

Проблема с врачом

Для пациента существует фундаментальная проблема с врачом. Иногда он остается на заднем плане и поэтому незаметен. Что под этим подразумевается?

Речь идет о проблеме, которая возникает у врача в отношении пациента, в том смысле, что он должен как-то интерпретировать его. Кто или что у него перед глазами? Может ли он учесть все, что имеет решающее значение как для диагностики, так и для терапии? Способен ли он вписать полученную информацию о пациенте в значимый контекст? Может ли он вообще основывать свое вмешательство на точном образе человека, если он думает, что может действительно учесть все? Какой врач, будь он хоть сам Бог, может утверждать такое?

Предположим, что есть врач, который, консультируя пациента, имеет в своем распоряжении весь объем медицинских знаний. При современных возможностях информационных сетей ему не обязательно иметь это в своей голове. Но ему пришлось бы иметь дело с очень бессвязным сводом учений. Если предположить, что поисковые функции информационной системы были бы всеобъемлющими — врач, пользующийся ею, не нашел бы таким образом облегчения своей проблемы. Что применимо к его пациенту и какая терапия обещает быть лучшей в конкретном случае, должен выбирать сам врач — что возвращает его к исходной точке.

Прежде всего, он зависит от абстрактной информации со стороны пациента. Эта информация является неполной по нескольким причинам: Во-первых, пациент не в курсе всего, что связано с его жалобами. Это связано как со сложностью психики с ее бессознательными содержаниями, так и с избирательной памятью человека. Существует большая вероятность того, что врач не узнает даже самые важные соединения. Во-вторых, сомнительно, что то, что пациент рассказывает о своих жалобах, поступает в восприятие врача именно в том виде, в котором оно соответ-

ствуует названным жалобам. Понимает ли пациент, как правильно сформулировать все лингвистически? Понимает ли врач все именно так, как имел в виду пациент? В большинстве случаев это не совсем так. В-третьих, врач технически может опираться только на относительные знания. Об эффективности терапии можно судить только по статистическим диаграммам в соответствии с принципами вероятности. В какой частотный диапазон статистической кривой попадает отдельный пациент? Кроме того, личный риск — это не то же самое, что статистический риск. В деталях, риск не ощутим, потому что если неблагоприятное событие произойдет, то он составил сто процентов, а если не произойдет, то ноль процентов. Относительность знаний также обосновывается новыми результатами исследований. В противном случае исследования не нужно будет финансировать, и их можно будет вообще не проводить. В-четвертых, временные рамки медицинской консультации и лечения жестко ограничены количеством пациентов и экономическим аспектом медицинской профессии, что значительно сужает круг общения и основу для консультаций.

Это ситуация, вызванная практическими ограничениями. Вряд ли удастся изменить его системно. Однако осознать это возможно, и это было бы большим достижением. С таким осознанием пациент не будет переоценивать врача как своего рода целителя (что, несомненно, было бы слишком для него в любом случае), а поймет, что его главным медицинским авторитетом является он сам. Политика здравоохранения больше не будет навязывать всем людям одну и ту же программу обслуживания, как если бы они были просто машинами, а вернет заботу о здоровье в руки человека, где ей и место. Человек больше не будет перекладывать ответственность за свое здоровье на плечи других, а будет активно служить ему. Врач становится консультантом на уровне глаз, вместо того чтобы играть роль посредника догматических предрассудков о здоровье, основанных на фатально узком взгляде на человека. Пришло время для переосмысления.

[\(Вернуться в предметную область\)](#)