

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ

Т.А. Самарская, Г.А. Тенер

В статье рассматриваются особенности процесса институционализации акторов поля альтернативной медицины в изменяющемся контексте отечественной политики. Институционализация медицинских экспертов связана со спецификой их мировоззрения, профессиональной идентичности, взаимоотношений с коллегами и пациентами, обусловленной социокультурными основаниями. Степень включенности альтернативных экспертов в профессиональное сообщество медиков определяется рядом взаимосвязанных факторов, в том числе характером правового регулирования их деятельности, степени ее легитимизации, обуславливая положение специалистов на рынке медицинских услуг и их участие в реализации политики здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинские практики, альтернативная медицина, медицинские парадигмы, медицинские эксперты, патернализм, партнерство, производители и потребители медицинских услуг, легитимность медицинской деятельности

Охрана общественного здоровья в настоящее время признана одним из приоритетных направлений социальной политики государства. В классическую схему, описывающую процесс предоставления медицинских услуг населению и позволяющую отследить эффективность оказываемой медицинской помощи, включаются три основных компонента: производители и потребители медицинских услуг, а также отношения в системе «врач – пациент». Ключевым концептуальным подходом, обеспечивающим возможность осуществления комплексного анализа детерминант доступа к учреждениям здравоохранения, является модель, в соответствии с которой использование и доступ к услугам здравоохранения, в основном, определяются двумя группами факторов: параметрами системы предоставления медицинских услуг

и характеристиками потребителей медицинской помощи. В числе первых, в частности, рассматриваются структурные показатели учреждений здравоохранения (территориальная доступность, наличие медицинского персонала, своевременность и удобство предоставления услуг) и индикаторы, характеризующие процесс оказания медицинской помощи (взаимоотношение врача и пациента) [Панова, Русинова, 2005. С. 127–128].

Состав группы производителей медицинских услуг весьма неоднороден. Он включает в себя различные типы агентов поля медицинских практик. Сюда могут быть отнесены традиционные (так называемые ортодоксальные) врачи, а также народные целители, представляющие народную, традиционную медицину и образующие самую интересную, на наш взгляд, инновационную группу агентов поля медицины (в большинстве своем врачи, практикующие целительские практики, обозначенные нами как альтернативные эксперты). Как вписаны они в данную схему производства медицинских услуг населению, чем определяются правовые аспекты деятельности данных экспертов? Каковы особенности процесса их самоидентификации, как они соотносятся с другими экспертами поля медицинских услуг, и что за отношения складываются у них с пациентами? Каким образом осуществляется их включенность в систему здравоохранения, определяющая степень эффективности оказываемых ими услуг населению, и успешны ли они, в конечном счете, в качестве проводников социальной политики в сфере здравоохранения? Именно эти вопросы определили цель проведенного нами осенью 2006 года социологического исследования, предметом которого явились особенности институционализации новых услуг альтернативной медицины в контексте проводимой социальной политики¹.

Особенности процесса самоидентификации альтернативных экспертов

Процесс самоидентификации агентов поля альтернативной медицины обусловлен особенностями культуры, связанными с происходящими в ней глобальными трансформационными процессами – интеграцией медицинских систем. Несмотря на то, что большая часть специалистов, практикующих «нетрадиционные» методики и имеющих высшее медицинское образование, позиционируют себя как врачи, в реальности их мировоззрение и деятельность представляют собой область взаимопересечения различных моделей медицинских систем. Эти спе-

¹ Динамика социального и профессионального статуса специалистов традиционной медицины в России, грант РГНФ 0503-03449а, руководитель проекта профессор В.А. Мансуров (ИС РАН), руководитель саратовской группы профессор Е.Р. Ярская-Смирнова. Интервью с 23 специалистами альтернативной медицины собраны авторами и сотрудниками Центра социальной политики и гендерных исследований, см.: www.socpolicy.ru.

циалисты становятся агентами приращения новых культурных форм, точкой их роста.

При этом многие респонденты были категорически против тех или иных обозначений их сферы деятельности. В частности, было высказано мнение, что любое разделение области лечения человека условно и преследует в лучшем случае юридические цели. Термин «альтернативная медицина» определяется ими как сфера, противопоставляемая официальной, «преподаваемой в вузах» медицине, использующая особые методы воздействия на человека. Комментарии по этому поводу в целом беднее, чем по поводу других названий:

Лично я считаю, что все же правильнее называть все «неофициальные» методы нетрадиционными или альтернативными. Это не снижает их статус. Но подчеркивает их особые методы лечения, альтернативные обычным, общеизвестным (интервью 5).

Вообще для многих высказываний характерны суждения, сочетающие в себе иногда противоречивые признаки. В частности, наиболее яркое противоречие заключается в том, что, с одной стороны, утверждая себя врачами (как врачей позиционировали себя все без исключения специалисты с медицинским образованием), респонденты уверенно относят себя к специалистам альтернативной, народной медицины и даже к целителям.

Взаимоотношения в системе «врач – пациент»

Обращаясь к аспекту взаимоотношений врача и пациента, мы можем отметить, что для процесса институционализации медицинских экспертов он играет существенную роль. В связи с ценностью труда специалистов-медиков и, как следствие, интересом общества к их личностным особенностям, самоидентификации предпринимались попытки их типологии, выделения характеристик идеального врача. Личность врача моделировалась с учетом разных аспектов его профессиональной деятельности. Особенности положения профессионала в России анализируются в работе З.Т. Голенковой и Е.Д. Игитханян [Голенкова, Игитханян, 2005], перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе представлены В.А. Мансуровым, О.В. Юрченко [Мансуров, Юрченко, 2005], специфика менеджмента в частном медицинском секторе исследовалась В.Н. Ермолаевым [Ермолаев, 2003].

Одним из важнейших аспектов эффективной деятельности является психологическая совместимость врача и пациента (создание оптимального контакта с больным), соответствие врача образу профессионала, заслуживающего доверия пациента. Эти свойства врача особенно ярко должны проявляться в критических для пациента ситуациях, когда существует угроза жизни или жизненному укладу. В данных ситуациях

профессионал должен проявлять уверенность в себе, отсутствие колебаний в правильности принятого решения (принятого диагноза, назначенного лечения), свободное владение профессиональными знаниями и навыками [Витенко, Леоненко, 1983. С. 122–123]. Значимость этих черт не постоянна, но зависит от остроты течения заболевания. Коммуникативные черты профессионального врача важны для пациента, и прежде всего ценятся уважительность, внимание к пациенту, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность. Исследователи выделяют два типа врача: «сопереживающий и директивный», «сопереживающий и недирективный» [Ташлыков, 1984], которые могут быть отнесены соответственно к патерналистской и партнерской модели поведения врача. Взаимоотношения врача и пациента на Западе анализировались Б.П. Красовским [Красовский, 2002].

Для эксперта альтернативной медицины важными профессиональными качествами, которые не обеспечивает диплом, называются следующие: открытость новому опыту, новым феноменам; готовность выйти за рамки привычных медицинских представлений об организме и болезни; любовь к людям; духовность:

Мы не просто лечим. Мы исцеляем. Исцеляем тело и душу пациента. Оказываем каждому максимум внимания при общении. Ортодоксальная медицина более сухая, более конкретная и специализированная. В силу этого лечение не человека, а болезни. В традиционной медицине больше внимания не следствию, а причине. Поэтому так важен личный контакт. Доверие пациента... (интервью 7).

По мнению О.А. Чеботаревой,

в процессе социального взаимодействия складываются модели взаимоотношения врача и пациента, которые представляют собой само собой разумеющиеся правила, реализующие отношения власти внутри института. В ходе институционализации медицинской практики эти правила частично осознаются и артикулируются, а затем кодифицируются, превращаясь в легитимные формы социального контроля [см. Чеботарева, 2006].

Практика древнего врачевания имела манипулятивный характер, и на этой основе сформировалась базовая форма взаимоотношений врача и пациента — патернализм, основанный на «властно-мистической модели» социального взаимодействия. Для нее характерно доминирование прямого подчинения больного, когда объектом манипуляции выступает бессознательное. Такой тип отношений врача и больного О.А. Чеботарева называет «патернализмом власти». В модели Гиппократова, характерной для эпохи становления рационалистического мышления, в схеме взаимодействия врача и пациента властная составляющая снижается в силу типа общественных отношений (гражданское равенство), а мистическая — в силу характера общественного сознания (антич-

ный рационализм), свойственного греческому полису. Этот тип взаимоотношений может быть назван «патернализм морали».

Следующий тип патернализма — тип «религиозного патернализма», или «модель Парацельса». Этот классический патернализм основан на «эмоционально-харизматической» модели и установке «вручения себя», когда объектом манипуляции является сверхсознание. Врач выступает посредником в «договоре» между богом и пациентом, который изначально носит неэквивалентный характер. Для социокультурной модели патернализма, обозначенной как «либидозная», или «модель Фрейда», характерна десакрализация фигуры врача, нормативные требования направлены уже не столько к врачу, сколько к пациенту и обществу, чтобы гарантировать последним соблюдение договорных отношений, которые приобретают светский характер. В современную эпоху остро стоит вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения. Оно оформляется в ряд новых моделей взаимодействия врача и пациента, в частности модель «потребитель — услугодатель», характерную для рыночного общества и практически исключаящую патернализм. В историческом плане можно отметить, что на микроинституциональном уровне взаимодействия врача и пациента патерналистская установка видоизменяется и смягчается, дополняясь индивидуалистическими ценностями и формами социального контроля [Чеботарева, 2006].

Что касается особенностей отношений в системе «врач — пациент», характеризующих альтернативных экспертов, можно видеть, что для данной группы экспертов характерным выступает в большей степени партнерский тип отношений:

...сфера, в которой мы работаем, она коммерческая. Здесь, кроме того, что человек приходит, он еще платит деньги, вот этот вот момент, он, конечно, раньше он особенно доминировал, это подсознательно срабатывает. Можно рассматривать медицину как товар, то возникает такое понятие как некачественный товар (интервью 13).

В системе отношений «производитель — потребитель» медицинских услуг в условиях рынка сегодня значимая роль отводится именно потребителям медицинских услуг. В трактовке понятия «услуга» нам близка позиция В.И. Бокова [Боков, 2003], опирающегося в своих рассуждениях на методологию Т. Парсонса и рассматривающего его не только как экономическую, но и как социальную категорию. Причем для нас важным является признание В.И. Боковым равнозначности агентов социального взаимодействия — производителей и потребителей медицинских услуг.

Российские исследователи предпринимали попытки описания и систематизации потребителей медицинских услуг. Социальный портрет потребителя медицинских услуг был составлен А.В. Решетниковым [см. Решетников, 2003], на важность учета характеристик потребителей

услуг указывали Л.В. Панова, Н.Л. Русинова [Панова, Русинова, 2005], типологизация пациентов представлена Л.М. Астафьевым [Астафьев, 2005]. Выводы авторов свидетельствуют о большом значении личных качеств медицинских работников, о необходимости их индивидуального подхода к больным в зависимости от течения заболевания. Особенно это актуально для альтернативных врачей, у которых складывается своя целевая аудитория потребителей, ценящих такой тип услуг:

К нам обращаются в основном постоянные клиенты, состоящие из так называемых «своих». Это знакомые людей, которым помогло лечение и знакомые тех знакомых. В основном это люди с хроническим заболеванием органов дыхательных путей, пищеварения, которые разуверились в официальной медицине. Ряд моих пациентов используют фитопрепараты в профилактических целях (интервью 6).

Но, несмотря на то, что пациенту отводится второстепенная позиция, его самосознание, самооценка, мотивация к лечению, активность, соблюдение врачебных предписаний, желание выздороветь являются базовыми в борьбе с болезнью и определяют ее исход [Астафьев, 2005. С. 136]. Пациенты различаются в зависимости от важности для них следующих аспектов: отношения к ним медицинских работников; слаженности и организованности оказания медицинской помощи; максимальной полноты полученных услуг; удобства по времени и месту обращения; материальных затрат, а также по их отношению к собственному здоровью, по оценке человеческих ценностей.

По данным К.Н. Хабибуллина, добиваясь успеха исключительно путем эксплуатации своего здоровья, человек не отводит здоровью должного места в системе жизненных ценностей – ему отводится лишь 3–4 место [Хабибуллин, 2005. С. 141]. Это же отмечают и эксперты альтернативной медицины, среди пациентов которых преобладают

женщины, они более к своему здоровью относятся, они не боятся пойти к врачу, мужчины в этом плане, либо пока не развалится, либо надо ехать куда-то, а у него болит. Что-то там сделает. Лечение направлено не на достижения здоровья, а на достижение какого-то результата. Преобладает эксплуатация физического тела, здоровье целью не является (интервью 2).

Характеристики потребителей медицинских услуг включают, во-первых, факторы predispositions потребителей, обуславливающих их желание и готовность взаимодействовать с системой здравоохранения и профессионалами-медиками (пол, возраст, образование, профессия, система представлений о здоровье, информированность в вопросах здоровья и возможностей здравоохранения), во-вторых, имеющиеся в распоряжении потребителей финансовые и организационные возможности реализации доступа к системе медицинских услуг и, наконец, выраженность их потребности в медицинской помощи [Панова, Русинова, 2005. С. 127–128].

Стратегии потребления альтернативных медицинских услуг определяются всеми отмеченными выше характеристиками потребителей. В современных условиях ведущими при выборе услуг альтернативных экспертов оказываются три варианта стратегий, обусловленных различными мотивационными установками. Выбор определяется (а) дешевой услугой, когда доступ к каналам официальной медицины ограничен финансовыми возможностями потребителя, либо (б) носит характер демонстративного потребления и обусловлен фактором престижа, либо (в) связан с истощенностью ресурсов официальной медицины.

Правовые аспекты деятельности альтернативных экспертов

По мнению исследователей проблем здравоохранения [Кучеренко, Корюкин, Морозов, 1994], в настоящее время сложилась парадоксальная ситуация: учреждения здравоохранения (производители медицинских услуг) только недавно приобрели статус самостоятельного юридического лица и вышли из разряда подзаконных организационно-правовых форм хозяйствования в виде «учреждения». Существующее правовое пространство, регулирующее отношения субъектов рынка, в принципе ограничивает подобную форму хозяйствования. Наши информанты, специалисты альтернативной медицины сталкиваются с трудностями юридического характера:

Так как мы не пользуемся этим методом широко, в связи с некоторыми особенностями, потому что у нас такие методы, скажем, относительно сертифицированы, то есть мы не можем их использовать настолько широко, насколько бы нам хотелось, потому что все равно дается сертификат на право использования такой методикой, но нет такого широкого разрешения на то, чтобы мы ее рекламировали. Поэтому спрос, конечно, не очень большой (интервью 22).

Для лечебных учреждений любой формы собственности остаются актуальными следующие проблемы: получение лицензии на медицинскую деятельность и отдельные ее виды; выбор организационно-правовой формы хозяйствования; возможность образования юридического лица; необходимое для деятельности финансовое обеспечение из строго определенных источников (могут применяться различные, предусмотренные законом механизмы); участие в регулировании цен на медицинские услуги; возможность оспаривать в суде установленные без его участия цены на оказываемые в данном лечебном учреждении услуги; принятие решений по структурной реорганизации внутри учреждения, направленной на эффективное оказание медицинской помощи и повышающие его конкурентоспособность [Социальная... 2004. С. 420–422].

Действующее законодательство хотя и предусматривает защиту пациентов медицинскими страховыми компаниями, но не в качестве полноправных потребителей, а Закон «О защите прав потребителей в РФ» регулирует иные аспекты. Для пациента, обратившегося за медицинской помощью, не важны ни формы собственности лечебного учреждения, в которое он обратился, ни организационно-правовые основы его деятельности, ни схемы финансирования. Для него важно, насколько качественная и доступная медицинская помощь ему будет оказана, и должен ли он за это платить из собственного кармана:

На данный вид медицинской деятельности у них должна быть лицензия, на любой вид – это не связано, традиционная или нетрадиционная, народная и ненародная. У них должна быть лицензия, сертификат. Хирургией они занимаются или педиатрией, гинекологией, обязательно, мануальной терапией... У них обязательно должен сертификат быть (интервью 20).

При этом пациент должен иметь право получить или отказаться от медицинской помощи, иметь информацию о состоянии своего здоровья, право и возможность выбора – где, в каком объеме, в какое время (удобное для него) получить медицинскую помощь, право и возможность выбора дополнительных (сервисных) услуг, гарантии (строго определенные) по реализации своих прав, должен быть защищен (юридически, экономически, морально) от деятельности отдельных врачей, лечебного учреждения в целом, страховых медицинских организаций [Социальная... 2004. С. 420–422].

Лечение без лицензии может создавать реальные проблемы вплоть до закрытия медицинского учреждения, особенно если последует жалоба от пациента, или случится ошибка в работе врача. Люди, занимающиеся лечением, в том числе нетрадиционным, подстраховываются лицензиями:

Я думаю, что нет, не работают без лицензии, потому что сейчас это преследуется по закону... Это крайне затруднительно. Много спорных вопросов возникает, и даже врачи, таким образом, пытаются себя обезопасить получением лицензии (интервью 11).

Респондентами подчеркивается изменение ситуации на рынке лечебных услуг (а именно, изменение критериев выбора пациентами врача или медучреждения), изменение законодательной базы подобной деятельности:

Нет, я о таких вообще не знаю. Это просто невозможно. Конечно, если это не частный кабинет. Но сейчас люди просто не пойдут к неизвестному специалисту, который не имеет сертификата или лицензии на занятие врачебной практикой (интервью 5).

Все же, нетрадиционная медицина должна находиться под государственным контролем, так же как и традиционная. Это повысит ка-

чество обслуживания пациентов и поможет преградить путь для людей неквалифицированных. Давать такие функции в руки профессиональных ассоциаций, на мой взгляд, было бы большой ошибкой. То, что касается здоровья людей должно проверяться с особой тщательностью (интервью 5).

Фактором правовой легитимности деятельности эксперта по болезням является диплом о высшем медицинском образовании (или диплом целителя), что помогает его обладателю интегрироваться в официальную систему, даже если метод, который он практикует, не стандартизирован на юридическом, экспертном или образовательном уровнях (например, это относится к биоэнерготерапевтам). Многие специалисты, практикующие нетрадиционные практики, утверждают, что их метод — лишь специализация, но прежде всего они «просто врачи», имеющие одну из стандартизованных в официальной медицине специальностей — педиатры, хирурги:

Обязательно врач, и не просто врач, как минимум, как в приказе указано, это специалист с обязательной специализацией по неврологии, по ортопедии или нейрохирургии, с последующей первичной специализацией по мануальной терапии. Человек, даже просто врач смежной любой специальности, повторяю любой специальности, заниматься этим не должен бы, но занимаются, не должен, чтобы не нарушить первую заповедь медицины — не навреди (интервью 1).

Многие альтернативные методы лечения (гомеопатия, классическая рефлексотерапия) предполагают то, что практикующий их специалист — это уже выпускник вуза. Базовые элементарные навыки врача необходимы в сочетании с глубокой специализацией. Лечение любой болезни, полагают наши информанты, должно быть комплексным, а не одним только методом нетрадиционной медицины. Нужна полная диагностика и правильный учет тонкостей: побочных заболеваний, возможностей осложнений, анатомических особенностей. Подобного мнения придерживаются все респонденты, кроме двух целительниц без высшего медицинского образования (одна из них не отрицает необходимости базовых медицинских знаний вообще). В противном случае могут быть серьезные последствия для здоровья пациента. Поэтому даже если для практики с юридической точки зрения не обязателен медицинский диплом, то он желателен.

Эксперт должен также проходить периодически переподготовку на курсах, с получением сертификатов, желательно государственного образца, и в идеале уметь научно обосновать свой метод:

Да, вот, отчет о выполненной научной работе. Министерство здравоохранения и социального развития РФ, федеральный научно-клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения. Проблемная лаборатория научного обоснования традиционных методов диагностики лечения. То есть они тоже традиционного.

Вот со мной работали, и эти документы об этом свидетельствуют. Оценены мои собственные способности, возможности воздействия на воду (интервью 23).

Многие респонденты признают, что на рынке медицинских услуг работают как уникальные самородки («их единицы»), владеющие навыками лечения «от природы», так и люди, дискредитирующие своим невежеством их методы. С одной стороны, большинство респондентов считают, что медицинское образование нужно и фитотерапевту, и апитерапевту, и прочим специалистам. Травы, препараты на основе меда, воска являются такими же лекарственными препаратами, как и полученные химическим путем, им так же требуется правильное использование, определенная дозировка. Необходим точный диагноз и исключение противопоказаний:

Мы имеем то же медицинское образование, плюс знания, которых нет у официальных медиков. Но, конечно, отчасти опасения были оправданы. Появление на рынке большого количества мошенников, которые, прикрываясь белым халатом, играли на доверчивости людей, тоже было. Сейчас ситуация изменилась к лучшему... Медицинское образование органично дополняет мои знания о целебных свойствах растений. В первую очередь это необходимо при диагностировании болезней и выявлении противопоказаний (интервью 6).

С другой стороны, иногда диплом врача может даже помешать, загнать специалиста в определенные рамки, которые не дадут ему возможности состояться как целителю. Кроме того, у врачей много ограничений, связанных с официальными стандартами.

Особенности включенности альтернативных экспертов в систему здравоохранения

Основными критериями, характеризующими уровень включенности в социум, служат востребованность, степень легитимности и правовой статус деятельности эксперта. На значимость степени легитимности практической деятельности альтернативных экспертов для процесса институционализации мы указали выше. Остановимся на прочих критериях.

Востребованность эксперта альтернативной медицины

Показателями включенности в систему здравоохранения являются востребованность экспертов, их уровень благосостояния (оплата) и отношение к ним обывателей и потребителей их услуг. По мнению респондентов, благосостояние, доход специалиста, практикующего нетрадиционные методы, может быть не меньше, а порой и больше, чем специалиста ортодоксальной медицины. И основную роль сейчас играет не принадлежность к той или иной модели, а другие факторы: реальный

дар специалиста (или способность мимикрировать, симулировать его), харизма, деловые способности, связи, удача, конъюнктура, коммуникативные способности, техники пиара, текущая законодательная база, то есть те же факторы, которые важны и для благосостояния любого иного специалиста.

На востребованность услуг того или иного специалиста нетрадиционных практик в современной провинции указывает наличие специализированных клиник, кабинетов, где практикуют такие профессионалы. Информанты отмечают колебания рыночной ценности тех или иных специализаций, например угасание интереса к гомеопатии, фитотерапии, большая востребованность специалистов-натуропатов, биоэнерготерапевтов, однако востребованность услуг мануальных и рефлексотерапевтов остается стабильно высокой.

Респонденты отмечают рост уважительного отношения извне к своей деятельности, даже притом, что средний обыватель мало осведомлен о специфике их деятельности и механизмах воздействия. Все эти данные говорят о смещении статусных характеристик специалистов по болезни.

Оценка эффективности деятельности специалиста альтернативной медицины

Большинство респондентов признают необходимость повышения эффективности своих методов за счет комплексного взаимодействия с врачами ортодоксальной медицины как в процессе лечения, так и в процессе диагностики. Такое слияние необходимо, прежде всего, исходя из соображений качества работы:

Это уже полноправные методы традиционной медицины, поскольку они уже научно доказаны. И эффективность этих препаратов, и их химический состав изучен досконально. И способы, механизмы взаимодействия с клетками организма, и с кровью человека, и с разными органами. И влияние на функцию и даже анатомическое строение органов, поэтому это уже не народный метод, а вполне приемлемый метод нашей медицины (интервью 12).

Впрочем, так считают не все:

Я считаю, что метод фитотерапии гораздо эффективнее традиционных методов медикаментозного лечения. Он действительно работает по принципу «не навреди». А знания и способы соединения лекарственных трав всегда можно при желании и особом чутье постичь из специальной литературы (интервью 6).

То, в какой степени официальная медицина принимает те или иные нетрадиционные практики, зависит от того, как долго эти практики существовали в рамках официальной медицины, насколько они легитимны с юридической точки зрения, стандартизированы и доступны профессиональной экспертизе. Поэтому такие методы,

как рефлексотерапия, мануальная терапия и фитотерапия имеют более устойчивый статус в рамках официальной медицины. Показателями этого статуса являются: включение таких специалистов в штатное расписание медицинских учреждений; наличие официальных бумаг, документов, удостоверяющих легитимность деятельности; идентификация многих специалистов данного профиля как врачей.

Несмотря на разную степень интеграции экспертов в официальную медицину, у большинства существует ряд проблем, показывающих, что процесс включения не завершен практически у всех, а именно: игнорирование эксперта врачами официальной практики; неосведомленность официальных врачей в методике, непонимание сути воздействия как врачами, так и пациентами; значительные расхождения мировоззрения врачей-ортодоксов и специалистов, практикующих иные методы, вплоть до полного неприятия; большие (сравнительно с аналогичными процедурами для ортодоксальных медиков) трудности при открытии практики как в организации, так и частным порядком; недоверие руководства медицинских учреждений к нетрадиционным экспертам и как следствие – трудности инициирования руководства к разрешению деятельности последних; недостаток как специальной, так и массовой информации о нетрадиционных методах воздействия; недоверие пациентов, которым приходится доказывать свою компетентность.

Отметим, что на прямой вопрос о том, сталкивались ли врачи с необходимостью доказывать свою необходимость, мы замечали более оптимистичные ответы, но косвенно, в контексте ответов на другие вопросы, как оказывается, не все настолько гладко. Очень многие респонденты при ответах на другие вопросы упоминали о том, что в тот или иной момент им приходилось бороться за признание.

Стандартизация методик для профессионального образования

Показателем легитимности той или иной медицинской практики является ее стандартизация в рамках вузовских программ для специалистов-медиков. В большинстве респонденты признают как возможность, так и необходимость стандартизации их методов. В качестве моментов, вызывающих у наших информантов сомнения в необходимости стандартизации, выступают следующие; неуверенность в сохранении качества информации в связи с зависимостью от личного опыта и дара эксперта, невозможность стандартизации личного жизненного пути эксперта в овладении (создании), применении методики при значительной роли этого фактора; неуверенность в мотивации студентов; необходимость определенного личного опыта и зрелости эксперта для овладения методиками, отсутствующих у большинства лиц студенческого возраста; сложность и вариативность некоторых методик.

Показательным является то, что все респонденты без медицинского диплома поддерживают идею стандартизации их методов и подчеркивают свое согласие на то, чтобы подобные, как обобщенные, так и авторские, методики преподавались на уровне специального вуза.

Для наглядности проиллюстрируем нашу концепцию схемой (см. рис. 1).

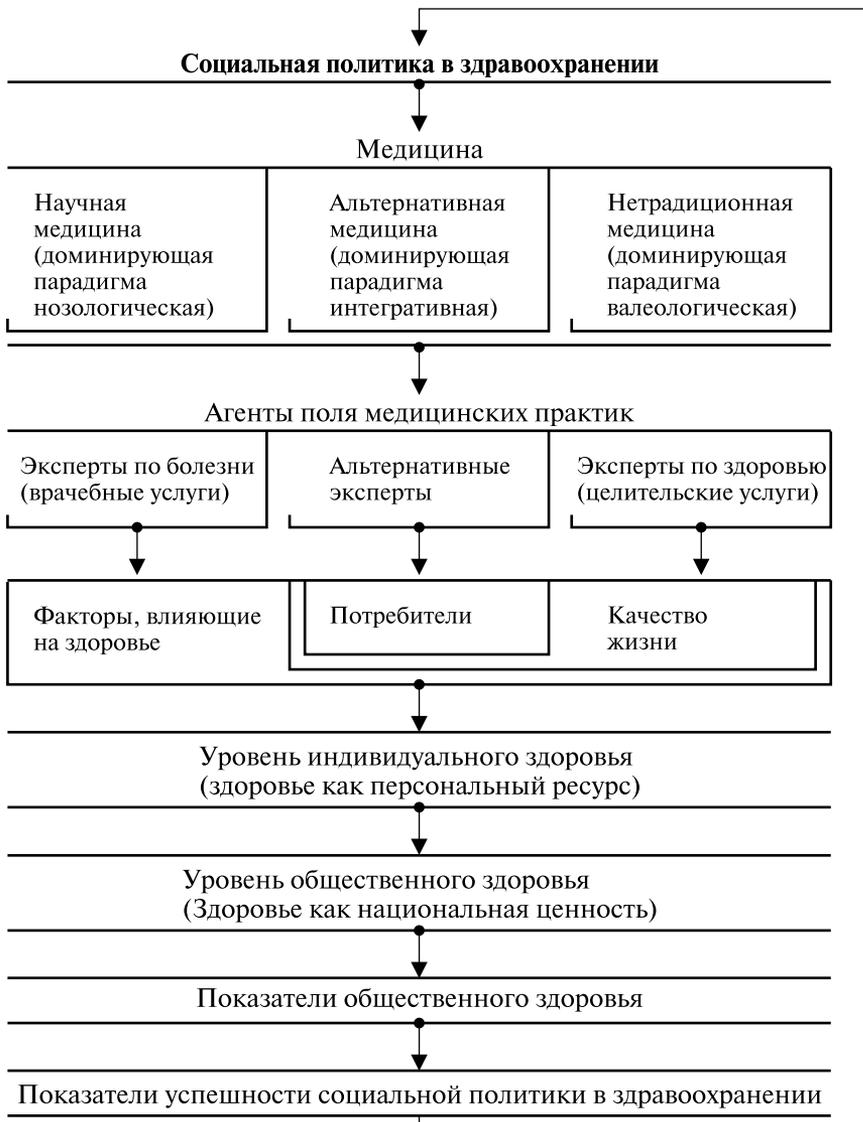


Рис. 1.

Заключение

Процесс институционализации услуг альтернативной медицины, легитимизации этих экспертов по здоровью определяется взаимодействием ряда взаимодополняющих социокультурных факторов. Они связаны с особенностями представляемого альтернативными экспертами медицинского мышления, обусловленного присущим им типом мировоззрения, спецификой процесса их самоидентификации, взаимоотношениями как с другими экспертами, так и с пациентами. Характер включенности альтернативных экспертов в систему здравоохранения в том числе зависит и от механизма правового регулирования их деятельности, определяя, в конечном счете, степень эффективности оказываемых ими медицинских услуг населению и успешности их в качестве проводников социальной политики в сфере здравоохранения.

Процесс самоидентификации агентов поля альтернативной медицины обусловлен особенностями культуры, связанными с происходящими в ней трансформационными процессами — интеграцией медицинских систем, осуществляющейся в условиях десакрализации и ремифологизации, а также переходом от моностилистического к полистилистическому типу культуры. Отношения в системе «врач — пациент» в поле альтернативных медицинских услуг характеризуются в большей степени партнерским, нежели патерналистским типом. При этом важную роль в рамках альтернативной парадигмы начинают играть психосоциальные факторы взаимоотношений специалиста с пациентом.

Основными критериями, характеризующими уровень включенности в социум, служат востребованность, степень легитимности и правовой статус специалиста альтернативной медицины. Правовой аспект деятельности альтернативных экспертов по здоровью напрямую связан с проблемой ее легитимизации. Фактором легитимности деятельности эксперта по болезням является соответствующий его деятельности диплом, что помогает его обладателю интегрироваться в официальную систему, даже если метод, который он практикует, не стандартизирован ни на юридическом, ни на экспертном, ни на образовательном уровнях. Показателем легитимности той или иной медицинской практики является ее стандартизация в рамках вузовских программ для специалистов-медиков. В большинстве респонденты признают как возможность, так и необходимость стандартизации их методов.

Степень эффективности деятельности альтернативных экспертов во многом связана со степенью принятия официальной медициной тех или иных нетрадиционных практик и зависит от того, как долго эти практики существовали в рамках официальной медицины, насколько они легитимны с юридической точки зрения, стандартизированы и доступны профессиональной экспертизе. Несмотря на разную степень

включенности экспертов в официальную медицину, у большинства существует ряд проблем, показывающих, что процесс интеграции лишь начался.

Описание полевых данных

Интервью 1. Врач-невропатолог, мануальный терапевт поликлиники (муж., 32 года).

Интервью 2. Врач-невропатолог, мануальный терапевт, частный Лечебно-оздоровительный центр (муж., 43 года).

Интервью 5. Врач-иглорефлексотерапевт, частный Центр Здоровья (жен., 50 лет).

Интервью 6. Врач-фитотерапевт, Национальный научно-производственный центр технологии омоложения (жен., 40 лет).

Интервью 7. Врач-фитотерапевт, Национальный научно-производственный центр технологии омоложения (жен., 50–55 лет).

Интервью 11. Врач-гомеопат медсанчасти крупного промышленного предприятия (жен., 39 лет).

Интервью 12. Врач-апитерапевт частной клиники (жен., 45 лет).

Интервью 13. Врач-гирудотерапевт, хирург, главврач частной клиники (муж., около 50 лет).

Интервью 18. Врач-рефлексотерапевт, су-джок терапия и фэн-шуй, частная клиника (жен., около 40 лет).

Интервью 20. Врач-рефлексотерапевт Центра нетрадиционной медицины Саратовской областной больницы (жен., 38 лет).

Интервью 22. Врач висцеральной хиропрактики частной клиники (жен., около 45 лет).

Интервью 23. Целитель-биоэнерготерапевт (частная практика) (жен. около 45 лет).

Список литературы

Астафьев Л. М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 136–140.

Боков В. И. От Даля к Парсонсу и обратно. Гипотеза о природе услуги // Социологические исследования. 2003. № 7. С. 49–56.

Витенко И. С., Леоненко И. Н. Актуальные вопросы профессионально-психологической подготовки медицинских кадров // Врачебное дело. 1983. № 3. С. 122–123.

Голенкова З. Т., Игитханян Е. Д. Профессионалы – портрет на фоне реформ // Социологические исследования. 2005. № 2. С. 28–36.

Дмитриева Т. Б., Стародубов В. И. Социальная политика в сфере здравоохранения в Российской Федерации // Социальная политика государства (по материалам всероссийской конференции «Проблемы регулирования социальной политики государства: состояние и перспективы». Москва, 14 апреля 1997 г.). М.: Луч, 1997.

Ермолаев В. Н. Опыт исследования частного медицинского сектора // Социологические исследования. 2003. № 8. С. 130–136.

- Константинова Л. В.* Социальная политика: штрихи к социологической концепции // Социологические исследования. 2005. № 2. С. 36–44.
- Красовский Б. П.* Взаимоотношения врача и пациента на Западе // Социологические исследования. 2002. № 6. С. 122–127.
- Кучеренко В. З., Корюкин В. Г., Морозов В. П.* Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения. СПб.: СП «Дельфа», 1994.
- Мансуров В. А., Юрченко О. В.* Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. 2005. № 1. С. 66–77.
- Панова Л. В., Русинова Н. Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 127–136.
- Решетников А. В.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике // Социологические исследования. 2003. № 1. С. 92–101.
- Социальная политика* / Под общ. ред. Н. С. Волгина. М.: Экзамен, 2004.
- Ташлыков В. А.* Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984.
- Хабибуллин К. Н.* Динамика факторов риска и профилактика здоровья населения // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 140–144.
- Чеботарева О. А.* Патернализм в отечественной медицине: Автореф. дис. ... канд. социол. наук. Волгоград, 2006.

Татьяна Александровна Самарская
психолог, канд. социол. наук, директор ИЦ «Замир», г. Саратов
электронная почта: satallit2006@yandex.ru

Галина Анатольевна Тепер
педиатр, канд. филос. наук, доцент кафедры социальной антропологии
и социальной работы, Саратовский государственный технический университет
электронная почта: teperga@sstu.ru
