
СТАТУС ГОМЕОПАТИИ В ПРОСТРАНСТВЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АВТОНОМИЯ ИЛИ ИНТЕГРАЦИЯ?

Р.А. Садыков

Наступивший с началом реформ 1990-х годов новый этап в развитии альтернативной медицины пока не получил достаточного осмысления со стороны научного сообщества. В статье предпринимается попытка осмыслить данную проблему с точки зрения социологии профессий. В рамках классической концептуальной триады «государство – профессии – рынок» рассматриваются основные тенденции развития гомеопатии в качестве профессии; на этой основе выделяются стратегии профессионализации, характерные для двух групп российских гомеопатов – «социальное закрытие», используемое преимущественно апологетами классической школы, и «интеграция» – путь, разделяемый представителями клинического направления.

Ключевые слова: социология профессий, автономия, социальное закрытие, гомеопатия, альтернативная медицина, биомедицина, рынок гомеопатических средств

Попытки реформирования пространства отечественного здравоохранения в последние два десятилетия сопровождались диверсификацией терапевтических подходов и изменением диспозиций некоторых его акторов. В условиях развивающегося рынка многие представители маргинализированных и «периферийных» практик здравоохранения смогли вступить в борьбу за перераспределение значимых ресурсов и достижение легитимного статуса.

Развитие альтернативной медицины в Советском Союзе и России – весьма противоречивый процесс, меняющийся на разных этапах своей

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

истории от молчаливого признания до полного неприятия в системе государственного здравоохранения. В советские годы альтернативная медицина, представленная в основном различными видами народного целительства и парамедицинскими практиками, несмотря на широкую популярность и признание в прошлые времена, была практически полностью вытеснена биомедициной и маргинализировалась. Основывающаяся на принципах научной доказательности, единого стандарта и всеохватности здравоохранения биомедицинская модель на долгие годы определила свое господство; считалось, что она в наибольшей степени отвечает целям эгалитарного государства, каким должен был стать Советский Союз [Бартон, 2008].

Тем не менее научный интерес к различным видам альтернативной медицины продолжал поддерживаться на протяжении всего советского периода: в лабораториях подробно исследовались траволечение и восточная медицина [Традиционная медицина, 2011. С. 18]. Многие методы продолжали существовать латентно, не выходя за рамки частной практики, в том числе помощи на дому, а также в качестве самопомощи. В то время как клинические испытания и реальная практика применения альтернативных методов в медицине не всегда приводили к однозначному мнению относительно их эффективности и безопасности, доверие к альтернативной медицине среди населения, равно как и внутри медицинской профессии, в целом, оставалось достаточно высоким. В результате такие методы, как рефлексотерапия и мануальная терапия, даже были интегрированы в официальную медицину, чего нельзя сказать о гомеопатии, чьи отношения с государством складывались драматически. Несмотря на фактический запрет со стороны советского правительства, гомеопатия продолжала свое существование в виде неофициальной практики, будучи на вооружении у некоторых врачей. О. Юрченко, следуя утверждению Ф. Николса о том, что гомеопатам всегда удавалось преуспевать за счет привилегированных классов, указывает, что и в России гомеопаты находили клиентов даже тогда, когда «ортодоксальные» врачи потеряли возможность частной практики в годы советской власти [Yurchenko, 2004. P. 126]. Такое полуподпольное существование продолжалось десятилетия, вплоть до либерализации российского общества в конце 1980-х годов.

Здесь будет уместно отметить, что в конце 1960-х – начале 1970-х годов в западных странах значительный интерес населения к альтернативной терапии формировался в общем контексте социальных перемен и сопутствующей трансформации социокультурных ценностей, отмеченных широким распространением в обществе леворадикальной идеологии и появлением контркультуры в ее широком понимании – совокупности альтернативных норм, ценностей и стилей жизни. Действия радикально настроенных интеллектуалов, апеллирующих к широким слоям населе-

ния, главным образом, к молодежи, привели к появлению «диссидентской культуры», в том числе в среде медицины (medical counter-culture) [Saks, 2003. P. 107–108; Традиционная медицина, 2011. С. 20–22]. Понятно, что представители данной контркультуры в медицине критически относились к доминирующей медицинской системе, указывая на ограничения свойственного ей редуccionистского подхода к лечению и негативные влияния, оказываемые в ходе лечения на организм и психику пациента, обозначаемые общим термином «ятрогения» [Illich, 1975]. В результате врачи-«диссиденты» стали обращаться к поиску новых подходов осуществления медицинской практики.

Во многом сходные процессы выхода альтернативной медицины «из подполья» начались в период Перестройки в СССР, когда возникшее в узких кругах интеллигенции движение быстро набирало обороты и становилось все более массовым. Кроме того, развитию медицинского диссидентства в нашей стране способствовал кризис в самой медицинской отрасли, не в последнюю очередь связанный с острой нехваткой медикаментов и медицинского оборудования [Yurchenko, 2004]. В этой обстановке гомеопатам удалось сначала добиться официального разрешения на организацию курсов для врачей, а спустя время организовать собственную профессиональную ассоциацию – Советскую гомеопатическую лигу. Тем не менее в нашей стране гомеопатия до сих пор не является общепризнанной медицинской профессиональной практикой. Тенденции развития гомеопатического метода, сложившиеся в советский период, обусловили существующее маргинализованное положение гомеопатии в системе российского здравоохранения. Однако достаточно высокий спрос на гомеопатическое лечение и постоянное расширение рынка соответствующих услуг способствуют росту доверия к нему как внутри медицинской профессии, так и за ее пределами, со стороны населения и государства. Все это создает в целом благоприятный фон для дальнейшей профессионализации врачей-гомеопатов и интеграции гомеопатии и биомедицины.

Продолжая сравнительный анализ, отметим, что в западноевропейских странах и США вплоть до последнего времени отношение ко многим неортодоксальным методам лечения было также крайне неоднозначное, однако, в условиях большей экономической свободы и достаточно устойчивого спроса, альтернативной медицине удалось найти свою нишу на рынке медицинских услуг. К. Тиммерман на примере фирмы «Dr. Madaus & Co» иллюстрирует то, как данные целительские практики выделились из частной сферы медицинской самопомощи и помощи близким в сферу социальных услуг и бизнеса. Это развитие во многом ориентировалось на господствующую медицину и шло по пути возрастающей рационализации, выразившейся в технологизации и коммерциализации альтернативной медицины и, в частности, гомеопатии [Тиммерман, 2008.

С. 202–203]. Таким образом, в XX веке паттерны биомедицинской модели определили основу для интеграции многих альтернативных медицинских практик. Это означает, что включение альтернативных методов лечения в большинстве случаев могло происходить только за счет переориентации специфической идеологии, лежащей в основе каждого вида терапии, в сторону разделяемых в биомедицине принципов строгой научности и стандартизованности практики.

Здесь, однако, следует избегать одностороннего взгляда, процесс адаптации комплементарной и альтернативной медицины (*complementary alternative medicine – CAM*) к биомедицинским стандартам имеет существенное обратное влияние на саму биомедицину, которая все чаще прибегает к использованию альтернативных методов лечения [Hollenberg, 2006. P. 738–739]. Сегодня вполне очевидно то, что интеграция CAM и биомедицины возможно в направлении все большей рационализации медицинской практики. Для гомеопатии как целостной медицинской системы это стремление оборачивается рисками стандартизации и формализации ее специфического знания, ведущих к размыванию его границ, что в свою очередь сказывается на автономии ее представителей и, как следствие, – на выборе стратегий профессионализации.

Исследование медицинской профессии в социологической традиции: конкуренция перспектив

Рассмотрение профессионализации медицинских специальностей традиционно относят к области социологии профессий. Многочисленные исследования профессий, в которых врачи являлись наиболее типичным объектом изучения, преимущественно развивались в рамках функционалистского, неовебериянского и неомарксистского методологических направлений [Parsons, 1968; Freidson, 1970; Saks, 2010; McKinlay, Archers, 1985; Cobern, 1993]. В настоящее время в социологии профессий наибольшее распространение и признание получила неовебериянская перспектива анализа, развиваемая преимущественно в англо-саксонской исследовательской традиции. Хотя для отечественной методологии долгое время было характерно рассмотрение профессиональной деятельности в терминах функционального содержания и трудовых навыков [Романов, Ярская-Смирнова, 2009. С. 29], с развитием в России свободного рынка появилась возможность изучения профессий с позиции неовебериянского взгляда [Saks, 2010].

Функционалистский подход позволяет определить, отвечает ли та или иная деятельность набору выбранных качеств, отвечая на вопрос относительно ее статуса: профессия это или нет. Однако данная перспектива не объясняет того, почему между группами, представляющими различные виды занятий или профессий, возникают конфликты, например,

там, где пересекаются сферы ответственности или ценности [Романов, Ярская-Смирнова, 2009. С. 27].

Начиная с конца 1960-х годов на Западе основные споры вокруг профессий развернулись между представителями неомарксистского направления в социологии, с одной стороны, и последователями неовеберианского подхода – с другой. Основной вопрос, по которому расходились мнения исследователей такой: являются ли изменения внутри профессий, ставшие очевидными на Западе в послевоенный период, свидетельством утраты присущей им прежде автономии и высокого статуса. Авторы, придерживающиеся марксистской ориентации, отвечают на данный вопрос утвердительно. Причина постепенного снижения профессиональной автономии медицинской профессии в большинстве развитых обществ им видится в разрастании корпоративной и бюрократической структуры национальных систем здравоохранения в результате менеджералистской интервенции, ограничившей привилегии профессий в саморегуляции [McKinlay, Archers, 1985; Cobern, 1993; 1994]. Ключевыми в аргументации неомарксистов выступают термины депрофессионализации и пролетаризации, часто рассматриваемые ими с позиции теории социального отчуждения.

Понятие депрофессионализации означает процесс утраты профессиями привилегированного статуса в результате рутинизации труда профессионалов через его все большую технологизацию и стандартизацию; в своей деятельности они все более приближаются к техническим исполнителям. Это утверждение, отчасти справедливое, наталкивается на естественные возражения. В случае с медицинскими профессиями, развитие технологии и ужесточение стандартов создает ситуацию, при которой некоторые врачи действительно могут утрачивать специфические характеристики профессионалов: например, исключительные навыки – свидетельство высокой компетенции, – которые теперь заменяет специальное медицинское (преимущественно компьютеризированное) оборудование. Однако одновременно с этим мы можем наблюдать, как изменение условий осуществления медицинской практики требует от врачей более высокой квалификации, дополнительных навыков в обращении с новыми технологиями, применяемыми в здравоохранении. В этом отношении показателен пример современных гомеопатов, для которых компьютерное оборудование стало необходимым инструментом в работе. Российскими гомеопатами широко используются специализированные компьютерные программы, такие как «КЛЮЧ», «Беннингхаузен», «ДАР» и другие. Такая ориентация на технологизацию практики может выступать важным элементом интеграционного процесса.

Другая интерпретация процесса «эрозии» статусных позиций профессионалов представлена концепцией пролетаризации. Термин «пролетаризация» выражает преимущественно политические и идеологические

значения статуса профессионалов и относится к марксовой теории классовых отношений и теории прибавочной стоимости. В данном случае имеется в виду процесс отчуждения способности профессионалов осуществлять контроль над специфическими характеристиками профессионального труда в пользу капитала и / или государства. Последователи данной точки зрения ссылаются на тенденции усиления регуляции профессий со стороны государства и бизнеса как фактор, ведущий к пролетаризации профессионалов [Cobern, 1993; 1994]. Медицинская профессия тем самым утрачивает привычное господствующее положение, передавая функции контроля над содержанием условиями и целями своей деятельности внешним агентам (группам стейкхолдеров).

Альтернативная точка зрения была представлена в неовеберянском анализе изменяющейся природы профессий. Наиболее последовательный представитель данного направления, Э. Фрейдсон, полагал, что власть медицинской профессии основана на служении обществу и научной экспертизе, легитимирующей ее полномочия и автономию, удерживаемые с помощью механизмов социального закрытия [Freidson, 1970]. Данный тезис основывается на суждении о том, что отношения профессионала с обществом выстраиваются на доверии: услуга профессионала индивидуализирована и не может быть каким-либо образом квантифицирована и измерена, поэтому, обращаясь к врачу, пациент вынужден всецело полагаться на его опыт и знания [Маршалл, 2010. С. 108–109]. Для того чтобы поддерживать это доверие, профессионалам необходима значительная степень свободы (автономии) в регуляции собственной практики; достигается это путем установления жестких границ профессионального знания и, на их основе, – критериев доступа к практике (social closure). Таким образом, важным аспектом функционирования профессий является борьба за сохранение и укрепление достигнутой позиции в социально-профессиональной иерархии; в этом и заключается суть профессионализации (профессионального проекта).

Вступая в дискуссию с неомарксистским автором, Э. Фрейдсон указывает на то, что профессии вовсе не утрачивают своей автономии и господствующего положения, изменения, скорее, касаются иерархической структуры каждой отдельной профессии [Freidson, 1983. P. 283]. Регуляция, осуществляемая через углубляющуюся стандартизацию и специализацию, усиливает неравенство внутри группы профессионалов (например, между врачами-«ортодоксами» и врачами-гомеопатами), но в качестве корпоративного целого профессии по-прежнему остаются достаточно независимыми от влияния и контроля со стороны внешних агентов. Ужесточение контроля, инициируемого группами стейкхолдеров, не может осуществляться в обход мнений самих профессионалов и, более того, в действительности соответствует их корпоративным интересам. Регуляция, таким образом, обращается на пользу

профессионалам, пытающимся четко определить границы доступа к сфере собственного эзотерического знания.

Противоречия, лежащие в основании данной дискуссии, носят принципиальный характер и едва ли могут быть преодолены, при этом не важно, идет речь о профессиях или о чем-либо другом. Следует признать, что неомарксистский и неовеберийанский подходы представляют собой две отличных друг от друга перспективы исследования, каждая из которых обладает собственными аналитическими возможностями и ограничениями. Тогда как марксистскому взгляду в большей степени поддается оценка структурных противоречий, неовеберийанская перспектива позволяет осуществить переход к различным интерпретативным (в том числе интеракционистским) схемам анализа профессиональных сообществ.

Гомеопатия и биомедицина: тенденции на пути к профессионализации и интеграции

Выделение специфического знания группы, формирование ее особых компетенций выступают важным критерием профессионализации комплементарной и альтернативной медицины и определяет перспективы ее интеграции в систему здравоохранения. Профессиональный статус альтернативной медицины требует особого регламента применения и передачи (*transmission*) профессиональных знаний и навыков.

До сих пор в мире не существует унифицированных стандартов использования гомеопатического метода, отсутствует единая программа подготовки специалистов в данной области, – это затрудняет обмен опытом между гомеопатами из разных стран и, как следствие, препятствует развитию международных стандартов применяемого ими способа лечения [Сурага, 2007. Р. 30]. Таким образом, положение гомеопатии в индустриальных странах различается, и во многом зависит от институционального контекста, в котором существует здравоохранение в той или иной стране. Интересен случай Индии, где практика гомеопатического лечения глубоко интегрирована в систему здравоохранения и пользуется практически абсолютным признанием со стороны государства и населения страны [Frank, Ecks, 2004]. Другой пример – Великобритания, где для использования данного вида медицины не обязательно иметь диплом о медицинском образовании, хотя возможности терапевтической практики в данном случае все же ограничены. Подготовка британских гомеопатов осуществляется в специальных колледжах и институтах, а сам метод лечения включен в национальную систему здравоохранения [Cant, Sharma, 1996. Р. 576–577]. В большинстве западных стран базовое (то есть академическое) медицинское образование все же является необходимым для доступа к лечебной практике с применением гомеопатического метода.

В России подготовка гомеопатов происходит в рамках последиplomной специализации врачей. Гомеопатией в нашей стране могут заниматься только врачи с высшим медицинским образованием; в основном они используют ее в своей практике в качестве метода лечения наряду с основной специализацией. Каждые пять лет врач должен подтверждать свою квалификацию через соответствующие курсы, школы, семинары [Приказ МЗ № 335, 1995].

Формализация и стандартизация специального знания является важным шагом в процессе профессионализации. Как указывают Д. Кларк с соавторами, в большинстве работ по профессионализации особое место отводится экспертному знанию как источнику авторитета, легитимности и статуса (в частности путем демаркационного отделения от других областей профессиональной экспертизы) [Clarke, Doel, Segrott, 2004. P. 331]. Специализированное профессиональное знание гомеопатов может выступать и как способ демаркации социально-профессиональной идентичности группы (*social closure*), и как ресурс на пути к интеграции в систему здравоохранения [Hollenberg, 2006. P. 740–741]. В России квалифицированных врачей с дополнительной специализацией в области альтернативной медицины можно отнести к передовой части (элите) профессии: они ориентированы на повышение своего профессионального уровня, при этом их цели вполне альтруистичны и соответствуют западному образу профессионала, посвящающего свой труд служению обществу. Среди них немало врачей, кто занимается научной работой. Таким образом, можно предположить, что *дополнительное* альтернативное медицинское знание, в том числе гомеопатическое, может выступать как *креденциальный* ресурс для достижения более высокой позиции в профессиональной иерархии, так как свидетельствует о более высокой квалификации врача.

С. Кант и У. Шарма на основе исследования британских гомеопатов выделили основные препятствия на пути легитимации их знания внутри медицинского сообщества. Главным образом, это отсутствие стандартизированных правил предписания специфических лекарственных препаратов, а также проверяемого знания об их действии. Несмотря на то, что значительную часть работы гомеопат вынужден посвящать систематическому изучению реперториумов – подробных каталогов симптомов и соответствующих им гомеопатических препаратов, – с их помощью проводить тщательный *аналитический* разбор каждого индивидуального случая, используемое им терапевтическое знание часто воспринимается как идеалистическое и / или спиритуалистическое. Считается, что выбор необходимого в каждом случае лекарства зависит от индивидуального взгляда врача-гомеопата, от его *искусности* в применении метода, от навыков, которые приобретаются исключительно через практику [Cant, Sharma, 1996. P. 582].

Понятно, что при таком подходе установленные в медицине процедуры научной верификации применимы лишь частично. Это создает трудности на пути дальнейшей стандартизации метода, приводя аллопатов к убеждению о несоответствии гомеопатии принципам доказательной медицины и, как следствие, негативно отражается на ее статусе. В результате многие врачи-гомеопаты исключают из своей практики противоречивые концепты, ориентируясь (насколько это возможно) на биомедицинские паттерны. Таким образом, на пути интеграции двух терапевтических систем важные предпосылки гомеопатической практики, учитывающие особенности индивидуального телосложения пациента, тщательное рассмотрение анамнеза в каждом отдельном случае, а также концепт жизненной силы (*vital force*) утрачивают свое значение [Frank, 2002. P. 797; Cant, Sharma, 1996. P. 585].

Действительно, врачи, использующие гомеопатию, применяют ее в различной степени, существует множество модификаций ганемановского учения¹ и его практического применения. Российские гомеопаты проходят специализацию на базе различных программ, разработанных представителями отдельных гомеопатических школ, течений в разных странах, и в дальнейшем каждый врач «примеряет» различные методики гомеопатического лечения к своей основной специальности, оценивает возможности применения данного метода в зависимости от степени личного авторитета и позиции в иерархизированной (профессиональной) структуре здравоохранения. Все это выражается в высокой степени гетерогенности профессиональной группы гомеопатов и обуславливает возможности интеграции гомеопатии (или отдельных ее частей) в систему здравоохранения.

На пути интеграции (равно как и профессионализации) альтернативных практик в систему биомедицинского здравоохранения, некоторые ученые особо выделяют коммуникационный барьер как дискурсивное выражение столкновения различных систем знания. Канадский социолог Д. Холленберг, исследуя медучреждения, где наряду с представителями академической медицины практикуют альтернативные специалисты, указывает, что последние испытывали трудности в понимании биомедицинской терминологии [Hollenberg, 2006. P. 740]. В России подобная ситуация едва ли возможна: первичная профессиональная социализация российских гомеопатов (и других представителей альтернативных медицинских специальностей) проходит внутри биомедицинской образовательной модели, а затем уже к этому добавляется специализация в области альтернативной медицины. Отсюда в большинстве случаев гомеопатия не является для врачей ее применяющих

¹ Современная гомеопатия делится на ряд направлений (школ), например, такие как: классическая гомеопатия, школа Дж. Витулкаса, индийская школа Р. Шанкарана и другие.

основной специальностью. Для гомеопатии как особой медицинской системы это означает редукцию ее специфического языка в пользу биомедицинского дискурса.

Р. Франк в своем исследовании немецких гомеопатов показывает три возможных варианта интеграции гомеопатии и биомедицины, реализуемые на микроуровне, то есть в повседневной практике врачей. В качестве первого типа интеграции выступает разделение клинических случаев на «гомеопатические» и «биомедицинские». Врач оценивает возможности применения гомеопатического лечения в зависимости от результатов диагностики и требований самого пациента. Для данного типа интеграции характерен прагматический подход, ни одна из двух медицинских систем не является господствующей, более того, зачастую биомедицина и гомеопатия используются параллельно [Frank, 2002. P. 800–802]. Авторы доклада «Гомеопатия в Европе» считают данный подход наиболее предпочтительным. В России в силу институциональных причин, связанных с долгой историей доминирования биомедицинских моделей, можно сказать о преобладании именно данного типа интеграции гомеопатии и биомедицины.

Второй тип интеграции отмечен преимущественной позицией гомеопатии в лечении пациента. Большая часть лекарственных препаратов являются гомеопатическими, а биомедицина, критикуемая врачами за ее неспособность осуществлять перманентное лечение всего организма, терапевтические приемы и побочные эффекты, используется в диагностических целях для выявления опасных условий, то есть, по сути, выступает в качестве комплементарной практики. В России, как и во многих других странах, гомеопатия часто используется на ранних этапах заболевания или в период реабилитации пациента, иногда в отдельных случаях с определенными пациентами применяют только гомеопатию в лечении.

Сегодня среди гомеопатов во всем мире наблюдается отход от принципов классической гомеопатии, где гомеопатия представляется самостоятельной медицинской системой, и существует запрет на совмещение гомеопатического и аллопатического лечения и использование комбинированных гомеопатических препаратов. Однако, как утверждают многие классические врачи-гомеопаты, терапевтический эффект напрямую зависит от следования этим принципам. На практике это приводит к тому, что внутри сообщества гомеопатов выделяются как минимум две количественно и статусно неравные группы: те, кого в большей или меньшей степени можно отнести к ортодоксии собственного метода – классические гомеопаты и те, составляющие подавляющее большинство, кого не смущают возможности «произрастания» гомеопатии на биомедицинской почве – клинические гомеопаты. Если рассматривать ситуацию в терминах социологии профессий, то мы увидим, что использование ме-

ханизмов закрытия группы с целью удержания границ эзотерического знания, с одной стороны, и стремление к адаптивной интеграции – с другой, могут представлять собой две разные стратегии, преследующие единую цель поддержания области профессиональной автономии (монополии). В первом случае подчеркивается ценность метода как самостоятельной системы знания, а классические гомеопаты выступают его исключительными носителями, тогда как второй случай представляет попытку большинства гомеопатов путем ухода от «корней» легитимировать метод и реинтерпретировать его в соответствии с паттернами господствующей медицинской системы. Последнее означает, что для достижения относительного признания со стороны коллег-аллопатов, многие гомеопаты сознательно реинтерпретируют свое «эзотерическое» знание в терминах биомедицинского подхода, приводя ключевые концепты метода в соответствие с общепризнанными в современной медицине стандартами и форматами терапевтической практики [Cant, Sharma, 1996. P. 585]. Такая адаптационная стратегия ведет к перераспределению некоторых профессиональных привилегий внутри медицинского сообщества (например, возможность практиковать в отдельном кабинете в государственном / муниципальном медучреждении). Это, впрочем, не отменяет того тезиса, что стандартизация также может привести к утрате профессиональной автономии внутри здравоохранительного сообщества.

Ориентация на закрытие определяется Р. Франком как «альтернативная» и соответствует представлениям о классической гомеопатии. Здесь стремление к интеграции (в первую очередь со стороны гомеопатов) минимально, и отношения между биомедициной и гомеопатией скорее антагонистические. Гомеопатическое лечение используется во всех случаях, тогда как биомедицинская практика, соответственно, полностью исключается. Как отмечает Р. Франк, вполне закономерно то, что представители данной ориентации работают исключительно в частных клиниках, где они наиболее автономны и свободны в их желании дистанцироваться от биомедицины, реализуя тем самым стратегию социального закрытия. Несмотря на то, что данный тип врачей-гомеопатов встречается все реже, именно они идентифицируют себя в качестве представителей классической гомеопатии, то есть гомеопатии в чистом виде, где в основание ключевых принципов терапии положено жесткое противопоставление «ортодоксальной» медицине [Frank, 2002. P. 806–809].

В то время как немногие гомеопаты отстаивают неприкосновенность терапевтических корней гомеопатии, на корпоративном уровне гомеопатия осознается как интегративная или комплементарная медицина. Наиболее авторитетные из существующих на сегодняшний день гомеопатических ассоциаций не противопоставляют гомеопатию биомедицине, но, напротив, стремятся представить ее как метод, дополняющий обычную терапию. На этом пути ассоциации положительно оценивают

возможности стандартизации гомеопатии и ее верификации через клинические исследования на предмет терапевтической ценности метода, но при этом также указывают на значимость автономии своих членов в управлении и регламентации данных процессов. Такая компромиссная позиция выразительно представлена в докладе Европейского комитета по гомеопатии (ЕКГ):

Что касается гомеопатии, врачи-гомеопаты Европейского союза должны продолжить разработку стандартов качества и контроля над качеством путем стандартизации подготовки, регистрации, усовершенствования, кодекса профессионального поведения, дисциплины, процедур подач жалоб [Гомеопатия в Европе, 2009. С. 54].

Крайне важно, чтобы врачи-гомеопаты проводили исследования совместно с научными кадрами и врачами, практикующими в области академической медицины [Гомеопатия в Европе, 2009. С. 32].

Как видим, авторы доклада делают акцент на участии гомеопатов в установлении общих правил, имеющих отношение к качеству профессиональной практики в соответствующей области медицины, а также особо подчеркивают активную роль властных структур в данном процессе. Таким образом, вырисовывается достаточно противоречивая картина: с одной стороны, ЕКГ озвучивает классические идеи профессионализма, опирающегося на понятие групповой автономии, такие как: определение и поддержание этического кодекса, осуществление внутреннего контроля качества услуг и дисциплины, установление правил регистрации; с другой стороны, напротив, призывают к расширению менеджериалистских стандартов, неизбежно ограничивающих привилегию саморегуляции. Также важным условием интеграции в докладе обозначается возможность создания универсальных образовательных стандартов для гомеопатии:

Окончательной целью ЕКГ является введение гомеопатии в медицинские программы университетов, то есть превращение ее в часть академической медицины [Гомеопатия в Европе, 2009. С. 46].

Сегодня во взаимоотношениях между гомеопатией и конвенциональной медициной распространены как случаи довольно плотного сотрудничества (например, с кардиологическими отделениями), так и случаи полного непонимания. Ограничение для интеграции гомеопатии в систему российского здравоохранения связаны в основном с проблемой стандартизации данного метода, влекущей за собой, как уже говорилось, утрату профессиональной автономии. Существуют также препятствия административного и экономического характера. В то время как в большинстве стран движущим стержнем распространения гомеопатии является экономическая эффективность ее метода, в России, по словам

самых врачей, доходность специалиста-гомеопата далеко не очевидна и едва ли может компенсировать затраты руководства медицинского учреждения на юридическое поддержание его деятельности [Традиционная медицина, 2011. С. 145]. Перспективы преодоления существующих ограничений для гомеопатов связаны с выбором подходящей для них стратегий профессионализации.

Развитие гомеопатического рынка

В истории развития гомеопатии достаточно тесно сплетены попытки отстоять статус гомеопатического метода как релевантного современной сциентистски ориентированной медицине и чисто рыночные стратегии. Например, в Германии в начале прошлого века упоминавшаяся выше фирма «Dr. Madaus & Co» применяла нетривиальные маркетинговые стратегии: представители фирмы отсылали аптекарям сообщения о низком товарообороте гомеопатических препаратов в их областях с просьбой предложить какому-нибудь целителю или врачу-гомеопату открыть поблизости практику [Тиммерман, 2008. С. 212–213]. В данном случае мы видим попытки крупного фармацевтического производителя продвигать свою продукцию за счет популяризации гомеопатии и поддержания гомеопатической практики в областях своего рыночного присутствия.

Сегодня деятельность фармацевтических компаний по продвижению, целью которой является расширение области клинического применения выпускаемых ими препаратов, путем активной рекламы представляет гомеопатические препараты как средства от любых заболеваний. Вполне закономерно, что в определенный момент это вызвало реакцию со стороны ВОЗ, члены которой официально заявили, что гомеопатия не должна выступать в качестве альтернативы основному лечению, и применяться при лечении серьезных заболеваний, таких как ВИЧ, туберкулез, малярия, онкологические заболевания [Mashta, 2009]. Таким образом, агрессивная маркетинговая политика и неэтичность некоторых производителей в продвижении собственной продукции дискредитировали гомеопатию перед лицом влиятельной здравоохранительной организации и, как следствие, создали угрозу для ее публичного образа. Несмотря на то, что решение комиссии ВОЗ фактически не подразумевало снижения доверительного отношения к гомеопатическому лечению как таковому, оно все же явилось для гомеопатического сообщества неблагоприятным информационным фоном в его стремлении к профессионализации и интеграции в систему здравоохранения. Оба примера показывают, как рыночные стратегии фармацевтических компаний прямо или косвенно могут обнаруживать свое значение для развития и интеграции гомеопатического метода и гомеопатической профессии в целом.

В России, несмотря на относительно невысокий статус гомеопатии, наблюдаются тенденции роста рынка гомеопатических лекарственных препаратов. Отчеты исследований компании IMS свидетельствуют о том, что по итогам 2009 года продажи гомеопатических средств в общей структуре коммерческой розницы в нашей стране достигли 3,1 % в денежном и 1,4 % в натуральном выражении, что является довольно значимыми показателями потребительского спроса на данные лекарства. При этом около 45 % от общей доли гомеопатических средств, представленных на российском рынке, – препараты отечественных производителей, преимущественно это таблетки и капсулы (43 % и 29,7 % соответственно) [Паутова, 2010]. Хотя рынок гомеопатических средств быстро растет, гомеопатия не входит в перечень услуг, охватываемых обязательным медицинским страхованием, и существует в основном в частном секторе. Это приводит к низкому уровню доступности ее услуг для некоторых сегментов потребителей, но в то же время потенциально может обеспечивать относительно высокий доход для гомеопатов, которые обслуживают более состоятельных клиентов.

В России поддержание спроса на гомеопатию реализуется не столько через маркетинговые механизмы, сколько через неформализованные каналы коммуникации внутри сообщества пользователей медицинских услуг, то есть путем так называемого «сарафанного радио». При этом стоимость гомеопатических услуг варьируется в зависимости от опыта и квалификации врача [Традиционная медицина, 2011. С. 149].

П. Аронсон отмечает, что 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]. Такая логика вполне соотносится с императивами альтернативной медицины, в которой индивидуализированный подход к пациенту лежит в основании большинства ее практик. В значительной степени это касается гомеопатического лечения, где большое количество времени посвящается рассмотрению анамнеза и изменений симптоматики больного, поэтому один прием у гомеопата может занимать от получаса до часа. В этой связи часто приводится тезис о том, что рост интереса к альтернативной медицине во многом связан с тем, что пациенты не удовлетворены объемом времени, которое им отводится на приеме у врача-аллопата. В результате многие из них часто не информированы о природе их заболевания, диагнозе и прогнозе лечения [Siahpush, 2010. P. 160]. Длительность приема указывает на холистский подход, характерный для многих альтернативных медицинских систем: здесь в центре внимания не отдельный орган, локализирующий болезнь (как это есть в биомедицине), а человеческий организм как неделимое целое.

Среди пациентов гомеопатов значительное число так называемых «отказников», то есть тех, кому не помогло обычное лечение.

Примечательно, что, хотя существует ряд запретов на применение гомеопатии в отношении онкологических, инфекционных заболеваний, тем не менее, к гомеопатам зачастую обращаются пациенты именно с этими диагнозами, так как в их случае мейнстрим медицины пока остается бессильным.

* * *

Несмотря на неослабевающий интерес к гомеопатии и ее широкое распространение в последние годы следует признать, что российские гомеопаты, как социально-профессиональная группа, пока не представляют собой консолидированного профессионального сообщества. На сегодняшний момент гомеопатическое образование в России включает в себя программы различных мировых школ, что в конечном счете приводит к появлению в гомеопатической профессиональной среде мейнстримных направлений и более маргинальных ее разновидностей, реализующих различные стратегии в их стремлении к профессионализации.

Взгляд на регуляцию и стандартизацию в медицинской отрасли, понимаемый как процесс взаимодействия государства, профессий и рынка, при котором самим профессионалам отводится активная роль в перераспределении властных ресурсов, характерен для неовеберовской перспективы анализа и противостоит более критической ориентации неомарксистов и нормативной модели, представленной авторами функционалистского направления. В настоящее время попытки гомеопатов реализовать стратегии профессионализации наталкиваются на ряд ограничений, связанных в первую очередь с низким уровнем ее признания со стороны широкого (академического) медицинского сообщества, члены которого часто указывают на недостаточную доказательную базу гомеопатии; кроме того, существуют административные и экономические барьеры для организации практики в учреждениях официальной медицины. Как было отмечено выше, дальнейшая интеграция гомеопатии в пространство здравоохранения, сформированного по биомедицинской модели, неминуемо связана с определенными уступками и компромиссами в отношении ее автономии как способности врачей-гомеопатов определять и регулировать границы собственного знания и практики.

В результате российские гомеопаты сознательно реинтерпретируют свое специфическое знание в соответствии с паттернами биомедицинской практики. В применении терапии они опираются на базовые общемедицинские (биомедицинские) принципы и знания, приобретенные и усвоенные в ходе первичной профессиональной социализации. В данном случае гомеопатия выступает в качестве комплементарного метода в процессе лечения либо используется в особых случаях. Отсюда вполне вероятно то, что для большинства российских гомеопатов наиболее желательным развитием гомеопатического метода является его

дальнейшая верификация и стандартизация в соответствии с паттернами господствующей медицинской системы. Стремление гомеопатов к интеграции за счет стандартизации гомеопатии в соответствии с общепризнанными медицинскими стандартами достаточно четко звучит на уровне профессиональных ассоциаций, объединяющих представителей ганемановского метода. Однако так как в целом профессиональная группа гомеопатов является достаточно гетерогенной, нельзя сказать, что данные императивы распределены среди ее членов равномерно. Следует отметить, что на сегодняшний день взаимопроникновение и конвергенция двух систем (биомедицины и гомеопатии) осуществляется не столько на корпоративном и / или государственном уровне, а преимущественно на микроуровне, через непосредственную практику гомеопатов, совмещающих гомеопатические и биомедицинские методики.

На фоне общей тенденции достаточно маргинальным выглядит случай с так называемыми классическими гомеопатами, для которых профессиональное знание выступает средством поддержания профессиональной автономии. При этом сохранение границ эзотерического знания в свою очередь служит для поддержания групповой идентичности. Следует отметить, что выделение и противопоставление классических и клинических гомеопатов являются достаточно условными, и оправдано лишь с точки зрения потребности в социологической типологизации. В действительности обе группы очень неоднородны и распадаются на позиции более или менее близкие к обоим полюсам.

В завершение добавим, что на процессах интеграции и профессионализации гомеопатии в России и мире прямо или косвенно сказывается влияние рынка. Рынок гомеопатической продукции представляет достаточно автономное поле, где активность фармацевтических компаний может как способствовать большему признанию гомеопатии за счет выпуска качественной продукции, так и, напротив, дискредитировать ее своей агрессивной-популистской маркетинговой политикой. Сегодня необходимо признать, что успех интеграции гомеопатии в систему здравоохранения и профессионализация врачей, ее представляющих, в значительной степени будет зависеть от взаимодействия государства, медицинской профессии и рынка.

Список литературы

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

Бартон К. Всеохватывающая помощь при сталинизме? Советское здравоохранение и дух государства благоденствия, 1945–1953 // Советская социальная политика: сцены и действующие лица, 1940–1985 / Под ред. Е. Яр-

ской-Смирновой и П. Романова (Из библиотеки Журнала исследований социальной политики). М.: ООО «Вариант»; ЦСПГИ, 2008. С. 174–193.

Гомеопатия в Европе. М.: Гомеопатическая медицина, 2009.

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.

Приказ МЗ № 335 от 29.11.1995 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».

Паутова Е. Рынок гомеопатических ЛС в России // Ремедиум. 2010. № 3 // URL: www.remidium-journal.ru/arhiv/section.php.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив // Социологические исследования. 2009. № 8. Август. С. 25–35.

Тиммерман К. Рационализация «народной» медицины в Германии в межвоенный период: вера, бизнес и наука у «Dr. Madaus & Co» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / под. общ. ред. Шлюбома, М. Хагнера, И. Сироткиной [отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К. Левинсона]. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2008. С. 196–230.

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

Andrews G.J., Hammond R. Small business complementary medicine: a profile of British therapists and their pathways to practice // Primary Health Care Research and Development. 2004. Vol. 5. P. 40–51.

Cant S., Sharma U. Demarcation and transformation within homoeopathic knowledge. A strategy of professionalization // Social science & medicine. 1996. Vol. 42. № 4. P. 579–588.

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.

Coburn D. Professionalization and Proletarianization: Medicine, Nursing, and Chiropractic in Historical Perspective // Labour / Le Travail. Fall 1994. № 34. P. 139–162.

Coburn D., Rappolt S., Bourgeault I. Decline vs. retention of medical power through restratification: an examination of the Ontario case // Sociology of Health & Illness. 1997. Vol. 19. № 1. P. 1–22.

Coburn D. State authority, medical dominance and trends in the regulation of the health professions: the Ontario case // Soc. Sci. Med. 1993. Vol. 37. № 2. P. 129–138.

Elston M.A. The politics of professional power: medicine in a changing health service // J. Gabe, M. Calnan, M. Bury. The Sociology of the Health Service. L.: Routledge, 1991. P. 58–88.

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.

Illich I. Medical Nemesis. L.: Calder & Boyars, 1974.

- Mashta O.* Homoeopathy should not be used to treat serious diseases, says WHO // *British Medical Journal*. (International edition.) 2009. Aug 29. Vol. 339. № 7719. P. 479.
- Frank R., Ecks S.* Towards an ethnography of Indian homeopathy // *Antropology & Medicine*. 2004. Vol. 11. № 3. Decembre. P. 307–326.
- Frank R.* Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians // *Sociology of Health & Illness*. 2002. Vol. 24. № 6. P. 796–819.
- Freidson E.* *Profession of Medicine*. N. Y.: Mead and Company, 1970.
- Freidson E.* The Reorganization by Regulation of the Professions // *Law and Human Behavior*. 1983. Vol. 7. № 2/3. P. 279–290.
- McKinlay, J., Archers J.* Towards the proletarianisation of physicians // *International Journal of Health Services*. 1985. № 18. P. 191–205.
- Murphy R.* *Social closure: the theory of monopolization and exclusion*. Oxford: Clarendon Press. 1988.
- Parsons T.* *The Professions and Social Structure* (1939) // T. Parsons. *Essays in Sociological Theory* (Revised Edition). N. Y.: The Free Press, 1966. P. 34–46.
- Saks M.* Organizing professionalism in public and private domains: medicine in Britain, the United States and Russia. 14 TH Annual Conference of the International for Public Management, Berne, Sweetzeland. 2010. 7–9 April. P. 1–11.
- Saks M.* *Orthodox and Alternative Medecin: Politics, Professionalization and Health Care*. L.: Sage / Continuum, 2003.
- Siahpush 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.
- Vos L., Brennan R.* Complementary and alternative medicine: shaping a marketing research agenda // *Marketing Intelligence & Planning*. 2010. Vol. 28. № 3. P. 349–364.
- Yurchenko O. V.* A sociological analysis of professionalisation of orthodox and alternative medicine in Russia. PhD. thesis. De Montfort. 2004.

Радик Ахмедович Садыков

аспирант НИУ ВШЭ,

участник научно-учебной группы «Профессии в социальном государстве»

электронный адрес: radik.a.sadykov@gmail.com
