

УДК 316 354

Р.А. Садыков

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ ВРАЧЕЙ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ: СЛУЧАЙ ВРАЧЕЙ- ГОМЕОПАТОВ

Альтернативная медицина давно находится в фокусе исследователей в большинстве развитых стран, однако в России данная область социологического анализа пока только приобретает свои очертания. С начала 1990-х годов в связи с развитием альтернативной медицины начали появляться исследования, посвященные изучению процессов ее институционализации и профессионализации [21, 22, 24, 28, 34, 41, 45]. При этом авторы зачастую не дифференцировали акторов, предлагающих различные неконвенциональные способы лечения, врачей и народных целителей, объединяя и тех и других под одним термином (альтернативная, традиционная, народная медицина).

Согласно предлагаемому нами определению врачи альтернативной медицины представляют группу специалистов *с высшим медицинским образованием*, которые кроме основной специальности имеют специализацию в области методов традиционной или народной медицины и применяют данные методы в своей практике. В эту группу входят врачи, практикующие такие методы, как рефлексотерапия, мануальная терапия, гомеопатия, биорезонансная терапия, медицинский массаж, натуротерапия (в том числе фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия), традиционная диагностика, традиционные системы оздоровления¹. Важно отметить, что данные специалисты юридически и в статусном отношении отличаются от народных целителей, а следовательно, отнесение и тех и других к альтернативной медицине не вполне правомерно. Поэтому мы предлагаем разделять врачей альтернативной медицины и народных целителей, несмотря на то, что отдельные методики лечения и/или диагностики могут одинаково практиковаться в обеих группах.

Социологическая проблематика альтернативной медицины в основном формировалась на пересечении двух дисциплинарных областей². Изучение альтернативной медицины как таковой относится к области *социологии медицины*, рассматривающей социальные факторы растущего интереса пациентов и медиков к различным традиционным и народным практикам врачевания и то, как последние взаимодействуют с системой современного здравоохранения. Напротив, в *социологии профессий* спрос и процессы институционализации тех или иных видов альтернативного лечения интересуют ученых лишь

¹ Карнеев А.А., Киселева Т.Л. Лицензионные требования и условия работ и услуг по применению методов традиционной медицины; метод. указания. М., 2003–2004.

² Подробный обзор исследований, посвященных проблематике альтернативной медицины в современном обществе, дается в статье: *Shahpush M. A critical review of the sociology of alternative medicine: research on users, practitioners and the orthodoxy // Health. London, Thousand Oaks and New Delhi. 1999. Vol. 4 (2). P. 159–178.*

опосредованно, в качестве условий более важного процесса профессионализации специалистов альтернативной медицины. В данной статье анализ будет сосредоточен именно на врачах альтернативной медицины как профессиональной группе.

С самого начала важно отметить, что врачи альтернативной медицины как профессиональная группа не вполне вписываются в предметное поле классической социологии профессии, в рамках которой традиционно рассматривались занятия, обладающие высоким статусом и престижем [9, 38]. Настоящие профессии должны были отвечать ряду критериев, среди которых наиболее часто выделялись следующие: высоко теоретизированное специальное знание, альтруистическая мотивация, автономия членов группы в выполнении основной функции, саморегулируемая ассоциация и высокий уровень доверия в обществе. Таким образом, в англоязычной литературе термин «профессия» имеет относительно узкое применение: к профессионалам принято относить представителей свободных интеллектуальных занятий, отличающихся особой значимостью для общества и потому пользующихся уважением и всеобщим признанием. Хотя медицина в целом всегда входила в число таких занятий, различные виды альтернативной медицины, очевидно, представляли исключение, так как отличались более или менее маргинализированными позициями в здравоохранении в большинстве развитых стран.

Условия, в которых и сегодня находятся специалисты альтернативной медицины, и их статусная неоднородность зачастую не позволяют определять данную группу как профессию (в ее классическом понимании) ни даже как становящуюся профессию (*profession in process*). Изучение группы врачей альтернативной медицины в социологии профессии требует пересмотра некоторых теоретических установок или расширения парадигмальных рамок, как это в последнее время было предложено социологами в связи с необходимостью включить в анализ широкое многообразие занятий с их всевозможными вариациями [3]. Так, Ш. Гадея выступает за расширение эмпирических границ исследования занятий через обращение к социологии профессиональных групп – дисциплине, предлагающей более широкую аналитическую и историческую перспективу, в отличие от социологии профессии, сфокусированной на ограниченном круге профессиональных групп, именуемых профессиями [Там же].

Другая возможность преодоления «узости» предметного поля социологии профессий, как мы видим, заключается в обращении к развиваемому в теории обучения понятию «community of practice» (сообщества по роду деятельности) [37]. Это понятие обросло множеством дефиниций, но его наиболее распространенное определение описывает группу людей, объединенных вокруг некоторой деятельности и взаимодействующих друг с другом с целью развития профессиональных способностей и обмена знаниями [43, 44]. Эта группа не имеет четких границ, основана на свободном участии и существует до тех пор, пока ее члены заинтересованы в поддержании взаимодействия [44. P. 142]. Применительно к занятию альтернативной медициной концепт «community of practice» использовала А.М. Борлеску [27]. Она провела восемь полуструктурированных интервью с румынскими гомеопатами и отмечает, что

по многим аспектам своей деятельности данная группа отвечает концепции *community of practice* [Ibid. P. 21].

В данной статье мы обращаемся к исследованию группы российских врачей-гомеопатов, однако, в отличие от А.М. Борлеску, основной акцент ставим не на особенностях гомеопатической практики, а на социально-профессиональном статусе и структуре данной группы. Учитывая ограниченные возможности использования термина профессии применительно к занятиям альтернативной медициной, мы предлагаем определять гомеопатов в качестве *профессиональной группы*. Данное определение не исключает использования применительно к гомеопатам концепции *community of practice*. Более того, мы предполагаем, что понятие *community of practice* могло бы послужить важным источником концептуализации формирующегося поля социологии профессиональных групп.

Прежде чем перейти к анализу социально-профессионального статуса российских врачей-гомеопатов, кратко рассмотрим ситуацию с альтернативной медициной в Европе и России.

Альтернативная медицина в европейском и российском контекстах

Сегодня во всем мире наблюдаются значительные вариации социального положения различных специалистов альтернативной медицины. Прежде всего, это связано с разным уровнем институционализации альтернативных методов лечения в разных странах, в зависимости от культурных, социальных и исторических условий, в которых эти методы развивались и существуют в их сегодняшнем состоянии. Некоторые методы остаются не признанными со стороны официального здравоохранения, а многие получили это признание лишь в последнее время. Уровень институционализации того или иного вида альтернативной медицины в конкретной стране определяется в зависимости от его места в системе подготовки медицинских специалистов, положением на рынке медицинских услуг, характером и степенью интеграции в государственном секторе здравоохранения и возможностями к саморегуляции (посредством профессиональных ассоциаций). В некоторых странах государство стремится способствовать интеграции альтернативной медицины¹ и доступности соответствующих услуг для пациентов, однако существуют вариации в уровне доверия к разным методам.

В странах Европейского союза около 180 тыс. врачей получили специальную подготовку в области альтернативной медицины. В разных странах существует своя специфика регуляции альтернативной медицины, причем от метода к методу способы регуляции могут значительно различаться. Существующие модели регуляции альтернативной медицины варьируют от государственно-административной модели до модели независимой саморегуляции. В первом случае официальные органы здравоохранения контролируют деятельность того или метода на рынке медицинских услуг, санкционируют допуск к занятию данным методом и контролируют практику его применения, используя механизмы стандартизации и системы лицензирования. Второй случай регулирования подразумевает, что функции по контролю над всеми сторона-

¹ В последнее время в англоязычной литературе обычно используется термин «complementary and alternative medicine».

ми деятельности членов профессиональной группы, в том числе по определению образовательных и исследовательских программ, стандартов практики и этического кодекса, полностью принадлежат профессиональным ассоциациям. Последний вариант представляет пример высокого уровня автономии группы, который, как правило, сопровождается высоким статусным положением.

Наиболее популярными видами альтернативной медицины являются акупунктура (рефлексотерапия), гомеопатия, антропософная медицина, натуропатия, остеопатия и хиропрактика. В некоторых странах эти методы находятся в руках профессиональных врачей, в других – доступ к ним разрешен для более широкого круга практиков. Например, в Дании для того чтобы использовать акупунктуру (рефлексотерапию) в терапевтических целях, медицинский диплом не обязателен, тогда как в таких странах, как Испания, Болгария, Греция, Чешская Республика, Венгрия и Латвия, применять данный метод имеют право только квалифицированные врачи [29. Р. 8]. В Европе около 25–40% врачей общей практики без специальной подготовки в области гомеопатии выписывают гомеопатические препараты [Ibid. Р. 14].

В России различные виды альтернативного лечения, официально обозначаемые термином «традиционная медицина», находятся в руках врачей, только специалисты с высшим медицинским образованием имеют право применять их на практике. До конца 1980-х годов альтернативная медицина не могла конкурировать с бюрократически организованной системой здравоохранения, созданной Н.А. Семашко, однако с началом движения в сторону коммерциализации медицинской отрасли ситуация стала меняться. Растущий рынок здравоохранения формировал условия для развития альтернативных форм взаимодействия и как следствие способствовал появлению новых акторов на этом поле. Так, внутри медицинской профессии выделились врачи альтернативной медицины, которые, даже оставаясь в структуре государственного здравоохранения, теперь могли более открыто представлять предпочитаемые ими альтернативные методы терапии (табл. 1).

Наиболее многочисленной группой врачей альтернативной медицины являются рефлексотерапевты – 25 000 специалистов, за ними идут гомеопаты – 13 000 и мануальные терапевты – 10 000. Остальные группы альтернативных врачей значительно уступают по численности лидирующей «тройке». Согласно данным, представленным в отчете CAMDOC Alliance¹, в странах Европейского союза акупунктура и гомеопатия также являются наиболее популярными методами альтернативной медицины (по приблизительному подсчету 80 000 и 45 000 практикующих врачей соответственно) [29. Р. 8, 14].

Росту спроса на альтернативную медицину в западных странах и России способствовали схожие виды факторов, однако происходило это в разные периоды времени. В конце 1960-х – начале 1970-х годов в Европе и США происходили масштабные социокультурные изменения, приведшие к появлению

¹ CAMDOC Alliance – это объединение крупных европейских организаций комплементарной и альтернативной медицины, в которое входят Европейский комитет по гомеопатии (ECH), Европейский совет врачей по плюральности (plurality) в медицине (ЕСРМ), Международный совет медицинской акупунктуры и связанных с ней методик (ICMART), Международная федерация ассоциаций антропософной медицины (IVAA).

нию различных видов контркультуры, в том числе связанных со здоровым образом жизни и медициной (medical counter-culture) [40. Р. 107–108]. Представители медицинской контркультуры в медицине критически относились к доминирующей медицинской системе, указывая на ограничения свойственного ей редуccionистского подхода к лечению и негативные последствия лечения (побочные эффекты) для организма и психики пациента, обозначаемые термином «ятрогения» [35]. В результате многие врачи стали обращаться к поиску новых способов лечения, а пациенты – более критично подходить к выбору медицинских услуг.

Таблица 1¹

Виды терапии	Оценочная численность, чел.
Народное целительство и натуротерапия	250 000
Рефлексотерапия	25 000
Гомеопатия	13 000
Мануальная терапия	10 000
Травничество	1 500
Апитерапия	450
Гирудотерапия	500
Приблизительная общая численность	300 450

Привлекательность многочисленных методов альтернативной медицины в том, что они оказались способными противостоять этим тенденциям в медицине, так как рассматривали человека в совокупности его личностных и органических проявлений, предполагали индивидуальный подход и большее внимание к психологическим нуждам пациента [30. Р. 137]. Среди других важных факторов данного спроса – возрастание политической поддержки альтернативной медицины со стороны официальной власти, а также увеличение доходов среднего класса в середине 1980-х годов, представители которого могли позволить себе частные (в том числе медицинские) услуги [42. Р. 213].

В России спрос на альтернативную медицину в конце 1980-х – начале 1990-х годов также был связан с изменением социокультурной обстановки, разочарованием населения в официальной идеологии и возросшими потребностями на альтернативные ценности [21]. Развитие рынка и поддержка со стороны государственных институтов сформировали условия для институционализации и профессионализации альтернативной медицины. Кроме того, ее развитию в нашей стране способствовал кризис в медицинской отрасли, не в последнюю очередь связанный с острой нехваткой медикаментов и медицинского оборудования [24. С. 23–24]. В этих условиях многие врачи стали обращаться к использованию недорогих способов натуральной медицины.

Следует также отметить, что вместе с ростом числа альтернативных практиков среди дипломированных врачей в стране с конца 1980-х годов наблюдалось во многом стихийное разрастание корпуса целителей, знахарок, колдунов. Из них особенно многочисленный слой составляли так называемые

¹ Таблица с данными взята из неопубликованной диссертации О.В. Юрченко «Sociological analysis of professionalization of orthodox and alternative medicine in Russia» (2004).

«бабки». В этой связи поддержка со стороны государства альтернативных методов и их интеграция в систему здравоохранения были важны с точки зрения необходимости поддержания профессиональной монополии врачей. Государство стремилось оградить население от чрезмерного увлечения предложениями целителей, среди которых было немало шарлатанов, и для этого предприняло попытки официально организовать подготовку и регистрацию врачей в области альтернативной медицины, которые должны были обеспечить противовес растущему корпусу народных лекарей без медицинских дипломов и одновременно удовлетворить спрос большей части населения, интересующейся «альтернативными» способами оздоровления [Там же. С. 30].

Процессы институционализации различных видов альтернативной медицины проходили неравномерно. Например, рефлексотерапия и мануальная терапия еще в советский период получили относительно высокое признание в медицинской среде благодаря существующему государственному заказу на их исследование и в 1990-е годы, когда государство стало уделять внимание альтернативной медицине, были уже достаточно глубоко интегрированы в систему здравоохранения. Эти обстоятельства в значительной мере способствовали включению рефлексотерапии и мануальной терапии в число медицинских *специальностей* [12, 13], что по сравнению с другими методами альтернативной медицины почти автоматически обеспечило им более высокий статус. Важным индикатором интеграции данных видов альтернативной терапии является то, что данные методы могут в определенных случаях компенсироваться из фонда ОМС [24. С. 35]. На противоположном краю континуума находятся наименее профессионализированные методы, такие как травничество, апитерапия, гирудотерапия, целительские практики [45. Р. 238].

Последние тенденции свидетельствуют о некотором смягчении законодательства в отношении альтернативной (традиционной) медицины и народного целительства. Закон об охране здоровья, принятый в 2011 г., отменял ранее установленный запрет на массовое целительство, телевизионным каналам снова возвращалось право показывать исцеляющие сеансы [25]. Регуляционные послабления, касающиеся альтернативной (традиционной) медицины, последовали в апреле 2012 года. В новом постановлении о лицензировании [19] методы традиционной медицины не были включены в список работ (услуг), требующих лицензии для тех, кто их практикует. Тем самым любой врач получал возможность без отдельного упоминания в лицензии применять методы альтернативной (традиционной) медицины. В терминах социологии профессий эти изменения означают, что целители получали легитимное право развивать свой символический капитал, вследствие чего они могли более эффективно для себя конкурировать за перераспределения монополии над специфической областью знания в области здоровья и лечения. Для различных врачей альтернативной медицины, напротив, расширение возможностей доступа в группу для большого числа медицинских специалистов означало повышение риска неквалифицированного использования различных методов со стороны недостаточно подготовленных специалистов. Иными словами механизм социального закрытия, представляемый в виде предъявления лицензионных требований, вследствие отмены последних освобождал допуск к за-

нятию методами альтернативной медицины врачей с (иногда даже сильно) различающимися уровнями квалификации в данной области.

В нашей стране совершенствование политики регуляции альтернативной медицины с начала 1990-х годов следовало пути, который был в большей или меньшей степени апробирован многими развитыми странами – в результате альтернативная (традиционная) медицина практически полностью оказалась в руках дипломированных врачей. Вместе с тем занятие альтернативной медициной особым образом сказывается на социально-профессиональном статусе данных специалистов, что позволяет выделять их в качестве отдельной профессиональной группы внутри медицинской отрасли.

Как показывает О.В. Юрченко, социальное положение альтернативных специалистов различается от одного метода к другому. Следуя концептуализации МакКлеланда, она отмечает, что большинство российских ассоциаций альтернативной медицины предпочитают «профессионализацию сверху», когда Минздрав аккумулирует контроль над профессиональной группой и осуществляет инкорпорацию метода в систему государственной медицины [45. Р. 246]. Последнее означает, что врачи стремятся занять место внутри существующего мейнстрима в здравоохранении, а именно увеличить возможности для занятости в государственном секторе, утвердить специальные образовательные программы в медицинских вузах, расширить доступность своих услуг за счет их включения в список обязательного медицинского страхования. Этот вариант профессионализации в наибольшей степени характерен для Профессионального общества рефлексотерапевтов, Лиги профессиональных мануальных терапевтов, Всероссийской гомеопатической ассоциации. Другие ассоциации специалистов альтернативной медицины, напротив, не хотят разделять функции регулирования с государством и профессионализируются через достижение легальной монополии на рынке медицинских услуг [Ibid. Р. 262].

Гомеопатия как особый вид медицинской практики очень скоро появилась в России после своего фактического возникновения в практике европейских (конечно, в первую очередь немецких) врачей, а именно в конце первой четверти XIX в. Вплоть до революции 1917 г. гомеопатия, хотя и имела наряду со сторонниками также и ярых противников, пользовалась относительно высоким признанием среди высших слоев населения [36]. Сложнее складывалась ее судьба в период советской власти. Индивидуалистический подход, лежащий в основе гомеопатии, не соответствовал курсу советского здравоохранения, нацеленного на быстрое и с наименьшими затратами лечение огромных масс населения, и, более того, не вписывался в материалистические представления врачей-ленинцев о *народной*¹ медицине. Это привело к тому, что в 1938 г. Наркомздрав СССР распорядился распустить Всероссийское (а вместе с ним и Ленинградское) общество врачей-гомеопатов из-за несоответствия «требованиям, предъявляемым к научно-медицинским обществам». Гомеопатам с врачебной квалификацией предлагалось вступать в научные

¹ Здесь определение «народная» используется в смысле «для (советского) народа», также как в случае с определениями «народная власть», «народное образование» и т.п.

медицинские общества в соответствии со специальностью, а на использование самого метода накладывались значительные ограничения [14–16].

Последующие два десятилетия прошли в острой полемике между защитниками гомеопатии и ее противниками по поводу эффективности метода, в том числе и на страницах центральных изданий [см., напр., «Известия» от 8 апреля и от 14 апреля 1960 г.]. В очередной раз жесткая реакция МЗ последовала в конце 1960 г.: по результатам проверки Московской областной гомеопатической поликлиники специальная комиссия МЗ выявила в ее деятельности ряд существенных нарушений. За этим последовал приказ по ужесточению контроля гомеопатической службы в стране. Приказ, в частности, запрещал издание литературы по гомеопатии, проведение подготовки гомеопатов и признавал дальнейшую деятельность обществ врачей-гомеопатов нецелесообразной [17]. С 1968 по 1991 г. данный приказ был главным нормативным документом, регулирующим гомеопатию, положение которой в этот период оказывалось фактически полулегальным. Тем не менее, несмотря на давление со стороны МЗ, во многих регионах страны продолжали практиковать врачи-гомеопаты, работали гомеопатические поликлиники и аптеки [7]. Основные центры отечественной гомеопатии были в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве. Примечательно, что в Киеве вокруг деятельности Д.В. Попова сложилась уникальная школа, врачи которой придерживались не характерных для советских гомеопатов принципов «чистой», или *классической*, гомеопатии.

К концу 1980-х годов гомеопатия начинает восстанавливать позиции. Либерализация социальной жизни способствовала смягчению отношения Минздрава к гомеопатии – в сотрудничестве с вновь появившимися гомеопатическими ассоциациями начинается работа по созданию необходимой нормативно-технической базы и развитию метода. В стране открывают центры и кафедры по подготовке гомеопатов. Главным шагом в развитии отечественной гомеопатии стал Приказ Минздравмедпрома № 335 от 29 ноября 1995 г., согласно которому гомеопатия в качестве метода получила официальное признание. В приказе прописаны требования к врачу-гомеопату и правила отпуска гомеопатических средств. Гомеопат обязан иметь диплом о высшем медицинском образовании и сертификат о соответствующей подготовке в области гомеопатии; не менее одного раза в пять лет врач должен проходить переподготовку по своей основной специальности, а также в области гомеопатии [18]. В соответствии с данным приказом в следующем году при Минздравмедпроме были организованы Научно-организационный гомеопатический центр (в дальнейшем реорганизован в Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии) и Координационный совет по гомеопатии. Эти и другие начинания, направленные на развитие гомеопатии в России, с началом второй волны социальных реформ в 2000-е годы постепенно стали отходить на второй план. В то же время очевидно, что с начала 1990-х годов гомеопатия прошла значительный путь институционализации в системе российского здравоохранения. Сегодня гомеопаты имеют несколько крупных профессиональных ассоциаций, регулярно проводятся гомеопатические конгрессы, конференции, семинары, широко распространены различные курсы подго-

товки специалистов по гомеопатии, появляются диссертационные работы, посвященные гомеопатическому лечению [5].

Рассмотрев некоторые предпосылки и основные черты институционализации и профессионализации гомеопатии, в заключительной части статьи перейдем к анализу социально-профессионального статуса врачей-гомеопатов.

Социально-профессиональный статус и профессионализация гомеопатов

Гомеопаты были охарактеризованы в данной статье как профессиональная группа или *community of practice* – для этого были привлечены соответствующие теоретические концепции. Для того чтобы охарактеризовать социально-профессиональный статус этой группы, обратимся к ресурсному подходу, который часто применяется в исследованиях стратификации российского общества, в том числе при рассмотрении профессиональных групп [23]. По Н.Е. Тихоновой, каждый из ресурсов может выступать в качестве актива, т.е. как ресурс, который используется в процессе хозяйственного обмена, может накапливаться, конвертироваться в другие виды ресурсов, воспроизводиться и таким образом оказывать в той или иной степени позитивное воздействие на социальное положение его владельца; в свою очередь всякий актив может рассматриваться в качестве капитала, если он может приносить *добавочную* стоимость, превышающую объемы, необходимые для простого воспроизводства ресурса [Там же. С. 37]. В данной работе мы выделили четыре типа ресурсов – экономический, властный, социальный и культурный, характеризуемые рядом индикаторов.

Данные опроса INTAS¹ показывают, что врачи общего профиля чаще применяют методы альтернативной медицины (52%), чем врачи специальностей (42%) [24. С. 38]. Одна из возможных интерпретаций состоит в том, что врачи стремились таким образом улучшить свое статусное положение, что зарплата этих специалистов в госучреждениях долгое время была достаточно низкой даже для медработников, а спрос на их специальности в более прибыльном частном секторе практически отсутствовал [45]. Освоив метод(ы) альтернативной медицины, врачи получали некоторое преимущество при выходе на рынок и могли рассчитывать на большее вознаграждение. Потенциально врачи могли увеличить свой **экономический ресурс** за счет приобретения специализаций в области альтернативной медицины, методы которой являются более коммерциализированными (имеется в виду широкое представительство альтернативной медицины в частных клиниках и медицинских центрах) и востребованными на рынке медицинских услуг.

По результатам анкетного опроса 149 гомеопатов средний доход в группе ответивших составил 40 541 руб.; при этом половина ответивших зарабатывает в месяц менее 30 000 руб. В нижнем дециме доходы не превышают 13 450 руб., в верхнем – уровень доходов возрастает от отметки 50 000 руб.; менее чем в 3% ответов доход достигает 100 000 руб. и выше. Средний заработок только по Москве и Московской области составил 43 822 руб., а по остальным регионам – 29 931 руб.² Таким образом, средняя зарплата опрошен-

¹ Данный опрос проводился в рамках проекта «Российские врачи: социальные установки и стратегии адаптации», 2001–2004 гг. Выборка составила 605 врачей различных специальностей.

² Сравнение средних производилось при уровне статистической значимости, равном 0,1.

ных гомеопатов в целом оказывается сопоставима со средней зарплатой российских врачей, которая по данным Росстата в первом квартале 2013 г. составила 34 504 руб. (в Москве – 56 793 руб., в Московской области – 42 565 руб.) (Федеральная служба государственной статистики, 2013). Примечательно, что средний доход респондентов растет от групп с меньшим стажем гомеопатической практики (до 10 лет) к группе с большим стажем (более 21 года) работы в качестве гомеопата (табл. 2). Это говорит о том, что с опытом гомеопаты могут увеличивать свой экономический ресурс.

Таблица 2

Связь размера доходов врачей и стажа работы в качестве гомеопатов

Стаж работы гомеопатом	Средний доход, руб.	Число респондентов
Менее 10 лет	36 208,33	48
10–20 лет	45032,61	47
21–40 лет	46 250,00	10
Итого	41 076,92	105

Важнейшим индикатором властного ресурса является уровень автономии профессиональной группы. В целом автономию можно охарактеризовать как степень *легитимного контроля* профессионалами факторов организации условий своей деятельности. Согласно классической формуле профессионализма высокая степень автономии существует тогда, когда население и государствоверяют профессионалам монопольную власть над областью специфической экспертизы. Таким образом, отношения между ними выстраиваются на доверии. В случае если доверие к профессии снижается, то соответственно возрастает уровень внешнего регулирования и автономия (саморегуляция) редуцирует. Профессиональная автономия позволяет врачам самостоятельно выбирать лекарственные средства, процедуры и лечение, необходимые для их пациентов. Автономия в первую очередь проявляется в том, в какой степени врачи могут исполнять свои профессиональные обязанности без чьего-либо внешнего влияния (пациентов, государства, бизнеса).

При этом следует отличать различные уровни автономии. Так, Р. Холл выделяет два измерения профессиональной автономии – структурное и поведенческое (*attitudinal dimension*). *Структурное измерение* он относит к способности профессиональных ассоциаций оказывать влияние на членов профессии: ассоциации призваны обеспечивать легальное исполнение практики и при необходимости исключать «недостойных» из профессии. Структурное измерение основывается на ожидании, что те или иные суждения профессионалов могут быть оспорены только их коллегами, т.е. другими представителями данной профессии.

Поведенческое измерение автономии характеризует вера профессионала в то, что он достаточно свободен, чтобы формулировать некоторые экспертные суждения, и на их основе принимать конкретные решения. Поведенческое измерение выражает видение профессиональной деятельности самим профессионалом. Р. Холл называет несколько атрибутов, характеризующих данный аспект автономии: а) отношение к профессиональной группе как к главному источнику критериев профессиональной деятельности; б) вера в идеал профессионального служения; в) вера в возможности саморегуляции и коллеги-

альный контроль; г) чувство профессионального призвания (потребность в осуществлении профессионального дела); д) автономия как ощущение свободы в принятии профессиональных решений, в независимости от внешнего давления со стороны клиентов и всех тех, кто не является членом профессии, а также со стороны организации-наймодателя [32. Р. 93].

Г. Энгел выделяет три измерения профессиональной автономии – связанные с инновацией, индивидуальной ответственностью и коммуникацией (между врачом и клиентом, между врачом и его коллегами). Согласно трактовке автора, *инновация* осуществляется, когда врач инициирует изменение рабочих задач, с полной ответственностью переопределяет установленные методы лечения, производит и применяет новые идеи и/или методы. Автономия, относящаяся к *индивидуальной ответственности*, возникает тогда, когда врач лично управляет процессом исполнения правил его работы, т.е. занимает субординированную и независимую позицию по отношению к тем, кто «меньше знает», определяет рабочие цели, действует и мыслит без внешних ограничений. Врач автономен в отношении *свободной коммуникации* тогда, когда он смог получить доступ ко всей важной информации о клиенте; после этого врач и пациент могут общаться беспрепятственно, следуя демократически организованной дискуссии [31. Р. 16].

Г.Е. Рэндалл и А.П. Уильямс предлагают три измерения профессиональной автономии, которые объединяют шесть субизмерений [39]. Первое – это экономическое измерение автономии, выражающееся в контроле над вознаграждением; сюда входит два субизмерения: контроль над стоимостью предлагаемых услуг и контроль над перечнем и объемом предлагаемых услуг. Второе измерение – властное – контроль над условиями предоставления услуг, а именно контроль над рабочим расписанием и контроль над рабочими условиями, включая место работы. Наконец, третье измерение – клиническая автономия – возможности контроля над содержанием услуг, подчиняющегося только коллективным профессиональным стандартам, включает также два субизмерения: контроль над оценкой клиентских потребностей (которые требуют непосредственного доступа к клиентам) и контроль над обслуживанием клиента в соответствии с профессиональной компетенцией, обеспечение надлежащего качества услуги.

Не останавливаясь на критике приведенных определений, можно заключить, что все они вполне согласуются с пониманием того, что автономия выступает и как индивидуальное (автономия работника), и как корпоративное достояние (автономия группы). Корпоративное измерение автономии (автономия ассоциаций) характеризуется степенью, в которой профессии как корпоративное целое могут участвовать в регуляции деятельности своих членов. Профессия как группа через своих делегированных представителей в лице ассоциаций или независимых экспертов участвует в определении формальных требований (технического регламента) профессиональной деятельности для всех своих членов, контролирует их соблюдение и осуществляет санкции за их неисполнением. Индивидуальное измерение автономии (автономия на рабочем месте) соответствует клиническому (техническому) уровню автономии и означает степень, в которой врач свободно может принимать решения

относительно лечения, диагностики и профилактики заболеваний; также подразумевает уровень его подотчетности внешним регуляторам [33].

Наиболее важным признаком властного ресурса является уровень автономии группы, т.е. ее возможности саморегуляции. В нашей стране полномочия в регулировании альтернативной медицины полностью принадлежат Министерству здравоохранения; это определено законодательно, и как следствие профессиональные ассоциации врачей альтернативной медицины не имеют реальных возможностей для саморегуляции группы. Важно отметить, что гомеопатические профессиональные ассоциации, также как и другие ассоциации, представляющие врачей альтернативной медицины, не вошли в новообразованную Национальную медицинскую палату, которая добилась участия своих членов в разработке последнего закона об охране здоровья.

Деятельность ассоциаций гомеопатов в основном направлена на организацию и проведение образовательных и научных мероприятий, а также участие в экспертизе по своему профилю. В то же время членство в них носит преимущественно пассивный характер. Так, некоторые респонденты не могли вспомнить в интервью название ассоциации, в которой они состояли. Наш опрос показал, что гомеопаты в целом положительно оценивают деятельность гомеопатических ассоциаций в сохранении и укреплении врачебной этики среди врачей, повышении престижа гомеопатии в России, укреплении позиций гомеопатии в российском здравоохранении (принятие необходимых законов, стандартов, правил). Но в то же время из данных интервью видно, что респонденты не рассматривают ассоциации в качестве политической силы, способной выполнять функции саморегуляции группы.

Слабость коллегиальных органов самоуправления характерна в целом для всего медицинского сообщества в нашей стране. Это является одним из признаков низкого уровня властного ресурса. Вследствие этого российские врачи альтернативной медицины предпочитают индивидуальные стратегии профессионализации коллегиальным стратегиям, которые характерны для стран, где существуют сильные профессиональные ассоциации.

К вопросу об автономии следует добавить, что наш кейс с гомеопатами показал, что отсутствие жестких стандартов по применению гомеопатического метода дает врачам большую свободу в принятии решений на уровне их непосредственной практики, т.е. обеспечивает им относительно высокий уровень так называемой *клинической автономии*. Это неспецифическая ситуация, и она характерна для большинства методов альтернативной медицины, так как сегодня стандарты медицинской помощи разработаны только для рефлексотерапии и мануальной терапии, которые в отличие от других методов подлежат лицензированию.

Кроме объема автономии, в качестве индикатора властного ресурса мы использовали наличие уровней подчинения. После того как рефлексотерапия и мануальная терапия получили статус специальностей, в порядке оказания медицинской помощи по данным специальностям появились положения о медицинской сестре, работающей под руководством соответственно врача-рефлексотерапевта или мануального терапевта. Разумеется, представители других направлений альтернативной медицины возможностями иметь в подчинении средний медперсонал не обладают, хотя отмечают, что это могло бы

значительно сократить их нагрузку: в случае с гомеопатами, например, освободить врача от сбора анамнеза, который в рамках гомеопатического приема может занимать один час и более.

Как отмечалось выше, в России среди методов альтернативной медицины только рефлексотерапия и мануальная терапия носят статус специальностей – это значит, что большинство альтернативных врачей не имеют формальных оснований для контроля доступа в группу, и, таким образом, механизм их группового закрытия в лучшем случае ограничивается сферой моральных санкций. Соответственно для большей части врачей альтернативной медицины возможности осуществления монополии на рынке медицинских услуг существенно ограничены.

Властный ресурс в группе врачей-гомеопатов распределен неравномерно, но в целом остается достаточно низким. Не в последнюю очередь это связано с тем, что в медицинской среде гомеопатия не пользуется общим признанием, в лучшем случае ей отводится роль комплементарного метода; причем это отношение проявляется не только среди рядовых врачей, но и на административном уровне: об этом свидетельствуют события последних лет: ликвидация в начале 2000-х годов Координационного совета по гомеопатии при Минздраве, закрытие Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения, в составе которого функционировал Институт натуротерапии и гомеопатии (Национальный совет по гомеопатии).

Культурный ресурс группы гомеопатов можно определить в соответствии с часто используемой в рамках ресурсного подхода концепцией различных видов капиталов П. Бурдьё. П. Бурдьё относит к культурному капиталу уровень образования и квалификации, материальные объекты, способные придавать символическое значение (культурные товары), культурные привычки и практики [2].

Опираясь в целом на трактовку французского автора, мы определяем культурный ресурс как особые формы поведения, социальные практики и ценности индивидов, обусловленные их положением в структуре общества. Поскольку речь идет о профессиональной группе, это и особая профессиональная идеология, разделяемая всеми членами группы. Профессиональная идеология составляет основу культурного ресурса группы и призвана поддерживать наиболее значимые для самой профессии мифы о ее существовании и функционировании. Мифы в наиболее доступной для обывателя форме сообщают о важности положения, которое представители конкретной профессии занимают в структуре общества, об их особой миссии, разделяемых ими ценностях и высоком престиже их занятия. Тем самым мифы поддерживают «честное» имя профессии, закрепляют способы ее узнавания, иными словами, способствуют сохранению накопленного профессией символического капитала. От этого во многом зависят прочность статусных позиций профессионалов в стратификационной структуре и, в конечном счете, сам процесс воспроизводства данной профессиональной группы. Профессиональная идеология подразумевает наличие тех или иных механизмов легитимации деятельности группы. Наиболее частный аргумент, который гомеопаты используют в защиту своего метода, – эффективность, проверенная двухсотлет-

ней историей и подтвержденная клиническими исследованиями. Другой способ оправдания метода представляет так называемая стратегия *экстернальной* легитимации. Имеется в виду ситуация, когда некоторые группы альтернативной медицины пытаются достичь профессионального признания с помощью авторитетных акторов, иногда внешних по отношению к медицинской профессии или их специальности.

Наконец, социальный ресурс определялся на основе оценки уровня престижа гомеопатии. Престиж мы операционализировали с помощью таких индикаторов, как уровень доверия в обществе и уважение к методу внутри группы врачей. По мнению гомеопатов, уровень доверия в обществе к их методу растет, в то время как уровень уважения в медицинском сообществе пока остается стабильно низким. На рост доверия косвенно указывают данные о росте гомеопатического рынка в России, который с 2007 по 2009 г. вырос вдвое [11].

Согласно П. Бурдые, «...в социальном пространстве агенты распределены в первом измерении по общему объему имеющегося у них капитала (ресурса. – *Р.С.*) во всех его видах, и во втором измерении – по структуре их капитала, т.е. по относительному весу различных видов капитала (экономического, культурного...) в общем объеме капитала, которым они располагают». [1. С. 70]. Структура группы гомеопатов отличается неоднородностью, так как объем ресурсов и их относительный вес дифференцируются от одних гомеопатов к другим. Гомеопатия в нашей стране представлена множеством направлений (школ) и подходов к назначению гомеопатического лечения. Это имеет ключевое значение для дифференциации данной группы. В общем виде выделяют такие подходы, как унизм, плюрализм и комплексизм. Вокруг этого разделения существует сильное идеологическое противостояние между так называемыми классическими гомеопатами и неклассическими, или клиническими, гомеопатами.

В то время как большинство неклассических гомеопатов модифицируют принципы гомеопатии в зависимости от рамок своей основной врачебной специальности и используют комбинированное лечение, классические гомеопаты выступают за чистоту метода, настаивают на строгой противоположности гомеопатического и аллопатического подходов, и в целом представляют собой достаточно закрытую группу.

Классические гомеопаты высказываются против любых вариантов редукции основ гомеопатии к принципам конвенциональной (аллопатической) медицины и отрицают возможности стандартизации гомеопатического метода. Это означает, что для данной группы не характерна модель интеграции, типичная для большинства видов альтернативной медицины, т.е. интеграции через адаптацию метода к условиям и стандартам биомедицины. Принципиальная позиция «классиков» и противопоставление их метода остальной медицине сводит к минимуму их занятость в государственных учреждениях.

Обозначенные крайние идеологические позиции среди гомеопатов скорее являются аналитическими и едва ли находят соответствие в реальности. Это означает, что различных представителей гомеопатии можно было расположить на воображаемом континууме, между обозначенными позициями, в разной степени удаленных по отношению к обоим концам континуума.

Заключение

Пример гомеопатии показывает, что официальное признание не гарантирует врачам альтернативной медицины статус, равный статусу врачей обычных медицинских специальностей. Успех институционализации в системе здравоохранения зависит от того, насколько метод отвечает критериям господствующей биомедицинской модели, т.е. насколько он стандартизируем. Случай классических гомеопатов иллюстрирует, что не все группы готовы следовать такому пути: интеграции как одному из вариантов профессионализационного проекта они предпочитают стратегии демаркации через противопоставление себя врачам других специальностей и гомеопатам, отступившим от ортодоксии метода.

Анализ экономического, властного, культурного и социального ресурсов указывает, что социально-профессиональный статус гомеопатов является рассогласованным: с одной стороны, эти врачи, согласно полученным оценкам, имеют хорошие возможности для увеличения экономического ресурса за счет относительно высокого спроса на их услуги и доверия со стороны пациентов к их методам, с другой – как метод гомеопатия все еще остается непризнанной со стороны большого числа врачей разных специальностей, гомеопаты не получают средств от государства на научные исследования и компенсаций из фонда ОМС.

В целом гомеопаты представляют собой гетерогенную группу, члены которой от метода к методу дифференцируются по своим статусным характеристикам. Данная группа занимает как бы срединное положение между наиболее и наименее институционализированными методами. Имея высоко теоретизированную базу и относительно сильные позиции на рынке, гомеопатия тем не менее пользуется меньшим признанием, чем рефлексотерапия и мануальная терапия, и в отличие от них не имеет статуса специальности. Рефлексотерапия и мануальная терапия широко представлены в системе государственного здравоохранения, врачи, практикующие их, имеют в подчинении средний персонал, однако вместе с тем они подвергаются более жесткому административному контролю со стороны органов Минздрава. Гомеопаты же концентрируются в основном в частном секторе, не являются жестко стандартизированными и потому отличаются более высокой степенью *индивидуальной* автономии, но зато практически не имеют формальных механизмов для социального закрытия. В терминах классической теории закрытия их положение можно характеризовать как узурпационную стратегию закрытия, когда доминирующая группа врачей-гомеопатов стремится перераспределить в свою пользу ресурсы, монополизированные доминирующей группой врачей-аллопатов. Вместе с тем слабое развитие коллегиальных форм организации (ассоциаций) как наиболее значимый индикатор автономии профессиональной группы свидетельствует в пользу утверждения, что властный ресурс группы альтернативных врачей является достаточно низким, а следовательно, следует говорить скорее о ситуационном характере дальнейшей профессионализации гомеопатов, нежели о развитии конкретного профессионального проекта гомеопатов.

Литература

1. Бурдые П. Социология социального пространства / Пер. с франц.; отв. ред. перевода Н.А. Шматко. М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2007.
2. Бурдые П. Формы капитала // Экономическая социология. 2002. Т. 3, № 5. С. 60–74.
3. Гадея Ш. Социология профессий и социология профессиональных групп. В защиту изменения подхода // Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен / Под ред. П. Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: Вариант, ЦСПГИ, 2011.
4. Горюнов А.В., Хлопушин Р.Г. Рынок традиционной медицины Санкт-Петербурга [Электронный ресурс] // Журнал социологии и социальной антропологии. 2005. Т. 8, № 1. Режим доступа: http://www.old.jourssa.ru/2005/1/9aGorunov_Hlorush.pdf (дата обращения: 03.08.2013).
5. История гомеопатии в России / С.В. Песонина и др. СПб.: Центр гомеопатии, 2004.
6. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников за 1 квартал 2013 года [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/PublishOTKR/index.html#table
7. Карпеев А.А., Киселева Т.Л. Новая и новейшая история отечественной гомеопатии (с 1991 года до настоящего времени) [Электронный ресурс] // Традиционная медицина. 2004. № 2 (3). Режим доступа: http://www.tradmed.ru/n3_2.shtml (дата обращения: 03.08.2013).
8. Ложная мудрость гомеопатии. Письмо в редакцию // Известия. 1960. 8 апр.
9. Маршалл Т.Х. Новейшая история профессионализма в связи с социальной структурой и социальной политикой // Журнал исследований социальной политики. 2010. Т. 8, № 1. С. 105–124.
10. Обращение к гомеопатам, приверженцам и сторонникам российской гомеопатии [Электронный ресурс] // Национальный совет по гомеопатии. Режим доступа: <http://homeosovet.ru/news.php?newsid=4> (дата обращения: 03.08.2013).
11. Паутова Е. Рынок гомеопатических ЛС в России [Электронный ресурс] // Ремедиум. 2010. № 3. Режим доступа: <http://remedium-journal.ru/arhiv/section.php>
12. Приказ Минздрава РФ от 10.12.1997 № 364 «О введении специальности “Рефлексотерапия” в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей» // Здравоохранение. 1998. № 2.
13. Приказ Минздрава РФ от 10.12.1997 № 365 «О введении специальности “Мануальная терапия” в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей» // Здравоохранение. 1998. № 4.
14. Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 11 февраля 1938 г. № 152 // ГАРФ, ф. 8009, оп. 1, д. 137, л. 182, 183.
15. Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 16 апреля 1938 г. № 500 // ГАРФ, ф. 8009, оп. 1, д. 141, л. 34.
16. Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 27 апреля 1938 г. № 566 // ГАРФ, ф. 8009, оп. 1, д. 141, л. 180–182.
17. Приказ Министерства здравоохранения СССР «Об усилении контроля за работой и регламентацией дальнейшей деятельности врачей-гомеопатов и применением в лечебной практике гомеопатических лекарственных средств» от 7 августа 1968 г. № 610 // ГАРФ, ф. 8009, оп. 50, д. 750. С. 371.
18. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29.11.1995 г. № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» // Здравоохранение. 1996. № 3.
19. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 17, 23 апр. Ст. 1965.
20. Решение Коллегии и Бюро ученого Совета Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 27 декабря 1994 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». Режим доступа: <http://homeopat-medvedeva.ru/site/6>.

21. Романов П., Ярская-Смирнова Е. Социальное как иррациональное? (Диагнозы 1990 года) // Новое литературное обозрение. 2007. № 83. Режим доступа: <http://magazines.russ.ru/nlo/2007/83/ro14.html> (дата обращения: 03.08.2013).
22. Самарская Т.А., Тенер Г.А. Альтернативная медицина российской провинции // Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5, № 1. С. 87–103.
23. Тихонова Н.Е. Ресурсный подход как новая теоретическая парадигма в стратификационных исследованиях // Социологические исследования. 2006. № 9. С. 28–40.
24. Традиционная медицина: политика и практика профессионализации / Под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011. 212 с.
25. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // Российская газета. 2011. № 263. 23 нояб. Ст. 74.
26. Ярская-Смирнова Е.П., Григорьева О.А. «Мы – часть природы». Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. 9, №1. С. 151–170.
27. Borlescu A.M. Being a homeopath. Learning and practice in a homeopathic community // Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology. 2011. Vol. 2, № 2. P. 11–31.
28. Brown J.V., Rusinova N.L. “Curing and Crippling”: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // Annals of the American Academy of Political and Social Science. Vol. 583. Global Perspectives on Complementary and Alternative Medicine. 2002. P. 160–172.
29. The regulatory status of Complementary and Alternative Medicine for medical doctors in Europe // CAMDOC Alliance, 2010.
30. Eastwood H. Why are Australian GPs using alternative medicine? Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health // Journal of Sociology. 2000. Vol. 36 (2). P. 133–156.
31. Engel G.V. Professional Autonomy and Bureaucratic // Organization Administrative Science Quarterly. 1970. Vol. 15 (1). P. 12–21.
32. Hall R.H. Professionalization and Bureaucratization // American Sociological Review. 1968. Vol. 33 (1). P. 92–104.
33. Harrison S., Dowsell G. Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say // Sociology of Health & Illness. 2002. Vol. 24 (2). P. 208–226.
34. Iarskaia-Smirnova E., Romanov P. Culture matter: integration of folk medicine into health-care in Russia // Rethinking professional governance. International directions in healthcare / Edited by E. Kuhlmann, M. Saks. Bodmin.: MPG Books, 2008. P. 141–154.
35. Illich I. Medical Nemeses. London: Calder & Boyars, 1974.
36. Kotok A. The History of Homeopathy in the Russian Empire until World War I, as Compared with other European Countries and the USA: Similarities and Discrepancies. Unpublished PhD thesis. The Hebrew University of Jerusalem, 2001.
37. Lave J., Wenger E. Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. New York: Cambridge University Press, 1991.
38. Parsons T. The Professions and Social Structure (1939) // Parsons T. Essays in Sociological Theory (Revised Edition). New York: The Free Press, 1966. P. 34–46.
39. Randall G.E., Williams A.P. Health-care reform and the dimensions of professional autonomy // Canadian Public Administration. 2009. Vol. 52 (1). P. 51–69.
40. Saks M. Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization and Health Care. London: Sage/Continuum, 2003.
41. Salo E.P. Problems of legitimation of healers activities in Russia // Russian Sociology in Turbulent Times / Ed. by V.A. Mansurov. Moscow: RSS, 2011. P. 750–758.
42. Sharma U. Medical pluralism and the future of CAM // Complementary and alternative medicine: challenge and change / ed. by B. Wellman, B. Pescosolido, M. Saks. Amsterdam: Harwood academic publisher, 2000. P. 211–222.
43. Wenger E. Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity. New York: Cambridge University Press, 1998.
44. Wenger E. Communities of practice and social learning system // Organization. 2000. Vol. 7 (2). P. 225–246.
45. Yurchenko O.V. A sociological analysis of professionalisation of orthodox and alternative medicine in Russia. Ph.D. thesis. De Montfort. 2004.