

МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ ТРЕЗВОСТИ



СОБРИОЛОГИЯ

2019, 4

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Разводовский Ю.Е.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ
РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ
Маюров А.Н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Башарин К.Г., д.м.н., профессор,
академик (Якутск).

Бондаренко В.А. академик
(Краснодар).

Григорьев Г.И., д.м.н.,
профессор, академик
(С.-Петербург).

Губочкин П.И., к.псх.н., член-
корр. МАПН (Ярославль).

Демин А.К., доктор политологии,
профессор (Москва).

Евдокимова С.Л., профессор
(Астана).

Жданов В.Г., к.ф.-м.н., профессор
(Москва).

Карпов А.М., д.м.н., профессор,
академик (Казань).

Кривоногов В.П., д.и.н.,
профессор, академик
(Красноярск).

Куркин В.В., профессор
(Краснодарский край).

Кутепов В.И., академик
(Москва).

Толкачев В.А., академик
(Минск).

Чекаускас А., профессор,
академик (Вильнюс).

ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР
Садовнича Н.В.

СОДЕРЖАНИЕ

К истории нелегальных наркотиков Маюров А.Н.	3
Стратегия антинаркотической профилактики Гринченко Н.А.	19
Из истории первой в Российской Империи специализированной больницы для алкоголиков при «Казанском Обществе Трезвости» Алексеев И.Е.	28
Бремя алкогольных проблем в России Разводовский Ю.Е.	60
Влияние повышения ставки акциза на алкоголь на уровень алкогольной смертности в России Разводовский Ю.Е.	72
ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ	77
КАЛЕНДАРЬ ТРЕЗВЕННИКА	82
ВСЕМИРНАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ТРЕЗВОСТИ	93

К истории нелегальных наркотиков

Маюров А.Н.

Международная академия трезвости, Нижний Новгород



Маюров Александр Николаевич — доктор педагогических наук, профессор, академик, член Союза писателей России, президент Международной академии трезвости (Нижний Новгород). Моб.: 8-920-016-72-40; E-mail: mayurov3@gmail.com Сайт: www.intacso.ru

Всем, кто пытается лучше разобраться в проблеме наркотической зависимости, надо хорошо представлять прошлое, чтобы лучше осознать настоящее и спланировать будущее.

Знакомство человека с наркотиками состоялось тысячелетия назад, но именно в XX и XXI вв. употребление наркотических средств стало мировой социальной проблемой. Люди каменного века знали опиум, гашиш, кокаин и использовали их, например, для поднятия боевого духа при подготовке к сражению, а также - для придания сознанию достаточной податливости в процессе религиозных обрядов, чтобы люди чувствовали как бы непосредственную связь с потусторонними силами.

Многие века, если не тысячелетия, контролировали потребление наркотических, одуряющих веществ на Руси волхвы, ведуны, шаманы и другие представители духовного языческого мира. По сведениям профессора Б.Н. Головкина в древней Руси было известно более 100 наименований различных наркотических веществ, дурманов и одуряющих препаратов (2). Вот, что пишет по этому поводу известный исследователь истории наркотизма, профессор Б.Ф. Калачев: «Наши предки принимали одурманивающие сознание препараты (по-видимому, в первую очередь галлюциногенные грибы) под неусыпным контролем славянских жрецов в обрядовых и лечебных целях. Нельзя забывать, что в те далекие времена волхвы и ведуны были одним из первых по значимости политическим инструментом княжеской власти» (3).



Берсерк у скандинавов (1).

Шумерская цивилизация оставила на глиняных табличках (примерно 3500 г. до н. э.) самые ранние советы по приготовлению и употреблению опиума.



Использование галлюциногенных грибов в религиозных ритуалах засвидетельствовано ранними источниками во всех уголках планеты – в Мексике, Скандинавии, Сибири.

На стенах погребальных пещер индейцев Центральной и Южной Америки встречаются изображения людей, жующих листья коки (один из наиболее распространенных способов приема кокаина в тех регионах и теперь). Эти рисунки специалисты датируют примерно 3000-м годом до н. э. (4).

Около 2700 года до н. э. в Китае уже использовали коноплю - в виде настоя, как чай. Император Шен Нун (5) предписывал своим подданным принимать такой чай в качестве лекарства от подагры и рассеянности. Как средство от кашля и поноса предлагал использовать гашиш лечебник (2737 г. до н. э.) китайского императора Шен Нуна.

Египетский папирус (XVI в. до н. э.) рекомендовал мак в качестве лечебного средства.

Настойки, в состав которых включались вино, мед и опиум, применялись в Греции в VII в. до н. э. Геродот (484-424 гг. до н. э.) описал одурманивание под действием дыма при сгорании конопли (6). Аристотель (384-322 гг. до н.э.) упоминал в своих трудах об опиуме и

его действию. Гален (130-200 гг.) обнаружил возможность применения опиума в качестве противоядия и считал его самым эффективным лекарством.



Шен Нун.

Древнеримские медики, применявшие опиум, выяснили, что он может быть смертельным ядом. В начале VII в. н. э. на Аравийском полуострове возник ислам, священная книга которого Коран (616 год) запрещала употребление алкоголя, в связи с чем, появились попытки заменить алкоголь опиумом. Использование опиума для наркотического одурманивания началось в середине VII в., когда арабы установили свое господство от Египта до Афганистана. В следующем веке владения халифата расширились за счет Испании, Северной Африки, Кавказа, Средней Азии, Пакистана. Исламские завоеватели несли народам свою религию и... опиум.

Болезненное привыкание к наркотику свидетельствовало тогда о деградации человека и его принадлежности к "худшей" части общества. Но со временем оказалось, что и среди уважаемых слоев населения - среди правоверных мусульман - появились те, кто впал в роковую зависимость от опиума.

Авиценна (Ибн-Сина, 979-1037 гг.), выписывая рецепт на опиум содержащее вещество, предупреждал, что длительное употребление «лекарства» вызывает безудержное к нему пристрастие (7).

С эпохи крещения Руси (988–989 гг.) развернулась острая политическая борьба между Православной Церковью и жрецами славянского язычества и другими языческими верованиями. С введением на Руси христианства и сосредоточением в руках Православной Церкви идеологических и здравоохранительных функций, что исключало использование наркотических одурманивающих средств изменения сознания, население постепенно прекратило прибегать к наркотикам и другим одуряющим веществам. Несмотря на строгий надзор со стороны духовных лиц православия за потреблением одурманивающих веществ, в народе постепенно развивалась народная медицина, в образе ведьства, зелинничества, потворов, чародеяния, волхования и различных заговоров. (8) В частности, согласно ст. 9 Устава князя Владимира Святославовича зелинничество запрещается, а ст. 16 возлагает лечение больных на церковных людей (9). За ведьство тогда могли сжечь на костре, за чародеяния наказать штрафом, а за отравление травами или грибами могли покарать смертью. Дурмящие средства, многие из которых были известны еще со времен путешествия Афанасия Никитина (XV в.), оставались под запретом. Их употребление считалось страшным грехом. Не меньшим грехом была и продажа наркосодержащих лекарств не для лечебных целей. За этим по-прежнему пристально следили священнослужители, которым приходилось решать - отпускать или не отпускать подобный грех тем, кто являлся с покаянием.

Марко Поло (1254-1324 гг.) поведал об использовании гашиша в Персии Хасаном ибн ас-Саббахом в религиозных и политических целях.

В конце XIII в. крестоносцы привезли с Ближнего Востока в Европу опиум как средство одурманивания. Но благодаря средневековой инквизиции использование в Европе опиума для получения удовольствия приостановилось на несколько веков. Католики уповали на божественный промысел и считали мак «нечестивым растением».

Купцы древней Руси в XIII – XVI веках успешно торговали, как с Востоком, так и с Западом. Но мы не нашли фактов, литературных или исторических первоисточников, в которых авторы сообщали бы, что русские купцы привозили из дальних стран что-то похожее на гашиш или опий. Первый мак на Руси появился XI веке в Киеве, а к XV веку он был известен в Российском государстве повсеместно. Но в виде наркотика он нигде не применялся. Имел хождение только в качестве пищевого продукта и снотворного. Некоторые мамы применяли его в качестве снотворного жмыха для грудных детей во время сельскохозяйственных работ на деревне.

Прямые указания на пресечение незаконного оборота наркотиков или других одуряющих веществ в нормах Соборного Уложения 1649 года отсутствуют. Исключение составляет ст. 23 главы XXII, предусматривающая смертную казнь в случае отравления человека зельем. В этой ситуации обвиняемого заставляли пить яд, которым он лишил жизни потерпевшего (10).

По мере расширения контактов европейцев (в основном, англичан, французов, португальцев и испанцев) с коренным населением Америки, Европа «обогадилась» наркотическими средствами и психотропными веществами: кокаин пришел из Южной Америки, различные галлюциногены - из центральной.

В последующие века опиомания неудержимо распространялась, постепенно охватывая своим воздействием регион за регионом Ближнего и Среднего Востока, Средней и Южной Азии. В XVI веке она добралась до Китая, где впоследствии разыгрались наиболее драматические события в истории наркомании прошлых веков. Интересно, что в Европе бурный всплеск этого процесса тоже приходится на XVI век.

Именно в XVI веке в медицинскую практику в Европе широко был введен опий. Сам этот факт приписывают знаменитому Парацельсу (настоящее имя - Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм) (21 сентября 1493 года — 24 сентября 1541 года) - авторитетному медику того времени.



Парацельс.

Прямые указания на пресечение незаконного оборота наркотиков или других одуряющих веществ в нормах Соборного Уложения 1649 года отсутствуют. Исключение составляет ст. 23 главы XXII, предусматривающая смертную казнь в случае отравления

человека зельем. В этой ситуации обвиняемого заставляли пить яд, которым он лишил жизни потерпевшего (11).

В 1798 году Наполеон, заняв Египет, обнаружил, что большая часть мужского населения этой страны находилась в состоянии некоего духовного паралича, вызванного постоянным употреблением гашиша. Однако все его попытки запретить употребление конопли оказались безрезультатными, и его солдаты занесли эту пагубную привычку с собой в Европу, где до той поры индийская конопля была известна лишь как техническая культура, дающая длинные и прочные волокна.



Сан-Франциско, 1882 год. Опиумокурильня. Фото: www.globallookpress.com

Присоединение в XIX веке к Российской Империи Кавказского и Закавказского регионов, особенно огромного куска территории Центральной Азии, послужила мощным толчком для знакомства русских с наркотиками, которые имели место в этих регионах. По некоторым оценкам, в Средней Азии начала XX в. проживало не менее 1 млн. человек, интенсивно употреблявших наркотики, а контрабандный оборот опиума и гашиша переваливал за сотни тонн. С 1871 по 1881 годы русские войска, находясь по приглашению манчжур на территории Китая в Илийском крае (так называемая «Новая территория» Цинской империи — Синьцзян), еще сдерживали волну наркотиков. Отвод войсковых частей обратно на территории Туркестанского края повлек за собой отток из Поднебесной некихитайских народов, сочувствующих России, — уйгуров (таранчи), дунган и казахов. К 1881 году на российскую территорию их перешло не менее 200 тысяч человек. К сожалению, многие представители этих народов успели заразиться в Китае наркоманией, а уйгуры и еще более дунгане (мусульмане по вероисповеданию) — овладеть приемами наркобизнеса (12).

В 1805 году удалось выделить морфин – вещество, обладающее одуряющим эффектом, и когда в 1856 году появились шприцы, начала развиваться более опасная форма наркомании, через уколы. А поскольку производство и распространение наркотиков, как оказалось, дело - сверхприбыльное, то стали возникать серьезные конфликты между странами и даже вооруженные столкновения в борьбе за рынок их сбыта. Наиболее памятный пример тому - "опийные" войны середины XIX века. Первая - это Англо-Китайская война 1840-1842 гг. Английские торговцы опиумом активно осваивали китайский рынок и за короткий срок буквально наводнили страну этим зельем. Была и вторая и третья "опиумные" войны, где также победили англичане, французы и американцы (13).

С того момента, когда немецкий химик Альберт Ниман в 1860 году получил активный алкалоид и дал ему имя "кокаин", западный мир пережил три волны увлечения этим наркотиком: в 1880-е, в 1920-е и в 1970-е годы (14). Экстази и МДА были разработаны немецкой фармацевтической компанией и запатентованы в 1914 году как средство для уменьшения аппетита, но в продажу они так и не поступили. Лишь в конце 60-х годов им

было найдено практическое применение - в США они некоторое время использовались как вспомогательное средство в психиатрии. Однако вскоре начали поступать сведения о том, что экстази и МДА распространяются в наркоманских кругах и используются молодежью в качестве «увеселительного» наркотика (15).

Амфетамин был впервые получен одним немецким химиком в 1887 году, но лишь с 1935 года его действие на человеческий организм, сходное с действием адреналина, начали использовать в разных странах в медицинских целях (16).

7 июня 1915 года в России был принят Высочайший Указ «О мерах борьбы с опиокурением», запрещающий посевы мака в Забайкалье и на Дальнем Востоке России (17).



Верещагин В.В. (14 (26) октября 1842 года — 31 марта (13 апреля) 1904 года). "Опиумоеды", 1868 год. (Гос. музей искусств Узбекской ССР).

Довольно любопытно наркотическую проблему в Российской Империи в начале XX века охарактеризовал И.С. Левитов: «В быстром распространении у нас наркотиков я вижу только симптомы грядущего влияния Азии на всю Европу. Россия, стоящая аванпостом между Азией и Европой, и служащая, как бы буфером для всех остальных европейских народов, должна сильнее и раньше всех почувствовать азиатский натиск, что мы замечаем теперь уже в этом быстром распространении у нас наркотиков. Наркотики это первый авангард желтой расы в России» (18).

Советская власть не сразу стала уделять пристальное внимание наркотическому вопросу в стране. Только 31 июля 1918 года вышло Предписание СНК № 7206-7212 «О борьбе со спекуляцией кокаином» (19). Спекуляция наркотиками (в этом случае — кокаином) признавалась СНК «самой отвратительной из всех видов спекуляции». Несколько позднее вышло постановление СНК от 6 ноября 1924 года «О мерах регулирования торговли наркотическими веществами» (20). Постановлением запрещалось свободное (в пределах РСФСР) обращение всех сильнодействующих средств, разрушающих народное здоровье (кокаин и его соли, опий и его производные: морфий, героин и другие) (21). Дальнейшее упорядочение государственного контроля над оборотом наркотиков внесло Постановление ВЦИК и СНК СССР от 23 мая 1928 года «О мерах регулирования торговли наркотическими веществами» (22). Статьей 1 указанного Постановления запрещалось свободное обращение в пределах страны кокаина, его солей, гашиша, опия, морфия, героина, дионина и их солей и пантопона. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 27 октября 1934 года «О запрещении посевов опийного мака и индийской конопли» на территории СССР воспрещалось культивирование указанных растений, за исключением посевов, урожаи которых использовались для удовлетворения исключительно медицинских и научных потребностей

(23). 29 января 1936 года Советский Союз присоединился к Международной конвенции Лиги Наций о наркотических средствах 1925 года (24).

Синтетический вариант ЛСД был изготовлен в 1938 году в Женеве химиком Альбертом Хоффманом. Наркотик использовался в терапевтических целях - в частности, при избавлении от алкоголизма и наркомании, поскольку он обладает иллюзорной способностью "расширять" сознание (25).

Во время второй мировой войны морфин широко применялся среди раненых, в результате чего многие солдаты попали в зависимость от него. Лагеря и тюрьмы, а также много позднее войны в Афганистане и в Чечне - стимулировали производство наркотиков в Средней Азии (как Вьетнамская война - в Юго-Восточной Азии) и их дальнейшее распространение (26).

Остановить же распространение наркотиков фактически и не пытались, тем более что "безобидные" конопля и масличный мак издавна выращивались в России (в средней полосе, на Кубани и Северном Кавказе, в Поволжье, Западной Сибири и ряде других регионов) для производства многих необходимых в хозяйстве вещей. Например, из стеблей конопли получали прочное волокно - пеньку, которая шла на изготовление морских канатов, парусины, веревок и др. Пеньку охотно покупали другие страны. Конопляное масло - вкусное, с приятным запахом, использовалось в пищу и было весьма популярно в России. Использовали и жмых (прессованные выжимки конопли) - очень ценный корм для скота. А с развитием приусадебных парков некоторые сорта конопли, имеющие красивую светло-зеленую с бордово-розовыми оттенками пушистую листву культивировали как декоративные растения.

Истоки наркобеды в России - в чрезвычайно широком распространении пьянства и курения. Миф о том, что пьющий русский не уколется, оказался совершенно несостоятельным. Более того, алкоголь и табак выступают основными катализаторами процесса наркотизации России. В соединении алкоголя и табака с другими наркотиками Россия уже получила такую «гремучую смесь», которая может разнести все сущее не только в России, но, возможно, и в мире.

В 1920-30-е годы среди беспризорников Поволжья возникла вспышка гашишной наркомании. Однако, в результате активных действий властей, дети были помещены в детские дома и приюты. У многих наблюдались психические расстройства, исследованием которых занялся ученый-медик А.Л. Камаев. Впервые в России была выявлена связь между употреблением конопли и шизофренией (27).

После 2-й мировой войны употребление конопли стало распространяться в советских лагерях и тюрьмах, где содержались заключенные из разных регионов СССР.

Картина резко изменилась в 60-е годы, когда в некоторой степени был снят "железный занавес", укrywший Советский Союз от эпидемии наркомании. Набирал темпы обмен туристами между СССР и Западом. Страна постепенно открывалась. В 1957 году в Москве проходил Всемирный фестиваль молодежи и студентов. Именно в это время в Москве был зафиксирован первый случай относительно массового для тех лет (несколько десятков человек) употребления наркотиков.

Спустя примерно десятилетие наркотическое действие конопли стало известно по всему Союзу. Уже в 1970-е годы в крупных городах страны - в преступной среде, в армии и среди студентов наблюдались случаи употребления конопли и гашиша. Но массовым это явление явно не было (28).

После развала Советского Союза в 1991 году проблема наркомании в России стала обостряться. Резко возросла алкоголизация общества. А на пропитую почву всегда ложится нелегальный наркотик. Ухудшение таможенного надзора на новых границах, коррупция, социальные проблемы и рост преступности в сочетании с ростом пьянства и алкоголизма, конвертируемый рубль и свободное хождение валюты способствовали росту наркомании.

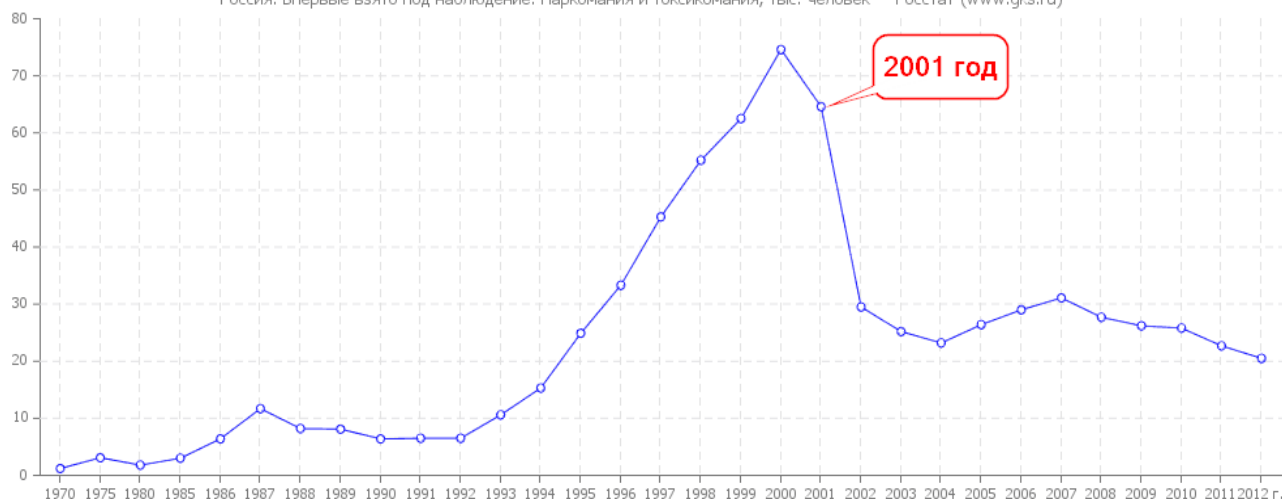


График наркомании в России по данным Росстата
(www.gks.ru): http://alcddata.ru/Drug_addiction

Примечание: 2001 год — год резкого спада производства афганского героина (религиозный запрет со стороны талибов под руководством муллы Омара, неожиданно для мирового сообщества запретивших выращивать наркотики). Можно сказать, что это был год великого перелома.

Сегодняшний международный контроль за производством и перемещением наркотиков является результатом интернациональной работы в течение всего XX века. Этот контроль вырос из практического опыта борьбы с незаконным оборотом наркотиков и употребления их, а также из понимания того, что этим явлением можно противодействовать только с помощью сотрудничества, охватывающего все страны.

Первая международная комиссия по опиуму собралась на свое заседание в Шанхае в 1909 году. Вывод комиссии гласил, что необходимо изучать далее вопрос о международном контроле за производством и оборотом опиума. Однако комиссия не выработала предложения о конвенции. На первой конференции по опиуму в Гааге в 1912 году была принята первая международная конвенция по опиуму. Вторая конвенция по опиуму была принята в Женеве (Швейцария) в 1924-1925 годах. В документе шла речь также и о конопле (гашише). Это наркотическое вещество было внесено в конвенцию по требованию представителей Египта. Длительный печальный опыт Египта, как и некоторых других стран, свидетельствует о том, насколько разрушительное действие оказывает употребление гашиша на индивида и общество (29).

До 1958 года состоялся еще целый ряд конференций, а международные конвенции сменяли друг друга. В 1958 году Совет по социально-экономическим вопросам при ООН принял решение о разработке новой единой конвенции, призванной заменить ранее подписанные. Она была принята на конференции 1961 года в Нью-Йорке и получила название Всеобщей конвенции ООН по наркотикам (United Nations Single Convention on Narcotic Drugs). На сегодня более 150 стран мира присоединились к этой конвенции, представляющей собой, можно сказать, "конституцию" международного контроля за нелегальными наркотиками. Согласно Всеобщей конвенции по наркотикам государства-участники обязуются бороться против всяких действий с наркотиками, направленных на иные цели, кроме медицинских или научных (30).

В середине 60-х годов в странах Запада широкое распространение получили новые виды наркотиков - стимуляторов центральной нервной системы и галлюциногенов. Так как внести эти препараты в перечни наркотических средств Всеобщей конвенции по наркотикам оказалось трудным, было разработано совершенно новое соглашение, так называемая Конвенция по психотропным средствам, заключенная в Вене в 1971 году. Делегация Швеции

сыграла в этом процессе ведущую роль, так как ей удалось, несмотря на серьезное сопротивление, добиться введения международного контроля за «стимуляторами» центральной нервной системы. Многие страны к тому моменту еще не испытали последствий массового употребления таких средств и не понимали поэтому всей их опасности (31).

К Конвенции по психотропным средствам прилагаются четыре перечня наркотиков. Первый включает, в частности, ТТК (тетрагидроканнабинол - вещество, содержащееся в конопле и обладающее одурманивающим действием), ЛСД, псилоцибин и мескалин. Во второй внесены «стимуляторы» центральной нервной системы. Третий охватывает барбитураты, снотворные средства. В четвертом списке также присутствуют некоторые снотворные.

На конференции ООН по наркотикам, состоявшейся в Вене в июне 1987 года под лозунгом "Наркотикам - "нет", жизни - "да", постановили, что целью стран-членов ООН является и будет являться построение свободного от наркотиков общества. День завершения конференции, 26 июня отмечается с тех пор как международный "День без наркотиков" (32).

Стратегические линии дальнейшей борьбы против употребления наркотических средств, намеченные на этой конференции, были оформлены в декабре 1988 года в виде Конвенции ООН по преступлениям против законодательства о наркотиках, дополняющая конвенции 1961 и 1971 годов. Она содержит правовые нормы, направленные против международной наркопреступности. Конвенция предоставляет возможность выдачи лиц, подозреваемых в преступлениях, связанных с незаконным оборотом наркотиков, а также конфискации самих наркотиков и технических средств, использовавшихся в процессе совершения наркопреступлений. Денежные средства и объекты собственности, составляющие доход от преступных деяний, также подлежат конфискации. Допустимо производить обыск жилища преступника, даже если оно находится не в той стране, где владелец привлечен к суду (33).

Конвенции ООН имеют практическое значение для глобального контроля за оборотом наркотиков. Они ставят целый ряд опасных для здоровья и вызывающих зависимость наркотических средств под административный контроль и обеспечивают единый фундамент для законодательства большинства стран по наркотикам.

После Великой отечественной войны заметную поддержку укреплению контроля над нелегальными наркотиками оказывали исполнительная и представительная ветви государственной власти. Так, были приняты постановления Совета Министров РСФСР от 7 апреля 1962 года № 405 «О дальнейших мерах по борьбе с алкоголизмом и наркоманией» (34), от 23 января 1969 года № 60-6 «О мерах по улучшению организации лечения больных наркоманией, а также по усилению борьбы с хищением, незаконным изготовлением и распространением наркотических веществ в РСФСР» и предшествующие им постановления Совета Министров СССР. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 25 августа 1971 года «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании больных наркоманией» данная категория людей, уклоняющихся от лечения, по ходатайству общественной организации, трудового коллектива, государственного органа и при наличии медицинского заключения могла быть направлена в лечебно-трудовой профилакторий (ЛТП) на срок от года до двух лет. Многие наркотические проблемы того времени разрешил Указ Президиума Верховного Совета СССР от 25 апреля 1974 года «Об усилении борьбы с наркоманией» (35).

Резкая активизация политической жизни страны, начатая пришедшим к власти Ю.В. Андроповым (2 (15) июня 1914 года — 9 февраля 1984 года) и продолженная его преемниками в форме Перестройки, отразилась и на отношении властей к проблеме наркотиков. В декабре 1986 года этот вопрос в целом рассматривался на секретариате ЦК КПСС, а 21 апреля 1987 года — в части состояния антинаркотической пропаганды. 12 июня того же года принимается постановление ЦК КПСС «О ходе выполнения Постановлений ЦК КПСС об усилении борьбы с наркоманией» (36), которым справедливой критике подверглись формализм и бюрократизм властных структур, проявленные в борьбе с

незаконным оборотом наркотиков. В тот же день, 12 июня 1987 года, принимается постановление Совета Министров СССР № 695 «О запрещении посева и выращивания гражданами масличного мака» (37), которым не допускались помимо указанного в названии постановления наркотикосодержащего растения, также посев и выращивание конопли «на приусадебных участках колхозников, рабочих, служащих и на других земельных участках, находящихся в личном пользовании». В 1988 году, впервые в истории советских правоохранительных органов, нормативно унифицируется теория и практика внутриведомственного взаимодействия органов внутренних дел по предупреждению и пресечению незаконного оборота наркотиков (приказ МВД СССР от 5 июля 1988 года).

Пленум Верховного Суда Российской Федерации от 27 апреля 1993 года «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, сильнодействующими и ядовитыми веществами» (38) подвел итог переходному периоду от социализма к капитализму. Спустя 5 лет принимается постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 27 мая 1998 года «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами».

Переломным моментом в развитии отечественного антинаркотического законодательства стала Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации от 22 июля 1993 года (39). Этим документом предусматривались комплексные меры предупредительного и карательного характера самого широкого смысла, предлагался развернутый в будущее план долговременных действий. К сожалению, Концепция не нацеливала специалистов и все общество на глубинную профилактику, другими словами на формирование новых трезвых поколений.



Источник: Институт демографии, миграции и регионального развития

С середины 90-х годов отмечается резкое увеличение количества острых смертельных отравлений наркотиками (1995 г. - 40 случаев, 1996 г. - 123, 1997 г. - 291, 1998 г. - 810, 1999

г. – 958) и их доли в общей структуре смертельных отравлений (1995 г. — 1%, 1996 г. — 3,7%, 1997 г. — 10,3%, 1998 г. — 22,7%, 1999 г. — 25,4%). Начиная с 1998 года смертельные отравления наркотическими веществами вышли на второе место в общей структуре отравлений, уступая лишь отравлениям спиртами и составляя 1/4 всех смертельных отравлений (40). Прослеживается четкая тенденция замещения так называемых «мягких» наркотиков жесткими — героином, метадоном, эфедроном, производными амфетамина и метамфетамина, комбинирования наркотических веществ с алкоголем (до 30% всех случаев отравления наркотиками) и барбитуратами.

Во исполнение Концепции летом 1994 года учреждается Правительственная комиссия по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту. Этот орган исполнительной власти взял на себя нелегкие обязанности межведомственной координации контроля над наркотиками. К сожалению, действия комиссии отвечали её названию – борьба велась только со злоупотреблением. Складывалось впечатление, что будто бы есть безвредное потребление наркотиков или потребление отравы во благо. За годы существования Комиссия претерпела ряд эффективных преобразований и является сегодня наиболее компетентной и авторитетной из государственных и общественных структур, занятых в области анализируемой проблемы. Но наркотическая проблема в стране не улучшается, а ухудшается.

Экономический ущерб от наркотизации России сегодня составляет около одного триллиона рублей или более двух процентов ВВП в год. Среди современных наркоманов России 70 процентов – молодёжь до 30 лет. В последние годы нижняя планка возраста, с которого наркотики начинают пробовать, опустилась до просто катастрофического уровня: 11–12 лет, это совсем дети, учащиеся 5–6 классов. Ежегодно по подсчётам, которые ведутся правоохранительными органами РФ, более 200 тысяч преступлений связаны с незаконным оборотом наркотических средств (41).

Следующей управленческой акцией в реализации предписаний Концепции стала Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1995–1997 годы», 3 июня 1995 года принятая Правительством Российской Федерации. Этот программный документ, позволил осуществить крупные научные и прикладные работы фактически по всем отраслям знания, касающимся урегулирования и изучения проблемы наркотиков в России. В 1999 году первую Программу сменила ее преемница, рассчитанная до 2001 года, а вслед за ней — до 2004 года, затем новая и еще раз новая. Но, наркотическая проблема от этого не сокращалась, а росла, так как не намечались пути коренной корчевки проблемы – воспитания трезвого человека.

Помимо сказанного из основополагающих идей, заложенных в Концепцию, также исходят: Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (42), 8 января 1998 года утвержденный Президентом Российской Федерации; Федеральный внебюджетный фонд противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и злоупотреблению ими, созданный согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 20 мая 1999 года № 5442.

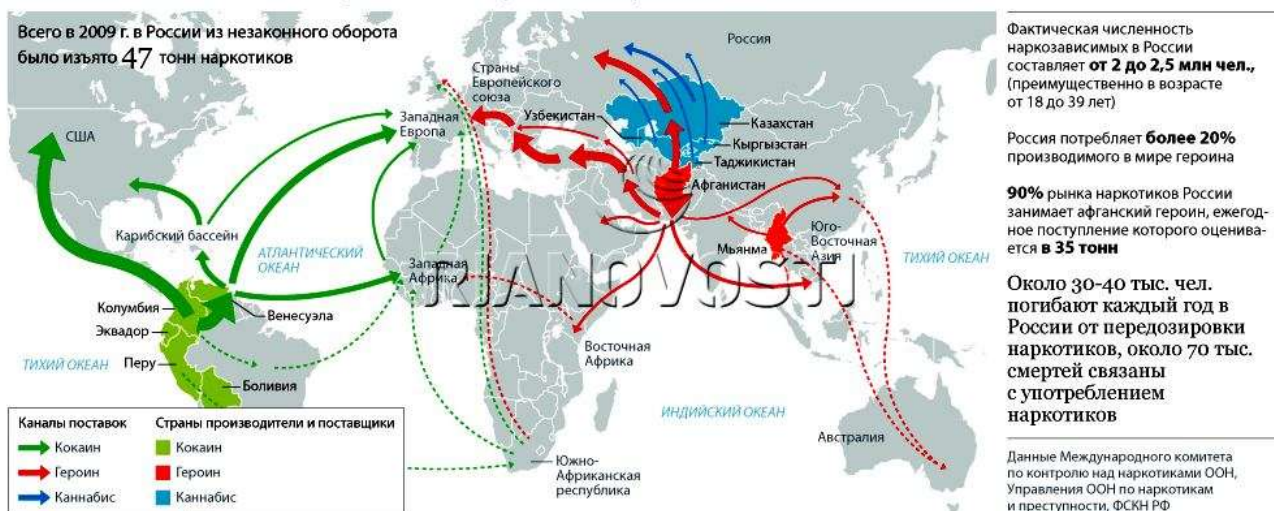
24 сентября 2002 года создан Государственный комитет по противодействию незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ при Министерстве внутренних дел Российской Федерации (43). 11 марта 2003 года он был преобразован в Государственный комитет Российской Федерации по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ (Госнаркоконтроль России). Комитету передана материальная база и большая часть (40 тысяч единиц) штатной численности упразднённой Федеральной службы налоговой полиции Российской Федерации. Комитет начал свою деятельность 1 июля 2003 года. 6 июня 2003 года утверждено «Положение о Государственном комитете Российской Федерации по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ» (44). 9 марта 2004 года Госнаркоконтроль России переименован в Федеральную службу Российской Федерации по контролю за оборотом

наркотических средств и психотропных веществ. 28 июля 2004 года Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ переименована в Федеральную службу Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (45).

Масштабы наркомании в России сегодня представляют угрозу национальной безопасности государства. Об этом говорится в докладе рабочей группы Госсовета РФ, президиум которого состоялся в апреле 2011 года в Иркутске. По сравнению с 1996 годом количество только официально зарегистрированных в стране лиц, употребляющих наркотики, увеличилось в 9 раз и составляло к 2011 году более 600 тысяч человек, отмечают эксперты в докладе. Реальное число наркопотребителей в России оценивается примерно в 2 с половиной миллиона человек - это приблизительно 2 процента населения страны.

Мировой наркотрафик

Основные каналы поставок наркотических средств в мире



Карта наркотрафика на Земле.

Указом Президента Российской Федерации от 18 октября 2007 года № 1374 «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» (46) организован Государственный антинаркотический комитет России. Кроме борьбы с наркопреступностью ФСКН РФ определены задачи реализации антинаркотической политики и координации всех органов исполнительной власти (правительство РФ, министерства, региональные правительства). Однако эта организационная новация не изменила идеологии управления — стремления исполнительной власти простыми средствами решать сложнейшие проблемы. Попыткой отделить наркоманов от наркобаронов объясняют сторонники принятия Правительством РФ Постановления №231 6 мая 2005 года (об утверждении размеров средних разовых доз), которое по своей сути противоречило целям государства, регламентированным еще в 1998 году Федеральным Законом РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и фактически легализовывало мелкий наркобизнес в России. К сожалению, пока столь необходимой государству для борьбы с наркоугрозой координации исполнительной власти достигнуть не удалось. На сегодня отсутствует эффективный механизм предъявления претензий к тем региональным правительствам, которые из года в год игнорируют реальную антинаркотическую работу, подменяя ее формальной деятельностью межведомственных антинаркотических комиссий. Причем, деятельность таких комиссий скользит, чаще всего, по поверхности проблемы. Не происходит системной корчевки проблемы, как таковой. Не предусмотрены такие и шаги, к сожалению, и в последней Антинаркотической концепции.

Нет в ней главного – формирование трезвого общества – что является самой главной защитой от проникновения нелегальных наркотиков в наши семьи, в молодежную среду.

Литература

1. Берсерк или берсеркер (др.-исл. berserkr) — в древнегерманском и древнескандинавском обществе воин, посвятивший себя богу Одину. Перед битвой берсерки приводили себя в ярость. В сражении отличались неистовостью, большой силой, быстрой реакцией, нечувствительностью к боли. Слово берсерк образовано от старонорвежского *berserkr*, что означает либо «медвежья шкура» либо «без рубашки» (корень *ber-* может означать как «медведь», так и «голый»; *-serkr* означает «шкура», «шёлк» — (ткань)). В русской традиции чаще используется вариант «берсерк». Форма «берсерк» возникла как заимствование из английского; англ. *berserk* означает «неистовый, яростный». Вероятно, что старые песни были несколько приукрашены. Тем не менее, бросается в глаза, что все описания изображают свирепых воинов, которые боролись с дикой, прямо-таки неистовой страстью. В письменных источниках берсерки впервые упомянуты скальдом Торбьёрном Хорнклови в песне о победе Харальда Прекрасноволосого в битве при Хафсфьорде, которая происходила предположительно в 872 году. Снорри Стурлусон в «Круге земном» пишет: «Один умел делать так, что в битве его враги слепли или глохли, или их охватывал страх, или их мечи становились не острее, чем палки, а его люди шли в бой без доспехов и были словно бешеные собаки и волки, кусали щиты и сравнивались силой с медведями и быками. Они убивали людей, и их было не взять ни огнем, ни железом. Это называется впасть в ярость берсерка». В 31 главе «Германии» римский писатель Тацит пишет: «Как только они достигали зрелого возраста, им позволялось отращивать волосы и бороду, и только после убийства первого врага они могли их укладывать... Трусы и прочие ходили с распущенными волосами. Кроме того, самые смелые носили железное кольцо, и лишь смерть врага освобождала их от его ношения. Их задачей было предвещать каждую битву; они всегда образовывали переднюю линию». Тацит упоминает особенную касту воинов, которую он называет «*Narier*» и которые несут все признаки берсерков (за 800 лет до битвы при Хафсфьорде): «... они упрямые воины. Им свойственна природная дикость. Чёрные щиты, раскрашенные тела, выбирают тёмные ночи для сражения и селят страх в противниках. Никто не устоит перед необычным и словно адским обликом их». В литературе берсерки часто появляются парами, неоднократно их сразу двенадцать. Они считались личной охраной древнескандинавских конунгов. Это указывает на элитарный характер этой касты воинов. Непреложная верность своему властителю встречается в нескольких местах старых саг. В одной из саг у короля датчан Хрольфа Краке было 12 берсерков, которые были личной его охраной: «Бёдвар, Бьярки, Хьялти, Хохгемут, Цвитсерк, Кюн, Вёрт, Весети, Байгуд и братья Свипдаг». После принятия в Скандинавии христианства старые языческие обычаи запрещались, в частности, бойцы в звериных шкурах. Изданный в Исландии закон 1123 года гласит: «Замеченный в бешенстве берсерка будет заключён 3 годами ссылки». С тех пор воины-берсерки бесследно исчезли. Бесстрашию берсерков сегодня найдено объяснение, не имеющее ничего общего с чем-то сверхъестественным. Если раньше полагали, что их предохраняли от ран и увечий заклятия верховного древнескандинавского божества, "самого мудрого из мудрых" бога войны Одина, то теперь загадочный факт раскрылся в ином свете. Берсерки одуряли себя наркотическим зельем. С точки зрения специалистов, тут все сходится: сначала состояние одурманенности, впадение в транс, затем вспышка ярости, при этом нечувствительность к боли и холоду (они срывали с себя одежду), вновь возвращение

- в полузабытье, а затем приход ощущения невероятной усталости и глубокий сон, длившийся много дольше обычного. Ученые полагают, что для этого использовались отвары мухомора, россыпями которого буквально усеяны леса от Дании до приполярной Норвегии (Википедия; Труд. – 1998. – 4 февраля).
2. Рише Шарль. Самозащита организма. СПб., 1895, с. 70.
 3. Калачев Б.Ф. Наркотики на Руси. Древняя Русь. /Русский медицинский журнал.); Наркотики на Руси. Исследование Б.Ф. Калачева. Древняя Русь [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://narkotiki.ru/5_5281.htm#u4
 4. Гизо Ф. История цивилизации в Европе. СПб., 1864.
 5. Шэнь-нун (Shěnnóng, божественный земледelec) — в китайской мифологии один из важнейших культурных героев, покровитель земледелия и медицины, один из Трёх Великих. Его называют также Яньди («огненный император») и Яован (Yàowáng) — «царь лекарств»). Шэнь-нуну приписывают создание календаря природы (сельскохозяйственного календаря) и классического фармакологического сочинения о травах и лекарственных препаратах «Трактат Шэнь-нуна о корнях и травах»), а так же открытие чая.
 6. Геродот. История в девяти книгах / Пер.с древне-греч. Ф.Г. Мищенко. М., 1885.
 7. Абу Али Ибн-Сина /Авиценна/. Канон врачебной науки /Пер. сараб.: В 5 т. Ташкент: Изд-во АН УзбССР, 1979.
 8. Спивак Д.Л. Язык при измененных состояниях сознания. Л., 1989.
 9. Российское законодательство X–XX веков. Т. 1. М., 1984. с. 139–140; 148–150; 168–170; 189–193.
 10. Минкевич И.А., Борковский В.Е. Масличные культуры. М., 1955, с. 42–43; Наркотики на Руси. Исследование Б.Ф. Калачева. Третий этап – Всероссийская империя [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://narkotiki.ru/5_5284.htm#u2
 11. Минкевич И.А., Борковский В.Е. Масличные культуры. - М., 1955, с. 42–43; Наркотики на Руси. Исследование Б.Ф. Калачева. Третий этап – Всероссийская империя [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://narkotiki.ru/5_5284.htm#u2
 12. Григорьев П. Туземцы и кокнар (К вопросу о воспрещении жителями края приготовления и продажи наркотических веществ) // Туркестанские ведомости. 1880. № 27. С. 106–107.
 13. Абу Али Ибн-Сина /Авиценна/. Канон врачебной науки /Пер. сараб.: В 5 т. Ташкент: Изд-во АН УзбССР, 1979.
 14. Лильесон С. Кокаин и другие психостимуляторы. Стокгольм – С-Пб.: RNS и др., б/г.
 15. Лильесон С., Маттссон Я. Экстази. Стокгольм – С-Пб.: RNS и др., б/г.
 16. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм. М.: Триада-Х, 2000. — 205 с.; Thomas L. Lemke, David A. Williams et al. Foye's Principles of Medicinal Chemistry, 6th Edition. — Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2008. — С. 642-643.; Hamid Ghodse. Drugs and Addictive Behaviour. A Guide to Treatment. 3rd Edition. — Cambridge University Press, 2002. — С. 113-117.; Bertram G. Katzung. Basic & clinical pharmacology. 12th edition. — McGraw-Hill Medical, 2010. — С. 576-577.; Steven B. Karch, Olaf Drummer Karch's Pathology of Drug Abuse, Fourth Edition. — CRC Press, 2008. — С. 262-263.
 17. Сборник узаконений. 1915. № 170. Ст. 1291.
 18. Левитов И.О. Бузо-гашишный вопрос на наших окраинах. СПб., 1909, с. 325.
 19. ЦГАОР. Ф. 130. Оп. 2. Д. 66. С. 179.
 20. <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=18718>
 21. Административный вестник. 1925. № 1.
 22. СЗ СССР. 1928. № 33. Ст. 290.
 23. ЦГАОР. Ф. 3316. Оп. 13. Д. 20. С. 145.

24. Наркотики на Руси. Исследование Б. Ф. Калачева. Этап четвертый – Советское государство.
25. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании (патопсихология, клиника, реабилитация) / Под ред. Гриненко А.Я. СПб.: Изд. «Лань», 2001.
26. Лильессон С., Маттссон Я. Героин и другие опиаты. Стокгольм – С-Пб.: RNS и др., б/г.
27. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И. и др. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М.: Генезис, 2001.
28. Предупреждение подростковой и юношеской наркоманий. /Под редакцией С.Ю. Березина и др. М.: 2000.
29. Мирошниченко Н.А., Музыка А.А. Уголовно-правовая борьба с наркоманией. К.; Одесса, 1988; Советское уголовное право. Часть особенная /Под ред. проф. Н.И. Загородникова, М.И. Якубовича, В.А. Владимирова. М., 1965.
30. <https://www.incb.org/>
31. Ивасенко В.Б. Единая Конвенция ООН «О наркотических средствах» 1961 года с поправками, внесёнными в неё в соответствии с протоколом 1972 года в схемах. Учебно-наглядное пособие. М.: Московский военный институт Федеральной пограничной службы РФ, 2000.
32. 26 июня отмечается во всем мире как Международный день без наркотиков. 7 декабря 1987 года Генеральная Ассамблея ООН приняла резолюцию 42/112, в которой постановила отмечать 26 июня как Международный день борьбы с употреблением наркотических средств и их незаконным оборотом в знак выражения своей решимости усиливать деятельность и сотрудничество для достижения цели создания международного общества, свободного от наркомании. Это решение было принято на основе рекомендации Международной конференции по борьбе с употреблением наркотических средств и их незаконным оборотом 1987 года. Международный день предоставляет уникальную возможность высказать свое мнение в поддержку Всемирной кампании против наркотиков. В этот день правительствами стран, общественными организациями проводятся различные пропагандистские мероприятия, направленные на повышение уровня информированности об опасности, которые представляют наркотики. По данным ООН, число потребителей наркотиков в мире составляет от 3,3% до 6,5% от всего населения Земли. Эти цифры относятся к людям в возрасте от 15 до 64 лет, которые хотя бы раз в год употребляли наркотики. На глобальном уровне самым распространенным наркотиком является каннабис - этот термин объединяет все производные конопли, такие как марихуана, гашиш и некоторые другие. Его употребляют от 2,6% до 5% населения земли. Второе место занимают синтетические наркотики - стимуляторы амфетаминовой группы - от 0,3 до 1,2 %. С экстази - под этим словом понимается целый ряд препаратов той же амфетаминовой группы - так или иначе знакомы ориентировочно 0,2-0,6% взрослого населения Земли, с кокаином - 0,6-0,8%. Опиоиды, к категории которых относится в первую очередь героин и сходные с ним по воздействию вещества, хотя бы раз в год употребляли от 0,6 до 0,8 % людей. В России около пяти миллионов потребителей наркотиков, при этом количество наркопотребителей опиатов составляет примерно два миллиона человек, еще порядка трех миллионов - потребители синтетических препаратов, марихуаны, гашиша и кокаина. Практически 80% наркозависимых - в возрасте от 18 до 34 лет. Россия занимает первое место в мире по потреблению героина, на долю РФ приходится 21% всего производимого в мире героина и 5% всех опиатов. Все опиаты имеют исключительно афганское происхождение. В России наркотики ежегодно уносят жизни от 40 до 120 тысяч человек. По данным ФСКН РФ, ежегодно в мировую экономику попадает более 500 миллиардов долларов, полученных от продажи наркотиков, при этом ущерб для реальной экономики в

результате вброса такой суммы наркоденег составляет 2 триллиона долларов. От продажи афганских наркотиков криминальный мир ежегодно извлекает 65 миллиардов долларов. Это оборачивается для мировой экономики потерями порядка 200 миллиардов долларов в год. Наркомания стала существенным негативным фактором демографической ситуации и ударом по генофонду нашей страны. Наркомания наносит России и выраженный экономический ущерб. Затраты, обусловленные издержками высокой преждевременной смертности в молодом возрасте, разрушенными семейными связями, снижением производительности труда, растущей стоимостью лечения, в том числе и от сопутствующих наркомании заболеваний, расходами на пенитенциарную систему, организацию следствия и судопроизводства, непосредственные потери от преступлений, в совокупности достигают 2,5% ВВП и составляют порядка 1,5 трлн. рублей. И это не считая прямого ущерба экономике в виде черного рынка наркоденег и их воздействия на легальный бизнес. В последнее десятилетие растет эффективность противодействия наркоторговле. Так, если в 2001 году во всем мире правоохранительными органами из незаконного оборота было изъято чуть более 100 тонн опия, то в 2005 году - около 350 тонн, а в 2009 году - уже почти 650 тонн. В 2010 году объем изъятий этого вида наркотиков несколько снизился - до почти 500 тонн, что связано со спадом производства опия в Афганистане (Материал подготовлен на основе информации РИА Новости).

33. Калачёв Б.Ф., Кикоть В.Я., Голубовская В.Ю. и др. Глобальная угроза безопасности России: незаконное распространение наркотиков. Учебное пособие. СПб: Издательство «Лань»; ВНИП МВД России, 2000.
34. Наркомания и наркобизнес: выявление и пресечение незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. Драган Г.Н., Калачев Б.Ф. М., 1998; Калачев Б.Ф., Веренинова Т.Ю., Моднов И.С., Клипачев А.Д. Контрабанда наркотиков в Россию. Научно-аналитический обзор. М., 1996; Калачев Б.Ф., Моднов И.С. Незаконное распространение наркотиков как многофакторная угроза национальной безопасности России: Лекция. М., 1998.
35. Аналогичный Указ Президиум Верховного Совета РСФСР принял 15 июля 1974 года.
36. <http://www.lartdoll.net/osnovnyie-tekhnologii-profilaktiki-narkomanii-kurs-lektsij/152-istorija-razvitija-instituta-administrativnoj.html>
37. <http://otvet.mail.ru/question/28289341>
38. <http://www.antisud.com/lib/index.php?sid=29&id=124>
39. http://fskn.gov.ru/pages/main/info/legal_foundation/4043/4045/index.shtml
40. <http://narkologsamara.ru/index.php/naukastati/71-sovremennaya-narkomania-rf>
41. http://www.narkotiki.ru/ocomments_6902.html
42. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_174891/
43. Указ Президента России от 24.09.2002 № 1068 «О совершенствовании государственного управления в области противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ».
44. Указ Президента России от 06.06.2003 № 624 «Вопросы Государственного комитета Российской Федерации по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ».
45. Указ Президента России от 28.07.2004 № 976 «Вопросы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков».
46. http://fskn.gov.ru/pages/main/info/legal_foundation/4114/4371/index.shtml

Стратегия антинаркотической профилактики

Гринченко Н.А.

Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, г. Елец



Гринченко Наталья Александровна, филолог-преподаватель английского языка, кандидат педагогических наук, доцент кафедры иностранных языков. Род.21.03.1952 в г. Ош Киргизской ССР. Окончила ф-т иностранных языков Киргизского университета и аспирантуру при Киргизском НИИ педагогики. В 1991 году защитила диссертацию на тему «Пути предупреждения наркотического поведения школьников подросткового возраста». С 1995 года работает в Елецком государственном университете им. И.А. Бунина. В настоящее время – доцент кафедры романо-германских языков и перевода института филологии. Преподает специальные дисциплины на отделении иностранных языков. В числе основных работ – учебное пособие по деловому общению, лекции по методике обучения иностранному языку, учебное-методическое пособие по ускоренному обучению английскому языку как второму иностранному. С 1995 по 2014 гг. вела факультатив «Педагог-организатор антинаркотического воспитания» на факультете дополнительных педагогических профессий. В трезвенном движении с 1985 года. С конца 1980-х занимается проблемами трезвеного воспитания. Регулярный автор статей в ряде трезвенных изданий - «Соратник», «Подспорье», «Пока не поздно». Выступает с трезвенными материалами в региональной прессе. Известна как соавтор коллективной монографии «Собриология» (2011) под редакцией А.Н. Маюрова, автор учебного пособия для вузов «Трезвый образ жизни» в двух частях (2010, 2011) и учебно-методического пособия для общеобразовательных школ «Уроки нравственности и здоровья» (2013).

Недавно была сделана рассылка многим соратникам статьи Е.Г. Батракова «И у трезвенников тоже троится», в которой автор, ссылаясь на мнение Г.А. Шичко и ряда других ученых, доказывает, что причиной употребления алкоголя «имеется ОДНА универсальная причина – питейная запрограммированность». В переписке соратников развернулась нешуточная дискуссия об ошибочной позиции «некоторых лидеров ТД», считающих причинами питья две и даже три причины (в дополнение к запрограммированности доступность и наркотические свойства алкоголя) и о том, что,

якобы, эта позиция лидеров уводит ТД в сторону от основного направления. Публикуемая статья Н.А. Гринченко, не принимавшей участия в дискуссии, тем не менее, является своеобразным ответом Батракову. И в этой статье автор ссылается на мнение не менее авторитетных ученых, чем названные Батраковым – прим. Тарханова Г.И.

1. Введение

После принятия ряда постановлений и законов по ограничению алкоголя, табака, и наркотиков, принятых на государственном уровне в 2009-2014 годы, ситуация стала улучшаться. Однако алкогольный и табачный капитал всеми способами старается принизить роль доступности и пропаганды в распространении алкоголизации и курения и перешёл в контрнаступление. Принят закон, приостанавливающий запрет на рекламу пива на период чемпионата мира по футболу, который проходил в России в 2018 году [16]. Минэкономразвития РФ рассматривает концепцию о выводе пивоваренной составляющей из-под действия федерального закона ФЗ-171 [20]. Приняты поправки к закону ФЗ-261, фактически допускающие алкогольную торговлю в образовательных и медицинских учреждениях. Министерство экономического развития предлагало снизить акциз на крепкий алкоголь в 2017 году с 500 до 360 руб. за 1 литр чистого спирта, а минимальную стоимость полулитра водки – со 190 до 136 рублей [4]. Виноделы Крыма предложили не считать вино алкоголем [2]. Дискутируется возвращение рекламы алкоголя и табака в печатные издания и в Интернет; может быть снят запрет на дистанционную продажу алкогольных и табачных изделий через Интернет. Это – опасные тенденции.

Цель исследования – обосновать взаимосвязи между причинами и негативными последствиями употребления алкоголя, табака и других наркотиков (АТН) и на этой основе предложить эффективную модель стратегии профилактики.

2. Обзор литературы.

Причинность в современной философии понимается как генетическая связь между явлениями, при которых одно явление, называемое причиной, при наличии определённых условий с необходимостью порождает другое явление, называемое следствием [1, с. 481-484]. Чтобы стать алкоголиком, нужно употреблять алкоголь, чтобы стать курильщиком, надо употреблять табак, чтобы стать наркоманом – нелегальные наркотики.

Существуют десятки, если не сотни теорий о причинах употребления веществ, изменяющих человеческое сознание, в частности, алкоголя, табака и других наркотиков (АТН). В зарубежных исследованиях - это теории ущербной личности, страха перед экологической катастрофой или ядерной войной, об экономической и политической выгоде производства и употребления алкоголя, табака и других наркотиков. Отдельно рассматриваются причины, побуждающие конкретную личность начинать, прекращать или продолжать употребление АТН.

В большинстве исследований причины употребления разных видов легальных и нелегальных наркотиков рассматриваются отдельно. В трудах ряда отечественных учёных 80-х годов алкоголизация является частью псевдо естественной социализации личности и зависит от отношения к алкоголю в конкретной микро и макросоциальной среде.

Академик Ф.Г. Углов (1986) выделяет три главные причины употребления алкоголя: «Если коротко ответить на вопрос, почему люди пьют, нужно сказать: пьют потому, что это наркотик, который широко рекламируется и свободно продаётся. Основная причина в этом. Остальные – предпосылки, которых столько, сколько пьяниц на Земле» [14, с.39]. Иными словами, главными причинами являются доступность, пропаганда и наркотические свойства

алкоголя.

На роль доступности в распространении пьянства указывали социологи Б.М. и М.Б. Левины, юристы А.А. Габiani и К.С. Кузьминых, доктор медицинских наук А.В. Немцов, медик и юрист профессор А.К. Демин, историк Д.А. Халтурина и др.

Революционной стала теория психологической запрограммированности на употребление алкоголя русского учёного XX столетия Геннадия Андреевича Шичко (1922-1986). Психофизиологической основой его теории стали открытия отечественных учёных П.К. Анохина (теория о функциональных системах организма), В.М. Бехтерева (закон о нервно-психических процессах), И.П. Павлова (учение о второй сигнальной системе), И.М. Сеченова (учение о рефлексах головного мозга), А.А. Ухтомского (теория о доминантах мышления и поведения).

Главными компонентами теории социальной запрограммированности Г.А. Шичко являются: настройка (установка) на употребление спиртного, программа (что пить, когда, с кем и сколько) и питейно-проалкогольное убеждение, что пить – это естественное занятие [23; 24; 25]. Эта теория, по мнению Шичко, объясняет и употребление табака, и любую другую форму социального поведения. Учитывая роль социальной среды в распространении пьянства, последователи Шичко стали называть её теорией социально-психологической запрограммированности. Доступность Г.А. Шичко также считал причиной распространения пьянства и курения, но не ставил её на первое место [26].

В современной зарубежной и отечественной психологии близкой по смыслу теорией о причинной обусловленности поведения является теория социального научения, которое осуществляется посредством формирования автоматизированных поведенческих реакций через подражание. Высшим этапом является когнитивное научение путём рассуждений, которое осуществляется с опорой на вторую сигнальную систему [10, с. 357; 12, с. 56-57]. Теория социального научения объясняет, в том числе, и поведение личности, связанное с употреблением алкоголя, табака и наркотиков.

Некоторые учёные Международной академии трезвости (МАТр) указывают на три главные причины распространения пьянства, курения и наркомании: доступность АТН (по цене, местам приобретения, количеству и т.д.), ложные убеждения людей (или социально-психологическая запрограммированность - СПЗ), и наркотическая зависимость (ряд ученых МАТр наркотическую зависимость относят к данности). Причём, доступность и социально-психологическая запрограммированность действуют до первой пробы. Наркотическая (химическая) зависимость, связанная с наркотическими свойствами употребляемых веществ, возникает при продолжении употребления и является, с одной стороны, последствием первых двух причин (доступности и СПЗ), с другой стороны, - причиной дальнейшего употребления АТН [17, с. 248-272].

Ложные убеждения формируются под влиянием пропаганды наркотиков и одурманенного образа жизни средствами современного искусства, через СМИ, псевдонаучные исследования, через внедрение соответствующих обычаев и традиций, молодёжные квазикультуры.

3. Анализ данных и дискуссия

Данные, подтверждающие гипотезу учёных МАТр, были найдены в трудах главных отечественных экспертов: А.В. Немцова, Ф.Г. Углова, А.К. Дёмина, а также в документах ВОЗ и Российской Федерации, текущих региональных статистических отчётах. Были изучены некоторые взаимосвязи между уровнем употребления АТН и рядом демографических и других показателей.

Доступность - причина употребления АТН

О взаимосвязи между доступностью алкоголя и последствиями его употребления в период антиалкогольной кампании в СССР (1985-1987) говорят следующие данные.

№	Показатели РСФСР	Динамика в 1985-1987 годы	Динамика в 1987- 1993 годы
1.	Продажи алкоголя, по оценке А.В. Немцова	Снижение с 14,5 до 11,0 литров абсолютного алкоголя	Увеличение с 11,0 до 14 и более литров в 1993 году;
2.	Потребление алкоголя.	Снижение на 25% за 2,5 года.	Рост на 96%;
3.	Ожидаемая продолжительность жизни мужчин.	64,9 года в 1987 году (увеличение на 3.2 года)	Снижение до 59 лет в 1993 году;
4.	Ожидаемая продолжительность жизни женщин	74,3 года в 1987 году (увеличение на 1,3 года).	Снижение до 72 лет в 1993 году;
5.	Доля пьяных в насильственной смертности	Уменьшилась до 47%	нет данных;
6.	Частота алкогольных психозов.	Уменьшилась в 3,6 раза	нет данных;
7	Рождаемость	Рождалось на 500-600 тысяч младенцев больше, чем в предыдущие 40 лет	Снижение с 17,2 до 9,4 родов на 1 тысячу человек;
8.	Число самоубийств	44,6-35,8 на 100000 населения	54-56,1 на 100000 населения;
9.	Сбережение народа	Сбережение более 1 миллиона жизней к 1993 году.	

Эти данные говорят о том, что антиалкогольная кампания привела к увеличению ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, росту рождаемости, снижению числа самоубийств. В результате, сберегла жизни более 1 миллиона человек. Отказ от антиалкогольной политики привёл к тому, что употребление алкоголя в 1993 году почти вернулось к исходному уровню 1984 года с соответствующим ухудшением всех демографических показателей. По расчётам А.В. Немцова, реальные потери населения на каждый литр подушного употребления алкоголя, – 65 тысяч человек. Алкоголь, согласно заключению эксперта, – главный убийца россиян [13, с.14, 38, 45, 47, 70-71, 101; 14, с. 83; 19, с. 51; 22].

На фоне роста массовой алкоголизации населения в начале третьего тысячелетия Россия вышла на второе место в Европе по смертности мужчин по числу самоубийств и на первое место - по общей смертности в возрастной группе 0–64 года по числу убийств [6, с. 19-29].

Ухудшение демографических показателей зависит и от масштабов распространения курения. Нижеследующая таблица была составлена по результатам исследования авторского коллектива монографии «Россия – дело табак» (М., 2012), написанной под руководством одного из ведущих экспертов по табачной проблеме международного уровня А.К. Дёмина.

О взаимосвязи между распространённостью курения (доступностью табака) и количеством смертей в РСФСР/ в 1985-2005 годы.

№	Показатели 1985 год – 2005 год	Динамика
1.	Распространённость курения среди женщин 7% – 15,5%	Рост более чем в 2 раза;
2.	Снижение возраста приобщения к курению с 15 лет до 10-12;	
3.	Ранее курение до 10 лет среди мальчиков 42,4%	Рост примерно в 2 раза;
4.	Ранее курение до 10 лет среди девочек 18,6%	Рост в 5 раз;
5.	Общее число смертей, связанных с табаком 250 000–400 000 человек	Рост в 1,5 раза;

Согласно этим данным наблюдается корреляция между ростом числа негативных явлений, связанных с курением табака, и распространенностью курения, что, в свою очередь, было вызвано увеличением его доступности, вследствие прихода на российский табачный рынок иностранного капитала, который в начале третьего тысячелетия составил более 90% [7, с.151-152; 162-163].

Статистика по наркотикам. А.В. Немцов, Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев утверждают, что снижение доступности алкоголя в годы антиалкогольной кампании не являлось главной причиной роста наркомании и, что этот рост начался ещё до начала 1985 года и был обусловлен рядом международных и внутренних факторов. Мировой наркобизнес стал осваивать западноевропейский рынок, используя СССР как транзитную территорию из Пакистана, Ирана и Афганистана. Прилегающий к границам бывшего СССР Афганистан в последние десятилетия выбился в мировые лидеры по производству опиатов. Если в 1990 году, по оценкам экспертов, в Афганистане производилось сырьё для производства 1570 тонн опиатов, то в 2003 году этот показатель достиг 3600 тонн (более 80% мирового экспорта). Большая часть этого потока наркотиков оседала в России. Однако суммарно проблемы, связанные с наркотиками в России по масштабам не сравнимы с алкогольными. В частности, число насильственных алкогольных и наркотических смертей в 2004 году находилось в соотношении 52,3% для алкоголя и 0,1% для наркотиков [14, с. 84-86; 22].

Представители алкогольного, табачного и наркотического капитала всячески стараются отрицать роль доступности в распространении употребления АТН. Например, они отрицают факт реального снижения уровня употребления алкоголя в Российской Федерации после принятия ряда ограничительных мер на государственном и региональном уровнях в 2009-2014 годы и утверждают, что пить меньше не стали, т.к. легальный алкоголь, якобы, полностью вытеснен нелегальным алкоголем. Однако косвенные данные, связанные с употреблением алкоголя и социологические опросы населения указывают на снижение его уровня.

По данным ВЦИОМ, с июля 2009 года к концу 2012 года доля тех, кто употребляет алкоголь раз в неделю уменьшилась с 8 до 5%, 2-3 раза в месяц – с 23 до 16%, доля трезвенников выросла с 24 до 30% [3].

Исследование группы учёных в республике Саха (Якутия) показало, что в период с 2007 по 2013 год здесь произошло снижение числа госпитализированных больных в гастроэнтерологическое отделение с хроническим панкреатитом алкогольной этиологии почти в 2 раза - с 14,5% до 8,5% от общего числа [15, с. 179].

В 2016 году Федеральный проект «Трезвая Россия» и Экспертно-аналитический центр при Общественной палате Российской Федерации провели совместное исследование, итогом которого стал «Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации-2016». Самыми трезвыми оказались Чеченская Республика, Республика Ингушетия и Республика Дагестан, где уважают трезвые мусульманские традиции и, где введены наиболее жесткие ограничения на продажи алкоголя. Например, в Чеченской Республике алкоголь продают только 2 часа в сутки – с 8 до 10 часов утра [8]. Здесь же самая низкая смертность и самая высокая рождаемость в России.

Пропаганда и социально-психологическая запрограммированность – причина употребления АТН.

Всего лишь несколько антиалкогольных программ проекта «Общее дело» на центральном Российском телевидении в 2009 году привели к резкому снижению продаж водки. Представители алкогольного, табачного и наркотического капитала вкладывают большие деньги в прямую (коммерческую) и косвенную (через произведения искусства) рекламу, ведь их главная цель – сохранить и преумножить свой бизнес. В своём интервью газете «Известия» известный журналист С. Доренко признался, что табачное лобби предлагало ему 10 тысяч долларов в месяц всего за одну фразу в каждой из его программ. Он

должен был говорить, что «курить, безусловно, вредно, но это уже устоявшаяся некая традиция, а, главное, ребята, давайте подумаем о том, что это рабочие места» [21].

Кроме того, взаимосвязи между социально-психологической запрограммированностью на употребление АТН и уровнем их употребления доказываются опытом избавления от зависимостей методами обучения и саморефлексии (Г.А. Шичко, В.И. Лапшичёв, В.И. Гринченко, А. Карр).

Весьма эффективным может быть формирование трезвеннических убеждений в образовательных организациях. Двадцатилетний опыт (1995-2014) преподавания 72-часового спецкурса «Педагог-организатор антинаркотического воспитания» на ряде факультетов Елецкого государственного университета им. И.А. Бунина показал более чем 90-процентный результат в отказе студентов от курения и употребления алкоголя в течение всего периода обучения.

Наркотическая зависимость - причина употребления АТН.

Что касается третьей базовой причины – наркотической зависимости, действующей после начала приобщения к АТН и являющейся, с одной стороны, следствием их употребления, с другой стороны, причиной их дальнейшего употребления, то следует отметить, что вещества, изменяющие человеческое сознание и вызывающие наркотическую зависимость, не могут быть такими же доступными и рекламироваться так же свободно, как другие. Это понимали такие известные отечественные и зарубежные учёные, как А. Форель (XIX в.), И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, И.М. Сеченов (XX в.), Ф.Г. Углов (XX в.) [7, с. 6, 14-16; 4, с. 10]. Сегодня это знание подкреплено многочисленными данными современных научных исследований о свойствах алкоголя, табака и других наркотиков.

Таким образом, эффективная стратегия профилактики предполагает, прежде всего, учёт всех трёх базовых причин: доступности и социально-психологической запрограммированности на употребление веществ, вызывающих наркотическую (химическую) зависимость (наркотическую зависимость лучше относить не к причине, а к данности – прим. А.Н. Маюрова).

Факторы, условия и мотивы как причины употребления АТН второго и третьего уровней.

Кроме базовых причин, эффективная стратегия профилактики должна учитывать причины второго и третьего уровней. Согласно современной философии, составляющие полной причины следующие: специфическая (собственно причина), кондициональная (факторы или условия), реализаторская или пусковая. Это значит, что для того, чтобы понять какое-либо явление, необходимо рассмотреть всю цепочку: собственно причину, затем факторы или условия, способствующие её запуску, затем запуск причины, т.е. побудительные мотивы [1, с. 481-484].

На основе этих идей нами была разработана трёхуровневая модель причин употребления АТН. К факторам или условиям, способствующим приобщению к АТН (причинам второго уровня) мы относим: 1) дефекты воспитания в семье, в образовательном учреждении, в обществе в целом; 2) генетическую и приобретённую психическую и умственную ослабленность; 3) экономическое и социальное неблагополучие, «тяжёлую» жизнь [17, с. 248-272]. Рассмотрим каждый из факторов.

1. Дефекты воспитания. Проблема современной семьи и современного общества состоит в том, что даже у генетически здоровых детей не формируются прочные жизненные установки и возвышенные потребности, нет отчётливого представления о смысле жизни. В обществе утвердилась идея обогащения «любой ценой», девальвированы национальные традиции, нарушена преемственность поколений. Поэтому современные дети и взрослые, даже вполне благополучные, нередко склонны к получению суррогатных видов удовольствий. Кроме того, употребление алкоголя и табака пропагандируется в нашем обществе как норма или вариант нормы. Однако без доступа к АТН и их пропаганды, реализовать эти виды суррогатных удовольствий вряд ли получится.

2. Генетическая и приобретённая психическая и умственная ослабленность населения. Следствиями такой ослабленности являются психическая неустойчивость, нежелание учиться, склонность к агрессии и деструктивным формам поведения, неразвитость эмоциональной сферы, трудности социальной адаптации, снижение влечения к возвышенным потребностям, склонность к стадному поведению, низкая способность получать удовольствие из положительных источников – от общения с природой, творческого труда, произведений искусства, что часто приводит к поискам суррогатных видов удовольствий от употребления АТН. Однако без доступа к АТН и их пропаганды, удовлетворить эти виды суррогатных удовольствий вряд ли получится и в данном случае.

3. Экономическое и социальное неблагополучие, «тяжёлая жизнь», трудные жизненные условия, трудная профессия. На трудную жизнь как причину пьянства указывают многие исследователи, политики, общественные деятели. Но это – лишь факторы, которые способствуют распространению пьянства, курения, наркомании, но не первопричина. Во многих странах Азии и Африки жизнь намного тяжелее, чем в России, но отношение к алкоголю, табаку и наркотикам там зависит от религии, культурной традиции, политики государства. Кроме того, поведение каждого человека зависит от того, на какие конкретные способы расслабления он запрограммирован: на отдых с хорошей книгой, фильмом, прослушивание музыки, занятия физкультурой и спортом, общение с близкими людьми, природой или на одурманивание. Так что трудная жизнь или профессия не являются истинными причинами употребления АТН, но могут стать факторами, способствующими приобщению к ним.

Мотивы, т.е. причины, побуждающие конкретную личность поступать так или иначе, согласно современной философии, относятся к причинам третьего уровня. И таких мотивов столько, сколько людей на Земле.

К мотивам употребления АТН подростками специалисты относят стремление «выглядеть взрослыми», «быть как все», «расслабиться», «быть модными», «чтобы похудеть», «из-за влияния рекламы» «ради принадлежности к экстравагантной компании», «потому что не смог отказаться», «хочу и буду». Но и мотивы реализовать вряд ли получится без доступа к АТН и их пропаганды.

Общую схему приобщения к АТН можно представить в виде пирамиды, в основании которой находится доступность, в надстройке – социально-психологическая запрограммированность и наркотическая зависимость. Пусковыми механизмами для реализации данных причин являются вышеназванные факторы и мотивы (вершина пирамиды).

Выводы

Ложное понимание причин, факторов и мотивов употребления одурманивающих веществ не является малозначимой ошибкой и приводит к потере ориентиров. Мы предлагаем профилактическую модель, учитывающую, прежде всего, базовые причины употребления АТН, а также причины второго и третьего уровней, способствующих к их приобщению.

Первый (базовый) уровень профилактики

1. Ограничение доступности. Стратегия профилактики – ограничение по местам приобретения, по возрасту, по цене, по полу, социальному статусу, профессии и т.п.;

2. Нейтрализация социально-психологической запрограммированности на употребление АТН (начиная задолго до первой пробы). Стратегия профилактики – пропаганда трезвого, здорового образа жизни, образование в области здоровья, реализация программ воспитания культуры здоровья;

3. Учёт наркотических свойств АТН. После определённого периода экспериментирования с веществом начинает действовать наркотическая зависимость.

Стратегия профилактики – предупреждение всеми возможными способами первой пробы в детском и подростковом возрасте и в ранней юности, разъяснение населению опасности употребления АТН даже в малых дозах, даже на уровне единичных случаев.

Второй уровень профилактики.

Это - воздействие на факторы или условия, способствующие приобщению к АТН:

1. дефекты воспитания в семье, в учебном заведении, в обществе в целом. Стратегия профилактики - подъём уровня общей нравственности и педагогической грамотности населения в целом и родителей в частности;

2. генетическая и приобретённая психическая и умственная ослабленность. Стратегия профилактики – просвещение молодых людей и родителей об опасности употребления АТН, других факторов риска для здоровья будущих поколений;

3. экономическое и социальное неблагополучие, «тяжёлая жизнь», трудные жизненные условия. Стратегия профилактики - преодоление социальной несправедливости, разрыва между бедными и богатыми, повышение психологических и социальных защитных факторов личности.

Третий уровень профилактики.

Это - воздействие на мотивы употребления АТН: «чтобы выглядеть взрослым»; «чтобы похудеть»; «чтобы быть как все»; «чтобы расслабиться»; «чтобы быть модным»; «потому, что рекламируют»; «за компанию»; «не смог отказаться»; «хочу и буду». Стратегия профилактики - развенчание предрассудков и заблуждений через образование и пропаганду в СМИ; предложение и демонстрация здоровых альтернатив.

Литература

1. Алексеев П. В., Панин А. В. Философия: Учебник. – 3-е изд, перераб. и доп. М.: ТК Велби, изд-во Проспект, 2003. – С. 481-484.
2. Виноделы Крыма предложили не считать вино алкоголем// [Электронный ресурс]. URL:<http://riafan.ru/559034-vinodely-kryma-predlozhili-ne-schitat-vino-alkogolem/>Дата обращения: 7 декабря 2016.
3. В России стали меньше пить: продажи алкоголя снизились // [Электронный ресурс]. URL: <http://trezvenie.org/news/bratstvo/full/&id=6809>
4. В правительстве предложили резко снизить цены на водку// [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rbc.ru/business/29/09/2016/57ecf1039a79470ea2958514/>Дата обращения: 7 декабря 2016.
5. Дёмин А.К., Дёмина И.А., Дёмин А.А., Дёмин А.А., Дёмина И.А. Россия: дело табак. Расследование массового убийства. Первое специальное независимое расследование социально опасного бизнеса в национальных интересах: малоизвестные факты, анализ, рекомендации. М.: Российская ассоциация общественного здоровья. 2012. - 555с. Табл.24, рис.275, библиография около 2000 – 75 а.л.
6. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. Доклад утверждён Советом Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года. Москва, 2009.- 80 с.
7. Из заключения постоянной комиссии по вопросу об алкоголизме, состоящей при русском обществе охранения народного здоровья, 1915 г. // Феникс. 2003. № 2 (121). С. 10.
8. Казанкова К. Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации-2016// [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lenoblinform.ru/news/alkogol-231116.html> /Дата обращения – 15 декабря 2016.

9. Ловчев В. Август Форель: великий учёный и великий трезвенник // Эйфория. Приложение к информационному бюллетеню «Феникс». 2003. № 2 (89). 18 с.
10. Майерс, Д. Психология. /Д. Майерс; пер. с англ. И.А. Карпиков, В.А. Старовойтова. - 2-е изд. Мн.: «Поппури», 2006. - 848 с.
11. Минпромторг предлагает снизить цену на водку
[https:// \[Электронный ресурс\]. URL:](https://russian.rt.com/article/323418-minpromtorg-predlagaet-snizit-cenu-na-vodku-do/)
russian.rt.com/article/323418-minpromtorg-predlagaet-snizit-cenu-na-vodku-do/ Дата обращения: 7 декабря 2016.
12. Немцов А. В. Алкогольная смертность в России, 1980-90-е годы. М., 2001. – 60 с.
13. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. - М.: Общественное объединение Фонд «Здоровье и Окружающая среда. Серия докладов «Здоровье для всех – Все для здоровья в России» под ред. док-ра А.К. Дёмина. М.,1995.-134 с.
14. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - 320 с.
15. Петрова М.Н., Башарин К.Г., Петухов К.М. Эффективность законодательных мер по ограничению продажи алкоголя в Республике Саха (Якутия)//Основы собриологии, профилактики, социальной педагогики и алкологии: материалы XXIII Международной конференции-семинара /Под общей редакцией А.Н. Маюрова. Нижний Новгород: Гладкова О.В., 2014. - С.176-183.
16. О проекте федерального закона № 553461 6 «О внесении изменений в статью 21 Федерального закона «О рекламе» [Электронный ресурс]. URL:
[http://asozd2.duma.gov.ru/main.nsf/\(SpravkaNew\)?OpenAgent&RN=553461-6&02/](http://asozd2.duma.gov.ru/main.nsf/(SpravkaNew)?OpenAgent&RN=553461-6&02/)Дата обращения: 21 сентября 2014.
17. Собриология. Наука об отрезвлении общества/А.Н. Маюров, В.П. Кривоногов, Н.А. Гринченко, В.И. Гринченко, А.М. Карпов. Под редакцией А.Н. Маюрова. Н. Новгород: Гладкова О.В., 2011. - 503 с.
18. Психология. Учебник / Под ред. А.А. Крылова. М.: ПБОЮЛ М.А. Захаров, 2001. – 584 с.
19. Углов Ф. Г. Правда и ложь об алкоголе. М., 1986. – 69 с.
20. Трутнев О. Пиво отделят от водки. Для пивоваров готовят отдельный закон//Газета Коммерсантъ//[Электронный ресурс]. URL:
<http://www.kommersant.ru/doc/3144084/>Дата обращения: 15 декабря 2016.
21. Табачные корпорации предлагали Сергею Доренко 10 тыс. долларов за одну фразу в месяц // [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravda-pravo.ru/forum/index.php?topic=75.0/>Дата обращения: 16 декабря 2016г.
22. Халтурина Д.А. Коротаяев А.В. Пути преодоления демографического кризиса в России//[Электронный ресурс]. URL:
<http://www.sbnt.ru/analitika2/demokriz/>Дата обращения: 15 декабря 2016.
23. Шичко Г.А. Женщина и трезвость. – С. 2-5. www.optimalist.narod.ru/shichko3.st.htm
24. Шичко Г.А. Алкогольная проблема в свете теории психологического программирования. – С. 8 www.optimalist.narod.ru/shichko8.st.htm
25. Шичко Г.А. Трезвость: наше неизбежное ближайшее будущее. – С. 7. www.optimalist.narod.ru/shichko12.st.htm
26. Шичко Г.А. Письмо в Госплан СССР. – С. 1-2. www.optimalist.narod.ru/shichko5.st.htm

См.: Стратегия антинаркотической профилактики //Regional social humanitarian researches: history and contemporaneity: materials of the YI international scientific conference on January 25-26, 2017. – Prague: Vedeckovidavatel'ske centrum, “Sociosfera-CZ, 2017, 98 p. – ISBN.-978-80-7526-075-8.-P.12-22. (чешская база данных и РИНЦ)/./ <https://elibrary.ru/item.asp?id=28150879>

Из истории первой в Российской Империи специализированной больницы для алкоголиков при «Казанском Обществе Трезвости»

Алексеев И.Е.

Международная академия трезвости, Татарстан



Алексеев Игорь Евгеньевич (р. 9 декабря 1970 года) – кандидат исторических наук, автор исследований по истории трезвеннического движения в России, публицист, поэт, главный советник Управления по взаимодействию с религиозными объединениями Департамента Президента Республики Татарстан по вопросам внутренней политики. alekseyigor@yandex.ru

**«И в этом добром деле в пользу
человечества не оставит Общество помощь
Божия, которая выше всяких средств...»**

Одним из основных направлений деятельности «Казанского Общества Трезвости» (КОТ) (1892 - 1917 гг.), на базе которого в конце 1904 - 1905 гг. была создана первая в г. Казани и Казанской губернии организация - Казанский отдел «Русского Собрания» (КО РС) (1905 - 1917 гг.), являлось излечение и реабилитация лиц, страдающих пьянством и алкоголизмом.

Второй пункт устава КОТ, утверждённого 30 июля 1892 г. «за министра внутренних дел» Российской Империи (РИ) - его товарищем (заместителем), генерал-лейтенантом Н.И. Шебеко, гласил, что: «Для достижения намеченной цели Общество открывает чайные, столовые, читальни и, по мере возможности, лечебницы для пьяниц, распространяет в народе книги и брошюры нравственного содержания, поучающие воздержанию от вина, устраивает беседы и различные увеселения без продажи спиртных напитков, а также организует отделы и кружки из лиц, воздерживающихся от употребления крепких напитков» [134, с. 506].

В соответствии с этим КОТ с самого начала своего существования стало осуществлять системную работу по всем указанным направлениям трезвеннической деятельности, одним из приоритетов которой являлось создание в г. Казани больницы (лечебницы-приюта) для алкоголиков (БА при КОТ). Как отмечалось позднее - в 1896 г. - в годовом отчёте о деятельности КОТ: «По заявлению одного из членов Общества, на Общем Собрании ещё 4-го сентября 1893 года пожертвовавшего 9 р [ублей], была объявлена подписка на учреждение премии, которая должна быть выдана тому, кто удачно решит вопрос по лечению алкоголизма. На основании этого заявления Общее Собрание постановило ходатайствовать об открытии лечебницы для алкоголиков». [29, с. 449]

Её устав был разработан членом Комитета КОТ - профессором Императорского Казанского университета (ИКУ), директором университетской клиники нервных болезней Ливерием Осиповичем Даркшевичем (1858 - 1925) - выдающимся русским невропатологом и нейрогистологом, одним из основоположников отечественной нейрохирургии, автором первого в России учебника по нервным болезням.

7 июня 1895 г. он был представлен в Медицинский департамент Министерства внутренних дел (МВД) РИ.[114, с. 303; 127, с. 206] 22 февраля 1896 г. «Устав больницы для алкоголиков Казанского Общества Трезвости» был утверждён исполнявшим обязанности министра внутренних дел РИ - его товарищем (заместителем) Н.А. Неклюдовым, [133, с. 704] а уже 27 марта того же года в г. Казани состоялось торжественное открытие больницы (лечебницы-приюта).

При этом БА при КОТ стала первым в своём роде специализированным учреждением в России, хотя попытки создания такового ранее уже предпринимались в столице «Санкт-Петербургским Обществом Трезвости» (СПБОТ), возбудившим вопрос об организации лечебницы для алкоголиков ещё в 1892 г., [6, с. 164] а также - в г. Москве.

В данном отношении наша страна заметно отставала от Северо-Американских Соединенных Штатов и стран Западной Европы, что, в частности, признавалось казанскими трезвенниками в издававшемся с 1896 г. журнале «Деятель» - печатном органе КОТ. «В России, - писал, например, "Б. А-вь" в статье "Лечебница для алкоголиков", опубликованной в № 3 за март 1896 г. "Деятеля", - дело борьбы с алкоголизмом развито ещё весьма слабо по сравнению с Зап[адной] Европой и, особенно, Америкой. Не говоря уже о сотнях обществ трезвости, воздержания и т.п., считающих своих членов сотнями тысяч, в этих странах издавна уже работают и весьма успешно десятки лечебниц, предназначенных специально для лечения несчастных алкоголиков, составляющих не только тяжесть, но и представляющих опасность для себя, для семьи, для общества, для государства. По газетным сообщениям, в одном Петербурге еженедельно на улицах подбирается в бесчувственно-пьяном состоянии около 900 человек. Они временно протрезвляются, затем попадают опять в прежние условия, до нового пьянства, пока, наконец, не гибнут где-нибудь на улице в пьяном состоянии, или, в лучшем случае, умирают в какой-нибудь больнице от последствий пьянства. Из этих тысяч бесчувственно-пьяных, населяющих затем арестные дома, тюрьмы, больницы, значительная часть могла бы быть излечена. В виду этого, уже в 1857 году, в Сев[ерной] Америке была устроена первая специальная лечебница для алкоголиков». [6, с. 163 - 164]

Через тридцать девять лет казанские трезвенники сделали первый шаг в этом направлении и в России, перехватив «пальму первенства» у двух столиц - гг. Санкт-Петербурга и Москвы. Устав лечебницы для алкоголиков при СПБОТ был утверждён несколько раньше - 18 ноября 1895 г. [135] однако отсутствие у последнего средств не позволило немедленно приступить к её созданию. Что же касается г. Москвы, то здесь - близ села Всесвятское Московской губернии (в шести верстах от города) - лечебница для алкоголиков, созданная на частные средства врача-психиатра А.М. Коровина (1865 - 1943), была открыта только 30 апреля 1898 г.

«В больницу принимаются лица всех сословий, званий и вероисповеданий»



Приют и лечебница Казанского Общества Трезвости.

Приют, лечебница и храм Во Имя Всемилостивого Спаса при КОТ («Вестник Трезвости». 1909. № 178 /октябрь/. С. 15.).

В пункте 1 устава БА при КОТ было прописано, что: «Больница Казанского Общества Трезвости назначается для лечения лиц, страдающих алкоголизмом, последствиями его, а равно имеющих болезненную склонность к употреблению спиртных напитков».[132, с. 207] Причём, в дальнейшем этот пункт был дополнен примечанием, утверждённым отношением министра внутренних дел РИ на имя Казанского губернатора П.А. Полторацкого от 22 мая 1897 г. (№ 1103), дающим возможность открыть при больнице амбулаторный приём «приходящих больных со всякого рода болезнями».[133, с. 704]

Пунктом 2 устава устанавливалось, что в БА при КОТ «имеется до шестидесяти кроватей, из которых сорок пять составляет мужское отделение, пятнадцать женское». При этом, пункт 3 чётко определял, что: «В больницу принимаются лица всех сословий, званий и вероисповеданий».[132, с. 207] Для поступления в неё, согласно пункту 4, требовались только: «1) добровольное желание больного и обязательство с его стороны строго подчиняться всем больничным требованиям и 2) законное удостоверение о личности больного». Впоследствии, однако, было сделано примечание, утверждённое отношением товарища (заместителя) министра внутренних дел РИ на имя Казанского губернатора П.А. Полторацкого от 28 ноября 1897 г. (№ 7132), устанавливающее, что: «От лиц, страдающих периодической формой алкоголизма (запоем) при приёме сверх сего требуется ещё письменное согласие на право больничной администрации переводить их, когда наступает запойный период, в случае необходимости, из общего больничного помещения в изоляционное».[133, с. 704]

Не принимались в больницу «лица в состоянии острого опьянения для цели, так называемого, отрезвления», а равно «и те алкоголики, которые по ненормальности своего психического состояния могут быть опасны для себя или окружающих и вообще требуют обстановки специального психиатрического заведения». При этом «в сомнительных случаях» окончательное решение вопроса о приёме больного находилось в компетенции главного врача БА при КОТ.[132, с. 207] Помимо прочего, в соответствии с пунктом 6 устава, больному на время пребывания в больнице могло быть предоставлено, «с особого каждый раз дозволения начальника местной полиции, принять вымышленное имя», причём, указывалось, что «больничная администрация строго охраняет тайну звания больного».[132, с. 208]

В уставе больницы фиксировалось внесение платы за лечение (так, в пункте 7 прописывалось, что «за содержание больного взимается плата», а пунктом 8 устанавливалась «особая добавочная плата» с лиц, «желающих пользоваться улучшенным содержанием»,

размеры которой ежегодно устанавливал Комитет КОТ), но тут же - в пункте 9 - содержалось положение о том, что: «Неимущие больные могут освобождаться от платы Комитетом Общества Трезвости по представлению главного врача».[132, с. 208] В реальности, однако, для подавляющего большинства пациентов БА при КОТ лечение являлось бесплатным, либо с отсроченным на неопределённый срок (так называемым «безнадёжным») долгом за него. С 1900 г. лечение стало бесплатным уже официально. Кроме того, в случае смерти неимущего больного его погребение осуществлялось за счёт больницы.[132, с. 208]

Согласно устава, врачебный персонал БА при КОТ составляли: «главный врач, младшие врачи, фельдшерицы и фельдшера». При этом главный врач назначался и увольнялся, по представлению Комитета КОТ, Казанским губернатором, младшие врачи (являвшиеся «помощниками главного врача, по лечению стационарных больных и по приёму приходящих за советом») приглашались Комитетом КОТ по представлению главного врача, назначаясь и увольняясь в том же порядке, «лица фельдшерского персонала» назначались и увольнялись по представлению главного врача Комитетом КОТ, о чём доводилось до сведения Врачебного отделения Казанского губернского правления.[132, с. 208]

Позднее были выработаны и опубликованы - в № 14 за декабрь 1902 г. - конкретные «Правила для больницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков» из 26-и пунктов, строго регламентировавшие распорядок дня и нормы поведения пациентов.[60]



Председатель Комитета и почётный член КОТ А.Т. Соловьёв (Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1902 г. по 1-е января 1903 г. Читанный в Общем Собрании членов общества 26 января 1903 года. - Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1903. - Вкладка 11.).

Любопытно, что, приступая непосредственно к созданию больницы, КОТ не имело для этого ни необходимых средств, ни помещения, однако в самый кратчайший срок по утверждению устава дело увенчалось успехом и далее развивалось по восходящей. Главный «секрет» этого позднее раскрыл в своём выступлении на торжественной церемонии её открытия председатель Комитета КОТ А.Т. Соловьёв (1853 - 1918), отметивший, в частности, что: «Средства на содержание лечебницы, по-видимому, незначительны, но, имея по-прежнему в основе веру и надежду на помощь Божию, Общество не задумывается о средствах, не нуждается в них и теперь: оно верит, что и в этом добром деле на пользу

человечества не оставит Общество помощь Божия, которая выше всяких средств. Средства явятся сами, когда это будет нужно».[26, с. 202]

На заседании Комитета КОТ 13 декабря 1895 г. было заслушано «письмо Райкова, предлагающего принадлежащий его жене дом на Владимирской улице, бывший Никитиной, верхний этаж за 400 рублей, а два этажа за 600 рублей в год». Следует отметить при этом, что улица Владимирская находилась в центральной части г. Казани (впоследствии став частью улицы Кирова, ныне - Московской), недалеко от Казанского Кремля («Крепости»). Комитет КОТ счёл, что располагавшийся на ней дом подходит для размещений трезвеннических учреждений и постановил первоначально снять и отремонтировать верхний этаж здания.[118, с. 186 - 187]

Уже 31 декабря 1895 г. в этом здании были открыты «2-я чайная» с бесплатной народной читальней (в которой, помимо прочего, проводились заседания Комитета КОТ) и при ней - «2-й ночлежный приют».[29, с. 450; 104, с. 188 - 189] Здесь же - менее, чем через три месяца, открылась и БА (лечебница-приют) при КОТ - во временно уступленном под неё помещении ночлежного приюта. При этом, создавая её, КОТ имело на эти цели всего 492 рубля, из которых «на первое обзаведение» было израсходовано 246 рублей.[26, с. 202]

Первым главным врачом БА при КОТ, взявшим на себя бесплатное заведывание ею, стал профессор Л.О. Даркшевич, утверждённый вскоре в этой должности Казанским губернатором П.А. Полторацким [120, с. 355]. Младшим врачом - по представлению последнего - был утверждён 7 апреля 1896 г. Комитетом КОТ (а затем - также и губернатором) ученик Л.О. Даркшевича, ассистент клиники нервных болезней ИКУ Всеволод Прокопьевич Первушин (1869 - 1954) [91, с. 358; 102, с. 310] - впоследствии выдающийся учёный-медик, доктор медицины, организатор и первый заведующий кафедрой нервных болезней медицинского факультета Пермского университета, создатель первой на Урале научной неврологической школы. При этом известно, что в разное время, в отсутствие Л.О. Даркшевича, член Комитета КОТ В.П. Первушин также выполнял обязанности главного врача БА при КОТ. Помимо того, в больнице постоянно находился фельдшер.

«Устройство больницы ... стало возможным для Общества Трезвости только благодаря сочувствию Казанского населения...»

Торжественное открытие БА (лечебницы-приюта) при КОТ произошло во втором часу дня 27 марта 1896 г. («на 4-тый день св[ятой] Пасхи») - «в присутствии почётных гостей и многочисленной интеллигентной публики и членов общества» [27, с. 2]. Предстоящее событие было анонсировано в местных газетах. «27 марта, - сообщал, например, "Казанский Телеграф", - после молебствия, которое совершит Его Высокопреосвященство Высокопреосвященнейший Владимир, Архиепископ Казанский и Свияжский, во втором часу дня последует открытие больницы для алкоголиков, устраиваемой казанским обществом трезвости (на Владимирской ул[ице] д[ом] б[ывший] Никитиной). Комитет общества покорнейше просит г.г.[оспод] членов и всех сочувствующих деятельности общества почтить своим присутствием открытие нового учреждения общества».[1, с. 5]

Перед открытием БА при КОТ архиепископом Казанским и Свияжским Владимиром (И.П. Петровым) (1828 - 1897), являвшимся почётным членом КОТ и в своём роде главным духовным наставником казанских трезвенников, был отслужен молебен.

При этом весьма примечательным фактом являлось личное участие в торжественной церемонии «первых лиц» губернии и г. Казани, что, в первую очередь, свидетельствовало о глубоком понимании ими важности организации работы по профилактике и борьбе с пьянством и алкоголизмом. Известно, что в этот день на открытие БА при КОТ, помимо правящего архиерея, прибыли Казанский губернатор П.А. Полторацкий (Полторацкий) (1842 - 1909), городской голова Казани С.В. Дьяченко (1846 - 1907), помощник попечителя Казанского учебного округа С.Ф. Спешков и ректор ИКУ К.В. Ворошилов (1842 - 1899).[26,

с. (201)] Показательно, что двое из них - П.А. Полторацкой (Полторацкий) и С.В. Дьяченко - в разное время также были удостоены звания почётных членов КОТ. Кроме того, по сообщению газеты «Казанский Телеграф», на церемонии открытия БА при КОТ присутствовали «губернский врачебный инспектор, много профессоров местного университета и сторонней публики».[131, с. 2]

Это знаменательное событие было также отмечено в № 8 за 15 апреля 1896 г. «Известий по Казанской Епархии», где сообщалось, что: «27-го марта Высокопреосвященнейший совершил молебен и окропление св[ятой] водою новоучреждённой обществом трезвости больницы для алкоголиков. Высокопреосвященнейший произнёс после молебна приличное сему случаю слово и вручил икону святителя и чудотворца Казанского Гурия председателю совета общества трезвости, чтобы она была поставлена в новоучреждённой больнице, как верный залог благоуспешной деятельности сего учреждения».[5, с. 201]



*Главный врач БА при КОТ в 1896 - 1905 гг. профессор Л.О. Даркшевич
(«Деятель». 1899. № 4 /апрель/. С. /159/.).*

Весьма любопытные подробности последующего выступления архиепископа Казанского и Свияжского Владимира (И.П. Петрова) были приведены в газете «Волжский Вестник». «Высказав затем мысль, что SpiritusDei весьма способствует изгнанию из больного spiritumalcogoli, - сообщалось там, - Владыко передал заведующему больницей профессору Л.О. Даркшевичу пять экземпляров Евангелия».[27, с. 2]

Вслед за этим «в собрании Общества» с речами выступили профессор Л.О. Даркшевич и председатель Комитета КОТ А.Т. Соловьёв. Затем участники церемонии осмотрели помещения БА при КОТ. «После открытия лечебницы, - сообщал "Волжский Вестник", - почётным гостям была предложена закуска».[27, с. 2]

В своей речи, опубликованной затем в журнале «Деятель», [127] профессор Л.О. Даркшевич достаточно подробно рассказал о проблемах лечения алкоголизма в России и обосновал необходимость создания для этого специализированных медицинских учреждений. «В настоящее время, - отметил он, в частности, - чаще всего прибегают к помещению алкоголиков в специальные лечебные заведения для душевнобольных. Но

помещение туда обставлено такими условиями, которые низводят пользу психиатрических больниц в деле лечения алкоголиков до незначительной степени: алкоголику могут отказать в приёме, раз у него не будет ясно выраженной формы психического расстройства. Не может быть помещён алкоголик и в обыкновенную больницу, назначенную для больных соматических, так как эти больницы совершенно не приспособлены для ухода за такими специальными больными, какими являются лица, злоупотребляющие спиртными напитками.

Таким образом, в деле лечения алкоголиков мы сталкиваемся с непреодолимым препятствием: для успеха дела мы должны удалить алкоголика из его обычной среды и поместить под врачебный надзор в больничное заведение, а между тем больничные учреждения существующих типов отказывают в приёме таким больным. Чтобы выйти из такого затруднения, остаётся одно средство - учреждать больницы особого типа, такие больницы, которые имели бы специальною целью давать помещение для алкоголиков подобно тому, как существуют особые лечебные заведения для душевнобольных. Эта мысль и осуществлена уже за границей во многих странах. Теперь настало время осуществить эту мысль и в нашей стране.

Казанское Общество Трезвости, проведя ряд мер, наиболее важных в деле отвращения населения от нетрезвой жизни, решило приступить к осуществлению самой главной своей задачи - к борьбе с алкоголизмом, как с болезнью. Оно решило те скромные средства, которые имеются в его распоряжении, употребить на устройство особой лечебницы, где находили бы для себя приют лица, нуждающиеся во врачебной помощи и не могущие получить её в обыкновенных больницах. [...] Открываемая больница устроена по типу лечебницы-приюта. В ней должны находить для себя помещение лица, желающие отвыкнуть от привычки постоянного, неумеренного употребления спиртных напитков, равным образом, и те, кто страдает так наз[ываемым] запоем. В то же время больница будет принимать и таких алкоголиков, которые, вследствие временного злоупотребления алкоголем, получили то или другое заболевание нервной системы.

Поступление в больницу признаётся добровольным. Мы намеренно исключили из устава право принудительного помещения больных. Сделано это, во-первых, с тою целью, чтобы не придавать больнице характер места заключения, а, во-вторых, потому, что, вследствие отсутствия прямых указаний в нашем законодательстве касательно принудительного лечения алкоголиков, утверждение устава больницы могло бы отсрочиться на очень продолжительный, пожалуй, неопределённый срок. От поступающего в больницу требуется только одно: не нарушать своим поведением тех правил, которые признаны обязательными для всех лечащихся.

Обстановку больницы мы старались приблизить возможно больше к обстановке домашней. Равным образом будет обращено внимание и на то, чтобы жизнь пребывающих в больнице была по возможности неспящей, занятой».[127, с. 205 - 206]

При этом профессор Л.О. Даркшевич особо подчеркнул, что: «Устройство больницы и в тех скромных размерах, в каких она открывается сегодня, стало возможным для Общества Трезвости только благодаря сочувствию Казанского населения, сочувствию, сказавшемуся в неизменной поддержке Общества материальными средствами. С этой стороны открываемая нами больница, по всей справедливости, должна считаться достоянием населения города Казани».[127, с. 207]

Первоначально в БА при КОТ было всего девять кроватей (коек), шесть из которых было предназначено для больных третьего класса (с платой по 10 рублей в месяц), две - второго (25 рублей) и одна - первого (75 рублей), размещавшихся в трёх комнатах. Всего же, как писал «Казанский Телеграф», в больнице имелось «около 10 комнат: три спальных, столовая, гостиная, зал и т.п.», комнаты «высокие и светлые, с паркетными полами».[131, с. 2] С 4 августа 1896 г. количество кроватей третьего класса было ограничено четырьмя,[98, с. 501] за счёт чего на две увеличилось число кроватей второго класса. Однако благодаря энергичной деятельности Комитета КОТ и казанских медиков по увеличению лечебных

площадей и возможностей больницы уже к концу первого года её существования количество кроватей увеличилось втрое - до двадцати семи.[52, с. 4]

Всего, на протяжении первого года в больнице лечилось 72 человека (70 мужчин и 2 женщины), из которых 51 - «выбыл в различное время года», 19 - оставались в больнице и 2 умерли. Причём среди пациентов преобладали иногородние - 39 человек (55 %), а жителей г. Казани было 33 (45 %). «Небольшое число больных женского пола» профессор Л.О. Даркшевич объяснял тем, «что особого отделения для женщин долгое время не было при больнице, а затем, хотя оно и было открыто, но его снова пришлось закрыть и при том совершенно, так как оказалось, что, в виду малого поступления больных женщин, содержание особого женского отделения требовало очень больших расходов и ложилось тяжёлым бременем на бюджет больницы».[52, с. 6] Известно, что женское отделение БА при КОТ (располагавшееся во флигеле) просуществовало совсем недолго - до марта 1897 г.[59, с. 543]

Любопытно также, что уже в первый год существования БА при КОТ наибольшее число больных оказались из «класса чиновников», за ними шли - «лица торгового класса, лица интеллигентных профессий, духовного звания, разночинцы, ремесленники, военные, земледельцы».[52, с. 7] Эта тенденция подтверждалась и в последующие годы. Как отмечал 28 января 1901 г. врач В.П. Первушин, «наибольшим вниманием больница пользовалась со стороны лиц, занимающихся письмоводством в различного рода конторах и правительственных учреждениях, затем - со стороны чиновников, торгового люда и, наконец, особ духовного звания». В возрастном отношении преобладали «люди среднего возраста» (тридцати - сорока лет).[56, с. 225 - 227] В 1902 г. «лица духовного звания» сравнивались по численности с лицами, «занимавшимися письмоводством» - по 12 человек (причём, среди первой категории - «священников 8, псаломщиков 3, без определённых занятий 1»).[58, с. 1] В дальнейшем - в связи с расширением деятельности БА при КОТ - среди её пациентов стали преобладать торговцы и ремесленники.[136, с. 24]

При этом, как и предсказывал А.Т. Соловьёв, после открытия БА при КОТ средства на её поддержание и развитие действительно начали «являться сами». Так, сразу же после распространения информации о появлении в г. Казани первой в России больницы (лечебницы-приюта) для алкоголиков возрос поток целевых частных пожертвований как от широко известных государственных, общественных, религиозных деятелей, предпринимателей и учёных, так и от простых обывателей.

Уже через несколько дней местные газеты сообщили, что в качестве жертвователей на БА при КОТ выступили: архиепископ Казанский и Свияжский Владимир (И.П. Петров) (30 рублей), городской голова Казани С.В. Дьяченко (10 рублей), ректор ИКУ К.В. Ворошилов (3 рубля), профессора ИКУ Н.Ф. Высоцкий (1843 - 1922) (5 рублей) и А.И. Александров (1861 - 1918) (5 рублей) - впоследствии ректор Санкт-Петербургской духовной академии, викарий Санкт-Петербургской епархии, епископ Ямбургский Анастасий, и др.[9, с. 2; 62, с. 2]

7 апреля 1896 г. на заседании Комитета КОТ Л.О. Даркшевичем была доложена телеграмма, поступившая от известного российского промышленника и мецената, одного из основателей отечественного птицеводства А.С. Баташёва (1848 - 1912), в которой он, выражая сочувствие деятельности КОТ, заявил, что высылает на больницу 800 рублей. В связи с этим было постановлено «собрать экстренное Общее Собрание и избрать [А.С.] Баташёва почётным членом Общества», что и было сделано 21 апреля 1896 г.[77, с. 358; 102, с. 310]

Вскоре А.С. Баташёв предложил также казанским трезвенникам «в ознаменование дня Священного Коронования Батюшки Государя Императора Николая Александровича, Матушки Государыни Александры Феодоровны» учредить «400 рублей премии [тем], кто выработает проект лечения несчастных больных». В связи с этим 28 мая 1896 г. Комитет КОТ постановил данное предложение принять и, по получении денег, составить «проект условия премии» (получившей, согласно желанию А.С. Баташёва, название - «премия за

лечение алкоголиков в память Св[ященного] Коронования Их Величеств»), чем 2 февраля 1897 г. было поручено озаботиться профессору Л.О. Даркшевичу.[95, с. 185; 98, с. 501; 125, с. 412]

1 сентября 1896 г. «к суммам больницы» были также причислены «знаковые» 100 рублей, пожертвованные на нужды КОТ протоиереем Андреевского собора в г. Кронштадте И.И. Сергиевым (Иоанном Кронштадтским) (1829 - 1908) [90, с. 504], избранным почётным членом КОТ. Такую же сумму - сто рублей - пожертвовал на БА при КОТ известный казанский купец, бывший гласный Казанской городской думы (КГД) В.Е. Соломин (1832 - 1896).[52.С. 12]

Наконец, весьма крупную по тем временам сумму - 2,5 тысячи рублей - предоставила в память о своём покойном муже - известном зерноторговце и благотворителе И.Н. Журавлёве - его супруга В.Е. Журавлёва (избранная почётным членом КОТ), при условии учреждения одной бесплатной кровати «для больного, помещаемого в лечебницу по 3 классу», с наименованием оной «Кровать имени Ивана Николаевича Журавлёва» и предоставлением ей исключительного права выбора пациента.[99, с. 409 - 410]

Следует также особо упомянуть о 2 тысячах рублях, пожертвованных в 1899 г. на нужды КОТ А.Х. Шамовой (1842 - 1926 или 1927) - супругой известного казанского благотворителя и религиозного деятеля, купца-старообрядца Я.Ф. Шамова (1833 - 1908), из которых 500 рублей были направлены «на уплату долга по больнице» - «с тем, чтобы на эту сумму содержать бесплатно неимущих больных в больнице». За своё благодеяние А.Х. Шамова 23 февраля 1899 г. также была избрана почётным членом КОТ.[123, с. 154]

Помимо этого, средства на поддержание БА при КОТ поступали и из других источников: так, например, на нужды больницы направлялась выручка (или часть выручки) от проведения благотворительных спектаклей (в частности, устраивавшихся «товариществом оперных артистов» и «товариществом драматических артистов»), от продажи книг и т.д.[85, с. 43; 103, с. 100]

В связи со стремительно растущим числом желающих поступить в больницу, на заседании Комитета КОТ 2 мая 1896 г., в связи с заявлением профессора Л.О. Даркшевича, было постановлено «прибавить две комнаты под больницу и озаботиться о найме квартиры в нижнем этаже и во флигеле».[91, с. 358] В результате с целью расширения помещений БА при КОТ «был взят сначала верхний этаж соседнего дома, а затем ещё и верхний этаж флигеля, который находится в общей связи с этим вторым зданием».[52, с. 4]

Кроме того, по просьбе Л.О. Даркшевича, младшему врачу было назначено годовое жалование в размере 600 рублей в год (по 50 рублей в месяц), и, кроме того, решено ходатайствовать об устройстве при больнице библиотеки [91, с. 358, 359] («ответственным лицом по библиотеке» впоследствии был избран профессор А.И. Александров, разрешение Казанского губернатора П.А. Полторацкого «открыть библиотеку-читальню при лечебнице» получено в 1900 г.) [92, с. 399; 122, с. 216]. Ранее, по сообщению местных газет, член-соревнователь КОТ священник Успенского собора г. Казани М.И. Акрамовский также изъявил желание служить в больнице (лечебнице-приюте) всюнощную «пред каждым праздником», что долгое время и делал.[25, с. 3; 44, с. 555; 138, с. 2] Помимо этого, профессор Л.О. Даркшевич предлагал «для развлечения больных» устраивать в её помещении платные спектакли («в пользу Общества Трезвости»), однако Комитет КОТ 16 декабря 1896 г. «не нашёл возможным» разрешить их.[119, с. 65]

Практически сразу же после открытия БА при КОТ казанские трезвенники озаботились о её расширении и переводе в отдельное здание, так как, помимо прочего, открытая в «наёмной квартире» лечебница-приют располагалась, по признанию врача В.П. Первушина, «на такой шумной и пыльной улице, как Владимирская, и в такой части города, где всё напоминало больным о их прежней жизни».[59, с. 543] 7 апреля 1896 г. на заседании Комитета КОТ было заслушано заявление А.Т. Соловьёва о том, «что, имея ввиду построить собственный дом для больницы, он просил городскую управу о предоставлении места для

лечебницы», и городской голова Казани С.В. Дьяченко «обещал оказать содействие к отводу места около 3-й горы», но так как, по мнению некоторых членов Комитета КОТ, место это было «не вполне удобно и очень отдалено», то А.Т. Соловьёв просил его «ходатайствовать [пе]ред городской управой об отводе места, как более подходящего, около спуска в Подлужную».[102, с. 308]

Однако место на спуске на улицу Подлужную, как оказалось, было уже обещано Казанской духовной семинарии (КДС) «для постройки здания», поэтому первоначально КОТ было заявлено о невозможности его предоставления.[120, с. 355] 7 мая 1896 г. КГД постановила предоставить КОТ во временное пользование на двенадцатилетний срок участок городской земли площадью 1200 квадратных сажен «позади 3-й горы, вдоль шоссе к Академической слободе».[121, с. 438]

В этой связи Комитет КОТ нанял ещё одно помещение в доме на Академической I-й улице (ныне - улица Вишневого), где 7 июня 1896 г. - после молебствия, совершённого священником М.И. Акрамовским, было открыто «2-е отделение больницы».[29, с. 449]

В планах Комитета КОТ было «возведение больницы на 60 кроватей», на что требовалось 60 тысяч рублей. В связи с этим казанские трезвенники обратились с просьбой «о назначении из казны субсидии на возведение особого здания больницы для алкоголиков и на расходы по обзаведению её» в Главное Управление неокладных сборов и казённой продажи питей (ГУНСКПП) Министерства финансов (МФ) РИ и к министру финансов РИ С.Ю. Витте.[119, с. 64] Однако 20 февраля 1897 г. на это Комитету КОТ ГУНСКПП МФ РИ был дан довольно витиеватый отказ. Тем не менее, последним «было признано, что Казанскому Обществу Трезвости, в виду невключения Казанской губернии в район казённой продажи питей, могло бы быть оказано пособие лишь при условии направления в содержимую этим обществом лечебницу страдающих запоем из монопольных губерний, и с этою целью найдено возможным предоставить попечительствам о народной трезвости оказать Казанскому Обществу Трезвости, в пределах отпускаемого сказанным попечительствам казённого пособия, посильное содействие в деле содержания устроенной названным обществом трезвости больницы для алкоголиков, с тем, чтобы попечительства имели за сим право направлять в больницу обусловленное, по соглашению, количество лиц, подлежащих специальному лечению от алкоголизма».[96, с. 267]

В этой связи постепенно начали поступать средства от губернских и уездных попечительств о народной трезвости (в том числе, с условием организации специальных «койко-мест» /кроватей/ для направляемых ими больных-алкоголиков). Так, например, известно, что 5 сентября 1897 г. 3 тысячи рублей постановил направить «в пособие» КОТ Самарский губернский комитет ПНТ, 14 марта 1898 г. 1 тысячу рублей постановил ассигновать КОТ «на приобретение собственного дома для больницы» Ставропольский уездный комитет ПНТ.[113, с. 217; 124, с. 697] Вскоре от Самарского губернского комитета ПНТ поступило ещё 500 рублей.[46, с. 386] Как отмечалось в отчёте о деятельности КОТ с 1 сентября 1899 г. по 1 января 1901 г., «помощь на устройство больницы и приюта для алкоголиков» была оказана Самарским губернатором А.С. Брянчаниновым (1843 - 1910), избранным почётным членом КОТ.[30, с. 72]

Тем временем, несмотря на частные пожертвования, уже в 1897 г. стала серьёзно ощущаться нехватка средств на поддержание деятельности БА при КОТ, а также нужда в приспособленных для медицинских нужд помещениях. В этой связи с 9 апреля 1897 г. Комитет КОТ упразднил деление «койко-мест» в БА при КОТ на «классы», так как плата в 25 рублей оказалась убыточной, уравнивая «плату за лечение в больнице в 30 руб[лей] в месяц, и с желающих иметь отдельную комнату 75 руб[лей]», одновременно отметив при этом, что: «Комитет по возможности принимает больных бесплатно».[116, с. 342] А 4 мая 1897 г. было постановлено просить младшего врача В.П. Первушина отказаться от получаемого им жалования, «пока расход больницы превышает приход», в связи с чем Л.О. Даркшевич попытался убедить Комитет КОТ не настаивать на этом, ибо в таком случае В.П. Первушин

вынужден будет оставить службу, однако его аргументы не подействовали.[93, с. 507; 99, с. 411; 101, с. 514] Вместе с тем, по мере поступления долгов от пациентов и субсидий, Комитет КОТ изыскивал возможности для материального поощрения младшего врача, восстановив ему со временем регулярное жалование в прежнем размере.

При этом, не дожидаясь, когда окончательно разрешатся вопросы с землеотводом и субсидированием строительства здания больницы, 4 мая 1897 г. Комитет КОТ постановил приобрести для этих целей за 8 тысяч рублей «дом Парамонова» на улице Подлужной (на тихой, незагрязнённой окраине города), однако окончательная сделка была сорвана, и, хотя БА при КОТ и была переведена туда на условиях контракта уже 13 мая, но пробыла там только до конца августа указанного года, вновь переехав на зиму в прежнее помещение.[44, с. 555; 59, с. 543; 84, с. 516; 99, с. 411] 7 января 1898 г. Комитет КОТ вновь постановил «озаботиться приобретением своего дома на сумму 7000 руб[лей] и возобновить ходатайство пред городской управой об уступке места около дамбы для устройства приюта и народной аудитории».[85, с. 43] Однако покупка дома на улице Подлужной тогда так и не состоялась, так как он был «приобретён с торгов другим лицом».[88. С. 92]

Одновременно, учитывая не прекращавшийся наплыв пациентов, Комитет КОТ постановил «отвести особую комнату при ночлежном приюте для помещения в ней желающих лечиться от пьянства, но с тем, чтобы они, пользуясь бесплатно всем содержанием Общества, являлись бы ежедневно к врачу в больницу, где им даётся совет и лекарства бесплатно».[45, с. 454]

Перебрав целый ряд вариантов (в том числе, приобретение «одного из трёх домов» около Казанского Богородицкого женского монастыря) [82, с. 271], в мае 1898 г. КОТ всё же приобрело за 7,5 тысячи рублей собственный дом в Академической слободе (Академическая I-я улица, дом 10), куда в начале июня переселилась больница. Несмотря на то, что условия размещения в нём больных были далеки от идеальных, это уже был всё-таки свой, а не съёмный, дом.

«Самый дом 2-х этажный, деревянный, небольших размеров; - сообщал в отчёте о деятельности БА при КОТ за второй и третий годы её существования врач В.П. Первушин, - в 5-и небольших комнатах верхнего этажа разместили больных, а внизу устроили общий зал, служащий в то же время приёмной, кабинетом врача и помещением для аптеки, столовой и изоляционной комнатой для вновь поступающих больных; кухня и тёплый ватер-клозет находятся также внизу, а ванная комната с небольшой комнатой для фельдшера вверху. В больнице с трудом может поместиться 11 - 12 человек, а зимой 9 - 10 человек, с удобством же 7 - 8 человек.

Важно было уже одно то, что больница помещалась в своём доме, где не могло быть посторонних элементов, имела свой сад, которым пользовались только больные, свой водопровод, надворные здания для сохранения довольно большого больничного инвентаря и т.п.

Таким образом, в отношении хозяйственном больница лишь выиграла, но, разумеется, на приобретённый дом нужно смотреть как на временное помещение, переходное к тому типу лечебницы, который у администрации её за эти 2 ½ года практики постепенно выработался».[59, с. 544]

Всего - с 27 марта 1896 г. по 1 сентября 1898 г. - больничным лечением в БА при КОТ воспользовались уже в общей сложности 106 человек, по 1 января 1901 г. - 174 человека (при этом «общий благоприятный исход», по признанию врача В.П. Первушина, наблюдался «в 30 - 33 процентах всех случаев», что было «приблизительно одинаково с учреждениями подобного рода за границей»).[56, с. 228 - 229; 59, с. 545]

В первой половине июня 1899 г. казанскими трезвенниками был приобретён «для благотворительных учреждений Общества» дом на улице Подлужной, который её владелец И.Т. Анисимов уступил за 7 тысяч рублей - при значительно большей стоимости (за что был избран почётным членом КОТ).[126, с. 311] Дом в Академической слободе решено было

продать, после чего - с 6 августа 1900 г. - БА при КОТ была переведена «во вновь приобретённое место в конце Подлужной улицы, под № 54», обретя, наконец, свою постоянную прописку.[56, с. 231]

«Единогласно постановлено ... принимать всех желающих лечиться от пьянства бесплатно...»

Дом на улице Подлужной, где рядом с другими учреждениями КОТ разместилась больница, выгодно отличался от прежнего, хотя также не вполне устраивал крайне требовательных университетских медиков. «Это большой участок земли, - описывал его 28 января 1901 г. врач В.П. Первушин, - на задах Русской Швейцарии (до 2-х десятин), причём, часть его, лежащая сзади, наполовину наполнена садом (большие деревья, идущие аллеями), часть - огородом; тут же устроена баня. Задний двор от переднего отделён длинным, идущим поперёк участка каменным корпусом (в котором со временем предполагается устроить главное здание больницы и домовую церковь). В переднем участке усадьбы расположены жилые и служебные постройки.

Собственно больничное здание, выходящее фасадом на Подлужную улицу, - 2-х этажный, каменный дом, с подвальным этажом (кухня); вверху находится - аптека с кабинетом врача, 2 палаты для больных, небольшой зал - всего 4 комнаты; внизу - столовая и 2 палаты для больных, комната для фельдшера и комната-буфетная - 5 небольших комнат. В общем, можно с удобством разместить только 8 человек, в крайнем случае 9 - 10 в обоих этажах. Сообщение между этажами, а также с кухней - через холодные сени; ванной комнаты нет, клозет - холодный. Здание, предназначавшееся, конечно, для частной жизни, не может считаться вполне удовлетворительным больничным помещением.

Во дворе имеется небольшой каменный 2-х этажный флигель, в верхнем этаже которого помещается библиотека общества, комната для смотрителя больницы и 2 комнаты для детского приюта, а внизу - кухня и большая комната для призываемых общества, большинство коих - бывшие алкоголики и пользуются лечением в больнице».[56, с. 231 - 232]

При этом опыт первых лет деятельности БА при КОТ наглядно продемонстрировал казанским трезвенникам, что в российских условиях взимание с алкоголиков платы за лечение неизбежно приводит к тому, что воспользоваться им может только очень небольшая часть нуждающихся. В данной связи на заседании Комитета КОТ 3 декабря 1900 г. было единогласно постановлено, «так как платные больные не дают возможности назвать больницу вполне благотворительным учреждением», «не принимать в больницу платных больных, а принимать всех желающих лечиться от пьянства бесплатно, возложив на них труд по учреждениям Общества», [106, с. 32] для чего было признано необходимым «озаботиться введением ремёсел» и «организовать правильные чтения и беседы» [30, с. 75]. Уже к началу 1901 г. здесь была создана небольшая переплётная мастерская, «служащая нуждам собственной библиотеки» (где трудились один - два больных), ещё один больной занялся «выделкой различных вещей из мрамора (принадлежности для письма, столики, умывальники и т.п.)».[56, с. 232]

В дальнейшем «больным предлагался тот или другой труд сообразно их силам и влечению»: летом они работали в саду, цветнике и огороде, занимались переплётным и столярным делом, убрали свои помещения, следили за внутренним порядком и чистотой здания, «священнослужители (пациенты) принимали участие и сами совершали некоторые церковные службы в воскресные и праздничные дни и накануне их».[47, с. 446]

Неимущие принимались в БА при КОТ бесплатно, а для прочих общая месячная плата (которую практически никто не вносил) была понижена до 10 рублей в месяц. Помимо прочего, данная мера привела к заметному изменению «контингента больных». Как указывал 27 января 1902 г. врач В.П. Первушин, «в то время как раньше преобладали лица

привилегированных классов, в истёкшем году встречаем обратное отношение» - «тут, между прочим, видим лиц, занимающихся тяжёлым физическим трудом, и, благодаря своей болезни, лишившихся возможности продолжать свои занятия и поддерживать существование своё и своей семьи».[47, с. 443]

В скором времени КОТ удалось, наконец, обеспечить хоть и не вполне удовлетворительное, но стабильное финансирование своей больницы. 10 января 1901 г. открыл свою деятельность Казанский губернский Комитет Попечительства о народной трезвости (КГК ПНТ), к которому казанские трезвенники, по рекомендации ГУНСКПП МФ РИ, 10 июня 1901 г. постановили обратиться за пособием на содержание больницы на сумму 2 тысячи рублей, что и было сделано А.Т. Соловьёвым.[87, с. 336; 117, с. 144] 7 февраля 1902 г. КГК ПНТ направил в Комитет КОТ талон «на 2600 руб[лей] на содержание больницы алкоголиков и устройство чтений в Суконной слободе», что положило начало ежегодному финансированию БА при КОТ.[89, с. 238]

Как отмечал врач В.П. Первушин, эта «помощь со стороны правительственного учреждения» являлась «лестным для Казанского Общества трезвости признанием его заслуг и справедливой оценкой его деятельности, а также деятельности одного из его крупных учреждений - лечебницы для алкоголиков».[47, с. 444] В связи с этим он связывал с БА при КОТ большие надежды, указывая, что: «Это внимание к нуждам нашей лечебницы, кроме того, является выражением общественного мнения о важном значении подобных лечебниц в деле борьбы с пьянством. Эта мысль давно уже стала убеждением для Западной Европы и Северной Америки, найдя себе там и практическое осуществление в виде целой серии лечебниц и особых приютов для алкоголиков; существование и деятельность этих учреждений там строго регламентировано специальными законодательными актами, составляющими часть общих законоположений об алкоголиках. У нас эти идеи, недостаточно проникнув в общественное сознание, не успели ещё соответствующим образом отразиться как на отношении закона к данному вопросу, так и на проведении в жизнь относящихся сюда мероприятий. Поэтому, лечебница Казанского Общества трезвости для алкоголиков, помимо своего прямого назначения, должна сыграть в истории борьбы русского общества с его исконным врагом ещё и иную роль - в качестве учреждения, проповедующего и проводящего в жизнь известные начала и вырабатывающего самостоятельный взгляд на свои задачи. В дальнейшем будущем, надо надеяться, вопрос об алкоголизме и борьбе с ним в связи с учением о других интоксикациях, сделается одним из предметов преподавания на медицинских факультетах университетов и тогда - возможная вещь - наша лечебница войдёт под сень Казанского Университета, как одно из учебно-вспомогательных учреждений».[47, с. 444 - 445]

Продолжала поступать в КОТ и помощь, хоть и не столь значительная, от губернских попечительств о народной трезвости. Так, например, к началу 1904 г. на содержание больницы 500 рублей направил Вятский губернский комитет ПНТ и 300 рублей - Симбирский губернский комитет ПНТ.[32, с. 6; 63, с. 47]

За достаточно непродолжительное время КОТ удалось сосредоточить на Подлужной улице большинство своих учреждений, превратив её, по сути дела, в самую трезвую улицу Казани. «Общество имеет 4000 сажен земли, рошу и 5 каменных зданий в Подлужной, - констатировалось в отчёте о деятельности КОТ с 1 января 1902 по 1 января 1903 г., - где в одном доме помещается больница для алкоголиков, а детский приют, приют для рабочих и библиотека - в двух этажах другого дома».[31, с. 14] К 1904 г. в больницу был проведён телефон, посещения пациентов врачом стали ежедневными.[32, с. 6] В 1905 г. в ней был проведён капитальный ремонт: «переделаны все печи, перестланы и окрашены полы, подводились балки и произведён ремонт бани».[34, с. 7; 65, с. 207]

В связи с тем, что поток пациентов из других губерний постоянно увеличивался, 5 июля 1903 г. Комитет КОТ в целях расширения (строительства нового здания) БА при КОТ постановил «просить министерство финансов о пособии в 30000 руб[лей] на устройство

больницы».[110, с. 415] Данное ходатайство, вместе с просьбой об увеличении ежегодного пособия на содержание больницы до 4 тысяч рублей, было поддержано КГК ПНТ.[105, с. 558] В декабре 1903 г. ГУНСКПП МФ РИ уведомил последний, что «Министерство Финансов могло бы придти на помощь Обществу ассигнованием на постройку лечебницы для алкоголиков в г. Казани пособия в размере не свыше 10.000 рублей», если оно упростит представленный проект, на что Комитет КОТ 4 мая 1904 г. дал согласие - с просьбой ассигновать означенную сумму уже «в нынешнем году».[107, с. 278]

Помимо этого, до 3 тысяч рублей увеличилась сумма пособия, выделявшегося на больницу КГК ПНТ. В 1905 г. КОТ получило от последнего 3,5 тысячи рублей (плюс 500 рублей от Вятского губернского комитета ПНТ и 300 - от Симбирского губернского комитета ПНТ), в 1906 г. - 3 тысячи рублей (плюс 200 рублей от Симбирского губернского комитета ПНТ), в 1907 г. - 3 тысячи рублей.[33, с. 7; 35, с. 5; 36, с. 3; 65, с. 207; 112, с. 56] В 1908 г. размер пособия увеличился до 4 тысяч рублей, в 1910 г. КОТ было получено 5,5 тысячи рублей (израсходовано - 6349 рублей 55 копеек), в 1911 г. - 4 тысячи рублей (израсходовано 4934 рубля 65 копеек).[37, с. 6; 39, с. 4]

В апреле 1907 г. казанские трезвенники приступили к постройке на улице Подлужной новых зданий больницы, и уже к началу 1908 г. были возведены «два больших и одно маленькое здание, на что израсходовано 15000 руб[лей]».[36, с. (1)] При этом, «для того, чтобы поднять религиозное настроение и чувство больных призреваемых», по предложению профессора А.И. Александрова «возникла мысль устроить Храм во имя Всемилоственного Спаса при учреждениях Общества».[38, с. 9 - 10] Храм (домовая церковь), устроенный в одном из больших зданий, был освящён и открыт 27 апреля 1908 г.[4] В 1908 г. БА при КОТ уже размещалась в новых зданиях, обустройство которых продолжалось до 1909 г. (всего в течение 1908 г. в ней было «94 человека, живущих в больнице, и 96 приходящих», большей частью из Казанской губернии, «затем Вятской и Симбирской»).[37, с. 6] К 1911 г. в БА при КОТ, помимо прочего, имелась своя «медицинская библиотека».[39, с. 4]

Пациенты больницы обязаны были «посещать все церковные службы, делать всё по учреждению общества», «знающие ремёсла» должны были работать в имеющихся мастерских: переплётной, столярной, слесарной, сапожной и портновской. При учреждениях КОТ на Подлужной улице имелось 4 тысячи сажень земли, на которых разведены сад и огород, призреваемые также исполняли «все работы по саду и огороду».[40, с. 4 - 5]

С годами число лиц, получивших лечение в БА при КОТ, неуклонно росло. Как сообщалось в отчёте о деятельности КОТ с 1 января 1902 по 1 января 1903 г.: «Всего больных с основания больницы было около 350 человек. Больные были со всех концов России: с Кавказа и из Сибири».[31, с. 12] А в отчёте с 1 января 1912 г. по 1 января 1913 г. сообщалось уже о «более чем 600 больных, перебивавших в больнице».[41, с. 3] и это, не считая многих тысяч «приходящих». В одном только 1912 г. «было 89 больных: из них 87 мужчин и 2 женщины, лежавших от 7 дней до 4-х месяцев в больнице, и 504 приходящих».[136, с. (11)]

В 1905 - 1909 гг. произошли существенные изменения в составе врачебного персонала БА при КОТ. 4 мая 1905 г. на заседании Комитета КОТ было заслушано заявление профессора Л.О. Даркшевича о том, «что он не считает возможным дальше сохранять за собою звание главного врача при больнице Общества трезвости и просит сложить с него это звание». Причём, причина отказа от должности, которую он занимал с 1896 г., в протоколе заседания Комитета КОТ не приводилась. В результате было постановлено просить «принять на себя звание главного врача больницы Общества Трезвости» заслуженного профессора ИКУ И.М. Догеля (1830 - 1916), на что тот вскоре дал своё согласие (утверждён в должности Казанским губернатором П.Ф. Хомутовым 9 мая 1905 г.).[83, с. 387; 97, с. 402; 109, с. 467]



*Главный врач БА при КОТ в 1905 - 1916 гг. профессор И.М. Догель
(«Деятель». 1900. № 10 /октябрь/. С. /405/.)*

Замена оказалась вполне полноценной. Иван Михайлович Догель - выдающийся учёный, один из основоположников экспериментальной фармакологии, доктор медицины, прославившийся, помимо прочего, своими словами о том, что: «...Называемое словами aquavita, водою жизни (как именовали водные растворы спирта. - И.А.), водкой должно называть, по всей справедливости, aquamortis, водою нищеты, унижения и смерти».[19, с. 146] Профессор И.М. Догель «посещал больницу, когда поступало больных большое количество, вёл беседы с больными и давал руководящие советы».[40, с. 4]

Вскоре также сменился и младший врач БА при КОТ: вместо ушедшего В.П. Первушина на эту должность был приглашён Мстислав Александрович (Мухаметхан Сахипгареевич) Кулаев (1873 - 1958) (по национальности - башкир, принявший православие) - впоследствии доктор медицины, выдающийся учёный-филолог, исследователь башкирского языка, государственный и общественный деятель, председатель Башкирского Правительства, подписавший в 1919 г. «Соглашение центральной Советской власти с Башкирским правительством о Советской Автономной Башкирии». Весьма любопытно, что эпизод из его биографии, связанный с работой в БА при КОТ, практически нигде не упоминается.

При этом врач М.А. Кулаев также не был «взят со стороны»: ранее, вместе с врачом А.Д. Сурковым и фельдшерницей К.Е. Даниловой, он, в частности, принимал участие в оказании бесплатной медицинской помощи (приёме больных) «при чайной Общества трезвости на Булаке».[32, с. 5] Известно, что М.А. Кулаев являлся младшим врачом БА при КОТ в 1906 – 1908 гг.,[35, с. 5; 36, с. 3; 37, с. 6] после чего его в 1909 г. сменил доктор медицины М.М. Хомяков [38, с. 9]. Старший врач по-прежнему жалованья не получал, младший получал 600 рублей в год.[28, с. 23]

Благодаря, главным образом, пособию, предоставляемому КГК ПНТ, лечение в больнице оставалось бесплатным: так, например, в течение 1913 г. на её содержание поступило 5528 рублей 32 копейки (в том числе, 4000 рублей - от КГК ПНТ) [28, с. 30].

Вместе с тем, КОТ постоянно испытывало проблемы в финансировании больницы и других своих учреждений. Однако, руководствуясь изначально избранным принципом, общество продолжало изыскивать их всеми способами: главным образом, за счёт регулярных обращений за помощью к КГК ПНТ, который охотно шёл ему навстречу даже в самые трудные военные годы [66, с. 15; 67, с. 263; 69, с. 19; 70, с. 303; 71, с. 118; 75, с. 151; 78, с. 111].

В отчёте о деятельности КОТ за 1912 г., то есть по прошествии пятнадцати с лишним лет после её открытия, говорилось в частности: «В больницу для лечения, благодаря пособию «Попечительства о народной трезвости», принимаются почти все бесплатно, но с обязательством, когда будут иметь средства - уплатить стоимость лечения. До сих пор никто из обязавшихся платы не внёс, хотя из более чем 600 больных, перебивавших в больнице, не мало излечившихся и даже есть записавшиеся в члены "[Казанского] Общества Трезвости"; около же 100 человек в рубрике "более не принимать"».[41, с. 3]

В национально-религиозном отношении среди пациентов БА при КОТ преобладали русские (православные) люди. Заметный процент (что видно, в частности, по отчётам доктора М.М. Хомякова) составляли также татары (мусульмане).

Причём, в силу религиозных запретов пьянство у татар (мусульман), как правило, приобретало скрытый и отличающийся по составу алкогольных «напитков» характер. Как отмечал тот же М.М. Хомяков, в отличие от русских: «Среди татар обыкновенно встречаются алкоголики, пьющие исключительно пиво и киндер-бальзам». [136, с. 16]

Вот одна из типичных историй болезни алкоголика-татарина: «Больной 22 лет, татарин, вероисп[оведания] магометанского, крестьянин, образование начальное, приказчик. "Родился здоровым ребёнком, ходить начал 11-ти месяцев. До 14 лет не хворал. В школу отдан был 7 лет. В 11 лет поступил мальчиком в магазин. Водку пить начал в 16 л[ет], сначала - по праздникам, а потом, приблизительно, через каждые три недели запоем. Недели три я работал, как здоровый человек, но потом начинал пить до потери сознания, и это продолжалось до самого последнего времени. Перед самым поступлением в больницу О[бществ]а Трезвости, где в настоящее время лечусь от алкоголизма, я пил два дня подряд, а потом слёг в постель, на третий день явился в больницу».[136, с. 20]

Известно, что помимо русских и татар, в БА при КОТ проходили лечение чуваша, мордвина, черемисы (марийцы), белорусы и представители других национальностей: «больной 38 л[ет], православный, крестьянин, по ремеслу столяр», «больной 37 л[ет], православный, русский, дворянин, образование получил в Техническом училище, по занятию - конторщик», «больной 18 лет, татарин, вероиспов[едания] магометанского, из крестьян, образование начальное, по занятию - торговец», «больной 28 лет, православный, белорус, (потомств[енный] почёт[ный] гражданин), студент Казан[ской] Духов[ной] Академии», и т.д.[53, с. (12); 136, с. 13, 15, 16, 21]

По состоянию на 1912 г., «процент выздоровления колебался, как и раньше, между 30 % - 40 %», по состоянию на 1913 г., «между 30 % и 50 %».[53, с. 16; 136, с. 12] Как констатировал доктор М.М. Хомяков, «Больница Общества Трезвости с каждым годом захватывает всё большие и большие круги клиентелы». «Параллельно с ростом доверия к персоналу больницы, - добавлял он, - поднимается % выздоровления. [...] Крайне важно, что даже и рецидивисты возвращаются в больницу часто по своей собственной воле, не ожидая понуждений со стороны своих родственников.

Это доверие, а доверие второй рычаг в трудной борьбе с алкоголизмом».[53, с. 16]

В предвоенном 1913 г. «в больнице в течение года лечилось от пьянства 222 человека, считая в том числе тех, которые лечились проходящими» («почти все» - бесплатно). «На больных, как и всех живущих при больнице, - сообщалось, в частности, в отчёте о деятельности КОТ за 1913 г., - возлагался труд по учреждениям общества. В больнице было десять кроватей, но когда желающих было больше, то они помещались в приюте при больнице, из которого, по освобождении мест, перемещались в больницу.

Лекарство всем проходящим выдавалось бесплатно, а по требованию высылалось и в другие города, в губернии: Симбирскую, Саратовскую и Вятскую. [...] Кроме того, при больнице в особом помещении были больные волчанкой. [...] При больнице, кроме сада и огорода, за которыми ухаживали призреваемые, устраивается пасека. Наблюдение за садом, огородом и пчельником поручено дьякону, находящемуся при церкви Общ[ества] Трезвости, знающему это дело».[28, с. 23 - 24]

Опыт организации и деятельности БА при КОТ оказался весьма востребованным представителями медицинского сообщества и общественниками далеко за пределами Казанской губернии, в том числе, в г. Санкт-Петербурге [94, с. 644], Киеве, Минске и др. Так, на заседании Комитета КОТ 4 июня 1903 г. было заслушано письмо старшего врача Киевской Кирилловской больницы П.И. Нечая с просьбой «о высылке ему отчёта и сведений о больнице общества», на заседании 22 декабря 1913 г. - отношение врачебного инспектора Минской губернии «о доставлении сведений об устройстве больницы для алкоголиков», и т.п.[69, с. 19; 108, с. 366] Все эти просьбы казанскими трезвенниками с большой благожелательностью удовлетворялись.

Летом 1911 г. учреждения КОТ посетили «доктор Эггерс из Бремена и Л.Б. Скаржинский от Министерства Финансов», которые «остались очень довольны постановкою учреждений Общества».[39, с. 7] После этого чиновник особых поручений ГУНСКПП МФ РИ Л.Б. Скаржинский прислал казанским трезвенникам приглашение участвовать во Всемирной промышленной выставке в г. Турине (Итальянское королевство),[39, с. 7] на которой впоследствии КОТ была присуждена высшая награда (grandprix), а его руководителю А.Т. Соловьёву - большая серебряная медаль.

«Ваша лечебница переродила меня и физически и нравственно...»

Неоценимый вклад в создание и развитие БА при КОТ, безусловно, в первую очередь, внесли её врачи, научные взгляды которых на природу пьянства и алкоголизма, вкупе с общими установками КОТ и КО РС на религиозно-нравственное и физическое отрезвление русского народа посредством его духовного просвещения и приучения к созидательному труду, по большому счёту и предопределяли методы лечения.

В журнале «Деятель» (а также иногда в качестве отдельных брошюр) публиковались «отчёты по больнице», составленные её врачами. Как правило, весьма содержательные, глубокие и полезные во многих отношениях, они и по сей день не утратили своей актуальности, а представленные в них ценные наблюдения, заключения и рекомендации и сегодня могут быть использованы в профилактике и лечении пьянства и алкоголизма.

Были опубликованы, в частности, сделанные и составленные профессором Л.О. Даркшевичем «Доклад главного врача больницы Комитету Общества Трезвости 2 июня [1896 г.]», «Отчёт главного врача больницы» (за пять первых месяцев её существования), «Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за первый год её существования, прочитанный в Общем Собрании 30 марта 1897 года проф[ессором] Л.О. Даркшевичем».[10; 11; 51; 52] В 1900 г. в Санкт-Петербурге была издана его работа «Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом».[128]

Члену-соревнователю (с 8 апреля 1902 г. - почётному члену) [115, с. 287] КОТ профессору И.М. Догелю принадлежали, в частности, исследования «Спиртные напитки как располагающая причина к разного рода заболеваниям человека» (отпечатанное в 1896 г. в «Деятеле» и отдельной брошюрой: 1-е издание в 1896 г., 2-е издание в 1904 г.), «Знание и доверие, как лекарство» (изданное в 1900 г. в качестве приложения к журналу «Деятель») и др.[12; 13; 14; 15; 16; 17; 18] Помимо этого, он читал платные лекции о вреде алкоголя, сбор от которых поступал в пользу КОТ (например, 31 марта 1902 г. - лекцию на тему «Влияние спиртных напитков на человека и животных»).[115, с. 287]



Первый младший врач БА при КОТ В.П. Перушин (Мишланова Л.В. Династия профессоров Перушиных. Часть III. Всеволод Прокопьевич Перушин. Удивительная судьба сыновей // Неврологический вестник. 2009. Т. ХLI. Вып. 3. С. 78.).

Врач В.П. Перушин также являлся автором целого ряда материалов, публиковавшихся КОТ: в том числе, аналитической заметки под названием «Новая лечебница для алкоголиков в Москве» (1898 г.), «Отчёта по больнице Казанского Общества Трезвости за 2-й и 3-й год её существования. (С 27 марта 1897 г. по 1 сент[ября] 1898 г.)», «Краткого обзора деятельности больницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков с 1 сентября 1898 г. по 1 сентября 1899 г.», «Краткого обзора деятельности лечебницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков с 1-го сентября 1899 г. по 1 января 1901 г.», доклада под названием «Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости для алкоголиков за 1901 год и взгляд на будущее подобных учреждений», «Правил для больницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков» и «Правил для приюта Казанского Общества Трезвости в Подлужной улице», «Отчёта по больнице Казанского Общества Трезвости для алкоголиков за 1902 год», отчётов «Больница Казанского Общества Трезвости для алкоголиков в течение 1903 года», «Больница Казанского Общества Трезвости для алкоголиков в течение 1904 года (9-й год существования)» и др.[7; 47; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61]

Врач М.А. Кулаев, как и его предшественник, оставил после себя несколько отчётов о деятельности БА при КОТ.[21; 48] Доктор медицины, член Комитета КОТ М.М. Хомяков являлся автором статьи «К вопросу о домах терпимости» (1900 г.), «Отчёта по больнице Казанского Общества Трезвости за 1910 год», «Отчёта по больнице Казанского Общества Трезвости за 1911 год», отчёта «Больница для алкоголиков Казанского Общества трезвости за 1912 год», «Отчёта по больнице Общества Трезвости за 1913 г.» и за последующие годы, читал лекции в учреждениях КОТ (в том числе, «по борьбе с туберкулёзом»).[41, с. 6; 49; 50; 53; 136; 137]

К сожалению, в отличие от Л.О. Даркшевича, И.М. Догеля и М.А. Кулаева, имя доктора медицины М.М. Хомякова оказалось незаслуженно забыто. Вместе с тем, учитывая его вклад в деятельность по излечению телесных и нравственных недугов лиц, призываемых в учреждениях КОТ, он, безусловно, заслуживает того, чтобы наравне с другими быть увековеченным в истории российского трезвеннического движения.

Михаил Михайлович Хомяков (1874 - 1952) являлся «сыном двух профессоров» (биологический - учёного-клинициста, профессора ИКУ М.А. Хомякова /1841 - 1894/ - от его первого брака с А.А. Хомяковой /урождённой - Григорьевой/, и приёмный - известного геолога, палеонтолога и археолога, профессора ИКУ А.А. Штукенберга /1844 - 1905/, замужем за которым вторым браком состояла мать М.М. Хомякова) [20].

Будучи личностью неординарной, талантливой и, одновременно, весьма противоречивой - человеком левых взглядов и убеждённым атеистом, доктор М.М. Хомяков, помимо занятий медициной, разрабатывал проблемы палеоантропологии, краниологии, истории, этнографии, археологии Поволжья и Приуралья, внёс заметный вклад в изучение происхождения и истории чувашского народа [24]. Закончив в 1899 г. юридический факультет ИКУ и став профессорским стипендиатом по кафедре истории и теории гражданского права, он увлёкся политикой, что, по-видимому, стало причиной кардинального «излома» его карьеры и временного отъезда в Германию, где М.М. Хомяков получил медицинское образование. Вернувшись в г. Казань, он всецело погрузился в научную и общественную деятельность, в чём заметно преуспел, написав и издав, помимо прочего, множество исследований на различные темы.[20]

При этом М.М. Хомяков за свою довольно продолжительную жизнь умудрился серьёзно пострадать от всех политических режимов, но остаться в живых и умереть «собственной смертью» в г. Казани. В начале XX в. он принимал активное участие в революционном движении (по одним сведениям, в рядах большевиков, по другим - эсеров), за что преследовался властями и, вероятно, был изгнан из ИКУ и выслан из г. Казани. В 1918 г. он воевал за «красных» и заведовал санитарной частью Казанской группы войск Восточного фронта, за что его чуть было не расстреляли «белочехи». В 1928, 1931 и 1938 гг. он арестовывался органами ОГПУ (ГПУ) по обвинению в антисоветской деятельности, после чего - в 1940 г. - был приговорён Особым совещанием НКВД СССР к восьми годам заключения в исправительно-трудовых лагерях по 58 статье УК РСФСР за контрреволюционную деятельность, но в 1944 г. освобождён, хотя долгое время и не имел возможности вернуться в г. Казань (реабилитирован в 1958 г.).[20]

После окончания гражданской войны М.М. Хомяков продолжил научную и общественную деятельность: преподавал в вузах, техникумах, школах, работал в различных учреждениях, водил экскурсии, читал лекции - в том числе на антирелигиозную тему, но, в то же время, активно боролся за спасение церковных святынь и культурных памятников. В 1920 г. он был избран профессором Самарского государственного университета по кафедре антропологии на естественное отделение физико-математического факультета, но в г. Самаре по каким-то причинам так и не доехал. Имеются сведения, что в последние годы перед выходом на пенсию М.М. Хомяков работал в г. Казани городским судебно-медицинским экспертом.[20]

На первый взгляд, вызывает удивление то, как человек с таким мировоззрением и столь «бурной» биографией долгие годы мог плодотворно сотрудничать с КОТ, руководство и подавляющее большинство членов которого твёрдо придерживались правых православно-монархических взглядов и отличались ревностной религиозностью. Разгадка этого «феномена», вероятно, заключается в том, что, как и казанские трезвенники, доктор М.М. Хомяков ставил заботу о народном здравии и борьбу с пороками общества выше своих политических пристрастий.

Показательным в данном отношении являлось его активное участие в создании и деятельности «Общества Защиты Несчастных Женщин» (ОЗНЖ), открывшего свою деятельность в г. Казани в 1900 г. под патронажем КОТ и первоначально возглавляемого председателем Комитета КОТ А.Т. Соловьёвым.[3] Целью ОЗНЖ являлась профилактика и борьба с проституцией («нравственная и материальная помощь женщинам в смысле всесторонней поддержки нуждающихся и борьбы с условиями их жизни, способствующими падению»). Известно, в частности, что М.М. Хомяков 15 апреля 1900 г. сделал на общем

собрании членов ОЗНЖ подготовленный по поручению Правления общества «особый доклад о проституции», после чего было постановлено «возбудить пред Правительством ходатайство о закрытии домов терпимости». Он состоял в «особой комиссии» ОЗНЖ «для разработки вопроса об уничтожении домов разврата в Казани», вместе с А.Т. Соловьёвым и другими инспектировал «дома терпимости», ночлежки и так называемые «углы», готовил отчёты и т.д. Сохранилось даже семейное предание о том, в 1903 г. М.М. Хомяков вступил в фиктивный брак с проституткой, «взяв её из притона с единственной и благородной целью - вытащить эту заблудшую душу из тенет порока».[20]

Известны положительные отзывы председателя Комитета КОТ А.Т. Соловьёва, касавшиеся разных сторон его деятельности. Так, например, в своей статье «О народных развлечениях», опубликованной в № 6 за июнь 1915 г. журнала «Деятель», он писал о том, что: «Народ требует разумного труда, улучшения его, знаний, которые сделали бы труд более плодотворным, более производительным, более ценным, совета в затруднительных случаях жизни, лекарств для исцеления от болезней, знаний, душу спасающих и болезни исцеляющих, а Демьянова уха и камень вместо хлеба ему не нужны. Доктор Хомяков, юрист, недавно напечатал в "Казанском телеграфе" прекрасную статью о постановке дела высшего просвещения у нас, в которой говорит, что врач, окончивший курс университета, боится вскрыть нарыв, боится лечить, потому что ничего не знает; юрист не умеет написать прошение, естественник не может назвать растений, находящихся пред его глазами, филолог, стало быть, грамотно писать, а ведь это учителя, приготовляющие учителей. Значит школа к жизни не prepares, нужного для жизни не даёт, что же ученики этой школы могут дать другим? Что они могут дать народу, если они к жизни сами не приготовлены, что они могут ответить на вопросы жизни народа?».[130, с. 127 - 128]

Отчёты М.М. Хомякова о состоянии дел в БА при КОТ написаны доступным языком и содержат множество интересных наблюдений и выводов, многие из которых до сих пор не утратили своей актуальности. Весьма важными представляются также содержащиеся в них краткие истории болезней пациентов, которые дают представление о предпосылках и основных этапах развития у них алкоголизма.

С начала существования БА при КОТ помогать её пациентам, помимо выше перечисленных медиков, выразили желание и другие врачи: в частности, ординатор госпитальной хирургической клиники ИКУ В.Л. Борман (1869 - 1937), зачисленный 4 августа 1896 г. членом-соревнователем КОТ,[98, с. 501; 100, с. 66] - впоследствии доктор медицины, профессор Омского медицинского института, один из основоположников детской хирургии в г. Казани. На заседании Комитета КОТ 11 февраля 1898 г. было заслушано заявление жены врача Л.А. Радзиминской, изъявившей желание «бесплатно служить при больнице общества в качестве сестры милосердия».[88, с. 94] Известно также, что одно время, в отсутствие В.П. Первушина, обязанности врача БА при КОТ исполнял ординатор клиники кожных и венерических болезней медицинского факультета ИКУ В.И. Зуев.[72, с. 386]

За время существования БА при КОТ в ней сменилось несколько заведующих и множество фельдшеров и смотрителей, фамилии которых эпизодически упоминаются в документах. Так, известно, например, что по состоянию на 4 июня 1903 г. заведующим больницы являлся член Комитета КОТ Ф.П. Павлов, по состоянию на 17 августа 1905 г. - временной заведующей - П.А. Фёдорова.[108, с. 367; 111, с. 499]

Характеризуя применяемые в БА при КОТ методы лечения от алкоголизма, профессор Л.О. Даркшевич отмечал в «Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за первый год её существования...», что: «Лечение в нашей больнице велось по обычным правилам клинической терапии. Таких средств, которые могли бы считаться специфическими при алкоголизме, т.е. таких, принимая которые, больной получал бы навсегда отвращение к вину, мы не имеем; с другой стороны, каждый алкоголик, в большей или меньшей степени, является человеком больным как со стороны нервной системы, так и со стороны соматической сферы, что отчасти является последствием злоупотребления вином, отчасти же

само обуславливает потребность к дальнейшему употреблению алкоголя в излишних количествах. Отсюда понятно, что каждый алкоголик нуждается не столько в каком-нибудь специфическом лечении, сколько в лечении общем, исправляющем его расстройство в соматической сфере и укрепляющем его нервную систему. В этом отношении наша больница была поставлена довольно удовлетворительно, так как мы имели возможность, не ограничиваясь лечением фармацевтическими средствами, широко применять лечение электричеством и лечение водой - эти два самых могущественных средства, укрепляющих нервную систему».[52, с. 8]

Вместе с тем, Л.О. Даркшевич фактически расписывался в бессилии перед царившим в обществе отношением к пьянству и алкоголизму, которое часто сводила на нет все усилия медиков и самих пациентов. «Благотворное влияние больничного лечения, - указывал он, - нередко в значительной мере парализуется дурным влиянием той среды, в которую вступает больной по выходе из больницы. Окрепши физически и несколько обновившись нравственно в больнице, он сплошь и рядом встречает среди своих друзей не поддержку в его стремлениях к жизни трезвой, а прямо какое-то злонамеренное противодействие».[52, с. 10]

Профессор И.М. Догель, в свою очередь, также обращал внимание на это обстоятельство, считая причиной пьянства «обычай угощать вином, подражание пьющим родителям и старшим, ложное убеждение о пользе вина, незнание». В данной связи, как на одну из мер борьбы с таковым, он указывал, в частности, «на умелое воспитание характера человека и своевременное знакомство его с действием алкоголя на организм», считая полезным введение обязательного «предмета в низших, средних и высших учебных заведениях» с преподаванием «знаний о действии алкоголя».[2, с. 127]

В одном из отчетов о деятельности БА при КОТ доктор М.М. Хомяков достаточно подробно описал процедуру работы с пациентами: «Собирался подробный анамнез, вычерчивалось родословное древо больного, с подробным обозначением причины смерти и заболеваемости его родственников; тщательно отмечались в больничном листке границы внутренних органов, их состояние; в случае нужды производились анализы мочи, мокроты и пр. Анализы на белок, фосфаты и кровь велись у всех без исключения».[136, с. (11)] Помимо медицинского и психологического («по методу Лазурского, Сербского и Рыбакова»), одно время - до 1911 г. - проводилось и антропологическое исследование.[136, с. (11)]

Опираясь на опыт деятельности своей больницы, КОТ активно выступало против распространения и рекламирования различных «творящих чудеса» целительных средств борьбы с пьянством и алкоголизмом (например, так называемого «Алкола»), за которые обманутые больные люди и их родственники часто отдавали последние деньги. «Казанское Общество Трезвости, - указывалось, в частности, в опубликованной в № 1 за январь 1914 г. журнала "Деятель" статье, - наблюдая в своей больнице над большим количеством пьяниц (около 1000 человек), убедилось, что пьянство, как болезни, не существует, а есть болезни, которые происходят от употребления вина, а потому лечение пьяниц заключается в том, чтобы вылечить тот орган, который пострадал от вина: желудок, сердце, почки и мозг. На эти то органы и следует обратить всё внимание, убедив больного, что вино - яд, разрушающий главные органы человеческого тела.

Конечно, лечить больного пьяницу, не видя его, какими бы то ни было лекарствами нельзя, и специальных средств для лечения пьяниц существовать не может, так как болезни "пьянства" нет. Все лечащие людей от пьянства - шарлатаны и мошенники, если они заявляют, что от их средств получится отвращение к употреблению вина. Правительство подобных шарлатанов должно преследовать, как мошенников, а также и тех, которые помогают им в этом мошенничестве».[8, с. 18]

Несмотря на имевший, к сожалению, место немалый процент рецидивов, БА при КОТ, безусловно, внесла существенный вклад в дело борьбы с пьянством и алкоголизмом.

В протоколах Общих Собраний, заседаний Комитета КОТ, материалах, помещавшихся в журнале «Деятель» и других изданиях, можно было найти множество

откликов бывших пациентов больницы, где они благодарили врачей и казанских трезвенников за лечение. Так, в одном из писем некоего «Р.», зачитанном на заседании Комитета КОТ 10 января 1900 г., сообщалось: «Ваша лечебница переродила меня и физически и нравственно, и теперь я наслаждаюсь полным душевным спокойствием, получил место и не могу от избытка сердца не сказать, как легко, приятно и спокойно живётся без употребления опасного врага - водки. Жизнь веду нормальную - ни водки, ни вина, ни пива не пью и надеюсь при помощи Божией и впредь никогда не пить. Словом, лечебница это - благодетельное и необходимое учреждение, всякий искренно желающий лечиться получит желаемую пользу и от души будет благословлять тот час, в который поступил в эту лечебницу. Всё это я испытал на себе, и это моё глубокое убеждение».[86, с. 59]

«Год этот должен быть вычеканен золотыми буквами на памятнике, поставленном при жизни нашему Спасителю Государю Императору Николаю II»

Введение в 1914 г. в России «сухого закона» и реализация мер по его реализации в Казанской губернии, помимо прочего, весьма заметным образом отразились на деятельности КОТ. В своём выступлении 22 февраля 1915 г. на Общем Собрании КОТ А.Т. Соловьёв заявил, в частности: «1914 год, год великой милости Государя Императора к своему народу, объявленной запрещением продажи вина и пива, год радости русского народа, год освобождения его от нищеты, болезней, преступности и всяких бед и зол, год этот должен быть вычеканен золотыми буквами на памятнике, поставленном при жизни нашему Спасителю Государю Императору Николаю II. 1914 г. - начало благоденствия русского государства. Посмотрите, что вас указывают наши благотворительные учреждения: больница для пьяниц опустела и её посещают только больные, получившие болезни благодаря употреблению вина. Приют начал освобождаться от неимущих и должен опустеть, как и тюрьмы, и русский народ должен петь "Слава в Вышних Богу, и на земле мир". Ночлежный приют, помещавший до 300 человек, имеет посетителей только 120, большинство возвратилось на родину, поступило на места и занялось постоянными работами, многие оказывают помощь своим семьям. Все ночлежники имеют средства, нет в ночлежном приюте раздетых и разутых, большинство прилично одеты, многие пьяницы взяли свои семьи из приютов и содержат их своим трудом. Пройдёт 1 - 2 года и все наши приюты опустеют, если только опять не будет разрешена продажа вина и пива - эта пагуба русского народа и его благосостояния. Запрещение продажи вина выяснило причину всех неотрадных явлений жизни русского народа».[129, с. (73) - 74]

Однако этим благостным мечтам и чаяниям, к сожалению, так и не суждено было сбыться, а пьянство, как известно, оказалось не единственной неразрешимой проблемой русского народа...

Известно, что на том же Общем Собрании КОТ - 22 февраля 1915 г., помимо сделанных его председателем А.Т. Соловьёвым «краткого обзора» деятельности общества «за 22 года существования» и его секретарём священником П.А. Рождественским - годового отчёта о деятельности КОТ, был заслушан отчёт доктора М.М. Хомякова «по больнице за 1914 год».[81, с. 85]

Ранее - на заседании Комитета КОТ 2 ноября 1914 г. - А.Т. Соловьёв заявил, что «больных в больнице осталось 5 человек, которые могут быть выписаны», и что «с закрытием торговли вином больных не поступало, и, если есть приходящие, то очень мало лечащихся от последствий пьянства, а более больные разными болезнями». «Всего, - уточнял он, - лечившихся от пьянства с начала года было 178 человек и приходящих с разными болезнями 1327 человек».[70, с. 303]

Заявление А.Т. Соловьёва о стремительной убыли с введением «сухого закона» пациентов БА при КОТ было также проиллюстрировано статистикой, приведённой им в

ответе на обращение управляющего Казанской губернской казённой палатой К.А. Штенгера (1859 - 1928) от 16 мая 1915 г. (№ 8231) с просьбой «сообщить сведения о числе заболевших на почве алкоголизма или вообще страдавших им и обращавшихся к врачебной помощи в лечебное заведение Общества Трезвости за время с 1 июля 1913 по 1 июля 1915 года и сообщить и другие, имеющиеся в распоряжении общества сведения по данному вопросу».

В нём А.Т. Соловьёв указывал, в частности, что «лечившихся от пьянства при больнице Общества Трезвости с 1 июля 1913 года было: в июле 21, августе 34, сентябре 21, октябре 19, ноябре 16, декабре 10», в 1914 г.: «в январе 36, феврале 24, марте 29, апреле 11, мае 35, июне 26, июле 19 и августе 5». «С августа 1914 года по май 1915 года, - писал он далее, - лечившихся от пьянства не было, и были больные, лечившиеся от разных болезней, и их было меньше, чем в предыдущие годы. В 1914 году больных было 1327, не менее 100 человек ежемесячно, в 1915 году с января по 15 мая было всего 196, менее 40 человек в месяц и больше с лихорадочными болезнями».[75, с. 146]

С самого начала Первой мировой войны КОТ, движимое бескорыстными патриотическими побуждениями, сконцентрировало свои усилия на помощи раненым воинам и беженцам, поток которых в г. Казань постоянно нарастал. Одновременно с этим казанские трезвенники принимали деятельное участие в судьбе семей военнослужащих: так, уже по состоянию на 21 сентября 1914 г. под «помещение семей запасных» было отведено «вновь отделанное помещение вверху в доме под крепостью» (при находившейся недалеко от Кремля чайно-столовой КОТ), где первоначально заселены «две семьи: Кузьминых и Капитанова».[67, с. 260]

К этому же времени «во временное пользование городу» было передано «помещение, приготовленное для раненых воинов». «Помещение, - сообщалось, в частности, в протоколе заседания Комитета КОТ 21 сентября 1914 г., - вполне приспособлено, заготовлено 10 кроватей с матрацами, одеялами и подушками и две смены белья; врач Общества Трезвости изъявил согласие бесплатно взять на себя наблюдение за больными».[67, с. 261] Одновременно, по просьбе игумена Казанского Спасо-Преображенского миссионерского монастыря Иоасафа (И.И. Удалова), было предоставлено «помещение для устройства госпиталя на 15 кроватей для раненых во флигеле на дворе от монастырей Казанской епархии».[67, с. 263] Два этих госпиталя, получившие номера 38 («городской»), попечителем которого являлся председатель Комитета КОТ А.Т. Соловьёв,[42, с. 6] и 55 («монастырский»), попечителем которого состоял игумен Иоасаф (И.И. Удалов), вскоре были переименованы в «Госпиталь № 38 и 55». По состоянию на 31 мая 1915 г., «все свободные помещения» КОТ были уже «заняты тремя госпиталями».[75, с. 150]

«Всего, - сообщалось в отчёте о деятельности КОТ с 1 января 1915 г. по 1 января 1916 г., - в госпиталях перебивало больных и раненых 812 человек».[42, с. 6]

Весте с тем, в связи с перепрофилированием учреждений КОТ неожиданно возникли и некоторые весьма неприятные проблемы. Так, Комитет КОТ сдал известному казанскому благотворителю - купцу П.Б. Щетинкину (1845 - 1918) (избранному 31 мая 1915 г. почётным членом КОТ) [76, с. 183] под размещение «госпиталя для больных и раненых воинов № 3-й, содержимого земством», помещение, «прежде занимаемое приютом, бесплатными квартирами и мастерскими». Однако «Губернская Земская Управа постановила госпиталь № 3 закрыть и поместить в нём холерных со всего города», что вызвало возражения со стороны казанских трезвенников, которые не предполагали заполучить на улице Подлужной «холерный барак на дворе Общества Трезвости» - по соседству с двумя другими госпиталями, храмом Во Имя Всемилостивого Спаса, библиотекой-читальней, баней и другими регулярно посещаемыми учреждениями КОТ.[68, с. 214 - 215]

В отчёте о деятельности КОТ с 1 января 1915 г. по 1 января 1916 г. сообщалось, в частности, что: «В Подлужной, в доме О[бщест]ва в помещении больницы принимались больные проходящие, лечившиеся от последствий пьянства и других болезней, которым выдавалось лекарство бесплатно, всего больных было 893 человека, и так как в больнице

лечившихся от пьянства не было, то помещение было уступлено бесплатно под госпиталь на 25 человек для больных и раненых воинов, а в бараке помещался госпиталь земский на 80 человек; но затем вместо земского госпиталя помещение было сдано под артиллерийские казармы».[42, с. 5]

В «Адрес-календаре и справочной книжке Казанской губернии на 1916 год» (издании Казанского губернского статистического комитета) в числе госпиталей Всероссийского Союза городов упоминался, в частности: «Госпиталь № 38 и 55 - Монастырей Казанск[ой] губ[ернии], на Подлужной ул[ице] (25 коек)», попечителем которого являлся член Комитета КОТ и Совета КОРС архимандрит Казанского Спасо-Преображенского миссионерского монастыря Иоасаф (И.И. Удалов) (1886 - 1937) (впоследствии - епископ Мамадышский, затем - епископ Чистопольский, викарий Казанской епархии, прославленный в 2008 г. Русской Православной Церковью в лике святых и включённый в Собор новомучеников и исповедников Российских), а врачом - доктор медицины М.М. Хомяков.[22, с. 608] Помимо этого, среди госпиталей Всероссийского Земского Союза значился: «Госпиталь Казанского Уездного Земства –Подлужная ул[ица], д[ом] О[бщест]ва Трезвости», врачом которого состоял И.Ф. Козлов.[22, с. 613]

Причём, «злополучный» бывший земский госпиталь, который собирались репрофилировать в холерный барак, был в итоге всё же закрыт, и с 20 ноября 1915 г. «помещение бывшего госпиталя № 3 сдано на прежних условиях Шахматному клубу» - опять таки «для помещения воинов».[64, с. 263]

При этом уместным будет особо упомянуть и о действовавшем в г. Казани в составе госпиталей Всероссийского Союза городов «Госпитале № 47» - «в Ягодной слоб[оде], в доме Смоленко-Дмитр[иевской] церкви (45 коек)», попечителем которого являлся зять А.Т. Соловьёва, член Комитета КОТ и Совета КОРС, председатель Комитета Смоленско-Дмитриевского (Ягодинского) отдела КОТ - священник означенной церкви Н.М. Троицкий (1880 - 1937), а врачом - В.Ф. Иванов.[22, с. 609] В дальнейшем судьба не раз сводила епископа Иоасафа (И.И. Удалова) и протоиерея Н.М. Троицкого, а их жизнь в один день оборвалась на большевистском эшафоте: 2 декабря 1937 г. они оба были расстреляны в г. Казани, с разницей в пять минут, и оба похоронены в братской могиле на территории местного Архангельского кладбища.

Что же касается члена Комитета КОТ, доктора медицины М.М. Хомякова, то он, одновременно с «Госпиталем № 38 и 55», состоял ещё и врачом в «Госпитале № 45» - «на Екатерининской ул[ице], д[ом] Эрман (130 коек)», попечителем которого являлся потомственный почётный гражданин Д.Д. Чернояров, а также в «Госпитале № 60» - «при Сельском хозяйственном училище (60 коек)», попечительницей которого являлась А.А. Танеева.[22, с. 609, 610] Кроме того, М.М. Хомяков посещал приют КОТ, где помещались беженцы (русские, русины, малороссы, латыши, литовцы и поляки).[74, с. 247]

Бывший младший врач КОТ - приват-доцент В.П. Первушин, вместе с профессором В.Л. Боголюбовым и докторами медицины К.А. Грачёвым и В.В. Дьяконовым, состоял врачом в «Лазарете Имени Её Императорского Высочества Великой Княгини Елисаветы Феодоровны при Казанской Общине сестёр милосердия» (на 110 коек), попечительницей которого являлась Е.Н. Боярская (урождённая Мещеринова) - супруга Казанского губернатора П.М. Боярского (1870 - 1944).[22, с. 604]

Вместе с тем, вышеозначенные обстоятельства, вкупе с известными трудностями военного времени, привели к тому, что собственно больница для алкоголиков, как специализированное учреждение, уже в скором времени прекратила своё существование, хотя реальная потребность в ней в связи с возобновившимся - на почве изготовления и употребления алкогольных суррогатов - пьянством снова начала возрастать.

«Больница Казанского Общества Трезвости была временно закрыта, - констатировалось в отчёте о деятельности КОТ с 1 января 1916 г. по 1 января 1917 г., - но приходящим больным оказывалась помощь от разных болезней и выдавалось лекарство, но,

так как лекарства были дорогие, то применялось лечение травами. Кроме того, высылались лекарства в сёла священникам и в другие города».[43, с. 9]

На заседании Комитета КОТ 17 апреля 1916 г. было заслушано «отношение Военного Начальника о доставлении сведений о числе мест в больнице Общества», в связи с чем было постановлено «уведомить, что больница временно уступлена под госпиталь для больных и раненых воинов на 25 кроватей».[73, с. 94]

Вскоре общество окончательно лишилось и своих врачей.

На заседании членов КОТ 12 июня 1916 г. было заслушано заявление доктора М.М. Хомякова о том, что «он вследствие непосильной работы слагает с себя звание врача Общества Трезвости», в связи с чем было: «Постановлено: в виду того, что Хомяков за последнее время посещал госпиталь 38 при обществе бесплатно, благодарить».[78, с. 111] Вслед за этим - 3 августа 1916 г. - скончался главный врач и почётный член КОТ профессор И.М. Догель, чей портрет решено было поместить «в зале заседаний Общества».[79, с. 126]

Вскоре казанские трезвенники окончательно распрощались и с доктором М.М. Хомяковым, который, как отмечалось на заседании членов КОТ 9 октября 1916 г., «почти не посещал госпиталь № 38 - 55, а теперь вовсе не посещает, а лечением занимается сестра». В связи с этим было постановлено «озаботиться приисканием врача для больницы Общества Трезвости» и «возобновлением больницы с 1 января 1917 года».[80, с. 159]

Однако следующий - революционный - 1917 г. оказался роковым как для больницы для алкоголиков, так и для всего КОТ. «Исполнительный комитет общественной безопасности, - сообщила 28 апреля 1917 г. газета "Камско-Волжская Речь", - рассмотрев вопрос о деятельности местного общества трезвости, основанного и руководимого "известным" А.Т. Соловьёвым, постановил: "в виду крайне нежелательного направления этого общества, ликвидировать его, и дела его передать в городское управление"».[23] Новой «либеральной» власти не нужен был трезвый народ...

Литература

1. 27 марта // Казанская хроника / Казанский Телеграф. 1896. № 974 (24 марта). С. 5.
2. А.В. Труды Комиссии по вопросу об алкоголизме // Деятель. 1899. № 3 (март). С. 112 - 128.
3. Алексеев И.Е. «Почти все призреваемые или дети пьяных родителей, или сироты, и почти все вовлечены в разврат путём обмана...» (Из истории взаимодействия «Казанского общества трезвости» с «Обществом защиты несчастных женщин») // Основы собриологии, профилактики, социальной педагогики и алкологии: материалы XXVI Международного форума / Под общей ред. проф. А.Н. Маурова. Нижний Новгород: «Издательский салон» ИП Гладкова О.В., 2017. - С. 148 - 165.
4. Алексеев И.Е. «Святой храм будет для Общества вечным и незыблемым основанием и нерушимою крепостью...» (из истории храма Во Имя Всемилостивого Спаса при «Казанском Обществе Трезвости») // Православный собеседник (г. Казань). 2013. Выпуск 2 (23). С. 34 - 45.
5. Архиерейские служения // Хроника епархиальной жизни / Известия по Казанской Епархии. 1896. № 8 (15 апреля). С. 200 - 202.
6. Б. А-въ. Лечебница для алкоголиков // Деятель. 1896. № 3 (март). С. 163 - 165.
7. Больница Казанского Общества Трезвости для алкоголиков в течение 1904 года (9-й год существования). Врача Больницы В.П. Первушина, ассистента Казанской Нервной Клиники // Деятель. 1905. № 11 (март). С. 236 - 239.
8. Борьба с пьянством. Алкола // Деятель. 1914. № 1 (январь). С. 16 - 18.

9. В кассе общества трезвости ... // Казанская хроника / Казанский Телеграф. 1896. № 977 (31 марта). С. 2.
10. Даркшевич Л. Доклад главного врача больницы Комитету Общества Трезвости 2 июня // Деятель. 1896. № 7 (июль). С. 399 - 403.
11. Даркшевич Л. Отчёт Казанского Общества Трезвости по 31 августа 1896 года // Деятель. 1896. № 9 (сентябрь). С. 458 - 460.
12. Догель И. Спиртные напитки как располагающая причина кразного рода заболеваниям человека // Деятель. 1896. № 1 (январь). С. 9 - 16.
13. Догель И. Спиртные напитки как располагающая причина кразного рода заболеваниям человека (окончание) // Деятель. 1896. № 7 (июль). С. 379 - 392.
14. Догель И. Спиртные напитки как располагающая причина кразного рода заболеваниям человека (продолжение) // Деятель. 1896. № 2 (февраль). С. 92 - 99.
15. Догель И. Спиртные напитки как располагающая причина кразного рода заболеваниям человека (продолжение) // Деятель. 1896. № 3 (март). С. 138 - 144.
16. Догель И. Спиртные напитки как располагающая причина кразного рода заболеваниям человека (продолжение) // Деятель. 1896. № 6 (июнь). С. 323 - 338.
17. Догель И.М. Знание и доверие, как лекарство / Приложение к журналу «Деятель» за 1900 год. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1900. - 42 с.
18. [Догель И.М.] Спиртные напитки как располагающая причина к разного рода заболеваниям человека. И.М. Догеля / 2-е изд. Казань: Казанское общество трезвости, 1904. - 53 с.: ил.
19. Догель Иван Михайлович // Казанский государственный медицинский университет (1804 - 2004 гг.): Заведующие кафедрами и профессора: Биографический словарь / В.Ю. Альбицкий, М.Э. Гурылёва, Н.Х. Амиров и др. Под ред. В.Ю. Альбицкого, Н.Х. Амирова. Казань: Издательство «Магариф», 2004. - С. 146 - 147.
20. Камалов Р.М. История рода Кибардиных - Хомяковых - Камаловых: биографические очерки, воспоминания, дневники, письма (часть 1) // Lib.ru: Журнал «Самиздат». - URL: http://samlib.ru/k/kamalov_r_m/001.shtml (дата обращения: 12.07.2019)
21. Кулаев М.А. Краткое сведение о деятельности больницы за 1908 год // Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1908 г. по 1 января 1909 г., читанный в Общем Собрании членов общества 1 февраля 1909 года. Б.м. [Казань], б.г. [1909]. - С. 8 - 9.
22. Лечебные заведения, возникшие и существующие в Казанской губ.в виду военных действий // Учреждения и организации, возникшие и существующие в виду военных обстоятельств / Адрес-календарь и справочная книжка Казанской губернии на 1916 год - с приложением Обзора деятельности по Казанской губ. за первый год Великой Отечественной войны 1914 - 1915 г.г. / Издание Казанского Губернского Статистического Комитета. Казань: Типография Губернского Правления, 1916. - С. 604 - 616.
23. Ликвидация общества трезвости // Камско-Волжская Речь. 1917. № 91 (28 апреля).
24. Михайлов Е.П. Хомяков Михаил Михайлович // Персоналии / Чувашская энциклопедия. - URL: <http://enc.csp.ru/?t=prsn&lnk=815> (дата обращения: 12.07.2019)
25. Общество трезвости // Хроника / Волжский Вестник. 1896. № 79 (30 марта /11 апреля/). С. 3.
26. Открытие больницы для алкоголиков // Деятель. 1896. № 4 (апрель). С. (201) - 202.
27. Открытие лечебницы для алкоголиков // Хроника / Волжский Вестник. 1896. № 78 (29 марта /10 апреля/). С. 2.
28. Отчёт Казанского Общества Трезвости за 1913 год // Деятель. 1914. № 1 (январь). С. (21) - 31.
29. Отчёт Казанского Общества Трезвости по 31 августа 1896 года // Деятель. 1896. № 9 (сентябрь). С. 448 - 457.

30. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1 сентября 1899 г. по 1 января 1901 г. // Деятель. 1901. № 2 (февраль). С. 68 - 81.
31. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1902 г. по 1-е января 1903 г. Читанный в Общем Собрании членов общества 26 января 1903 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1903. - 16, (2) с.; ил.
32. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1903 г. по 1 января 1904 г., читанный в Общем Собрании членов общества 26 января 1904 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1904. - 9, (2) с.; ил.
33. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1904 г. по 1 января 1905 г., читанный в Общем Собрании членов общества 30 января 1905 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1905. - 10 с.
34. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1905 г. по 1 января 1906 г., читанный в Общем Собрании членов общества 2 февраля 1906 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1906. - 11 с.
35. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1906 г. по 1 января 1907 г., читанный в Общем Собрании членов общества 4 февраля 1907 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1907. - 8 с.
36. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1907 г. по 1 января 1908 г., читанный в Общем Собрании членов общества 3 февраля 1908 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1908. - 6 с.
37. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1908 г. по 1 января 1909 г., читанный в Общем Собрании членов общества 1 февраля 1909 года. Б.м. [Казань], б.г. [1909]. - 11 с.
38. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1909 г. по 1 января 1910 г., читанный в Общем Собрании членов общества 14 февраля 1910 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1910. - 24, (1) с.
39. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1910 г. по 1 января 1911 г., читанный в Общем Собрании членов общества 30 Января 1911 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1911. - 9, (1) с.
40. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1911 г. по 1 января 1912 г., читанный в Общем Собрании членов общества. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1912. - 9, (1) с.
41. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1912 г. по 1 января 1913 г., читанный в Общем Собрании членов общества. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1913. - (2), 25, (2) с.
42. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1915 г. по 1-ое января 1916 г., читанный в Общем Собрании членов общества. Казань: Типо-литография «УМИД», 1916. - 15, (1) с.
43. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1916 г. по 1-ое января 1917 г., читанный в Общем Собрании членов общества. Казань: Лито-типография «Умид» (б. Харитонова), 1917. - 15 с.
44. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 31-го августа 1896 г. по 31-е августа 1897 г. // Деятель. 1897. № 10 (октябрь). С. 554 - 562.
45. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 31-го августа 1897 г. по 31-е августа 1898 г. // Деятель. 1898. № 10 (октябрь). С. 447 - 458.
46. Отчёт Казанского Общества Трезвости с 31-го августа 1898 г. по 31-е августа 1899 г., читанный в Общем Собрании членов общества 12 сентября 1899 г. // Деятель. 1899. № 10 (октябрь). С. (384) - 393.
47. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости для алкоголиков за 1901 год и взгляд на будущее подобных учреждений. Врача В.П. Первушина. (Читано в

- годовом собрании Казанского общества трезвости 27 января 1902 г.) // Деятель. 1902. № 9 - 10 (июль - август). С. 442 - 451.
48. Отчёт по Больнице Казанского общества трезвости за 1906 год, врача М.А. Кулаева. Казань, 1907. - (2), 19 с.
 49. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за 1910 год М. Хомякова. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1911. - 21 с.
 50. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за 1911 год, М. Хомякова. Казань, 1912. - 19 с.
 51. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за первый год её существования, прочитанный в Общем Собрании 30 марта 1897 года проф. Л.О. Даркшевичем // Деятель. 1897. № 5 (май). С. 286 - 295.
 52. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за первый год её существования, прочитанный в Общем Собрании 30 марта 1897 года. Проф. Л.О. Даркшевичем. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1897. - 13 с.
 53. Отчёт по больнице Общества Трезвости за 1913 г. д-ра Хомякова // Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1913 г. по 1 января 1914 г., читанный в Общем Собрании членов Общества. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1914. - С. (12) - 16.
 54. Первушин В. Больница Казанского Общества Трезвости для алкоголиков в течение 1903 года. (8-й год существования). В.П. Первушина, Ассистента Казанской Нервной Клиники // Деятель (Приложение). 1905. № 1 (январь). С. 1 - 29.
 55. Первушин В. Краткий Обзор деятельности больницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков с 1 сентября 1898 г. по 1 сентября 1899 г. (Читано в годовом собрании Общества 14 сент. 1899 г.) // Деятель. 1900. № 5 (май). С. 239 - 244.
 56. Первушин В. Краткий обзор деятельности лечебницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков с 1-го сентября 1899 г. по 1 января 1901 г. (Читано в годовом собрании Общества 28 января 1901 г.) // Деятель. 1901. № 5 (май). С. 224 - 232.
 57. Первушин В. Новая лечебница для алкоголиков в Москве // Деятель. 1898. № 8 - 9 (август - сентябрь). С. 397 - 401.
 58. Первушин В. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости для алкоголиков за 1902 год // Приложение / Деятель. 1903. № 14 (декабрь). С. 1 - 26.
 59. Первушин В. Отчёт по больнице Казанского Общества Трезвости за 2-й и 3-й год её существования. (С 27 марта 1897 г. по 1 сент. 1898 г.) // Деятель. 1898. № 11 (ноябрь). С. 542 - 548.
 60. Первушин В. Правила для больницы Казанского Общества Трезвости для алкоголиков // Деятель. 1902. № 14 (декабрь). С. 657 - 659.
 61. Первушин В. Правила для приюта Казанского Общества Трезвости в Подлужной улице // Деятель. 1902. № 14 (декабрь). С. 659 - 660.
 62. Пожертвования // Хроника / Волжский Вестник. 1896. № 80 (31 марта /12 апреля/). С. 2.
 63. [Протокол] заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2 января // Деятель. 1904. № 1 (январь). С. 46 - 48.
 64. Протокол заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 6 декабря 1915 г. // Деятель. 1915. № 13 - 14 (декабрь). С. 263.
 65. Протокол заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 8-го марта // Деятель. 1905. № 9 (сентябрь). С. 207 - 208.
 66. Протокол заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 10 января 1916 г. // Деятель. 1916. № 1 (январь). С. 15.

67. Протокол заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 21 сентября 1914 г. // Деятель. 1914. № 10 (октябрь). С. 260 - 263.
68. Протокол заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 26 июля 1915 г. // Деятель. 1915. № 8 (август). С. 214 - 215.
69. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости // Деятель. 1914. № 1 (январь). С. 18 - 19.
70. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости 2 ноября 1914 г. // Деятель. 1914. № 12 (декабрь). С. 301 - 303.
71. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости 5 апреля 1915 года // Деятель. 1915. № 5 (май). С. 117 - 120.
72. [Протокол] заседания Комитета Общества Трезвости 13 августа // Деятель. 1901. № 10 (октябрь). С. 386 - 387.
73. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости 17 апреля // Деятель. 1916. № 6 (июнь). С. 93 - 95.
74. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости 20 сентября // Деятель. 1915. № 10 (октябрь). С. 247.
75. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости 31 мая // Деятель. 1915. № 6 (июнь). С. 145 - 151.
76. Протокол заседания Комитета Общества Трезвости 31 мая // Деятель. 1915. № 7 (июль). С. 181 - 183.
77. [Протокол] заседания Общего Собрания Казанского Общества Трезвости 21 Апреля // Деятель. 1896. № 6 (июнь). С. 357 - 358.
78. Протокол заседания членов Общества Трезвости // Деятель. 1916. № 7 (июль). С. 111 - 112.
79. Протокол заседания членов Общества Трезвости 7 августа // Деятель. 1916. № 8 (август). С. 125 - 126.
80. Протокол заседания членов Общества Трезвости 9 октября // Деятель. 1916. № 10 (октябрь). С. 159.
81. Протокол Общего Собрания Казанского Общества Трезвости 22 февраля // Деятель. 1915. № 4 (апрель). С. 85 - 86.
82. Протокол очередного заседания Казанского Общества Трезвости 3-го мая // Деятель. 1898. № 5 (май). С. 271 - 272.
83. Протокол очередного заседания Казанского Общества Трезвости 4 мая // Деятель. 1905. № 16 (июль). С. 385 - 388.
84. [Протокол] очередного заседания Комитета 6 августа // Деятель. 1897. № 8 - 9 (август - сентябрь). С. 516 - 518.
85. Протокол очередного заседания Комитета 7 января 1898 года // Деятель. 1898. № 1 (январь). С. 38 - 44.
86. Протокол очередного заседания Комитета 10 января 1900 года // Деятель. 1900. № 1 (январь). С. 57 - 60.
87. Протокол очередного заседания Комитета 10 июня // Деятель. 1901. № 8 - 9 (август - сентябрь). С. 336 - 339.
88. [Протокол] очередного заседания Комитета 11-го февраля // Деятель. 1898. № 2 (февраль). С. 91 - 94.
89. Протокол очередного заседания Комитета Казан. Общ. Трезв. 5 марта // Деятель. 1902. № 5 (апрель). С. 238 - 240.
90. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 1 сентября // Деятель. 1896. № 9 (сентябрь). С. 504 - 505.
91. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2 Мая // Деятель. 1896. № 6 (июнь). С. 358 - 360.

92. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2 мая 1900 года // Деятель. 1900. № 8 - 9 (август - сентябрь). С. 398 - 401.
93. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2 июня 1897 г. // Деятель. 1897. № 8 - 9 (август - сентябрь). С. 503 - 508.
94. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2 ноября 1897 года // Деятель. 1897. № 11 (ноябрь). С. 643 - 648.
95. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2 февраля 1897 г. // Деятель. 1897. № 3 (март). С. 182 - 185.
96. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 2-го марта 1897 г. // Деятель. 1897. № 4 (апрель). С. 265 - 268.
97. Протокол очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 4 июня // Деятель. 1905. № 17 (июль). С. 400 - 404.
98. Протокол очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 4-го августа // Деятель. 1896. № 9 (сентябрь). С. 500 - 502.
99. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 4-го мая 1897 г. // Деятель. 1897. № 6 - 7 (июнь - июль). С. 409 - 414.
100. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 5 января // Деятель. 1897. № 1 (январь). С. 66. (С. 66 - 68.)
101. [Протокол] очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 6 июля 1897 г. // Деятель. 1897. № 8 - 9 (август - сентябрь). С. 513 - 516.
102. [Протокол] Очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 7 Апреля // Деятель. 1896. № 5 (май). С. 306 - 310.
103. Протокол очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 7 февраля // Деятель. 1899. № 2 (февраль). С. 100 - 109.
104. [Протокол] Очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 7-го января 1896 года // Деятель. 1896. № 3 (март). С. 188 - 191.
105. Протокол очередного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 14 октября // Деятель. 1903. № 12 (ноябрь). С. 558 - 560.
106. [Протокол] очередного заседания Комитета Общества Трезвости 3-го декабря // Деятель. 1901. № 1 (январь). С. 32 - 34.
107. Протокол очередного заседания Комитета Общества Трезвости 4 мая // Деятель. 1904. № 7 (июнь). С. 278 - 280.
108. Протокол очередного заседания Комитета Общества Трезвости 4 июня // Деятель. 1903. № 8 (август). С. 366 - 368.
109. Протокол очередного заседания Комитета Общества Трезвости 4 июля // Деятель. 1905. № 19 (октябрь). С. 467 - 468.
110. Протокол очередного заседания Комитета Общества Трезвости 5 июля // Деятель. 1903. № 9 (сентябрь). С. 414 - 416.
111. Протокол очередного заседания Комитета Общества Трезвости 17 августа // Деятель. 1905. № 20 (ноябрь). С. 498 - 500.
112. Протокол собрания Общества Трезвости 16 февраля 1912 г. // Деятель. 1912. № 3 (март). С. 55 - 56.
113. [Протокол] экстренного заседания Комитета 25 марта // Деятель. 1898. № 4 (апрель). С. 217 - 219.
114. [Протокол] Экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 7 Марта // Деятель. 1896. № 5 (май). С. 303 - 305.
115. Протокол экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 8 апреля // Деятель. 1902. № 6 (апрель). С. 283 - 288.
116. [Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 9 апреля 1897 года // Деятель. 1897. № 5 (май). С. 342.

- 117.Протокол экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 13 января // Деятель. 1902. № 3 (февраль). С. 141 - 144.
- 118.[Протокол] Экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 13 декабря 1895 года // Деятель. 1896. № 3 (март). С. 186 - 188.
- 119.[Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 16 декабря // Деятель. 1897. № 1 (январь). С. 63 - 65.
- 120.[Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 18 Апреля // Деятель. 1896. № 6 (июнь). С. 355 - 357.
- 121.[Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 18 июня // Деятель. 1896. № 8 (август). С. 437 - 439.
- 122.[Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 22 марта 1900 года // Деятель. 1900. № 4 (апрель). С. 216 - 218.
- 123.[Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 23 февраля 1899 г. // Деятель. 1899. № 3 (март). С. 154 - 155.
- 124.Протокол экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 26 ноября 1897 года // Деятель. 1897. № 12 (декабрь). С. 697 - 700.
- 125.[Протокол] экстренного заседания Комитета Казанского Общества Трезвости 28 Мая // Деятель. 1896. № 7 (июль). С. 410 - 413.
- 126.[Протокол] экстренного Общего Собрания членов Общества Трезвости 13 июня в час дня // Деятель. 1899. № 6 - 7 (июнь - июль). С. 311.
- 127.Речь главного врача больницы Казанского Общества Трезвости проф. Л.О. Даркшевича // Деятель. 1896. № 4 (апрель). С. 202 - 207.
- 128.Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом. Проф. Л.О. Даркшевича. Санкт-Петербург: Типография М.М. Стасюлевича, 1900. - 19 с.
- 129.Слово Председателя в Общем Собрании. 22 февраля // Деятель. 1915. № 4 (апрель). С. (73) - 76.
- 130.Соловьёв А.Т. О народных развлечениях // Деятель. 1915. № 6 (июнь). С. (121) - 129.
- 131.Торжество открытия больницы для алкоголиков // Казанская хроника / Казанский Телеграф. 1896. № 975 (29 марта). С. 2.
- 132.Устав больницы для алкоголиков Казанского Общества Трезвости // Деятель. 1896. № 4 (апрель). С. 207 - 209.
- 133.Устав больницы для алкоголиков Казанского Общества Трезвости // Деятель. 1897. № 12 (декабрь). С. 704 - 706.
- 134.Устав Казанского Общества Трезвости // Деятель. 1899. № 11 (ноябрь). С. (504) - 511.
- 135.Устав Лечебницы для алкоголиков при С.-Петербургском обществе трезвости. Санкт-Петербург, 1896. - [2], 11 с.
- 136.Хомяков М. Больница для алкоголиков Казанского Общества трезвости за 1912 год // Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1912 г. по 1 января 1913 г., читанный в Общем Собрании членов общества. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1913. - С. (11) - 25.
- 137.Хомяков М. К вопросу о домах терпимости // Деятель. 1900. № 6 - 7 (июнь - июль). С. 278 - 283.
- 138.Член-соревнователь ... // Казанская хроника / Казанский Телеграф. 1896. № 976 (30 марта). С. 2.

Иллюстрации:

1. Приют, лечебница и храм Во Имя Всемилостивого Спаса при КОТ («Вестник Трезвости». 1909. № 178 /октябрь/. С. 15.).
2. Председатель Комитета и почётный член КОТ А.Т. Соловьёв (Отчёт Казанского Общества Трезвости с 1-го января 1902 г. по 1-е января 1903 г. Читанный в Общем

Собрании членов общества 26 января 1903 года. Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1903. - Вкладка 11.).

3. Главный врач БА приКОТ в 1896 - 1905 гг. профессор Л.О. Даркшевич (Деятель. 1899. № 4 /апрель/. С. /159/.).
4. Главный врач БА приКОТ в 1905 - 1916 гг. профессор И.М. Догель (Деятель. 1900. № 10 /октябрь/. С. /405/.).
5. Первый младший врачБА при КОТВ.П. Первушин (Мишланова Л.В. Династия профессоров Первушиных. Часть III. Всеволод Прокопьевич Первушин. Удивительная судьба сыновей // Неврологический вестник. 2009. Т. XLI. Вып. 3. С. 78.).

Бремя алкогольных проблем в России

Разводовский Ю.Е.

Международная академия трезвости, Гродно, Беларусь



Разводовский Юрий Евгеньевич — врач-психиатр, заведующий отделом проблем регуляции метаболизма Института биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси, профессор Международной академии трезвости, автор около 1000 научных работ, в том числе 30-ти монографий, посвященных проблемам зависимости от алкоголя и наркотиков, патогенного действия алкоголя и наркотиков на организм, а также пагубным социальным последствиям употребления алкоголя и наркотиков. E-mail: razvodovsky@tut.by

Алкоголь является третьей ведущей причиной болезней и преждевременной смерти во всем мире [1]. Неблагоприятные эффекты алкоголя не ограничиваются прямым ущербом здоровью лиц, которые его употребляют, поскольку включают широкий спектр социальных проблем в виде «пьяной» преступности, бытового насилия, семейной нестабильности, снижения трудоспособности, отвлечения государственных ресурсов на оказание медицинской помощи, борьбу с преступностью и нарушениями общественного порядка [1-8].

В 2010 году среднемировой уровень потребления алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше в среднем составлял 6,2 литра [21]. При этом 50,1% всех алкогольных изделий выпивается в виде крепкого алкоголя, 34,8% в виде пива, и только 8% в виде вина. 61,7% населения планеты в возрасте 15 лет и старше не употребляют алкоголь, а 48% не употребляли алкоголь в течение всей жизни [13]. В то же время, 16% населения планеты в возрасте 15 лет и старше вовлечены в «тяжелое» эпизодическое пьянство (употребление более 60 мл. абсолютного алкоголя за одну выпивку, по крайней мере, в течение месяца) [24]. В целом, уровень потребления алкоголя, а также распространенность «тяжелого» эпизодического пьянства выше в странах с высоким уровнем доходов. В период с 2005 по 2010 гг. уровень потребления алкоголя в мире несколько вырос преимущественно за счет роста в Юго-Восточной Азии [21]. В то же время отмечалось снижение этого показателя в Африке, Америке, и в особенности, в Европейском регионе (с 12,2 до 10,9 литров). Согласно прогнозу, рост уровня потребления алкоголя в половине регионов мира будет продолжаться вплоть до 2025 г. [5].

Европа является самым пьющим континентом, несмотря на тенденцию снижения уровня потребления алкоголя на душу населения, которая отмечается на протяжении

последних десятилетий во многих странах [21]. По оценкам группы международных экспертов удельный вес алкогольной смертности в структуре общей смертности в Европе составляет 6,1% (11% от всех смертей мужчин и 0,8% от всех смертей женщин) [21]. В 2003 г. общая стоимость ущерба, связанного с употреблением алкоголя в Европе оценивалась в 125 миллиардов евро [5]. Из этой суммы 66 миллиардов составили средства, потраченные на преодоление алкогольных проблем, а 59 миллиардов составил экономический ущерб от потери продуктивности вследствие прогулов и преждевременной смертности. Кроме прямых материальных потерь существуют и косвенные, которые сложно поддаются рутинному бухгалтерскому учету но, тем не менее, приблизительно оцениваются в 152-764 миллиардов евро [21].

Бремя связанных с алкоголем проблем в странах Восточной Европы самое высокое в мире [25-32]. По данным ВОЗ общий уровень потребления алкоголя в России составляет 22,3 литра на душу населения в возрасте 15+ (32 литра для мужчин и 12,6 литра для женщин) [1]. (Очень устаревшие сведения! Здесь нужно указать год) Абстинентами (по критерию не употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев) являются 25,2% мужчин и 38% женщин). Распространенность «тяжелого» эпизодического пьянства составляет 19,1% (29,8% среди мужчин и 10,3% среди женщин). Распространенность связанных с алкоголем проблем со здоровьем в среднем составляет 17,4% (31% среди мужчин и 6,2% среди женщин) (Аналогичный показатель в среднем для Европы составляет 7,5%). Распространенность алкогольной зависимости (алкоголизма) в среднем составляет 9,3% (16,5% среди мужчин и 3,3% среди женщин) (Аналогичный показатель в среднем для Европы составляет 4%) [21].

Серьезной проблемой в Российской Федерации остается сложная демографическая ситуация [1,9,10,18-20,22,23]. На 2016 год численность населения в России составила 146,5 млн. человек. Несмотря на снижение смертности и рост рождаемости, отмечающийся в последние годы, естественный прирост населения в стране не столь значителен, в 2015 году он составил всего 32 тыс. человек. Ежегодно в стране умирает около 2 млн. человек, при этом высоким остается уровень преждевременной смертности. Среди причин преждевременной смертности в России на первом месте находятся болезни системы кровообращения (804,2 на 100 тысяч населения), на втором – новообразования (206,2 на 100 тысяч населения); третье место занимают так называемые внешние причины (145,5 на 100 тысяч населения): несчастные случаи, травмы, отравления, убийства, самоубийства. Среди лиц трудоспособного возраста вклад внешних причин в смертность выше, чем вклад заболеваний сердечнососудистой системы [19].

Особенностью демографического кризиса в современной России, в отличие от европейских стран, является сверхсмертность среди мужчин трудоспособного возраста [1]. Анализ причин высокой смертности в России позволяет считать алкогольный фактор «локомотивом кризиса смертности», уносящим ежегодно сотни тысяч человеческих жизней, причем преимущественно лиц трудоспособного возраста [11-17]. Алкогольные потери страны в период 1980-2001 гг., в среднем составили 426 тыс. человек в год: 272,1 тыс. мужчин и 153,9 тыс. женщин [34]. (Очень старые данные! Нужно обновить сведения. Или дать новые в сравнении со старыми.)

Имеются основания считать, что между уровнем потребления алкоголя и продолжительностью жизни существуют тесные взаимные связи: повышение уровня потребления алкоголя ведет к сокращению продолжительности жизни за счет роста смертности, а снижение потребления - к её увеличению. С помощью анализа временных серий было показано, что рост уровня потребления алкоголя на 1 литр на человека в год (л/чел/год) в диапазоне 10-18 л «отнимает» у мужчин 1 год, у женщин 4,6 месяца жизни [5].

Алкогольная смертность в России не исчерпывается алкогольными отравлениями и включает значительный процент убийств, самоубийств, смертей от цирроза, сердечнососудистых заболеваний, инсультов, панкреатита, болезней органов дыхания, рака органов системы пищеварения. Алкоголь в крови был обнаружен у 66,5 % жертв

насильственной смертности (в трудоспособном возрасте – в 71,5 %), в том числе в 59,6 % случаях самоубийств, в 73,3% - случаев убийств; в 35,3 % - случаев смерти в результате травм; в 55,5 % - случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий, в 62,0 % - случаев смертельных обморожений; в 76,9 % - при утоплениях; в 80,7 % - случаев смертельных отравлений угарным газом [5].

Кроме того, больные алкоголизмом и употребляющие алкоголь создают большую нагрузку в деятельность лечебных учреждений: около 40 % пациентов мужского и 7 % женского пола стационаров имеют алкогольные проблемы [5]. Острой проблемой в России является пьяная преступность. В 2011 году было совершено 263,3 тыс. преступлений в состоянии алкогольного опьянения при удельном весе в общем массиве зарегистрированных преступлений 20,1%, а в 2016 году совершено 440,2 тысячи таких преступлений, а удельный вес составил 37% от числа расследованных преступлений [2].

Сегодняшние масштабы алкоголизации населения России являются не только одной из причин высокой заболеваемости и смертности, но значительно ухудшают качество жизни населения страны. Анализ влияния алкоголя на здоровье и смертность населения России свидетельствует о негативных эффектах употребления алкоголя, в особенности водки. Согласно данных Российского Мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) потребление водки приводит к значительному росту риска смерти и укорачивает жизнь в среднем на 9-10 лет [4].

Особую озабоченность вызывают масштабы алкоголизации молодого поколения. Результаты социологических опросов говорят о том, что возраст первого употребления алкогольных изделий с каждым годом уменьшается. Так, если в 1991 году молодые люди начинали употреблять спиртное в среднем с 15,5 лет, то в 2001 году – уже с 11 лет. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а среди 13-летних подростков распространенность употребления пива достигает 70% [5]. Именно с употребления пива обычно начинается «знакомство» подростков с алкоголем.

Тяжесть бремени алкогольных проблем в России определяется сочетанием таких факторов как высокий общий уровень потребления алкоголя (в значительной степени обусловленный его доступностью), преобладание в структуре потребления крепкого алкоголя, вредный (интоксикационно-ориентированный) паттерн потребления алкоголя, распространенность потребления токсичных суррогатов алкоголя [6-11,34]. Высокий общий уровень потребления алкоголя является ключевым фактором в этой последовательности фатальных переменных. Необходимо подчеркнуть, что главной проблемой является не столько алкоголизм, сколько бытовое пьянство «умеренно» пьющих российских граждан. Алкоголизм, как медицинское явление, касается относительно небольшой (для тебя миллионы – относительно небольшая часть?! Нужно поправить) части населения, в то время как пьянство — социальная проблема, касающаяся значительной части населения.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении является важнейшим демографическим показателем и признанным индикатором качества жизни и здоровья населения [1]. ОПЖ при рождении показывает количество лет, которое проживет новорожденный, если условия для сохранения жизни, существующие на момент его рождения, останутся неизменными на всем протяжении его жизни [2]. Поэтому социально-демографическая политика государства должна быть направлена на увеличение ОПЖ. Продолжительность жизни зависит от многих факторов: образа жизни, уровня доходов, воспитания и образования человека, наследственности, уровня загрязнения окружающей среды, качества питания, развития системы здравоохранения, уровня преступности и многих других [1]. Одним из феноменов, активно обсуждаемым экспертным сообществом является значительные различия в ОПЖ между Россией и экономически развитыми странами Запада. Причем эти различия стали увеличиваться с середины 1970-х гг., и только на протяжении последнего десятилетия стали уменьшаться. Тесно связанным с этим феноменом является значительная разница между ОПЖ мужчин и женщин в России, достигавшая в определенные

периоды 13,5 лет. По мнению большинства исследователей, алкоголь является ключевым фактором значительных гендерных различий в ОПЖ, а также отставания в уровне этого показателя России от стран Запада [1,2,5].

На рис. 1-2 представлена динамика ОПЖ мужчин и женщин в период с 1970 по 2015 гг. В рассматриваемый период данный показатель демонстрировал резкие колебания: снижение в период с 1965 по 1980 гг.; незначительный рост в начале 1980-х; существенный рост в период с 1984 по 1987 гг. (+5% (с 61,7 до 64,8 года) у мужчин и +4,3% (с 73,0 до 74,3 года) у женщин); резкое снижение в период с 1987 по 1994 гг. (-11,4% (с 64,8 до 57,4 года) у мужчин и -4,2% (с 74,3 до 71,1 года) у женщин); рост в период с 1994 по 1997 гг. (+6,6% (с 57,4 до 61,2 года) у мужчин и +2,8% (с 71,1 до 73,1 года) у женщин); снижение в период с 1997 по 2003 гг. (-4,4% (с 61,2 до 58,5 года) у мужчин и -1,6% (с 73,1 до 71,9 года) у женщин); резкий рос в период с 2003 по 2014 гг. (+11,6% (с 58,5 до 65,3 года) у мужчин и +6,4% (с 71,9 до 76,5 года) у женщин).

Графические данные говорят о том, что тенденция постепенного снижения данного показателя, отмечавшаяся в 1970-х годах была прервана резким его ростом в середине 1980-х годов, который соотносится с антиалкогольной кампанией Лигачева-Соломенцева. (Горбачев был всегда против этой кампании. Нам (рабочей группе в ЦК КПСС) он обычно говорил: вы, товарищи, начинайте. Я же посмотрю, если у вас что-то получится, то я буду с вами. Если не получится, то я буду против вас) Резкое снижение ОПЖ в России в первой половине 1990-х годов было обусловлено преимущественно ростом уровня насильственной и связанной с алкоголем смертности [1]. Известно, что ОПЖ мужчин в большей степени подвержена влиянию различных неблагоприятных факторов, включая употребление алкоголя. Эта закономерность хорошо иллюстрируется более выраженной амплитудой колебания ОПЖ мужчин в течение рассматриваемого периода. Анализ визуальных данных, представленных на рис. 1-2 говорит о том, что колебания трендов ОПЖ мужчин и женщин находятся в противофазе с общим уровнем потребления алкоголя на душу населения, что подтверждается результатами корреляционного анализа Спирмана, выявившим наличие отрицательной корреляции между потреблением алкоголя и ОПЖ мужчин ($r=-0,93;p=0,000$) и женщин ($r=-0,89;p=0,000$).

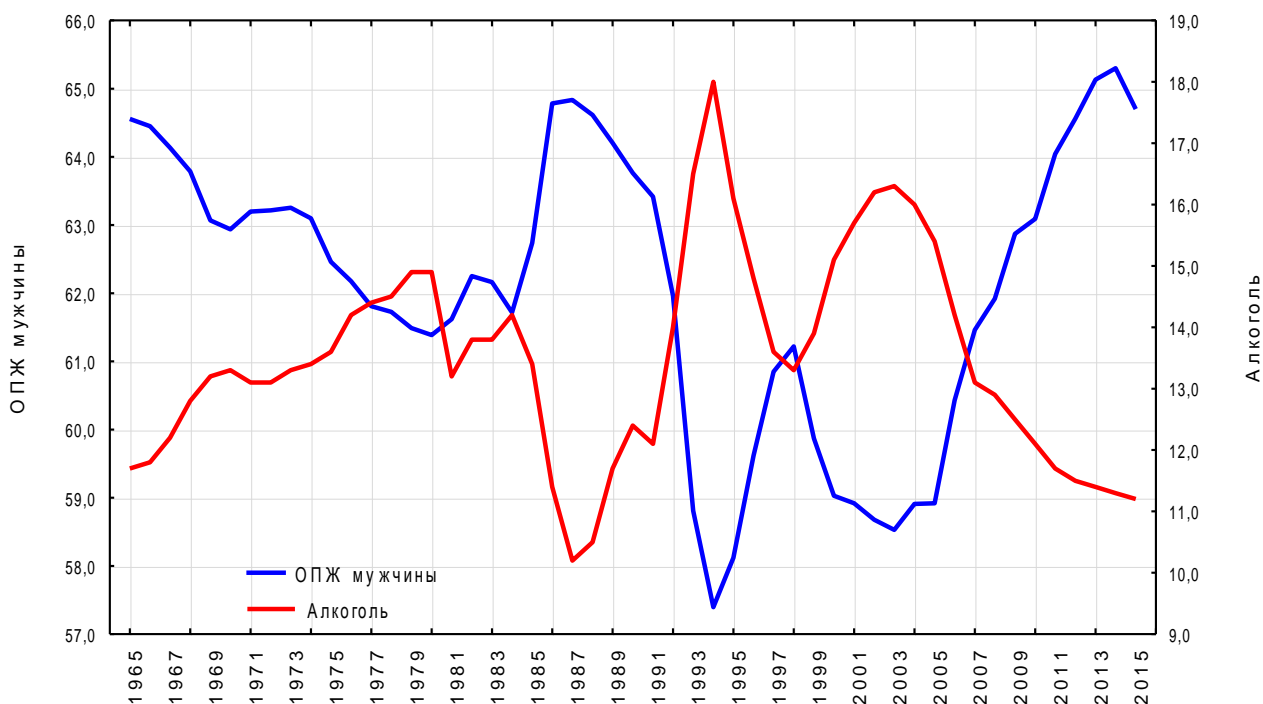


Рисунок 1. Динамика уровня потребления алкоголя и ОПЖ мужчин в России, 1965-2015 гг.

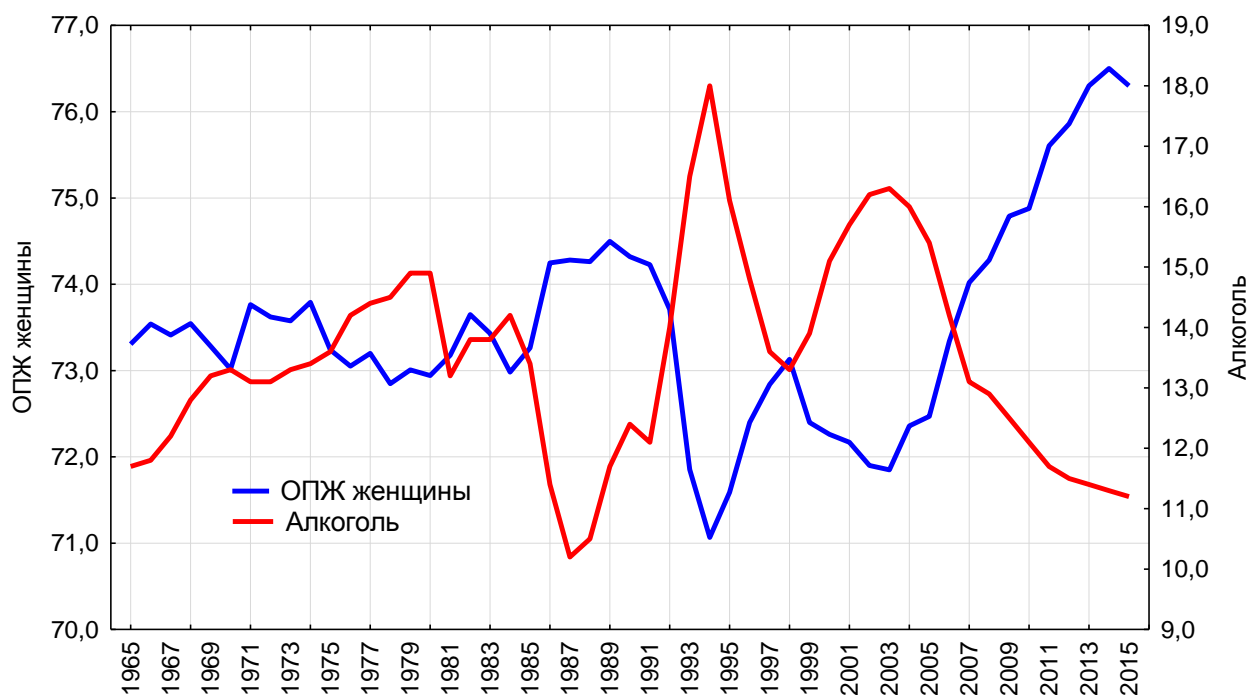


Рисунок 2. Динамика уровня потребления алкоголя и ОПЖ женщин в России, 1965-2015 гг.

Уровень общей смертности является интегральным показателем состояния здоровья населения и, кроме того, может отражать спектр медицинских и социальных проблем, вызванных потреблением алкоголя (ты же понимаешь, что любое потребление алкоголя есть зло) [5]. Многие эксперты считают, что употребление алкоголя является главным фактором высокого уровня общей смертности в России [20,22,34]. Данная точка зрения подтверждается синхронными колебаниями уровня потребления алкоголя и уровня общей смертности на протяжении последних десятилетий (рис. 3-4). Согласно результатам корреляционного анализа Спирмана общий уровень потребления алкоголя тесно коррелирует с уровнем общей смертности мужчин ($r=-0,90;p=0,000$) и женщин ($r=-0,80;p=0,000$).

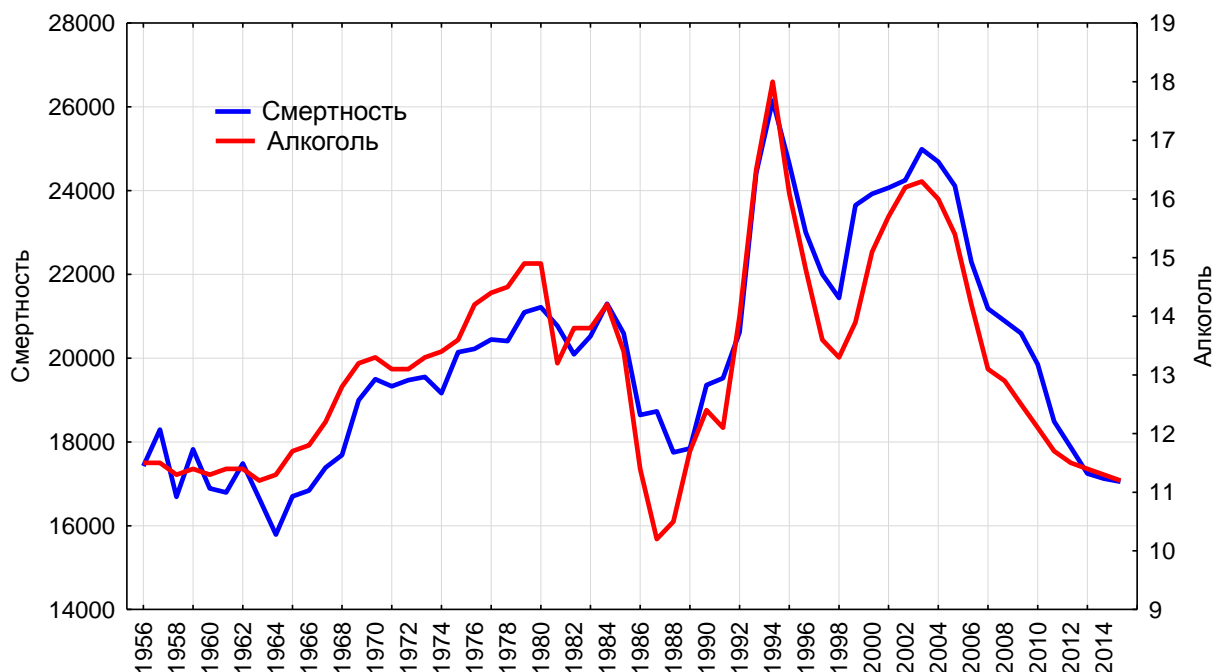


Рисунок 3. Динамика уровня потребления алкоголя и общей смертности среди мужчин в России, 1956-2015 гг.

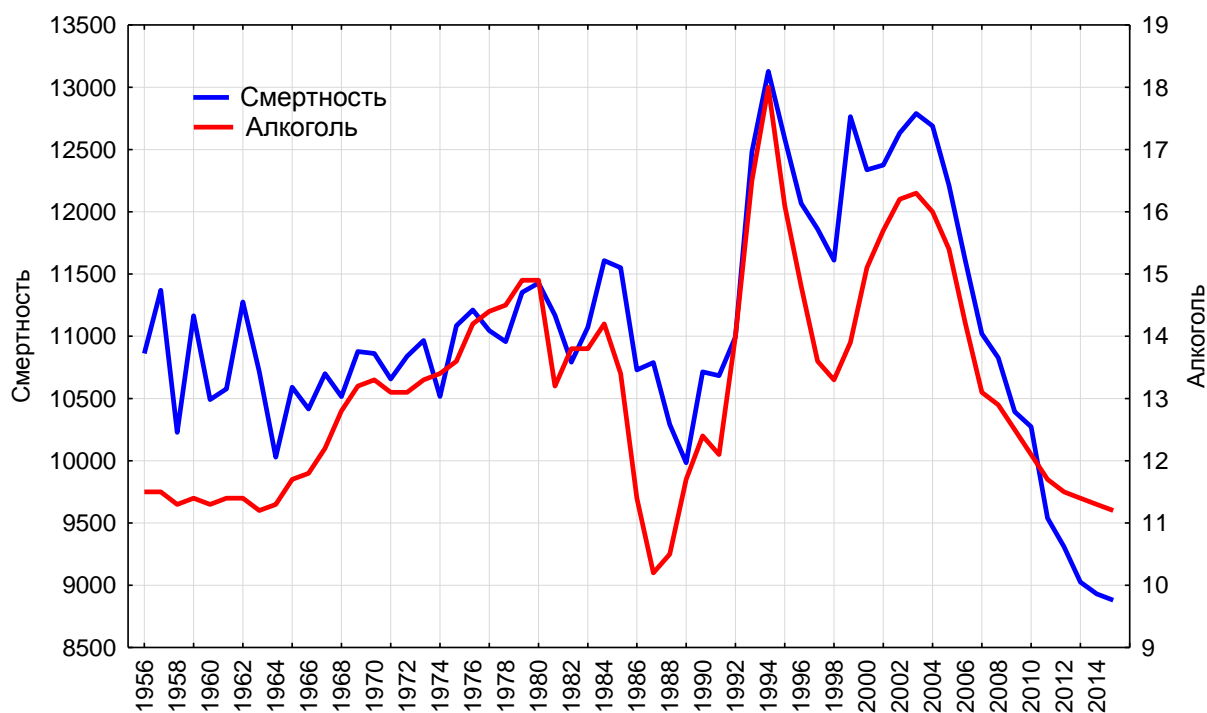


Рисунок 4. Динамика уровня потребления алкоголя и общей смертности среди женщин в России, 1956-2015 гг.

На протяжении последних десятилетий главной составляющей «кризиса» смертности в России был высокий уровень смертности населения в возрастах от 15 до 64 лет, в особенности «сверхсмертность» мужчин трудоспособного возраста. В 2005 г., вероятность умереть в возрастах от 15 до 64 лет составляет в России 58% и 24% для мужчин и женщин соответственно [5]. В странах Западной Европы аналогичный показатель составил 21% и 11% для мужчин и женщин, соответственно [21]. Среди причин смерти лиц трудоспособного возраста первое место занимает насильственная смертность, за ними с небольшим отрывом следуют болезни системы кровообращения. На долю причин смерти, непосредственно связанных с алкоголем приходится около 10% от общих потерь в возрастах 15–64 года.

Динамика уровня общей смертности в России в период с 1956 по 2015 гг. демонстрировала резкие колебания: существенный рост в 1960-е и 1970-е годы, резкое снижение в середине 1980-х (в период с 1984 по 1988 гг. уровень смертности снизился на 16,6% среди мужчин и на 11,3% среди женщин), резкий рост в первой половине 1990-х (в период с 1991 по 1994 гг. уровень смертности вырос на 33,9% среди мужчин и на 22,9% среди женщин), существенное снижение в период с 1994 по 1998 годы, затем данный показатель снова стал расти вплоть до 2003 года, после чего стал быстро снижаться. В период с 2003 по 2014 гг. уровень общей смертности снизился на 31,8% среди мужчин и на 30,5% среди женщин.

Роль алкоголя как ключевого фактора высокого уровня общей смертности в России хорошо иллюстрируется тесной корреляцией между динамикой разницы между уровнем общей смертности женщин и мужчин и динамики уровня потребления алкоголя ($r=0,86$; $p<0,000$) (рис.). Анализ временных серий показал, что гендерные различия в уровне общей смертности на 54,6% обусловлены алкогольным фактором.

Причины резкого колебания уровня общей смертности в России на протяжении последних десятилетий обсуждались в многочисленных научных публикациях [2,5,6,7]. Не вызывает сомнения тот факт, что существенное снижение уровня общей смертности в середине 1980-х годов прошлого века был обусловлен снижением уровня алкогольной смертности вследствие ограничения доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании [5]. Алкогольный фактор сыграл ключевую роль в резком росте уровня общей

смертности в первой половине 1990-х годов прошлого века [5].

Снижение уровня общей смертности, которое отмечалось в России после 2003 г., является наиболее длительным позитивным трендом, начиная с середины 60-х годов прошлого века [8]. Существенное снижение смертности, начавшееся в 1985 г. и продолжавшееся 3 года, было обусловлено снижением доступности алкоголя в результате антиалкогольной кампании [5]. Очередное снижение смертности, начавшееся в 1995 г., продолжалось 4 года и было обусловлено рядом причин, одной из которых является снижение экономической доступности алкоголя [5]. Начавшееся в 2004 г. снижение смертности продолжается уже 15 лет, стало объектом пристального внимания экспертного сообщества [20,22]. При этом все спекуляции на тему алкогольной ситуации в современной России сводятся к тому, является ли снижение уровня смертности эффектом новых антиалкогольных мер, либо данный феномен имеет другое объяснение.

Первое исследование, посвященное феномену снижения уровня смертности в России после 2003 г. было проведено Школьниковым и соавторами [20], которые, в частности, показали, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в возрастной группе 15-44 года отмечалось преимущественно за счет снижения уровня смертности от внешних причин, в то время как увеличение ОПЖ в возрастной группе 45-64 года было обусловлено снижением смертности от ИБС. Резкое снижение уровня связанной с алкоголем смертности, начавшееся в 2006 г., позволило авторам предположить, что вероятной причиной этого снижения было принятие законодательных актов, регулирующих алкогольный рынок.

В одной из немногих отечественных работ Немцов и Шельгин оценили эффект законов 2005 г. на уровень потребления алкоголя в стране в течение последующих лет [11]. В качестве косвенного индикатора уровня потребления алкоголя использовался показатель смертности от острых алкогольных отравлений. В первую очередь авторы обратили внимание на то, что снижение уровня смертности началось в 2004 г., т.е. за два года до начала действия новых антиалкогольных законов и было резко ускорено в 2006 г. Было показано, что в 2006 г. произошло значимое снижение уровня смертности от алкогольных отравлений и, соответственно, уровня потребления алкоголя в стране. Этот перелом тренда смертности совпадает с началом действия двух антиалкогольных законов 2005 г. (№102-ФЗ и №209-ФЗ) [11].

В совокупности представленные данные свидетельствуют о том, что доступность алкоголя была ключевой детерминантой резких колебаний уровня общей в (редакция, поправь) России на протяжении последних десятилетий. Наиболее четким эффектом мероприятий по ограничению доступности алкоголя на уровень смертности был в период антиалкогольной кампании 1985-1988 гг., а также в 2005-2015 гг., после принятия законодательства, которые привели к реальному снижению уровня потребления алкоголя.

Одним из интегральных показателей, используемых с целью оценки масштаба ущерба, причиняемого употреблением алкоголя, является фракция алкогольной смертности (ФАС) или alcohol-attributable fraction (AAF). ФАС определяется как пропорция связанной с алкоголем смертности в структуре общей смертности, которой удалось бы избежать в гипотетической ситуации, когда уровень потребления алкоголя был бы равен нулю [30]. ФАС оценивается для различных причин смерти различными способами. В том случае, если алкоголь является единственным этиологическим фактором (острое алкогольное отравление, алкоголизм и алкогольный психоз) ФАС составляет 100%. Для других причин смерти ФАС оценивается исходя из относительного риска на основании метаанализов отдельно для мужчин и женщин.

Относительный риск рассчитывается как соотношение вероятности развития заболевания, приведшего к смерти в течение определенного периода времени среди тех, кто употребляет алкоголь по сравнению с абстинентами, т.е. лицами, которые практически не употребляют алкоголь. В таблице представлен относительный риск для отдельных причин смерти в зависимости от дозы алкоголя. Согласно этим данным при употреблении алкоголя в

дозе, эквивалентной 75 г в день (в пересчете на абсолютный алкоголь), риск развития рака губ, полости рта и глотки возрастает у мужчин и женщин в 4,32 и 4,85 раза соответственно. Употребление до 75 г алкоголя в день увеличивает риск инсульта в 1,55 раза для мужчин и в 2,74 раза для женщин. Риск насильственной смерти увеличивается в 1,5 раза при употреблении всего одной стандартной дозы алкоголя, а при употреблении 75 г алкоголя в день этот риск увеличивается в 2,8 раза. Следует иметь в виду, что представленная оценка относительного риска является достаточно условной, поскольку риск заболеваемости и смертности определяется не только суммарной дозой алкоголя, но и видом алкогольного изделия, а также стилем его употребления [21].

По данным Росстата в 2015 г. от причин, обусловленных алкоголем умерло 40,6 тыс. человек, что составило 3,0% от уровня общей смертности (4,5% от числа всех умерших мужчин и 1,6% от всех умерших женщин). Доля алкогольной смертности в структуре общей смертности лиц трудоспособного возраста (16-59 лет) составила 8,7% (8,8% среди мужчин и 8,6% среди женщин). Наиболее частыми причинами алкогольной смертности являются: алкогольная кардиомиопатия (33,4%), случайные алкогольные отравления (27,4%), алкогольная болезнь печени (20,%). Однако совершенно очевидно, что официальная статистика не в полной мере отражает масштабы алкогольных потерь в России.

Российский исследователь А.В. Немцов, используя различные методы оценки, установил, что вклад алкоголя в общую смертность составляет от 25,7 до 37,1% [5]. Оценки Немцова и Терехина для 1980-2007 гг. - 24% мужских и 15% женских смертей [10]. Разводовский оценивает потери выше - 41 и 28% соответственно [30]. Оценка фракции алкогольной смертности, проведенная с использованием популяционных данных была подтверждена результатами исследования методом ретроспективной аутопсии, проведенного в г. Ижевске (Россия) согласно которым около 41% смертей мужчин в возрасте от 25 до 54 лет могут быть отнесены на счет употребления алкоголя и его суррогатов [23]. Кроме того, данные, основанные на результатах исследования, проведенного в г. Барнауле свидетельствуют о том, что фракция алкогольной смертности составляет 59% от всех случаев смерти мужчин и 33% от всех случаев смерти женщин в возрасте 15-54 года [34].

Удельный вес алкогольной смертности в структуре общей смертности значительно варьирует между возрастными группами, отражая различия в уровне потребления алкоголя. Наиболее высока ФАС среди мужчин и женщин возрастной группы 30-44 года – 67,2% и 57,5% соответственно. По мере увеличения возраста ФАС снижается. Высокий удельный вес связанной с алкоголем смертности среди лиц молодого и среднего возраста косвенно указывает на распространенность среди них, так называемых острых связанных с алкоголем проблем, к которым, в частности, относится насильственная смертность. Как известно, фактором риска острых связанных с алкоголем проблем является так называемый интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя, когда большие дозы крепких алкогольных изделий выпиваются за короткий промежуток времени [30].

Оценка ФАС для различных половозрастных групп согласуется с результатами ранее проведенных эпидемиологических исследований, в которых было показано, что уровень связанных с алкоголем проблем наиболее высок среди мужчин молодого и среднего, трудоспособного возраста, и снижается по мере увеличения возраста [5]. Результаты репрезентативного опроса населения показали, что наиболее высока вероятность эпизодического употребления больших доз алкоголя отмечается у мужчин возрастной группы 30-49 лет, а наименьшая – мужчины в возрасте старше 60 лет и женщины старше 50 лет [2]. Снижение уровня связанных с алкоголем проблем по мере увеличения возраста, по всей видимости, объясняется тем, что лица, употребляющие алкоголь, не доживают до старости. Согласно результатам клинико-статистического исследования, посвященного уровню и структуре связанной с алкоголем смертности, средний возраст мужчин, умерших от алкогольной зависимости составляет 47,7 лет, что на 15 лет короче ожидаемой продолжительности жизни [13].

Таблица. Удельный вес алкогольной фракции в структуре общей смертности в различных половозрастных группах.

Возраст	Мужчины	Женщины
15-29	53,9	37,8
30-44	67,2	57,5
45-59	55,1	47,9
60-74	34,4	24,8
75+	27,8	19,5

Что касается отдельных причин смерти, то согласно А.В. Немцову фракция алкогольной смертности составляет 21,4% от числа всех случаев сердечнососудистой смертности, 49,1% случаев смерти от внешних причин, 43,3% от числа самоубийств, 73,2% от числа убийств, 55,6% случаев смерти от цирроза печени и 49,7% случаев смерти от панкреатита [5]. Согласно расчетам Ю.Е. Разводовского вклад алкоголя в уровень смертности от различных причин выглядит следующим образом: сердечнососудистая смертность – 40,4%; внешние причины – 77%; травмы и несчастные случаи – 72,2%; убийства – 85,9%; суициды – 74,7%; цирроз печени – 72,9% [30].

Характерной особенностью связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем связанных с алкоголем проблем в России является более выраженная зависимость уровня алкогольных проблем от уровня продажи крепких алкогольных изделий, нежели от общего уровня продажи алкоголя (рис. 5-6). Корреляционный анализ выявил тесную связь между уровнем продажи водки у уровнем смертности от острых алкогольных отравлений ($r=0,81; p=0,000$), а также уровнем заболеваемости алкогольными психозами ($r=0,70; p=0,000$) в России в период с 1970 по 2015 гг. Связь между общим уровнем продажи алкоголя и уровнем связанных с алкоголем проблем оказалась менее выраженной: ($r=0,37; p=0,011$) и ($r=0,29; p=0,047$) соответственно.

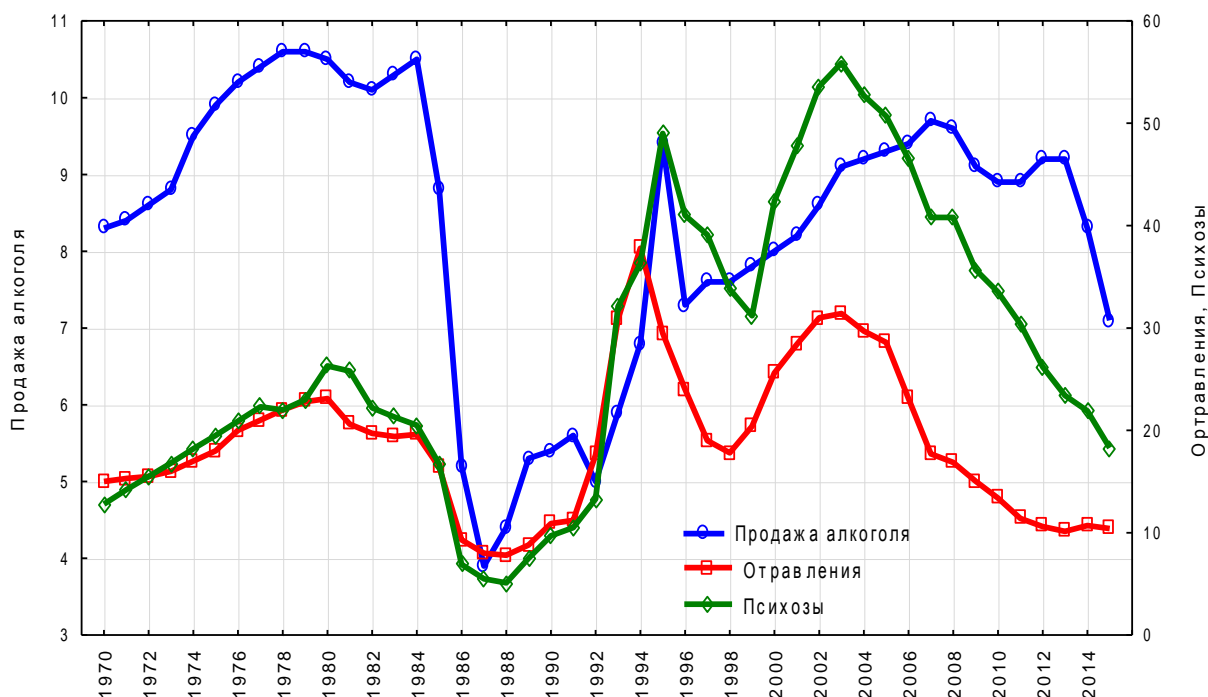


Рисунок 5. Динамика уровня продажи алкоголя и уровня смертности от острых алкогольных отравлений, а также уровня заболеваемости алкогольными психозами в России, 1956-2015 гг.

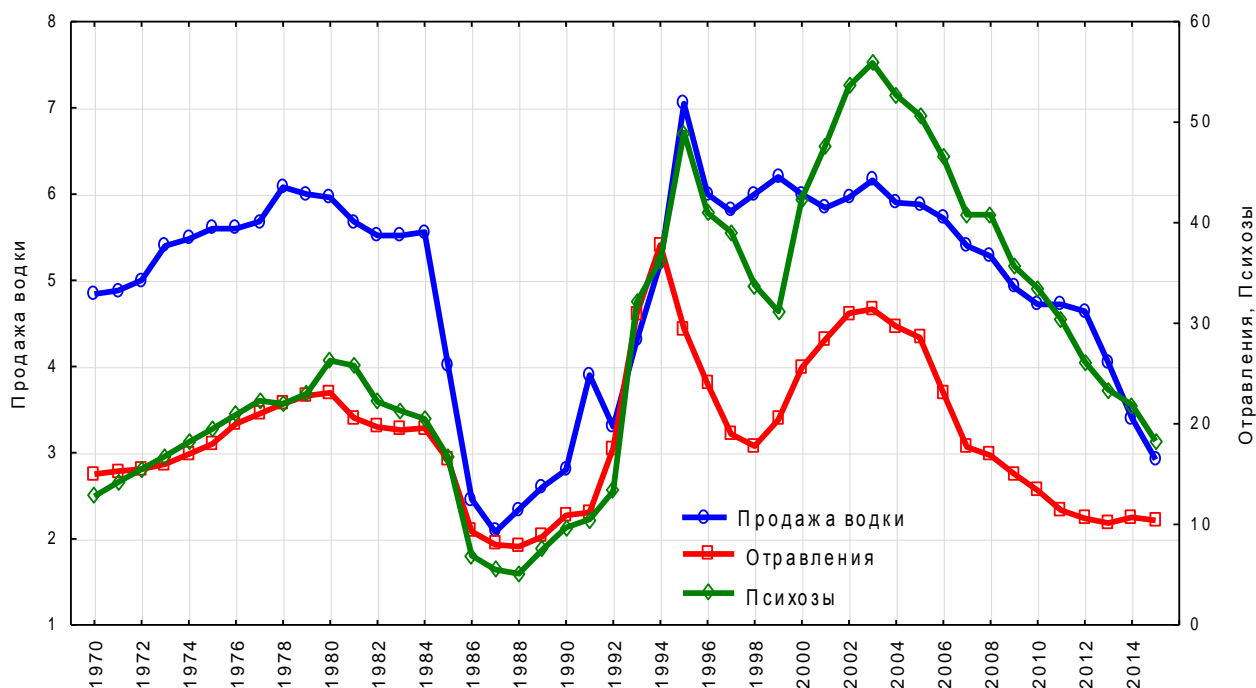


Рисунок 6. Динамика уровня продажи водки и уровня смертности от острых алкогольных отравлений, а также уровня заболеваемости алкогольными психозами в России, 1956-2015 гг.

Заключение

Высокий уровень алкогольных проблем в России обуславливает необходимость отрезвления нации посредством проведения эффективной антиалкогольной политики. Необходимо на государственном уровне решить три взаимосвязанные проблемы: потребление любого алкоголя мужчинами трудоспособного возраста, доступность спиртного для несовершеннолетних и производство, и потребление нелегальных алкогольных изделий. Антиалкогольная политика должна быть комплексной, сочетающей запретительные меры и меры просвещения и воспитания. Адекватная антиалкогольная политика должна учитывать следующие рекомендации:

- Возврат к государственной монополии на производство и реализацию спирта. Данная мера позволит более эффективно регулировать алкогольный рынок, в том числе за счет уменьшения влияния на разработку и реализацию алкогольной политики лоббистов.
- Должны быть определены четкие краткосрочные и долгосрочные цели политики и механизмы воздействия на алкогольный рынок.
- Главным целевым показателем алкогольной политики должно быть снижение общего уровня потребления алкоголя.
- Существование значительного теневого сегмента производства и продажи алкоголя свидетельствует о неэффективности государственного управления алкогольным рынком и является серьезным препятствием для реализации таких ключевых мер алкогольной политики, как снижение физической и экономической доступности алкоголя. Поэтому важной задачей алкогольной политики является снижение доли нелегального рынка алкоголя посредством комплекса мер, включающих усиление контроля за производством и продажей алкоголя. Федеральным законодательством предусмотрена административная и

уголовная ответственность за правонарушения в сфере производства и оборота алкогольной составляющей, однако наказание за такие правонарушения несоизмеримо с прибылью, которую получают недобросовестные участники алкогольного рынка. Поэтому необходимо добиться реализации принципа неотвратимости наказания, а также значительно ужесточить санкции за нарушение алкогольного законодательства. Кроме того, экономическую мотивацию производства и продажи нелегального алкоголя может снизить сбалансированная акцизная политика на любой алкоголь.

- Учитывая низкий профессиональный уровень современной социальной рекламы и пропаганды здорового трезвого образа жизни, которую проводит государство, существует насущная необходимость усиления антиалкогольной пропаганды.
- Необходимо повысить социальную ответственность участников алкогольного рынка, включая ответственность производителей (уплата налогов, социальная реклама, развитие благотворительности и спорта) и социальная ответственность распространителей (строгое соблюдение законодательства в вопросе запрета продажи алкогольных изделий и пива в возрасте до 21 года).
- Необходим регулярный мониторинг алкогольной ситуации в стране: выявление самых проблемных регионов и групп населения, источников производства нелегальной алкогольной составляющей и пути выхода их на рынок.
- Для успеха антиалкогольной политики на государственном уровне необходимо разработать и внедрить систему индикаторов ее эффективности.

Литература

1. Андреев Е.М., Вишневский А.Г. 40 лет снижения продолжительности жизни россиян, Ч. I // Демоскоп Weekly. 2004. №169-170.
2. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.П., Гаврилов Л.А. Российская смертность в 1965-2002 гг.: основные проблемы и резервы снижения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. №1. С. 20–30.
3. Колосницына М., Доржиев Х., Хоркина Н., Ситдииков М. Меры антиалкогольной политики – работают ли в России? // Демоскоп Weekly. № 665-666. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/index.php>
4. Космарская Т. Проблемы государственного регулирования рынка алкогольной продукции // Вопросы экономики. 1998. №5. С. 139–145.
5. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
6. Немцов А.В., Давыдов К.В., Разводовский Ю.Е. Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России. // Наркология. 2009. Т.85, №1. С. 52–61.
7. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России в контексте алкогольной политики. // Собириология. 2016. №4. С. 66 – 74.
8. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России и ее отражение в кривом зеркале. // Собириология. 2015. №3. С. 70–73.
9. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980–2005. // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. №2. С. 52–60.
10. Немцов А.В., Терехин А. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. 2007. №12. С. 29–36.
11. Немцов А.В., Шельгин К.В. Антиалкогольные законы 2005 г. и снижение потребления алкоголя в России // Вопросы наркологии. 2015. №1. С. 83–93.

12. Немцов А.В., Шельгин К.В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 гг. // Вопросы наркологии. 2014. №5. С. 3–12.
13. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты. / Ю.Е. Разводовский. Berlin: LAP Lambert Academic Publishing GmbH & Co. KG, 2012. – 294 с.
14. Разводовский Ю.Е. Алкогольная политика в Европейской перспективе. / Ю.Е. Разводовский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2005. №1. С. 21–24.
15. Разводовский Ю.Е. Алкогольная политика. // Медицинские Новости. 2002. №11. С. 15–20.
16. Разводовский Ю.Е. Алкогольные и прочие отравления в России: анализ временных серий. // Собириология. 2015. №1. С. 57–65.
17. Разводовский Ю.Е. Экономическая доступность алкоголя и уровень его продажи в России и Беларуси. 2016. №4. С. 56-65.
18. Разводовский Ю.Е., Немцов А.В. Алкогольная составляющая снижения смертности в России после 2003 г. // Вопросы Наркологии. 2016. № 3. С. 63–70.
19. Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. М.: ЦСП, 2005. 235 с.
20. Школьников В., Андреев Е., Макки М., Леон Д. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. 2014. Т.1. №2. С. 5–37.
21. Anderson P., Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
22. Khalturina D., Korotaev A. Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013 // Alcohol and Alcoholism. 2015. Vol. 45. P. 1–14.
23. Leon D. et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study // Lancet. 2007. Vol.369. P. 2001–2009.
24. Moskalewicz J., Razvodovsky Y., Wiczorek L. East-West disparities in alcohol-related harm. // Alcoholism and Drug Addiction. 2016. Vol.29. P. 209 –222.
25. Nemtsov A. Alcohol-related harm losses in Russia in the 1980s and 1990s // Addiction. 002. Vol.97. P. 1413–1425.
26. Nemtsov A.V., Razvodovsky Y.E. Russian alcohol policy in false mirror. //Alcohol & Alcoholism. 2016. N4. P. 21.
27. Radaev V. Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia // Alcohol and Alcoholism. 2015. N.25. P. 1–8.
28. Razvodovsky Y.E. Beverage Specific Alcohol Sale and Mortality in Russia // Alcoholism. 2010. Vol.46, №2. С.63-75
29. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and cardiovascular mortality in Russia. // European Journal of Public Health. 2011. Vol. 23. P. 32-36.
30. Razvodovsky Y.E. Estimation of alcohol attributable fraction of mortality in Russia // Adicciones. 2012. Vol. 24, N.3. P. 247–52.
31. Razvodovsky Y.E. Noncommercial alcohol in central and eastern Europe. In: International Center for Alcohol Policies, ed. Noncommercial alcohol in three regions. Washington, DC, ICAP. 2008. 17-23.
32. Schkolnicov V.M., Andreev E.M., McKee M., Leon D.A. Components and possible determinants of the decrease in Russian mortality in 2004–2010. // Demographic Research. 2013. N 28. 917–950.
33. Stickley A, Leinsalu M, Andrew E, Razvodovsky Yu E, Vagero D, McKee M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970–2002. //European Journal of Public Health. 2007. Vol. 17, N5. P. 444–449.
34. Zaridze D., et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults // Lancet. 2014. Vol.9927, №383. 1465–1473.

Влияние повышения ставки акциза на алкоголь на уровень алкогольной смертности в России

Разводовский Ю.Е.

Международная академия трезвости, Гродно, Беларусь.

В настоящей работе в сравнительном аспекте была проанализирована динамика ставки акциза на крепкий алкоголь и динамика половых коэффициентов уровня связанной с алкоголем смертности в России в период с 2008 по 2015 гг. Корреляционный анализ выявил тесную обратную связь между уровнем ставки акциза на крепкий алкоголь и уровнем смертности от острого алкогольного отравления, алкогольного цирроза печени, алкогольной кардиомиопатии как среди мужчин, так и среди женщин. Представленные в настоящей работе данные согласуются с международным опытом в области антиалкогольной политики, который свидетельствует о том, что снижение экономической доступности алкоголя посредством повышения ставки акциза является эффективным способом снижения уровня связанных с алкоголем проблем.

Ключевые слова: акциз, алкоголь, смертность, Россия.

Одной из главных причин высокого уровня связанных с алкоголем проблем на постсоветском пространстве является высокий уровень физической и экономической доступности алкоголя [1-6]. Опыт антиалкогольной кампании 1985-1988 гг. убедительно показал, что снижение уровня физической и экономической доступности алкоголя сопровождалось значительным снижением уровня связанной с алкоголем смертности [1]. В тоже время, увеличение физической доступности алкоголя, наряду с относительным снижением цен на него стало основной причиной резкого роста уровня алкогольной смертности в бывших советских республиках в 1990-х гг. прошлого века [3,4]. Анализ региональных данных показал, что низкая цена на водку ассоциируется с высоким уровнем смертности среди мужчин трудоспособного возраста [1]. Между тем, исследования, проведенные в разных странах убедительно показали, что ограничение доступности алкоголя является одной из самых эффективных стратегий антиалкогольной политики, позволяющей значительно снижать уровень связанной с алкоголем заболеваемости и смертности [7-11]. Механизмом снижения экономической доступности алкоголя является повышение цены посредством увеличения ставки акциза [12-14].

Резкие изменения доступности алкоголя создают ситуацию так называемого «естественного эксперимента», которая позволяет изучать эффективность ограничительных мер. На протяжении последнего десятилетия правительство России предприняло ряд мер с целью снижения бремени алкогольных проблем [5]. Одной из этих мер было резкое повышение ставки акциза на алкогольную составляющую, вызвавшее значительный рост цен [5]. Целью настоящего исследования было изучение влияния повышения ставки акциза на алкоголь на динамику уровня алкогольной смертности в России.

Материалы и методы

В сравнительном аспекте была проанализирована динамика ставки акциза на крепкий алкоголь (в рублях за литр абсолютного алкоголя без учета уровня инфляции) и динамика половых коэффициентов уровня связанной с алкоголем смертности (смертности от острого алкогольного отравления, алкогольного цирроза печени, алкогольной кардиомиопатии,

алкогольного панкреатита, алкогольного психоза) в период с 2008 по 2015 гг. Данные ставок акциза и уровня алкогольной смертности получены из официальных публикаций Росстата (<http://www.gks.ru/>). Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft”.

Результаты и обсуждение

В среднем, за весь рассматриваемый период, показатель смертности от острых алкогольных отравлений среди мужчин и женщин составил соответственно $21,1 \pm 4,2$ и $5,2 \pm 1,2$; показатель смертности от алкогольного цирроза печени среди мужчин и женщин составил соответственно $12,6 \pm 1,0$ и $6,2 \pm 0,6$; показатель смертности от алкогольной кардиомиопатии составил соответственно $26,8 \pm 5,0$ и $7,7 \pm 1,6$; показатель смертности от алкогольного панкреатита среди мужчин и женщин составил соответственно $0,4 \pm 0,05$ и $0,1 \pm 0,01$; показатель смертности от алкогольного психоза среди мужчин и женщин составил соответственно $1,0 \pm 1,2$ и $0,2 \pm 0,4$. Представленные данные говорят о том, что ведущей причиной алкогольной смертности как у мужчин, так и у женщин является алкогольная кардиомиопатия. Второе место среди причин смерти у мужчин занимают алкогольные отравления, а у женщин – алкогольный цирроз печени.

Соотношение уровня различных видов связанной с алкоголем смертности среди женщин и мужчин выглядит следующим образом: алкогольные отравления - 1:4,1; алкогольный цирроз печени – 1:2; алкогольная кардиомиопатия – 1:3,5; алкогольный панкреатит – 1:3,6; алкогольный психоз – 1:5.

Таблица 1. Результаты корреляционного анализа. Связь между уровнем ставки акциза и уровнем алкогольной смертности.

Смертность		Акциз	
		г	р
Алкогольные отравления	мужчины	-0,86	0,005
	женщины	-0,95	0,000
Алкогольный цирроз печени	мужчины	-0,76	0,027
	женщины	-0,78	0,021
Алкогольная кардиомиопатия	мужчины	-0,96	0,000
	женщины	-0,90	0,000
Алкогольный панкреатит	мужчины	-0,30	0,477
	женщины	-0,40	0,328
Алкогольный психоз	мужчины	-0,40	0,332
	женщины	-0,26	0,533

В период с 2008 по 2015 гг. ставка акциза на крепкий алкоголь выросла в 2,9 раза (с 173 до 500 рублей). В этот период уровень смертности от острых алкогольных отравлений снизился среди мужчин и женщин соответственно на 38,1% (с 28,9 до 17,9 на 100,000 населения) и на 42,3% (с 7,1 до 4,1 на 100,000 населения); уровень смертности от алкогольного цирроза печени среди мужчин и женщин снизился соответственно на 12,3% (с 13,8 до 12,1 на 100,000 населения) и на 16,9% (с 7,1 до 5,9 на 100,000 населения); уровень смертности от алкогольной кардиомиопатии среди мужчин и женщин снизился соответственно на 37,5% (с 34,9 до 21,8 на 100,000 населения) и на 38,5% (с 10,4 до 6,4 на 100,000 населения); уровень смертности от алкогольного психоза среди мужчин и женщин снизился соответственно на 43,8% (с 0,8 до 0,45 на 100,000 населения) и на 43,8% (с 0,12 до 0,06 на 100,000 населения); уровень смертности от алкогольного панкреатита среди мужчин

остался практически на прежнем уровне (соответственно 0,44 и 0,45 на 100.000 населения), в то время как среди женщин этот показатель снизился на 21,4% (с 0,14 до 0,11 на 100,000 населения).

Графические данные говорят о том, что в рассматриваемый период уровень ставки акциза на крепкий алкоголь практически линейно рос (рисунок 1,2). Резкий рост этих показателей отмечался в период с 2011 по 2014 гг. Уровень связанной с алкоголем смертности в этот период практически линейно снижался.

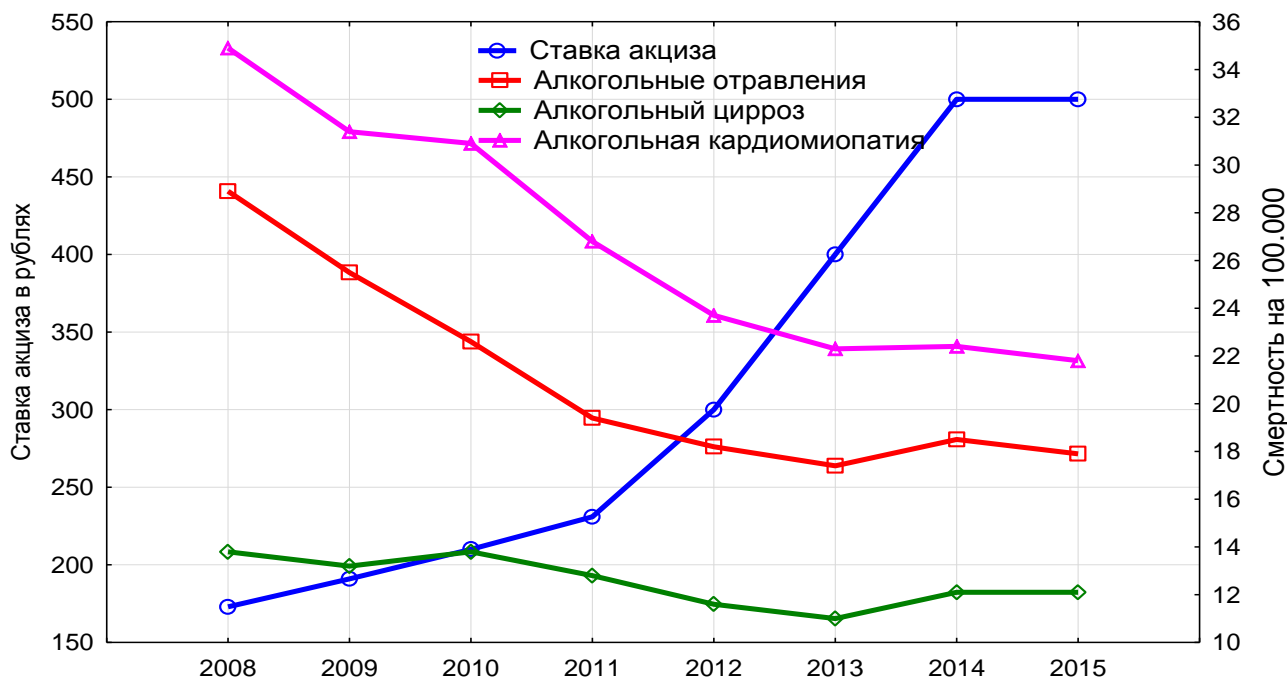


Рисунок 1. Динамика ставки акциза на крепкий алкоголь и уровня алкогольной смертности среди мужчин в России в период с 2008 по 2015 гг.

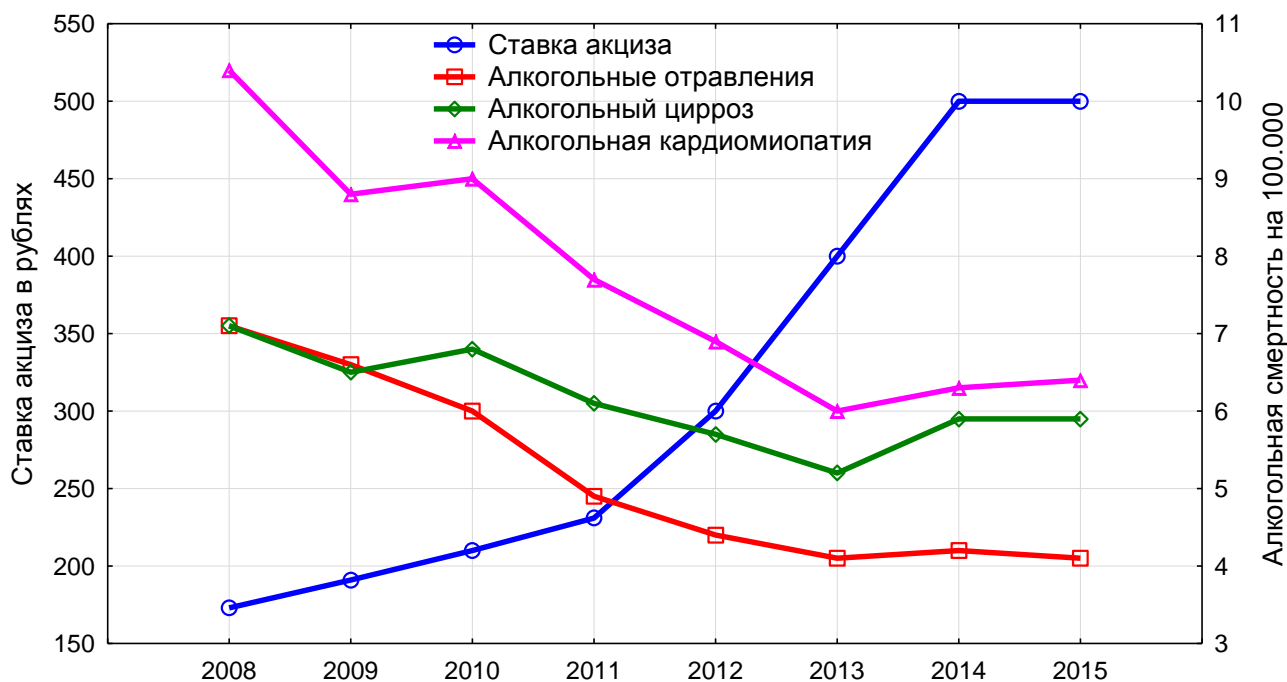


Рисунок 2. Динамика ставки акциза на крепкий алкоголь и уровня алкогольной смертности среди женщин в России в период с 2008 по 2015 гг.

Корреляционный анализ выявил тесную обратную связь между уровнем ставки акциза на крепкий алкоголь и уровнем смертности от острого алкогольного отравления, алкогольного цирроза печени, алкогольной кардиомиопатии, как среди мужчин, так и среди женщин (таблица). Связь между акцизом и смертностью от алкогольного психоза/панкреатита среди мужчин и женщин также отрицательная, хотя статистически она и не значима. Полученные данные говорят о существовании обратной связи между величиной ставки акциза на крепкий алкоголь и алкогольной смертностью на популяционном уровне.

Алкоголь вносит существенный вклад в уровень общей смертности в славянских республиках, входивших в состав Советского Союза [1,2]. Согласно результатам ретроспективной аутопсии, алкоголь является причиной половины всех случаев смерти мужчин, умерших в трудоспособном возрасте [12]. Снижение уровня связанной с алкоголем смертности в рассматриваемый период является позитивным трендом, который, в значительной степени, был обусловлен ростом ставки акциза на алкогольные изделия.

Следует подчеркнуть, что повышение ставки акциза на алкогольные изделия явилось важной, но не единственной мерой антиалкогольной политики, приведшей к существенному снижению уровня потребления алкоголя и уровня алкогольной смертности в России в рассматриваемый период [5]. Необходимо также отметить некоторый рост уровня алкогольной смертности на фоне роста ставки акциза, отмечавшийся в 2014 г. По всей видимости, причиной такого диссонанса явился рост уровня потребления незарегистрированного алкоголя в этот период [6].

Таким образом, представленные в настоящей работе данные согласуются с международным опытом в области антиалкогольной политики, который свидетельствует о том, что снижение экономической доступности алкоголя посредством повышения ставки акциза является эффективным способом снижения уровня связанных с алкоголем проблем. Важно подчеркнуть, что снижение экономической доступности алкоголя должно сочетаться с мерами, направленными на снижение физической доступности алкоголя и его суррогатов.

Литература

1. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России и ее отражение в кривом зеркале. // Собириология. 2015. №3. С. 70–73.
2. Разводовский Ю.Е., Немцов А.В. Алкогольная составляющая снижения смертности в России после 2003 г. // Вопросы Наркологии. 2016. № 3. С. 63–70.
3. Разводовский Ю.Е. Незарегистрированное потребление алкоголя в странах Центральной и Восточной Европы. // Медицинские Новости. 2010. №5-6. С. 92-96.
4. Разводовский Ю.Е. Эффективные стратегии алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2013. № 3. С.37–42.
5. Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2016. № 1. С.35–42.
6. Разводовский Ю.Е. Современная алкогольная политика в России. //Собириология. 2017. № 2. С. 59–64.
7. Chaloupka F.J., Grossman M., Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. // Alcohol Research & Health. 2002. Vol.26, №1. P. 22–34.
8. Gil A., Khaltourina D., Korotaev A. Alcohol consumption in Russia: affordability of alcohol, changes and effects of alcohol control policy and future prospects. In: Changes in alcohol affordability and availability. Twenty years of transition in Eastern Europe. Eds. Moskalewicz J. and Osterberg E. Juvenes Print. – 2016. – P. 18–50.
9. Nemtsov A.V., Razvodovsky Y.E. Russian alcohol policy in false mirror. //Alcohol & Alcoholism. 2016. N4. P. 21.
10. Razvodovsky Y.E. Alcohol affordability and epidemiology of alcoholism in Belarus. // Alcoholism. 2013. Vol. 49, № 1. P. 29–35.
11. Razvodovsky Y.E. Was the mortality decline in Russia attributable to alcohol control policy? // Journal of Sociolomics. 2014. Vol.3, N 2. P. 1–2.
12. Razvodovsky Y.E. Affordability of alcohol and alcohol-related problems in Belarus. In: Changes in alcohol affordability and availability. Twenty years of transition in Eastern Europe. Eds. Moskalewicz J. and Osterberg E. Juvenes Print. – 2016. – P. 51 –63.
13. Razvodovsky YE. Affordability of alcohol and alcohol-related mortality in Belarus. // Adicciones. 2013. Vol.25, N2. P. 156–162.
14. Wagenaar A.C., Salois M.J., Komro K.A. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. // Addiction. 2009. Vol. 104. P. 179–190.

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

Слово о соратнике

К 85-летию Бориса Ивановича Исакова (14.11.1934 - 25.09.2016 гг.)

14 ноября 2019 года исполнилось 85 лет со дня рождения Б.И. Исакова, крупного советского и российского учёного с мировой известностью - экономист-математик, статистик, демограф, имеющий серьёзные научные публикации также в области химической физики, философии, политологии, экологии, богословия.



Борис Иванович Исаков окончил МФТИ (Московский физико-технический институт, первый выпуск 1957 г.), работал в ИХФ (Институте химической физики) АН СССР, ИЭ (Институте экономики) АН СССР, ЦЭМИ (Центральном экономико-математическом институте) АН СССР, директором ЦПТБ АСУмедпром, зав. каф. статистики МИНХ (Московского института народного хозяйства, ныне РЭА – Российской экономической академии) им. Г.В. Плеханова (1974-1999гг.), с 1999 г. – профессор кафедры статистики РЭА им. Г.В. Плеханова.

Б.И. Исаков был с начала 80-х годов 20-го столетия активным участником трезвеннического движения Москвы, СССР и России. Является почётным членом (членский билет № 6) Межрегиональной общественной организации по пропаганде здорового образа жизни «Союз борьбы за народную трезвость» (МОО «СБНТ»), был Вице-президентом Международной академии трезвости (МАТр). Создал статистическую теорию процесса алкоголизации населения, разработал объективные количественные оценки алкогольной ситуации в СССР. Работы, публикации и публичные выступления по алкогольной проблеме выдвинули его в число признанных и ведущих лидеров трезвеннического движения в стране.

Выступления московских трезвеннических сил во главе с Б.И. Исаковым, а также новосибирских трезвенников в 80-х гг., сорвали уже подготовленное к тому времени антирусскими силами громкое политическое дело против академика Углова, как антисоветчика и диссидента, с возможным усилением его общественной изоляции.

В середине 80-х годов Б.И. Исаков с московскими соратниками-трезвенниками на базе кафедры статистики МИНХ им. Г.В. Плеханова создал и был ведущим постоянно действующего, в течение нескольких лет, методического семинара, на котором выступали

ведущие учёные из различных отраслей науки и техники страны по проблемам алкоголизации страны, путей достижения формирования трезвости основных слоёв населения, особенно молодёжи. Семинар имел большой общественный и политический резонанс в СССР.

В 1992 по инициативе доктора экономических наук Бориса Ивановича Исакова и доктора химических наук Степана Ивановича Жданова была создана Международная славянская академия (МСА), президентом которой он был с 1992 по 2016 год. Как Президент МСА Исаков Б.И. в своём докладе на заседании экономического отдела Госдумы в 1994 г. сказал: «Проблема алкогольного геноцида и спаивания генофонда русского народа стала решающей для выживания России и всего славянского мира. Значительная часть нашей интеллигенции... многие наши депутаты, учёные, политики... катастрофически недооценивают, а некоторые даже не понимают трагичности алкогольной проблемы».

По оценкам Исакова, усиленная алкоголизация Москвы, Ленинграда (С.-Петербурга), городов и сёл страны по человеческим потерям эквивалентна десяткам атомных бомбёжек, таких, как в Хиросиме в 1945 году. На страну ежегодно обрушивается до 15—20 алко-Хиросим, наиболее масштабные алкобомбёжки против своего населения ведут руководство Москвы и Ленинграда (С.-Петербурга). Опубликование этих данных вызвало яростную травлю и репрессии против учёного, патриота, боровшегося против спаивания народов страны в столице, городах и сёлах.

Доктор экономических наук, профессор. Автор около 350 работ, в т.ч. около 30 монографий, учебных пособий и брошюр. Под его научным руководством (или при его научном консультировании) защитилось 80 кандидатов наук и докторов (65 к.э.н. и 15 д.э.н.). Им создана отечественная научная школа в области статистики, демографии и экономико-математических методов.

«Б.И. Исаков и его соратники разработали и провели компьютерные прогнозные расчёты по демографическому развитию России и других славянских стран в XXI в., исследованы причины депопуляции (вымирания) в России. Показана гибельность для России смертоносных наркотизации и алкоголизации, падения нравов, преступности, ослабления семей дана количественная оценка влияния этих факторов на вымирание народов России. Разработана концепция непрерывного народного образования как необходимого условия выживаемости русского и других народов России. Оценены масштабы информационно-образовательного геноцида» (https://vk.com/topic-32482446_33046538).

Документальное видео «Уравнение судьбы». Борис Иванович Исаков.

https://www.youtube.com/watch?v=73uNaaeqI1I&feature=emb_logo

На видео 2014 года в связи с 80-летием вручение Борису Ивановичу Исакову юбилейной медали МАТр «100 лет сухому закону России». Вручение и поздравление провёл председатель МОО «СБНТ», председатель Высшего совета «Евразийской ассоциации здоровья» Карпачёв А.А.

https://vk.com/rodtr77?z=video72528_170673063%2Fbf4c23c81fe608d836%2Fpl_wall_-58483070

Автор подборки **Карпачёва Е.И.**

Трезвенническое движение спасет умирающую деревню

26 декабря 2019 г. председатель партии Справедливая Россия, руководитель фракции «СР» в Госдуме Сергей Миронов выступил на Государственном совете, посвященном аграрной политике государства. В ходе своего выступления он рассказал о тяжелой социально-демографической ситуации в современной деревне, виной которой, в значительной степени, стала алкоголизация сельского населения. Выход из сложившейся ситуации депутат видит в развитии трезвеннического движения. В частности, он сказал «Хочу упомянуть о современном, подлинно народном движении, может быть, неожиданным для нашей страны, но тем более приятно. Речь идет о «территориях трезвости». По данным Министерства здравоохранения, в России около тысячи деревень уже приняли решение о том, что их населенные пункты являются зоной трезвости. Люди проводят сходы, принимают такое решение, а потом обращаются к региональным и муниципальным властям с тем, чтобы на территории этих населенных пунктов была запрещена торговля алкоголем. Успешно борется за трезвость тувинская региональная общественная организация «Сыны народа за трезвость». Их проект «Школа трезвости» получил поддержку Фонда президентских грантов. Важно, что трезвый образ жизни существенно повышает уровень и качество жизни, прочность семейных связей, уважение к традициям. Трезвость, что характерно, начинает ассоциироваться с успехом. Трезвые территории должны получить преимущество в конкурсном распределении инвестиций по госпрограмме «Комплексное развитие сельских территорий». Трезвым можно доверять высокие технологии, в частности, те же солнечные батареи, потому что с ними ничего не будет, как мы понимаем. Необходимо, конечно, выделять гранты. И самое главное, ни в коем случае не нужно тиражировать или пытаться тиражировать этот опыт сверху, а нужно анализировать запрос на местах и идти им навстречу».

Разводовский Ю.Е., Маюров А.Н.

Трезвый Космос

Читатели книги Доржа Бату «Франческа - повелительница траекторий», вышедшей в Издательстве Старого Льва в 2019 году, уже на 13-й странице узнают, что, по мнению главной героини, «нормальный человек должен за день выпивать два литра вина» (Перевод с украинского мой - Ю.С.). Далее, однако, выясняется, что «оператор коррекции траекторий Центра управления полётами Национального управления по авиации и исследованиям космического пространства США» алкоголь переносит плохо. Тем не менее, иногда «злоупотребляет». «А если бы она была в космосе, то была бы осторожнее, поскольку в космосе дела с алкоголем обстоят плохо...». «Вообще, алкоголь на МКС официально и строго запрещён». По правилам техники безопасности. «Дело в том, что алкоголь и другие летучие вещества в условиях невесомости очень быстро испаряются. Попадание паров алкоголя в систему регенерации воды или кислорода потенциально опасно и может вызвать взрыв системы...».

«НАСА запрещает употребление алкоголя за 12 часов до старта. Крепкий алкоголь - за 24 часа».

Юрий Спиридонов, Киев

Ответ на реплику Александра Николаевича Маюрова по поводу моего письма "Райская жизнь в тяжёлые времена" («Собриология» № 3 за 2019 год)

Безусловно, «такие алкогольные безобразия» я не приветствую. Но ведь правильно сказал Евгений Боратынский: борьба с любым злом включает в себя и пропаганду этого зла. Вот я и решил, что мастерское описание Сергием Кулидой «безобразий» представляет интерес для учёных Международной академии трезвости, всех пропагандистов ЗОЖ. В том-то и беда, что безобразия в алкоголизированном обществе, каковым продолжает оставаться и американское, хотя в США и приняты жёсткие ограничения на торговлю растворами самого знаменитого химического соединения, для многих выглядят очень привлекательно. Вот и знаменитый бар, в котором «поднимали стакан виски» за Эрнеста Хэмингуэя, продолжает работать, привлекать к себе внимание. Э. Хемингуэй был, кроме прочего, мастером алкогольного оживляжа. Популярность и успешность этого литературного приёма отражает преклонение перед алкоголем в алкоголизированном обществе. Об этом писали Лев Толстой и Ханс Фекьяер. Здесь только скажу, что очерк Сергея Коляды прекрасно подтверждает: алкоголь ещё долго будет оставаться для многих и многих людей символом веселья и общности. Для того, чтобы безобразия воспринимались как безобразия хотя бы простым большинством граждан алкоголизированных стран, предстоит проделать большую работу. В частности - по подготовке трезвых литераторов и журналистов. Этому, надеюсь, поспособствует и наметившееся информационное партнёрство между газетой «Літературна Україна» и журналом «Собриология». А в более широком плане - между трезвенническими и «обычными» информационными ресурсами.

Юрий Спиридонов, Киев

Откупа - грабёж...

Осенью минувшего года исполнилось 130 лет со дня смерти Николая Гавриловича Чернышевского. В его самом известном художественном произведении - романе «Что делать?» - вино, как и табак, занимает весьма почётное место как в повседневной жизни «новых» и «старых» людей, так и в мечтах «новых», т.е. революционеров, о будущей жизни в совершенном обществе. Но есть в романе и то, что можно с натяжкой отнести к антиалкогольным мотивам. «Полозов шёл и шёл в гору, имел бы уж и не три-четыре миллиона, а десяток, если бы занялся откупами, но он имел к ним отвращение...» И далее, уже от лица Василия Полозова: «...грабежом не хочу богатеть». Такая принципиальность, не одобряемая и автором романа, привела предпринимателя к разорению.

Юрий Спиридонов, Киев

Не стало академика Альфонсаса Чекаускаса

29 сентября 2019 года перестало биться сердце нашего друга и соратника по борьбе за трезвость, настоящего борца за правое дело трезвости в Литве, академика Международной академии трезвости, члена редакционного совета Международного журнала «Собриология» Альфонсаса Чекаускаса.

Казалось, что он был совершенно не уставаем, всегда двигался вперед со своими идеями и делами. Мы с ним планировали его приезд 6-16 октября 2019 года в Сочи на Международный форум трезвости и, вот пришло печальное известие. Многие планы рухнули... Учитывая опыт проведения в 2008 году в Литве Года трезвости, решили объявить 2022 год Всемирным годом трезвости. Намеревались всецело учесть успехи и недостатки литовского общества в борьбе за всеобщую трезвость в период проведения Года трезвости в Литовской Республике. Альфонсас готовил соответствующий доклад на Международный форум в Сочи. Не суждено...

Но мы в Сочи сделали главное – объявили официально 2022 год – Всемирным годом трезвости. Вышли с этим предложением на руководство ООН, ЮНЕСКО, ВОЗ, Интерпол и другие всемирные и международные организации с вопросом о подготовке и проведении такого года. Дело Альфонсаса Чекаускаса живет!

Академик Александр Маюров



Чекаускас Альфонсас (11 марта 1937 года – 29 сентября 2019 года) – литовский педагог, общественный деятель, лидер трезвеннического движения Литовской Республики, академик Международной академии трезвости.

В 1966 году закончил Вильнюсский университет. В 1964–1974 годы работал учителем, в 1971–1974 год – был директором Вильнюсской 13-й средней школы, в 1975–1985 годах работал в Республиканском профсоюзе работников культуры. С 1985 года работал первым заместителем, председателем Литовского республиканского совета Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость. Начиная с 1994 года являлся председателем Республиканского общества трезвости «Потомки балтов». С 2002 года являлся председателем совета учредителей и президентом Национальной организации по профилактике вредных привычек в Литве. В 90-е годы XX века и два первых

десятилетия XXI века активно сотрудничал с Международной организацией добрых храмовников (IOGT), Европейской ассоциацией прав защиты некурящих (EUN), Ассоциацией Северных стран за трезвость. В 2002 году основал братство трезвости коренных литовцев «Родник», где был избран президентом. Певец, солист и тенор с 1962 года. Издал два компакт-диска: «Поёт Альфонсас Чекаускас» и «Где-то родник». А. Чекаускас – автор ряда книг: XXI век и выживание народа без опасностей, 2001 год; Наш край, 2010 год; Ключ в жизнь, 2015 год. Похоронен в Вильнюсе на кладбище Иерусалима.

КАЛЕНДАРЬ ТРЕЗВЕННИКА

(октябрь-декабрь 2019 года)

Октябрь

2 октября – День чайного застолья в России.



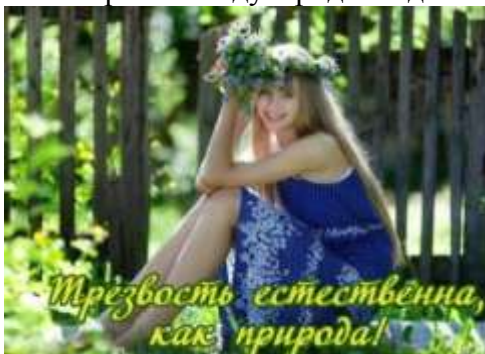
Замечательная вышивка «Послеполуденный чай» по картине известной художницы Сандры Кук.

3 октября – Всемирный день трезвости (установлен в память лидера Мирового трезвеннического движения Джона Финча).



115 лет со дня рождения (5 октября 1904 года - 22 июня 2008 года) Углова Федора Григорьевича, доктора медицинских наук, профессора, академика РАМН, выдающегося деятеля Всемирного трезвеннического движения.

6 октября – Международный день юного трезвенника.



120 лет назад (6 октября 1899 года) апостол трезвости Булгаковский Д.Г. сделал доклад в Комиссии по вопросу об алкоголизме на тему: «Роль православного духовенства в борьбе с народным пьянством». («Русское общество охранения народного здоровья». – 1900. - июнь).



Булгаковский Дмитрий Гаврилович (12.09.1843 г.–после 1918 г.).

35 лет со дня рождения (р. 7 октября 1984 года) Бондаренко Виталия Сергеевича, активиста трезвеннического движения Украины.



60 лет назад (9 октября 1959 года) при Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева было создано Отделение лечения больных алкоголизмом.



Современный состав врачей отделения

65 лет со дня рождения (р. 14 октября 1954 года) Годовикова Якова Фроловича, директора Межрегиональной Ассоциации НКО по решению проблемы наркомании и алкоголизма «СЕВЕРО-ЗАПАД», главного редактора газеты «Свободная страна».



60 лет со дня рождения (р. 14 октября 1959 года) Ермошина Андрея Федорович, руководителя Научно-методического центра экологической наркологии и психотерапии в Москве.



190 лет со дня рождения (19 октября 1829 года – 20 декабря 1908 года) Иоанна Кронштадтского (Сергиева Ивана Ильича) – идеолога духовного трезвеннического движения в России.



150 лет со дня рождения (22 октября 1869 года – 23 июня (6 июля) 1919 года) архиепископа Митрофана (Краснопольского Дмитрия Ивановича), активиста трезвеннического движения в России.



35 лет со дня рождения (р. 25 октября 1984 года) Бычкова Леонида Сергеевича, активиста трезвеннического движения Самарской области.



200 лет со дня рождения (октябрь 1819 года - 4 декабря 1882 года) Кабанова Илариона Георгиевича (псевдоним Ксенос - греч. Странник), русского писателя, апологета Древлеправославной церкви Христовой, активного проповедника трезвения.



Ноябрь

110 лет назад (1 ноября 1909 года) в России было создано церковное Цидвинское общество трезвости (Пермская губ. Чердынский уезд. с. Цидва Вильгортской вол.).

110 лет назад (1 ноября 1909 года) в России было создано Общество трезвости при Чирецкой церкви (Новгородская губ.).

110 лет назад (1 ноября 1909 года) в России было открыто Общество трезвости при Бизяевской церкви (Белозерский уезд Новгородской губ.).

135 лет со дня рождения (9 ноября 1884 года — 22 октября (4 ноября) 1962 года) Нестора (Анисимова Николая Николаевича), митрополита Кировоградского и Николаевского, церковного и общественного деятеля, духовного писателя, активного участника право-монархического и трезвенного движений.



45 лет со дня рождения (р. 9 ноября 1974 года) Березанской Виктории Анатольевны, активистки трезвеннического движения в Украине.



85 лет со дня рождения (р. 12 ноября 1934 года) Шевердина Станислава Николаевича, советского журналиста, бывшего главного редактора журнала «Трезвость и культура» (1985-1990 годы).



85 лет со дня рождения (14 ноября 1934 года - 25 сентября 2016 года) Исакова Бориса Ивановича, доктора экономических наук, профессора, академика, первого президента Международной Славянской Академии, бывшего вице-президента Международной академии трезвости.



21 ноября – Международный день отказа от курения.



65 лет со дня рождения (р. 21 ноября 1954 года) Кузьминой Валентины Михайловны, профессора Международной академии трезвости.



70 лет со дня рождения (р. 27 ноября 1949 года) Брицова Александра Денисовича, активиста трезвеннического движения в Татарстане.



Декабрь

115 лет назад (декабрь 1904 года) в Риге под руководством Августа Домбровского было построено первое здание трезвеннического общества «Зиемельблазма» («Северное сияние»).



85 лет со дня рождения (р. 5 декабря 1934 года) Корецкого Игоря Яковлевича, активиста трезвеннического движения в Крыму.



110 лет со дня рождения (7 декабря 1909 года — 26 февраля 2010 года) Королёва Бориса Алексеевича, советского и российского кардиохирурга, члена Президиума Оргкомитета по созданию Российского общества трезвости (июнь 1968 год).



120 лет назад (8 декабря 1899 года) доктор А.М. Коровин прочитал доклад в российской Комиссии по вопросу об алкоголизме по теме: «Движение трезвости в России».

60 лет со дня рождения (15 декабря 1959 года - 26 июля 2004 года) Савченко Галины Александровны, активистки трезвеннического движения Хакасии.



85 лет со дня рождения (р. 18 декабря 1934 года) Воынова Бориса Валентиновича, лётчика-космонавта СССР, дважды Героя Советского Союза, члена Центрального совета Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость (1985 – 1990).



100 лет назад (19 декабря 1919 года) вышел в свет декрет Совнаркома РСФСР «О воспрещении на территории РСФСР изготовления и продажи спирта и не относящихся к напиткам спиртосодержащих веществ», в определенной мере подтверждавший закон трезвости до начала января 1920, когда были опубликованы изменения к декрету и разрешено в России производство 12 градусного вина. (Багдасарян В.Э., Орлов И.Б. Питейная политика и «пьяная культура» в России: век XX-й. - М.: Изд-во МГОУ, 2005. с. 96-130.

50 лет со дня рождения (р. 19 декабря 1969 года) Муфарахова Вадима Салаватовича, доцента Международной академии трезвости, члена Координационного совета Союза борьбы за народную трезвость, сопредседателя Республиканского общественного движения «Трезвый Башкортостан».



75 лет со дня рождения (р. 21 декабря 1944 года) Январского Николая Владимировича, профессора, лидера трезвеннического движения в России.



125 лет назад (22 декабря 1894 года) Министерство финансов во главе с С.Ю. Витте обратилось к интеллигенции Российской Империи с призывом объединиться для борьбы с главным народным бедствием — пьянством.

80 лет со дня рождения (р. 22 декабря 1939 года) Бокерия Лео Антоновича, председателя Комиссии Общественной палаты РФ по формированию здорового образа жизни; президента Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», директора Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева РАМН, сопредседатель Церковно-общественного совета по защите от алкогольной угрозы.



75 лет со дня рождения (23 декабря 1944 года - 16 февраля 2010 года) Васильевой Маргариты Владимировны, ответственного секретаря Союза борьбы за народную трезвость, члена Экспертного совета Госдумы РФ.

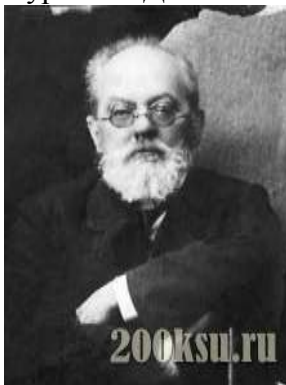


М.В. Васильева сидит справа от академика Ф.Г. Углова

70 лет со дня рождения (р. 24 декабря 1949 года) Пострелко Валентина Михайловича, доктора медицинских наук, профессора, заведующего дневным стационаром Украинского общества «Трезвости и здоровья».



160 лет со дня рождения (25 декабря 1859 года — 31 июля 1931 года) Будде Евгения Фёдоровича, профессора Восточно-педагогического института Казанского государственного университета, филолога-слависта, языковеда, активного публициста трезвеннического журнала «Деятель».



45 лет со дня рождения (р. 28 декабря 1974 года) Болянгова Павла (Айвенго), чемпиона Мира по рукопашному бою среди профессионалов по версии WorldUltimedFullContact (WUFC), чемпиона Мира по панкратиону среди профессионалов, обладателя Кубка Мира по панкратиону среди профессионалов, актера, поэта, композитора, активиста трезвеннического движения России.



60 лет со дня рождения (р. 29 декабря 1959 года) Люлько Александра Николаевича, члена Политического совета партии Родина, активиста трезвеннического движения в Новосибирской области.



ВСЕМИРНАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ТРЕЗВОСТИ

«Бехтерев» - региональный лечебно-диагностический медицинский центр в Москве. Одно из лучших лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля на Северо-западе, специализирующееся на оказании наркологической помощи. Лечебный процесс центра базируется на принципах рационального использования современных технологий, максимального учета индивидуальных особенностей зависимых, уважения их прав и достоинств. Свою историю он ведет с начала 90-х гг. 20 в. Первоначально ориентированный на амбулаторное избавление наркологических страдающих, он превратился в современную наркологическую клинику, располагающую амбулаторной службой, реабилитационным отделением, подразделениями по профилактике наркомании среди подростков.

Региональный лечебно-диагностический центр Б., функционирующий в Москве, проводит эффективные методики по лечению табакокурения, которые были разработаны лучшими врачами-психологами. Естественно, что самостоятельный отказ от курения возможен, но далеко не каждый человек обладает столь высокой силой воли, чтобы полностью избавиться себя и свой организм от этого ядовитого влияния. Никотин, как правило, вызывает привыкание, зависимость, которая со временем постоянно растет, и люди начинают курить больше и чаще. Это все приводит к поражениям органов дыхательных путей, импотенции, раковым заболеваниям легких и мн. др. опасным последствиям. Некоторые люди способны бороться с никотиновой зависимостью самостоятельно и у многих это хорошо получается, но другие так и продолжают курить, ежедневно подвергая свой организм опасности и все быстрее приближаясь к болезненной яме. Избавиться от этой зависимости не так то и просто, как кажется основной массе заядлых курильщиков, которые каждый день, когда подкуривают очередную сигарету, сами себя успокаивают фразой: «Я могу бросить в любую секунду...», но только наступает эта самая «секунда», как они понимают, что зависимость табакокурения гораздо сильнее, чем их сила воли.

Курсы избавления в региональном лечебно-диагностическом центре Б. назначаются с учетом остроты и проявления зависимости. Для некоторых это будет просто проведение нескольких консультаций и обследований, для кого-то неполный курс избавления, включающий в себя прохождение программы «отказ от курения», для других же, самых заядлых курильщиков, единственным, но самым эффективным методом избавления будет микрочиповое программирование от курения. Этот способ избавления заключается в установке специальных микрочипов в определенные точки ушной раковины, которые являются центрами никотиновой зависимости. Таким образом, эти микрочипы способны длительное время гасить желание организма к получению дозы никотина, которое со временем и вовсе пропадает. Такие способы избавления проходят полностью безболезненно, без нарушений психики и здоровья организма пациента в целом.

Лит.: <http://www.behtere.com/>

Бехтерева методика самовнушения [Бехтерев В.М., 1890] - вариант метода самовнушения, заключающийся в том, что при недостаточном действии самовнушения психотерапевт усиливает его, "обучая" страдающего самовнушению в гипнотическом состоянии. Погруженный в гипнотическое состояние зависимый от своего имени повторяет за врачом формулу самовнушения. Эффективность самовнушения усиливается тем, что психотерапевт эмоционально заряжает формулу самовнушения, а также в связи с сочетанием с воспоминаниями страдающего о врачебном внушении. Включается в комплексе психотерапевтических мероприятий при избавлении от алкоголизма [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

Лит.: <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/behtereva-metodika-samovnusheniya>

Бехтерева постэнцефалические симптомы [Бехтерев В.М., 1926]. 1. Тахифемия - прогрессирующее ускорение темпа речи при остающейся неизменной монотонности голоса. 2. Тахибазия - прогрессирующее ускорение движений при ходьбе. 3. Пароксизмальное топтание на месте, многократное переступание с ноги на ногу. Отмечаются на фоне паркинсонизма, амимии и объясняются поражением экстрапирамидных путей.

Лит.: <http://spinet.ru/public/60.php>

Бехтерева психотерапевтическая триада [Бехтерев В.М., 1928] - метод психотерапевтического лечения алкоголизма, включающий в себя: 1) коллективные психотерапевтические беседы, во время которых осуществляется воздействие на страдающих, перевоспитание их при помощи убеждения, разъяснения и т.д.; 2) коллективные сеансы гипноза; 3) коллективное обучение самовнушению (самоутверждению). Во время гипноза внушение сочетается с убеждением (мотивированное внушение). Психотерапия, по В.М. Бехтереву, сочетается с назначением общеукрепляющих, тонизирующих, сердечных и успокаивающих средств. Б.п.т. используется в комплексном излечении от алкоголизма целиком или отдельными своими элементами [Николаева И.И., 1941; Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965; Виш И.М., 1969].

Лит.: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_psychotherapeutic/

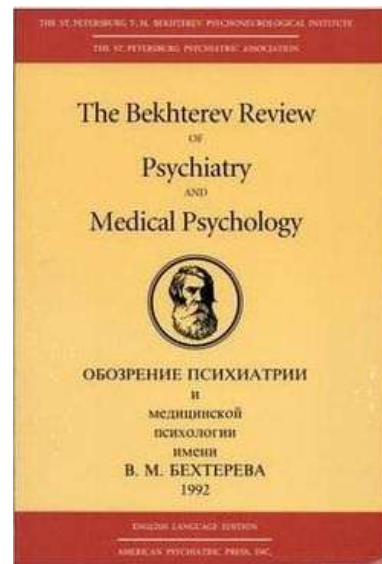
Бехтерева фобические симптомы - 1. "навязчивая улыбка" - навязчивый страх некстати улыбнуться, что, как опасается страдающий, может привлечь к нему внимание и вызвать неприязненное отношение со стороны окружающих, у которых может создаться о нем превратное впечатление. Наблюдается у лиц застенчивых [1899]. 2. Непереносимость или боязнь чужого взгляда [1900]. Страдающие совершенно не переносят обращенного на них взгляда; почувствовав его, приходят в волнение. Такое состояние может быть связано с одним лишь предположением, что кто-то на них посмотрел или посмотрит. Опасение, что пристальный взгляд обнаружит "плохие" мысли зависимого, что его поведение (беспокойство, волнение, отворачивание) может послужить поводом для подозрения в чем-то нехорошем. Боязнь чужого взгляда описывалась почти в одно и то же время Гартенбергом [Hartenberg P., 1904] и С.А. Сухановым [1905], подчеркивавшими большую роль в ее генезе черт тревожно-мнительного характера страдающего и отмечавшими свойственное этим зависимым стремление к уединению, изоляции от общества, выработке защитных приёмов. Некоторыми исследователями этот симптом рассматривается как проявление дисморфофобий. Бёкера текст [Bocker F., 1961]. Психологическая методика, шкала для определения тяжести переходных синдромов Вика. Состоит из 13 субтестов: например, чтение 5 однозначных чисел; расположение в соответствии с величиной одно-, дву- и трехзначных чисел; расположение в алфавитном порядке заданных слогов; название предметов; нахождение недостающих деталей в картинках и т.д. Производится количественная оценка ответов страдающего, при этом учитывается и время, затраченное на выполнение заданий. По результатам состояние пациента квалифицируется как легкий, средний или тяжелый переходной синдром, обнубияция, выключение сознания. Бёниша текст [Bonisch, 1939]. Один из проективных тестов. Пациенту предлагают закончить рассказ. Чаще употребляется при психологическом исследовании детей. Бёрессона-Форсмана-Лемана синдром [Bojesson M., Forssman H., Lehman O., 1961]; Наследственная форма слабоумия с ожирением. Психика характеризуется умственным недоразвитием степени идиотии и наличием эпилептиформных припадков, агрессивными тенденциями, аффективными вспышками. Соматически - малый или карликовый рост, genu valgum, гипотиреоз, диспластические черты в строении лица и черепа (башенный череп, узкие глазные щели, кожа и подкожная основа в области лба и щек отечны, ушные раковины увеличены). Ожирение равномерное, несколько больше выраженное в области молочных желез. Гипогенитализм. Чаще болеют мужчины. Заболевание наследственное, тип наследования

рецессивный, сцепленный с полом.

Лит.: Психологическая энциклопедия.

«Бехтеревский обзор психиатрии и медицинской психологии» («The Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology») - российский рецензируемый медицинский журнал, содержащий оригинальные исследования, систематические обзоры и т.д. относится к областям психиатрии, медицинской психологии и психотерапии.

В 1896 году великий русский невропатолог Владимир Бехтерев создал новый российский журнал под названием "Обзор психиатрии и медицинской психологии". Он был назван в его честь в 1927 году. Но после его смерти журнал перестал публиковаться. В 1990 году Государственный комитет СССР по издательской деятельности принял решение о восстановлении журнала. В дальнейшем в состав Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации был включен «Бехтеревский обзор психиатрии и медицинской психологии» в списке ведущих журналов и публикаций. Многие выпуски теперь доступны онлайн через веб-сайт Media Medica (consilium-medicum.com), полные тексты докладов представлены с резюме на русском и английском языках. В настоящее время главным редактором является Юрий Попов, но представленные статьи расположены в трех секциях с конкретными редакторами в соответствии с темой материала: «Медицинская психология», редактор Людвиг Вассерман; «Психиатрия», редактор Александр Коцубинский; «Психотерапия и профилактика», редактор Борис Карвасарский. Председателем редколлегии является Николай Григорьевич Незнанов, директор Научно-исследовательского института имени Б.Н. Бехтерева, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии. Координатором является Виктор Макаров, профессор, доктор медицинских наук, один из бывших президентов Европейской ассоциации психотерапии.



Адрес: <http://www.bekhterev.ru/index.php?cid=536&crt=42,43>

А.Н. Маюров

Бецкой Иван Иванович (3 (14) февр. 1704 — 31 авг. (11 сент.) 1795) – российский общественный деятель, педагог, активный сторонник трезвого образа жизни.



Б - побочный сын генерал-фельдмаршала князя Ивана Юрьевича Трубецкого, сокращенную фамилию которого впоследствии получил, и, вероятно, баронессы Вреде. Родился в Стокгольме, где отец его был в плену, и там же прожил детские годы. Получив сначала под руководством отца "преизрядное учение", Б. был послан для дальнейшего образования в Копенгаген, в местный кадетский корпус; затем недолго служил в датском

кавалерийском полку, во время учения был сброшен лошадью и сильно помят, что, по-видимому, и принудило его отказаться от военной службы. Он долго путешествовал по Европе, а 1722 - 1726 гг. провел "для науки" в Париже, где, вместе с тем, состоял секретарем при русском поселе и был представлен герцогине Иоанне Елизавете Ангальт-Цербстской (матери Екатерины II), которая и в то время, и впоследствии относилась к нему очень милостиво. В России Б. сначала состоял флигель-адъютантом при отце в Киеве и в Москве, а в 1729 определился на службу в коллегию иностранных дел, от которой нередко был посылаем в качестве кабинет-курьера в Берлин, Вену и Париж. Благодаря отцу и единокровной сестре Анастасии Ивановне, жене принца Людвига Гессен-Гамбургского, Б. стал близок ко двору Елизаветы Петровны. Роль его в перевороте в ночь с 24 на 25 нояб. 1741, возведшем на престол Елизавету, раньше считалась значительной, но исследованиями П.М. Майкова установлено, что он совсем не принимал участия в этом деле. Вследствие происков канцлера Бестужева Б. был принужден (1747) выйти в отставку. Он выехал за границу и по дороге туда старался, по собственным его словам, "ничего не пропустить из пространной живой книги природы и всего виденного, выразительнее всяких книг научающей почерпнуть все важные сведения к большому образованию сердца и ума". За границей Б. прожил 15 лет, преимущественно в Париже, где посещал светские салоны, свел знакомство с энциклопедистами и путем бесед и чтения усвоил себе модные тогда идеи. Петр III в нач. 1762 вызвал Б. в Петербург и назначил главным директором канцелярии строений и домов его величества. В перевороте 28 июня 1762 Б. не принимал участия и о приготовлениях к нему, по-видимому, ничего не знал; может быть, потому, что всегда равнодушно относился к политике в собственном смысле. Екатерина, зная Б. с самого приезда своего в Россию, приблизила его к себе, оценила его образованность, изящный вкус, его тяготение к рационализму, на котором и сама воспиталась. В дела государственные Б. не вмешивался и влияния на них не имел; он отмежевал себе особую область - воспитательную. Указом 3 марта 1763 на него было возложено управление Академией Художеств, при которой он устроил воспитательное училище, а 1 сент. того же года был обнародован манифест об учреждении московского воспитательного дома по плану, составленному, согласно одним данным, самим Б., согласно другим - профессором Московского университета А.А. Барсовым, по указаниям Б. По мысли Б., в Петербурге было открыто "воспитательное общество благородных девиц" (впоследствии Смольный институт), вверенное его главному попечению и руководству. В 1765 он был назначен шефом сухопутного шляхетного кадетского корпуса, для которого составил устав на новых началах. В 1773, по плану Б. и на средства Прокопия Демидова, было учреждено Воспитательное коммерческое училище для купеческих детей. Вверив Б. руководство всеми учебными и воспитательными заведениями, Екатерина одарила его большими богатствами, значительную долю которых он отдавал на дела благотворительности и особенно на развитие воспитательных учреждений. По образцу московского Б. открыл воспитательный дом и в Петербурге, а при нем учредил вдовью и сохранную казны, в основу которых легли сделанные им щедрые пожертвования. В 1778 Сенат в торжественном заседании поднес Б. выбитую в его честь большую золотую медаль (беспримечательный случай), с надписью: "За любовь к отечеству". В качестве директора канцелярии строений Б. много способствовал украшению Петербурга казенными постройками и сооружениями; самыми крупными памятниками этой стороны его деятельности остались монумент Петру Великому (Фальконета), гранитная набережная Невы и каналов, и решетка Летнего сада. К концу жизни Б. Екатерина охладела к нему, лишила его звания своего чтеца. Из ее выражения: "Бецкой присвоивает себе к славе государской" можно думать, что причина охлаждения коренилась в уверенности императрицы, что Б. единственно себе приписывает заслугу воспитательной реформы, между тем как Екатерина и сама претендовала на значительную роль в этом деле. Б. скончался в Петербурге и погребен в Александро-Невской лавре. Державин почтил его память одой, в которой, перечисляя его заслуги, говорил: "Луч милости

был, Бецкой, ты". Эти слова высечены и на надгробном его памятнике. Основные начала предпринятой Б. воспитательной реформы изложены им в докладе: "Генеральное учреждение о воспитании юношества обоюга пола", утвержденном императрицей 12 марта 1764. Ни в этом документе, ни в других однородных с ним актах (уставы шляхетского корпуса и воспитательных домов) Б. не обнаруживает самостоятельного идейного творчества. В "Генеральном учреждении" - общими афористическими выражениями, а в уставах - по пунктам, в приложении к практическим надобностям, изложены педагогические воззрения западноевропейского рационализма. Творчество Б. состоит лишь в том, что он из далеко не совпадающих воззрений Локка, Руссо и Гельвеция, принимая одно и отбрасывая другое, составил цельную эклектическую систему. В ее основе лежала задача создать новую породу людей. Образ нового человека определенно у Б. нигде не рисуется, но, судя по разбросанным замечаниям, главной его чертой было отсутствие тех отрицательных свойств, которые были характерны для современников. Отдельные положительные штрихи таковы: "Человек, чувствуя себя человеком, ...не должен допускать поступать с собою как с животным"; "чтобы с изящным разумом изящнейшее еще соединялось сердце"; "человек должен познать правила гражданской жизни". Екатерина, бывшая, как и Б., последовательницей просветительной философии, сочувствовала этой грандиозной идее, и "Генеральный план" составлен Б. несомненно после предварительного обсуждения основных его положений совместно с императрицей. Средством достижения "новой породы" является воспитание. Не отрицая значения общего образования, образования ума, Б. центр тяжести переносит на образование сердца, на воспитание трезвости. "Корень всему злу и добру - воспитание", говорит он. "Украшенный или просвещенный науками разум не делает еще доброго и прямого гражданина, но во многих случаях паче во вред бывает, если кто от самых нежных юности своей лет воспитан не в добродетелях". Согласно с Руссо, Б. признает, что человек от природы не зол, а добр, и душа ребенка подобна воску, на котором можно писать что угодно. Б. предлагает воспитательным учреждениям писать на ней доброе: "Утверждать сердце юношей в похвальных склонностях, возбуждать в них охоту к трудолюбию, и чтобы страшились праздности; научить их пристойному поведению, учтивости, соболезнованию о бедных, несчастливых; обучать их домостроительству..., особливо же вкоренять в них... склонность к опрятности и чистоте". Важно образовать в этом направлении сначала первое поколение, "новых отцов и матерей, которые бы детям своим те же прямые и основательные воспитания правила в сердце вселить могли, какие получили они сами, и так следуя из родов в роды, в будущие веки". Образованию отводится тоже значительная роль, но она уступает роли воспитания в выработке характера, и, во всяком случае, предпочтительно образование общее, а не специальное. Приписывая такое могущество воспитанию, которому "даруется новое бытие и производится новый род подданных", Б. возлагал обязанность воспитывать народ на государство: только ему под силу такая задача. Но воспитание не может достигнуть своей цели, если первые воспитываемые поколения не будут совершенно изолированы от смежных с ними старших, погрязших в невежестве, рутине и пороках. Эту мысль, лишь слегка намеченную Руссо ("нет врожденных пороков и злодейств, но дурные примеры их внушают"), Б. развил до крайних пределов. Между старым поколением и новым, по мысли Б., надо создать искусственную преграду, дабы первое, "зверообразное и неистовое в словах и поступках", лишилось возможности оказывать какое-либо влияние на второе. Такой искусственной преградой должны были служить закрытые учебные заведения (интернаты), где, под руководством просвещенных наставников, дети и юноши выдерживались бы до тех пор, пока не окрепнет их сердце и не созреет ум, т. е. до 18 - 20 лет. Подобно Локку, Б. признавал значение физического воспитания и необходимость считаться с темпераментом ребенка, а подобно Руссо "полагал надобность следовать по стопам природы, не превозмогая и не переламывая ее, но способствуя ей". С идеей педагогической Б. сливал и политико-социальное стремление: создать в России образованное третье сословие, "третий чин людей". Он видел, как росло на Западе нравственное, политическое и особенно экономическое

значение этого сословия, и сожалел, что в России только "два чина установлены: дворяне и крестьяне", а купцы, мещане, ремесленники и связанные с этими званиями отрасли государственной жизни значения не имели. "В чужих государствах, - рассуждал Б., - третий чин народа, заведенный уже за несколько веков, продолжается из рода в род: но как здесь [в России] сей чин еще не находится, то мнится, в оном и нужда состоит". "Прямое намерение нового учреждения [Воспитательного дома] - произвести людей способных служить отечеству делами рук своих в различных искусствах и ремеслах". Устройство ряда заведений (воспитательные дома, мещанские училища при шляхетном корпусе и при Академии Художеств), помимо своих прямых и непосредственных задач - воспитывать безродных детей, дать образование детям низших классов, - имело целью именно создание этого "третьего чина людей". Все педагогические планы Б. и уставы созданных им заведений собраны в отдельном издании: "Учреждения и Уставы, касающиеся до воспитания в России обоюбого пола юношества" (СПб., 1774).

Лит.: П.М. Майков. Ив. Ив. Бецкой. Опыт биографии. - СПб., 1904; Лаппо-Данилевский, И.И. Бецкой, рецензия на предыдущую книгу. - СПб., 1904.

«**Беченча**» – опорный центр ЗОЖ в Ленском улусе Саха (Якутии) (руководитель - Попова Тамара Ильинична). Получили статус опорного центра ЗОЖ в 2001. Присвоение статуса опорного центра здорового образа жизни, по мнению главы администрации с. Беченча Поповой Т.И., повысило ответственность каждого жителя за свое здоровье, будущее детей, развитие села, активизировало общественную жизнь наслега. За последние годы в два раза увеличилась посещаемость населением спортивных секций, кружков художественной самодеятельности и творчества, участие в улусных, республиканских и всероссийских мероприятиях, конкурсах, спортивных соревнованиях. Три года подряд команда с. Беченча занимает 1 место в улусных соревнованиях по настольному теннису, в конкурсах «Лучшее семейное подворье», «Семья года», призовые места на республиканских соревнованиях по лыжным гонкам, перетягиванию палки, боксу. Средняя школа стала призером Всероссийских конкурсов «Школа года», «Красивая школа». И статистические данные по демографии, оздоровлению, занятости, образованию и культуре за прошедшие годы имеют положительную динамику. Увеличились: рождаемость, число долгожителей, средняя доходность семей, количество поступающих учащихся в ССУЗы, ВУЗы (с 35 до 53). Снизились: миграция населения, смертность, количество одиноких матерей и отцов (с 18 до 12 семей), потребление пива и др. алкогольных изделий. Все общественные формирования, учреждения культуры, образования, здравоохранения, предприятия и жители с. Беченча активно внедряют в быт здоровый образ жизни. В 2006 с. Беченча еще раз стала обладателем гранта Правительства РС(Я) по поддержке гражданских инициатив здорового образа жизни.

Лит.: <http://www.sakha.gov.ru/node/10296>

Бечи – трезвоегородище-убежище раннего жел. века близ дер. Бечи Житковичского р-на Гомельской обл. Беларуси. Неоднократно обследовалось начиная с 80-х гг. 19 в. Имеет 2 площадки (2,6 и 6,8 га), укрепленные валом (дл. 1410 м, выс. 1,5-2 м, ширина 9-12 л) и рвом. Между площадками также находился вал. Городище почти лишено культурного слоя. На основании единичных находок (лепная керамика, жел. наконечник копья) Б. датируется 7-6 вв. до н. э. – первыми вв. н. э. Его относят к милоградской культуре и раннему этапу зарубинецкой культуры. В неск. км от Б. обнаружен ряд селищ того же времени.

Л.Д. Поболь

Бечусаны, тсвана, чуана – в основном трезвый народ, занимающий территорию в басс. верх. течения р. Лимпопо в Ботсване, пограничных районах ЮАР и Зимбабве. Общая числ. 5 млн. чел. По языку - сетсвана - Б. относятся к юго-вост. группе языковой семьи банту.

Большинство Б. придерживается местных традиц. верований, часть - христиане. В период европ. колонизации лучшие земли Б. на берегах Лимпопо были отобраны и Б. расселены колон. властями по племенным резерватам. Осн. занятие Б.- скотоводство (кр. рог. скот, овцы, козы); земледелие развито лишь в вост. и сев. районах Ботсваны. Значит. часть Б. работает на фермах африканеров и горнорудных предприятиях ЮАР.

Лит.: Потехин И.И. формирование национальной общности южно-африканских банту. - М., 1955; Soga J. H. The southeastern Bantu. - Johannesburg, 1930.



Бешир Мухаммед Омар (р. 1926) - суданский историк, сторонник трезвости. В 1948 окончил факультет гуманитарных наук Хартумского колледжа. Ученые степени получил в университете в Белфасте и в колледже Линкар Оксфордского университета. Был заведующим африканским отделом МИД Судана, затем на научной и общественной работе в Хартумском университете. Основные направления научных исследований – история Судана.

Лит.: <http://demo4.qwer.com.ua/index.php?p=5&kwdid=51&pid=58189>

Бешир Фуат (Beşir Fuat) (1832, Стамбул, — 1886) — тур. писатель, литературовед, сторонник трезвости. Получил мед. образование. Служил в армии военным врачом. Много переводил с франц., англ., нем. языков. Автор первой в истории тур. лит-ры монографии, посвященной В. Гюго (1884—85), книги «Вольтер» (1886—87), сб. «Критика»

(«Intikad», 1886) и др. Б. увлекался идеями позитивизма, физиологич. теорией Э. Золя, к-рую он пропагандировал в своих статьях и лекциях.

Лит.: Dino, Güzin, Tanzimattansonraedebediyattagerçekliğedoğru. - Ankara, 1954; Banarlı Nihat Sami, Resimli Türk edebiyatı tarihi. - Istanbul, 1949.

Бейтлы (Beyatli) Яхья Кемаль (2 дек. 1884, Ускюп, — 1 нояб. 1958) - турецкий поэт, государственный деятель, активный сторонник трезвости.



Жил в Париже (1903—12). Вернувшись в Турцию, работал преподавателем. Неоднократно избирался депутатом меджлиса; был послом Турции в Польше, Испании и др. странах. Писал главным образом в жанре газели. Совершенная по композиции любовная и пейзажная лирика Б. пронизана субъективно-идеалистическим представлением о мире. После смерти Б. было создано Общество любителей Яхьи Кемалья и Музей-институт Яхьи Кемалья.

Соч.: Kendi gök kübberiz, Ankara, 1961; Eski şiirin rüzgâriyle, Ankara, 1962.

Лит.: Алькаева Л. О. Очерки по истории турецкой литературы 1908—1939 гг. - М., 1959; Banarlı N. S., Resimli türk edebiyatı tarihi, 1st., 1949; Kocatürk V. M., Türk edebiyatı tarihi, Ankara, 1964; Ülkü F. Sait, Jahya Kemalın şiirleri ve tenkidler, 1st., 1965.

Х.А. Чорекчян

Бё Тарьей (на русском встречается как Бо - норв. Tarjei Bø) (р. 29 июля 1988, Стрюн, Согн-ог-Фьоране) — норвежский биатлонист, олимпийский чемпион 2010 в эстафете, трёхкратный чемпион мира 2011 в эстафете, смешанной эстафете и индивидуальной гонке, активный сторонник трезвости.

История восхождения нового лидера биатлонного Кубка мира Тарьея Бё, которого уже сейчас называют наследником Бьорндалена: его шутки и эмоции, болезни и депрессии,



прозвища и перепалки со Свенсеном, олимпийский дебют и гениальная скорость в нынешнем сезоне. Январь, 2011. Тарьею Бё – 22. Чуть меньше года назад ему вручали олимпийское золото за эстафету. Сейчас норвежец – лидер Кубка мира, и в этом его лидерстве при желании можно рассмотреть что угодно, кроме мимолетности. Все гораздо серьезнее, однако сам Тарьей неустанно дурачится, хохмит перед камерами, шутит со Свенсеном и над Свенсеном, а после очередного

успешного финиша по-молодецки долбит себя кулаком в грудь: я лучший! И ведь он не так уж далек от правды. К трем годам Бё прочно стоял на лыжах, а к восьми разжился обширным соревновательным опытом. За скорость и оригинальную антропологию его прозвали Пушкой (По созвучию с фамилией: Вø – Vørsa). Декабрь, 2008. Strafferunden выходит с шапкой «Бо вернулся?». Вопросительный знак, надо думать, поставлен из суеверия – чтоб не сглазить замученного болезнями гонца. Морока началась в конце августа 2007-го, когда Тарьей схватил обычную простуду. Со временем, правда, стало понятно, что простуда все-таки не обычная: от Пушки бесперебойно сыпались жалобы на боль в шее, в горле, одышку. Симптомы накатывали волнами, и затишье создавало иллюзию выздоровления: норвежец кое-как тренировался, соревновался и даже умудрялся выглядеть вполне пристойно. Весной, однако, ситуация усугубилась – Б. перенес операцию по удалению миндалин и только потом со скрежетом пошел на поправку. Так возвращаются после тяжелейших травм: тренировки по полчаса, щадящий режим, усиленный контроль над самочувствием. Февраль, 2010. Тарьей, удерживая маску хладнокровия, активно толкается с Мезотичем, Бергманом и Шипулиным на втором этапе олимпийской эстафеты. От норвежца не требуется многого: главное – не потерять контакта с лидерами, дальше старшие разберутся. Бё влетел на «эксчэйндж» первым, а после того как старшие действительно разобрались, стал самым молодым норвежцем, взявшем олимпийское золото биатлона. Сезон 2010—2011 стал для Тарьей самым успешным с карьеры. По состоянию на 12 марта 2011 на его счету 5 личных побед (в том числе и индивидуальная гонка в рамках чемпионата мира), 3 победы в эстафетах (смешанная эстафета чемпионата мира 2010—2011, а также обычная эстафета на тех же соревнованиях), а всего же у Бё 15 попаданий на пьедестал почета (11 личных и 4 командных). Сезон начался на этапе кубка мира в шведском Эстерсунде, где Тарьей во всех трех личных гонках останавливался буквально в шаге от пьедестала почета — 4 место в индивидуальной гонке, 5 в спринте и опять же 4 в преследовании. Следующий этап в австрийском Хохфильцене стал абсолютно «золотым» для норвежца — победы в спринте, преследовании, эстафете и, как следствие — второе место в общем зачете кубка мира с отставанием от лидирующего Эмиля Эгле Свендсена в 11 очков.

Лит.: http://www.norge.ru/boe_tarje/

Бёдоин- буддийский монастырь в городе Удзи, префектура Киото. Известен благодаря храму Хоодо (Феникса) и абсолютной трезвости.

В 998 Фудзивара-но Митинага, один из самых влиятельных и талантливых политиков своего времени, при котором дом Фудзивара фактически стал правящим домом в стране, перестроил загородный дворец в Удзи, где он позже, уйдя на покой, предавался медитации.

Общее настроение той эпохи проникнуто печалью и грустью. С конца X в. среди буддийского духовенства, а потом и среди аристократов стала распространяться идея о скором наступлении века "конца Закона", первый год которого падал на 1052. Спасение было в Будде Амида, он - властитель Чистой земли, рая, давший Великий обет: вести в свою обитель всех людей. Вот почему Ёримити, сын Митинага, стремился окончить постройку такого храма именно к



моменту наступления последней эры. В 1052 он превратил дворец своего отца на берегу реки Удзи в монастырь Б. - "Монастырь равенства", посвященный Будде Амида. Ёримити не случайно назвал построенный им монастырь Б., поскольку буддийские проповедники того времени утверждали, что в деле спасения "все люди равны". Нужно лишь взывать к Будде Амида: "О, Будда Амида!", и тогда возрождение в Чистой земле будет обеспечено. И на первый план в японском буддизме выступило учение Дзёдо (Чистой земли). Культ Дзёдо стал постепенно проникать и в среду аристократов, которые стали воздвигать великолепные храмы в честь Будды Амида. Одним из сохранившихся сооружений этого типа и является Амидадо в монастыре Б., который Ёримити мыслил как храм-мавзолей. Позднее Амидадо стали называть храмом Хоодо - храмом Феникса.

Главная статуя Будды Амида плоскостна и декоративна. Будда сидит в канонической позе, его колени слегка приподняты. В целом образ Будды отличается спокойной сосредоточенностью. Статуя сидящего Будды выполнена строго по принятой модели подобных изображений, но лицо Будды уже другое: перед нами явный японец. Позу изменить было нельзя, но даже это закованное в каноны искусство стало приобретать национальные черты. Сохранилось и имя мастера - это был скульптор Дзётё, сын скульптора Косё, основавшего в Киото мастерскую буддийской скульптуры.

В XI в. в японской архитектуре наблюдается значительный отход от китайского стиля, это находит отражение и в скульптуре. Японские мастера все смелее вступают на путь самостоятельных решений. Придворная культура Хэйан с ее культом красоты и эстетизма, с призывом к духовной утонченности нашла отражение и в архитектуре. В этом можно убедиться на примере храма Хоодо.

Название Хоодо часто переводят как зал или храм Феникса. В представлениях китайцев, а затем и японцев Хоо - фантастическая птица с головой курицы, шеей змеи, клювом ласточки, спиной черепахи и хвостом рыбы; крылья окрашены в пять цветов. Птица Хоо символизирует высшую буддийскую добродетель - беспредельную веру в Будду Амида.

В плане здание имеет форму фантастической птицы Феникс с двумя крыльями и хвостовой галереей. Это была иллюзия небесного дворца. Первоначально дворец был воздвигнут на острове посреди пруда. Вода, полностью окружая здание, выполняла символическую роль - очищала от всего земного.

Идеи и настроения в буддизме XI в. нашли свое отражение в удивительной композиции постройки и окружающей природы, архитектурная форма как бы растворилась в окружающей среде. Храм Феникса представляет собой небольшой прямоугольный деревянный павильон с боковыми крыльями сквозных галерей. Он увенчан высокой, грациозно изогнутой крышей с большим выносом, на концах конька возвышаются позолоченные фигуры фантастической птицы Феникс. Всю тяжесть перекрытий и крыши

принимают на себя парные трехъярусные кронштейны, расположенные на квадратных столбах. Легкий обходной балкон, расположенный между ярусами крыши, скрывается в тени ее низких скатов.

После превращения дворца в буддийский храм, посвященный Будде Амида, было сооружено алтарное возвышение для статуи с великолепным резным балдахином. Сама статуя Будды Амида была обрамлена вырезанным из дерева тонким золоченым нимбом. Стены и створки двери были расписаны: изображалось, как сходит с небес Амида, чтобы принять к себе молящегося подвижника. И художник, Такума Тамэнари, позволил себе отступление от канона - он изобразил горы и воду той местности вокруг селения Удзи, где был расположен храм.

За свою долгую историю храм Феникса часто подвергался разрушениям, но восстанавливался. Храм причислен к государственным сокровищам страны.

Лит.: <http://www.cultline.ru/archiv/b/2827/>

Бёкко Ховард (норв. *Håvard Bøkko*) (р. 2 февр. 1987, Хонефосс, Бускеруд) —



норвежский конькобежец, бронзовый призёр Олимпийских игр 2010 года на дистанции в 1500 метров, многократный призёр чемпионатов мира и Европы, чемпион мира среди юниоров, активный сторонник трезвости.

Б. завоевал свою первую победу на чемпионате мира на 10000 метров 2 дек. 2007 в подмосковной Коломне. У Ховарда есть младшая сестра Хеге (род. 1991), которая также занимается конькобежным спортом. Часто встречается прямая транскрипция с распространённого написания *Håvard Bøkko*, которая

звучит как Хавард Бокко.

Лит.: <http://www.norge.ru/boekko/>

Бёльсков Кристиан (*Bölckow*) (р. 12 февраля 1966 года)- эксперт по вопросам реабилитации и социальной работы, член Международного совета Международной организации добрых храмовников (IOGT) (Гамбург, Германия).



Лит.: <http://iogt.org/about-iogt/meet-us/international-board/>

Бём Рудольф (нем. *Böhm (Boehm), Rudolf Albert Martin*, Нёрдлинген) (19 мая 1844 — Лейпциг, 1926) — фармаколог, токсиколог. Учился на мед. факультетах Мюнхенского университета и Вюрцбургского университета. В 1871 — 1872 гг. — доцент Вюрцбургского университета. Участвовал в Франко-прусской войне. С 1872 по 1881 гг. работал в Дерптском университете на разных должностях (профессор фармакологии, директор Института фармакологии). Читал также лекции по токсикологии. Впервые установил, что мышьяк

оказывает повреждающее действие на кровеносные сосуды. С 1879 по 1881 гг. — директор библиотеки Дерптского университета. В 1881 — 1887 гг. — профессор в Марбургском университете. С 1887 до выхода на пенсию в 1921 — профессор в Лейпцигском университете. Главной областью научного интереса Б. были фармакологические и токсикологические свойства в-в растительного происхождения. Он известен в первую очередь своими исследованиями кураре, а также таких издревле известных ядовитых и лекарственных растений, как щитовник мужской и цикута.

Лит.: Википедия.

Бёргнер (Bergner) Марион (1930 - 1996) – английский психоаналитик. Родилась в семье эмигрантов из России. Доктор наук. Руководитель клинического тренинга Центра Анны Фрейд (Лондон). Окончила гимназию и Лондонский университет. После получения психологического образования прошла тренинг по детской психоаналитической психотерапии в Хэмпстендской клинике (Центре Анны Фрейд), в которой впоследствии проработала более двадцати лет. Занималась исследованием и терапией детей и подростков. В 70-80-х гг. работала в Брентоновском консультативном центре и в отделении психологической медицины клиники «Юниверсити Колледж». В 1976 получила квалификацию психоаналитика в Британском психоаналитическом институте. Обучала и супервизировала студентов и начинающих врачей. Позднее работала с больными СПИДом в Тэвистокской клинике. Провела семинар с членами Русского психоаналитического общества (Москва). Автор и соавтор ряда статей по различным проблемам психоанализа.

В.И. Овчаренко

Бёрджесс Джон Энтони Уилсон (англ. Anthony Burgess, ДжонЭнтониБёрджессУилсон, John Anthony Burgess Wilson) (25 февр. 1917 — 22 нояб. 1993) - английский писатель, неисправимый табачник и пьяница.



Еще псевдонимы - ДжозефКелл (Joseph Kell), ЭнтониПауэл, ЭнтониДжилверн.

Английский писатель и литературовед (занимался литературными исследованиями, особенно творчества Шекспира и Джойса), также занимался сочинением музыки (симфонии, балет и опера), литературным переводом и журналистикой, неисправимый табачник. Б. родился в городе Манчестер, Великобритания, в католической семье музыкантов. Отец Б. был кассиром и играл на фортепиано. Мать Б. умерла от пандемии гриппа когда ему было 2 года. Таким образом, его воспитанием занимались тётка, а потом приёмная мать.

Образование Б. получил в колледже Ксавериян и в университете Манчестера, который закончил в 1940 и там же стал читать курс лекций по истории английского языка и литературы. В ходе Второй мировой войны Б. служил в сухопутных войсках.

В 1942 Б. женился на Луелле Ишервуд Джонс, которая в 1968 умерла от цирроза печени. С 1946 по 1950 гг. Б. занимался преподаванием в университете Бирмингема, работал в министерстве образования и в школе Бэнбари. Дебютный роман Б. был написан в 1949, но издан в 1965. До 1959 Б. изучает теорию музыки и мало уделяет времени писательству. В 1954 он был инспектором по делам образования в Малайзии и Брунее.

В 1959 у тогда ещё учителя Б., после того как он упал в обморок на уроке, была обнаружена опухоль мозга (мозговой тумор) и, по мнению врача, ему осталось жить не больше года. Это событие послужило для Б. толчком к началу писательской деятельности. С тех пор он опубликовал более 50 книг, в том числе наиболее известные «тетралогию Эндерби» и «Заводной апельсин». Б. писал не только под своим именем, но и под различными псевдонимами, которые ему предлагала жена. Однажды Б. написал рецензию для газеты Йоркшир Пост на свой же роман "Внутри мистера Эндерби" (1963) по желанию главного редактора газеты, но дело в том, что роман был написан под псевдонимом Джозеф Келл, которого главный редактор не знал. Б. также использовал псевдоним Мухамед Али, когда отправлял письма в Дэйли Мэйл.

Его самое известное произведение «Заводной апельсин» — которое обрело популярность главным образом после экранизации Стэнли Кубриком, затрагивает темы человеческого бытия: свободную волю и мораль.

Б. владел многими языками: русским, немецким, испанским, итальянским, валлийским, японским и, конечно, родным для него английским. Эти знания пригодились ему в составлении искусственного языка «надсат», которым пользовались герои его книги.

Б. впоследствии не нравилось, когда его рассматривали как автора только одного «Заводного апельсина». Это понятно, если учесть, что спектр его творчества был невероятно широк.

В начале 60-х гг. Б. посетил Советский Союз, много времени проведя в Ленинграде и общаясь со стилистами.

В 1968 Б. женился на итальянской княжне, он участвует в различных ток-шоу, пишет статьи в британские газеты. В 1970-1971 гг. Б. преподавал в Принстонском университете, стал почётным профессором колледжа Сити в городе Нью-Йорк (1972). В 1972 был заведующим литературной частью театра Гатри в Миннеаполисе В 1976 преподавал в нью-йоркском университете в городе Буффало.

Б. умер 22 нояб. 1993 в Лондоне от рака лёгких, в результате курения.

Лит.: Википедия.