

Прив. доц. А. С. ШОЛОМОВИЧ.

КАК МЫ БОРЕМСЯ С АЛКОГОЛИЗМОМ.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

	<i>Стр.</i>
1. Предисловие	3
2. Проблема наркотизма	5
3. Наркотизм как социально-патологическое явление и меры борьбы с ним среди рабочих.	11
4. Опыт диспансерной борьбы с наркотизмом — наркодиспансерная организация Мосздравотдела	17

Издание Мосздравотдела.

Москва — 1926 г.

Мосгублит. № 15806.

Москва.

Тираж 1.500.

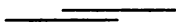
Типография Главмзака при Ивановском Исправтрудоме

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Последние месяцы 1925 и начала 1926 года знаменуются резким подъемом внимания широких масс к вопросу об алкоголизме, почему ознакомление с принципами и методами борьбы с этим социальным бедствием представляется своевременным.

В сборник вошли важнейшие материалы Наркосекции Мосздравотдела.

Опыт первой советской организации по борьбе с наркотизмом следует учесть тем более, что он до сих пор является единственным и все больше и больше завоевывает симпатии рабочей массы.



Проблема наркотизма *)).

Десятилетие 1914—1924 г., введя в обращение кокаин и самогон, усилив опиофагию и морфинизм и распространив до невиданных размеров курение табака среди детей и женщин, превратило прежний единый алкогольный вопрос в бесконечно более сложную полиморфную проблему наркотизма.

Положение в Европе. Для Европы последние годы характеризуются рецидивом мощи алкогольного капитала национального и международного; благодаря этому потерпел поражение скромный паллиативный антиалкогольный законопроект английской рабочей партии в 1923 г. и усиленно наркотизируются принудительным порядком побежденные страны и колонии: Франция принудительно продает Германии свои вина, согласно Версальскому договору, оставив, помимо того, зияющую Рурскую „дыру“ для свободного пропуска французских товаров. Англия усиленно снабжает Восток своим опиумом из Индии, а Америка насыщает Европу в порядке контрабанды своим кокаином.

Не только в Нью-Йорке и Париже, но и в Москве раздаются бесплатные порошки кокаина на улицах; так завоевываются новые рынки.

Общественное влияние европейского алкогольного капитала характеризуется следующими данными ближайших лет:

Всемирно известный Крэпелин пишет: „в течение больше 20 лет я не имел возможности напечатать ни одной статьи против пива ни в одной немецкой газете“. «Alkohol und Tages presse» 1922 г.

Сложные денежные интересы не позволяют Лиге Наций выработать действительные меры даже по отдельному, сравнительно небольшому вопросу об опиуме (Женевская конференция в декабре 1924 года).

В голодном 1920 году Германия затратила за 9 месяцев на алкогольную промышленность в 41 раз более питательных веществ, чем их было ввезено в Германию квакерами для питания немецких детей; население Дании, при Госбюджете 1923 г. в 360 мил. м., потратило на алкоголь 400 м. м.

Американский запрет. В Америке, наоборот **), к 1921 г. алкогольный капитал ликвидирован окончательно: восьмидесятилетняя борьба с алкоголем закончилась введением в конституцию параграфа о полном запрете производства и продажи, ввоза и вывоза алкогольных напитков: одновременно в Соединенных Штатах было закрыто 236 крупных винокуренных заводов, 992 пивоваренных и 300.000 мест продажи алкоголя. Американской промышленности в диалектике ее развития понадобился трезвый рабочий, и она „осушает“ Америку, трансформируя алкогольный капитал в консервный и текстильный.

*) Должено на совещании представителей наркоматов под предс. Н. А. Семашко, созданном по инициативе Мосздрава 14/Х 1925 г.

**) По данным приходящим из Америки за последнее время констатируется разрастающееся нелегальное пользование спиртными напитками.

Правда, расход в 10 миллионов долларов на проведение запрета был покрыт в $2\frac{1}{2}$ раза штрафами за его нарушение; это значит, что и там далеко не изжит и не скоро исчезнет алкоголизм, на что указывает и растущая контрабанда.

Россия за эти 10 лет эволюционировала от 40⁰ царской водки через полный запрет 1914—17 года к самогону, усиленному пивоварению, массовому кокаинизму и 40⁰ алкоголю 1925 года.

Таковы важнейшие факты из области наркотизма за последние 10 лет.

Основные факторы успешной борьбы с алкоголизмом.

Чему учат эти новые факты и какие выводы должна сделать из них общественная наука.

Сопоставление двух колоссальных исторических экспериментов борьбы с алкоголизмом: русского 1914 г. и американского—1920—22 г. показывает с несомненностью, что:

1. Запрет, даже строжайший, под угрозой военного разгрома, один, без целого ряда экономических и социальных предпосылок, ему благоприятствующих—абсолютно недействителен и цели не достигает, хотя и сам по себе является всегда мощным, благотворным фактором (Россия).

2. Экономическое благополучие массы: высокая заработная плата и обеспеченность, постоянная, длительная (40—50 лет), настойчивая пропаганда в населении и школе—низшей, средней и высшей, известная общая культурность, богатейший ассортимент эквивалентов: общедоступная, дешевая пресса, спорт, автомобилизм, кино, радио, театр, музыка, и т. д... даже все это вместе взятое также само по себе абсолютно не дает результатов (Америка).

3. Успех борьбы с алкоголизмом обеспечивается лишь сочетанием факторов: 1) высокого экономического благополучия массы и 2) соответствующего запретительного законодательства, которое должно явиться результатом очень длительной идейной подготовки к нему широчайших масс населения, путем систематической борьбы в семье и школе. И то и другое на основе коренного социального переустройства страны.

Россия. Переходя к современному русскому наркотизму мы сталкиваемся со следующими фактами:

Современное положение. 1. В деревне громадное развитие самогона: сотни тысяч аппаратов и десятки миллионов пудов сжигаемого хлеба; продукты города: пиво, вино, водка в деревню проникают с трудом и серьезной роли в алкоголизме населения не играют, неспособные конкурировать с самогоном, который „пьянее“ и дешевле даже 40⁰ водки, не говоря о вине и пиве.

2. В мелких городских и рабочих центрах и поселках с самогоном конкурируют с переменным успехом вино, пиво, водка. Эти города выпивают не меньше 75%, всего вина, отпускаемого на уезд.

3. В крупных центрах, особенно столичных, самогон сильно убывает, вытесняемый винами, водкой и пивом; беднейшие слои городского населения все же пьют не только самогон, но и политуру; упорно и настойчиво нарастает кокаинизм взрослых, детей, повышается морфинизм и все шире, особенно среди женщин, развивается курение табака.

4. При этом экономика и культура Советской России, едва выходящей из тяжчайших экономических потрясений и массовой неграмотности, очевидно, не позволяют и думать серьезно о запретительной системе: невероятный размах самогонщины лучше всего отвечает на вопрос о возможности запрета в деревне.

Динамика процесса алкоголизации.

Такова статика русского наркотизма, вынуждающая самого строгого сторонника запрета мириться с нею, как с временной исторической неизбежностью. Но наркотизм, как всякий органический социальный процесс, имеет свою динамику и свою диалектику. Современный алкогольный быт рабочей и крестьянской массы, особенно реклама и увеличение градусов, определяет ее сознание в том смысле, что алкоголь—явление неизбежное, которое никакая революция победить не может, и в сознании этом, укрепляемом могучим нарастанием алкогольного быта—самая большая опасность, ежечасно растущая, как лавина.

Отношение рабочих и крестьян.

Между тем рабочая и крестьянская масса в России, не смотря ни на что, всегда относилась к пьянству отрицательно, а к вопросу об алкоголе очень внимательно, чутко и очень сознательно.

„Трезвые бунты“ середины XIX века, когда возмущенные откупщиками крестьяне целых губерний бойкотировали водку, абсолютная трезвость в дни крупных исторических событий (выборы в I Думу, Октябрь и т. п.) указывают, что в массе населения глубоко заложены чувство боязни алкоголя и внутренне отрицательное отношение к нему и к факторам, его производящим.

За это говорят тысячи приговоров 1914 г. о поддержке запрета и презрительно-ироническое отношение „к монополюшке“.

Несомненно отрицательно относятся рабочие и крестьяне и к современной продаже алкоголя государственными органами, и положение в этом смысле очень сложно и запутанно.

Двухлетний опыт Наркосекции непосредственного воздействия на рабочее население Москвы для выявления его отношения к алкоголю и для организации антиалкогольного движения дает очень определенный материал для суждения.

Взрослые организованные рабочие неохотно посещают лекции об алкоголизме, так как основной вывод лекции—о вреде пьянства, им хорошо известен; зато они очень охотно дискутируют устно и записками на эту тему, систематически и настойчиво ставя вопрос: „зачем и почему Советская власть торгует пивом и вином, очевидно вредными“. Сотни и тысячи записок упорно требуют ответа на этот основной вопрос. До выпуска 40° водки ответ был легок: борьба с самогоном требует уступок и отступлений от трезвой политики и из многих зол (самогон, денатурат и т. п.) власть выбирает меньшее, так как пиво и 20° вино менее вредны.

40 градусов и реклама.

Появление 30°, а затем 40° алкоголя трактуется, как полный отказ от трезвой политики, как победа старого принципа казенки, а колоссальная, режущая глаза, социально-вредная и неприличная по своим размерам реклама вызывает острое возмущение и озлобление рабочих вместе с иронией и внятой насмешкой над так называемым санпросветом и оздоровлением быта.

Очень часто записки настаивают на закрытии пивных и заводов „без вреда для рабочих“, имея в виду опасность безработицы, а реакционные элементы, несомненно, утилизируют усиление градусов для дискредитирования принципов нового строя.

Такова позиция городской рабочей массы, несомненно готовой вотировать и даже требующей запретительных мер, несмотря на собственную неспособность активно обеспечить им успех при современных условиях. В этом пункте экономическая, финансовая, санитарная и бытовая проблема алкоголя становится остро политической; надо ли говорить, что ликвидация этого положения и необходима, и осуществима.

Рабочие массы Советского Союза призваны теперь не только к ознакомлению, но и к решению и к выполнению, к проведению в жизнь труднейших, огромнейших социологических проблем мирового значения; семилетний опыт показывает, что они от этих задач не отказываются, если руководящая партия указывает линию движения, делает задачу понятной, дает толчок, направление и метод.

Совершенно очевидно, что проблема наркотизма вообще и может и должна быть решена таким же порядком, как и множество других больших или меньших задач, стоящих перед Республикой Советов.

Но для этого надо ее поставить и надо за нее взяться соответствующим образом: надо выработать общий план, наметить направление и метод действий и осветить весь вопрос перед массой населения.

А именно общую формулу вопроса до сих пор никто не продумал, хотя к частностям (самогон, 30 градусов) подходили вплотную.

Игнорирование проблемы наркотизма. Как это ни изумительно и странно, к проблеме наркотизма в целом никто никогда у нас не подходил, никто не оценил достаточно ее размеров, не дал формулы ее социальной значимости. Как это ни изумительно, Республика Советов не имеет ни одного печатного органа, посвященного этому вопросу, большому и трудному, никакой литературы (2-3 популярных брошюры), никакой организации, даже для его изучения. В Республике Советов, извлекающей крупные и все растущие доходы из алкоголя, кроме милицейских мер, не ассигнуется никем ни одного рубля на борьбу с наркотизмом, даже в пределах тех ничтожных отчислений, которые когда то делались из доходов монополии на общества трезвости.

Единственная в России Наркосекция Мосздрави все еще не имеет бюджета и существовала до 1925 г. на „авось-остатки“ от обычного дефицита; единственная в России кафедра (доцентская) наркологии при 1 МГУ работает в порядке чистой филантропии отдельного специалиста, и во всей Республике нет ни одного лечебного учреждения для наркоманов, даже на период абстиненции, не говоря о стационарном лечении (в Германии таковых 60).

Заинтересованность ведомств. А между тем в этом вопросе заинтересован весьма серьезно ВСНХ, как в проблеме хозяйственной, НКВнудел и НКЮст в криминальной части ее, столь яркой и богатой. НКФин в финансовой части, очевидно, весьма существенной. НКПрос—поскольку идеологическая борьба с дурманом без школы и вне ее невозможна, НКЗем — в виноградно-земельной части дела, НКИдел—поскольку блокада Советов, организованная Антантой, прорывается мощной кокаинной интервенцией, НКЗдрав—поскольку алкоголь разрушает здоровье работающих, НКТруд и ВЦСПС—поскольку производительность труда, увлекая за собой и НОТ, тонет в лавине алкоголя, и Соцстрах, содержащий за свой счет, без своего ведома, тысячи пивных, и Главполитпросвет—поскольку с алкоголем плохо совместима политическая культура рабочих.

Незнание с вопросом. Сложность и важность вопроса обязывает отнестись к нему с должным вниманием и по крайней мере его изучить, его знать, чего у нас совершенно еще нет; в результате до сих пор нередко ответственные коммунисты во имя умеренности делают то же, что немецкие пивовары: насаждают пиво в рабочих клубах; они не считают это вредным и искренне думают оказать услугу рабочему классу; другие считают пропаганду трезвости противоречащей принципам Советской власти и активно ей противодействуют; третьи, в том числе иные врачи Санпросвета, окончательно сбивают с толку рабочую массу, убеждая в том, что пиво полезно; рабочие же делают отсюда вывод: чем больше пива, тем больше пользы.

Тупик и выход из него. Таков тупик, в котором мы находимся. Выход, однако, должен быть найден. Проблема наркотизма должна быть поставлена перед партией; перед властью и перед рабочей и крестьянской массой во всем ее объеме и значении, как сложная, многогранная, огромная, историческая, социальная проблема, рациональное разрешение которой возможно лишь путем очень длительной, напряженной совместной работы всего населения.

Государственный план. Для подготовки разрешения этой проблемы должен быть выработан твердый метод и широкий государственный план, учитывающий все формы, биологические и социально-экономические основы наркотизма, его статику и динамику, его национальные и интернациональные черты и особенности, перспективы и возможности. В основу этого плана должна быть заложена общая идея сохранения основного капитала Республики, рабочего и производительности его труда, находящихся в непримиримом антагонизме с наркотическими ядами, и выработана система мероприятий, осуществляемых каждым ведомством по своей линии, но идущих в одном, общем, заранее указанном направлении при активном участии самого населения на всех этапах работы.

Совет по вопросам наркотизма*). Для выработки такого плана и участия при проведении его в жизнь должен быть немедленно создан особый, специальный, непременно постоянный орган—Совет или Комиссия по вопросам наркотизма при ВЦИК, при ЦК РКП или Госплане—в составе ряда ответственных партийных деятелей и различных специалистов, экономистов, финансистов, наркологов, профработников и т. д., так как наркотизм, очевидно, не есть задача ведомственная. Задачи этого органа таковы:

1. Систематическое собирание материалов и изучение наркотизма: его экономики, финансовой роли, бытовой, его патологии и терапии, криминального, международного, профессионального и т. п. значения.

2. Систематическое освещение всех сторон этого вопроса на основании добытых данных перед всеми слоями населения Республики, издание соответствующих материалов, сборников, журналов, статей, газет и т. п.

3. Выработка мероприятий и подготовка законодательных предложений, ведомственных, междуведомственных, общереспубликанских и международных для проведения их соответствующими органами в порядке общих законов Республики.

4. Инициатива и содействие отдельным учреждениям и лицам в разработке тех или иных вопросов наркотизма и создание специальных учреждений для изучения и борьбы с наркотизмом по соглашению с центральными и местными органами.

Политика и тактика в вопросах наркотизма. Нет никакого сомнения, что в первый же период своей работы орган этот наметит и общее направление политики советской в вопросах наркотизма и тактику ближайших лет—государственную и местную. В широкой исторической перспективе такого плана, конечно, найдут свое место и объяснение и временные изгибы и тактические отступления наподобие 10 градусной прибавки и т. п., и станут понятны для рабочей массы, а следовательно, допустимы и приемлемы, как необходимые и неизбежные этапы. Работами этого органа будет положено начало и систематической борьбе с наркотизмом во всех его видах, формах и направлениях.

*) Совещание представителей наркоматов, по предложению Н. А. Семашко, отвергло „Совет“, ограничившись периодическими совещаниями при НКЗ. Одновременно принято предложение НКПрос'а о создании при каждом Наркомате ячеек по борьбе с наркотизмом.

Ближайшие меры. Совершенно очевидно, что и теперь, при государственной продаже алкоголя, меры борьбы с ним и необходимы, и возможны, хотя кроме борьбы с самогоном никто об этом не заботится. Первоочередными мерами мы считаем:

1. Активное поощрение местного права запрета, разумеется, тщательно продуманного, учитывающего хорошо как общее положение наркотизма в стране, так и его локальные черты и особенности.

Такая мера сразу осветила бы для населения пути и принципы Советской власти в этом вопросе, а для власти выявила бы действительное отношение населения к алкоголю, дала бы исход и удовлетворение реальным тенденциям к борьбе в меру их напряженности и явилась бы прочной базой для дальнейшей работы и власти, и населения, одновременно уничтожив всю двусмысленность современного положения.

2. Решительная борьба с рекламой наркотических, что также явилось бы и утверждением определенного принципа и хорошей профилактической мерой: современная бешеная реклама не только повышает спрос на яды, но искусственно родит его, провоцирует население, особенно рабочую молодежь.

3. Ассигнование специальных средств из наркодоходов на изучение вопроса, лечение больных и организационно-просветительную работу. В Москве же, применительно к местным условиям, необходимо немедленно организовать авторитетную „Губернскую Комиссию“ или „Совет“*) по вопросам наркотизма при МК или Президиуме Моссовета для регулирования вопроса в губернском масштабе: изучение его, выработка плана местной, городской и сельской политики, очевидно глубоко различных, создание необходимейших учреждений, которых настойчиво требует рабочая масса, кровно в них заинтересованная, и широкого развертывания пропаганды, до сих пор явно недостаточной и принципиально, и научно совершенно непродуманной.

*) В Советании при Главном прокуроре республики 14/X принято для Москвы, о чем послано Президиуму Московского Совета.

С своей стороны Президиумом Моссовета возбуждено ходатайство перед ВЦИК о создании Центральной и Губ. Комиссий и о специальных отчислениях на борьбу с алкоголизмом.

А. С. Шоломович.

Наркотизм, как социально-патологическое явление, и меры борьбы с ним среди рабочих.

Наркотизм—стремление к наркотическим веществам—характерен для человечества на всех ступенях и во всех фазах его развития и является по существу рефлексом, реакцией, которую отвечает организм на внешние воздействия.

Человек всегда, во все времена, при всех социально-экономических и политических условиях, задеваемый жизненным процессом, реагирует на него всеми доступными ему средствами добываясь равновесия и удовлетворения.

В громадной массе случаев этого равновесия и удовлетворения достигнуть ему не удастся, гармонии не получается, и он вносит поправку, корректив в форме наркотического, чтобы хоть субъективно, хоть временно испытать гармонию и удовлетворение.

Там, где есть гармония, не нужен наркоз, особенно человеку, его не испытывавшему: он доволен самым фактом гармонического своего существования и не нуждается в дополнениях и поправках. Так как счастливых и гармонично живущих людей, людей без внутренних и внешних конфликтов мало, то невелико и число людей, живущих без всякого наркоза, и закон наркоза в истории человечества столь же универсален, как закон борьбы за существование, тенью которого он является.

Так как, далее, основным бедствием человека являются экономические условия быта массы, то основным фактором, основной причиной наркотизма необходимо признать социально-экономические условия жизни широких народных масс.

На этой базе возникает необходимость забыть, одурманиться чем-нибудь; формы же наркоза имеют производный характер, меняясь в зависимости от ряда причин—исторических, климатических и детально экономических; эти факторы, в свою очередь, влияют на характер и форму наркотизма и наркотических, создавая пеструю и крайне разнообразную картину, теперь наблюдаемую.

Беспредельная сложность условий жизни и быта человеческой массы давали сложную картину наркотических: от веществ, по существу физиологических, так как нередко простое насыщение дает желанную эйфорию, до опасных ядов, как опиум и гашиш.

При этом от легендарного Ноя до наших дней в человеческой массе были элементы, удовлетворяющиеся в жизненной борьбе наркотизмом слабого, а другие крепкого чая, табака и кофе в разных дозах, и элементы, удовлетворяющиеся только ханшином и виски, водкой и коньяком, опиумом и кокаином в растущих дозах.

И всегда в истории, как и в наши дни, человечество делилось на две

группы: первая группа людей, пользующихся относительно безвредными веществами, как возбуждающим и успокаивающим коррективом: — чай, кофе, или более вредными, как табак, пиво, вино, но в малых дозах и редко; причем действие этих веществ во всей совокупности не изменяет личности потребителя, и он остается здоровым, не испытывая острой и постоянной в нем потребности и лишений без него.

Вторая группа—это люди, для которых чай, табак и кофе не дают достаточных желанных импульсов и эффектов, которых малые и редкие дозы пива и вина не удовлетворяют, для которых наркоз необходим в глубоких его проявлениях, достигаемых большими, опасными дозами грубых сильных ядов; эта группа людей зависит от яда, и он становится часто властным хозяином и опасным, ибо слепым, регулятором их самочувствия.

Группы эти резко отличаются друг от друга и характером, и степенью их реакции на наркотик, ответом клетки их мозга на его присутствие.

Разумеется, это деление на группы не представляется строго проводимым в глубину, а дает массу переходных форм, но в общем такое разделение в жизни существует, и не учесть его при теоретическом анализе вопроса нельзя.

К сожалению, современная наука не имеет в своем распоряжении точных данных, выясняющих основы этого различия двух намеченных групп; принято считать причиной этого различия так наз. предрасположение, отсутствующее у первой группы и наличное во второй.

Но большего о предрасположении мы не знаем, более конкретных сведений о нем у нас нет, и мы считаем лишь, что при его наличности легче возникают и стремления к яду и вредные последствия даже малых доз; при его отсутствии не глубоки стремления; и легко переносятся большие дозы.

Можно было бы думать, что первая группа наркоздоровых людей не представляет интереса с точки зрения социальной гигиены или медицинской, и что забота соц. гигиениста должна сосредоточиться на второй группе, члены которой заселяют психиатрические больницы и тюрьмы, разрушают экономику семьи, гибнут, как рабочая сила, требуют соц. обеспечения, вносят разложение морали в общество и т. д.

Но, во-первых, мы имеем очевидные переходы массы людей из первой категории во вторую, причем переход этот является часто неизбежным вследствие основного приятного наркотического действия яда; вчера равнодушный к наркозу человек—сегодня после пробы охотно его принимает, завтра настойчиво ищет, послезавтра болен от его отсутствия, готов на самоубийство или попадает в психиатрическую больницу. Отсюда следует, что как бы слабо ни отражалась на судьбе отдельного среднего человека его собственная доза наркоза, как бы ни была она для него относительно безвредна для текущего дня, — игнорировать эту, действительно не столь злостную для отдельного человека, форму наркотизма с социально гигиенической точки зрения нельзя, как потому, что это явление безусловно массовое, так и потому, что на-лицо бесконечные переходные ступени; процесс этот всегда динамичен. Массовый наркотизм имеет громадное социальное значение; о размерах его можно судить хотя бы по данным хроники, ниже печатаемым (факты и цифры).

Там видна количественная сторона вопроса; качественные же формы наркотизма необыкновенно разнообразны в зависимости от ряда причин: эпохи, климата, природы, быта и т. д.

Зверские формы эксплуатации русского крестьянина и рабочего при рабско-крепостническом строе в суровом климате России вызывали реакцию в форме дикого алкоголизма, смерть от перепоя водкой, кислотой, денатуратом, политурой, самогоном. Климат Италии, Франции и наших Крыма и Кавказа дают более мягкие формы виноградного опьянения; опий для

Египта и Азии, жевание листьев кока в Чили и Перу — все это формы наркотизма, которые человечество широко черпает из окружающего мира, где и как оно его находит.

Каждая эпоха, каждый быт, каждый класс, каждая группа, б. м., каждая профессия, наконец, несомненно, каждый человек в отдельности, имеют свой вид и свой тип наркоза.

Совершенно чуждая европейскому человечеству кокаиномания, вспыхнувшая теперь широким пожаром в России, Германии и Франции, обязаны своим распространением гиперкультуре и пресыщенному Западу и войне, толкнувший массы населения в армию и сотни и тысячи раненых в непосредственную близость к госпитальному кокаину и его чарующему действию.

Морфий получает свои жертвы не из мира текстильщиков или металлургов, а из мира медицинских работников.

Формы же распространения наркотических являются производными факторов экономических: шкалики выгоды кабатчику, пиво немецким пивоварам, киндербальзам и одеколоны нужны аптекарю и drogисту, кокаин во Франции — сутенеру и содержателю бара.

Громадную, но все же производную роль, роль надстройки играет подражание и бессознательность, невежество и некультурность населения.

Как бы то ни было мы стоим перед бесспорными фактами:

1) громадного тяготения к тому или иному наркозу широчайших слоев населения;

2) громадной социальной опасности некоторых общераспространенных ядов, в частности — алкоголя и

3) очевидности, что этой стихии предоставить свободы нельзя.

От Ликурга и Дракона до наших дней человечество искало выхода из этой дилеммы.

Старый рецепт, ожидающий спасения от общего подъема культуры населения, очевидно, безнадежен, ибо современная европейская культура несет с собой новые бедствия народным массам, безработицу, новые яды, как кокаин, и рост алкоголизма.

Очевидно, что социальная в глубине своей проблема наркотизма будет разрешена в основе своей лишь при решении проблем социально-экономических и только в порядке, которым будут разрешены эти последние.

Человечество никогда не откажется от наркотизма вообще, а меняя свою социальную структуру в порядке перехода от строя рабства и кабалы к строю освобождения от эксплуататоров — будет соответственно менять грубые жестокие патологические формы наркотизма на формы наркоза мягкого, благородного, физиологического. Нельзя уничтожить следствие, не уничтожив причины; если массы опьяняются вследствие нищеты и несправедливости, в тисках экономической эксплуатации, их отрезвление невозможно без уничтожения этой эксплуатации, и никакая „культура“ здесь не поможет.

Роль культуры начнется только после решения основной проблемы капитализма, потому что капитализм есть основная причина наркотизма, пользующийся культурой как орудием большого опьянения.

Капиталистическая культура непосредственно сама заинтересована в наркотизме и поддерживает его, как один из своих устоев.

С ликвидацией капитализма культура станет на свое место, вытеснит наркотизм, особенно его грубые формы, и быстро заменит их физиологическим культурным наркозом: опьянением искусством, наукой, красотой и гармонией жизни и труда.

Путь этот длинен и тяжел; для современного человечества он только намечается; волею истории Россия ставит первые на нем вехи, закладывает своими социальными формами основания новой формы действительной, реальной борьбы с наркотизмом и его старыми жестокими видами.

На основе социального переустройства жизни начинает выдвигаться на должное место и культура, и политика.

Хозяин новой России - рабочий и крестьянин уже теперь не нуждается в старой форме наркоза: хотя еще далеко не реализованы его чаяния и надежды, хотя далеко не осуществлены его экономические идеалы.

Но исчезла психика раба, и рабские формы наркоза исчезают.

Он активный участник в строительстве новой жизни, он ее творец; он властно берет культуру к себе на службу, и она дает ему уже теперь новое благородное опьянение искусством и его достижениями; но это лишь первые, слабые, робкие шаги, первые звуки гармонической симфонии будущего; в глубине быта сидят еще крепко вековые влияния кабалы, медленно оздоравливается глубина быта, и нужно на новой базе строить ряд других мероприятий, помогающих экономике, ускоряющих выздоровление, облегчающих роды новой жизни, вытравляющих остатки старого, гнилого.

И прежде всего нужно изучение наркотизма в его существе; наука наших дней знает его слишком мало; она не знает совершенно, как влияет наркоз на организм, в чем сущность этого влияния, каковы особенности физической и психической структуры пьющего пьяницы и пьющего непьяницы, в чем сущность привыкания, каково действительное значение предрасположения, какова роль быта, подражания, обычаев, где приобретает предрасположение: в утробной жизни, в детстве, в юности, или оно наследственно.

Все эти важнейшие проблемы наркотизма, вся его социальная этиология абсолютно не изучены; между тем не так важно с точки зрения социальной гигиены изучение токсических психозов, как изучение психики здорового пьющего, его реакции на алкоголь, на окружающее, на быт, на семейные и служебные трудности, на труд и профессию и т. д.

Для решения этих задач нужен особый подход, нужна особая методика наблюдения, упорная работа особых учреждений, долгие годы изучения потребностей и быта массы и ее отдельных атомов.

Не отдельный психиатр, случайно заинтересовавшийся предметом, не микроскоп, не лаборатория только разрешит эти проблемы науки и жизни, проблемы быта и клиники, а тесный союз науки и труда, тесное сближение научного анализа с самодеятельностью массы, непосредственно заинтересованной и активно вовлеченной в разрешение этих проблем.

Здесь ждет своего применения метод, дающий блестящие результаты в области других социальных болезней—метод диспансерный: организация диспансеров для наркоманов, для научно-практической работы в гуще быта населения, поражаемого наркозом.

Диспансер, связанный с лабораторией и санаторией и больницей, располагая спец. сотрудниками, окажется полезным фактором очень быстро не только в намеченной сфере, но и в сфере борьбы с самогонкой.

Входя в жизнь наркомана то как заботливый друг, в лице обследователя, то как авторитетный консультант, в лице врача, диспансер осветит таким ярким светом весь быт больного и источник его болезни, что самогону некуда будет скрыться.

При достаточной работе диспансера гнезда самогона будут исчезать легче, чем от репрессии.

В тесной связи с диспансером комиссия оздоровления труда и быта, близко заинтересованные профсоюзы, отделы охраны труда, секции борьбы с соц. болезнями районных здравотделов, женотделы, комсомол—сумеют войти в самые недра вопроса, поднять, где нужно культуру данной семьи, личности и группы, развенчать дикие питейные обычаи старины, разрушить психическую заразу массового внушения, осветить каждый случай, найти, помочь, указать пути и возможности улучшения.

Методы санитарн. просвещения получают через диспансер конкретное реальное значение, особенно в основном вопросе—дачи алкоголя детям, в охране от яда детства.

Консультация не только наркотистов, но и их близких по вопросам наркотизма, консультация и обследование школ, с помощью школьно-санитарных врачей, вовлечение детей, самих детей, в активную борьбу с семейным алкоголизмом взрослых, помощь больным, улучшение условий быта—все это может сделать диспансер, и только диспансер.

Больница (не психиатрическая, а специальная) для лечения осложненных острых и тяжелых случаев, санаторий для излечимых, вечерний и ночной санаторий для податливых на бытовой наркос и питейный обычай, дающий здоровую обстановку, лаборатория клиническая, психологическая и экспериментальная, библиотека и читальни по наркомании, аудитория для пропаганды, такова цель мероприятий по борьбе с наркоманиями.

Вот этой любовной филигранно-тонкой работой специальной организации при активной помощи и содействия кровно заинтересованной семьи и организованных масс населения создается новая наука о замене вредных, опасных ядов алкоголя, кокаина, эфира и т. д.—благородным наркосом.

И здесь, как с туберкулезом, вопрос о детях займет особое место и в научной, и практической стороне дела, так как профилактика социальная и физиологическая рациональнее всего, если она начинается в детском возрасте.

Мерами широко профилактического характера должны явиться:

- 1) закон о запрещении дачи алкоголя детям и подросткам,
- 2) учет и статистика наркотизма и
- 3) широкая санитарно-просветительная работа.

С поднятием экономики страны сеть диспансеров, несомненно, окажется реальным, солидным фактором оздоровления рабочих масс, увеличения их трудоспособности и жизненной устойчивости, экономии рабочего времени и сил, оздоровления детства и последующих поколений, ослабления вредных последствий грубого наркоса.

Никакая другая организация, кроме чисто специальной, не может дать надлежащих результатов, так как единственный путь действительного прогресса—дифференциация и специализация и строгое разделение труда обязательны для всех областей науки и практики, в том числе и для серьезной, а не словесной борьбы с наркотизмом.

Для борьбы с наркотизмом должен быть создан особый фонд.

Практически организация борьбы с наркотизмом захватит не только алкоголь, но и кокаин, эфир и морфий, ужасающее распространение которых представляет совершенно очевидное зло, на которое никто не реагирует, не пытаясь даже как-то подойти хотя бы к его учету.

Технический план организации борьбы с наркотизмом в Москве рассчитан на постепенное развертывание в течение 3—4 лет:

I. Организация секции по борьбе с социальными ядами при п/отделе борьбы с соц. болезнями Мосздрава: идейно-организационный руководящий центр.

II. Опытно-показательный диспансер для наркотистов и при нем:

- 1) лаборатории: химическая, психологическая и экспериментальная на животных;
- 2) библиотека по наркотизму с читальней,
- 3) музей с постоянной выставкой,
- 4) аудитория для широкой пропаганды и создания инструкторов,

- 5) психо-терапевтические и физио-терапевтические кабинеты,
- 6) консультация (устная и письменная) как пациента, так и родных и интересующихся,
- 7) приемно-обсервационное отделение для острых случаев,
- 8) обследовательский аппарат,
- 9) вечерний и ночной санаторий,
- 10) бюро социальной помощи,
- 12) санаторий стационарный.

III. Районные организаторы.

А. С. Шоломович.

Опыт диспансерной борьбе с наркотизмом в Москве.

Наркосекция Мосздрави — первый и пока единственный советский отряд в борьбе с наркотизмом; ее задачей является организовать опыт изучения методов борьбы с алкоголем, кокаином, морфием и табаком при новых условиях.

Первому отряду пришлось: 1) формулировать принципы борьбы, 2) дать ее методику, 3) выработать установку и 4) организовать опыт реализации своих теоретических выкладок в жизни.

Принцип. После некоторой дискуссии внутри Мосздрави в основу был положен принцип борьбы с наркотизмом (алкоголь, кокаин и т. д.), а не с „пьянством“, так как всегда и везде так наз. „борьба с пьянством“ скрывает под собой признание „умеренности“, — гигиеническую легальность так наз. „умеренного“ употребления спиртных напитков.

Терминология. Одновременно была проведена соответствующая принципу новая терминология, основанная на научно-доказанном единстве наркотического действия социально наиболее важных ядов. Термин: наркотизм охватывает алкоголь, кокаин, морфий и табак — социально наиболее опасные эйфорические яды — в одном слове, одном понятии.

Установка по социальным болезням. Третьим моментом начала работы была установка практического подхода по линии социальных болезней в параллель туберкулезу и сифилису, т. е. проведен разрыв с традиционной психиатрической трактовкой алкоголизма.

Это было наиболее трудной задачей, так как шло в разрез с крепкой традицией психиатрии и вызвало вначале живую реакцию, которую одолеть удалось, но лишь после значительной борьбы и, разумеется, неокончательно.

На чем базируется эта установка по линии социальных болезней и отрыв от психиатрии?

Общепрофилактическая линия оздоровления труда и быта в центре своего внимания, очевидно, не может поставить ничтожное количество душевно-больных наркоманов, составляющих даже в прежнее время $\frac{1}{10}$ или $\frac{1}{5}$ населения психиатрических больниц, в свою очередь представляющих 0,002 населения. Душевно-больные наркоманы с точки зрения оздоровления быта представляют совершенно ничтожную величину, тонушую почти бесследно в океане бытового, массового, повседневного наркотизма, охватывающего 70—80% взрослого мужского населения.

Именно этот массовый повальный наркотизм и требует приложения наших сил и стоит в центре нашего внимания, притом преимущественно с точки зрения профилактики, а не терапии: нашей скромной терапевти-

ческой ложкой этого океана социальной патологии, очевидно, вычерпать нельзя. Трактовка же всей пьющей массы с точки зрения психиатрии, очевидно, невозможна, особенно при методе диспансера, опирающегося на самостоятельность рабочей массы.

Мерить аршином психиатра всю пьющую массу населения, обманываемую наркозом, очевидно, нежизненно и невозможно. Обязанная психиатрии своим происхождением, наркология (так называем мы всю широкую область вопросов, связанных с проблемой наркотических ядов) отрывается, выросши от материнской почвы и выходит в наши дни на новый, самостоятельный путь, разворачивая и расширяя стоящие перед ней задачи.

Это обычная в науке естественная эволюция—путь, пройденный на наших глазах туберкулезом, социальной гигиеной и т. п.

Метод. Что касается метода работы, то к концу 1923 года диспансерный метод получил достаточное признание и возражений встречал не так много. На этих предпосылках и организована была с осени 1923 г. секция борьбы с наркотизмом П/Отдела социальных болезней Мосздрава.

Основные ячейки. В пяти районах Москвы при тубдиспансерах были поставлены первичные ячейки: районный врач-нарколог и сестра социальной помощи—в качестве разведочных опорных пунктов, а через полгода, с весны 1924 г. в нескольких комнатах бывшей Мясницкой больницы был открыт, правда, без специальных штатов, Наркодиспансер.

Обстановка и условия работы. При необходимости поддержки райнаркологом теснейшей связи с рядом лиц и учреждений для успеха организационной пропагандистской работы и необходимости постоянных личных выступлений (доклады, лекции, беседы и т. п.) райнаркологи не имели возможности вести приемы больных чаще, чем 2—3 раза в неделю; этим, разумеется, искусственно задерживался рост числа больных, так как приходилось отказываться; загрузка же приемов большим количеством больных привела бы к поспешности, совершенно недопустимой при лечении наркомании, требующем очень большого времени; кроме того, районные врачи 2 раза в неделю вели прием в наркодиспансере, не имевшем до января 1925 года своих штатов.

Но еще большие трудности представляли самые приемы больных в тубдиспансерах, совершенно не приспособленных для психотерапии, требующей спокойной, тихой обстановки и соответствующего оборудования.

Большой частью в случайных, шумных помещениях, без достаточных медикаментов, часто без подсобного персонала, без всякого оборудования (табурет—вместо кресла, деревянная скамья—вместо кушетки и т. п.) ведется вся работа, неуклонно привлекая тем не менее новые группы больных. Еще тяжелее оказались условия работы наркодиспансера.

Это учреждение работало 9 месяцев при совершенно невероятных трудностях: 3—4 проходных комнаты, зимой далеко не теплые, совершенно не оборудованных (даже без уборной и умывальника), а главное, без всякого штата—оно обслуживалось районными наркологами поочередно: при отсутствии служителя районные сестры соц. помощи мыли полы и топчили печи, иногда при содействии больных.

Организация приемов по наркотизму при тубдиспансерах имела зато серьезные преимущества, ибо здесь мы нашли подлинную школу диспансерных принципов и методов.

Неожиданное для многих „сочетание наркоманов с туберкулезными больными“, вызывавшее опасение, очень быстро рассеялось, и в значительном большинстве случаев симбиоз был налажен настолько, что неко-

торые диспансеры настойчиво требуют организовать у них приемы по наркотизму (где их еще нет), так как испытывают серьезную потребность для своих больных в помощи нарколога. И все же опыт полутора лет показал, что достаточное развертывание лечебной работы в районе возможно лишь в отдельном учреждении, к чему уже близко подходят отдельные районы (Рогожско-Симоновский).

Работа рай-оноз. Работа в районах шла по двум основным линиям: организационно-пропагандистская, с одной стороны, и лечебно-профилактическая—с другой.

Организационно-пропагандистская работа. Организационно-пропагандистская работа Секции ставит своей целью организацию общественного мнения населения против дурмана.

1) Среди врачей. Первую серию докладов пришлось провести среди врачей для пропаганды новых методов и принципов нашей работы и для освещения роли и положения врачей в этом вопросе: ни одна лекция в рабочей аудитории не проходит до сих пор без вопросов рабочих: „почему доктор „лечат“ алкоголем, советуют больным пиво, и сами пьют, если алкоголь—яд“.

2) На предприятиях. Одновременно та же работа шла на фабриках и заводах. Доклады, лекции, беседы, митинги, действительные и инсценированные суды над наркоманами проводились систематически, нарастая и вовлекая все большее количество слушателей.

Итоги. За первые 5 месяцев работы дано было 104 доклада с 6185 слушателями, за вторые полгода 183 выступления с 16080 слушателями-участниками; за октябрь—декабрь 1924 года 205 выступлений с 16068 слушателями, за январь—март 1925 г. 309 выступлений с 22860 слушателями. Всего было посвящено таким образом активному обсуждению вопросов наркотизма 805 выступлений с количеством участников рабочих около 70.000 (включая студенческие собрания, регистрировавшиеся не вполне аккуратно).

Важнейшими темами служили вопросы алкоголизма: влияние малых доз, социальное значение малых доз, пиво и его значение „спор о паре пива“, „алкоголь в быту“ и т. п.

На втором месте по проявленному рабочими интересу стоят табак и курение. Далее—кокаинизм, все чаще появляющийся в рабочей среде; морфием рабочие массы не интересуются совершенно.

Идея о вреде малых доз столь же нова для рабочих, как стара для них идея о вреде пьянства: на тему „о пьянстве“ рабочие не реагируют совершенно, так как отлично сами вред пьянства знают; пропаганду вреда малых доз воспринимают хорошо и очень охотно дискутируют по вопросу о запретительной системе.

Что дала наша пропаганда рабочим.

Несомненным результатом является более серьезное, продуманное отношение к малым дозам и к бытовому алкоголизму, осознание рабочей массой громадности и многогранности проблемы наркотизма и, что еще важнее, осознание роли самих рабочих в процессах алкоголизации и отрезвления страны, а также сознание невозможности односторонних и скоропелых решений вопроса.

Часто выдвигавшаяся нами в конце дискуссии формула: „решение алкогольного вопроса в Советской России находится не во ВЦИК'е и Сов-

наркомы, а в головах самих рабочих и крестьян“ — принимается рабочими очень сознательно и утверждается, как призыв к активности каждого в своей среде.

Чему научили рабочие нас.

Но в процессе пропаганды мы учились у рабочих сами.

Мы получили точное представление об отношении рабочей массы к наркотизму: 1) рабочая масса чувствует с болью, что она заражена наркотизмом, 2) резко отрицательно относится ко всем источникам наркотизации рабочей среды, 3) готова (пока на словах) к запрету и другим видам борьбы за отрешение и 4) жадно ищет путей выздоровления, чутко признательная за всякую помощь в этом направлении. Бесчисленные записки и речи рабочих иллюстрируют сказанное нами, а последний пункт иллюстрируется первыми слабыми шагами наркосекции по лечению наркоманов.

Движение больных. Лечение больных, как выше было указано, производилось районными наркологами при тубдиспансерах и Наркодиспансером. О том, как развивалась работа в этом отношении и как постепенно возрастала обращаемость больных-наркоманов в названные учреждения, показывают нижеследующие таблицы.

ТАБЛИЦА № 1.

ДВИЖЕНИЕ БОЛЬНЫХ. РАЙОННЫЕ ПРИЕМЫ.

	1924 год.				1925 год.			ИТОГО
	Январь— Март.	Апрель— Июнь.	Июль— Сентябрь.	Октябрь— Декабрь.	Январь— Март.	Апрель— Июнь.	Июль— Сентябрь.	
Первичных	304	623	414	821	1518	1411	719	5810
Повторных	482	953	2451	4893	11711	16438	6976	43905
Всего	786	1576	2866	5714	13229	17849	7695	49715

Колебания кривой обращаемости больных в разные месяцы объясняются, главным образом, закрытием диспансеров для ремонта, а также болезнями врачей, перемещениями, летним перерывом и т. п., а также тягчайшими условиями работы в районах.

Наркодиспансер. Еще яснее терапевтический успех работы виден по материалам наркодиспансера—первого специального учреждения секции.

Т А Б Л И Ц А № 2.
Д В И Ж Е Н И Е Б О Л Ь Н Ы Х.
Н А Р К О Д И С П А Н С Е Р.

	1924 год.				1925 год.			ИТОГО.
	С 15-го Марта.	Апрель— Июнь.	Июль— Сентябрь.	Октябрь— Декабрь.	Январь— Март.	Апрель— Июнь.	Июль— Сентябрь.	
Первичных	18	129	268	322	749	628	447	—
Повторных	3	467	2322	3566	6968	8756	7733	—
Всего	21	596	2590	3888	7717	9384	8180	—

Т А Б Л И Ц А № 3.
О Б Щ Е Е Ч И С Л О Б О Л Ь Н Ы Х Н А Р К О С Е К Ц И И.

	1924 год.				1925 год.			ИТОГО.
	Январь— Март.	Апрель— Июнь.	Июль— Сентябрь.	Октябрь— Декабрь.	Январь— Март.	Апрель— Июнь.	Июль— Сентябрь.	
Первичных	322	752	682	1143	2267	2038	1156	8370
Повторных	485	1420	4874	8369	18574	25195	14705	73620
Всего	807	2172	5556	9512	20841	27233	15869	81990

Состав больных. В составе больных наркосекции число застрахованных колеблется от 90 до 97%, остальных—от 3 до 10%.

Формы болезни. По формам болезни: алкоголизм до 50%, кокаинисты до 13% (число колеблется по причинам нижеуказанным), морфинисты 5—7%, остальные невро-психозы и курильщики.

Возраст. Наибольшее количество больных дает 20- до 40-летний возраст, 20% в возрасте 10—20 лет; мужчин—82%, женщин—18%. Алкоголики в большей части в 30—50 лет. возрасте. Кокаинисты 20—25 лет. Курильщики 15—30 лет. Морфинисты 20—25 лет.

Имеются указания на связь кокаинизма и морфия с безработицей.

Профессия. Профессиональный состав больных приблизительно таков: квалифицированных рабочих—22%, чернорабочих—20%; служащих—20%, медперсонала—2,5%, учащихся—4%, без определенных профессий—17%. Морфинисты—врачи, сестры, аптекари, конторщики. Кокаинисты—артисты, торговцы рынка, рабочая молодежь. Алкоголики—печатники, конторщики, чернорабочие. Курильщики—учащиеся.

Проблема лечения наркоманий. Проблема лечения наркоманий в настоящее время много дальше от разрешения, чем вопрос о лечении туберкулеза и сифилиса; но и при этих двух болезнях, как и в десятках других форм, терапия до сих пор не очень импонирует своими успехами, невольно уступая профилактике важнейшие роли и позиции.

Еще менее разработаны методы лечения наркоманий вообще, не говоря о том, что такие формы, как кокаинизм, являются в науке новостью—продуктом последнего десятилетия.

Важнейшую лечебную роль здесь играет, главным образом, тот или иной вид психотерапии, получающей, как мы и предвидели, в диспансерном подходе и методах весьма крупную поддержку.

Было бы, разумеется, наивно предъявлять к психотерапии требования „излечения навсегда“, какие не предъявляются никогда ни к какой терапии, ни к какой области медицины, ни к хирургии, ни даже серотерапии; также странно ожидать быстрых результатов от психотерапии хронической тяжелой болезни, если любая физиотерапия любой соматической болезни требует обычно упорного, продолжительного, иногда многомесячного, лечения.

Однако, можно и должно ставить вопрос: каковы реальные последствия для больного от лечения его наркомании? На этот вопрос ответ дают факты и цифры: результатом психотерапии алкоголизма является тот или иной срок воздержания от алкоголя, отказ на месяц, два, три, шесть, двенадцать и т. д. месяцев от яда, без которого больной не мог существовать, который уничтожал его бюджет и здоровье, лишал его службы, а семью—питания и одежды.

Открыто признают себя алкоголиками, публично лечиться от алкоголизма идут, несомненно, только тяжелые формы, люди тонущие и ищущие спасения.

И оказывается, что в 40—50 % случаев больные Наркодиспансера быстро возвращают утерянную трудоспособность, упрочивают свое служебное, трудовое положение, укрепляют бюджет и здоровье—получают почву.

Если, по проф. Минору, взять минимум успеха даже в 30% больных и считать для них минимум срока воздержания всего в 3 месяца (фактически то и другое гораздо больше), то станет ясно, что из сотни лечящихся алкоголиков 1/3—1/2 получают, благодаря диспансеру, 90—100 оплаченных рабочих дней, не говоря о сохранении здоровья, сохранении имущества, которое за отсутствием средств, как правило, продается за стакан самона и т. п.

Таков экономический эквивалент амбулаторной терапии алкоголизма в Наркодиспансере, делающий понятными тягу больных, их терпеливое ожидание очереди, их сочувственные отзывы о диспансере, симпатию их семьи и т. п.

Приблизительно половина больных получает, таким образом, положительный, то больший (3 месяца и больше), то меньший, результат терапии.

В другой половине случаев лечение безрезультатно, главным образом, по бытовым условиям, а в 10—15% потому, что форма болезни требует не амбулаторной, а стационарной обстановки, хотя бы на первый период на 2—4—6 недель.

Значительно меньший % больных (4—8%) требуют продолжительного стационарного лечения вне города, в трудовой колонии, а еще меньшее количество (1—2%) являются клиентами психиатрической клиники—психопатами.

Результаты лечения. Опыт суммарного учета результатов лечения за 1/2 года по всем формам болезни показывает:

Воздерживаются	40—50%
Уменьшили дозы	16—20 „
Рецидивировали	12—16 „
Направлено в психиатрические б-цы . .	7—10 „
Неизвестно	остальное.

При предстоящем более детальном учете длительных результатов амбулаторно-диспансерной терапии наркоманий выяснятся большие подробности и детализируются приведенные суммарные данные.

Наш опыт показал, что успехи терапии наркотизма ни в какой мере не уступают результатам всякой другой терапии в любой медицинской области, не говоря о туберкулезе; опыт диспансера полностью подтвердил высказанные нами в 1905 г. (Русский Врач № 25, 26) относительно этого вопроса соображения. Этой успешностью терапии и объясняется заметный рост числа больных. Областью наиболее успешного применения амбулаторной психотерапии является, несомненно, хронический алкоголизм, несмотря на крайне неблагоприятную для этого общую атмосферу (бешеная реклама, рост градусов, рост числа мест продажи и т. п.).

Терапия морфинизма. Совершенно иная картина терапии морфинизма; с получением самостоятельных штатов в феврале сего года Наркодиспансер ведет более активную терапию морфинизма, вводя кислородные вдувания под кожу, как доказанный эйфорический эквивалент. В необорудованном диспансере нет возможности пока вести гематологические наблюдения, нет даже простых весов для взвешивания, не говоря об экспериментальных психологических исследованиях.

Сам по себе срок наблюдения (3 месяца) так же, как и количество проведенных больных, тоже слишком мал для определенных выводов.

Мы ограничимся поэтому лишь общим впечатлением от О-терапии, как мы ее называем.

В эти три месяца сделано 775 вдуваний кислорода 67 больным, из которых 21 морфинист, 15 кокаинистов и 31 алкоголик. Сами морфинисты отзываются о кислородном лечении с большим восторгом. В одном случае приезжий больной без изоляции совершенно прекратил употребление морфия после 20 вдуваний. Он пишет из провинции, что успех остается стойким (3 месяца).

Все морфинисты почти без исключения с помощью О-терапии систематически очень легко и без явлений абстиненции сбавляют дозы. Многие сбавили с 1,5 чистого морфия до 0,05, т. е. уменьшили суточную дозу в 30 раз. При этом надо помнить, что все лечатся на ходу, продолжая оставаться в ужасных условиях борьбы за существование, нередко без пристанища, ночуя в ночлежке и т. п. Наилучшие результаты должна дать кислородная терапия морфинизма при следующих условиях: сбавление доз до minimum'a амбулаторной О-терапией, что достигается почти как правило, а затем 2—4 недельное пребывание в стационаре для полной ликвидации морфинизма и снова наблюдение наркодиспансера. Один морфинист правильно пишет нам: „Признавая замечательное действие кислорода на явления абстиненции при морфинизме, надо сказать, что для окончательного излечения ослабленной воли морфиниста нужно еще что-то“. Это „что-то“—есть стационар на 2—4 недели.

Действие кислорода при алкоголизме вообще очень благоприятно и иногда дает эффект, когда иные способы безрезультатны. Но дифференцировать действие кислорода от воздействия психотерапии и других методов нам еще не удалось.

Терапия кокаинизма. Общие выводы из амбулаторной терапии кокаинизма являются вполне отрицательными. Кокаинизм из всех форм наркоманий наименее подходит для амбулаторной терапии и требует лечения стационарного по планам и методам, проведенным наркосекцией по линии детского кокаинизма; этим и объясняется сравнительно малое число лечащихся кокаинистов, в первое время ожидавших от нас серьезной помощи.

Организационно-обследовательская работа. В тесной связи с лечебной работой диспансера находится организационно-обследовательская работа, идущая в двух различных направлениях и ставящая себе одновременно две различных задачи.

Комсомолец. На первом плане стоит развертывание широкого систематического обследования на дому лиц, арестованных милицией на улице в состоянии отравления алкоголем, кокаином и т. п.; в виду громадного количества таких лиц в Москве, наркосекцией организованы особые дружины комсомольцев, прикрепленных к районным наркологами и милицейским участкам и ведущих эти обследования под его наблюдением по особым инструкциям.

Обследование арестованных. Социально-профилактическое и агитационное значение этих обследований громадно. Достаточно представить себе впечатление, производимое в рабочей среде, окружающей наркомана, появлением обследователя комсомольца, корректно и дружески заполняющего анкету сведениями о рабочем, несколько времени тому назад арестованном в нетрезвом виде на улице. Здесь сразу, ничтожный, казалось-бы, факт, исключительно „личного“ характера—появление в нетрезвом виде на улице—получает яркое социальное значение и становится в центре внимания целой группы окружающих. Если к тому-же комсомолец несколько инструктирован в вопросах наркотизма (о чем специально заботится наркосекция), он вносит в беседу элементы санпросвета, информирует о взгляде на алкоголизм, как на болезнь, и о возможности, в случае желанья, от этой болезни лечиться. Комсомольцы с увлечением ведут эту работу, сами втягиваясь в борьбу с наркотизмом, изучая его отрицательные стороны, становясь сознательными борцами с дурманом. Эта работа, вполне доступная для каждого грамотного комсомольца, организационно объединяет их для борьбы с наркотизмом и внедряет в самую глубину рабочей массы здоровые идеи. Таких обследований произведено свыше 4.000 (материалы обрабатываются: по предварительным данным можно считать среди арестуемых на улице квалифицированных рабочих—47%, безработных и чернорабочих—21% и служащих—30%).

Обследование коммун. Комсомольские дружины в этих же двойных целях, организации—агитации, производят анкетное обследование отдельных рабочих групп в домах-коммунах, на фабриках и заводах. Краткие анкеты, ими заполняемые о самих себе, о ближайших соседях, освещают вопросы о количестве алкоголиков в рабочей среде, о количестве умеренно, регулярно потребляющих алкоголь, о количестве случайно выпивающих, совсем не пьющих, о курящих и не курящих. Выясняется возрастной состав тех или иных групп, их семейное положение и отчасти удается подойти к наркотическому бюджету среднего массового рабочего и количеству рублей, которое он тратит на алкоголь и табак. И в этой работе наркосекция ценит одинаково результаты самих анкет, общественные навыки в борьбе с наркотизмом у молодежи, собирающей эти анкеты, и агитационный эффект для рабочей массы, служащей объектом исследования.

Одна из таких анкет показала, между прочим, 30% пьющих среди

рабочих и 40% пьющих среди служащих, живущих в одной и той же коммуне; среди учащихся, живущих в той же коммуне, процент пьющих оказался 15.

Обследование больных. Второй линией обследований является обследование на дому студентеских дружин Наркосекции. 1925 г. 5—7 сестер) и, отчасти в последнее время, студентами медиками старших курсов. Таких обследований произведено свыше 1.500. С их помощью устанавливается систематическое наблюдение за лечащимися больными в целях укрепления лечебных результатов работы врача, профилактики рецидивов, устанавливается крепкая связь диспансера с семьей больного, в быт которой наркодиспансер входит все глубже и глубже. В последнее время с организацией студентеских дружин наркосекции обследование на дому принимает все больше характер кураторства, при чем студент-куратор получает больного для наблюдения на дому, систематически ведет его историю болезни по окончании лечения в диспансере и во время перерывов.

Обследование Кураторство. Опасения о нежелательности для рабочей массы такого глубокого внедрения в рабочую семью посторонних элементов (обследователей, кураторов, комсомольцев и т. п.) оказались совершенно неосновательными. Никаких конфликтов и столкновений, никакой враждебной реакции работа обследователей и комсомольцев не вызывает; из 4.000 обследованных нами на дому арестованных только в одном случае обследуемый обиделся на милицию за сообщение его адреса наркосекции и протестовал против квалификации его, как алкоголика.

Студентами Баумановского и Сокольнического районов обследованы 43 пивных для выяснения влияния их на ближайшие предприятия, их пропускной способности, составлены карты расположения пивных, винных магазинов и т. п.

Специальные обследования. Из систематических обследований диспансерного типа, помимо общего участия в диспансерной работе по районам, врачами секции проведено обследование 350 рабочих наборщиков крупной типографии, и среди них оказалось, между прочим, 3% тяжелого запойного алкоголизма, 22% хронических алкоголиков, 74% пьющих случайно и только 1% полных абстинентов.

Результатом работы комсомола и студентов на предприятиях является организация около 40 уголков по наркотизму, стенгазет и передвижных выставок. Органическая связь с предприятиями поддерживается, главным образом, через комсомольцев, а в последнее время через Комиссии оздоровления труда и быта при тубдиспансерах и при наркодиспансере на Мясницкой, начавшем работать в конце марта 1925 г.

Научно-организационная работа. Из научно-организационной работы отметим первую научную конференцию по вопросам наркотизма, объединившую московских специалистов (свыше 20 докладов*), ряд очередных научных конференций наркосекции, доклады о принудительном лечении наркоманов, о психотерапии курения, о гипнотерапии алкоголизма, о методах борьбы с курением, о методах борьбы с детским кокаинизмом и др.

Подготовлены к печати 2 выпуска „Вопросы наркологии“, издана и распространена брошюра „Кокаин и его жертвы“ (выходит второе издание), издается брошюра „Детский поход на взрослых“ (метод борьбы с куре-

*) См. ниже.

нием), разработана библиография русской и иностранной литературы за 15 лет по алкоголю, кокаину, морфию, никотину и другим ядам; дана в сборник по туберкулезу работа: „Тубдиспансер в борьбе с наркотизмом“, составлен плановой доклад—„Проблема наркотизма“*), проведено редактирование французского перевода книги Courtois et Suffit—„Cocainomanie“ и ряда брошюр по алкоголю и табаку.

Детские наркомании. Особое место в работе наркосекции занимает борьба с детскими наркоманиями.

Поставленный на декабрьской конференции 1923 г. вопрос о детской кокаинomanии стал злободневно-острым в связи с привлечением внимания общества к проблеме беспризорных.

Теоретическая разработка вопроса, предварительное изучение материала и практическое осуществление важнейших мер потребовали большого напряжения секции.

В громадной и сложной проблеме беспризорности детские наркомании, преимущественно кокаинизм, занимают особое место, тесно спаивая в один узел вопрос об организации детских учреждений МОНО, с одной стороны, и о детях-правонарушителях, с другой.

Дети-кокаинисты безудержно разрушают с таким трудом налаживаемый быт детского учреждения и являются там совершенно нетерпимым элементом; в основе массы правонарушений часто лежит наркомания, а еще чаще наркомания ведет к полному разложению семьи, имущество которой выносится на улицу и превращается в кокаин.

Полиморфность беспризорности, сложные комбинозы дефективности, олигофрении, наркомании, эпилепсии и правонарушения делают проблему детской наркомании необычайно трудной для разрешения и властно толкают мысль организатора на сторону создания сети небольших учреждений, взаимно связанных, исключая какое бы то ни было однородное решение вопроса однотипным учреждением.

План работы. План борьбы с патологией беспризорности и должен иметь в виду такую сеть мелких (на 30—50 детей) учреждений, связанных воедино и представляющих возможность дифференцировать больных детей для целей терапии и воспитания. Сеть эта в сфере наркотизма такова: в наркодиспансере производится первый осмотр и изучение детей, и оттуда больные поступают: 1) в детское острое наблюдательное отделение, где они подробно изучаются и наблюдаются в течение 2—3 недель, проводят там период абстиненции; если речь идет о наркоманах не душевно-больных, дающих надежду на выздоровление, эти больные направляются в загородную, лечебно-педагогическую трудколонию; если же в картине болезни преобладает психоз, больной должен быть направлен в психиатрическую детскую больницу; если преобладает антисоциальность, не обусловленная ядом, необходим специальный режим реформатория.

Обследование детской наркомании. Одновременно с разработкой указанного плана шло изучение детей-наркоманов и подготовка специальных для них учреждений. Изучению были подвергнуты дети в притонах, на улицах, в трущобах вокзалов, рынков и т. д. Таких детей было обследовано больше ста, и анкетный материал послужил для статьи профессора Гернета „Сотня детей наркоманов“ в 1 выпуске „Вопросы наркологии“. Кроме того, было произведено врачебное обследование 450 детей в трудкоммунах для беспризорных. % наркоманов и там оказался не ниже 10—15, хотя в трудкоммуны шли здоровые элементы.

*) Доложен в совещании представителей Наркоматов 14/Х—1925 г. под председательством Н. А. Семашко.

Детские учреждения (первые шаги).

Параллельно с этим шло изыскание средств для детучреждений, так как Мосздравотдел, имея всего 6 врачей на всю Москву, не имел никаких кредитов для борьбы с беспризорностью.

После продолжительных поисков и хлопот удалось на средства Деткомиссии ВЦИК и Губкомиссии Помощи Детям организовать:

1) детское отделение в городе на 30 мест, 2) загородную лечебно-педагогическую колонию на 30 мест; с половины марта оба учреждения работают; реформаторий и психиатрическое детское отделение ждут своей очереди, частью по линии Мосздрава, частью по линии МОНО или Административного отдела Моссовета.

В настоящее время после нескольких месяцев работы можно осветить лишь некоторые штрихи этой совершенно новой работы над наиболее трудными детьми: в организационном смысле колоссальные трудности сравнительно с психиатрическими учреждениями создаются, между прочим, исключительной сплоченностью, быстрым слиянием подростков в замкнутый коллектив с железной внутренней спайкой; поведение коллектива диктуется волей вожака—наиболее сильного в уличных битвах и борьбе за существование товарища.

Члены коллектива изумительно сочетают анархическую асоциальность со стальной дисциплиной, чисто детское поведение с преступностью взрослого бандита, невменяемость психопата с острой шерлоковской наблюдательностью и ловкостью. По требованию КОМОНЕС в детское отделение пришлось в первое же время принять наряду с наркоманами и тяжелых психопатов, случайно выпивающих, и 20-летних бандитов-взломщиков, и дегенерата-убийцу начальника тюрьмы, и эпилептиков, и т. п.

Овладеть этой разнородной, но бандитски сплоченной группой сразу оказалось исключительно трудным, настолько, что терроризованная часть персонала, много раз избитая и заплеванная, немедленно ушла со службы, не вынося шестичасового дежурства. С трудом удалось выписать наиболее чуждые, случайные, чисто бандитские взрослые элементы, часть ушла сама, а оставшиеся группы больных медленно, с большим трудом и очень постепенно стали притираться к режиму учреждения, к твердому, спокойно-терпеливому и ласковому подходу, к приятным методам терапии (длительные ванны, обливания, обтирания), к прекрасной чистой обстановке, к питательному столу, к маленькой огородной работе, к книжке и рассказу педагога и к постельному режиму.

Стали притираться и.... дорожить местами в учреждении, где не дают кокаина, нельзя добыть водки и „купить за двугривенный девочки“ (подлинное выражение десятилетнего пациента), но где вынужденно уступают и выдают 2-3 папироски в день наиболее тяжелым курильщикам; а по прошествии 3—4 недель такого режима, несколько однообразного и жесткого, дети улицы—наркоманы—с сожалением и не без опаски переходят в загородную колонию, где их встречает большая свобода, но тот же авторитетно-медицинский спокойный подход и.... захватывающая, покоряющая природа: „рыбалка“, купанье, огородные, садовые и полевые работы, педагог-художник, песни у вечернего костра и школьная работа, гармоника и сеялка, балалайка и лошади, нуждающиеся в уходе, корова и кролики и т. д., и т. д.

Здесь постепенно вырабатывается новая этика коллектива: „береги хозяйство“, „собери лопаты“, „не балуй“;.... брань, цинизм, озорство уже не восхищают, а сурово порицаются; проводится иная дисциплина.

Внутри вчерашнего бандита, сегодня до переутомления увлекающегося севом, имеется и патология, вспыхивает мысль о кокаине, но почвы не на-

ходит и гаснет; есть рядом и тут же дефективность и отсталость, и испорченность, то больше, то меньше поддающиеся терапии и воспитанию...

Мы располагаем небольшими цифрами и коротким сроком наблюдения, но и этот материал поразительно ярко освещает некоторые вопросы: в городское отделение поступило 29 больных, из коих бежало 13, вернулись обратно двое, в загородное переведено 12, бежало двое.

Современная психология—не что иное, как учение о поведении человека.

Какова психология-поведение этих „тяжко больных от жизни“ детей улицы, видно из списка их „деяний“ в городском отделении за первые недели их пребывания.

Вот сводка фактов:

Сильное возбуждение, вызвавшее медицинские меры (влажное обертывание, длительные ванны и т. п.),—25 раз; тяжелая коллективная агрессивность—3 раза, индивидуальные побои персонала—укусы до крови, синяки, ссадины, сильные ушибы—25 случаев, похищение ножа с целью нападения—1 раз.

Плевки в лицо, щипки, циничная брань—бесконечное число раз.

Испорчена одежда персонала чернилами и супом 3 раза.

Резкие сексуальные проявления по адресу женского персонала („ласки“ и жестокость)—3 раза.

Порвано платья и белья—13 штук.

Порча белья и стен циничными надписями—6 раз.

Поломаны дверь, ванна, 12 табуреток и 2 стола.

Выбито стекол 12.

Попытка с отмычками—10 раз.

Какова эта психология-поведение—массовое вырождение, врожденная преступность или влияние улицы—отчетливо видно из того, что после 2—3 недель лечения и покоя агрессивность снижается, спадает, исчезает настолько, что становится возможен перевод в бесконечно более свободный режим загородной колонии.

И там, даже при почти свободном режиме, уже нет эксцессов, там он вливается в рабочую обстановку и хорошо в ней держится.

Ясно, что даже тяжелый наркотизм детей—кора беспризорности—в большинстве случаев массивна, но рыхла, лечебными мерами быстро разрушается еще больше и понемногу при настойчивом лечении спадает, открывая возможность нормального развития путем длительного укрепления новых навыков и рефлексов—воспитанием, новой средой, новым бытом.

Мы видим, что безусловно тяжелые по поведению (психологии) наркоманы—„преступники“ улицы, клиенты КОМОНЕС, которых не могли держать и удержать ни один детдом, ни одна трудкоммуна—дорожат обоими учреждениями секции даже летом, когда пути к рынку, чужим карманам и кокаину вполне открыты и ограждены лишь твердым режимом учреждения.

Надо ожидать, что зимой оба учреждения будут переполнены сверх меры, и задача охраны массовых детучреждений от заразы наркотизма будет выполняться успешно; для нас это ясно; ясно и то, что мы стоим на верном пути, который с первых шагов в труднейшие минуты работы незаконченных учреждений себя оправдывает.

Таковы первые впечатления новой работы, впечатления, в которые будущее, несомненно, внесет свои решающие поправки, может быть, новые, тяжелые трудности и осложнения, коих предвидеть нельзя и предсказать невозможно.

Борьба с курением.

Также особо стоит в наркосекции борьба с курением.

Старый отрицательный опыт лечения курения взрослых заставил нас фиксировать наше внимание на профилактике.

В этом направлении сделана серьезная идеологическая работа—разработан особый план и метод профилактики курения. Встреченный по школьно-санитарной линии вначале резко отрицательно, план этот, осуществленный в порядке эксперимента, быстро завоевал общее признание и педагогов, и школьно-санитарных врачей, проведен и проводится в ряде школ и получает распространение.

Детский поход на взрослых.

В настоящее время школьное движение по борьбе с курением перерастает рамки руководства наркосекции и идет, хотя по ее методу, но самостоятельными путями, так как наркосекция лишена возможности за отсутствием людей не только руководить им, но и учесть его размеры; захвачено, по имеющимся сведениям, до 30 школ, и с осени предстоит, если удастся, развертывание этой линии работы с помощью студенчества, главным образом, педагогов.

Основой нашего подхода является мобилизация детей против курения взрослых под лозунгом: „мы, дети, не осуждаем курильщика, но мы требуем, чтобы он не хвастал публично своей дурной манерой, не давал детям дурного примера и не портил воздуха, которым дышат другие“.

Или короче: „кури, где хочешь и сколько хочешь, только, чтобы никто об этом не знал; а публично курильщика будем преследовать“.

Детально разработанный метод очень увлекает детей и делает их активными борцами за гигиену быта, за оздоровление семьи, за повышение ее культуры. *)

В чисто лечебную борьбу с курением наркосекция вовлечена против своего желания настойчивостью рабочих масс.

Лечение курильщиков.

Громадная тяга рабочих лечиться от курения делает невозможным ее удовлетворение, особенно в виду ничтожно малой успешности лечения; однако, несмотря на массовые отказы, курильщики добиваются нередко, своего, и мы вынуждены в ряде отдельных случаев заниматься почти безнадежной терапией курения, отдавая предпочтение туберкулезным больным по запискам врачей тубдиспансеров.

Наконец, третьей мерой секции по отношению курения является „дезинфекция от табака“ учреждений, проведение через месткомы штрафов за курение в общественных закрытых местах.

К осени подготовлена широкая кампания, заготовлены лозунги, штрафные квитанции и инструкции месткомам.

После широкой подготовительной кампании намечается внесение в Моссовет местного законодательного предложения о проведении этой меры, как обязательной по г. Москве и губернии.

Следующей ветвью работы наркосекции является организация студенчества.

Работа среди студенчества.

Отдельные группы студентов-медиков вовлекались в работу райнаркологов еще с осени, помогая в обследованиях и по связи с предприятиями (устройство лекций, митингов, стенгазет и т. п.). Медленно, с перебоями, но в общем нарастая, студенческое движение захватило теперь медицинские факультеты 1 и 2-го университетов и частью педагогический факультет 2-го университета, объединив и связав их для общей работы в одно целое.

*) Издание Мосздрава: „Детский поход на взрослых“ может служить руководством по борьбе с курением.

Этому движению среди студенчества наркосекция придает огромное значение: без широкого и глубокого захвата студенчества, без твердого внимания, без ясного понимания проблемы наркотизма студенчеством—новая интеллигенция будет так же вредить антиалкогольному движению рабочих масс, как вредила интеллигенция дореволюционная; в области идеологических надстроек над экономикой—пример и поведение руководящих классов играет не совсем незначительную роль; вот почему так важно вовлечение студенческой, теперь сырой и пропитанной старыми мещанскими алкогольными предрассудками массы, в круг новых идей.

Кроме большой обследовательской работы, студенчество выдвигает все более заметные группы инструкторов—будущих специалистов наркологов. Результаты движения среди студентов начинают сказываться в быту: так выпускной вечер медиков вопреки крепкой традиции организуется впервые без алкоголя по требованию студ. дружины наркосекции.

И здесь наркосекция стояла и отчасти стоит перед опасностью не одолеть, не справиться с движением, ею поднятым: для воспитания и инструкторования, для руководства практической деятельностью студенческой массы нужны силы, люди, которых секция еще не имеет.

В настоящее время, помимо вышеуказанной работы студентов в районах, имеется ячейка по работе среди студентов внутри ВУЗ-ов; этой дружиной проводится интересная работа вовлечения студенчества в круг идеи борьбы с наркотизмом с помощью профессуры.

Вовлечение профессоров. Работа эта организована наркосекцией так: студенты - дружинники обращаются ко всем профессорам (вначале медикам) с просьбой посвятить некоторую часть одной из своих ближайших лекций тому или иному вопросу из области наркотизма по собственному выбору, не стесняясь временем—от 10 минут до часа или двух.

Ответ профессора регистрируется независимо от его содержания; в случае согласия, он назначает день и час, и его лекция, доклад или даже отрывочные замечания тщательно записываются 2—3 студентами, с тем, чтобы представить автору запись для редактирования. Весной прочитан ряд интересных лекций, между прочим профессором Корниловым—блестящее выступление о курении, закончившееся овацией лектору; проф. Минором—об алкоголе и т. д. Работа эта, кроме громадного пропагандистского значения, даст по ее окончании интересный сборник материалов по наркотизму—коллективный труд профессуры.

Работа среди милиционеров и домовых сан'ячейек. Студенческими дружинами проведен ряд очень оживленных больших митингов и диспутов внутри университетов; имеются стенгазеты, уголки и выставки.

Помимо студенчества и комсомола, наркосекция вовлекает все более систематически в круг своего влияния милицию—как орган, от которого в значительной мере зависит успех административной борьбы с наркотизмом.

С этой целью в 23 участках милиции прочитаны доклады, организованы от каждого отделения участковые представительства, еженедельно собирающиеся для заслушивания докладов-лекций и информации о текущей работе.

В Красной Пресне предстоит районная конференция милиции, комсомола и студентов по борьбе с наркотизмом, в Рогожско-Симоновском намечается конференция лиц, лечившихся от наркотизма.

С помощью студентов и К. С. М. секция проникает постепенно с докладами и беседами и в домовые сан'ячейки, информируя о лечении и распространяя литературу.

Обследование работников искусства. Для более организованного подхода к отдельным профессиям, сильнее поражаемым наркотизмом, наркосекция разработала и напечатала большую специальную анкету для работников искусства и совместно с Губрабисом намечает с осени ее проведение.

Выставка по наркотизму. В наркодиспансере организована выставка по вопросам наркотизма (свыше 30 экспонатов), ряд мелких передвижных выставок, дана Госиздату серия диапозитивов, продавалась литература по цене на 30—40% дешевле рыночной, собирается научная библиотека иностранной литературы по наркотизму и рефератная библиотека-читальня.

Анкета среди врачей. С целью выяснения отношения врачей—разработана анкета среди врачей по вопросам об употреблении алкоголя в терапии и об отношении врачей к малым дозам; анкета проводится совместно с Губотделом союза.

Работа на курсах. На курсах для санитарных врачей Наркомздрава, для врачей, изучающих туберкулез, на курсах сестер—прочитан ряд специальных лекций по наркотизму.

В I МГУ читается особый курс наркологии для медиков 4 и 5 курса.

В настоящее время борьба с наркотизмом входит, как органическая часть, в общую систему работы по здравоохранению; тесно связанная со всеми ее органами на местах, она твердо базируется на потребностях рабочей массы, которые посылно ею удовлетворяются.

Районные комиссии по борьбе с наркотизмом. Поскольку же наркотизм задевает не только интересы здравоохранения, но и интересы других ведомств, толчок, данный наркосекцией, вызвал в некоторых районах создание особых комиссий по борьбе с наркотизмом при Президиумах Райсоветов. Комиссии эти состоят из представителей здравоохранения, милиции, райсуда, прокуратуры, санпросвета и т. п.

Эти райкомиссии представляют собой, несомненно, ценные местные, здоровые ростки будущей единой губернской комиссии по борьбе с наркотизмом, объединяющей, регулирующей и направляющей всю борьбу с наркотизмом по губернии, не только по линии здравоохранения, но по хозяйственно-финансово-административной; с помощью этих комиссий работа и расширяется местами и углубляется: закрыт ряд пивных по всем районам. В Баумановском районе Комиссией устроен платный митинг: „Почему и как должно бороться с алкоголизмом“, и поставлена задача закрытия пивных в дни выдачи жалованья.

Хамовническая Комиссия через пленум секции здравоохранения ставит вопрос о борьбе с алкогольной рекламой, Рогожско-Симоновская Комиссия оздоровления труда и быта организует снабжение рабочих горячих цехов (Динамо, АМО и др.) прохладительными напитками в целях борьбы с пивом и т. д.

Губернские и центральные комиссии. Губернские Комиссии в свою очередь должны представлять собой местные ветви центральной комиссии по вопросам наркотизма, необходимость которой мотивирована в особом докладе, представленном НКЗдраву и другим членам Правительства и МКК.

Выводы. Таков, в основном и главным, опыт диспансерной борьбы с наркотизмом, организованный Мосздравотделом,—опыт черновой, эскизный, только обрисовывающий действительные контуры будущей работы.

Этот опыт указывает, что: 1) активно-диспансерный метод и в во-

просах наркотизма, несмотря на резкие особенности, отличающие его от туберкулеза и сифилиса, является лучшим, наиболее глубоко проникающим в рабочую толщу методом.

2) Даже в области терапии наркотизма—больные и их семьи получают очевидные, реальные, экономические блага, не говоря об улучшении и сохранении здоровья, производительности труда и т. п.

3) В области профилактики организованно-просветительная работа успешно подрывает идеологическую базу старого алкогольного быта—идею безвредности малых доз.

4) Широкое вовлечение студенчества, комсомола и школьников—дает новую базу для антиалкогольного воспитания подрастающего поколения и выдвигает ряды борцов за отрезвление быта (ряд стенгазет, написанных комсомольцами, докладов их и т. п.).

Ближайшие задачи: оформление работы Наркодиспансера, ее углубление и расширение, развертывание дополнительных учреждений для взрослых: нарко-приемник-фильтр и стационар для острых случаев, загородная трудовая колония для более продолжительного лечения.

Углубление и расширение организационно-просветительной работы с проведением ряда опытов местного запрета, вовлечение нового огромного, за недостатком сил, совершенно не затронутого—слоя женщин-работниц, так как подлинная революция алкогольного быта только и может начаться с помощью женщины.

Изучение методов борьбы с самогонщиной в деревне; организация научного изучения проблемы наркотизма, создание крупного междуведомственного органа печати для ее освещения, созыв конференций, совещаний и съездов по борьбе с наркотизмом и т. п.

Работа живая, необходимая и..... неизбежная, ибо тезис: „алкоголь в быту, наркоз в быту“—вызывает антитезис: широкое общественное движение против наркоза.

Неотвратимая диалектика жизни—за нас.

ИЗДАТЕЛЬСТВО МОСЭДРАВОТДЕЛА

МОСКВА, Мясницкая, 42. Телеф. { Из-ва 1-82-77, 1-33-18.
Аген. 3-29-38, 4-29-54, доб. 6.

Научные издания.

33. Оздоровл. труда и революц. быта. Вып. II, с 3 цвет. рисунок	2.00.	114. С. Х. Ицини. Родовспоможение в Москве	0.50.
39. Труды Тубинститута Мосэдрава , т. 1, вып. 1, с 2 рис. (см. № 86 и № 133)	1.20.	116. В. Г. Хименов. Водоснабжение и гидрогеология	1.00.
41. С. М. Цвайцар. Барьба с туберкулез. и диспансеры (2-е изд.)	3.50.	117. Оздоровление труда и революция быта. Вып. VI. 3 цвет. и 4 однокрас. рис.	2.00.
47. Е. РОТ. Введение в профессиональную гигиену (пер. с нем. С. М. Боголовского). Вып. I (см. № 63)	1.50.	120. П. Измишид. Лечение диабета инсулином	1.40.
48. Оздоровление труда и революция быта , вып. III, посвящ. диспансеризации, с 10 рисунк.	1.75.	121. Теория и практика санитарного просвещения, вып. I	1.00.
49. Дюкло. Коллоиды. Труд, прем. Франц. Акад. С больш. колич. рисунков. Перевод с 2-го франц. изд. под ред. проф. Беркенгейма	1.00.	122. А. Гротьян. Социальная патология Беспл. прил. год. подписчик. Моск. Мед. Журн. (с № 7 по 3 листа), вып. 1	2.75.
59. Н. Д. Есипов. Лимфатическая система (с 6 рисунками)	0.60.	123. Дома отдыха. Материалы по организации и ведению домов отдыха, вып. II	2.00.
60. Оздоровление труда и револ. быта. Вып. IV—V, посвящ. текстильным предприятиям	2.00.	124. Теория и практика санитарного просвещения, вып. II	0.70.
63. Е. Рот. Введение в профессиональную гигиену. Вып. II. (см. № 47)	0.75.	130. Проф. Голяшицкий и д-р Жаворонков. Болезни, препятствующие занятиям физической культурой (таблица)	0.25.
75. А. П. Нечаев. Руководство к экспериментально-психологическому исследованию детей дошкольного возраста	1.00.	131. Н. Н. Ворошилов. Разведение лекарственных растений	0.50.
79. Д. А. Нарпиловский. Очерки по классификации туберкулеза	0.45.	133. Сборники. Труды Тубинститута, III вып. (см. № 39 и № 86)	1.80.
83. Мон. Охрана здоровья рабочих в промышл., С таблицей вредностей произв. Пер. с англ.	1.00.	140. Об основ. рацион. распред. времени школьников	0.25.
85. 1-й Профилактический Съезд рабочих, крестьянских организ. и врачей Московской губернии. Доклады, речи и резолюции За 2 выпуска	2.50.	146. Я. Ю. Нац. Система и методы диспансеризации	1.10.
86. Труды Тубинститута. Т. I. вып. II (см. № 39 и № 133)	1.80.	152. Оздоровление труда и револ. быта. Вып. VII	2.75.
87. Московские санатории (с больш. числ. иллюстрац.)	3.50.	153. Оздоровление труда и револ. быта. Вып. VIII. час. I	2.65.
88. П. Уайт. Профессиональные болезни кожи. С 19 рисунками в тексте. Перевод с английск. (Бесплатное приложение к № 6 Мос. Мед. Жур.)	3.50.	154. Диететика с картошкой рациональной пищевой раскладки (350 блюд)	3.00.
90. Е. Краснушин. Современ. терапия прогрессивного паралича	0.40.	161. Здоровье и труд рабочих г. Москвы. Вып. I	1.50.
93. Сборник. —Изучение личности преступника в СССР и за границей	0.75.	162. Вопросы наркологии (сборник)	1.80.
98. П. Курнин. Московская рабочая молодежь Вып. II	0.85.	168. Проф. Зиминский. Расстройство секреторной деятельности желудка. желез.	2.40.
99. И. Голяшицкий. —Введение в изучение социальной патологии хирургичес. заболеваний (сборн.)	2.00.	169. Проф. Рейн. Медицинский отчет за 1924 г. Посмертное изд.	1.50.
110. Ротфельд. Болезни, препятствующие занятиям физик. культурой. Таблица с объяснит. текстом	0.20.	178. Здоровье и труд рабочих. Вып. II	1.30.
113. М. А. Сиварцов. Очерк патологической анатомии детских инфекций.	1.70.	1.80. Положение по управ. лечебн. учрежд.	0.30.
		181. М. А. Боровикова. Опыт обследования быта и условий среды учащихся	0.20.
		190. Правила внутр. распорядка для родильн. домов.	0.20.
		200. Справочник по ведению истории болезни. С предисловием Гиодмана	0.20.
		195. Оздоровление труда и революция быта Вып. VIII ч. II	2.65.

Цена 50 к.

С ЗАКАЗАМИ ОБРАЩАТЬСЯ

ИЗДАТЕЛЬСТВО МОСЗДРАВотДЕЛА—Москва, Мясницкая, 42.

ОПТОВЫЙ СКЛАД—Варварка, Максимовский пер., д. № 1, пом. 37.

РОЗНИЧНАЯ ПРОДАЖА—Кузнецкий мост, 6, 4-й этаж. Кiosk
Мосздравотдела.