

ственно из поликлиники, единых диспансеров и т. п. Последние направляют сюда таких б-ных, которые могут продолжать свою работу, но лишь при условии кратковременного устранения для них отягощающих бытовых условий или обеспечения им необходимого лечения. В профилактическую клинику могут также помещаться б-ные, относительно трудоспособности которых возникает сомнение, длительно болеющие, субфебрильные, язвенные больные, анемичные и т. п.), ибо она обеспечивает возможность проверки последней, не создавая для рабочих искусственных условий клинических функциональных испытаний.

Понятно, что профилактическая клиника по своему бытовому укладу, по своему режиму должна отличаться от стационаров старого типа; она должна иметь в себе все элементы профилактики, т. е. здоровые условия быта, улучшенное питание, диету-терапию, физиотерапию, культурное обслуживание и т. д., ибо в обеспечении улучшенной бытовой обстановки, наряду с необходимыми лечебными мероприятиями, и лежит залог наибольшей эффективности работы профилактической клиники.

Из Кожно-венерической клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани и Центрального венерологического диспансера Татнаркомздрава (директор клиники и старший врач диспансера проф. С. Я. Голосовкер).

К вопросу о проституции в Казани ¹⁾.

А. М. Лейзеровского.

Широкое втягивание женщин в производство, полная ликвидация безработицы поборол и лишили корней одно из наиболее позорных наследий капиталистического строя—проституцию. И не только экономические факторы, но и связанные с ними бытовые и правовые—положение о семье и браке—лишают у нас проституцию почвы, на которой она могла бы развиваться. Поэтому мы в настоящее время при изучении проституции, принимая во внимание и исследуя итоги социально-экономических и санитарно-профилактических мероприятий, вместе с тем изменяем линию нашего поведения в основном подходе к полному оздоровлению этого явления. Наши мероприятия по борьбе с проституцией шли в разных направлениях. Путем особых законодательных положений участие женщин в различных видах производства значительно расширилось; это способствовало полной ликвидации женской безработицы и созданию квалифицированных работниц. Принимая во внимание, что как наследие старого строя, мы встречали среди женщин отсталый в культурно-политическом отношении деклассированный элемент, органы Здравоохранения организовали для этой группы женщин лечебно-профилактические учреждения—трудовые профилактории. В задачи последних входили как лечебные функции, санирование хронических инфекций, как сифилис и гоноррея, так и трудовое политическое перевоспитание, имевшее целью

¹⁾ Доложено на торжественном заседании годовщины Каз. труд.профилактика 3 июля 1931 г.

дать определенную квалификацию и приобщить проститутку к производственным процессам страны. Кроме этих мероприятий применялась карательная политика по отношению ко всему тому, что способствует вовлечению женщин в проституцию (пособничество, очаги притонов и т. д.). Общие социальные мероприятия, касающиеся втягивания женщин в производство, настолько выпукло отражаются в нашей повседневной действительности, что нам кажется совершенно излишним приводить цифры и факты, доказывающие это. Но один момент следовало бы отметить. Если по различным прежним статистическим данным среди проституток преобладает крестьянская масса, пришедшая в город для поисков заработка, то с изменением социальной структуры деревни, с введением планоности в использовании труда, деревня перестала служить поставщиком проституции. Чтобы яснее разобраться в тех социально-профилактических мероприятиях, которые диктуются вопросами борьбы с проституцией в данный реконструктивный период, мы считали бы целесообразным разобратся в накопившемся материале обследования проституток за время с 1926 по 1931 г.г. в гор. Казани.

Наше обследование охватывает 305 человек. Из них за 1931 г. вновь учтены 4 проститутки, т. е. мы можем смело утверждать, что в Казани, как во всех городах СССР, мы идем быстро по пути к ликвидации проституции. Из 305 человек мы имеем: русских—260 или 85,2%, татарок—32, или 10,5%, других национальностей 13 человек или 4,3%. Небольшой процент татарок надо объяснить как бытом татарских женщин, так и тем обстоятельством, что Казань, как крупный индустриальный центр на Волге, привлекала к себе внимание многих проезжающих мимо Казани проституток, увеличивая их количество в городе, а также тем, что в условиях Казани вовлечение женщин из коренного населения в производство идет более усиленным темпом, отсюда и их меньший процент среди общего количества беспризорных.

Возраст проституток к моменту их обследования самый цветущий: от 14 до 16 лет—2,1%, до 20 лет—28,3%, до 25 лет—71%. Отмечается раннее начало половой жизни у всех обследованных; так, до 16 лет начали жить половой жизнью 43,6%, до 18 лет включительно—83%, а до 20 лет включительно—все 100%. По данным Гельмана (см. табл. № 1), начало половой жизни у женской молодежи вообще относится к 16 годам в 12,6%, к 18 годам—43,9%, к 20 годам включительно—65,5%. По данным Голосовкера („Половая жизнь современной молодежи“) от 14 до 17 лет начинают половую жизнь 10%, от 17 до 20 лет включительно—47%. Беспризорность, ранняя оторванность от школы и семьи толкают девушку к более раннему началу половой жизни, к случайным связям и проституции. Возраст обследованных проституток татарок таков: до 16 лет включительно—3,1%, до 18 лет включит.—43,7%. У них также отмечается раннее начало половой жизни: к 16 годам—43,7%, к 18 годам—87,4%.

Менструация (см. табл. № 2), как фактор начала полового и общего физического развития, наступает у проституток гораздо позже, чем у остальной женской среды, что объясняется худшими условиями их быта. Так, по Гельману у девушек вообще к 15 годам менструация появилась в 53,2%, по Голосовкеру—в 55%, по нашим же данным—среди проституток—в 29,5, у проституток татарок—в 21%.

Таким образом, искание биологических факторов проституции в раннем половом созревании проституток и несоответствии между половой потребностью и возможностью ее удовлетворения является, на основании нашего сравнительного анализа, неверным. Это также подтверждается и анализом вопроса, под каким влиянием происходило у проституток начало половой жизни. Первое половое сношение у проституток происходило: по любви и увлечению—в 47,9% (25%¹⁾), при замужестве—в 10,5% (18,8%), по нужде 12,8% (28,1%), под влиянием насилия—14,4% (15,6%), не указали побуждения к первом coitus'у—14,4% (12,5%). Не подтверждается повышенная половая чувствительность проституток и нашими данными о чувстве удовлетворения половым актом. Так, по нашим данным больше половины—51,7% относятся к половому акту равнодушно, 22,6%—с удовольствием, 16,9%—с отвращением и 8,8%—„по наstroению“.

Среди обследованных по брачному положению: замужних—8,2% (6,3%), разведенных—31,1% (15,6%), вдов 12,8 (21,9%),, незамужних 42,3% (56,2%) и не указали семейного положения 4,6%. Многие из наших проституток (148 из 305) имели по одной или несколько беременностей: так, по одной беременности имели 73 чел., по 2—32 чел., по 3—19 чел., по 4 и больше беременности—24 человека. У большинства из них беременности закончились естественными или искусственными выкидышами. У остальных проституток судьба детей такова: дети или умерли, или подкинуты, отданы в приют, часть оставлены бывшему мужу, а у 32 дети при них.

По своему социальному происхождению проститутка вышла из крестьянской среды в 52,1%, из рабочей—в 21,9%, из мелко-буржуазной—в 17,4%, не знают своего происхождения—8,6%. Большой процент проституток из рабочей среды относится за счет „полупролетарского“ элемента (дети прислуг, прачек, поденщиц, чернорабочих). Из семей квалифицированных рабочих проституток имеем только единицы. Кроме того часть ответов является заведомо неверными, так как отмечалось общее желание проституток скрыть свое социальное происхождение. Преобладание крестьянок объясняется экономическим положением крестьянства при мелко раздробленном индивидуальном хозяйстве, когда большинство молодежи принуждено было искать подсобные заработки в городе.

Подавляющее большинство проституток не имели совершенно никакой квалификации: работали временно в качестве чернорабочих 44,1%, в качестве домашних работниц—16,1%, без определенных занятий—20,4%, остальные 19,4% составляют швеи, чулочницы и лица канцелярского труда и свободных профессий. В профсоюзе состояли среди русских 19,6%, среди татарок—12,5%.

Среди русских неграмотных и малограмотных было—72,4%, среди татарок—91,6%. Большинство (82%) не имеют связи с родными и живут в плохих жилищных условиях: отдельные квартиры имеют только 1,9%, отдельную комнату или комнату совместно с подругой занимают 23,3%, остальные занимают угол или вовсе не имеют постоянного места жительства. Характерно отметить, что если в 1926 г. в номерах жило

¹⁾ В скобках мы указываем процент татарок.

6,1% проституток, в 1928 г.—4,9%, в 1929—30 г.г.—1,5—2%, то в 1931 г. в номерах проститутки не проживают. Таким образом общежития (гостиницы, номера) изжили проституцию. 37% занимают угол в комнате инвалидов, кустарей и даже рабочих, где в части случаев они следят за квартирой и детьми, 12,5% были обитателями ночлежного дома, остальные 17,7% не имеют постоянного местожительства, живут у подруг, на постоялом дворе, на вокзале и т. д. Этим же объясняется и низкая оплата за квартиру: платят от 1 рубля до 3 руб. в месяц—31,4%, до 5 руб.—23,7%, до 10 руб.—14,4% и свыше 10 руб.—8,5%, не платят вовсе—22%.

Мы не будем подробно вдаваться в разбор многочисленных данных, характеризующих здоровье проституток, укажем только, что из 120 проституток, направленных нами в труд-профилактории, у 44 обнаружен сифилис, у 48—гоноррея, а у 23—гоноррея и сифилис. Таким образом вензаболеваемость среди проституток может быть исчислена в 100%.

Обследованных мы могли бы разделить на 3 категории: I. Поддающиеся трудовому перевоспитанию и удерживающиеся на производстве (75%). II. Лица, направленные на производства, которые все же частично проституируют (15%). III. Лица, отказывающиеся от работы и продолжающие проституировать (10%). Наибольшим вниманием должна пользоваться первая группа, среди которых мы встречаем наиболее социально-ценный элемент, быстро срастающийся с рабочей средой. Мы имеем целый ряд выдвинутых из данной категории, как по линии производства, так и по общественной работе. Поэтому ясно, как необходима организация и дальнейшее развертывание трудовых профилакториев. Наши наблюдения в течение целого ряда лет показали, что проститутка, направленная без соответствующей обработки на производство, в последнем не удерживается и содействует остальным настроениям среди рабочей массы. Необходимость длительного и систематического лечения, культурно-политической обработки, приучения к трудовым навыкам заставляет нас направлять каждую проститутку на работу через трудовой профилакторий. Трудовые профилактории, перешедшие везде на хозяйственный расчет, должны на ближайшее время сохранять функции трудового перевоспитания. Лишь лица, имеющие определенную квалификацию, могут быть направлены непосредственно на производство.

Вторая группа требует особого патронирования, иногда целесообразно возвращение их в трудовые профилактории для дальнейшего их перевоспитания, и во всех случаях важно воздействие местных организаций и более широкое втягивание их в общественно-культурную жизнь. При безуспешности всех этих мероприятий, могут быть допущены и карательные методы борьбы, применяя соответствующую статью уголовного кодекса о заражении других лиц венерическими болезнями. К прежним методам борьбы с проституцией мы присоединяем борьбу с некоторыми элементами проституток, как с дезорганизаторами трудового фронта.

Отсюда совершенно ясно наше отношение к третьей группе: здесь мы ставим на первое место карательные мероприятия, одновременно не отказываясь от мер общественного воздействия и трудового перевоспитания. „Отдельные случаи, когда та или другая женщина предпочтет иметь свой заработок от продажи тела, будут иметь место, но мы в этих случаях изменим свое мягкое отношение к проституткам, мы вновь вступим

на путь борьбы с ними так, как боролись с труддезертирами в первые годы после Великого Октября“ (Броннер).

Для большей убедительности приведем пример: Н., 23 лет, перенесла гоноррею. В мае 1930 г. направлена в труд-профилакторий, откуда через 3 недели бежала, чтобы „прокатиться по Волге“. Через месяц вновь принята в труд-профилакторий, обучена скорняжному ремеслу (средний заработок 60—70 руб. в месяц). Н. не подчиняется дисциплине. В сентябре месяце Н. заболевает сифилисом; после первого курса, проведенного в больнице, отказывается от направления обратно в трудовой профилакторий и продолжает проституировать. Единственной мерой воздействия по отношению к Н., по нашему мнению, это привлечение ее к ответственности, изоляция и дальнейшее лечение в принудительном порядке.

В подобных случаях отказа от работы и всякого трудового перевоспитания, несмотря на ряд попыток в этом направлении, мы должны более трезво подойти к этой группе женщин и суровой рукой сметать все то, что мешает оздоровлению быта. Данная группа, будучи тесно связана с уголовным миром и притонами, мешает нашим оздоровительным мероприятиям. Для трудового воспитания и этих проституток в крупных центрах при трудпрофилакториях должны быть созданы закрытые отделения, либо трудовые колонии, в менее крупных центрах вендиспансеры должны пользоваться для этой цели тюремными больницами. В обычных кожно-венерических больницах проститутки, отказывающиеся от лечения, не могут быть изолированы.

Необходимо внести больше ясности в поведение венерологических учреждений и органов прокурорского надзора по отношению к этой группе женщин, ибо последние являются социально-опасными как деклассированный элемент и рассадник вензаболеваний. Если до сих пор наши мероприятия по борьбе с проституцией касались исключительно улучшения социально-бытовой обстановки и втягиванию этих женщин в производство, то теперь мы должны также применять и карательные мероприятия, которые должны оздоровить часть проституток, не поддающихся перевоспитанию.

Вместе с тем мы должны изменить наше „бережное“ отношение к потребителям проституции. Из 119 мужчин венериков, находившихся на излечении в последнее время в нашей клинике, болели гонорреей 32 человека, из них заразились от проституток и случайных женщин 22 человека или 68,8%. Из 62 госпитализированных больных сифилисом от проституток и случайных женщин заразилось 54 человека или 87,1%. Из больных мягким шанкром от проституток заразились 20 человек или 80%. По отношению к мужчинам, прибегающим к проституции, может быть применена статья, карающая за пособничество. Здесь наряду с санитарно-просветительной работой нужно и привлечение осуждающего общественного мнения (стенгазета, многотиражка, черная доска и т. д.). Оправдания для потребителя проституции быть не должно. „В государстве трудящихся, строящем свою новую жизнь на принципе отрицания какой бы то ни было формы эксплуатации, не должна сохраняться самая отвратительная ее форма— эксплуатация человеческого тела. Эксплоататоры должны вывешиваться на черную доску. Покупатели женского тела должны подвергаться резкому моральному осуждению“ (Семашко).

Быстрый рост индустриализации страны, непрерывная рабочая неделя, строительство новых социалистических городов, улучшение материального благополучия рабочего класса дает каждому рабочему воз-

возможность нормального разрешения половой проблемы, что наряду с санитарно-просветительной работой создает условия для исчезновения потребителей проституции.

К нашим кратким замечаниям мы могли бы прибавить следующие положения: 1) Проституция по своему социальному происхождению не связана с основными кадрами рабочего класса. Проститутки по своему культурному уровню являются наиболее отсталыми. 2) Гигантское строительство в СССР, рост индустриализации, бурное развертывание колхозного и совхозного строительства, полная ликвидация безработицы и связанное с этим повышение материально-бытового положения и культурного уровня рабочего класса и крестьянства способствуют быстрой ликвидации проституции. 3) Кроме общих мероприятий по борьбе с проституцией мы должны усилить наше административно-карательное воздействие по отношению к проституткам, не поддающимся трудовому перевоспитанию. 4) Основным методом по борьбе с проституцией на данном этапе является также борьба с потребителями ее. 5) Следует уточнить законодательные положения, дающие возможность подвергать принудительному лечению лиц, отказывающихся от такового.

Таблица № 1.

Время первого полового сношения.

На каком году	По нашим данным среди проституток		По данным Голосовкера		По данным Гельмана	
	среди современной женской молодежи					
	Число	‰	Число	‰	Число	‰
До 13 лет	2	0,7	5	2,6	4	2,3
13 "	2	0,7	—	—	1	0,6
14 "	10	3,2	1	0,5	—	—
15 "	28	9,1	4	2,1	1	0,6
16 "	91	29,8	14	7,3	16	9,1
17 "	75	24,6	27	14,1	21	11,9
18 "	50	16,4	30	15,6	34	19,4
19 "	23	7,5	30	15,6	23	13
20 лет и старше	24	8	81	42,2	76	43,1
Всего . .	305	100‰	192	100‰	176	100‰

Таблица № 2.

Время появления первых менструаций.

До 13 лет	14	4,6	55	10	31	9,7
13 "	21	6,9	105	19	59	18,5
14 "	55	18	140	26	85	26,7
15 "	62	20,3	93	17	52	16,4
16 "	62	20,3	78	14	57	18,0
17 "	48	15,7	49	9	24	7,5
18 лет и старше	43	14,2	23	5	10	3,2
Всего . .	305	100‰	543	100‰	318	100‰