

## **Практики и перспективы профессионализации гомеопатии в России**

---

*Радик Садыков*

**С**егодня в мировой социологии сформировался устойчивый интерес к изучению альтернативной медицины<sup>1</sup>. В фокусе внимания ученых оказываются вопросы, связанные с объяснением роста популярности нековенциальных методов лечения среди населения, с изучением динамики их развития в системе общественного здравоохранения и последствий государственной политики, направленной на их регулирование [см.: Coulter, Willis, 2007; Hess, 2004; Goldstein, 2002]. В большинстве стран Западной Европы и США спрос на врачей, применяющих методы альтернативной медицины (АМ), формировался в широком контексте социальных изменений во второй половине 1960-х – начале 1970-х годов. В России интерес к такой медицине как среди врачей, так и среди населения

---

В данной научной работе использованы результаты, полученные в ходе проекта «Идеологии профессионализма в социальном государстве», выполненного в рамках Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ» в 2012 году, грант № 12-05-0007.

<sup>1</sup> Понятие альтернативной медицины включает системы диагностики, лечения и профилактики заболеваний, отличные от привычных систем фармакотерапии и хирургии. В России распространены такие виды АМ, как рефлексотерапия (акупунктура), мануальная терапия, гомеопатия, фитотерапия (траволечение), су-джок, традиционная китайская медицина, гирудотерапия, апитерапия и другие.

начал стремительно расти в период перестройки и был связан с либерализацией социальных институтов и развитием рынка. В начале 1990-х вместе с расширением возможностей для развития альтернативного лечения перед Минздравом возникает вопрос о его регулировании – начинает формироваться соответствующая законодательная база, создаются специальные подразделения, призванные осуществлять контроль медицинских практик, отличающихся по своим средствам и методам от тех, которые считаются признанными в биомедицине. В результате такие способы лечения, как рефлексотерапия и мануальная терапия, получили статус медицинских специальностей и были интегрированы в официальную медицину, чего нельзя сказать, например, о гомеопатии, отношение к которой со стороны государства и медицинского сообщества в разные периоды менялось от молчаливого согласия до категорического непризнания.

В этой статье мы сконцентрируемся на объяснении текущего состояния профессионализации российских гомеопатов, а также попытаемся сделать вывод о связи профессионализма в его узком приложении к практике гомеопатического метода и концепции социального государства. Результаты проведенного исследования основываются на материалах 13 полуструктурированных интервью с врачами, использующими гомеопатию в повседневной практике. В число опрошенных вошли врачи государственных и коммерческих медицинских учреждений, четверо мужчин и девять женщин.

### **Гомеопатическое знание между исключением и интеграцией**

Поле социальных исследований альтернативной медицины формировалось во многом за счет включения ее в предмет социологии профессий. Ученые обратились к рассмотрению профессионального статуса альтернативных врачей, процесса их профессионализации внутри медицинской профессии [Baer, 1984; Saks, 2003; Kelner et al., 2002; Cant, Sharma, 1995, 1996; Yurchenko, 2004; Iarskaia-Smirnova, Romanov, 2008]. Дискурс профессионализации врачей альтернативной медицины формировался в контексте более широкой дискуссии о природе профессионализма и роли профессионалов в обществе. Медицина – первое занятие (occupation), получившее право называться профессией [Wilensky, 1964. P. 143]. Опережая всех на пути профессионализации, врачи показывали пример развития для других (ставших в последствие классическими образцами профессии) занятий, таких как сестринское дело, юриспруденция, социальная работа, государственная служба, инженерное дело. Во мно-

гом потому, что медицина традиционно являлась излюбленным примером в работах многих социологов, исследующих профессию, альтернативная медицина также получила достаточно широкое внимание. В литературе по профессионализации альтернативной медицины авторов интересует, какое место альтернативные специалисты занимают в системе других медицинских профессий, как проходит процесс интеграции и включения альтернативной практики в мейнстрим здравоохранения, с какими рисками и издержками при этом сталкиваются заинтересованные стороны.

**Вариации метода и структура группы.** Гомеопатия в ее традиционном виде основывается на индивидуалистическом подходе; это означает, что при схожей симптоматике двум больным будут назначены разные препараты в зависимости от их индивидуальных (в том числе психологических) особенностей. При этом выбор необходимого в каждом случае препарата зависит от субъективного взгляда врача-гомеопата, от его *искусности* в применении метода, от навыков, которые приобретаются исключительно с опытом [Cant, Sharma, 1996. P. 582]. Поэтому гомеопаты часто указывают на то, что их метод невозможно полностью стандартизировать. Отсутствие *унифицированных* норм практики неизбежно порождает разные варианты интерпретации гомеопатического знания. В мире существует большое число школ, отличных друг от друга пониманием того, как следует применять гомеопатию; это касается выбора препарата и его потенции, определения частоты, с которой лекарства должны вводиться [Complementary and Alternative Medicine... 2009. P. 216]. В литературе выделяют три основных способа назначения гомеопатических препаратов – уницизм, плюрализм, комплексизм<sup>1</sup>. Классические гомеопаты, для которых характерен уницистский подход, утверждают, что использование комплексных препаратов нельзя называть настоящей гомеопатией, так как в данном случае отсутствует индивидуальное сопоставление симптома с картиной препарата. Гомеопаты, таким образом, различаются внутри своей группы по специфическим подходам к гомеопатической практике. В свою очередь, это может обуславливать характер взаимоотношений гомеопатов с остальным медицинским сообществом и определять особенности интеграции их способа терапии в системе здравоохранения.

---

<sup>1</sup> *Уницизм* в гомеопатии предполагает назначение пациенту только одного простого (однокомпонентного) препарата за один раз. При *плюрализме* пациенту за один раз назначается несколько препаратов, которые могут приниматься одновременно или по очередности. Что касается *комплексизма*, в данном случае пациенту назначаются смеси гомеопатических средств разного разведения.

Данные интервью показывают, что формальной иерархии среди гомеопатов не существует, однако для них, имеют значение такие критерии, как опыт врача, его должностной статус, признание в медицинском сообществе, наличие ученой степени. Несмотря на то, что формально гомеопатия в нашей стране определяется как метод, некоторые врачи называют ее своей основной специальностью. Авторы монографии «Традиционная медицина: политика и практика профессионализации» отмечают, что многие врачи пришли в альтернативную медицину, будучи профессионалами самого высокого уровня: докторами наук, изобретателями и лауреатами государственных премий [Традиционная медицина... 2011. С. 32–33]. Вместе с тем наши информанты считают, что в России научная работа в области гомеопатии включает в основном клинические испытания препаратов, а фундаментальные исследования не проводятся (интервью 10). Тем не менее постепенно растет число диссертаций, касающихся гомеопатии. Согласно данным Российского гомеопатического общества, со времени легализации гомеопатического метода в России<sup>1</sup> и по состоянию на 31.01.2010 было защищено 129 кандидатских и 26 докторских диссертаций по медицинским, фармацевтическим, биологическим и ветеринарным наукам, посвященным вопросам гомеопатии<sup>2</sup>.

**Стандартизация знания и практики.** В дискуссиях по поводу интеграции часто встает проблема трансформации эзотерического знания группы, подвергающегося ревизии со стороны господствующей медицинской системы. Выделение специфического знания группы, формирование ее особых компетенций выступают важным критерием профессионализации врачей альтернативной медицины. Д. Кларк с соавторами отмечают, что в большинстве работ по профессионализации экспертное знание рассматривают как источник авторитета, легитимности и статуса [Clarke, Doel, Segrott, 2004. P. 331]. Формализация эзотерического знания позволяет демаркировать область специфической экспертизы врачей альтернативной медицины, тем самым ограничивая доступ внешних агентов к соответствующей практике [Hollenberg, 2006. P. 740]. Попытки интегрировать альтернативное медицинское знание и биомедицинский подход приводят к парадоксальной ситуации. С одной стороны, интеграция сулит альтернативным врачам преимущества, связанные с легити-

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29.11.1995 № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» // Здравоохранение. 1996. № 3.

<sup>2</sup> Диссертации по гомеопатии // Сайт Национального совета по гомеопатии // [http://homeosovet.ru/docrazdel.php?category\\_id=4](http://homeosovet.ru/docrazdel.php?category_id=4).

мацией, закреплением и монополизацией особой области профессиональной компетенции, возможность через ассоциированные органы осуществлять контроль над соблюдением высоких стандартов качества услуг, поддерживать и повышать уровень автономии и саморегуляции. С другой стороны, как показывает опыт, интеграционные процессы оборачиваются пересмотром границ эзотерического знания группы. Например, интеграция акупунктуры и биомедицины в Великобритании происходила через *адаптацию* – вынесение практики акупунктуры за пределы теоретических рамок китайской медицины, внутри которых она исторически развивалась [Saks, 1994]. В похожей ситуации, по свидетельству С. Кэнт и У. Шарма, оказываются и многие гомеопаты. Исследование ученых показывает, что все больше гомеопатов отходит от терапевтических корней. Стремясь достигнуть желаемой интеграции и высокого положения в системе национального здравоохранения, ведущие гомеопатические объединения позитивно оценивают возможности стандартизации метода. Сам процесс стандартизации связан с необходимостью определенных уступок в отношении целостности границ специального знания. Сегодня официальная линия британского Общества гомеопатов предполагает, что гомеопатию должен удовлетворять *комплементарный* (а не альтернативный) статус по отношению к конвенциональной медицине [Cant, Sharma, 1995. P. 753–754]. Таким образом, в процессе интеграции многочисленные виды альтернативной медицины рискуют оказаться в прокрустовом ложе господствующей медицинской модели и ее бюрократического порядка.

Д. Холленберг в качестве важного аспекта интеграции выделяет коммуникативные барьеры. Его исследование медучреждений, где наряду с представителями академической медицины практикуют альтернативные специалисты, показало, что на рабочих собраниях докторов в обсуждении клинических случаев преобладает язык биомедицины. Однако многие альтернативные врачи признались, что испытывают трудности в понимании биомедицинской терминологии [Hollenberg, 2006. P. 739–740]. В России подобная ситуация едва ли возможна: российские гомеопаты, для того чтобы практиковать, обязаны иметь медицинскую квалификацию, это дает им возможность легко ориентироваться в терминах аллопатической медицины [Приказ Минздравмедпрома № 335... 1995]. Более того, базовое академическое образование позволяет им переводить специфические понятия гомеопатии на язык аллопатии (или биомедицины). Однако в случае такой реинтерпретации возникает риск редукции специфического языка гомеопатии и замещения ключевых понятий метода биомедицинской терминологией. Некоторые исследователи

опасаются, что такая терминологическая интервенция может отразиться на уникальности самого гомеопатического знания и привести к его неправильному пониманию [Cant, Sharma, 1995].

Вопреки опасениям исследователей, некоторые российские гомеопаты убеждены, что изменяется форма, а не содержание гомеопатического знания. Ключевые термины гомеопатии не исчезают, а всего лишь интерпретируются в значениях современной доказательной медицины. Одна из врачей приводит следующий пример:

...Термин «миазм» <...> используется из уважения к Ганеману. <...> у нас всего три основных миазма, как известно, – псора, сикоз, люэс; туберкулиновый миазм как сочетание псоры и люэса. <...> Гипофункция соответствует туберкулиновому типу, гиперфункция – сикотическому, дисфункция – люэтическому. То есть можно, опираясь на гистологию, физиологию, патфизиологию, <...> наполнить вот этот термин старинный совершенно другим смыслом (интервью 5).

Данный пример представляет собой один из вариантов решения части тех проблем, которые возникают на пути интеграции. Подобная реинтерпретация подразумевает, что каждый гомеопат должен обладать высоким уровнем клинического образования. В этой связи Европейский комитет по гомеопатии отмечает, что врач-гомеопат должен быть в состоянии сочетать знания и опыт, присущие гомеопатической практике, со знаниями и опытом, присущими обычной медицинской практике, таким образом, он способен *профессионально* осуществлять гомеопатическое лечение [Гомеопатия в Европе... 2009. С. 44]. Отразится или не отразится это на специфике метода, может показать только специальное исследование.

**Легитимация практики.** Конкурентная среда, которая с развитием рынка стала характерна и для здравоохранения, вынуждает различных специалистов прибегать к различным способам легитимации и оправдания практики. Наиболее частый аргумент, который гомеопаты используют в защиту своего метода, – эффективность, проверенная двухсотлетней историей и подтвержденная клиническими исследованиями. Респонденты указывают на строгую *научность* метода и его непротиворечивость относительно современной доказательной медицины. Вместе с тем в ответах врачей часто присутствуют отсылки к духовной составляющей гомеопатического лечения, учитывающего не только физический, но и психологический уровень здоровья человека. В целом врачи подходят к оценке своего метода с точки зрения практики:

Ну, что тут сказать, я в этом смысле сторонник гомеопатии, поэтому вообще считаю, что современная медицина относительно лечения хронических болезней имеет маленькие возможности, несравнимые с гомеопатией. <...> Почти любой пациент, который болеет серьезно, знает, что такое «хроника». Обращаться за лечением хронических болезней к официальной медицине почти бесполезно (интервью 4).

Другой способ оправдания метода представляет так называемая стратегия экстернальной легитимации. Имеется в виду, что некоторые группы представителей альтернативной медицины пытаются достичь профессионального признания и доступа в мейнстрим для их практики с помощью авторитетных акторов, внешних по отношению к биомедицинской профессии, таких как правительство и потребительские организации [Wiese, Oster, Pincombe, 2010. P. 337]. Например, в Великобритании в то время как врачи Британской медицинской ассоциации официально обращаются с требованием к Национальной службе здоровья прекратить государственное финансирование гомеопатии [Британская медицинская ассоциация... 2010], протекция королевской семьи, особенно со стороны Принца Чарльза, позволяет гомеопатам справляться с любыми нападками извне.

Эта стратегия разделяется и частью российских гомеопатов, в качестве референтов в данном случае выступают ученые-естествоиспытатели, исследования которых прямо или косвенно подтверждают клиническое действие гомеопатии или отдельных ее механизмов; в частности, в одном интервью называлось имя французского иммунолога Ж. Бенвениста, автора теории структурированной воды. Другой пример – привлечение авторитета врача из непосредственного окружения:

Мы написали свою программу, значит, мы пригласили доктора, которого все побаивались – доктор Иванов (псевдоним. – Р.С.) был такой, – чтобы он нас защищал. Мы ввели его в свою команду, он был уже пожилой человек. И когда узнали, что Иванов вошел в нашу команду, никто с нами не связывался (интервью 7).

В реплике врача выражено опасение внешнего давления со стороны, очевидно, академического медицинского сообщества. Напряжение между гомеопатами и аллопатами связано в первую очередь с отрицанием последними терапевтической ценности и научной обоснованности гомеопатии.

### **Гомеопатия – профессия, метод или специальность?**

М. Келнер с соавторами совершенно справедливо отмечают, что не только особенности терапевтического подхода отличают одних врачей от других, но также такие показатели, как степень их групповой сплоченности, длительность формального образования, наличие определенной инфраструктуры [Kelner et al., 2002. P. 236]. К этому списку можно добавить и другие показатели, которые можно было бы отнести к понятийному полю социологии профессий, например такие, как автономия, закрытие, (само)регуляция. В интервью мы не концентрировались исключительно на обсуждении этих понятий, но попытались представить профессиональный портрет российских врачей-гомеопатов наиболее полно.

**Организация практики.** Организационный контекст, в котором находятся врачи, напрямую влияет на особенности их практики и профессионального статуса. Будучи включенными в функционирование сложившейся системы медицинской профессии с ее специфическими институциональными параметрами, врачи разных специальностей имеют и разные преимущества для осуществления желаемых траекторий профессиональной мобильности; это касается, в частности, выбора медучреждения, в котором врач собирается работать. Как показывают данные интервью, многие врачи-гомеопаты одновременно заняты в двух-трех учреждениях. Здесь встречаются различные варианты сочетания занятости в государственных и коммерческих медучреждениях в качестве врача, ведущего спецкурсов или руководителя на административной должности. В государственных поликлиниках врач, как правило, лично договаривается с главврачом о том, чтобы применять гомеопатический метод в его медучреждении. С согласия руководителя гомеопатические услуги, которые не входят в список ОМС и соответственно не компенсируются из бюджета, вводятся в список услуг учреждения и осуществляются на хозрасчетной основе. Не будучи субсидируемой медицинской помощью, гомеопатия широко представлена в многочисленных коммерческих клиниках и медцентрах. Один из респондентов предположил, что наличие в государственных поликлиниках своего штатного гомеопата позволило бы освободить врачей-специалистов от так называемых «отказников», портящих статистику и без особого результата для себя расходующих их (врачей) рабочее время; пациентов с хроническими болезнями следовало бы направлять в гомеопатический кабинет, так как обычная медицина может им предложить лишь временное облегчение (интервью 7). На сегодняшний день гомеопаты представляют исключительно амбулаторную помощь, тогда как введение практики в стационарах позволило бы вес-



ти реальный учет (статистический) действия гомеопатического метода на различных больных и, кроме того, открывало бы пространство для возможных клинических исследований (интервью 3).

**Особенности практики: рабочее место и типы пациентов.** Специфических требований к организации рабочего места врача-гомеопата не существует. Обычные предписания СЭС – наличие не менее 12 кв. м площади для кабинета, требования к освещению и возможность проветривания, наличие ручмойника. Рабочие принадлежности гомеопата составляют: амбулаторная карта (иногда заполняемая в электронном виде), в большинстве случаев компьютер со специальным программным обеспечением, иногда используются медицинские шпатели, тонометр, стетоскоп. Такого ограниченного набора инструментов достаточно гомеопату для того, чтобы вести пациентов с самыми разными заболеваниями. Наиболее распространенными в практике врачей-гомеопатов являются простудные заболевания и болезни пищеварения [Песонина, Микиртычан, Лихтшангоф, 1999. С. 36]. При этом набор заболеваний, с которыми пациенты обращаются за лечением, у каждого врача свой – у классических гомеопатов лечатся пациенты с самыми разными заболеваниями (кроме запрещенных для гомеопатического лечения – онкологические, инфекционные и другие заболевания): *«...это метод холистический – ...с чем бы он (пациент. – Р.С.) не пришел, ты должен учесть все заболевания, которые у него есть»* (интервью 1); неклассические или «клинические» гомеопаты часто практикуют, не выходя за рамки своей первоначальной специализации, и могут называть себя, например, «гомеопат-отоларинголог», «гомеопат-гинеколог», «гомеопат-педиатр». Специфичность профессионального языка гомеопатов ярко демонстрирует то, как врачи определяют типы пациентов. Они именуют того или иного пациента по названию препарата (или его вещества), который был ему выписан. Так, в разговоре двух врачей-гомеопатов обычными являются фразы типа *«Ты знаешь, ко мне такой arsenicum metallicum<sup>1</sup> приходил»* или *«Ну а эта прямо как пая пая<sup>2</sup>»* (интервью 7).

Кроме медицинских критериев, посетителей гомеопатических кабинетов можно разделить по таким характеристикам, как пол, возраст, уровень образования, определенные ценности. Один из врачей-гомеопатов выделил две категории граждан, обращающихся за гомеопатическим лечением:

<sup>1</sup> Пер. с лат. «мышьяк металлический».

<sup>2</sup> Пер. с лат. «кобра индийская», «очковая змея» (яд).

Это люди, которые, так сказать, ведут экологический образ жизни; которые как бы открыли для себя, что современная медицина является частью современной цивилизации и там много вредного для здоровья <...>. Вот это первая категория – такого типа люди приходят. Вторая <...> это уже более тяжелая категория – люди хронически, тяжело больные, которые уже обращались к врачам, испробовали на себе много методов, по большей части современной медицины, убедились, что это им не помогает, и пришли сюда, ища вот как-то здесь помощи, иногда буквально с последней надеждой (интервью 4).

В этом высказывании врача примечательно то, что среди пациентов гомеопатов значительное число так называемых «отказников», то есть тех, кому не помогло обычное лечение. Гомеопаты высоко оценивают потенциал своего метода в лечении многих «трудных» болезней, таких как рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, различные виды хронических заболеваний; гомеопатия также считается эффективной при лечении психических расстройств, даже таких тяжелых, как шизофрения. Основной контингент пациентов, обращающихся к ним за лечением, – это женщины, часто с детьми. Некоторые врачи отмечают достаточно высокий образовательный и культурный уровень своих пациентов – они стараются разбираться в особенностях гомеопатического лечения, достаточно хорошо осведомлены о его действии, иначе бы не обратились за соответствующей помощью (интервью 6). Учитывая, что стоимость приема у врача-гомеопата по сравнению с распространенными платными медицинскими услугами достаточно высокая<sup>1</sup>, можно предположить, что основная масса обращающихся за помощью – люди со средним либо выше среднего материальным достатком. Это подтверждают в целом и сами гомеопаты.

**Обучение.** Для того чтобы иметь доступ к практике, 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 и также в области гомеопатии [Приказ Минздравмедпрома № 335... 1995]. В действительности, как признаются сами врачи, повышение квалификации проходит гораздо чаще, чем один раз в пять лет, даже несмотря на то, что дорогостоящее гомеопатическое обучение приходится оплачивать само-

---

<sup>1</sup> Цены на услуги гомеопата в Москве варьируются от 3000 до 5000 руб. за прием. Первичный прием, как правило, стоит дороже последующих.

стоятельно. Обучение проходит в специализированных центрах, школах в форме лекционных курсов и/или практикумов, которые составляют 216 часов общего и 72 часа тематического усовершенствования по гомеопатии; выходные испытания – экзамены, зачеты, письменная работа. Существующие требования накладывают на врачей-гомеопатов дополнительные обязательства, что далеко не все из них оценивают как нечто позитивное:

К нам двойная строгость: мы должны писать не только историю болезни. <...> Если обычный врач должен проходить специализацию по своей специальности раз в пять лет, то гомеопат должен проходить две специализации, то есть, допустим, я как отоларинголог буду по лор-болезням и по гомеопатии. И свежие сертификаты должны быть. Ну, в смысле сертификаты государственного образца (интервью 1).

Практически все респонденты отмечают, что существующего объема первичной подготовки недостаточно для качественного освоения метода. Гомеопаты демонстрируют ориентацию на постоянное совершенствование практики через спецкурсы. Они отмечают, что для того чтобы овладеть в достаточной мере гомеопатическим методом, требуются значительные усилия и длительное обучение – первичной специализации при существующем объеме часов не хватает для того, чтобы результативно использовать метод.

216 часов первичное и 70 часов – повышение квалификации. Я считаю, что это очень мало и моя убежденная позиция, что гомеопатию надо переводить из разряда методов лечения в разряд специальности. Тогда будет нормальная переподготовка, а не так, как это сейчас происходит (интервью 10).

Потребность ввести в медвузах специальность «Гомеопатия» выражают многие гомеопаты [Песонина, Микиргичан, Лихтшангоф, 1999]. В решении коллегии и бюро Ученого совета МЗ РФ, разрешившем в 1994 году использование гомеопатии в государственном здравоохранении, в основной формулировке значилось «с последующим рассмотрением вопроса о внесении гомеопатии в номенклатуру специальностей»<sup>1</sup>, однако до сих пор гомеопатия остается только методом. Между тем формирование комплекса специфиче-

---

<sup>1</sup> Решение коллегии и бюро Ученого совета Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 27 декабря 1994 года «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» // <http://homeopat-medvedeva.ru/site/6>.

ских знаний и его закрепление в качестве академической специальности является для группы важным шагом на пути профессионализации и свидетельствует о признании их практики.

**Социальное закрытие.** Специализированное образование подразумевает определение критического набора компетенций и навыков, необходимых для образцового выполнения соответствующих услуг. Таким образом, устанавливаются критерии доступа к практике, которые гарантируют качество обслуживания не ниже определенного уровня и благодаря которым границы входа в профессию становятся практически непроницаемыми для недостаточно квалифицированных работников. Согласно классическому определению Ф. Паркина, социальное закрытие означает процесс, посредством которого социальные общности стремятся к максимизации вознаграждения через ограничение доступа к ресурсам и возможностям, предназначенным для узкого круга избранных [Parkin, 2000. P. 146]. Исключающее закрытие (*exclusionary social closure*) может опираться на различные основания, такие как социальное происхождение, половая и/или расовая принадлежность, уровень образования. Закрытие, использующее в качестве критерия входа образовательный (и квалификационный) уровень, называется *креденциализмом*, и является важнейшим механизмом контроля доступа к ключевым позициям в разделении труда [Parkin, 2000. P. 147].

В условиях утраты доверия в российском здравоохранении отношения с социальным институтом персонализируются, то есть пациент взаимодействует не с формальной организацией, а с конкретным ее сотрудником [Аронсон, 2006]. Таким образом, доверие к отдельным специалистам не утрачивается, врачи продолжают оставаться главными экспертами в области здоровья. Это доверие может возрастать и убывать в зависимости от результатов врача. Каждый врач может поддерживать его, достигая и приумножая «нужные» *креденции*, повышающие его статус и имидж как специалиста. Профессия оказывается пространством конкуренции, в котором главным средством «держаться на плаву» является *креденциальный капитал*, то есть категории, степени, *дополнительные специализации*, в том числе в области альтернативной (традиционной) медицины могут выступать как часть *креденциальной стратегии* в карьере врача.

Хотя среди гомеопатов немало тех, кто допускает непротиворечивое сосуществование различных направлений, более или менее приближенных к ортодоксии учения С. Ганемана, некоторые группы внутри профессии, такие как классические гомеопаты, в большей своей части отказываются разделять звание гомеопата наравне с теми, кто, по их мнению, к «настоящей» гомеопатии имеет слабое от-

ношение (интервью 5, 8, 9). Данное обстоятельство представляется важным при обсуждении формирования единых стандартов гомеопатического знания и его включения в базовую систему медицинского образования. Мы считаем, что пока гомеопатия не является специальностью, нет оснований считать существующие механизмы группового закрытия эффективными. Хотя респонденты считают установленное количество часов на обучения недостаточным для того, чтобы эффективно применять гомеопатию, они тем не менее не видят особой необходимости в дополнительном внешнем контроле качества гомеопатической практики. При этом чрезвычайная трудоемкость метода и относительно высокая стоимость курсов обучения, отмечаемые респондентами, приводят к естественному (само)исключению тех, кто не достаточно профессионален, не привержен методу и не испытывает по отношению к своей практике особого энтузиазма.

**Доходы и стоимость обучения.** Несмотря на то, что врач-гомеопат потенциально может иметь доходы, превышающие средний заработок обычного врача поликлиники, большую часть заработанной суммы он вынужден тратить на постоянное обучение, так как стоимость курсов и семинаров, по оценкам респондентов, достаточно высокая. Например, на апрель 2012 года стоимость первичных курсов составляла 26 000 рублей в Центральной гомеопатической школе, а курсов повышения квалификации – 12 000 рублей; в центре «Любовь Лурье» – 22 000 и 18 000 рублей соответственно. Кроме того, высокие тарифы на гомеопатические услуги выглядят не столь значительными при учете средней длительности одного гомеопатического приема, который может составлять полтора часа и более; таким образом, в течение одного рабочего дня врач-гомеопат может принять сравнительно небольшое число пациентов.

**Регуляция и автономия.** На сегодняшний день регуляция гомеопатии помимо общих для медиков нормативных документов обеспечивается на основании Приказа Минздравмедпрома РФ от 29 ноября 1995 года № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». В целом гомеопаты оценивают регуляцию со стороны Минздрава как довольно жесткую. Это связано с правилами лицензирования, вынуждающими гомеопатов проходить дополнительные процедуры, к тому же, как оценивают гомеопаты, это достаточно дорого стоит. Один из врачей высказался о том, что регулирующие процедуры в отношении врачей в целом избыточные:

Если врачу дали врачебный диплом, почему он должен еще лицензию получать? Ему и уже дали врачебный диплом.

Ему дала организация, которой уже выдали лицензию на право определять вашу квалификацию. Но у нас почему-то есть еще какой-то орган, который после этого определяет вашу квалификацию в виде подтверждения лицензии. Это уже нонсенс! (интервью 6).

В апреле 2012 года по решению Правительства были приняты относительные регуляционные послабления в отношении врачей альтернативной (традиционной) медицины. В новом постановлении о лицензировании<sup>1</sup> методы традиционной медицины не были включены в список работ (услуг), требующих лицензирования. Тем самым врачи получили возможность без отдельного упоминания в лицензии применять гомеопатию или другой метод альтернативной медицины, теперь для этого достаточно минимального обучения на соответствующих курсах.

Данное обстоятельство может свидетельствовать об относительном повышении уровня профессиональной автономии врачей, использующих альтернативные методы, в том числе гомеопатов. Здесь, однако, следует помнить замечание М.А. Эльстон о том, что в эмпирических исследованиях зачастую недостаточно адекватно концептуализируется понятие профессиональной автономии, что приводит к ложным предположениям относительно настоящего и будущего статуса медицины [Elston, 1991. Р. 61]. Под самим термином «профессиональная автономия» М.А. Эльстон понимает легитимный контроль профессионалами содержания и условий их работы. При этом необходимо различать автономию как индивидуальное достояние и как корпоративное, что предполагает выделение различных уровней профессионального контроля – национального, локального, индивидуального [Elston, 1991. Р. 61]. Классификация М.А. Элстон на этом не заканчивается; она также выделяет следующие виды автономии: а) экономическая автономия как право врачей определять собственное вознаграждение; б) политическая автономия как право принимать политические решения в качестве признанных экспертов в вопросах здоровья; в) и клиническая (или техническая) автономия как право профессии определять и самостоятельно оценивать стандарты практики [Elston, 1991. Р. 61–62].

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 года № 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. 23.04.2012. № 17. Ст. 1965.

По мнению Ст. Харрисона и Дж. Доусвелла, последний вид автономии является центральным в исследовании профессионального статуса врачей [Harrison, Dowswell, 2002. P. 209].

Российские гомеопаты показывают бóльшую степень клинической автономии, чем обычные врачи. Это связано с отсутствием жестких стандартов в гомеопатической практике, что позволяет врачам определять свою работу как творческую<sup>1</sup> (интервью 6). Политическая автономия и частично экономическая автономия преимущественно локализируются на корпоративном уровне, то есть находятся в ведении ассоциативных органов профессии. В последнее время в медицинском сообществе широко обсуждался вопрос о саморегуляции, в частности Национальной медицинской палате даже удалось добиться права участия в создании нового Закона об охране здоровья. Врачи постепенно осознают необходимость самостоятельного осуществления контроля профессиональной деятельности, однако, судя по всему, до того времени, когда каждая медицинская ассоциация сможет претендовать на исключительное право регулировать профессию, еще далеко.

**Ассоциации.** В 1938 году Наркомздравом СССР было распущено Всероссийское гомеопатическое общество<sup>2</sup>, и лишь через полвека появилась реальная возможность вновь его воссоздать. Следом образовались и другие гомеопатические объединения. Первые в пореформенной России ассоциации гомеопатов способствовали возрождению метода, их члены участвовали в работе Минздравмедпрома по созданию регулирующей базы гомеопатической деятельности. Хотя в целом попытки ассоциаций легитимировать гомеопатию нельзя назвать безуспешными, тем не менее они (ассоциации) пока не смогли обрести сколько-нибудь значимого голоса и влияния в борьбе за интересы своих членов. Сегодня их функции сосредоточены главным образом на популяризации метода, на организации образовательных курсов, на подготовке и проведении встреч гомеопатов в рамках гомеопатических конгрессов и конференций. Членство в ассоциациях не подразумевает активного участия в ее деятельности – некоторые врачи даже не смогли вспомнить точное название ассоциации, членами которой они являются (интервью 4, 5). Гомеопаты слабо верят в способности ассоциаций защищать их практику. Некоторые врачи, вступив в ассоциации, со временем по-

---

<sup>1</sup> Здесь, во избежание возможных негативных трактовок, следует оговориться и добавить, что в самом широком смысле медицина часто понимается как *искусство*.

<sup>2</sup> Приказ по Народному комиссариату здравоохранения СССР от 16 апреля 1938 года № 500 // ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 141. Л. 34.

нимают низкую пользу для себя такого участия и выходят из их состава (интервью 1).

**Этический кодекс.** Одной из важнейших функций профессиональной ассоциации является выработка и формализация этического кодекса группы. Как таковой этический кодекс у гомеопатов отсутствует, однако они указывают на значимость общих для всех врачей принципов профессиональной этики (врачебная тайна, правило «не навреди»). Тем не менее выделяется и некоторая специфика. Индивидуальный подход в гомеопатии обуславливает необходимость особого внимания к пациенту – как правило, обычный гомеопатический опрос направлен на то, чтобы раскрыть психологические особенности пациента и по возможности выяснить характер его личностных взаимоотношений с его близкими, коллегами на работе:

Если я спрашиваю человека о его болезни, то он может мне рассказать о своей болезни при помощи своих делузий (они могут быть разные и оказаться где угодно), при помощи своих ощущений – эмоций, гнева, грусти и так далее; при помощи языка тела <...>. Естественно я должна выработать внутри себя какую-то защиту, чтобы самой туда не включиться – без этого врачом-гомеопатом, как и психологом, работать невозможно (интервью 7).

Таким образом, в идеале работа гомеопата подразумевает вхождение в зону приватного взаимодействия с опрашиваемым и здесь врач-гомеопат (так же как и психотерапевт) должен заботиться не только об эмоциональном состоянии пациента, но стараться «защитить» себя от его переживаний.

### **Заключение: итоги и перспективы**

В статье был рассмотрен процесс профессионализации российских врачей-гомеопатов. Хотя в России отношение медицинского сообщества и государства к гомеопатии варьировалось от категорического неприятия до относительного признания, тем не менее респонденты отмечают, что за последние десятилетия восприятие гомеопатии в обществе изменилось в лучшую сторону: все большее количество пациентов доверяют гомеопатии, а врачи-аллопаты стали проявлять большую лояльность к коллегам, использующим данный метод.

Несмотря на неослабевающий интерес к гомеопатии и ее широкое распространение в практическом здравоохранении, следует признать, что российские гомеопаты как социально-профессиональная



группа пока не представляют собой консолидированного сообщества. Основная причина гетерогенности группы – множественность направлений (школ) и подходов к использованию гомеопатического метода; методические расхождения касаются разной степени приверженности принципам оригинального учения С. Ганемана – врачи по-разному интерпретируют его наследие. Хотя лидерами гомеопатических ассоциаций предпринимаются шаги для солидаризации гомеопатического сообщества – ежегодно проводятся конференции, обучающие семинары (в основном в Москве и Санкт-Петербурге; с приглашением ведущих гомеопатов со всего мира) – отсутствие унифицированной системы правил применения метода приводит к тому, что отдельные группы гомеопатов существуют независимо друг от друга. Здесь важно отметить, что не все врачи, назначающие гомеопатическое лечение, могут называть себя гомеопатами и считаться таковыми в медицинском сообществе; для многих гомеопатия – лишь один из методов в их терапевтическом арсенале.

Как было показано в статье, профессионализация альтернативных врачей тесно связана с процессом интеграции их специфического знания в систему конвенциональной медицины. Тенденции, согласно которым врачи альтернативной медицины для достижения более привилегированного положения в профессиональной структуре прибегают к стандартизации и унификации своего способа лечения, оборачиваются рисками редукции метода и утраты оригинальности подхода. Таким образом, легитимация несет в себе как очевидные преимущества для врачей, так и определенные ограничения. Это следует иметь в виду, рассматривая перспективы перехода метода гомеопатии в разряд специальностей. Попытка ввести специальность «Гомеопатия» в медвузах потенциально может привести к противостоянию внутри группы: так как на сегодня взгляды гомеопатов в определении «правильного» способа применения метода гомеопатии расходятся, то вполне прогнозируемы расхождения и по поводу его стандартизации и формализации в системе здравоохранения. Например, классические гомеопаты в большинстве своем противопоставляют себя врачам, использующим метод гомеопатии с отступлением от некоторых принципов оригинального учения.

На уровне формирования объединений специалистов интересы гомеопатии представлены слабо. Деятельность гомеопатических ассоциаций в основном сосредоточена на осуществлении образовательных и коммуникативных функций. Ассоциации не в состоянии влиять на политические решения, направленные на развитие метода, ведущая роль в принятии которых сохраняется за Минздравом. Ощущая это, многие врачи стремятся поддерживать свою практику

с помощью стратегии креденциализма, через увеличение личного доверия. Отсутствие унифицированных стандартов и специальности «Гомеопатия» является ограничением на пути установления жестких критериев социального закрытия, но в то же время это позволяет гомеопатам сохранять относительную степень клинической автономии, раскрывающей перед врачом простор для принятия тех или иных решений в рамках своей практики.

В социальном государстве альтернативные методы в медицине, такие как гомеопатия, занимают важное место в системе здравоохранения. Они обладают высоким потенциалом для совершенствования качества медицинских услуг, оказываемых населению. В России специалисты в области альтернативной медицины, представленные главным образом в коммерческом секторе, способны перенять на себя часть государственной нагрузки по заботе о населении, предлагая медицинские услуги гражданам, готовым оплачивать свое лечение из собственных средств и предпочитающим более удобный сервис.

Социальное государство призвано обеспечивать граждан не только благами в их натуральном виде (пособия, льготы), но главным образом равными возможностями для осуществления *выбора* во всех сферах социальных взаимодействий. Мы полагаем, что в условиях равного выбора и равного доступа к необходимой информации об услугах для всех граждан, ответственность в системе отношений «врач – пациент» перераспределяется к потребителю услуги, что делает положение исполнителя более защищенным и в то же время заставляет его с большей необходимостью поддерживать высокие стандарты качества. Это достигается благодаря более активному участию пациента в процессе лечения: пассивная роль реципиента и наблюдателя трансформируется в роль супервизора и полноправного участника процесса принятия решений. Так, пациентский контроль (*client control*) с организационного уровня переходит в руки индивидуального потребителя. Говоря о равном участии, конечно, нельзя преувеличивать уровень компетентности пациента – точнее будет сказать, об уже используемом методе информированного согласия.

Все это приводит нас к убеждению о возможности положительного эффекта интеграции гомеопатии в систему здравоохранения. Как было показано, профессионализация группы гомеопатов тесно связана с предоставлением всем категориям граждан равных возможностей выбора (под свою ответственность) желаемого способа лечения.

## Описание полевых данных

*Интервью 1.* Классический гомеопат, отоларинголог, ведет частную практику, член гомеопатической ассоциации, жен., 40–45 лет.

*Интервью 2.* Гомеопат, работает в гомеопатической поликлинике, член гомеопатической ассоциации, жен., 45–50 лет.

*Интервью 3.* Классический гомеопат, терапевт, работает в частном медицинском центре и гомеопатической поликлинике, жен., 50–55 лет.

*Интервью 4.* Классический гомеопат, психиатр, работает в частном медицинском центре и гомеопатическом образовательном центре, член гомеопатической ассоциации, муж., 50–55 лет.

*Интервью 5.* Классический гомеопат, терапевт, заведующая гомеопатическим кабинетом в государственном медучреждении, член гомеопатической ассоциации, жен., 40–45 лет.

*Интервью 6.* Гомеопат, отоларинголог, работает в гомеопатической поликлинике, муж., 35–40 лет.

*Интервью 7.* Классический гомеопат, отоларинголог, хирург, директор гомеопатического центра, жен., 60–65 лет.

*Интервью 8.* Классический гомеопат, нефролог, ведет частную практику и работает в частном медицинском центре и Московском гомеопатическом центре, жен., 35–40 лет.

*Интервью 9.* Классический гомеопат, акушер-гинеколог, ведет частную практику и работает в частном медучреждении, жен., 50–55 лет.

*Интервью 10.* Классический гомеопат, диагност, работает в частном медицинском центре и государственной поликлинике, муж., 30–35 лет.

*Интервью 11.* Гомеопат, педиатр, работает в гомеопатической поликлинике, жен., 55–60 лет.

*Интервью 12.* Гомеопат, терапевт, работает в частном медицинском центре и государственной поликлинике, муж., 55–60 лет.

*Интервью 13.* Гомеопат, невролог, работает в государственной поликлинике, жен., 45–50 лет.

## Список источников

Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9. № 2. С. 120–131.

Британская медицинская ассоциация выступила против госфинансирования гомеопатии. 29.06.2010 // Медновости // Медпортал.ру // <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/06/29/brhom/>

Гомеопатия в Европе / под ред. В.К. Дмитриева; пер. с англ. М.С. Томкевич. М.: Гомеопатическая медицина, 2009.

*Карпеев А.А., Киселева Т.Л.* Новая и новейшая история отечественной гомеопатии (с 1991 года до настоящего времени) // Традиционная медицина. 2004. № 2 (3) // [http://www.tradmed.ru/n3\\_2.shtml](http://www.tradmed.ru/n3_2.shtml).

*Песонина С.П., Мижуртичан Г.Л., Лихтшангоф А.З.* Современные медико-социальные и этические проблемы организации гомеопатической службы. СПб.: Гомеопатия и фитотерапия, 1999.

*Традиционная медицина: политика и практика профессионализации* / под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011.

*Baer H.* The Drive for Professionalization in British Osteopathy // *Social Science & Medicine*. 1984. Vol. 19. № 7. P. 717–725.

*Cant S., Sharma U.* Demarcation and Transformation within Homoeopathic Knowledge. A Strategy of Professionalization // *Social Science & Medicine*. 1996. Vol. 42. № 4. P. 579–588.

*Cant S., Sharma U.* Reluctant Profession // *Work, Employment & Society*. 1995. Vol. 9. № 4. P. 743–762.

*Clarke D.B., Doel M.A., Segrott J.* No Alternative? The Regulation and Professionalization of Complementary and Alternative Medicine in the United Kingdom // *Health & Place*. 2004. № 10. P. 329–338.

*Complementary and Alternative Medicine* / ed. by S.B. Kayne. Second edition. London: Pharmaceutical Press, 2009.

*Coulter I., Willis E.* Explaining the Growth of Complementary and Alternative Medicine // *Health Sociology Review*. 2007. Vol. 16. P. 214–225.

*Elston M.A.* The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Service // Gabe J., Calnan M., Bury M. *The Sociology of the Health Service*. L.: Routledge, 1991. P. 58–88.

*Goldstein M.* The Emerging Socioeconomic and Political Support for Alternative Medicine in USA // *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2002. 583. P. 44–63.

*Iarskaia-Smirnova E., Romanov P.* Culture Matter: Integration of Folk Medicine into Healthcare in Russia // *Rethinking Professional Governance. International Directions in Healthcare* / ed. by E. Kuhlmann, M. Saks. Bodmin: MPG Books, 2008. P. 141–154.

*Harrison S., Dowswell G.* Autonomy and Bureaucratic Accountability in Primary Care: what English General Practitioners Say // *Sociology of Health & Illness*. 2002. Vol. 24. № 2. P. 208–226.

*Hess D.* Medical Modernisation, Scientific Research Fields and the Epistemic Politics of Health Social Movements // *Sociology of Health & Illness*. 2004. Vol. 26. № 6. P. 695–709.

*Hollenberg D.* Uncharted Ground: Patterns of Professional Interaction among Complementary/Alternative and Biomedical Practitioners in Integrative Health Care Settings // *Social Science and Medicine*. 2006. 62 (3). P. 731–744.

*Kelner M.J., Boon H., Wellman B., Welsh S.* Complementary Alternative Groups Contemplate the Need for Effectiveness, Safety and Cost-Effectiveness Research // *Complementary Therapies in Medicine*. 2002. 10. P. 235–239.

*Parkin F.* Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique // Social Stratification: Class, Race, & Gender in Sociological Perspective / ed. by David B. Grusky, Manwai C. Ku, and Szonja Szélenyi. Boulder: Westview Press, 2000. P. 143–158.

*Saks M.* The Alternatives to Medicine // Challenging Medicine / ed. by J. Gabe, D. Kelleher and G. Williams. London: Routledge, 1994.

*Saks M.* Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization and Health Care. London: Sage // Continuum, 2003.

*Wiese M., Oster C., Pincombe J.* Understanding the Emerging Relationship between Complementary Medicine and Mainstream Health Care: A Review of the Literature // Health. 2010. 14 (3). P. 326–342.

*Wilensky H.L.* The Professionalization of Everyone? // American Journal of Sociology. 1964. Vol. 70. № 2. P. 137–158.

*Yurchenko O.V.* A Sociological Analysis of Professionalisation of Orthodox and Alternative Medicine in Russia: PhD. thesis. De Montfort, 2004.