

ЭТНОГРАФИЯ СТАРОСТИ: ИССЛЕДОВАНИЕ И ЧТО ИЗ НЕГО СЛЕДУЕТ

Эрик Миннаэр

Каждое общество по-своему, согласно своим представлениям о старости и своему отношению к старшему поколению, создает условия для ухода за престарелыми людьми. В Средние века во Франции и во многих других странах Европы возраст не считался важной социальной переменной, так как человек не имел о нем понятия до того момента, пока утрата дееспособности не начинала разрушать его связь с обществом. В те времена старость еще не осмысливалась как отдельное понятие. Стариков не выделяли в специальную категорию, а рассматривали (а иногда и содержали) вместе с душевнобольными, калеками, всеми теми, кого определяли как "убогих". Социальное представление о старости начало формироваться в эпоху Возрождения и в век Просвещения, и к концу XIX века эта социальная категория была уже четко выделена. Однако только начиная с пятидесятих годов XX века, благодаря увеличившейся продолжительности жизни, но прежде всего из-за снижения уровня рождаемости, престарелые люди становятся все более и более существенной и многочисленной частью общества.¹ Богадельни – заведения, в которых содержались раньше "убогие", – стали ассоциироваться с массовыми смертями, и потому были признаны непригодными для содержания престарелых. 30 июня 1975 года этот социальный институт

¹ В 2005 году во Франции люди в возрасте старше 65 лет составляли 16% населения. Доля очень пожилых людей внутри этой категории быстро возрастает; если в 1950 году люди старше 80 лет составляли 13% среди пенсионеров, то в 2005 году – уже 27%. (Данные Национального Института Статистики и Экономических Наук. ("Insee référence". Les personnes âgées, Insee, Paris, 2005).

во Франции прекратил свое существование, а вместо таких приютов были созданы учреждения для содержания людей разного социального уровня. С этого момента старики содержатся в домах престарелых с более или менее выраженным медицинским уклоном, в зависимости от того, насколько они нуждаются в повседневном уходе.² Как и в прошлые времена, наступление старости определяется не возрастом, а потерей возможности жить без посторонней помощи. Установление общественной опеки над престарелыми дорого обходится современному обществу как в экономическом, так и в культурном и этическом планах.

Итак, цели и задачи изучения этой возрастной группы выходят далеко за рамки комплекса вопросов, связанных со старением. Сопоставляя существующие представления с реальной картиной старения и связанной с ним утраты самостоятельности, антрополог способствует улучшению качества системы общественной опеки над престарелыми. В связи с этим упомянем, что в последние годы государственные структуры (Центр стратегического анализа, Министерство здравоохранения и др.) используют антропологию (и ее способность действовать в условиях реальной жизни) в работе над сложной проблемой улучшения медицинского обслуживания в связи с возрастающей потребностью все более и более многочисленной возрастной группы в санитарных учреждениях.

Данный текст основан на результатах включенного этнографического наблюдения в одном из французских стационаров, специализирующихся на содержании престарелых людей, не способных к самостоятельной жизни. Это исследование имело своей целью дополнить работу государственных структур, использующих количественные, в основном статистические показатели, и впервые включить в стратегический анализ качественные данные. Работа выполнена по заказу Центра стратегического анализа и Министра, ответственного за вопросы социального обеспечения, проблем престарелых, инвалидов и семьи, в рамках проекта: "Перспективное прогнозирование в области оборудования и услуг, предоставляемых престарелым инвалидам."³

² Работа, посвященная истории гериатрических учреждений во Франции: "Voyage au pays de g  rosie, Le grand âge en institution", novembre 2007, Musée de l'assistance publique – Hôpitaux de Paris.

³ Доклады опубликованы на сайте Центра стратегического анализа: www.strategie.gouv.fr.

Метод

Чтобы реализовать эту задачу, нам было необходимо по возможности погрузиться в соответствующую среду. Участвуя в повседневной жизни той или иной социальной группы, в ее разнообразной деятельности, этнолог получает информацию "изнутри". Данные, собранные в реальных ситуациях, чрезвычайно важны, так как они выявляют расхождения между дискурсом и практиками. Они представляют собой информацию, которую сами действующие лица, возможно, не всегда способны объективировать. В таком случае необходимо объяснение. Этнолог становится одним из редких лиц, знакомых с общей картиной изучаемой среды.

Выбор места исследования определялся заинтересованностью и доверительным к нам отношением со стороны директора стационара, понимавшего необходимость осуществления этнологического исследования. Директор позволил нам в течение шести месяцев (как днем, так и ночью) занимать типовую комнату в этом государственном заведении.

Перейдем теперь к содержательной части нашего текста, в которой речь пойдет о стариках, об их месте в специфическом социальном пространстве, об их взаимоотношениях с семьей и медицинским персоналом, об остающихся у них возможностях выбора.

Когда наступает зависимость от посторонней помощи

В стационаре, где проводилось исследование, размещают престарелых тяжелобольных людей, находящихся на самом последнем этапе жизни, людей, чье состояние требует постоянного лечения и полного ухода. На момент исследования средний возраст пациентов составлял 80 лет. Однако не столько возраст, сколько степень зависимости от чужой помощи является основным критерием, в соответствии с которым человека принимают на содержание в подобном заведении и в соответствии с которым рассчитывается соотношение "пациент/персонал". Речь идет о людях, чрезвычайно зависящих от посторонней помощи и страдающих от многих патологий. "Потерянные и дезориентированные" – этими двумя "мягкими" терминами характеризуют людей, находящихся в состоянии частичного или полного отрыва от реальности. Потеря независимости часто усугубляется потерей памяти.

Не вдаваясь в подробности функционирования человеческого мозга, вспомним, однако, о "законе Рибо", описывающем последовательность разрушения памяти при амнезии.

1. Недавние воспоминания стираются быстрее давнишних;
2. Эмоционально окрашенные воспоминания сохраняются дольше приобретенных знаний;
3. Моторные автоматизмы сохраняются дольше всего.

Различные патологии могут привести к подобному разрушению памяти, поэтому в медицине употребляется выражение "болезнь Альцгеймера и сходные с ней". Подобные патологии приводят не только к нарушению памяти, но и к серьезным изменениям в поведении. Больной постепенно теряет самостоятельность и становится зависимым от помощи других при выполнении каждодневных действий. Диагноз, который ставят врачи и неврологи, обязанные дать предписания, направленные на улучшение состояния пациентов, часто основывается на наблюдениях за их поведением. Назначенное лечение способствует сохранению сознания человека, уменьшает количество ненужных жестов и сдерживает асоциальное поведение, что облегчает повседневный уход за больными и работу медперсонала в целом.

Поле как оно есть

В подобных местах лечения патологии накладываются друг на друга, и медперсоналу, ответственному за каждодневный уход за больными, сложно различить ту или иную болезнь. Разносчица питания, помощница медсестры или работники, осуществляющие био-уборку, то есть наименее квалифицированный персонал, чаще других сталкиваются с поведением, вызванным подобного рода патологическими заболеваниями. Не имея понятия о том, что представляют собой различные патологии, которыми страдают больные, работники вынуждены адаптироваться к ситуации, не понимая ее сути.

Каждая палата – это отдельный, постоянно меняющийся мир. Формы общения трансформируются порой очень быстро по мере ухудшения физических и когнитивных способностей больных. Персоналу приходится подстраиваться, менять свое поведение с тем, чтобы наладить минимальные отношения с больным в сложной для понимания реальности, чтобы пациент чувствовал себя самостоятельным участником ситуации. Зачастую со временем осмысленное общение становится невозможным, и в конечном итоге имеет значение лишь поддержание нормальных отношений при выполнении самых простых задач: гигиенических процедур, кормления, сеансов лечения или приема лекарств. В то же время, в представлении персонала столь сложные и тяжелые патологии пациентов не являются пре-

пятствием для осуществления различных процедур или гигиенического ухода.

Дневной ритм в доме престарелых подчинен оптимизации работы медперсонала, и пациенты, даже находящиеся в здравом уме и сознании, никоим образом не могут на него повлиять. В 7:30 утра пациентов начинают будить, им разносят завтрак. Это деликатный момент, ибо обитатели дома еще спят. После резкого пробуждения многие чувствуют себя совершенно потерянными. Медработникам всегда неловко появляться таким образом и нарушать столь желанный покой.

Затем, между 8:30 и 13:00, наступает время умывания и смены белья. Так заведено, что после умывания и смены памперса пациента сразу препровождают в столовую. Самые первые обитатели заведения появляются в этом общем зале очень рано и покидают его порой очень поздно, что совершенно не соответствует их биологическому ритму. Некоторые засыпают в своих инвалидных креслах, некоторые – прямо за столом. Медперсонал осознает проблему, но, к сожалению, не может изменить временные рамки. По-другому процесс организовать невозможно.

Последняя в течение дня "смена белья" осуществляется начиная с 21:00 вплоть до полуночи или часа ночи, в зависимости от сложностей, с которыми сталкиваются двое ночных дежурных, такими, например, как гигиеническое состояние пациентов. Многие из них уже давно спят.

Пациенты, способные осознавать происходящее, возлагают на медперсонал (вынужденный работать в предписанном организацией ритме) вину за все эти принудительные правила. Возникает правомерный вопрос: где кончается оптимальная организация труда и начинается плохое обращение?

Несмотря ни на что, жизнь организуется, и медперсонал выступает в этом гарантом. В гериатрических структурах существует строгая иерархия, и можно сказать, что уровень полномочий обратно пропорционален степени близости к пациентам и пониманию их эмоционального состояния. Если на врача лежит ответственность за медицинские предписания, то медперсонал отвечает за ежедневный комфорт пациентов. Именно от непрерывности его каждодневной, рутинной и столь недооцениваемой работы зависят "жизненные перспективы" обитателей заведения.

Зал ожидания

В обычных больницах выписка пациента становится благополучным завершением отношений между больным и медицинским персоналом. Из специализированных стационаров, о которых идет речь, больных не выписывают: все они приходят сюда, чтобы умереть. Специфика отношений между медперсоналом и пациентами заключается в том, что они устанавливаются в замкнутом пространстве. Наблюдение и уход за пациентами, ежедневные и повторяющиеся контакты с ними не прекращаются до самой их смерти. В течение всего этого времени можно лишь констатировать ухудшение состояния человека; слишком короткие фазы ремиссии предвещают смерть как единственный вариант прекращения отношений. В подобной ситуации вопрос о качестве жизни должен занимать центральное место в осуществлении каждодневного ухода. Гериатрия – это специфический подход к жизни.

Даже если такая больница является последним пристанищем для престарелых, тем не менее, она не становится для них местом жительства в общепринятом смысле, т. е. домом, квартирой. В подобных заведениях смена обитателей больничных палат подчиняется ритму смерти. Палата – это не спальня, как в прошлой жизни, не укрытое от посторонних глаз место. Это не личное пространство. Здесь двери постоянно распахнуты настежь и закрываются разве только на время гигиенических процедур, создавая иллюзию интимности, так как больной находится в обнаженном состоянии, и его зачастую моет человек противоположного пола. Палата превращается в транзитный пункт, где сменяют друг друга пациенты, медперсонал, посетители, где происходит переход от жизни к смерти. Как правило, жизненное пространство человека, пребывающего в стационаре, сужается с течением времени и по мере ухудшения его состояния.

Обеспечить уход и подготовить к уходу

На протяжении всего периода последнего этапа жизни семья больного тяжело и мучительно переживает его последовательный и неуклонный разрыв с реальностью и в конце концов отказывается замечать последствия ухудшения состояния его здоровья. Родственники пытаются найти утешение в своего рода отрицании ситуации, что усложняет принятие каких-либо решений. И тогда отношения между медперсоналом и семьей строятся на почве подозрительности и чув-

ства вины. Такая деталь, как, например, замеченный пустой стакан в палате больного родителя фокусирует на себе тревогу сына или дочери и провоцирует возмущение. Палата становится ареной дестабилизирующих персонал конфликтов и источником серьезного разлада во взаимоотношениях между персоналом и семьей.

Каждое перемещение из одного больничного отделения в другое переживается престарелым человеком и его семьей как очередной разрыв с прежней жизнью. Подойдя к концу своего жизненного пути, обитатели гериатрических учреждений (в подавляющем своем большинстве) сожалеют о своем былом месте в обществе, скорбят о потере супруга или супруги, тоскуют о своем доме, об утраченной независимости и свободе передвижения.

Дети пациентов становятся свидетелями всех этих утрат, всей этой скорби, и каждое из этих проявлений служит поводом для переосмысления своего сыновнего или дочернего отношения к родителю. Перемены столь значительны, столь серьезны и мучительны. Как смириться с тем, что отец, страдающий болезнью Альцгеймера, меняется, отдаляется и превращается, по мере развития этого загадочного заболевания, в Другого?

Когда престарелый человек оказывается в финальной стадии этого "пути", медперсоналу (при поддержке врачей) надо еще убедить родственников в том, что умирающий должен по-прежнему содержаться в установленных нормой условиях. Принятие какого-либо решения оказывается сложным потому, что процесс ухода из жизни может складываться по-разному, а также потому, что пациенты находятся в разной степени вменяемости.

Порой отказ от операции в том случае, когда болезнь неизлечима и скорая кончина больного очевидна и неизбежна, отказ от насильственного кормления (кормления через желудочный зонд) человека, находящегося в финальной стадии ракового заболевания и страдающего несколькими патологиями, означают выбор в пользу качества жизни, а не продления ее любой ценой. Но как решиться на такое?

Отказ от продления жизнедеятельности во избежание новых страданий и потери контакта с реальным миром является тяжелым решением, принимать которое необходимо коллегиально, с участием всей бригады медперсонала и родственников. Недопустимо возлагать на медперсонал ответственность за выбор между жизнью и смертью. Медперсонал не может замещать собой родственников. Такие отношения между семьей и медперсоналом необходимо установить и поддерживать начиная с самых первых дней потери физической не-

зависимости престарелого человека. Для этого следует разработать четкие правила поведения в подобных ситуациях.

Возвращение тяжелобольного человека домой может оказаться непродуманным решением. Отрицая идею смерти, в самый критический момент семья может снова поместить умирающего в больницу, единственное место, способное вернуть человека к жизни. Твердость позиций врачей-геронтологов в этом вопросе помогает избежать совершенно безличного ухода из жизни престарелого человека, вновь помещенного в больничную палату.

Телесная боль, душевные страдания

Мы уже указывали на то, что, в зависимости от стадии развития старческого слабоумия типа болезни Альцгеймера, человек, страдающий этим заболеванием, совершенно по-разному воспринимает среду, в которой находится. Однако он всегда каким-то образом интерпретирует то, что его окружает в данный момент времени. Очевидно, что женщина, живущая в своем вымышленном мире и каждый вечер спокойно ожидающая автобуса, находясь на четвертом этаже, женщина, весь день которой организуется вокруг этого события, воспринимает дом престарелых и его организацию иначе, чем мужчина, ежедневно задающийся мучительным вопросом о причине его нахождения в этом учреждении.

Неудачное лечение душевного расстройства может привести к самоубийственному поведению, "синдрому угасания". Предотвращение этой бесповоротной и фатальной потери интереса к жизни является одной из сложнейших задач для медицинского персонала. Здесь тоже близость конца затрудняет общение, так же как затруднительно для пациента непонимание смысла той или иной ситуации, связанной с уходом за ним. "Синдром угасания" сложно распознать, так как причины, способные спровоцировать это состояние, бесчисленны и часто неразличимы. Это может быть какое-то трагическое событие, например, смерть супруга (супруги), ощущение или осознание покинутости семьей и т. д. Бездеятельность, нежелание выходить из палаты, отказ от приема пищи под предлогом затрудненного глотания (часто симулируются боли в горле, желудке, животе), – совокупность всех этих повторяющихся признаков указывает на фатальное нежелание жить, стремление к отказу от существования в мире, гармония с которым утрачена.

Медперсонал должен распознать в едва заметной смене настроения, в новой манере поведения признаки подобной формы суицида. Речь идет об искусстве подмечать детали. Помочь пациенту объективировать эти признаки и попытаться противостоять им – серьезная ответственность.

В гериатрических стационарах измерение болевых ощущений чрезвычайно градуировано, существует очень сложная шкала для измерения боли, и с первыми признаками ее проявления устанавливается постоянное и хорошо отработанное наблюдение за больным. Но если необходимость постоянного и все более точного измерения физической боли ясно осознается, то с определением моральных и психических страданий дело обстоит иначе. Подобные страдания измерять и лечить сложнее, и этой самостоятельной, но в то же время неразрывно связанной с общим курсом лечения задаче не уделяется достаточного внимания.

"Я хочу вернуться домой!"

Желание вернуться домой возникает у всех пациентов, и достаточно часто. Каждый говорит о своем доме (или квартире), подробно их описывает. Это место сосредоточения всех воспоминаний: о семейной жизни, о супружестве, о времени, когда женщина была любимой, женой и матерью. Значение, которое придается этому бывшему месту обитания, колоссально. Потеря дома (квартиры) в результате продажи, тот надлом, который за этим следует, может повергнуть человека в состояние ужаса и смятения. Иногда дети не решаются объявить отцу (матери) о том, что дом (квартира) продан.

Дом для престарелых не в состоянии заменить место, где человек может чувствовать себя спокойно и защищенно, как дома. Общее для всех желание вернуться к себе домой часто сопровождается стремлением окончить там свои дни. Вернуться домой, чтобы там умереть: так в представлении престарелых выглядит возможная (ибо логичная) жизненная перспектива. Дом, театр всей прожитой жизни, связанный с чередой каждодневно повторяющихся незначительных событий, воспринимается как единственно приемлемое место для ухода из жизни.

От тела состарившегося к телу мертвому

Применительно к этому "последнему возрасту" правильнее было бы, наверное, понимать "жизненную перспективу" как "перспективу ухода из жизни". Такая формулировка вызывает отторжение, поскольку она

слишком очевидно связана со смертью. Согласованность действий между родственниками и представителями всех иерархических уровней медицинской бригады представляется в данном случае необходимой и, главное, возможной. На всех этих социальных уровнях присутствуют стремление к диалогу и готовность принимать коллегиальные решения, однако в принцип это стремление пока не возведено. Совместные, согласованные действия родственников и персонала позволили бы подготовиться к смерти (как ни трудно произнести само это слово) и примириться с ней. В настоящее время конечный этап жизни переживается не как завершение, не как переход, а как пустота.

Не является ли смерть еще одним разрывом в долгом процессе отстранения от социальной жизни, который начинается с поступлением в стационар? А изучаемые учреждения, в таком случае, служат "залом ожидания смерти"? Может ли и должно ли это последнее пристанище умирающих придать смерти культурный, социальный и культовый смысл?

Работающие в гериатрических учреждениях люди постоянно ощущают близость смерти, смерти "нормальной", в отличие от других ситуаций, когда случайная смерть медработниками воспринимается как "несправедливая". В стенах гериатрического учреждения смысл этого события представляется амбивалентным: вызывающее страх и опасения, оно в то же время ожидаемо и желанно. "За полгода здесь... ты увидишь, как умрет, считай, целый этаж", — заявил при нашем первом появлении врач, с первых слов упоминая важность и частоту смертельных исходов в подобного рода стационарах. В результате за время нашего пребывания в стационаре умер 31 человек, то есть каждый седьмой с интервалом примерно в шесть дней. С этими пациентами (в большинстве своем женщинами) мы были знакомы, мы бывали у них в палатах, присутствовали при ежедневных процедурах ухода, записывали их рассказы о жизни. Несмотря на нередко возникавшие сложности в общении из-за тяжелого душевного и ментального состояния наших собеседниц и собеседников, отношения все-таки удалось установить. Поэтому быть рядом с ними в последние минуты их существования казалось нам естественным продолжением отношений, выходящих за рамки простого этнографического наблюдения.

Часто случалось, что в отсутствие родственников и медперсонала мы становились единственными свидетелями наступления смерти или манипуляций санитаров с телом покойного, и родственники всегда позволяли нам быть рядом с их матерью или отцом в эти послед-

ние минуты. Наше присутствие часто оказывалось для семьи психологической поддержкой.

Во время агонии медперсонал старается, прежде всего, облегчить физические страдания умирающего. Доза седативных средств к концу жизни становится столь сильной, что сводит на нет существовавший до этого минимум контакта умирающего с внешним миром. В такой момент тело оказывается в высшей степени удаленным от своего социального окружения и бывшего социологического контекста.

Смерть оказывает особенно сильное воздействие на ночных дежурных. "Приходится справляться". Остаться на одном этаже с усопшим до утра, если смерть наступила поздно ночью, психологически сложнее, чем днем. Во время дневных дежурств, подчиненных рабочему ритму, взаимная поддержка персонала, обеспечивает коллективное восприятие смерти.

После непродолжительного благоговейного созерцания в момент обнаружения умершего медперсонал приступает к процедуре официальной констатации смерти. Составляются и подписываются документы. До прихода врача до тела практически не дотрагиваются. Словно на месте преступления, все ждут его появления, чтобы "убрать палату". Врача ждут с нетерпением, так как его присутствие в какой-то степени снимает с ночной бригады символический груз смерти. Стетоскоп, обладающий символическим статусом и служащий для констатации остановки работы сердца, становится инструментом, осуществляющим превращение умирающего в покойного, переход тела состарившегося в состояние тела мертвого.

После врачебных констатаций медсестра, несущая дежурство в отделении покойного, должна связаться с кем-либо из близких усопшего, его опекуном, или, в крайнем случае, с жандармерией. Интересный момент, дающий возможность познакомиться с действующими лицами семейной истории. Персонал постепенно возвращается к своей нормальной деятельности, прерванной объявлением о смерти. Возобновляется обычный ход событий, вновь нарушаемый появлением родственников. В подобных стационарах организация их пребывания не предусмотрена и, по всей видимости, не может быть предусмотрена. Семья не является союзником.

Поведение родственников во время визитов или во время объявления о смерти дает медперсоналу некоторую информацию о личности и о семейной истории пациента. Обнаруживается определенный конфликт восприятий. Становится очевидным, что за время пребывания в стационаре пациент сумел превратиться в человека, чья со-

циальная сущность находится в полном несоответствии с тем представлением, которое имеет о нем его собственная семья. Личная история человека, начинающаяся с момента определения его в стационар, входит в противоречие с историей семейной, эти истории не уживаются вместе. Некоторые черты характера, которые персонал приписывает пациенту, удивляют и шокируют членов семьи, поскольку между новой и прежней личностью их родственника не прослеживается никакой связи. Налицо еще один разрыв.

Сообщение о смерти вызывает у персонала и у родственников целую палитру разнообразных эмоций: тут и облегчение, и скорбь и чувство вины. Эти эмоции часто разделяются имплицитно. Для работников стационара время работает на амнезию. Медперсонал переключается на других пациентов, на другие смерти.

Этот ритм следовало бы прервать и выделить момент для поминовения усопшего, собраться всем вместе, чтобы поговорить о быстротечности бытия, вспомнить совместно пережитое.

Несмотря на то, что старики "общаются" между собой, их отношения остаются достаточно сдержанными. С точки зрения медперсонала, отсутствие близости между пациентами, иногда интерпретируемое как особая форма эгоцентризма, связанного с потерей их физической самостоятельности, делает бессмысленным публичное объявление о смерти одного из них. Решение не объявлять публично о смерти основывается на представлении о характере взаимоотношений между обитателями стационара. Первый аргумент, который приводит медперсонал в пользу молчания, – это спокойствие пациентов. Ибо "объявление о смерти может ослабить их моральный дух". Тем не менее, медработники должны были бы понимать, что обитатели дома престарелых уже на протяжении нескольких лет ведут торг со смертью: в этом они искушены, как никто другой.

Отказываясь принять идею присутствия, близости смерти, учреждение словно пытается снять с себя всю ответственность. Не желая сотрудничать со смертью, оно не в состоянии признать ее частью своей миссии. Выражение "конец жизни" хорошо иллюстрирует эту ситуацию, ибо покойники не находятся в ведении домов престарелых, ими занимаются похоронные бюро. Превращая смерть в частное дело, перекладывая всю ответственность на родственников (к тому же очень часто отсутствующих), гериатрические заведения создают тем самым "плохую смерть". Это отсутствие церемониала, связанного с кончиной человека, воспринимается престарелыми людьми как отказ в праве на существование.

Отсутствие возможности отдать последний долг памяти усопших свидетельствует в то же время о несовершенстве существующей системы общественного призрения престарелых. Старики по-прежнему умирают в одиночестве. Признание смерти как одной из миссий стационаров для престарелых ставит серьезные организационные проблемы и требует создания нового ритуала. Однако, даже если ритуал будет изобретен, это не значит, что его можно навязать в директивном порядке.

После осмотра врачом тело и палату необходимо подготовить к возможным визитам родственников. К личным вещам покойного не прикасаются. В первую очередь стараются устранить все следы медицинского вмешательства. Убирают капельницы, различные медицинские приспособления, стараясь создать в палате домашнюю обстановку. Это превращение больничной палаты в жилую комнату призвано попытаться вернуть усопшего в социальное пространство и предоставить семье место для прощания с ним.

Восемь дней выделяется для того, чтобы родственники смогли побыть рядом с усопшим и забрать его вещи. Очень часто члены семьи за все это время заходят в палату лишь однажды, "для того, чтобы все убрать", и порой персонал находит их поведение шокирующим. Сотрудники заведения видят в этом стремлении родных поскорее покинуть место смерти их стремление покинуть самого умершего. В этой ситуации персонал становится последним истинным гарантом сохранения достоинства усопшего.

Слово "исчезновение", синоним смерти⁴, приобретает в стенах стационара свой буквальный смысл, ибо мертвое тело убирают, не известив об этом других обитателей. В течение нескольких дней от пребывания усопшего в стационаре не остается и следа. На месте фотографии пациента, занимавшего палату, появляется клочок бумаги, извещающий: "17 октября, в 15:00 бригада биоуборщиков произвела дезинфекцию." Эта дезинфекция – тоже часть отторжения смерти, и в данном медицинском контексте она способствует ре-социализации палаты. Вскоре другой престарелый человек займет это место. Смерть необходимо уничтожить, как опасный микроб.

⁴ Во французском языке глагол "disparaître" (исчезать) и существительное "disparition" (исчезновение) имеют также значения, соответственно, "умирать, погибать" и "смерть" (прим. ред.)

Тело мертвое

"Перевозка тела внутри больницы хорошо оплачивается, и нет спешки", – говорит мне водитель кареты скорой помощи. Тело помещают в белый пластиковый чехол для погребения, который с этого момента больше не снимается, и помещают на носилки. О наличии чехла родственники не знают.

Тело усопшего уже не забирают домой, чтобы живые могли последний раз проститься с ним. Церемония проходит теперь в больничном морге, называемом иногда похоронным залом, или в траурном зале похоронного бюро, где семьи проходят чередой в общем потоке, движущемся от входа к выходу. Места скорби стали общественными и чужеродными.

Является ли подготовка тела покойника к погребению точкой отсчета работы памяти?

Подготовка тела заключается в придании ему достойного человеческого облика. Речь идет о двойной задаче: заимитировать видимые следы начавшегося разложения и ре-социализировать тело, в последний раз облачая его в одежду для прощания с родственниками. Во время этого "посмертного туалета" покойника не омывают, и в обращении санитаров с телом отсутствует какой-либо ритуальный аспект. Иногда в разговорах возникает вопрос о переходе в иной мир или о существовании души, но в конечном итоге все равно работа производится с мертвым телом. Подготавливают и одевают покойника технические служащие морга. И хотя все делается достойно, тем не менее, кажется, что быстрота и профессиональная отточенность жестов контрастируют с медленным ритмом работы медицинского персонала, имевшего дело со старым, но живым телом еще несколько часов тому назад.

Какие-либо обрядовые действия, предполагающие присутствие близких покойного и их физический контакт с телом, на этом этапе исключены. Все изменения, которые претерпело тело, от родственников скрыты. Тело выставляется напоказ только тогда, когда все эти трансформации нейтрализованы. Покойник всегда имеет вид "уснувшего" человека, столь близкого и в то же время столь далекого.

На протяжении всего этого последнего пути живые оказываются в непосредственной близости от покойного лишь в момент личного прощания с ним. Кажется, что каждый ощущает свое одиночество, находясь лицом к лицу с усопшим, и многие из пришедших в траурный зал избегают близко подходить к телу. Семья принимает участие

в церемонии лишь на отдельном ее этапе, и степень этого участия нередко определяется похоронным бюро. Ни семья, ни тем более церковный приход не берут на себя организацию траурной церемонии от начала до конца, и "похоронный контракт" освобождает родственников усопшего от принятия множества решений. В конечном счете, строгих правил не существует. Траур становится скорее индивидуальным, чем коллективным, и все реже в такие моменты решения принимаются всей семьей.

Иногда члены медперсонала стационара присутствуют на траурной церемонии и при погребении. Это не входит в их обязанности и возможно только в свободное от работы время, то есть за счет отдыха. Между тем, день похорон – это завершающий этап пребывания пациента в стационаре. Для родственников присутствие на похоронах кого-то из персонала является воплощением памяти о последнем этапе жизни усопшего, и эта память помогает в постепенном осмыслении утраты.

Перспективы

Тот прием, который был нам оказан директором стационара, медицинским персоналом, родственниками пациентов и, прежде всего, самими обитателями заведения, тот интерес, который все они проявили к исследованию, напоминает о роли антропологов как "культурных связных" и убеждает нас в правильности метода, гарантирующего сочетание включенного наблюдения и критического анализа реальной жизни наших фигурантов.

Данное исследование задумывалось как экспериментальная работа, затрагивающая сложные социальные проблемы. В ходе исследования были сделаны рекомендации по совершенствованию работы государственных структур на всех уровнях, от помощницы медсестры до министра. Поддерживая и одобряя некоторые из существующих стратегий, подвергая критическому анализу другие, мы сформулировали ряд предложений, которые способствовали разработке "модели" стационара для престарелых и послужили ориентиром для социальной политики, направленной на улучшение системы обеспечения ухода за этой категорией населения.