях изменилось и представление о здоровье.

Политэкономическая концепция здоровья в аборигенных обществах может быть проиллюстрирована случаем народа Гноу, живущего на Новой Гвинее. У Гноу быть здоровым — значит быть неуязвимым для злобных духов и колдовства [Lewis, 1986]. Если принять логику этого племени и распространить ее на современное общество, то можно согласиться с тем, что здоровье — это способность человека сопротивляться эксплуатации и выживать в тяжелых условиях труда. Для Гноу, пока духи бездействуют, человек всегда остается здоровым, поскольку больше ничто не препятствует его благополучию. Все остальные условия для здоровья существуют уже изначально — равенство в доступе к пище и поддержка со стороны окружающих.

С точки зрения представителей критической медицинской антропологии, картина здоровья в аборигенных обществах может быть экстраполирована на современные индустриальные общества. Вследствие этого здоровье следует рассматривать как состояние, обусловленное доступностью основных материальных и нематериальных ресурсов, поддерживающих и обеспечивающих жизнь на высоком уровне удовлетворенности, а также контролем над ними [Baer, Singer, Susser, 2003, p. 5]. Угрозы здоровью сопряжены с утратой контроля над основными средствами к существованию — пищей, водой, теплом, жилищем, поддержкой со стороны окружающих.

Придерживаясь указанного подхода, Фармер также склонен рассматривать здоровье как следствие доступности всех основных жизнеобеспечивающих ресурсов и видеть основными причинами распространения болезней голод, бедность и отсутствие качественного медицинского обслуживания. Получив образование в Гарвардской

медицинской школе, в начале 1980-х годов Фармер «заболел» Гаити и вскоре отправился на этот остров с тем, чтобы оказывать врачебную помощь местному населению [Киддер, 2015]. То, что он увидел на Центральном плато в местечке Канжи поразило его до глубины души. Отчаянная нищета жителей сельского Гаити и их ужасно плохое здоровье привели к тому, что Фармер решил поселиться там и основать собственную клинику, чтобы бесплатно лечить всех нуждающихся.

Основными заболеваниями на Гаити в этот период времени были туберкулез и СПИД. Вкупе с многочисленными другими несчастьями они тяжким бременем легли на изможденные от голода плечи сельского населения — как взрослых, так и детей. Никакой медицинской помощи никто из обитателей Канжи до приезда Фармера не получал, а его приезд лишь частично изменил ситуацию. Для того чтобы помогать гаитянам, Фармеру как врачу требовались колоссальные средства, дорогостоящее медицинское оборудование и лекарства. Ничего этого в его распоряжении первоначально не было. Лишь вследствие титанических усилий, бесконечных обращений к спонсорам и поездкам в родную Массачусетскую больницу с целью привлечения ее ресурсов, ему со временем удалось наладить врачебную помощь нуждающимся в Канжи на более или менее должном уровне.

Как признавался позднее сам Фармер, те знания, которые он получил в Гарвардской медицинской школе, мало подходили для того, чтобы лечить гаитян от туберкулеза и инфекционных заболеваний. В Бостоне и других местах в США туберкулез воспринимался как уже ушедшее в прошлое заболевание. Но в Третьем мире все было иначе. Там бушевали болезни, которым, как считалось, нет места в цивилизованном обществе. Впрочем, если отнестись к делу серьезно, как это сделал и Фармер, пришлось бы признать, что они сохранились и в самом сердце мировой цивилизации, скрываясь за ее парадным фасадом.

«Многие удивятся, узнав, что инфекционные заболевания все еще остаются первой и наиболее обычной причиной смерти в мире. Например, в 1995 г., когда за год по всему миру скончалось 52 миллиона человек; почти 17,3 миллиона из них умерли от бактериальных, вирусных и паразитарных инфекций. Хотя большинство смертей случилось в развивающемся мире, инфекционные болезни остаются главными убийцами бедных и в США. Одно из исследований о получателях пособий в Нью-Йорке разоблачает ошеломляюще высокий уровень распространения туберкулеза и СПИДа в этом городе: из 858 зарегистрированных получателей пособий в 1984 г. у 47 был туберкулез и у 84 диагностировали СПИД» [Farmer, 1999, p. 3–4]. Таким образом, главными жертвами инфекционных заболеваний

повсюду, как на Гаити, так и в США, оставались бедные, лишенные медицинской помощи.

Выбрав в качестве места своей основной дислокации Канжи, Фармер продолжал на условиях совместительства трудиться в клинике Бригем Массачусетской больницы. Там он тоже занимался лечением бедняков, прежде всего из числа мигрантов с Гаити и других регионов Латинской Америки. Но хотя работа в одной из ведущих больниц США давала ему колоссальное профессиональное удовлетворение, сердце его продолжало принадлежать Гаити — самой бедной стране западного полушария. Он полагал, что решать проблемы гаитян надо именно на их родине, которая именно в XX в. превратилась из райского уголка в Карибском море в настоящий ад на Земле.

Фармер прекрасно отдавал себе отчет о том, по каким причинам Гаити постигла столь тяжелая участь. Когда он впервые прибыл на остров, там еще правил Дювалье-младший (1971–1986), авторитарный режим которого окончательно вверг страну в полную нищету. Но Дювалье-младший был сущим ангелом по сравнению со своим отцом, «папой Доком», чья диктатура (1957–1971) сопровождалась кровавыми расправами над инакомыслящими, созданием собственных эскадронов смерти (тонтон-макутов), строительством концлагерей, бесконечными поборами с населения и конфискациями, а также целой серией бездумных реформ, которые разрушали экономику страны.

Но и Дювалье-старший не был единственной причиной всех бед Гаити. Трагедия островного государства уходила в более ранние времена. После того как в 1804 г. Гаити освободилась от французской колониальной зависимости и была провозглашена республика, страна медленно, но верно шла к тому, чтобы стать протекторатом США. Американский капитализм не церемонился с гаитянской свободой и всегда рассматривал страну как объект непосредственной эксплуатации. В 1915 г. американские войска оккупировали Гаити и поставили у власти проамериканский режим. В сущности, это и привело к последующему дювальеизму и всем связанным с ним бедствиям.

Наряду с личными впечатлениями, полученными на Гаити, важным ключом к пониманию бедствий этой страны для Фармера стали работы уругвайского журналиста Э. Галеано, одного из наиболее видных латиноамериканских марксистов последней трети XX в. Объясняя причины непрекращающейся трагедии Латинской Америки, Галеано писал о столетиях беспощадной колониальной эксплуатации всего региона странами Запада, а позже «северным соседом», и о том, что применение открытого военного насилия и насаждение марионеточных режимов было одним из излюбленных способов управления этой частью света. Упоминал Галеано

и о Гаити, где мойщиков ног всегда было больше, чем чистильщиков сапог, поскольку их клиенты и сами были настолько бедны, что им не на что было купить обувь.

«Средняя продолжительность жизни гаитянцев — чуть больше 30 лет. Из каждых 10 жителей Гаити 9 не умеют ни читать, ни писать. Сельскохозяйственную продукцию для внутреннего потребления выращивают на крутых склонах гор; для экспорта — на плодородных равнинах: лучшие земли отводятся под кофе, сахарный тростник, какао и другие культуры, в которых нуждается североамериканский рынок. На Гаити никто не играет в бейсбол, но Гаити — главный мировой производитель бейсбольных мячей» [Галеано, 1986, с. 373–374].

Когда Фармер впервые появился на Гаити, он воочию убедился в справедливости оценок гаитянской реальности, данных Галеано. Впрочем, на месте все выглядело еще хуже. Страна была вынуждена расстаться с частью своего сельского хозяйства, поскольку в 1956 г. при поддержке США правительство, чтобы снабжать электричеством столицу Гаити Порт-о-Пренс, построило гидроэлектростанцию, и это привело к затоплению обширных плодородных земель, вследствие чего население Центрального плато было вынуждено бежать в горы, где практически невозможно было выращивать продовольствие.

Встреча с голодным, неграмотным и умирающим от болезней сельским населением Гаити привела Фармера к осознанию того, что для понимания и объяснения всех причин гаитянской трагедии одного марксизма уже недостаточно. Ему пришло в голову, что необходимо вписать новую страницу в развитие критической социальной теории, и Фармеру пришлось наряду с медицинским фонендоскопом взяться за писательское перо.

Структурное насилие и страдание

Подход, предложенный Фармером, состоял в том, чтобы дать простой перечень объективных социальных факторов, способствующих распространению инфекционных болезней. По его мысли, ресурсов традиционной социальной эпидемиологии теперь для этого недостаточно. Почему теперь и почему недостаточно? «Теперь» потому, что мы вступили в новую эпоху — эпоху заново возникающих болезней, таких как лихорадка Эбола, туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и СПИД. Почему-то считается, что некоторые инфекционные болезни уже ушли в прошлое, но пример того же туберкулеза или Эболы показывает, что это не так. «Недостаточно» потому, что подавляющее большинство тех, кто изучает инфекции и пишет о них (эпидемиологи, клиницисты, жур-

налисты и даже обществоведы) охотно признают роль социальных факторов в распространении инфекций, но при этом не упоминают такой фактор, как социальное неравенство. Между тем, настаивает Фармер, именно социальное неравенство повсюду в мире является главной причиной появления новых и возвращения старых инфекций. В сущности, неравенство — это не только социальный фактор, но и медицинский. Там, где оно есть, всегда существуют условия для распространения патологии [Farmer, 1996a; 2000].

Эбола, относящаяся к группе геморрагических лихорадок, которая считалась побежденной в 1970-е годы и уже не рассматривалась всерьез, расцвела пышным цветом после того, как в апреле 1994 г. в Руанде начался геноцид, а затем гражданская война между хуту и тутси, и тысячи беженцев хлынули в соседний Заир, где правящий режим президента Мобуту не удосужился оказать им квалифицированную медицинскую помощь. Антисанитария в лагерях беженцев и массовое использование нестерильных шприцев привели к катастрофическому росту инфекционных заболеваний. Ситуацию еще больше усугубила начавшаяся вслед за этим первая конголезская война (1996–1997) с участием Заира и Руанды, которая постепенно переросла в грандиозный вооруженный конфликт с участием большей части государств африканского континента.

Великая африканская война (1998–2002) породила ужасные страдания на огромной территории — от ЮАР до Ливии, толпы беженцев, голод и массовое распространение инфекционных заболеваний. В этих условиях Эбола стала лишь одним, но весьма характерным признаком общеафриканского социального кризиса. Если анализировать случай лихорадки Эбола еще и в историческом контексте, полагает Фармер, то придется вспомнить о десятилетиях бельгийского и французского колониализма, прочертившего несправедливые государственные границы между африканскими этносами, о германском и американском неоколониализме, о столетиях бесчеловечной эксплуатации и нестерпимой бедности населения, которые привели и к геноциду в Руанде, и ко всему, что за ним последовало, включая болезни. Используемые нами формы социального анализа, считает Фармер, трактуют те или иные инфекционные заболевания исключительно в масштабе национальных государств. Однако они никуда не годятся, поскольку болезни не знают ни географических, ни социальных границ, тогда как ресурсы, направляемые на борьбу с ними, всегда «останавливаются на таможнях» [Farmer, 1996a, p. 262, 265].

Современная динамика эпидемиологических изменений, по мысли Фармера, говорит лишь о том, что мы еще продолжаем невнимательно относиться к таким вещам, как социальное неравенство. Они либо просто упускаются из виду по причине привер-

женности старым теориям, либо замалчиваются из соображений политкорректности. Однако рост числа случаев МЛУ-ТБ в Нью-Йорке во многом связан именно с ростом числа мигрантов в его бедных кварталах, которые либо пересекли американо-мексиканскую границу, либо прибыли в США из других мест. То же самое верно и для СПИДа, который давно уже перестал считаться «экзотической болезнью» гаитян, но приобрел черты обычной инфекционной болезни с глобальным размахом. При этом в Африке, где он достиг наибольшего распространения, главными жертвами СПИДа являются замужние женщины, чьи мужья в поисках заработка колесят по всему континенту, вступая в беспорядочные половые связи и заражая смертельным вирусом собственных жен [Farmer, 1996a, p. 264–263; Famer, 1992, p. 1–4].

Фокусируя внимание на проблеме социального неравенства, Фармер тогда же начал говорить и о «структурном насилии», сопровождающем его. Этот термин он заимствовал у норвежского математика и социолога Й. Гальтунга, который впервые применил его в конце 1960-х годов. Согласно Фармеру, этот термин описывает социальные структуры — экономические, политические, юридические, религиозные и культурные, которые препятствуют тому, чтобы отдельные индивиды, группы или целые общества смогли полностью реализовать свой потенциал. Структурное насилие нередко встроено в давно существующие и потому вездесущие социальные структуры, которые считаются нормальными как с точки зрения институтов, так и с позиций житейского опыта. Поскольку они кажутся тривиальными в рамках нашего способа восприятия мира, то остаются почти незаметными. Разные условия доступа к материальным ресурсам, политической власти, образованию, здравоохранению, правовому статусу — это лишь некоторые примеры. Идея структурного насилия тесно связана с социальной несправедливостью и социальными механизмами подавления [Farmer et al., 2006, p. 1686; Galtung, 1969].

В 1980-е годы на Гаити следствием структурного насилия стали страдания тысяч местных крестьян, обреченных на бедность, голод и смерть, как от болезни, так и в результате прямого физического насилия. То и другое в этой части западного полушария оказалось словно бы естественным и совершенно неизбежным по сравнению с большинством других регионов. Чтобы донести эту мысль до своей аудитории, Фармер обратился к серии примеров, собранных им в рамках полевого антропологического исследования. Одна из представленных им историй — это история девушки по имени Асефи Жозеф, чья жизнь уместилась в короткую формулу вполне банальных неприятностей: рождение в семье «водяного беженца», потерявшего свой дом в связи со строительством плотины электро-

станции, убогое детство, переселение в город с целью заработка, половые контакты с двумя мужчинами, беременность, потеря работы, СПИД, истощение, смерть.

Другая история о молодом человеке по имени Шушу Луи, который стал жертвой военного переворота, совершенного военными против всенародно избранного президента Ж.-Б. Аристида. Шушу был обычным водителем автобуса, который попался под горячую руку солдатам, заподозрившим его в неуважении к хунте и симпатии к Аристиду. В его истории нет ничего необычного, кроме того, что он был до смерти избит и замучен, как и более 5000 его соотечественников [Farmer, 2004b, p. 1483] в те ужасные месяцы, что наступили после переворота 30 сентября 1991 г. Страдания таких простых людей, как Асефи и Шушу, для Фармера — еще один пример экстремального страдания, порожденного невидимыми, социальными силами глобального масштаба, кристаллизовавшимися в механизмах унижения и подавления бедного человека в стране Третьего мира [Farmer, 1996b].

Квалифицированный разговор о структурном насилии, согласно Фармеру, может потребовать начать разработку специального научного языка — «антропологии структурного насилия». Он необходим, например, потому, что многие вещи продолжают оставаться «этнографически невидимыми» даже для специалистов. Так, прибыв на Гаити в начале 2000-х годов, всякий исследователь сможет увидеть пустые государственные больницы. Объясняя причины этого, он укажет на то, что у гаитян просто нет денег, чтобы идти в эти больницы. Однако скорее всего он не увидит того, что Гаити уже стала демократической страной со всенародно избранным президентом, но демократия не принесла народу Гаити избавления от страданий. Почему? Потому что Гаити не просто продолжает оставаться одной из беднейших стран Третьего мира, но страной, где наследие векового рабства, расизма и гендерного неравенства встроено во все социальные институты и формы житейского опыта, и это наследие — историческое, биологическое и политико-экономическое — «стирается» средствами современного социального знания.

Но антропология, по словам Фармера, — это такая наука, которая всегда, по крайней мере со времен А. Кребера, была одновременно социальной и биологической. Когда мы беремся что-то объяснять, утверждает Фармер, нам необходимо преодолевать нашу узкую научную специализацию и мыслить более широко и критически. Необходимо противостоять стиранию истории, иначе это ведет к пессимистическим выводам о том, что «так было всегда» и «с этим уже ничего не поделаешь». Необходимо «заново социализировать биологию», чтобы понимать социальные истоки нынешнего ослабленного иммунитета конкретных человеческих популяций и неудержимой

пролиферации патологических микроорганизмов в конкретных человеческих телах. Если, например, мы пытаемся объяснять распространение СПИДа и туберкулеза на Гаити, то это следует делать так же, как и при объяснении распространения рабства на этом острове в более ранние времена, раскрывая его исторические, биологические и экономические основания [Farmer, 2004a].

Как и многие его коллеги, Фармер настаивает на том, чтобы честный и доверительный разговор о социальном неравенстве, структурном насилии и страдании вынести за пределы залов, где проводятся научные конференции, и сделать его частью профессионального медицинского образования. Будущие доктора, которым придется иметь дело с человеческими страданиями, должны стоять на стороне социальной справедливости, не отказывая своим пациентам в доступе к лечению и дорогим медицинским ресурсам. Напоминая о требованиях Алма-Атинской декларации 1978 г., Фармер требует не забывать о том, что «здоровье остается фундаментальным человеческим правом, а возрастающее неравенство в здравоохранении неприемлемо по моральным, политическим, социальным и экономическим причинам» [Hixon et al., 2013, p. 161].

Помощь в условиях скудных ресурсов

Когда в 1983 г. Фармер решил обосноваться на Гаити, то ему пришлось приложить немалые усилия для того, чтобы устроить мало-мальски подходящий для приема своих пациентов медицинский пункт. Познакомившись с деятельностью целого ряда больниц в этой стране, он решил отказаться от модели здравоохранения для Третьего мира и создать первоклассную больницу в местечке Канжи. Хорошее знание креольского языка позволило ему завести полезные связи с некоторыми гаитянами, в том числе с католическим священником Ф. Лафонтеном, который уже имел богатый, хотя и печальный опыт создания миссионерской школы для местных детей. В 1985 г. при поддержке епископальной церкви на Гаити и с помощью средств бостонского бизнесмена Т. Уайта Фармер основал в Канжи клинику Bon Sauveur («Добрый спаситель»). Однако условия жизни на Центральном плато оказались настолько суровыми, что спустя три года трое из помощников доктора Фармера в клинике скончались от самых «банальных болезней».

Пребывание Фармера на Центральном плато по времени совпало с началом всемирной эпидемии СПИДа, первые массовые случаи которой были отмечены именно среди гаитян. В 1986 г. медицинские работники Канжи выявили первый случай СПИДа среди жителей Канжи. Уже очень скоро СПИД наряду с туберкулезом стал наиболее распространенным заболеванием среди местного населения.

В большинстве своем СПИД обнаруживался у тех бедняков, которые возвращались в деревню с заработков в городе. Масштаб проблемы, с которой столкнулся Фармер как врач, побудил его искать более серьезной финансовой помощи. В 1987 г. при поддержке Лафонтена, Т. Уайта и небольшой группы друзей он основал некоммерческую организацию Zanmi Lasante («Партнеры во имя здоровья»), которая стала фундаментом для очередного начинания Фармера на Гаити. Цель его состояла в том, чтобы с помощью уже существующей клиники оказывать бесплатную медицинскую помощь всем нуждающимся жителям Центрального плато, а также заниматься санитарно-медицинским просвещением и готовить санитарных работников из числа местного населения.

В 1993 г. Фармеру удалось привлечь средства Фонда Макартуров и создать в рамках своего НКО специализированное подразделение — Институт здоровья и социальной справедливости, что позволило наладить более эффективное взаимодействие клиники с гарвардской медицинской школой и другими структурами в США [Farmer 1999, p. 18–36]. Спустя всего несколько лет благодаря своей кипучей деятельности и средствам бостонских коммерческих банков Фармер сумел превратить захолустную клинику в Канжи в весьма успешное медицинское учреждение с многочисленным, хорошо обученным персоналом. В 2007 г. работающие в ней доктора из различных стран смогли оказывать сельскому населению Центрального плато качественную медицинскую помощь, и более 3500 пациентов с вирусом ВИЧ получали антиретровирусную терапию [Киддер, 2015, с. 189].

Работающая клиника Фармера на Гаити стала плацдармом для его дальнейшего наступления на глобальное неравенство в сфере здоровья по всему миру. Будучи уже широко известным специалистом и общественным деятелем, Фармер в начале 1990-х годов решил наладить систему общественного здравоохранения в трущобном районе северной Лимы Карабайльо, назвав ее по аналогии с гаитянским форпостом Socios en Salud («Партнеры во имя здоровья»). Спустя всего пару лет после этого Фармер лично убедился в том, что население трущоб перуанской столицы страдает от МЛУ-ТБ, и он решил выяснить причины этого феномена. Однако согласно официальной медицинской статистике Перу, для этой формы болезни в стране не существовало никаких предпосылок. Более того, перуанские чиновники здравоохранения чрезвычайно гордились тем, что именно в их стране по решению ВОЗ была запущена национальная программа лечения туберкулеза у взрослых и детей.

Предпринятый Фармером анализ вскрыл то обстоятельство, что для лечения туберкулеза в Перу службы здравоохранения использовали только лекарства первого ряда. Действуя строго по протоколу,

местные доктора назначали курсовое лечение пациентам, на которых эти лекарства не оказывали никакого терапевтического воздействия. Повторные курсы лечения лишь усугубляли ситуацию, поскольку к этому моменту патогенная флора в организме их пациентов приобретала полную резистентность к ВОЗовским препаратам. Часть пациентов после такого лечения со временем умирала. Никому из пациентов в Перу врачи не назначали более эффективные лекарства второго ряда.

Столкнувшись с этим фактом, Фармер и его «Партнеры во имя здоровья» начали стучаться в двери перуанских чиновников здравоохранения, призывая их переориентироваться на более эффективную модель лечения туберкулеза, принятую в развитых странах. Однако ни перуанские медицинские власти, ни ВОЗ долгое время не слышали его требований. Лишь когда ситуация стала выходить из-под контроля и были отмечены случаи МЛУ-ТБ в семьях самих врачей, призывы Фармера были услышаны, и чиновники ВОЗ согласились с тем, что их программа Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) нуждается в усовершенствовании. В результате этого на свет появилась расширенная ВОЗовская программа лечения туберкулеза (DOTS-plus), которую Фармер и его коллеги признали эффективной для всех ситуаций [Farmer, Kim, 1998].

Критически осмысливая ВОЗовский подход к лечению туберкулеза в странах Третьего мира, Фармер вынужден был констатировать, что в нем уже изначально заложены принципы социального неравенства и социальной несправедливости, с которыми он многие годы боролся как в США, так и на Гаити. Эти принципы были вписаны в сам текст ВОЗовского руководства по лечению туберкулеза, принятый в 1991 г. [Guidelines for Tuberculosis Treatment, 1991]. Кроме того, этот подход был замешан на целом ряде мифов и мистификаций, которые Фармер выявил в результате специально предпринятого исследования. Основные из них таковы: МЛУ-ТБ неизлечим; лечить МЛУ-ТБ в бедных странах слишком дорого, поскольку это отвлекает и средства, и внимание от лечения заболеваний, неустойчивых перед лекарствами; лечение туберкулеза, неустойчивого перед лекарствами, — это лучший способ предотвращения эпидемий заболеваний, устойчивых перед лекарствами; МЛУ-ТБ менее заразен, чем туберкулез, неустойчивый перед лекарствами; отсутствие жалоб со стороны пациентов — это главная причина МЛУ-ТБ. Поскольку бедность все еще остается проблемой, то лучший способ бороться с туберкулезом в бедных странах — это заботиться об их экономическом развитии [Farmer, 1999, p. 240–248].

После того как в 1996 г. в Перу была запущенна откорректированная программа лечения туберкулеза, Фармер и его коллеги подго-

товили собственное руководство по лечению туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью [Партнеры во имя здоровья, 2003]. В его основу положены результаты работы «Партнеров во имя здоровья» в Перу, а также опыт противотуберкулезной работы, приобретенный Фармером на Кубе и в России. Весьма полезно кратко остановиться на этом опыте.

Куба вошла в жизнь Фармера в середине 1990-х годов. «Остров свободы», расположенный всего в 90 км от «острова проклятых» (Гаити), являл ему полную противоположность. По своему социально-экономическому развитию Куба могла быть легко отнесена к числу развивающихся стран, как и Гаити. Но уровень медицинского обслуживания в ней был не просто лучше, чем на Гаити, но одним из лучших в мире. Это стало возможным благодаря тому, что после распада СССР кубинский лидер Ф. Кастро принял решение отказаться от экспорта социализма с помощью кубинских штыков и заняться улучшением условий жизни в собственной стране. Сделав акцент на развитии здравоохранения в условиях крайнего дефицита ресурсов и непрекращающейся блокады со стороны США, Куба за короткое время добилась впечатляющих результатов в сфере медицинского обслуживания своих граждан. Кубинские врачи получили широкое признание во всем мире, и многие из них начали активно работать за рубежом.

На высокий уровень был поставлен на Кубе и контроль за возникающими и вновь возникающими инфекциями. В частности, там весьма быстро были выявлены все случи СПИДа, и все вирусоносители были помещены в карантин, где им начали оказывать качественную медицинскую помощь, а, кроме того, пациентов никто не стеснял в их действиях и не лишал прав. Этот кубинский опыт организации карантина вызвал большой интерес в США, и целый ряд медицинских антропологов, включая Фармера, исследовали его, сравнивая с деятельностью американских карантинов в прошлом и настоящем, включая и знаменитый американский карантин на кубинской базе Гуантанамо. С точки зрения Фармера, сравнение разных моделей позволяло безоговорочно поставить именно кубинский вариант на первое место [Scheper-Hughes, 1993; Farmer, 2003, p. 51–90; Castro, Farmer, 2006].

Кубинский подход, горячо одобренный Фармером, резко контрастировал не только с американским и гаитянским, но и тем, который к этому времени сложился в России. Имелась в виду ситуация с туберкулезом, которая после распада СССР и деградации всей советской системы здравоохранения совершенно вышла из-под контроля. Особенно тяжелой она была в пенитенциарном секторе здравоохранения, где врачи никак не могли обуздать эпидемию МЛУ-ТБ. Коррупция, затронувшая практически все эшелоны власти, и по-

литическая слабость клонящегося к закату режима Б.Н. Ельцина не позволяли эффективно воспользоваться теми ресурсами, которыми обладала страна. В сущности, к началу 2000-х годов Россия представляла собой еще одну страну Третьего мира, неспособную самостоятельно справиться с вспышками инфекционных болезней, возникающими тут и там, и в особенности с эпидемией МЛУ-ТБ в тюрьмах.

В этих условиях наиболее активными действующими лицами на российской арене борьбы с МЛУ-ТБ стали различные НКО, действующие при поддержке иностранных спонсоров и в сотрудничестве с чиновниками ВОЗ. Местные власти и медицинские службы, не взирая на прежний богатый опыт подавления опасных инфекций, были вынуждены прислушиваться к советам зарубежных коллег и искать помощи именно у них. В это время в России впервые появился и Фармер, главной целью которого стала работа против эпидемии МЛУ-ТБ в тюрьмах Томска. Его контактным лицом в России стал А.Д. (Алекс) Гольдфарб — бывший советский вирусолог, а позднее гражданин США и Израиля, публицист, бизнесмен и общественный деятель. Тесные связи Гольдфарба с руководством Фонда Сороса позволили им совместно привлечь этот ресурс для того, чтобы начать программу лечения МЛУ-ТБ в томских тюрьмах. Спустя непродолжительное время эта работа принесла свои первые плоды, а ее содержание и уроки были широко осмыслены разными исследователями, в том числе и самим Фармером [Reichman, Hopkins Tanne, 2002, p. 63–125; Farmer, 2003, p. 115-133].

Продолжая свою гуманитарную миссию по всему миру, Фармер в 2000-е годы активно работал также в Руанде и Кении, принадлежащих к числу самых бедных и эпидемиологически запущенных стран мира [Farmer, 2010, p. 136–147]. Получив колоссальный опыт организации систем общественного здравоохранения, спонсорами которых выступали как мелкие частные жертвователи, так и крупные международные фонды, он внес несомненный вклад в то, чтобы усмирить целый ряд опасных инфекционных болезней на нескольких континентах. При этом Фармер часто шутил, что на этом поприще он стал своим для всех политических сил — как прожженных капиталистов, так и последовательных коммунистов [Киддер, 2015, с. 113]. Однако занимаясь оказанием помощи в бедных странах и бедных кварталах богатых стран, Фармер не ограничился только борьбой с инфекциями. Свою миссию он всегда понимал широко [Farmer et al., 2001], и он продолжает работать над тем, чтобы налаживать всестороннюю медицинскую помощь в условиях скудных ресурсов.

Гаити для Фармера стало тем местом, где он сделал много больше, чем сам мог рассчитывать в начале карьеры на «Острове про-

клятых». Наряду с первичной медицинской помощью и лечением инфекций в его клинике в Канжи в 2000-е годы стали оказывать высокотехнологичную хирургическую помощь, включая операции на открытом сердце [Farmer, Kim, 2008a; Ivers et al., 2008]. В клинике также была осуществлена компьютеризация медицинского документооборота, и медицинский персонал получил возможность упрощенного управления данными своих ВИЧ-пациентов [Frazer et al., 2004]. Клиника в Канжи стала центром целой сети небольших хорошо оснащенных медицинских клиник, появившихся по решению Фармера и в других местах на Центральном плато. Для удобства проведения хирургических операций Фармеру пришлось создать собственную службу крови, снабжающую операционные блоки в этих клиниках. Борьба за здоровье сельского населения Канжи и его дальних окрестностей стала сопровождаться и решением проблемы занятости. Из числа гаитян Фармеру и его коллегам удалось сформировать целую армию медицинских и социальных работников, понимающих здравоохранение в самом широком смысле. Форпост Фармера на Гаити стал центром осуществления образовательных программ для местных детей, которые получили возможность посещать школы. Он же превратился в центр распределения гуманитарной продовольственной помощи среди нуждающихся [Farmer, Kim, 2008b; Киддер, 2015, p. 188–190].

* * *

Начав гаитянский проект в 1983 г., Фармер не может отказаться от него и в настоящее время. Многое было сделано лично им и его коллегами из «Партнеров во имя здоровья», чтобы облегчить страдания гаитян, порожденные бременем инфекционных болезней и политическим насилием. Но поставить точку в этой истории после того, как клиника в Канжи стала крупным медицинским центром, Фармеру не удалось. 12 января 2010 г. на Гаити разразился страшный природный катаклизм — землетрясение, итогом которого стали колоссальные разрушения, человеческие жертвы и полная деградация медицинской инфраструктуры. Вследствие начавшегося социального хаоса и ухудшения качества питьевой воды в стране началась эпидемия холеры, ставшая еще одним испытанием для самой бедной страны западного полушария.

В этих условиях Фармер не опустил руки и вместе со своими помощниками и единомышленниками был вынужден восстанавливать сеть своих клиник. Так, благодаря его антропологической чуткости в летопись, повествующую об опыте страдания в Третьем мире, продолжают вписываться новые страницы [Farmer, 2011].

Библиография

Галеано Э. (1986) *Вскрытые вены Латинской Америки*. М.: Прогресс.

Киддер Т. (2015) *За горами — горы. История врача, который лечит весь мир*. М.: АСТ, COPRUS.

Михель Д.В. (2015a) *Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания*. Саратов: Саратовский государственный технический университет.

Михель Д.В. (2015b) Здоровье, болезнь и страдание в медицинской антропологии (политэкономическое направление). *Медицинская антропология: проблемы, методы, исследовательское поле. Сборник статей* / отв. ред. В.И. Харитонова, М.: ООО «Публисити», С.9–19.

Партнеры во имя здоровья. (2003) *Руководство по лечению туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью. Международное издание*. Boston: Partners in Health.

Baer H., Singer M., Susser I. (2003) *Medical Anthropology and the World System*. Westport, Ct.: Praeger.

Castro A., Farmer P. (2006) International Public Health Pitfalls and economic Arguments: The Fight Against AIDS in Cuba and Haiti. *MEDICC Review: Health and Medical News of Cuba*, 8 (1): 26–30.

Farmer P. (1990) The Exotic and the Mundane: Human Immunodeficiency Virus in Haiti. *Human Nature*, 1 (4): 415–446.

Farmer P. (1992) *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame.* Berkeley: University of California Press.

Farmer P. (1996a) Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 2 (4): 259–269.

Farmer P.E. (1996b) On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Daedalus*, 125 (1): 261–283.

Farmer P. (1999) *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.

Farmer P E. (2000) The Consumption of the Poor: Tuberculosis in the Twenty-First Century. *Ethnography*, 1 (2): 211–244.

Farmer P. (2003) *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* Berkeley: University of California Press.

Farmer P. (2004a) An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45 (3): 305–325.

Farmer P. (2004b) Political Violence and Public Health in Haiti. *New England Journal of Medicine*. 350: 1483–1486.

Farmer P. (2010) *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader.* H. Saussy (ed.) Berkeley: University of California Press.

Farmer P. (2011) *Haiti After the Earthquake*. New York: Public Affairs.

Farmer P., Kim J.Y. (1998) Community Based Approaches to the Control of Multidrug Resistant Tuberculosis: Introducing "DOTS-plus". *British Medical Journal*, 317: 671–674.

Farmer P.E., Kim J.Y. (2008a) Surgery and Global Health: A View from Beyond the OR. *World Journal of Surgery.* 32: 533–536.

Farmer P., Kim J.Y. (2008b) Human Rights, Community-Based Health Care and Child Survival. *The State of the World's Children'2008: Child Survival.* New York: United Nations Children's Fund (UNICEF): 90–91.

Farmer P. et al. (2001) Community Based Approaches to HIV Treatment in Resource-poor Setting. *Lancet,* 358: 404–409.

Farmer P.E. et al. (2006) Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine,* 3 (10): 1686–1691.

Frazer H.S.F. et al. (2004) An Information System and Medical Report to Support HIV Treatment in Rural Haiti. *British Medical Journal.* 329: 1142–1146.

Galtung J. (1969) Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research.* 6 (3): 167–191.

Guidelines for Tuberculosis Treatment in Adults and Children in National Tuberculosis Programmes (1991). Geneva: World Health Organization.

Hixon L.A. et al. (2013) Social Justice: The Heart of Medical Education. *Social Medicine,* 7 (3): 161–168.

Ivers L.C., et al. (2008) Increasing Access to Surgical Services for the Poor in Rural Haiti: Surgery as a Public Good for Public Health. *World Journal of Surgery*, 32: 537–542.

Lewis G. (1986) Concepts of Health and Illness in a Sepik Society. Currer C., Stacy M. (eds.) *Concepts of Health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*. Leamington Spa, England: Berg: 119–135.

Reichman L.B., Hopkins Tanne J. (2002) *Timebomb: The Global Epidemic of Multi-Drug-Resistant Tuberculosis*. New York: McGraw-Hill.

Scheper-Hughes N. (1993) AIDS, Public Health, and Human Rights in Cuba. *Lancet,* 342: 965–967.

Singer M., Baer H. (2007) *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Lanham, Md.: Alta Mira Press.

References

Baer H., Singer M., Susser I. (2003) *Medical Anthropology and the World System*. Westport, Ct.: Praeger.

Castro A., Farmer P. (2006) International Public Health Pitfalls and economic Arguments: The Fight Against AIDS in Cuba and Haiti. *MEDICC Review: Health and Medical News of Cuba,* 8 (1): 26–30.

Farmer P. (1990) The Exotic and the Mundane: Human Immunodeficiency Virus in Haiti. *Human Nature,* 1 (4): 415–446.

Farmer P. (1992) *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame.* Berkeley: University of California Press.

Farmer P. (1996a) Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases,* 2 (4): 259–269.

Farmer P.E. (1996b) On Suffering and Structural Violence: A View from Below. *Daedalus,* 125 (1): 261–283.

Farmer P. (1999) *Infections and Inequalities: The Modern Plagues.* Berkeley: University of California Press.

Farmer P E. (2000) The Consumption of the Poor: Tuberculosis in the Twenty-First Century. *Ethnography,* 1 (2): 211–244.

Farmer P. (2003) *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* Berkeley: University of California Press.

Farmer P. (2004a) An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology,* 45 (3): 305–325.

Farmer P. (2004b) Political Violence and Public Health in Haiti. *New England Journal of Medicine.* 350:1483–1486.

Farmer P. (2010) *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader.* H. Saussy (ed.) Berkeley: University of California Press.

Farmer P. (2011) *Haiti After the Earthquake.* New York: Public Affairs.

Farmer P., Kim J.Y. (1998) Community Based Approaches to the Control of Multidrug Resistant Tuberculosis: Introducing "DOTS-plus". *British Medical Journal,* 317: 671–674.

Farmer P.E., Kim J.Y. (2008a) Surgery and Global Health: A View from Beyond the OR. *World Journal of Surgery.* 32: 533–536.

Farmer P., Kim J.Y. (2008b) Human Rights, Community-Based Health Care and Child Survival. *The State of the World's Children'2008: Child Survival.* New York: United Nations Children's Fund (UNICEF): 90–91.

Farmer P. et al. (2001) Community Based Approaches to HIV Treatment in Resource-poor Setting. *Lancet,* 358: 404–409.

Farmer P.E. et al. (2006) Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine,* 3 (10): 1686–1691.

Frazer H.S.F. et al. (2004) An Information System and Medical Report to Support HIV Treatment in Rural Haiti. *British Medical Journal.* 329: 1142–1146.

Galeano E. (1986) *Vskrytye veny Latinskoy Ameriki.* [Open Veins of Latin America]. M.: Progress.

Galtung J. (1969) Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research.* 6 (3): 167–191.

Guidelines for Tuberculosis Treatment in Adults and Children (1991). Geneva: World Health Organization.

Hixon L.A. et al. (2013) Social Justice: The Heart of Medical Education. *Social Medicine,* 7 (3): 161–168.

Ivers L.C., et al. (2008) Increasing Access to Surgical Services for the Poor in Rural Haiti: Surgery as a Public Good for Public Health. *World Journal of Surgery,* 32: 537–542.

Kidder T. (2015) *Za gorami gory. Istoria vracha, kotoryi lechil ves' mir* [Mountains Beyond Mountains: The Quest of Dr. Paul Farmer, a Man Who Would Cure the World]. M.: ACT, COPRUS.

Lewis G. (1986) Concepts of Health and Illness in a Sepik Society. Currer C., Stacy M. (eds.) *Concepts of Health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*. Leamington Spa, England: Berg: 119–135.

Mikhel D.V. (2015a) *Meditsinskaya antropologia: issleduia opyt bolezni i sistemy vrachevania* [Medical Anthropology: Researching Experience of Illness and Systems of Healing]. Saratov: Yuri Gagarin State Technical University of Saratov Press.

Mikhel D.V. (2015b) Zdorovie, bolezn' i stradainie v meditsinskoy antropologii (politekonomicheskoe napravlenie) [Health, Illness and Suffering in Medical Anthropology (Political and Economic Framework)]. V.I. Kharitonova (ed.) *Meditsinskaya antropologiya: problemy, metody, issledovatel'skoe pole. Sbornik statei* [Medical Anthropology: Problems, Methods, Research Field. Collection of Essays]. M.: Publicity: 9–19.

Partnery vo imia zdorov'ia. (2003) Rukovodstvo po lecheniyu tuberkulioza so mnozhestvennoy lecarstvennoy ustoichivost'yu. Mezhdunarodnoe izdanie [Guidelines for Treatment of Multidrug Resistant Tuberculosis. International Issue]. Boston: Partners in Health.

Reichman L.B., Hopkins Tanne J. (2002) *Timebomb: The Global Epidemic of Multi-Drug-Resistant Tuberculosis*. New York: McGraw-Hill.

Scheper-Hughes N. (1993) AIDS, Public Health, and Human Rights in Cuba. *Lancet,* 342: 965–967.

Singer M., Baer H. (2007) *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Lanham, Md.: Alta Mira Press.

Рекомендация для цитирования/For citations:

Михель Д.В. (2017) Опыт страдания в условиях неравенства: анализ идей Пола Фармера. *Социология власти*, 29 (4): 127–147.

Mikhel D.V. (2017) The experience of suffering in conditions of inequality: an analysis of the ideas of Paul Farmer. *Sociology of Power*, 29 (4): 127–147.

Поступила в редакцию: 12.05.2017; принята в печать: 01.11.2017