

## Гомосексуализм как психоневроз в свете учения о доминанте.

Г. Б. Геренштейн (Ленинград).

В старину, по крайней мере так передают ветераны медицины, больной обычно ожидал от врача соответствующего заключения о состоянии своего здоровья и „мыслью своей не желал дерзновенно знать тайны, им мудро от нас сокровленной“. Теперь—совсем другое дело. Больной сплошь и рядом приходит к врачу с готовым диагнозом и подчас считает себя компетентным в таких медицинских вопросах, которым, кстати сказать, суждено вопросами и остаться. Особенно модным является в наше время учение о внутренней секреции, о существовании гормонов; наши больные почти все об этом осведомлены, они охотно относят за счет внутренней секреции все имеющиеся у них неполадки, начиная от преждевременной плешивости и кончая табетической стрельбой в конечностях. „Внутренняя секреция“ склоняется и спрягается тогда на все лады, начиная от безобидного исследования по Мануйлову и кончая мечтами о Штейнаховских метаморфозах.

Гормональная деятельность безусловно является одним из тех могучих китов, на которых держится наше физиологическое благополучие, но только одним из них, ибо мы носители и таких анатомо-физиологических механизмов, которые на протяжении всей фило- и онтогенетической эволюции человека стремились подчинить своей власти мир чувствований, мир инстинктов, мир гормонов. Про эти механизмы мы должны всегда познать при оценке человеческой личности и поведения.

Вот перед нами целая серия больных, скажем, мужчин-гомосексуалов, которые ждут от нас ответа, почему при полной половой потенции и при внешне правильной, в большинстве случаев, мужской генитальной организации они чувствуют влечение не к лицам противоположного пола, а к мужчинам и нередко только к мальчикам. Этого ответа ждет. быть может, не только больной, но и суд, которого интересует целый ряд вопросов: исправим ли больной или нет, какая мера исправления (горм. лечения) может оказаться целесообразной для данного субъекта, изоляция ли или лечение, и где; следует ли искать корни извращения полового чувства в дегенеративной конституции субъекта, или же в окружающей его социальной среде и т. д. и т. п.

Уже при беглом их осмотре и опросе мы чувствуем, что гомосексуалисты не могут быть измерены нами одной и той же меркой; у одного извращена цель чувственного направления, у другого—только лишь объект общения; в одном случае перед нами феминизированная конституция, в другом—никакого отклонения от нормы. Один больной пользуется и женской, и мужской любовью, но предпочитает мужскую, другой с чувством безразличия относится к мысли о физическом общении с женщиной. Спрашивается, все ли они действительно гомосексуалы в эндокринологическом смысле слова и не представляют ли они собой, хотя бы даже в большинстве, всего только лишь психоневротиков?

Нет сомнений, что в единичных случаях мы встречаемся с такого рода гомосексуалами, при оценке личности которых эндокринология празднует каждый раз свой очередной триумф. Мы имели возможность видеть,

как в двух случаях гомосексуализма, при наличии внешне феминизированной конституции, эти мужчины дали реакцию Мануйлова „слабо женскую“ (исследование производил по моей просьбе д-р А. П. Фридман в клинике нервных болезней проф. М. П. Никитина). Одним словом, гормонообразовательная деятельность может менять человеческий облик и поведение, это истина, не требующая в настоящее время особых доказательств.

Но в нашей повседневной амбулаторной практике мы встречаемся с целым рядом больных гомосексуалов, поведение и направление полового чувства которых не может найти себе объяснения во внутренней секреции. К ним также не применим взгляд Ulrich'a, Krafft-Ebing'a, Hirschfeld'a, Charcot, Chevalier и друг., признающих врожденный характер гомосексуализма. Скорее можно в отношении их принять мнение Chrenck-Notzing'a, Kräpelin'a, что „у психически ненормальных людей ко времени наступления половой зрелости еще не дифференцированное половое чувство под влиянием внешних сильных впечатлений отклонилось в определенном направлении“. Это мнение более правильно, если сделать еще оговорку, что „уклонение полового чувства под влиянием внешних сильных впечатлений“ возможно не только у „психически-ненормальных“, но и у психически-здоровых субъектов. Внешняя среда в широком смысле слова является могучим фактором в деле формирования и эволюции как внешности физиологических отправления человека, так и всего его психического уклада и особенностей поведения, причем под окружающей средой мы должны понимать не только окружающую человека атмосферу воздуха, тепла, электро-магнитных волн и т. п., но и весь тот комплекс разнообразно-сочетающихся между собой жизненных явлений-агентов, которые воздействуют на индивидуум, оставляя следы в его нервном механизме и требуя от последнего ответной реакции: прежде всего окружающих его людей, общество, нераздельным звеном которого он и является.

Но несмотря на такое, всем нам известное и обычное явление, мы, при оценке личности и поведения больного, хотя бы того же гомосексуала, не особенно часто принимаем во внимание детство. И только тогда, когда мы сами заражены психо-аналитическим микробом—мы обращаем взор больного в сторону детства, в течение которого формировалась его психика, связь с которым и поныне не порвана, и в дебрях которого мы находим и те патогенные влияния, которые приводили уже когда-то больного мальчика к определенным поступкам, повторяющимся теперь, спустя много лет, в несколько измененном виде и при измененных условиях. Другими словами *корни псевдогомосексуализма мы нередко находим на этапах детства и он представляет собой регрессию к инфантильным переживаниям, влечениям и поступкам.*

Прежде чем доказать, что эта психоаналитическая формула справедлива (а лучшим доказательством послужит физиологическое ее обоснование), мы позволим себе перелистать несколько страничек истории и просмотреть историческую галерею гомосексуалов, собранную Моl'лем в его обстоятельной монографии: „Половое извращение“. Мы увидим, что целый ряд лиц своими сексуальными наклонностями меньше всего могли быть обязаны своему инкреторному аппарату и в гораздо большей мере могли черпать материал для своих вожделений во всей той окружающей

атмосфере, которая вокруг них царила, и в тех гомосексуальных очагах и культах, которые в разные времена насчитывались далеко не единицами. Культ Ваала, мистерии Изиса и Озириса в Египте, культ Молоха и Астарты—известные гомосексуальные очаги. В греческих мифах, в отношениях Зевса к Ганимеду, Аполлона к Гиацинту, Геркулеса к Гиласу—гомосексуализм находит свое отражение. В законах Моисея и Солона имеются указания на педерастию. Аристофан, Платон и Плутарх указывают на связь между гомосексуальной любовью и физическими упражнениями в школах и о процветании гомосексуализма во времена Фемистокла. Циперон упоминает даже о *lex scatinia*, карающем педерастию. Геродот и Гиппократ видят в гомосексуализме социальное явление у скифов, македонян. Из отдельных личностей обращает на себя внимание прежде всего Юлий Цезарь, имевший первую гомосексуальную связь с королем Никомедом в Вифинии и остававшимся впоследствии ярким гомосексуалом, непопрывавшим однако связи и с женской половиной. Курий выразился о Цезаре таким образом, что он „муж всех женщин и жена всех мужчин“ (сомнительно, чтобы в такой оригинальной, сексуальной установке играла бы какую-нибудь роль внутренняя секреция). Нерон также чувствовал себя то мужчиной и требовал, чтобы с молодым Спором обращались как с его женой, то женщиной, взяв себе мужа Дорифора.

Если вернуться теперь к прерванной нами мысли, что корни гомосексуализма, как психоневроза, мы должны искать в детстве и видеть в этом половом извращении регрессию к инфантильной психической установке, уже раз имевшей место, то мы увидим, что такая формулировка оправдывает себя не только с точки зрения психологии, вернее психоанализа, но и физиологии. Психоанализ дает нам возможность во многих случаях ретроспективно обнаружить у больного такого рода ситуацию, и эта ситуация встречается в аналах почти каждого психо-гомосексуала.

В детские годы мальчик подвергается специальному обучению у своих сверстников чаще всего акту онанирования. Впервые искусственно вызывается тот симптомомкомплекс, который А. А. Ухтомский отметил термином „доминанта“. „Достаточно стойкое возбуждение, протекающее в центрах в данный момент, приобретает значение господствующего фактора в работе прочих центров: накапливает в себе возбуждение из отдаленных источников, но тормозит способность других центров реагировать на импульсы, имеющие к ним прямое отношение“<sup>1)</sup>. Имевшая хотя бы один раз место половая доминанта,—биологически и физиологически весьма могучий фактор, за которым „скрывается возбуждение центров и в коре, и в подкорковых аппаратах, и в продолговатом мозгу, и в поясничных отделах спинного мозга, и в секреторной и сосудистой системе“,—оставляет свой глубокий след на нервной системе малыша. Последний неоднократно подвергается искушению со стороны товарищей (или под влиянием уже его собственных побуждений) и половая доминанта неоднократно восстанавливается. Часто дело ограничивается не онанированием соло, а гораздо чаще мальчики (и нередко девочки) прибегают к т. н. „взаимному онанированию“, создавая подчас целые оргии.

Согласно принципов учения о доминанте,—последняя составляется из соматических и кортикальных („психических“) компонентов. Такими

<sup>1)</sup> А. А. Ухтомский. Принцип доминанты. Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. Госиздат. 1925 г.

кортикальными („психическими“) компонентами доминанты являются в этом случае многие представления, сопровождающие процесс возникновения, протекания и угасания доминанты, и между прочим, а может быть, главным образом, представления о мальчуганах—непременных участниках и виновниках всей соответствующей ситуации. Устанавливается таким образом прочная связь между соматическими компонентами доминанты и кортикальными в виде представления о мальчуганах. Эта связь играет свою роль, как уже было сказано, не только в процессе восстановления доминанты, но и в процессе ее разряда. Другими словами, кортикальные компоненты не только способны привести к восстановлению доминанты, но они же непременные участники ее разряда. У мальчика появляется потребность не только в онанировании в присутствии товарища и с участием последнего, но и оргазм наступает также в общении с тем же товарищем.

В дальнейшем, представим себе, мальчик удаляется из развращающей его среды. Его перевозят в другой город или он попадает в надлежащие воспитательские руки, умеющие его отвлечь в другую сторону, переключая его сексуальную энергию в другого рода русло, сублимируя ее в обучение науками, искусством, спортом и т. д. (создание „компенсирующих“ доминант). Ясно, что половая доминанта может долгое время не повторяться. Навсегда ли она погасла? Конечно, нет. Она не только может, но и должна восстановиться и именно в периоде полового созревания. Но одного стимула со стороны эндокринного аппарата, т. е. одних соматических факторов для восстановления целостной доминанты окажется недостаточным, ибо эти соматические факторы уже некогда были связаны и довольно прочно с кортикальными. Чтобы доминанта проделала всю свою эволюцию, чтобы она возникла, нарастала и погасла, требуется, чтобы весь тот проторенный когда-то нервный путь, по которому она уже шла, вновь восстановился. Поэтому соматические компоненты доминанты, ожившие под влиянием внутренней секреции в периоде полового созревания, приводят к оживлению и тех кортикальных компонентов, с которыми они уже были когда-то в родстве; другими словами, мужчину начинает тянуть к мужчине или к мальчику, а женщину к женщине, и возникает психоневроз в виде гомосексуализма <sup>1)</sup>. У такого гомосексуала, если это мужчина, дело сводится не только к тому, что его волнует образ мужчины или образ мальчика. Он не чуждается иногда и общения с женщиной. Но при полной половой потенции он не испытывает при этом полного оргазма, ибо разряд половой доминанты не происходит полностью. Вполне же половой аппетит он испытывает в том только случае, когда он сходит с лицом одного с ним пола, т. е. тогда, когда представление об этом лице, как кортикальные (психические) компоненты, прочно вновь связываются с соматическими компонентами доминанты в одно крепко спаянное условно-рефлекторное кольцо.

Такова же часто этиология и патогенез, лежащие в основе садизма и мазохизма, носители которых обязаны своим половым извращением инфантильным этапам жизни, когда чувственность ассоциировалась с пред-

<sup>1)</sup> Не следует, однако, думать, что такова этиология и патогенез всякого психического гомосексуализма. Сказанное нами относится лишь к частному, правда нередко встречающемуся, варианту.

ставлениями о наказании и избивании, которому ребенок нередко подвергается. Нам скажут, что многие из нас подвергаются телесному наказанию в детстве, однако мы не становимся садистами и мазохистами. Однако, не всякий отец или мать или даже врач, или воспитатель допускает возможность равного проявления сексуального влечения. Если малыш упорно потирает пальцами свои гениталии—то в этом видят „дурную“ привычку, конечно асексуальную, если девочка часто закидывает ножку на ножку и меняется в лице—то это тоже „привычка“. Пусть здесь корень зла лежит в глистах или в развращающем влиянии няни, но факт остается таковым, и влечение к „привычке“—влечение сексуальное. И вот тут-то не все равно, за что нас наказывают, или, вернее, какого рода влечение сопровождает акт наказания: бьют ли нас в детстве за подобного рода привычки или за то, что, скажем, мы поломали куклу, за которой потянулась наша ручка. В последнем случае мы перенесем наказание легко, без особых последствий для своего будущего, ибо в этом случае содержание самого влечения (влечения к игрушке) биологически неинтересно и неважно для нашего индивидуума с его фило- и онтогенетической историей. Но там, где содержание влечения биологически важно для нашей видовой наследственности и истории, там грубое подавление этого влечения не проходит бесследно. Особенно, если налицо телесное наказание, падающее на нас в тот момент, когда организм во власти половой доминанты. Согласно законам последней разнообразные раздражения, которой подвергается в момент возникновения доминанты нервная система, „действуют в руку подкрепления“ ее, в данном случае полового возбуждения. Лежащие в основе последнего соматические компоненты стимулируются не только эндокринным, искусственно возбужденным аппаратом. Соматические компоненты подкрепляются здесь и добавочными агентами, влияющими на соматику, а именно теми раздражениями, которые возникают в результате побоев, наносимых палкой, плетью и т. п. В дугу доминанты входят новые составные части, участвующие в момент разряда доминанты. Поэтому нет ничего удивительного, когда у такого человека и в периоде возмужалости половое возбуждение и удовлетворение возможно лишь в том случае, когда создаются вновь все те условия, в которых уже протекала не раз имевшая место в его истории половая доминанта. Выльется ли это половое извращение в мазохизм или садизм—это уж будет зависеть от многих побочных и разнообразных факторов, прикрывающих собой набросанный нами психофизиологический чертеж.

Теперь спрашивается, как быть с таким психогомосексуалом в том случае, когда он обращается к нам за помощью, а еще хуже, когда он попадает на скамью подсудимых? Каким медицинским путем мы должны идти в деле оценки его личности, прогноза и терапии?

Начнем с того, что обычный судебно-следственный материал, который может быть собран в отношении такого социально-больного человека, не может считаться полным, если он будет собираться только общепринятым и всем известным способом. Обычно ведущееся в таких случаях судебное следствие может обнаружить и сообщников преступления, и место действия, и все подробности, связанные с последним, но почему он одержим этим извращением, оно установить не сможет. Этого не сможет установить и психиатрическая экспертиза, если она будет подходить к оценке личности, пользуясь той методикой, которой она до сих пор пользовалась.

„Дегенеративная конституция“, „отягощенная наследственность“, и „половая психопатия“ — терминология, которая мало чем может помочь юристу в деле обнаружения действительного корня зла. Такой подсудимый подлечит, наряду с обычной, также и психоаналитической следственной обработке, которая одна может бросить свет на всю таинственность и загадочность всякого преступления, и в частности полового. Психоанализ, введенный в судебно-медицинскую практику, послужит не только целям обнаружения всего того, что находится по ту сторону видимой оценки человеческой личности и поведения, но и целям лечебным, ибо по существу своему он не только исследовательский, но и лечебный метод.<sup>1)</sup> Следует помнить, что никакое строгое осуждение подсудимого, никакая строгая изоляция не может вылечить психогомосексуала. Вылечить его может только тот же психоанализ, в том случае если ему удастся обнаружить у больного те вытесненные в бессознательное переживания детства, которые сыграли свою роль в патогенезе симптома и которые теперь лежат в основе психоневроза, но вместе с тем недоступны сознанию его носителя. Если же путем психоанализа извлечь эти вытесненные в бессознательное образы прошлого и сделать их доступными сознанию их носителя — он должен, согласно учения Фрейд'a, от них избавиться.

Но это язык психологии. Как же себе представить процесс излечения психогомосексуализма с точки зрения того же учения о доминанте? Мы видели выше, что в основе гомосексуализма, как психоневроза, лежат инфантильные сексуальные проявления, выразившиеся физиологически в том, что соматические компоненты половой доминанты сопровождалась каждый раз кортикальными в виде представления о соучастнике полового акта — мальчике. За этот счет мы относили влечение к мальчику или мужчине у взрослого гомосексуала. Последний, со своей стороны, нам часто указывает, что он сам не рад своему извращению, он просит у нас помощи и содействия в том, чтобы дать ему возможность избавиться от этого извращения: другими словами, он просит, чтобы мы помогли ему заменить представление о мальчике образом женщины. Можем ли мы это сделать? Да, можем. Но каким образом? Ведь для этого, само собой понятно, мы должны были бы вернуть его в положение ребенка, омолодить его на несколько десятков лет, чтобы у него, вновь превращенного в малыша, искусственно вызвать половое возбуждение и чтобы это сделал уже не товарищ-мальчик, а женщина. Тогда, согласно всех наших рассуждений, впервые появившаяся доминанта имела бы в составе своих кортикальных компонентов представление о женщине. Поспешим оговориться, что под омоложением субъекта и его превращением в малыша мы разумеем, конечно, не физическое превращение. Достаточно, если мы путем психоанализа мы сумеем добиться, если так можно выразиться, мыслительной регрессии к инфантильным переживаниям, если мы сумеем снять всю ту амнезию, которая плотно прикрыла собой все детство больного. Но сумеем ли мы, если так можно выразиться, задним числом, как-нибудь повлиять на ход доминанты, с тем, чтобы заменить одни кортикальные компоненты другими?

<sup>1)</sup> Интересующимся вопросом о целесообразности применения психоанализа в судебно-уголовной практике рекомендую брошюру И. А. Перепеля: «Анализ одного убийства из ревности». Ленинград. 1927 г.

Обратимся вновь к страницам рефлексологии, к тому же учению о доминанте. „Большее или меньшее восстановление всей прежней констелляции, отвечающей прежней доминанте, говорит А. А. Ухтомский, приводит к тому, что прежняя доминанта переживается или в виде сокращенного символа (психологическое „воспоминание“) с едва приметными возбуждениями в мышцах, или в виде распространенного возбуждения со всеми прежними сосудистыми и секреторными явлениями. В связи с этим прежняя доминанта переживается или очень сокращенно с весьма малой инерцией—одними церебральным компонентами, или она переживается со всею прежней инерцией, надолго занимая собою работу центров и вытесняя в них прочие реакции“. Из сказанного видно, что в нашем случае психологическое „воспоминание“ знаменует собственно собой восстановление имевшей место в прошлом доминанты. Это явствует и из той эмоциональной окраски, которая свойственна больному в тот момент, когда он психоаналитически подбирается к пережитой сексуальной ситуации. Он краснеет, волнуется, подчас слегка вздрагивает („едва приметные возбуждения в мышцах“), одним словом, мы имеем пред собой в данный момент соматические проявления—компоненты какого-то образовавшегося в данный момент (момент воспоминания) возбуждения в нервной системе. Но половое ли это возбуждение? Прежде всего сам больной нам в этот момент указывает на сексуальный характер возбуждения. И ему легко поверить. Следовательно, мы путем психоаналитической техники добиваемся того, что больной возвращается ассоциативно к тому этапу детства, когда доминанта имела место впервые, и ему становится понятным, что зло все в том, что ее кортикальные компоненты оказались другими, чем должны были быть. Для него становится ясным, что если бы первые его сексуальные проявления ассоциировались бы с образом женщины—он был бы здоров. Больше того, когда это становится ему понятным, он и выздоравливает.

Но почему? В чем же заключается физиологический корректив, который мы при этом вносим в его психику? Почему с осознанием сущности симптома и его патогенеза больной выздоравливает? Следует помнить, что даже самый примитивный условный рефлекс, который лежит в основании нашей психической деятельности, не только формируется в области *сознания*, т. е. в том „участке больших полушарий, где в данный момент при данных условиях, обладающих оптимальной возбудимостью... легко образуются новые условные рефлексы“ (И. П. Павлов), но и угасание рефлекса, разрыв его дуги, возможен также в той же области *сознания*. Когда мы у собаки с установившимся условным рефлексом—слюноотделением на условный раздражитель—звонок—перестанем подкреплять условный раздражитель безусловным—мясом, рефлекс начнет постепенно исчезать и совсем погаснет. Погашение рефлекса произойдет при этом не только в силу того, что мы выключили из дуги его безусловный раздражитель, но в неменьшей мере и потому, что размыкание дуги произошло не где нибудь, а в области коры больших полушарий головного мозга, в том ее участке, в котором произошло ее замыкание и, „который в данный момент при данных условиях обладает оптимальной возбудимостью“, т. е. в области *сознания*. Как часто мы с трудом соглашаемся с теми или иными новыми идеями и как часто нам трудно отказаться от старых навыков, старых, прочно спаянных со всем нашим существом идей, чувствований и влечений! И не можем мы от них отказаться не

потому, что этому препятствуют наши инстинкты и не потому, что того или иного положения не переваривает наш желудок или какой-нибудь подкорковый узел, а потому, что в коре, в анатомическом субстрате нашей сочетательно-рефлекторной деятельности, еще не образовалась та „оптимальная возбудимость“, при которой новая идея или новое положение могло бы быть легко „осознанным“ и принятым в качестве нового звена в нашу сложную психическую цепь. Только лишь в области *сознания* возможно размыкание дуги старого условного рефлекса, лежащего нередко в основе патогенеза отдельного психоневроза. Излечить последний—значит разорвать дугу условного рефлекса, лежащего в основе психоневроза, и разорвать ее в том месте, где она сомкнулась, т. е. в области *сознания* больного. Вот почему психологическое „воспоминание“ в процессе психоанализа, знаменующее собой восстановление когда-то имевшей место доминанты, со всеми ее соматическими и кортикальными компонентами приводя одновременно и к замене одних кортикальных (психических) компонентов другими. Вот почему у гомосексуала психоанализ вытесняет представление о мужчине или о мальчике, заменяя это представление образом женщины. Осознание гомосексуалом сущности его заболевания не только освобождает его от его невротической установки на среду, но способствует и тому, что меняется его нравственный облик и поведение, характер которого он уже больше не связывает с висевшим над ним мечом „тяжелой наследственности“ и пугалом „внутренней секреции“.

---

Из Дерматологической клиники Казанского университета (Директор—проф. М. С. Пильнов).

## Опыт применения аутовакциноотерапии в дерматологии<sup>1)</sup>.

Приват-доцент **Н. Н. Яснитский** и ординатор **А. И. Дмитриев**.

Лечение обширной группы кожных болезней, развивающихся в результате инфекции кожи и ее придаточных образований гноеродными микроорганизмами, всегда являлось неблагоприятной и трудно разрешимой задачей дерматологии. Разнообразие и неодинаковая вирулентность флоры, глубокая иногда локализация болезненного процесса, различная интенсивность воспалительных явлений—все это в значительной мере затрудняет выбор надлежащих лечебных мероприятий. Общеупотребительные методы местной терапии, направленной к уничтожению патогенной флоры, в большинстве случаев не достигают цели, проявляя сравнительно поверхностное действие, в то время как глубокие фокусы процесса при этом обычно или остаются вне сферы влияния лекарственных средств, или подвергаются ему в незначительной мере. Этим до некоторой степени объясняется хроническое течение и склонность к рецидивированию многих инфекционных дерматозов (фурункулез, угри). Ввиду ненадежности, а подчас и полной безуспешности, большинства обычных методов местной терапии (медикаментозной и физиотерапии) вполне естественной и за-

<sup>1)</sup> Доложено на заседании венерологической секции О-ва врачей 11 апреля 1929 г.