

Проект за преиздаване на трудовете на доктор Лозанов,
препис: Маргарита Желязкова,
преподавател – сугестопед по английски език, гр. София

ВНУШЕНИЕ

Г. ЛОЗАНОВ

(из „Ръководство по психотерапия”, Проф. Е.М. Шаранков, Д-р Г. Лозанов, Д-р И.В. Петров, Д-р А.Т. Атанасов, изд. Медицина и Физкултура, София, 1963)

СЪДЪРЖАНИЕ НА ПОНЯТИЕТО ВНУШЕНИЕ

Още от първото проблясване на искрицата съзнание и разум в новия вид на органичния мир, homo sapiens, до днешното тържество на необхватната творческа човешка мисъл внушението неотменно и постоянно дава своя принос или взима своя дял. И днес едва ли има просветен лечител, който да не отдава необходимото заслужено внимание на внушението (сугестията).¹

Но понятието внушение, което заема огромно място в психотерапията, все още е предмет на най-различни, понякога противоречиви становища. Отделните учени в зависимост от своите нееднакви изходни философски позиции му дават и различни определения.

¹ Сугестия - произлиза от латинската дума *suggero, suggessi, suggestum* - подставям, подшушвам, внушавам.

Най-честият основен елемент в определението на внушението е пораждането на различни представи и идеи, вследствие на които възниква едно или друго явление (*А. Лиебо - Liebeault, A. A., и др.*). Мнозина изследователи свързват тези представи с вярата или с убеждението, че те действително се реализират в момента на възникването им (*А. М. Вайценхофер - Weitzenhoffer, A. M., А. Форел - Forel, A., А. Мол - Moll, A., и др.*). Тук биха могли да се причислят и онези, които схващат внушението като форма на идеомоторен акт (*Х. Бернхайм - Bernheim H., Е. Л. Торндайк - Thorndike, E. L., В. Хилгер - Hilger, W., и др.*). Някои учени определят внушението като форма на идеомоторни действия, но ги наричат стимулоотговарящи, при което подразбират също така, че се предизвиква представа, която създава непосредствен стимул (*Р. С. Удуърт - Woodworth, R. S., М. А. Отис - Otis, M. A., и др.*). Внушението се определя още с понятието представа при ограничена асоциативна дейност (*В. Вунд - Wundt, W., Л. Льовенфелд - Loewenfeld L., Шренк-Нотцинг - Schrenk-Notzing, Л. Льофевр - Lefevre, L., и др.*). Изобщо авторите, които са склонни да сведат механизма на внушението към механизма на самовнушението, обясняват и определят внушението най-често с извикването на представи, които притежават едни или други особености. Внушението предизвиква представи, които след това се реализирали по пътя на самовнушението в рамките на съзнанието. Съществуват и редица други определения. Някои разбират внушението като нравствен натиск (*А. Бине - Binet, A., и др.*), като несъответствие с действителността (*Цв. Петков*) и др. Или като “преднамерена и

непредвидена форма на афективен резонанс” (Б. Стоквис - *Stokvis, B.*). Н. Шипковенски слага ударението върху физиологичното понятие доминантно огнище, а на друго място изяснява механизма на внушението с психологичното понятие идентификация. Според други внушението представлява в известен смисъл насилване волята и потискане критиката (Б. Сидис - *Sidis, B.*, П. Жане - *Janet, P.*, Ю. Канабих, Х. С. Уорън - *Warren H. C.*, В. Д. Фюрно - *Furieux, W. D.*, и др.). Психоанализата не пропуска в определението на понятието внушение да внесе елементите на своята сексуална биопсихологична постановка, говорейки за прехвърляне (З. Фройд) или за създаване подчинение като израз на детско-бащинско отношение (С. Ференци - *Ferenczi, S.*) и т. н. Интересни са определенията, които представят внушението като присаждане на психични състояния без участието на волята (вниманието) и дори нерядко без ясно съзнание от страна на възприемащия (В. М. Бехтерев) или без критика (К. И. Платонов, У. Макдъгал - *McDougall, W.*, и др.) или пък без доводи, непосредно чрез раздрази (Е. Кречмер). И. П. Павлов определя внушението от предимно физиологична гледна точка като “концентрирана възбуда на определен пункт или район на големите полукълба ... възбуда, получаваща преобладаващо, незаконно и непреодолимо значение ... при слаба кора, при слаб, нисък тонус (к. н.) тя като концентрирана се съпровожда от силна отрицателна индукция, откъсваща я и изолираща я от всички странични, необходими влияния”. Той

характеризира внушението като най-опростен, най-типичен рефлекс за човека.

Тук няма възможност да се впускаме в подробен разбор на различните определения. Изложението на нашето схващане за физиологията и психологията на внушението като две неделими страни на един изключително сложен жизнен процес ще изясни косвено и отношението ни към тях.

ПСИХОЛОГИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НА ВНУШЕНИЕТО

СЪЗНАВАНА И НЕСЪЗНАВАНА ПСИХИЧНА ДЕЙНОСТ

Психологичните определения, които подчертават липсата на критика или отсъствието на внимание и дори неяснотата на съзнанието като основни изисквания за осъществяване на внушението и като главна негова характерна черта, са твърде близки до същността на въпроса, без да го изчерпват изцяло. Затова, преди да задълбочим нашия разбор върху внушението, ще разгледаме въпроса за съзнаваната и несъзнаваната психична дейност.

Съществуват редица факти от живота и от клиниката, от хипнозата при човека и от физиологични експерименти, които поставят въпроса за тази извънсъзнателна психична дейност и показват нейното значение за правилното разбиране на човека в здраве и болест.

Известни са и случаи, когато по неочаквано вдъхновение или на сън се разрешават дълго обмисляни преди това проблеми. (Кекуле разрешава проблема за структурата на бензоловото ядро в съня си, а Колридж вижда на сън и написва стихотворението “Кубла-Кан”.)

В клиниката може да се проследи как при онеироиден делир, халюциноза и др. се проявяват амнестично “прикрити” от съзнанието душевни съдържания.

Постхипнозното внушение показва нагледно как несъзнавани душевни съдържания могат да променят по най-неочакван начин поведението и състоянието на съзнанието. Хипнозната хипермнезия твърде често ни разкрива неизвестни за съзнанието преживявания и знания. Такива факти се откриват и чрез т. нар. автоматично писане (А. Мюл - *Muhl*, А. Г. Хайер - *Heuer*, G. R., С. Л. Тъки - *Tuskey*, С. L., и др.).

Тук могат да се добавят и реакциите, които А. Г. Иванов-Смоленски обяснява със сключване рефлекса на нивото на първата сигнална система, пресензорните реакции на А. Т. Пшоник и субсензорните реакции на Г. В. Гершуни. Ф. В. Басин отнася тук и възможността за възприемане в сън на сложни речеве инструкции (А. М. Свядоц), изследванията на промените в ЕЕГ, кожните биопотенциали и др. при речеве сигнали под прага на чуването (*Мацумото и Чжан Цули*) и условнорефлексните реакции на светлинни сигнали при хистерична амавроза (*Багавут и Оболенска*).

Френски учени говорят за “второ аз” или “двойно” съзнание (“*double conscience*”). П. Жане счита това двойно съзнание за патологично или

предизвикано само в хипноза. *В. Вунд* говори за център и периферия на вниманието, гдето психичните състояния все повече избледняват, докато опрат в прага на съзнанието, зад който няма никакъв психичен живот. Такова становище имат и редица други автори (*К. Чолаков*, *Г. Уелс* и др.). Подобно схващане застъпват *П. Шилдер* (*Schilder, P.*) и *Е. Кречмер*, само че те приписват на периферията на съзнанието значителна, доминираща активност. Тези зони *Шилдер* нарича “сфера”. В понятието “сфера” не се включват според *Е. Кречмер* елементарните сетивни раздрази или качествата на произнесената дума (интонация, жест, заповеден вик, болка и пр.). Мъглявият смисъл в символизма на думите е според него носителят на сферичните качества.

В. М. Бехтерев говори за пасивните възприятия, които постъпват в общата психична сфера, когато активното внимание е погълнато от някаква дейност, т. е. в състояние на разсеяност.

К. И. Платонов говори за вторична второсигнална преработка при случаите, когато някаква незабелязана от съзнанието раздраза или сънуване след известно време се припомня и осмисля, като често придобива качествата на болестно самовнушение.

Че извън съзнанието съществува висша нервна дейност, това едва ли би могло да се оспори. При извънсъзнателната висша нервна дейност не можем да говорим за ясни възприятия, представи, мисли, чувства и пр. При редица случаи съществуват, както *И. М. Сеченов* казва, “тъмни” усещания. В други случаи ние получаваме сякаш наготово неочаквани отношения, чувства, решения и пр., които възникват, както казва *И. П.*

Павлов, “неизвестно как”. Понякога се оказва, че сме възприели от околния свят удивителни подробности, без да сме спирали вниманието си на тях. При това тази несъзнавана или недостатъчно съзнавана психична дейност има немаловажно значение както в здраве, така и в болест. Съкратените формули на умствената и физическата дейност например протичат нормално в огромната си част извън полето на съзнанието, автоматично. При някои заболявания обаче, особено при тежки форми на психастения, настъпва значителна дезавтоматизация, при което стереотипите избледняват, скъсените формули на автоматизация отново се удължават както при тяхното начално изработване и болният се вижда принуден да преработва отново всичко онова, което преди е ставало повече извън полето на съзнанието.

Болният Л. заболява от тежка форма на психастенна невроза, която започва в пубертетната му възраст с непрекъснато преработване в съзнанието на процеса писане. Всяка буква трябвало внимателно да се изписва, буквите да се сливат в срички и сричките в думи, като се държи сметка за всяка чертичка. Заетостта на съзнанието му в един процес, който нормално на тази възраст протича вече автоматично, пречела да се схваща смисълът на написаното. Това го измъчвало, но той не бил в състояние да се справи чрез усилия на волята си. Този процес на прогресираща дезавтоматизация постепенно обхванал и рисуването, и четенето. Наложило се по цели дни да седи над една единствена страница от учебника, да срича думите, да се вглежда в начина на изписването на всяка буква, да анализира всичко това и

т. н. Дезавтоматизацията обхванала в следващите няколко години и движенията му. Всеки импулс за ходене, говорене, игра и т. н. се съпровождал от контраимпулс в съзнанието му. Необходимо било голямо напрежение, за да направи някакво цялостно движение. Всяка крачка за него станала упражнение в ходене. Изчезнала в значителна степен и автоматизацията на мисленето. Спънала се цялата му дейност. На този фон започнали да възникват и отделни натрапливи изживявания и действия - също дезавтоматизирани, което още повече засилило общата дезавтоматизация. Само вегетативната нервна система запазила своята безупречна дейност. Въпреки много добрата си надареност и макар извънредно подробно да вниква в механизма на своите болестни изживявания, за него стават почти невъзможни както умственият труд, така и физическата работа.

От този пример на насочване съзнанието към обикновено несъзнаваното, автоматичното до неовладимите от волята тъмни, несъзнавани или недостатъчно съзнавани психични дейности съществуват необозримо количество преходи. Съзнаваната и несъзнаваната психична дейност се намират в непрекъснато взаимодействие. При тяхното разглеждане обаче е необходимо “...физиологичните и психичните понятия за мозъка и съзнанието да не се смесват с философските понятия за тях” (*Т. Павлов*). Или, както *В. И. Ленин* пише за понятието “материя”, “...съвършено недопустимо е да се смесват...учението за един или друг строеж (к. н.) на материята с гносеологическата категория...”. *И. П. Павлов* отбелязва, че не ще се докосва до философското гледище за съзнанието, т. е. не ще решава

въпроса, "...по какъв начин материята на мозъка произвежда субективното явление, и т. н...". Той определя съзнанието физиологично като подвижен участък с оптимална възбудимост по големите полукълба. В този участък лесно се образуват новите условни рефлексии и успешно се изработва диференцировката. Дейността на другите отдели е онова, което ние обикновено наричаме безсъзнателна, автоматична дейност. По-късно за тези отдели той пише: "...физиологията на големите полукълба би овладяла *твърде важното за прилагане към човека положение* (к. н.), че образуването на нови връзки в кората може да се извърши не само в районите на полукълбата с оптимална възбудимост, но и в техните части, които са повече или по-малко потиснати". "*Нека този акт не се осъзнава; но той се извършва и при благоприятни условия може да се прояви в съзнанието готов и да се представи като възникнал неизвестно как*" (к. н.).

Естествено е да се мисли, че при човека подвижното поле на оптимална възбудимост ще обхване преди всичко втората сигнална система, която създава отразителното богатство и познавателните свойства на съзнанието - неговите потенциални възможности. И от това, кои участъци на втората сигнална система се намират в оптимална възбудимост, зависи пък какво ще бъде за даден момент съдържанието на съзнанието.

Най-често обаче съзнанието бива свързано с дейността на цялата втора сигнална система или на цялата кора изобщо. А неосъзнаваната душевност се обяснява с откъснатата от втората сигнална система

първосигнална дейност (А. Г. Иванов-Смоленски) или се “сваля” в подкориято (А. Т. Пшоник). Липсата на словесен отчет за реакцията се обяснява със сключване на рефлексната дъга на нивото на първата сигнална система поради потиснатост на втората сигнална система (А. Г. Иванов-Смоленски) или поради слабост на импулсите (В. Г. Самсонова).

Логично е обаче да се допусне, че попадналият в потиснатите участъци на втората сигнална система възбуден процес все пак осведомява най-висшата, най-реактивната, най-младата система и оставя следа, въпреки че не се осъзнава.

Редица примери на хипноза потвърждават тази мисъл. Внушението например да се издекламира определено стихотворение два часа след събуждането от хипноза остава много често преди и след осъществяването му неизвестно за съзнанието - “липсва словесен рапорт”. Може ли да се отрече участието на втората сигнална система в декламирането на стихотворението? И тази внушена речева дейност, за която може и цял живот да не се получи словесен рапорт, не е ли несъзната психична дейност?

При това с пълно основание може да се допусне, че лицата, които не дават словесен рапорт за някои страни на двигателната реакция, в хипноза ще си ги спомнят, ще дадат рапорт, който би могъл след това да се “изтегли” и в будно състояние. Известно е например, че в хипнозна хипермнезия може да се получи словесен рапорт не само за потънали в забрава спомени, но и за факти, които никога не сме

подозирали, че сме възприели. Могат в някои случаи да се припомнят стъпалата, които болният е изкачил до лекарския кабинет, без да ги е броил; може да се посочи броят на копчетата по дрехите на присъстващите и пр. (*Г. Лозанов*). На една от “Средите” на *И. П. Павлов* се споменава, че един аптекарски ученик например би могъл в будно състояние да си припомни 5 – 6 от 150 стъкленици, докато в хипноза би назовал може би около 145.

Още “по-ниско” сваля несъзнаваната психична дейност *А. Т. Пшоник*, когато твърди, че: “Пресензорните стимули (както екстеро-, така и интерорецептивни), докато не са включени в коровите връзки, са неусетими. Включени обаче в такива връзки, те стават усетими, сензорни”.

Това схващане изключва като че ли възможността да се образуват неусетими, т. е. несъзнателни корови връзки. Тук не става дума дори за втората сигнална система, а видимо стига се и до изключване от дейност на цялата главномозъчна кора.

И в единия, и в другия случай авторите предполагат, че съществува схематична функционална дисоциация “по вертикала” с пълна изолация на втората сигнална система или дори на кората изобщо. Дисоциация “по хоризонтала” не се допуска. А това на психологичен език е вече крачка по-близо до *З. Фройд*.

Такава дисоциация “по вертикала” наистина може да се наблюдава в клиниката. Това са например елементарните импулсивни-инстинктивни и насилствени, неосмислени и неосъзнати действия,

които се срещат най-често при дифузни органични опустошавания на коровите структурни единици. Далеч по-съществена, по-сложна и от по-голямо значение за разбиране характера на несъзнаваните процеси обаче е често срещаната в клиниката функционална дисоциация, насочена предимно “по хоризонтала”. Тя се наблюдава например при преходните трансови и сомнабулни състояния, свързани с извършване на най-сложни дейности, стигащи понякога до участие в социалния живот, пътешествия и интелектуално творчество. Те се срещат при функционални страдания и при някои органични процеси.

ФАЗОВО ОБКРЪЖЕНИЕ

Ако си представим съзнанието като подвижно “светло петно” с оптимална възбудимост, което обхваща в своето движение различни корови участъци, създавайки най-добри условия за изграждане на нови връзки, то това ще се изразява психологично в постоянната смяна на съдържанието на съзнанието (усещания, възприятия, представи, мислене и пр.). Едновременно с движението на “светлото петно” ще се променят локализацията и интензитетът и на окръжаващата го по-светла или по-тъмна сянка, където се извършват неосъзнаваните или неясно осъзнаваните психични дейности. При нормални условия значителна част от несъзнаваната психична дейност става съзнавана и, обратно - съдържанието на съзнанието преминава в несъзнавана

психична дейност. Изобщо невъзможно е да се откъсне съзнаваната от несъзнаваната психична дейност, както е невъзможно да се отдели осветеният предмет от неговата сянка.

Все пак може да се мисли, че в степента на потиснатост на функционалните полета има известни закономерности. Така например може да се предполага, че участъците, които се намират в определен момент в най-слаба връзка със съдържанието на съзнанието, са обхванати от най-интензивен процес на потискане и вероятно най-трудно биха създали нови или възстановили досегашни връзки. С приближаването към “светлото петно” на съзнанието сянката на потискането ще се разрежда и условията за създаване нови връзки ще се подобряват поради по-малко или повече нарастващата насоченост на тези функционални участъци към съдържанието на съзнанието за определен момент. В следващия момент приближаващите се към “светлото петно” “тъмни” участъци биха попаднали в оптимална възбудимост и за да бъдат функционално готови, разбира се, те ще повишат своята възбудимост.

Съществуват всички основания да се очаква, че при прехода от дълбока потиснатост към оптимална възбудимост възникват междинни състояния между бодърствуване и сън, т. е. възникват хипнозни фази. Може да се твърди, че около полето на съзнанието често се създава “фазово обкръжение”.

В това отношение могат да се приведат редица факти. Така например, когато съзнанието ни е изцяло заето с някаква умствена работа, може

да се случи, щото и най-силните шумове да останат незабелязани, докато някой съвсем слаб шум е в състояние да ни стресне и да прекъсне заниманията ни. Това явление в своята физиологична характеристика едва ли се отличава особено от “стряскането” при слаби дразнения по време на заспиване. И в единия, и в другия случай явно възникват преходни състояния между будност и дълбок сън, т. е. възникват преходни фазови състояния.

В психиатричната клиника са известни редица аналогични факти. Слаби, едва доловими или подпорови по отношение словесния отчет дразнения могат често пъти да предизвикат бурни халюцинаторни изживявания, докато обикновените силни звукове или светлини остават без такава реакция.

Особен интерес в това отношение будят някои свойства на пресензорните реакции (*А. Т. Пшоник*) и на субсензорните реакции (*Г. В. Гершуни*). Така например *А. Т. Пшоник* отбелязва, че пресензорните екстерорецептивни импулси, както и пресензорните интерорецептивни импулси встъпват трудно в условнорефлексна връзка, но след това почти не се поддават на угасване. *Г. В. Гершуни* намира, че условната реакция е значително по-голяма, когато рефлексът протича субсензорно. Попадането на условния дразнител в потиснатия фон извън полето с оптимална възбудимост би обяснило по-трудното образуване на условната връзка. Затрудненото угасване и по-голямата величина на реакцията говорят за застойност на възбудния процес и парадоксална реактивност, т. е. за “фазовост”.

Към този вид явления спадат честите случаи на незабележими за болния и лекаря ятрогенизации. Някаква неотбелязана от съзнанието на болния гримаса на лекаря, някой жест, някой оттенък в израза и пр. по-късно при подходящи условия изплуват в съзнанието и с голяма сила го завладяват - болният започва да намира в себе си симптомите на някаква болест, каквато той всъщност няма. Щом слабото, неосъзнатото дразнене по-късно с непреодолима сила завладява съзнанието, логично е да се предполага, че то е попаднало върху потиснатото поле, съответстващо на парадоксалната фаза, която *И. П. Павлов* нарича “фаза на внушението”. Подобни явления могат да се наблюдават и при други случаи в живота.

Разбира се, фазовият преход към дълбоко потиснатите участъци (фазовото обкръжение на полето с оптимална възбудимост) е твърде динамичен. Докато при нормално будно състояние той представлява тясна преходна ивица, при състояния на повишена потискаемост той се разлива нашироко, като обхваща с различна интензивност полето с оптимална възбудимост. По такъв начин оптималната възбудимост престава да бъде оптимална. Психично това ще се изразява в снижаване на критиката, воалиране на съзнанието, извращаване на реактивността, повишаване на внушаемостта и т. н.

НЕСПЕЦИФИЧНА ПСИХИЧНА РЕАКТИВНОСТ

От оптимално ясната точка в центъра на съзнанието през постепенно съгъстващия се процес на потиснатост, през фазовото обкръжение и до

най-интензивно потиснатите полета - навсякъде се извършва един или друг вид аналитико-синтетична дейност. При всяко възприятие съществуват централен, максимално ясен комплекс от усещания и все по-периферни, придружаващи тъмни усещания. Така е и при словото. Неговото съдържание, което носи спецификата, основната мисъл, попада в центъра на съзнанието, където се подлага на критичен анализ, логична обработка и на края получава съответния разумен отговор. Но освен спрямо специфичното за словото негово строго смислово значение ние реагираме и спрямо цял комплекс съпътстващи, а в някои случаи предшествувачи или последващи, неспецифични за това слово дразнителни. Количеството на тези неспецифични дразнителни е неподозирано голямо. Тук спадат жестовете, походката, мимиките, изразът на очите, дикцията, интонацията, редица незабележими за съзнанието ни идеомоторни движения, обстановката и други въздействащи влияния.

Този вид психична дейност ние наричаме *неспецифична психична реактивност* (н. п. р.). Тя включва в себе си и понятието на П. Шилдер и Е. Кречмер "сфера", но се отличава съществено от него. Преди всичко н. п. р. не се ограничава само със "съноподобното кататимно парообразно аглутинационно мислене" по периферията на съзнанието. Тук се включват и елементарните сетивни качества на думите - сила, звукосъчетание, интонация и пр. Включва се и необходимият комплекс от дразнителни на социалната и природната среда - жестове, мимики, погледи, дикция, идеомоторни движения, обстановка,

природен декор и др. Нашето схващане за н. п. р. се различава от понятия като “сфера” още и по това, че ние не я отнасяме към периферията на съзнанието (а според някои цитирани автори към периферията на вниманието), зад което съществува “нищото”. Ние считаме, че н. п. р. започва при нормални условия от постепенния преход на съзнателното в неясно съзнаваното, гдето възниква “фазовото обкръжение”, и минава в дълбочина до най-тъмните, далечни и несъзнавани области на психичния живот.

Н. п. р. по неуловими за съзнанието пътища създава дълбочината и силата на изживяването. Тя нагласява основните тонове, които звучават в нас. Н. п. р. съществува непрекъснато в живота и създава дълбочината, усета и несъзнатото отношение не само в словесното общуване, не само при интелектуалната дейност, но и във всичко, което се възприема с отделните рецептори.

Специфичната психична реактивност се отличава с яснота на представите, склонност към мислене в понятия, интелектуална абстрактност, стегнатост на логиката, както и с яснота и точност на възприеманите образи посредством рецепторите. Н. п. р., обратно, носи белезите на недостатъчна осъзнатост или пълна неосъзнатост, при което могат да възникнат неясни образи или конкретно ясни, но предимно емоционално наситени. Н. п. р. долавя скрития смисъл на човешката реч. Тя изгражда интуитивния усет за вярност и правдоподобност на думите, които чуваме. Тя е почвата, върху която вирее внушението.

Един болен открива, че любимата му вече обича друг, в начина, по който казва на другия “глупак”! Той усетил, че в израза и тона на любимата му имало нещо от израза и тона ѝ към него, когато били в началото на любовта.

Нека вземем например внушаващата сила на художественото слово. Има художествени произведения, които ни завладяват изцяло, а когато проследим идеите, които са вложени в тях, ние с изненада можем да установим, че и други произведения предлагат същите идеи, но с по-малко внушаваща сила. От друга страна пък, един и същ разказ или едни и същи стихове въздействуват коренно различно според това, как те са поднесени. Явно е, че не само значимостта на изложената идея, не само формата на изложението, не само ритмът и ритъмът на словото, но и начинът на неговото произнасяне имат значение за възприемането на тази идея. Майсторите на словото знаят това.

Оказва се, че навсякъде в живота, в отношенията между хората от изключително голяма важност е не само какво, но и как се говори.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МЕХАНИЗМИ НА ВНУШЕНИЕТО

Ниският коров тонус според *И. П. Павлов* е благоприятно условие за успешно внушение. При нисък тонус на кората в “оптимална възбудимост” лесно възникват преходни състояния на потиснатост, които не позволяват извършването на високоактивна, целенасочена, съзнателна и осмислена аналитико-синтетична дейност. Попадналите

на този фон словесносугестивни и други дразнения могат да придобият “преобладаващо, незаконно и непреодолимо” влияние. Значението на тези “фазови състояния” особено силно и с право се подчертава от *К. И. Платонов*.

Внушението обаче е всекидневен факт. То действа и при силен тонус на кората. Естествено тогава то ще намери най-добри условия за реализиране не в полето с оптимална възбудимост, но в потиснатите участъци, предимно в полетата на фазовия преход, в областта на фазовото обкръжение. Основната черта, която характеризира внушението, това е заобикалянето на критиката и логиката на личността. А това може да стане само като се заобиколи съзнанието и се влезе по израза на *В. М. Бехтерев* във вътрешните покои през задната вратичка. Може би тук ще ни се възрази, че много често в психотерапевтичната практика на болния е известно, че се лекува с внушение, че в момента му се провежда сеанс за внушение. Но това далеч още не значи, че той се лишава от своята н. п. р. По същия начин познаването на законите на изкуството не ни лишава от неговото благотворно внушаващо въздействие. Все пак, разбира се, знаенето, че се извършва лечебно внушение, затруднява у някои, склонни към тълкуване болни лечебната процедура. Но не толкова самото знаене, колкото достъпът на съзнанието и критиката до внушението пречи на лечебните усилия. И, обратно, колкото по-малко достъп има съзнанието до внушението за критика, толкова по-дълбоко се врязва то. Психотерапевтичната практика потвърждава тази мисъл.

Особено показателен в това отношение е случаят с болната Н., 45-год., която страда дълги години от натраплива невроза. Приложеното хипносугестивно лечение даваше много добри резултати, но само за кратко време. Когато след шестмесечно упорито лечение разпитахме болната какво прави след сеанса, оказа се, че тя се опитва да си припомни подадените внушения и след това разсъждава върху тях и тяхната лечебна стойност. Тогава я насочихме да не “изравя” внушенията, да не се опитва да си ги спомня, осъзнава и осмисля. Още при първите следващи сеанси настъпи рязко и сравнително трайно благоприятно повлияване.

Внушението постъпва по пътя на н. п. р., главната физиологична база за която е фазовото обкръжение. Особеното значение на н. п. р. проличава и в становищата на *К. И. Платонов*, който изтъква някои отделни негови страни. Той подчертава внушаващата сила на интонацията при физиологични експерименти и при ятрогенизиране. *И. С. Сумбаев* казва: “...думите оказват внушаващо влияние само (к. н.) в този случай, ако се произнасят с тържествено патетичен или заповядващ тон, т.е. когато думите действуват не само със своето смислово съдържание, но също и със силата, ритъма и тембъра на звука, с тяхната афективна окраска”. *В. Н. Мясищев* посочва значението не само на думите, но и на мимиката и пантомимиката. *А. М. Вайценхофер* (*Weitzenhoffer, A. M.*) говори за “маргинални” внушения, които постъпват чрез израза на лицето и интонацията в гласа на лекаря. Редица наблюдавани от нас болни получават леки хипноидни състояния до дълбока хипноза без никакво словесно внушение, а само

като подражават несъзнателно дишането ни, което преднамерено правим по-шумно и по-ритмично - като при сън.

Разбира се, внушението възниква от взаимодействието между почва и външен дразнител. Не всеки дразнител, попаднал върху тази почва, почвата на н. п. р., довежда до внушение. Необходимо е и самият дразнител по качество и сила да е така точно отмерен, че да може от взаимодействието му с почвата да възникне внушение.

Затова ние възприехме следното определение на понятието внушение: *внушението е резултат на специално отправено към н. п. р., и съобразно нея точно отмерено по вид и сила дразнене, което автоматично променя различни физиологични и психични дейности, като в съзнанието могат да изплуват отделни съставки или целият комплекс, без винаги да съществува чувството на нещо чуждо или за принуда.* А това става възможно, защото отмереното съобразно индивидуалната специфика за момента дразнене попада във фазова реактивност, където се изолира и придобива непреодолимо значение.

Ние не сме склонни да приемем определенията, които поставят в центъра само представата. Наистина, доколкото е немислимо общуване без възникване на представи, те вземат съществено участие. Но всяка ли представа става внушение? Сугестивна стойност имат само представите, които носят за болния афективен заряд и притежават максимална застъпеност на елементи от н. п. р., за да попаднат във фазова област, гдето единствено могат да се застоят. Такива представи обаче вече губят много от своите обикновени, съзнателно усвоени

качества, от своите рационално-познавателни свойства. Затова според нас *В. Н. Мясищев* основателно отбелязва, че сугестивните методи се противопоставят на рационалните като ирационални. Само механизмът на обикновената представа не може единствен да ни обясни внушените автоматични действия, за чието извършване после с изненада се научава, не може да ни обясни и внушеното безкръвно убеждане, внушените трофични изменения, внушената хипермнезия, при която се припомнят неподозирани минали възприятия, внушеното изостряне на сетивата значително извън обикновените граници, внушеното оздравяване от соматични страдания, за интимното естество на които болният, а често и лекарят нямат ясна представа, и т. н. Ние мислим, че за възникването на внушение е необходимо в областта на н. п. р. да попадне някакво отмерено дразнене, което може и да не се изживее като представа.



Фиг. 4 Болна с разширени и нереагиращи на светлина и акомодация зеници

Изписана от нервна клиника с парасимпатикопаралитичен синдром с неизяснена етиология. Лекувана е 6 мес. амбулаторно и клинично без резултат. След първия сеанс на внушение в обикновено будно състояние най-напред се сви и започна да реагира лявата зеница. След още три сеанса

на внушение се нормализира и дясната зеница (демонстрирана на клинична конференция в Градския психо-неврологичен диспансер - София);

а- след първия лечебен сеанс - дясната зеница е широка и не реагира, а лявата е нормално широка и с възстановени реакции; б - след приключване лечението - двете зеници са нормално широки, еднакви със запазени реакции.

(И в този случай внушението не може да се обясни само с механизма на обикновената представа)

За да може това отмерено съобразно почвата дразнене да попадне в н. п. р., явно е, че съществуват две главни групи механизми, а следователно и две групи способности за използване на тези механизми. В *първата група* спада планомерното снижаване възбудимостта в полето с оптимална възбудимост, т. е. снижаване критичната готовност и яснотата на съзнанието, снижаване качеството на специфичната психична реактивност и приближаването ѝ към н. п. р. *Втората група* способности използва механизмите за въздействие извън полето на съзнанието без снижаване неговата яснота и критичност. Методите, които спадат към тази група, търсят преките пътища за н. п. р. Към тази втора група спадат *две подгрупи*. Е д н а т а п о д г р у п а обхваща тези методи, които при търсенето на н. п. р. без снижаване качествата на специфичната психична реактивност, на съзнанието, все пак имат и съзнателна съставка, която фиксира върху себе си специфичната психична реактивност и отваря пътищата на другата съставка към н. п. р. Подобно схващане изказва и *И. С. Сумбаев*, когато твърди, че

ефективността на последващите внушения зависи от успешното бързо стесняване на съзнанието. В т о р а т а п о д г р у п а на въздействие включва сугестивни методи, при които се въздействува само по пътя на н. п. р., без ангажиране на специфичната психична реактивност, без съзнателна съставка.

Най-често обаче отделните методи съчетават повече от механизмите, които посочихме. В психотерапевтичната практика пък се прилага целият комплекс от методи. По такъв начин лекарят психотерапевт използва най-често цялостната готовност за реагиране, всички сугестивни механизми.

От дидактични съображения тук се опитваме да представим обща схема на основните сугестивни механизми, като посочваме и някои от методите, които се базират на тях. Отделни методи, които разглеждаме на други места, също биха могли да се вградят в тази схема. За по-голяма изчерпателност в подпомагащите внушения средства и методи сме включили и фармакодинамични, физични, физиологични и други условия и средства.

Към първата група методи - използващите механизми на снижаване възбудимостта в полето с оптимална възбудимост, намаляваме яснотата на съзнанието, т. е. понижаване качеството на специфичната психична реактивност и приближаването ѝ към н. п. р. - спадат:

Авторитет на вярата, на догмата, на личността

Всичко, което изхожда от утвърдени в съзнанието ни авторитети, се приема с минимална критичност, а често дори и без всякаква критика. Липсата на критичност е естествено свързана със снижаване тонуса на съзнанието или на физиологичен език с понижаване степента на оптималната възбуда. Авторитетът на най-ограничени и далеч не хуманни религиозни тълкувания и изсквания е една от основните причини за възникването в миналото на масови религиозни внушения, развиващи се до епидемии. Парижкият парламент с декрет от 1624 г., четвърт век след смъртта на Джордано Бруно, заплашва с изгнание ония, които публично защитават мнения, противни на Аристотел; а Сорбоната обяви в 1629 г., че който противоречи на Аристотел, противоречи на църквата.

Разказва се за ония времена следният анекдот: Тогавашен учен видял на слънцето петна и съобщил това си откритие на един достоен служител на църквата. “Сине - казал му той, - аз съм чел много пъти Аристотеля, та мога да те уверя, че в книгите му няма нищо подобно. Иди си с миром и вярвай, че петната, които си видял, съществуват в твоите очи, а не на слънцето.”

Ореолът на светийството у редица личности е изграждал техния авторитет всред религиозно настроените маси. *Достоевски* в романа “Братя Карамазови” разказва за стареца Зосима, към когото се стичали хиляди страдащи и мнозина от тях получавали действително изцеление и облекчение. Ето как Достоевски описва една сцена на такова чудотворно излекуване:

“Тълпата се струпа около стълбата от три стъпала, която съединяваше ниския чардак с полето. Старецът застана на горното стъпало, тури си епитрахила и почна да благославя жените, които се притискаха около него. Издърпаха към него за двете ръце една припадничава. Щом съзря стареца, тя изведнъж почна нелепо да пищи, да хълца и цяла затрепери като в гърчове. Старецът сложи на главата ѝ епитрахила, прочете ѝ кратка молитва и тя тутакси притихна и се успокои...Много от натрупаните около него жени плачеха със сълзи на умиление и възторг, предизвикани от ефекта на тази минута; други се натискаха да целунат поне края на неговата одежда, а някои нареждаха нещо.”

И наистина излекувания са настъпвали според преданията само тогава, когато болният е вярвал в лечебната сила на светеца лечител. А това има стойност и днес за лечебната сила на лекаря психотерапевт. Вярата в медицината повишава възможностите за внушение на всички медицински лица и особено на лекаря.

Внезапни шокови раздрази

Внезапното шоково внушение, което изненадва болния със своята неочаквана сила и грубост, се прилага много често във военновременната лечебна практика (*Кл. Венсан - Vincent, Cl., Кауфман - Kaufmann*, и др.). Някои от тези методи се отличават с изключителна грубост. *Д. Мюлер-Хегеман (Muller-Hegemann, D.)* сравнява метода на Кауфман с мъченията, описани от Достоевски в “Записки от мъртвия дом”. А *Д. Даскалов* отнася метода на Бабински - “торпилиране” или

“внезапно противно внушение”, придружено с болезнени фарадични раздрази - към старите шокови методи, свързани с внезапна уплаха и мъчения. *Ф. Керер (Kehrer, F.)* смекчава малко метода на Кауфман, като започва с насилствени упражнения и само в краен случай преминава към болезнен галваничен ток. *Е. Кречмер* също използва за засилване на сугестивното въздействие болезнени фарадични токове или други раздрази. Свърхвъзбудата в тия случаи концентрира възбудния процес и по пътя на отрицателната индукция стеснява и залива полето, имащо оптимална възбудимост, с фазова реактивност. Фазовата реактивност, възникнала от силата на болката или грубостта на интонацията, създава благоприятно, широко поле за внушаващо въздействие от страна на семантичната, смисловата съставка на словото. Този механизъм на въздействие притежава редица неудобства. Преди всичко той крие в себе си немалка обида за личността на болния. При диференцирани личности този метод би могъл да доведе, ако не успее от първия път, до изграждане на лошо отношение към лекаря психотерапевт, а много често и до обезверяване във възможностите на психотерапията. Съществува в някои случаи поради шоковия характер и опасност за живота. *В. Данилевски* и *И. Р. Тарханов* подчертават опасностите от внушен по един или друг начин афект, като сочат болната на *Ш. Рише*, която при внушен страхов афект загубила съзнание, а сърдечната дейност и дишането ѝ спрели за половин минута. При болни със сърдечно-съдова недостатъчност, при вегетативна лабилност, при мозъчна артериосклероза, при

хипертонична болест, а вероятно и при други болести сугестивният психошок може да доведе до печални резултати.

Продължителни, еднообразни, ритмични въздействия

Обратно на психошовите методи монотонните въздействия довеждат много меко и спокойно до снижаване яснотата на съзнанието, т.е. до разливане на потиснатост и на фазови процеси в полето с оптимална възбудимост без опасност за самия лекуван и за хода на лечението. Приспивното еднообразие, интонационната и смисловата ритмичност на словото, без да довеждат до хипноза, много често напомнят въвеждането в хипноза. Тези методи притежават значителен брой предимства пред шоките, но налагат внимателно следене болният да не изпадне в хипноза, която в някои случаи улеснява, но може и да затрудни лечебната сила на внушението, особено ако на болния предварително му е казано, че няма да заспи. Тези методи крият опасност обаче от бавно постигане на лечебните резултати. А в някои случаи бавното придвижване напред обезверява и може неочаквано в хода на лекуването да доведе до бърз обрат и дори до още по-голямо влошаване на болестта.

Логично объркване и дезориентиране

Критиката и яснотата на съзнанието могат да се снижат и когато се провежда система от объркващи разговори. Обикновената, добре

обоснована логична мисъл, ясната асоциация и правилното съждение се нуждаят физиологично от най-добра яснота на полето с оптимална възбудимост. Известно е, че при съвсем леко воалиране на съзнанието асоциациите стават неясни, съжденията неправилни, губи се здравата логика, при което може да се достигне дори до разкъсаност на мисълта. И, обратно, неясните асоциации, неправилните съждения, напускането пътя на логиката до привидна противоречивост и разкъсаност на речта, когато са произнесени от авторитетния лекар, от когото се очаква излекуването, могат да доведат до рязко снижаване на критиката у болния, до объркване, до упадък на специфичната психична реактивност и така да подготвят почвата за следващи лечебни внушения.

При тази “объркваща” техника на болния се дават противоречиви и взаимно изключващи се внушения. Например, докато се внушава, че тялото му е тежко и топло, същевременно се внушава лекота на краката и хладина на ръцете и главата. В следващия момент могат да се “забравят” тези внушения и да се дадат нови, противоречиви. И понеже внушенията се произнасят уверено, бързо и настойчиво, болният няма време да ги преценява, не може да реагира на тях с подчинение, изпада в недоумение, обърква се и в този момент с облекчение възприема всяко ясно и вече непротиворечиво внушение. Този метод е обратен на всички методи, които препоръчват пределна яснота на внушенията още от началото на лечебния сеанс. Подобна “объркваща” техника предлага *М. Х. Ериксън (Ericson, М. Н.)* за

предизвикване на хипноза. В момента на максималното объркване той внушава хипноза, за да предприеме по-нататък някакви лечебни въздействия. Ние внимателно се стараем да избегнем именно хипнозата, защото така най-често получаваме много по-добри и трайни лечебни резултати.

Медикаментни средства

Медикаментни средства, които водят до отпуснатост, сънливост и сън, са подходящи, ако се използват не като сънотворни или за наркохипноза, а само за отпускане или съвсем леко воалиране на съзнанието. В тази посока са използвани напр. алкохол (*А. М. Свядош, С. Л. Хъл - Hull, C. L.*), етер (*Е. А. Попов, Ф. Р. Старки - Stakey, F. R.*, и др.), евипан (*А. Хаупман - Hauptman, А., Е. Стънджо - Stungo, E.*, и др.), евипан и паралдехид (*П. Шилдер и О. Каудер - Schilder, P. and Kauder, O.*), хексанал (*М. М. Перелмутер*), евипан и пентотал (*А. В. Дик - Dick, A. V.*), амитал-натрий (*М. Е. Телешевска* и др.), амитал-кофеин (*А. А. Меграбян и Г. А. Сафарян*) и др.

Използуването на тези методи единствено за повишаване внушаемостта е не винаги достатъчно оправдано и би трябвало да се прибегва до подобни средства само в редки случаи.

Физиологични начини на въздействие

Някои физиологични начини също могат да доведат до леко воалиране на съзнанието. Така например използва се *хипервентилацията*, която предизвиква алкалоза и води до разливане на потискащите процеси (Ф. Щокерт - *Stockert, F. G.*, В. Соргант и Р. Фрейзър - *Sorgant, W. and Fraser, R.*, И. Талбот - *Talbot, J. H.*, А. Зеелигмюлер - *Seeligmuller, A.*, и др.).

Тук спада и методът с притискане на двете сънни артерии (Дж. Уитлоу - *Whitlow, J. E.*). Този метод, наречен от нас метод на “недоудушване”, се прилага за предизвикване на хипноза, но може да се прилага и само за улесняване на внушението. Разбира се, използването на този метод не се препоръчва предвид опасностите, които крие.

Състояние на повишена потискаемост

Естествено възникналите състояния на сънливост, отпуснатост, отпадналост, уморяемост, сън и пр. Също могат да се използват в комплексната сугестивна методика. По-особено е мястото на хипнозата, която възниква обикновено с внушение, но след това от своя страна улеснява внушаемостта.

Към втората група методи, които действуват предимно по пътя на н. п. р. без значително снижаване яснотата и критичността на съзнанието, а като го “заобикалят”, спадат двете подгрупи: със съзнателна съставка и без съзнателна съставка. В първата подгрупа включваме следните методи:

а. Мотивирано внушение

Директното внушение не държи обикновено сметка за структурата на личността, за нейния начин на мислене, за интересите ѝ, за систематизирането и класирането на изживяванията ѝ съобразно цялостната ѝ насоченост и т. н. То се интересува преди всичко от възприемчивостта на почвата, от потискаемостта ѝ, от нейната внушаемост. Затова именно то не винаги може да разчита на трайни резултати. Когато внушението изплува в съзнанието като готов резултат, то се сблъсква с основната структура и с изискванията на личността, които са се изграждали през цялото ѝ съществуване. И ако внушенията са чужди за основната насоченост на личността или не са достатъчно добре обосновани, те бързо загубват своята въздействаща сила и остават само като бледи и немощни сенки.

Внушенията трябва да са краен извод на солидна логична постройка. Немотивираните внушения са застрашени от опасността да увиснат във въздуха. Още *Л. Льовенфелд* е държал за добра мотивация на внушенията. Особено е подчертана тази страна на метода, който *К. И. Платонов* нарича мотивирана сугестия в будно състояние на *Бернхайм - Бехтерев*.

Добрата мотивация на внушенията не само осигурява тяхната трайност при редица случаи, но и, както сочи *Р. Хуайт (White, R. W.)*, повишава внушаемостта. Същевременно мотивацията щади и дори мобилизира честолюбие то на личността. Днес е съвсем ясно, че

рационалната психотерапия на П. Дюбоа (*Dubois, P.*), която разчита на интелекта и логиката, в действителност има много внушаващи страни. Всъщност мотивацията задоволява нуждата у болния от обяснение. Същото е и при косвеното внушение, само че там обяснението е по-кратко и по-нагледно. И в единия, и в другия случай критичното мислене на болния е задоволено и достъпът до н. п. р. е улеснен.

б. Фиксиращо съзнанието дразнене

В тази подгрупа спадат твърде много методи и похвати на внушение. Тук не се ангажират съзнанието и специфичната психична реактивност с подробна мотивация, обосноваване, логика, а с отделно дразнене, което може да има най-различен характер. В тази група бихме могли да причислим “плацебо”-терапията. Тя всъщност представлява една разновидност на “ларвирано” или “косвено” внушение, когато се дава на болния индиферентно средство с внушението, че то ще окаже мощен лечебен ефект. Докато съзнанието е фиксирано върху ефикасността на лечебното средство, на неговия химичен състав и пр., внушението с помощта на интонацията, с нетърпяща възражение забележка, с мимиката, жеста и пр. се вмъква в н. п. р. и извършва своята работа. Тези методи, ако не се стига до крайност в хвалебствието на лечебното средство, ако разумното съдържащо внушение, което предлага възможност за оттегляне при неуспех, не се заменя с фантастични лъжи, предлагат това главно удобство, че позволяват на болния да намери за себе си, за своя начин

на мислене задоволяващо обяснение на лечебния ефект на внушението. Често пъти обаче болните са много критични. Очакват внушението и анализират похватите на лекаря по време на самата лечебна процедура. С това естествено те затрудняват лечебния процес. В такива случаи ние прибъгваме понякога до следния прост метод: Отправляме на болния такъв вид внушения, какъвто сме подразбрали, че очаква. Докато той е зает изцяло с размисъл върху силата, значението и техниката на започналото по такъв начин лечение, ние незабелязано за него със средствата на н. п. р. отправяме истинското лечебно внушение. Например, ако болният очаква да бъде фиксиран в очите, ние задоволяваме това негово очакване и докато той следи какво ще произлезе от това, ние под формата на странични забележки, възклицания, мимики, жестове и пр. отправяме истинските внушаващи дразнения в н. п. р., където те се реализират и в готов вид изплуват в съзнанието. Болният, разбира се, остава с впечатлението, че именно фиксираният поглед е имал в случая лечебното въздействие. Този метод за разлика от случаите, в които не задоволяваме очакванията на болния, ние наричаме *метод на задоволяващите внушения*. Според нас в основата му лежат механизмите на косвеното и ларвираното внушение, на плацебо-внушението. Този метод се е налагало да прилагаме най-често при диференцирани личности, особено при лекари, които са запознати с методите на внушение.

Към втората подгрупа методи - *без съзнателна съставка* в структурата на внушението при ясно съзнание и будна критика - спадат внушения,

които болният не знае кога или как са му подадени. Тази група методи намира своето физиологично обоснование в експериментите с “подпрагови”, “субсензорни”, “изолирани от втората сигнална система първосигнални” дразнения и други подобни, които вече имахме възможност да споменем в критична светлина. Здрава основа намират тези методи и в хипнозните опити и наблюдения, при които се установява, че ние сме възприели много повече от околния свят, отколкото знаем и допускаме да сме възприели. Тук се внушава, без да се снижава възбудимостта на оптималното огнище и без да се поднася на будното съзнание “оправдателна” съзнателна съставка на внушението.

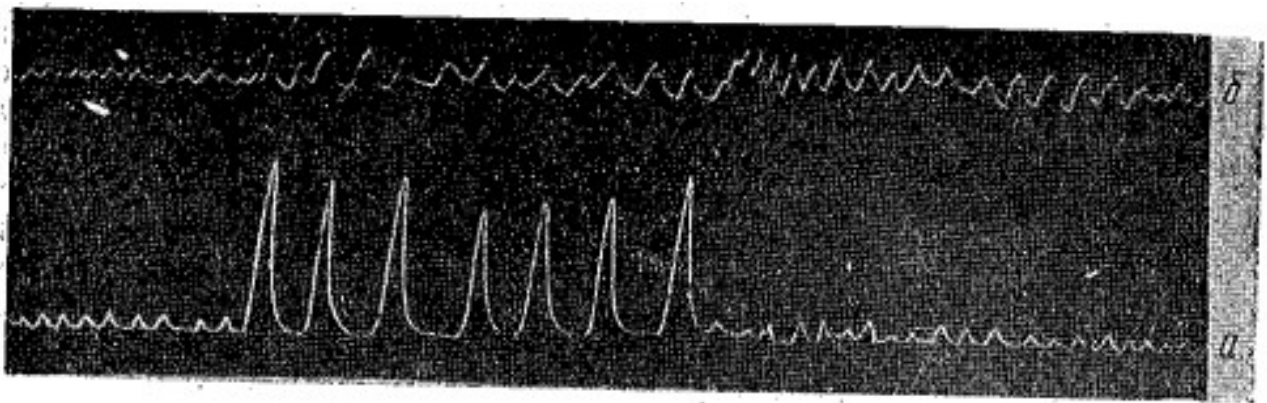
При крайно критични и неподдаващи се на обикновените методи на внушение болни ние разработихме следната методика: Поставяме такъв болен в спокойно легнало или удобно седнало положение и отново произнасяме внушаващите формули, които десетки пъти преди това не са дали никакъв резултат. Докато говорим, болният анализира всяка дума, всяка интонация и отново се преубеждава в неподдаването си на внушения. Разговорът може и да напусне областта на внушенията и ние бихме могли, докато той ни слуша пасивно и със затворени очи, да беседваме с него на различни теми. В паузите между отделните изречения или думи ние обаче произнасяме съвсем тихо истинските лечебни внушения. Често едва движим устните си или издаваме съвсем тих шепот. Болният при това не чува нищо или долавя някакъв неопределен шум, произхода на който не може да си

обясни. При редица случаи тези подпрагови слухови дразнения дават отлични резултати. Болни, които почти са били пред решението да прекъснат психотерапията поради безрезултатност, неочаквано за себе си отбелязват първите успехи, които след това вече стават основа за довеждане лекуването до добър край. Този метод ние назоваваме *шепнещ метод*. При някои болни ние прилагаме шепнещия метод без странични разговори. Болният се отпуска мълчаливо и ние отправяме шепнещите, под прага на чуваемостта внушения. След лечебния сеанс болните обикновено не могат да възпроизведат нито една от произнесените думи, а много често не са чули и шепота. Недостигането на слуховите дразнения до полето на съзнанието “спасява” внушенията от унищожавашата сила на критиката. Ако успеем да намерим оптималната сила и интонация, необходими, за да попадне словото в н. п. р., без да се възприеме съзнателно от рецепторите, внушението, ще се “закрепи” и по-късно може да изплува в съзнанието, възникнало “неизвестно как”.

Би могло да ни се възрази, че лечебният ефект в тия случаи се дължи не на подпрагово по сила слово, а на самовнушението, което може да възникне, когато се извършва “особен” лечебен сеанс от някакъв лекар, който е успял да вдъхне у болния доверие. Съображението, че елементите на самовнушение играят роля в сеансите с внушение, може да се има предвид изобщо при всички и всякакъв вид лечебни сеанси, включително и при медикаментното и други видове лечение. Самовнушението не само благоприятствува, то понякога и спъва

лечебния процес. Възможно е в конкретния случай самовнушението да подсилва, да благоприятствува лечебната ефикасност на внушението. Резултатите обаче от прилагането на този метод при редица болни говорят в полза на схващането, че ролята на самовнушението в случая не е водеща. При мнозина болни се получават тъкмо тези ефекти, които внушаваме. А като се има предвид, че в някои случаи отделните внушения са строго специфични и предварително неизвестни, ясно е, че е твърде малко вероятно ефектът от специфичното внушение да съвпадне със същия ефект от самовнушението.

В тази група може да се включи и посоченият вече наш метод за получаване улесняващи внушението леки хипноидни състояния до дълбока хипноза без никакво словесно внушение, а само чрез съноподобно дишане. В тези случаи ние поставяме болните спокойно да лежат и мълчаливо променяме ритъма и шума на дишането си както при заспиване и сън. Болните несъзнателно възприемат и започват да



Фиг. 5. Метод на съноподобното дишане

Преднамерената промяна в дишането на лекаря (а) води до несъзнателна промяна в дишането на болния (б), който с усвояването на съноподобния характер на дишането се успокоява, изпада в състояние на сънливост, а често достига до дълбока хипноза. (Записът е направен в Института по физиология при БАН)

подражават на нашето дишане; това повишава внушаемостта и подготвя терена за следващите внушения. Ако силата на шума и ритъма на дишането са точно отмерени, така че да не възбудят у болния подозрения за преднамереност и да не фиксират съзнанието му върху тях, те много лесно могат да доведат до дълбока хипноза. Този метод, който ние нарекохме метод на *съноподобно дишане*, сме използвали с отлични резултати при много болни - особено при болни, които са склонни към критичен анализ и показват понижена внушаемост.

Към тази група лечебни методи могат да се причислят и внушенията без съзнателна съставка, които постъпват по пътя и на другите рецептори. Така например в кинотехниката съществуват методи за внушаване чрез ускорено движение на кинолентата, при което съзнанието не възприема от екрана образите. Но те все пак са постъпили в рецепторите и в анализаторите и по-късно изплуват в съзнанието като собствени мисли и чувства.

Редица неосъзнати “подпрагови” дразнителни, ако са добре отмерени по сила, могат да постъпят незабележимо по пътя на всички рецептори и да изиграят внушаваща роля.

ВНУШЕНИЕ И САМОВНУШЕНИЕ

Както беше подчертано, за осъществяването си внушението не се нуждае от предизвикване на съответни представи в съзнанието на болния. Най-често то постъпва извън съзнанието, по пътя на н. п. р. Редица автори, за които вече стана дума, също не свързват внушението с необходимостта да се предизвикват в съзнанието представи. Такъв извод налага и схващането на *И. П. Павлов* за процесите извън полето с оптимална възбудимост, които възникват в съзнанието “неизвестно как”. *А. Г. Иванов-Смоленски* говори за случаи, при които...”ние безсъзнателно, автоматично реагираме по привичен начин на външните раздрази, не забелязвайки нито дразнителите, нито своите ответни реакции”. В този смисъл говорят и опитите на *П. Жане*, който на лице, заето в съсредоточен разговор, е прошепвал тихо в ухото да си вдигне ръката. Вдигането на ръката става незабелязано за лицето и едва когато разговорът свърши, то вижда особеното положение на ръката си и я смъква.

Авторите, които определят внушението с понятието представа, най-често смятат, че внушението се реализира само по пътя на самовнушението, т. е. постъпилото отвън дразнене винаги се преобразува в съзнанието на болния като представа, която вече по-нататък вървяла по “утъпкания” път на самовнушението. Те са принудени да се съгласят със схващанията, че не съществува извънсъзнателен психичен живот, че “всичко психично е съзнателно”.

Внушението според тях се изгражда в съзнанието; то няма и къде другаде да попадне. И ако все пак се говори за център и периферия на изживяванията ни, за ясни, недостатъчно ясни и “тъмни” изживявания, тези автори заменят понятието съзнание с понятието внимание. Тогава те казват, че има център и периферия на вниманието. Това значи, че отнасят към вниманието подвижното поле с оптимална възбудимост, за което *И. П. Павлов* говори като за физиологична основа на съзнанието. В психологията и в клиниката обаче се говори за помрачение на съзнанието, а не на вниманието. Внимание е само насочването и съсредоточаването на съзнанието към или от определен предмет. То е волев акт. За осъществяването си то също се нуждае от оптимална яснота на съзнанието, както и другите душевни процеси.

Ние сме далеч от мисълта да отидем сега в другата крайност - да отречем изобщо участието на самовнушението в процеса на внушаването. С едно такова твърдение също ще изпаднем в противоречие с фактите. Известно е, че мнозина получават лечебен ефект именно по механизма на самовнушението. Болният влиза за пръв път в чакалнята на лекаря, комуто вярва, и вече се чувства по-спокоен, дори по-добре. Лекарят внушава изчезване на главоболието у невротично болен, а едновременно се подобряват и сънят, и треморът, и вегетативните смущения. Тия случаи са извънредно чести. Явно именно тук самовнушението тук е най-правдоподобното обяснение на тези явления.

Ние разработихме и приложихме с успех при десетки болни метод за “внушение без внушаване”. Този метод възникна в началото само като опит да се определи доколко самовнушението участва в лекуването с внушение. Впоследствие той се оформи като отделен лечебен метод, който намери приложение предимно при болни, които са склонни да анализират постройката на внушението, но по начало очакват да получат лечебен ефект. Той се състои в следното: Лекарят изслушва внимателно историята на болестта; задава няколко въпроса за изясняване някои страни на страданието и като внимава нито с думи, нито с интонации, жестове, мимика и пр. да не отправи волно или неволно внушение, със съвсем спокоен глас, като че ли се касае за най-обикновена лечебна процедура, казва на болния да легне със затворени очи на леглото. В първия момент болния е изненадан. Неговите очаквания са измамани. Той е предполагал, че ще срещне фиксиращи очи, величествена осанка и проникващ до сърцето глас, а се оказва, че един съвсем обикновен, внимателен лекар го е прегледал и го е поставил да легне. Докато болният лежи, лекарят пази абсолютно мълчание - нито шепне, както при шепнещия метод, нито въздейства с дишането си както при метода със съноподобното дишане, нито по друг някакъв начин се опитва да въздейства на болния. Това мълчание също изненадва болния, но той най-често бързо се “преориентира” и намира, че именно в тази обикновена обстановка се крие “необикновеното”. Тогава той се отпуска и може да изпита по тялото различни усещания, които тълкува автосугестивно и

които потвърждават първоначалното му очакване. След различно дълго време, строго индивидуално отмерено, от 5-10 мин до ½ - 1 час, лекарят казва на болния да стане и му определя още 2-3 или 5-6 такива идвания за сеанси. След всеки сеанс болните обикновено разказват за усещания по тялото си, свързват ги с подобрението на състоянието си, а лекарят само спокойно и внимателно ги изслушва, като прави за себе си необходимите изводи за по-нататъшния ход на психотерапията. Тия сеанси могат да се съчетаят и с другите - внушаващите, за да дадат при някои болни по-мощен лечебен ефект.

Значението на механизмите на самовнушението са изтъквали редица автори. Така например *Дж. Кристенсън (Christenson, J. A.)* препоръчва ходът на внушението да се съобразява с автосугестивната нагласа на болния. *А. Л. Марч (March, L. C.)* твърди, че при груповата психотерапия, която той извършвал понякога с групи от 500 болни, много често няма значение върху каква тема ще се говори - върху отглеждане на бебета, текущи въпроси, психология, психиатрия или умствена хигиена - и все пак винаги се е постигал необходимият лечебен ефект. *Дж. Клапман (Klarman, J. W.)* съобщава, че *Л. Марч* по-късно е отстъпил от тези си съвсем крайни схващания.

Съществуват цели школи за използване на автосугестивните механизми сами за себе си и в помощ на внушението. Такива школи са били разработвани в рамките на техния светоглед от индуските йоги, китайските таоисти, еврейските кабалисти, шаманите, дервишите и пр. Свещената книга на китайските таоисти - *Тао Тех Кинг* - казва:

“Когато никакво по-нататъшно желание не се явява, тогава е истинска тишина и покой...” Много по-стегнати и с много по-голямо влияние са индуските дисциплиниращи правила, с които се цели чрез физическа чистота, издръжливост и душевен самоконтрол достигането до съвършенство. В свещеното индуско писание Бхагават-Гита се казва: “Висока радост е за този йога, чийто ум е смирен, чието страстно естество е успокоено, който не храни зла воля към никое живо същество, без привързаност и егоизъм, уравновесен в удоволствие и мъка, прощаващ, себеконтролиращ и решителен”.

Някои автосугестивни механизми и физически упражнения на индуските йоги са добили съвременна практическа лечебна стойност в автогенното третиране на *Й. Х. Шулиц*. Той обучава болния в концентриране и самоотпускане, като успява да овладее редица смутени функции. Същевременно болният става удобен и за лечебни внушения.

Автосугестивните механизми сами за себе си и като подготовка за последваща сугестивна терапия използва и *Е. Коуе (Coie, E.)* в неговите упражнения за живо представяне на елементарни двигателни актове, при което се слага ударение върху възникналите моторни съставки в идеомоторните действия.

Яркостта на представите в автосугестивните тренировки използва за допълнително сугестивно въздействие и *К. Харпич (Harrich, C.)*, като чрез внушение насочва въображението на болния към специално подредени природни картини.

В. М. Бехтерев е препоръчвал болните вечерно време преди лягане и сутрин преди ставане да произнасят тихо внушаващи формули. *К. И. Платонов* счита, че практическо значение има методът на *В. М. Бехтерев* за самовнушение чрез повтаряне в лека дрямка думите на лекаря от свое име.

Не винаги може да се разчита на самовнушението. Болните често са затънали в мрачни мисли, както казва *Ч. Бодуин (Baudouin, Ch.)*, като в тресавище. Колкото повече се мъчат да се освободят, толкова повече затъват. *С. Л. Тъки* посочва случая с болния на *Т. Клоустън (Clouston, Th.)*: този болен възприел идеята, че трябва да умре, и въпреки положените грижи за него умрял.

Няма съмнение, че и самовнушението има същите механизми, каквито има и внушението. И при самовнушението е необходим фазов терен, в който да попадне отмерено по вид и сила дразнене. Само че при внушението това дразнене постъпва отвън, а при самовнушението избликва отвътре или идва пак отвън, но ненасочено и незабележимо.

ВНУШЕНИЕ И УБЕЖДЕНИЕ

Невъзможно е да се разглеждат въпросите на внушението откъснато от въпросите на убеждението; те се намират в неразривна диалектическа връзка. Ако внушението има отношение към н. п. р. и фазовата възбудимост, то убеждението има отношение към специфичната психична реактивност и оптималната възбудимост. А вървят свързани

едно с друго така, както светлината със сянката. Колкото по-силна е светлината, толкова по-гъста е сянката и толкова по-кратък вероятно е преходът между двете. Колкото по-оптимална е оптималната възбудимост, толкова по-тясна е вероятно ивицата на фазовата реактивност; следователно толкова по-трудно е внушението да намери тази тясна ивица.

Едва ли има логична дейност, т. е. съзнателна, убеждаваща дейност без интимно вплитане и на внушението, на неосъзнаваното или недостатъчно осъзнаваното, на н. п. р. *В. Н. Мясищев* смята, че внушението и убеждението, т. е. “ирационалният” и “рационалният” метод, имат съвсем противоположни физиологични механизми; внушението изисква фазово хипнозно състояние, а убеждението - максимална активност и напрежение на втората сигнална система. Според *В. А. Часов* внушението и убеждението не са абсолютно противоположни. *М. С. Лебедински* намира, че лекуването с убеждение и обсъждане не е свободно от елементите на внушението. *В. М. Бехтерев* отдава изключително голямо внимание на внушението, особено у децата. Човекът не е “логична” кибернетична машина. Той набира опит и по сугестивен път. Всеки е преживял трудни моменти на “преоценка на ценностите”, когато по пътя на убеждението е трябвало да се освободи от внушени неправилни схващания. Още от най-ранно детство възпитанието въздейства не по пътя на убеждението, възпитанието използва пътя на внушението, на личния пример, на подражателния рефлекс. Това не значи, че трябва да

омаловажим значението на убеждението. Необходимо е само да бъдем по-критични, когато твърдим, че в нещо сме убедени.

ВНУШЕНИЕ И ХИПНОЗА.

ВНУШЕНИЕ И ДРУГИ СЪСТОЯНИЯ НА ПОТИСНАТОСТ

Когато светлото петно с оптимална възбуда не е оптимално възбудено, а също е обхванато от различна степен на потискане, т. е. когато фазовото обкръжение от тясна, незабележима ивица се е превърнало в значителна вълна, която е заляла полето на съзнанието, тогава всичко, което попада там, лесно става внушение. Такова разливане на потискащия процес с възникване на фазови състояния се наблюдава най-често при хипноза, сън, аментивни и делириозни синдроми, психогенни психози, невротични състояния, преумора и пр. Самата хипноза може да се предизвика чрез внушение и от своя страна може да улесни засилването на внушението. Тя обаче не е абсолютно необходимо условие, за да се постигне внушение. Много често и най-чудноватите хипнозни явления могат да се получат с обикновено внушение в будно състояние. Внушението в будно състояние обаче се реализира по-трудно, защото трябва да “намери” фазовото обкръжение. Попаднало веднъж там, то предизвиква всички хипнозни явления и самата хипноза, както мислят и редица други автори (Нансийската школа, *И. С. Сумбаев, В. А. Часов, А. Вайценхофер, С. Л. Тъки* и др.). *Л. Волберг (Wolberg, L. R.)* предупреждава за увлечение по хипнозата и

споменава У. Уелс (Wells, W. R.), който нарича някои от сугестивните феномени “будна хипноза”.



а

б



в

г

Фиг. 6 а, б, в, г, д. Внушен сън по телефона (внушена хипноза)

Болният е филмиран в научната документация на ВМИ - София. Последователни етапи на заспиване

Внушението се улеснява не само при някои фази на хипноза, но и при нормален сън. Съществува метод на лекуване чрез внушение по време на сън. Лекарят се приближава тихо до леглото на заспалия и отправя подредените за целта внушения с различно модулиран, тих глас. При някои случаи на негативизъм или трудна хипнотизируемост този метод е спасителен.



Фиг. 6. д. Безболезнено и безкръвно убождане върху ръката, която държи телефона

Болната *Л.*, 11-годишна, лекувана продължително и многократно в лечебни заведения и в домашна обстановка за значително задълбочена хистерия, не се поддаде на никакво психотерапевтично въздействие до момента, когато се приложи внушението по време на обикновен сън. Клиничната картина се владееше от подчертани страхови изживявания, тревожност, панически ужас, анорексия, спазми на гълтателната мускулатура и почти пълна невъзможност за хранене, съпроводена от значително соматично отслабване.

След първите сугестивни въздействия, вместо да се подобри, детето по пътя на негативизма се влоши. Само няколко сеанса на внушение по време на сън късно през нощта промениха рязко картината и детето оздравя (катамнеза 3 г.).

Изобщо всички състояния на потиснатост, както вече беше изтъкнато, улесняват внушението. Лекарят психотерапевт не бива да пропуска правилното им използване. Те трябва да се имат предвид и от всички лекари, защото много често случайно изпуснатата дума или неподходящ жест може при астенизирани болни да доведе до тежко ятрогенизиране.

Болната В., 50-годишна, по време на операция с обща наркоза долавя отделни непредпазливи думи на лекаря към помощния персонал по отношение на нейното тежко състояние и последиците за цял живот. След операцията тя развива тежка ятрогенно възникнала невроза, която след допълнителни помаловажни психотравми по-късно я приковава в продължение на 10 години на леглото.

ЛЕКАРЯТ И БОЛНИЯТ

ЯТРОГЕНИЯ

Както беше определено, внушението е резултат на специално отправено към н. п. р. и съобразно нея точно отмерено по вид и сила дразнене. Лекарят трябва не само да *прецени* какво дразнене е

необходимо за всеки отделен момент при всеки отделен случай, но и да бъде в състояние да “подаде” това дразнене. Преценката на лекаря е резултат от неговия опит. Подаването на дразненето обаче изисква известна оптимална застъпеност на първосигнални качества у лекаря психотерапевт, изисква оптимална отзивчивост. Основното и най-важното все пак остава - покрай необходимото познание - широкото, човеколюбиво и топло сърце на лекаря (*П. Дюбоа, К. И. Платонов* и др.).

Още древните индуски закони изисквали от лекаря да има чисто и благородно сърце, да не се движи от материални подбуди, да е готов за всеотдайна слижба на болните. Обръщало се внимание и на външността му. Лекарят трябвало да бъде облечен много добре, да е приличен на вид, да благоухае. В светлината на съвременния нервизъм става ясно, че тези стари правила, извлечени от практиката през вековете, имат в основата си дълбок научен смисъл. Лекарят въздейства на болния с целия комплекс от неподозирано богати раздрази. Той му въздейства и със своето емоционално състояние. Много трудно е един угрижен и мрачен лекар да вдъхне оптимизъм и вяра в светли перспективи. Той няма право да пренася личните си гиржи в работното си време. Лекарят трябва да знае, че часовете за психотерапия са часове за свещенодействие. В тия часове той трябва да бъде само лекар.

Почвата, върху която попадат сугестивно насочените дразнения от лекаря, това е болният с неговата в различна степен изразена внушаемост. Съществуват различни схващания за внушаемостта. *В.*

Пъл (Poll, W.) я определя като склонност за образуване на убеждения от нелогично свързани мотиви. Х. Айзенк (Eysenck, H. G.) смята, че съществуват два типа внушаемост - първична и вторична. Първичната се осъществява по механизма на идеомоторните действия, а вторичната е по-сложна и неясно формулирана. К. Г. Щукат (Stukat, K. G.) счита, че първичната и вторичната внушаемост са функционално независими една от друга. Правени са редица експерименти за изясняване механизмите на вторичната внушаемост. М. Шериф (Sherif, M.) намира, че тя се реализира в зависимост от вграждането ѝ в опита, отношението и подтиците на личността. Някои изследвания показват зависимостта на т. нар. вторична внушаемост от авторитета, биологичните потребности, материалната заинтересованост и др. А. Вайценхофер подчертава, че след първото сполучливо внушение се създава състояние на повишена внушаемост. Той отдава хипнозата на подобно състояние. Собственият ни опит потвърждава това схващане. Болни, при които сме получили веднъж добър психотерапевтичен резултат, ако се наложи, макар и след години, отново да се лекуват с психотерапия при нас, получават много по-бързо очаквания лечебен резултат. Създава се връзка, рапорт. Понякога, особено когато е провеждана хипноза, тази връзка е удивително трайна.

Болната В., която не бяхме виждали 3 години, изпадна мигновено в хипноза след подаване на условния знак, с който преди това я хипнотизирахме. Същото стана и с болния Д. - след прекъсване от 2 години. А нашият личен приятел Б., когото бяхме хипнотизирали като съученици в гимназията, след

17 години отново изпадна бързо и лесно в хипноидно състояние, въпреки че по начало беше трудно хипнотизируем.

Внушаемостта е твърде променлива величина. Тя е повишена при по начало по-лесно потискаемите типове нервна система и при всички състояния на повишена потискаемост, на повишена склонност към разливане на потискащите процеси. Сочат се редица опити за измерване степента на внушаемост (*П. И. Бул, В. Е. Рожнов, В. Д. Фюрно, Л. С. Тъки, А. М. Вайценхофер, Е. Куе* и др.).

Такива опити са следните:

Повдигане на ръката. При този тест се внушава, че ръката на болния става по-лека и започва да се повдига. От степента на възприетото внушение, което се измерва с величината на извършеното движение, записано от специална апаратура върху въртящ се барабан, се съди за степента на внушаемостта.

2. *Наклоняване на тялото.* При този опит се внушава на болния, че пада напред или назад, като със специална апаратура се записва отклонението от изходното вертикално положение. Величината на отклонението определя и степента на внушаемостта.

3. *Стискане на ръцете.* Внушава се, че вплетените пръсти на двете ръце не могат да се отделят. Трудността на отделянето им е мерило за внушаемостта.

4. *Внушено затваряне на очите.*

5. *Внушена невъзможност за отваряне на очите.*

6. *Внушена вдървеност на ръката.* При последните три опита внушаемостта се измерва аналогично на предишните опити.

7. *Махалото на Шеврюл (Chevrul).* Махалото представлява едно топче, завързано на конец, дълъг около 30 см. Болният държи края на конца и от

внушеното отклонение на махалото като израз на идеомоторните движения се съди за внушаемостта.

8. *Мастилено петно или Роршахово петно.* Запитва се болният дали не вижда определени образи в петното. От процента на възприетите внушени образи се съди за неговата внушаемост.

9. *Изследване по картина.* На болния бързо се показва картина и след това му се задават внушаващи въпроси. Например може да се запита с каква рокличка е било момиченцето на картината, докато всъщност не е имало изобразено момиче.

10. *Внушени миризми.*

11. *Внушени тежести.*

12. *Внушени топлинни усещания.*

13. *Внушени стискания и отпускания на ръката.*

14. *Внушени илюзии за геометрични фигури.*

15. *Внушени цветове.*

Всички тези опити и други аналогични на тях търпят една основна и съществена критика: те не държат сметка за внушаващия, за неговото умение да внушава, за силата и качеството на внушаващите дразнения и тяхното оптимално съотношение с наличната за момента почва на внушаемия. В такъв смисъл всички опити за изпробване внушаемостта имат само грубо ориентировъчни стойности. Това не пречи те все пак да имат известно практическо значение. Мнозина автори предпочитат като *Е. Куе* да използват опитите с изпробване на внушаемостта за постепенно въвеждане на внушението.

В отношението между лекар и болен се ражда лечебното внушение. В него обаче може да се роди и разболяващо внушение - ятрогения. Въпросът за ятрогенията е въпрос за недостатъчна психотерапевтична и общомедицинска култура. Преди да почисти инструментите, спринцовките и иглите, преди да предпише безвредни медикаменти, лекарят трябва да се погрижи да пречисти поведението си към болния. На болния *И.* с калциран инфилтрат в белия дроб лекар обяснил, че състоянието му не може да буди тревога. Но добавил, че все пак тези калцирани инфилтрати са “барутен погреб”. Наскоро болният развива тежка и продължителна невроза със страхово-хипохондрични и хиподепресивни изживявания; лекува се в психиатрична клиника и остава месеци наред извън живота. *К. И. Платонов* съобщава за една болна, на която лекар казал, че туберкулозата е неизлечима болест. Тя страдала от хронична, но сравнително благоприятно протичаща туберкулоза. След този разговор с лекаря тя развила тежка депресивно-хипохондрична реакция. Не се повлияла от психотерапия и малко по-късно се самоубила, като оставила следната бележка: “Трябва да се умее да се разговаря с болните! Туберкулозата е неизлечима. Така или иначе трябва да умра. Докторът доказва това!”. *Й. Х. Шулу (J. H. Schultz)* съобщава за случай на психогенна слепота, продължила 14 години, след лоша психотерапия, проведена от лаик.

**ВНУШЕНИЕ И ВЪЗПИТАНИЕ. ПСИХАГОГИКА. ТРУДОТЕРАПИЯ,
КУЛТУРТЕРАПИЯ, МУЗИКА, МИЛЪОТЕРАПИЯ И ВНУШЕНИЕ**

Цялостната психотерапия включва на едно от първите места възпитанието и превъзпитанието на болния. При редица болни болестното състояние се поддържа от техните погрешни възгледи и

отношения към събитията в околния свят. Основно психотерапевтично правило е: *когато не можеш да промениш ситуацията, промени отношението си към нея*. Психагогиката укрепва личността и създава здрави, нормални връзки и отношения между личност и общество. По такъв начин психагогиката, за която особено много държат *В. М. Бехтерев, К. И. Платонов* и др., подпомага изграждането на хармонични и следователно по-малко поддаващи се на заболяване личности. *А. Нойес* и *Л. Колб* (*Noyes, A. P. and Kolb, L. G.*) също подчертават необходимостта да се провежда системно превъзпитание, за да не би вътрешните проблеми да се излеят в нови невротични симптоми.

Трудотерапията и лечебната физкултура имат също значителни психотерапевтични страни. Те тонизират мозъчните процеси, укрепват нервната клетка, но и със скритите в тях сугестивни елементи подсилват у болния вярата в неговото излекуване; показват му, че наистина той е способен за трудова дейност и го правят да не се чувства изолиран от общия поток на живота.

Културтерапията, която напоследък все по-широко си пробива път у нас, представлява по-висше стъпало на мильотерапията. Необходимо обаче е литературата, киното, театърът, забавленията и пр. да не се поднасят шаблонно за всички болни. Това важи особено и за музиката, чието лечебно значение посочи още *С. С. Корсаков*. Редица автори се опитват дори да определят индикациите за прилагане на специален вид музика при отделни болни. Препоръчва се например при депресивно болни да не се започва направо с жизнена музика, а да се

изпълняват първо по-бавни и тъжни мелодии, след което постепенно да се преминава към ободряваща и тонизираща музика (*И. М. Алшулер - Altschuler, L. M.*). *М. Шоен (Schoen, M.)* смята, че музиката е най-лечебното от висчко изкуства. Нашите наблюдения показват, че някои народни мелодии оказват значително тонизиращо въздействие върху апато-абулични болни, които преди това са изглеждали дълбоко опустошени от болестния процес.

Музиката е прилагана за лекуване дори на тежки соматични страдания още от дълбока древност. *Омир* разказва как гърците спрели яростта на една чумна епидемия чрез силата и очарованието на музиката. В медицинските трудове на *Демокрит* върху смъртоносните инфекции се казва: “Ухапвания от змия се излекуват чрез музика на флейта, когато се свири умело и мелодично”.

Лекуването с музика и културтерапия изобщо, както и внедряването на трудотерапията и лечебната физкултура заемат все по-голямо място в съвременната медицина. У нас в отделен брой на “Информационния бюлетин” на НИПИ редица автори споделиха своя досегашен опит, но това е само начало. Все пак остава още твърде много да се желае и да се прави в тази област.

**ЕЛЕМЕНТИ НА ВНУШЕНИЕ ПРИ ЛЕКАРСТВЕНА, ХИРУРГИЧНА,
РЕЖИМНА, ДИЕТИЧНА, ФИЗИО-, КУРОРТО-, ПРИРОДО-, БИЛКО- И ДРУГ ВИД
ТЕРАПИЯ**

Тук нямаме възможност да се спираме подробно върху сугестивните страни при различни лечебни методи. Искаме само да подчертаем огромното значение на внушението в хода на всякакъв вид терапия. *И. П. Павлов* казва за *С. П. Боткин*, че често само една негова дума лекувала и че рецептите, които давали чудотворни резултати в неговите ръце, предписани от учениците му се оказвали недействени. Има значение не само какво се предписва на болния, но и как се предлага.

Голямо място има внушението и в хирургията. *Г. Хайер* препоръчва сугестивната подготовка преди хирургически операции никога да не се изоставя. Известно е, че с внушение може да се постигне дълбока анестезия, която позволява безболезнено извършване на операции. *С. Тъки* сочи опита на *У. Брейн (Braine, W.)*, който съобщава за наркоза, постигната само като се постави маска без хлороформ. Обезболяването на раждането се дължи много често и преди всичко също на сугестивни елементи. Непредпазливите думи обаче по време на наркоза или след изтощаващи операции могат да имат и ятрогенизиращо значение.

Начинът, по който се назначават режим и диета, крие също внушаващи елементи. Неоправдано строгите и продължителни режим

и диета могат да задълбочат страданието. Разбира се, винаги е необходимо да се направи предварителна внимателна преценка.

Когато се отправя болен за физиолечебни процедури, трябва да му се обясни колко голямо е тяхното лечебно въздействие. По време на самата процедура трябва да личи очакване на лечебен резултат.

От съществено значение е прилагането на психотерапия и в балнеосанаториумите, почивните станции и изобщо навсякъде, където почиват болни и оздравяващи под лекарски контрол. Необходимо е правилно да се подбират почиващите по стаи, правилно да се организират и техният режим, заниманията им, забавленията им и пр.

Сугестивната психотерапия в своята комплексна изграденост не пропуска да използва и възможностите на природните фактори. *В. Хилгер* подчертава мощното внушаващо въздействие на природата.

В. Данилевски споменава следния интересен случай: Една жена при посещение на Ниагарския водопад дотолкова се поддала на фасциниращото действие на това зрелище, че съпровождащия я мъж едва я удържал от неволния ѝ стремеж да се хвърли долу.

Очевидно видът на падащите маси вода е подействувал като зрително внушение на жената, намираща се в потиснато състояние пред вида на грандиозното зрелище.

Неизразимо по-мощно е обаче възбращащото въздействие на природата. Свежият въздух, слънцето, тишината на гората, бълбукането на поточетата, величието на върховете и безкраят на хоризонтите вдъхват оптимизъм. Укрепват и помагат да се надживеят измъчващи лични конфликти.

Едва ли съществува лечебно мероприятие, в което да не се вплита интимно и елементът внушение. Това се отнася и за лекуването с билки, и за народната медицина, и за всеки вид лечение изобщо.

ВНУШЕНИЕТО В ГРУПОВАТА ПСИХОТЕРАПИЯ

Груповата психотерапия, особено под формата на специални културни занимания, е намерила място в Русия още през миналия век. През 30-те години на миналия век *В. Ф. Саблер* не само премахва веригите на душевно болните, но въвежда и лечебен режим на занимания и развлечения, като включва използването на музикални инструменти, различни игри и пр. *С. С. Корсаков* причислява културотерапията към методите на психотерапията. Той дава подробни указания за провеждането под ръководството на лекаря разнообразни и строго индивидуализирани културни занятия и развлечения, като широко препоръчва и музиката. Груповата психотерапия се препоръчва от *В. М. Бехтерев* за лекуването на алкохолици. *Н. В. Иванов* прилага колективна, сугестивно насочена психотерапия при невротични. *Л. М. Сухаревски* препоръчва за групов психотерапия да се използват специални филми с последваща разяснително-сугестивна беседа. *Х. Тайрих (Teirich, H.)* вижда бъдещето на психотерапията в комбинацията между индивидуалната и колективната психотерапия.

В 1906 г. *Дж. Прам (Pratt, J. H.)* провежда групов психотерапия на болни от туберкулоза, а по-късно и при функционални заболявания. *Л.*

С. Марч събирал групи до 500 болни. Според него болниците за невротизи трябва да бъдат повече като училища, тъй като “невротикът не е пациент, а ученик, който е получил слаб по големия предмет на цивилизацията. Не лекуване, а превъзпитание”. *Дж. Клапман* държи особено много за библиотерапията. *А. Алмада (Almada, A.)* практикува “метода на кръглата маса”, при който болните и лекарят разговарят като равностойни събеседници. *М. Прадос (Prados, M.)* прилага зрителни методи - картинни образи, филми и пр. При метода на “кутията за въпроси” на листче се написва въпросът анонимно, а след това лекарят отговаря без да знае чий е въпросът. Някои автори (*Х. Рубин* и *Е. Хетц - Rubin, H. E. and Hatz, E.*) използват филми от абстрактни цветни съчетания, синхронизирани с мека, тъжна музика, за отпускане и по-лесно поддаване на психолечебни въздействия.

М. С. Лебедински намира, че груповата психотерапия може да бъде приложена с добър успех при болни от туберкулоза, хипертонична болест, неврози и др. Той съобщава за добри резултати от груповата психотерапия на болни с агорафобия, при които е провеждал групови разходки. Той препоръчва груповата психотерапия за отделенията с вътрешни заболявания.

Неаналитичната, сугестивно насочена груповата психотерапия независимо от това, дали болните се събират за групово внушение или за културни занимания, има редица предимства и неудобства. Предимствата се заключават не само в печеленето на време за лекаря - това би трябвало да бъде съобразявано на последно място, - но и във

взаимното въздействие между болните, което може да улесни лечебния процес. Ако правилно се използва. Груповата психотерапия крие обаче сериозно опасности от шаблонизиране, от изпускане най-важния принцип на психотерапията - индивидуалния подход. Често пъти груповата психотерапия може да доведе до печални резултати, когато в средата на лекуващите се болни случайно попадне само един, който не е излекуван или отново се е влошил. Груповата психотерапия има и този съществен недостатък, че не осигурява запазването на лекарската тайна.

Всичките изброени неудобства не правят колективната психотерапия излишна - напротив, те само изискват тя по-внимателно да се прилага. Най-лесно и най-естествено се провежда груповата психотерапия на болните, които се намират в лечебни заведения. При тях почти всичко има групово психотерапевтична стойност - обстановка, отношения, занимания, манипулации, визитации и пр.

Един лекар може да лекува няколко болни, но и един болен може да се лекува от няколко лекари психотерапевти. Колкото и да не е желателно това, при някои по-трудни случаи може да се наложи няколко психотерапевти да си разпределят работата за лекуването на един болен (*Р. Дарайкурс - Dreikurs, R., Г. Р. Хайер, както и М. Л. Зелцер - Selzer, M. L., Ф. Амини - Amini, F., и А. Арбър - Arbor, A., и др.*). Абсолютно вредно е обаче, ако болният се лекува от двама лекари без тяхното знание и без съгласуване.

НЯКОИ ОСОБЕНОСТИ ПРИ ЛЕКУВАНЕТО

С ВНУШЕНИЕ

Не винаги още след първите срещи между лекар и болен се получава очакваният лечебен резултат. Понякога са необходими десетки и дори стотици сугестивни сеанси.

Такъв е случаят с *болния Л.*, 40-год., който след преумора и психотравми развива тежък психастенно-натраплив синдром. Този болен бе лекуван с комплексна сугестивна психотерапия, но подобрението при него настъпваше много бавно. Лечебните сеанси продължаваха с часове и едва след петдесетия сеанс лекуването беше приключено с оздравяване и връщане на работа (катамнеза 2 години).

При лекуването с внушение ние се натъкнахме на един особен и изключително често срещащ се факт - реакцията у болния на внушението. В началото на нашата психотерапевтична работа често виждахме с тревога как болните след първите лечебни внушения вместо подобрение значително се влошаваха. В началото мислехме, че това са неподходящи за психотерапия болни и че сме допуснали неволно някаква грешка. Затова най-често бяхме склонни да прекъсваме лечението и да ги насочваме за лекуване с други средства. Някои от болните обаче отбелязваха, че веднага след това влошаване са получили отличен лечебен резултат. Това ни накара да не прекъсваме лечението. Тогава установихме, че влошаването на болестните

оплаквания непосредствено след внушението или няколко часа след него е най-често благоприятен прогностично симптом. И не само това - ние започнахме да използваме реакциите на влошаване за допълнително сугестиране на болните. Така постепенно се изгради *методът на лекуващите реакции*. Ние обясняваме на болните, че тези влошавания са реакции на нервната система и че те са особено благоприятни за хода на лечението. С това ние ни най-малко не ги заблуждаваме, а, напротив, използваме един подсказан ни от практиката механизъм, защото и без тези наши допълнителни внушаващи обяснения реакциите на влошаване пак се последват от добър лечебен резултат, само че с нашата намеса ние значително увеличаваме силата на лечебното повлияване. В някои случаи тази намеса предотвратява едно неоправдано прекъсване на лечението поради страх от влошаване у самия болен. Необходимо е да се внимава обаче за истинско влошаване.

При лечение чрез отреагиране се наблюдават влошавания в началото, но те се свързват с недовършване на започналия лечебен процес, без да се търси в тях сугестивна лечебна стойност.

За отбелязване е, че природолечителите, които без съмнение съзнателно или несъзнателно работят в значителна степен именно с внушението, са открили такива реакции в хода на лечението, както и тяхната лечебна стойност, но ги отдават на самия природен или билков агент. *П. Димков* пише: “При резки промени в хранителния режим или при други природни лекувания понякога се явяват

влошавания на положението (отпадналост, безсилие - “лечебни кризи”). Болният трябва да бъде предупреден за това, да не се плаши и да не прекъсва лекуването, защото тези прояви (лечебни кризи) в много случаи предшествуват започващото оздравяване”. Ако психогенно-сугестивният произход на “лечебните кризи” може все пак да бъде оспорен, то ясно е поне това, че предупреждението за евентуални кризи, които не бива да наложат прекъсване на лечението, защото имат лечебна стойност, съдържа в себе си мощен лечебен сугестивен заряд.

Като разработвахме метода на лекуващите реакции, ние все повече се убеждавахме, че прогнозата за хода на лечението при другите две групи болни - болните, които не дават никакви реакции, и болните, които веднага показват подобрене - често е по-лоша, отколкото при болните, които дават реакции на влошаване. Ако се опитаме да ги подредим по прогностичен критерий, най-благоприятни са реакциите на влошаване, след тях идват бързите лечебни повлиявания.

В хода на работата ни с метода на лекуващите реакции ние установихме, че влошаванията най-често повтарят минали по-тежки болестни състояния. Това ни наведе на мисълта да предизвикаме с внушение направо вече известно ни от анамнезата минало по-тежко болестно състояние и да използваме неговото появяване за допълнително внушаване на отзвучаване на болестните смущения едновременно с бързото отзвучаване на възстановените минали болестни състояния. Известно ни е от литературата и от собствения ни

опит, че в хипноза, а често и без хипноза могат да се направят отново актуални отдавна минали и забравени преболедувания, да се възстановят минали функционални състояния и отново “да се заличат”, без да оставят никаква неприятна следа, а дори при някои случаи може да няма и спомен за възстановяването на тези състояния. Това ни даде право да се опитахме със съгласието на болните да предизвикаме минали болестни състояния и тяхното появяване да използваме за подкрепа на внушението по отношение конкретното ново актуално страдание. Така разработихме *метода на лекуващите минали болестни състояния*. При този метод, който изисква голяма предпазливост постъпваме обикновено така: Внушаваме на болния, че вероятно ще се възстанови за кратко някакво минало болестно състояние от функционален характер, като му казваме, че ако то стане, едновременно с изчезването на това състояние ще изчезне и новото му функционално заболяване. Приложен при десетки болни, този метод даде отлични резултати.

Така например при *болната М.*, 25-год., която бяхме излекували с внушение от упорита уртикария преди три години, за излекуване на лек невротичен срив сугестирахме възстановяване на уртикарията за няколко часа. Това наистина се удаде, като същевременно се установи, че хистаминазната активност, холинестеразната активност и невровегетативната реактивност са промени съответно на една алергична реакция от типа ААР (*М. Марков, Г. Лозанов, П. Кирчев*). Едновременно с внушението след това отзвучаване на уртикарията отзвучаха и

невротичните оплаквания (катамнеза 3 г. от първото излекуване на уртикарията и 1 г. от второто).

Този метод трябва да се прилага само от обучени лекари психотерапевти.

При някои случаи методът на лекуващите реакции се сблъсква с непреодолим негативизъм. Влошаването след първите внушения при тези случаи не води до подобряване, нито може да се преодолее само с едно обяснение, че скоро ще последва лечебният резултат. Фазовата корова реактивност при тези случаи, изглежда, е доста инертна. Всяка лечебна процедура води до влошаване без никакви елементи на последващо подобряване. Това са предимно много затегнати хистерични заболявания. В отношението си към внушенията тези болни напомнят до известна степен малките деца, които по механизма на негативизма вършат винаги обратното на това, което им се казва.

Например у болната Е², 30-год., с тежка хистерия на преден план изпъкваше дисфагията, която не ѝ позволяваше да гълта почти никаква храна и течности; болната беше достигнала почти до състояние на кахексия, без да се повлияе от никакви лечебни въздействия. Бе лекувана с всичко, което медицината може да ѝ предложи, но продължаваше да не се храни и да слабее. Всеки опит за гълтане предизвикваше спазми в гълтателната мускулатура. Всички внушения за облекчаване на гълтането водеха до задълбочаване на състоянието ѝ. Опитът да ѝ се впръска инсулин подкожно

² Демонстрирана на 2. III. 1960 г. пред семинар по психотерапия в Градския психоневрологичен диспансер - София.

доведе до зачервяване и оток - болната показва свръхчувствителност. Не понасяше никакви инжекции, а през устата не можеше да вземе лекарства. Лекарствата чрез клизма даваха само стомашно-чревни разстройства. Поставени по такъв начин пред безизходица, ние решихме да използваме един от механизмите за преодоляване на детския негативизъм - дадохме ѝ да постави в устата си храна и ѝ казахме да се опита да дъвче и да гълта, “въпреки че и според нашето убеждение тя наистина не може да гълта и едва ли ще успее!” За изненада на самата болна гълтането се осъществи с лекота. Това я “убеди”, че може да гълта, и тя “прояде”. Това даде възможност на болната да се охрани и да се проведат вече допълнителни укрепващи и превъзпитаващи методи на лечение.

Този метод приложихме по-късно и при болни с натрапливи изживявания, на които внушавахме, че наистина натрапливите изживявания са основателни, и ги карахме да не им се противопоставят в себе си, а да им дават простор за изявяване. Изясни се, че обикновената борба на болния от невроза срещу натрапливите му изживявания не само не ги премахва, а напротив - засилва ги. Непротивопоставянето на натрапливите изживявания и дори приемането им като реалност отслабва вътрешното напрежение, прави отношението към тях безразлично и по такъв начин освобождава емоционалния заряд, с което се облекчава постепенното избледняване и на самите болестни изживявания. Така се формира *методът на обратното внушение*. Той също трябва да се прилага само от обучени лекари психотерапевти.

По-късно установихме, че подобен метод е бил разработен и приложен с успех от *М. Д. Танцюра* малко преди нас (1956 г.). Само че в двата метода има известна разлика. *М. Д. Танцюра* подканя болните да “приемат” натрапливите мисли, да не се борят с тях, а, напротив, да мислят по - усилено за тях или да извършват натрапливите действия по-често. Ние обаче по-малко разчитаме на участието на болните, а правим внушаващи изказвания, обратни на очакванията. Например заявяваме на болния, че натрапливите му изживявания са реални и убедителни и той би трябвало просто да ги приеме. *М. Д. Танцюра* обяснява своя метод за самоизчерпване на натрапливостите с превъзбуда на патологичното застойно огнище до развиване на задпределно потискане. Нашият опит с обратното внушение предлага да се обсъди повече възможността за разлята ултрапарадоксална фазова реактивност.

В психолечебната практика се сблъскахме с едно друго явление, което би могло в известен смисъл да се вземе като особен негативизъм. Установихме, че при редица болни повлияването на една група симптоми в невротичната картина води до влошаването на друга група симптоми и обратно. Същото явление наблюдавахме и при лекуването с психотерапия на болни от кожни и вътрешни заболявания или от невротични, вътрешни и кожни страдания едновременно.

Такава е например *болната П.*, 52-год., която лекувахме за твърде тежка психастения със значителни депресивни черти и особено подчертани

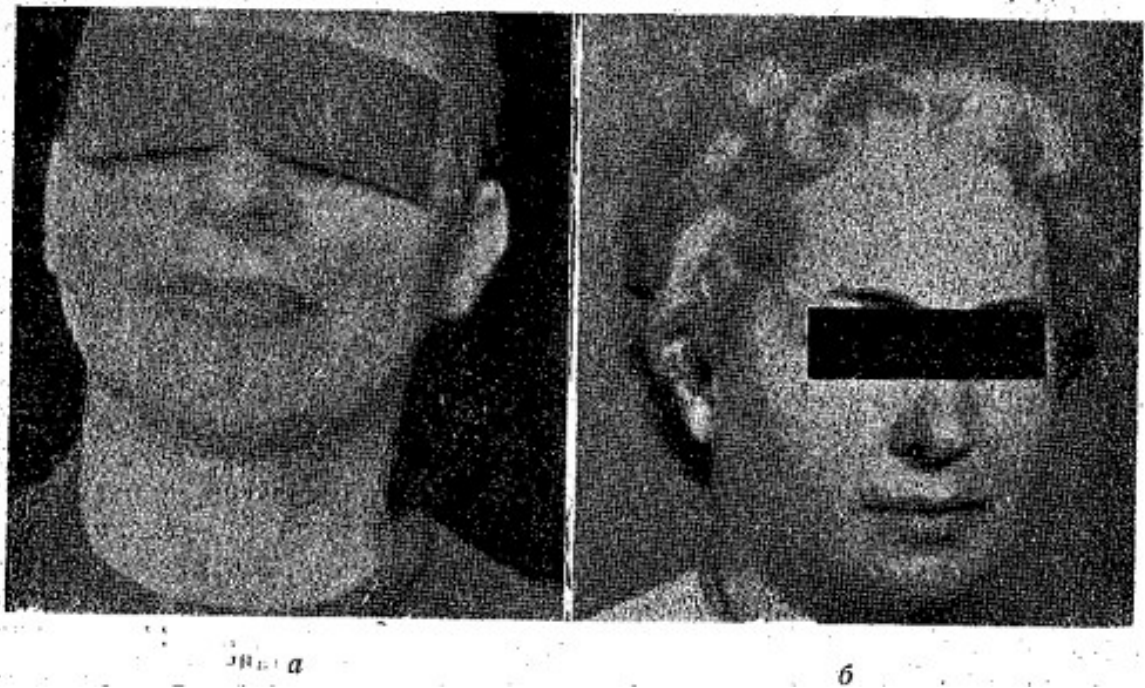
страхови изживявания. На 10 март 1958 г. започнахме лекуването ѝ за невротичните оплаквания. Кръвното ѝ налягане беше 130/80. На 21 април 1958 г. тя стана вече напълно добре, но кръвното ѝ налягане беше 170/100. Наложих се психотерапията да бъде насочена едновременно към двете страдания. Болната ни съобщи, че преди да дойде за лекуване в кабинета по психотерапия, на няколко пъти е имала подобрявания на невротичното състояние, които са били винаги последвани от повишаване на кръвното ѝ налягане. Лекуването на кръвното налягане довеждало до снижаването му, но едновременно с това се влошавало нервното ѝ състояние. Насоченото психотерапевтично въздействие по посока на двете страдания доведе до много добри резултати. На 25 април вече невротичните оплаквания бяха значително отзвучали и кръвното налягане беше 140/90. При катамнестичното проследяване след един месец и след 2 години продължаваше да бъде добре по отношение на двете съчетани страдания.

Това явление ние нарекохме *симптом на везната*. Неговото откриване се оказа от голямо значение за хода на психотерапевтичното въздействие. В някои случаи едновременното лечебно повлияване на двете страдания, споени в симптома на везната, се оказва изключително трудно.

Особени затруднения ни създаде симптомът на везната, който наблюдавахме в много ярък вид при една друга болна, която страдаше от трихотиломания и *lichen ruber planus* по устната лигавица. Касае се за *болната Н.*³, 43-год., която от 30 години страда от трихотиломания. Поради непрекъснатото скубане на косата още от най-ранни ученически години, по-късно като девойка и до идването ѝ за лекуване при нас е ходила все с

³ Демонстрирана на 2. III. 1960 г. пред семинар по психотерапия в Градския психоневрологичен диспансер, София.

вързана глава, тъй като не е давала възможност на косата да поникне. От 12 години, след раждане и тежки психотравми, се разболява и от lichen ruber planus по лигавицата на устата. И това страдание се оказало също така упорито спрямо лекуване, както и първото. Болната сама отбелязва, че когато понякога имала стихване на явленията от едното страдание, усилвало се другото и обратно.



Фиг. 7. Болна от трихотиломания - без коса повече от 30 години

а - преди лечението; б - след лечение с внушение

(При същата болна се прояви типично симптомът на везната)

На 12 декември 1958 г. беше започнато лекуване с внушение. До 18 март 1959 г. не се получи почти никакъв резултат по отношение на скубането на косата, заради което тя ни беше потърсила. Лихенът беше в сравнително добро състояние. На 18 март се направи продължителен и твърде задълбочен сеанс с внушение в отпуснато будно състояние и

скубането на косата изведнъж - за първи път от тридесет години - престана. Постепенно обаче започна да се влошава състоянието на лихена и към 10 април той значително се задълбочи. Тогава се започна сугестивно въздействие срещу лихена. Получи се бързо подобряване и към 29 април лихенът бе отново в добро състояние, но скубането на косата пак започна. Това типично проявление на симптома на везната наблюдавахме още няколко пъти в хода на лекуването на тази болна.

Този случай, както и други подобни случаи, при които сме наблюдавали симптома на везната, представляват едно от сериозните затруднения, които могат да се срещнат в сугестивната психолечебна практика.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ЛЕКУВАНЕ

С ВНУШЕНИЕ

Неврози

Психотерапията се е развивала винаги във връзка с неврозите и тя е избран метод при тяхното лекуване. На твърде сложните невротични картини лекарят психотерапевт трябва да отговаря със строго индивидуализиран подход и правилен избор на лечебния метод. Винаги обаче едновременно със сигурността на своето лечебно въздействие лекарят трябва да покаже на болния, че съществуват още много други лечебни възможности, за да може при неуспех с един метод да премине към друг. Естествено това не трябва да става така, че

да подбива вярата на болния в прилагания за момента метод и той да очаква следващия.

Най-често внушението се прилага при болни от хистерия както за снемане на отделни симптоми, така и в хода на последващата превъзпитателна и психагогна работа. Често при снемането на отделни симптоми е необходим само един сеанс или кратък курс от 2-3 сеанса.

Болната Р., 21-год., след внезапно уплашване от смок развива психогенен мутизъм, който не отзвучал в продължение на седем дни въпреки приложеното лечение. Болната се яви при нас в амбулаторна обстановка и с еднократно косвено внушение оздравя (катамнеза 2 години).

Болната С., 37-год., след психотравма получава често рецидивиращи афонии. С еднократно косвено внушение и последващо превъзпитаващо внушение афонията отзвуча и честите рецидиви престанаха (катамнеза 1 година).

Болният М., 40-год., след психотравма получава често рецидивиращи моноплегии. Продължителното лекуване амбулаторно и в болнична обстановка не спряло рецидивите. С кратък курс на комплексно сугестивно въздействие моноплегията отзвуча и рецидиви не бяха установени (катамнеза 1 година).

Болната В., 26-год., която получаваше чести съчетани хистерични афонии и амаврози, след три сеанса на внушение оздравя без рецидиви (катамнеза 3 години).

Могат да се изредят стотици такива болни, при които с лекота се отстранява водещият симптом и след това се стабилизира общото състояние, така че рецидиви не са настъпвали.

Съществуват и по-сложни хистерични неврози, при които са се налагали по-продължително лечение и по-задълбочени мерки за уреждане на психотравмиращите конфликти.

Внушението се прилага с добър успех и при други неврози, често с твърде сложно съдържание или с много мъчителни изживявания.

Болната Х., 36-год., слаб тип нервна система с преобладаване на първата сигнална система, по начало била тревожна, мнителна. От малка се страхувала да не се разболее от различни болести. На 17 год. изживяла тежко смъртта на сестра си, на чието погребение арестували брат ѝ, който бил нелегален. Това я потресло. Станала потисната, мрачна, страхувала се от смъртта, често плачела. С малки подобрения състоянието ѝ било повече от 10 години в общи линии все същото. От около една година към всичките ѝ предишни страхове и потискащи мисли се прибавила и голяма ревност към съпруга ѝ. Измъчвала се, измъчвала и него, следяла го. Чувствувала се излишна, грозна и глупава. Нощем не можела да спи. Често викала на сън. Сънувала кошмари. След 23 сеанса болната се почувствува много добре, надживя ревността си. Хипохондричните мисли избледняха почти до пълно изчезване, сънят се възстанови, нощните викания изчезнаха. Стана бодра и трудоспособна (катамнеза 2 год.).

Много често се налага да бъде провеждана сугестивна психотерапия при болни от функционално обусловена полова импотенция. И тук както при всички невротични симптоми е необходимо най-напред да се определи в рамките на коя форма на невроза може да се вмести водещият симптом. Много е важно да се изяснят типологичната принадлежност и особеностите в структурата на личността на болния.

Така например, ако се касае за импотенция, която е възникнала у слаб художествен тип, най-често е достатъчен само един сугестивен сеанс и препоръки за режим на живот, за да се избегнат рецидивите. Ако обаче импотенцията е възникнала у психастенна личност, необходими са продължителни, чести разговори и многократни сугестивни въздействия.

Психопатии. Наркомании

Психотерапията при болни от психопатия също има широко приложение - особено при невротични декомпенсации и при наркоманните увлечения. Психотерапията под формата на система от превъзпитаващи беседи и опити за вмесване в социалните конфликти, така чести за психопатите, също намира значително приложение. С психотерапия може да се помогне на афективно-поривните психопати по-лесно да овладяват афектите си, а на тревожно-мнителните - да укрепят и правилно да изградят своето вътрешно самочувствие. Поради своята дисхармонична личностна структура психопатите по-лесно развиват неврози, психогенни психози и по-лесно се отдват на наркомании.

Болната М., 30-год., с афективно-поривна кверулантно насочена психопатия, се оказва в центъра на задълбочени служебни конфликти, които преработваше паранойно. Състоянието ѝ будеше съмнения дори за шизофрения. Беше проведена система от сугестиращи и превъзпитаващи разговори. Възстанови се критичното ѝ отношение към създаденото

положение, проумя грешките си и състоянието ѝ се компенсира. Благодарение на системното превъзпитание следващите конфликти, които неминуемо възникнаха, където отидеше, не се задълбочаваха и ставаха все по-редки. От 3 години е здрава и нови конфликти не създава.

Внушението може да се окаже прекрасно лечебно средство при редица болни от наркомании. Лекуването с внушение без хипноза съпътствува обикновено другите лечебни мероприятия. Но при отделни болни понякога се получават бързи и трайни резултати и само от няколко сеанса на внушение.

Психози

За разлика от хипносугестивната терапия при психозите, която е още спорна, сугестивната терапия в будно състояние в системата на комплексната психотерапия има широко приложение. Тук влизат както отделните сугестивно рационални беседи, които всеки лекар провежда с душевно болните, така и лечебно-охранителният режим, музиката, киното, литературата, когато са специално насочени и подредени от лекаря за постигане на терапевтична цел. Тук могат да се включат заради сугестивната и общотонизиращата им страна и трудотерапията, физкултурата и др.

Епилепсия

Психотерапията на епилепсията заема по-особено място. Затова се налага да бъде разгледана отделно. Особеността възниква преди всичко от това, че епилептичните припадаци могат да имат най-различна етиология, често неизвестна за нас. В литературата съществуват съобщения за хипносугестивна терапия при епилепсията (*С. Тъки, П. Подяполски* и др.). *К. И. Платонов* твърди, че отлични резултати се получават с хипноза на т. нар. психогенна епилепсия. Той включва тук не психогенните припадъци, а епилептичните, възникнали за първи път по повод на психотравма и продължаващи след това с различна честота без външни поводи по епилептичен тип. Съобщения за лекуване на епилептични припадаци само с внушение в будно състояние в литературата не открихме. *К. И. Платонов* ограничава мястото на психотерапията в будно състояние само до борба с тревогата у болния за тежката болест.

Ние се опитахме да проведем лекуване с внушение в будно състояние у болни с епилепсия не само по отношение на реактивното тревожно състояние, а и по отношение на самите припадаци.

Болната Т.⁴, 35-год., силен, уравновесен, подвижен тип нервна система при хармончна застъпеност на двете сигнални системи, се яви на 28. IV. 1959 г. при нас със следните оплаквания: През 1953 г. по време на работа без никакъв външен повод и при напълно добро здраве получила епилептичен припадък със загуба на съзнанието. По-късно колежките ѝ казали, че е

⁴ Демонстрирана на 21. IV. 1960 г. пред Научното д-во на психиатрите в София.

паднала на земята, имала гърчове ка крайниците, била посиняла, появила се пяна с малко кръв на устата, очите ѝ се обърнали нагоре и се изпуснала по малка нужда. През 1954 г. получила такъв припадък по време на сън. Преди припадъка издала вик. Постепенно припадъците зачестили. Били предимно нощем. През 1958 г. стигнали до един-два всяка нощ. Освен тези припадъци имала и прилошавания със силно замайване, задушаване, чувство на потъване и изтръпвания. Тези прилошавания се явявали по няколко всеки ден. Изследвана е и лекувана 20 дни в нервно отделение през м. ноември 1958 г., но тогава не получила припадък и била изписана с диагноза обс. епилепсия, без подобрение. Вземала редовно години наред луминал, бром, санепил и др. На 20 декември 1958 г. през нощта лекар психиатър наблюдавал в дома на болната типичен епилептичен припадък.

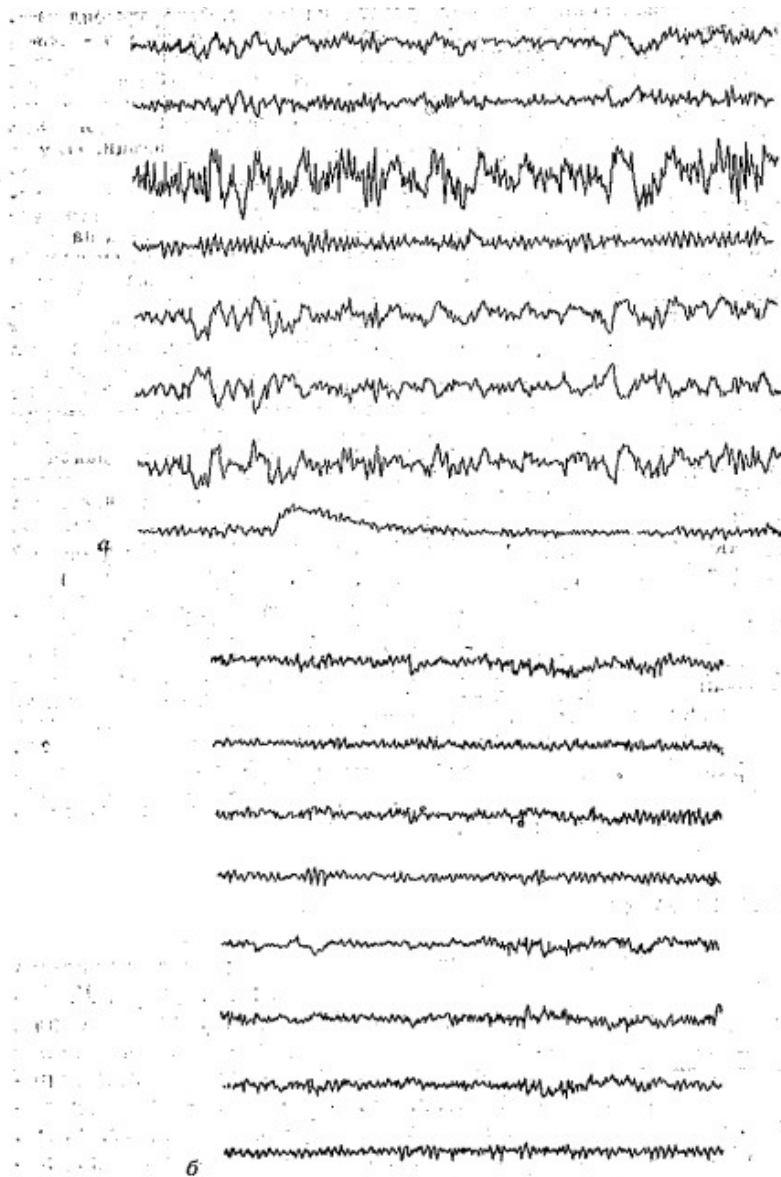
Преморбидно: трудолюбива, общителна, жизнена, издръжлива. Завършила висше образование с отличен успех.

От 1946 г. имала гастрит, а през 1954 г. била установена язва на дуоденума. Не обръщала особено внимание на болките от язвата, защото най-много я тревожели припадъците. Язвата обаче продължавала да се “обажда” всеки ден. Поддържала за нея от пет години строга диета.

Започна се лекуване с внушение в будно състояние - първоначално за успокояване на тревожното състояние във връзка с наличието на тежко заболяване. Бяха използвани повечето методи на внушаване, дори често в един и същ сеанс се налагаше да се преминава от един метод на друг. Получиха се следните резултати в хода на лекуването: 28. IV. 1959 г. - внушение. Изчезнаха тревогата и страховете около заболяването. Сънят се възстанови. 29. IV. 1959 г. - внушение. Спират се антиепилептичните лекарства (луминал и санепил). 4. V. 1959 г. - сънят е възстановен. Болките от

язвата са прекратени. Припадъци и прилошавания няма. Страхува се, че като не взима лекарства срещу припадъците, може пак да припадне. Приложено отново внушение, като се спира и диетата за язвената болест. 11. V. 1959 г. - продължава да е напълно добре. От два дни сънят отново малко неспокоен. Приложено внушение. 15. V - напълно добре е. Приложено внушение. 19. VI. 1959 г. нощес получила припадък с прехапване на езика и изпускане по малка нужда. Личат следи от прясно прехапване на езика. След припадъка обаче била за разлика от друг път напълно спокойна. Приложено внушение, 23 и 24. VII - две нощи наред получава припадъци, няколко дни след abrasio. 25. VII. 1959 г. - направена ЕЕГ: “На фона на изразена дизритмична биоелектрична активност се наблюдават пики и склонност към обща пароксизмалност, изхождаща от централните и темпоралните полета”. 31. VII - внушение. Отново е спокойна и няма никакви оплаквания. 12. X. 1959 г. - продължава да е много добре. Не е имала припадъци. Няма оплаквания от язвата.

При неколkokратни катамнестични проверки през 1960, 1961 и 1962 г. продължава да е напълно добре по отношение на епилептичната болест. На 8. II. 1961 г. бе направена ЕЕГ: “ЕЕГ запис в границите на нормата”. През този период на два пъти във връзка с тежки психотравмени изживявания се появиха в съвсем слаба степен старите оплаквания от язвата, но с по два сугестивни сеанса веднага отзвучаха.



Фиг. 8. ЕЕГ записи на болната от епилепсия Т.

а- при започване на лекуването с внушение в обикновено будно състояние “На фона на изразена диаритмична биоелектрична активност се наблюдават пики и склонност към обща пароксизмалност; изхождаща от централните и темпоралните полета>; б - след приключване на лекуването: <ЕЕГ запис в границите на нормата” (Записите са направени в

ТМИ - д-р Кираков)

При болния Г., 55-год., с чести и тежки големи и малки припадаци и с болестна промяна на личността лекуването с внушение значително разреши и направи съвсем леки и краткотрайни припадъците.

А при болния М., 40-год., с много редки големи припадъци, но с почти всекидневни малки припадъци лекуването с внушение ликвидира малките припадъци. Липсва достатъчно дълга катамнеза, за да може да се каже със сигурност, дали лечението се е отразило и при него също и върху големите припадъци.

Тези примери и други подобни наблюдения показват съвсем ясно, че психотерапията под формата на внушение в будно състояние може да има при някои форми на епилепсия огромно значение. Същевременно в хода на лечението с внушение могат да се изяснят някои от тъмните механизми на това заболяване,

Телесни заболявания с кортико-висцерална етиология и патогенеза

В психотерапевтичната литература съществуват редица съобщения за десетки и стотици болни от различни вътрешни страдания, излекувани с хипносугестия (*К. И. Платонов, П. И. Бул, Х. Клайнзорге - Kleinsorge, Н., С. Л. Тъки, П. И. Раутер - Reiter. Р. I., А. Вайценхофер, М. И. Кашпур* и др.). Най-често се касае за кортико-висцерални заболявания. До такава степен психотерапията при вътрешните болести е свързана с хипнозата, че за някои автори (*П. И. Бул*) колкото е по-дълбока хипнозата, толкова и лечебният ефект е по-добър.

Ние обаче изхождаме от принципа, че всичко, което може да се лекува с хипноза, може да се постигне и само с внушение, без хипноза. Затова пристъпихме към лекуване само с внушение в будно състояние при редица болни от кортико-висцерални заболявания. Най-убедителни са лечебните повлиявания при язвената болест.

Особен интрес в това отношение представлява *болният Д.*⁵, 52-год. Той се яви при нас на 9. V. 1958 г., след като беше получил 6 месеца отпуск по болест и се поставяше въпросът за пенсионирането му. Историята на болестта му е следната: През годините 1931 и 1934 след завършване на висшето си образование при голяма мизерия и при последваща безработица в продължения на три години получил болки в коремната област, тежест и киселини. Казвали му, че има гастрит. Животът му обаче протичал при много затруднения, лишения и тревоги. Оплакванията му от стомашното страдание не стихвали. През пролетта на 1938 г. била открита и доказана язва на дуоденома. Оттогава до явяването му при нас язвата е доказвана многократно на рентген и оплакванията му с прекъсвания на няколко пъти, най-много до един-два месеца, продължавали всеки ден. В продължение на цели 20 години се наложило да пази най-строга диета. Почти всяка нощ се будел през тези 20 години от силни болки в стомаха, киселини, оригвания и пр. Лекувал се редовно и системно, но без резултат. На 9. XI. 1957 г. постъпва по спешност в хирургическото отделение на ИБМП "Пирогов" (ист. заб. 7556/57) със съмнение за перфорация на язвата. Не бил опериран. След това получил на няколко пъти мелена и хематемеза. На 30. XII. 1957 г. при преглед на рентген се установяват "каскаден стомах, хипертрофичен гастродуоденит и *ulcus duodeni* (нише) на задната страна на булбуса с големина колкото

⁵ Демонстриран на 21. IV. 1960 г. пред Научното д-во на психиатрите в София.

житно зърно”. Във връзка с мелените се налагат чести прегледи и изследвания. Появява се съмнение за злокачествена дегенерация на язвата. Всичко това довежда болния до тежка невротична декомпенсация. Изпитва слабост, световъртеж, отпадналост, не може да се движи без придружител и без бастун. На 27. IV. 1958 г. отново постъпва по спешност в хирургическото отделение на ИБМП “Пирогов” (ист. заб. 2783/58) със съмнение за перфорация на язвата, но по собствено желание се изписва без операция. Отслабнал повече от 20 кг. При подчертана кехаксия и тежка психична астения след 6-месечен отпуск по болест и при предстоящо пенсиониране болният се явява при нас на 9. V. 1958 г. Направен беше веднага първият сугестивен сеанс без хипноза. В комплексната сугестивна методика на преден план бяха използвани методът на лекуващите реакции, методът на лекуващите минали болестни състояния и методът на косвеното внушение. Беше спряна веднага (след внимателна преценка!) и всякаква диета. Още като напускаше кабинета, заяви: “Ех, какво ми стана! Олекна ми! Много съм добре!” Отиде си въкъци без бастун и без подкрепа от близките. На 12. V. 1958 г. се яви повторно. Заяви, че е много добре. За първи път започнал да яде някои храни, но не смеел да премине все още на обща храна. Сънят му само не бил съвсем добър. Направи му се втори сугестивен сеанс в будно състояние. На 19. V. 1958 г. се яви за трети и последен лечебен сеанс. Вече ядеше всичко и нямаше абсолютно никакви оплаквания. Опитвал се дори да излиза на леки разходки извън града. При катамнестично наблюдение на 3. III. 1959 г. - след около една година - съобщава, че няма абсолютно никакви оплаквания. Не спазва диета. Наддал около 20 кг. Ходел редовно сам на екскурзии. На рентген: “Косвени данни за прекаран *ulcus duodeni*. Нише не личи” Катамнестично наблюдаван на 16. XII. 1961 г. - няма оплаквания. Съобщава,

че получил златен орден на труда, като добавя духовито: “Вместо пенсия по болест”. До този момент (катамнеза над 4 год.) няма никакви оплаквания от язвеното заболяване, без да спазва диета.

Алергични заболявания

Само единични съобщения посочват възможността да се провежда лекуване на алергични страдания с внушение без хипноза (*Н. Г. Безюк*). Ние лекувахме с добър резултат група болни от уртикария чрез внушение в будно състояние. Предпочитахме болни с голяма давност на страданието при значителна тежест на симптомите и никакви повлиявания от известните лечебни средства. Не проявявахме никакъв интерес към алергена, което още в началото смайваше болните, които бяха обиколили десетки лекари, познаваха предварително всички въпроси и знаеха всички лечебни средства.

Болната М., 25-год., след раждане и психотравми през м. октомври 1957 г. получава силно изразена уртикария. Лекуването с всички известни средства при редица дерматолози не довело до резултат. Обривите не спирали нито за един ден и със сърбежите си я измъчвали. На 1. VIII. 1958 г., след 9-месечно боледуване, беше изпратена за психотерапия. Още след първия лечебен сеанс получи значително подобрене. Следващите сеанси бяха на 5. VIII, 8. VIII и 15. VIII. Уртикарията спря напълно без никакво търсене на алергени, диета и пр. - само с внушение, при запазване нормалния начин на живот. През септември 1958 г. получи съвсем леко влошаване - няколко единични и краткотрайни уртики. Направени допълнително 6 лечебни сеанса през м.

септември 1958 г. Оттогава при катамнеза над 3 ½ год. Няма никакви обриви, като живее съвсем нормален живот. Не спазва диета и режим.

*Болният Г.*⁶, 36-год., преди да се яви при нас, беше страдал от много упорита уртикария в продължение на 4 месеца. Най-вероятно алергенът беше в праховете на фабриката, където работеше. Провел лекуване със: Synoren, Pyribenzamin, Novocain, Cortancyl, инсулин с глюкоза, бром и др. - без резултат. През ноември и декември 1959 г. лекуван във вътрешно отделение на III гр. б-ца, София (ист. на забол. 1512/59) и изписан с диагноза: Urticaria, Oedema angioneuroticum Quincke. Подобрение и от там не получил. Ние започнахме веднага лечебно-сугестивните сеанси, като използвахме комплексна сугестивна методика, в която на преден план застъпихме метода на косвеното внушение и метода на лекуващите реакции. Същевременно спряхме всякаква диета още от първия ден и с постепенно намаляване прекъснахме провежданото дотогава продължително антихистаминово лечение. Тук резултатите настъпваха бавно и за тях трябваше да се воюва стъпка по стъпка. Подобрението обаче настъпваше съвсем закономерно и след 17 сугестивни сеанса болният беше напълно здрав - в същата трудова среда, при същите алергени и без всякаква диета. Здрав е и до сега (катамнеза 2 години).

Много по-бърз резултат се получи въпреки голямата продължителност на заболяването при *болната И.*, 56-год., от 7 години имала всеки ден големи уртикариални обриви. Често обривите се случвали по много неудобно места. Ако се случели по ходилата, не можела с дни да ходи. Лекувана с антихистаминови препарати и с всичко, което било известно на лекарите специалисти. За същото страдание била лекувана в кожно и нервно отделение, но без резултат. Пазела най-сторга диета, а от три години ядяла

⁶ Демонстриран на 21. IV. 1960 г. пред Научното д-во на психиатрите в София.

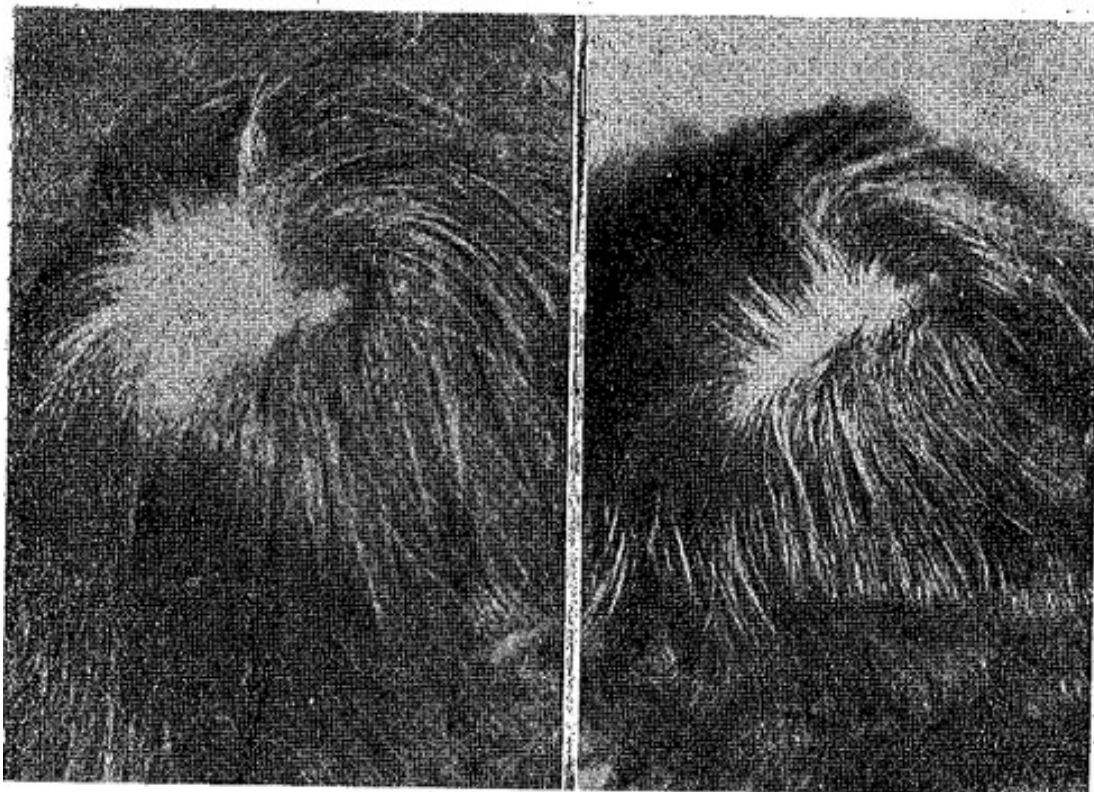
само кисело мляко, плодове, олио и картофи. Въпреки всички мерки нямало ден без обриви. При това обривите били най-често по-големи от длан, много сърбели и се задържали продължително време. След три комплексни сугестивни сеанса и прекратяване на всякаква диета обривите престанаха. Получи само на два пъти по време на тежки психотравмиращи изживявания лек сърбеж и няколко съвсем дребни уртики, но тези състояния бяха прекъснати с по два допълнителни сеанса. Болната е в добро състояние, без да спазва режим и диета (катамнеза 1 година).

Кожни заболявания

Хипносугестивната терапия на редица кожни заболявания с психогенен и непсихогенен произход е вече утвърден в литературата лечебен метод. Съществуват редица съобщения за отлично повлияване в хипноза на заболявания като psoriasis, lichen ruber planus, различни екземи, брадавици, alopecia areata, салварзанови дерматити, фотодерматози, pruritus и др. (А. И. Картамишев, М. И. Желтаков, А. И. Картамишев и М. В. Милч, И. М. Тонконоги и Е. Я. Мискевич, К. И. Платонов, П. Хесе - Hesse, P. G., и др.). К. И. Платонов цитира работите на Н. Г. Безюк, в които е показана възможността за успешно прилагане и на метода на косвеното внушение в будно състояние.

Ние се опитахме да въздействуваме с внушение в нормално будно състояние при някои болни от кожни страдания. Ще посочим някои от тях.

Болната Ц.⁷, 26-год., през 1958 г. заболяла от lichen ruber planus, за което била на лечение в стационара на к.-в. диспансер (ист. заб. 382/58). Там ѝ е правена биопсия (N 327/58), с която се потвърдила диагнозата. Изписана с подобрение и с последващо ново влошаване. Още от първия сеанс болната получи подобрение, което със следващите сеанси се затвърди. Многобройните обривни единици, пръснати по цялото тяло, изчезнаха. Изчезнаха и пигментациите след тях. На 14-тия сеанс беше вече здрава. Кожното страдание не рецидивира въпреки сериозните психотравми, които по-късно изживя във връзка с развод (катамнеза 3 години).



Фиг. 9. Alopecia areata, лекувана без резултат с обикновените дерматологични средства и повлияна отлично само от два сеанса на внушение в обикновено будно състояние а- преди лечението; б - на шестия месец след лечението

⁷ Демонстрирана на 21. IV. 1960 г. пред Научното д-во на психиатрите в София.

Болната З., 38-год., лекува един упорит pruritus със средствата на дерматологията без резултат. Още от първия сугестивен сеанс настъпи оздравяване. Бяха направени допълнително още два сеанса за укрепване на резултата (катамнеза над 3 години).

Болната О., 35-год., се яви в кабинета по психотерапия с alopecia areata, която не могла да излекува със средствата на дерматологията. От два сеанса се получи лечебен резултат (катамнеза 8 месеца).

Тежки органични заболявания

Сугестивната психотерапия има място и при тежки органични заболявания. В тия случаи тя най-често е симптоматично средство за намаляване болки, повишаване самочувствието, засилване вярата в оздравяването и за общо тонизиране.

В някои случаи обаче сугестивната психотерапия може да изиграе чудотворна лечебна роля без други средства за лекуване.

Интерес представлява случая с *болната Д.*⁸, 41-год., боледувала от безвкусен диабет в продължение на 15 год. Като малка на 7-годишна възраст изкарала “испанската болест”. Останала ниска на ръст, с лека хипоплазия на гениталиите и като че ли слабо забявяне на интелектуалното ѝ развитие. През 1942 г. боледувала от свинска тения. Наскоро след това започнала да чувства непреодолима жажда и да изпива големи количества вода, както и да отделя изобилно урина - до 45 л урина дневно. Наложило се да се движи из улиците с две стомни вода, за да може бързо да задоволява жаждата си. От 1949 г. до 1958 г. лекувана многократно и продължително. Винаги

⁸ Демонстрирана на 21. IV. 1960 г. пред Научното д-во на психиатрите в София.

изследванията и наблюденията са потвърждавали диагнозата безвкусен диабет. Освен лекуването със sedativa провеждано е лечение и със сънна терапия, присадки на хипофиза, питугландол и др. През 1955 г. била лекувана в клиника с имплантиране на хипофизна жлеза. Поради супурация на мястото на имплантацията опитано било да ѝ се повлияе условнорефлекторно чрез фиктивна имплантация. Получила подобрене, но и този път за кратко време. Болната съобщава, че веднъж при опит за извършване на водната проба чрез жадуване в една от клиниките изпитала такава неудържима жажда, че през нощта изпила в кухнята едно казанче с помия.

На 8. I. 1957 г. болната се яви за психотерапия. В продължение на два месеца се проведеха - в началото стационарно, а после амбулаторно - системно комплекси сугестивно въздействия. Освен повишаващи авторитета на лекаря въздействия при болната бяха приложени в началото методът на задоволяващите внушения, косвеното внушение и методът на лекуващите реакции. Постепенно водещо остана само косвеното внушение. Получи се отличен резултат. Жаждата престана, диурезата слезе до границите на нормата в горните ѝ стойности, отн. т. на урината от 1000 се покачи на 1005-1006. Самочувствието ѝ се подобри. Спря диетата още от началото на лекуването. Напълня.

Във връзка с направените изследвания и наблюдения на болната Клиниката по болнична терапия при ВМИ - София е приела (април 1960), че се касае за идиопатична форма на безвкусен диабет, при който психотерапията е довела до ремисия на състоянието.

Тази ремисия означава за болната практически оздравяване. Не я измъчват непреодолима жажда и честа диуреза, не спазва потискащия режим и диета на тежко болен и се радва на живота (катамнеза над 5 години).

К. И. Платонов съобщава един случай на психогенно възникнали полидипсия и полиурия, диагностирани като безвкусен диабет, които се повлияли от косвено внушение (при катамнестично наблюдение 8 мес.). Той съобщава още за три случая на безвкусен диабет, от които единият представен от *П. Подяполски*, с лечебни резултати подобни на нашия, но след прилагане на хипноза.

Психотерапията има място като симптоматично средство така също и при ракови заболявания.

Болната Л., която страдаше от много силни болки и невъзможност за хранене вследствие на масивна ракова метастаза, с внушение в будно състояние получи облекчаване и успокояване, каквито медикаментите не ѝ даваха.