

## Конституция и психотерапия.

Д-ра Г. Б. Геренштейна. (Ленинград).

Область изучения неврозов и психоневрозов весьма сложна и многогранна. Оперировать над человеческим мозгом, не вскрывая черепной крышки больного—весьма трудная и ответственнойшая задача. Шаг за шагом мы завоевываем себе с большим трудом и постепенно путь к познанию одной из самых сложных медицинских загадок—сущности того сдвига, который имеет место в психических дебрях невротика. Но тем не менее не так уже редко нам удается этот сдвиг обнаружить и повернуть психический рычаг в желательном для нас направлении, тем самым возвращая невротика ту полноценность, без которой он перестает быть равноправным членом человеческого коллектива.

Обладая в этом отношении могучим орудием—психотерапией, в настоящее время находящей себе крепкий фундамент в школах Freud'a, Kretschmer'a, Dubois, Павлова, Бехтерева, Ухтомского и друг., мы тем не менее не можем утверждать, что психотерапия отличается достаточной полнотой и является какой-либо единообразной научной системой или прочно-выработанной и общепринятой методологией научного познания. Отдавая себе отчет в теоретической сущности применяемого того или иного лечебного метода, психотерапевт тем не менее не свободен от эмпиризма и, стоя безусловно на научной базе, вынужден все же признать, что в том или ином случае наступление или ненаступление лечебного эффекта является для него непонятным. *Coeteris paribus* один и тот же лечебный прием оказывается действительным в одном случае и приводит к обратному результату—в другом.

Причины, обуславливающие подобное явление могут быть двоякого рода, как двоякого рода могут быть и этиогенные факторы невроза. Экзогенные моменты, играющие главную роль в этиологии невроза, представляют собой весьма сложные социальные комплексы, по содержанию своему совершенно различные у различных индивидуумов. Один и тот же, казалось бы, житейский конфликт, стимулирующий происхождение и развитие невротического симптома, совершенно различно преломляется в психике пролетария или буржуа, цивилизованного или малокультурного человека. Но и эндогенные факторы, как напр., менопауза, совершенно различно могут влиять на весь жизненный тонус их носителя, в данном случае женщины различной хотя бы конституции.

Как правило, психотерапия строит свое здание главным образом на анализе и устранении факторов преимущественно экзогенного характера. Для психотерапевта окружающая среда, социальные условия, внешние раздражители, житейские невзгоды—это все. В гораздо меньшей степени психотерапевт озабочен оценкой состояния соматической сферы, вследствие чего нередки такие конфузы, когда табетические, скажем, кризы подвергаются лечению психоанализом, а паркинсонизм—внушением. Со всем небольшим внимание уделяется конституции б-ного, в то время как этот многообъемлющий фактор играет столь важную роль во всей невропсихической жизни больного.

Вместе с тем, те учения, на которых основывается психотерапия, не только не игнорируют конституции, а чрезвычайно внимательно к ней

относятся. Так, напр., Freud, строя свою школу на проблеме сексуальности, прямо указывает на необходимость считаться с устанавливаемой им даже особым видом „сексуальной“ конституции, включаемой им в известную его схему причины невроза.

Причина невроза = предрасположению благодаря фиксации либидо + Случайные переживания (травма)

сексуальная конституция  
(доисторическое переживание)

инфантильное  
переживание

(Freud<sup>1)</sup>)

О том, что Kretschmer создал целую школу, если так можно выразиться, конституциологии — известно каждому. В неменьшей мере Павлов уделяет важную роль конституциональным особенностям животного, объясняя конституцией различное воздействие на различных животных одного и того же внешнего раздражителя. Поскольку психотерапия представляет собой в конечном итоге воздействие на психику человека целого комплекса внешних раздражителей, ясно, что не безразлично, на какую конституцию будет падать тот или иной психотерапевтический прием, если под конституцией разумеется „присущее индивидууму состояние, унаследованное или приобретенное, поддающееся морфологическому или функциональному анализу, возникающее, как из проявления отдельных функций, так из суммы телесных и душевных особенностей; состояние, определяющее тип деятельности и развития организма; состояние, которое характеризует индивидуума в смысле требований, которые к нему можно предъявлять в отношении его сопротивляемости, способности к возрождению и жизнеспособности“ (Kraus<sup>2)</sup>).

Современное состояние учения о конституции не дает нам возможности выделить какие-либо определенные типы конституции, которые отличались бы только им свойственными психическими и соматическими особенностями. Да вряд ли когда-либо разрешение этой проблемы удастся в полной мере, ибо филогенез изменяется через онтогенез, а последний в свою очередь зависит от постоянно меняющихся и бесконечно переплетающихся между собой биосоциальных факторов. Поэтому учение о конституции для психотерапевта играет лишь относительную роль, но эту роль он должен ей все же предоставить, ибо конституциональным типам свойственны определенные общие формы психических проявлений, и, учитывая эту общую закономерность, психотерапевт облегчает себе подчас разрешение практической врачебной задачи.

Патология поведения, характеризующая невротика, с которой приходится главным образом иметь дело психотерапевту, зависит не только, повторяем, от факторов экзогенных. „Не реакция составляет“, говорит В. А. Вагнер, „основное свойство живого вещества, а раздражимость, которая, как момент сенсорный, характеризует реакцию, как момент моторный“<sup>3)</sup>. Раздражимость же нервной системы зависит, как мы

<sup>1)</sup> S. Freud. Лекции по введению в психоанализ. Т. II.

<sup>2)</sup> Цит. по Т. И. Юдину. Психопатические конституции. 1926.

<sup>3)</sup> В. А. Вагнер. Возникновение и развитие психических способностей. Выпуск первый. 1925.

знаем, от факторов эндогенных и в частности от гормональной деятельности, подчас определяющей развитие той или иной конституциональной организации, с одной стороны, с другой — определяющей и характер психической деятельности. „В нервно-психической работе принимают участие три главных компонента центральной нервной системы: периферический сенсорный, центральный — воспринимающий и моторный, а также сложные системы их соединений; но определяют характер их работы также и особенности вегетативной и эндокринной системы, моменты питания, обмена веществ, биохимические моменты, моменты кровообращения и вся вообще соматическая структура организма“ (Т. И. Юдин<sup>1</sup>). „Мы знаем, „говорит Kretschmer<sup>2</sup>“, весьма тяжелые нарушения психической сферы, вызываемые изменениями в эндокринных железах, более тяжелые при нарушениях в щитовидной железе и надпочечниках, менее тяжелые при нарушении деятельности зачатковых желез и гипофиза... Увеличенная секреция щитовидной железы при Базедовой болезни производит одну из классических форм психической гипергормии (чрезмерно сильные и ускоренные реакции, психомоторные гиперкинезы), сенсорную сверхчувствительность, раздражимость, гиперкинезы. В патологии зачатковой железы известна более легкая, но непреодолимая слабость побуждения, индолентность настоящих евнухондов и ранних кастратов“. Но и в норме, как мы знаем, прекальлирующая деятельность одной железы над деятельностью других в той или иной мере отражается на психике индивидуума, как мы это, напр., наблюдаем при менопаузе, или в периоде полового созревания, когда аффективная, или вернее эмоциональная, сфера характеризуется рядом этому периоду свойственных черт. К тому же, поскольку с конституцией биологически связано то, что мы по Kretschmer'у называем темпераментом, понимая под этим словом общую характерную для личности в целом аффективную установку (психический темп, проявляющийся в чувственном и интеллектуальном отношениях), ясно, что психотерапевту, так часто встречающемуся с этой „аффективной установкой“, игнорировать конституцию не приходится. Не следует лишь при этом заходить так далеко, как это делает, напр., Белов<sup>3</sup>), полагая, что „поведение людей и животных в одной трети зависит от воспитания рефлексов, а две трети от врожденности и эргогенеза“, но известную дань „врожденности и эргогенезу“ мы отдать обязаны.

Эта дань будет выражаться в том, что в области психотерапии и ее главных методических направлений: суггестивного, психоаналитического и т. н. „рационального“ (убеждение по Dubois) мы при подходе к больному будем иметь в виду не только внешние этиогенные факторы, но и конституциональные, ибо один и тот же, скажем, гипноз совершенно различно будет приемлем для лиц различной конституции.

Мы, следовательно, подходим к вопросу о значении конституциональной индивидуальной психологии в психотерапии и в этом отношении мы намерены двигаться по пути, указываемому нам тем же Kretschmer'ом.

Kretschmer исходит из двух видных групп конституциональных психозов: маниакально-депрессивного и шизофрении<sup>4</sup>). Первый является,

<sup>1</sup>) Т. И. Юдин. Психопатические конституции, стр. 14.

<sup>2</sup>) Э. Кречмер. Медицинская психология. 1927.

<sup>3</sup>) Н. А. Белов. Личность и внешность. «Начатки знаний». Петроград.

<sup>4</sup>) Э. Кречмер. Медицинская психология.

по его мнению, болезненным представителем большого нормально-психологического круга темпераментов циклотимических, второй—болезненным представителем второго круга темпераментов шизотимных. Пограничные же психопатические состояния между больным и здоровым он обозначает, как „циклоидные“ и „шизоидные“. Поскольку клинически установлено, что циркулярные психозы наиболее часто встречаются у пикников, а психозы шизофренической группы у астеников и атлетиков, Kretschmer делает совершенно обоснованный вывод, что пикнику свойствен преимущественно циклотимический темперамент, а астенику—шизотимический, понимая под темпераментом „общую аффективную установку, характерную для личности в целом“.

Чем же характеризуются психические особенности хотя бы этих двух конституциональных типов: пикнического и астенического? Если нам удастся установить в этом отношении какую-нибудь общую закономерность, мы сумеем продвинуться в своих рассуждениях дальше с целью наметить, какой, напр., путь психотерапии, гипноз ли, психоанализ или лечение убеждением может при прочих равных обстоятельствах быть показан при том или ином упомянутом нами типе конституции.

Прежде всего Kretschmer различает психический темп и психический ритм. Под психическим темпом автор разумеет степень быстроты психических процессов, как „понимание“ „интрапсихическая“ обработка и психомоторные проявления. Под ритмом следует понимать равномерность или неравномерность в следовании одних психических актов за другими. У циклотимика-пикника общий психический темп колеблется между быстротой и медленностью. В следовании же одних психических процессов над другими наблюдается большая или меньшая равномерность. У шизотимика-астеника наблюдается очень мало характерного в смысле общего психического темпа; зато в смысле ритма-равномерности в динамике психических процессов—у него наблюдается своего рода аритмия. Шизотимик может „надолго застрять на одном каком-нибудь психическом процессе, страстно и надолго вливаться в аффективно-окрашенное представление, оставаясь равнодушным к бесчисленному количеству других раздражений“. С другой стороны, шизотимику свойственно несоответствие между способностью к восприятию и реагированию: получается „застой, скопление аффектов“, причем и само течение аффектов избирает сложные, неожиданные, обходные пути. Это создает сильное усложнение психического ритма, который у них перестает поддаваться учету... Они долгое время упорствуют на чем-либо. внезапно отступают, резко реагируют, а затем опять надолго кажутся индолентными. Таким образом психический темп шизотимика колеблется между тягучестью и порывистостью“. У циклотимика (и, след., пикника) психический темп и настроение совпадают. Внешние реактивные проявления соответствуют его внутренним переживаниям в данный момент. У шизотимика (астеника) внешние формы поведения большей частью не совпадают с его внутренними переживаниями. Эти особенности, свойственные циклотимику и шизотимику, определяют часто и общую установку личности на среду. В то время как циклотимик отличается по преимуществу общительностью, сердечным открытым отношением к окружающему с тенденцией взять все возможное от настоящего момента, являя собой тип деятельного практика, чувственного искателя наслаждений, реалиста, шизотимик, на-

оборот, скрытен, склонен к уходу в себя, к самоудовлетворенности, к исканию каких-то особых идеалов, оставаясь недовольным всем окружающим и часто самим собой. В науке и искусстве, как указывает Kretschmer, циклотимик (пикник) и шизотимик (астеник) проявляют себя также различно: первый дает тип наглядно описывающего и нащупывающего эмпирика в науке, художника-реалиста в искусстве, второй (шизотимикастеник)—схоластика, философа, метафизика, художника стиля и формы, идиллиста.

Уже этих черт, характеризующих циклотимика и шизотимика, достаточно, чтобы, обратившись к области психоневрозов и психотерапии, видеть, что соответствующие им конституции, пикническая и астеническая, требуют к себе *coeteris paribus* различного психотерапевтического подхода.

Клинические наблюдения показывают, что сама структура невроза, хотя бы той же повседневно встречающейся неврастении, ее развитие, течение и содержание часто весьма различны у пикника и астеника<sup>1)</sup>. Пикник-неврастеник и астеник-неврастеник совершенно различно проявляют себя хотя бы в отношении субъективной оценки своего состояния. Пикник-неврастеник гораздо чаще обращает внимание врача на этиологические факторы *экзогенного* порядка. При этом он учитывает всегда факты реальные, конкретные, как, напр., условия личной жизни, служебные и профессиональные. Пикник не склонен глубоко вдаваться в анализ окружающей действительности, он ее воспринимает так, как она есть, и лишь подчеркивает ее неприемлемость для него в данный момент. Если бы мне удалось переменить место службы (или квартиру и т.п.), я б вероятно выздоровел в один момент",—скажет неврастеник-пикник. Астеник же склонен к более глубокому анализу окружающей действительности и оценку последней начинает чуть ли не с Адама. Он не намерен удовлетвориться „одной переменной места или характера работы". Этого для него недостаточно. Он недоволен всем окружающим, которое, по его мнению, подлежит глубокому коренному изменению, а какому именно „он сам не знает". Пикник-неврастеник не склонен сваливать всю вину своего заболевания только лишь на внешнюю среду. Он часто признает, что и он сам не мало способствовал возникновению у себя невроза—нарушения контакта с внешней средой. Астеник же, склонный к уходу в себя, к самоудовлетворенности, к фантастике, астеник, всей своей конституцией часто обязанный возникновению у него невроза, вместе с тем не мирится с наступившими хотя бы временно изменениями в окружающей действительности. Если пикник-неврастеник спешит к врачу и совершенно искренне стремится избавиться поскорее от своего неврастенического симптомокомплекса, то астеник способен надолго застрять на своем „психоконфликте", сознательно или бессознательно избегая восстановления контакта с внешней средой. Стабильность симптома характерна для астеника, заболевающего неврастением, и он остается надолго фиксированным на испытываемых им психических и соматических

<sup>1)</sup> Само собой разумеется, что тот или иной тип конституции сам по себе определяет часто характер развивающегося невроза и сам по себе говорит о той или иной форме невропатии. Но этот вопрос не входит в задачи статьи и под неврастением мы здесь разумеем благоприобретенный, вызванный экзогенными факторами неврастенический симптомокомплекс.

особенностях. Пикник, наоборот, дает большое непостоянство в отношении стойкости симптома и для него характерна более частая смена настроения и большая полиморфность симптомов. Поведение в смысле внешних его проявлений у пикника и астеника при заболевании неврастений опять таки различны. Астеник в силу свойственного ему несоответствия между его психическими переживаниями и внешними проявлениями этих переживаний—дает такое же несоответствие и при заболевании неврастений, когда он и здесь проявляет свою сдержанность, „корректность“ и „аристократичность“, служащую часто большим препятствием в деле изучения и познания его личности, подчас чрезвычайно скрытной и недоступной. Пикник же и при заболевании неврастений остается общительным и откровенным с врачом, доверяет ему все свои тайны, отличающиеся большею частью реальностью, осязательностью, конкретностью.

Психастенические наклонения при неврастении чаще встречаются у астеника, чем у пикника, и содержанием своим они гораздо сложнее у первого нежели у второго. Навязчивость или фобия, безразлично, представляет ли она собой символическое изживание „ущемленного аффекта“ в прошлом или она обусловлена какими-либо моментами актуально поддерживающими психастенический симптом в настоящем—у астеника конструируется гораздо сложнее, захватывает в свою психофизиологическую дугу гораздо большее количество компонентов, нежели у пикника. Можно было бы сказать, что у пикника навязчивость или фобия имеет обычно свое обоснование в *настоящем* больного, обусловлена теми или иными факторами, обнаруживаемыми в *текущей* жизни больного, его семейном, служебном быту и не требуют для своей расшифровки от врача глубоких психологических знаний. Это большей частью какой-нибудь страх перед арестом или „чисткой“ по службе или партии или не совсем необоснованная навязчивая мысль о неверности жены и т. п. У астеника психастенический симптом представляется гораздо сложнее и загадочнее. Это весьма часто продукт неразряженных душевных переживаний в *прошлом*; симптом при этом окутан тайной, подчас мистикой и содержит в себе сложный психологический шифр, разгадать который удастся только после многих месяцев упорного психотерапевтического труда. Это—либо боязнь жить в комнате, где имеется только одна дверь, или страх при виде венецианского окна, либо необходимость стукнуться головой трижды об стол прежде, чем сесть обедать, или ничем необоснованная, казалось бы, сифилофобия.

Если теперь обратиться к психотерапии и подумать о выборе метода лечения для таких двух конституционально различных невропатов, то мы увидим, что не все методы могут быть а priori показаны в том или другом случае. Возьмем для примера способ лечения убеждением по Dubois, и мы увидим, что он может быть гораздо чаще показан при лечении пикника и в меньшей степени астеника. Пикник в силу свойственной ему в большей мере общительности, откровенности, большей равномерности в психическом ритме, т. е. большей равномерности в следовании одних психических процессов за другими, при лечении его убеждением весьма быстро схватывает разъяснения врача и, как реалист и прагматик, проникается действительно легко убеждением в несостоятельности своего симптома и целесообразности применяемого к нему метода

лечения. Он легко пополняет свой интеллект новыми медицинскими представлениями, помогающими ему разобраться в одержимых им невротных особенностях. То, что Strümpell называет „нарушением в идейной жизни“, приводящим к неврастению, это „неправильное мышление“ по Dubois, легко сравнительно выравнивается у пикника-неврастеника в силу свойственных ему и приведенных выше циклотимических особенностей. Астеник же для лечения его убеждением менее приемлем, чем пикник. Подчас романтик и идеалист, видящий вокруг себя нередко одно лишь „персовершенство бытия“, скрытный и порой деспотичный, склонный к уходу в себя и вместе с тем не легко выставляющий свое ущемленное „я“ врачу напоказ, астеник в силу свойственных ему шизотимических особенностей требует к себе при прочих равных условиях применения другого метода психотерапии. „Тягучесть, а порой порывистость психического темпа“, неравномерность психического ритма сводит к нулю значение влияния на него метода лечения убеждением, метода общепризнанного и несомненно ценного, но в конечном итоге сводящегося к оценке и устранению лишь поверхностных, легко поддающихся контролю сознания мотивов, лежащих в этиологии невроза. Малообщительный и замкнутый в себе астеник требует применения к нему такого метода, сущность которого более гармонизировала бы со всей его шизотимической личностью. Суггестивная психотерапия в виде хотя бы того же гипноза или какого-нибудь физиотерапевтического воздействия с суггестивной целью (искры д'Арсонваля или Франклина), отличаясь некоторой необычностью и загадочностью, больше по душе астенику, нежели путь „рациональной“ психотерапии, хотя он, как шизотимик со свойственной ему подозрительностью и необщительностью, на первых порах и тут будет противодействовать лечению. Но тем не менее эти приемы для него более приемлемы, поскольку они позволяют ему оставаться пассивным в процессе лечения и мало задевают доминирующие черты его личности. Он будет на первых порах даже иронически относиться к применяемому к нему суггестивному приему, но последний никогда не вызовет с его стороны той агрессивной реакции, которую способна вызвать в нем т. н. рациональная психотерапия, обращающаяся к его интеллекту с целью доказать больному, насколько его симптомы зависят от его „неправильного мышления“.

Как это не покажется на первый взгляд странным, но психоанализ, как лечебный метод, больше приемлем у астеника-шизотимика, нежели у пикника-циклотимика, разумеется при прочих равных условиях. Замкнутость и скрытность астеника мешают весьма на первых порах психоанализа, но в дальнейшем астеник сдается, и, правда, робко, застенчиво и не без подозрения раскрывает перед врачом ворота своих душевных тайников. Психоанализ, подчеркивающий с первых же слов больному, что последний не представляет собой неразрешимой для врача загадки, что врач обладает методом, делающим доступным для наблюдения внутренний мир человека, нередко в течение первых же встреч с астеником-шизотимиком производит на него впечатление и заставляет его хоть и насторожиться, но отнестись к лечению с должным уважением, вниманием, а, главное, доверием. Под влиянием приводимого врачом по аналогии какого-нибудь случая из своей практики, где имело место аналогичное заболевание, под впечатлением излагаемого психоаналитиком

механизма образования и исчезновения симптома у „некоего“ больного и наш астеник начинает проникаться доверием и интуитивно чувствовать, что и он способен избавиться от симптома путем такого „оригинального“ способа лечения. Психоанализ как-то импонирует такому больному и, может быть, потому, что он по методике своей близок по душе пизотемнику, и без того склонному к уходу в себя и к самоанализу.

Пикник же не способен большей частью на кропотливую психоаналитическую обработку. Он не любитель надолго останавливаться на каком-нибудь психическом процессе и нетерпеливо „ассоциирует“ по предложению психоаналитика. По его мнению „все ясно“ и не к чему искать символику симптома. Он требует от врача решительных и скорых мероприятий и его устраивает больше ощущаемый им вкус брома, нежели сложное толкование его сновидений. Психоаналитическую ретроспекцию он называет „ни к чему ненужными праздными мечтаниями о прошлом“, и поскольку он не мечтатель—подобная методика его не устраивает, и он требует „чего то конкретного“. А это „конкретное“ он понимает в виде упомянутого выше изменения внешних условий его существования, а на худой конец, если это невозможно сделать, то объяснения, в чем заключается сущность его страдания (resp., метода Dubois) и как от него избавиться „путем водолечения“.

Таковы наши в общих и кратких штрихах клинические наблюдения, лишней раз подтверждающие концепции учения Kretschmer'a и других авторов, придающих большое значение конституции и ее определяющему влиянию на психические отправления человека.

Н. А. Белов<sup>1)</sup> в своих работах в достаточной мере оттеняет зависимость психических особенностей от конституции. В зависимости от доминирования в эндокринной системе той или иной железы или, наоборот, в зависимости от ее недостаточной деятельности—создается определенный конституциональный тип с особенностями, характеризующими не только его внешность, но и личность в целом. Персистенция, напр., эпифиза, как указывает Белов и как всем известно, приводит к усилению роста, ускоряет процессы соматического и нервно-психического развития при торможении полового. Создающийся таким образом „гиперпинеальный“ тип характеризуется ослаблением в половом развитии и половой деятельности наряду с усилением интеллектуальной. По мнению Белова, этот тип при определенном инфантилизме в деле полового развития и при соответствующих внешних условиях наиболее склонен к гомосексуализму, подпадая наиболее часто под влияние развращающей соответствующей среды. Белов выделяет группу кретиноидных типов, появляющихся в результате незначительной степени гипотиреозидизма. Это люди с средним ростом, не страдающие в виду компенсаторной деятельности гипофиза и отличающиеся круглоголовостью, курносостью, низкой переносицей, сухостью кожи, плотным на ощупь ожирением—со стороны соматической, а со стороны психической—раздражительностью, злобностью и жестокостью, упрямством, ленью, нелюбовью к труду, достаточной степенью порочности. Поскольку, как указывает сам автор, а это находит себе подтверждение и клинически, эти типы не поддаются убеждению—ясно, что убеждение, как психотерапевтический метод.

<sup>1)</sup> Н. А. Белов. Личность и внешность. Он же. Физиология типов.

для них также неприемлем. Обладая к тому же и особой волевой установкой—по терминологии Kretschmer'a „гипобулической“—этот кретиноидный тип требует применения к нему раздражающих психотерапевтических методов, хотя бы в виде того же фарадического сильного тока или высокого давления душа Charcot, которые он ощущал бы не своим упорствующим в определенной идее интеллектом, а филогенетически более старыми механизмами.

Постоянная гиперфункция гормонов половой железы, а тем более раннее созревание, тормозит рост бедренных костей самцов, задерживает рост мозгового придатка. Выявляющийся конституциональный „гипергенитальный“ тип отличается, по Белову, следующими особенностями. Внешность: черты лица мелкие, надбровные дуги и челюсти развиты слабо, нос, губы, веки более или менее тонки. Относительно длинное туловище и короткие ноги. Вторичные половые признаки развиты сильно: усы, борода, волосатость у мужчин, грудные железы, жировая клетчатка у женщин. Рост малый или ниже-средний. Поведение: кокетливость у женщин, волокитство у мужчин. Гипергенитальный тип отличается большими способностями, часто талантом, склонностью к музыке, пению. Это, как указывает автор, тип низкорослого мужчины-волокиты, „мышинного жеребчика“, ухаживающего за высокими женщинами или тип похотливой и кокетливой толстушки. Вся их поступочная сторона, по автору, преломляется „сквозь призму половых импульсов и даже в выборе профессии они от влияния своей гипергенитальной конституции не свободны. „Если это врач—то это обязательно гинеколог или уролог, если это певец—его репертуар—арии и романсы“ (Белов). Как ни покажется такое утверждение на первый взгляд проблематичным, но на практике мы часто убеждаемся в справедливости этих слов. Такая неотъемлемая сторона личности, как профессия человека, для психотерапевта играет колоссальную роль, а выбор профессии, как мы знаем, не является в эволюции личности чем-то случайным. Несколько ярких примеров подобной детерминизации выбора профессии от „сексуальной конституции“ человека дает Fritz Geise в своей работе „Психоанализ и психотехника“<sup>1)</sup>. Но приведенная характеристика гипергенитального типа для нас интересна и в другом отношении. Всякому психотерапевту известно, как часто невротик скрывает от врача истинные мотивы, особенно сексуально окрашенные, лежащие в основе невроза, причем скрывает это он не только бессознательно, но весьма часто совершенно преднамеренно. Психотерапевт же, имея в виду конституциональные особенности невротика и помня, что особенности поведения невротика, гешт. его невротический симптом, детерминируются не только факторами экзогенного характера, но особенностями эндогенными, а priori облегчает себе путь к разгадке сущности страдания и, следовательно, к назначению правильной терапии.

И не только терапии. От терапевта требуется прежде всего умение дифференцировать психоневроз от страдания, обусловленного соматической сферой, и было бы, разумеется, большой ошибкой, если бы мы тот же гомосексуализм, напр.<sup>2)</sup>, рассматривали бы только как психоневроз и не

<sup>1)</sup> Fritz Geise. Психоанализ и психотехника. 1926.

<sup>2)</sup> См. Г. Б. Геренштейн. Гомосексуализм, как психоневроз, в свете учения о доминанте. «Каз. мед. ж.» 1929. № 7—8.

допускали бы мысли о том, что он, быть может, в отдельном случае обусловлен соответствующей конституциональной организацией.

Нам крайне не хотелось бы, чтобы все сказанное произвело такое впечатление, что одного взгляда на конституцию человека достаточно для того, чтобы а priori предрешить выбор психотерапевтического метода. Это было бы недопустимой ошибкой, точно так же как ошибкой было бы думать, что шизотимические особенности свойственны только астенику и никогда не наблюдаются у пикника и поэтому для последнего психоанализ не показан или наоборот. Или что можно так уже резко разграничить пикническую конституцию от астенической. Точно также, как в другом месте<sup>1)</sup> мы считали возможным напомнить практическому врачу о необходимости наряду с соматической сферой предать оценке и сферу психическую—мы в этой статье имеем в виду напомнить психотерапевту об обратном. Только лишь в таком случае, „при взгляде на личность в целом“ (Dubois), при учете особенностей соматики больного, и в частности его конституции, пусть уже не в таком широком смысле слова, как ее понимает Kraus, а в узком-общепринятом, психотерапевт в значительной мере облегчит себе задачу по водворению невротика в жизнь. Вместе с тем он поспособствует в деле изучения затронутого нами вопроса о выборе метода психотерапии в зависимости от конституции, вопроса сложного и вместе с тем весьма важного, отдельные и к тому же бледные наметки которого мы позволили себе здесь привести.

---

<sup>1)</sup> Г. Б. Геренштейн. Субъективная психотерапия, как диагностически-вспомогательное мероприятие. «Кл. ж. Саратов. ун-в.». 1929. № 4.