

# Очерк шестой

## РОЖДЕНИЕ ОШОБИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

«Усвоение русской культуры под видом советской затушевывало тот факт, что контроль Советов над нерусскими территориями был формой колониального доминирования» — такое утверждение мы встречаем в книге американского историка Пола Майклс «Целебная власть: Медицина и империя в сталинской Центральной Азии»<sup>1</sup>. Исследовательница пишет, что Советский Союз был российским вариантом европейского империализма, распространившим на подчиненной территории новые типы дискурсов, институтов и практик исключительно с целью подчинения других, нерусских народов и их эксплуатации. Свой вывод она основывает на анализе политики советской власти в области медицины в Казахстане в 1920—1940-е годы, выделяя такие ее составляющие, как распространение европейской версии медицины, критика и даже преследование местных способов лечения и вообще местных культурных и социальных практик, навязывание русского языка, контролирование русскоязычными политиками и специалистами процесса медицинского образования и врачебной деятельности. Майклс пишет также о различных формах сопротивления казахов советскому/русскому доминированию, включая в понятие повседневного сопротивления в том числе и сохранение казахской этномедицины<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> *Michaels P. Curative Power: Medicine and Empire in Stalin's Central Asia.* Pittsburgh, Pa: University of Pittsburgh Press, 2003. P. 178.

<sup>2</sup> *Ibid.* P. 175. К похожим выводам о колониальной природе советской медицины приходят американский антрополог Салман Кешавджи и американский историк Кассандра Кавано (*Keshavjee S. Medicines and Transitions: The Political Economy of Health and Social*

Претензий к такой трактовке положения дел в азиатских республиках возникает много<sup>3</sup>. Вовсе не случайно свое исследование Майкл завершает началом 1950-х годов, то есть смертью Сталина, игнорируя вольно или невольно то обстоятельство, что в законченном виде советская медицина в регионе сложилась позже — в 1950—1980-е годы. Знак равенства, поставленный между советскостью и сталинизмом, сведение первой ко второму не позволяют увидеть те метаморфозы в социальном устройстве и сознании людей, которые происходили на протяжении почти сорока лет у поколения, родившегося уже при советском правлении и воспринимавшего существующий строй как свой собственный. Жители позднесоветской Средней Азии относились к своему положению и государству, в котором они жили, намного более лояльно, чем их родители и деды, что, безусловно, требует отдельного анализа.

Исследование Майкл о медицине в Казахстане еще раз поднимает вопрос о характере тех трансформаций, которые начались в имперское и продолжались или произошли в советское время. Нужно ли оценивать их как установление более изощренных способов контроля и господства колониальной власти, которой нужны были здоровые рабочие руки и промытые пропагандой мозги, или же речь идет о модернизации среднеазиатского общества, о политике рационализации и ликвидации социальных диспропорций между разными группами и регионами в рамках советского общества? Медицина — такая область знаний или деятельности, в отношении которой острота столкновения между двумя указанными позициями наиболее показательна.

Вслед за сторонниками разнообразных теорий модернизации можно было бы утверждать, что современная медицина — это лишь одно из закономерных следствий более общего процесса становления капита-

Change in Post-Soviet Badakhshan, Tajikistan. Harvard University, 1998. PhD dissertation; *Cavanaugh C.* Backwardness and biology: medicine and power in Russian and Soviet Central Asia. 1868—1934. Columbia University, 2001. PhD dissertation). Замечу, что работы Майкл и Кавано посвящены Российской империи и сталинскому этапу советской истории.

<sup>3</sup> См. критику такого подхода: *Афанасьева А.* «Освободить... от шайтанов и шарлатанов»: дискурсы и практики российской медицины в казахской степи в XIX веке // АИ. 2008. № 4. С. 116, прим. 8. См. также мою рецензию на книгу Майкл: Антропологический форум. 2008. № 8. С. 445—451.

листического/индустриального/рационального/космополитического/развитого (в данном случае я не обсуждаю варианты наименования) мира, который не только создал новые (научные) технологии и техники лечения, не только сформулировал новые (научные) представления о болезнях и их причинах, но и вписал все это в свою институциональную — экономическую, политическую, социальную, образовательную — систему. Правда, такого рода прямолинейный и довольно благостный взгляд был подвергнут двойной критике. С одной стороны, под ударами оказалась сама концепция модернизации, то есть идея неизбежного, линейного становления, одинакового для всех современных обществ<sup>4</sup>. С другой стороны, сомнения вызвал тезис о рациональности, эффективности, политической и даже культурной нейтральности современной медицины<sup>5</sup>. Такого рода критика хотя и скорректировала отношение к модерности как к универсальной категории, уточнила или проблематизировала вопрос о его источниках, структуре, механизмах воздействия, но тем не менее не поколебала, на мой взгляд, саму возможность говорить об этой самой модерности, имеющей свои особые язык и техники, свои претензии на историческую и пространственную универсальность.

Например, влиятельный французский философ Мишель Фуко предлагал рассматривать новейшую историю медицины как историю рационализации знания и формирования новых форм дисциплинарной власти. В книге «Рождение клиники» он описал современную медицину как «новое состояние осязаемого и излагаемого», то есть особое описание болезней, их классификацию, объяснение причин болезни, ее

<sup>4</sup> Одни критиковали концепцию модернизации за то, что она не видит неравноправных и подчиненных социальных отношений в мире, — см.: *Escobar A. Encountering Development: The Making and Unmaking the Third World.* Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995; *Wallerstein I. The Capitalist World-Economy.* Cambridge and Paris: Cambridge University Press and Edition de la Maison de Sciences de l'Homme, 1979. Другие видели проблему в том, что модернизация имеет свои особенности и неповторимые последствия в разных культурах, — см.: *Multiple Modernities / S. Eisenstadt (ed.).* New Brunswick and London: Transaction Publisher, 2002.

<sup>5</sup> См. подробный историографический обзор: *Афанасьева А.Э. История медицины как междисциплинарное исследовательское поле // Историческая наука сегодня: теории, методы, перспективы / А. Репина (ред.).* М., 2011. С. 419—437.

симптомов и способов лечения<sup>6</sup>. В книге «Надзирать и наказывать» Фуко исследовал, как с помощью целого ряда дисциплинарных практик способы рационализации человека и его тела превращаются в социальные институты и социальные пространства<sup>7</sup>. Наконец, в своих лекциях, прочитанных в Париже и Рио-де-Жанейро, он говорил о том, что с появлением капитализма произошло превращение человека в продуктивную рабочую силу и современное государство сформировало особого рода «биополитику», в которой «телом» становится население — оно подчиняется рационализации, категоризации, подсчету и контролю, массовому и единообразному воздействию и регулированию<sup>8</sup>. Социальная медицина, писал Фуко, — это «биополитическая стратегия», которая подразумевает «медикализацию» всего общества, то есть создание сети больниц и клиник, сбор информации, обучение, специальные исследования, проведение массовых мер по госпитализации, изоляции и прививанию и так далее.

Французский философ строил свой анализ модерности почти исключительно на примере европейской истории (а нередко — только Франции), не принимая во внимание многие другие страны и регионы, в том числе бывшие колонии европейских империй. И это вызывает трудности для многочисленных его поклонников, которые хотят использовать фуколядианские идеи для неевропейского, нефранцузского «поля»<sup>9</sup>. В частности, американский политолог Тимоти Митчелл, продвигая в фарватере этих идей, исследовал, как в египетское общество XIX века через проекты организации новой армии, школьное обучение, перепланировку городских и сельских поселений проникали новые дисциплинирующие практики управления, создававшие общество и человека, которых можно было видеть, контролировать и даже наказывать, не

<sup>6</sup> Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.

<sup>7</sup> Фуко М. Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999.

<sup>8</sup> Фуко М. «Нужно защищать общество». Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975—1976 учебном году. СПб.: Наука, 2005; *Он же*. Рождение социальной медицины // М. Фуко. Интеллектуалы и власть. Ч. 3. М.: Праксис, 2006. С. 79—107.

<sup>9</sup> См., например: *Stoler A.* Race and the Education of Desire: Foucault's *History of Sexuality* and the Colonial Order of Things. Durham and London: Duke University Press, 1995; *Mitchell T.* The Stage of Modernity // *Questions of Modernity* / Т. Mitchell (ed.). Minneapolis: London: University of Minnesota Press, 2000. P. 1—34.

прибегая к прямому принуждению<sup>10</sup>. При этом, однако, тема внешнего подавления и ответного сопротивления, не очень любимая самим Фуко, оказалась за пределами внимания и Митчелла, хотя он указал, конечно, и на внешние источники, и на более насильственные методы внедрения дисциплинарных практик<sup>11</sup>.

Любопытно, что в книге Майклс о медицине в Казахстане ссылка на Фуко, разумеется, существует, но она спрятана в сноску и никак не обсуждается<sup>12</sup>. Важнее для исследовательницы опыт изучения европейского колониализма, в частности работы британских историков Давида Арнольда «Колонизируя тело: государственная медицина и эпидемическая болезнь в Индии XIX столетия» и Меган Вон «Исцеляя их болезни: колониальная власть и африканское заболевание»<sup>13</sup>. А вот у этих двух авторов мы уже находим развернутый спор с Фуко.

Арнольд хотя и использует фукольдianский словарь, говоря о телах и их дисциплинировании, но при этом прямо отмежевывается от основной идеи Фуко о том, что современная власть не является функцией институтов и людей. Для Арнольда современная медицина в колониях — это прежде всего колониальный проект разделения и подчинения<sup>14</sup>. В работе Вон есть раздел «Фуко в Африке?»<sup>15</sup>. Вон пишет, что существует «важное», «реальное» различие между колониальным режимом власти/знания и тем режимом власти/знания, который описан у Фуко. В этом различии она выделяет несколько пунктов. Во-первых,

<sup>10</sup> *Mitchell T. Colonising Egypt. University of California Press, 1991.* См. также работу другого поклонника Фуко — американского антрополога Пола Рабиноу: *Rabinow P. Colonialism, Modernity: The French in Morocco // Forms of Dominance: On the Architecture and Urbanism of the Colonial Enterprise / N. Al-Sayyad (ed.). Aldershot and New York: Avebury Publishing, 1992. P. 167—182; Rabinow P. Techno-Cosmopolitanism: Governing Morocco // P. Rabinow. French Modern: Norms and Forms of the Social Environment. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1989. P. 277—319.*

<sup>11</sup> *Mitchell T. Colonising Egypt. P. X—XII.*

<sup>12</sup> *Michaels P. Curative Power. P. 186.*

<sup>13</sup> *Ibid. P. 9.* Речь идет о книгах: *Vaughan M. Curing their Ills: Colonial Power and African Illness. Polity Press, 1991; Arnold A. Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India. University of California Press, 1993.*

<sup>14</sup> *Arnold A. Colonizing the Body. P. 7—10.*

<sup>15</sup> *Vaughan M. Curing their Ills. P. 8—12, 202—203.*

в колониальных странах власть на протяжении длительного времени осуществлялась репрессивными средствами, а не дисциплинарными, система же социального обеспечения (*welfare*) и контроля, похожая на западную, стала складываться здесь очень недавно — в позднеколониальный период. Во-вторых, колониальный человек уже был «другим» с точки зрения европейского взгляда, поэтому в колониях действовали другие механизмы конструирования разницы между нормой и не-нормой. В-третьих, для колониальных классификаций и категоризаций важны были группы людей, а не индивидуальности — в отличие от Запада, где медицина создавала рефлексирующего индивида; колонизируемый же человек лишался своей индивидуальности. В-четвертых, империя создавала в Африке не универсальный (европейский) капитализм, а местный традиционализм. Иными словами, современная западная медицина производила за пределами Европы несколько другие практики и эффекты, нежели те, о которых писал Фуко, — она была связана с «искажением» и «замещением», «пересмотром» и «переписыванием», позволявшими колониальной власти делить людей на своих и чужих, создавать инструменты контроля и подчинения<sup>16</sup>.

Все эти споры имеют прямое отношение и к тому, как оценивать и понимать характер советской медицины в Средней Азии. В настоящей очерке я попробую рассмотреть различные аспекты той власти, которой обладала медицина в Ошобе, те механизмы и инструменты, посредством которых она могла влиять на локальное общество, ту роль, которую она играла в распределении властных ресурсов и иерархий. Меня прежде всего интересует, как этот привнесенный извне и искусственно имплантированный в жизнь местной сельской глубинки социальный институт взаимодействовал с локальными социальными сетями, практиками и представлениями, где пролегла граница между своим и чужим, каким образом ошобинское сообщество присваивало или отторгало этот институт. Должен, однако, признаться, что во время своего исследования в 1995 году я не рассматри-

<sup>16</sup> *Prakash G. Body Politics in Colonial India // Questions of Modernity. P. 215. См. также: Disease, Medicine, and Empire: Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion / R. MacLeod, M. Lewis (eds.). London and New York: Routledge, 1988; Arnold D. Colonizing the Body.*

вал медицину в качестве предмета специального изучения, но в силу разных обстоятельств, о которых скажу в Заключении, мне пришлось много общаться с медицинскими работниками и наблюдать за жизнью сотрудников и пациентов ошобинской больницы. Лишь в 2010 году я собрал несколько интервью и поработал в архивах именно по медицинской теме, однако отдаю себе отчет, что мои данные все еще являются неполными, а наблюдения — не слишком глубокими.

## Больница как социальный институт

### *Учреждение*

Больница — не просто место, где ставят диагноз, лечат или выдают справки. Больница — это социальный институт, возникший в определенного типа обществе, которое можно назвать, капиталистическим, индустриально-городским, рациональным, современным, европейским или космополитическим. Иначе говоря, больница появилась когда-то и где-то не сама по себе, а как часть целого комплекса других социальных институтов, представлений и практик, с ней тесно связанных.

Сказанное означает, что роль больницы в Ошобе нельзя рассматривать изолированно от всех тех изменений, которые произошли в советское время. Это были взаимосвязанные процессы, дававшие кумулятивный эффект. Государство заново формировало социальное пространство — инициировало строительство каналов и дорог, орошение новых земель, обустройство новых поселений, проведение электричества, телефонных линий и так далее. Государство же заботилось об обеспечении всех необходимых производственных процессов рабочей силой, которая должна была иметь определенный уровень образования, профессиональных навыков, а также быть здоровой, то есть обладать физической способностью к воспроизводству<sup>17</sup>. Больница одновременно была и необходимым условием для трансформации общества, и резуль-

<sup>17</sup> См., например: *Lasker J. The Role of Health Services in Colonial Rule: The Case of Ivory Coast // Culture, Medicine, and Psychiatry. 1977. № 1. P. 277—297.*

татом этой трансформации, поскольку функционировала как институт на определенной технологической/инфраструктурной базе.

Первые медицинские учреждения — назову их «европейского типа» — появились в Ферганской долине еще в конце XIX века, но были немногочисленны, малодоступны из-за языковых и религиозных барьеров и плохо оснащены<sup>18</sup>. У меня нет свидетельств того, что жители Ошобы обращались туда за помощью, хотя не могу исключить, что единичные случаи такого рода имели место — и тогда заболевшим приходилось ехать в Чуст, Наманган, Коканд или Ходжент, где такие учреждения существовали.

Планомерная и массивированная интервенция европейских медицинских институтов и средств лечения началась только в советское время. Где-то в 1928—1929 годах в Ошобе побывало несколько «русских» (точную национальность мы, конечно, не знаем) врачей, которые сделали всем местным жителям прививки от оспы. Будущий учитель Т.К., который жил до этого в Ташкенте, одно время помогал им как переводчик<sup>19</sup>. В 1935—1944 годах в Ошобе жила «русская» женщина по фамилии Марченко, она была медсестрой (или врачом?) и работала в ошобинском медпункте<sup>20</sup>. После войны в кишлак приехала еще одна

<sup>18</sup> См.: *Cavanaugh C.* Backwardness and biology. Об имперской медицине см. также: *Афанасьева А.* «Освободить... от шайтанов и шарлатанов». С. 113—150; *Hobmann S.* La médecine moderne au Turkestan russe: un outil au service de la politique coloniale // *Le Turkestan russe: Une colonie comme les autres?* / S. Gorshenina, S. Abashin (dir.). Cahiers d'Asie Centrale. 2009. № 17/18. P. 319—351; *Afanasyeva A.* Russian imperial medicine: the case of the Kazakh steppe // *Crossing Colonial Historiographies: Histories of Colonial and Indigenous Medicines in Transnational Perspective* / A. Digby, W. Ernst, P.B. Mukharji (eds.). Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, 2010. P. 57—75; *Зияева Д.Х.* Медицина и здравоохранение в Средней Азии: традиции, модернизация и трансформация (конец XIX — начало XX в.) // Социальная жизнь народов Центральной Азии в первой четверти XX века: традиции и инновации. Материалы международной конференции (Ташкент, 12—13 сентября 2008 года) / Д. Алимова (отв. ред.). Ташкент: [б.и.], 2009. С. 154—158.

<sup>19</sup> Возможно, речь идет о приезде одного из обследовательских лечебных отрядов, которые в 1920—1930-е годы объезжали селения Ферганской долины, проводили осмотры и делали прививки. См.: *Cavanaugh C.* Backwardness and biology. P. 217—219 и др.

<sup>20</sup> Т.Г. Марченко упоминается в числе районных депутатов от Ошобы (ФГАСО РТ, ф. 117, оп. 3, д. 5. Л. 202), то есть она не только была медицинским работником, но и олицетворяла власть в кишлаке.



«русская» женщина, по имени Нюся (фамилию я узнать не смог), которая на фронте вышла замуж за ошобинца Эгамберды Ходжамбердыева, первого в кишлаке кавалера множества правительственных наград<sup>21</sup>. На войне она была санитаркой, умела делать повязки, уколы, поэтому работала в ошобинском ФАПе (фельдшерско-акушерском пункте) — единственном медицинском учреждении кишлака и сельсовета.

С середины 1950-х годов в ошобинском ФАПе работал местный житель Р., зарплату он получал через сельсовет, и вести дела ему помогал охранник сельсовета. В ФАП поступали лекарства, и в случае каких-либо эпидемий Р. назначал их. В его обязанности входило, как он признавался, не столько лечить, сколько выписывать справки по болезни, на основании которых человека можно было освободить от работы (например, беременную женщину, рассказывал он мне, освобождали на один месяц до и на один — после родов), — тогда, правда, он не выдавал бумажки, а просто говорил бригадиру или председателю колхоза, кто болен. Часто, не скрывал Р. в разговоре со мной в 1995 году, его просили дать освобождение от работы люди, которые ничем не болели, но имели какое-то срочное личное дело, — такие разрешения ошобинцам он иногда давал и по просьбе раиса.

Масштабное расширение медицинской сети началось с переходом местной экономики на хлопок и вообще увеличением численности жителей сельсовета Ошоба. В конце 1950-х годов отдельные ФАПы появились в Оппоне, Шеваре и Гудасе. В 1964 году в Ошобе построили больницу, в которой было сначала 15, а потом 25 коек, включая 13 в терапевтическом отделении, 10 — в детском, две — в родильном (Илл. 21). Всего в больнице было 24,5 ставки, из них 3 ставки врачей (два общих врача и один зубной), 11 — среднего медицинского персонала (медсестры, патронажные сестры, акушеры, фельдшеры), 5 — младшего медицинского персонала и 5,5 ставки — остальные<sup>22</sup>. В 1975 году число ставок увеличилось до 30,75, включая 3,5 ставки для врачей, но они были заняты не полностью<sup>23</sup>. В каждом ФАПе было еще по 3 ставки —

<sup>21</sup> См. Очерк 4.

<sup>22</sup> Аштская районная центральная больница. 1965 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 151. Л. 27 об.

<sup>23</sup> Годовой отчет Аштской ЦРБ за 1975 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 162. Л. 282, 282 об.



Илл. 21. Рисунки на здании старой больницы

фельдшер, акушер и младший медицинский персонал, позже открыли четвертый ФАП в Олме, а количество ставок во всех ФАПах уменьшили до двух (одна ставка фельдшера и по 0,5 на акушера и младший персонал)<sup>24</sup>. Главврачом стал Хамид Хамраев (родом из Исфары), он был единственным врачом в Ошобе и работал всего около полугода; потом какое-то время главврачом был Нишонбай Усманов (родом из Пангаза), а после, один за другим, — два выходца из Кырк-кудука. Как говорилось в отчете за 1965 год, не все врачи «соглашаются на работу в этих горных сельских больницах»<sup>25</sup>.

С 1979 по 1985 год главврачом в Ошобе был Курбонбай Икрамов, родом из Аште (он жил в Аште и каждый день приезжал на работу в Ошобу). После Икрамова главврачом впервые стал ошобинец — Ашу-

<sup>24</sup> Годовой отчет Аштской райбольницы, СВУ, ФАП за 1965 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 150. Л. 153—154; Годовой отчет Аштской ЦРБ за 1975 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 162. Л. 128—130.

<sup>25</sup> Годовой отчет Аштской райбольницы, СВУ, ФАП за 1965 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 150. Л. 163.

рали Дехканов, который после армии учился в медицинском институте в Душанбе, а в 1982 году приехал в Ошобу и через несколько лет был назначен на эту должность. В начале 1990-х годов в кишлаке началось возведение более просторного здания для больницы — в 1995 году одно крыло уже было построено и функционировало, но другое еще строилось, и средства на его завершение найти было трудно. Как признавался мне главврач, «я опоздал, раньше — кто первый проявлял инициативу, тот получал деньги на развитие, а я пришел поздно». В Мархамате также было начато строительство нового здания больницы, но и оно в начале 1990-х годов было приостановлено<sup>26</sup> (Илл. XIV).

Локальная система здравоохранения в начале 1990-х годов была устроена таким образом: ошобинская больница подчинялась Центральной районной больнице в Шайдане, куда в случае необходимости отправляли наиболее тяжелых больных (и где, кстати, главврачом тогда тоже был ошобинец). Районная больница подчинялась областному отделу здравоохранения — там утверждали на должность и увольняли врачей, назначали главврача, принимали отчеты и давали методические указания, но сами начальники из области редко бывали в Ошобе и не вмешивались во внутреннюю жизнь местной больницы. Районный же главврач был в курсе всей текущей работы. Деньги для больницы, в том числе на питание больных и на лекарства, распределял финансовый отдел райисполкома, минуя районную больницу (сами лекарства и продукты в 1995 году приходилось самостоятельно доставать в райпо, где в тот момент тоже работал ошобинец, и в райаптеке). Средствами помогал в случае необходимости глава района. Далее деньги проходили через бухгалтерию сельсовета.

Ошобинская больница имела права участковой больницы в сельсовете Ошоба, у нее было шесть филиалов (ФАПов) в Шеваре, Олме, Мархамате, Гудасе, Нижнем Оппоне и Етти-тепа. До 1993 года ФАП был в Верхнем Оппоне, но потом здесь образовалась СеВА (сельская врачебная амбулатория), которая формально подчинялась главврачу ошобинской больницы (он получал отчеты, принимал и увольнял работников), но финансировалась отдельной строкой через райфинотдел. СеВА,

<sup>26</sup> В 2010 году, в мой второй приезд, новая ошобинская больница была достроена и оснащена, здание же в Мархамате так и осталось бездействующим.

в отличие от ФАПов, самостоятельно выдавала справки и больничные листы, минуя ошобинскую больницу. ФАПы в Нижнем Оппоне, Гудасе и Етти-тепа, хотя и финансировались через больницу в Ошобе, справки и больничные листы выдавали через оппонскую СеВА.

Вся система здравоохранения в сельском совете/джамоате (включая ФАПы и СеВА) имела 106,5 штатной единицы (в том числе 13,25 единицы для врачей), реально же числилось 103 человека (в том числе 10 врачей), но работало еще меньше, так как многие женщины из числа младшего персонала находились в отпуске по уходу за новорожденными детьми. В СеВА было 12,5 штатной единицы, работало восемь человек; в Ошобе — 86 штатных единиц; в Шеваре и Олме — 2,5 единицы, работало же два человека; в Мархамате — 7 единиц; в Гудасе — 3,5 единицы, работало три человека; в Етти-тепа — 1,5 единицы, работал один человек; в Нижнем Оппоне — 3,5 единицы, работало три человека. Врачами в основном были мужчины, женщины работали медсестрами и в качестве обслуживающего персонала.

В 1986 году в ошобинской больнице были образованы три отделения: детское (один пост — 20 коек), терапевтическое (один пост — 25 коек) и родильное (один пост — 10 коек). Ашурали Дехканов закупил хирургическое оборудование и хотел вызвать одного ошобинца, который работал тогда хирургом в Душанбе, для организации хирургического отделения. Кроме стационарных имелись участковые работники, за каждым из них была закреплена определенная часть населения, которую они обходили не реже одного раза в месяц. Участковому врачу начислялась дополнительная надбавка за выслугу лет, а кроме того, каждый врач получал надбавку за ночное дежурство (все врачи и шоферы по очереди дежурили в больнице, чтобы выезжать к больным по срочному вызову) — тарифы оплаты определялись сверху.

### *Социальная сеть*

Больницу невозможно рассматривать только как институт, принесенный в Ошобу извне и выполняющий роль внешнего регулятора локальной жизни. Как и другие институты, больница изначально была

включена в местные социальные сети, местную политику и местные отношения власти<sup>27</sup>.

Этот факт становится очевидным, если мы присмотримся к родственным связям главного врача больницы — Ашурали Дехканова. О его предках мне известно немного, вместе с отцом, Мирхолдором, который уехал из Ошобы, он довольно долго, около десяти лет, жил в Пангазе. Один из братьев Дехканова был заведующим молочной фермой в колхозе «Калинин», другой родственник по отцовской линии — бригадиром<sup>28</sup>. Сестра вышла замуж за Ахмаджана Султанова, который раньше работал главным агрономом в «Калинине», а в 1995 году был председателем сельского совета/джамоата.

Самое же примечательное то, что жена Ашурали Дехканова — дочь Имамназара Ходжаназарова.

Ненадолго вернемся к председателю колхоза и его карьере<sup>29</sup>. В 1970-е годы конфигурация разных отношений и коалиций внутри Ошобы уже не имела принципиального значения, поскольку изменились многие исходные структурные и институциональные условия власти. Учителя как носители особого знания быстро теряли свое значение и статус — теперь образование, партийность и русский язык стали доступными и для других жителей кишлака. Председатель сельсовета после создания в Ошобе единого большого колхоза окончательно утратил свой общественный вес и стал фигурой второстепенной. Должность райса, в руках которого сосредотачивались огромные материальные ресурсы и которому, по сути, подчинялись все остальные местные начальники, стала намного более весомой — теперь он сам мог снимать и назначать своих подчиненных и ему не нужно было, как Умурзакову, поддерживать баланс между разными местными акторами. Хлопковая монополия усилила связи райса с районным и областным руководством, а это означало, что судьба председателя колхоза отныне зависела от соотношения сил не внутри ошобинского сообщества, а за его пределами.

<sup>27</sup> О социальных сетях в структурах власти регионального уровня см., например: *Wegerich K.* «A Little Help from My Friend?»: Analysis of Network Links on the Meso Level in Uzbekistan // CAS. 2006. Vol. 25. № 1—2. P. 115—128.

<sup>28</sup> См. Очерк 5.

<sup>29</sup> См. Очерк 5.

Изменение структурных условий изменило и значение родственных связей. В частности, стала возрастать роль детей в местной политике. Это объясняется тем, что руководитель теперь находился у власти на протяжении нескольких десятков лет и повзрослевшие дети становились и объектом особой заботы, и дополнительным ресурсом для политики влияния. Это хорошо видно на примере Ходжаназарова, который очень внимательно отнесся к устройству своих детей на работу и подбору их брачных партнеров.

У Ходжаназарова было трое сыновей и пять дочерей. Старший сын работал мастером на строительном комбинате и трагически погиб. Средний сын — Охун — тоже работал мастером на строительном комбинате, затем служил в КГБ и милиции; его жена — дочь Абдубанноба Исмадиева, известного в Ошобе человека, многолетнего председателя районо и потомка Исамата, к роду которого принадлежали Одинамат-аксакал и Мирходдор-аксакал<sup>30</sup>. Младший сын — Расул — работал в райпо, а в 1995 году занимался бизнесом. Старшая дочь Ходжаназарова в 1995 году работала заместителем председателя сельсовета и числилась парторгом сельсовета, а ее муж, Файзулла Абдуллаев, сделал хорошую карьеру — дослужился на строительном комбинате, начав с должности мастера, до поста директора комбината, а в конце 1994 года был назначен главой Аштского района (один из его братьев был замначальника районной санэпидемстанции, другой — руководителем районной ГАИ). Вторая дочь ранса вышла замуж за Ашурали Дехканова. Мужем третьей дочери стал неошобинец, его отец был родом из Камыш-кургана и работал заместителем начальника районного отделения милиции, а потом перешел на должность начальника одного из управлений внутренних дел в Душанбе. Мужем четвертой дочери Ходжаназарова стал близкий родственник Абдумалика Холдорова — того, который работал в Адрасмане и в 1966 году первым из ошобинцев получил звание Героя Социалистического Труда. Пятая дочь, уже после моего отъезда из Ошобы в 1995 году, вышла замуж за сына бригадира Нишонбоя Эргашева, влиятельного в кишлаке человека.

Что обращает на себя внимание в выборе Ходжаназаровым брачных партнеров для своих детей? Во-первых, существенная роль родственного

<sup>30</sup> См. Очерк 3.

фактора — одна невестка (Исмадиерова) и один зять (Холдоров) уже были в довольно близком родстве с семьей раиса. Предпочтительное заключение брака с родственником — это устойчивая практика, которая имеет множество значений, не обязательно одинаковых в каждом конкретном случае. Для одних семей это способ снизить расходы на свадебные ритуалы, для других — возможность сохранить землю и дом в рамках круга «своих», для третьих — вариант более комфортного общения с родственниками невестки (*куда*) и более надежный способ уберечь молодую семью от конфликтов, для четвертых — своеобразное обязательство близких родственников друг перед другом, своего рода подтверждение взаимной лояльности, близости, что, конечно, имеет значение и для союза этих родственников в местной общинной политике.

Во-вторых, некоторые из зятьев хотя и были ошобинцами — в этом Ходжаназаров придерживался (за одним исключением) правил локальной эндогамии, — но происходили из семей, которые подолгу жили за пределами Ошобы: семья Абдуллаева — в Оби-Аште, Дехканова — в Пангазе. Можно предположить, что Ходжаназаров на каком-то этапе своей жизни стремился дистанцироваться от внутренней, повседневной жизни ошобинского сообщества, от местных конфликтов и союзов и поэтому предпочитал расширять свои контакты за пределами кишлака, действуя тем не менее в логике установившихся неформальных правил.

В-третьих, ни сыновья Ходжаназарова, ни большинство его зятьев никак напрямую с колхозом «Калинин» связаны не были. Ходжаназаров с помощью родственных связей скреплял отношения колхоза, которым он руководил, с другими социальными институтами, где мог — устанавливал через родство контроль над ними, добавляя к официальным инструментам воздействия неформальные альянсы и интересы.

Я описал только те отношения, которые связывали главврача ошобинской больницы и председателя колхоза. Однако это была не единственная, хотя, может быть, самая важная сеть отношений. Все, кто работал в больнице, и особенно врачи, так или иначе пользовались возможностями своего положения и предоставляли их в распоряжение своих родственников и знакомых. Поэтому во многих влиятельных ошобинских семьях имелся кто-нибудь, кто работал в медицинской

сфере (например, один из сыновей Юсуп-раиса Юлдашева — врач в Мархамате, тогда как другой сын был заведующим фермой в колхозе). В любой момент каждая из такого рода побочных сетей, занимающая подчиненное положение, могла волею судьбы или в результате определенной борьбы превратиться в основную и стать источником еще больших выгод для ее участников<sup>31</sup>.

Итак, больница как набор зданий, оборудования, разного рода архивов с данными на всех жителей Ошобы была одной из частей разветвленной локальной сети властных связей, куда входили руководители района, председатель и другое колхозное начальство, председатель сельсовета и его заместитель, представители других социальных институтов, обладающих ресурсами и влиянием. Больница, которая ввела новые практики и классификации в ошобинское общество и являлась инструментом государственного контроля, была, уже в качестве властного ресурса, присвоена местными локальными группами и использовалась ими для укрепления их собственного влияния и их собственной власти в сообществе.

### *Хозяйство*

Несмотря на то что теоретически обязанности медицинских институтов заключались в оказании разного рода медицинских услуг и осуществлении медицинского (и вообще социального) контроля за местным населением, в действительности их функции выходили далеко за рамки сугубо лечебной деятельности. Местная больница несла бремя дополнительных обязанностей, которые были связаны с задачами колхозной экономики.

Больница имела свой особый бюджет, в который помимо оплаты труда врачей и других работников входили финансы на поддержание всей текущей деятельности, закупку оборудования и материалов, содержание

<sup>31</sup> В 2010 году должности главврача, председателя колхоза и председателя сельсовета занимали уже другие люди — родственников Ходжаназарова потеснили с этих выгодных позиций.



больных и так далее. Больница, как и другие важные для государства социальные институты, была включена в сложную игру вокруг «выбивания» дополнительных ресурсов, аргументации необходимости расходов и различного рода способов их «укрытия» в теневых зонах, где контроль государства был слабее и можно было перенаправлять ресурсы в соответствии с локальными интересами различных фигур и групп. То же строительство больничных зданий требовало больших денежных и материальных потоков, а значит, вовлечения в их формирование и распределение колхоза и строительных организаций — все они получали свою долю бюджетного пирога. Я говорил в предыдущем очерке, что, осваивая инвестиции в расширение хлопковых площадей, председатель колхоза «Калинин» использовал все формальные и неформальные рычаги, чтобы привлечь новые капиталовложения в свое хозяйство и на свою территорию, расширить производственную и социальную сферы, которые требовали бы новых и новых денежных вливаний. Больница была одной из таких сфер — не первой, но и не последней в шкале приоритетов, а координация усилий раиса и главврача позволяла удвоить давление на вышестоящие органы управления и получить, соответственно, большее внимание и более выраженный материальный эффект.

У больницы были и другие экономические возможности, которые могли быть источником дополнительных доходов. Например, при каждом ФАПе имелось свое небольшое хозяйство — участок (в Шеваре, например, это было 10—12 соток земли), где можно было выращивать деревья, овощи, зелень, пшеницу, держать пчел и так далее. Основная работа фельдшера в летний сезон заключалась именно в том, что он и его семья трудились на таком участке — больных в этот период было немного, так как все должны были работать в колхозе и на собственных домашних участках.

В советское время за больницей было закреплено 50 га колхозной (хлопковой) земли, а кроме того, многие работники больницы брали по 1—2 га земли на обработку. В обязательном порядке хлопковые участки раздавались всем санитаркам, сторожу, шоферам; врачи от обязанности работать в поле были освобождены. Такая практика закончилась в 1991—1992 годах. В прошлом больница также «добровольно» помогала колхозу обрабатывать хлопок, собирать его (отправляли людей

в поле на пять-шесть дней), собирать сено (около двух недель) — за это колхоз ничем не платил медработникам, только устраивал, как положено в случае хашара, угощение.

В конце 1980-х или начале 1990-х годов больница заключила с колхозом договор и взяла в аренду 20 га (потом — 10 га) земли: заранее подсчитывали, какой доход принесет урожай хлопка с участка, из этого дохода высчитывали плату колхозу за тракторы, удобрения и разные услуги, а всю оставшуюся прибыль перечисляли больнице. В самой больнице эти 20 га распределялись на участки между всеми желающими и потом каждому работающему из полученных доходов по колхозным расценкам начисляли зарплату. Это было выгодно, так как обычно больница собирала со своего участка больше хлопка (а за сверхплановый урожай шла дополнительная надбавка к цене). Ясно, что такая схема могла действовать лишь при некоторой поддержке начальства, которое решало, какой план дадут, сколько расходов и доходов начислить. Эти хитрости позволяли получать сверхдоход, но в результате именно из-за споров по поводу последнего главврач был недоволен (ему казалось, что доход больнице колхозные бухгалтеры начисляют заниженный), и поэтому от аренды отказались. Услышав от Дехканова эти объяснения, я спросил его: «А почему вы не обратились к своему тестю (Ходжаназарову), чтобы он проверил бухгалтеров и решил проблемы?» — на что главврач ответил: «Не буду обращаться, а то кругом скажут, что вот, мол, председатель защищает свою родню. Не буду я спорить, драться из-за их махинаций».

Впрочем, возможно, главврач отказался от аренды потому, что договорился с райсом о более выгодной схеме: колхоз выделил больнице участок в местечке Тахтапез<sup>32</sup>. На участке выращивались зелень и овощи, которые использовались для питания стационарных больных и медперсонала, там же содержалось около 50 барашков и коз — их резали на праздники и устраивали угощение для работников больницы. Этот участок колхоз выделил больнице в полное ее владение (то есть не в аренду или другое временное пользование) на рубеже 1980—1990-х годов на основании республиканского постановления о выделении земли для

<sup>32</sup> Тахтапез — самый большой родник между Ошобой и Шайданом, в 5—6 км от Ошобы. По местной этимологии, Тухта-Пес — «место, где останавливался больной проказой».

больниц. В то время орошаемый участок занимал площадь около 2—3 га, работники больницы своими силами расширили его до 15 га, построили там десятикомнатный дом, спортплощадку и чуть ли не каждый день летом выезжали туда на отдых.

В 1995 году, в условиях кризиса, войны и натурализации экономики, колхоз принял решение выделить для больницы 20 га засеянной пшеницей земли, и в больнице нашлось 30 человек, желающих работать на уборке урожая. Сам главврач, чья зарплата катастрофически уменьшилась на фоне инфляции, был тоже не прочь взять землю и убирать пшеницу.

### *Корпорация*

Принадлежа к государственной структуре и будучи вписанной в локальную сеть властных отношений, больница имела свою автономию — иерархию, ритуалы и практики, корпоративную идентичность, жаргон, интересы. Члены медицинского сообщества ощущали себя отдельной группой, по отношению к которой все остальные — это действующие или потенциальные пациенты, обезличенная и подчиненная категория людей. Врачи и в меньшей степени другие медицинские работники получали специфическое образование, которое давало помимо профессиональной информации и навыков умение говорить особым идеологическим языком, включающим осуждение отсталости, вредных и неправильных обычаев, ошибочных взглядов и так далее. Нельзя забывать также, что врачи получали высшее образование в городе и на русском языке, то есть сами во многом русифицировались и привыкали к городским пище, одежде, манерам поведения.

Как и учителя, врачи имели в ошобинском обществе особые привилегии, связанные с их правом нарушать локальные нормы поведения во имя сохранения советской лояльности. Приведу два примера.

В 1995 году своего рода символом современности в ошобинской больнице была работавшая в ней разведенная молодая женщина, которая каждый день приходила на работу с макияжем и модной прической и, что особенно бросалось в глаза, без обязательного атрибута кишлочно-

го женского наряда — шаровар (*лозим*, что в переводе буквально означает «необходимые»). Со своей семьей она долгое время жила в поселке Кансай, где привыкла к городским модам и образу жизни, а вернувшись в Ошобу, не стала их менять, несмотря на то что это слишком ее выделяло и приковывало к ней внимание. Профессиональное пространство больницы делало вкусы и предпочтения этой женщины легитимными, поэтому никто не мог высказать ей каких-то замечаний или претензий. Правда, современность этого пространства охранялась формальными и неформальными властными институтами: стоит добавить, что дядя (*амаки*) этой женщины был председателем сельсовета, среди других ее близких родственников были еще один врач и колхозный бригадир.

Второй пример — празднование в ошобинской больнице Дня медицинского работника. Признаюсь, в 1995 году, когда я наблюдал это мероприятие, у меня не было к нему особого интереса. Все происходившее казалось мне рутинным, скучным, однообразным. Теперь, когда прошло много лет и я не погружен в ту, уже далекую повседневность, я вспоминаю это событие как поразительное и совершенно необычное смешение самых разных стилей и практик.

Празднование происходило в недавно построенном корпусе нового здания больницы, в широком холле, где были расставлены столы и скамейки (Илл. 22). Расположение участников повторяло обычную структуру вечеринок (*базм*) на свадьбах и других увеселительных мероприятиях: мужчины разместились в одной половине холла, женщины — в другой. Внутри каждой группы не было заметно никакой социальной иерархии. Начальники больницы находились тут же и никак не выделялись из общего ряда<sup>33</sup>. Несмотря на явное гендерное разделение, это все-таки был общий стол, где всем одновременно подавали горячую пищу и где между двумя половинами происходило общение. Как и в случае с вечеринками<sup>34</sup>, это считалось советским стилем и было своеобразной данью «европейскому» характеру больницы как особого государственного учреждения.

<sup>33</sup> Впрочем, насколько я знаю, после мероприятия посиделки продолжались в более узком кругу старших врачей и некоторых присоединившихся к ним важных гостей.

<sup>34</sup> См. подробнее Очерк 9.



Илл. 22. На Дне медицинского работника, 1995 г.

Таким же советским было угощение — различные закуски, свежие и непрменные сушеные фрукты, орешки. Однако диссонансом к нему был суп-шурпа (*шўрпа*), который обычно подают в более традиционной ситуации (правда, не было плова). На мужской половине появилась водка, но, как это обычно бывает в публичной обстановке, все участники делали вид, что пьют спиртное тайком. Разумеется, это видели все, и спиртное было публичной, но символически скрываемой частью происходящего действия.

Несколько неожиданной для меня была игра, в которой всем предложили поучаствовать и которой руководила молодая девушка: это было что-то вроде обмена вопросами и ответами, заранее записанными и случайно, наугад подбираемыми друг к другу. Я, к сожалению, не записал подробно, что происходило во время этой игры и какие вопросы и ответы звучали. Подобными играми развлекались иногда студенческие компании первокурсников или группы новоприбывших в домах отдыха — когда нужно было быстрее познакомиться друг с другом и преодолеть барьеры в общении. Кто придумал устроить такую игру на Дне медицинского работника в ошобинской больнице, я не узнал, но выбор такого необычного для жителей кишлака времяпрепровождения явно был попыткой скопировать опыт советского досуга, который воспринимался как русский/европейский. Возможно, конечно, что у такого рода игр были местные прототипы, но в советское время прежние игры и гулянья были переосмыслены, получили новое идеологическое обоснование, дополнительную степень свободы общения между полами и возрастными группами, стали более распространенными и даже обязательными.

Музыку на вечеринке исполнял местный ансамбль, в целом это был стандартный танцевально-молодежный репертуар современных узбекских песен. Опять же неожиданно прозвучали песни на русском языке, причем в стиле шансона с характерным полублатным жаргоном.

Танцы не служили способом заигрывания и ухаживания. Присутствующие мужчины и женщины были в основном женатыми и замужними, разного возраста, и это требовало от них соблюдения у всех на виду правил приличия. Конечно, в самих танцах присутствовал элемент дискотеки. Обычно ошобинцы танцевали на каких-то семейных праздниках, куда они приходили в качестве родственников, соседей или

друзей, и тогда танцы выражали радость по случаю тех или иных торжественных событий в жизни близких людей. В танцах на праздновании Дня медицинского работника легитимный повод был совсем другим, не относящимся к жизни людей в Ошобе, этот повод был где-то во вне — в государственном устройстве, в официальных речах и отчетах. Люди тем не менее перенесли и на это мероприятие более привычные им практики поведения, одомашнили его, «обошобинили».

Праздник по случаю Дня медицинского работника был, возможно, организован по настоянию сверху, возможно — по собственной инициативе (по привычке с советских времен), но как бы то ни было, такая вечеринка, подобно любым другим вечеринкам, являлась механизмом формирования и поддержания социальных связей. В данном случае речь шла о социальных связях внутри больницы, которая оказывалась уже не только инструментом и ресурсом, но и особым социальным пространством со своими символами, границами, внутренней иерархией, ритуалами и идентичностью. Как отдельная социальная единица больница выступала и когда кто-нибудь из ее работников устраивал увеселительные или поминальные угощения — в этом случае представители больницы должны были прийти туда именно в качестве отдельной и самостоятельной группы. Точно так же, если в каком-то доме, который просто находился рядом с больницей, проводились поминки, праздничные пиршества (*туй*) и ритуалы чтения Корана (*хатми-куръон*), то в больницу направляли отдельное приглашение — как в отдельную семью, и представители больницы приходили на это мероприятие. Больница становилась, таким образом, субпространством внутри общего ошобинского пространства.

## Больница как инструмент классификации

### *Лечение и льготы*

Итак, больница была социальным институтом со всеми чертами, присущими социальным институтам, которые создавались по инициативе и при поддержке государства. В таком качестве больница повторяла мно-

гие особенности двух других созданных государством институтов, также присутствовавших в Ошобе, — колхоза и школы. Однако спецификой больницы были ее связь с определенной, особо значимой сферой деятельности — лечением населения — и, соответственно, получение дополнительного обоснования собственной легитимности в глазах людей.

К сожалению, я вынужден оставить в стороне вопрос об эффективности больничной системы с сугубо медицинской точки зрения, так как не располагаю полной статистикой заболеваемости и смертности в Ошобе в 1920—1950-е и 1980—1990-е годы, не говоря уже о более раннем периоде. Могу лишь констатировать, что население Ошобы в XX веке росло быстрыми темпами<sup>35</sup>, а это явно говорит о снижении смертности, прежде всего детской, что происходило, безусловно, в результате советской биополитики, направленной на активное вмешательство в образ жизни и здоровье местных жителей. В данном очерке я могу рассказать лишь о том, какие способы классификации и практики больницы внедряла в ошобинское общество, меняя представления и поведение людей.

У больницы было несколько основных задач, под решение которых она создавалась и которые составляли основные пункты ее отчетности. Первой такой задачей была превентивная массовая вакцинация и ревакцинация населения, то есть предотвращение возможных эпидемий. Второй задачей, связанной с первой, являлось отслеживание/диагностирование случаев заболевания с помощью массовых осмотров, оказание первой срочной помощи на месте или оперативное направление выявленного больного в районные, областные, республиканские либо даже союзные медицинские учреждения, где ему могли предоставить квалифицированное лечение. Третьей задачей было контролируемое распространение медикаментозных средств лечения. Решение этих задач требовало регулярного и интенсивного наблюдения за максимально широким кругом людей, основными практиками которого были ежегодные диспансеризации и обходы врачами дворов, в ходе чего проводилась своеобразная медицинская перепись населения. В отчетах больницы, соответственно, обязательно фигурировали данные о количестве осмот-

<sup>35</sup> См. Очерк 5.



ренных, посещенных, о числе прочитанных лекций и проведенных бесед, об «обороте коек», «среднем пребывании на койке» и так далее (табл. 1 и 2). Кстати, тот факт, что из трех отделений больницы одно было педиатрическим, а другое — родильным, говорит об особом, первостепенном внимании к роженицам и детям<sup>36</sup>. Причем последних можно было контролировать и с помощью школы, то есть возникала своеобразная сцепка двух социальных институтов.

Одной из практик контроля была медицинская категоризация населения с разного рода льготами и запретами, вытекающими из нее. На каждого жителя Ошобы было заведено по общим правилам отдельное досье — медицинская карта, в которой указывались личные данные: возраст и пол, профессия и должность, национальность и семейное положение, а также велся подробный учет перенесенных болезней, осмотров, процедур. По итогам всех этих записей и диагнозов врач мог отнести человека к числу здоровых (или, например, годных к военной службе либо к той или иной профессии), а мог определить в больные и назначить лечение или даже присвоить категорию инвалидности, которая, в свою очередь, подразделялась на ряд субкатегорий в зависимости от вида и тяжести болезни. Больным и инвалидам требовались более тщательные внимание и контроль. Временное пребывание в состоянии болезни давало право на легальное освобождение от официальной работы, в том числе на хлопковых полях, или от учебы, на какие-то отсрочки (от того же призыва в армию). Постоянное же состояние инвалидности позволяло выйти раньше срока на пенсию и получать различные денежные надбавки и другие льготы (освобождение от налогов, путевки в дома отдыха и так далее). Все это становилось предметом своеобразных переговоров, соглашений, а нередко и конфликтов между пациентом и врачом, которые в случае Ошобы жили по соседству, часто состояли в родстве и знали друг друга с детства — имели историю общения, положительную, отрицательную или нейтральную, за пределами больницы. Эти переговоры, конечно, включали в себя разные формы

<sup>36</sup> Третьим было стоматологическое отделение. Его популярность объясняется тем, что этот вид медицинской деятельности был связан с местными представлениями о красоте и престиже, а соответственно, с разного рода неформальными оплатами услуг врача.

Таблица 1

**Поступление больных на стационарное лечение  
в ошобинскую больницу в 1965 и 1975 годах**

	1965 год	1975 год
25 коек	366	709

*Источники:* Аштская районная центральная больница. 1965 год // ФГАСО РТ, ф. 151, оп. 1, д. 151. Л. 31; Годовой отчет Аштской ЦРБ за 1975 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 162. Л. 61. Данные за 1980-е годы, к сожалению, в архиве отсутствовали.

Таблица 2

**Деятельность ФАПов в 1965 и 1975 годах**

	1965 год, человек		1975 год, человек	
	присм	посещения (в т.ч. детей и рожениц)	присм (в т.ч. детей и рожениц)	посещения (в т.ч. детей и рожениц)
Шевар	50	245 (100/22)	231 (125/13)	1410 (178/55)
Олма	—	—	848 (406/178)	2398 (284/81)
Оппон	150	475 (230/72)	1831 (1584/669)	4156 (938/384)

*Источники:* Годовой отчет Аштской райбольницы, СВУ, ФАП за 1965 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 150. Л. 153—154; Годовой отчет Аштской ЦРБ за 1975 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 162. Л. 128—130.

обмена и оплаты, которые всегда являлись для врачей вторым (а иногда и первым, основным) источником доходов.

Советская медицина и ее местные адепты, получившие образование в специализированных институтах и техникумах, принесли в Ошобу новые практики диагностирования. Одной из них было касание и осмотр тела другого человека. Мусульманские установления строго требуют скрывать тела взрослых мужчин и женщин. В среднеазиатских городах и кишлаках в конце XIX — начале XX века женщина в публичном

пространстве должна была появляться в накинутом на голову длинном халате-парандже (*паранжи*) с закрытым черной сеткой (*чачвон*) лицом, что полностью прятало даже общие очертания ее тела; обязательной женской одеждой были длинная туникообразная рубаша, шаровары (*лозим, шитон*), разного рода халаты и головные платки. Открытие лица и тела рассматривалось как аморальный поступок, хотя в приватном пространстве — в помещении или без посторонних свидетелей — эти нормы постоянно нарушались<sup>37</sup>. В сельской же глубинке, в стороне от городов, где жители знали друг друга с детства и все были в разной степени родственниками, граница между приватным и публичным пространствами размывалась, поэтому скрывание лица и тела не было тотальным, паранджу и чачван надевали редко — только на публичных мероприятиях или в поездках за пределы кишлака. Тем не менее и здесь существовали сегрегация мужчин и женщин, скрывание или прикрытие тела и лица при массовом скоплении людей, осуждение чрезмерной открытости.

Во времена Российской империи чиновники и общественные деятели критиковали эту сегрегацию и изолированность женщины, но не стремились вмешиваться в местные порядки и диктовать новые правила поведения. Советская же власть не просто разрешила открываться, но потребовала от женщины определенной открытости в публичном пространстве<sup>38</sup>. Этой политикой декларировалось освобождение женщины и поощрялось включение ее в сферу советской публичности, что рассматривалось как один из способов борьбы с прежними социальными порядками и гендерными иерархиями.

Медицина была одним из направлений этой политики, она должна была приучать к новым практикам поведения. Женщины должны были открываться в присутствии врача-мужчины на осмотрах или в случае болезни. При этом советская медицина не предполагала разделения больниц на мужские и женские, как это было до 1917 года, когда для местного населения существовали женские и мужские амбулатории.

<sup>37</sup> Российские врачи писали, что довольно много местных женщин приходили на осмотр в мужские амбулатории, невзирая на запреты (*Cavanaugh C. Backwardness and biology. P. 61, 62*).

<sup>38</sup> См. Очерк 9.

В результате возникали непростые коллизии, выход из которых приходилось искать и пациенткам<sup>39</sup>, и врачам (как правило, мужчинам) — и те и другие были воспитаны на запретах в отношении открытого тела и соприкосновения с ним. Женщины старались исключить лишнее общение с врачами, решая все вопросы устными консультациями или прибегая к помощи медсестер в качестве посредниц. Если осмотра нельзя было избежать, то многие предпочитали пройти его за пределами кишлака, в районной или городской больнице, где можно было сохранить анонимность. В ошобинской больнице общение врача и пациента, если они были разного пола, происходило по возможности в приватной обстановке, при максимальном соблюдении всех предосторожностей морального свойства.

В конце 1980-х — начале 1990-х годов эти коллизии приобрели характер публичных дискуссий. Некоторые общественные и местные деятели в Узбекистане и Таджикистане, ссылаясь одни на национальную мораль, а другие на ислам, призвали более строго соблюдать сегрегацию полов в транспорте, школах и больницах, раздавалось, в частности, требование, чтобы мужчины не были гинекологами. Однако дискуссия не получила развития, учителя и врачи продолжали придерживаться прежних норм, которые были частью их профессиональной социализации и культурного капитала.

Кроме открывания тела появились и другие — конечно, так или иначе связанные между собой — новые медицинские практики: пребывание больного в изоляции в больничной палате, роды в стационаре, инъекции как способ приема лекарств, использование средств контрацепции и так далее<sup>40</sup>.

Разумеется, не следует забывать, что медицина была лишь частью общего социального и культурного ландшафта, в котором присутствова-

<sup>39</sup> Часто против осмотра женщины был ее муж, но нередко и сама женщина. Кавано описывает случай из медицинской практики конца 1920-х годов, когда врачи с удивлением писали, что женщина не хотела проходить медицинский осмотр, а муж заставлял ее и даже бил (*Cavanaugh C. Backwardness and biology. P. 247*).

<sup>40</sup> В Средней Азии появилась такая медицинская услуга, как восстановление девственности плевы, что связано с сохраняющейся практикой проверки девственности невесты. Разумеется, мне трудно сказать, пользовался ли кто-нибудь в Ошобе такой услугой; в любом случае это происходило бы не в ошобинской больнице.

ли и другие институты — государственное образование, армия, формы организованного отдыха. Социализируясь и действуя во всех этих пространствах, люди получали множество разнообразных навыков. Они заключались, например, в умении выстраивать отношения в замкнутом коллективе (в школьном классе, военном подразделении, общежитии), общаться с представителями другого пола, что в повседневной сельской жизни было ограничено, в умении обманывать врача, преподавателя или командира, выслуживаться перед ними и добиваться благосклонности начальства, обходясь без поддержки родственников и односельчан, в умении формировать категории своих и чужих и ориентироваться в них. Это могли быть навыки курения, распития спиртных напитков и употребления новой пищи (например, свинины, которая в родном кишлаке находилась под запретом), навыки ношения другой одежды, использования непривычных предметов обихода. Те, кто жил в городе, получали опыт езды на общественном транспорте, посещения магазинов и заведений общепита, а также учреждений культуры — кинотеатров, музеев, библиотек, где тоже надо было осваивать новую манеру поведения. Можно упомянуть также знание русского языка, который обязательно изучали в средней школе<sup>41</sup> и практические навыки употребления которого получали в вузах и во время военной службы.

Нескольким поколениям ошобинцев через сложную систему формальных поощрений и наказаний внушались определенные, санкционированные государством представления о мире и обществе, жителей кишлака учили и приучали не только к тому, *что* говорить, но и к тому, *как* говорить — каким образом описывать себя и других людей, как правильно (с точки зрения формальных норм) вести себя по отношению к окружающим. Этот опыт включал не только информацию, которую необходимо было знать, но и многие практические умения — письма и чтения, заучивания и рассказа, ухода за внешностью (ношения формы, например), соблюдения гигиены, использования каких-то стандартных движений (нахождение в строю, поднимание руки на уроке) и стандарт-

<sup>41</sup> К слову, местные жители обучались также «правильному» узбекскому языку, который отличался от языка повседневного общения в Ошобе. Им прививалось и чувство национального самосознания, хотя оно неизбежно вступало в противоречие с тем фактом, что ошобинцы жили «за пределами» своей нации.

ных выражений. Полученный опыт был очень многообразным, и перечислить все составляющие его элементы сложно.

Я не ставлю своей целью анализ всех этих практик. Я лишь констатирую, что медицинские категоризации и идентичности были частью более общего знания, они сцепляли самые разнородные навыки и умения, полученные в разных сферах, в особый подвид медицинского современного знания и поведения, который, в свою очередь, должен был помочь пациенту чувствовать себя здоровым, больным или вылеченным. При этом больница создавала особый режим истины с сильным воздействием на сознание людей, поскольку болезнь — это состояние, когда активно задействуются эмоции, ресурсы и отношения, когда включаются социальные сети. Болезнь ставит перед человеком многие вопросы идентичности и поведения, и именно в этот момент врач обладает большой властью над больным<sup>42</sup>. Медицинское убеждение в необходимости определенного поведения и определенной идентичности подкрепляется и усиливается собственным желанием человека избавиться от реальной или предполагаемой боли/болезни.

### *Локальная медицина*

В 1975 году главный врач Аштской центральной районной больницы писал, что во всех сельских больницах «помещения... являются примитивными, условий для больных нет, также [больницы] недостаточно обеспечены мягким, твердым инвентарем, медицинским оборудованием, инструментарием, лечебно-диагностической аппаратурой, медикаментами и предметами ухода за больными»<sup>43</sup>. В 1995 году, спустя двадцать лет, один мой собеседник, показывая на новое огромное здание ошобинской больницы и хитро улыбаясь, сказал: «Смотри, сколько в больнице находится больных — десять человек. А сколько персонала их обслуживает? Семьдесят». В этих двух противоположных суждениях мы видим два угла зрения на больницу: один — изнутри больницы, с точки зрения ее

<sup>42</sup> Taussing M. Reification and the Consciousness of the Patient // Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology. 1980. Vol. 14. № 1. P. 3—13.

<sup>43</sup> Годовой отчет Аштской ЦРБ за 1975 год // ФГАСО РТ, ф. 131, оп. 1, д. 162. Л. 48.

интересов и логики ее экспансии, другой — извне, с позиции локального наблюдателя, оценивающего больницу во всей совокупности местных представлений о здоровье и причинах болезней. Для главврача имеющихся надзора и контроля за человеком со стороны государства (и со стороны самого главврача как медицинского чиновника и специалиста) недостаточно, а для местного жителя, на которого эти надзор и контроль нацелены, их уже избыточно много.

Осторожное, недоверчивое отношение к больнице я могу проиллюстрировать еще одной зарисовкой из своих наблюдений. В ошобинской семье, где я жил в 1995 году, однажды заболел маленький мальчик, и хотя здесь же, по соседству располагалась больница с целым детским отделением и десятком врачей с высшим образованием, взрослые решили показать заболевшего соседке, которая была *бу-отин*, то есть женщиной, получившей мусульманское образование, и принадлежала к роду местных ходжей<sup>44</sup>. Пожилая женщина поставила свой диагноз и посоветовала диету и травы, что вполне удовлетворило моих знакомых.

Почему же мои информаторы выбрали в этом случае не дипломированного врача, а соседку? Какого-то однозначного объяснения я не получил. Во-первых, соседка имела в локальном восприятии более высокое социальное положение — пожилая (значит, более опытная) женщина из особой, «сакральной» семьи, за членами которой закрепилась устойчивая слава успешных врачей. Дипломированные врачи ни по своему возрасту, ни по своей семейной истории на такой же статус претендовать не могли. Во-вторых, в больничном враче видели скорее не практика-лекаря, а человека, который делает прививки, проводит беседы, выдает различные справки со всеми вытекающими из этого годами и ограничениями. Связь всей этой деятельности со здоровьем, которая, безусловно, имела, тем не менее не была очевидной с точки зрения человека, почувствовавшего себя плохо. Соседка же знахарка действительно, по местным представлениям, занималась лечением, сохраняя необходимую приватность и даже иногда важную для людей секретность этого процесса. Поскольку такое обращение к ней было не первым, значит, ей доверяли, в ней видели надежного лекаря, который справляется со своими обязанностями. К слову, приболевший мальчик

<sup>44</sup> См. Очерк 8.

через несколько дней выздоровел, что, скорее всего, произошло бы и без помощи соседки, но в сознании его родителей именно она оказала решающее воздействие на процесс выздоровления.

Советские больничные практики категоризации болезней и способов их лечения, таким образом, не всегда полностью обеспечивали снятие боли (я бы сказал — ее контроль), а также объяснение причин ее появления. Это порождало неформальные способы самолечения признанными медицинскими препаратами — таблетками, капсулами, порошками, мазями, настойками, которые можно было приобрести вполне легально, используя различные социальные связи, а не официальную процедуру выписки рецепта. Люди пытались использовать те же механизмы воздействия на организм, но минуя публичные и официальные способы категоризации и диагностирования.

Появление в Ошобе советской больницы и новых лечебных практик не привело к исчезновению прежних, локальных способов излечения или снятия боли. Местные жители продолжали обращаться к разнообразным экспертам и занимались самолечением, исходя из собственных представлений о причинах недомогания. Это было связано отчасти с сохранением доверия к местным методам лечения<sup>45</sup>, отчасти с желанием избежать больничных практик, которые, с одной стороны, требовали больших затрат — времени, ресурсов и социального капитала, а с другой — более бесцеремонно вторгались в жизнь человека и принуждали его к избыточной открытости и контролируемости. Больничные практики не вытесняли других — больничных, локальных — практик лечения, а вполне уживались с ними, иногда даже переплетаясь причудливым образом, о чем я скажу ниже.

Прежде чем перейти к описанию локальных медицинских практик в Ошобе, сошлюсь на супругов Наливкиных, которые в 1886 году дали емкое и красочное описание местных знаний о болезнях и их лечении в том виде, как они существовали в Фергане в сельской глубинке в момент присоединения региона к Российской империи<sup>46</sup>:

<sup>45</sup> О локальных контекстах доверия см.: *Giddens A. The Consequences of Modernity.* Polity Press, 1990. P. 100—111.

<sup>46</sup> *Наливкин В., Наливкина М. Очерк быта женщины оседлого туземного населения Ферганы.* Казань: [б.и.], 1886. С. 70—73.



## ОЧЕРК ШЕСТОЙ

Медицина процветает, но только в том смысле, что ежедневно предлагаются тысячи самых несуразных советов и ежедневно же съедается, выпивается, прикладывается и намазывается целая прорва иногда далеко не безвредной дряни.

Большинство медицинских книг бомбейского издания; все почти на персидском языке, похожи одна на другую и привозятся сюда непосредственно из Индии. Местные медицинские книги, написанные на местном же, узбекском языке, очень редки, а по содержанию мало чем отличаются от бомбейских. Одна из таких книг лежит в настоящую минуту перед нами, и мы позволим себе сделать из нее несколько выдержек в русском переводе, дабы познакомить читателя с современным состоянием местной медицины.

Книга носит название: *Шифа-и-клуб*, что в подстрочном переводе означает — *излечение сердца*, а так как в переносном смысле сартовское *сердце* равнозначно русскому *нутру*, то заглавие это правильнее будет перевести так: *излечение внутренних болезней*. Как и все вообще мусульманские книги, будь то хотя бы даже сборник анекдотов, *Шифа-и-клуб* начинается словами: *Бисм-илля ар-рахман ар-раим* — во имя Бога милостивого, милосердного <...> Далее говорится о несомненно божественном происхождении медицины, после чего уже следуют 35 глав, в которых излагаются способы лечения разных болезней. Вот отрывки из некоторых.

Глава 1 <...> Головная боль. Цветы мальвы и цветы колючки вскипятить в воде и натирать этим настоем ноги ниже колена, пребывая в спокойствии <...>

Глава 8 <...> Растрескивание губ. Если оно происходит от желчи, то признаки болезни: горечь во рту, сухие губы, жесткий язык. Средство — давать слабительное (для уменьшения желчи) и мазать губы мазью из шафрана <...>

Глава 9 <...> Опухоль десен. Признак болезни: если она происходит от крови, то десны постоянно болят и во рту образуются трещины покровов; если от желчи, то горечь во рту; если от мокроты, то опухоль мягкая и цветом белая. Средство: если болезнь происходит от первой причины, то следует пустить кровь, а если от других (причин), то принимать слабительное, соответствующее этим причинам <...>

## РОЖДЕНИЕ ОШОБИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Глава 11 <...> Если в груди заведутся черви, то полоскать глотку смесью 10 золотников сахара, вскипяченного в чайной чашке воды, и 5 золотников соли, тоже вскипяченной в таком же количестве воды <...>

Глава 12 <...> Язвы на легких. Признаки болезни: постоянный жар; при кашле отделяется гной; если этот гной отделить от слюны и бросить в огонь, он издает дурной запах, а в воде тонет. Средство: пить ослиное молоко и примешивать к пище сок ячменя <...>

Глава 26 <...> От неплодия — есть язык зайца <...>

В предисловии к другой подобной же книге говорится, что как стихи, так и болезни, и равно и лекарства от этих болезней разделяются на *горячие* и *холодные*. Так как пища и питье могут различно влиять на состояние человеческого организма, то к ним относятся как к лекарствам, а потому и они подразделяются на горячие (*иссык*) и холодные (*саук*).

Медикаменты, которыми пользуют туземные врачи, донельзя разнообразны. Цветы и коренья различнейших, как туземных, так и иноземных растений, квасцы, купоросы, сушеные змеи и ящерицы, вареные, печеные и сушеные овощи и фрукты, известь, серная кислота, ртуть, воск и медь, привозимые сюда из Семиречья и пр. По большей части все это дается в виде различнейших соединений.

Одним из наиболее популярных лекарств считается *мумия*. Из чего и как мумия готовится, нам достоверно неизвестно; мы знаем только, что цвета она обыкновенно желтого или красноватого, вкус неприятный, горький; на базарах продается около 20 копеек за кусочек с горошину и рекомендуется как *внутреннее* средство при порезах, вывихах, переломах костей и многих других болезнях. Большинство сартов того мнения, что *мумия* готовится в Китае (или Тибете) двумя способами: или из сока какого-то тамошнего растения, или же из человеческого жира. Что касается до второго способа приготовления, то каждый описывает его по-своему. Одни упоминают о китайских покойниках; другие более склонны думать о ловле и откармливании китайцами людей, предрасположенных к ожирению. Как бы то ни было, но общественное мнение стоит за приготовление *мумий* из человеческого жира и стоит за это настолько твердо и непоколебимо, что несколько лет тому назад в одном из уездов области производилось даже следствие, имевшее несколько оригинальный характер, ибо у туземных сельских

властей явилось подозрение, не было ли совершено происшедшее там убийство с целью приготовления *мумий*.

От коклюша, который по-сартовски называется *кук-юмаль* (синий кашель) и которым в Кокандском уезде болели двое наших сыновей, нам советовали нижеследующие средства: 1) зарыть в землю пять синих кукол; 2) привесить к больному несколько перьев сизоворонки (*кукз-карга*); 3) повесить несколько синих тряпок на *мазар*, могилу какого-нибудь святого; 4) кормить больного яйцами, окрашенными в синюю краску, или, наконец, 5) у первого проезжающего на серой лошади (*кук-ат*) в синем или сером халате (*кук-тун*) спросить, какое средство от коклюша — что он скажет, то и делать.

Конечно, в этом ироническом описании много ориенталистского предубеждения против странных и отсталых способов лечения<sup>47</sup>. Но даже из этой наливкинской цитаты мы видим, что среднеазиатская медицина представляла собой хаотическую смесь самых разных книжных и местных представлений, иногда построенных на каких-то магических аналогиях и действиях, иногда апеллирующих к рациональным знаниям, иногда использующих нерационализированный локальный опыт. В научной литературе мне встречалась попытка разделить медицинские практики у мусульман на два типа — сакральные и секулярные, которые, имея разное происхождение, дают разные же объяснения причин болезни и способов избавления от нее<sup>48</sup>. Хотя это,

<sup>47</sup> См. также: *Симонова (Хохрякова) А.* Чародейство. Гадание и лечение сартянок в Самарканде // Справочная книжка Самаркандской области / М. Вирский (ред.). Т. II, отд. 4. Самарканд: Самаркандский областной статистический комитет, 1894. С. 90—122; *Кушелевский В.И.* Материалы для медицинской географии и санитарного описания Ферганской области. Т. 3. Новый Маргелан: Ферганский областной статистический комитет, 1891; *Пишов А.* Сарты. Ч. 1. Этнография // Сборник материалов для статистики Сыр-Дарьинской области. Т. XI. Ташкент: Сыр-Дарьинский областной статистический комитет, 1904. С. 378—399, 461—496.

<sup>48</sup> См., например: *Greenwood B.* Cold or Spirits? Choice and Ambiguity in Morocco's Pluralistic Medical System // *Social Sciences and Medicine*. 15B: Medical Anthropology. 1981. Vol. 15. № 3. P. 219—235; *Keshavjee S.* Bleeding Babies in Badakhshan: Symbolism, Materialism, and the Political Economy of Traditional Medicine in Post-Soviet Tajikistan // *Medical Anthropology Quarterly*. 2006. Vol. 20. № 1. P. 79.

на мой взгляд, не очень удачные названия, но я воспользуюсь ими для удобства изложения.

Сакральные практики были связаны с убеждением, что причиной болезней являются зловредные духи, само определение и классифицирование которых входит в процесс лечения, то есть их изгнания. В Средней Азии к таковым относили джиннов (*жин*), албасты (*алвасти*), пери (*пари*), лашкар (*лашкар* — буквально «войско»), а экспертами по их выявлению и борьбе с ними считались муллы, ишаны (*эшон*), шаманы-бахши (*бахши*), заклинатели (*парихон*), которые использовали набор разнообразных техник для излечения (чтение молитв, изготовление амулетов-*тумор*, разного рода ритуалы, принесение жертв, поклонение святым могилам). Секулярные практики основывались на представлениях о состояниях и свойствах веществ и организмов, которые подразделялись, в частности, на холодные и горячие. Экспертами в этой сфере считались табибы (*табиб*), они ставили диагноз и, опираясь на специальную медицинскую литературу, подбирали ту диету и те правила поведения, которые больному следует соблюдать для выздоровления. Два типа практик существовали и продолжают существовать в очень смешанном виде, и люди часто пользуются ими одновременно, незаметно для себя переключаясь с одной объяснительной и поведенческой модели на другую<sup>49</sup>.

Среди локальных способов лечения в Ошобе, которые мне приходилось наблюдать или о которых мне рассказывали, можно было обнаружить секулярные практики, например употребление трав, растений,

<sup>49</sup> См. о разных практиках лечения: *Сухарева О.А.* Пережитки демонологии и шаманства у равнинных таджиков // Домусульманские верования и обряды в Средней Азии / Г. Снесарев, В. Басилов (отв. ред.). М.: Наука, 1975. С. 56—76. О шаманском лечении и среднеазиатских шаманах см.: *Басилов В.Н.* Шаманство у народов Средней Азии и Казахстана. М.: Наука, 1992; *Огудин В.А.* Агторы — аптекари народной медицины мусульманского Востока // ЭО. 2001. № 2. С. 112—130; *Ершов Н.Н.* Народная медицина таджиков Каратегина и Дарваза // История, археология и этнография Средней Азии. М.: Наука, 1968. С. 349—357; *Kehl-Bodrogi K.* «Religion in not so strong here»: Muslim Religious Life in Khorezm after Socialism. Berlin: Lit Verlag, 2008. P. 194—223; *Latypov A.* Healers and Psychiatrists: The Transformation of Mental Health Care in Tajikistan // Transcultural Psychiatry. 2010. Vol. 47. № 3. P. 419—451; *DeWeese D.* Muslim Medical Culture in Modern Central Asia: a Brief Note on Manuscript Sources from the Sixteenth to Twentieth Centuries // CAS. 2013. Vol. 32. № 1. P. 3—18.

других органических и неорганических веществ. Каждый ошибинец знал схему деления пищи и внутренних органов человека на горячие (*иссиқ*) и холодные (*совуқ*) и соблюдал, следуя этой схеме, определенные диеты в случае того или иного недомогания и рекомендации, какую пищу принимать при болях в определенных органах<sup>50</sup>. В кишлаке не было табибов, которые могли бы дать более развернутую консультацию и более широкий набор советов. Однако какие-то травы и средства вместе с описанием правил их употребления можно было купить на окрестных базарах. В самой Ошобе тоже проживали местные знатоки, которые, видимо, коллекционировали способы лечения травами и предлагали желающим свои рецепты. Например, я разговаривал с человеком, который в возрасте за 60 лет не имел своей семьи, жил всегда в одиночестве, часто работая на кладбищах, и собирал в горах разные травы, чтобы готовить из них снадобья. Местные жители называли этого человека каландаром<sup>51</sup>.

Оказать первую помощь при травмах или сделать, например, лечебный массаж могли либо родные, либо какие-то местные «специалисты», которые приобрели соответствующий опыт. Простейшие хирургические операции — выдергивание зубов, удаление нарывов — в прошлом делали брадобреи (*усто, сартарои*). Когда-то в Ошобе был усто Розикул, потом было несколько брадобреев, в том числе усто Негматулло, два Маматкула — сын Розикула и сын Негматулло. Эта профессия передавалась по наследству или от мастера к ученику, брадобреи имели своего духовного покровителя (*пир*) и проводили особые ритуалы в его честь, зачитывая устав (*рисола*). Каждую семью обслуживал свой усто: он ходил от дома к дому и делал свою работу, подстригая мужчин и выполняя какие-то лечебные действия. В его обязанности входило также обрезание мальчиков. В прошлом усто получал с урожая небольшую долю, а когда появились колхозы, каждая семья отдавала один свой трудодень в пользу

<sup>50</sup> Во время своего пребывания в Ошобе я обнаружил, что многие местные жители, включая женщин и стариков, употребляли различные наркотические вещества (анашу, настойки на зернах мака, слабый наркотик *насовой*, сделанный на основе табака), которые, видимо, производили обезболивающий и психотропный эффект. Наркотики в небольших количествах давали даже грудным детям, чтобы они успокаивались.

<sup>51</sup> Каландар (*қаландар*) — отшельник; в прошлом в Средней Азии существовало общество каландаров, которое имело статус суфийской группы.

брадобрея. В 1995 году в кишлаке было несколько брадобреев, но они уже не занимались ни медицинской практикой, ни обрезанием<sup>52</sup>.

Особую категорию экспертов составляли повитухи — опытные женщины, которые помогали роженице в родах и следили за ее здоровьем и здоровьем новорожденного. Они тоже обладали целым набором лечебных знаний и приемов на случай возможных осложнений состояния здоровья у их подопечных. В позднесоветское время отношение к повитухам официально было отрицательным, поэтому к их помощи обращались крайне редко. А начиная с 1990-х годов женщины все чаще стали опять рожать дома, приглашая к себе медсестер, акушерок или повитух либо и тех и других вместе.

Сакральные практики тоже сохранялись в Ошобе на протяжении всего советского периода и включали в себя разнообразные ритуальные и магические действия, направленные на изгнание злых духов. Должен сказать, мне не раз приходилось слышать, как ошобинцы самого разного возраста и образования с серьезным видом и в подробностях рассказывали об этих духах. Обычно последние выглядели в рассказах как группа реальных, идущих куда-то и танцующих людей во главе то ли с хромой девушкой, то ли с хромым мужчиной, прикосновение которой/которого к человеку приводило к болезни и даже смерти. Не очень уверенно этих духов называли пари, появление же их единодушно связывали с местечком Халпез, небольшим горным ущельем между Ошобой и Шеваром.

Другое, пожалуй самое популярное, объяснение болезней и недугований, которое приходилось слышать, — глаз. Сглазить могут обычные люди, имеющие недобрые намерения и какую-то нехорошую силу (я не выяснял специально, откуда, по мнению моих собеседников, эта сила берется).

Злых духов и глаза очень боялись, и всегда существовала целая система разнообразных приемов защиты от них — использование амулетов, всяческих предметов и засушенных растений, которые вывешивают во

<sup>52</sup> Обрезание дсаал один брадобрей, который приехал из селения Джар-булак, многие же ошобинцы обращались в районную больницу, к хирургу. См. также мою статью: *Абашин С.* Миндонский цирюльник // Среднеазиатский этнографический сборник / В. Бушков. (отв. ред.). Вып. 4. М.: Наука, 2001. С. 198—218.

дворе, в комнатах, на дверях, в машинах и так далее, окуривание помещений и людей дымом от тлеющей травы *исирик* (гармала обыкновенная, *Peganum harmala*). Если же человек заболел, то обращались к местным специалистам по изгнанию духов или избавлению от глаза (*кинна*). В Ошобе было несколько категорий таких специалистов. Целительством занимались женщины-бахши, которые после перенесенной болезни обращались к духовному наставнику (*нир*) и получали благословение (*патаха*<sup>53</sup>) на то, чтобы производить те или иные ритуалы и читать молитвы для лечения от глаза. Некоторых таких женщин называли еще *фолчи* (*полчи*), если они специализировались на гаданиях, и *кинначи* — если на глазе. Лечение состояло в основном из магических действий: заклинательница от глаза набирала золу в чашку-пиалу, накрывала последнюю марлей и водила ею в районе солнечного сплетения — считалось, что при этом глаз выходит в пепел<sup>54</sup>.

Кроме бахши лечением заболевших от глаза или от злых духов занимались религиозные деятели. Муллы и *бу-отин* могли совершать, как и бахши, простейшие виды магических действий — читать молитвы, готовить талисманы с цитатами из Корана; возможно, некоторые муллы знали и какие-то другие приемы лечения. Один мулла — Турди-кори, потомок Нурмата Исаматова<sup>55</sup>, — был известен тем, что лечил (пытался лечить?) душевнобольных, привязывая и избивая их. Ишаны и ходжи, особая группа жителей Ошобы<sup>56</sup>, имевших, как считалось, сакральное происхождение и особые способности, также практиковали разные виды лечения. Оно состояло опять же в чтении молитв и *сдувании* (*куф-суф*)

<sup>53</sup> Имеется в виду ал-Фатиха — первая сура Корана, которую читают в качестве молитвы для начала какой-либо деятельности, для разрешения на нее (см.: Резван Е. Фатиха // Ислам. Энциклопедический словарь / С. Прозоров (ред.). М.: Наука, Главная редакция восточной литературы, 1991. С. 254).

<sup>54</sup> Бахши были вовлечены и в другие ритуалы. На поминках, например, они делали зикр (*жаур*) — становились в круг, передвигались по кругу и произносили *ху-хақ* (буквально «он (Бог) сам истина»), после чего за участие в ритуале получали берцовые кости овцы и козы, зарезанных для поминания. При этом считалось, что бахши не должны видеть умерших, а если увидят, то обязаны заново взять *патаха*.

<sup>55</sup> См. Очерк 3.

<sup>56</sup> См. Очерк 8.

сглаза и каких-то злых сил, которые незримо присутствуют в человеке или рядом с ним, в расплескивании крови барана и так далее<sup>57</sup>.

Следует заметить, что эксперты, специализировавшиеся на разных методах лечения, находились между собой в некоторой конкуренции за признание со стороны пациентов и те материальные подношения, которыми процесс лечения обязательно вознаграждался. Особой критике бахши и кинначи подвергались мусульманскими деятелями, высказывавшими время от времени сомнения по поводу легитимности их практик с точки зрения ислама. Однако такая критика, хотя и была постоянной, не сопровождалась серьезными конфликтами, так как бахши и кинначи научились обставлять свои действия мусульманскими символами, да и к тому же все эти эксперты были связаны между собой сложной сетью родственных и соседских отношений, которые гасили взаимное недовольство.

С сакральными практиками лечения было связано посещение (*зиерат*) святых мест — мазаров (*мазор*), включая как местные (могилы «потомков святых» в Ошобе, Чинар-бува, Бойоб-бува<sup>58</sup>), так и другие известные места<sup>59</sup>. Паломничество к мазарам включало в себя целый ряд переплетающихся мотиваций и целей. Это и совершение бескорыстного благого (душеспасительного) дела — *саваб*, и решение с помощью святости места каких-то жизненных проблем, а именно излечение болезни, рождение долгожданного ребенка, окончание цепи неудач и так далее. Наконец, часть паломников в разговоре со мной мотивировала необходимость посещения того же мазара Бойоб-бува потребностью в своеобразном отдыхе или оздоровляющем усилии. Место, где расположен мазар, имеет, по мнению этих людей, некую положительную ауру, а подъем к нему, сопряженный с преодолением физических и духовных трудностей, несет укрепление и исцеление человеческому организму. Подобного рода мотивацию можно было бы отнести к варианту ра-

<sup>57</sup> См. Очерк 3.

<sup>58</sup> См. Очерк 8.

<sup>59</sup> См., например: *Огудин В.А.* Места поклонения Ферганы как объект научного исследования // ЭО. 2001. № 1. С. 63—79; *Горишнова О.В.* Женское паломничество к святым местам (по материалам Ферганской долины) // Итоги полевых исследований / З.П. Соколова (отв. ред.). М.: ИЭА РАН, 2000. С. 115—124; *Kehl-Bodrogi K.* «Religion in not so strong here». P. 180, 186.



ционализации веры и локальной практики, что получило широкое распространение в советское время<sup>60</sup>. Те, кто придерживался таких взглядов, имели смутное представление о легендах, связанных со святым, и выражали по поводу этих рассказов скептицизм. Замечу, однако, что эти паломники, даже если они не осознавали или отрицали сугубо религиозные причины своих действий, старались придерживаться, хотя бы в сокращенном виде, принятых у верующих правил поведения при посещении мазара — они читали какую-нибудь молитву у могилы<sup>61</sup>, клали около нее камень, омывались святой водой и часто устраивали ритуальное угощение.

Вылечивающим эффектом обладают, согласно местным представлениям, многие религиозные ритуалы — *бусешанба*, *мушкул-кушод*, *ашура-оши*, *мавлуд-оши*<sup>62</sup> или просто *худойи*, то есть пожертвование Богу в виде коллективного угощения. Помимо названных ритуалов, часто встречающихся в Ферганской долине, в Ошобе был свой, местный вариант *худойи*, который исполняли члены Лашкарак-топи (буквально «группа из Лашкарака»), то есть те ошобинцы, которые считали себя выходцами из небольшого селения Лашкарак (оно располагается на северо-западном склоне Кураминского хребта, в Узбекистане<sup>63</sup>). Ритуал имитировал своеобразное дистанционное паломничество к святому месту, которое находится в Лашкараке, и в том числе к своим предкам, похороненным около него. Он проводился так: когда у кого-то из членов группы кто-нибудь заболел или, например, родился слабый ребенок, такой человек созывал всю группу и в их присутствии выводил

<sup>60</sup> В начале 1990-х годов я часто слышал аргументы людей, которые обращались к исламу, что религия важна для них как способ бросить пить и поправить свое здоровье.

<sup>61</sup> Обычно в качестве молитв используются Йа-син — 36-я сура Корана — либо упомянутая ал-Фатиха.

<sup>62</sup> *Мавлуд* — день рождения пророка Мухаммада (*Резван Е. Маулид // Ислам. С. 163*), *ашура* — траурный день по случаю гибели имама Хусайна, внука Пророка (*Кушев В. Ашура // Там же. С. 33*), *бусешанба* и *мушкул-кушод* — ритуалы, посвященные местным женским святым (см.: *Крамер А. Биби Сешанба // Ислам на территории бывшей Российской империи / С. Прозоров (ред.). Вып. 4. М.: Восточная литература, 2003. С. 17; Крамер А. Мушкуль Кушод // Там же. С. 56*).

<sup>63</sup> К слову, рядом с этим селением археологи открыли древний серебряный рудник VII—X веков (см.: *Буряков Ю. Ф. Древний серебряный рудник Лашкерек // Советская археология. 1965. № 1. С. 282—283*).

предназначенного к жертве барана на веревке за ворота своего дома, как бы направляясь в Лашкарак; после этого выбранный в Лашкарак-топи смотритель мазара (*шайх*)<sup>64</sup> говорил: «Достаточно, вы уже отправились в Лашкарак», — и человек возвращался обратно во двор, барана резали и готовили блюдо *атала*<sup>65</sup>, а всех членов Лашкарак-топи звали на трапезу; все угощались, и шайх читал молитву, призывающую Бога, святых и предков помочь разрешить существующие проблемы.

Хотя такого рода ритуалы нередко имели своей явной целью решение проблем выздоровления, но тем не менее они не воспринимались и не описывались в понятиях болезни и лечения. Подразумевалось, что сакральные действия влияют на человека в целом — на его состояние, самочувствие, удачу, душевное и духовное равновесие. Проблематика болезни и лечения не выделялась из общих представлений о судьбе, на которую можно каким-то образом религиозно/магически воздействовать, и о грехах, которые можно тем или иным способом искупить.

На первый взгляд все эти способы лечения были примитивными и неэффективными, а стойкая приверженность к ним несмотря на появление современной медицины — пример иррационального поведения<sup>66</sup>. Однако разрабатываясь и применяясь на протяжении длительного времени, перечисленные способы борьбы с недугами и болью, возможно, имели какие-то реальные лечебные результаты. К тому же упомянутые выше эксперты благодаря долгой практике общения с разными больными и, возможно, передававшимся в их семьях знаниям простых приемов и лекарственных средств могли действительно оказывать первичную помощь или хотя бы рекомендовать тактику обращения с больным. При оценке эффективности и популярности такого рода лечения надо учитывать также близость между пациентами и традиционными лекарями, которые принадлежали к одному и тому же локальному сообществу. Такая близость могла оказывать влияние на самочувствие и оценку своего

<sup>64</sup> Одним из смотрителей был, например, Рузмат-бойвачча (племянник Мумин-аксакала, см. Очерки 2, 3 и 4).

<sup>65</sup> *Атала* — мучная болтушка, приготовленная из обжаренной на сале или топленном масле пшеничной или ячменной муки с добавлением молока.

<sup>66</sup> См.: Kleinman A., Sung L. Why Do Indigenous Practitioners Successfully Heal? // Social Sciences & Medicine. 1979. Vol. 13. P. 7—26.

состояния у тех, кто обращался к экспертам за советами. Представления о причинах болезней и методах лечения были вписаны в местные социальные отношения и иерархии и даже в местные климатические и природные условия, что вызывало и вызывает у ошобинцев доверие к неболезничной медицине и ее результативности.

### «Я верю»

В 2010 году я встретился опять с теперь уже бывшим главврачом ошобинской больницы Ашурали Дехкановым, и он рассказал мне несколько историй о своих собственных болезнях:

Это было четыре года назад. Я такой стал, сижу, дыхания не хватает, напряжение большое, двадцать дней лежал дома. Врачи приходили и ничего не находили. Обратился к хирургу в селение. Там есть хирургическое отделение, врач хороший. Я спросил его: «Может быть, это непроходимость кишечника, потому что там сильно болит, напряжение большое». Он сказал: «У тебя никакой хирургической болезни нет, только воспаление есть». Ничего не давал, лекарства не давал. Он удивился: анализы ничего не показывают, рукой ничего не определил, я рассказываю, а он слушает и удивляется. Потом меня обратно домой привезли. На другой день свадьба, раис-бобо [Ходжаназаров] сидит, гостей полный дом. Я сестре сказал: «По-моему, это не медицинская болезнь, найдите мне кинначи». Ночью в 11 часов привезли молодую девушку, она начала снимать слез. Я с нетерпением жду, сижу с трудом, не могу сидеть, боли у меня, дыхания не хватает. Ритуал продолжался где-то час. А утром встаю — здоровый, никакой боли нет, напряжения нет, вздутия нет.

Пятнадцать лет назад у меня была похожая история. Я стал плохо себя чувствовать. Сильно болела голова. Я не знал, что делать. Обращался к знакомым врачам в районе, но никто не мог помочь. Тогда моя мама решила позвать соседку — Джаннат-кампыр [*камтир* — старушка], она кинначи. Я не верил в эти вещи, но решил не обижать маму. Джаннат-кампыр положила в тарелку пепел, перец, соль и еще что-то и стала

делать над моей головой какие-то пассы. В пепле образовались ямки, как будто его трогали рукой. Это, видимо, выходила болезнь. После этого я заснул и проспал больше суток. Встал, и голова перестала болеть.

Природа, оказывается, нерешенный вопрос очень. Если бы другие сказали, что так получилось, то я бы не поверил как врач: пепел, добавляют в него кое-что, проводят около человека, и от этого все проходит. Удивительно, но действительно так.

Когда кинначи делают пассы, то появляется в их руках какое-то напряжение, они действительно могут сказать, есть ли у кого-то сглаз, много или мало. У любого человека может быть сглаз. Некоторые люди могут подействовать на другого человека, у них из глаза луч или хороший взгляд. Плохие люди есть, вредные — они плохим образом обращают внимание на кого-нибудь, и человек заболевает. Таких людей никто не знает. Не знаешь, кто посмотрел, не почувствуешь, но постепенно действует. Вредный человек направляет эту энергию сзади или спереди — как это действует, я точно не знаю. А кинначи снимает это.

Я на себе испытал. Я действительно вынужден верить, я же вылечился. Я думаю, вот больной в таком состоянии — лежачий, не ходит, не кушает, долго кашляет, болезнь неясная. Его отправляют на туберкулезное обследование, делают анализы, исключают определенные болезни. Меня отправили бы, лежал бы шесть-семь месяцев или год, ничего не обнаружили бы, делали бы уколы, вводили бы химикаты — я бы хуже заболел, может быть. А здесь за один раз, буквально за пять минут вылечился.

Я врач, могу определить сам, например, воспаление легких, это ясно — кашель, температура, можно услышать изменения. Это я знаю, лабораторно знаю. У каждой болезни свои признаки имеются — куда боль отдает в лежачем положении или когда человек встает, ходит, ногу поднимает. Если объективно не можешь определить, если признаки неясные, лаборатория ничего не дает, то тогда ясно, что это сглаз — у них своя болезнь.

Если камень в почках, то кинначи ничего не сделает. Но иногда в самом деле почки воспалены — хотя обращаться к кинначи нельзя, люди обращаются, но это бесполезно, время проходит, это надо обращаться к врачу. Ногу сломал — кинначи не помогут, а вот зуб болит — могут помочь.

## ОЧЕРК ШЕСТОЙ

Не все могут быть кинначи, обычно эта способность передается по наследству. Они читают молитвы, но я не знаю, помогают ли эти молитвы, но пепел на самом деле действует. Я удивляюсь: нехороший луч от больного человека ударяется о пепел, и в нем появляются специально сделанные разные ямки — то, что вышло из человека, в них остается. Кинначи десять—пятнадцать минут пассы делает, и ямки исчезают, пепел уже гладкий — она снимает вредные лучи. Я верю.

Раньше, когда не было медицины, к кинначи многие ходили, а в последнее время к ним обращаются, когда от медицинского лечения пользы нет — летачат у врачей сначала, но пользы нет.

От обсуждения глаза мой собеседник перешел к другим болезням:

Медицина не учит, что у каждого человека есть сухость, влажность, горячесть и холодность. Их надо определить и давать лекарство в зависимости от этого — чтобы оно действовало. Органы тоже холодные и горячие: печень, почки, сердце — горячие, лимфа, кости, сухожилия, язык — холодные. Нельзя принимать долго холодную пищу, так как это повлияет на горячие органы.

Есть знатоки, наблюдательные люди, которые могут определить болезнь и подсказать диету. Я работал в сельсовете председателем. Смотрю — устаю, вид другой, припухлость, отеки, я сто метров не мог пройти тогда. Я принимал разные лекарства, мочегонные, чтобы отеки снять. Обращался к врачам в Ходжент, они тоже назначили мочегонные, но на самом деле откуда и какая это болезнь, не знали. Однажды я сижу дома, одна женщина — ей шестьдесят лет, из Мархамата, тоже кинначи, — пришла, мы сидим, чай пьем. Она посмотрела на меня, сказала: «Что с вами?» Я ничего не ответил. Она сказала: «У вас какая-то болезнь, вы не обращаете внимания. Вы должны держать сорок дней диету, не пить спиртное, кипяченую воду и чай не пить, жареное, сладкое, сахар, соленое, жирное, молоко нельзя, лепешки с дрожжами нельзя». Она назвала болезнь — *бадук*. Я думаю, это было воспаление всего организма наподобие аллергии, снаружи ничего не видно, ничего не высыпает, но отеки есть. Я послушал ее, держал сорок дней, трудно было — и все прошло. В медицине такого назначения я нигде не встре-

чал и не читал. Я думаю, что острая, соленая и жареная пища усиливала аллергический воспалительный процесс, а когда я стал держать диету, эта пища не поступала в организм — болезнь потихоньку проходила. Долго надо держать диету.

В детстве у меня была другая история. Где-то в седьмом классе школы я стал совсем слабым, у меня был слабый кашель, и я ничего не мог делать. Мама позвала одну старуху. Она посмотрела мне под язык и сказала, что у меня болезнь *левший*. Она взяла кусочек дикорастущего дерева *илгой*<sup>67</sup> и положила мне под язык, потом я полчаса стоял наклонившись и у меня изо рта постоянно текла вода. Я потом десять дней лежал в больнице, и моя болезнь прошла.

Я думаю, механизм такой: когда под языком появляются своего рода венозные сосуды зеленого цвета, то язык укорачивается, его нельзя вынуть изо рта, язык уходит назад, корень языка трогает заднюю стенку гортани и раздражает ее — человек кашляет, потому что язык должен быть впереди. Это механический кашель — процесс простой, но медицина его не знает. Когда старуха поставила свое лекарство, зеленый цвет прошел, язык высунулся, раздражение исчезло и кашель перестал. Интересно. Интересно же, *бадук* или *левший* — об этом медицина не пишет нигде, не знает<sup>68</sup>. А я сам болел. Оказывается, простой метод: болезнь можно определить легко, никакого анамнеза, и вылечить легко.

Прежде чем я попытаюсь проанализировать этот рассказ, несколько слов добавлю о самом Ашурали Дехканове. После моего отъезда из Ошобы в 1995 году он несколько лет оставался главврачом, а потом

<sup>67</sup> По другой версии *иргой*. Возможно, речь идет о растении ирга из семейства розоцветных.

<sup>68</sup> В этнографической литературе описана болезнь *бадик*, когда тело человека покрывается болячками и для лечения проводится целый ряд ритуальных действий; существует даже специальная категория врачей *бадикхон* (см.: *Саримсоков Б. Ўзбек маросим фольклори*. Тошкент: Фан, 1986. С. 139—180 [на узбекском языке]). В современном узбекском языке термин *лавиша* обозначает цингу (см.: *Ўзбекистон миллий энциклопедияси*. Т. 6. Тошкент: Ўзбекистон миллий энциклопедияси нашриети, 2003. С. 207, 208 [на узбекском языке]). В локальных представлениях, по сообщению этнографа Адхама Аширова, слово *лапиша/лафиша* означает слабость, полное обессиливание.

был назначен председателем сельсовета/джамоата. На этой должности он, конечно, оказался при поддержке своих влиятельных родственников и заменил другого своего родственника (который внезапно умер). Почти десять лет Дехканов оставался аксакалом и развернул активную деятельность, много работая — при поддержке международных фондов — над реконструкцией дорог, прокладкой труб для питьевой воды и так далее. Он продолжал также медицинскую практику в качестве врача на полставки. В эти же годы Дехканов стал много болеть. Когда я встретил его в 2010 году, уже после отставки с должности аксакала, он выглядел очень уставшим и нездоровым человеком.

Таким образом, перед нами рассказ не просто врача, а врача, несколько — не полностью, конечно, — отошедшего от повседневной медицинской практики в больнице и самого испытывающего недомогания, снять которые современная медицина не могла. Добавлю, что в 1990—2000-е годы больничная медицина в Таджикистане, особенно в сельской глубинке, оказалась в весьма плачевном положении с точки зрения финансирования и подготовки кадров: с трудом поддерживался ее в общем-то и без того невысокий уровень, который был достигнут в советское время. Постсоветский кризис не мог, конечно, не повлиять на настроения людей, на их восприятие себя, своей профессии, своих знаний, своей роли в обществе — это нужно учитывать, читая рассказ бывшего главврача, записанный мной в 2010 году.

Тем не менее я думаю, что вправе экстраполировать услышанное на советское время, чтобы увидеть, как тогда современная медицина взаимодействовала с местными взглядами на болезни и лечение. Стремясь осмыслить собственную историю боли, Дехканов, несмотря на свое современное (или русское/европейское образование), не отвергал локальные медицинские практики, а, наоборот, включал их в опыт своих переживаний и раздумий. Он пришел к этому, как видно из его объяснений, через осознание ограниченных возможностей той модели медицины, которой сам был призван служить и которую должен был укреплять и пропагандировать. Другим важным аргументом в рассказе бывшего главврача является ссылка на людей, которые его окружали (мама, сестра, соседка Джаннат-кампыр, анонимные женщины-кинначи) и убеждали опробовать новые способы излечения. В формировании мо-

тиваций и восприятия боли и недомоганий включались, следовательно, различные акторы локальных социальных сетей, они воздействовали на чувства, которые испытывал Дехканов. Далее закономерно включался механизм сакрального обоснования — отсылка к наследственной передаче способностей излечивать, разного рода истории о духах, святых, чудесных исцелениях и так далее, которые я в большом количестве слышал от других ошобинцев. Все это в итоге создавало у заболевшего ощущение того, что лечение ему помогает, хотя, как я уже говорил, мой собеседник, к сожалению, вовсе не производил впечатления излеченного, здорового человека.

Правда, замечу, что бывший главврач завершающего шага — сакрализации своего опыта — не сделал и обходился без него. Он явно пытался цензурировать такого рода аргументацию и рационализировать локальные практики в терминах и в логике своего советского образования<sup>69</sup>. Дехканов использовал три способа такой рационализации<sup>70</sup>. Во-первых, он обозначил список того, что современная медицина может лечить своими силами, а остальные недомогания, которые она не в состоянии точно диагностировать, отнес к компетенции местных экспертов, которые опираются на традиционный, накопленный веками опыт. Сначала — и здесь Дехканов был строг в своих убеждениях — надо все-таки обратиться в больницу, и только если она не поможет — искать помощи у народных целителей, то есть приоритет сохранялся за советским медицинским знанием.

Во-вторых, чтобы объяснить необъяснимые с точки зрения науки действия местных экспертов, бывший главврач ввел знакомое нам понятие доверия, которое существует и в современной медицине, призывающей больного доверять врачу для достижения комфорта и наиболее

<sup>69</sup> Смешение европейских и локальных языков при объяснении болезней и способов их лечения хорошо показано в книге Й. Расанаягама: *Rasanayagam J. Islam in Post-Soviet Uzbekistan: The Morality of Experience*. Cambridge University Press, 2011. P. 180—229. Правда, автор рассматривает проблему в контексте вопроса об ощущении себя мусульманином.

<sup>70</sup> Точка зрения, что народная медицина обладает «положительным народным знанием» и «полезными и рациональными элементами», уже существовала в публичной риторике советского времени (см., например: *Ершов Н.Н. Народная медицина таджиков*. С. 357).



полного эффекта от лечения. Соответственно, и локальные эксперты, несмотря на сомнительность применяемых ими средств, смогут помочь больному, но лишь в том случае, если он верит в эти средства, — тогда в его организме задействуются и активизируются психологические механизмы защиты, которые приводят к снятию боли или даже излечению. Такого рода рационализация была очень популярна среди населения, особенно у образованной его части, которая вынуждена была мирить свои современные убеждения с местными привычками.

В-третьих, защищая свой прежний высокий статус в больничной иерархии, Дехканов пошел еще дальше и попытался сформулировать языком современной медицины некие гипотезы о механизме действия того лечения, которое ему предложили кинначи и эксперты. При этом он, в частности, использовал термины «пассы», «энергия» и «луч», взятые им, по его же утверждению, из словаря российской целительницы Джуны Давиташвили, которая дальше многих других небольших экспертов продвинулась в получении официального признания<sup>71</sup>. Вот что он сам говорил по этому поводу:

В 1991 году я около месяца учился в Москве у Джуны Давиташвили. Теперь я могу лечить по методу Джуны. Я держу ладонь над человеком, чувствую тепло от тела и делаю пассы — это одновременно установление диагноза и лечение. Иногда надо держать десять — пятнадцать минут, иногда — до тридцати минут. Для детей достаточно трех — пяти минут. Особенно это помогает детям. Я не верю лекарствам и считаю, что надо пользоваться более естественными средствами. Наука еще многого не знает. У каждого человека есть энергия, которая может лечить или быть источником болезней. В чем метод Джуны? У каждого человека есть биоток. У некоторых способности больше. Это биологический ток, так как у человека есть энергия внутри, благодаря которой он ходит, двигается. Когда в организме возникает воспаление или травма, то происходит

<sup>71</sup> Джуна Давиташвили представляет себя целительницей и астрологом. В конце 1980-х годов она сумела создать вокруг себя публичный ореол человека с необычными возможностями и получила разнообразные знаки официального признания. В 1989 году вышла ее книга «Бесконтактный массаж. Профилактическая методика», в которой она пыталась наукообразным языком описать свои способности.

## РОЖДЕНИЕ ОШОБИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

изменение механизма и направления биотока, энергии. Пассаами можно регулировать биоток — снять его или добавить.

Из этого признания следует, что Ашурали Дехканов давно, видимо еще до своей болезни, интересовался тем, как совместить небольшие локальные практики излечения с деятельностью в рамках больничной медицины. Ссылка на Джуну Давиташвили позволяла ему добиться того, чтобы его советское медицинское образование и статус не только не вступали в противоречие с местными привычками и представлениями, но, наоборот, подкрепляли последние отсылкой к авторитетному и легитимному институту больницы, которую он представлял и возглавлял, и к связанной с ней формальной и неформальной власти. Этот интерес к локальным практикам не был случайным и исключительно теоретическим — меня поразила обнаружившийся во время разговора с Дехкановым факт применения и самим главврачом методов небольшой медицины: будучи в его доме, я видел, как во двор зашли две женщины, которые принесли на лечение своих маленьких детей; бывший главврач районной больницы позвал каждую по очереди в гостиную и там несколько минут «делал пассы» над маленькими пациентами. Современная больница и современный рациональный язык вполне, таким образом, вросли в местную почву, были приспособлены к локальному контексту, к ошобинским социальным связям и иерархиям.

\* \* \*

Подытоживая сказанное, вернусь к вопросу о колониальности советской медицины. Такая характеристика уже изначально выглядит слишком прямолинейной, так как речь идет о сфере деятельности, где, несмотря на наличие инструментов подчинения, всегда присутствовала забота о человеке, о его здоровье и жизни.

Эта противоречивость обвинения в колониальности видна в статье «Медицина и колониализм», которую в конце 1950-х годов написал один из самых ярких интеллектуалов и идеологов антиколониальной борьбы в Северной Африке — Франц Фанон<sup>72</sup>. Очень емко сформули-

<sup>72</sup> Английский вариант был опубликован позднее: *Fanon F. Studies in a Dying Colonialism*. NY: Monthly Review Press, 1965. P. 121—145.

ровав критику в адрес так называемой современной медицины, автор заявил, что, несмотря на все достижения последней, она выполняла роль оправдания и поддержки колониальной власти, закрепляла иерархию между колонизаторами и колонизируемыми, сохраняла черты неравенства и превосходства Запада над покоренными народами: «Вынужденный, во имя правды и благоразумия, сказать “да” некоторым нововведениям захватчиков, колонизируемый понимал, что тем самым он оказывается заложником системы в целом и что французская система медицинской помощи в Алжире неотделима от французского колониализма в Алжире»<sup>73</sup>. Также Фанон писал, что коренные алжирцы не доверяли западной медицине и старались ее избегать, что было формой сопротивления западному колониализму, а доктора из числа местных жителей, усвоивших европейское образование, находились в сложном, двойственном положении, и их нередко воспринимали как представителей колониальной власти (напомню, что сам Фанон был врачом-психиатром). Однако, продолжал он в своей работе, одновременно с национальной борьбой против колониализма местные доктора реинтегрировались в свое сообщество и западная медицинская технология превращалась в средство укрепления и поддержания «тела нации».

В такой позиции Фанона присутствует внутренний парадокс: в зависимости от точки зрения современная медицина виделась/становилась то инструментом власти индустриального/капиталистического/рационального социального порядка, то орудием в первую очередь колониального господства и местом, где разворачивается сражение империи и антиколониальных сил, то, наконец, чуть ли не средством освобождения от колониализма. Мы понимаем, таким образом, что по отдельности оба определения — европейская (и советская) медицина как колониализм и как черта модерности — имеют каждое свои ограничения и внутреннюю двусмысленность. Я бы не решился принять какое-то одно из них в качестве окончательного и бесспорного. Мне представляется, что вместо отстаивания однозначных определений и навешивания ярлыков более правильно видеть в медицине пересечение разных интересов и процессов, разнообразные — не только колониальные — возможности

<sup>73</sup> *Fanon F. Studies in a Dying Colonialism*. P. 122, 123.

доминирования и одновременно сопротивления, культурной иерархии и проявления гибридности. Вслед за поздним Фуко я полагаю, что отношения власти — это стратегическая игра, в которой люди, с одной стороны, всегда обладают некоторой степенью свободы и самости, а с другой — могут получать выгоды и удовольствия, реализовывать свои интересы. В этой игре вещи могут переворачиваться, поскольку отношения власти «подвижны, обратимы и неустойчивы»<sup>74</sup>. Медицина — это инструмент государства, с помощью которого власть отслеживает, контролирует и формирует идентичности и поведение населения, это институт, обладающий социальными и экономическими ресурсами, которые используются в локальных стратегиях и локальных социальных сетях, это корпорация, выступающая в качестве отдельной статусной социальной группы и формирующая свой язык самости и престижа.

Возвращаясь к Ошобе, можно сказать, что появление института больницы и других советских институтов, а также всех соответствующих представлений и практик привело к тому, что сообщество оказалось в новом пространстве, которое предоставило ошобинцам дополнительные возможности и одновременно ввело новые инструменты разделения и принуждения. Люди включились в игру, где у них был выбор — какие и по каким правилам делать ставки. Последствия или эффекты оказались такими же неоднозначными и двойственными: выгоды от этой игры довольно неравномерно распределялись по всему социальному полю, создавая свои диспропорции и иерархии — кто-то был скорее лоялен к новым правилам и старался их придерживаться, кто-то чувствовал себя аутсайдером и искал возможности приспособиться к такому положению. Советская модерность приходила в Ошобу извне и скрывала в себе различные виды социальной и культурной гегемонии, но вовсе не сводилась только к стратегиям подчинения и сопротивления.

<sup>74</sup> См.: Фуко М. Этика заботы о себе как практика свободы // М. Фуко. Интеллектуалы и власть. Ч. 3. М.: Праксис, 2006. С. 256—258, 267, 268.