

Игра – один из способов структурирования времени, подтверждения ранее избранной жизненной позиции, стимуляции чувств и эмоций, репетиций будущих сцен, организации своей судьбы и оформления отношений с партнёрами. Игра - цикл взаимодействий, содержащих: а) слабость, ловушку, ответ, удар, расплату, вознаграждение – в играх I класса; б) крючок – клёв – реакцию – переключение (смена роли) – вознаграждение (расплату) – расплату (вознаграждение) – в играх II класса [3]. Если в игру вовлекается третье лицо, стремящееся играть роль «спасателя», то игра разыгрывается по драматическому треугольнику С. Карпмана, состоящему из «спасателя», «жертвы» и «преследователя», которые постоянно меняются ролями между собой. Выигравший всегда бывает вознаграждён достижением общих и частных целей игры, на проигравшего игра оказывает деструктивное влияние. Для каждой игры обязательно есть антитезис – отключение сценарной стратегии. Для большинства игр существует неигровой ситуационный аналог. Игры разыгрываются двумя и более участниками. В роли игроков могут выступать: сам человек (игры с самим собой), животные, другие люди (супруги, дети, сослуживцы и др.), учреждения, государство и Система.

Игры, разыгрывающиеся в медицинском мире, имеют особенности:

- большинство игр медицинского мира содержит много эзотерических нюансов, поэтому они понятны, в основном, профессионалам и требуют утомительной детализации;
- не могут обсуждаться всенародно – из соображений медицинской этики и деонтологии;
- участник игры, представленный пациентом, может неожиданно деактуализироваться, трансформироваться из игрока (того, кто «поступает») в референта (того, кто лишь поставляет аргументы). Это случается, если:
 - а) состояние больного резко ухудшается до «тяжёлого» или «крайне тяжёлого»;
 - б) присоединяется/обостряется хирургическая патология;
 - в) присоединяется/обостряется психическая патология. При этом больной бытийно переходит в маргинальное (краевое) состояние, а маргиналы отличаются как раз тем, что почти не играют в игры, или играют, но как-то без воодушевления;
- сегодня медицина переживает переходный период, одновременно являясь нозологической и синдромной. Медики вынуждены идентифицироваться в обеих её сущностях, вследствие чего многие игры медицинского мира чётко не структурируются на классы и являются многослойными (игра «Консилиум»).

Все игры медицинского мира условно можно разделить на группы:

I. Поликлинические игры (соответствуют «играм в приёмной врача»). Игры этой группы достаточно полно и детально представлены в книге «Игры, в которые играют в России».

II. Игры стационара:

1. Игры, которые разыгрываются врачами между собой.
2. Игры врачей с пациентами.
3. Игры врачей с родственниками пациентов.

Рассмотрим примеры игр II группы.

1. Игры врачей друг с другом

Игра «Возьмите, пожалуйста, тяжёлого больного в реанимацию» разыгрывается обычно врачом-реаниматологом и врачом, какого-либо из терапевтических профилей, во время дежурства. Эта игра обычно начинается как игра I класса. Дежурный терапевт сообщает реаниматологу, что в общем отделении есть очень тяжёлый больной, нуждающийся в интенсивной терапии и подобном же наблюдении. На самом деле больной вовсе не такой уж тяжёлый, состояние его вполне стабильное, но отдельные проблемы имеются, и решать их придётся дежурному терапевту. Но терапевту прекрасно известно, что: а) у реаниматолога всего 3 - 6 человек больных; б) у реаниматолога организационно гораздо больше возможностей для обследования и лечения тяжёлых больных; в) в реанимации на момент игры есть свободные койки. Такова исходная диспозиция.

Реаниматолог не слишком хорошо знает ситуацию в общем отделении, он занят, и именно сию минуту идти посмотреть больного не может или не хочет. Это, безусловно, СЛАБОСТЬ. Немедленно расставляется ЛОВУШКА: терапевт говорит таким противно-доверительным голосом: «Слушай, а давай я, так и быть, запишу наш с тобой совместный осмотр и переведу больного. Тебе не придется ради чисто символической записи тащиться на 3-й (к примеру) этаж». И реаниматолог, святая душа (они же, реаниматологи, словно дети, их каждый обмануть может), соглашается. Вот и ОТВЕТ¹.

УДАР следует с железной неотвратимостью: больного транспортируют в отделение реанимации со скоростью звука и с практически девственно пустой историей. В течение всего остального времени реаниматолог жестоко РАСПЛАЧИВАЕТСЯ за проявленную слабость: он обязан полностью обследовать больного (лабораторные анализы, ЭКГ, РЭГ и пр.), проконсультироваться со специалистами (связываться с которыми по дежурству - врагу не пожелаешь), компенсировать обнаруженные нарушения, затем проконтролировать эффективность лечения. В общем, в ближайшие сутки скучать реаниматологу не придётся. ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ терапевта кажется вполне заслуженным, хотя и каким-то нечестным: он спокойно дежурит. Если бы он не сыграл так здорово, ему пришлось бы самому делать всё то, что теперь за него очень даже неплохо сделает реаниматолог.

Неигровой аналог: состояние больного и, правда, значительно ухудшилось (например – внезапно развился отёк лёгких или тяжёлая аллергическая реакция, или ещё что-нибудь очень острое). В принципе терапевт может принять решение о необходимости интенсивного лечения, оперативно связаться с реаниматологом и транспортировать больного в реанимацию, где оказывать реанимационную помощь гораздо удобнее: есть обученный средний медперсонал, дыхательная и кое-какая диагностическая аппаратура, мониторы и т.д. При этом экономится масса времени (пожалуй, нигде время не стоит так дорого, как в реанимации, его цена - жизнь). В этой области переходного пространства (пространство реанимации и интенсивной терапии – безусловно, частный случай переходного пространства), которая непосредственно прилежит к границе бытия, игры разыгрываются нечасто. Здесь нет необходимости структурировать время, ценность старых решений относительна, чувства и эмоции и так максимально обострены, о будущем думать некогда, да и партнёры-врачи, когда дело доходит до реанимации, каким-то чудесным образом исчезают (аннигилируются, скорее всего). Если вовремя не исчезнут, то реаниматологи обычно сами указывают направление движения.

В большинстве случаев эта игра превращается в игру II класса.

Если реаниматолог не склонен проявлять слабость, то он добросовестно КЛЮНЕТ на КРЮЧОК терапевта (рассказы о якобы очень тяжёлом состоянии больного) и СРЕАГИРУЕТ так, как это и положено делать в приличных клубах: побыстрей освободится и отправится смотреть больного. Там он без труда обнаружит, что состояние больного не критическое, но он совершенно не обследован, и, соответственно, пока его даже никто и не пытался по-настоящему лечить. Дежурный терапевт ужасно СМУЩЁН открывшимися обстоятельствами.

Реаниматолог тоже смущен, но он ещё и очень недоволен и быстро ПЕРЕКЛЮЧАЕТСЯ: он не отказывается взять больного в реанимацию, но записывает свой осмотр с рекомендациями по обследованию больного на целую страницу и заверениями, что как только всё будет выполнено, он в тот же момент возьмет больного в реанимацию. Без всяких проблем. Только вот наступит этот радостный миг не раньше, чем завтра, по всей вероятности. Дежурство уже кончится. Терапевту же мало не покажется. Он будет РАСПЛАЧИВАТЬСЯ до утра.

Реаниматолог получает очень сомнительное ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ: а) больного, скорее всего, все-таки переведут завтра, так что проблема просто перекладывается на коллегу, который заступит на дежурство завтра; б) состояние больного может к

завтрашнему утру так серьёзно ухудшиться, что никакая интенсивная терапия уже не поможет; в) да и терапевта как-то жалко – это в реанимацию все несутся по первому звонку, терапевт же будет только лаборантку с рентгенологом ждать до зелёных венчиков – когда освободятся, тогда и придут. К тому же, терапевт может всё-таки все рекомендации выполнить и перевести больного аккурат в три часа ночи. И кому будет хуже?

Есть ещё и другие возможные варианты развития игры: дежурный терапевт может не согласиться с ролью жертвы и пожаловаться администратору больницы («спасатель») на произвол реаниматолога и игра закрутится по треугольнику С. Карпмана: больной переводится в отделение реанимации волевым решением администратора, при этом реаниматолог из «преследователя» автоматически превращается в «жертву», а дежурный терапевт – в «преследователя». Они долго и страстно препираются по мелочам – треугольник грозит превратиться в «порочный круг» пожизненного противостояния служб. Поэтому опытные администраторы вмешиваются в такие конфликты крайне редко.

Антитезис только один: профессионализм + ответственность. Нужно в обязательном порядке вместе с дежурным терапевтом осмотреть больного, оценить тяжесть состояния. Затем: а) если он нуждается в немедленной интенсивной терапии (ИТ) – санкционировать перевод в отделение реанимации без всяких проволочек; б) если больной не нуждается в ИТ, то реаниматолог должен вместе с дежурным терапевтом коллегиально расписать разумный план обследования и лечения. При необходимости - через несколько часов осмотреть больного повторно.

Игра □ «Консилиум». Это многослойная игра. Игра - пирог. Игра II класса внутри игры I класса.

Разыгрывается лечащим врачом, приглашёнными для участия в консилиуме специалистами (желательно – остепенёнными классными профессионалами), консультантом и администратором больницы, представляющим Систему нозологической (официальной академической) медицины.

Администратор больницы (чаще всего это заместитель главного врача по лечебной части, реже – главный врач) на утреннем отчете узнаёт, что в одном из отделений вверенного ему ЛПУ есть умирающий больной, который всеми уже осмотрен 20 раз, в

отношении которого уже, к сожалению, всё безрезультатно испробовано, и реальных надежд на его выздоровление нет. Эту ситуацию Система засчитывает себе как СЛАБОСТЬ, хотя люди не могут жить вечно и должны как-то покидать этот мир [2].

Заболевание этого больного отличается выраженным клиническим полиморфизмом, что обуславливает диагностические трудности. Консультант своё профильное заболевание не хочет обнаруживать, ни за какие коврижки, так как тогда ему придётся больного забирать к себе. Но больной умирающий, и, накапливаясь, такие случаи могут здорово испортить статистику как профильного лечебного учреждения в частности, так и в целом по региону и даже – по стране (это ЛОВУШКА). Система не очень в этом заинтересована. Но все, и специалисты больницы во главе с администратором, и консультант как огня боятся расхождения клинического и грядущего патолого-анатомического диагнозов. СЛАБОСТЬ их вполне оправдана: расхождение диагнозов - это ещё одна ЛОВУШКА, даже, можно сказать, самая настоящая западня! Ведь патолого-анатомическое исследование все равно установит истину. И эта истина может больно ударить по всем участникам лечебного процесса. Последуют неприятные санкции со стороны Системы. Родственники больного тоже будут недоумевать: «Как же так?! Столько обследовали и не выявили?!». Консилиум, по существу, собирается вовсе не для спасения больного, а для формулирования клинического диагноза, который бы не слишком противоречил в последующем патолого-анатомическому. В идеале: «От чего лечился, от того и умер» (шутка добрых патологоанатомов). В ходе консилиума все участники с энтузиазмом расставляют друг другу ЛОВУШКИ, закидывают КРЮЧКИ, поглаживают друг друга и пинаются (разумеется, вербально) – по очерёдно, попарно, группами и фронтами, постоянно ПЕРЕКЛЮЧАЯСЬ. Администратор не вмешивается. Фактически разыгрывается игра II класса внутри игры I класса, между ЛОВУШКОЙ и ОТВЕТОМ игры I класса. Всё происходящее очень интересно, эмоционально и познавательно. Наконец, все с грехом пополам мирятся и общими усилиями формулируют всеобъемлющий и совершенно убийственный диагноз, согласно которому выздоровление больного просто невысказано, и дают рекомендации по его – больного - дальнейшему обследованию и лечению. Это выглядит как УДАР, но на самом деле в большинстве случаев это, увы, только имитация, сворачивающая игру II класса – никто, будучи в здравом уме и твёрдой памяти, не хочет ссориться с Системой. То, что выдаётся за УДАР игры II класса, является, по сути, ОТВЕТОМ в изначальной игре I класса. Игра II класса аннулирует сама себя, возвращая участников снова в игру I класса. После этого все участники консилиума расслабленно пьют кофе, информируют друг друга о здоровье дражайших супругов и деток, планах на ближайший отпуск и т.д. Затем, хоть и изрядно потрёпанные, но довольные друг другом и собой, расходятся. РАСПЛАЧИВАЕТСЯ обычно лечащий врач, претворяя в жизнь самые невероятные рекомендации консилиума. ВОЗНАГРАЖДЕНА, как водится, Система (ну и в какой то мере – все участники лечебного процесса) – вероятность расхождения диагнозов (и, соответственно, разящая сила УДАРА изначальной игры I класса) сведена к минимуму. Можно также сказать, что культура, может, и распадается, но бинарности пока что держат оборону.

Неигровой аналог – рациональный, деловой, конструктивный консилиум. В большинстве своём консилиумы таковыми и являются.

Антитезис – и лечить и ставить диагнозы синдромно. Как показывает практика, ни одному больному ещё от этого хуже не стало. А нозологическая медицина уже давно исчерпала своё время [4].

Игра «Вскрытие покажет» - игра II класса со многими участниками отлично воплощена в фильме «Окончательный анализ».

2. Игры врачей с пациентами

Игра «Доктор, я больше так не буду». Эта игра I класса разыгрывается в соматическом отделении больным, который кроме серьёзной и зачастую сочетанной соматической патологии страдает ещё алкоголизмом и/или наркоманией, и его лечащим врачом.

Больной обеспокоен состоянием своего здоровья. Он хочет, если не вылечиться, то хотя бы немного поздороветь. Он очень добросовестно принимает таблетки, мужественно терпит капельницы и инъекции. И ещё он всё время очень хочет почеловечески нравиться своему лечащему врачу – это, к сожалению, ЛОВУШКА. На самом деле, он просто думает, что если он будет «нравиться», то доктор будет его лучше лечить. Доктор же честно стремится вылечить больного или хотя бы улучшить немного его здоровье, то есть, по сути желания их совпадают, но со стороны доктора, это, безусловно, СЛАБОСТЬ. Каждый день во время обхода больной спрашивает, жалобно заглядывая в глаза доктора: «Скажите, я ведь не умру?». Доктор каждый раз терпеливо объясняет, что наркотики и/или алкоголь губительно действуют на организм, и если больной не прекратит их принимать, то его организм не только не поправится, но даже может окончательно разрушиться. Доктор беседует с больным часто, подолгу, уделяя ему гораздо больше времени, чем другим больным. Эти беседы производят поразительный эффект. Очень скоро больной произносит сакраментальную фразу: «Доктор, я всё понял, и больше никогда не буду так делать (пить, принимать наркотики)!». И, удивительное дело, больной действительно не нарушает больничный режим (не пьёт, не колется, хотя возможности для этого имеются), здоровье его поправляется. Доктор счастлив: невероятно, но у него получилось! И пусть старшие коллеги посмеиваются, но он же так хорошо учился (!), он интересовался психологией и философией, и вот, пожалуйста, - результат (!).

Возможно, у него вообще имеется чудесный дар убеждения, который он отныне посвятит сирым и убогим (и т.д., и т.п.). Пока в одно прекрасное утро дежурные не доложат, что больной самовольно отсутствовал в отделении несколько часов и вернулся на четвереньках, в полном «ауте». У него начался очередной запой и/или он опять «сел на иглу».

Ужасный УДАР! Занавес.

В ходе лечения больной постоянно получал ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ в виде повышенного внимания доктора. Доктор же никогда эту историю не забудет, потому что разочарование в себе – один из самых запоминающихся видов РАСПЛАТЫ.

Антитезис – пироги должен печь пирожник, сапоги тачать – сапожник, а алкоголизм с наркоманией лечить, соответственно, - нарколог.

Игра «Соник»². Разыгрывается обычно в отделении инфекционной реанимации врачом-реаниматологом и ВИЧ-инфицированным больным с активной наркотической зависимостью и целой коллекцией диагнозов, несовместимых с долгой и счастливой жизнью.

Больной уже во время утреннего осмотра ноет: «Доктор, я не умру?».

Доктор, не отвлекаясь от объективного обследования больного: «Конечно, не умрёшь. Будешь жить вечно. Если не будешь колоться».

Больной (задумчиво, без о собого воодушевления): «Нет, доктор, колоться больше не буду. Хочу ещё пожить».

Игра вначале идет вяло, рутинно, без огонька. Это игра I класса.

Под вечер игра переходит в игру II класса. Участники и контекст те же. Больной несколько оживляется и начинает активно жаловаться на здоровье (жалобы его – настоящий!, и это – КРЮЧОК), бессонницу и просить «соник». По степенно просьбы переходят в довольно активные требования, а затем и вовсе в настоящий шантаж с угрозами (кстати, вполне реальными) разрушений и членовредительства. Доктор не имеет права не осмотреть тяжелого больного с жалобами на резкое ухудшение состояния (КЛЁВ). Но он категорически не хочет поддерживать наркоманию пациента. Поэтому, осмотрев больного, он ПЕРЕКЛЮЧАЕТСЯ (никакой другой возможности просто не остаётся) и сообщает больному, что состояние последнего действительно очень тяжелое, поэтому ему будут сделаны дополнительные назначения (если, конечно, в этом есть необходимость) и, если уж так «всё болит» - сильный анальгетик в удвоенной дозе. И все. Если же больного это не устраивает, то, что ж, очень жаль, но ему придется долечиваться в общем отделении. Остаётся всего лишь удалить катетер из центральной вены и написать переводной эпикриз – у нас свободная страна и каждый, если не хочет, может не лечиться в инфекционной реанимации. Но за свою жизнь в этом случае отвечать будет только сам больной. Больной, конечно, разочарован. Он явно ощущает себя РАСПЛАЧИВАЮЩИМСЯ. Но после интенсивного лечения и анальгезии чувствует себя лучше, и скоро успокаивается. Доктор считает ВОЗНАГРАЖДЕНИЕМ уже то, что ему удалось выполнить свой врачебный долг с наименьшим ущербом для чувства своего докторского достоинства.

Антитезис: хорошо бы привлечь к процессу дежурного нарколога.

3. Игры врачей с родственниками пациентов

Игра «Очень заботливые родственники больного». Эта игра I класса разыгрывается врачом и родственниками больного. Игра очень незатейливая, добрая и старая, как сама медицина (по крайней мере, как её гиппократовская модель). Здесь совершенно недопустимы пинки, а поглаживаний не бывает слишком много.

Родственники больного (чаще всего родственники наших больных – мамы) очень хотят поучаствовать в лечении. И в этом их извечная благословенная материнская СЛАБОСТЬ. У врача не поворачивается язык заказывать что-то очень дорогостоящее, потому что пациент – ВИЧ - инфицированный наркоман, и он тяжело, безнадежно болен. Нет никаких сил, сказать это несчастной матери. Но и её бесконечное сидение под дверью ординаторской тоже не способствует хорошей рабочей обстановке. И доктор устраивает совершенно невинную ЛОВУШЕЧКУ: он говорит матери больного, что

для лечения её ребенка всё есть (это правда – больные этой категории более чем хорошо обеспечиваются бесплатными лекарствами), перебои только с... (называет что-нибудь очень недорогое, но теперь редкое), которого в настоящий момент в больнице нет и которое может и не спасёт больного (это тоже правда), но улучшит его самочувствие (это полуправда), или - что ему очень показан клюквенный (клюкву в это время года с огнём не сыскать) морс (это и вовсе неправда). Ну конечно, родственники больного обо всём догадываются, но они хотят быть обманутыми и охотно попадают в эту ловушку. Пространства для УДАРА почти не остаётся – со стороны доктора следует очень осторожное предложение всё-таки поискать лекарство и ягоды. Родственники РАСПЛАТЯТСЯ тем, что будут целый день заняты поисками. Доктор будет спокойно работать. Ну что ж, какая игра, такое и ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ.

Антитезис: жёстко регламентировать посещения родственников и их контакты с врачами.

Анализ игр медицинского мира позволяет сделать следующие выводы:

- игры медицинского мира имеют те же структуру, участников, цели и задачи, что и игры других пространств;
- игры медицинского мира имеют особенности (изложены в начале статьи);
- игры I класса всегда играют внутри системы (семья, лечебное учреждение, образовательное формирование и т.п.), они поддерживают и укрепляют её. Игры II класса выходят за пределы парадигмы, свидетельствуют об истощении онтологических оснований системы и очень скором её окончательном распаде.

Литература:

1. Берн Э. *Игры, в которые играют люди.*
2. Бодрийяр Ж. *Символический обмен и смерть.* — М.: Добросвет, 2000. — 387 с.
3. Макаров В. В., Макарова Г. А. *Игры, в которые играют... в России.* – М.: Академический Проект, 2004. – 112 с.
4. Фуко М. *Рождение клиники.* – М.: Смысл, 1998. - 323 с.

¹ В. Шекспир (в переводе Б. Пастернака): вот и ответ, «... вот и разгадка, вот что продлевают несчастьям нашим жизнь на столько лет» - наши слабости.

² Сибазон внутривенно (сленг наркоманов).

Источник:

Научно-практический журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии", т. XIV, № 4, 2008