
ИЗГОТОВЛЕНИЕ ВРАЧА: ОБЩАЯ ФОРМУЛИРОВКА ИДЕЙ И ПРОБЛЕМ

Э. Ч. Хьюз

В очерке Эверетта Ч. Хьюза, одного из основоположников социологии профессий и современного эмпирического изучения профессий и занятий, изложена в общих чертах схема соотношения для изучения медицинской профессии и медицинского образования, легшая в основу известных работ «Парнишки в белых халатах» (1961) и «Изготовление оценок» (1968) Э.Ч. Хьюза, А. Стросса, Г.С. Беккера и Б. Гир. Медицинская профессия рассматривается как заключающая в себе не только набор технических знаний и навыков, но и профессиональную медицинскую культуру, противостоящую обывательской. Медицинское образование трактуется в очерке как переход из обывательской медицинской культуры в профессиональную, как освоение социальной роли врача, сопряженное с целым рядом трудностей, дилемм и выборов. Особое внимание Хьюз уделяет важности изучения карьер и изменений в Я-концепциях в контексте внутренней дифференциации медицинской профессии, связей этой профессии с другими профессиями, клиентурой и публикациями, а также изменчивости этой профессии в условиях современного динамичного мира.

Ключевые слова: профессии, карьеры, медицинское образование, обывательская и профессиональная медицинская культура, роль врача, референтные группы

Социальных ученых все больше и больше призывают изучать подготовку к разным профессиям и совещаться с теми, кто вырабатывает политику в отношении нее. Ниже предлагается общая рамка соотносе-

Впервые опубликовано: Hughes E.C. The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems // Human Organization. 1956. Vol. 14. № 4. P. 21–25.

ния для подобных исследований. Текст был написан для нескольких человек, среди которых были представители медицинского образования и социальные ученые, которые задумали провести небольшое исследование и проследить прохождение студентов через лабиринт одной отдельно взятой медицинской школы. Эта идея увенчалась длившейся целый день дискуссией, которая имела большую ценность для планирования исследования. Это больше походило на затянувшееся групповое интервью, чем на формальную дискуссию. Хотя обсуждаемые идеи относятся конкретно к медицине, они имплицитно относятся и к другим профессиям тоже.

Медицинская культура

Каждая из великих исторических профессий ведает не просто набором техник для делания какой-то полезной работы, но и каким-то аспектом самой жизни и/или общества. И когда, как часто бывает, некое занятие – будь то старое, преобразованное техническими или социальными изменениями, или новое – требует для себя статуса профессии, оно говорит миру, что – как и в случае профессий – работа, выполняемая им, стала, куда ни кинь, делом огромной общественной важности.

Прототипом профессий в этом отношении является медицина. Как хорошо показал Зигерист в первой главе своего труда ¹, история медицины есть история человеческого общества и культуры, их физики и их метафизики, их основополагающей философии природы, идей о здоровье и болезни, о процессах терапии (вере, магии, науке, искусствах), а также их представлений о должной экономии и правильном распределении благ и услуг, в том числе лечебных услуг и возможностей.

Эти идеи, составляющие аспект культуры, относящийся к здоровью и болезни, никогда не являются единоличным владением и исключительным творением только тех, кто посвящает себя врачебным искусствам, с одной стороны. С другой стороны, медицинская культура доминирующей врачебной профессии (или профессий, ибо не во всех культурах они объединены, как в нашей) никогда не совпадает в точности с медицинской культурой обывательского мира. Отношения между профессиональной медицинской культурой и обывательской медицинской культурой очень изменчивы; в нашей части света население в большинстве своем принимает базовые допущения первой. Однако во многих частях мира этого нет; и там, где этого нет,

¹ Henry E. Sigerist. A History of Medicine. Vol. 1. Primitive and Archaic Medicine. New York: Oxford University Press, 1951. P. 3–101.

медицинская профессия сталкивается с особыми проблемами. Между тем даже и у нас обывательская публика (или в разных степенях разные ее части) не принимает ни всех базовых допущений, ни всех терапевтических и профилактических мер, на них основанных. Кроме того, аккумуляция медицинского знания и искусства стала столь велика, что люди, лишенные специальной подготовки, возможно, относительно дальше отстоят от профессионала в релевантных знаниях и умениях, чем в прежние времена. В каком-то смысле мы более зависимы от профессионалов в плане медицинских услуг, чем наши предки. Кроме того, каждый член самой этой профессии способен владеть лишь какой-то небольшой частью медицинских знаний и навыков, что ведет к появлению субкультур в более широкой профессиональной медицинской культуре. Это тоже не просто вопрос техники и знания; корни уходят в идеи и допущения. Можно с некоторой долей истины говорить о существовании медицинской философии и даже, возможно, моральной, социальной или экономической философии разных специальностей; по крайней мере, можно говорить о разнице в акцентах между ними. О ряде специальностей можно даже сказать, что у них есть свои обывательские публики — люди, принимающие их базовую философию и предпочитающие их подход к диагностике и лечению, а не другие.

Медицинская культура выходит далеко за рамки этих подходов. Во-первых, тот или иной подход к здоровью может нести в себе импликации относительно связей врачей друг с другом, относительно степеней необходимой и/или желательной кооперации между ними. Во-вторых, исходя из самой природы их работы, врачи не могут удержаться от того или иного мнения по поводу отношений врачей с пациентами, с публикой и со многими другими занятиями, предприятиями и институтами, втянутыми в здравоохранительную деятельность. Профессионалы и обыватели могут принимать одни и те же допущения по поводу природы болезни и ее лечения, но вместе с тем сильно расходиться во мнениях по поводу надлежащих отношений между разными заинтересованными сторонами. В самом деле, как среди обывательской публики, так и среди профессионалов, есть разногласия по многим из этих пунктов, которые могут быть связаны или не связаны со специальностями, различиями в социальном, этническом или региональном бэкграунде и т. д.

Как бы ни обстояло дело, не подлежит сомнению то, что в нашем мире есть обширная и сложная медицинская культура и что образующие ее знания и установки распределены разными способами между обывательской публикой, медицинской профессией и связанными с ней занятиями.

Медицинское образование

Медицинское образование представляет собой целый ряд процессов, посредством которых медицинская культура сохраняется (то есть не просто передается) в потоке времени и чередой поколений, посредством которых она распространяется на новые популяции или элементы популяции и посредством которых она обогащается за счет новых познаний и экспериментов. Обучение медицинской профессии является его частью. Исходя из целей, непосредственно стоящих перед нами, мы будем употреблять выражение «медицинское образование» только в отношении подготовки и инициации врачей, хотя есть опасность исказить его смысл, так ограничивая его употребление. Образование членов медицинской профессии есть совокупность спланированных и незапланированных опытов, посредством которых обыватели, обычно молодые и знакомые с господствующей обывательской медицинской культурой, овладевают некоторой частью технической и научной медицинской культуры профессионалов. Исходной точкой здесь является медицинская культура обывателя; конечная точка варьирует, хотя опыты обучения в некоторой степени стандартизированы и всем приходится сдавать стандартные экзамены, чтобы получить лицензию. Конечная точка находится, однако, не здесь, поскольку профессионалы должны разными способами и в разных степенях снова вовлечь то, чему они научились, в эффективное взаимодействие с обывательской медицинской культурой. И должны сделать это иначе, чем прежде, — ибо сами они теперь выступают в новой роли.

Частью медицинской культуры обывательского мира является некоторый комплекс представлений о надлежащей роли врача и некоторый комплекс представлений о том, насколько тот соответствует таким образом понятой роли, насколько до нее недотягивает и почему. Посвящение в новую роль — такая же часть медицинской подготовки, как и освоение технических приемов; в сущности, подготовка эта отчасти и состоит в освоении технических приемов хорошего исполнения роли. Роль всегда есть участие в некоторой системе взаимодействия человеческих существ; она всегда играет в противовес другим ролям. Играть одну — значит, не играть другую. Можно было бы сказать, что овладение медицинской ролью состоит в отделении, почти отчуждении студента от обывательского медицинского мира; это как переход сквозь зеркало, после которого он глядит на мир из его глубины и видит вещи как в зеркальном отражении. Во всех наиболее эзотерических занятиях, которые мы изучали, мы находили ощущение того, что мир видится с изнанки.

Период посвящения в роль оказывается периодом, в пределах которого внутри индивида взаимодействуют две культуры, обыватель-

ская и профессиональная. Такое взаимодействие, несомненно, продолжается в течение всей жизни, но в период обучения и инициации оно является, видимо, более оживленным: более возбуждающим и неудобным, более самосознательным и вместе с тем, пожалуй, более глубоко бессознательным. Так, обывателю приходится учиться мириться с неопределенностью, заключенной если не в неведении, то по крайней мере в недостаточности технического знания о его болезнях; а врач вынужден мириться с более непосредственно просчитываемой неопределенностью, приходящей с познанием пределов медицинского знания и его мастерства, и действовать вопреки этой неопределенности.

В процессе перехода из одной роли в другую бывают случаи, когда другие люди ждут от человека, что он будет играть новую роль, еще до того, как он сам почувствует себя полностью идентифицированным с нею или компетентным ее выполнять; бывают и другие случаи, когда он слишком идентифицирует себя с ролью, но не принимается в ней другими людьми. Эти и другие возможные положения между ролями делают из индивида то, что называют маргинальным человеком; либо он сам, либо другие люди, либо и он и они не вполне знают, к какой роли (идентичности, референтной группе) его отнести. Нам нужны исследования, которые раскрыли бы траекторию перехода из состояния обывателя в состояние профессионала, уделяя внимание кризисам и ролевым дилеммам, которые в ходе этого перехода возникают.

Стереотип и реальность

Мы исходим из того, что каждый, ступая на путь, ведущий в медицину, обладает некоторым набором представлений о том, что такое работа (умения и задачи) врача, о том, какова его роль и каковы различные медицинские карьеры, а также о себе как о человеке, который может овладеть этими умениями, играть эту роль и перемещаться по одной из возможных карьерных траекторий. Мы полагаем также, что, если не брать во внимание случаи необычно раннего контакта с профессией, представления человека, возжелавшего стать медиком, обо всех этих вещах несколько проще по сравнению с реальностью и что в кругу обывателей они могут быть несколько искаженными и стереотипизированными. Тогда медицинское образование становится освоением более сложной реальности по всем этим фронтам. Может оказаться, что дела складываются очень по-разному в зависимости от того, делаются ли шаги к этой более пронзительной и запутанной реальности в одном из этих направлений рано или поздно и узнается ли эта реальность от готовых помочь им учителей и коллег или вдалбливается в их головы склонными к наказаниям циниками или упрямыми и не разбирающимися в медицине пациентами. Может быть так, что эта

более запутанная реальность оказывается в каких-то обстоятельствах травмирующей, в других же — возбуждающей и даже вдохновляющей. Возможно, какие-то аспекты реальности будут осваиваться в ранней фазе специального обучения и опыта, тогда как другие будут деятельно осваиваться только в какой-то более поздний момент. В образовательных учреждениях всегда оживленно обсуждалось, какие вещи являются предпосылками для других; но, видимо, лишь в немногих случаях реально известно, чему надо учить сначала, а чему потом. Есть люди, говорящие, что геометрию надо преподавать раньше алгебры, а не наоборот. Некоторые оспаривают освященный временем обычай заставлять студентов учить анатомию на трупах, а не посредством демонстраций с живыми людьми. Изучая профессиональное образование, мы предложили различать разные виды предпосылок: конвенциональные и символические, технические и относящиеся к освоению роли. Освоение реальностей медицинских навыков, ролей и карьер может проходить *pari passu*; либо может быть так, что некоторые из ролей по-настоящему осваиваются лишь после того, как достигается определенный уровень мастерства и остаются позади определенные повороты в карьере. Реальности, связанные с проблемами карьеры, в какие-то моменты могут охлаждать рвение студента к освоению навыков и ролей; но бывает и так, что новое знание карьерных реальностей становится стимулом к работе на других фронтах.

В случае профессиональной работы, как и в случае других ее видов, внутри и вне ее складываются некоторые представления о том, в чем состоит или должна состоять суть работы при данном занятии. В любом занятии люди выполняют некоторое множество задач, какие-то из которых больше приближаются к идеальной, или символической, работе профессии, чем другие. Некоторые задачи считаются неприятной, навязанной или даже грязной работой — находящейся в физическом, социальном или моральном отношении ниже достоинства профессии. Частью того, что происходит в связи с важным аспектом жизни, в центр которого встроена некая профессия, например, медицинская, является постоянная сортировка и пересортировка соответствующих задач между многими видами людей — внутри профессии, в смежных профессиях и явно вне профессиональных рядов. Изготовление лекарств, измерение кровяного давления, анестезия, ведение медицинской документации, прием счетов, уборка операционных, управление больницей — вот лишь немногие из задач, которые в последние годы распределялись и перераспределялись внутри медицинского разделения труда. Постоянно обсуждается, какая работа в медицине кому принадлежит и какая ее часть является работой, привилегией и обязанностью врача. Мы исходим из того, что студент-медик вовлекается в обсуждение этих проблем и что это ока-

зывает некоторое воздействие на его мотивацию и его восприятие своей миссии. Мы можем предположить, что сущностная, символически ценимая часть работы врача — это диагностика и лечение заболеваний людей, тогда как другие деятельности, по крайней мере, в теории, терпят лишь постольку, поскольку кажутся для этого необходимыми. Но что в таком случае рассматривается как по существу вспомогательные или периферийные деятельности и какими установками обладают врачи по отношению к ним и тем людям, которые их выполняют? Больницами необходимо управлять, и есть люди, считающие, что это должны делать только врачи. Однако врачи обычно не обретают большого престижа, став администраторами; некоторые даже говорят, что после этого медики вообще больше не относятся к ним как к коллегам. При этом заметна тенденция к превращению вспомогательных деятельностей в ценимые самодовлеющие цели, вплоть до того, что они могут вставать на пути предполагаемой базовой деятельности, как, например, в школах и, поговаривают, в уходе за больными становится самоцелью дисциплина.

Само растущее многообразие центральных и выше всего символически ценимых медицинских деятельностей отражается в числе медицинских специальностей. Некоторые из специальностей оцениваются выше других как обывателями, так и профессией, хотя рейтинги эти не обязательно одинаковы. Мы можем принять как посылку, что по мере того, как студент осваивает различные умения и ближе узнает действительные задачи своего будущего дела, он будет претерпевать изменения в установке по отношению к ним как компонентам медицинской работы.

Не только определенные задачи и умения медицинской работы оцениваются выше других, но и люди, их выполняющие. При этом мы не должны забывать о том, что разные медицинские задачи отличаются друг от друга не просто требуемыми для них знаниями и техническим мастерством, но также сопутствующими им социальными отношениями и социальными ролями. Образцовый член профессии — это человек, который обладает определенными умениями и знаниями, поддерживает правильный баланс между более и менее ценимыми деятельностями профессии и хорошо играет свою роль по отношению к себе, своим коллегам, другим членам персонала, вовлеченным в медицинскую работу, а также своим пациентам и публике. Как и в других профессиях, мы можем обнаружить, что некоторые образцы — подобно святым — считаются немного чересчур хорошими для обычных людей, чтобы можно было ожидать подражания им в повседневной практике, хотя ими восхищаются как воплощениями высших ценностей профессии. Исследование медицинского образования должно выявлять не только святые образцы, но и те образцы, которые студент с более прак-

тичной (и даже немного циничной) точки зрения считает для себя достижимыми — притом, что шаблон такой, какой он есть, и сам он тот, кто он есть. Изменения в выборе студентом образцов, его решительные шаги или плавное вхождение в то русло, которое ведет к одному образцу, а не к другим, являются важной частью его медицинского образования. Речь идет, разумеется, не просто о выборе специальности, а о выборе различных путей практикования медицины: врачебной практики, преподавания, исследований; практики в одной социальной среде, а не в другой (сельской или городской, зажиточной или бедной, с высокими или низкими жизненными стандартами в отношении здоровья, среди себе подобных или иных по типу людей); в одиночку или в ассоциации с другими; за стабильное жалование или за гонорары; там, где царит острая конкуренция, или там, где больше безопасности, и т. д. Все эти вопросы могут входить как компоненты в образцы, которыми восхищаются и которым следуют, а это означает, что, как мы выше предположили, образец в итоге воплощает в себе всю профессиональную идеологию тех, кто его выбирает.

Образцы медицинского мира, разумеется, не свободны от влияний со стороны идеологий, свойственных другим аспектам современной жизни. Мы должны исследовать то, в какой степени образцового бизнесмена окрасил образ образцового врача. Хотя в мире бизнеса используется термин *частный предприниматель*, многое говорит о том, что в образцовом бизнесмене видят, скорее, командного работника, нежели лицо, орудующее в одиночку. Возможно, в каких-то отношениях медицинский образец является отпрыском отжившего образца делового мира. При текущих тенденциях в медицинской организации представляется отчетливо важным не просто определить, насколько образец одиночки преобладает над образцом командной работы, но и выяснить, какие влияния продолжают его поддерживать.

Концепция образцового врача имплицитно содержит в себе ключи к пониманию природы образцового пациента. На этот счет возможно много амбивалентности, ибо лишь немногие студенты настолько нереалистичны, чтобы считать, что им достанется практика, заключающая в себе только один вид пациентов (с точки зрения проблем со здоровьем, личностных, социальных или экономических характеристик), или настолько божественно одарены и счастливо амбициозны, чтобы и впрямь суметь добыть себе такую клиентуру. Кроме того, признается, что всех людей нужно обслуживать одинаково. Невзирая на это, есть представления об идеальном пациенте: о том, что с ним не так, о его социальных и экономических характеристиках, о принятии им авторитета и предписаний врача, о его понятливости, сотрудничестве и благодарности. Судя по всему, в этих представлениях есть как минимум три

важных компонента: природа болезни и ее излечимость; природа взаимодействия между пациентом в его роли и врачом в его роли; и, наконец, влияние пациента на карьеру врача (доход, репутацию, повышение мастерства, подтверждение его представления о себе как о враче).

Мы мало что говорили собственно о природе социальных ролей, и на этот счет мы приведем лишь несколько замечаний, так как имплицитно проблема роли обнаруживается везде. В каком-то смысле роль — это то, чего человек сам ожидает от себя и чего другие ожидают от него в определенных ситуациях. Порой люди ожидают от врачей чудес; врачу приходится учиться обходиться с этим ожиданием так, чтобы дать пациентам наилучший шанс выздороветь и наименьший шанс разочароваться. Это вечная проблема оказания помощи людям в столкновении с неопределенностью или безрадостной определенностью (случается и так), проблема поддержания баланса в отношениях между более искусным партнером (врачом) и партнером менее искусным, но более судьбоносно затронутым (пациентом). Термины «чуткий человек», «само терпение», «поверенный», «советчик», «надежда и опора» — и противоположные им — относятся к ролям, а не к технике как таковой.

Все они предполагают других людей или рассмотрение человека в его отношениях с другими людьми. Каждому приходится вырабатывать свое соотношение весов, которые он будет придавать разным участникам (*parties*) трудовой драмы, в которой он имеет роль. Будет ли он играть ее только для пациентов, драматически изображая себя защитником их от самой профессии? При доведении до крайности это будет шарлатанством (*quackery*) в строго социологическом смысле слова, независимо от того, компетентен человек в своих методах диагностики и практики или нет. Есть люди, играющие свои роли только перед коллегами или некоторыми из них, но не перед другими. Есть и такие, кем могут двигать какие-то особые представления о своих правах и обязанностях, одинаково непроницаемые для коллеги и пациента. Это могут быть подлинные миссионеры, сектанты, для которых нет судей, кроме Господа Бога. Каждый человек подбирает себе «значимых других», с которыми настолько идентифицируется, что прислушивается к их голосам, а не к другим. Именно это мы имеем в виду, употребляя принятый не так давно термин «референтная группа». Поскольку в современной медицине много критически важных референтных групп, перед студентом, в частности, встает задача нахождения некоторого баланса между степенями своей восприимчивости к ним, то есть нахождения своей конфигурации значимых других. Разные конфигурации такого рода могут устойчиво ассоциироваться с выбором специализаций и упомянутых выше способов практикования.

Вероятно также, что, проходя через процесс медицинского образования, будущий медик будет лавировать от одного из значимых других к другому: когда-то чувствуя боли и муки пациентов острее самих пациентов; когда-то разделяя сердитый цинизм тех коллег, которые в час разочарования в неблагодарном человечестве твердят, что единственное, что нужно делать, это брать свое, где только можно; когда-то чувствуя себя опьяненными чудотворством и поддаваясь льстивым речам восхищенных медсестер, студентов и благодарных пациентов; когда-то мучительно страдая от неопределенности своего дела и преисполняясь жалости к себе.

Это ведет к проблеме представления о себе (self-conception) и открытия себя. Само представление человека о себе есть нечто стереотипное, нечто такое, во что внесли вклад родители, учителя, братья и сестры, сверстники и его собственные грезы. Некоторые люди проецируют себя далеко в будущее, другие живут более или менее настоящим. Но и в том, и в другом случаях наступают моменты, когда человеку необходимо произвести ревизию и исправление собственных представлений о том, что он может, и о том, чего он хочет. И тогда можно сказать, что молодой человек, думая о себе как о враче, думает о молодом человеке как о еще не вполне известном самому себе, делающем еще неизвестную работу и играющем еще неведомые ему роли в ситуациях, в которых он никогда не был. Это не означает недооценки предвосхищающего проигрывания ролей; но как бы восприимчиво индивид ни предвосхищал себя в будущей роли, имеется разрыв между предвосхищением и осуществлением. На подготовительных медицинских курсах молодых людей, мыслящих себя потенциальными хирургами, разумеется, больше, чем тех, кто когда-либо и в самом деле ими станут, если учесть необходимые для этого качества и удельный вес людей, зарабатывающих хирургией на жизнь, в медицинской профессии. Точно так же и тех, кто рассчитывает завершить свою учебу работой в общественном здравоохранении, меньше, чем тех, кто действительно так ее завершит. По мере того, как молодой человек проходит медицинскую подготовку и переходит от нее к практике, от него могут ожидать не только приобретения лучшего представления о требуемых навыках, выполняемых задачах, играемых ролях, позициях, достигаемых в медицинском мире, и дорогах, которые к ним ведут, но и перестраивания его представлений о собственных умственных, физических и личностных способностях, о своих вкусах и неприязнях и о шансах на то, что человек с его особыми социальными и экономическими качествами и семейными обстоятельствами сможет приобрести эти навыки, эти роли и эти позиции.

Такова экономика Я-концепции. Значимость ее для распределения врачей между специальностями и способами практикования оче-

видна. И здесь мы вновь сталкиваемся с проблемами судьбоносного, или решающего, выбора. Человек может открыть что-то в самом себе, уже миновав точку, в которой он мог принять судьбоносное решение заняться тем видом работы, который ему теперь хотелось бы уметь делать. Конкретно это означает, что в медицину вообще нельзя войти, если к определенному возрасту не была получена определенная подготовка; что некоторые специальности нужно выбирать гораздо раньше, чем другие; что некоторые из них требуют более длительной трудовой деятельности без получения дохода; что жена, являющаяся помехой в одном виде практики, может быть существенным активом в другом; что человек, овладев навыками специальности, может оказаться не склонным и не готовым к принятию требуемых социальных ролей. Исследование прогрессирующего самопознания студентов, проходящих через лабиринт медицинской школы и подготовки, могло бы быть использовано теми, кто планирует опыты, влияющие на выбор студентами-медиками действенных образцов, специальностей и способов и мест практики.

Карьера

Одна из задач в изучении профессии состоит в открытии траекторий, по которым движутся карьеры выбравших ее людей. В свою очередь, это требует выявления значимых фаз карьер и последовательностей их проявления. Последовательности имеют место во всем, что мы до сих пор обсуждали. Некоторые из них институционализированы, как, например, последовательность, ведущая от домедицинской фазы к студенту-медику, интерну, ординатору, практикующему врачу, дипломированному специалисту и т. д. Другие не столь формально институционализированы и именованы, но хорошо известны. Третьи представляют собой более или менее не замечаемые или не признаваемые (но, тем не менее, часто превосхищаемые или вызывающие опасения) регулярности перехода от одной плохо определенной фазы к другой. Из юнца, имеющего учителей и наставников, к которым можно обратиться за помощью, некто превращается в более зрелого человека, который сам стал учителем, опорой и даже отцовской фигурой для младшего поколения. Либо у человека оказывается не так много времени для клиники и лаборатории вследствие возрастания административных требований, притязавших на его время. Одной из сторон карьеры являются как раз эти переходы от одних взвесей, или комбинаций, деятельности к другим. Хорошо известно, что этим переходам сопутствуют тревоги. Их можно увидеть в сновидении молодой женщины, которую только что назначили старшей медсестрой в большой больнице: ей снилось, что ночью вдруг возникла необходимость подсоединить пациента к аппарату искусственного дыхания, а она то ли забыла, как это

делается, то ли применила какой-то не тот способ — и вот пациент задыхается, а она возится с аппаратом и не знает, что делать. Переход от одного вида деятельности к другому влечет опасность потери навыка; вдобавок к тому, это переход от одного вида ответственности к другому и от одной роли к другой.

В любого рода карьерных траекториях имеются точки негативных и позитивных судьбоносных решений. Например, если мне до достижения определенного возраста не удалось получить ординатуру по своей специальности в определенного рода больнице, то некоторые дальнейшие шаги для меня закрыты. Кроме того, перед молодым человеком всегда стоит вопрос, переходить ли с одного места работы на другое, а если да, то когда и насколько часто. Разные виды работы и специальности внутри медицины демонстрируют разные паттерны связи между трудовыми перемещениями и успехом. Следует ожидать, что на карьере человека, идущего в частную практику, первый выбор места для практики может повлиять больше, чем на карьере человека, выбравшего патологию, преподавание или любую из специальностей, где правилом является работа за жалованье. В институтах, или системах, есть некоторый баланс между успехом «домашней гвардии» (home-guard) и успехом «странствующих работников» (itinerants). «Домашнюю гвардию» образуют люди, которые делают свои карьеры почти без переходов с места на место или совсем без них; «странствующие» продвигаются в иерархии, переходя с одного места на другое или из одного института в другой. Тем, кто продвигается посредством перемещения — скажем, из меньших в более крупные школы или больницы, — приходится решать, двигаться ли им по маленькой орбите (штата или региона) или по большой орбите, возможно, национальной или международной. Решение или факт движения по маленькой или большой орбите — в зависимости от того, происходит оно в силу сознательного решения или по умолчанию, — предполагают выбор: значимых других (референтных групп), то есть людей, в зависимость от благожелательного мнения которых человек ставит свою репутацию; тех, на кого человек может позволить себе обращать меньше внимания; и, возможно, тех, от кого он должен диссоциироваться. Короче говоря, предполагается выбор человеком ближайших коллег, людей, которые будут служить для него образцами, людей, которые будут думать о нем, когда им понадобится компаньон, людей, которые будут видеть его потенциал и помогать ему его реализовать.

Фактически карьера есть своего рода подвижное взаимоприноравливание человека и различных фактов жизни и его профессионального мира. Она включает в себе риски, ибо его карьера есть главное его предприятие, в котором ставится на кон его единственная жизнь. Она содер-

жит некоторый набор проекций собственного Я в будущее и некоторый набор предсказаний относительно хода событий в самом медицинском мире. Еще многое предстоит узнать о карьерных траекториях, о том, как студенты-медики их мыслят, и о том, каким образом личные и социальные бэкграунды, школьные и иные опыты обучения предрасполагают студентов к повороту на тот или другой из множества путей, по которым может пойти медик. Именно общая сумма этих диспозиций и поворотов дает нам реально имеющееся распределение врачей между различными способами практикования и между разными местами и обстановками, в которых практикуется медицина, неважно, хорошее это распределение или плохое.

Мы живем во времена великих изменений в медицинских институтах. Меняется не только их внутренняя структура, так что наличные позиции и карьеры, а также требования к тем, кто их занимает и реализует, находятся в текучем состоянии как в количественном, так и в качественном отношениях, но, кроме того, становится все больше вспомогательных институтов, все больше и больше связей медицины с другими предприятиями (concerns) и институтами мира. Осуществляемая молодым врачом проекция самого себя в будущее оказывается, следовательно, проекцией, заключающей в себе большее число неизвестных, чем когда-либо прежде. Во всем тренде самой системы содержится нечто неведомое. А потому проблема становится отчасти проблемой принорования к подвижному, никогда не доходящему до завершения приспособлению. Несомненно, некоторые будут принимать импликации такой открытости и незавершенности более, чем другие; для некоторых может даже стать частью их идентичности бытие людьми, не ищущими фиксированной идентичности, людьми, чьей константой является открытость изменению, и даже людьми, ищущими таких мест, где изменение требуется прежде всего. Другие могут успешно или безуспешно искать места, выглядящие максимально фиксированными, бастионы, которым не грозят, казалось бы, никакие бури. Мы можем найти «домашнюю гвардию» не только пространства, но и времени.

Нам нужны исследования, которые пойдут одновременно по всем этим различным направлениям, начиная с домедицинской фазы и прослеживая путь будущего врача вплоть до первых лет его профессиональной практики. Иначе говоря, исследования, которые берут его с того времени, когда он в своей медицинской культуре максимально близок к обывателю, и прослеживают весь цикл происходящего с ним в медицинской школе вплоть до первых лет практики, когда он уже в полной мере оказывается членом профессии как в собственном сознании, так и в сознании большинства людей, которые его знают.

Список литературы

Sigerist H. E. A History of Medicine. New York: Oxford University Press, 1951.

Эверетт Черрингтон Хьюз

(30.11.1897 – 04.01.1983, Кембридж, шт. Массачусетс, США)

американский социолог

1927–1938 – преподавал в ун-те Макгилла в Монреале,

1938–1961 – работал в Чикагском ун-те,

1952–1960 – редактор «American journal of sociology»,

1961–1983 – преподавал в ун-те Брандейса

и Бостонском колледже (шт. Массачусетс),

1962–1963 – президент Американской социологической ассоциации.

(Пер. с англ. В.Г. Николаева)
