



## Старость, болезнь и смерть

### Восприятие пределов повседневной жизни

Человеческий опыт можно постигать как разделенный на дневную сторону и ночную стороны. Дневная сторона опыта — это мир повседневной жизни, который, даже если он включает в себя несчастья, ясен и надежен по своей структуре. Ночная сторона содержит переживания сверхъестественные, иногда жуткие и ставящие под вопрос твердую реальность повседневной жизни. Это мир снов, видний и тех сумеречных переживаний других возможностей бытия, на которые древний человек привык смотреть как на встречи с божественным и которые обычно относят к юрисдикции психиатрии. Человеческий опыт, с наибольшей очевидностью принадлежащий к этой ночной стороне, — это переживание смерти, которое не только обрывает мир повседневной жизни для всякого, кто проходит через него, но и для тех, кому приходится быть свидетелями смерти другого, он является крайней угрозой чему бы то ни было твердому и светлому в повседневной жизни. Старость и болезнь менее драматичны в своей угрозе структуре обычного бытия. И все же даже в лучшем случае старость и болезнь являют собою сигналы смерти. По этой причине они вызывают очень специфические реакции и у индивида, и у общества.

Старость, болезнь и смерть — это опыты *внутри* повседневной жизни. Но по самой своей природе, они явля-



ются также опытами, которые указывают на пределы повседневной жизни; используя понятия, введенные философом Карлом Ясперсом, они являются *пограничными опытами*. По этой причине для человеческих обществ всегда было важно обеспечить деятельность специальных институциональных организаций, которые каким-то образом содержат в себе эти опыты и препятствуют разрушению базовых структур социальной жизни. Так было всегда. Однако проблема институционального содержания в современном обществе особенно трудна, и вдвойне трудна она в американском обществе. Здесь утвердился культ юности, здоровья и жизни. Быть молодым, быть здоровым и быть преисполненным жизненной энергии — на это смотрят не просто как на везение или на подарок природы, а некоторым образом — как на моральную обязанность *каждого*. Следовательно, быть старым, быть больным и оказаться перед лицом смерти — это является не только несчастьем, но и в определенной степени моральным проступком.

Одним из явных результатов такого аттитюда стало то, что старость, болезнь и смерть (в нарастающем порядке), насколько это возможно, скрываются. В современной семье остается меньше места для старых, нежели в прежних формах родственной организации. Те, кто серьезно болен, приобретают этот опыт в больницах, которые совершенно жестко отделены от других секторов социальной жизни. Больница является также местом, социально предназначенным для умирания.

### Сегодняшние

#### буддо-подобные опыты молодежи

Согласно легенде, отец Будды, индийский принц, хотел оградить юного Будду от всех переживаний, которые могли бы причинить ему глубокие страдания, и в особенности от того, чтобы он был свидетелем старости, болезни или смерти. Поэтому принц организовал жизнь мальчика столь тщательным образом, чтобы эти человеческие переживания никогда не попадали в поле его зрения. Легенда рассказывает, что в один из дней защитная организация случайно сломалась, и Будда увидел старого нищего, прокаженного, а так-



же тело, отправляемое на кремацию. Эта массивная конфронтация с тем, что мы назвали ночной стороной человеческой жизни, оказалась настолько шокирующей для Будды, что побудила его покинуть отцовский дворец, уйти в пустыню и искать ответа на мучительные вопросы о человеческом страдании. Можно предполагать, что в древней Индии даже принцу было, должно быть, трудно организовать такую защищенную жизнь для своего сына. В таком случае есть что-то поразительное, когда думаешь о том, что в современном обществе для большинства детей из среднего класса совершенно нормальным условием является редко встречаться со старостью, едва ли с чем-то из серьезных болезней и, вероятно, практически не видеть смерти.

Первые два из трех этих переживаний — старость и болезнь — широко изучались социологами. Действительно, они стали предметом двух субдисциплин — социальной геронтологии и медицинской социологии<sup>1</sup>. Большинство из этих работ были весьма практичными по своей ориентации. Это было, очевидно, релевантно для публичной политики благосостояния и здравоохранения, и действительно очень часто спонсировалось и субсидировалось агентствами, имеющими к этому отношение. В этой главе мы не будем пытаться дать обзор этих выводов, хотя они могут показаться интересными для специалистов. Но эти темы подразумевают значительно более широкий смысл, и именно это мы и предлагаем рассмотреть.

### Становиться «старым»:

Большинство из нас проделывают это

Процесс старения — это универсальный биологический факт. Но кого именно рассматривать в качестве

<sup>1</sup> Для обзора работ по геронтологии см. Clark Tibbits (ed.), *Handbook of Social Gerontology*, Chicago: University of Chicago Press, 1960; Ernest Burgess (ed.), *Aging in Western Societies*, Chicago: University of Chicago Press, 1960; Richard William et al. (eds.), *Processes of Aging*, New York: Atherton, 1963. Отличное введение в эту тему см. в Yonina Talmon, 'Aging: Social Aspects' in *International Encyclopedia of Social Sciences*, vol.1, New York: Macmillan, 1968, pp.186ff. Широкий кросс-культурный подход см. S.N. Eisenstadt, *From Generation to Generation*, New York: Free Press, 1956.



старого или подверженного старению — это дело социального определения. Результатом современной медицины и системы питания, базовым фактом нашего общества (как мы уже видели это в более раннем контексте) является возрастание продолжительности жизни людей. Сегодня люди живут дольше, чем когда бы то ни было в человеческой истории. Последствием этого стало увеличение возраста, в котором люди рассматриваются или сами себя рассматривают как стариков. Скажем, в средние века, когда ожидаемая продолжительность жизни была где-то в пределах тридцати лет, человек достигший возраста пятидесяти, мог совершенно логично рассматриваться как глубокий старик. Сегодня, когда ожидаемая продолжительность жизни устойчиво продвинулась к семидесяти, никто не рассмеется, когда, например, мужчину сорока лет описывают как «молодого политика» или «молодого администратора». Важно осознать эту историческую относительность в социальном определении старости.

Дальнейшее последствие этой ситуации состоит в том, что вокруг становится все больше пожилых (как бы их ни определять). На пороге нынешнего столетия за шестьдесят пять лет перевалили 4 процента населения. В 1965 году эта цифра возросла до 9 процентов. Весьма вероятно, что этот рост удержится, потому что показатели рождаемости имеют тенденцию к снижению, а ожидаемая продолжительность жизни — к росту. По всему миру эти демографические тенденции прямо соотносятся со степенью индустриального развития, равно как и с политикой в сфере общественного здравоохранения. Там, где имеет место высокий уровень индустриального развития и энергичная политика здравоохранения со стороны правительства, доля пожилых в общей популяции возрастает. Это находит свое выражение в так называемом «индексе старения», который рассчитывается как отношение числа людей старше шестидесяти лет к числу детей до пятнадцати лет. В 1950 году, например, этот индекс составлял 10,2 для Бразилии, 21,8 для Японии, 45,40 для Соединенных Штатов и 64,0 для Швеции. Этим расхождениям релевантны факторы политики и в области индуст-



стриального развития, и в сфере общественного здравоохранения<sup>2</sup>.

**Становиться изношенным;  
потеря статуса; аномия**

Экономический эффект этих изменений амбивалентен. С одной стороны, в индустриальной экономике для пожилых складывается тенденция к выходу из употребления в качестве рабочей силы. Имеет место тенденция к переизбытку рабочей силы и вытеснению пожилых из активной рабочей силы, что весьма удобно в экономическом отношении. С другой стороны, изобилие позволяет обеспечить пожилых щедрым экономическим обеспечением — и с точки зрения общественных программ, и как результат частной инициативы. В такой ситуации для индивида становится возможным обеспечить свой старый возраст таким способом, который совершенно невозможен для общества, которое не имеет экономической прибыли или она мала.

Является совершенно спорным, хуже или нет обращаются с пожилыми в современном американском обществе. Вряд ли будет много сомнений по поводу того, что их экономическая судьба сегодня гораздо более светлая. Хотя экономическое выживание — это еще не все. Существует изрядная доля романтизма, касающаяся этого более хорошего положения пожилых в более ранние периоды западной истории. Романтизм вызывает в представлении идиллическую картину дедушки и бабушки, сидящих у камина и рассказывающих детям чудесные истории. Эта картинка упускает из виду жестокость, с которой очень часто обращались со стариками в прошлом. Но совершенно ясно одно: в очень широком смысле старость в современном обществе означает потерю статуса. Среди домохозяек эта потеря статуса происходит вследствие утраты функций, после того как дети вырастают и покидают дом. Вследствие ранних браков, деторождения

<sup>2</sup> Henry Sheldon, *The Changing Demographic Profile*, in Tibbits, op. cit., p.28.



и возрастания продолжительности жизни, так называемый «пост-родительский период» (то есть период, в котором дети оставляют дом своих родителей) имеет тенденцию становиться все длиннее. Эта потеря статуса становится особенно болезненной вследствие того, что она обычно совпадает со снижением доходов и уровня здоровья. Таким образом, старость сегодня рассматривают как «социальную проблему» — и для общества, и для индивида. Различные направления политики в отношении пожилых вновь возникают как политическая проблема. Для индивида старость, это, помимо всего прочего, еще и проблема значения жизни. Исследования пожилых сообщают вновь и вновь о широко распространенных чувствах одиночества и лишения смысла. В таком случае в дюркгеймовском смысле старость преисполнена угрозы аномии.

### Заполучить болезнь:

#### опять попасть в зависимость

Болезнь, как и старость, — тоже дело относительное; она является предметом социального определения. Это вполне отчетливо проявляется в случае душевного заболевания. То, что рассматривается как сумасшествие в одном обществе, считается вполне нормальным в другом. Но социальное определение распространяется также и на физические болезни. Хроническое ожирение и несварение желудка, например, сегодня обычно расцениваются как требующие медицинского лечения, тогда как еще совсем недавно они могли бы восприниматься как просто физические атрибуты конкретного индивида. Вообще говоря, успехи современной медицины имели своим результатом распространение определений болезни и серьезной болезни. То есть не только расширилось общее понятие болезни, но и те болезни, которые прежде не считались заслуживающими внимания, теперь воспринимаются с гораздо большей серьезностью.

В нашем обществе существует обширный институциональный комплекс отношения к болезни. Большая часть со-



циологии и медицины проявляет интерес к тому способу, каким работает этот институциональный комплекс<sup>3</sup>. Но феномен болезни подразумевает социологический смысл, выходящий за пределы этих конкретных институциональных установлений.

«Быть больным» — означает оказаться в весьма специфической социальной ситуации. Толкотт Парсонс ввел связанный с этим суггестивный термин «роль больного»<sup>4</sup>. Это понятие предполагает, что общество сконструировало особые роли больных людей, то есть людей, которых социально определяют как больных. Конечно, взаимодополнительно с ними имеются и роли, исполняемые людьми, которые имеют дело с больными. Одной из базовых характеристик роли больного в современном обществе является изменение от независимости к зависимости. Варьируя со степенью болезни, больной человек больше не рассматривается как независимый член в обществе, а как некто, зависимый от других. Эта зависимость больного человека возвращает его, причем часто беспокоящим образом, в условия раннего детства. Поэтому роль больного влечет за собой то, что психиатры назвали «инфантилизацией». Действительно, иногда это может быть приятно и даже, возможно, желательно для индивида. Хотя в общем случае это заставляет его испытывать шок и уныние. Последнее, конечно, в особенности вероятно в случаях серьезных или хронических заболеваний и в тех случаях, когда болезнь требует госпитализации.

Социологи, работающие в традициях символического интеракционизма, для описания процесса, в ходе которого разучивается роль больного, использовали термин «карьера». Имеет место процесс специфической социализации или ресоциализации со своими особыми стадиями, в ходе которых индивид «вступает» в новый статус как больной человек. Часто это включает в себя «сделку» и с другими, таки-

<sup>3</sup> Обзор работ по социологии медицины см. в Dorrian Apple (ed.), *Sociological Studies of Health and Sickness*, New York: McGraw-Hill, 1960; Howard Freeman et al., *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1963.

<sup>4</sup> Talcott Parsons, *The Social System*, New York: Free Press, 1951, pp.285ff.



ми, например, как члены семьи, для выявления точного значения нового статуса<sup>5</sup>.

## Получить ярлык и подвергнуться стигматизации

Все это опять же весьма правдоподобно может быть отнесено под рубрику аномии. Недавно некоторые социологи даже относили болезнь к форме девиации, которая может быть понята с точки зрения теории навешивания ярлыков, которую мы обсуждали выше. Наиболее легко это можно проделать в случае душевной болезни, поскольку ее социальная относительность наиболее очевидна<sup>6</sup>. Томас Шефф, например, в манере, испытавшей сильное влияние Эрвина Гоффмана, имел дело с душевной болезнью всецело с точки зрения ее социального определения как условия девиации. Другими словами, душевнобольные — это те, на кого навешен такой ярлык обществом (по крайней мере, с социологической точки зрения). Но имела место также серьезная попытка проанализировать с такой точки зрения физическую болезнь. Один из социологов, который продвинул этот подход довольно далеко, это Элиот Фрейдсон<sup>7</sup>. Фрейдсон проводит различие между болезнями, которые обладают приписываемой им стигмой и теми, которые не имеют ее, — к примеру, сифилис и пневмония соответственно. В первом случае заболевание явно включает в себя определенное пятно моральной безответственности. Но общество не всегда бывает столь логичным. Так, слепота, или хромота, или даже заболевание раком также влекут за собой различные формы стигматизации, хотя ясно, что страдающих от этих условий индивидов, возможно, нельзя считать ответственными за свое со-

<sup>5</sup> См. напр. Julius Roth, *Timetables*, Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1963, где описана «карьер» туберкулезного больного.

<sup>6</sup> См. Thomas Scheff, *Being Mentally Ill*, Chicago: Aldine, 1966. Определенная поддержка такого взгляда исходит даже от некоторых психиатров. См. Thomas Szasz, *The Myth of Mental Illness*, London: Paladin, 1972.

<sup>7</sup> Eliot Freidson, *The Sociology of Medicine*, New York, Dodd: Mead, 1967.



стояние. Стигматизация по меньшей мере включает в себя помещение жертвы в отдельную социальную категорию для того, чтобы облегчить психологические трудности тем, кто имеет с ними дело. В этом смысле более острые моральные различия могут стать довольно irrelevantными для личности, находящейся в такой ситуации.

В самом широком смысле в обществе, где доминирует культ молодости и здоровья, и старость, и болезнь с необходимостью подвергаются стигматизации, во всяком случае, в какой-то степени. Поэтому они выступают теми условиями, которых жертва, вероятно, будет стыдиться, если не прямо испытывать чувство вины. Процесс стигматизации становится кристально ясным в attitudes современного общества к умиранию и к смерти.

При приближении смерти все социальные роли подвергаются жестокому напряжению. В результате возникают новые паттерны поведения, которые в целом отличаются от тех, что характеризуют солдат на войне<sup>8</sup>. По этой причине возникает то, что Дэвид Суднов назвал «социальной организацией умирания»<sup>9</sup>. Важной частью этого являются социально преобладающие представления о том, как полагается умирать «пристойно». Эти представления удерживаются и пациентами, и медицинским персоналом, ухаживающим за ними. Конфликты по этому поводу между ними возникают не так уж часто.

### Осведомленность о смерти

Решающий вопрос состоит в том, как определяют ситуацию индивида находящегося при смерти, те, кто окружают его, и он сам. Это было в больших подробностях изучено двумя социологами Барни Глазером и Ансельмом Строссом<sup>10</sup>. Два этих автора проводили различие

<sup>8</sup> См. напр. Rene Fox, *Experiment Perilous*, New York: Free Press, 1959 (социологическое исследование поведения пациентов и медицинского персонала в больничной палате для критических больных).

<sup>9</sup> David Sudnow, *Passing On*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1967.

<sup>10</sup> Barney Glaser and Anselm Strauss, *Awareness of Dying*, Chicago: Aldine, 1967.



между тремя типами ситуаций, которые они назвали «закрытой осведомленностью», «подозревающей осведомленностью» и «открытой осведомленностью». Первое понятие относится к ситуации, в которой пациент не знает, что он близок к смерти, а окружающие стараются скрыть это от него. Второе понятие относится к ситуации, в которой пациент начинает подозревать, какова его реальная ситуация. Наконец, третье понятие относится к тем случаям, когда все, кого это касается, вполне осведомлены о том, что происходит, и в которой поэтому не предпринимается попыток скрыть правду от пациента. В каждой из этих трех ситуаций есть особые ритуалы, управляющие поведением участников. Именно третья ситуация налагает на всех сильнейший стресс, поскольку пациент теперь открыто идентифицируется со статусом умирающей личности. Отсюда следует, что нормальные ожидания социальной жизни больше не преобладают. Сам пациент должен «жить» согласно ожиданиям этого статуса, и, взаимодополняющим образом, так же должны поступать другие вокруг него. Напротив, с точки зрения тех, кто имеет дело с пациентом, именно первая ситуация наиболее комфортабельна, потому что она позволяет каждому действовать так, как если бы не происходило ничего экстраординарного. Неудивительно, что по этой причине в американских больницах очень часто пациентов, которые близки к смерти, ухаживающий за ними медицинский персонал не информирует об их истинном положении.

### Иметь дело с мертвецом

Как бы ни определять ситуацию умирания и как бы ни обращаться с ней, смерть, когда она произошла, это неизбежный факт. Более того, это факт, который наиболее властно ставит под сомнение повседневную ткань социальной жизни. Это опять же не является специфической чертой лишь современного общества. Церемониал, окружающий похороны, всегда был ответом на эту могущественную угрозу само собой разумеющимся паттернам социальной жизни. Во всех обществах это было поводом еще раз подтвердить фундаментальные значения обще-



ства и его солидарность перед лицом этой крайней угрозы. Культурные антропологи всегда подчеркивали эту функцию похоронного церемониала<sup>11</sup>. Почти во всех человеческих обществах эти фундаментальные значения были религиозными. В современном обществе, по крайней мере, отчасти, вследствие снижения религиозных верований, возникла значительная трудность в отправлении таких подтверждений. Поэтому появилась тенденция организовывать похороны таким образом, чтобы, насколько это возможно, закамуфлировать непреклонный факт смерти<sup>12</sup>. Эта тенденция камуфлирования смерти дальше всех зашла в Америке. Это очень отчетливо выражено в используемой терминологии. К телу относятся как к «возлюбленному»; к смерти — как к «уходу»; гроб именуется «шкатулка»; содержатель похоронного бюро — «похоронный директор». Практика похорон, от декора «похоронной часовни» (или даже более сильно — «дома похорон») до косметических процедур с трупом, все служит тому, чтобы смягчить грубые факты смерти. В определенной степени это является результатом большей обостренности чувств присутствующих на похоронах, которую можно отнести (как это всегда делают владельцы похоронных бюро) на счет идей гуманности, преобладающих в нашем обществе. Однако весьма вероятно, что эти попытки камуфлирования смерти выражают также глубоко сидящую неспособность справиться с этим фактом. В обществе, которое прославляет жизнеспособность во всех ее аспектах, смерть с необходимостью является событием, лишенным значения.

Как мы уже видели, общество обеспечивает индивида определениями реальности от колыбели до могилы. Существует также потребность общества в обеспечении исчерпывающих определений общего значения биографии индивида и в особенности тех ситуаций в его биографии, в которых он сталкивается с острой болью и ужасом. До некоторой

<sup>11</sup> См. Bronislaw Malinowski, *Magic, Science and Religion*, London: Allen & Unwin, 1949.

<sup>12</sup> См. Geoffrey Rorer, *Death, Grief and Mourning*, London: Cresset Press, 1965. Для более популярного чтения см. Jessica Mitford, *The American Way of Death*, Penguin Books, 1965 and Evelyn Vaugh, *The Loved One*, Penguin Books, 1970.



степени можно сказать, что социальная жизнь всегда имеет место в контексте «закрытой осведомленности», то есть в контексте, в котором люди претендуют на то, что факт смерти не вполне реален, по крайней мере, очень далек от них. Если бы это было не так, обычные паттерны жизни были бы переполнены тревогой. Поскольку пограничные ситуации неизбежны, должны существовать способы быть к ним готовыми. Другими словами, тем или иным образом каждое общество должно обладать какими-то способами ответа на фундаментальный вопрос «Что это все означает?» На протяжении наибольшей части человеческой истории ответ на этот вопрос был именно социальной функцией религии.

