

Stanislav Kratochvíl

Klinická hypnóza



AVICENUM / ZDRAVOTNICKÉ NAKLADATELSTVÍ

Doc. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

Klinická hypnóza

Avicenum, zdravotnické nakladatelství, Praha

Doc. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

Klinická hypnóza

© Stanislav Kratochvíl, 1990
Recenzovali: doc. MUDr. Milan Bouchal, CSc.
doc. MUDr. Vladimír Hort, CSc.

ISBN 80-201-0012-1

vydavatelství a nakladatelství Práh

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| Předmluva | 9 |
| A. NAVOZOVÁNÍ HYPNÓZY | 11 |
| 1. Příprava na hypnózu | 12 |
| 1. Zkoušky sugestibility | 12 |
| 2. Prostedí pro hypnózu | 17 |
| 3. Předběžné informace | 18 |
| 2. Verbálně fixační uspávací technika | 19 |
| 1. Dlouhá standardní forma | 20 |
| 2. Improvizovaná forma | 22 |
| 3. Ukončení hypnózy | 25 |
| 3. Fantazijní techniky | 26 |
| 4. Další faktory v technikách | 31 |
| 1. Direktivnost – nedirektivnost | 31 |
| 2. Relaxace – aktivizace | 34 |
| 3. Přerušovaná hypnotizace | 38 |
| 4. Prohlubování hypnózy | 38 |
| 5. Opakovaná hypnotizace | 40 |
| 6. Kolektivní hypnotizace | 41 |
| 5. Individualizované techniky a překonávání odporu | 42 |
| 6. Sugescie ke zkoušení hloubky hypnózy | 46 |
| 1. Jednoduché sugescie | 46 |
| 2. Složitější sugescie pro hypnabilní osoby | 51 |
| 3. Prožitky a reakce při sugescích | 57 |
| 7. Hloubka hypnózy | 63 |
| 1. Stupně hypnózy | 63 |
| 2. Diagnostická škála | 65 |
| 3. Hloubka hypnózy a léčebný účinek | 66 |
| 8. Nácvik sugerování a hypnotizace | 67 |
| 1. Pokyny pro formulování sugescí | 68 |
| 2. Zvládnutí neúspěšné hypnotizace | 70 |
| 3. Poznatky z nácviku hypnotizace | 72 |
| 9. Hypnotizace dětí | 74 |
| 1. Zvláštnosti dětské hypnózy | 74 |
| 2. Stanfordská hypnotická škála pro děti | 76 |
| 3. Ukázky dětských fantazijních technik | 78 |
| 4. „Hypnóza“ u dětí do čtyř let | 81 |
| 5. Závěrečné poznámky | 82 |

| | |
|---|-----|
| B. LÉČEBNĚ UŽITÍ HYPNÓZY | 84 |
| 1. Prostá hypnóza, relaxace a spánek | 84 |
| 2. Obecné terapeutické sugesce | 87 |
| 1. Přímé sugesce | 87 |
| 2. Obrazné sugesce | 90 |
| 3. Specifické symptomatické sugesce | 92 |
| 4. Hypnotická analgezie a anestézie | 96 |
| 1. Možnost vyvolání analgezie | 96 |
| 2. Techniky sugerování analgezie | 97 |
| 3. Zpětné informace o pocíování bolesti | 99 |
| 4. Fyziologické reakce při analgezii | 100 |
| 5. Chronické organicky podmíněné bolesti | 100 |
| 5. Hypnotická abreakce a hypnoanalýza | 100 |
| 1. Hypnotická abreakce | 101 |
| 2. Hypnoanalýza | 103 |
| 6. Nácvik v hypnóze | 104 |
| 7. Autohypnóza a autostimulační manévr | 105 |
| 1. Autohypnóza | 106 |
| 2. Autostimulační manévr | 109 |
| 8. Zásady pro podávání léčebných sugescí | 111 |
| 9. Ericksonovská hypnoterapie | 113 |
| 10. Hypnóza a komplexní psychoterapie | 118 |
| 1. Hypnóza a terapeutický vztah | 119 |
| 2. Metoda dvojí koleje | 120 |
| | |
| C. HYPNÓZA U RŮZNÝCH ONEMOCNĚNÍ A PORUCH | 122 |
| 1. Neurózy | 123 |
| 1. Nespavost | 123 |
| 2. Bolesti hlavy | 125 |
| 3. Úzkost, strach a tréma | 126 |
| 4. Deprese | 129 |
| 5. Neurastenie | 131 |
| 6. Nutkavá neuróza | 132 |
| 7. Hypochondrie | 134 |
| 8. Hysterie | 135 |
| 9. Mnohočetná osobnost | 143 |
| 2. Závislost na alkoholu a jiných drogách | 146 |
| 1. Základní léčebné postupy | 147 |
| 2. Některé zkušenosti s léčbou | 149 |
| 3. Kouření | 151 |
| 3. Psychózy | 154 |
| 4. Psychosomatické poruchy a vnitřní lékařství | 157 |
| 1. Bronchiální astma | 158 |
| 2. Kardiovaskulární poruchy | 163 |
| 3. Gastrointestinální poruchy | 168 |
| 4. Poruchy dalších systémů | 175 |
| 5. Obezita a mentální anorexie | 176 |
| 5. Hypnóza v neurologii a ortopedii | 182 |

| | |
|---|-----|
| 1. Organické a funkční poruchy | 182 |
| 2. Ovlivňování bolesti | 184 |
| 3. Migréna | 186 |
| 4. Spastická tortikolis | 191 |
| 5. Grafospasmus, blefarospasmus a tik | 193 |
| 6. Motivace při rehabilitaci | 197 |
| 6. Kožní onemocnění. | 200 |
| 1. Bradavice | 201 |
| 2. Kondylomy | 204 |
| 3. Svědění | 205 |
| 4. Ekzémy | 206 |
| 5. Jiné | 207 |
| 7. Hypnóza v chirurgii a anesteziologii | 207 |
| 1. Důkazy o možnosti operací v hypnóze | 208 |
| 2. Technika hypnózy pro chirurgickou operaci | 210 |
| 3. Možnosti a meze hypnotické anestézie | 212 |
| 4. Hypnóza v předoperačním a pooperačním období | 215 |
| 5. Úrazy a krvácení | 216 |
| 6. Popálení | 217 |
| 7. Sluchové vnímání v průběhu narkózy | 221 |
| 8. Hypnóza v porodnictví a gynekologii | 223 |
| 1. Hypnóza a porod | 223 |
| 2. Těhotenské zvracení | 228 |
| 3. Poruchy menstruace | 229 |
| 4. Sterilita a antikoncepce | 231 |
| 5. Zvětšení prsů | 233 |
| 9. Hypnóza v zubním lékařství | 234 |
| 1. Strach před zubním ošetřením | 234 |
| 2. Hypnóza v průběhu zubního ošetření | 235 |
| 3. Jiné stomatologické problémy | 241 |
| 10. Další lékařské obory | 242 |
| 1. Onkologie | 242 |
| 2. Oční a ušní lékařství | 245 |
| 3. Jiné | 247 |
| 11. Hypnoterapie u dětí | 248 |
| 1. Nevhodné návyky | 249 |
| 2. Učení a emoce | 252 |
| 3. Somatické symptomy a bolest | 254 |
| 4. Poruchy chování | 255 |
| Závěr | 257 |
| Literatura | 259 |
| Rejstřík | 260 |

PŘEDMLUVA

Kniha je určena lékařům a klinickým psychologům, kteří mohou a chtějí ve své praxi využívat hypnózy při léčení pacientů. Podávám v ní: a) návod k navozování hypnózy a posuzování její hloubky, b) výklad základních forem léčebného využití hypnózy a c) příklady aplikace hypnoterapie u jednotlivých onemocnění, potíží či poruch v různých lékařských oborech.

V této knize se zabývám pouze klinickou hypnózou. Teoretické otázky hypnózy a výsledky výzkumů hypnotických jevů jsem shrnul v monografii „Hypnóza, experimentální přístup“ (1986).

Výklad jsem zaměřil především na praktické provádění hypnoterapie. Snažím se poskytnout co nejvíce ukázek, jak nejlépe formulovat hypnotizační a terapeutické sugesce a jaké výsledky je možno očekávat.

Po stránce didaktické vycházím z výukového programu pro kursy hypnózy, které od r. 1970 pořádáme každoročně pro klinické psychology a lékaře v psychiatrické léčebně v Kroměříži v rámci školících akcí sekce pro hypnózu České psychiatrické společnosti a kabinetu psychologie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů. Děkuji všem kolegům a přátelům, kteří se mnou v těchto kursech po mnoho let působili jako lektori a jejichž zkušenosti se v této knize do značné míry prolínají s mými. Patří k nim doc. MUDr. Milan Bouchal, CSc., PhDr. Karel Balcar, CSc., MUDr. Věra Doležalová, CSc., PhDr. Petr Hájek, PhDr. Mojmír Svoboda, CSc., a v posledních letech i MUDr. Jaroslav Kašparů a PhDr. Marie Pečená. Děkuji i absolventům kursů, kteří přinášeli své čerstvé poznatky i mnohé otázky na pracovní schůze sekce, na supervizní sezení a do pokračovacích kursů a podnítili mne k sepsání této příručky.

Protože je rozsah rukopisu limitován a tematika příliš široká, měl jsem po dokončení rukopisu na vybranou: vynechat kapitolu o hypnóze v chirurgii a anesteziologii, nebo kapitoly o hypnóze v zubním lékařství a hypnoterapii dětí, nebo dvacetistránkový seznam použité literatury.

ratury. Bylo mi líto připravit začínající hypnoterapeuty o praktické návody k aplikaci hypnózy v některých oblastech. Rozhodl jsem se proto vynechat seznam časopisecké literatury. Zájemcům jej mohu zdarma zaslat.

Stanislav Kratochvíl

Poznámka: Citace označené v textu (+) jsou nepublikovaná sdělení absolventů kursů hypnózy, která přednesli na pracovních schůzích sekce pro hypnózu a na konferenci o hypnóze nebo je připravili jako přehledy své činnosti pro pokračovací kursy.

A. NAVOZOVÁNÍ HYPNÓZY

První věc, kterou se musíme naučit, chceme-li do našeho léčebného repertoáru zařadit hypnoterapii, je navozování hypnózy, tj. uvádění či ponořování pacienta do hypnotického stavu. Je výhodné, vyjdeme-li z předpokladu, a) že se nám to nepodaří u každého a b) že u některých pacientů se nám to podaří. Tím se zejména na počátku naší hypnoterapeutické praxe zbavíme pocitů nezdaru, které by nás po setkání s několika nehypnabilními pacienty odrazovaly od dalšího zkoušení, než najdeme několik značně hypnabilních osob, které nás o účinnosti našich postupů přesvědčí. Po získání zkušenosti a jistoty se rozsah osob, které budeme schopni ovlivnit, zvýší.

Dalším důležitým předpokladem je, že chceme-li v daném případě zjistit možnosti léčebného využití hypnózy, musíme zkusit pacientovi zadávat sugesce a hypnotizovat jej. Nemáme spolehlivou možnost přesvědčit se o jeho hypnotizovatelnosti jiným způsobem. Nesmíme být váhaví a pohodlní, musíme být vždy připraveni provést hypnotizaci. Po získání základních zkušeností nám k tomu většinou postačí patnáct nebo i deset minut. Jen v případech, kdy nám na využití hypnózy skutečně hodně záleží, můžeme věnovat pokusům o navození hypnózy různými technikami až půl hodiny anebo hypnotizaci vyzkoušíme postupně ve dvou až třech samostatných sezeních.

Budeme nyní v učení se hypnotizaci postupovat krok za krokem. Začneme běžnou standardní verbálně fixační uspávací technikou s textem, který můžeme pacientovi zpočátku i číst, když u něj předem vytvoříme příslušné očekávání a zajistíme spolupráci. Od přísného přidržování se standardní metody přejdeme k jejímu zkracování a k přizpůsobování formulací pozorovaným reakcím pacienta a k improvizacím, které z pacientových reakcí vyplývají. Dále se naučíme využívat také fantazijních technik a pružněji se pohybovat v polaritách direktivity- nedirektivity a uspávání-aktivizace. Využijeme různé polohy při hypnotizaci, různé druhy fixačních bodů včetně pohledu do očí a některé další pomůcky zvyšující účinnost sugescí. Tím se rozšíří náš repertoár, abychom mohli techniky střídát a při neúspěchu jedné zkusit jinou. Poupkážeme také na speciální individualizované techniky, které vytvo-

řil Erickson a jeho škola. Podáme návod k provádění orientačních testovacích sugescí pro osoby méně i vysoce vnímavé a základní směrnice k posouzení hloubky navozené hypnózy. Naučíme se i provádění hypnotizace ve skupině. Závěrem uvedeme zvláštnosti postupu při navozování hypnózy u dětí.

1. PŘÍPRAVA NA HYPNÓZU

Předpokladem u terapeuta, který chce úspěšně provádět hypnózu, je ovládnutí sugestivní intonace, tj. dovednosti vyslovovat tvrzení takovým způsobem, aby se u naslouchajícího vzbuzoval a posiloval okamžitý dojem o jejich pravdivosti a znesnadňovalo se uplatnění pochybností.

Sugestivní intonace se liší od intonace používané při věcném konstatování, při logické argumentaci, otázce, instrukci nebo příkazu. Je v ní přesvědčení o pravdivosti a o očekávaném účinku, jistota, naléhavost a vemlouvavost. Je vhodné si ji napřed nacvičit na pronášení krátkých hesel, např. „Kroměříž jsou hanácké Athény, město plné památek, kultury a vzdělanosti“, „Tloušťka škodí zdraví, jíst střídme se vyplatí“, nebo přímo na větách vybraných z testů sugestibility: „Budete padat dozadu. Táhne vás to dozadu. Padáte dozadu.“

K přípravě pacienta na hypnózu lze využít zkoušek bdělé sugestibility, zajištění vhodného prostředí pro hypnotizaci a poskytnutí předběžných informací, které odstraní případné rušivé obavy a podpoří správné očekávání toho, co se má při hypnotizaci uskutečnit.

1. Zkoušky sugestibility

Reagování na sugesci v bdělém stavu do jisté míry předpovídá úspěch hypnotizace. Zejména sugesci obsahující vnucení nebo naopak znemožnění určitého pohybu, jimž subjekt na výzvu nedokáže odporovat, s hypnabilitou vysoce korelují. Zadávání bdělých sugescí může být zároveň přípravou na hypnotizaci, která vlastně také bdělými sugescemi začíná. Uvádějí pacienta do situace. Pacient získává představu o tom, co je to sugesci a zda a jak na něj působí. Po každé sugesci může komentovat svoje prožitky, a tak poskytuje hypnotizérovi vodítka o tom, jak rychle sugesci působí a jaký druh formulací je neúčinnější: zda jsou to spíše tvrzení doporučující výchozí spolupráci pomocí představ („představte si, že padáte dozadu, a když si to budete živě představovat . . .“), tvrzení zvolna, vemlouvavě a opakovaně všeptávaná, nebo energická tvrzení blížící se autoritativnímu rozkazu („padáte dozadu!“). Hypnotizér může podle těchto poznatků upravovat svůj další

postup a současně může ve svém komentáři posilovat pacientova pozitivní očekávání a vytvořit u něj potřebnou zaměřenost.

Uvedeme ukázkové formulace několika oblíbených zkoušek sugesibility, k nimž patří kyvadélko, padání dozadu a semknutí rukou.

Kyvadélko

Požádáme pacienta, aby se posadil ke stolu a opřel o něj pravý loket tak, aby prsty byly přibližně ve výši hlavy. Mezi palec a ukazovák mu dáme nit se zavěšeným malým tělesem, např. prstýnkem nebo knoflíkem, tak, aby těleso bylo asi 1 cm nad deskou stolu, a zastavíme jeho případný pohyb. Pak začneme sugerovat.

Pozorujte nyní tento malý předmět. Soustředte se na něj a pozorně poslouchajte, co Vám říkám. Uvolněte se a odstraňte všechno napětí. Za chvíli, jak budete prsten pozorovat, všimnete si, že se trochu pohybuje. Nezáleží na tom jak, ale bude se pohybovat. Začne se pohybovat, zpočátku málo, potom více a více. Neustále ho pozorujte. Teď se začíná trochu pohybovat, začíná se kývat: vidíte, že už se trochu hýbe. Zpočátku málo, pak silněji a silněji. Pohybuje se... pohybuje se víc a víc... jen ho stále pozorujte... pohybuje se víc a víc. Představujte si, jak se kývá právě tímto směrem. Vaše představa tento pohyb neobyčejně zesílí. Prsten se pohybuje... víc a víc... nezadržitelně se kývá... silněji a silněji. (Jakmile je patrný pravděpodobný směr pohybu, pokračujeme takto:) Vidíte, že se kývá dopředu a dozadu... dopředu a dozadu... víc a víc... dopředu... dozadu... (Sugesci pokud možno synchronizujeme se skutečným pohybem.) Kývá se víc a víc... dopředu... dozadu.

(Začne-li pohyb přecházet v eliptickou nebo kruhovou dráhu, pokračujeme, jako bychom to předpokládali:) Teď se začíná prsten pohybovat v kruhu, začíná kroužit, krouží... opisuje kruh... točí se... točí... krouží a krouží... více a více se točí. Představujete si stále větší a větší kruh a prsten začíná opisovat jeho dráhu... větší a větší... točí se a krouží... silněji...

Zde můžeme skončit, odebrat pacientovi kyvadélko a žádat o komentář. Uvede-li pocit, že se kyvadélko „pohybovalo samo, bez jeho vlastní vůle“, podtrhneme tuto skutečnost jako podstatnou pro reagování na sugesci.

Padání dozadu

Postavte se vzpřímeně zády ke mně, paty a špičky u sebe. Za chvíli vás požádám, abyste si představil, že padáte dozadu, a vy skutečně pocítíte, že dozadu padáte. Budu stát za vámi, abych vás zachytil. Ukáží vám, jaké to bude. (Vezmeme pacienta za ramena a vychýlíme ho směrem k sobě. Obvykle udělá krok dozadu.) Udělal jste krok dozadu. To je přesně to, co byste dělat neměl. Udělal jste to, protože jste se bál, že vás nechám upadnout. Ale vidíte - zachytil jsem vás. Zkusíme to znovu, tentokrát se tomu poddejte. (Opakujeme předchozí postup, aby pacient nabyl jistoty. Nyní by měl klást již jenom malý odpor. Bez ohledu na to, zda udělá krok dozadu nebo ne, pokračujeme:) To bylo již lepší. Ničeho se nebojte, nenechám vás upadnout. Stojím za vámi a včas vás zachytím. (Nekladl-li žádný odpor:) Velmi dobře, tentokrát jste to udělal výborně. (Pokračujeme:) Nyní se postavte zase tak, ruce po stranách, paty a špičky u sebe. Napřímte hlavu. (Lehce uchopíme pacienta pod bradou a mírně mu vychýlíme hlavu dozadu.)

Zavřete oči a pozorně poslouchajte, co budu říkat. Nechte oči zavřené, abyste se mohl lépe soustředit. Stůjte klidně, nechte vše volně probíhat. Nyní si představte, že padáte dozadu. Vaše představa sama vyvolá tendenci k pohybu. Představte si, že padáte dozadu, že nějaká síla vás táhne dozadu. Stále si představujete, že padáte dozadu. Vaše představa tento pohyb neobyčejně zesiluje. Za několik okamžiků skutečně pocítíte sílu, která vás táhne dozadu. Čím větší je vaše představa pohybu, tím více se nakláníte dozadu. Tento pocit neustále vzrůstá. Mocná síla vás táhne dozadu. Zpočátku málo, ale postupně stále silněji a silněji. Nakláníte se dozadu . . . více a více . . . přitahuje vás to dozadu . . . dozadu . . . táhne vás to neodolatelně dozadu. Stále více vás to přitahuje dozadu, tento pocit neobyčejně vzrůstá . . . přitahuje vás to už tak nezadržitelně, že ztrácíte rovnováhu . . . víc a víc ztrácíte rovnováhu . . . dozadu . . . táhne vás to dozadu, čím dál tím víc dozadu, silněji a silněji . . . začínáte padat dozadu . . . začínáte padat dozadu . . . *Padáte dozadu. Nemůžete tomu zabránit! Padáte dozadu. Táhne vás to dozadu . . . Padáte dozadu! Padáte dozadu! Padáte dozadu!*

Dobrá, nyní už síla přestává působit, otevřete oči, vše je jako předtím. Jste klidný a uvolněný. Popište mi svoje pocity.

Všímáme si, zda došlo skutečně k pádu nebo jen k výraznému či mírnému kolísání a jak pacient pokus prožíval. Každou skutečnost svědčící pro účinnost sugesce opět podtrhneme.

Dalšími variantami sugerovaných mimovolných pohybů, které můžeme navázat, byl-li pokus s pádem dozadu úspěšný, je pád dopředu, přitahování rukou k sobě a klesání předpažené ruky. Můžeme je opět provádět se zavřenými očima pacienta, ale pokud reagoval rychle, můžeme též požadovat, aby měl oči otevřené a díval se nám upřeně do jednoho oka. Dokážeme-li sami strnule fixovat jeho oko nebo kořen nosu, může to zvýšit sugestivnost postupu. Také můžeme vypustit požadavek na napomáhání pohybu vlastními představami a zadávat sugesce přímo.

Postavte se nyní proti mně, opět dejte paty a špičky k sobě a dívejte se mi upřeně do jednoho oka. Za chvíli budete cítit, jak vás to táhne dopředu. Začíná vás to táhnout dopředu. Táhne vás to dopředu. *Padáte dopředu . . . atd.*

Stůjte nyní opět proti mně, ale rozkročte se, ať máte pevnější postoj. Předpažte ruce před sebe, nastavím vám je nyní do určité polohy. (Předpažené ruce oddálíme o něco od sebe, aby svíraly úhel asi 60 stupňů.) Nyní je ponechejte v této poloze. Za chvíli budete cítit, jak se ruce začnou samy přitahovat k sobě, levá k pravé, pravá k levé, doprostřed, do střední roviny. Táhne je to k sobě. Víc a víc. Přitahují se. *Ruce se přitahují k sobě.* Začínají se pohybovat. Přibližují se k sobě. Blíž a blíže k sobě . . .

Nechte nyní pravou ruku předpaženou. Za chvíli začnete cítit, jak je tato ruka těžká. Bude těžká, stále těžší a těžší, potáhne ji to dolů. Ruka těžkne. Je těžší a těžší. Začíná ji to táhnout dolů. Táhne ji to dolů, dolů. *Pravá ruka klesá, klesá, níž a níž, dolů . . .*

Reaguje-li pacient na všechny sugesce dobře, může zde navázat i sugesce automatického zavírání očí a přechod k hypnotizaci.

Semknutí rukou

Nyní se postavte a sepněte takto ruce. (Ukážeme: prsty jsou propleteny, dlaně přitisknuty k sobě.) Dobrá, dívejte se mi do očí a pevně sevřete ruce. (Mezitím vezmeme pacienta za ruce a přitlačíme mu je k sobě.) Sevřete je opravdu těsně, co nejtěsněji můžete. Když to uděláte, brzy zjistíte, že se vaše prsty už samy do sebe zaklíní a vaše ruce se pevně spojují. Pozorujte, co se bude dít, ničemu nezabraňujte ani ničemu nenapomáhejte. Soustředte se na vaše ruce a zavřete oči. Přitom, jak to děláte a jak mne posloucháte, se vaše ruce ještě pevněji spojují. (Sugerující lehce pustí ruce pacienta, když vidí, že je pevně sevřel. Pokud ne, pokračuje detailními sugescemi.) Prsty se pevně přimykají ke hrbetu ruky, dlaně jsou úplně jako přilepené, ruce se svírají k sobě víc a víc . . . (a pak teprve mu pustí ruce.) Prsty jsou propleteny čím dál pevněji, ruce se k sobě tisknou stále víc . . . jsou do sebe úplně zaklíněny. Vaše ruce jsou sevřeny velmi těsně k sobě, prsty jsou ohnuté a velmi ztuhlé. Ruce jsou jako dva kusy ocele, pevně svařené k sobě. Jsou zaklíněné a semknuté. Ruce jsou tuhé! Prsty se svírají jako železné háky! Ruce jsou slepené, pevněji a pevněji se k sobě přitahují. Za chvíli vás požádám, abyste zkusil dát ruce od sebe, ale nebudete schopni to udělat. Vaše prsty jsou úplně zaklíněné do sebe . . . ruce jsou stáhnuté . . . slepené . . . ztuhlé . . . *Nemůžete ruce rozdělat.* Zkuste to – nemůžete! Čím více to zkoušíte, tím méně to jde. Vaše ruce jsou strnulé, nehybné, úplně tuhé a sevřené. Pokuste se je rozdělat. Nemůžete je rozdělat! Zkuste to pořádně. Nejde to! Nemůžete ruce rozdělat! Nejde to . . . jsou úplně zaklíněné . . . Vaše ruce jsou tuhé! Pevné! Pevně sevřené!

Dobrá. Nyní můžete otevřít oči a ruce již půjdou rozdělat docela snadno. (Nebo: Jakmile se nyní rukou znovu dotknu, uvolním je a ruce opět půjdou rozdělat docela normálně. Teď. Ruce se uvolňují, jsou zcela volné, můžete je rozdělat.)

Význam zkoušek sugestibility

Kyvadelko je zkouškou velmi lehkou. Pozitivně v ní bude reagovat 80–90 % zkoušených. Je vhodné při výcviku, v praxi se používá málo. Naproti tomu ve zkoušce semknutí rukou budeme mít úspěch jen u 10–25 % osob, její korelace s hypnabilitou dosahuje až 0,70. Tato zkouška se používá, když nám záleží na rychlém výběru hypnabilních osob pro demonstrační pokusy s hypnózou a na vyloučení osob méně hypnabilních.

Jako příprava na pokus o hypnotizaci se nejlépe osvědčuje série středně těžkých zkoušek: padání dozadu, padání dopředu, přitahování rukou a klesání ruky. Po skončení těchto zkoušek, krátkém prodiskutování pacientových pocitů a jejich pozitivním komentování požádá hypnoterapeut pacienta, aby se posadil do křesla, opřel si hlavu, zaujal pohodlnou polohu a uvolnil se, a sdělí mu, že nyní začne s navozováním hypnotického stavu, který je výhodný pro sugestivní léčebné odstranění jeho potíží, ve kterém bude jeho organismus ještě více ovlivněn.

Při výrazných a spolehlivých reakcích pacienta ve zkouškách sugestibility je možno také bez přerušování pokračovat v dalších stále obtížnějších sugescích a využít tohoto postupu k převedení pacienta do hypnotického stavu. Tato forma hypnotizace se označuje jako *metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí*.

Obvykle se zadávají sugesce zavření očí s nemožností je otevřít a ponořování se do stále hlubší hypnózy; za pacienta přisuneme židli, aby se mohl pohodlně posadit. (Zvlášť hluboce hypnabilní osoby mohou ovšem zůstat i stát nebo se pohybovat a přejít do hypnotického stavu i s otevřenými očima, zejména pokud byly již dříve hypnotizovány.)

Jiným oblíbeným východiskem pro úvodní zkoušení sugestibility před pokusem o hypnotizaci je *využití instruktáže k relaxaci a ke cvičením autogenního tréninku** se sugestivním zadáváním jednotlivých položek. Pacient při tom leží se zavřenými očima na pohovce nebo pohodlně sedí v křesle s opřenou hlavou a terapeut mu po vysvětlení a přezkoušení svalové relaxace sugeruje pocity klidu, tíhy, tepla, klidného dechu apod. O uskutečňování pocitů ho pacient má informovat zvednutím určeného prstu. Při pozitivních reakcích terapeut připojuje některé další představy, které již v návěku autogenního tréninku nejsou; např. na představu tíhy jedné ruky naváže představu lehkosti a zvedání druhé ruky, na představu tepla naváže komplexnější představu o slunění se na louce a naslouchání prázdninovému ruchu u vody a navodí vzpomínkové znovuprožívání příjemných zážitků z dovolené. V následném rozhovoru pak kontroluje, jak intenzivně a realisticky pacient uvedené pocity prožíval.

I v tomto případě lze při zjevných kladných reakcích pacienta na sugesce pokračovat bez přerušování dál a převést zkoušení sugestibility plynule v pokus o navození hypnotického stavu. Lehčí hypnotický stav se ostatně od stavu navozeného autogenním tréninkem příliš neliší. Rozdíl je hlavně v tom, zda si představy a sugesce zadává pacient sám, nebo zda ho ovlivňují sugesce terapeutovy. Někteří němečtí autoři mluví o autogenním tréninku jako o autohypnóze (Thomas 1976).

Využití instruktáže k autogennímu tréninku jako východisko k testování sugestibility a k navozování hypnózy má v klinické praxi ještě jednu výhodu. Ukáže-li se, že pacient není dostatečně hypnabilní, aby byl vhodným kandidátem pro hypnoterapii, může mu terapeut doporučit setrvání u postupného samostatného nacvičování jednotlivých položek autogenního tréninku a systematické využití léčebných možností této metody prováděné lege artis, jejíž účinnost pravděpodobně není na hypnabilitě závislá.

Zkoušky sugestibility mohou být před zahájením hypnotizace užitečné, ale nejsou nutné. Někteří autoři jim věnují značnou pozornost a podrobně popisují velké množství variant (Bul 1974, Slobodjanik 1977, Weitzenhoffer 1957), jiní je považují za zbytečné (Črasilneck a Halil 1975, Wester a Smith 1984). K navozování hypnózy lze přistoupit po předběžné dohodě s pacientem přímo, bez předběžného zkoušení sugestibility.

* Podrobný výklad autogenního tréninku je např. v učebnici Psychoterapie (Kratochvíl 1987) a v důkladné monografii K. Vojáčka Autogenní trénink (1989).

2. Prostředí pro hypnózu

Hypnotizovat lze kdekoliv a bez jakýchkoliv pomůcek. Příznivému průběhu hypnotizace však, zejména u méně hypnabilních osob, napomáhá, odehrává-li se v klidném, tichém prostředí bez vnějších rušivých vlivů, které podporuje soustředění, důvěru v hypnoterapeuta a víru v jeho hypnotické schopnosti. Je výhodné, když je prostředí předem účelně připraveno pro hypnotizační postup, kterého hodlá terapeut použít. V místnosti má být pohovka s poduškou nebo křeslo, v němž si pacient může pohodlně opřít hlavu, a vhodně zvolený fixační bod. Může to být rýsováček na jednotvárném pozadí, které nerozptyluje pozornost, lesklý korálek visící na niti nebo složitější hypnoskopy, jako tabulky se soustřednými kruhy a centrálním bodem určeným k fixaci. Barevné obrazy poskytují možnost vzniku barevných paobrazů, což umožňuje, aby hypnoterapeut kromě sugerovaného rozostřování fixačního bodu začlenil do sugescí i poukaz na příslušné změny barev. Výhodný je i odlesk světla, který při rozostřování pohledu a přivírání očí vytváří dojem, jako by z předmětu vycházely paprsky.

Bod má být umístěn o něco výše, než jsou pacientovy oči, aby fixace nutila na počátku k úplnému otevření očí a aby tak terapeut mohl dobře sledovat, jak se víčka postupně začínají přivírat a zavírat; při pohledu vzhůru dochází obvykle také o něco rychleji k únavě očních svalů. Pokud hodlá terapeut využít fixace do vlastního oka, má mít židli, která mu umožňuje sedět o něco výše, než sedí pacient. Má vypnout telefon a zajistit, aby po dobu provádění hypnózy do místnosti nikdo nevstupoval ani neklepal.

Sugestivnost prostředí zvyšuje, máme-li možnost převést pacienta k provádění hypnózy do zvláštní místnosti s nápisem „hypnotárium“, v níž je obložení či závěsy a koberec tlumící zvuky, nepřímé tlumené osvětlení, pohovka a křeslo zřetelně určené výhradně pro hypnózu a jejíž celkové zařízení napomáhá pohroužení do vnitřních prožitků.

Tam, kde nelze zajistit nerušené prostředí, může být vhodné upozornit pacienta předem na případné rušivé vlivy, které lze očekávat v průběhu hypnózy, a ujistit ho, že ho při navozování hypnózy a v jejím průběhu nebudou rušit, že se ho nebudou dotýkat. Do samotných sugescí pak můžeme zkusit začlenit formulace, že „hluk z ulice či chodby, který sem doléhá, vás nejen nebude rušit, nýbrž naopak povede k vašemu ještě většímu odpoutávání se od okolí a hlubšímu ponořování se do hypnotického stavu“. Při vhodné motivaci lze provádět hypnotizaci i za přítomnosti dalších osob, např. u pacienta ležícího v nemocničním pokoji se spolupacienty. V kurzech hypnózy provádějí frekventanti paralelní hypnotizace v různých rozích téže přednáškové místnosti, aniž to subjektům výrazněji vadí. Raport, vztah vytvářející se při hypnotizaci

mezi hypnotizérem a hypnotizovaným, podporuje selektivní pozornost k hypnotizérovým slovům a nepozornost k okolí. U osob hluboce hypnabilních pak lze, jak známo, navozovat hypnózu a vyvolávat hypnotické jevy i před širokým publikem.

3. Předběžné informace

Pacienti mohou mít různé nesprávné představy o hypnóze a očekávání týkající se hypnózy nebo i zkušenosti s hypnózou, které mohou nepříznivě ovlivnit jejich reagování. Proto si máme předběžně zjistit, zda pacient byl již hypnotizován nebo přítomen hypnóze, co o hypnóze ví a co si o ní myslí, a máme jeho názory a očekávání uvést do souladu s postupem, který budeme provádět. Při všeobecném výkladu o účinnosti hypnózy zpravidla využíváme jednoduchých odkazů na analogické zkušenosti, které mají pacienti v běžném životě. Uvedeme ukázkou takového úvodního výkladu využívaného při přípravě na hypnózu.

Dříve než vás budu hypnotizovat, chci vám objasnit, jak hypnóza probíhá a jaká je její účinnost. Navození hypnózy závisí do značné míry na ochotě hypnotizovaného přijmout myšlenky a představy, které mu hypnotizér určuje, a nebránit se jim. Takovým myšlenkám říkáme sugesci.

V hypnóze se vnímavost k sugescím hypnotizéra zvyšuje. Pomocí sugescí je možno výrazně ovlivnit prožívání, chování i fyziologické funkce. Toho lze využít při léčení různých neurotických obtíží, úzkosti a strachů, k odstraňování bolestí, špatných návyků, k uklidnění, ke zlepšení nálady, zlepšení spánku i celkového stavu. Všichni lidé ovšem nejsou stejně hypnabilní, a proto nereagují na hypnózu stejně.

Zážitek při hypnóze se podobá některým zážitkům známým z běžného života. Hypnóza se do jisté míry podobá stavu zvýšeného zájmu o nějakou věc. Člověk například přihlíží zajímavému představení a zapomene, že je pouze divákem, cítí se účastníkem děje. Podobně se lidé dovedou tak pohroužit do četby, že přestanou vnímat okolí. Hypnóza je tedy jakýmsi stavem hlubokého pohroužení nebo silného soustředění. Podobně např. fotbalista může být v zápalu boje tak soustředěn na hru a snahu o vítězství, že vůbec necítí bolest při zraněních, která v boji utřžil.

Do jisté míry se hypnóza může také podobat spánku. Někteří lidé mají při hypnóze zpočátku pocit, jakoby usínali. Na rozdíl od běžného spánku však stále zůstávají v těsném kontaktu s hypnotizérem, slyší jej a reagují na jeho sugesci. Na rozdíl od spánku se mohou v hypnóze rovněž pohybovat a prožívat různé věci. To ovšem i ve spánku je zčásti možné, např. ve snech. (Podobně může náměsíčník i ve spánku vykonávat různé složitější činnosti.)

Schopnost pohroužit se do hypnózy závisí zčásti na ochotě spolupracovat, zčásti na schopnosti soustředit se na fixační bod a na terapeutova slova. Nechte volný průběh všemu, co se bude dít, nesnažte se tomu ani napomáhat, ani tomu nebraňte. Je pouze třeba, abyste se upřeně díval na fixační bod a naslouchal mým slovům.

Přílišné protahování informativního rozhovoru nepovažujeme za účelné. Ukáže-li se, že pacient je nehypnabilní, je zbytečnou ztrátou času a může zvyšovat pocit zklamání z nesplněného očekávání.

Někteří terapeuti dávají přednost postupu, při němž neinformují pa-

cienta předem, že budou zkoušet jeho hypnabilitu a pokoušet se o navození hypnózy. Aby nevyvolávali ani zbytečné obavy, ani nerealistická očekávání, vyhýbají se slovu hypnóza a označují postup za návod k relaxaci nebo za zkoušení léčebného využití relaxace, i když pak dále postupují podobně jako při relaxační uspávací technice hypnózy. Zpravidla vypouštějí úvodní zrakovou fixaci a žádají pacienta, aby hned zavřel oči, případně využívají navozování fantazijních představ. Tato nepřímá forma hypnotizace jim umožňuje přezkoušet si vnímavost pacienta k hypnóze dříve, než s ním začnou o léčebném využívání hypnózy mluvit. V některých případech ani pak nepoužívají pojmu hypnóza a celá hypnoterapeutická léčba proběhne pod názvem léčby relaxační. Je-li pacient spíše méně hypnabilní, je ostatně obtížné odlišit, kde končí prostá relaxace a kde začíná hypnóza, zejména když některé terapeutické sugesce mohou být účinné i v pouhém nehypnotickém, relaxovaném stavu.

2. VERBÁLNĚ FIXAČNÍ USPÁVACÍ TECHNIKA

Přímé formální navozování hypnózy nejčastěji využívá fixace pacientových otevřených očí na určený bod a opakovaných sugescí, v nichž se postupně sugeruje zavírání očí, relaxace, pasivita, tíha, únava a usínání. Tyto tradiční prvky se staly také součástí standardního hypnotizačního postupu využívaného při psychometrickém testování hypnability Stanfordskou škálou C (Weitzenhoffer a Hilgard 1962, Hájek a Kratochvíl 1979). Postup představuje vhodné východisko i pro začínajícího hypnoterapeuta, protože nabízí dostatečnou zásobu formulací, s nimiž lze vystačit po dobu až 15 minut, a zároveň umožňuje, aby terapeut pacientovi hypnotizační text četl. Tato skutečnost nemusí působit nijak rušivě. Pacientovi lze říci, že přidržování se tištěného textu má zajistit standardní podmínky. Terapeut by se ovšem měl naučit číst sugesce (nikoliv instrukce) obsažené v textu se sugestivní intonací, o níž už byla řeč. Zkušenosti z psychometrického využití této hypnotizace však ukazují, že i monotónní předčítání je dostatečně účinné. Monotonie se u poměrně dlouhého textu uplatňuje jako podpůrný relaxující a „uspávací“ činitel.

Po získání zkušeností s dlouhým textem, zautomatizování základních formulací a získání jistoty přecházíme ke zkrácené formě, v níž hypnotizujeme již bez nahlížení do textu a sledujeme oči, výraz a svalový tonus pacienta. V obsahu sugescí zčásti improvizujeme podle reakcí pacienta a vlastních nápadů, klademe větší důraz na správnou sugestivní intonaci.

1. Dlouhá standardní forma

Pacient se posadí do pohodlného křesla a fixuje připínáček, umístěný nad úroveň svého pohledu ve vzdálenosti 1,5–2 metry na monotónním pozadí. Dbáme, aby měl skutečně pohodlně opřenou hlavu a neměl překřížené nohy nebo sepjaté ruce. Hypnotizér s hypnotizačním textem si sedá vedle pacienta a při čtení sleduje jeho oči a výraz obličeje. Pokud pacient zavře oči dřív, než předpokládá dlouhý text, terapeut jej zkrátí a přejde k bodu 7, v němž jsou sugesce, které následují po zavření očí.

1. Vidíte ten lesklý bod před vámi? Dobrá. Budeme mu říkat fixační bod. Pohodlně se posadte, ruce si položte na opěradlo. Nejprve vám dám instrukce, které vám pomohou pohroužit se do hypnotického stavu. Obrátte oči vzhůru a dívejte se na fixační bod. Jestli chcete, můžete trochu zaklonit hlavu, abyste si příliš nenamáhal zrak. Dívejte se upřeně na fixační bod a přitom poslouchajte, co říkám. Můžete být hypnotizován, jste-li schopen dělat to, co vám řeknu, a soustředíte-li se na moje slova. Předpokládám, že chcete zažít vše, co je možné. Můžete být hypnotizován, jen když sám chcete. Hypnotizace by neměla cenu, kdybyste se jí bránil. Pouze se soustředte, jak nejvíce můžete, na fixační bod, dávejte dobrý pozor na moje slova a dejte volný průběh všemu, co cítíte a co se bude dít. Nechte vše volně probíhat. Sledujte pozorně vše, nač budu obracet vaši pozornost. Budou-li se vám myšlenky rozbíhat, vraťte je zase zpět k mým slovům a k fixačnímu bodu. Tak získáte představu o tom, jaké to je být hypnotizován. Hypnóza není nic nadpřirozeného, ani nic, čeho byste se měl obávat. Je to stav zcela přirozený, je důsledkem soustředění a sugesce. Uvolnění v hypnóze se velmi podobá prvním fázím usínání. Neusnete však v obvyklém slova smyslu, protože budete stále slyšet můj hlas a budete schopni zaměřovat myšlenky na věci, na které vás upozorním. (Hypnóza se do jisté míry podobá náměsíčnosti, protože člověk není zcela bdělý, a přesto může dělat mnoho věcí tak, jako by bdělý byl.)* Nemusíte se o nic snažit, jen mi naslouchajte a nechte volný průběh všemu, co se bude dít.

2. Nyní pusťte vše z hlavy a pouze se úplně uvolněte. Dívejte se upřeně na fixační bod, myslíte pouze na něj a na moje slova. Uhnou-li vaše oči, nevádí, jen je hned zase upřete zpět. Všimněte si, jak se fixační bod mění, jak si kolem pohrávají stíny, jak je chvílemi zamlžený, chvílemi jasný. To vše je v pořádku. Nechte volně probíhat hlavou vše, co vás napadá, ale vydržte se upřeně dívat na fixační bod. Za chvíli se vaše oči budou cítit velmi unavené a bude se vám chtít je zavřít. Oči se brzy zavřou jakoby samy od sebe. Až se to stane, nechte tomu volný průběh.

3. Více a více se uvolňujete. Jak na uvolnění myslíte, vaše svaly se skutečně uvolní. Začněte s pravou nohou, uvolněte svaly na pravé noze . . . Nyní svalstvo levé nohy . . . Jenom se celý uvolněte. Uvolněte pravou ruku, předloktí, paži a rameno . . . To je ono . . . A nyní levou ruku . . . a předloktí . . . a paži . . . a rameno . . . Uvolněte šiji a hruď . . . Uvolněnější a uvolněnější . . . Úplně uvolněný.

4. Jak se uvolňujete, bude se vaše tělo cítit těžké, všechny pocity budou otupělé. Začnete mít pocit tíhy a bezvládnosti v nohou . . . v ruce . . . v celém těle . . . jako byste se bořil hlouběji do křesla. Vaše víčka jsou rovněž těžká, těžká a unavená. Začínáte se cítit

* Větu uvedenou v závorce raději vynecháme tam, kde by přirovnání k náměsíčnosti mohlo vyvolat negativní postoj.

malátný a ospalý. Dýcháte volně a zhluboka, volně a zhluboka. Jste čím dál tím ospalejší a malátnější. Vaše víčka se stávají těžšími, jsou stále více těžká a unavená.

5. Dlouhým hleděním na fixační bod se vaše oči unavily. Oči vás pálí, víčka jsou velmi těžká. Za chvíli už nebudete schopen udržet oči otevřeny. Vydržel jste to již dosti dlouho, vaše oči jsou unaveny od upřeného pohledu, vaše víčka jsou příliš unavena, než aby ještě zůstala otevřená. Oči vám od námahy vlnou. Jste čím dál tím malátnější a ospalejší. Námaha očí je větší a větší. Jak by bylo příjemné prostě je nechat, aby se zavřely a úplně se uvolnit, úplně se uvolnit. Už jste se namáhal dost dlouho. Námaha bude tak velká, že uvítáte, když se vaše oči samy od sebe zavřou, samy od sebe zavřou.

6. Vaše oči jsou unavené a víčka velmi těžká. Celé tělo je těžké. Celé tělo je těžké a uvolněné. Cítíte, jak vám tělem prochází příjemně teplé chvění, jak se stáváte stále unavenějším a ospalejším, více a více. Ospalý. Malátný. Ospalý a malátný. Stále sledujete, co říkám, nasloucháte mému hlasu. Všechno se vám před očima rozmazává, fixační bod je nejasný, oči jsou unaveny. Únava vzrůstá, je větší a větší, stále vzrůstá.

Víčka jsou těžká. Těžší a těžší, těžší a těžší. Táhne je to dolů, dolů, dolů. Víčka jsou jako závaží, jsou těžká, tlačena vahou dolů . . . tak těžká . . . oči mrkají, mrkají . . . zavírají se, zavírají se . . .

V případě, že se oči nezavřely:

Oči se brzy zavřou samy od sebe, ale není třeba je déle namáhat. Dobře jste se soustředil na fixační bod a jste velmi unavený. Jsme nyní tak daleko, že již můžete nechat oči, aby se zavřely. (Nereaguje-li: Dobrá, nyní je zavřete.)

7. Cítíte se nyní velmi uvolněný, ale uvolníte se ještě více. Teď, když máte zavřené oči, je uvolňování snazší. Budete je mít zavřené, pokud vám neřeknu, abyste je otevřel nebo abyste se probudil . . . Jak nasloucháte mému hlasu, cítíte se příjemně malátný a ospalý. Jenom soustředíte své myšlenky na to, co říkám. Budete ještě malátnější a ospalejší. Brzy budete hluboce spát, ale budete mne stále slyšet. Neprobudíte se, pokud vám neřeknu . . . Za chvíli začnu počítat od jedné do dvaceti. Jak budu počítat, ucítíte, že se ponořujete víc a víc do hlubokého, klidného spánku, ale budete schopen dělat vše, co vám řeknu, aniž se probudíte . . . Jedna - upadáte hlouběji do spánku . . . Dvě - dolů do hlubokého, hlubokého spánku . . . Tři, čtyři - spíte hlouběji a hlouběji . . . Pět - šest - sedm - ponořujete se do hlubokého, hlubokého spánku. Nic vás nebude rušit . . . Budete naslouchat mému hlasu a prožívat věci, o kterých budu mluvit. Je pro vás velmi snadné naslouchat pouze tomu, co vám říkám . . . Osm - devět - deset - již jsme v polovině . . . stále hlubší spánek . . . 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - ačkoliv hluboce spíte, jasně mě slyšíte. Budete mě stále zřetelně slyšet bez ohledu na to, jak hluboko budete spát. 16 - 17 - 18 - hluboký spánek, pevný spánek. Nic vás nevyruší. Budete prožívat různé věci, o kterých vám řeknu, abyste je prožíval. Devatenáct - dvacet. Hluboce spíte! Nevzbudíte se, pokud vám neřeknu. Chcete spát a prožívat to, co budu popisovat. Budete přitom schopen mluvit, pohybovat se a dokonce otevřít oči, když vám řeknu. Při tom zůstanete stále v hypnóze. Ať budete dělat cokoliv, zůstanete stále v hypnóze, dokud vás neprobudím.

Po ukončení tohoto postupu je možno ponechat pacienta chvíli v klidu (tzv. klidová či neutrální hypnóza), zadávat sugesce k přezkoušení hloubky hypnotického stavu nebo zadávat sugesce terapeutické. Poté provedeme dehypnotizaci.

Provedení hypnotizačního postupu samozřejmě samo o sobě neznamená, že pacient je skutečně v hypnóze. To záleží především na jeho základní hypnabilitě, kterou definu-

jeme jako schopnost ponořit se do hypnózy určité hloubky, a na postojoyých a motivačních faktorech, podporujících nebo tlumících projevení hypnability.

2. Improvizovaná forma

Dlouhý standardní čtený postup používá zkušený klinický pracovník pouze tehdy, potřebuje-li zajistit z výzkumných důvodů standardní podmínky pro testování hypnability standardní škálou. Jinak upouští od strnulé formy a klade větší důraz na bezprostřední kontakt s pacientem. Přechází k formulacím přizpůsobovaným co do rychlosti, důrazu i obsahu tomu, jak pacient reaguje.

Také fixaci pevného bodu může nahradit např. *fixace hrotu propisovací tužky*, kterou hypnotizér drží pacientovi asi 20 cm od očí (poněkud nad očima) a postupně s ní při přivírání pacientových víček pohybuje lehce dolů. Další častou variantou je *fixace terapeutova oka*, která může značně zvyšovat sugestivní účinek procedury.

Před tím je ovšem třeba, aby si terapeut vyzkoušel nebo nacvičil před zrcadlem pohled do očí tak, aby jej dokázal delší dobu udržet bez uhýbání očima stranou a bez nadměrného mrkání a slzení. Terapeut se dívá pacientovi také do jedné zorničky anebo



Obr. 1. Navozování hypnózy fixací hrotu tužky držené hypnoterapeutem nad úrovní pohledu hypnotizované osoby
(S. Kratochvíl)

ještě lépe na kořen nosu. Při tom může postupně nechat svůj pohled rozostřit tak, jako by se díval pacientovým obličejem do nekonečna, což dodává jeho očím zvláštní strnulosti.

Pokud pacient při hypnotizaci leží, posadí se terapeut k němu na vyšší židli z boku tak, aby se mohl nad něj lehce bez námahy lehce naklonit, přičemž pacient lehce natočí obličej na stranu.

V žádném případě nedoporučujeme nějaké dlouhé souboje, kdo pohled déle vydrží, při nichž tečou pacientovi i hypnotizérovi slzy a nikdo se nechce vzdát. Nezavře-li pacient oči za dobu, po kterou může hypnotizér fixaci pohodlně vydržet, dá hypnotizér pacientovi pokyn, aby se víc nenamáhal a zavřel oči dobrovolně sám. Může mu také pohybem svých prstů stáhnout víčka dolů a přikázat (resp. požádat ho), aby už je nechal zavřeny. Z kontextu je pak zřejmé, že sugesce automatického zavírání očí se neuskutečnila, ale terapeut může pokračovat v dalších hypnotizačních sugescích, zejména v sugerování relaxace.

Počítání někdy urychluje nástup sugerované reakce nebo ponořování pacienta do hypnózy. Obvykle se počítá jen do deseti (a nikoliv do dvaceti jako ve stanfordské škále) a rychlost počítání se přizpůsobuje pozorovanému nástupu reakce. K jednotlivým číslům se připojují další sugesce. Pokud počítání nestačilo, opakuje se ještě jednou. Vždy předem sdělujeme, do kolika budeme počítat, aby pacient věděl, na jaké konečné číslo jsme dosažení úplné reakce načasovali. Při dehypnotizaci bývá běžně analogické počítání zpět, tj. například od deseti do jedné nebo nuly, kdy se má pacient zcela probudit.

Základní složky uvedeného postupu můžeme shrnout asi takto: 1. žádáme o soustředění s nasloucháním a fixací bodu, 2. sugerujeme zavírání víček, 3. zdůrazníme trvalé zachování kontaktu a zvyšování našeho vlivu na pacienta (na jeho prožívání, chování a fyziologické procesy), 4. podtrhneme snižující se vliv okolí a pokračující odpoutanost od okolí, 6. zesílujeme účinek počítáním a případnými vhodnými gesty a doteky, 7. přizpůsobujeme tempo, formulace i intonaci hlasu reakcím pacienta.

Základní a různě obměňované formulace pak mohou znít např. takto (Kratochvíl 1970):

Pohodlně se položte, uvolněte všechno svalstvo a divejte se mi soustředěně do jednoho oka. Zachovejte pasivitu a vyčkejte, co se bude dít. Nesnažte se hypnóze ani napomáhat, ani se jí nebraňte. Začnete se postupně cítit unavený, bude se vám chtít spát, vaše víčka budou těžknout, budete se cítit stále unavenější a ospalejší. Můj obličej se vám bude rozmazávat a ztrácet, chvílemi mne budete vidět jako v dálce, chvílemi mne budete vidět opět jasně, ale stále víc se vám vše bude zamlžovat. Budete se celkově odpoutávat od okolí a nic vás už nebude rušit. Víčka budou těžknout, budete v nich pocíťovat pálení, slzení. Víčka těžknou. Budou stále těžší a těžší, potáhne je to dolů, budou se chtít zavřít. Tíha v celém těle se zvyšuje. Ruce a nohy jsou těžké, jako bez vlády. Budete unave-

ný jako po těžké tělesné práci a námaze, příjemně odpočíváte. Ospalost je větší a větší, víčka jsou těžká, chtějí se zavřít, zavírají se. Ospalost, únava, tíha . . . Chce se vám spát. Jste pasivní, klidný, uvolněný, ospalý. Víčka stále více a více těžknou. Ponořujete se do stavu příjemného klidu, ospalosti, spánku. Přitom však zůstanete stále se mnou v kontaktu, stále budete slyšet můj hlas a vliv mých slov na vás, na vaši nervovou soustavu se bude stále zvyšovat. Moje slova budou stále víc působit na vaše prožívání, vnější reagování i na pochody ve vašem těle. Víčka jsou těžká, zavírají se, zavírají se, ponořujete se do hypnotického spánku. Budu nyní počítat do desíti a při tomto počítání se všechny příznaky neobyčejně zesílí a víčka se zavřou. Jedna, dvě, víčka jsou stále těžší, tři, čtyři, zavírají se, přitahují se dolů, pět, šest, úplně se přitahují, sedm, osm, zůstanou zavřena, devět, deset, víčka se zavřela a zůstanou zavřena, spíte, hluboce spíte, hypnotický spánek se bude stále více prohlubovat. Zůstanete v něm tak dlouho, dokud vás z něj opět neprobudím.

Jak jsme již uvedli, tempo se přizpůsobuje pacientovým reakcím. Pokud se příznaky objevují jen slabě, opakuje se jejich líčení v obměňovaných formulacích stále znovu. Každý dílčí úspěch se zdůrazní a navází se na něj další sugesce. Jakmile dosáhneme zavření očí, můžeme chvíli pokračovat v sugerování relaxace a prohlubování hypnózy a pak začít zkoušet uskutečňování dalších sugescí, např. podle seznamu na str. 46.

Některí terapeuti zkoušejí při hladkém a rychlém průběhu vsugerovat zároveň se zavíráním očí nemožnost oči otevřít a vybízejí pacienta, aby se o to pokusil. Pokud oči ještě otevře, pokračují ve fixaci a dalším sugerování, až oči po dalším zavření už otevřít nejdou. Má tím dojít zároveň k dosažení hlubší úrovně hypnotického stavu po definitivním zavření očí.

Při navozování hypnózy v poloze vsedě může pacient také fixovat prsten na své ruce nebo nehet či kloub některého ze svých prstů. Nevýhodou je, že při pohledu dolů má od počátku přivřená víčka a terapeut nemůže tak dobře sledovat jejich postupné zavírání, jako je tomu při pohledu vzhůru.

Jednou z populárních variant verbálně fixační uspávací techniky je Ericksonova *technika se zvedáním ruky*. Pacient fixuje např. kloub prstu na určené ruce a hypnotizér sugeruje postupné zvedání této ruky k čelu a souběžně s tím zavírání víček a nástup hypnózy: „Jakmile se ruka dotkne čela, oči se úplně zavřou a budete v hluboké hypnóze.“ Spojením pohybu po určené dráze s postupným zavřením očí a pohroužením se do hypnózy se může do jisté míry regulovat trvání hypnotizace tak, aby to odpovídalo pacientovým potřebám, jeho individuální rychlosti, se kterou je schopen se pohroužit do hypnózy. Rychlost zvedání ruky terapeutovi naznačuje, jak dlouho má ještě hypnotizaci provádět, aby bylo dosaženo potřebného účinku. V naší praxi si zvedání ruky ponecháváme raději jako úvodní sugesci při přezkušování hloubky hypnotického stavu.

3. Ukončení hypnózy

Před ukončením hypnózy především odvoláme zadané sugesci, u nichž nechceme, aby jejich účinky přetrvávaly do bdělého stavu. Zdůrazníme, že pacient se po skončení hypnózy bude cítit zcela bdělý, příjemně svěží a v dobré pohodě. Pak odsugerováváme příznaky hypnózy a sugerujeme návrat do bdělého stavu. Můžeme to spojit s počítáním, např. od desítky do nuly.

Iste stále ponořen do hypnózy. Za chvíli se probudíte. (Nebo: Za chvíli vás vrátím do normálního bdělého stavu.) Všechny příznaky vyvolané v hypnóze zcela zmizí, jen pocit příjemného uvolnění a klidu zůstane. Po probuzení se budete cítit příjemně a dobře. Budete úplně bdělý a v dobré pohodě. Vráťte se do normálního bdělého stavu, když budu počítat od desítky do nuly. Deset, devět . . . únava a ospalost se ztrácí . . . Osm, sedm . . . tíha z těla mizí . . . šest, pět . . . do svalů se vrací energie a síla . . . čtyři, tři . . . cítíte se aktivní a svěží . . . dva . . . jasně si uvědomujeme své okolí . . . jedna . . . víčka jsou lehká, uvolňují se a otevírají se. Nula . . . jste úplně probuzení, cítíte se příjemně a dobře. (Pokud pacient ještě neotevřel víčka, opakujeme „můžete již otevřít oči“ nebo přikážeme energičtěji: „Otevřete oči!“.)

Uvedený postup je obvykle plně postačující. Je dostatečně pomalý, aby umožnil pacientovi pohodlně a plynule se připravit na přechod z relaxace do činnosti. Mnohdy stačí i postup kratší, např. počítání jen od pěti nebo od tří, nebo jen sugestivní pokyn „a nyní se probudte“. Používáme-li počítání, může postupovat kterýmkoliv směrem, ale je výhodné, navykne-li si spojit počítání vzhůru s navozováním a prohlubováním hypnózy a počítání zpět s vyváděním z hypnózy, kdy slovo „nula“ je signálem pro nastoupení plně bdělého stavu.

Ve výjimečných případech, kdy by uvedený postup k úplnému probuzení nestačil, opakujeme jej ještě jednou nebo dvakrát, aniž bychom dali najevo jakékoliv znepokojení. Snažíme se napomoci probuzení jemným dotekem a případně zesílením hlasu. Také je vhodné, když takovému pacientovi ponecháme k probuzení v klidu a pohodě dostatek času. Jednou z užívaných dehypnotizačních formulek je také: „Budete se sám probouzet v tempu, které vám osobně nejlépe vyhovuje.“

Uvedeme zde dva pokyny pro případ, že by se pacient nechtěl probudit. Je to nepravděpodobné, sám jsem se s takovým případem dosud nesetkal. Ve hře by mohly být hysterické mechanismy, značná nejistota a panika terapeuta nebo problémy ve vztahu mezi pacientem a terapeutem, nechť pacienta vrátit se z příjemného stavu do méně příjemné skutečnosti nebo odpor vyvolaný některými hypnotickými či posthypnotickými sugescemi. Je možno: 1. akceptovat vzniklou situaci a sugerovat, že se pacient probudí, až sám bude chtít nebo až se dostatečně vyspí (např. „hypnotický stav přejde postupně v normální spá-

nek, ze kterého se pak sám probudíte“), a dále si ho již nevšímat, 2. zeptat se pacienta, proč se nechce probudit, a povzbudit ho ke slovní odpovědi nebo využít odpovídání na otázky zvednutím prstu.

Vyskytnou-li se po skončení hypnózy nějaké neočekávané nepříjemné pocity nebo přetrvává-li únava a ospalost, zkusíme je bagatelizovat se sugestivním ujistěním, že za chvíli zmizí. Pokud by dále přetrvávaly, je třeba pacienta znovu zhypnotizovat a nežádoucí pocity energicky odsgerovat.

3. FANTAZIJNÍ TECHNIKY

Výše popsané sugestivní a hypnotizační techniky vycházely především z motoriky, ze sugescí klesání, zvedání, padání, přitahování, zavírání víček a uvolňování svalového tonu. I když jsme kladli důraz na sugestivní intonaci, samotné formulace byly převážně věcné: stereotypní nebo jen mírně obměňovaná prostá tvrzení, co se má dít a co se děje, jaký pohyb nebo pocit se má dostavit. Ve srovnání s touto střízlivou věcnou hypnotizací vyhovuje některým pacientům i terapeutům více to, co bychom mohli označit jako obrazná nebo *poetická hypnotizace*, při níž jsou ve formulacích přítomna vzletná přirovnání, poetické obrazy a emoce. Spíše než důsledné zapamatování základního textu se zde uplatňuje osobní fantazie a tvořivost.

Odpočíváte jako člověk *po dobře vykonané práci*, který nikam nespěchá, může si udělat pohodlí, dřímat a snít.

Je to jakoby *vánek* odnášel všechny vaše starosti, myšlenky a chmury, jako by lehounká něžná *mlha* obestírala vaše smysly, svět se rozplývá a rozmazává. Jako když *vítr vlní ošením*. Lehounce vás to houpá a ukolébává, jako byste leželi za slunného dne na dně ložky *na tiché hladině jezera*. Voda vás lehce *kolébá*, vlnky zvolna přenášejí do krásného hypnotického spánku.

Přes oči se přetahuje jemný závoj. Myšlenky plují zvolna jako *bílé obláčky*, mizejí, ztrácejí se v dáli.

Na víčka usedá tíha, mrkají, je to jako *třepot motýlích křídel*, přivírají se.

Z bodu, na který se díváte, vyzařují *jemné paprsky* a vedou vás do hypnózy, necháváte se vést, jdete dál, hlouběji, oči se zavírají.

Je to jako byste jel *na pohyblivém schodišti* dolů a nechával všechn zpokojivý ruch někde daleko nad sebou, vzdaloval se mu, opouštěl jej, ponořoval se hlouběji do hypnózy, hlouběji do hypnózy.

Tak jako vlaštovka do hnízda, jako králík do své nory, jako *zajíček do pelišku* vklouznete do hypnózy, do bezpečí, klidu a pohody.

Můj hlas k vám doléhá z dálky jako *významné poselství*, jako příslib hezkých zážitků a brzkého uzdravení . . .

Zatímco v uvedených formulacích jsme měli na mysli určité zpoetizování běžné verbální fixační techniky, poukážeme dále na techniky, které se snaží vést pacienta do hypnózy nikoliv cestou zavírání očí

a svalového uvolňování, ale cestou plynule rozvíjených na sebe navazujících představ, do nichž se pacient pod terapeutovým vedením pohružuje jako do denního snění, a začíná zapomínat na skutečné prostředí kolem sebe. Představy si zpočátku pacient podle terapeutových podnětů při zavřených očích sám vyvolává, přičemž v příznivém případě mohou postupně nabývat na automaticnosti, živosti a realističnosti a včleňovat pacienta jako účastníka do děje. Vstup do hypnózy se zde neuskutečňuje přes motorické jevy, ale přes smyslové představy, iluze až halucinace. Kam až v tom pacient může dojít, tj. zda setrvává na vůli řízených představách, anebo zda postupně začne sugerované scény spontánně halucinovat, záleží opět na jeho hypnabilitě, na tom, jak hluboko je schopen se pohroužit do hypnotického tranzu.

Připomeňme zde, že ačkoliv jsme zvyklí považovat hypnabilitu za především *obecnou schopnost* pohroužit se do hypnózy, mohou v jejím rámci existovat i *speciální vlohy* pro reagování spíše na sugesci motorické, sensorické nebo disociační (amnézii). V souvislosti s tím se pak mohou vyskytnout i rozdíly v účinnosti převážně motorické a převážně sensorické cesty do hypnózy. O zásadním významu sensorických technik u dětí bude ještě řeč.

Uvedeme několik tematických okruhů, kterých lze při hypnotizaci využít. Popsané scény chtějí být pro hypnoterapeuty spíše inspirací než doslovným návodem.

Úvod

Do hypnózy se můžete pohroužit tak, že si na počátku budete úmyslně představovat situace, které vám budu popisovat. Začněte se mnou spolupracovat, postupně se možná budou představy objevovat už automaticky. Nevyvíjejte žádné zvláštní úsilí. Rozběhnou-li se myšlenky, nevadí. Když si to uvědomíte, vraťte je zase zcela plynule zpět. Nechte se vést scénami a obrazy, kterými vás budu provázet. Pokud by vás v nich něco rušilo, můžete to vypustit nebo se od nich odchýlit vlastním směrem. Celkově se však raději řiďte tím, co popisují. Podaří-li se vám ponořit se do děje, budete se stávat víc jeho účastníkem a zážitky budou živější. Možná budete mít pocit, že při tom usínáte. To je také v pořádku, nebraňte se tomu. Zůstanete při tom se mnou stále v kontaktu a moje slova na vás budou stále silněji působit. Udělejte si pohodlí a zavřete oči.

Na zelené louce

Ležíte na přikrývce na zelené louce, je teplý jarní den. (Formulace předpokládají výchozí polohu pacienta vleže.) Ležíte a odpočíváte. Ko-

lem vás je plno lučních květů, plno barev, plno květů . . . Cítíte jejich příjemnou vůni, příjemnou vůni . . . Lehounký větřík jemně ovívá váš obličej . . . Tráva pod vámi je příjemně měkká. Tráva a květiny, které jsou všude kolem, se při větříku lehce dotýkají vašeho těla, vašich volně položených rukou. Sluníčko svítí a mile vám hřeje do obličeje, rád mu nastavujete svou tvář. Sluníčko hřeje . . . Kolem bzučí včelka, sedá z květu na květ, mihne se motýl. Cítíte se nesmírně příjemně a dobře, odpoután od všech starostí a běžného všedního ruchu. Jste na zelené louce, odpočíváte, jste spokojený a klidný. Poddáváte se těmto pocitům a ponořujete se postupně do hypnotického spánku. Budete cítit květy zřetelněji, sluneční teplo silněji. Vánek chvílemi příjemně ovívá vaše čelo. Cítíte měkkou vonnou louku pod svými zády. Poddáváte se dojmům z krásy jarní přírody. Ponořujete se hlouběji do hypnotického stavu, ve kterém mne budete stále slyšet, vliv mých slov na vás se bude stále stupňovat. Budete vidět a cítit všechno stále jasněji a zřetelněji. Malé bílé mráčky plují po modré obloze. Je tak příjemné je pozorovat, jak se přibližují a zase vzdalují, jak připlouvají nové. Mají různé tvary, leccos se v nich dá vidět, dá se příjemně snít. Usínat, spát. Ponořujete se hlouběji do hypnózy. Tělo spokojeně odpočívá. Pohled na mráčky plující na obloze i omamná vůně květin uspává . . . Jste v hluboké hypnóze.

Nyní se můžeme chtít přesvědčit, zda je pacient již dostatečně ovlivněn. Můžeme to zkusit udělat např. tím, že do dalších sugescí zařadíme představu, která podporuje malý pohyb, např. : „Na ruku vám nyní sedla moucha, která vás v příjemných prožitcích ruší, máte potřebu ji odehnat. I ve spánku ji můžete mimovolním pohybem odehnat.“ Nebo se můžeme pacienta na intenzitu zážitků dotázat a žádat odpověď volním pohybem: „Podle toho, jak silně pocity na louce vnímáte, tak vysoko zvedněte svůj pravý ukazováček.“

Západ slunce

Sedíte v letní podvečer na kopcích na sluncem prohřátém kameni a hledíte spokojeně do dálky. Před vašima očima začíná zapadat slunce. Slunce už nehřeje, ale všude je ještě příjemně teplo. Vychutnáváte vlahý podvečer. Slunce se zvolna dotýká vrcholek nejvyšších smrků. Slunce zapadá za lesy, za obzor, jeho oranžový kotouč se ponořuje do narůžovělého oparu. V dáli je slyšet něco jako zvuk zvonečků oveček, které se vracejí domů na salaš, v trávě voní mateřídouška. Svit slunce slábně, obloha rudne a slunce zvolna mizí za obzor, už je ho vidět jen kousek, ztrácí se, jeho odlesk ozařuje oblaka. Je čas odpočinku. Přes tmavnoucí zarůžovělou oblohu se občas mihne silueta nějakého ptáka.

Pod vámi v mlžném oparu sotva zřetelně stoupá z komína některých chalup bílý dým. Ozve se zaskřípění vrátek, tlumený hovor nebo zaštknutí psa. Odněkud sem zavane nasládlá vůně lípy. A tak jak slunce mizí za obzorem, zvyšuje se i vaše ospalost a únava. Po celém dni jste unaven, dobře připraven ke spánku. A tak jak zapadá slunce, klíží se víc i vaše oči. Víčka jsou zavřená a nechťejí se už otevřít. Obloha zvolna temní, dostává modravý nádech, vše usíná. Tu a tam zamává ještě nějaký pták křídly a tiše zapípá. Krajina se ponořuje do spánku, je čas spát, všechno tmavne, jasné kontury předmětů se ztrácejí, vše utichá. Jste v hlubokém hypnotickém spánku. Vnímáte jen moje slova, která vás povedou dál.

Odpočinek u krbu

Představte si, že sedíte v pohodlném křesle u krbu a díváte se do plamenů. Jazyky plamenů, olizující dřevo, jsou žluté, jiné mají nádech do červená. Místnost potemněla a hořící oheň přitahuje váš zrak. Poddáváte se tomuto pohledu, odpoutáváte se od starostí a od celého okolního světa. Hořící oheň přitahuje váš zrak . . . Uklidňuje vás a současně je v něm jakési nevyslovitelné kouzlo. Něco divného, trochu tajemného a současně uklidňujícího a bezpečného . . . pradávna jistota. Hořící polena praskají a šíří se z tepla i vůně pryskyřice. Tepla sálá od krbu a příjemně vám zahřívá ruce, nohy i tvář. Ruce jsou příjemně malátné a těžké. V pohodě odpočíváte a sníte, ponořujete se zvolna do hypnózy. Regagujete už jen na moje slova. Plameny se zvolna zmenšují, zvolna dohasínají. Chce se vám víc a víc spát. Pozorujete řehavé uhlíky, nad některými občas vyskočí malý plamínek. Zuhelnatělé dřevo žhne příjemným červeným teplem. Ponořujete se do hlubokého hypnotického stavu.

Zde je možno případně zařadit ověřovací pokyn: „Cítíte-li již zřetelné teplo, zvedněte pravý ukazováček.“ Nebo můžeme zkusit vyvolat mimovolný pohyb zesilováním pocitů: „Tepla bude za chvíli tak silné, že se budete muset od krbu kousek odtáhnout, aby vás to nepálilo.“

Procházka podzimní zahradou

Představíte si, že stojíte uprostřed velké podzimní zahrady, kterou se budete procházet. Jdete po cestě a cítíte kamínky pod svou lehkou obuví. Vidíte altánek porostlý vinnou révou. Na chvíli do něj vstoupíte. Štěrbinami mezi listy prosvítá slunce. Odněkud je slyšet monotónní hlas cvrčků, je cítit vůni podzimu. Půjdete dál a kolem jsou ovocné stromy. Půjdete dál cestičkou mezi ovocnými stromy, všimnete si, že na nejbližších stromech jsou malá zelená jablka, chcete zkusit, zda jsou

již zralá . . . utrhnete si. Ale jablko, které jste utrhli, je ještě nezralé, koušete do něj, je kyselé jako citrón, stahují se vám rty, je kyselé, kyselé, budete mít plná ústa slin . . . (povšimneme si mimiky). Zahazujete kyselé jablko a vybíráte si očima žlutou hrušku. Sbíhají se vám sliny, upřeně se na ni díváte, okouzluje vás, jak pěkně visí na větvi. Trháte ji a zakusujete se do ní. Cítíte na jazyku její sladkou šťávu. Jdete spokojeně dál.

Pod nohama vám nyní šustí spadlé listí, šustí, jak se v něm po pěšince brodíte. Začíná vám to nyní připomínat víc zámecký park než ovocný sad, jdete teď po cestičce kolem starých vysokých stromů. Vše potemnělo a ztichlo. Přicházíte ke klesajícímu kamennému schodišti, které vede dolů. Kamenné schodiště s kamenným zábradlím . . . vede dolů. Začínáte sestupovat po schodech dolů, do stále většího klidu a pohody, hlouběji dolů, hlouběji do hypnózy, do hlubší hypnózy . . . Až sejdete úplně dolů, budete v hlubokém hypnotickém stavu a neprobudíte se z něj, dokud vás opět sám nevyvedu zpět do bdění. Budete mne stále slyšet . . . atd.

Let na obláčku

Zdá se vám, že se díváte na modrou oblohu s obláčky a přejete si, abyste se mohl odpoutat od země a vznášet se nahore jako ten obláček. Jeden z přívětivých obláčků se přibližuje, něžně vás obklopí a zvolna, houpavě se s vámi vznáší. Nese vás výš a výš do hypnózy. Vzdalujete se od svých starostí, odpoutáváte se od svého dosavadního okolí, všecko se zahaluje a mizí. V mráčku je to zpočátku trochu jako v mlze, všecko, co bylo předtím, se rozplynulo, zamílžilo, člověk od toho teď odplouvá, všechno se mu ztrácí, odplouvá výš a výš do hypnózy. Obláček je jako měkká peřinka, dá se v něm odpočívat, spát. Vaše tělo odpočívá, ale váš duch je svěží. Chcete vše prožívat . . . silněji a víc prožívat . . . vidět; moje slova vás povedou, budete stále víc v hypnóze, vše, co řeknu, se bude snadno samo od sebe uskutečňovat. Nahoru do hypnózy. Jste stále výš a výš v hypnóze.

Vyhlednete z mráčku, který vás spolehlivě nese, a uvidíte, jak je shora svět krásný. Pozorujete krajinu, slunce začíná hrát. Střídají se pásma tmavých lesů a široké lány polí a luk, i malá políčka a zahrádky. Odvíjejí se lesklé stužky potoků a řek. Jste vzdálen všem problémům. Lidé se vám budou zdát jako mravenečci, všechny jejich problémy vám připadají malicherné, díváte se na to z nadhledu. Jste vysoko v hypnóze.

Další témata je možno si vymýšlet podle libosti, je třeba jen dbát, aby byla pro daného pacienta příjemná. Podněty, z nichž se dá čerpat pro obohacení repertoáru, jsou v pracích Gibbonse (1979), Krogera a Fe-

zlera (1976) i Masterse a Houstona (1972). Je možno také využít témat, která si navrhne sám pacient, vyjít z jeho oblíbených fantazií, jsou-li k tomuto účelu vhodné. Při popisu scén je většinou nutno postupovat pomalu, s opakováním a s přestávkami, aby se představy měly čas vytvořit a rozvinout. Také je třeba dát pozor, abychom nepřidávali specifické detaily až poté, kdy si pacient již mohl vytvořit jinou představu, kterou pak musí násilím přeorientovat.

Vezměme např. formulaci „přicházíte ke kamennému schodišti . . . které vede dolů“. Než jsme, po vložené přestávce, došli k vymezení, že schody vedou dolů, měl pacient již jasnou představu schodů stoupajících vzhůru a musel představu měnit. Proto jsme charakteristiku zařadili napřed. „Přicházíte ke klesajícímu schodišti . . .“ V jiné sérii představ, obsahujících výstup na horu, jsme uvedli: „Potkáváte při výstupu muže . . . je to velmi starý, moudrý muž, budící důvěru, kterému se můžete svěřit se svými problémy.“ Informace o moudrém muži přišla až poté, co si pacientka už představila svižného mladíka, který se jí chystá pomáhat přes kameny. Snadno bychom tomu zabránili formulací: „Za chvíli potkáte starého moudrého muže . . .“

Závěrem ještě jedna poznámka. I když při obrazném navozování a prohlubování hypnózy často celkem logicky používáme přirovnání, že pacient sestupuje někam dolů, „hlouběji“, podobně jako když se sjíždí eskalátorem do podzemí, je možno použít také opačných přirovnání a vést pacienta vzhůru, „výš“ do hypnózy, jak jsme to udělali v tématu „Let na obláčku“. Tyto příklady vytvářejí vhodné východisko pro nahlédnutí na tíživou životní situaci a starosti, který by si pacient na základě posthypnotických sugescí měl přenést i do běžného života.

4. DALŠÍ FAKTORY V TECHNIKÁCH

Povšimli jsme si zatím u hypnotizačních technik, zda se provádí hypnotizace přímá nebo nepřímá, standardní či improvizovaná, zda jsou formulace věcné nebo obrazné a zda se vychází spíše z motorických nebo z fantazijních sugescí. Zbývá nám povšimnout si ještě polarit direktivnosti-nedirektivnosti a relaxace-aktivizace, dále přerušované hypnotizace, technik navrhovaných k prohlubování hypnózy a opakovaného navozování hypnózy.

1. Direktivnost – nedirektivnost

Na jednom pólu, který představuje klasický evropský přístup, stojí *technika direktivní*, v níž se sugesce do značné míry podobají rozkazům, o kterých se nediskutuje. V krajním případě jsou úsečné jako vojenské povely. Pacient je zde v roli osoby, která hypnotizérovi „podléhá“, do hypnózy „upadá“, v hypnóze se slepě „podřizuje“, funguje jako auto-

mat, jemuž je jednání „vnuceno“ a který za ně není zodpovědný. Uvádíme ukázkou, využívající zčásti gramofonovou nahrávku s hlasem D. Langena (Stokvis a Langen 1965). Podstata ovšem není tolik v obsahu slov jako v chování a v tónu hlasu, který nepřipouští neuposlechnutí.

Položte se, prosím, pohodlně na pohovku, dívejte se mi pevně a upřeně na konec prstu a poslouchajte, co říkám. (Hypnotizér přistoupil k ležícímu pacientovi zezadu a drží mu asi 20 cm od očí mírně nad úroveň pohledu svůj ukazováček.) Tak je to správné. Dívejte se upřeně na můj prst. Vidíte jej ostře. Budete se stále upřeně dívat a klidně mi naslouchat. (Terapeut opakuje tato slova, až zpozoruje, že zorničky se trochu rozšiřují.) Prst bude stále neostřejší a neostřejší. Daří se vám stále obtížněji vidět jej ostře. Rozplývá se vám. Ztrácí se vám před očima. Vidíte jej zdvojeně, neostře, zdvojeně. (Terapeut opakuje tato slova, až zpozoruje, že pacientovy oči vlhnou.) A zatímco zde ležíte příjemně uvolněn, začínáte cítit, jak vás oči začínají pálit. Cítíte zřetelné pálení v očích! Hledíte strnule na rozmazaný prst a jste příjemně unaven. (Terapeut opakuje tato slova, až zpozoruje chvění ve víčkách.) Zatímco strnule hledíte na prst a cítíte pálení v očích, jsou vaše víčka stále těžší a těžší! Cítíte stupňující se pocit únavy. Sledujete tíhu ve víčkách, která se budou chtít zavřít.* (Pokud se oči dosud nezavřely, následuje příkaz: zavřete oči!) Slyšíte mne dále, jak k vám mluvím. Jste unavený a malátný, stále unavenější a malátnější. Ruce i nohy budou těžké, těžké a teplé. Těžké. Když nyní zvednu vaši pravou ruku, padne bezvládně dolů. Tak je těžká. (Terapeut zvedne pacientovu ruku vzhůru a náhle ji pustí, aby se přesvědčil o uskutečnění sugescce.)

Na druhém pólu jsou *techniky nedirektivní*, v nichž se klade důraz na vlastní vůli, přání, ochotu a spolupráci pacienta, na jeho vlastní snahu o využití možností, které přináší hypnóza. To bývá typické v současné hypnoterapii americké. V krajním případě se pacientovi zdůrazňuje, že ponoření se do hypnózy je „čistě jeho věc“, že hypnoterapeut je zde pouze k tomu, aby pacientovi ukázal, „jak na to“. Od úvodního vysvětlení, že pacient „nebude v hypnóze dělat nic, co by sám nechtěl“, přes průběžně zdůrazňování, že „může přijmout a uskutečnit zadanou sugesci, jestliže si to sám přeje“, až po závěrečné vybídnutí, aby se z hypnózy vrátil do bdělého stavu „až k tomu bude připraven“, se terapeut neustále snaží udržet dojem, že vztah je symetrický a že on jen s pacientem spolupracuje na dosažení úkolu, pro který ho pacient vyhledal – a to způsobem, který si pacient sám přeje a kontroluje. Terapeut je vlastně stále ve střehu, aby v pacientovi nevybudil dojem, že se ho chce nějak zmocnit, podřídit si ho a bez jeho souhlasu s ním manipulovat.

Chcete-li se ponořit do hypnózy, budete sledovat fixační bod. Možná si za chvíli všimnete, jak se začíná od vás vzdalovat, nebo se rozplývat, rozmazávat . . . A jak se tak díváte, možná už cítíte únavu v očích a vaše ruce začínají těžknout. Chcete-li se hlouběji ponořit do hypnózy, soustředíte se teď na pocity tíhy a budete moci cítit stále větší tíhu. Tyto pocity vás povedou do hypnózy. Uvědomujete si, že se vaše víčka zavírají. Chcete-li

* Langen zde vybízí pacienta, aby se nebránil a nechal oči zavřít. Jiní hypnotizéři vybízejí dobře reagujícího pacienta naopak: Snažte se udržet oči co nejvíc otevřeny, ale nejdě to. Oči se samy zavírají!

te-li, necháte je, aby se úplně zavřely. Může se stát, že se vám budou oči obtížně otvírat, když se o to pokusíte . . . (srov. např. Edmonston 1981).

V naší hypnoterapii málokdy najdeme tyto rozpory tak vyhoceny. Direktivita nebo nedirektivita jsou méně výrazné a v běžně používaných přístupech se v přiměřeném poměru mísí. Některým pacientům – spíše nejistým a submisivním – víc vyhovuje direktivní způsob hypnotizace. Vyvolává v nich dojem, že terapeut je si jist svou věcí, že se o něj mohou opřít, spolehnout se na něj, poddat se a nechat se vést. Jiní pacienti – spíše dominantní, soupeřiví nebo citliví na pocit osobní svobody – dávají přednost kooperativnímu postupu, v němž je ponechán určitý prostor pro jejich rozhodování.

Zkušený hypnotizér také citlivě střídá direktivní a méně direktivní formulace podle toho, jak pacient reaguje. Může začít slovy „představte si, že vaše ruka je lehká a zvedá se“ a přejít k tvrzení, že „ruka se zvedá“, „táhne ji to nahoru“, když vidí, že reakce nastala. Nebo může naopak opustit neúčinné tvrzení, že se něco děje samo, a doporučit, aby si pacient „co nejživěji představil“, jak je ruka lehká a jak se zvedá, protože „právě v důsledku tohoto soustředění a představy“ dojde k příslušnému pocitu a možná i ke skutečnému pohybu. Je dobré neztrácet při tom ze zřetele, že zcela nehypnabilní pacient nebude reagovat na žádný z těchto manévrů a jedině, čeho u něj můžeme docílit, je, že si bude sugerované situace ve shodě s našimi požadavky představovat a sugerovanému chování ze zdvořilosti nebo z poslušnosti vyhová. To ovšem pak není žádná sugesce ani hypnóza.

Vedle popsané autoritativně-direktivní a nedirektivně-kooperativní hypnotizace můžeme postavit ještě hypnotizaci, která je sice převážně direktivní, ale současně je citlivá, chápající a vlnivá. Označuje se někdy jako *mateřská technika hypnotizace*, protože připomíná ženský, mateřský přístup k dítěti, které potřebuje uklidnění, utěšení či pomoc. V souvislosti s neustále se zvětšující feminizací i mezi hypnoterapeuty (v letech 1970–1986 prošlo kroměřížskými kurzy hypnózy 300 mužů a 400 žen) bude pravděpodobně nabývat tento přístup, nabízející využití forem chování, které jsou citlivým a nepřiliš dominantním ženám vlastní, u nás na důležitosti.

Způsob podávání sugescí je tichý a měkký. Není neosobně profesionální, jako při laboratorním testování hypnability, ale je zaujatý. Navozuje pohodu, jako když matka uspává dítě, jako když mu před spaním vypráví pohádku, v níž vítězí dobro nad zlem. V pacientovi vyvolává pocit, že je v dobrých rukou a vše dobře dopadne. Podporuje jeho ochotu všemu se plně poddat, nemobilizuje odpor. Pacient má sice pocit, že je řízen, ale zároveň je ochraňován. Nechává o sebe pečovat. Obsah sugescí může být stejný jako u jiných forem hypnózy, charakteristický je

právě upřímně vlídný, laskavý tón. Mateřská starostlivost se však může odrazit i ve formulacích.

Jak je příjemné poddat se bezstarostnosti, jak je hezké nechat se ukolébat do pohody a spánku, vzdalovat se od všech nástrah a shonu světa a vnímat jen sladkou pohodu, uvolnění a klid. Nyní nikam nespěcháte. Máte čas všechno krásné plně prožít, odpoutat se. Korálek, který svým zrakem sledujete, se vám chvílemi rozplývá, chvílemi zaostřuje a znovu rozplývá. Víčka těžknou, chce se vám spát, usínáte, ponořujete se do hypnotického stavu. I když budete spát, budete stále slyšet můj hlas, který vás bude provázet, který na vás bude stále více působit, aby pomohl odstranit vaše starosti, vaše potíže. Vše se rozmazává, víčka se zavírají, tělo je unavené a malátné. Je to všechno tak samozřejmé, tak plynulé, tak pěkné . . .

2. Relaxace – aktivizace

V těchto pólech patřily všechny dosud uvedené techniky – s výjimkou nepřímé hypnotizace stupňováním náročnosti bdělých sugescí vestoje (str. 15) – k technikám relaxačním. Od pacienta se už od počátku žádá, aby se uvolnil, a pak se mu sugeruje další a další uvolňování. K tomu se obvykle přidávají sugesce tíhy, únavy, ospalosti i případně i usínání a spánku.

Relaxačně-uspávací postupy jsou tradiční a oblíbenou součástí hypnotizačních technik, a to z několika důvodů. Především jsou pro málo a středně hypnabilní pacienty nejpohodlnější a nejsnazší cestou do hypnózy. Pro terapeuta jsou pak nejméně riskantní, pokud jde o jeho prestiž. I když je pacient nehypnabilní a nebude vůbec reagovat na následující sugesce ověřující hloubku hypnózy, navodí se u něj alespoň



Obr. 2. Spánkový typ hypnózy (M. Bouchal)

relaxace, která je už sama o sobě příjemná a může se také stát východiskem k léčebnému působení. Nicméně nelze souhlasit s názorem Edmonstona (1981), že relaxace je podstatou hypnózy a navozování relaxace a ospalosti je podstatou hypnotizace. Jak bylo opakovaně prokázáno (srov. Kratochvíl 1972), hluboká hypnóza může probíhat pod obrazem aktivního bdělého stavu a také při navozování tohoto stavu se lze zcela obejít bez relaxace a uspávání. A nejen to. Namísto sugescí relaxace můžeme naopak zadávat sugesce stále větší tělesné i psychické aktivizace subjektu: „Čím budete čilejší, aktivnější a svěžejší, tím hlouběji se budete dostávat do hypnózy!“

Jako ukázkou aktivizační techniky tohoto druhu uvedeme techniku „chození po osmičce“, kterou jsme použili ve výzkumu hypnotické aktivity (Kratochvíl a Zezulka 1980).

Budu vás nyní uvádět do hypnózy. Vidíte před sebou na zemi bílou čáru ve tvaru osmičky. Budeme jí říkat fixační čára. (Křídou nakreslená osmička se skládá ze dvou na sebe navazujících kruhů, z nichž každý má průměr asi dva metry. Delší chození pouze po jednom kruhu by u hypnotizované osoby mohlo způsobit „točení hlavy“ a upadnutí.)

Postavte se na fixační čáru a dívejte se na ni. Nyní začnete po této čáře chodit v tempu, které vám nejlépe vyhovuje. Soustřeďte svou pozornost pouze na čáru, sledujte ji, choďte po ní, dívejte se na ni, myslíte jen na ni. Kdyby vám sklouzl zrak na chvíli někam jinam, nevádí, vraťte však pohled zase hned zpátky na čáru. Soustřeďte se jen na fixační čáru, choďte po ní a naslouchajte mému hlasu. Budete se postupně dostávat do aktivního bdělého hypnotického stavu, ve kterém bude vaše mysl jasná a bdělá a vaše tělo připravené pohotově reagovat. Současně se dostanete plně pod vliv mých slov, budete schopen prožívat a pocíťovat vše, o čem budu mluvit. Dostanete se do hlubokého bdělého hypnotického stavu. Vaše mysl je jasná, stále svěžejší a aktivnější, rovněž vaše tělo je aktivní, stále aktivnější, čilejší a živější. Nasloucháte tomu, co říkám, moje slova na vás stále silněji působí, váš pohled je pevně upřen na čáru, po které chodíte. Můžete chodit tempem, které vám nejlépe vyhovuje. Vaše tělo je aktivní, čilé, svaly v činnosti, svaly rukou, ruce se pohybují, svaly nohou, nohy se aktivně pohybují, všechny svaly těla jsou aktivní, pohotové, v činnosti nebo připravené k činnosti. Vaše mysl se stává stále čilejší a aktivnější, jste plně soustředěn, váš pohled je pevný a jistý. Stále se soustřeďujete na fixační čáru, na svůj pohyb po čáře a na moje slova. Slyšíte mne stále zřetelně a jasně.

Nyní už jste se naučil chodit automaticky po osmičce, můžeme proto změnit způsob sledování fixační čáry. Budete ji sledovat pouze tehdy, když budete chodit po části, která je blíž k oknu. Když budete chodit po části, která je vzdálena od okna, zvedněte hlavu a rozhlížejte se po místnosti.* Jakmile se přiblížíte ke středu osmičky, opět soustřeďte svůj pohled na fixační čáru. Budeme nyní střídát aktivní sledování čáry s aktivním rozhlížením se kolem. To povede k vaší stále větší psychické i tělesné aktivitě a ke stále hlubšímu ponořování se do hypnózy. Budete se v průběhu tohoto postupu pohružovat stále hlouběji do zvýšeně bdělého hypnotického stavu, do stavu zvýšené pohotovosti, aktivity myslí a těla, do stavu, ve kterém se změní vaše vědomí, do stavu, ve kterém budete schopen prožívat různé neobvyklé zážitky, o kterých vám řeknu. Nebudete mít žádné pocity ospalosti ani únavy, vaše oči zůstávají stále otevřeny, nebudete v nich cítit žádnou únavu, naopak, budete cítit stále větší svěžest, živost a aktivitu, připravenost reagovat. Dostáváte se do zvýšeně bdělého stavu, ponořujete se hluboko do hypnózy. Můj

* Rozhlížení po místnosti má zrušit případný tlumivý účinek fixace čáry.

hlas na vás stále silněji působí. Vaše mysl je stále bdělejší, stále více soustředěna. Jste schopen si uvědomovat svoje okolí a zejména to, na co vás upozorním. Nasloucháte mému hlasu, chodíte, sledujete čáru i rozhlížíte se kolem sebe, dostáváte se do stavu stále větší pohotovosti, připraven k jakékoliv rychlé akci.

Za chvíli budu počítat od jedné do dvaceti. Během tohoto počítání se stanete tak bdělým, jak jen je to možné, a ponoříte se do hlubokého zvýšeně bdělého hypnotického stavu. Vaše tělo bude připraveno okamžitě splnit požadované úkoly, a to jakoby samo od sebe, bez vašeho vlastního úsilí, bez vaší vlastní vůle. Vaše mysl bude intenzivně prožívat všechny pocity, vjemy, myšlenky, situace a zážitky, o kterých se jen zmíním. Za chvíli začnete cítit, že se vaše levá ruka bude při chůzi stále více kývat, víc a víc, dopředu i dozadu, pohyby se budou zvětšovat. Současně s rozkýváním ruky se bude prohlubovat váš hypnotický stav, bude se měnit vaše vědomí, vaše schopnost prožívat plně vše, o čem se zmíním.

Ruka se začíná kývat dopředu, dozadu, stále výš, vysoko před sebe i za sebe. Při kývání ruky budete chodit dále po osmičce, na části blíže okna sledovat čáru, na části vzdálenější od okna se budete rozhlížet, budete stále aktivnější. Velikost pohybu levé ruky bude souviset s rychlostí prohlubování vašeho hypnotického tranzu, bude ukazatelem dosažené hloubky hypnózy. S kýváním ruky se budete ponořovat do hypnózy hlouběji a hlouběji. Nakonec se ruka rozkývá tak vysoko, že se dotkne vašeho čela a pak zůstane u čela přitažena, a vy budete v hluboké hypnóze, s očima otevřenými, ve stavu čilém a zvýšeně bdělém, ve stavu pohotovosti k reakcím tělesným i duševním. Nyní se váš hypnotický stav začíná prohlubovat. Aktivně chodíte, aktivně se díváte na čáru, aktivně se rozhlížíte. Vaše ruka se sama od sebe kývá, víc, dopředu i dozadu, chce se rozkývat tak, až se dotkne vašeho čela a zůstane u čela pevně přitažena. Dále nasloucháte mému hlasu a jste soustředěn střídavě na fixační čáru a na pozorování okolí, jste stále bdělejší a čilejší. Ruka se kývá výš a výš. Vaše tělo i vaše mysl jsou připraveny splnit požadované úkoly. Vaše ruka se kývá.

1 . . . ponořujete se do hluboké hypnózy, 2 . . . jste stále aktivnější a bdělejší, 3 . . . vaše ruka se kývá skoro až k čelu, stále výš a výš a současně s tím se ponořujete do hluboké hypnózy, 4 . . . jak se ponořujete do hypnózy, jste stále aktivnější a bdělejší a vaše ruka se přibližuje k čelu, 5 . . . vaše tělo je připraveno reagovat, 6 . . . vaše mysl je stále aktivnější a stále hlouběji se ponořujete do hypnózy, 7 . . . ruka se blíží k čelu, 8 . . . hluboko do hypnózy, 9 . . . stále hlouběji, stále aktivněji, 10 . . . stále čileji, svěží mysl, svěží tělo, ruka jde vzhůru, hypnóza se prohlubuje, za chvíli budete ve velmi hluboké hypnóze, 11 . . . jste stále bdělý a pohružujete se více a více do hypnotického stavu, stále více pod mým vlivem, stále hlouběji do tranzu, ruka se přibližuje k čelu, 12 . . . jakmile se ruka dotkne čela, budete ve velmi hluboké hypnóze, 13 . . . ruka se zvedá, jste bdělý a aktivní, hypnóza se prohlubuje, 14, 15 . . . ruka k čelu, vy do hypnózy, tělo i mysl připravena reagovat, 16, 17 . . . stále víc, stále hlouběji, jakmile se ruka dotkne čela, zůstane u něj přitažena, budete v hluboké hypnóze, ruku nebude možno dát dolů dokud vám neřeknu, 18, 19, 20. Nyní jste v hluboké hypnóze, ruka pevně přitažena k čelu, oči otevřeny. Můžete se zastavit. Ruka nyní nejde dolů. Zkuste ji dát dolů, nejde to. Čím více se budete snažit, tím pevněji ji to bude k čelu přitahovat.

Dobrá. Ruka zůstává stále u čela. Nyní jděte ke křeslu a posaďte se do něj. Ruka se nyní uvolní, můžete ji dát dolů. Zůstanete ve zvýšeně bdělém aktivním stavu, v hluboké hypnóze, pod mým vlivem, dokud vám neřeknu, dokud vás z hypnotického stavu opět nevyvedu do stavu normálního. V hypnotickém stavu budete schopen mluvit, pohybovat se a mít oči otevřeny nebo zavřeny, podle toho, co vám řeknu. Při tom zůstanete stále v hypnóze, stále pod mým vlivem.

Předpokladem účinnosti takové techniky je vysoká hypnabilita sub-

jektu. Rušivě se může uplatnit očekávání, že hypnóza se podobá spánku, které je v protikladu s použitými sugescemi. Hilgard a Banyaiová (1976) použili při navozování aktivní hypnózy aktivizačních sugescí při šlapání na bicyklovém ergometru. Podobné techniky mají význam v experimentálních výzkumech hypnózy a hypnotických jevů, ale jejich použitelnost v klinické praxi je malá. Pokud je při hypnoterapii potřebná psychická nebo pohybová aktivita, např. pro odreagování, ovlivňování fobií nebo nácvik postižených funkcí, můžeme ji obvykle vyvolat u dostatečně hypnabilních pacientů příslušnými sugescemi i po provedení relaxační či uspávací hypnotizace.



Obr. 3. Aktivní hypnóza. Procházka parkem – hypnotizovaná studentka se sklání ke vsugerovanému halucinovanému psovi. (Z dokumentace k výzkumu prolongované hypnózy, Kratochvíl 1975)

O aktivizaci mluví také Gibbons (1979) v hypnotizačním postupu, který označuje jako *hyperempirická technika*. Má ovšem na mysli pouze psychickou aktivizaci. Po stránce tělesné zůstává pacient v relaxovaném stavu. Psychické aktivizace dosahuje požadavkem aktivního ponořování se pacienta do sugerovaných představ, které mají také aktivizující charakter (prožitek svítání u moře, sledování otvírajícího se květu, poslech povznášející hudby v katedrále, průlet spektrem duhy). Sugescie přitom vybízejí pacienta, aby se v zážitcích dostával „stále výš“.

Uvedli jsme podobný postup ve fantazijní technice „let na obláčku“ (str. 30).

3. *Přerušovaná hypnotizace*

Nedaří-li se hypnotizace, může se někdy osvědčit postup, který navrhl O. Vogt pod názvem frakcionovaná hypnóza. Terapeut opakovaně přerušuje hypnotizaci, aby se pacienta zeptal, jaké má pocity a co by mohlo přispět k jeho hlubšímu pohroužení do hypnózy. Získává tak podněty pro lepší přizpůsobení své techniky pacientovým potřebám. Někdy např. může být jeho postup pro pacienta moc rychlý a pacient by potřeboval delší čas, aby určitá sugesce nabyla na účinnosti. Jindy pacienta naopak hypnotizérův zdlouhavý, monotónní postup nudí a rozptyluje. Požadavky se mohou týkat stejných nebo obměňovaných formulací, direktivnosti a permisivnosti, nepříjemnosti některých představ v souvislosti s pacientovými asociacemi a minulými zážitky apod.

Terapeut např. přerušuje hypnotizaci slovy: „Nyní se na chvíli vrátíte do bdělého stavu a sdělíte mi svoje pocity. Pak budeme pokračovat dál a ponoříte se do hypnózy ještě hlouběji.“ Terapeut také nemusí rušit to, co se už navodilo, a žádá jen zpětnou vazbu: „Zůstanete nyní dál zcela uvolněný a ospalý se zavřenýma očima, ale než budeme pokračovat dál, sdělíte mi své pocity. Jak se cítíte? Co byste potřeboval, abyste se mohl ještě lépe uvolnit a ještě více pohroužit do hypnózy (abyste lépe reagoval na další sugesce)?“

Přerušování hypnotizace se v praxi používá zřídka, ale může mít značnou didaktickou cenu u začínajícího hypnoterapeuta, který ještě nedokáže z pacientových reakcí sám dobře odhadnout, jaký je nejvhodnější další postup.

Jak bylo patrné, jde v některých případech o nové hypnotizace od začátku, jen s využitím poznatků z pacientovy výpovědi (Stokvis a Langen 1965), v jiných případech o pokračování tam, kde se přestalo (Kriegelová 1978), přičemž terapeut sugestivně zdůrazní to, co pacient už prožíval, a dalšími sugescemi na to navazuje.

4. *Prohlubování hypnózy*

Ve snaze o dosažení větší hloubky a účinnosti hypnózy hypnotizéři obvykle jednoduše opakují sugesce, že hypnóza se bude prohlubovat, že se „prohlubuje víc a více a že je stále hlubší a hlubší“. Někdy spojují sugesci prohlubování hypnózy s nějakým probíhajícím procesem, např. s dýcháním: „S každým dalším vdechem a výdechem se váš hypnotický stav prohlubuje.“ Dále napojují prohlubování na další počítání: „Budu počítat a s každým dalším číslem se ponoříte do hypnózy hlouběji.“

Jako obrazná pomůcka se také využívá sugerovaná představa jízdy pohyblivými schody dolů (případně jízda výtahem nebo sestup po schodech pěšky), hlouběji do hypnózy. Slovo hloubka samo naznačuje pohyb směrem dolů, v průměrech je však možno použít i opačného směru a nechat pacienta v představách stoupat vzhůru nebo se vznášet „výš do hypnózy“ – zejména chceme-li pak v dalších sugescích podpořit psychickou aktivitu pacienta nebo jeho nadhled na životní těžkosti.

Jinou využívanou technikou je *ponechání pacienta v klidu*. Může to být několik minut nebo až půl hodiny. Předchází tomu opakovaná sugesce, že ponechání v klidu povede k dalšímu výraznému prohloubení hypnotického spánku a že pacient bude reagovat na sugesce daleko víc než dosud – až k němu hypnotizér zase začne mluvit. Pacient může ovšem také mezitím usnout normálním spánkem, v němž přestane na sugesce reagovat vůbec. Je třeba s ním pak znovu navázat kontakt, nejlépe napřed tichým a postupně se zesilujícím hlasem. Není zatím jasné, zda delší klidové přestávky mají skutečně nějaký specifický význam a zda není stejně účinné nebo i účinnější další pokračování v sugescích, kdy pacient zůstává nepřerušeně v kontaktu s hypnotizérem.

Abychom nepodporovali očekávání, že prohloubení hypnózy znamená prosté usnutí, vysvětlujeme někdy v prohlubovacích sugescích, co pro nás hloubka hypnózy znamená: „Budete stále více odpoután od okolí a současně budete schopni stále živěji a výrazněji pocítovat vše, co vám řeknu. Moje slova na vás budou silněji působit, vše se bude samo uskutečňovat. Všechno, co řeknu, budete vidět, slyšet a prožívat jako ve skutečnosti.“

Druhá základní forma prohlubování hypnózy vychází ze zkušenosti, že hypnotický stav se může prohlubovat s každou další úspěšnou sugescí. Hypnotizér tedy zadává pacientovi *soubor sugescí se stupňující se obtížností*. Úspěch každé jednodušší sugesce zdůrazní a naváže na ni sugesci další (případně sugesce prokládá tvrzením, že hypnóza je stále hlubší). Pokračuje tak dlouho, dokud se to daří. Při prvních nezdarech se zase vrací k obměnám sugescí lehčích, na které pacient už reagoval. Z tohoto odrazového můstku pak zkusíme obtížnější sugesci znovu. Ukázku souboru takových sugescí uvádíme dále (str. 46). Teprve tím, že od pacienta požadujeme stále obtížnější hypnotické výkony, máme možnost ho přivést až k hranicím jeho hypnotické kapacity.

Třetí možnost prohlubování hypnózy představuje *opakování hypnotizace* s opakovaným nacvičováním reagování na sugesce. Při ukončování hypnózy dáváme posthypnotickou sugesci, že příští hypnóza bude ještě hlubší než tentokrát. V nové hypnóze pak v obměnách opakujeme úspěšné sugesce, posilujeme úspěch pochvalou a znovu zkusíme po

krůčcích postupovat dále. Případně nacvičujeme specificky ty sugesce, na jejichž uskutečnění nám nejvíc záleží, např. necitlivost, analgezii.

Další dílčí možností je nacvičování procesů, které pomáhají navozování a prohlubování hypnózy, tj. koncentrace a relaxace. Nabízí se tu k využití *autohypnotický trénink* podle Kretschmera (1959) a Langena (1967), který si provádí po dobu asi jednoho měsíce pacient sám. Trénink vychází z nacvičování prvních dvou položek Schultzova autogenního tréninku (tíha a teplo), z poddávání se unávuujícímu vlivu zrakové fixace a naslouchání monotónnímu tikotu hodinek. Kretschmer a Langen koncipují tento postup i v dalším průběhu jako autohypnózu, v níž si pacient má sám zadávat autosugestivní terapeutické formulky. Lze jej však také využít jako přípravy na další pokusy o navození hlubší heterohypnózy, která se zpočátku nedařila.

5. Opakovaná hypnotizace

Pokud se navozování hypnózy daří, můžeme při dalších hypnózách úvodní postup zkrátit. To, co se již jednou podařilo vyvolat, vyvolává se obvykle podruhé snáze a rychleji. V předcházející hypnóze si pro to připravujeme půdu posthypnotickými sugescemi.

Jste schopni se pohroužit do hypnózy snadno a lehce. Při příští hypnóze se ponořte do hypnózy, když se budete dívat na hrot tužky, jakmile při tom napočítám do deseti. Hypnóza bude ještě hlubší než dnes.

S hloubkou hypnózy je to ovšem sporné. Druhá a další hypnóza bývají hlubší, pokud se při první hypnóze uplatňovaly nějaké vnější nebo vnitřní rušivé faktory, které později odpadnou, nebo pokud jsme se nepokoušeli využít všech možností daných hypnabilitou pacienta. Jakmile však dosáhneme základny (plató), plně využívající hypnotickou kapacitu pacienta, hypnóza se již opakovaním neprohlubuje, základní reaktivita zůstává stejná. Jen výjimečně ji lze dalším nácvikem zvýšit, přírůstky bývají malé. Někteří zkušení hypnoterapeuti však uvádějí, že hypnotickou reaktivitu lze přece jen podstatně zvyšovat důmyslnými postupy (Erickson, viz dále) nebo dlouhodobým trpělivým nácvikem (např. Klumbies u analgezie, 1978).

U hluboce hypnabilních osob můžeme posthypnoticky zadat ke zkrácení dalších hypnotizací i kratší počítání, např. do tří, nebo pohroužení se do hypnózy na určený signál, např. uchopení za ruku a vyslovení určeného slova (např. „Dormez“). Aby nevzniklo nebezpečí, že pacient upadne do hypnózy náhodně, mají být signály a slova volena tak, aby se nevyskytovala v běžných situacích, případně mají být vázána přímo na osobu hypnotizéra.

Tedy nikoliv „kdykoliv uslyšíte počítání do tří“, ale „když vám pohlédnu do očí a na počítám do tří“, „když vyslovím slovo dormez“ apod.

Některé velmi hypnabilní osoby jsou při opakovaných hypnózách schopny se ponořit do hypnózy i vrátit z hypnózy do bdělého stavu okamžitě, na jediné slovo nebo lusknutí prsty. U jiných vyžaduje řádné navození hypnózy vždy alespoň několik minut trvající hypnotizaci a také vyvedení z hypnózy do bdění má být pomalé, má-li se pacient cítit dobře.

Erickson dokonce uvádí, že má-li se u hypnabilních osob dosáhnout hloubky potřebné pro vyvolávání pravých jevů hluboké hypnózy, je třeba ji vždy ponechat v hypnóze od začátku hypnotizace nejméně 20 minut. Většina současných autorů však toto stanovisko nesdílí.

Vraťme se ještě k méně a středně hypnabilním osobám, které nemají na průběh amnézii. Při opakovaných hypnotizacích pro léčebné účely si na používaný postup i průběh hypnózy zvyknou a vše u nich probíhá již téměř zautomatizovaně. Některým pacientům zachování navykklého postupu plně vyhovuje. Očekávají jej, cítí při něm jistotu a bezpečí. Některé pacienty však začne stereotypní, „řemeslný“ způsob navozování hypnózy nudit. Jeho sugestivní vliv, a tím i jejich reaktivita se snižuje. Pak je třeba oživit navozování i úvodní přezkušování hypnózy novými nebo obměněnými sugescemi.

6. Kolektivní hypnotizace

Hypnotizaci lze také provádět současně s více osobami najednou. Kolektivní hypnotizace může sloužit k testování hypnability u určitého vzorku populace, jako je tomu např. s Harvardskou skupinovou škálou hypnability, k výběru hypnabilních osob, ke kolektivní demonstraci jednodušších hypnotických prožitků i k léčebnému využití.

U Harvardské skupinové škály hypnability (Shor a Ornová 1962) si každý jednotlivec fixuje zvolený bod na ruce (prsten, nehet) a hypnotizér čte hypnotizační postup, podobný jako v uvedené standardní uspávací hypnotizaci, v němž sugeruje postupnou relaxaci a zavírání očí. Účastníky, kterým se během úvodního textu víčka sama nezavřou, požádá hypnotizér o jejich zavření. Následuje soubor převážně motorických sugescí a společná dehypnotizace, po níž má každý na standardním dotazníku označit, jak v jednotlivých položkách reagoval.

Jiná technika vychází z úvodní relaxace se zavřenýma očima a z pocitů tíhy, podobně jako při autogenním tréninku. K tíze se přidávají navíc sugesce naklánění hlavy, aby byl účinek sugesce patrný navenek. Pak navazuje lehkost se zvedáním ruky, pocity tepla s natáčením obličeje

ke slunci a sugesce prožívání jednodušších uklidňujících scén, závěrem pokus o navození amnézie. Hypnotizér konfrontuje svá pozorování reakcí, které stačil sledovat, s písemným bodováním, provedeným pacienty po dehypnotizaci.

Při terapeutickém využití kolektivní hypnózy se obvykle neprovádí větší počet zkoušek, ale hypnotizér po skončení hypnotizačního postupu zadává léčebné sugesce, předem připravené tak, aby byly použitelné pro všechny zúčastněné pacienty. Pacienti přitom buď sedí v tiché místnosti v křeslech, nebo leží v ložnici na postelích.

5. INDIVIDUALIZOVANÉ TECHNIKY A PŘEKONÁVÁNÍ ODPORU

Obvyklé hypnotizační techniky jsou určitým rituálem, kterému se pacient musí podrobit. Musí přerušit své dosavadní chování a prožívání, zaujmout určenou polohu, zaměřit svůj pohled na určený bod, odpoutat se od jiných záležitostí a pozorně naslouchat slovům hypnotizujícího. Pokud to z nějakých důvodů nedokáže, něco ho v tom ruší, nevyhovuje mu to nebo hypnotizačnímu pokusu vzdoruje, je možno ho přesvědčovat a naléhat na něj, anebo pokus o hypnotizaci odložit na jindy. Jinou možností je využít individualizovaných technik.

Individualizované techniky vycházejí z toho, co pacient ve svém chování či prožívání v daném okamžiku sám nabízí. Zaměřují se na to, posilují to a zužitkovávají to ve formulacích hypnotizačních sugescí. Pokoušejí se vést pacienta do hypnózy jeho vlastní cestou.

Značnou pozornost věnoval takovým technikám M. H. Erickson, který tvořivě vymýšlel různé varianty a publikoval podrobné kazuistické příklady jejich užití (viz Haley 1967). U nás poukázal na možnosti těchto technik Balcar (1973).

Vhodnou ukázkou využití vnějšího chování je Ericksonův postup u pacienta, který nevydržel ve vyšetřovně sedět pro nutkání stále přecházet po místnosti. Terapeut přijal jeho přecházení jako východisko k hypnotizaci. Nejprve je schvaloval a sugestivně posiloval v té formě, v jaké je pacient spontánně projevoval, a pak je – s pacientovým předběžným souhlasem – začal zvolna pozměňovat a usměrňovat. „Nyní půjdete vpřed, dozadu, vlevo, vpravo, ke křeslu, od křesla“ apod. Postupně včleňoval do sugescí další zmínky o křeslu, do kterého se pacient „bude moci za chvíli posadit“, až v něm nakonec bude „pohodlně sedět a ponořovat se do hypnózy“.

Využití vnitřního prožívání ilustruje rozhovor s pacientkou, kterou neustále rušily pochyby o tom, zda se hypnóza podaří. Terapeut zvolna opakoval a sugeroval informace, které pacientka o svém vnitřním stavu

sdělovala, např. „vy nevíte . . . ráda byste věděla . . . pocítujete . . . zmatená . . .“, a připojoval k nim stejným tónem další informace jako „unavená . . . ospalá . . . rozmazané . . . hluboké dýchání . . . zavírají se . . . jdete hlouběji . . .“.

Ericksonovi žáci se pokusili vybrat z Ericksonových kazuistik a demonstrací opakující se prvky v improvizovaných postupech, kterými překonával překážky bránící navození hypnózy, a systematicky je učlenit (Bandler a Grinder 1975, Erickson, Rossi a Rossiová 1976). Uvedeme přehled nejčastěji používaných prvků s příklady.

Začlenění sugescí do zdlouhavého vyprávění bezvýznamných samozřejmostí:

Když jste šel poprvé do školy, zdálo se vám, že naučení se písmenům bude těžkým úkolem. Poznat písmeno a, nebo odlišit písmeno b od d, to bylo těžké, velmi těžké. A také tiskací písmena byla odlišná od psacích. Ale naučil jste se vytvořit si určité psychické obrazy. Tehdy jste to nevěděl, ale byly to určité psychické obrazy. A později ve škole jste si vytvářel další psychické obrazy slov i vět. Vytvářel jste si další psychické obrazy, aniž byste věděl, že si vytváříte psychické obrazy. Nyní můžete jít kamkoliv chcete, přenést se do jakékoliv situace, můžete cítit vodu a můžete si chtít zaplavat. Nemusíte ani poslouchat můj hlas, protože ho bude slyšet vaše nevědomí. Vaše dýchání se změnilo. Váš puls se změnil. Váš krevní tlak se změnil. Aniž byste si to uvědomil, projevuje se u vás typická nehybnost hypnotizovaného. Nic není důležité mimo aktivitu vašeho nevědomí. Jste nyní v příjemném klidu, ale ani mu nevěnujete pozornost.

Používání neurčitých tvrzení:

Budete si uvědomovat určité pocity . . . budete myslet . . . pocítovat . . . vědět . . . prožívat . . . rozumět . . . uvědomovat si . . .

Sugesce ve formě návrhů a dovolení:

Můžete zůstat klidně sedět a zavřít oči.

Můžete se soustředit na relaxaci nebo naslouchat mému hlasu.

Možná zjistíte, že když se budete potřebovat pohnout, vaše pohyby budou jen velmi pomalé . . .

Používání příkladů nebo popisu hypnotizace jiných osob:

Znal jsem člověka, který věděl, co je to cítit se dobře.

Když jsem včera hypnotizoval jednoho pacienta, začal se brzy cítit ospalý a začala mu těžknout víčka. Začal se vzdalovat, odpoutávat . . .

Srovnání kroku a udávání kroku:

Terapeut např. nenápadně přizpůsobí svůj dech rytmu pacientova dechu a pak začne svůj dech zpomalovat nebo prohlubovat, a tím ovlivňuje i rytmus pacientova dechu. Při zavřených očích pacienta k tomu

může využít jemného zesilování a zeslabování doteku své ruky na ruce pacientově. Při nadechnutí pacienta, kdy se jeho ruka nepatrně zvedá, může napomáhat tomuto zvedání a zkoušet postupně uvést jeho ruku do automatického pohybu vzhůru. Podobný postup se může zaměřit na vnitřní prožívání. Terapeut sleduje, přebírá a formuluje to, co pacient pravděpodobně v dané situaci cítí, a současně ho v tomto pocíťování vede o kousek dál.

Přebírání: Sedíte zde, dýcháte, pozorujete bod . . .

Vedení: . . . a uvolňujete se.

Obecná tvrzení, v nichž se intonací zvýrazní část, která má působit jako sugesce:

Když jsme unaveni, oči začnou zvolna mrkat a zavřou se, aniž bychom si to uvědomovali.

Většina lidí může mít pocit, že *jedna ruka je lehčí než druhá.*

Znáte pocit tepla, když slunce svítí na naši kůži.

Vyvozování závěrů z nesouvisejících dějů:

Terapeut vyvozuje z toho, co pacient právě dělá a prožívá, to, čeho chce dosáhnout.

Naslouchání mému hlasu vás bude stále více uvolňovat.

A jak tak sedíte na židli, ponořujete se do hluboké hypnózy.

Využívání protikladů:

Čím těžší bude pravá ruka, tím lehčí bude levá ruka.

Argumentace nevědomím:

Nemusíte ani mluvit, ani se hýbat, ani o nic usilovat. Nemusíte ani držet oči otevřeny. Nemusíte se namáhat a dávat pozor na to, co říkám, protože vaše nevědomí to může udělat samo. Vaše nevědomí mně může naslouchat i bez vašeho vědomí.

Na vědomé úrovni si můžete myslet, na co chcete, vaše nevědomí zatím naslouchá mému hlasu.

Využívání dvojné vazby:

Terapeut formuluje otázky tak, jako by poskytoval pacientovi výběr ze dvou nebo více možností, přičemž však každá z nabídnutých možností znamená uskutečnění sugesce.

Bude cítit lehkost dřív pravá ruka nebo levá ruka? Začne se pravá ruka napřed zvedat nebo posunovat na stranu nebo se přitlačovat dolů?

Sugesce, které zahrnují všechny možnosti:

Brzy se vaše pravá ruka, nebo to může být levá ruka, začne zvedat nebo tlačit dolů nebo se nebude hýbat vůbec. Možná, že první bude palec, nebo budete cítit něco v malíč-

ku, ale důležité není, zda se ruka bude zvedat nebo se přitlačí dolů nebo zůstane bez pohybu. Důležitá je vaše schopnost plně prožívat pocity, které se ve vaší ruce objeví.

Můžete se ponořovat do hypnózy zvolna, postupně nebo náhle, s očima otevřenými nebo zavřenými, nebo vůbec ne.

Sugesce vyvolávající v pacientovi nejistotu:

Některé z postupů a formulací, které jsme uvedli, mohou v pacientovi vyvolávat nejistotu nebo zmatek. Terapeut někdy tyto pocity záměrně stupňuje dalšími nejasnostmi. Pacient neví, co se po něm vlastně chce, jaký smysl má to, co terapeut říká. Nemá se čeho zachytit, a tím se také nemůže účelně bránit. Některá ze sugescí pak zapůsobí, a terapeut může zkusit její účinek hned zesilovat a navazovat na ni další sugesce.

Počkáte, až se jedna ruka začne zvedat k obličejí. Je zde možnost volby. Možná to bude pravá, možná levá. Jste-li pravák, může to být levá. Jste-li levák, může to být pravá. Nebo to může být naopak. Ve skutečnosti to nevíte. Prostě čekáte a necháváte své nevědomí, aby si to zvolilo. A pomalu si začnete uvědomovat, že ruka se stává lehčí. Možná se bude cítit trochu jinak . . .

Erickson vychází z předpokladu, že hypnózu lze navodit a prohloubit u každého, že je to především záležitost vhodné techniky a dovednosti a trpělivosti hypnotizéra. Experimentální výzkumy nás ovšem přesvědčují o tom, že hypnabilita je relativně stabilní vlastností jedince, že má charakter vrozené schopnosti (Kratochvíl 1986). V tomto pojetí chápeme uvedené techniky tak, že mají navodit předpoklady k projevení se této schopnosti i u osob, které jsou při počátečních pokusech o hypnotizaci něčím blokovány, mají strach ze vzdání se sebekontroly nebo mají ambivalentní vztah k hypnóze a hypnoterapii, nepoddávají se běžným úvodním instrukcím a kladou odpor přímým sugescím. Zjištění základní hypnability a dosažení maximální hloubky hypnózy, které je daný pacient schopen, může pak vyžadovat několik sezení, během nichž se rušivé faktory postupně odstraní, a vyzkoušení různých technik nebo i různých hypnotizérů. V běžné praxi vystačíme s běžnými tradičními postupy. Svérázné ericksonovské techniky jsou jakousi „vyšší školou“ hypnotizérského umění pro složité případy.

Závěrem zde uveďme obsáhlejší úryvek jedné z Ericksonových (1964) „konfúzních technik“, které mají v hypnotizovaném vyvolávat zmatek. Taková povídání mohou podle Ericksona trvat několik minut, ale i déle než hodinu.

Pravděpodobně vám dnes chutnalo jíst . . . Většina lidí občas vynechá nějaké jídlo . . . Pravděpodobně jste dnes ráno snídal . . . Zítřejší možná budete chtít něco, co jste měl dnes . . . Už jste to jedl dřív, snad v pátek jako dnes . . . Možná budete příští týden . . . Ať už minulý týden, tento týden nebo příští týden, není v tom žádný rozdíl . . . Čtvrtek vždy předchází pátku . . . To byla pravda minulý týden, bude to příští týden a tak

je tomu i tento týden . . . Před pátkem je čtvrtek a před červnem je květen . . . A březen následuje po zasneženém únoru, ale kdo si vůbec pamatuje na šestý únor . . . A první leden je začátkem nového roku a všechno co přinese . . . Ale prosinec přinesl vánoce . . . Ale velikonoce jsou dřív než vánoce a všechno nakupování, aby se to stihlo, a slavnostní večere . . .

6. SUGESCE KE ZKOUŠENÍ HLOUBKY HYPNÓZY

Provedli jsme hypnotizaci a chtěli bychom nyní vědět, zda je náš subjekt skutečně v hypnóze, a jestli ano, jak je hluboko. Pro terapeutické využití hypnózy to ovšem není vždy nutné – po provedené hypnotizaci můžeme hned přistoupit k zadávání terapeutických sugescí. Takový postup je výhodný zvláště tehdy, když hypnóza je jen lehká a když se většina zkušebních sugescí stejně nebude uskutečňovat. Jejich neúčinnost může snadno podryt důvěru pacienta v účinnost následujících sugescí léčebných. Proto je lepší, když pacient o své nízké hypnabilitě neví. Terapeut ho může ujistit, že hypnotizací navozený stav je k léčebným účelům zcela vyhovující. Naproti tomu, když se pacient při zkušebních sugescích přesvědčí, že je k nim vnímavý a že může prožívat různé neobvyklé zážitky, zvýší se i jeho víra v léčebný účinek hypnoterapie. A to v některých případech výrazně podporuje účinek následujících léčebných sugescí.

Korelace mezi hloubkou hypnózy a léčebným účinkem je sporná. Přehled studií naznačuje, že může být vysoká u některých symptomů a zanedbatelná u jiných. Ať už je to jakkoliv, k dovednostem hypnoterapeuta patří, aby si v případě potřeby uměl ověřit, co lze u daného pacienta vlastně v hypnóze vyvolat.

Uvedeme zde nejprve sérii jednoduchých sugescí, které používáme ve výcviku hypnoterapeutů. Pomocí nich se frekventanti učí na svých nepřilíš hypnabilních kolezích a kolegyních sugescce správně formulovat a intonovat. Dále uvedeme druhou sérii zkušebních sugescí, jejichž uskutečnění vyžaduje již značnou hypnabilitu a které tedy má smysl zkoušet jen u vybraných osob.

1. Jednoduché sugesce

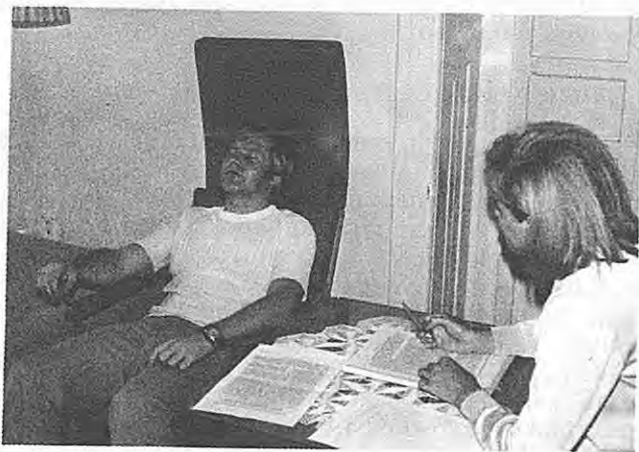
1. Tíha v pravé ruce

Věnujte nyní pozornost pravé ruce. Budete v ní pocívat tíhu, stále se zvětšující tíhu. Pravá ruka těžkne, stává se stále těžší. Tíha postupuje od ramene přes loket a přes zápěstí až do konečků prstů. *Ruka je těžká*, stále těžší, těžká jako bez vlády. Nehybně odpočívá v klíně (na opěradle apod.). Stále více těžkne, tíha, tíha, tíhy v ruce přibývá. Je uvolněná,

těžká, bezvládná, těžká jako z olova. Olovo je těžké, ruka je těžká. Tíha do pravé ruky, tíha . . . tíha . . . tíha . . . Jak těžké by bylo nyní ji zvednout, vyžadovalo by to velkou námahu. Zkusím vám ji za chvíli zvednout, a uvidíte, jak ruka těžce, bezvládně padne zpátky. Ruka je stále těžší a těžší . . .

2. Zvedání levé ruky

Levá ruka se bude postupně stávat lehčí a lehčí, bude ji to nadzvedávat, potáhne ji to nahoru. Levá ruka se stává stále lehčí. Táhne ji to nahoru, chce se přitahovat vzhůru, zvedat. Postupně se objeví záškuby v jednotlivých prstech, mírné napětí, *ruka je lehká*. Táhne ji to víc a víc vzhůru, přitahuje ji to nahoru. Ruka se bude přitahovat vzhůru, zvedat. Je to, jako když ruka volně plave ve vodě, která si s ní pohrává, nadzvedává ji, zvedá ji nahoru. Nyní je již ruka lehká a začíná se zvedat. Začíná se zvedat, přitahovat vzhůru, chce se zvedat, prsty se pohybují a nadzvedávají se, objevují se v nich samočinné záškuby a ruka se sama začíná přitahovat vzhůru. *Táhne ji to nahoru*. Přitahuje se vzhůru, zvedá se. Víc a víc se zvedá, nadlehčuje se, nadlehčuje se a jde nahoru. Jde nahoru, nahoru, přitahuje se vzhůru, zvedá se nahoru, bude směřovat vzhůru směrem k rameni. V prstech, v celé ruce je zvláštní pocit lehkosti. Ruka se stále víc nadlehčuje a zvedá. Táhne ji to lehounce, zvolna, samočinně pomalu nahoru, nahoru víc a víc, výš a výš. Přitom se stále hlouběji ponořujete do hypnotického stavu.



Obr. 4. Sugescie zvedání ruky. Frekventantka úvodního kurzu čte hypnotizovanému kolegovi text sugescí podle standardního návodu. Lehkost sugeruje do pravé ruky.

Ruka se bude už sama zvedat, pořád nahoru, a vy se budete hlouběji a hlouběji ponořovat do hypnotického stavu, ve kterém moje slova budou na vás a vaši nervovou soustavu stále silněji působit. Stav je příjemný, ruka se zvedá vzhůru, táhne ji to nahoru. Pohyb se začíná zrychlovat, ruka se přitahuje víc, prsty se chtějí dotknout ramene. Prsty směřují k rameni, ruka se přitahuje k rameni, ruka se zvedá, zvedá nahoru, jde vzhůru. Přitahuje se vzhůru, zvedá se, zvedá se stále víc nahoru, jde až úplně k rameni, přitáhne se k rameni a zůstane u ramene přitážená. Jakmile se prsty dotknou ramene, ruka bude mít tendenci setrvat v této poloze a nebude chtít jít dolů. Přitahuje se teď rychleji, táhne ji to k rameni, táhne ji to k rameni, silněji a rychleji, a zůstane u ramene přitážená.

3. Nemožnost vrátit přitáženou ruku zpět

Ruka se nyní přitahuje k rameni pevně. U ramene ji to drží, svírá. Je to jako napjaté péro, které ruku u ramene drží. Ruku nyní nebude možno dát dolů. Za chvíli vám řeknu, abyste se pokusil dát ruku dolů, ale nepůjde to. Ruku není možno dát dolů, *ruka zůstává pevně přitážená k rameni*. Pokuste se dát ruku dolů, ruku to drží. Pevně ji to u ramene drží. Svírá ji to. Je to jako péro. Ruku není možno vrátit zpátky. Nejde to. Čím více se budete snažit, tím silněji ji to bude přitahovat. I kdyby se to kousek podařilo, ruku to zas hned silně přitáhne k rameni. Snažíte se, ale nejde to. Není to možné. Nejde to. Nyní se ruky dotknu a ruka se znovu uvolní. Uvolňujete se, cítíte, že napětí povoluje. Můžete rukou opět volně pohybovat.

4. Automatická rotace ruky

Uvedu nyní ruku do krouživého pohybu, ve kterém bude sama pokračovat. (Loket pacienta se opírá o opěradlo židle a hypnotizér otáčí předloktím pacienta kolem podélné osy.) Ruka pokračuje v pohybu, otáčí se. Pohyb je samočinný, automatický, krouživý. *Ruka se otáčí*, táhne ji to do kruhu, táhne ji to do kruhu, otáčí to s ní samo. Cítíte, že se ruka otáčí bez vaší vůle. Sama se otáčí a vy ji dost dobře nemůžete zastavit. Ruka nejde zastavit, ruka se otáčí. Pokuste se nyní udržet ruku chvíli v klidu. Rukou to stále otáčí.

Dobrá, tak je to správné. Jakmile se nyní ruky dotknu, ruka se uvolní a bude se cítit opět zcela normálně. Můžete s ní volně pohybovat. Rovněž z pravé ruky vymizí tíha a můžete s ní volně pohybovat. Zkuste to.

5. Teplo v pravé ruce

V pravé ruce budete nyní postupně pociťovat teplo. Pravá ruka se začne zahřívát. Pravá ruka se začíná zahřívát, začíná do ní pomalu proudit teplo. Až budete teplo cítit, zvedněte pravý ukazováček. Zvedněte ho vysoko podle toho, jak bude teplo silné. A teplo se skutečně začíná objevovat. Do pravé ruky to hřeje, svítí na ni slunce, opírá se do ní, jeho paprsky sálají a hřejí. Ruka se zahřívá, prohřívá, je teplejší a teplejší. *Pravá ruka je teplá.* Teplo se bude zesilovat, bude stále větší. Větší a větší teplo, teplo . . . Teplo se stupňuje. Větší a silnější pocit tepla. Slunce svítí a hřeje, ruka je zahřátá, teplá . . . Stále tepleji a tepleji, na hřbet ruky i na dlaň, teplo do prstů. Ruka se prohřívá, je teplejší a teplejší . . .

A nyní zvýšené teplo z ruky vymizí a ruka se bude zase cítit normálně.

6. Živý sen

Ponořujete se do hypnotického stavu ještě hlouběji a za chvíli se vám začne zdát příjemný sen. *Ležíte u vody*, odpočíváte, cítíte se příjemně. Začínáte si uvědomovat přírodu kolem, lidi, zvuky, šplouchání vody, své známé . . . příjemné teplo . . . chtělo by se vám vlézt do vody a vykoupat se . . . je vám veselo a dobře. Budete se do tohoto snu, do tohoto prožitku ponořovat stále hlouběji. Podle toho, jak zřetelně ho budete prožívat, budete opět zvedat pravý ukazováček. Prožíváte zážitky již



Obr. 5. Sugerovaný „veselý sen“ (M. Svoboda)

zcela živě, samostatně. Před vaším zrakem se odvíjí děj. Za chvíli se začne dít něco veselého, legračního, směšného; budete se muset smát, je vám veselo . . . Dobrá, sen nyní končí, rozplývá se a ztrácí se.

7. Halucinace mouchy

Zatímco jste snil, nevěnoval jste pozornost mouše, která létá kolem vás. Nyní si ji začínáte uvědomovat, jak vám létá kolem hlavy, hledá, kam by usedla. Chce usednout na ruku, sedá si na ruku a obtěžuje vás. *Moucha vám leze po ruce . . . zase odlétá a zase si sedá, obtěžuje vás, chtěl byste se jí zbavit, chce si vám sednout na obličej . . . je to nepříjemná, dotěrná moucha . . .*

A nyní je už moucha pryč, cítíte se opět příjemně a dobře.

8. Posthypnotická sugesce a amnézie

Za chvíli vás probudím počítáním od desíti do nuly, ale nyní zůstáváte ještě stále v hypnóze a posloucháte moje slova. Po probuzení se budete cítit svěží, čilý, aktivní a v dobré náladě. Za malou chvíli po probuzení budete mít potřebu vytáhnout si kapesník a vysmrkat se. Najdete kapesník a *vysmrkáte se*. Nemusíte si pamatovat, že jsem vám to řekl. Můžete všechno, co jsem říkal a co se dělo v hypnóze, zapomenout. Všechno jako by se ztrácelo někde ve snách . . . probudíte se jako z příjemného spánku a odpočinku. Brzy po probuzení však se budete muset vysmrkat bez ohledu na to, zda si to budete pamatovat nebo ne. *Vše můžete nyní zapomenout*. Za chvíli vás probudím, budete svěží, veselý, bez jakýchkoliv potíží, v dobré náladě.

K procvičení navrhujeme několik dalších variant, při nichž se sugesce formulují obdobně.

Místo tíhy v ruce můžeme u sedící osoby sugerovat *klesání hlavy* dopředu na hrudník nebo na stranu k rameni. Zvedat se mohou současně obě ruce, a to nejen k rameni, ale také do předpažení a vzpažení. K teple v jedné ruce lze zkusit vyvolat kontrastně *chlad* v druhé ruce anebo sugerovat celkový pocit chladu, průvan a zimu. Sugesci snu lze nahradit sugescí *sledování televize nebo filmu*. Pacient si bude obvykle představovat (a v příznivém případě halucinovat) některý z pořadů či filmů, které viděl. Můžeme sugescemi usměrnit, zda má být výsek napínavý, smutný či veselý, a sledovat, zda se to odrazí v mimice.

Dále můžeme sugerovat *iluze čichové a chuťové*. Cítíte vůni květiny nebo voňavky, pach benzínu či čpavku. Obtížnější je již uskutečnění sugesce, že subjekt necítí čpavek („nic necítíte“), který mu přistrkujeme pod nos. Snadno se uskutečňuje sugesce, že pacient má před ústy

citrón a cítí na jazyku citrónovou šťávu. Příkladnějším dochází na základě takové představy snadno ke zvýšenému slinění. Příjemnější je sladkost nebo pochutnávání si na oblíbeném pokrmu. Také lze sugerovat hlad nebo žízeň.

Sugesce *amnézie* se zkouší, ale s jejím uskutečněním se moc nepočítá. Proto také zní v textu formulace jen jako permissivní nabídka: „Můžete všechno zapomenout.“ Při dosažení hluboké hypnózy bývá taková sugesce přímá, opakovaná a důrazná.

2. Složitější sugesce pro hypnabilní osoby

Zatímco u méně hypnabilních osob jsme odkázáni na informace o prožitcích na základě navržených jednoduchých pohybových signálů, obvykle zvedání prstu, nebo na základě pozorování mimiky (požadavky na mluvení by hypnózu rušily), hypnabilnější osoby můžeme v hypnóze vybudnout i k *mluvení*. Můžeme začít tak, že napřed sugescí znemožňujeme mluvit a pak další sugescí dovolujeme mluvit, jak je tomu v první následující ukázce.

Sugerované scény můžeme pacienta nechat prožívat se zavřenými očima, což je snazší, ale můžeme také zkusit, zda je schopen je halucinovat *při otevřených očích*. Není-li hypnóza dostatečně hluboká, vede otevření očí k oslabení nebo přerušení zážitku, k uvědomění si skutečného okolí a k probuzení z hypnózy*. V takovém případě dáme hned příkaz k zavření očí, sugerujeme opětně prohlubování hypnózy a vrátíme se k jednodušším sugescím. Pokud pacient po otevření očí dál prožívá sugerované scény a na skutečné okolí nereaguje, můžeme pokračovat s otevřenými očima.

1. Nemožnost a možnost mluvit

Za chvíli začnete pocítovat sevření v ústech a těžký jazyk. Ústa se svírají a jazyk těžkne tak, že nebudete moci promluvit. Ústa jsou pevně semknuta, jazyk je neohebný a těžký, nemůžete nyní vůbec promluvit. Pokuste se o to. Zkuste vyslovit své křestní jméno, ale nejde to. Zkuste to, není to možné. (Když se pacient zřetelně snaží a nemůže slovo vyslovit, pokračujeme dál.) Za chvíli se dotknu vaší brady a napětí se poněkud uvolní. Budete pak moci vyslovit první slabiku, ne víc než první slabiku. (Hypnotizér provede lehký dotek.) Pokuste se vyslovit celé jméno, ale nemůžete vyslovit víc než první slabiku. Nyní se znovu do-

* Takové „probuzení z hypnózy“ zásadně nepřijmeme jako ukončení hypnózy. Hypnózu je třeba ukončit řádnou dehypnotizací. I kdyby se nám už nepodařilo pacienta do hypnózy vrátit, požádáme ho aspoň, aby nechal zavřené oči, odsugerujeme sugesce, které jsme mu před tím zadali, a zvolna ho probouzíme obvyklým způsobem.

tknu vaší brady a ústa se zcela uvolní, také jazyk bude volný, (dotek) můžete už mluvit zcela normálně. Řekněte nyní své jméno. (Když pacient vysloví jméno:) Ano, tak je to správné. Nyní už můžete mluvit normálně.

2. Halucinace psa

Za chvíli budete vidět malého hezkého psa. Půjde z levé strany, půjde za vámi, bude si s vámi chtít hrát. Už přichází, je to hodný pes. Vidíte jej, budete jej vidět zcela zřetelně a jasně. Pes přijde za vámi, možná budete mít chuť ho pohladit. Můžete se nyní pohybovat, budete se moci k němu naklonit a ohnout. Již je u vás, vidíte ho jasně a zřetelně. Milý, hezký pes. Stojí u vás pes. Je zde. Můžete ho pohladit, jestli chcete . . . Dobrá, a nyní už pes odchází, za chvíli zmizí, už ho nebudete vidět.

3. Halucinace ptáka

Budete mít nyní pocit, že sedíte u stromu a opíráte se zády o něj. Začínáte cítit, že vás drsná kůra stromu trochu tlačí do zad. Cítíte, že vás kůra stromu tlačí do zad, potřebujete změnit nepohodlnou polohu. (Pohně-li se pacient:) Ano, tak je to správné, nyní to přestalo. Díváte se vzhůru před sebe, vidíte stromy. Za chvíli si povšimnete, že nahore mezi stromy se něco pohybuje, je to malý ptáček. Postupně ho budete vidět jasněji a zřetelněji, poletí zleva doprava. Vidíte ho, jak letí, sledujete jeho let. (Všímáme si, zda pacient pohybuje hlavou v udaném směru.) Přiletí k vám. Když mu natáhnete před sebe prst jako bidýlko, sedne si na něj. Je to krotký malý ptáček, už letí. (Pokud pacient natáhne prst, pokračujeme:) Sedá si na váš prst. Budete ho cítit. Cítíte jeho drápky na svém prstu, cítíte jeho drápky na svém prstu. Chcete si ho řádně prohlédnout. Můžete otevřít oči a budete ho na svém prstu zřetelně vidět, jak tam sedí. Když otevřete oči, zůstanete dál v hluboké hypnóze. Otevřete zvolna oči a dívejte se na něj. Vidíte malého ptáčka na svém prstu. (Pokud pacient otevírá oči a jeho mimika se nemění:) Jste v hluboké hypnóze s otevřenými očima, prohlížíte si ptáčka. Cítíte se příjemně a dobře. Za chvíli ptáček odletí a vaše oči se opět zavrou.

4. Trhání ovoce

Přenesete se nyní do sadu, ve kterém jsou ovocné stromy, vidíte blízko sebe strom, na kterém jsou hezká jablíčka. Jste u stromu s jablky, začínáte mít chuť na jablíčko. Díváte se, vyhlížíte si jablíčko, vidíte hezké červené jablíčko, chtěl byste si je utrhout . . . Je vysoko, nedosáhnete na ně, musel byste vstát a natáhnout se pro ně. Otevřete oči a budete se

na jablíčko dál dívat. Zůstanete stále v hypnóze, jablíčko budete zřetelně vidět. Otevřete nyní oči, vidíte jablíčko, chcete si je utrhnout. Můžete se normálně pohybovat, necítíte teď žádnou únavu ani tíhu, jen chuť si jablíčko utrhnout. (Pokračujeme dále v sugescích a povzbuzování pacienta k pohybu. Provede-li je, pokračujeme:) Nyní si do jablíčka kousnete a budete cítit jeho dobrou, sladkou chuť. Sladkou chuť na jazyku . . . (Pokračujeme případně v dalších sugescích, pak ukončíme:) Nyní si opět sednete a zavřete oči. Sad zmizí. Zůstáváte dál v hluboké hypnóze.



Obr. 6. Frekventanti sugerují v jednotlivých výcvikových skupinách svým subjektům, vybraným hypnabilním studentkám, halucinované ovoce na halucinovaných stromech. (Z pokračovacího kursu hypnózy 1972)

5. Jízda na loďce

Sedíte na židli, ale ta se pomalu změní v sedátko v loďce. Budete se chtít projet po klidné hladině řeky. Budete mít pěkný zážitek. Sedíte v loďce a uvědomíte si, že po obou stranách jsou vesla, se kterými můžete veslovat. Jste v hluboké hypnóze, můžete prožívat všechny situace, do kterých vás uvedu, můžete otevřít oči, můžete se pohybovat, můžete mluvit a zůstanete při tom stále v hluboké hypnóze. Jedete v loďce na řece a necháváte se unášet mírným proudem. Pozorujete stromy kolem řeky. Za chvíli potkáte na řece jiné lodky s lidmi. Až je uvidíte, zavoláte na ně. Už se jedna loďka blíží . . . (Pokud subjekt promluví, vybídeme ho, aby s lidmi pohovořil.) Něco na vás volají, za chvíli je budete slyšet zřetelněji. Slyšíte je, slyšíte je, budete jim odpovídat. Nyní jedete dál, loďka se kolébá, kolébá, kolébá . . . (Sledujeme, zda se subjekt začíná v rytmu kolébání pohybovat.) Voda vás strhuje, potřebujete se dostat ke břehu. Vedle jsou vesla. Začněte veslovat ke břehu . . . (Pokud se subjekt nehýbe, snažíme se ho povzbudit k pohybu, např. dotekem, jako bychom mu dávali vesla do ruky.) Dobrá. A nyní plavba skončila. Cítíte se příjemně a dobře. Už nejste na loďce, pokračujete dál v hypnotickém spánku.

6. Věková regrese do čtyř let

Za chvíli vás převedu do minulosti, vrátím vás do vašeho dětství, do věku čtyř let. Budete si hrát s jinými dětmi na pískovišti. Začínáte se vracet zpět. Už není rok 1988, ani 87, ani 86, ale daleko míň. Už vám není



Obr. 7. „Hra na písku“ ve vsugerované věkové regresi

30 let, ani 25, ani 20, jdete stále zpět, jste menší a menší. Patnáct, deset, stále míň. Za chvíli budete ve věku čtyř let, budete si hrát na písku, kde jsou i jiné děti. Všecko, co bylo později, je už pryč. Jakmile se dotknu vašeho čela, otevřete oči, budete ve věku svých čtyř let a půjdete si hrát. Teď. (Dotek. Počkáme chvíli, zda se subjekt spontánně zvedne a začne si hrát na zemi.) Jak se jmenuješ? Kolik je ti let? Kdo si s tebou hraje? Děti se začínají strkat, berou ti lopatičku . . . atd.

Za chvíli to skončí a ty se opět vrátíš do současnosti, do roku 1988. Už ti nejsou čtyři, posaď se znovu na židli, ani deset, ale mnohem víc, zavři oči. Už se blížíte do roku 1988, už jste opět v roce 1988, ve svém současném věku, v dobré pohodě.

Poznámka. Vhodnější variantou pro dívky může být hra s panenkou.

7. Věková regrese do sedmi let

Vrátíte se teď do vašeho dětství, do doby kolem sedmi let, kdy jste chodil do druhé třídy. Budete znovu v druhé třídě, v lavici při vyučování. Budu počítat do deseti a během tohoto počítání se vrátíte do svého dětství. Všechno, co bylo později, se ztratí. Jedna, dvě . . . zpět do dětství . . . 3, 4 . . . zpět do šesti let . . . 5, 6 . . . čas se rychle posunuje zpátky . . . 7, 8 . . . už tam budeme . . . 9 . . . už jsi opět dítětem . . . 10 . . . je ti sedm let. Můžeš otevřít oči, sedíš v lavici v první třídě. (Počkáme chvíli.)

Kdo sedí vedle tebe? Kdo vás učí? A teď tě paní učitelka vyvolá a bude chtít, a bys napsal do sešitu před sebou (nebo na tabuli) svoje jméno a pak nakreslil maminku nebo domeček se zahrádkou. (Dáme pokusné osobě sešit a tužku.) Můžeš psát a malovat.

Když subjekt nepíše, ptáme se „Jak se jmenuješ? Kolik je ti let?“ a povzbuzujeme jej k psaní nebo malování, případně se zeptáme „Proč nepíšeš?“. Po ukončení jej zvolna převádíme do současnosti, podobně jako u předchozí sugesce. Pokud bude mít po skončení hypnózy amnézii, necháme jej pak porovnání napsat jméno a nakreslit stejnou kresbu v současném věku.

8. Posthypnotická sugesce

Za chvíli ukončíme hypnózu a vrátíte se zpátky do bdělého stavu. Za několik minut poté, co se probudíte, vstanete ze židle, otevřete dveře, opět je zavřete a vrátíte se zpět. Nebudete vědět, že jsem vám to přikázal. Tedy ještě jednou: po probuzení vstanete ze židle, otevřete je, opět zavřete a sednete si zpátky do křesla. Nebudete vůbec vědět, že je to v souvislosti s hypnózou, nebudete si pamatovat, že jsem se o tom zmiňoval, ale přesně to provedete.

9. Sugescie amnézie a ukončení hypnózy

Nyní zcela zapomenete na vše, co jste prožíval nebo dělal v hypnóze od chvíle, kdy jste se díval na fixační bod, až do chvíle, kdy se z hypnózy probudíte. Na nic z toho si nebudete pamatovat, na nic si nebudete moci vzpomenout. Vše se teď z vašich vzpomínek vytratí. Nebudete si nic pamatovat. Vše se zamřžuje a ztrácí, nebudete o tom už vědět vůbec nic. Všechno jste naprosto zapomněl. Jakmile však třikrát zatukám, takto (hypnotizér předvede), tak si na všechno zase hned vzpomenete. Všechno jste naprosto zapomněl.

A nyní se začnete vracet do bdělého stavu. Všechny příznaky, které se objevily v hypnóze, zase zmizí. Vráťte se do bdělého stavu jako po příjemném odpočinku, svěží a čilý, ve velmi příjemném stavu, odpočinitý, v dobré náladě. Probudím vás počítáním od desíti do nuly. Tíha, únava a ospalost zmizí, všechny nepříjemné pocity se ztratí, budete čilý, svěží, v dobré pohodě. 10, 9 . . . atd. Jedna. Zhluboka se nadechněte. Můžete otevřít oči. Nula. Jste úplně probuzený, zcela bdělý.

10. Překontrolování amnézie

Po ukončení hypnózy můžeme začít hned s dotazem na pocity, nebo vyčkáme, zda subjekt provede zadanou posthypnotickou sugesci. V kladném případě se ho zeptáme, proč to udělal. Pak zjišťujeme, co si z průběhu hypnózy pamatuje. Nevybavil-li si nic, naléháme znovu. Teprve pak použijeme signál nebo vyslovíme heslo, při kterém si má na vše vzpomenout, a znovu se dotazujeme na průběh hypnózy a prožitky při jednotlivých sugescích.

Do souboru náročných sugescí patří také *sugescie necitlivosti k dotekům a k bolesti* ve zvolené ruce. Uvádíme je v kapitole o léčebném navozování analgezie (str. 97).

Účelem tohoto návodu není, aby hypnoterapeuti prováděli podobné experimenty u každého hypnabilního jedince, kterého ve své praxi objeví, ale aby si je aspoň několikrát vyzkoušeli: aby si sami prakticky ověřili, že tyto jevy existují, a aby je dokázali s klidnou jistotou vyvolávat, pozměňovat a odsugerovávat. Je potřebné, aby dokázali pohotově reagovat na prožitky hluboce hypnabilního pacienta a cítili se v takové situaci zcela přirozeně, stejně jako je potřebné, aby dokázali v pohodě zvládnout situaci s pacienty málo hypnabilními nebo zcela nehypnabilními, u nichž se jim nepodaří vyvolat skoro nebo vůbec nic.

3. Prožitky a reakce při sugescích

S jakými druhy prožitků a s jakými reakcemi se při zkušebních sugescích nejčastěji setkáme?

Subjektivní prožitek může mít různou intenzitu, různou realističnost a různý stupeň prožívané mimovolenosti. Vnější reakce a vnitřní prožitky mohou být spolu v plném souladu, ale také mohou být rozdílné. Sugescie se může uskutečnit jen na úrovni vnitřního prožitku bez odpovídajícího vnějšího chování, nebo se může subjekt chovat navenek tak, jako by sugerovanou situaci prožíval, ač ji ve skutečnosti neprožívá. Nemůžeme posuzovat účinek sugescí jen podle vnějšího projevu, ale musíme získat též informace o vnitřním prožívání, ať už nějakou bezprostřední signalizací (zvedání prstu) nebo slovní výpovědí během hypnózy anebo retrospektivně po jejím skončení.

Uvedeme typické příklady z výcvikových praktik. Příklady nevyčerpávají všechny možnosti.

Při sugerovaném pohybu, který se uskutečnil, může mít subjekt pocit

- že pohyb se děje zcela automaticky, mimovolně, sám od sebe, bez jeho vůle nebo i proti jeho vůli,
- že pohyb se uskutečňuje, jen když mu nechává volný průběh, ale může mu snadno zabránit,
- že pohybu napomáhá tím, že si ho živě představuje,
- že pohyb provádí sám, protože nedokáže delší dobu vzdorovat hypnotizérovu naléhání.

Při sugerované nemožnosti pohybu může mít pocit

- že pohyb skutečně nelze provést, i když se o to aktivně pokouší,
- že pohyb lze provést, ale podstatně obtížněji než za běžných okolností,
- že se mu nechce namáhat nebo zkoušet zakázaný pohyb uskutečnit,
- že pohyb lze provést a záleží na jeho rozhodnutí, zda jej provede nebo neprovede.

Při sugesci mouchy

- cítí mouchu na svém těle a udělá pohyb, aby ji odehnal,
- cítí mouchu, jak po něm leze, ale nepohne se, protože je velmi pasivní,
- mouchu si pouze představuje, pohyb neudělá,
- necítí mouchu, ale pohyb udělá. Pohyb je buď reflexní, automatický nebo nutkavý, anebo jej provede úmyslně, protože se to od něj očekává.

Při složitější scéně, např. trhání ovoce

- a) vidí stromy a jablka, provádí příslušné pohyby a má pocit, že jablko utrl a jí,
- b) vše vidí a prožívá jako ve skutečnosti, ale přitom nehnutě sedí na židli a nelze ho přimět ke skutečnému pohybu,
- c) provádí pohyby, jako by trhal a ukusoval jablko, pohyby mají nutkový ráz, ale sugerované zážitky přitom neprožívá,
- d) ochotně a živě vše předvádí jako na divadle, i když ví, že stromy ani jablka zde nejsou; hypnotizérový sugesci přijímá jako příkaz k provedení,
- e) vše si pouze představuje, nic neprovádí.

Ve složitějším chování, které sugerovaná situace vyžaduje, může subjekt projevovat různý stupeň aktivity, od zcela pasivního přes strunle strojové, náměsíčné, až po zcela aktivní chování, které se neliší od příslušného chování bdělého.

Zčásti to záleží na požadavcích a naléhání hypnotizéra a na očekávání subjektu, ale také jsou v tom individuální rozdíly. Vysloveně *pasivní hypnotický subjekt* se jen velmi nesnadno nechá pohnout k jakékoliv aktivitě, ačkoliv může být schopen sugerované scény realisticky prožívat. *Aktivní subjekt* začne hned vše spontánně živě pohybově přehrávat, jakmile mu k tomu příslušnými sugescemi dáme příležitost. Odlišný a neobvykle působící je pomalý, náměsíčný pohyb některých somnambulních subjektů a jejich strunle, nehybný pohled, upřený do neurčita, jako by byl subjekt „duchem nepřítomen“.

V prožitcích některý subjekt přijímá doslova jen to, co mu bylo sugerováno, zatímco jiný si určenou situaci sám podle své fantazie nebo dřívějších zážitků dotváří – halucinuje např. i žebřík, po kterém může vylézt na strom, koš, do kterého trhá jablka, zahazuje jablko, protože je červivé, apod.

V rámci jednoho sezení mohou výkony u téže osoby také kolísat. Zareaguje např. na některou senzoričnou sugesci živou halucinací s přesvědčením o realitě sugerovaného, zatímco jinou podobnou sugesci zážitkově nepřijme a pouze jí formálně vyhoví tím, že činnost provede jako předepsanou roli.

Provádění posthypnotické sugesci se poněkud liší podle toho, zda se subjekt na zadání sugesci pamatuje nebo má amnézii. Pokud si pamatuje,

- a) může mít nutkání požadavku vyhovět,
- b) může provést úkol jen proto, aby se zbavil nepříjemného napětí z nesplněného úkolu,
- c) úkol často neprovede.

Pokud se na zadání úkolu nepamatuje a příslušné jednání provede, uvádí pak při dotazu na důvod tohoto jednání

- a) nějaký vymyšlený důvod, který zdánlivě jednání vysvětluje, např. že se mu chtělo smrkat, „protože má rýmu“, že otevřel dveře, „protože myslel, že někdo klepal“ apod.,
- b) neuvede logický důvod, řekne např., že ho to jen tak napadlo,
- c) uvede pocit nutkání.

Pokud se na zadání úkolu nepamatuje a neprovede jej, může nějakou dobu přetrvávat pocit neurčitého napětí. Někdy cítí nutkání, ale provedení příslušného jednání se mu zdá společensky nevhodné nebo nesmyslné, takže reakci potlačí.

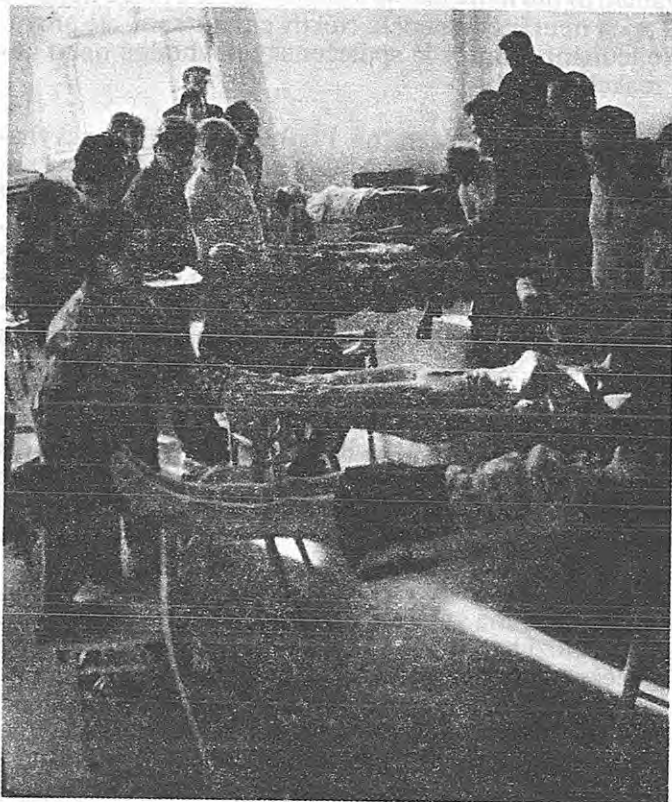
Amnézie může být úplná nebo částečná. Při úplné si subjekt nevybavuje z období hypnózy nic. Může mít pocit, že spal anebo že mu vzpomínky nejsou přístupné. Někdy si po připomenutí začne své prožitky vybavovat, jindy nepoznává ani svou vlastní ukázanou produkci, např. kresby z hypnózy. Připustí, že to je jeho výtvar, ale i tak mu chybí vzpomínka na jeho provedení. Jindy se setkáme s nepravou amnézií, s pouhým blokováním výpovědi. Subjekt si sice na vše pamatuje, ale má pocit, že o tom nemůže mluvit, a po nějakou dobu tyto zábrany nedokáže překonat.

Jako *ukázky* uvedeme konkrétní příklady reakcí z nácvičků a demonstračních pokusů v hypnotických kursech na vybraných hypnabilních účastnících, přičemž budeme věnovat pozornost zejména rozdílům v hypnotickém chování a tomu, jak jednotlivé osoby uskutečňování obtížných sugescí prožívaly.

Dr. M. dostal výše popsanou sugesci s ptáčkem, jen s tím rozdílem, že jej měl s otevřenýma očima vyhlížet u (reálného) okna do zahrady. Snadno přešel z předchozí hypnotické pasivity do aktivity, rozhlížel se z okna, nabídl „ptáčkovi“ prst k usednutí a pak se zase podle pokynů vrátil na lůžko. Po skončení hypnózy měl částečnou amnézii, popisoval to jako by byl zamotaný do prostěradla, které mu částečně zabraňuje vidět, jen zvolna se mu daří ho „protrhávat“. Po trojím zafukání, rušícím amnézii, měl pocit, jako by to z něj spadlo, a na vše si již přesně vzpomínal. Uvedl, že pokyn k aktivitě přijal ochotně, díval se z okna, ale ptáky neviděl. Na nastaveném prstu však ucítil nožky a dráčky malého ptáčka.

U dr. K. sugeroval hypnotizér vestoje ztuhnutí svalů s nemožností pohybu. V obměňovaných sugescích, opakujících se po několik minut, byla použita i formulace, že je „nesmírně pevný a silný“. Pak vzali dva

účastníci K. za ramena a nohy a položili ho mezi dvě židle. Zůstal nepohnutě natažený a strnulý v typickém „kataleptickém mostu“. Po hypnóze měl amnézii. Po zrušení amnézie uvedl, že vestoje měl pocit, že je jako Herkules, ztvrdlý, hlavu vysoko, nemohl proti tomu nic udělat, nemohl se pohnout. Věděl, že ho pak položili, ale myslel, že leží na zemi na dece. Nevěděl, že měl tělo napjaté ve vzduchu mezi židlemi.



Obr. 8. Frekventanti kurzu hypnózy zkoušejí u svých hypnabilních subjektů tzv. kataleptický most po vsugerování svalové ztuhlosti

Dr. Z. byla regredována do dětského věku. Hrála si podle pokynů na písku, ale druhé děti jí hru kazily. Pofňukávala jako malé dítě, její projevy byly pro pozorovatele velmi přesvědčivé. Hypnotizér postupně pře-

šel do role dospělého člověka, který ji utěšuje. Z. pak již místo předchozí bezpodmínečné hypnotické poslušnosti začala s hypnotizérem konverzovat s námitkami. Chtěla, aby šly děti pryč, nechtěla se nechat utěšit. Pak měla malovat. Tužku, kterou jí hypnotizér podal, si přehodila z pravé ruky do levé. Malovala domeček, přitom se válela po zemi. Po dehypnotizaci měla úplnou amnézii, líčila svůj pocit jako vnitřní zmatek v hlavě, ze kterého se jí nic nevynořuje, jako když by se zmačkal papír, ze kterého se nedá nic přečíst. Ani při připomínání průběhu si nevzpomněla. Při ukázání kresby poznala, že je to její projev, jak malovala v dětství. Na dotaz uvedla, že je přecvičený levák. Po zadání signálu ke zrušení amnézie si plynule vybavovala všechny podrobnosti, např. „hrála jsem si s dětmi a chtěla jsem je zahnat, protože mne rušily“. Cítila se být dítětem a zážitky prožívala s plnou intenzitou a realističností. Neuvědomovala si skutečné okolí a kolegy v místnosti. Při otevřených očích viděla pouze to, co jí bylo sugerováno.

Dr. H. dostala mimo jiné posthypnotickou sugesci, že se má podívat za dveře na schody. Po ukončení hypnózy měla amnézii. Byla neklidná, vrtěla se na židli. Na dotaz sdělila, že má pocit, že na schodech něco zapomněla, ale neví to určitě. Lektor jí povolil, aby se šla podívat. Provedla to a sdělila, že se jí ulevilo. Toto chování neuváděla do spojitosti s předchozí hypnózou, ačkoliv se předtím mluvilo o posthypnotické sugesci. Po skončení demonstrací popsala písemně zážitky takto: „Po probuzení z hypnózy jsem měla nejasný pocit, že mám něco udělat, že mne něco přitahuje, nutí jít ke dveřím. Připadalo mi to směšné, protože jsem si to nedovedla vysvětlit. Snažila jsem se to potlačit, ale nešlo to. Potom mne napadlo, že jsem si asi něco za dveřmi zapomněla, tak jsem se šla podívat. Když jsem viděla, že tam nic nemám, uspokojilo mne to.“ „Na celkový průběh hypnózy jsem měla amnézii. Zdálo se mi, že mám před sebou kus tmavého místa, jako bych přešla přes tunel. Měla jsem pocit, že stačí udělat jen krůček dopředu a opět se do něho vnořím a na vše si vzpomenu. Všecko bylo velmi blízko, na dosah ruky, a postupem času se mi zdálo, že už si na to vzpomenu, že to všecko přesně vidím, co se dělo, ale chyběla mi slova, kterými bych to vyjádřila a popsala“.

Následující ukázka zahrnuje hypnotickou interakci dvou osob, psycholožky Stáni a lékařky Lídy. Stáňa, která už dříve prokázala svou hypnabilitu, se rychle pohroužila do hluboké hypnózy. Na sugesci, že je zde „malý pes, který se nám do místnosti zaběhl a je potřeba ho odvést k sestře do vyšetřovny“, se s otevřenými očima k „psovi“ živě sklonila a hrála si s ním. Sugescie pokračovala, že pes má na krku krátkou šňůru, za kterou je ho možno odvést. Stáňa tedy vzala psa za šňůrku a skloně-

ná ho odváděla do vyšetřovny, kde ho „odevzdala“ sestře. Chovala se při tom celkem nerozeznatelně od bdělého stavu.

Vnější chování Stáni odpovídalo sugesci. Uveďme zde, že po skončení hypnózy a zrušení amnézie sdělila, že psa zřetelně viděla. Ani v bdělém stavu si zpětně nebyla jistá, zda tam pes skutečně byl, nebo zda to byla jen sugesce. Ptala se jedné kolegyně z kurzu, „jak to s tím psem bylo doopravdy“.

Po skončení scény se psem zůstala Stáňa podle pokynů hypnotizéra „sedět na židli a spát“. Neměla na nic reagovat, dokud se hypnotizér nedotkne jejího ramene. Mezitím navodil hypnotizér hypnózu u rovněž hypnabilní frekventantky Lídy, které sugeroval, že je v sadu a nad ní visí na stromě jablko. Lída začala zvolna zvedat ruku, asi tak, jak to bývá při sugerovaném automatickém zvedání ruky. Dalšími sugescemi ji bylo možno povzbudit k tomu, aby otevřela oči, vstala, vylezla na židli a na jablko dosáhla. Jedla pak jablko. Slovy potvrdila, že je červené a dobré. *Její pohyby byly mírně zpomalené, trochu strnulé, měly náměsíčný charakter.* Ruce měly tendenci setrvávat v poloze, v níž skončil poslední sugerovaný pohyb. Ruku „s jablkem“ např. stále držela ohnutou vzhůru, i když další sugesce se už týkaly něčeho jiného. Vypadalo to tak, jako by jí chyběl impuls spontánně ukončit to, co bylo sugerováno předtím a nebylo výslovně odsugerováno. Hypnotizér ji posadil na židli vedle spící Stáni a sugeroval jí, že si hraje s veverkou. „Hrála si“ s ní pravou rukou, zatímco levou měla stále ještě ohnutou blízko obličeje, s mírně rozevřenými prsty, jako by v ní držela zbytek jablka.

Hypnotizér se teď dotkl ramene Stáni a vsugeroval jí rovněž veverku. Upozornil ji, že vedle je holčička, která má také veverku. Jedna z veverek je malá, druhá velká, mohou si je vzájemně půjčit nebo vyměnit. „Holčičky“ si pak vyměňovaly veverky. Chovaly se při tom obě tiše. Stáňa zašeptala dětským hláskem: „Tady ji máš.“

Věková regrese zde nebyla výslovně sugerována, požadavek byl jen implicitně obsažen ve slovech „holčičky“ a „hrát si“. Obě pokusné osoby jej přijaly a začaly se chovat odpovídajícím způsobem.

Hypnotizér si povšiml, že Lída drží stále ještě zvednutou levou ruku. Upozornil ji, že tam stále ještě má jablko a že ho může nabídnout druhé holčičce. Lída to provedla a Stáňa si jablko „vzala a ukousla“. Pak se už na jablko zapomnělo.

V hypnóze byly s oběma frekventantkami provedeny ještě další experimentální sugesce, ale my se zaměříme už jen subjektivní prožívání popsané scény. *Stáňa měla plnou amnézii*, která musela být napřed určeným signálem, trojím zařukáním, zrušena. Pak uvedla, že si hrála s holčičkou, vyměňovaly si veverky, holčička jí dala „jablíčko, které už

bylo nakousnuté“. (Toto konstatování je zajímavé, protože to nebylo výslovně sugerováno. Buď si zadanou sugesci takto spontánně dotvořila, nebo vnímala, co se děje s Lídou v době, kdy sama měla spát a na nic nereagovala.) *Lída neměla amnézii* na průběh. Začala popisovat své prožitky hned po skončení hypnózy. Podobně jako Stáňa měla tendenci je líčit tak, jako by se události skutečně staly. V hypnóze je vnímala jako reálné. Zpětně ovšem věděla, že byly vyvolány sugescí.

Přestože ve všech ukázkách jde o značně hypnabilní osoby, jsou patrné rozdíly v mimice, ve stupni aktivity, v intenzitě prožívání, spontaneitě, v doslovném reagování nebo spontánním dotváření sugerovaných situací, v účinnosti sugerované amnézie apod. Zkoumání společných rysů i rozdílů v hypnotických jevech je vděčným polem experimentální hypnózy (srov. Kratochvíl 1986).

7. HLOUBKA HYPNÓZY

V dosavadních výkladech jsme se již častěji zmiňovali o prohlubování hypnózy, o hypnabilitě a o větší či menší hloubce navozené hypnózy. Je třeba poskytnout nyní přesnější pojmové vymezení a určitou klasifikaci, která by umožňovala porovnání dat od různých hypnoterapeutů.

Hloubka hypnózy je stupeň pohroužení se jedince do hypnózy v daném sezení nebo v daném okamžiku. Závisí především na hypnabilitě, tj. celkové základní schopnosti jedince pohroužit se do hypnózy*, na motivaci a na hypnotizérovi a jeho hypnotizačním postupu. Klasifikace hloubky hypnózy vznikla v historii celá řada (srov. Horvai 1959), nejvíce se však osvědčila jednoduchá klasifikace na tři stupně a pak pětibodová diagnostická škála.

1. Stupně hypnózy

Podle hloubky se hypnóza v klinické praxi běžně dělí na tři stupně, na hypnózu lehkou, střední a hlubokou.

Lehká hypnóza. Charakterizuje ji zavření víček, relaxace, ospalost, snížená až vymizelá spontaneita, pocity tíhy a únavy, zpomalení duševních pochodů a poddávání se sugerovaným představám. Pacient je ve stavu příjemného pohybového a psychického klidu, pohroužen do se-

* Hypnabilitě jako osobnostní vlastnosti, jejímu psychometrickému testování a osobnostním vlastnostem, které by s ní mohly souviset, jsme věnovali rozsáhlý výklad v monografii o experimentální hypnóze (Kratochvíl 1986).

be, současně je však schopen si jasně uvědomovat své okolí. Má zachování schopnost volných pohybů a hypnotizérovým sugescím se může účinně bránit, případně může sám otevřít oči a hypnotický stav ukončit. Sugerované pohyby se zvolna uskutečňují, pokud se jim nebrání, a sugerované zážitky mají charakter představ, které si v souladu se sugescemi pacient sám vyvolává.

Střední hypnóza. Je zde opět snižená až vymizelá spontaneita. Motorickým sugescím již pacient nemůže odporovat a prožitky vyvolané senzoryckými sugescemi nabývají na automaticnosti a realističnosti. Je možno vsugerovat nehybnost a ztuhnutí svalů, pacient nemůže bez povolení otevřít oči. Daří se sugesci tepla či chladu a další iluze až halucinace, částečná analgezie a u některých osob i úplná analgezie, ale spon pro lehčí povrchové bolestivé podněty. Pacient je schopen prožívat představované či halucinované scény, a to spíše se zavřenýma očima; příkaz k otevření očí může hypnózu přerušit. Někdy reaguje i navenek mimikou a pohyby odpovídajícími prožívané scéně. Lze jej sugescemi přimět k mluvení, snazší však bývá komunikace pomocí jednoduchých pohybových reakcí, např. zvednutím prstu. Na průběh hypnózy není amnézie nebo je amnézie nanejvýš částečná a nespolehlivá. Mohou se uskutečňovat i jednoduché posthypnotické sugesci. Plnění posthypnoticky vsugerovaných úkolů, na něž není amnézie, může mít pro pacienta lehce kompulzivní charakter, kterému však může odporovat.

Hluboká hypnóza. Je možno vyvolat většinu hypnotických jevů: ovlivnění motoriky s nemožností odporovat sugescím, živé pozitivní halucinace různých smyslů a někdy i negativní halucinace, anestézii či analgezii a subjektivně přesvědčivou věkovou regresi do různých období života. Vsugerované změny vnímání, myšlení a emocí prožívá pacient v daném okamžiku jako reálné, odpovídající skutečnosti, bez ohledu na jejich nepravděpodobnost nebo nelogičnost. Hluboká hypnóza poskytuje možnost ovlivnění i vegetativních reakcí – někdy přímými sugescemi, ale spíše vsugerováním prožitků situací, činností či emocí, se kterými bývají tyto reakce spojeny. Lze vsugerovat úplnou amnézii na celou dobu trvání hypnózy i na zadané posthypnotické sugesci. Někdy se amnézie objevuje i spontánně. Lze ji novou hypnózou nebo určeným signálem zrušit. Posthypnotické sugesci se mohou uskutečňovat bez znalosti skutečné příčiny vsugerovaného chování nebo prožívání a pacient si je může různě racionalizovat.

V hluboké hypnóze může být pacient podle druhu sugescí buď pasivní a zpomalený se strnulým pohledem při otevření očí, nebo aktivní a spontánně živě reagující, ve shodě s požadavky sugerované situace.

Jak jsme již uvedli, mají někteří pacienti v hluboké hypnóze sklon k pasivnímu, spavému a při vyžadované pohybové činnosti pak k „náměščenému“ chování a vzhledu, zatímco u jiných se vzhled a chování při plnění sugescí neliší od chování při prožívání analogických reálných situací v bdělém stavu.

V rámci hluboké hypnózy se někdy vyčleňuje ještě *velmi hluboká hypnóza*, ve které jsou všechny popsané jevy spolehlivě vyvolatelné v plném rozsahu a která se považuje za projev výjimečného hypnotického talentu daného jedince.

Třístupňovou klasifikaci zavedl A. Forel (1919), který používal pro jednotlivé stupně názvy *somnolence*, *hypotaxie* a *somnambulismus*. Odhaduje se, že do hluboké hypnózy lze uvést asi 15 % osob a asi 5 % jich naopak vůbec nelze zhypnotizovat. Zbývajících 80 % lze uvést do hypnózy lehké až střední, přičemž pro lehkou hypnózu se udává 40 nebo 30 % a pro střední 40 nebo 50 %. Vynikajících hypnotických talentů jsou jen asi 2 %.

2. Diagnostická škála

O něco přesnější klinické posouzení, než je uvedená třístupňová klasifikace, umožňuje diagnostická škála Orna a O'Connella (1967), pomocí níž lze vyjádřit hloubku hypnózy ve skóre od 1 do 5. U každého bodu se ještě provádí jemnější diferenciacie pomocí znamének — a +, takže celkově je škála vlastně desetibodová.

1. Žádná reakce

Subjekt je refrakterní vůči pokusu o hypnotizaci, přestože přiměřeně spolupracuje.

1+ velmi slabé reakce na motorické sugesce

2. Ideomotorické reakce

Hypnotizovaný je schopen reagovat na sugesce jako zvedání ruky, zavření očí a relaxace, ale může úspěšně odporovat, je-li k tomu vyzván.

2— subjekt má pocit, že se na pohybu sám vědomě podílí

2+ subjekt má pocit, že se pohyby dějí automaticky

3. Nemožnost odporovat sugesci

Subjekt nejen reaguje na motorické sugesce, ale nemůže jim též vzdorovat, např. nemůže po příslušné sugesci ohnout ruku, otevřít oči apod.

3— má jen pocit, že to nejde, ale nesnaží se

3+ snaží se aktivně a neúspěšně

4. Halucinace

Kromě všech reakcí sub 2 a 3 může hypnotizovaný prožívat sugerované halucinace, např. anestézii a pozitivní halucinace zrakové a sluchové.

- 4- halucinace málo živé nebo málo subjektivně reálné
- 4+ halucinace živé, subjektivně reálné

5. Amnézie a posthypnotická sugesce

Subjekt má navíc posthypnotickou amnézii, je schopen hypnotické věkové regrese a provede posthypnotické sugesce.

- 5- některé složité reakce nejsou zcela spolehlivé
- 5+ subjekt provádí spolehlivě všechny i bizarní hypnotické a posthypnotické jevy včetně negativních posthypnotických halucinací (1-2 % populace)

S uvedenými dvěma orientačními pomůckami pro určování hloubky hypnózy v běžné klinické praxi vystačíme. Pokud bychom však chtěli zkoumat např. závislost terapeutického účinku na hloubce hypnózy (resp. hypnabilitě), bylo by nutné zvolit standardizovaný postup, který v současné době představují zejména stanfordské škály hypnability.

Podrobně jsme je popsali v monografii o experimentální hypnóze (Kratochvíl 1986). Stanfordská škála hypnability, forma C, je dostupná i v českém překladě (Hájek a Kratochvíl 1979).

Někdy může být užitečné zeptat se, jak hypnotizovaný sám hodnotí hloubku svého stavu, i když této informaci nepřipisujeme příliš velký význam. Subjektu většinou chybí jasná kritéria pro posouzení.

Občas vás požádám, abyste označil hloubku své hypnózy na desetibodové škále, kde číslice nula znamená zcela bdělý, nehypnotický stav, číslice pět střední hypnózu a číslice deset nejhlubší hypnózu. Jak jste nyní hluboko?

3. Hloubka hypnózy a léčebný účinek

Vztah hloubky hypnózy k léčebnému účinku zůstává zatím do jisté míry sporný. Někteří autoři uvádějí na základě rozsáhlých klinických zkušeností, že hloubka hypnózy, resp. hypnabilita, není pro účinnost hypnoterapie důležitá. Léčebné sugesce mohou být účinné v hluboké i lehké hypnóze (Gill a Brenmanová 1959, Crasilneck a Hall 1975). Jiní autoři poukazují na značný význam hloubky hypnózy pro terapeutický efekt. Cedercreutz aj. (1976) zjistili při léčení 248 pacientů s bolestmi hlavy a závratěmi po úrazech hlavy závislost léčebného účinku na hloubce hypnózy. Collison (1978) zjistil podobnou závislost u 121

pacientů léčených pro bronchiální astma. Klinická data sovětských autorů (Bul 1974, Varšavskij 1973) také svědčí ve prospěch předpokladu o podstatně větší účinnosti hluboké hypnózy.

Wadden a Anderton (1982) v přehledové stati uvádějí, že publikované práce potvrzují význam hypnability pro terapeutický efekt u bolestí, bradavic a bronchiálního astmatu. Jsou to obtíže nebo onemocnění týkající se převážně *pocitování, vnímání či prožívání a fyziologických reakcí neovladatelných vůlí*. Význam hypnability zatím nebyl přesvědčivě potvrzen při léčení obtíží v oblasti *chování, které je ovlivnitelné vůlí*, jako je závislost na alkoholu, kouření a obezita. Práci, které by tyto otázky systematicky sledovaly, je zatím málo a ani ty vesměs nemají uspokojivou metodologii. Proto se opakovaně ozývá požadavek na spolehlivé standardní měření hypnability, resp. hloubky hypnózy pacientů, kteří se podrobují hypnoterapii (Frankel aj. 1979, 1982; Hilgard 1982).

I u obtíží, u nichž účinnost hypnoterapie na hloubce hypnózy významně závisí, se setkáváme s případy, že léčba hluboce hypnabilnímu pacientovi nepomáhá, a naopak pacientovi v lehké hypnóze pomůže. Nízká hypnabilita tedy nemusí být automaticky důvodem k odmítnutí hypnoterapie. Zadávání léčebných sugescí může i v takovém případě stát za pokus. Pacienti se někdy také mohou zlepšit vlivem „hypnotického postupu“ či „hypnotické situace“, i když se u nich skutečný „hypnotický stav“ vůbec nenavodí.

8. NÁCVIK SUGEROVÁNÍ A HYPNOTIZACE

V dosavadních kapitolách jsme vyložili vše, co je potřebné k navozování a posuzování hypnózy v klinické praxi. Tuto kapitulu zamýšlíme orientovat jako praktikum a diskusní seminář, následující po získání prvních zkušeností. Ve výcvikových kursech se při nácviku zadávání sugescí a provádění hypnotizace znovu a znovu setkáváme se stejnými opomenutími a neobratnostmi, které nás nutí k opakování pokynů, k nimž by se měl začínající hypnoterapeut v počátcích své praxe vracet. Tyto pokyny nemají platnost absolutní, většinu z nich lze za určitých okolností překročit.

U osob velmi hypnabilních a na hypnózu již nacvičených můžeme mít s hypnotizací úspěch i při „chybách“ v technice. Proto si hypnotizační techniku zdokonalujeme spíše na osobách málo hypnabilních, které nám pak mohou poskytovat užitečné informace, co jim v našem způsobu sugerování vadilo a co jim k dosažení pozitivních reakcí pomáhalo.

Pokyny, které uvádíme, vycházejí z přístupu spíše direktivnějšího, který by podle našeho mínění měl hypnoterapeut zvládnout, i když se později přikloní k méně direktivním technikám. Mnohé z těchto poky-

nů neplatí při ericksonovských technikách, o nichž jsme již uvedli, že je považujeme za „vyšší školu“ hypnoterapeutického umění pro vybrané obtížné případy; věnujeme se jim až v pokračovacích kurzech. Sugestivní postupy nacvičujeme zpočátku nejlépe na bdělých sugescích, pak na hypnotizačním postupu a nakonec na sugescích zadávaných po provedené hypnotizaci.

1. Pokyny pro formulování sugescí

1. *Podáme nejprve přesné úvodní instrukce, kam a jak se má pacient postavit či posadit a co má a nemá dělat. Nastavíme si ho do požadované polohy. Při hypnotizaci dbáme, aby měl pohodlně opřenou hlavu a neměl zkřížené nohy. Připravíme všechno napřed, než začneme.*

Úvodní manipulace, která předchází sugescím, strukturuje situaci, vymezuje role, připravuje ke specializovanému výkonu, podporuje jistotu, že terapeut ví, co dělá, a má dění pevně ve svých rukou. Není nutná, ale může vhodně připravit půdu pro účinnost následujících sugescí.

2. *Oznámíme, co se bude dít.*

3. *Tvrdíme, že se to začíná dít.*

4. *Tvrdíme, že se to děje.*

5. *Opakujeme toto tvrzení.*

6. *Opakujeme základní tvrzení v různých obměnách, rozvíjíme je.*

7. *Vracíme se opakovaně k původnímu tvrzení, které stručně vystihuje podstatu sugerované reakce.*

Znáznorněme nyní sled uvedený v bodech 2 až 7 na příkladu bdělé sugescie padání dozadu. Nejprve je třeba pacienta připravit na to, co se má dít a zatím se to ještě neděje, ponechat mu čas, aby se na to přeorientoval. Podáváme tedy první sugesci v budoucím čase: „Budete padat dozadu.“ Teprve poté, co tuto sugestivní informaci přijal a zpracoval, přecházíme k pozvolnému navozování reakce: „Začínáte padat dozadu.“ Pak již tvrdíme, že se to děje, „padáte dozadu“, a opakujeme to: „padáte dozadu . . . padáte dozadu . . . padáte dozadu . . .“. Nereaguje-li hned, toto tvrzení obměňujeme a rozvíjíme: „Táhne vás to dozadu, je to, jako by vás zepředu něco tlačilo, přitahuje vás to dozadu, objevuje se kolísání, vychyluje vás to víc a víc.“ Přitom se znovu a znovu vracíme ke stručnému, naléhavému „padáte dozadu“.

Podobně postupujeme při hypnotizační sugesci zavírání víček: „Víčka se budou zavírat . . . začínají se zavírat . . . zavírají se . . . zavírají se . . . táhne je to dolů, je v nich tíha, vše kolem se střídavě rozostřuje a rozmazává, oči slzí, víčka stále víc těžknou, zavírají se . . . zavírají se.“

8. *Podáváme tvrzení se sugestivní intonací, jistým hlasem a s přesvědčením o jejich uskutečnění.*

9. *Prizpůsobujeme sugesci pozorovaným reakcím pacienta.*

Objeví-li se např. při sugerování pádu dozadu výkyv dopředu, začleníme do sugescí i výkyvy dopředu: „Naklání vás to dopředu i dozadu.“ Sugerujeme tento spontánně se objevivší pohyb a vycházíme z něj při dalším sugerování pohybu dozadu. Podobně při sugesci zvedání ruky využijeme záchvěvu v některém prstu, abychom jej sugestivně podpořili a navázali na něj další sugesci zvedání ruky.

10. *Posilujeme i náznaky správného reagování pochvalou*, např. „ano, tak je to správné“.

11. *Stupňujeme naléhavost v hlase*, když pozorujeme, že se reakce začíná uskutečňovat.

Snažíme se využít příznivého momentu, kdy pacient cítí, že se něco děje, a sugestivně to podtrhujeme, zesílíme, zvýrazníme, jako když rozhoupáváme auto, uvízlé v závěji. Opadne-li příznivý moment, přejdeme na čas do pomalejšího monotónního přednesu a připravíme si půdu pro nové „zatlačení“.

12. *Odlisujeme sugesci od instrukcí změnou hlasu.*

Instrukce vyžadují od pacienta vědomou spolupráci, aby něco udělal nebo neudělal, aby si něco představoval apod. Nejsou sugescemi, které mají působit automaticky. Proto se vyslovují jako informace, žádosti nebo příkaz a nemají sugestivní intonaci, která patří jen sugescím. V následující ukázce jsou sugesci vyznačeny kurzívou.

Natáhněte ruku před sebe a *ruka nyní bude klesat, začíná klesat, klesá . . .*

Představte si, že padáte dozadu a *padáte dozadu . . .*

Sepněte ruce. *Nyní je nemůžete rozdělat.*

Oči se zavírají, zavírají . . . Nyní můžete zavřít oči. Zavřete oči.

13. *Zařazujeme krátké přestávky*, přičemž musí být jasné, že jsou to přestávky záměrné, které mají dát doznít vyslovené sugesci, a ne přestávky z rozpaků.

14. *Zvyšujeme účinek sugescí gesty a při zavřených očích dotykem.*

Gesta mají podtrhovat sugesci. Při sugerovaném pohybu mohou nanačovat žádoucí pohyb. Např. při sugesci „ruka klesá“ pohybuje terapeut vlastní rukou trhaně dolů. Při sugesci přitahování rukou dává vlastní ruce zevně od pacientových, a aniž by se ho dotýkal, pohybuje jimi tak, jako by pacientovy ruce k sobě tlačil. Při sugesci zavírání víček můžeme pohybovat vlastní rukou tak, jako bychom víčka pomáhali stahovat dolů.

Při zavřených očích např. napomůžeme pohybu ruky, která se má

zvedat, tím, že ji lehce nedzvedneme. Při sugesci, že ruka přitažená k rameni nepůjde dolů, ruku na chvíli energicky přitiskneme k rameni nebo se prsty dotkneme bicepsu. Na dotek je vhodné předem upozornit a začlenit jej do sugescí, např.: „Ruku nyní lehce nadzvednu, napomohu jejímu pohybu a ruka už v něm bude sama dál pokračovat.“ – „Dotknu se svalů a ten se tak stáhne, že ruku nepustí dolů.“

15. *Když se jedna sugesce nedaří, přejdeme k jiné.*

16. *Vždy zrušíme, co jsme sugerovali, i když se to neuskutečnilo.*

17. *Nepřekračujeme sugestibilitu daného jedince. Nedaří-li se lehčí sugesce, nepřistupujeme k těžší.*

18. *Přijmeme jako samozřejmý i smích a neočekávané reakce.* Nedáme najevo, že je něco v nepořádku, nic nevytýkáme, postupně reakce převádíme tam, kam je potřeba. Terapeut nesmí vypadnout z role, musí mít stále situaci v rukou.

19. *Oceníme úspěch,* který připisujeme pacientovým schopnostem, a pozitivně přijmeme i neúspěch, při němž oceníme pacientovu spolupráci.

20. *V následujícím rozhovoru si ověříme,* co v našem způsobu sugerování působilo na pacienta dobře a co mohlo působit rušivě. Při dalších sugescích nebo hypnotizaci podle toho upravíme svůj postup.

2. Zvládnutí neúspěšné hypnotizace

Lékaři a psychologové se bude pracovat s hypnózou dobře jen tehdy, nebude-li to pro něj znamenat ohrožení jeho prestiže. Technika sugerování a hypnotizování vyžaduje, aby na počátku tvrdil, že pacient něco cítí, co ještě cítit nemůže, a že se děje něco, co se možná vůbec dít nebude. Může mít nepříjemný pocit, že riskuje, a obávat se neúspěchu. Takovým obavám, které by vedly k vyhýbání se hypnoterapií, je možno čelit správným postojem a nácvikem zvládnutí situací, při nichž se sugesce neuskutečnily.

1. Mějme na paměti, že lidé mají různou hypnabilitu a že, když se sugesce neuskuteční a hypnóza nenastoupí, není třeba předpokládat ani selhání terapeuta, ani nespolečnosti nebo odpor pacienta, nic, co by někdo musel „zavinit“. Můžeme zcela pravdivě říci, že jsme zkusili, jak je pacient k sugescím a hypnóze vnímavý.

2. Skončením hypnotizačního pokusu neskončila naše terapeutická interakce. Stále máme režii ve svých rukou a pacienta vedeme.

3. Na skončení neúspěšné sugescie nebo pokusu o navození hypnózy navážeme ihned rozhovor, ve kterém se ptáme, co a jak pacient pocíval a co mu případně bránilo v soustředění nebo poddání se sugescím.

Jak jste to pocíval? Jak to na vás působilo? Vadilo vám něco? Nemohl jste se soustředit? Máte dojem, že by mohlo něco napomoci vašemu poddání se sugescím?

4. Pokud nepovažujeme užití hypnózy v daném případě za zvlášť důležité, pochválíme pacienta za spolupráci a komentujeme stručně neúspěch jako pravděpodobný důsledek menší hypnability.

Lidé se v reagování na sugescie a ve schopnosti ponořit se do hypnózy liší. Na někoho působí silně, na jiného slabě. Využití hypnózy je závislé na tom, jak se do ní člověk dovede ponořit. U vás to zatím moc nešlo, i když jste dobře spolupracoval. Bude zřejmě vhodnější použít jiného léčebného postupu.

5. Pokud považujeme užití hypnózy za zvlášť důležité, uvedeme, že slabé reagování bývá při prvním pokusu časté a účinek se pravidelně zvyšuje v dalším sezení.

Při prvním pokusu se často schopnosti člověka poddat se hypnóze neprojeví v plném rozsahu. Může se nepříznivě uplatňovat nedostatečná soustředěnost, obava z něčeho neznámého nebo i příliš křečovitá snaha hypnóze napomáhat. V dalším sezení, když už víte, jak postup probíhá, budou vytvořeny vhodnější podmínky.

6. Navrhujeme, aby se pacient pokusil lépe připravit pro další sezení tím, že bude doma provádět relaxační cvičení, k němuž mu poskytneme návod.

7. Využijeme i lehké hypnózy nebo navozené relaxace k zadání obecných terapeutických sugescí s příjemným ukončením pokusu.

8. Nedaří-li se navození hypnózy ani v dalších sezeních, doporučíme místo hypnózy nácvik autogenního tréninku.

Zdůrazněme ještě, že i když v samotných sugescích máme používat sugestivního, naléhavého tónu, v následující exploraci už máme být strážlivě věcní a nemáme se snažit zpětně přesvědčovat o pocitech a reakcích, které nenastaly. Pacient se pak může cítit zavázán udělat nám za naši námahu radost a připouštět pocity, které neměl. Tím se celý vztah posouvá do nesprávné roviny. Dáme najevo, že nám záleží na pravdivé informaci, a přijímáme stejně samozřejmě právu, že sugero-

vané reakce nenastaly, jako zprávu o plném úspěchu. K dobré atmosféře při ukončení pokusu přispěje, když pacienta pochválíme jak za správné chování při hypnotizaci, tak za následující výstižné zformulování pocitů.

3. Poznatky z nácviku hypnotizace

Při sugerování různých scén a využívání různých přirovnání je třeba brát v úvahu, že některým osobám mohou být některé zážitky nepříjemné.

Frekventantka L. B. uvedla o průběhu hypnózy, kterou u ní navozoval její kolega: „Posadil mne do vlaku, který nesnáším, a vsugeroval mi grotesku, kterou přímo nenávidím.“ U některých jiných osob bychom podobně mohli pokračovat. Vsugeroval mi psa, kterého se bojím, ptáka, od kterého bych mohl chytit ornitózu, veverku, která jistě měla blechy, jablko, které nemám rád, jízdu v lodce, když neumím plavat a mohl bych se utopit, hru na písku, který mi děti naházely do očí, a druhou třídu, na kterou mám ty nejhorší vzpomínky. I když jsou takové námitky řídké, je přece jen vhodnější, když hypnotické prožitky jsou v souladu s tím, co je danému subjektu příjemné. Můžeme se ho také předem zeptat, co pěkného by chtěl v hypnóze prožít. Ve stanfordské laboratoři jsme dávali hypnabilním osobám na závěr sezení prožít „za odměnu“ nějakou příjemnou scénu podle jejich vlastního výběru.

Opakované sugestivní zdůraňování, že subjekt bude prožívat sugerovanou situaci jako uspokojivá a příjemnou, někdy stačí k tomu, aby vymizel její nepříjemný citový přízvuk, související s minulými zážitky nebo osobními idiosynkrazii. To je také podstatou hypnotické desenzibilizace při fobiích.

Po uspávací hypnotizaci může unavený subjekt též usnout normálním spánkem.

Spánek není hypnóza. Když subjekt usne, přestane reagovat na sugesci a po probuzení ze spánku se hypnóza obvykle zruší, leda že by byl subjekt předem naprogramován, že i po skončení spánku zůstane v hypnóze a nevrátí se z ní do bdělého stavu bez přímého příkazu hypnotizéra. I z normálního spánku však můžeme subjekt bez náhlého probuzení postupně dostat zpět do hypnotického reportu, použijeme-li zpočátku velmi tichých sugescí, v nichž opakujeme, že bude dít „spát“ a přitom bude opět reagovat na naše slova. Nato vyzkoušíme nějakou jednoduchou pohybovou sugesci, např. zvedání ruky, nebo sugerujeme příjemný sen.

K tomu, aby subjekt začal plně reagovat na hypnotické sugesci, musí se z hlubšího fyziologického spánku, definovaného elektroencefalograficky stadii 2, 3, 4 a 1 REM, přenést do encefalograficky definovaného bdění, ať už aktivního nebo relaxovaného, s převahou aktivity alfa. Jen v REM-stadiu fyziologického spánku je v omezené míře možné, aby subjekt přijímal informace z vnějšího světa a reagoval na jednoduché sugesci beze změny záznamu (Cooper a Hoskovec 1972, Evans 1979, Kratochvíl a Macdonald 1972).

Když po hypnotizovaném málo požadujeme, také od něj málo dostaneme.

Jedna z frekventantek hypnotizovala naši zdravotní sestru, která projevila zájem o vyzkoušení hypnózy na sobě. Zadávala jí velmi pomalu a opatrně pouze sugescce tíhy a jednoduchých pohybů. Pak ji bez amnézie probudila a uzavírala, že je jen lehce hypnabilní. Po ní převzala navozování hypnózy jiná, pilnější a aktivnější frekventantka, která požadovala aktivní chování s otevřenými očima, sugerovala věkovou regresi a další scény. Sestra reagovala jako vynikající somnambulní subjekt. Na průběh měla plnou amnézii.

Chceme-li skutečně zjistit, jaké jsou meze hypnability našeho subjektu, musíme pro to vytvořit podmínky a musíme mu zkusit složitější hypnotické jevy přesvědčivě sugerovat. Zdá-li se nám v prvním sezení reaktivita nízká, není třeba se tím spokojit jako s definitivní hranicí jeho hypnotické kapacity a je možno zkusit v dalším pokusu nebo dalším sezení požadovat víc.

Kromě zrakové fixace mohou napomoci navozování hypnózy i monotónní zvukové podněty a „magnetizérské“ pasy.

Těchto postupů v kursech nepoužíváme, ale nezřídka se na ně účastníci ptají.

Monotónní akustické podněty mohou být vhodnou pomůckou k podporování ospalosti a k překrytí venkovních rušivých zvuků. Využívá se šumotu ventilátoru, monotónního krycího zvuku tónového generátoru, pomalého tukaní metronomu anebo zvukové kulisy pouštěné z magnetofonu, která může obsahovat tichou uspávací hudbu, šumění moře, bubnování dešťových kapek nebo jednotvárný zvuk jedoucího vlaku.

Pasy jsou opakované pomalé pohyby rukama shora dolů nad pacientem, buď jen nad jeho obličejem, nebo nad horní polovinou těla, nebo od hlavy až k patám (viz Horvai 1959). Jejich užití vycházelo z mesmerovských představ o vlivu magnetismu, který vyzařuje z rukou a způsobuje „magnetický“ spánek. Někteří modernější autoři vysvětlovali jejich účinek termickými podněty. Hlavně však se zde asi uplatňuje jejich magická složka, která u pacientů očekávajících magickou formu léčby a věřících v ni může působit hypnotizačně i léčebně. Pracovník zdravotnického zařízení ovšem může těžko přijmout roli mága, pracujícího s podivnými silami. Je třeba zvážit přínosy i rizika, vyhovíme-li takovým očekáváním pacientů. Rovněž musíme vzít v úvahu možný eroti-zační prvek v tomto postupu.

9. HYPNOTIZACE DĚTÍ

O hypnotizaci dětí je třeba pojednat zvlášť, protože ve srovnání s průběhem hypnotizace dospělých zde mohou být značné odlišnosti. Poukážeme na ně, zmíníme se o tom, jak se řeší ve stanfordské hypnotické škále pro děti, a uvedeme podrobnější ukázky fantazijních technik určených speciálně pro děti.

1. Zvláštnosti dětské hypnózy

Toho, kdo je zvyklý pracovat s hypnózou u dospělých, uvádí zpočátku hypnotizace dětí do rozpaků. Je to především proto, že hypnotický stav není od nehypnotického stavu zřetelně časově oddělen a také od něj není v chování dítěte přesně rozlišitelný. Hypnóza u dětí je spíše něco jako soustředění pozornosti na určené zážitky do té míry, že je dítě prožívá velmi živě a jako skutečnost, i když vyplývají z hypnotizérova vyprávění a z podněcované fantazie. Tuto schopnost mají děti značnou a v tomto smyslu lze o nich mluvit jako o značně hypnabilních. Rozdíl mezi fantazií a skutečností se u nich snadno setře; tomu, co vyplývá z fantazie, jsou schopny lehce uvěřit a dokáží se hluboko ponořit do takových zážitků. Na druhé straně však jejich pozornost není dostatečně stálá. Je kolísavá a snadno odklonitelná, a proto se setkáme s tím, že dítě se chvíli chová jako u hluboké hypnóze a pak náhle, bez jakéhokoliv přechodu, začne reagovat, jako by již v hypnóze nebylo, což může hypnoterapeuta snadno zmást. Pod jeho vlídným vedením se však může bezprostředně nato do zážitků znovu plně pohroužit, aniž je třeba nějaké nové hypnotizace. Právě to máme na mysli, když se zmiňujeme o malé stabilitě hypnotického stavu u dětí, o jeho nedostatečném ohraničení od běžného bdění. Pokud hypnoterapeut s touto skutečností počítá a nenechá se vyvést z míry, když s ním „hypnotizované“ dítě najednou začne hovořit zcela normálně a ptát se na věci, které se zadanými sugescemi vůbec nesouvisejí, může pokračovat dál s hypnózou, jako by se nic nestalo. Musí počítat s tím, že hypnóza u dítěte může být přerušovaná.

Na rozdíl od hypnotizace dospělých, kde hypnotizovaný má mlčet a naslouchat, probíhá hypnotizace u dětí nezřídka jako *plynulá konverze* mezi hypnotizérem a dítětem. Dítě vyjadřuje svoje pocity a nápady, hypnotizér se ptá i dává podněty pro rozvíjení zážitků dítěte podle toho, o čem dítě právě povídá.

Co všechno tedy ovlivňuje reaktivitu dětí v hypnotickém kontextu? Děti mají živou představivost a snadno se u nich stírá hranice mezi představou a skutečností, snadno se přesunují ze skutečnosti do fanta-

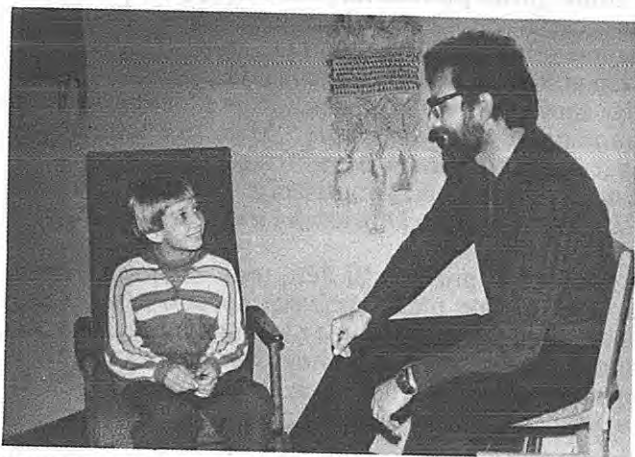
zie a zpět. Jsou značně sugestibilní. Jejich pozornost je snadno odklonitelná. Snadno se znudí, proto pomalé navozování hypnózy s monotónním relaxováním a uspáváním je pro ně málo přitažlivé. Chtějí spíše, aby se jim něco vyprávělo, něco, co je zaujme a podnítl k prožívání. Proto nabízíme dětem představy a podněcujeme jejich aktivní účast na jejich dotváření. Děti zpravidla nerady zavírají oči, a pokud je zavrou, mají tendenci je spontánně opakovaně otvírat. Mají také tendenci se spontánně pohybovat a mluvit během hypnotizace i hypnózy. Terapeut je pro dítě sice autoritou, ale při hypnotizaci je vhodnější, když dítě vede laskavou, přátelskou formou. Dítě je také třeba za každý úspěch hned pochválit.

Cesta do hypnózy, zejména pro mladší děti, tedy většinou nevede přes uspávání a zavírání očí, ale přes vyprávění něčeho zajímavého. Kdy začíná vlastní hypnóza a kdy je to pouze naslouchání zajímavému vyprávění nebo hra na „jakoby“, to je mnohdy těžké odlišit. Proto se v kursech hypnózy po zdařilých demonstracích hypnotizace dětí * opakovaně setkáváme v diskusi s rozpaky a otázkami, zda to „skutečně byla hypnóza“.

Chlapec nebo děvče se posadí do křesla, avšak nenásleduje výklad, co je hypnóza, ani tradiční formální hypnotizace, nýbrž delší povídání o zájmech dítěte, jeho prostředí, oblíbených hračkách a hrách, oblíbených zvířatech, činnostech. To pokračuje, až si z toho hypnotizér vybere něco, co by u daného dítěte mohlo být vhodné jako téma k prožitku – něco, co má dítě rádo, co by je upoutalo, u čeho by ve svých představách pod hypnotizérovým vedením ochotně setrvalo. Může to být hra s oblíbeným zvířetem (např. psem), oblíbená činnost, ať už skutečně prováděná nebo taková, po níž by malý pacient toužil (např. u chlapce jízda na kole, na koni, řízení auta nebo letadla, u dívky hry s panenkami, hry na prodavačky, na kuchařky, pohádkové příběhy aj.). A pak začne hypnotizér na zvolené téma s dítětem hovořit, dále se ho vyzptává na podrobnosti a současně mu nabízí, aby si takovou situaci představilo, *jako by se děla tady a nyní*. Povzbuzuje dítě, aby ji víc a živěji prožívalo, *hraje si s ním na takovou situaci*, spolu s dítětem o ní hovoří jako o *probíhající skutečnosti*. Snaží se, aby ji dítě podle svých přání a zkušeností dotvářelo a aby ji nejen pozorovalo, ale aby *vstoupilo do děje* – dostávalo se do přímé interakce s představovanými či halucinovanými předměty, zvířaty či osobami a účastnilo se příslušné činnosti. Když se to daří, pokračuje se, dokud je to pro dítě zajímavé, případně se ještě vyzkouší nějaká další situace. A pak se hypnotizér s dítětem zase plynule

* Obvykle je instruktivně provádějí u pacientů vybraných z dětského oddělení K. Balcar a J. Kašparů. Balcar výstižně charakterizuje zvláštnosti hypnózy u dětí v nové monografii „Dětská psychoterapie“ (Langmeier, Balcar a Špitz 1989).

vrátí do běžné reality a dotazuje se ho na jeho zážitky z proběhlého výletu do říše představ.



Obr. 9. Hypnotizace dítěte. Úvodní rozhovor se zjišťováním zájmů, přecházející v hypnotizaci s otevřenými očima (K. Balcar)

2. Stanfordská hypnotická škála pro děti

Morganová a Hilgardová (1979) vytvořily podle vzoru stanfordských škál pro dospělé Stanfordskou klinickou hypnotickou škálu pro děti* od čtyř do 16 let. Ve škále se zpočátku využívalo k hypnotizaci pouze uspávací techniky se zavíráním očí, která je upravena podle techniky pro dospělé (viz str. 20). Autorky však při práci s touto škálou zjistily, že některé děti, zejména mladší, po provedení této techniky selhávají v položkách škály, zatímco po imaginační technice jsou schopny reagovat. Proto ponechaly původní hypnotizační text pro věk 6-16 let a pro děti od čtyř do osmi let vypracovaly novou flexibilní hypnotizační techniku, vycházející z představivosti. Škály se ve věkovém určení zčásti překrývají. Pro 6-8 let je možno použít obojí formy, podle toho, co dítěti lépe vyhovuje. Techniku pro mladší děti se doporučuje užít ještě i u

* Předchůdcem této krátké klinické škály je dlouhá standardní „Škála dětské hypnability“ o 22 položkách, vytvořená P. Londonem (1963) ve dvou verzích, pro děti od 5 do 12 let a pro děti od 13 do 16 let. Tato škála byla v Praze přeložena k výzkumným účelům L. Slabou a nakladatelství Psychodiagnostické a didaktické testy zvažuje možnost jejího českého vydání. Hypnotizační postup je verbálně-fixační a uspávací, s fixací kružičkého kyvadélka, které dítě drží v ruce.

starších tam, kde dělá potíže relaxace nebo kde je dítěti nepříjemné zavřít oči. Uvádíme imaginační hypnotizační techniku z této škály. (Text jsme volně upravili tak, aby byl bližší našemu způsobu vyjadřování při hovoru s dětmi.) Nepožaduje se při ní zavření očí vůbec, anebo se dítěti ponechává volba: „Některé děti si dovedou lépe představovat, když mají zavřené oči. Chceš-li, můžeš zavřít oči, ale můžeš je také nechat otevřené, jestli chceš.“

Chci ti ukázat, jak se může využít představ k tomu, aby člověk mohl dělat a pociťovat různé věci. Víš, co jsou to představy? To je jako vymýšlet si různé věci, třeba jako by neživé věci oživily, nebo se proměnily, nebo jako bys byl někde jinde než teď, nebo bys byl někým jiným, než jsi.

Když si můžeš dělat, co chceš, tak co děláš? Co děláš nejraději? (Ptáme se např. na plavání, hry doma nebo na hřišti, na výlety. Následující ukázka využívá představ z výletu.) Dobrá, udělejme to teď hned. Jsi na výletě, máš už hlad a v batohu máš něco k jídlu. Jaký máš batoh? Jak je velký? Roztáhneme si teď na zem utěrku a ty na ni z batohu vyložíš věci k jídlu. Říkej mi, co všechno vytahuješ. Dobrá. Co máš v batohu ještě? (Pokračujeme, až se vytvoří přesvědčivé představy, nebo až se ukáže, že dítě vůbec není schopno se do představ pohroužit.)

Pokud byl předchozí postup úspěšný, následuje testování hypnotické reaktivity pěti položkami, které zahrnují 1. klesání zvednuté ruky, 2. ztuhlost ruky, 3. a 4. halucinaci televizního nebo filmového programu (skóruje se, zda dítě vidí obraz a slyší zvuk), 5. sen a 6. věkovou regresí do věku mladšího, než je věk současný.

Protože zde nebylo uspávání, není třeba ani probuzení. Stačí ukončit sugescí např. slovy: „Dobrá, velmi dobře ti to šlo. Co se ti z toho všeho



Obr. 10. Hypnóza dítěte se zavřenými očima, zkouška přitažení a ztuhlosti rukou

nejvíc líbilo? Chtěl bys ještě o něčem hovořit? Jestli ne, tak jsme pro dnešek skončili.“

I v uspávací technice této škály pro starší děti se na počátku mluví o zkoušení představitivosti. Před vlastním „uspáváním“ žádá hypnoterapeut dítě, aby si zkusilo představit, že plave v bazénu v příjemně teplé vodě a že se vznáší ve vzduchu na pěkném, měkkém obláčku. Potom následuje relaxační postup se zavíráním očí a po něm analogické testování. Navíc se přidává posthypnotická sugesce a závěrem hypnotizér dítě probouzí počítáním od pěti do jedné.

3. Ukázky dětských fantazijních technik

Uvedeme nyní podrobněji příklady témat, která lze nejčastěji s dětmi rozvíjet při navozování hypnózy v klinické praxi. Četné z nich dobře shrnul Gardnerová a Olnessová (1981) v monografii o dětské hypnóze.

Televizor a kino

Většina autorů, kteří pracují s dětmi, má dobré zkušenosti s využíváním představy televizní obrazovky s oblíbeným televizním programem. Jiní doporučují sledování filmu v kině.

Budeš vidět u zdi můj magický televizor, který vypadá stejně jako televizor, co máte doma. Zapneš ho. Je přímo před tebou. Program začíná, díváš se na něj (La Scola v knize Cheek a LeCron 1968).

Představ si televizní obrazovku. Nyní na ní bude probíhat tvůj oblíbený televizní program, obrázky se budou objevovat na obrazovce (Ambrose a Newbold 1980).

Rekl jsi mi, že se rád díváš na televizi a máš rád program s . . . Představ si, že sedíš u televizoru a čekáš na tento program. Kde je televizor? Dobrá. Zapni televizor a pohodlně se posaď. Program začne. Až ho budeš vidět a slyšet, tak mi dej vědět zvednutím prstu. Dobrá, nyní se dál dívej (Gardnerová a Olnessová 1981).

Nyní se ti před očima něco míhá, nějaké světlo. Podívej se dobře, co to je. Je to bílé plátno. Jsi v kině a díváš se na bílé plátno. Kolem jsou lidé, šumí to tam, všichni jsou zvědaví na film. Pusinka se ti samou zvědavostí otevírá, ani zavřít nejde . . . A na plátně už začíná běžet veselý film, všichni kolem se smějí . . . (Kaiser 1977, se zaměřením na využití ve stomatologii).

Oblíbené místo

Mysli na své oblíbené místo, kde rád pobýváš. Možná, že si to lépe představíš, když zavřeš oči, ale můžeš je také nechat otevřené, jak dlouho budeš chtít. (Vhodné je, když se dítě na taková jeho oblíbená místa napřed vyptáme – a pak mu můžeme sugerovat už i příslušné podrobnosti.) Dívej se kolem, poslouchej zvuky. Prožívej si to. Až budeš mít pocit, že už jsi skutečně tam, tak mi dej vědět zvednutím prstu.

Oblíbené zvíře

Máš rád zvířata? Které nejraději? (Psa.) Jakého psa by sis přál vidět? Představ si, že teď sedíš s takovým psíčkem a hladíš ho. Cítíš jeho srst, vidíš jeho barvu. Pěkně ho pohlad. Můžeš k němu promluvit. A teď si představ, že se mu barva srsti změnila, že vypadá zase jinak. Uděláme z něj zase jiného psa a uvidíme, který se ti bude víc líbit. Jak teď vypadá?

Květinová zahrada

Říkala jsi, že máš ráda květiny. Tak si teď představ, že jsi v květinové zahradě, kde jsou všechny květiny, které máš ráda. Dívej se na jejich barvy. Čichni si ke květům. Můžeš pohladit jejich lístečky. Můžeš si utrhnout, které chceš, a přinést si domů nebo je někomu dát, komu tím uděláš radost.

Sportovní činnost

Říkal jsi, že rád hraješ fotbal. Představ si, že teď hraješ se svými kamarády fotbal a vyhráváte. Dobře se ti hraje, podlíš se na tom, že vyhráváte. Rychle běháš, kopeš do míče, přihráváš. A už zase máš míč zpět. Dej pozor, ať ti ho neseberou . . .

Jízda na kole, v autě a na koni

Představ si, že pojeděš na koni. Vylezeš si na něj, tak, dobrá, a teď už na něm sedíš a pobídneš ho, aby šel. Půjde s tebou takovou rychlostí, jakou si budeš přát, podfídí se tvému vedení. Máš z toho radost, líbí se ti to. Budeš-li chtít, můžeš ho pobídnout ke cvalu. Až budeš chtít, tak mu přitáhni uzdu a zpomalíš jeho krok. Najdi si pěkné místo, kde sesedneš a kde si oba odpočinete . . .

Jízdu na koni a na kole demonstroval u dvou 8–10letých chlapců z dětského oddělení K. Balcar účastníkům kurzu hypnózy (1986). Chlapec, který jel na koni, i chlapec, který si vybral jízdu na kole, naznačovali své prožitky i ve způsobu sezení a pohybech (držení uzdy nebo řídítek, natřásání se v rytmu jízdy) a slovně potvrzovali a pochvalovali si své zážitky. Hypnoterapeut zařadil přímo do těchto prožitků terapeutické sugesce klidu, odvahy i rozvážnosti, dobré tělesné kondice aj., s ohledem na potíže a problémy, pro které se chlapci léčili.

Kaiser (1977) popsal variantu jízdy na koni, které využívá při stomatologických zákrocích k odpoutání pozornosti a při níž celou jízdu a s ní spojené dobrodružné příhody výrazněji strukturuje. Pacienta představami direktivně vede.

Představ si, že jedeš na koni. Můžeš zavřít oči a představit si, že jedeš na koni. Před tvými očima se pohybuje koňská hlava se vztyčenými ušima. Rytmicky se pohupuješ, nahoru, dolů, nahoru, dolů. Rytmický dusot koní. Jsi jezdec na koni, volně klušete krajinou, tu krajinu dobře znáš z dobrodružných filmů. Budu ti vyprávět příběh, ve kterém budeš hlavní postavou a budeš se rozhodovat, co je třeba udělat. Můžeš otevřít ústa. Jsi

hlavní zvěd, jedeš s důležitou zprávou do pevnosti přes území obsazené nepřátelskými Indiány. Hlava koně před tvýma očima rytmicky poskakuje, krajina kolem ubíhá jako ve filmu, kolem uší ti sviští vítr. Před tebou vede stará koňská stopa. Přijíždíš k brodu přes řeku. V blátivé půdě je mnoho stop kopyt. Jsou to neokovaní koně indiánští nebo okovaní vojenští? Vypláchni si. (Odpověď: Bez podkov.) Stopy bez podkov nejsou staré. Pravděpodobně zde došlo k přepadení. Máš za úkol doručit důležitou zprávu, ale možná tu někde přepadli tvého kamaráda. Záleží jen na tobě, jak se rozhodneš. Pojedeš dál, nebo se ho pokusíš najít? Vypláchni si. (Odpověď: Podívám se po něm.) Dobře. Otevři si. Jedeš podél břehu po stopách koní. Blížíš se k táboru Indiánů. . . atd. (Opakovaně se nazývají situace, kdy se pacient musí rozhodovat a angažovat se v ději.)

Let do vesmíru

Dobře promyšlenou hypnotizační a hypnoterapeutickou technikou pro chlapce je technika „letu v kosmické lodi“, kterou publikoval Schürer (1972). Používá většiny prvků ze zkoušek sugestibility a z běžné hypnotizace (fixace, uvolnění, tíha, teplo), ale všechny zajímavě a přitažlivě motivuje kosmickým letem. Zároveň se do tohoto tématu vsunují sugesce léčebné a výchovné – motivované potřebou získat vlastní důležité pro kosmonauta.

„Chtěl bys někdy letět v raketě do vesmíru? Nebo aspoň poznat něco z toho, co musí umět letec?“ Když chlapec souhlasí, pokračujeme: „Tak si teď vyzkoušíme, zda i ty bys byl dobrým letcem.“ Nyní můžeme zadávat zkoušky sugestibility a zdůvodňujeme je potřebou pro letce. Při zkoušce padání dozadu např. uvedeme: „Letec musí mít cit pro zemskou přitažlivost.“

Hypnózu pak navozujeme představou startu kosmické lodi: „Pilot musí především dávat pozor na znamení ke startu, a to soustředěným pohledem na malé světélko v řídicím aparátu, aby ihned zaznamenal změny ve světelném signálu; musí se tedy upřeně dívat na určený lesklý předmět. Přitom se musí dokonale uvolnit, aby mu start neublížil zvýšeným tlakem.“

„Nyní se již začne stroj ponenáhlu zahřívát – to se pocítí nejprve v prstech, které volně spočívají na opěradle křesla, pak v rukou, potom v celých pažích, pak v nohou, které jsou ozařovány teplometem, a nakonec v celém těle. Raketa se pomalu zvedá – nastává pocit tíže v rukou a v nohou.“

„Start vyžaduje co největší pozornost pilota, ale po startu si letec může odpočinout – po dobrém výkonu si dokonce musí odpočinout, aby načerpal nové síly. Kosmonaut musí umět odpočívat i za letu na dlouhých cestách – umí si zdímnout ve svém křesle i za dne a musí se naučit i hluboce usínat a spát, aby si opravdu a důkladně odpočinul.“ Chválíme chlapce za dosavadní dobrý výkon při současné kontrole hloubky relaxace – dotazem, zda a kde všude pocítuje teplo a tíži. Když se tedy dosud tak dobře soustředil, může nyní již zavřít oči a odpočívat po tomto výkonu. Během dalšího prohlubování relaxace opět pochválíme chlapce-pilota za dobrý výkon; ujistíme ho o tom, že by mohl být dobrým letcem-kosmonautem a že prokázal i jiné schopnosti – uměl se uklidnit, a tím se naučil získávat sílu vůle. Když se umí uklidňovat, stane se odolným k rozčilení, postupně

se naučí zůstat klidný i v každodenním životě a časem se nedá ničím rozčlít a nic ho nevyvede z rovnováhy. Svou schopností uklidnit se a splnit obtížné letecké zkoušky dokázal, že nemá důvodů k pocitům nejistoty nebo úzkosti; i když se mu třeba někdy něco nepovede nebo něco se ještě nezdaří tak dokonale, jak by si přál. Později se mu to bude dařit stále lépe. Nezdaří se dají napravit, nemusí se jim přikládat nadměrný význam apod.

Nakonec přivoláme opět představu letící kosmické lodi a připravíme chlapce-pilota na probuzení – přistání, které bude hladké a příjemné. Ujistíme našeho letce, že se pak bude cítit osvěžený a posílněný jako po dobrém výkonu a po zdravém odpočinku. Postup zakončíme instrukcí: „Až napočítám do tří, přistaneme a ty se úplně probereš. Už pomalu přistáváme – jedna – už dosedáme na zem – dva – a už jsme přistáli – tři – už jsi úplně vzhůru. Je ti hezky a příjemně, cítíš se osvěžen a posílněn. Bylo to pěkné, vid?“

Ještě se tento postup u dítěte osvědčuje, můžeme pak při opakovaných sezeních hovořit přímo o létání: „Poletíme zase do vesmíru?“

4. „Hypnóza“ u dětí do čtyř let

U zcela malých dětí je doporučovanou technikou hypnotizace prosté uspávání, ukolébávání dítěte do relaxace a spánku buď přímo, anebo nepřímo, pomocí oblíbené hračky. Navozený stav nemá ještě charakter specifické změny vědomí, výrazně zvýšené sugestibility s reagováním na zadávané slovní sugesce a selektivního raportu. Je tedy problematické nazývat jej hypnózou v tom smyslu, jak hypnózu definujeme u dospělých. Nicméně zde může dojít k určitému uklidnění, bezprostřednímu a snad i trvalejšímu, což může mít léčebný účinek u některých neklidných dětí. Také to může usnadnit potřebné nepříjemné lékařské zákroky.

Uspávání u malých dětí se provádí obvykle za přítomnosti matky, která buď dítě drží na klíně, nebo je položí a sedne si k němu, anebo je aspoň někde v blízkosti, aby v ní dítě mělo oporu. Matku ovšem požádáme, ať do hypnotizační techniky nemluví, ať dítě při nepozornosti nebo „zlomení“ nenapomíná a jen sleduje postup.

Protože dítě by se mohlo bát usínat v neznámém prostředí, je výhodné začínat hrou – uspáváním nějaké dítěti příjemné hračky, kterou si buď přinese s sebou, nebo kterou mu nabídneme.

Umi medvídek spinkat? Ukaž, jak ho dávaš spinkat. Zdá se mi, že medvídek ještě nechce spinkat, budeme ho muset pomaloučku uspávat. Ano, už bude pěkně usínat. Podívej, jak se mu to líbí. Už pěkně leží, spinká, odpočívá. Ty umíš také tak pěkně spinkat, jako ten medvídek? Ukaž, zkusíme to. Chvilíčku se dívej a za chvilíčku budeš ospalý, začnou se ti zavírat očička. Už se ti zavírají, tak, pěkně . . . chce se ti spát. Budeš spinkat zároveň s medvídkem a potom se zase spolu zároveň probudíte.

Kaiser (1977) propracoval některé techniky se zaměřením na využití

ve stomatologii u dětí, které se nechtějí nechat ošetřit nebo nechtějí otevřít ústa. Začleňuje příslušné sugesce do uspávacího postupu.

Na sluníčku se vyhřívá kočička. Zavří si také očička, opří se o maminku a uvidíš tu kočičku. Leží si na sluníčku, vyhřívá se, sluníčko jí hřeje do kožíšku, chloupky se jí ježí. Sluníčko jí hřeje, kočička se spokojeně protahuje a vrtí ocáskem. Podívej se: ze strany na stranu, ze strany na stranu, stále pomaleji a pomaleji, ze strany na stranu, pomalu, už se hýbá jen špička ocásku, i ta se zastavuje, kočička usíná, kočička spí, i ty spíš, otvíráš pusinku jako kočička, když zívá. Kočička spí a oddechuje, ani chloupek se jí nehne.

5. Závěrečné poznámky

Shrňme závěrem některé poznatky, zejména s ohledem na hypnotizační techniky a věk dítěte. U dětí do čtyř až pěti let je pojem hypnózy pro navozený stav sporný. Jedná se většinou spíše o uklidnění, ukolébání či uspání, které může mít i celkově kladný, uklidňující vliv. Od čtyř až pěti let se charakter účinné hypnotizace mění. Nejvhodnější bývá použití různých představ, vycházejících z dosavadních zájmů a zkušeností dítěte, do nichž malého pacienta ve vlídném rozhovoru vedeme. Zpočátku mají ráz fantazijní hry „jako by“. Postupně se stávají živějšími a reálnějšími, malý pacient se aktivně zapojuje do děje. Tyto postupy převládají zejména u dětí mezi 5 a 8 lety, ale udržují si důležitý význam až do 14 let.

U části dětí lze také využít motorických a uspávacích sugescí, jejichž význam později, po osmém roce, stoupá. Jsou to techniky, které jsme popsali u dospělých. Je třeba v nich pouze provést příslušné formulační úpravy, aby byly přiměřené pro věk daného dítěte.

Gardnerová a Olnessová (1981) popisují sugesce přitahování předpažených rukou, zvedání ruky, klesání ruky a ztuhnutí („jako když se člověk změní ve strom, který je svými kořeny pevně vrostlý do země“ nebo zůstává nehnutě v nastavené pozici „jako socha“). Při relaxaci se používá přirovnání k hadrové panence. Dítě může fixovat minci, kterou si drží v ruce před očima, nebo nehet na ruce, na který si fixkou nakreslí malý obličejíček. U dětí mají také širší uplatnění ericksonovské techniky, při nichž se k sugescím využívá chování a prožitků, které dítě v dané chvíli spontánně nabízí.

I při dehypnotizaci dítěte bývá méně potřebný formální rituál s probuzením a počítáním. Pokud jsme prováděli fantazijní techniku a vyhýbali jsme se při navozování hypnózy slovům jako „spánek“, „uspávání“ a „usínání“, není důvod mluvit při dehypnotizaci o probuzení. U menšího dítěte stačí říci: „Ještě chvílku pokračuj v tom, co děláš a prožíváš, a pak se zase vrať tam, kdes byl před tím, než jsme to začali dělat.“ Pokud jsme prováděli uspávací hypnotizační rituál, je ovšem třeba provést i probouzečnou dehypnotizaci.

Vyhnálek a Vyhnálková (†) a Kašparů (1985) uvedli klinickou zkušenost, že v pubertě se vnímavost k hypnóze snižuje. To je v souladu s výzkumnými daty při měření standardními škálami. Podle uveřejněných věkových grafů hypnabilita vrcholí mezi 9–12 lety a pak klesá (srov. Kratochvíl 1986, str. 62). V pubertě se však mohou při navozování hypnózy také nepříznivě uplatňovat typické obranné reakce, odpor dospívajících vůči autoritám, protest proti manipulaci apod. Vliv těchto faktorů je možno zmírnit využitím nedirektivního kooperativního přístupu a individualizovaných technik hypnotizace.

V kursech hypnózy v posledních letech značně přibylo dětských psychologů a psychiatrů a jejich zkušenosti nás přesvědčují o značných a dosud nedostatečně využívaných možnostech hypnózy u dětí. Ti, kteří znají charakteristické rysy jednotlivých vývojových období u dítěte, dovedou s dětmi navázat přirozený kontakt a zvládli principy hypnotizačních technik, považují navozování a využívání hypnózy u dětí obvykle za záležitost snadnou a vděčnou.

B. LÉČEBNÉ UŽITÍ HYPNÓZY

Hypnóza může léčebně působit buď sama o sobě, anebo tím, že zvyšuje účinnost různých psychotherapeutických metod. Léčebná účinnost prostého navození hypnotického stavu je značně omezená. Působí jen krátkodobé uklidnění vlivem průvodní svalové a psychické relaxace. Tento účinek je možno zvýšit opakováním a prodlužováním doby trvání relaxovaného stavu nebo opakováním navozování hypnotického spánku. Hypnózy se však většinou využívá hlavně ke zvýšení účinnosti přímých léčebných sugescí. Tyto sugescce se mohou formulovat buď obecně, ve smyslu celkového zlepšování zdravotního stavu a pocitu spokojenosti, anebo mohou být specifické, zaměřené na pacientův konkrétní symptom či problém. V hypnóze je též možno dosáhnout příslušnými sugescemi u vnímavých osob necitlivosti nebo aspoň snížené citlivosti k bolesti. Dále se sugescí v hypnóze využívá k vyvolání zablokovaných vzpomínek a odreagování potlačených emocí i k usnadnění návniku správné činnosti narušených funkcí. Tam, kde je účinek hypnotických sugescí jen dočasný, zavádí se nácvik autohypnózy nebo ablační hypnózy. Zvláštní formu terapeutické práce s hypnózou představuje tzv. ericksonovská hypnoterapie. V tomto oddíle postupně probereme všechny uvedené formy léčebného užití hypnózy.

1. PROSTÁ HYPNÓZA, RELAXACE A SPÁNEK

Hypnotický stav, k jehož navození jsme použili relaxační nebo uspávací sugescce a v němž nepodáváme žádné testovací nebo léčebné sugescce, se označuje jako *prostá hypnóza*. Setkáváme se též s názvy: odpočinková hypnóza (Platonov 1957), prázdná hypnóza (Langen 1972), klidová hypnóza (Katzenstein 1978) či neutrální hypnóza (Edmonston 1981). Pacienta v ní můžeme nějakou dobu ponechat, např. 15 minut nebo hodinu. Ve svém účinku se neliší od prohloubené *relaxace*, s níž ji také někteří autoři ztotožňují (zejména Edmonston 1981). Navozuje přetrvávající uklidnění v oblasti psychické, motorické i vegetativní. Samostatně se v terapii obvykle používá zřídka, spíše se využívá jako zá-

věrečná část hypnoterapeutického sezení poté, co psychoterapeut pacientovi zadal posthypnotické léčebné sugescce. Předpokládá se, že následující nerušený „hypnotický odpočinek“ (Platonov 1957) může vést k lepšímu zafixování sugescí, a tím ke zvýšení jejich účinku.

Wolberg (1972) připisuje prosté hypnóze léčivý účinek, využívá-li se jí jako prostředku ke snížení napětí. U osob, které často prožívají zlost, úzkost, strach a nejistotu, může postup, který toto napětí snižuje, působit sám o sobě příznivě tím, že napomáhá dosažení rovnováhy a umožňuje, aby se obnovily síly jedince ke snadnějšímu zvládnání stresových situací.

Prodlužovaného stavu prosté hypnózy, zejména se sugestivním zdůrazněním jejího spánkového charakteru nebo jejího přechodu do normálního spánku, se využívalo též jako formy spánkové terapie. Spánková léčba byla u nás zvláště populární v padesátých letech. Podle pavlovské koncepce mělo zvýšené množství spánku, navozovaného nejen v noci, ale i po větší část dne po dobu několika týdnů, přispět k regeneraci mozkových buněk a celkovému posílení nervové soustavy, a tím i k odstranění různých neurotických a psychosomatických poruch. Užítí hypnózy umožňovalo obejít se bez hypnotik, jejichž dávky při farmakologicky navozené spánkové léčbě bývaly často značné a měly nežádoucí vedlejší účinky. U nás propracoval a propagoval metodu hypnotické spánkové léčby Horvai (1959). Můžeme rozlišit prodloužený hypnotický spánek, kdy předpokládáme, že pacient po celou dobu zůstává v hypnotickém raportu, a je nutno ho závěrem dehypnotizovat, a hypnoticky navozený normální spánek, při němž se hypnotický raport přerušuje a pacient se ze spánku probouzí běžnými podněty nebo spontánně.

Prodloužený hypnotický spánek zůstává po celou dobu hypnózou. Hypnotizér ponechá pacienta v hypnóze se sugescemi, že bude spát do té doby, než ho on sám opět probudí. Pokud spánek prodlužuje na více hodin či více dní, musí pacientovi umožnit, aby vykonával běžné fyziologické potřeby, a to buď tak, že mu k tomu ve vhodných intervalech dává přímé příkazy, anebo tak, že zadá sugesci, aby pacient kdykoliv podle potřeby odešel na toaletu, napil se, případně snědl připravené jídlo, a pak opět ulehl a pokračoval ve spánku. Hypnóza se ukončuje až na závěr celé spánkové léčby. Někteří autoři (Wetterstrand 1891, Kuriyama 1968) takto udržovali pacienty v hypnóze až týden nebo 12 dní. Občas při kontrole jejich stavu opakovali sugescce, že hypnotický spánek stále trvá a bude pokračovat až do závěrečné dehypnotizace. To je ovšem možné jen u pacientů schopných hluboké somnambulní hypnózy, a to ještě ne u všech, takže praktické možnosti využití takového postupu jsou značně omezené.

Horvai (1959) uvádí na základě vlastních zkušeností, že při této me-

toďe je potřebn  opakovan  prohlubování hypnózy i několikrát denně. Z nov j ch prací stojí za pov  imnut  práce Kuriyamy (1968), kter  popisuje průběh úspěšného  žit  takového postupu v trvání  tyr dn  u 12let ho chlapce s bronchiálním astmatem. Setrvání v hypnóze i za okolností, kdy chlapec podle potřeby odcházel na toaletu, jedl a pil, vyžadovalo nejprve ur it  nácvik.

Autor pou ival sugescí: „Od této chvíle zůstanete hypnotizován na lůžku po dlouhou dobu. Le ete zcela uvoln n  a velmi pohodln . Budete-li potřebovat jít na záchod či do koupelny nebo se napít a najíst, nebude v m dělat  adn  potíže provést to v hypnóze. A když se vrátíte zpět do postele, automaticky se pohrou ete do stavu ještě hlubšího, než když jste z postele vstával.

Kuriyama uvádí statistiku 27 p p d , zahrnujících bronchiální astma, úzkostnou neurózu, org nov  neurózu, hysterii, anginu pectoris a chronick  žaludeční vřed se 12 vyl e en mi a 13 zlep en mi p p dy. Pon v d  však v tomto souboru a) byly časti pacientů podávány také p im  terapeutick  sugescí, b) u ambulantních pacientů trvaly hypnózy jen dvě nebo tři hodiny a c) n kter i pacienti byli m lo hypnabilní, nelze si učinit představu o tom, co z efektu připadá na vrub samotnému setrvávání pacienta v prodlou en m hypnotick m stavu, co hypnotick  sugescí a co hypnotick  situaci či jin m terapeutick m činitelům.

Možnost prodlou en  hypnózy na více dni je zaj mav  z teoretického hlediska. V našich pokusech (Kratochvíl 1969) jsme např. neprodlou ovali období „hypnotického spánku“ a ponechávali jsme osobám v „prolongovan  hypnóze“ jejich p irozen  rytmus st id n  bdění a spánku. V „hypnotick m bdění“ ( i bd l  hypnóze) tyto pokusn  osoby pokračovaly ve svém normálním b  n m životě. Kritérium toho, že hypnotick  stav stále trvá, byla pro nás trval  připravenost vyplnov t sugescí typick  pro hlubokou hypnózu a n sledn  amnézie na cel  období hypnózy. T mto kritériím odpovídal p b h u pěti z deseti vybraných hluboce hypnabilních osob. Výsledky však připouštějí i jin  výklad, např.  e vycvi en  somnambulní subjekt se automaticky pohrou oval do hypnózy pouze na období, kdy mu experimentátor něco sugeroval, a že amnézie se na konci pokusu navodila zp tn  i na období, kdy subjekt ve skutečnosti nebyl v hypnóze. Také je sporn , zda lze tvrd t, že hypnóza trvá i v době, kdy elektroencefalogram vykazuje známky spánkových fází (Kratochvíl a Macdonald 1972).

Hypnoticky navozen  norm ln  spánek za n  hypnózou, ale hypnóza v souladu se sugescemi po usnutí kon i, „přechází ve spánek“, kter  se pak r d  běžnými zákonitostmi fyziologického spánku. Pacient se z něj probouzí spont nn  nebo vlivem běžných podnětů z okolí. Při sp nkov  l e b  tohoto druhu terapeut hypnotizoval pacienty ráno a pak po obědě a pacienti po ka d  hypnóze několik hodin prospali. Nežrídka bylo nutno za těchto okolností navozovat pomocí hypnózy i noční spánek. U vnímavých osob mohla hypnóza  pln  nebo aspoň z asti nahrad t pou iv n  hypnotik.

Horvai (1959) získal zkušenosti s touto metodou u 152 pacientů hospitalizovaných na psychiatrické klinice v Praze s diagnózami neurastenie, hysterie a jiné neurozy i psychopatie. 47 % bylo po léčbě výrazně zlepšeno a 44 % mírně zlepšeno. V katamnéze bylo 34 % prakticky uzdravených a 35 % zlepšených. Léčba trvala 3–7 týdnů, pacienti spali obvykle 13–17 hodin denně a u každého bylo provedeno 40–70 hypnotizací. Důležitou podmínkou byla určitá základní hypnabilita a z praktických důvodů též rychlý průběh navozování hypnózy. Horvai odhaduje proveditelnost takové léčby u 30–50 % osob přijímaných na nemocniční oddělení. Schopnost ponoření do hluboké hypnózy není nutná. U většiny pacientů bylo v období spánku potřebné odstranění vnějších rušivých podnětů, což kladlo značné nároky na organizaci oddělení. Ve výjimečných případech se objevovalo zkracování nočního spánku a přetrvávání tendence k inverznímu spánku i po propuštění.

2. OBECNÉ TERAPEUTICKÉ SUGESCE

K běžným hypnoterapeutickým postupům patří zadávání všeobecných léčebných sugescí. Po navození hypnózy sugeruje psychoterapeut pacientovi celkové zlepšování jeho stavu, mizení potíží a vzrůstání pocitu zdraví, jistoty, klidu a spokojenosti. Využívá se různých druhů tohoto přístupu. Sugescie se mohou formulovat jen na uvedené nejobecnější úrovni nebo se mohou rozvést až do podrobného psychohygienického návodu na lidskou spokojenost a štěstí. Formulace mohou zůstávat v každém sezení stejné, aby se lépe fixovaly, anebo se mohou tvořivě obměňovat, aby udržovaly zájem. Mohou být přímé, strážlivé a věcné, nebo mohou být symbolické a obrazné, sugerovat vzdávání se symptomů a získávání žádoucích vlastností za pomoci živých fantazijních prožitků. Uvedeme několik ukázek přímých léčebných sugescí a sugescí využívajících fantazie.

1. Přímé sugescie

K nejobecnějším přímým terapeutickým sugescím patří sugescie „váš stav se bude postupně zlepšovat“, „váš stav se zlepšuje“. Potvrzuje-li pacient v následujícím sezení určité zlepšení, můžeme přidat „s každou další hypnózou se bude váš stav stále více zlepšovat“, „váš stav se již zlepšuje a s každou další hypnózou se bude zlepšovat více a více“. Typickou obecnou terapeutickou formulkou je formulka „každým dnem v každém směru je vám lépe a lépe“, kterou v autosugestivní formě doporučoval pacientům francouzský lékárník E. Coué v klasickém díle „K vítězství nad sebou pomocí vědomé autosugescie“.

Při rozpracovávání formulek do větších podrobností můžeme zdůraznit jednak, že jakékoliv dřívější potíže se ztrácejí, mizí, tlumí, zmírňují či odcházejí nebo alespoň ztrácejí na významu a pacient se od nich dokáže odpoutat, jednak že nastupuje stav vyrovnanosti, pohody a kli-

du. Uvedeme, že pacient se bude cítit jistější a spokojenější, bude se umět se svými problémy aktivně vyrovnávat, bude odolnější vůči nepříznivým vlivům, naučí se zvládat překážky a přizpůsobit se tomu, co nedokáže změnit. Jeho myšlenky se budou zaměřovat kladným směrem,lepší se jeho vztahy k lidem a současně se naučí spoléhat na sebe. Posílí se jeho vůle, jeho schopnost sebeprosazení i sebeovládání, vezme svůj život aktivně do svých rukou. Pacient si sice jednotlivé dílčí formulace nezapamatuje, ale vytvoří se v něm celkový sugestivní dojem, že se má ve všech oblastech cítit lépe a stávat se dokonalejším. Více nebo méně dlouhé povídání tak působí jako celková globální pozitivní sugesce. Jako ukázky uvedu formulace z moskevské školy V. Rožnova a formulace anglického hypnoterapeuta J. Hartlanda.

Na klinice neuróz katedry psychoterapie Ústavu pro další vzdělávání lékařů v Moskvě vedené V. E. Rožnovem mají na každém podlaží tříposchodové budovy zřízena dvě hypnotaria. V každém probíhá denně kolektivní hypnoterapie pro 7 až 15 pacientů, kteří se zde v příjemném, tichém, tlumeně osvětleném prostředí položí na lůžka. Pacienti se zúčastňují sezení obden, celkem 10–15×, každé sezení trvá asi půl hodiny. Při své návštěvě v r. 1975 jsem si zaznamenal terapeutické sugesce podávané E. Stolbovou, lékařkou jednoho oddělení.

„Pohodlně se položte a zavřete oči. Všechny vedlejší myšlenky se ztrácejí, sledujete moje slova a prožíváte uvolnění v každém svalu vašeho těla. Příjemná tíha jako by připoutala vaše tělo k posteli. Nastupuje *úplný klid*, vnitřní nervové uklidnění. Uklidňují se všechny procesy ve vašem těle. Je to klidný léčebný odpočinek. Je to odpočinek celého organismu. Nasloucháte teď pouze mému hlasu. Pociťujete uklidňující teplo, které se ve vašem těle rozlévá současně s uvolněností svalstva . . . Zlepšuje se váš stav. Máte *pocit spokojenosti. Energičnost. Důvěru v sebe*. S každým sezením se toto vše bude upevňovat. Nyní je základním stavem vašeho organismu klid. *Váš stav se zlepšuje s každým dnem, s každým hypnotickým sezením. Vracejí se vám síly. Všechny vnitřní orgány pracují normálně*. Spokojený léčebný odpočinek *zvyšuje vaše síly*. Hlava je osvěžená, odpočínutá, spokojená.“

Terapeutka obvykle opakuje sugestivní tvrzení alespoň dvakrát, dále je opakuje v různých variantách. Zdůrazňuje klid, sebedůvěru, normální činnost tělesných orgánů, mizení bolesti a strachu a postupně zvyšování účinku léčebných sugescí. Hypnózu ukončuje počítáním a sugerováním návratu do normálního bdělého stavu.

J. Hartland (1971), úspěšný anglický hypnoterapeut, označil své zpracované obecné léčebné formulace jako „sugesce posilující pacientovo já“. Uvedu je zde v úpravě, kterou jsme pro účastníky kursů hypnózy připravili s V. Doležalovou.

Jste již tak hluboce uvolněn a ospalý, že vaše mysl se stala mimořádně vnímavou ke všemu, co řeknu, takže všechno, co řeknu, se vnoří hluboce do vašeho podvědomí a tam vyvolá tak hluboký záznam, že jej už nic nevymaže.

Myšlenky, které v zájmu vašeho zdraví vložím do vašeho podvědomí, začnou mít na vás postupně stále větší a větší vliv, budou každým dnem více ovlivňovat to, jak cítíte a myslíte i jak jednáte.

A protože tato má slova zůstanou trvale vložena ve vašem podvědomí, i když odtud odejdete, i když nebudu s vámi, budou mít stále velký vliv na vaše myšlení, na vaše citění, na vaše chování, a to stejně silně, když jste se mnou v této místnosti, a stejně účinně, když budete doma nebo v práci – nebo kdekoli jinde.

Vaše uvolnění je nyní tak hluboké, že vše, co vám řeknu, se stane – pro vás prospěch – přesně tak, jak to řeknu. A každý pocit, o němž budu mluvit, budete prožívat tak, jak to řeknu, ale totéž budete prožívat každý den – i když budete doma nebo v práci, stejně silně – stejně jistě – stejně mocně, jako když jste tady.

Nyní v průběhu tohoto uvolnění se začnete cítit *tělesně silnější a zdatnější* v každém směru – mnohem čilejší, mnohem *vnímavější, bystřejší a energický*, nic vás snadno neunaví. Nebudou ve vás vznikat pocity nejistoty či pochybnosti, takže budete mnohem odolnější proti depresím.

A každý den se budete tak hluboce *soustředit na vše, co děláte*, i na to, co se děje kolem vás, že budete *schopen se odpoutat od zaměření na potíže a problémy*. Nebudete se už muset zabývat sebou a svými potížemi, nebudete se nad nimi trápit. Stanete se *nezávislým na svých potížích* a odpoutáte se od nich ke všemu zajímavému, co se děje kolem vás.

Každým dnem bude váš nervový systém silnit, budete se cítit *vyrovnanější*, budete se cítit *klidnější*, vaše myšlení bude klidné a vyvážené, budete se cítit *spokojenější*. Budete se cítit *jistý*, nebudete se ničeho obávat, nic vás tak snadno nevyvede z míry. Vaše myšlení je jasnější a *snáze se soustředíte*. Budete schopen věnovat soustředěnou pozornost všemu, co právě budete dělat, zcela přitom vyloučíte z mysli ostatní věci. Tím se také rychle upraví vaše paměť. Nebudete přeceňovat význam svých potíží a tyto potíže se stanou zcela nevýznamnými. Stanete se *citově vyrovnanějším* a nic vás už tak snadno nevyvede z rovnováhy.

Každým dnem se budete schopen víc uvolnit a budete žít bez napětí a bez úzkosti, klidný a vyrovnaný duševně a tělesně. A jak se stanete *uvolněnějším a klidnějším*, tak začnete pocítovat větší sebedůvěru. Začnete mít větší *důvěru ve svou výkonnost*. A to vše bez obav ze selhání, bez obav z následků, bez zbytečné úzkosti a napětí, bez nepříjemných pocitů. A následkem toho budete den ze dne *silnější a nezávislejší*, lépe *schopen hájit své zájmy* – lépe *stát na svých vlastních nohou*, být sám sebou, bez ohledu na to, jak obtížné nebo nepříjemné záležitosti by vás čekaly. A tak se každým dnem budete cítit lépe, budete mít *pocit výraznější sebedůvěry, jistoty a bezpečí*, pocit spokojenosti a bezpečí. A protože vše se stane přesně tak, jak to říkám, a bude se to dít výrazně a plně, tak se s každým dalším hypnotickým sezením budete cítit také *šťastnější a optimističtější* v každém směru. Vlivem toho budete umět stále více *spoléhat sám na sebe*, záviset jen na sobě. Budete více spoléhat na své vlastní úsilí a vlastní názory a vaše závislost na druhých se tím výrazněji sníží.

I toto hypnotické cvičení je procesem učení. Tak jako kdysi jste se učil opakováním ve škole básničky nebo cizí jazyk, tak v každém hypnotickém sezení zůstane víc a víc těchto slov hluboce ve vašem podvědomí, a začnou vás ovlivňovat i v době, kdy již nejste u mne, ale kdy jste doma nebo v práci. Stále víc a víc těchto sugescí zůstane fixováno ve vašem podvědomí, takže budete pozorovat, jak se postupně váš zdravotní stav, jak tělesný, tak duševní, zlepšuje. Toto učení se děje rychleji ve stavu hypnózy než při plném vědomí. Proto s každým dalším sezením se bude vaše hypnóza prohlubovat a moje slova den ze dne více působit a všechno bude přesně tak, jak jsem říkal.

Hartland, jak je patrné, zdůrazňuje v sugescích opakovaně zejména

trvalost jejich účinku, který sugestivně zdůvodňuje tím, že sugesce přijme pacientovo nevědomí či podvědomí a bude je už samostatně uskutečňovat. Vlastní léčebné sugesce obsahují četné psychohygienické zásady, které se zde poskytují současně jako návod k myšlení a jednání, současně jako snadno a více méně automaticky nastupující skutečnost podporovaná podvědomím – a současně jako cirkulární zdůvodňování toho, proč se pacient bude cítit tak dobře.

Hartland uznává nevědomí jako významnou působící sílu, ale přistupuje k němu v terapii jinak než psychoanalyticky orientovaní autoři. Nepovažuje za podstatné zkoumat, co má pacient ve svém nevědomí negativního a vytahovat to na světlo, ale naopak: snaží se *zasazovat do nevědomí pozitivní myšlenky, motivy a představy*, a to v takovém množství a tak dlouho, až nad negativními tendencemi převládnu.

2. Obrazné sugesce

Při tomto postupu se terapeuticky žádoucí změny sugerují za pomoci fantazijních hypnotických prožitků či halucinovaných scén, v nichž pacient symbolicky odkládá své potíže nebo získává žádoucí postoje a vlastnosti.

V Kroměříži jsme vypracovali takovou formu postupu s řadou obměňovaných obrazů na téma „*odkládání potíží*“ pro kolektivní formu hypnoterapie (Kratochvíl 1984), kterou je možno začlenit do komplexního léčebného systému terapeutické komunity pro neurotické pacienty. Postup umožňuje účast všem členům skupiny nebo celé komunity, kteří o něj mají zájem, bez ohledu na to, jak jsou hypnabilní. Ti, kdo jsou hluboce hypnabilní, se při uváděcím postupu pohrouží do hypnózy a sugerované scény se jim automaticky vybavují s halucinatorní kvalitou. Ti, kdo jsou nehypnabilní, se prostě pokoušejí si scény podle terapeutova líčení sami představovat. Obměňování scén v jednotlivých sezeních přitom pro ně činí postup stále zajímavým.

1. *Odložení příznaků pod stromem.* „Nyní se těšíte na zajímavou vycházku. Jdete k leso a vstupujete do lesa. Rozhlížíte se kolem a pozorujete ptáky. Možná uvidíte i veverka nebo zajíčka. Cítíte klid a pohodu. Sedíte si pod stromem a odpočíváte. Cítíte se výborně a pohlížíte nyní optimisticky i na svůj další život. Napadne vás, že byste mohli nechat všechny nepříjemné neurotické příznaky, které vás v poslední době obtěžovaly, zde v lese pod stromem. Začínáte je odstraňovat ze svého těla i ze své mysli. Mezi kořeny stromu vidíte otvor, do kterého můžete své potíže zasunout. Pokračujete a dále ze sebe odstraňujete všechny nepříjemné příznaky, kterých byste se rádi zbavili. Berete je do ruky a cpete je do díry pod stromem. Odstraňujete je ze všech částí svého těla a z hlavy. Odstraňujete tak všechny bolesti, strachy, deprese i nevhodné návyky a postoje a zbavujete se jich, zastrkujete je do díry pod stromem a necháte je tam. Cítíte, že jste se jich zbavili, že jsou pryč. Odpočíváte ještě chvíli pod stromem a připravujete se k návratu zpět. Nechávejte své potíže v díře pod stromem a zvolna se vracíte z lesa zpátky s krásným

pocitem, plni energie a víry ve šťastnou a úspěšnou budoucnost. Jste připraveni se vrátit do bdělého stavu. Budete se cítit podstatně lépe než dříve, osvěženi, posílení a optimističtí.“

2. *Odhození příznaků z rozhledny.* „Chodíte znovu po lese a po loukách a nakonec dojdete k rozhledně, k otevřené vyhlídkové věži. Vypadá bezpečně a slibuje hezký rozhled. Vstupujete dovnitř a začínáte stoupat po schodech, těšíte se na pěknou vyhlídku po krajině. Vyžaduje to určitou námahu, než vystoupíte do posledního patra. Ale konečně už jste nahore, trochu unaveni, ale pohled stojí za to. Posadíte se, odpočíváte a s potěšením se rozhlížíte kolem. Cítíte uspokojení z volného prostoru, díváte se z výšky na přírodu kolem a pohlížíte současně z nadhledu i na lidské problémy a konflikty. Napadne vás, že byste mohli využít této příležitosti a zbavit se zbylých neurotických potíží a problémů: sejmutí je ze svého těla i ze své mysli a hodit je dolů z věže. Začínáte se dotýkat příslušných částí svého těla a hlavy, berete nežádoucí příznaky do rukou a házíte jeden za druhým dolů z věže. Padají dolů do hloubky, mizí v lese a už se nikdy nevrátí. Cítíte se volní, spokojení a šťastní. Cítíte se zdraví a jistí. Jste uvolnění a hledíte optimisticky vstříc své budoucnosti. A již je čas, abyste se vrátili zpátky. Po probuzení se opět budete cítit podstatně lépe než dříve a zlepšení bude stále trvalejší.“

3. *Rozpuštění příznaků ve sklenici vody.* „Za chvíli zjistíte, že sedíte v kuchyni u stolu a odpočíváte po dobrém obědě. Povšimnete si, že před vámi stojí sklenice s vodou. Dále odpočíváte a při tom vás napadne, jak byste se mohli zbavit všech zbývajících potíží. Začnete si je sundávat s těla i ze své mysli a pokládat je na stůl, jednu za druhou. Můžete si je nyní prohlédnout, jak jsou odděleny od vašeho těla i od vaší osoby. Díváte se na ně s odstupem a cítíte, že jste je jich zbavili. A nyní je začnete mačkat dohromady, zmenšovat je, stlačovat je do tvaru kostky, do kostky, jako je kostka cukru. A pak tu kostku hodíte do sklenice vody. Pozorujete, jak se kostka rozpouští, až se úplně ztratí. Nyní jsou všechny vaše potíže rozpuštěny ve sklenici vody. Vezmete sklenici a vylejete obsah do výlevky. Potíže mizí navždy. Zcela a natrvalo jste se jich zbavili.“

4. *Utopení příznaků v řece.* „Tentokrát si vyjedete pro radost lodičkou po řece. Lodička je zcela bezpečná, řeka je klidná, počasí je vynikající. Nastupujete do loďky a zvolna veslujete od břehu. Loďka se lehce kolébá a to ve vás vyvolává pocit pohody a uvolnění. Těšíte se ze slunce a z hezké přírody. Cítíte se osvobozeni od všech starostí a obav. A nyní se rozhodnete, že se zbavíte všech zbytků vašich neurotických potíží a hodíte je do vody. Začínáte to provádět s rozhodností a aktivitou. Odhazujete do vody všechno, co vás stále ještě trápilo, co ve vás vyvolávalo napětí a nespokojenost. Necháváte tyto potíže a problémy odplout po řece daleko od vaší loďky. Plují dál a dál, mizí v dálce. Už se nikdy nevrátí. Utopí se v řece. A vy se vrátíte zpět ke břehu, osvěženi a silní. Vracíte se s pocitem, že nyní máte svůj život pevně ve svých rukou, že jste vyhráli, že definitivně překonáte své potíže a nevhodné návyky, svou neurózu. Budete se cítit každým dnem lépe a lépe...“

5. *Spálení příznaků v táborovém ohni.* „Tentokrát máte v plánu hezký večer s celou skupinou u táboráku: s opékáním vuřtů, s písničkami a přátelským posezením. Ve spolupráci s ostatními členy skupiny připravujete dříví a zapalujete oheň. Nyní sedíte blízko u ohně, který vás příjemně zahřívá a uklidňuje. Íte dobře opečený špekáček. Zpíváte písničky s celou skupinou. Kolem se stmívá. Už nemůžete v temnu za sebou nic vidět, jen hledíte do ohně. Náhle vás napadne, že byste mohli spálit zbývající neurotické příznaky v ohni. Začínáte rukama sundávat ze své mysli i ze svého těla vše, co se vám nelíbí. Zbavujete se všech neurotických potíží, postojů a návyků. Házíte je do ohně, kde úplně shoří. Ostatní členové skupiny dělají totéž. Vzájemně si v tom pomáháte. Cítíte se osvobození od neurózy. Jste zdraví, uvolnění, spokojení a silní lidé. Neurotické příznaky se už nevrátí. Shořely v ohni.“

6. *Pouštění příznaků po větru.* „Jste připraveni k zajímavé vycházce do polí. Jdete po polní cestě mezi dvěma lány zrajícího obilí. Cítíte, jak pěkně hřeje slunce, a slyšíte, jak zpívají ptáci. Občas uvidíte zajímavou polní květinu, skloníte se a čichnete si k ní. Postupně se začíná zvedat vítr. Vidíte, jak se lány obilí začínají vlnit. Vítr zesiluje. Cuchá vám vlasy, tlačí vás do zad. Zviruje prach na polní cestě. Odnáší všechno pryč. Napadá vás, že by mohl odnést i neurotické příznaky, které vám snad ještě zbyly. Začínáte je rukama strhávat ze svého těla. Sundáváte ze sebe každý pocit nebo příznak, který u sebe nemáte rádi. A pak otevřete ruku a necháte neurotické příznaky odvanout větrem. Sledujete, jak letí dál a dál, až zmizí za obzorem, aby se již nikdy nevrátily. A cítíte se zdrávi, spokojeni, klidní a silní, schopní úspěšně vyřešit všechny své současné i budoucí problémy ...“

Jiným tématem nabízejícím se k symbolickému zpracování je *získávání odstupu od problémů* či *přetrvávajících potíží a odstraňování vracejících se záporných myšlenek a představ.*

Naším oblíbeným obrazem je vsugerované vznášení se na kouzelném koberci nebo na obláčku prosluněným krajem, kde se z výšky zdá lidské hemžení vzdáleným, boje a spory malichernými a odkud si pacient přináší takový nadhled i do svého života po opětném návratu na zem.

Dalším obrazem je přirovnávání myšlenek k malým oblakům plujícím po obloze, které si pacient může buď přivolat a podržet, nebo odsunout. Vsugerovaný prožitek, že mávnutím rukou může posunout putující nepříjemný mráček dál od sebe, s posthypnotickou sugescí, že stejně tak bude umět ve svém životě posunovat své nepříjemné rušivé záporné automatické představy a myšlenky, postrčit je symbolicky rukou tak, aby v proudu vědomí rychleji odpuly a nezastavovaly se, může být pro některé pacienty pomůckou při dosahování potřebné změny v jejich kognitivní zaměřenosti.

Jiným tématem je dosahování či *posilování žádoucích osobních vlastností.* Jako příklad může sloužit postup M. Schürera (1972), který navrhl při hypnoterapii u chlapců využití sugerovaného prožitku cesty raketou do vesmíru s navazujícím sugerováním statečnosti, odolnosti, pracovitosti a jiných vlastností, charakteristických pro „kapitána kosmické lodi“.

3. SPECIFICKÉ SYMPTOMATICKÉ SUGESCE

Při individuální hypnoterapii můžeme volit sugestivní formulace zaměřené na konkrétní symptomy daného pacienta. Můžeme podrobně a z různých hledisek přímo i obrazně popisovat, jak se příslušný symptom bude pozměňovat, zmírňovat a odcházet a jaký správný pocit jej nahradí nebo jakým správným způsobem bude příslušný tělesný orgán

či příslušná duševní činnost dále fungovat. Současně je účelné, abychom stanovený cíl hypnosuggestivní terapie zformulovali do jednoho jasného, jednoduchého základního tvrzení, které pak budeme v každém sezení během hypnózy vícekrát opakovat.

Základní sugestivní formulka má být pokud možno kladná, pro daného pacienta plně srozumitelná a stručná. Její vytváření se řídí stejnými principy jako vytváření autosuggestivních formulek do autogenního tréninku. Není na škodu, zní-li navíc úderně a zrytmizovaně, aby se dala začlenit do úderů metronomu, úderu kol jedoucího vlaku či do pochodu, nebo je-li ve formě rýmovaného verše. Uvedeme několik příkladů.

Bolesti hlavy: Hlava bude klidná a lehká. Hlava je jasná a klidná.

Žaludeční neuróza: Žaludek funguje normálně.

Tremor rukou: Třes se zmírňuje, ruce budou klidné.

Tik: Ovládáte své pohyby.

Profesionální křeč u trumpetisty: Svaly úst jsou uvolněné. Dobře ovládáte svaly úst, jazyk i rty.

Poruchy řeči: Řeč plyne klidně a volně.

Tréma: Před zkouškou jste zcela klidný; co víte, to dovedete uplatnit. Na jevišti jste ponořený do své role, diváci vás neruší. Když budete mluvit s lidmi, váš hlas už bude klidný.

Obezita: Jíte málo, zvolna a s chutí, jste rychle nasycen.

Anorexie: Jídlo vám chutná, přibýváte na váze.

Závislost na alkoholu: Dovedete vše zvládnout bez alkoholu.

Nespavost: Budete snadno usínat, dobře spát, ráno se probudíte osvěžený. Když se v noci náhodou probudíte, zůstanete klidně ležet a za chvíli znovu snadno usnete. V noci budete klidně odpočívat, usnutí je vám lhostejné.

Enuréza: V noci se včas probudíš, postel zůstane suchá.

Hypochondrie: Nezajímá vás vaše tělo, zajímají vás věci a lidé. Nezajímá vás vaše srdce, zajímá vás dění kolem.

Nejistota: Jste odvážný člověk. Dovedete se prosadit.

Problémy učení a v práci: Učení vás těší. Pracujete v pohodě. Všechno jde samo od sebe.

Dovedete se dobře soustředit. Šéf je lhostejný, práce je důležitá.

Žárlivost: Věrnost nelze dokázat, nevěra vás nezajímá, žárlivost je zbytečná.

Deprese: Život je zajímavý. Budoucnost bude dobrá. Ráno se probudíte vesele a hned vyskočíte z postele. Hlavu vzhůru, prsa ven, břicho dovnitř.

Nedostatek sebeovládání: Napřed myslíte, potom mluvíte. Dovedete se ovládat. Máte otěže pevně v ruce.

Podle okolností formulujeme tvrzení v budoucím nebo přítomném čase. Snažíme-li se vyvolat určitý účinek nejen posthypnoticky, ale přímo v hypnóze, tvrdíme zpravidla napřed, že se to bude dít, a pak, že se to už děje, že to už „je“. Při kombinaci hypnoterapie s autogenním tréninkem může pacient používat těchto formulek jako autosugescí v relaxovaném stavu. V takovém případě jich pak používá jako tvrzení o sobě v přítomném čase, např. „když mluví s lidmi, můj hlas je klidný“, „v noci klidně odpočívám“, „jím jen polovinu“, „chodím všude včas“.

K symptomatickým sugescím patří také *neutralizační sugesce* a auto-sugesce snažící se vyvolat lhostejnost vůči alkoholu, cigaretám, tučnému nebo sladkému jídlu, strachům a nutkavým myšlenkám, např. „alkohol je vám zcela lhostejný“, „nutkavé myšlenky jsou vám zcela lhostejné, jak přišly, tak odejdou“ apod.

Zdůvodňování sugestivního tvrzení. V některých případech se osvědčuje začlenit do sugescí určité zdůvodnění, proč se má sugerovaný účinek dostavit. Toto zdůvodnění může být racionální a logické, kdy účinek s uváděnou příčinou skutečně může kauzálně souviset, může však být také paralogické, kdy jde o náhodné spojení kauzálně nesouvisejících dějů, nebo magické, předpokládající neexistující nebo přinejmenším hypotetickou sílu, která účinek způsobuje.

Příkladem logicky zdůvodněné sugesce jsou např. formulace: „Umíte se uvolnit, a proto budete mluvit klidně.“ „Na usnutí vám už nezáleží, a proto večer snadno usnete.“ „Váš konflikt s manželem se vyřešil, úzkosti jsou už zbytečné, mohou se ztratit.“ Příkladem paralogického tvrzení je: „V přírodě je krásně, a proto i vám bude krásně.“ Magickým tvrzením je např. sugesce: „Tím, jak se dotýkám vaší ruky, vaše ruka se uklidňuje a přestává se třást.“ „Přechází ze mne do vás životní energie a síla, budete se teď umět rvát se životem.“

Využití doteku. Jsou-li potíže lokalizovány v určité části těla (např. bolesti hlavy), můžeme u některých pacientů zvýšit sugestivní účinek, přiložíme-li při podávání sugescí na příslušné místo ruku. Můžeme také sugerovat, že z naší ruky proudí či vyzařuje do tohoto místa klid, uvolnění a pohoda, nebo naopak, že svou rukou z tohoto místa vytahujeme či odnímáme všechny nepříjemné pocity, napětí či bolest. Přitom můžeme provádět i příslušné symbolické pohyby. Neprovádíme ovšem doteky na místech, kde by mohly vyvolávat erotické pocity.

Zpětné informace o účinku sugesce. U sugescí, které mají působit nejen posthypnoticky (např. „v noci budete dobře spát“), ale které mají vyvolat už bezprostředně v hypnóze účinek, který pak chceme přenést do období po hypnóze, se potřebujeme přesvědčit, jak naše sugesce působí. U motorických sugescí ovlivňujících např. parézy nebo hyperkinézy vidíme účinek na vnějších projevech. U sugescí, které mají ovlivnit subjektivně pocívané obtíže (bolesti, nepříjemné pocity a psychické stavy), však účinek zpravidla nemůžeme přímo pozorovat. Je proto výhodné domluvit si s pacientem určité znamení, abychom věděli, jak dlouho máme v sugescích pokračovat k dosažení maximálního možného účinku. Hluboce hypnabilní osoba nám tyto informace může na dotaz sdělovat slovně, u méně hypnabilních by však takový požadavek mohl působit rušivě. Osvědčuje se signalizace zvedáním prstu.

Využití tohoto způsobu signalizace je vhodné si připravit nejprve tak, že jej vyzkoušíme na nějaké jednoduché testovací sugesci, např. sugesci tepla. Objevování se tepla a podobně pak mizení příznaku pacient signalizuje zvedáním určeného prstu.

Ještě vhodnější může být opačný pohyb prstu. Požádáme pacienta, ať nejprve sám zvedne ukazováček tak vysoko, jak silně v daném okamžiku svoje potíže (např. bolest hlavy) cítí, a ať jej vrací zpět, úměrně tomu, jak se bude tato potíž ztrácet. Zmizí-li potíž úplně, vrátí ukazovák do původní polohy. Tím máme jasně vymezenou polohu označující, že se nám příznak podařilo odsugerovat. V případě, že se to úplně nezdaří, ale pacient naznačí, že se příznak zmírnil, podtrhneme sugestivně zmírnění a netvrdíme nevhodně, že úplně zmizel, jak by se mohlo stát bez zpětné informace. Ponecháváme si otevřené dveře pro zvyšování účinnosti našich terapeutických sugescí v dalším sezení.

Pohyb prstu chápeme a také pro pacienta jasně definujeme jako vědomou volní reakci, k níž mu dáváme instrukci či příkaz („zvednete prst“), nikoliv jako sugerovanou reakci („prst se vám bude zvedat“). Tím bychom zbytečně kombinovali senzoricou a motorickou sugesci, pro které nemusí být pacient stejně vnímavý; někdo reaguje dobře na motorické sugescce a špatně na senzoricé nebo naopak.

Navázání kontaktu s příznakem. Ke zvýšení sugestivního vlivu na symptom, který chceme odstranit, se někdy používá počátečního sugestivního zesilování tohoto symptomu a zkoušení různých manipulací s ním. Zvyšujeme např. sugescemi třes, zesílíme kontrakturu, torticollis, písářskou křeč či poruchu hlasu nebo řeči, vyvoláme jednostranně lokalizovaný příznak sugestivně na druhé straně těla, zesílíme strach či úzkost nebo zpřítomníme chorobný příznak, který se objevuje jen sporadicky (např. hysterický či úzkostný záchvat). To bývá někdy snazší než příznak hned zcela odstranit. Pacientovi tak názorně ukazujeme, že příznak je ovlivnitelný psychologickými prostředky. Dokážeme-li s ním manipulovat jedním směrem, lze očekávat, že s ním bude možno manipulovat i opačným směrem, což v návaznosti hned zkusíme.

Někteří terapeuti doporučují, abychom i tam, kde lze příznak v hypnóze sugescí ihned odstranit, ponechali dočasně část symptomu (např. při odsugerování ochrnutí ruky ponecháme ochrnutý malíček) anebo symptom nahradili jiným, méně závažným, např. náhradou za tik v obličejí sugerujeme tik některého prstu, obsesi mytí rukou nahradíme obsesí udělat uzel na kapesníku. Tyto postupy mohou mít určitý význam tam, kde dosud nebyla vyřešena složitější intrapsychická nebo interpersonální problematika, která je příčinou symptomu, nebo kde symptom slouží nějakému účelu a mohl by mít tendenci se vracet.

Averzivní sugescce. Při odstraňování nežádoucích návyků, a zejména závislosti na alkoholu, nikotinu a jiných návykových látkách se kromě pozitivních a neutralizačních sugescí (např. „dovedete žít bez alkoholu“, „alkohol je vám lhostejný“) využívá také postupu, při němž se sugescemi vyvolává dávení až zvracení, kašel a odpor při požívání nebo

vdechování příslušné látky. Pacientovi se např. sugeruje, že při čichání a pití alkoholu mu bude špatně, a pak se mu v hypnóze dá čichat nebo ochutnat jeho oblíbený alkoholický nápoj, přičemž se pokračuje v sugescích dávení, dušnosti, zvracení apod. Někteří hypnoterapeuti nechávají takovou reakci proběhnout do důsledků, se zvracením do připraveného kbelíku, a opakují taková sezení 10–15×. Současně zadávají posthypnotickou sugesci, že stejná reakce nastane, kdykoliv by se pacient pokusil napít se alkoholu i mimo hypnotický stav. Při kouření se analogicky sugeruje dusivý kašel, který ihned přestane, jakmile pacient odloží zapálenou cigaretu. Podrobněji uvedeme tyto postupy při výkladu o hypnoterapii závislosti.

4. HYPNOTICKÁ ANALGEZIE A ANESTÉZIE

Znecitlivění nebo snížené vnímání bolesti pomocí hypnotické sugesce lze využít v chirurgii u menších zákroků, kde je užití běžné chemické anestézie z nějakých důvodů riskantní, ve stomatologii při zákrocích u úzkostných pacientů, v porodnictví při přípravě na porod a vedení porodu a dále u akutních nebo chronických organicky podmíněných bolestí, které se obtížně zvládnou při diagnostickém nebo léčebném zákroku a na jejíž zvládnutí ho můžeme v hypnotických sezeních předem připravit, a organickou bolest, se kterou pacient již přichází a kterou se pokoušíme zvládnout v jejím průběhu, jako je bolest způsobená nádorovým onemocněním nebo bolest způsobená úrazem. V ovlivňování jednotlivých složek psychického stavu pacientů můžeme rozlišit ovlivnění *strachu* ze zákroku a bolesti při něm, pocitu *strádání* při bolesti a samotného *pocíování bolesti*. Zde se zaměříme na možnosti a techniku ovlivňování senzorického zážitku bolesti.

1. Možnost vyvolání analgezie

Sugesce k dosažení spolehlivé analgezie nebo výrazné hypalgezie počítáme k obtížným sugescím, jejichž uskutečnění vyžaduje značnou hypnabilitu. Podle experimentálních studií (Hilgard a Hilgardová 1975) koreluje možnost navození hypnotické analgezie s celkovou hypnabilitou 0,50. To znamená, že u většiny hluboce hypnabilních by mělo být možné hypnotickou sugescí podstatně snížit vnímání bolesti, ale u některých nikoliv. Naproti tomu u většiny málo hypnabilních to nepůjde, ale u některých ano. Celková hypnabilita se skládá z různých dílčích faktorů, a proto např. dobrá vnímavost pro sugesci v motorické oblasti nezaručuje ještě dobrou vnímavost pro sugesci analgezie a naopak. Ovliv-

ňování bolesti hypnotickou sugescí také nemá charakter „vše nebo nic“, i když hypnotizér sugeruje „naprostou necitlivost“. U různých hypnotizovaných osob může dojít ke snížení pocíťované bolesti v různém stupni.

Stojí za pozornost, že Horvai (1959) považoval vyvolání analgezie u hypnotizovaných osob za snazší než uskutečňování motorických sugescí. Ze 63 posluchačů medicíny, které se mu podařilo při stážových demonstracích pohroužit alespoň do lehké hypnózy, zjistil zřetelný objektivní i subjektivní anestetizující účinek u 61 osoby, zatímco sugerované automatické zvedání ruky pozoroval jen u 29 osob. Horvai pravděpodobně zkoušel analgezii povrchoým bodáním injekční jehlou nebo jejím vpichem do kůže, což je v praxi běžný postup, který však nepředstavuje zvlášť silný bolestivý podnět. Něco jiného je bolest při chirurgickém zákroku nebo při úrazu s rozsáhleším poškozením tkáně.

Crasilneck a Hall (1975) uvedli jako své klinické pozorování, že pacienti s organicky podmíněnou bolestí jsou značně vnímavými subjekty pro hypnotickou analgezii – snad pro svou vysokou motivaci zbavit se bolesti.

Pozorování Horvaie i Crasilnecka a Halla by podněcovala k většímu optimismu při snahách o využívání hypnotických sugescí k dosažení analgezie, než jaký zatím vyplývá ze stanfordských experimentálních studií, v nichž se jako bolestivých podnětů používalo ponoření ruky do ledové kapaliny nebo ischemie vyvolané stažením paže gumovou manžetou. Hilgard a Morganová (1975) zjistili, že v netříděné populaci studentů se v laboratorních podmínkách podaří dosáhnout dokonalé analgezie asi u 5 %. U vysoce hypnabilních studentů, předem vybraných pomocí škál hypnability, se zdařilo vyvolat úplnou analgezii u 20 % (Hilgard, Morganová a Macdonald 1975).

Pokud jde o pouhé mírné snížení pocíťované bolesti, jsou data ze stanfordských experimentálních studií příznivější. Vezmeme-li v úvahu všechny osoby ze souboru 54 netříděných studentů, u nichž se podařilo dosáhnout snížení intenzity subjektivně udávané bolesti při bolestivém chladovém podnětu alespoň o 10 %, dostáváme počet 38 osob, tj. 70 % souboru. Podrobnější údaje jsme uvedli v práci o experimentální hypnóze (Kraťochvíl 1986).

2. *Techniky sugerování analgezie*

Jako příklad uvedeme sugerování analgezie do jedné ruky, což bývá zpravidla východiskem i pro sugerování analgezie do jiných částí těla.

Vaše pravá ruka bude nyní ztrácet citlivost. Přestanete vnímat jakékoliv pocity, dotek, tlak, chlad, teplo i bolest. Ruka bude naprosto necitlivá. Už nyní začíná vnímání v ní otupovat. Za chvíli se jí dotknu a vy můj dotek budete cítit už jen velmi slabě, jako přes tlustou rukavici. (Lehce se ruky dotkneme.) Vnímání a pocíťování dále slabne, je slabší

a slabší, ruka cítí stále méně, stává se úplně necitlivou. Přestáváte v ní cítit, nebudete v ní cítit vůbec nic. Ruka přestává cítit. (Začínáme do ruky štípat nebo lehce pícháme špendlíkem či injekční jehlou.) Nic v ruce necítíte. Ruka je jako ze dřeva nebo z kamene, není schopna nic pocíťovat, nevnímá vůbec nic . . .

Ptáme se: „Co nyní cítíte?“ Pokud pacient uvede, že cítí píchání či štípání, pokračujeme v sugescích, že „citlivost se bude postupně stále více ztrácet, snižuje se, mizí, ruka se stává necitlivou“ atd. Pokud uvede, že cítí dotek, potvrzujeme, že „citlivost se už značně snížila a snižuje se dál, za chvíli ruka přestane cítit i doteky.“ Pokud uvede, že necítí nic, pokračujeme:

„Nic už v ruce necítíte a nebudete v ní cítit vůbec nic tak dlouho, dokud vám do ní citlivost nevrátím. Ruka je jako ze dřeva nebo z kamene, není schopna nic pocíťovat, ani na povrchu, ani v hloubce, nevnímá vůbec nic. Nebudete cítit ani tlak, ani bolest, nebudete vnímat žádné podněty, vaše levá ruka nic necítí.“ Za pokračujících sugescí můžeme zkoušet necitlivost silnějšími bolestivými podněty.

Chceme-li dosáhnout pouze analgezie a ne úplné anestézie, můžeme pozměnit sugesci v tom smyslu, že pacient „bude cítit tlak, dotek, teplo či chlad, ale nebude cítit naprosto žádnou bolest, ruka se stala pro bolest naprosto necitlivou, není schopna ji vnímat“. Někdy ovšem dosáhneme pouze analgezie nebo hypalgezie i tehdy, když jsme se snažili vsugerovat úplnou anestézii.

Analgezii ukončujeme sugescemi, že „citlivost se bude do ruky nyní opět vracet, ruka začíná již zase cítit normálně, budete v ní opět schopni všechno cítit tak jako dříve“.

Někdy je výhodné začít pracovat s kontrastními pocity v obou rukou. Do jedné sugerujeme zvýšenou citlivost a do druhé necitlivost.

Levá ruka bude nyní zvýšeně citlivá, zatímco pravá se stane postupně zcela necitlivou. Levá ruka má nyní velmi citlivou pokožku, je popálená a přecitlivělá na dotek. Každý, i jemný dotek je velmi nepříjemný, bolí. (Dotýkáme se lehce hřbetu ruky a sledujeme, zda pacient ruku odtahuje a před naším dotekem uhýbá.) Podobně, jako jste nyní mohl cítit zvláštní zvýšenou citlivost a bolestivost v levé ruce, budete cítit změnu citlivosti v pravé ruce. Pravá ruka však bude naopak citlivost ztrácet. Přestanete v ní vnímat, pocíťování otupí, nebudete v ní cítit vůbec nic.

Po vyzkoušení necitlivosti ruky pak přenášíme anestézii nebo analgezii na místo, kde ji k léčebnému zákroku potřebujeme. Můžeme k tomu využít doteku tohoto místa pacientovou anestezovanou rukou se sugescí, že necitlivost se tam tímto dotekem přenese. Nebo se sami příslušného místa lehce dotýkáme a sugerujeme mizení citlivosti podobným způsobem, jako jsme je sugerovali v ruce.

Někteří hypnoterapeuti využívají přirovnání vycházejících z pacientových minulých zkušeností s chemickou anestézií, např. s pocíťem necitlivosti po injekci prokainu. Někdy se používá počítání do pěti nebo do deseti: „s každým dalším číslem se bude vnímání bolesti snižovat a slábnout, až vymizí úplně“. Lze také vybídnout pacienta ke spolupráci

s využitím technických představ, např.: „Představte si, že máte v mozku vypínač, kterým můžete nervy z vaší ruky vypnout. Vypněte jej nyní a vaše ruka bude zcela necitlivá“ (Hilgard a Hilgardová 1975). Závěrem můžeme zadat posthypnotickou sugesci připravující půdu pro další navučování a prohlubování analgezie.

Dosáhl jste dnes v hypnóze značného snížení citlivosti. V další hypnóze dosáhnete ještě většího snížení citlivosti. Postupně budete schopni mít příslušnou část těla naprosto necitlivou, nebudete v ní cítit vůbec nic. Jakmile se jí začnu dotýkat a opakovat „necítí“, citlivost začne rychle slábnout až zcela vymizí.

Při praktickém využívání navozené a ověřené analgezie či anestézie k bolestivému zákroku se sugesci o necitlivosti znovu a znovu opakují spolu se sugescemi „jste klidný a zcela uvolněný, klidně dýcháte a ještě více se uvolňujete, je vám příjemně a dobře“. Navíc lze u pacientů se živou fantazií nebo se schopností halucinatorních prožitků v hypnóze vyvolat prožívání příjemných scén, odpoutávajících pozornost od místa či orgánu, na němž se provádí zákrok. Pacient např. prožívá procházku zajímavou krajinou, sleduje halucinovaný zábavný televizní pořad nebo odpočívá „na zelené louce“.

3. Zpětné informace o pocítování bolesti

V ukázce znečitlivujících sugescí jsme uvedli začlenění dotazu na pocity, na něž má pacient odpovědět slovy, označujícími, jaký podnět vnímá. V Hilgardově laboratoři žádali experimentátoři pokusné osoby, aby hodnotily stupeň pocítované bolesti na škále od 1 do 10, kde 10 znamená takovou bolest, která se už těžko snáší a při níž si subjekt naléhavě žádá ukončení bolestivého podnětu.* Pokud k ukončení nedojde, může při dalším zvyšování bolesti udávat i vyšší čísla. Na změny prožívání bolesti vlivem sugescí nebo vlivem trvání a změn podnětů se můžeme v průběhu hypnózy opakovaně ptát dohodnutým heslem, např. „Pocit?“, „Stav?“, „Zpráva!“, a subjekt vždy odpovídá pouhým číslem, které nás informuje o dynamice analgezie. Také by mohl číslo vyfukávat na telegrafním klíči či jiném signálním zařízení.

Podobně jako u jiných sugescí týkajících se pocitů můžeme i při sugerované analgezii použít ke zpětné informaci o účinnosti sugescí také jednoduché signalizace zvedáním prstu podle stupně pocítované bolesti.

* Použijeme-li číselné škály ke zpětným informacím od pacienta, není pak vhodné, aby-
chom používali počítání při navozování analgezie.

4. Fyziologické reakce při analgezií

Mimovolní vegetativní reakce, jako jsou změny pulzu a krevního tlaku, které jsou přímým důsledkem působícího bolestivého podnětu, se zpravidla neovlivní anestetizujícími hypnotickými sugescemi buď vůbec, nebo jen v malé míře. Hypnotická sugesce ovlivňuje jen subjektivní pocit bolesti (Hilgard a Hilgardová 1975) a fyziologické reakce, které jsou důsledkem očekávání a strachu. Podle některých autorů, kteří uvádějí kazuistické příklady využití hypnózy při stomatologických zákrocích, je možno dosáhnout menšího krvácení, což však zatím nebylo doloženo kontrolovanými výzkumy (Kroger 1977).

5. Chronické organicky podmíněné bolesti

Někteří autoři popisují rozdíl mezi analgezií vyvolanou v určité části těla, v níž pacienta dosud nic nebolelo, s následným působením bolestivého podnětu, a léčebnými pokusy o hypnosuggestivní odstranění existující silné, organicky podmíněné bolesti. Klumbies (1978) upozorňuje, že u pacientů s neuralgií trigeminu, kauzalgií a fantomovou bolestí se někdy může snadno dařit vyvolání necitlivosti v ruce s naprostou necitlivostí při píchání jehlou a současně nedařit ovlivnění bolesti přítomné v neuralgické oblasti. K dosažení takového ovlivnění může být potřebný větší počet sezení se zvolna postupujícím navičováním hypalgezie až analgezie a prohlubování hypnózy. Klumbies uvádí, že u těžkých bolestí, u nichž bylo hypnotické ovlivnění velmi potřebné, prováděli na jenské poliklinice hypnotizaci 2× až 5× denně a dosahovali žádoucích výsledků průměrně za 14 dnů, přičemž účinek vydržel průměrně 19 hodin.

Při odstraňování chronické organicky podmíněné bolesti u pacientů, u nichž se analgezie daří, se doporučuje formulovat s ohledem na druh onemocnění sugesce tak, aby se nepotlačila bolest úplně a aby zůstaly určité informace o případných změnách v průběhu organické choroby. Je třeba dbát, aby nedošlo k tomu, že by se pacient nepocíťující bolest nepřiměřeně namáhal nebo prováděl pohyby, které by při jeho onemocnění (např. hernii disku) nebyly vhodné (Crasilneck a Hall 1975).

5. HYPNOTICKÁ ABREAKCE A HYPNOANALÝZA

Doposud popsané způsoby léčebného využití hypnózy se převážně snažily ovlivnit zjevné potíže či problémy pacienta a usilovaly o využití hypnotické sugesce k jejich přímému odstranění nebo zmírnění. Pokud však na vznik a přetrvávání potíží a problémů mají vliv skryté psy-

chogenní faktory, které u pacienta nadále působí, mohou mít odsugerované příznaky tendenci se znovu vracet nebo se místo nich mohou objevit příznaky jiné. Odhalení, ventilování, zpracování a vyřešení takových faktorů - zážitků, konfliktů a souvislostí - pak může být důležitým předpokladem trvalé úspěšnosti psychoterapie. Hypnóza může napomoci i této psychoterapeutické práci tím, že usnadní sugestivní vyvolání a odreagování potlačených emocí nebo vybavení neuvědomovaných souvislostí, vytěsněných motivů a intrapsychických konfliktů. Jednoduchá hypnotická technika, která směřuje přímo k vyvolání a odreagování potlačených emočních reakcí, ať už se týkají zážitků pacientovi známých nebo vytěsněných, se označuje jako hypnotická abreakce nebo hypnokatarze. Psychoterapeutický postup s využitím hypnózy, který zahrnuje zdlouhavější odkrývání především neuvědomovaných motivů, vnitřních konfliktů a traumat, sahajících zpravidla až do pacientova dětství, a který směřuje k dosažení náhledu, se označuje jako hypnoanalýza. Zpravidla vychází z psychoanalytického nebo dynamického pojetí nevědomí.

Někteří autoři hovoří v této souvislosti o „zakrývající“ a „odkrývající“ psychoterapii (Stokvis a Langen 1965), přičemž termín „zakrývající“ u nich má nezřídka pejorativní nádech. Terapie, která neusiluje o pronikání do hlubin nevědomí však nemusí být méně kvalitní. Symptomatické sugesce mohou například být trvale účinné u symptomů, které jsou psychodynamicky „prázdné“, nemají v životě pacienta žádný hlubší smysl (Crasilneck a Hall (1975). Máme-li ovšem důvod domnívat se, že jsou projevem nějakého konfliktu nebo plní nějaký nevědomý účel, je třeba tuto problematiku napřed nebo souběžně ne psychoterapeuticky zpracovat.

1. Hypnotická abreakce

Známe-li z anamnézy nebo předpokládáme-li u pacienta traumatizující zážitky s potlačenými afekty, můžeme v hypnóze napomoci jejich odreagování, tj. vybití nahromaděné emoční tenze, po němž by mělo dojít k žádoucímu uvolnění. Dosahujeme toho tak, že pacientovi sugerujeme znovuprožití těchto zážitků, přičemž ho povzbuzujeme k nebrzděnému projevení emocí a svou přítomností mu poskytujeme potřebnou podporu.

Máme-li od pacienta nebo z jeho okolí údaje o příslušném zážitku, můžeme v hypnotickém sezení prostě sugerovat návrat k tomuto zážitku s líčením nám známých podrobností, až pacient začne situaci prožívat. Zde uvedeme příklad sugescí v případě, kdy předpokládané souvislosti neznáme. Jednou z technik je časová regrese pacienta do období, kdy se příslušný symptom (např. hysterický či úzkostný záchvat, funkční paréza, grafospasmus apod.) objevil poprvé.

Přenesete se teď do období, kdy se tento příznak objevil poprvé, kdy začal. Budete

prožívat znovu celou situaci, všechny okolnosti, které tomu předcházely. Budete ji prožívat se všemi city, které ji provázely, a budete tyto city dávat plně najevo. Můžete se ve svém prožívání vrátit zcela zpět, můžete to všechno prožít ještě jednou. Začínáte se nyní vracet zpátky. Než napočítám do pěti, budete plně znovu ve svých prožitcích z té doby. Jedna, vracíte se do dne, kdy jste poprvé . . .

Podmínky pro vyvolání abreakce si můžeme předem připravit zkoušením věkové regrese do období, v nichž podle pacientovy anamnézy nepředpokládáme psychotraumatické zážitky. Učíme pacienta projevat navenek mimikou, slovy a pohyby to, co prožívá. Teprve pak navodíme sugescemi návrat do období či situace vyžadující odreagování. Můžeme také vyjít z běžného rozhovoru o prožitcích, které by mohly nějak souviset s potížemi, jejich vznikem nebo přetrváváním: „Budou vás napadat různé myšlenky a představy, budete mi o nich povídat.“ Teprve přiblíží-li se pacient k určité emočně nabitě situaci, sugerujeme, že ji začíná znovu plně prožívat.

Projevy při abreakci bývají někdy značně bouřlivé. Pozorujeme hlasitý pláč, výkřiky, nadávky, vyjadřování hluboké lítosti, pocitů křivdy nebo pocitů viny, projevy strachu, obranné pohyby, zmitání se na lůžku, zrychlený dech, pocení apod. Jsou-li projevy nevýrazné, můžeme pacienta podněcovat k plnějšímu vyjádření emocí, např.: „Řekněte mu, co si o něm myslíte, teď mu to můžete říct“, „Nebudete teď tlumit svoje city, můžete se z toho konečně zcela a úplně vyplakat“, „Zbavte se toho! Dejte to ze sebe! Křičte!“ Abreakci napomůže i terapeutovo vcítování a vlastní afektivní podílení se na průběhu. Je zřejmé, že s touto metodou se lépe pracuje terapeutům, kteří dovedou sami silně emočně reagovat a u druhých akceptovat výrazné emoční projevy, než terapeutům racionálním, které emoční projevy uvádějí do rozpaků. Terapeut si však současně musí být po celou dobu jist, že má situaci pevně ve svých rukou.

V některých případech stačí jedna abreakce, aby došlo k úplnému a trvalému psychickému uvolnění. Jindy je třeba abreaktivních sezení víc. Další sezení někdy přinášejí další materiál, další podrobnosti a hlouběji skryté motivy, jindy jsou jen opakováním předchozí reakce, jejíž náboj postupně slábne. Sezení uzavíráme obvykle sugescemi, že vlivem proběhlého vyplavení a vybití potlačených nepříznivých emocí došlo k odstranění příčin příznaků a že příznaky nyní už nemají opodstatnění, mohou zmizet a zmizejí. V bdělém stavu se pak zážitky podle potřeby s pacientem dále zpracují.

Z teoretického hlediska za takových okolností ovšem nelze odlišit, zda je případný příznivý účinek způsoben skutečně vyplavením emocí, nebo zda je důsledkem sugestivnosti celého postupu a následujících sugescí o uklidnění a zbavení se negativního dopadu zážitků. Platonov (1957) např. referoval o úspěších postupu, při němž bez vyvolávání emoční složky traumatizujícího zážitku sugeroval hned od začátku a opakovaně, že zá-

žitek upadá do zapomnění: „Je to, jako by se obestíral mlhou, ztrácí na významu pro současný život, je již daleko, vzdálený, pryč. Cit je zapomenut, náhodné vzpomínky už nezneklidňují.“ Z praktického hlediska nám však zde tolik nezáleží na tom, který z mechanismů je nejvýznamnější. Využíváme jich obou komplexně.

Empiricky se zdá být zdůvodněným předpoklad, že hypnoticky nebo jinak uměle vyvolané emoční odreagování má smysl tehdy, když při původním průběhu traumatizující či konfliktové situace musela být emoční složka pacientovy reakce potlačena. Pacient se musel ovládnout, skrýt své city a ani dodatečně se nemohl nikomu svěřit. Afekt zůstal jakoby opouzdřen v jeho nitru. Tam, kde pacient naopak s pláčem a opakovaně podrobně vypráví o svých bolestných zážitcích v běžném rozhovoru, můžeme předpokládat, že má dostatek příležitostí k emočnímu odreagování.

2. Hypnoanalýza

V hypnoanalýze se využívá hypnózy ve spojení s analytickou nebo dynamickou psychoterapií. Jejím cílem je objasnění neuvědomovaných souvislostí a dosažení patogenetického náhledu. Zaměřuje se na zjišťování událostí a konfliktů zapomenutých a vytěsněných a na jejich přivedení do vědomí. Nejde jí o jednorázové nebo několikeré odreagování emocí, ale postupuje do hlubin nevědomí. Předpokládaný terapeutický mechanismus je zde stejný jako v psychoanalýze: tím, že dojde k uvědomění vytěsněných zážitků a jejich integraci do pacientovy psychiky, přestane jejich patogenní působení. Od využití hypnózy se očekává zvýšení výbavy i jasnosti vzpomínek, zvýšení živosti představ, snížení zábran a snazší překonání odporu i usnadnění regrese ve vztahu k terapeutovi. To vše má umožnit rychlejší postup analýzy. Používá se volných asociací, fantazií a sugestivního navozování snů. Obvykle k tomu postačí hypnóza středního stupně.

Někteří takto orientovaní psychoterapeuti uvádějí pacienta do hypnózy hned na počátku psychoterapeutických sezení a podstatná část sezení probíhá v hypnóze. Jiní používají klasické analytické techniky s volnými asociacemi nebo patogeneticky orientovaných rozhovorů a hypnotický stav navozují až tehdy, když výbava vážne, objevuje se odpor, nebo chybí jasnost a živost důležitých vzpomínek. Hypnóza má pomoci k překonání faktorů, které překážejí náhledu (Gill a Brenmanová 1959, Klempererová 1968, Wolberg 1972).

6. NÁCVIK V HYPNÓZE

Hypnotický stav může usnadnit nácvik některých reakcí v oblasti pohybové rehabilitace, nácvik chybějících návyků nebo přecvičování nevhodných návyků v chování a nácvik překonávání úzkosti a strachů. Nácvik se v hypnóze provádí podobně jako ve stavu bdělém, přičemž navození hypnózy a hypnotické sugescie usnadňuje nácvik v několika směrech:

1. mohou navodit tělesný a duševní klid a snížit strach,
2. mohou zvýšit výkonnost snížením pocitů únavy nebo bolesti,
3. mohou zvýšit kladný postoj k nácviku a motivaci k výkonu a
4. mohou upevňovat dosažený účinek.

V rehabilitaci poruch pohybového aparátu a při léčebném tělocviku sugerujeme pacientovi, že bude intenzivně spolupracovat, že zvládne větší rozsah pohybu, že bude mít ve svalech příjemný pocit, že se kontrahovaný sval bude při cvičení víc a víc uvolňovat apod. Při grafospazmu nacvičujeme v hypnóze uvolněné držení tužky a volné psaní a i hned odsugerováváme křeč, kdykoliv se objeví.

Averzivní terapie k odstranění nežádoucích návyků, o které jsme se již zmiňovali v souvislosti se specifickými symptomatickými sugescemi, probíhá zpravidla také ve formě nácviku. Cvičí pacienta ve vypracovávání odporu k činnostem, které jsou pro jeho zdraví škodlivé.

Při léčení fobií nácvikem v hypnóze se pacient opakovaně vystavuje obávaným situacím se současně zadávanými sugescemi klidu a snadného zvládnutí situace. Nácvik může probíhat pouze ve vnitřních prožitcích na úrovni živých fantazií nebo halucinovaných situací, jak je tomu při systematické desenzibilizaci, nebo se pacient v hypnóze vystavuje skutečným situacím, které se za pomoci uklidňujících sugescí učí zvládat beze strachu. Situace je třeba seřadit podle jejich obtížnosti pro pacienta a v nácviku postupovat od snadnějších k obtížnějším.

Pokud provádíme nácvik v představách či v halucinatorních zážitcích odehrávajících se v mysli nehybného – ležícího či sedícího – pacienta, je technika jednoduchá. Sugerujeme prostě příslušný prožitek a k němu klid. Uvedeme ukázky formulací při agorafobii.

Budete nyní živě a zřetelně prožívat situaci, kdy jdete nakupovat do města. Jdete po ulici a cítíte se v dobré pohodě, spokojená a jistá. Potkáváte známé a zdravíte se s nimi. Nyní přejdete přes náměstí. Přecházíte přes náměstí a jste zcela klidná a spokojená. Vstupujete do obchodu se zeleninou a stavíte se do řady. Před vámi je ještě hodně lidí. Trpělivě stojíte a čekáte. Jste klidná, je vám příjemně a dobře . . .

Chceme-li nacvičovat skutečné jednání u pohybujícího se pacienta, ať už modelově nebo v reálných situacích, potřebujeme pacienta nejprve přimět k pohybové aktivitě v hypnóze. To je snadné u hluboce hypnabilních osob, které mají spontánní tendenci k aktivnímu jednání v hypnóze. U osob, které se pohružují do hypnózy pasivního typu, je třeba nejprve odsugerovávat relaxaci, únavu a tíhu a opakovanými sugescemi je podněcovat k činnosti. Je-li pacient v hluboké hypnóze, můžeme požadovat i otevření očí. Není-li, spokojíme se s tím, že provádí požadované pohyby při zavřených očích.

Při nacvičování řeči v hypnóze u pacienta s koktavostí sugerujeme, že pacient může v hypnóze mluvit, a pak žádáme, aby vyslovoval samohlásky, slova a věty. Můžeme postupovat podle techniky logopedických cvičení, přičemž pacientovi současně dáváme sugesci, že jeho řeč je plynulá, že je zcela uvolněný a klidný. Při zlepšování poruchy můžeme postupně sugerovat prožívání situací, kdy pacient má promluvit před více lidmi, kupovat si jízdenku na nádraží, objednávat si jídlo v restauraci apod. Sugerujeme mu současně pohodu, klid a plynulou řeč. Požadujeme, aby skutečně mluvil, ne si pouze představoval, že mluví. Dále můžeme vytvářet ztížené podmínky nejen představované či halucinované, ale reálné, např. tím, že skutečně přivzeme do místnosti několik osob a opět žádáme hlasitou plynulou řeč a sugerujeme klid a plnou úspěšnost. (Sami jsme s koktavostí nikdy neměli léčebné úspěchy, ale někteří absolventi kurzů o úspěších referovali.)

To je několik příkladů, jak lze využívat hypnózy a hypnotických sugescí k nácviku. V literatuře se v současné době již objevují monografické práce, které doporučují kombinaci hypnózy s behaviorální terapií (Dengrove 1976, Kroger a Fezler 1976, Clarke a Jackson 1983).

7. AUTOHYPNÓZA A AUTOSTIMULAČNÍ MANÉVR

Zde popíšeme autohypnotické techniky, při nichž si pacient může podle potřeby zadávat terapeutické sugesci nebo obnovovat jejich účinnost sám. Můžeme rozlišovat pravou samostatnou autohypnózu, které se pacient od začátku učí sám, a zprostředkovanou či odvozenou autohypnózu, kterou pacienta naučí terapeut v hypnóze. Pro odvozenou autohypnózu se v německé literatuře ujal pojem ablační hypnóza, který zavedl Klumbies (1952).

1. Autohypnóza

Autohypnóza se liší od hypnózy tím, že si sugescce dává pacient sám v první osobě a sám zaměřuje své představy příslušným směrem. Jedna z důležitých charakteristik hypnózy, kterou je vztah k hypnotizérovi, zde chybí. Obvyklou variantou je, že pacient při navozování autohypnózy využívá svých znalostí a zážitků z již prožité heterohypnózy. Je však možné, aby se naučil ponořovat do autohypnózy i bez takové předběžné zkušenosti a bez vedení hypnoterapeutem. Některé osoby to dovedou nacvičit i podle písemných instrukcí.

Zpravidla se využívá podobných formulací a představ jako při navozování hypnózy. V autohypnóze si pacient může zkoušet navozovat automaticky probíhající pohyby, vyvolávat si různé pocity a fantazijní zážitky až s halucinatorní kvalitou, nereagovat na podněty z okolí, navodit si analgezií apod., podle toho, jak je k příslušným sugescím vnímavý. Přitom nepředává řízení své psychické činnosti druhé osobě, ale řídí si ji sám. Dochází zde k určité disociaci ve vědomí. Nepočítáme s amnézií, která by průběh komplikovala. Po zadání léčebných autosugescí pacient ukončuje autohypnózu běžnými formulacemi o návratu do bdělého stavu.

Lehčí stadia autohypnózy se v podstatě neliší od stavu, který vzniká při cvičeních autogenního tréninku, kdy si pacient také sám pomocí relaxace, řízených představ a autosugescí vyvolává různé tělesné pocity i fyziologické reakce a zadává autosugestivní formulky. Je však obtížné vést děličí čáru i mezi hlubokou autohypnózou a autogenním tréninkem vyššího stupně či tzv. autogenní meditací, kdy pacient prožívá i složitější dynamicky se rozvíjející scény fantazijního až halucinatorního charakteru, setrvává v takovém pohroužení delší dobu v odpoutanosti od okolí a rovněž si může vsugerovat terapeuticky žádoucí změny psychických i tělesných funkcí, návyků, postojů a vlastností. Schultzův žák K. Thomas ztotožňuje i terminologicky stav navozený autogenním tréninkem s autohypnózou (Praxis der Selbsthypnose des autogenen Trainings, 1972).

Ablační hypnóza je autohypnóza, jejíž navozování nacvičí s pacientem hypnoterapeut v hypnóze a podpoří je posthypnotickými sugescemi. Hypnóza se zde druhotně odpoutává od hypnotizéra a poskytuje se pacientovi k jeho dalšímu samostatnému použití. K jejímu navození lze využít postupů nacvičených v hypnóze nebo určených posthypnotickou sugescí. Tyto podněty mohou být zrakové či sluchové, mohou mít ráz určitého rituálu nebo se může využít magnetofonové nahrávky.

Klumbies (1983) vypracoval ablační hypnózu zejména pro potřeby pacientů trpících chronickými nebo opakujícími se organicky podmí-

něnými bolestmi a potížemi, u nichž se pro udržení nebo znovuvyvolání účinku terapeutických sugescí musí hypnóza častěji nebo v určitých situacích opakovat (např. při neuralgii trigeminu, zvracení aj.). Proto potřeboval zajistit, aby pacient dokázal dosáhnout tak hluboké hypnózy, aby byly účinné sugesce utišující silnou bolest. S méně hypnabilními pacienty se napřed pokoušel prohlubovat hypnózu a nacvičovat samostatné navozování hluboké hypnózy, což vyžadovalo větší počet sezení. Uvádí, že vytvoření spolehlivého podmíněněreflexního vyvolání hypnózy na určený signál trvalo až tři měsíce.

Při volbě signálů je třeba zajistit, aby pacient neupadl do hypnózy v nevhodných situacích nebo když si to sám nepřeje, a současně je třeba zajistit, aby byl schopen se z hypnotického stavu rychle probrat v případě hrozícího nebezpečí. Klumbies používá k navození ablační hypnózy nejčastěji zvláštní barevné tabulky s výrazným středem, který pacient fixuje. Tabulku pak dává pacientovi s sebou. Ukončení ablační hypnózy doporučuje napodmiňovat na zvonění budíku, a to spíše na ukončení zvonění než na jeho začátek, aby se předešlo možnému nepříjemnému probuzení s úlekem. Pro bezpečnost pacienta sugeruje také, že se ihned sám probudí, kdyby se ho někdo dotkl. Účinnost signálů se nacvičuje v hypnóze a upevňuje se opakovanými posthypnotickými sugescemi. Maximální trvání autohypnotického stavu se může vymezit např. 15–20 minutami. Obvykle však stačí k terapeutickému využití pro zadání účinné léčebné sugesce doba mezi dvěma a deseti minutami.

Pokud nestačí k dosažení terapeutického účinku samotné navození hypnózy a jsou potřebné terapeutické sugesce, učí Klumbies pacienta, aby si je dokázal sám říci, např.: „Bolesti mizejí. Ani nejmenší bolest nezůstane. Naplňuje mne nyní úplný klid.“ Poslední větu je možno současně určit jako signál k probuzení, např.: „Po vyslovení poslední věty a po čtyřech dalších vdeších a výdeších nastane probuzení.“

Převedení pacienta z hypnózy na ablační hypnózu tak, aby ji dokázal doma sám spolehlivě využívat k odstranění těžkých organicky podmíněných bolestí, může delší dobu trvat. Klumbies uvádí u svých případů průměrné trvání kolem měsíce, v některých případech až tři měsíce.

Klumbies označuje jako ablační hypnózu i hypnózu, kterou si pacient doma navozuje pomocí speciální gramofonové nebo magnetofonové nahrávky s příslušnými léčebnými sugescemi. Tento postup má ovšem blíž spíše k heterohypnóze než k autohypnóze, protože zde působí sugestivní hlas hypnotizující osoby.

Pilař (†) referoval o navozování ablační hypnózy pomocí neobvyklého taktilního podnětu, tzv. magického kolečka. Dává pacientovi kolečko o průměru asi 3 cm, které je vyrobeno z překližky a potaženo několika střídajícími se pruhy smrkového papíru a sa-

metu. Při přejíždění palcem přes kolečko se střídá pocit drsného a jemného doteku a to ho se využívá jako signálu k navození hypnózy.

Spiegel (1978) se na rozdíl od Klumbiese snažil poskytnout autohypnózu především pacientům usilujícím o odstranění škodlivých návyků a závislostí, např. při léčbě obezity a kouření. Spokojil se s tím, že provedl jediné sezení, v němž naučil pacienta *krátký autohypnotizační rituál*. V jeho rámci si má pacient zopakovat určené autosugesivní léčebné formulky – bez ohledu na to, jak hluboký hypnotický stav se tím navodí, nebo zda se nenavodí vůbec.

Tato metodická odlišnost odpovídá i novějším poznatkům o tom, že při hypnoterapii bolesti, astmatu a bradavic je hloubka hypnózy důležitá, zatímco u kouření, alkoholismu a obezity důležitá není. V prvním případě se pravděpodobně významněji uplatňuje faktor hypnotického stavu, v druhém případě placebové účinky hypnózy (Wadden a Anderton 1982).

Technika H. Spiegela (H. Spiegel a D. Spiegel 1978) vychází z autohynotizačního a testovacího postupu, označovaného jako HIP, hypnotizační profil. Autor dává pohodlně sedícímu pacientovi instrukce, aby obrátil oči vzhůru – díval se ke svým řasám a pak jakoby zevnitř na temeno své hlavy – a při tom zvolna zavíral víčka, hluboce vdechl a vydechl, a pak si představil, že se vznáší. Současně mu sugeruje zvedání levé ruky vzhůru s ohýbáním v lokti a napomáhá tomu vlastním dotekem. Ke konci pohybu na chvíli pacientovu ruku podrží v poloze, kdy se loket opírá o opěradlo židle a předloktí směřuje kolmo vzhůru. K tomu dává sugesci, že ruku nebude možno dát zpět, a i kdyby se to na chvíli zdařilo, ruka se bude sama hned vracet do nastavené polohy. Po přezkoušení zadává terapeutické sugesci. Pak zadává sugesci, že když pacient sevře ruku v pěst a pak pěst povolí, ruka se uvolní a na počítání od tří do nuly se pacient vrátí do bdělého stavu. Na to navazuje sugesci pro autohypnózu.

Kdykoliv si v budoucnu budete chtít navodit autohypnózu, budete počítat do tří. Na číslo jedna obrátíte oči vzhůru. Na dvě zavřete víčka a zhluboka se nadechnete. Na tři vydechnete, uvolníte oči a představíte si, že se vaše tělo vznáší. Vaše ruka se při tom bude zvedat do polohy, ve které je nyní. Jakmile se do ní zvedne, budete ponořeni do stavu autohypnózy. V tomto stavu si pak zopakujete léčebné sugesci.* Až skončíte, vyvedete se zpět z autohypnózy do bdělého stavu počítáním od tří do jedné. Na tři se připravíte. Na dvě zvednete pod zavřenými víčky oči vzhůru. Na jedna víčka zvolna otevřete a oči vrátíte do normální polohy. Pak sevřete zvednutou ruku v pěst. Když pěst otevřete, vrátí se do ruky normální pocity a budete s ní moci opět normálně pohybovat.

* Při odvykání kouření jsou to tyto sugesci: „Pro mé tělo je kouření jedem. Potřebuji své tělo k životu. Jsem povinen své tělo opatrovat a chránit.“

S pacientem se celý postup několikrát vyzkouší. Doporučí se mu, aby jej prováděl doma vícekrát denně, zpočátku v intervalech jedné až dvou hodin. Spiegel též učí pacienty provádět tento postup „kamuflovanou formou“, pro využívání za přítomnosti jiných lidí. Navenek to vypadá, jako by se pacient na chvíli při zavřených očích zamyslel a rukou si při tom přejel po čele.

Do jaké míry si pacient takto skutečně navodí autohypnotický stav a do jaké míry zůstane celý postup jen autosugestivním rituálem, to závisí zejména na jeho hypnabilitě. Z pacientů, jimž byl tento návod poskytnut k odvyknutí kouření, oznámilo při půlroční katamněze písemně 20 %, že již nekouří.

Na závěr uvedu ještě klasické provedení autohypnózy podle Wolberga (1948), navozované na základě posthypnotických sugescí. K navozování autohypnózy určuje terapeut pacientovi zpravidla fixaci zvoleného bodu na vlastní ruce s autosugescí zvedání ruky k obličeji: až se ruka dotkne obličeje, nastoupí hluboká hypnóza. Pak učí pacienta, aby si zadal a přezkoušel autosugesci ztuhnutí ruky, hypersenzitivitu v jedné a necitlivost v druhé ruce, znění zvonů a vůni voňavky. Pak si má dát terapeutické autosugesce shodné s formulacemi, které mu dává terapeut. V konkrétním případě, který uvádí Wolberg, to byly sugesce sebedůvěry, jistoty a schopnosti prosadit se mezi lidmi. Po skončení těchto sugescí má pacient tři minuty spát a pak se spontánně probudit. Pokud by během autohypnózy někdo vstoupil do místnosti nebo nastala situace vyžadující bdělou pozornost, probudí se okamžitě. Když pacient během dvou sezení tento postup nacvičí, naučí jej hypnoterapeut zkrácenou formu terapeutické autohypnózy, při níž se uvádí do hypnózy pouhou sugescí „nyní hluboce spi“ s počítáním do pěti. Pak si hned zadává léčebné sugesce bez předchozího zkoušení různých pocitů.

2. Autostimulační manévr

Autostimulační manévr je součástí posthypnotické léčebné sugesce, kterou pacient sám uvádí do činnosti. Postup navrhl a propracoval M. Černý (1973) pod názvem autostimulačně evokovaná posthypnotická sugesce.

Manévr se pacientovi vsugeruje v hypnóze, případně se s ním v hypnóze nacvičí. Sugeruje se, že kdykoliv ho sám podle potřeby použije, vyvolá si příslušný terapeutický účinek - např. zmizí objevivší se bolest, křeč, kašel, dušnost, úzkost, strach, tréma apod. Jako autostimulační manévr lze zvolit např. stisk palce a ukazováčku, sevření ruky v pěst, ohnutí prstů v botě nebo dotek určitého předmětu, který pacient nosí u sebe (přívěsek, medailónek) a který působí jako určitý amulet.

Na rozdíl od ablační hypnózy se zde pacient určeným signálem či postupem neuvádí do hypnotického stavu, ale v bdělém stavu aktivizuje posthypnotickou terapeutickou sugesci. Výhodou proti autohypnóze či ablační hypnóze je, že se nevyžaduje nerušené klidné prostředí a že celý postup je kratší. Podstatné je, že se používá podnětů, jejichž zdrojem je sám pacient. Ten musí sám něco udělat, aby uvedl posthypnotickou sugesci do činnosti. Metoda je výhodná u osob, u nichž se daří potíže ovlivnit hypnotickou sugescí, ale účinek není trvalý. M. Černý (1973) uvedl ukázkou svých formulací při léčbě úzkostných stavů.

Během hypnózy jste se dokázal zcela uklidnit. Naprosto jste se uvolnil, je vám příjemně, lehce. Zmizela úzkost a bušení srdce. Přitiskněte nyní lehce na okamžik palec levé ruky k ukazováčku. I při tomto doteku se cítíte velmi příjemně a volně. Pokud by se u vás v bdělém stavu úzkostné pocity a bušení srdce znovu objevily, dotkněte se palcem levé ruky ukazováčku, tak jako nyní. Při tom ucítíte stejné uvolnění v celém těle jako v tuto chvíli, a začnete se rychle uklidňovat. Tak, jak bude uklidnění narůstat, úzkostné pocity budou slábnout, až pomínou. Dotek palce bude působit stejně uklidňujícím dojmem jako má slova v hypnóze a zcela jejich účinek nahradí. Přitom budete mít pocit svěžesti a zůstanete plně bdělý. Každá další hypnóza bude zklidňující účinek dotyku palce s ukazováčkem ještě stupňovat.

Sami jsme si techniku přizpůsobili tak, že chorobný příznak – pokud to jeho charakter a hloubka hypnózy dovolují – v nácvikové hypnóze opakovaně vyvoláváme a pacienta vybízíme, aby jej po jeho rozvinutí stisknutím palce proti ukazováčku zastavil. Uvedu to na příkladě trémy.

Nyní máte v ruce prostředek, jak můžete vaši potíž kdykoliv sám zlikvidovat, zastavit, odstranit. Nechám vás teď v hypnóze prožívat situaci, kdy máte vystoupit v diskusi. Začínáte mít obavy, strach, začíná vám bušit srdce, začínáte se chvět . . . Dobrá. Za chvíli stisknete ukazováček proti palci a tréma rychle zmizí, budete zcela klidný. Teď. Napětí a rozechvělost zcela mizí, cítíte se jistý a klidný. Srdce i dech se uklidňuje, můžete klidně a jistě přednést svůj příspěvek. Jste naprosto klidný. Kdykoliv provedete tento manévr v bdělém stavu, bude mít stejný účinek. Tréma zmizí a budete se cítit bezpečný a jistý, budete se moci klidně chovat a klidně hovořit. *Stisk znamená uklidnění.* Zkusíme si to teď ještě jednou . . .

Zkušenosti ukazují, že postup lze nacvičit jak u pacientů schopných pohroužit se do hluboké hypnózy, tak i u některých pacientů ve střední a lehké hypnóze. Po skončení lehké nebo střední hypnózy se pacient na postup a zadanou posthypnotickou sugesci pamatuje a ví, co má dělat. Můžeme mu případně vyložit, že se u něj snažíme vypracovat podmíněný reflex, který mu má umožnit zvládnout potíže, kdykoliv by se znovu objevily. U pacientů pohroužených do hluboké hypnózy zkoušel Černý (1973) zadávat posthypnotické sugesce v tom smyslu, že si pacient sice nebude nic pamatovat, ale „dotek ukazováčku palcem bude používat zcela bezděčně, aniž by si to uvědomoval“. Ve druhé va-

riantě sugeroval: „Budete mít nutkání přitisknout palec k ukazováčku, kdykoliv se vaše potíže třeba jen v náznaku objeví.“ Sugescce byly účinné a subjektivní prožívání pacienta odpovídalo jejich formulaci. Také ovšem můžeme amnestického pacienta po skončení hypnózy o vsugerovaném manévru prostě informovat a doporučit, aby jej v případě potřeby aktivně využíval.

Vsugerovaný účinek podnětu má tendenci vyhasínat a je potřeba jej občas posilovat novými hypnotickými sugescemi.

8. ZÁSADY PRO PODÁVÁNÍ LÉČEBNÝCH SUGESCÍ

V předchozích kapitolách jsme probrali všechny základní klasické formy léčebného využití hypnózy. Nyní se pokusíme shrnout osvědčené zásady pro podávání léčebných sugescí, které by mohly být užitečné začínajícímu hypnoterapeutovi. Vycházíme při tom z našich zkušeností při sledování začátečnických chyb účastníků výcvikových kursů.

1. *Terapeutovi má být předem jasné, čeho chce sugescemi dosáhnout.* Neponecháváme proto formulace náhodnému nápadu v průběhu hypnózy, ale předem si je sestavíme a zapíšeme do chorobopisu, abychom se k nim mohli při dalších sezeních v doslovném znění vracet.

2. *Sugescce formulujeme zřetelně a srozumitelně, tak, aby byly přiměřené chápání pacienta.*

3. *Sugescce formulujeme pokud možno kladně.* Dáváme přednost formulacím „jste klidný a jistý“ před formulacemi „nemáte strach“. Někdy tuto zásadu není možno dodržet. Odstraňujeme-li např. bolest hlavy, potřebujeme říci, že „hlava nebude bolet“, „hlava nebolí“; ale můžeme také říci, že bolest mizí, bolest se ztrácí, a přidáváme další kladné formulace, např. hlava bude čistá, jasná, klidná, uvolněná, je v ní příjemný pocit apod.

4. *Vytváříme si základní terapeutickou formulku, kterou během hypnózy ve stejném znění vícekrát opakujeme.* Např. „Dovedeš se ve škole dobře soustředit na učení“, „Jste vzrušivá žena, pohlavní život vás těší a uspokojuje“. Vracíme se k ní v průběhu sezení a opakujeme ji v dalších sezeních.

5. *Sugerovaný účinek popisujeme současně z různých hledisek v obměňovaných formulacích* podněcujících představivost, které vkládáme mezi opakování základní formulky. Např. „Když budeš sedět v lavici, bu-

deš myslet na probíranou látku a nebude tě při tom rušit ani bzukot mouchy, ani šepot spolužáků či hluk z ulice. Budeš vnímat výklad učitele a bude tě to zajímat. To, co děláš, umíš dělat plně, nenecháš se od-poutat . . .“

6. *Podle možnosti sugesce racionálně nebo zdánlivě racionálně zdůvod-ňujeme*, uvádíme důvody, proč se sugerované účinky mají dostavit. Např. „Tak, jak se teď víc vyznáte ve svých problémech a jak se upravují vaše vztahy k lidem, přestávají vaše potíže ztrácet smysl, ztrácet důvod, mohou se úplně ztratit“, „Protože neurotické potíže nemají organický podklad, mohou se stejně dobře ztratit, jako se ztratily pocity tepla, které jsem před chvílí u vás vyvolal“.

7. *Podtrhneme pacientovu vlastní motivaci, aby se sugesce uskutečnily*. Zdůrazníme, že mu nesugerujeme něco, co by bylo proti jeho vůli. „Vše se děje ve vašem zájmu“, „Je to ve shodě s vaším vědomým přáním“, „Sám jste se rozhodl vzdát se alkoholu, protože je pro vás nebezpečný, ohrožuje vaše uplatnění, vaši rodinu, vaše zdraví, proto s ním chcete skoncovat . . . a kdykoliv byste se napil, bude vám špatně, tak jako vám bylo při čichání alkoholu špatně teď“.

8. *V některých případech můžeme navázat kontakt s příznakem* tak, že ho dočasně zesilujeme a různě pozměňujeme nebo přemísťujeme, abychom prokázali jeho ovlivnitelnost, a tím i odstranitelnost. Např. při torticollis zkoušíme sugerovat nutkavé otáčení hlavy na opačnou stranu, při bolesti přenést bolest na jiné místo, profesionální křeč zesílit a pak zeslabit apod.

9. *Sugerujeme, že sugesce budou trvale účinné*, že se „upevní v mozku“ nebo se „hluboko vryjí do podvědomí“ a budou stále působit. „I když nebudu s vámi, budou mít na vás velký vliv“, „budou mít vliv na vaše myšlení, citění a chování, a to stejně silně, jako když jste teď zde“.

10. *Stupňujeme terapeutické sugesce podle pozorovaného účinku*. Začínáme formulacemi, že něco „bude“ nebo „postupně bude“, a později tvrdíme, že už to „je“, zejména když v průběhu sezení nebo mezi sezeními došlo k určité změně v očekávaném směru. Zvláště v lehké a střední hypnóze nemáme chtít mnoho najednou, spíše se postupně přibližujeme k žádoucímu cíli. Není-li hypnóza hluboká, nestanovíme pro nástup terapeutického efektu přesně vymezený čas, nýbrž podáváme *sugesce postupného zlepšování*. V hluboké hypnóze si někdy můžeme dovolit chtít najednou všechno, ale pak to zase v dalších hypnózách musíme upevňovat.

Pokud jsme před zadáváním terapeutických sugescí zadávali sugescce k testování hloubky hypnózy, nemáme navazovat na nezdařilou sugesci. Vrátime se raději k nějaké snadnější, dobře se uskutečňující sugesci, jejíž účinek můžeme případně sugestivně využít („tak jako jste nyní . . ., tak budete také . . .“).

Jelikož různí pacienti mohou mít různé preference týkající se hypnotizačního postupu a zadávání sugescí, ptáme se po skončení hypnózy na subjektivní zážitky a komentáře. Zaznamenáme si do karty, jakých sugescí jsme použili, jaké hloubky hypnózy jsme přibližně dosáhli, zda pacient měl amnézii, a pokud ne, jak průběh komentoval. Některý pacient např. uvede, že probouzení pro něj bylo příliš rychlé, že si přál v hypnóze po skončení léčebných sugescí ještě chvíli setrvat. Jiný sdělí, že snadno prožíval sugerované pocity, ale rušily ho sugescce pohybů. Jeden se lépe cítí při energických direktivních sugescích, jinému je příjemnější tichý, laskavý, konejšivý postup. U někoho jsou účinnější věcné formulace, u jiného obrazné představy. Tyto záznamy nám umožní v dalších sezeních využívat toho, co je pro daného pacienta nejvhodnější.

Uvedených deset zásad vychází z typické běžné hypnotizační praxe. Tyto zásady neplatí vždy. Jak uvidíme při dalším výkladu ericksonovské hypnoterapie, je možno někdy dosahovat léčebných výsledků i zcela opačnými postupy, využívajícími formulací improvizovaných, nejasných, matoucích, náznakových či paradoxních. K takovým improvizacím je však na místě přistupovat až poté, co si hypnoterapeut osvojil klasické, osvědčené, standardní techniky a získal při využívání hypnózy jistotu a zkušenosti.

9. ERICKSONOVSKÁ HYPNOTERAPIE

Pod tímto názvem se rozvíjejí terapeutické postupy odvozené z praxe amerického psychiatra M. H. Ericksona. Nabyly na popularitě zejména v posledních letech jeho života a po jeho smrti, kdy jeho žáci uspořádali a vydali jeho díla a pokusili se na základě podrobné analýzy jeho postupů z kazuistik a demonstrací vytvořit pokyny k provádění hypnoterapie podle jeho vzoru. Do té doby získal Erickson sice světové uznání jako velmi úspěšný hypnoterapeut, ale jeho terapeutické postupy se považovaly za svérázné a spojené s jeho osobností do té míry, že bylo obtížné představit si jejich používání jinými terapeuty.

Milton H. Erickson (1901–1980) pracoval nejprve jako psychiatr v různých psychiatrických zařízeních, od r. 1950 pak v soukromé praxi v arizonském Fénixu. V r. 1957 založil Americkou společnost pro klinickou hypnózu a v letech 1957–1968 byl vydavatelem jejího časopisu *American Journal of clinical Hypnosis*. Pacienti i zájemci o jeho hypnotické umění se k němu sjížděli ze všech končin. Byl barvoslepý s výjimkou citlivosti pro fialovou barvu, zcela mu chyběl hudební sluch. Dvakrát v životě prodělal poliomyelitidu, poprvé v 17 letech a podruhé v 51 letech. Posléze byl upoután na kolečkovou židli. To vše u něj pravděpodobně přispělo k vypěstování zvláštní citlivosti pro kineste-

tické projevy u druhých lidí a dovednosti v manipulaci se slovy. Popsal individualizované techniky hypnotizace (viz K. Balcar 1973) a publikoval četné úspěšné kazuistiky s podrobným popisem svých různorodých neobvyklých postupů, ale nepropracoval uspokojivou teorii pro jejich výklad.



Obr. 11. M. H. Erickson

Ericksonovi žáci, zpravidla mladší psychologové, kteří se z různých míst přicházeli k Ericksonovi učit hypnotickým a hypnoterapeutickým technikám, pozorovali Ericksona při terapii i při seminářích a výukových demonstracích, nahrávali a zaznamenávali si jeho postupy a v následujících rozhovorech s ním se snažili postihnout podstatné rysy jeho postupů a pochopit jejich smysl. Probírali s ním jeho záznamy o průběhu terapie a kladli mu četné otázky. Někteří z nich pak začali – někdy i za jeho spoluautorské účasti – vydávat knihy o jeho hypnotizačních technikách a hypnoterapii, nebo z poznatků čerpali podněty pro své vlastní metody a teorie.

V padesátých letech to byli zejména Bateson, Weakland a Haley z palo-altské školy, kteří využili těchto poznatků při vypracování koncepcí komunikační a strategické psychoterapie (např. Haley 1963). Haley (1967) vydal i první monografii s vybranými Ericksonovými statemi, doprovázenými zasvěcenou předmluvou a rozsáhlým závěrečným komentářem. Později publikoval další monografii (1973) charakterizující díleč aspekty

Ericksonovy psychotherapeutické práce, které Haleyho zajímaly jako rodinného terapeuta.

Ke konci Ericksonova života pozorovali a analyzovali Ericksonův způsob hypnotizace *Bandler a Grinder* (1975), dále *E. Rossi*, který pak vydal čtyři díly Ericksonových sebraných spisů (1980) a za Ericksonova spoluautorství tři instruktivní monografie o hypnotizačních a hypnotherapeutických technikách (1976, 1979 a 1981); dále *S. Lankton a C. Lanktonová* (1983), kteří popsali svůj způsob vidění Ericksonovy práce a jeho aplikaci ve vlastní psychotherapeutické soukromé praxi na Floridě, a *J. Zeig*, který vydal přepis jednoho Ericksonova semináře s komentářem (1980), soubory referátů z ericksonovských mezinárodních kongresů (1982, 1985) a monografii o Ericksonovi jako člověku (1985).

Pod Zeigovým předsednictvím vznikla nadace M. H. Ericksona, organizující mimo jiné ericksonovské kongresy. V různých městech Spojených států i mimo ně začaly vznikat „instituty M. H. Ericksona“. Rozvinul se kult zemědělského mistra s nekritickým přejímáním jeho učení, což vzbudilo i oprávněnou kritiku (Lindner 1982, Gibson 1984, Hilgard 1984).

V poslední době našla ericksonovská hypnotherapie ohlas i u některých našich hypnotherapeutů, kteří své způsoby jejího využití názorně předvedli na pokračovacím kurzu hypnózy v Kroměříži v r. 1985 (V. Dvořáček, M. Klapač, J. Kobyłka, K. Nešpor, M. Vančura, J. Zíka aj.).

Pokusíme se nyní stručně shrnout, co odlišuje ericksonovskou hypnoterapii od běžných forem hypnotherapie.

1. Využívání toho, co terapeut bezprostředně pozoruje v chování pacienta a co se dozvídá o jeho prožívání

Na počátku terapie se má terapeut přizpůsobit pacientovi, pokusit se vžít do jeho způsobu myšlení a vyjadřovat jeho myšlenky. Podobně může napodobovat jeho postoj, mimiku, pohyby, gesta a frekvenci dechu. Nechává se jím vést, následuje ho. Tento postup lze označit jako „srovnání kroku s pacientem“, které usnadňuje následující měnění pacientova kroku. V ericksonovské hypnoterapii se toho využívá jak při uvádění do hypnózy, tak jako způsobu terapeutické práce. Terapeut se zaměřuje na to, co pacient sám nabízí, a navazuje s ním na této úrovni vztah. V následující etapě toho využívá k ovlivnění a k dosažení změny v žádaném směru.

2. Používání nepřímých sugescí, příběhů, symbolů a metafor

Terapeut nenápadně vsunuje léčebné sugesce do běžného vyprávění nebo do příběhů, které mají s pacientovou problematikou určitou základní podobnost. Jako příklad můžeme uvést úryvek z Ericksonova často využívaného vyprávění o pěstování rajských jablíček. Therapeutické sugesce, naznačené v textu kurzívou, se při vyprávění vyslovují pomaleji s pozměněnou intonací, z níž je cítit určitá naléhavost a důraznost.

Člověk zasadí semínko rajského jablíčka do země. Může mít naději, že semínko vyrostе v rostlinku, která přinese uspokojení svými plody. Semínko přijímá vodu bez těžkosti, protože déšť přináší klid a pohodu a radost květinám a rostlinám. Každým dnem roste a roste, je to tak příjemné vidět, že pro tu malou rostlinku všechno je stále lepší a lepší. . .

Vyprávěné příběhy nejsou ovšem jen kostrou k začlenění sugesce, ale v některých případech mají působit sugestivně samy o sobě, na základě podobnosti, které přinášejí. Lanktonovi (1983) uvádějí podrobné příklady terapeuticky využívaného podobnosti s lodkou zmítanou vlnami, která směřuje do klidného přístavu. Klidný přístav zde symbolizuje i dosažení pacientova klidu. Různé individuálně volené příhody, k nimž na loďce při plavbě dochází, mají současně působit jako nepřímé sugerované návody k řešení pacientových problémů a zvládnání potíží.

3. Odvolávání se na samostatnou účelnou činnost pacientova nevědomí

Terapeut dává pacientovi sugesce, že jeho nevědomí („nevědomá mysl“, podvědomí) zpracuje jeho problém a najde řešení nebo vynese na povrch důležité informace. Sugeruje pacientovi, že má svou nevědomou mysl nechat pracovat a nerušit ji, a sám s ní navazuje kontakt: „Odpočívajte v pohodě, já zatím budu mluvit k vaší nevědomé mysli.“ „Jakmile vaše nevědomí objeví příčinu vašeho problému, váš prst se může mimovolně zvednout.“

„Jakmile se prohloubí příjemný stav, vaše vědomá mysl se může uvolnit, zatímco vaše nevědomí udělá přehled o podstatě problému. A když pak zajímavé a důležité myšlenky dosáhnou vaší vědomé mysli, vaše oči se otevřou a vy to vše pečlivě uvážíte.“

Častěji než k získávání informací však slouží nevědomá mysl v ericksonovské hypnoterapii k samostatnému řešení problémů a odstranění potíží. Náhled se nepovažuje většinou za důležitý. Terapeut se snaží komunikovat s pacientovým nevědomím bez účasti jeho vědomí a nechat obojí dále fungovat odděleně a samostatně.

„Řekl jste, že nedovedete vyřešit určitý problém. Vaše vědomá mysl neví, co dělat. A přesto víme, že vaše nevědomí má přístup k mnoha vzpomínkám, představám a zážitkům, které vám může přinést a které mohou být užitečné pro řešení tohoto problému. Zatím nevíte, co všechno je ve vašich možnostech. Vaše nevědomí to může samo zpracovat. A jak se dozvíte, že se to vyřešilo? Objeví se vám řešení samo ve snu, který si zapamatujete, nebo sen zapomenete a zjistíte, že se to postupně řeší jakoby samo, způsobem, kterému vaše vědomá mysl nerozumí? Dojde k řešení rychle, když jste bdělý, nebo v klidném okamžiku přemýšlení či denního snění? Budete v práci nebo při hře nebo na nákupu, když si to nakonec uvědomíte? Skutečně nevíte, ale budete šťasten, když řešení přijde.“

Nevědomí je v Ericksonově pojetí pozitivní životní silou, která dove-

de pro pacienta vše dobře zařídit, přestane-li mu v tom svou vědomou činností bránit. Má charakteristiky samostatné moudré složky osobnosti. Hypnóza je prostředkem, jak s ním navázat spojení, osvobozuje nevědomí od nadvlády vědomí. V hluboké hypnóze může pacient plně fungovat na nevědomé úrovni.

Takto pojaté nevědomí má jen málo společného s freudovským nevědomím jako oblastí pudových tendencí a vytěsňených traumatických a konfliktových zážitků. Spíše je samostatnou oblastí osobnosti, schopnou inteligentní a kontrolní činnosti. Podobá se spíše podvědomí v klasickém pojetí M. Prince (1950). Také Cheek a LeCron (1968) pro ně používají pojmu *podvědomí*, který by byl výstižnějším označením i v českém jazyce. Ericksonova metafora o jakémsi „druhém člověku“ v pacientovi, na kterého se můžeme s důvěrou obrátit a který vše moudře zařídí, neobstojí jako vědecký výklad léčebného mechanismu. Avšak do značné míry vhodně symbolizuje to, o co se sugestivní psychoterapie snaží: obejít kritický rozum a vsunout do psychiky pacienta zdravé myšlenky a představy, které v něm budou dále (posthypnoticky) působit bez účasti jeho vědomí. Obrazně vysvětlení, že sugesce „dáváme do podvědomí, které to zařídí“, poskytuje některým pacientům přijatelný rámec, zdůvodňující účinnost takového působení a pravděpodobnost kladného výsledku. Oživuje naději a pomáhá blokovat rušivý vliv rozumové činnosti. Pacient, který přijme tento výklad, se může přestat snažit o dosavadní křečovitý a neúčinný boj se svými potížemi a problémy a může dosáhnout uvolnění, v němž se daří novým pohledům na věci a vhodnějším formám přizpůsobení a řešení.

4. Používání neobvyklých sugescí, instrukcí a příkazů k rozkolísání dosavadních neúčinných stereotypů v pacientově prožívání a chování

Terapie zachycená v Ericksonových kazuistikách je nezřídka dramatickým sledem podivných příkazů, vymyšlených pro každého pacienta zvlášť, s neočekávanými komentáři a překvapujícími domácími úkoly, u nichž terapeut ke zděšení pacienta naléhá na bezpodmínečné splnění. Terapeut poskytuje paradoxní směrnice, které nařizují spíše zhoršení než zlepšení příznaků, jejichž záměrné vyvolávání navíc nebo v absurdních formách. Předepisuje chování, kterého by se pacient chtěl zbavit. Možný mechanismus účinku může spočívat v tom, že vykonáváním něčeho jiného, než je to logické, co se bezúčelně zkoušelo, se vnesou do dění nové zážitky a nové aspekty. Záležitosti se posunou do jiné úrovně. Těchto podnětů využívá strategická terapie palo-altské školy i rodinná terapie milánské školy a shrnují se nověji pod pojmem paradoxní psychoterapie (Weeks a L'Abate 1982). Sami k nim máme zdrženlivý postoj. Pokud je provádí psychoterapeut s vysokou prestiží,

mohou působit jako originální, tvořivé terapeutické zásahy. Pokud je napodobuje psychoterapeut bez takové pověsti, mohou působit jako projev nedostatečné odbornosti a vést u pacienta k tendenci se raději takovému terapeutovi vyhnout.

V ericksonovské hypnoterapii se užití hypnózy volně kombinuje s těmito příkazy zadávanými většinou v bdělém stavu. Z popisů v kauzistikách a také při pozorování Ericksonovy práce s pacientem lze ovšem mnohdy obtížně odhadnout, zda a kdy byl pacient v hypnóze a zda jej Erickson vůbec hypnotizoval. Přechod mezi normálním bdělým stavem a tím, co Erickson označuje za hypnotický stav, je podle něj plynulý. Pacient může snadno a nepozorovaně přecházet z jednoho do druhého i bez formální hypnotizace. Taková představa odpovídá i Ericksonovým různorodým nepřesným „definicím“ hypnózy. Jednou ji označuje jako pohroužení se do intenzivního prožitku a stav fungování na nevědomé úrovni bez interference vědomé mysli, jindy jako interakci, v níž dochází k získání spolupráce a odstranění zábran, a jindy pouze jako soustředění se na vlastní myšlenky, hodnoty, vzpomínky a názory na život. Přitom v terapeutických sezeních běžně nijak neověřuje její hloubku podle tradičních kritérií.

Je tedy ericksonovská hypnoterapie do značné míry tvořivou psychoterapeutickou improvizací, neformálně začleňující sugestivní a hypnotické prvky.

Kapitola o ericksonovské hypnoterapii nechce na rozdíl od jiných kapitol této knihy sloužit jako návod k provádění. Je napsána pouze jako informace o zajímavém přístupu, který vyvolává v současné době ve světě zvýšenou pozornost. Zájemce o vyzkoušení tohoto přístupu je nutno odkázat na samostatné kritické studium příslušné literatury.

10. HYPNÓZA A KOMPLEXNÍ PSYCHOTERAPIE

Ze syntetického, komplexního přístupu, který v naší psychoterapii včetně hypnoterapie v současné době převládá, vyplývá, že nemáme ani nevychovávané specialisty, kteří by v rámci své praxe nedělali nic jiného než hypnotizovali, a že také jednotlivý pacient si k hypnoterapeutovi jen zřídka přichází pouze na hypnózu. Využití hypnózy je obvykle *součástí psychoterapie*, někdy pomocnou, někdy podstatnou, ale vždy se kromě hypnotizování a sugerování odehrává v kontaktu pacienta s hypnoterapeutem ještě něco jiného. Především se uplatňuje podstatný faktor psychoterapie, *terapeutický vztah*. Dále obvykle probíhá souběžně využití i jiných psychoterapeutických technik. Systematický koncepční rámec tomu dává tzv. *metoda dvojí koleje*.

1. Hypnóza a terapeutický vztah

Terapeutický vztah, který se má vytvořit mezi pacientem a terapeutem, je nosnou základnou pro použité psychoterapeutické metody. Pacient v něm především cítí bezpečí, důvěru, možnost se svěřit terapeutovi a jistotu, že mu bude porozuměno, že nebude odmítnut. Ví, že může mluvit o sobě a o svých problémech a že mu s nimi terapeut na základě své kvalifikace bude moci účinně pomáhat. Do vztahu se mohou promítat některé problémy ve vztazích pacienta k významným lidem z jeho současnosti nebo minulosti a v terapeutickém vztahu může dojít k jejich opravení prožitím „emoční korektivní zkušenosti“, nejčastěji v tom směru, že lidem se dá věřit a dá se s nimi spolupracovat. Vztah je tak určitým významným životním „setkáním“ pacienta s člověkem, který ho chápe a který mu pomáhá.

Užití hypnoterapie určité základní prvky vytvořeného terapeutického vztahu do jisté míry předpokládá a současně může tento vztah neobyčejně zintenzivňovat. Tím, že se pacient poddává hypnóze, vytváří se mezi ním a psychoterapeutem ještě větší vazba. Předává mu při hypnóze řízení svých myšlenek, pocitů a jednání, vzdává se sebekontroly. Sedí nebo leží před ním uvolněný a naslouchá bez přemýšlení jeho slovům. S důvěrou a pocitem, že je v dobrých rukou, nechává terapeuta o sebe pečovat, nechává ho, aby vsunoval své sugesce do jeho „podvědomí“. Zároveň získává příjemné zážitky z relaxace, odpoutání se od starostí a z navození pohody. Pod tímto vlivem bývá pak nejen v hypnóze, ale i v terapeutickém sezení mimo hypnózu přístupnější terapeutovým myšlenkám, poddajnější, ochotnější se svěfovat a připravený nechat se terapeutem vést svým dalším životem.

Kromě nesporných výhod, které to přináší, je v tom i určité nebezpečí, kterým může být přetrvávání zvýšené závislosti. Pacientovy závislosti lze sice v určité etapě léčby vhodně využít, ale její přetrvávání není žádoucí. Terapie má závěrem směřovat k podpoře samostatnosti pacienta a jeho schopnosti zvládat problémy vlastní silou. Pacient se má umět včas od terapeuta odpoutat. Neplatí to nutně vždy. Pacienta s terminálním onemocněním může hypnoterapeut doprovodit v této závislosti až ke smrti a ulehčit mu umírání. U některých alkoholiků a toxikomanů by mohla po určitou dobu (únosnou především pro terapeuta) být méně nebezpečná závislost na terapeutovi alternativou jejich zhoubné závislosti na droze. Většinou však směřujeme k pacientově nezávislosti a vytvořená hypnofilie by zde mohla být nepříjemnou překážkou.

Kromě hypnofilie ve smyslu „lásky k hypnóze“ mohou do vztahu k hypnotizérovi pronikat i prvky erotické vazby, zamilovanosti (podob-

ně jako v některých jiných metodách intenzivní psychoterapie), které pak komplikují léčbu a vyžadují buď rychlé ukončení, nebo náročnou analýzu přenosu.

Vytváření a přetrvávání závislosti se bráníme omezováním počtu sezení, např. stanovením určitého limitu (10 sezení) hned v počátcích hypnoterapie, postupným prodlužováním odstavu mezi sezeními a případným přechodem na relaxační a autosugestivní cvičení (autogenní trénink), která si s využitím reakcí a formulek, nacvičených v hypnóze, už pak provádí pacient doma sám. Perspektivu osamostatňování a nezávislosti pacienta může hypnotizér zařadit i do svých posthypnotických sugescí a do pacientových autosugestivních formulek.

2. *Metoda dvojí koleje*

Název pochází od E. Kretchmera (1959). Volně můžeme tuto komplexní metodu charakterizovat jako souběžné provádění: 1. terapie zaměřené na pochopení, zpracování a vyřešení pacientových problémů – ať už vycházejí ze současné tíživé situace, z osobnosti nebo z nepropracovaných minulých zážitků, a ať už sami využíváme více metod psychoterapie racionální, empatické nebo dynamické (viz Kratochvíl 1987) – a 2. hypnoterapie, v níž se převážně ovlivňují potíže, ať už specifickými formulkami nebo obecně posilujícími sugescemi se zvyšováním pacientova klidu a celkové schopnosti vyrovnávat se s problémy. Obojí souběžně probíhající postupy se mohou v některých fázích systematické terapie výrazněji prolínat, např. využije-li se hypnózy k prohloubení explorační nebo ke katartickému odreagování, jež se pak dále zpracovává v první koleji, nebo přenesou-li se naopak to, co vyplynulo z terapeutických rozhovorů v bdělém stavu, do hypnotických sugescí.

Uvedenému rozdělení metod odpovídá i typické časové rozdělení každého jednotlivého psychoterapeutického sezení.

V první části sezení terapeut probírá s pacientem jeho problémy, jeho vztahy k významným osobám v současnosti a životní osudy, a případně postupně objasňuje kořeny současných problémů v dřívějších významných událostech, traumatech a frustracích, včetně dětství. *Empaticky naslouchá* tomu, co má pacient sám potřebu sdělit, povzbuzuje ho v jeho sebeexploraci, v hlubším sebepoznávání a ve zvyšování dovedností vyjádřit svoje závažné pocity. Podle potřeby se s ním vrací do dětství, umožňuje mu uvědomění a vyjádření dřívějších potřeb, neventilovaných pocitů křivdy, pocitů agresivních, sexuálních aj., *navrhuje interpretace* různých souvislostí. Postupně zvažuje s pacientem možnosti řešení problémů. Vede ho k novým vlastním rozhodnutím a *dává pokyny k nácvičce* nových postojů a nového chování (např. větší důvěry

k lidem, optimismu, potřebné aktivity v sociálních kontaktech, sebeovládání nebo sebeprosazení, účelného zvládnání konfliktových situací).

V druhé části sezení položí terapeut pacienta na pohovku nebo ho posadí pohodlně do křesla, přestane s ním diskutovat a pohružuje ho do hypnózy, v níž mu zadává sugescie, na kterých se obvykle s pacientem předem dohodli.

V sugescích může někdy do jisté míry rekapitulovat výtěžky z předchozího rozhovoru a využít jich i jako racionálního zdůvodnění účinnosti symptomatických sugescí („Jak se stále více orientujete ve svých problémech a učíte se je účinně zvládat, stávají se potíže zbytečnými a mohou zcela vymizet.“)

Vedle koncepční zdůvodněnosti takového postupu zjišťujeme u léčených pacientů i větší spokojenost s průběhem sezení. Pacient, který nedoceňuje význam psychoterapie rozhovorem, odchází ze sezení s pocitem, že terapeut s ním nejen hovoří, ale také proti jeho potížím něco aktivně dělá. To v pacientových očích někdy dostatečně nahrazuje předepisování léků, kterého by se jinak vedle psychoterapie dožadoval. Na druhé straně pacienti posílání přímo k hypnoterapii odcházejí s pocitem, že terapeut je nejen rutinně „zhypnotizuje“, ale že se jim snaží také porozumět.

Metoda dvojí koleje však především odstraňuje častou a závažnou námitku proti symptomatické hypnoterapii u psychogenně podmíněných poruch, že pokud trvají jejich příčiny, pouhé sugestivní odstranění symptomu může vést k záměně jednoho symptomu druhým a - pomáhal-li symptom pacientovi řešit jeho svízelnou situaci - ke zhroucení jeho obrany a upadnutí do deprese. Bludný kruh se takto nedaří přetnout. V souběžné terapii může naopak vzniknout pozitivně se posilující kruh. Se zvládnáním problémů mizí hlubší příčiny přetrvávání symptomů a se symptomatickým ovlivňováním potíží se zvyšuje schopnost pacienta dosavadní problémy adaptivněji řešit.

C. HYPNÓZA U RŮZNÝCH ONEMOCNĚNÍ A PORUCH

V této části se pokusíme shrnout indikace, specifické aplikace a možnosti hypnoterapie v jednotlivých lékařských oborech a u jednotlivých onemocnění či symptomů. Nejrozsáhlejší oblast pro využití hypnózy poskytuje psychiatrie, zejména tzv. malá psychiatrie, zabývající se onemocněními, která jsou převážně psychogenně podmíněná. Na ně navazují psychosomatická onemocnění, u nichž je podíl psychogenních faktorů rovněž významný a která spadají do různých oborů, především však do vnitřního lékařství. Dalšími oblastmi využití jsou chirurgické obory, jako chirurgie, ortopedie, stomatologie, porodnictví a gynekologie, onkologie aj., kde hypnóza nabízí možnosti uklidňující přípravy na chirurgické zákroky, ovlivňování bolesti a pomoci při rehabilitaci i při adaptaci na případné následující nutné změny v životě. Poslední významnou oblastí je pediatrie a pedopsychiatrie, kde hypnóza přináší možnosti ovlivňování jak neurotických symptomů, tak nevhodného chování a některých výchovných obtíží.

Mnoho absolventů kurzů hypnózy se po zvládnutí hypnotizačních postupů a zahájení hypnoterapeutické práce ptá, jak u jednotlivých symptomů nejlépe formulovat terapeutické sugesce. Snažíme se v následujících kapitolách vyjít vstříc těmto požadavkům a uvést naše vlastní osvědčené formulace i poukázat na postupy různých autorů, kteří získali zkušenosti s léčbou příslušných příznaků. Formulace, které uvádíme, nejsou samozřejmě závazné, představují pouze určitou nabídku k tvořivému využití.

Než začneme hypnotickou sugescí odstraňovat chorobné příznaky, měly bychom si být jisti: 1. že *nejsou varovným příznakem nějaké organické choroby* nebo že je tato choroba již řádně diagnostikována a že se přiměřeně léčí a 2. že *nemají hlubší psychodynamický smysl*, tj. že nejsou projevem nějakého trvajících konfliktu, nezpracovaného psychotraumatu či prostředkem k vyhnutí se tíživé situaci, nebo že se s uvedenými problémy souběžně psychoterapeuticky pracuje.

Příznak můžeme někdy úplně zvládnout v jediném sezení a v dalších dvou až třech sezeních pak jen účinek posilujeme a upevňujeme. To je

ovšem spíše výjimečné. Častěji zvládneme příznak postupně, v sezeních, která po sobě následují někdy denně či obden, obvykle však jedenkrát za týden, se závěrečným prodlužováním intervalů. Průměrně se při symptomatické léčbě počítá asi s osmi sezeními. Psychosomatické poruchy však častěji vyžadují 20–30 sezení.

1. NEURÓZY

Uvedeme nejprve specifické sugescce pro některé z nejčastějších jednoduchých neurotických symptomů, jako je nespavost, bolest hlavy, úzkost, strach, tréma a deprese. Pak se stručněji zmíníme o přístupu k základním formám neuróz, které zahrnují již celou řadu dílčích symptomů.

Poukázali jsme již v obecné části na to, že do léčebných hypnotických sugescí je výhodné začlenit: 1. celkové posilování dobré pohody, klidu, energie, jistoty a schopnosti vyrovnávat se s překážkami, 2. různorodé pestré formulace zaměřené na zvládnutí a odstranění příslušného symptomu, 3. jednoduchou, krátkou, údernou, tzv. jádrovou formulku, kterou vícekrát opakujeme a 4. racionální či pseudoracionální zdůvodňování očekávaného účinku. Pokusíme se aspoň zpočátku přihlížet k těmto směrniciím a nabízet formulace odpovídající bodům 2, 3 a 4. Formulace k bodu 1 jsme v širokém rozsahu uvedli na str. 88–89.

U většiny neurotických potíží platí, že by se psychoterapie měla zaměřit nejen na symptom, ale také se snažit odhalit a zvládnout jeho příčiny: pomoci pacientovi porozumět, proč potíže vznikly, a pomoci mu se s příčinami účinně vypořádat. I v tom může být terapeutovi nápomocná hypnóza, které využívá k podnícení vzpomínek, k vrácení pacienta do situací, kdy se zážitek objevil poprvé, a k případnému odraňování potlačených afektů, s nimiž byl vznik symptomu spojen.

1. Nespavost

Nespavost je symptomem dobře indikovaným pro hypnotickou léčbu a její ovlivňování bývá mnohdy vděčné. Je-li nespavost dlouhotrvající a úporná, přičemž pacient již delší dobu užíval hypnotika, nesnažíme se zpravidla dosáhnout hypnotickými sugescemi úplné úpravy spánku ihned, ale sugerujeme postupné zlepšování: „Budete snáze usínat, spát déle než dosud, ráno se budete probouzet svěží.“ Především sugestivně zdůrazníme zvyšující se schopnost v noci klidně odpočívat i beze spánku, zůstat v pohodě a nezneklidňovat se: „Noční odpočinek stačí k regeneraci sil, i když člověk nespí, hlavní je, že v klidu odpočívá.“ Učíme sugescemi pacienta, aby nebyl netrpělivý, aby se už nenechal

ovládat představami, že když neusne, bude příští den unavený a nevýkonný. Má si zvyknout využívat klidného ležení v posteli k příjemnému snění.

Večer, když ulehnete ke spánku, odpoutáte se od svých denních činností a starostí a ponoříte se do stavu příjemného uvolnění a klidu. Budete příjemně odpočívat. Nebudete se snažit usnout, nebudete se zneklidňovat, že ještě nespíte nebo že se v noci probouzí. Váš organismus dobře odpočívá, i když jen v klidu ležíte. *V noci klidně odpočíváte.* Z tohoto klidu můžete snadno přejít do hlubokého spánku. Naučíte se klidně odpočívat i spát. V noci budete klidně a hluboce spát.

Večer, když ulehnete, vybavíte si nějakou příjemnou scénu, u které můžete s potěšením setrvat, např. příjemný odpočinek na dovolené, vycházku po lese, poležení u vody, cestování po zajímavých místech. Budete si snít a z tohoto snění se plynule ponoříte do spánku. Pokud se náhodou v noci probudíte, budete zase dál ve snění pokračovat, až se znovu vaše představy rozplynou a zase se ponoříte do hlubokého spánku. *V noci klidně odpočíváte.* Večer budete snadno usínat, v noci budete klidně a hluboce spát a ráno se budete probouzet dobře vyspaný a svěží.

U pacientů, kteří se křečovitě snažili usnout a znepokojovali se svou nespavostí, se může *bagatelizace spánku* a vyvolání lhotejného postoje k němu ještě více zdůraznit.

Budete se těšit na noční odpočinek, na možnost v klidu a pohodě si poležet v posteli. Nebudete se snažit usnout. Necháte všemu volný průběh. Spánek se dostavuje sám, automaticky, ne jako výsledek vašeho úsilí. A bude se u vás takto automaticky, spontánně, plynule dostavovat.

Pokud se v noci probudíte, budete mít radost, že ještě není ráno, že ještě nemusíte vstávat a můžete si v klidu poležet. Nebudete ani otvírat oči, ani se nebudete ničím zneklidňovat, zůstanete dál klidně a spokojeně ležet. Budete dál ospalý a za chvíli znova hluboce usnete. Spánek bude u vás nastávat spontánně, plynule a automaticky.

Někdy zkoušíme vypracovat u pacienta malý *předspánkový rituál*, který má sloužit jako podmíněný signál, připravující nástup přirozeného usnutí. Ptáme se na návyky před spánkem (mytí, čištění zubů), na úpravu polštáře a přikrývky na lůžku, na nejoblíbenější polohu při usínání a využijeme některých prvků v sugescích; např.: „Když se položíte na pravý bok, uchopíte do ruky cípek podhlavníku a třikrát se zhluboka nadechnete a vydechnete, začnete se cítit silně ospalý. Odpoutáte se od všeho a váš organismus začne usínat přirozeným, normálním spánkem.“ Také můžeme sugerovat, že pacienta bude do spánku pohružovat sledování vlastního dechu.

Také se může při hypnotizaci nebo během hypnózy využít některá *fantazijní technika* (na zelené louce, procházka sadem, procházka po horách, pohled na plující oblaka), kterou rozvineme do četných a bohatých obrazů. Pacientovi pak posthypnoticky vsugerujeme, že bude těchto obrazů využívat jako přípravy k večernímu usnutí, že mu pomohou ponořit se do normálního nočního spánku.

Pacientům, kteří mají kazetový magnetofon s automatickým vypínáním, můžeme doporučit magnetofonovou pásku „Psychobalzám“, která obsahuje relaxačně-uspávací sugesce, podbarvené uklidňující hudbou.*

2. Bolesti hlavy

V základní formulce se mluví o mizení bolesti hlavy a zároveň se – podle zásady o pozitivních formulacích – zdůrazňují kladné, příjemné pocity v hlavě.

Bolesti hlavy mizejí, ztrácejí se. Hlava přestane bolet. Hlava bude jasná, čistá, uvolněná, klidná. Všechny nepříjemné pocity z hlavy odcházejí, zcela mizejí, ztrácejí se. Zůstane jen příjemný pocit. Hlava je jasná, čistá a klidná.

Sugesce můžeme rozvíjet v několika směrech. Jednak je můžeme *racionálně zdůvodňovat*: „Tak jak postupně aktivně řešíte své problémy, jak se dovedete stále lépe vypořádat se svou životní situací, ztrácejí bolesti hlavy své opodstatnění, stávají se zcela zbytečnými, mohou úplně zmizet. Zmírňují se, ztrácejí se, mizí, ztratí se úplně a už se nebudou vracet.“ Přitom neurčujeme termín, kdy se ztratí docela, sugerujeme spíše postupné zlepšování a jeho rychlost upravujeme podle toho, co nám pacient sděluje v dalších sezeních. Neznepokojujeme se tím, že i po skončení hypnózy pacient stále ještě uvádí přetrvávání bolesti hlavy. Zdůrazníme, že bolesti „budou mizet postupně“.

Také se můžeme pokusit v daném sezení vytrvale sugerovat zmírňování bolestí až do jejich úplného vymizení a žádat od pacienta zpětnou informaci o tom, jak tato sugesce účinkuje, případně *s bolestí manipulovat* a „přesunovat ji“.

Zvedněte pravý ukazováček nahoru, podle toho, jak silně nyní cítíte bolest v hlavě. Když se bude bolest zmírňovat, budete ho dávat zpět. Bolest hlavy se bude nyní stahovat zepředu dozadu, do týla, a odtud bude vycházet z těla ven . . . jako by vycházela do křesla, o které se vaše hlava opírá. Bolest hlavy se posunuje . . . , přesunuje. Odchází z čela a posunuje se dozadu. Napomohu tomu svým dotykem. (Hypnotizér jemně přejíždí pacientovi po vlasech zepředu dozadu.) Bolest hlavy se přesunuje dozadu a vychází z hlavy ven. Ještě dál, ještě víc . . . Cítíte se stále lépe a lépe.

Sledujeme pacientův prst jako ukazatel změny v pocítování bolesti a podle toho pokračujeme. Pokud se bolest nakonec zmírní nebo vymizí, sugerujeme, že to tak zůstane i po skončení hypnózy a bolest se již nebude vracet. Pokud se bolest ani vytrvalým postupem nepodaří bez-

* Zasílá Opus, zásilková prodejna, Bratislava, Beblavého 8.

prostředně odstranit, přejdeme k posthypnotické sugesci, že se bude zmírňovat a ztrácet postupně a že bude s každým dalším dnem slabší a slabší: „Budete se cítit stále lépe a lépe.“

Přihlížíme samozřejmě k tomu, zda pacient má bolesti právě v době, kdy u něj provádíme hypnózu, anebo zda prostě trpí častými bolestmi hlavy, které však v době hypnotizace nemusejí být právě přítomny. Jejich mizení pak samozřejmě sugerujeme jen posthypnoticky.

3. Úzkost, strach a tréma

Úzkost nemá jasný předmět, strach se týká specifických předmětů, zvířat, osob nebo situací. Tréma je strach ze zkoušky nebo z vystoupení před lidmi. Základní kladnou sugescí je zde sugesce klidu: 1. sugesce klidu jako základního ladění, ze kterého se pacient nedá snadno vyvést a do kterého je schopen se snadno a rychle vrátit, a 2. sugesce klidu, který se týká specifických situací.

1. Od nynějška se budete cítit klidný. Vaší trvalou základní vlastností se stává klid. Nebudete mít žádné zbytečné obavy, strachy či úzkost. Stáváte se klidným a vyrovnaným člověkem. Jste naprosto klidný. Klid, který prožíváte nyní, se přenesete do vašeho každodenního života.

2. Kdykoliv půjdete přes náměstí, nakupovat do obchodu, pobavit se do divadla nebo do kina, kdykoliv pojedete dopravním prostředkem, vždy se budete cítit klidný. Tyto situace vám zcela přestávají vadit. Můžete chodit bez obav a beze strachu všude tam, kam potřebujete nebo chcete. Cítíte se v těchto situacích již bezpečný a klidný. (Příklad formulace u agorafobie a klaustrofobie.)

Vedle těchto jednoduchých přímých symptomatických sugescí můžeme použít různých podpůrných prostředků.

U úzkosti, která se u daného pacienta vyskytuje záchvatovitě, můžeme zkusit *napřed úzkost sugescemi vyvolat a pak ji odstranit*. Tím pacientovi názorně předvedeme, že úzkost je snadno ovlivnitelná.

Za chvíli u vás vyvolám váš typický úzkostný stav a pak jej zase odstráním. Tak jak se objeví, tak zase zmizí. Nyní už začínáte cítit, jak to na vás přichází. Začínáte cítit úzkost. Pocit se stupňuje . . . úzkost . . . nejasný strach. Objevuje se napětí, bušení srdce. Úzkost víc a víc, ještě silněji to prožíváte . . . A nyní, stejně jak se tento stav objevil, tak zase zmizí. Úzkost začíná mizet a uklidňujete se. Cítíte, jak se ve vašem těle rozlévá příjemný klid, uvolnění a pohoda. Úzkost je pryč. Jste úplně klidný. Vidíte, jak snadno se záchvat vyvolá, tak snadno zmizí, není třeba se ho obávat. Úzkost je zbytečná, stavy úzkosti se u vás od nynějška zmírní a vymizí docela. Přestávají vás ohrožovat, ztrácejí na významu, mohou vymizet úplně. Stáváte se celkově klidným.

Nestačí-li prosté posthypnotické sugesce, je možno zkusit podmiňovat uklidnění *autostimulačním manévrem*, signálem, který si v případě potřeby dává pacient sám.

Stav úzkosti vyvoláváme v hypnóze několikrát, přičemž zadáváme sugesci, že kdykoliv si pacient sám stiskne palec proti ukazováčku, stav úzkosti okamžitě vymizí a dostaví se pohoda a klid. Několikrát to v hypnóze vyzkoušíme a pak zadáme posthypnotickou sugesci, že to takto bude působit i v běžném životě. Kdykoliv by pacient pocítoval úzkost, stiskne zmíněné prsty, a ihned se uklidní. Účinnost signálu je ovšem třeba navcičit a upevnit ve větším počtu sezení.

Abychom objasnili neuvědomované příčiny a souvislosti, můžeme také zkusit *sugerovat návrat do situace, kdy se příslušný stav objevil poprvé*, a případně potlačený zážitek ohrožení nechat v hypnóze odreagovat. Přijme-li pacient tuto sugesci a začne něco prožívat, žádáme, aby to projevoval navenek, např. aby popisoval situaci a to, co cítí. Povzbuzujeme ho, aby to prožíval jako probíhající současnost a dostal to ze sebe, zbavil se toho.

Podobně u různých konkrétních strachů je možno napřed nechat strach prožít a případně primární traumatizující situaci odreagovat. Významné místo může zaujmout hypnotická *desenzibilizace*. Představovaný či halucinovaný prožitek spojujeme se sugescí klidu: „Strach se zcela ztrácí, jste v této situaci už zcela klidný.“ Prožitek se současnými sugescemi naprostého duševního klidu a pohody vyvoláváme opakovaně, až přestane vyvolávat strach a pacient signalizuje (např. prstem), že je při něm již zcela klidný. Tento klid přenášíme posthypnoticky do příslušných situací v běžném životě. Někdy vymizí strach při prožitku v představách hned po první příslušné sugesci a jen přenášení do běžného života může vyžadovat opakovaná sezení. U obtížněji ovlivnitelných případů může být potřebné provádět desenzibilizaci odstupňovaně.

Např. u strachu ze psů sugerujeme, že pacient si spokojeně hraje s malým štěnětem. Později ho necháváme prožívat, že klidně vede na vodítku většího známého psa. Teprve pak sugerujeme, že zůstane zcela klidný, i když bude prožívat, jak na něj zblízka štěká velký cizí pes. Sled sugerovaných scén můžeme nejlépe sestavit podle individuálního žebříčku pacientových strachů, tak jak je tomu při systematické desenzibilizaci v behaviorální a discentní psychoterapii (srov. Kondáš 1973).

Ve zvlášť obtížných případech můžeme také zkusit hypnabilního pacienta uvést v hypnóze nejen do halucinované, ale i *do reálné situace*, v níž prožíval nepřekonatelný strach, a prakticky mu ukázat, že se v ní může klidně a bezpečně pohybovat. Z této skutečnosti pak vycházíme v následujících posthypnotických sugescích.

Hypnotické sugescie můžeme také vhodně použít jako *podpurný postup při nácvikové léčbě* u fobií, k čemuž nám stačí i lehká hypnóza. Pacient uskutečňuje určený nácvikový program a terapeut ho sugescemi v lehké hypnóze současně povzbuzuje k jeho vytrvalému provádění.

Tak např. hospitalizovaná pacientka s těžkou agorafobií, projevující se strachem z chůze po ulici a přes náměstí a z nákupů v obchodech, má zadán nácvikový postup, při němž má denně chodit směrem do města: nejprve se spolupacientkou, pak sama jen malý a postupně prodlužovaný kus cesty, nahlédnout do obchodů atd., až se naučí samostatně a beze strachu vyřizovat nákupy pro spolupacienty. O stupňovaných úkolech a jejich plnění si vede deníkový záznam, který s ní terapeut hodnotí a úspěchy pozitivně posiluje. Souběžně s tím může terapeut při kontrolních sezeních navodit hypnózu, v níž dosažené úspěchy potvrzuje i sugescemi a připojuje sugesce dalšího úspěšného průběhu nácviku: „Nyní se vám již podařilo ujít sto metrů beze strachu a klidně se vrátit zpět. Máte z toho radost a máte velkou chuť pokračovat dál. Budete dál cvičit a získávat další úspěchy. Příště budete schopna ujít zcela klidně dvakrát tak daleko a zase se z toho budete těšit. Při chůzi městem jste už zcela klidná. Brzy budete moci chodit klidně i nakupovat. Víte, co chcete, a dokážete to.“ V komplexní psychoterapii je ovšem třeba také zjistit, zda zmíněná fobie nemá v životě pacientky nějaký skrytý účel, např. udržet péči a pozornost manžela nebo dospívajících dětí, které musejí nemocnou matku doprovázet do obchodů nebo za ni vyřizovat nákupy. V takovém případě je třeba souběžně s nácvikem adaptivněji vyřešit problém, který je podkladem tvorby symptomu nebo sekundárního zisku z něj, tj. v uvedeném příkladě problém hrozící osamělosti.

Na některé pacienty dobře působí, když jsou *sugesce začleněny do přirovnání, obrazů, symbolů a představ*. Uvedu příklad sugescí, které jsme s úspěchem použili u pacienta trpícího trémou a obavami z hovoru před více lidmi. V rámci své nové funkce potřeboval být schopen mluvit k členům družstva na členských schůzích. V předběžné exploraci jsme zjistili, že rád chodí na výlety do hor, kde se cítí psychicky velmi dobře. Toho jsme využili v terapeutických sugescích v celkem pěti sezeních.

Jste nyní na výletě v horách. Procházíte se po hřebenech a díváte se na obě strany do údolí. Cítíte se příjemně a volně, všechny problémy, které mají lidé tam dole v údolích, se vám zdají nicotné, cítíte se nad vše povznesen . . . vysoko v horách. Nyní vystoupíte na nejvyšší vrcholek a rozhlédnete se na všechny strany. Cítíte se volný jako pták. Můžete tady mluvit, volat, řečnit – zcela bezpečně, jistě a sebevědomě. Dovedete jasně a srozumitelně zformulovat své myšlenky, jste povznesen nad jakýkoliv strach a trému. Můžete jistě a klidně mluvit k lidem. A tento pocit bezpečí, klidu a jistoty si z hor přenesete dolů, k vám do vesnice. Se stejnou jistotou můžete mluvit kdekoliv k lidem, diskutovat, věcně a srozumitelně vyjádřit své myšlenky na schůzi. Kdybyste někdy ještě pocítil náznak nejistoty a trémy, vzpomenete si na uklidňující a povznášející *zážitek pohledu z vrcholu vysoké hory* a budete se znovu cítit bezpečný, klidný a jistý.

Také u trémy je výhodné vypracovat nějaký *autostimulační manévr*, který má pacient v zásobě pro případ vzniku trémy. Ve výše uvedeném případě mohla tuto funkci do jisté míry plnit záměrně vyvolaná představa pohledu z vysoké hory. Častěji se však využívá nějaký záměrný pohyb nebo dotyk.

Když budete na jevišti (u zkoušky, za řečnickým stolem apod.), budete se cítit bezpečný a jistý. Bude se vám pohodově vybavovat vše, co potřebujete říci. Budete mít radost z toho, že vám lidé naslouchají. Plně se vžijete do své role. Kdyby se někdy přece

jen objevil náznak nejistoty, stačí když na několik vteřin pevně zatlačíte pravou nohou do podlahy. Neklid ihned zmizí a budete opět plně soustředěn, ponořen do svého úkolu. Podáte výborný výkon.

4. Deprese

Při sugestivním ovlivňování deprese je třeba diferenciatně-diagnosticky odlišit neurotickou depresi či depresi u hypotymních a cykloidních osobností od endogenní deprese a melancholie, která není podstatně hypnoticky ovlivnitelná a kde by se mohla zanedbat účinná léčba anti-depresiv. To by mohlo mít závažné následky zejména při hrozícím nebezpečí suicidia.

Základní sugestivní formulace u depresí se zaměřují na *zlepšení nálady, obnovení zájmu o svět a na podnícení pacienta k činnosti.*

Smutek a depresivní nálada vás postupně přejde, vše se bude měnit k lepšímu. Budete se cítit vnitřně klidnější, začnete objevovat zajímavé, hezké stránky života, budete aktivnější a činorodější. Svět je zajímavý, začíná vás znovu zajímat. Budete schopni kolem sebe vidět krásy přírody, zajímavosti kultury, všimát si lidí a jejich osudů. Člověk je někdy nahoře, někdy dole. V poslední době jste se dostal dolů. Nyní už se začínáte dostávat nahoru. Budete se cítit klidný a zároveň aktivní, živější, vyrovnanější i veselejší. Budete schopni si uvědomovat i drobné příjemnosti života, pohlížet na život z té lepší stránky. Cítíte se opět příjemně a dobře.

U deprese, která má reálnou příčinu v současné životní situaci pacienta (úmrtí blízké osoby, nešťastná láska, ztráta postavení, konflikto-
vá situace, vlastní invalidizující choroba), připojujeme sugesci *zvládnutí a překonávání obtížné situace.* Pokud byl původní afekt potlačen, je možno ho nechat napřed odreagovat.

Zažil jste významnou ztrátu a je přirozené, že jste byl skleslý, smutný, bez nálady, že se vám do ničeho nechtělo. Ale sám cítíte, že takový nemůžete a nechcete zůstat. Je čas, abyste se vzpamatoval a začal zase plně žít. O důležité hodnoty jste v životě přišel, ale je čas, abyste spočítal, co vám zůstalo, na čem můžete stavět, co ještě můžete vykonat, co ještě můžete prožít a jak ještě můžete být užitečný. Začínáte si plně uvědomovat, že máte . . ., že byste mohl . . ., že můžete rozvinout . . ., že dokážete . . . A chcete žít znovu plně, užitečně, dobře. Začínáte cítit, že to opět půjde. Vrací se vám chuť, energie a síla, nedáte se, dokážete, že ještě nejste odepsaný, ještě můžete mnoho hezkého prožít i mnoho užitečného vykonat. Můžete a chcete se zachovat jako statečný člověk. Cítíte opět sílu a chuť do života.

U pacienta s dosud živou bolestnou vzpomínkou musíme počítat s tím, že při připomenutí příslušné události - i nepřímo, zmínkou o smrti, pomíjivosti světa, potřebě překonávat těžkosti - se v hypnóze rozpláče. Neznepokojujeme se tím a nepotlačujeme pláč ihned, spíše potvrdíme reakci následujícími sugescemi a jen zvolna ji přeoriento-
váváme: „Ano, když si na to vzpomenete, je vám přirozeně smutno . . .

Ale už sám začínáte současně cítit, že je čas začít zase žít aktivně, nepoddávat se jen neplodnému smutku, vyjít z něj, překonat jej. A začínáte se cítit zase schopný žít, začínáte vidět i kladné stránky svého života . . . Nyní se vám některé z nich připomenou . . . “

Ve formulacích využíváme i *pacientovy vlastní výroky z explorační*, kterými vylíčil sebe (sebebodceňování) a okolí („vše je špatné“). Nevyracíme je, spíše se do nich vcítujeme, přijímáme je, ale současně je uvádíme do širších souvislostí, v nichž ztrácejí svou všeobecnou platnost.

Opustil vás a máte pocit, že už nikdy nebudete mít nikoho ráda, že všichni jsou takoví, že svět je špatný, že vás všichni jen zklamou . . . (nebo: že nestojíte za nic, že vás ani nikdo nemůže mít rád). Takto to prožíváte, ale zároveň si začínáte uvědomovat, že znáte některé lidi, kterých si vážíte, připomeňte si je teď před svým duševním zrakem, některé osoby, které pro vás v životě vykonaly něco dobrého . . . i na ty si teď vzpomeňte, a že v životě jsou věci špatné i dobré, černé a bílé i pomíchané či šedivé. Čas plyne, odnese špatné zážitky a objeví se zážitky nové, otevřou se další možnosti, nebudete jim předčasně zavírat dveře. Smutné události budou pomalu upadat do zapomnění a vy se budete otvírat novým zážitkům, novým možnostem, dalšímu zajímavému životu . . .

Další možnosti nabízí *fantazijní technika*, při níž můžeme vyjít např. z nahledu, který poskytuje cestování na obláčku (viz str. 30).

A tak se vznášíte na lehoučkém obláčku, vidíte všechny ty problémy z výšky a s nahladem a už se vám nemohou zdát tak definitivní, tak osudové, jako když jste byl do nich ponořen až po hlavu jako do zakalené vody. Nyní jste vysoko nahoře, máte hlavu nad vodou, nad světem, *shlížíte na vše z výšky a vidíte mnohem dál*. Vidíte, jak je to všechno malicherné v porovnání s krásou a mohutností přírody, s velikostí světa a nekonečností vesmíru, s tisíciletími, která plynou. Někteří umírají a jiní se rodí . . . Nač se trápit věcmi, které za chvíli pominou . . . Proč raději nevyužít toho, co zbývá? Proč se raději netěšit z těch krás, které se teď zřetelně rýsují před vámi. Z výšky vidíte mnohem víc možností a cest, než jste jich viděl dole, ponořen do kalné vody. Nyní jste nahoře a využijete toho pro plánování svého dalšího života . . .

S oblohou lze ve *fantazijních technikách* u depresí pracovat i při pohledu zdola.

Vaše chmurné myšlenky jsou jako tmavé mráčky na obloze. Připlouvají, obklopují vás, vypadá to, jako by nebylo už nic jiného. Ale podívejme se . . . tmavý mrak za chvíli odpluje a objeví se jasná obloha. Nyní se objeví maličký, něžný, bílý mráček, který nese jiné poselství, který věští dobrou pohodu. *Mraky přicházejí a odcházejí*, stejně tak přicházejí a odcházejí události v lidském životě . . . počasí se střídá, bývá bouře, fujavice, oškli-vý liják, mlha, smutný nostalgický podzim. Ale vždy opět vysvitne slunce, obloha zmodrá a tráva se zazelená, vždy se znovu objeví luční květy . . .

A konečně můžeme sugerovat *návod, jak překonat nebo aspoň přežít depresi*, ať už vznikla jako reaktivní stav nebo souvisí s celkovým hypotýmním laděním osobnosti či se subdepresivní fází osobnosti cykloidního typu.

Ráno, jakmile se probudíte, hned vyskočíte z postele, zacvičíte si a dáte si studenou sprchu. Při cvičení se budete zhluboka nadechovat a zvedat hlavu vzhůru a řeknete si: „Probudil jsem se, jsem živ a zdrav, chci dnes něco dobrého vykonat.“ Při studené sprše si řeknete: „Ukáží svému tělu, kdo je tu pánem.“ Zvednete hlavu, podíváte se do zrcadla sobě do očí a řeknete si: „Hlavu vzhůru.“ Během dne se budete pohybovat rychle a s hlavou vztyčenou. Budete se snažit působit sebevědomě a jistě. Setkáte-li se s překážkami, řeknete si: „Nedám se.“ Budete si sám vytvářet další podobné kladné formulky, které vás budou povzbuzovat a povedou vás k činnosti. *Aktivní činnosti překonáte svoji deprese.* Budete si zapisovat do deníčku, co jste za den vykonali i pěkného prožil, co se vám povedlo, a budete se z toho těšit. Začínáte záměrně utvářet svůj život. Nedáte se. Půjde to.

Je-li deprese dosti hluboká nebo je-li přítomna výrazná apatie a hypobulie a uplatňuje-li se v ní do značné míry cykloidně-osobnostní nebo endogenní složka, uvedená aktivizace a mobilizace sil se zpravidla nedaří nebo vydrží jen krátce. Pak bývá výhodnější sugerovat dočasné smíření se s daným psychickým stavem a *trpělivé vyčkávání*, až stav snížené výkonnosti a skleslosti spontánně přejde, až „motor zase naskočí“. Totéž platí u pomocného využití hypnózy u endogenní deprese, kde ovšem očekáváme zlepšení od léčby tymoleptiky; pacient tedy má trpělivě čekat, „až zaberou léky“.

Cítíte se v poslední době nevykonný, bez nálady a energie, všechno se vám zdá špatné a nic vám nejde od ruky. A přitom víte, že jste měl období, kdy jste byl aktivní, činorodý, mnoho věcí vás zajímalo, dovedl jste se radovat i podat výkon. Můžete si být zcela jist, že tento stav se opět vrátí. Teď se mnohdy cítíte, jako byste byl vypnutý, jako byste měl vybitou baterii. Ale proud se opět zapne, baterie se znovu nabije. Budete mít se sebou a se svým současným stavem trpělivost. *Počkáte si.* Snažíte-li se o plný výkon, je to jako byste se opakovaně marně pokoušel nastartovat auto. Nechte všemu volný průběh. *Počkáte si.* Musíte toto nepříjemné období přežít. Přežijete je. Ono zase přejde. Motor opět naskočí. *Motor opět naskočí.*

Od neurotických symptomů přejdeme nyní k jednotlivým formám neuróz a povšimněme si vhodných hypnoterapeutických postupů se zaměřením na každou z nich. Zbývají nám vlastně jen čtyři: neurastenie, nutková neuróza, hypochondrie a hysterie. Způsob práce se základními příznaky úzkostné, fobické a depresivní neurózy jsme již popsal.

Úzkostné, fobické a depresivní neurózy jsou pro hypnoterapii vědně. Černý (1982) uvádí zlepšení u 85 % jím léčených pacientů s těmito diagnózami. Horvai (1959) se zmiňuje o tom, že u fobií jsou výsledky hypnoterapie lepší, má-li fobik blíže k hysterickému než k psychastenickému pólu. Ze zahraničních autorů se věnoval fobikům zvláště Franke (1976), který u nich zjistil také relativně zvýšenou hypnabilitu.

5. Neurastenie

Z častých symptomů neurastenie jsme již probrali ovlivňování nespavosti, bolestí hlavy a v souvislosti s depresí i skleslosti, snížené výkon-

nosti a špatné nálady. K těmto příznakům se připojuje předrážděnost, porucha koncentrace pozornosti a různé vegetativní a orgánové potíže. Při hypnoterapii se můžeme zaměřovat na jednotlivé příznaky – typické formulace pro většinu z nich jsme již uvedli – nebo sugerovat celkové postupné zlepšování duševního i tělesného stavu. V symptomatických sugescích můžeme dále zdůraznit, že pacient bude schopen se stále lépe soustředit na prováděnou činnost, přičemž ho vedlejší podněty nebudou rozptylovat, a že také jeho vnitřní orgány budou normálně, pravidelně a automaticky pracovat.

Protože neurastenie často souvisí s nevhodnou životosprávou, s přepracovaností při nedobré organizaci práce a nedostatku rozumného odpočinku a s konflikty neurastenika na pracovišti i doma, spojenými s jeho podrážděností a netrpělivostí, nabývá největší význam *sugerování klidu*: schopnosti vracet se do klidu, využívat klidu, relaxovat a odpočívat, umět se odpoutat od starostí a problémů a prožívat i provádět věci v duševní a tělesné pohodě. V této souvislosti má značný význam i užití hypnózy jako prostředku k prohloubení odpočinku: *navozování prodlouženého hypnotického spánku* nebo opakované ponechávání pacienta v klidové odpočinkové hypnóze, buď samostatně, anebo v návaznosti na provedené celkové terapeutické sugesce. Pomocí hypnózy tak pacienta současně učíme se řádně uvolnit a odpočívat. Sugesci lze také využít, abychom v pacientově vědomí či nevědomí upevnili zásady rozumné životosprávy a posílili jeho schopnost se jimi řídit. Vhodné je naučit neurastenika závěrem hypnotické léčby samostatným relaxačním cvičením, nejlépe ve formě autogenního tréninku se základní autosugestivní formulkou „jsem zcela klidný“, a přimět ho k jejich pravidelnému provádění.

Je samozřejmé, že tam, kde lze předpokládat i neujasněné či potlačované psychotraumatické příčiny, je na místě také hypnotická explorace či abreakce.

Horvai (1959) považoval neurastenii za chorobu pro hypnotherapeuta velmi vděčnou, zatímco Černý (1982) uvádí na základě svého rozsáhlého materiálu, že z neurotických forem měl u neurastenických pacientů nejhorší výsledky: k úplnému vymizení potíží došlo jen asi v 10 % případů. Sovětští autoři Bul (1974), Slobodjanik (1977) a Varšavskij (1973) považují užití hypnózy, zejména se sugescemi klidu a s prodlouženým klidovým hypnotickým stavem, u této diagnózy za velmi vhodné.

6. Nutkavá neuroóza

U neurotiků s nutkavými myšlenkami (obsesemi) nebo nutkavým jednáním (kompulzemi) bývá léčba zpravidla obtížná, zejména je-li sklon k nutkavým jevům zakotven v osobnosti a vychází-li z psychastenické osobnostní základny. Psychasteničtí pacienti, u nichž převažuje sklon

k nadměrnému a často neplodnému hloubání, pochybování a nerozhodnosti, bývají málo hypnabilní a také terapeutické sugesce bývají jen málo anebo jen krátkodobě účinné. Příznivější pro hypnotické ovlivnění jsou nutkavé potíže, které se objevily náhle, v souvislosti se specifickým psychickým traumatem nebo potlačovaným vnitřním konfliktem, s jehož zvládnutím je možno pacientovi pomoci. V takovém případě je vhodné začít hypnoanalytickým postupem a v hypnotickém nebo alespoň relaxovaném hypnoidním stavu zkoušet pronikat k příslušným konfliktům a postupně je objasňovat a zpracovat.

Symptomatická hypnoterapie využívá především sugescí, které mají dosáhnout určité *distance pacienta od jeho nutkavých myšlenek*, neutralizovat nebo snížit jejich nepříjemný citový přízvuk, naučit ho s nimi žít.

Svoje nutkavé myšlenky už znáte . . . jsou vám dobře známé . . . víte, že jsou zbytečné. Nebudete s nimi aktivně bojovat, nebudete vyčerpávat své síly, rozčilovat se nad nimi. Představíte si takovou myšlenku jako plující obláček. Tak jak přišla, tak zase odejde. Tak jak připlula, zase odpluje. Nebudete se u ní zdržovat ani ji zahánět. Postupně odpluje sama. Tyto myšlenky vás nebudou už vůbec vzrušovat, zlobit, rozčilovat. Budou vám lhostejné. Necháte je probíhat jakoby na pozadí vašeho vědomí. Nebudete je potlačovat ani s nimi polemizovat. *Nutkavé myšlenky jsou vám lhostejné*. Přestože se objevují, můžete se zabývat jinými věcmi, důležitějšími věcmi, záležitostmi, kterými se chcete zabývat. Nutkavé myšlenky jsou vám lhostejné. Tak jak se tyto myšlenky stanou zcela lhostejnými, budou se objevovat i méně často, budou se postupně z vašeho života vytrácet. Nejprve získáte k těmto myšlenkám lhostejnost a pak se postupně ztratí. Nutkavé myšlenky jsou vám lhostejné.

Při dalším rozvíjení sugescí proti obsesím můžeme používat výkladů a přirovnání, kterých běžně používáme v racionální psychoterapii v bdělém stavu.

Každého člověka občas napadají nějaké hlouposti, vynoří se mu představy, které ho obtěžují, kterými se nechce zabývat. Když se aktivně zaujme něčím jiným, tyto myšlenky a představy se vytratí, zmizí. U některých lidí mají takové představy sklon se vracet, znovu a znovu obtěžovat. Čím více však s nimi bojuje, tím jako by více přiléval oleje do ohně. Můžete si nyní představit, že jste doma v místnosti. Chcete si něco přečíst, ale venku pod oknem štěká pes, který vás ruší. Začnete-li na psa křičet, nadávat mu, házet po něm kamením, bude štěkat ještě víc a rušit vás ještě víc. Řeknete-li „ať si štěká, mně to nevadí“ a zkusíte se pohroužit do četby, možná ho za chvíli přestanete vnímat, možná, že i za chvíli přestane štěkat, možná vám to začne být lhostejné. A tak budete od nynějška přistupovat i ke svým nutkavým myšlenkám. Kdykoli se objeví, napadne vás věta „ať si štěkají, mně to nevadí“ a klidně se ponoříte do své činnosti. Budete dělat to, co chcete dělat. *Ať si štěkají, mně to nevadí* – já si dělám to, co chci dělat. Tato věta se hluboko vstřípí do vašeho podvědomí a bude působit proti vašim nutkavým myšlenkám. Kdykoliv ji použijete, zbavíte se všech nepříjemných pocitů, které s nimi byly spojeny.

Jinou hypnoterapeutickou technikou, kterou lze vyzkoušet zejména u nutkavého jednání, je *pokus o nahrazení nežádoucího jednání jiným nutkavým jednáním*.

Zkoušeli jsme např. u jedné pacientky nahradit časté nutkavé mytí, které vedlo k vysoušení a praskání pokožky na rukou, rituálem uvázání uzlu na kapesníku. Základní sugesce zpočátku zněla: „Kdykoliv budete mít nutkání se znovu umýt, uděláte na kapesníku uzel a nutkání zmizí. Energie směřující k mytí se tím zcela vybijí.“ Později jsme to formulovali jako přímou záměnu rituálů: „Namísto nutkání k mytí budete mít nutkání zavázat uzel na kapesníku.“ Až měla pacientka kapesník plný uzlů, mohla je opět rozvázat a znovu kapesníku k těmto účelům používat. Léčebný účinek byl v uvedeném případě pouze dočasný.

Zatímco četní autoři (Horvai 1959, Slobodjanik 1977) se shodují v tom, že obsedantní a psychasteničtí pacienti jsou hypnózou málo ovlivnitelní, Crasilneck a Hall (1975) je považují za dobré hypnotické subjekty, protože jejich potíže jsou nepříjemné a motivují je k hledání pomoci. Uvádějí ilustrativní příklad obchodníka, který musel nutkavě chodit kontrolovat, zda zamkl svůj obchod. V hypnotické exploraci se nezjistila přesvědčivá psychogenní etiologie, vlivem permisivních sugescí však potíže postupně zmizely a nebyly nahrazeny jinými.

Při malé účinnosti i jiných forem terapie se vždy vyplatí hypnoterapii aspoň zkusit. Obsedantní psychasteničtí pacienti při svém sklonu k pořádku, systematickosti a rituálům bývají dobrými kandidáty na poctivý dlouhodobý nácvik autogenního tréninku, k němuž lze při neúspěchu hypnoterapie snadno přejít. Pro rychlé ovlivnění hypnózou bývají vhodnější pacienti s nutkavými strachy (fóbiemi), kteří se svou osobností blíží spíše hysterickému než psychastnickému pólu.

7. Hypochondrie

U hypochondrie se pacienti mylně domnívají, že trpí chorobou, kterou ve skutečnosti netrpí nebo jí trpí jen v mírnějším stupni. Sledují pečlivě příznaky své nemoci, nepřiměřeně se jimi zabývají, zaznamenávají si je a mají potřebu je stále znovu konzultovat s lékařem. Dožadují se nových a opakovaných vyšetření. Mají značné obavy o vlastní zdraví a nadměrnou starostlivost o ně, což obvykle vychází z osobnostní dispozice. Ve vývoji hypochondrie se může uplatnit prodělání skutečně závažných somatických chorob nebo konfrontace s nimi u blízkých osob, nevhodná zdravotnická osvěta a iatrogenizující výroky lékařů či zdravotnického personálu. Hypochondrické rysy jsou časté i u jiných neuróz.

V terapii hypochondrie nebo hypochondrických myšlenek a projevů se hypnotické ovlivnění zaměřuje dvěma směry: 1. na předvedení pacientovi, že potíže, které pociťuje, mohou mít psychogenní charakter a být negativně ovlivněny jeho sebezpozorováním a obavami, 2. na od-poutání pacienta od sledování chorobných příznaků a zaměření se na aktivní zájmy a činnost mimo vlastní osobu.

Ve vlastním materiálu máme případ, který jsme již uváděli v jiné práci. U pacientky středního věku se vyvinulo přesvědčení o rakovině žaludku po rentgenovém vyšetření, když si tajně přečetla nález, jemuž špatně porozuměla. Začala pak na sobě sledovat i pocíťovat somatické příznaky, které vyčetla v lékařské knize. Jelikož byla značně hypnabilní, mohli jsme v hypnóze tyto příznaky napřed značně zesílit a potom posthypnotickou sugescí zcela odstranit. Pacientka tak uvěřila, že není odsouzena k umírání, a byla ochotna začít spolupracovat na řešení svých rodinných problémů, které byly podkladem její neurotické reaktivity.

Značné pozitivní zkušenosti získala při léčbě hypochondrických neuróz v psychiatrické ambulanci I. Hájková z Litoměřic (+).

K odpoutání pozornosti od chorobných příznaků slouží sugesce zdůrazňující větší zajímavost vnějšího světa a užitečné činnosti než neplodné zaměřenosti na vlastní tělo. Je vhodné vyjít přitom z pacientových skutečných zájmů. Dříve než začneme zadávat takové sugesce, musíme si být ovšem jisti, že pocíťované potíže jsou pouze neurotického rázu, abychom se nepokoušeli likvidovat příznaky, které mohou mít varovný význam. Pacientovi by to měl před zahájením naší protihypochondrické hypnoterapie srozumitelně vysvětlit na základě výsledků provedených vyšetření lékař, kterého pacient považuje v daném oboru za kompetentního (což u somatických potíží nebývá nejen psycholog, ale ani psychiatr).

Doposud jste se hodně zaměřoval na své vlastní potíže, na sledování příznaků, na vlastní tělo. To spotřebovávalo značnou část vaší energie, zneklidňovalo vás to a nevedlo to k ničemu dobrému. Nyní, po vyšetření a vysvětlení víte, že vaše potíže vás zdravotně nijak neohrožují. Jsou jen nepříjemné a mohou zmizet. Není potřebné se jimi zabývat a sledovat je. To by je jenom zbytečně posilovalo. Kolem vás je mnoho jiných věcí, kterým se můžete věnovat. Můžete užitečněji a lépe využít svůj čas a celý svůj další život. Přestává vás teď už zajímat vaše tělo a jeho potíže, *zajímají vás věci kolem*. Budete se věnovat . . . (nyní jmenujeme oblasti, v nichž se daný pacient může realizovat). Budete to dělat s potěšením, mít z toho radost. Tím se odebere energie chorobným příznakům a potíží a využije se k vašemu potěšení i k užítku. Potíže se ztrácejí, mohou úplně zmizet. *Nezajímají vás už potíže, zajímají vás věci kolem*.

8. Hysterie

Hysterické neurotické symptomy jsou velmi vděčnou oblastí aplikace hypnoterapie a právě u nich lze mnohdy dosáhnout symptomatickou sugescí nejrychlejších a nejdramatičtějších úspěchů. Trvalé efekty lze očekávat, když příznak vznikl u vcelku normální osobnosti v důsledku akutní silně psychotraumatizující situace, která už skončila (požár nebo jiná živelná katastrofa, válečné události, dopravní nehoda, vážný úraz či jiný zážitek s ohrožením života nebo jiných významných hodnot, pokus o znásilnění aj.), a nestačil se ještě fixovat sekundárním ziskem. Pokud ovšem symptomy vyplývají z přetrvávajících potlačených

konfliktů a neuspokojených přání nebo z hysterické osobnosti, bývají efekty málo trvalé nebo brzy jeden příznak vystřídá jiný.

To platí zejména o konverzních symptomech, které mají symbolický význam – jako je vznik hysterické amaurozy nebo blefarospazmu, protože pacient určitou situaci „nechce vidět“, hluchoty proto, že „nechce slyšet“, a afonie proto, že „nechce mluvit“, paralyzy proto, že někam „nechce jít“, a grafospazmu proto, že něco „nechce podepsat“ – nebo je-li symbolickým trestem za vinu, kterou pacient pocituje.

I když se obecně předpokládá, že pacienti s hysterickými příznaky jsou značně hypnabilní, platí to jen podmíněně. Z klinické zkušenosti vyplývá, že mezi těmito pacienty častěji najdeme osoby, které se snadno pohružují do somnambulní hypnózy a jsou i v bdělém stavu značně sugestibilní. Najdeme však mezi nimi také osoby málo hypnabilní a osoby zcela nehypnabilní.

Několik ukázkových postupů, které dále uvádíme, lze využít u osob, které jsou dostatečně hypnabilní k tomu, abychom se mohli pokusit zvládnout přesně vymezený hysterický monosymptom okamžitě, první hypnózou. Dosažený účinek je ovšem třeba dalšími hypnózami upevnit. U méně hypnabilních osob a u těch, které mají potíže difúznějšího rázu, volíme pomalé postupy se sugerováním postupného zlepšování.

Techniky rychlého odstranění symptomů

1. *Prostý energický hlasitý příkaz*, zaměřený na okamžité vymizení příznaků, může být účinný u některých symptomů akutně vzniklých.

Hypnotizér provádí hypnotizaci autoritativně a direktivně, hlasem, který nepřipouští odpor. Když vidí, že pacient reaguje, vykřikne příkaz, jehož splnění předpokládá, že pacient překoná či opustí svůj hysterický příznak. Např. u paralyzovaného pacienta vykřikne: „Vstaňte a pojdte ke mně!“ U pacienta s afonií zvolá: „Zakřičte svoje jméno!“, „Znovu, silněji!“

O úspěších této metody referují zejména sovětská autoři (Bul 1974 aj.). Doporučují pacienta na bleskové vyléčení připravovat předběžným sdělením, že v hypnóze příznak okamžitě vymizí. Pacient je vyslechno od několika kompetentních osob a případně ještě od již vyléčených pacientů.

2. *Sugerování situace, která vyžaduje aktivizaci postižené funkce.*

Terapeut sugeruje pacientovi s paralyzou dolních končetin nebezpečnou situaci, ze které musí utéci, např. že je v lese a žene se na něj divoké prase. Pacientovi s paralyzou horních končetin sugeruje, že spadl do řeky a musí plavat, nebo se utopí. Afonickému pacientovi sugeruje nebezpečnou situaci, ve které musí zakřičet, aby přivolal pomoc nebo upozornil ohrožené osoby, např. „Hoří!“.

3. *Regrese do období, které předcházelo vzniku symptomu* a kdy příslušná funkce byla v pořádku.

Pacientce s parézou dolních končetin sugerujeme: Jakmile se dočtenu vašeho čela, vrátím vás do věku, kdy jste byla o deset let mladší. Budete na taneční zábavě, bude se vám chtít tančit, přijde si pro vás sympatický tanečník. Než napočítám do pěti, už tam budete. 1, 2, 3, 4, 5 (dotek na čele). Jste na zábavě, začínají hrát, jde si pro vás sympatický muž, žádá vás o tanec, jdete s ním.

Poznámky k jednotlivým konverzním symptomům

Léčení hysterických monosymptomů v hypnóze se všeobecně považuje za nejúčinnější metodu (Horvai 1959, Varšavskij 1973 aj.).

V literatuře nacházíme popisy případů rychlého hypnotického *vyléčení hysterické slepoty*; např. u ženy, která přestala vidět poté, co se její syn dopustil závažné krádeže (Crasilneck a Hall 1975), u ženy, která měla konflikty v práci (Varšavskij 1973), a u ženy, které před více než rokem před očima zahynul manžel (Bul 1974). V posledním z případů zněla účinná energická posthypnotická sugesce stručně: „Po napočítání do pěti se probudíte z hypnózy a budete vidět.“

Dále se uvádí *vyléčení parézy horních končetin* (Klumbies 1983) a *parézy dolních končetin* (Bul 1974): Čtyřicetiletý muž, který se topil poté, co skočil do vody, aby zachránil syna, se po vytažení z vody vůbec nepostavil na nohy. Po navození hluboké hypnózy na příkaz lékaře vstal a následoval ho.

Varšavskij (1973) popsal úspěšnou léčbu *afonie* u průvodčí autobusu, která přestala mluvit poté, co se jí zloději pokusili vytrhnout služební tašku s penězi. Sugeroval jí, že jede ve službě v autobuse, minuli známou zastávku a nyní musí cestujícím vyvolat název další zastávky. Pacientka uposlechla sugesci a hlasitě zavolala. Poté začala mluvit normálně i v bdělém stavu. Bul (1974) měl pacienta, který nebyl schopen promluvit ještě půl roku poté, co mu před očima shořel dům a jeho dítě utrpělo popáleniny. Uspal ho výkřikem „Spěte!“, přezkoušel analgezií a nařídil, že bude hlasitě mluvit, jakmile ho probudí počítáním do pěti. Řeč se ihned po probuzení obnovila, k recidivě již nedošlo.

Kašparů (1985) sugeroval v hluboké hypnóze dívce s afonií, že vidí jít svého chlapce s jinou dívkou a musí na něj hlasitě zavolat, aby ji uslyšel. Sugesci po několikerém opakování vedla k plačtivé emoční reakci a hlasitému volání. Poté, co se hlas upravil, sugeroval hypnoterapeut, že šlo o omyl: bylo to cizí děvče, které šlo vedle jejího chlapce jen náhodně, a vše je v pořádku. Po skončení hypnózy se afonie už neobjevila. K. Petrová (+) úspěšně léčila čtyři případy afonií-dysfonií. Jedné ženě vsugerovala, že se jí vytrhlo dítě z ruky a chce běžet přes silnici, kde by je mohlo přejet auto. Musí zakřičet, aby je varovala. Afonická pacientka skutečně hlasitě vykřikla. Vsugerované ohrožující situace je

ovšem třeba závěrem vždy důkladně odsugerovat, aby nezpůsobily přetrvávající nebo vracející se obavy, neklid či strach. Afonie také nevymizí po jednom úspěšném hlasitém vykřiknutí či promluvení vždy úplně, i přes značnou hypnabilitu pacienta. Může se vracet. V dalších hypnózách je třeba účinek posilovat. U méně hypnabilních osob se podobné dramatické ovlivnění nedaří a zlepšování nastupuje zvolna. V úvahu je třeba vzít i možný psychotraumatický původ příznaku, kdy je vhodné hypnotické odreagování, nebo účelové mechanismy jeho fixace, které je potřebné zpracovat a situaci adaptivně zvládnout.

Slobodjanik (1977) léčil 27letou pacientku, u níž byla diagnostikována psychogenní *astázie-abázie*. Po manželské hádce před čtyřmi měsíci jí strnuly nohy, přestala je cítit, nedokázala řádně chodit. Hypnoterapeut ji autoritativně ujistil, že potíže zmizí během tří až čtyř dnů, a deně ji na 20–30 minut ponořoval do hypnózy. Hypnóza byla středně hluboká. Během těchto dnů se stav zlepšoval a čtvrtý den již pacientka bez potíží samostatně chodila.

Zatímco direktivně orientovaní sovětští hypnoterapeuti využívají u osob s hysterickými příznaky převážně přímých, rázných sugescí, směřujících k rychlému, úplnému a definitivnímu odstranění příznaku, zvažují dynamicky orientovaní autoři jeho možnou homeostatickou funkci v psychice pacienta a k jeho odstraňování přistupují opatrněji, aby pacient nezůstal náhle zcela „obnažen“, bez psychologické obrany, kterou mu příznak poskytoval. To platí zejména, není-li vyřešena problematika, která je podkladem symptomu. U nás V. Doležalová (+) doporučuje při odsugerování symptomu dočasně ponechat aspoň jeho malou část, která není pro běžnou činnost pacienta již tak závažná. Např. namísto úplného odsugerování obrny horní končetiny se vsugeruje, že zůstane ochrnutý pouze malíček na této končetině.

Hysterické záchvaty připomínají záchvaty epileptické a liší se od nich zejména tím, že většinou nedochází ke ztrátě vědomí, poranění, pokousání jazyka či pomočení, zornice reagují, barva obličeje není cyanotická, trvání je zpravidla delší, projevy pestřejší. Průběh bývá potenco-
ván přítomností publika a v jejich etiologii se dají vysledovat psychotraumatizující faktory. Klumbies (1983) uvádí zajímavou přehlednou tabulku 40 případů různých hysterických záchvatů – převážně typických, se záškuby celého těla a s prohýbáním se do oblouku, ale také jen s převažujícím nezastavitelným hrubým třesem nebo s výkřiky, neutišitelným křečovitým pláčem apod., které sám ve své praxi pozoroval (převážnou většinou u žen) – s údaji o věku, o trvání onemocnění a o situacích, které vyvolaly první záchvat. V léčení můžeme rozlišovat zvládnutí jednotlivého záchvatu a celkové odstraňování pohotovosti k těmto záchvatům.

Jednotlivý záchvat se někdy zkrátí nebo zmizí, když mu nevěnujeme pozornost. Klumbies (1983) jej doporučuje zkusit zlikvidovat energickými bdělými sugescemi, případně následujícím postupem:

Uchopíme pevně ruku pacientky a rytmicky ji ohýbáme a napínáme za energického

počítání „jedna, dvě, jedna, dvě“. Nato energicky přikážeme: „Spolupracovat, provádět pohyb!“ „Jedna, dvě!“ „Silněji, ještě silněji!“ Jakmile takto navážeme kontakt a získáme poslušnost, můžeme začít dalšími sugescemi odstraňovat zbylé nekoordinované pohyby.

Pohotovost k hysterickým záchvatům se snažíme odstranit především tím, že s využitím hypnózy nebo i bez něj se snažíme pomocí pacientovi přivést do vědomí, odreagovat a racionálně zpracovat problémy, konflikty či události, které k ní vedly. Účinnou pomocí může být: 1. regrese do doby prvního záchvatu a do zážitků, které mu bezprostředně předcházely, 2. opakované vyvolávání a zastavování záchvatu s následnými posthypnotickými sugescemi, že se záchvaty již nebudou opakovat, a 3. nacvičování autostimulačních manévrů ke zvládnutí pohybového křečového záchvatu podobně, jak jsme to uváděli u záchvatu úzkostného.

U nás ovšem dnes již vídáme přesně vymezené hysterické symptomy uvedeného klasického typu zřídka. Spíše se setkáváme s difúzní somatizací nevyřešených konfliktů a tenzí do vegetativního systému – různých bolestí břicha, nevolností se zvracením, srdečních a dechových potíží, opresí, parestézií apod., o nichž budeme mluvit spíše v souvislosti s psychosomatickými potížemi v interním lékařství. Efekt hypnoterapie zde není ani tak dramatický, ani tak nápadný a vyžaduje spíše pomalejší, permisivnější a dlouhodobější postup, než je tomu ve výše popsaných případech.

Ukázka léčebného postupu

Pěknou ukázkou toho, že i u motorických monosymptomů ne vždy funguje hypnóza jako dramatické jednorázové odstranění příznaků, ale že teprve dlouhodobá trpělivá psychoterapie a rehabilitace vede postupně k žádoucímu cíli, je případ funkční akrální parézy levé horní končetiny, o němž referovala J. Mayzlíková z Ostravy na 1. celostátní konferenci o hypnóze (1982).

Sedmnáctiletá studentka střední školy byla po šesti týdnech neúspěšné léčby na neurologickém a revmatologickém oddělení odeslána k psychiatrickému a psychologickému vyšetření se závěrem: flekční akrální paréza levé horní končetiny.

Neurologický nález: Nevýrazná palpační bolestivost metakarpofalangeálních kloubů vlevo, snížená svalová síla, reflexy na horních končetinách symetrické. Poruchy cití nezjištěny. Reflexní nález na DK negativní, krční páteř volná. Na veškerou dosavadní aplikovanou terapii pacientka rezistentní. Dle rehabilitačního oddělení nedošlo k vytvoření kontraktur.

Subjektivně pacientka udávala bolestivost ramenních kloubů, neschopnost rozevření levé ruky, oslabení v zápěstí, neschopnost udržet v ruce jakýkoliv předmět. Bolestivost udávala pouze při násilné manipulaci v průběhu rehabilitačního cvičení.

Z anamnestických údajů: Byla společně se starší sestrou vychována matkou, středoškolačkou. Otec tragicky zahynul před 14 lety a po jeho smrti se matka a dědeček léčili krátkodobě na psychiatrii pro situační neurotickou dekompenzaci. V dětství mívala pacientka časté angíny a alergickou rýmu. Ve školním věku byla po tři roky sledována na neurologii pro záchvatovité aktivity nejasné etiologie. V minulém roce byla hospitalizována k diagnostickému pobytu na interně pro subfebrilie bez organického nálezu. Střední školu studuje bez výukových problémů. Je klidné, citlivé povahy, ráda čte, tančí, poslouchá hudbu. Používání návykových látek popírá.

V minulém roce se matka provdala za muže o osm let mladšího, instalatéra, alkoholika, který se chová hrubě k matce i dcerám. Otčíma pacientka hodnotí jako agresivního sobce, kterého matka miluje, sestra ignoruje a ona nenávidí. Po návratu z vánočních prázdnin našla matku doma pobitou a uplakanou. Došlo k hádce s otčímem, který bezohledně a primitivně urážel všechny přítomné a vyhrožoval jim fyzickým násilím. V této situaci nabádala pacientka matku k rozvodu a vystěhování otčímů z bytu. Matka se však otevřeně postavila na stranu manžela a odstěhovala se s ním na chalupu. Dcery zůstaly osamoceny a společně vedly domácnost. Matka je finančně podporovala, ale jinak s nimi neudržovala styky. Pacientka se nedokázala smířit s odmítnutím a skutečností, že matka otevřeně preferuje nekvalitního partnera před vlastními dcerami.

Asi tři dny po konfliktu s rodiči pacientku v noci probudila bolest, brnění a trnutí v levé ruce. Během dalšího dne se jí ruka uzavřela v pěst. Zahájila léčbu na výše uvedených odděleních. O problémech v rodině s nikým spontánně nemluvila.

V psychologickém vyšetření se osobnost pacientky jeví jako senzitivní, konstitučně disponovaná k hysterickým reaktivitám, které odeznívají po odreagování akutního emočního napětí. Aktuálně se rysuje inhibovaná extraverte, únikově obranné regresivní mechanismy, intolerance na psychickou zátěž, potlačované formy nepřímé agresivity a projevy sociální maladaptace. Deficit ve schopnostech stenizace psychických reakcí a postojů ve frustračních situacích a neschopnost přímé ventilace afektů potencuje intrapsychickou tenzi a navozuje vegetativní labilitu. Pacientka má tendenci projikovat obtíže, u nichž je vždy při hlubší analýze zjevná psychogenní komponenta, do oblasti somatiky. Dishar-

monický vývoj osobnosti, zejména v oblasti psychosociální i psychosexuální adaptace, je podmíněn deprivačními vlivy a karencí v citové oblasti, která se v současné době zvýraznila ambivalentním vztahem k matce, u níž zcela postrádá vstřícné emoční reakce a empatii. Rozpad rodiny a hostilita matky jsou zdrojem protražovaného stresu, na nějž pacientka reaguje únikem do konverze a celkovou hypodynamenií.

Průběh léčby. Po celou dobu psychoterapie byla pacientka bez medicíny. V prvním týdnu byla prováděna denně indirektivní, odkrývající, interpersonálně korektivní psychoterapie, zaměřená na analýzu rodinné situace, restrukturaci hodnotové orientace a citové angažovanosti. V dalším týdnu byla zahájena hypnoterapie. Zkouškami hypnability se potvrdilo somnambulní stadium hypnózy. Pro účely léčby byla amnézie sugescí zrušena.

Zvolili jsme přímou verbálně fixační uspávací techniku. Ve spánkové hypnóze jsme za přítomnosti neurologa zhodnotili možnosti a formy rehabilitačního cvičení, které bylo na rozdíl od bdělého stavu bezbolestné. Každé hypnotické sezení jsme rozčlenili do dvou částí: 1. prožívání situací s podporováním emoční abreakce a 2. navozování věkové regrese, v níž jsme prováděli motorickou rehabilitaci obou horních končetin. Posilovali jsme ji senzoryckými posthypnotickými sugescemi a následnými relaxačními technikami v domácím prostředí. V průběhu léčby jsme se pokusili získat pro aktivní spolupráci při domácí rehabilitaci matku, což jsme považovali za vhodnou formu navození komunikace a emoční podpory. Matka však odmítla sblížení s dcerou a k jejím zdravotním potížím zaujala lhostejný postoj. V rozhovoru měla tendenci spíše hystericky odreagovávat vlastní životní problémy a nezdary.

Vzhledem k tomu, že levá ruka byla nehybná již několik týdnů, došlo ke svalovému oslabení a pacientka nebyla zpočátku schopna udržet bez opory rozevřenou dlaň ani v hypnóze. Po 15 hypnotherapeutických sezeních došlo k obnově svalové síly. V další etapě bylo sugescemi indirektivní formou navozeno promptní rozevírání dlaně na dotek zdravou rukou. V té době jsme považovali za vhodné změnit prostředí a pacientka odjela na týden k prarodičům s posthypnotickou sugescí plného zdraví a volné manipulace s otevřenou rukou. Po návratu byla pacientka zcela bez potíží.

Následovala intenzivní rehabilitační léčba k dosažení dalšího svalového zpevnování. Nadále se využívaly relaxační techniky a racionálně-motivační psychoterapie. V rámci komplexní léčby byla průběžně provedena některá sociální opatření v rodině a ve škole. Zajistili jsme pacientce internátní ubytování a individuální studium. Doporučili jsme jí výcvik v psaní strojem.

Pacientka byla pět měsíců bez potíží, z toho již tři měsíce zcela bez psychotherapeutického kontaktu. Pak byla znovu odeslána neurologem k vyšetření a léčbě s recidivou, k níž došlo při krájení chleba. Bylo to v době její přípravy na ročníkové zkoušky, v době odchodu její sestry do internátu a v době návratu matky s otčímem do společného bytu. Tentokrát byly potíže intenzivnější, pěst pevně sevřená, bílá, ruka po rameno ztuhlá, rameno bolestivé. Pěst se nedala rozevřít ani mechanickým násilím.

Po úvodním korektivním rozhovoru došlo v hypnóze při regresi do dne s recidivou parézy k uvolnění křeče v zápěstí. Druhé hypnotické sezení jsme zaměřili motorickými a senzoryckými sugescemi na analgezii a návrat hybnosti ramenního kloubu. Ve třetí hypnóze následovala regrese do bezstarostného dětství, kdy si pacientka hrála s prvotky a počítala na nich, čímž postupně za pomoci zdravé ruky rozevírala dlaň. V této etapě jsme dále použili verbálně-direktivní techniku se sugescí lepidla na dlani zdravé a dorzu paretické ruky, které sugerovanou „samolepící silou“ rozevřelo ochrnutou pěst. Následovalo rehabilitační cvičení v hypnóze a posthypnotická sugesce, že „již nikdy nebude mít křeče, protože nechce být hysterka“, což pacientka bezprostředně po probuzení spontánně reprodukovala. Znění formulky jsme zvolili s ohledem na skutečnost, že pacientka v exploraci opakovaně rozváděla obavy z podobnosti svého chování s projevy matky. Potom následovala léčba na rehabilitačním oddělení. Návštěvy u psychologa jsme omezili pouze na konzultace situačně-poradenského charakteru ve snaze zabránit přílišné fixaci na terapeuta.

Pacientka je v současné době 10 měsíců zcela bez potíží. Připravuje se k maturitě a snaží se najít zaměstnání poblíž studující sestry a prarodičů. Naučila se psát na stroji, věnuje se ručním pracem. K otčímovi zaujímá lhostejné postoje, snaží se mu v bytě vyhýbat. S matkou komunikuje věcně, orientuje se na postupné osamostatňování.

Autorka uzavřela sdělení o úspěšné komplexní psychotherapeutické léčbě hysterického symptomu, které věnovala značné úsilí a v níž sehrálo podstatnou roli užití hypnózy, střízlivým závěrem: Vzhledem ke struktuře osobnosti pacientky a jejím dispozicím ke konverzní regresi mechanismům je nutno v budoucnosti počítat s dalšími projekcemi nezvládnutých psychotraumat a tenzí do somatické oblasti.

Kromě hysterie konverzního typu se popisuje *disociační typ hysterických poruch*, k nimž patří změna vědomí, ztráta paměti a mráкотný stav.

Crasilneck a Hall (1975) uvádějí rychlé úspěšné vyléčení ztráty paměti u 17leté dívky, u níž se objevila zmatenost a amnézie bezprostředně po znásilnění. Zázitek, na nějž byla obnovena vzpomínka, bylo ovšem nutno šetrně integrovat do její psychiky a pomoci jí jej překonat.

Komplexní hysterickou poruchou disociačního typu je mnohočetná osobnost, o níž pojednáme zvlášť.

9. Mnohočetná osobnost

V posledních letech se v americké hypnologické a psychiatrické literatuře* věnuje značná pozornost komplikovanému hysterickému syndromu mnohočetné osobnosti, u nás téměř nepovšimnutému, což vedlo Bolelouckého (1986) k upozornění na tuto problematiku a k uveřejnění podrobného přehledu literatury. Diagnostické úvahy o takovém syndromu jsou u nás velmi řídké. Porucha je ovšem velice zajímavá a v hypnologii je významná i z teoretického hlediska. Dochází zde k disociaci, změněnému stavu vědomí a k amnézii s diskontinuitou psychických stavů, podobně jako v hypnóze, kde takovou disociaci vyvoláváme uměle. Proto se zde u tohoto syndromu zastavíme, ačkoliv nepředpokládáme, že se našim hypnoterapeutům naskytne mnoho příležitostí takovou poruchu diagnostikovat, sledovat a léčit.

Mnohočetná, mnohonásobná, vícenásobná, rozdvojená, disociovaná či alternující osobnost je hysterická porucha, při níž se u pacienta střídají dvě nebo více odlišných „já“, řídicích instancí s odlišnými temperamentovými charakteristikami, odlišným hodnotovým systémem a chováním. Přitom primární či základní „hostitelská“ osobnost o druhé osobnosti a případných dalších osobnostech neví a na období, kdy převzaly řízení, má amnézii. Další osobnosti mohou mít mezi sebou různý stupeň amnézie, přičemž však o prožívání primární osobnosti bývají informovány. Někdy je druhá osobnost proti základní osobnosti přímo agresivní a škodí jí. V určitém čase vždy některá z osobností převládá a určuje chování jedince. Jednotlivé dílčí alternující osobnosti mohou z hlediska dynamické psychologie představovat různé osamostatněné motivační, hodnotové či temperamentové složky celkové osobnosti daného jedince, nezřídka protikladné: dobro a zlo, staženost a nevázanost, šetrnost a rozhazovačnost, askezi a požitkářství, poddajnost s vlídností a destruktivní agresivitu. Každá z osobností je komplexní jednotkou se svou vlastní pamětí, způsoby chování a sociálními vztahy, které určují činnost jedince. Má relativně koordinovaný a stabilizovaný vlastní život. Výrazné odlišnosti se projevují i v psychologických testech zadávaných každé z osobností zvlášť.

V typickém případě si primární osobnost, jak jsme již uvedli, není vědoma existence alternujících osobností. Proto vznikají u těchto pacientů okénka v paměti. Od blízkých osob těchto pacientů můžeme získat

* Psychiatric Annals 1983, Psychiatric Clinics of North America 1984, American Journal of clinical Hypnosis 1982 a International Journal of clinical and experimental Hypnosis 1984.

informace o epizodách chování, ve kterých se pacient chová jinak, než jak je u něj běžné, případně se i nazývá jiným jménem a pak o tom nic neví.

Druhotná osobnost je v tomto směru jev v podstatě stejný jako hysterický vigilambulní mráкотný stav, v němž jedinec také cíleně a koordinovaně vykonává něco, co se vymyká z jeho běžného způsobu myšlení a jednání, a zpětně na to má úplnou amnézii. Rozdíl je v tom, že u alternujících osobností jsou takové mráкотné stavy pro druhotnou osobnost konzistentní. Chování na sebe logicky navazuje, zapadá do obrazu druhé osobnosti. Typické je, že tito pacienti bývají hluboce hypnabilní a s druhou osobností či případnými dalšími osobnostmi lze navázat kontakt v hypnóze.

Výskyt syndromu mnohočetné osobnosti se dříve považoval za mimořádně řídký. Důkladně monograficky byly zpracovány případy Miss Beauchampové-Sally M. Princem (1906), Evy Bílé-Černé Thigpenem a Cleckleym (1957, viz též Kratochvíl 1972) a Sibyly Schreiberem (1974). Poslední dva případy vešly do povědomí veřejnosti na Západě ve filmových zpracováních. Někteří autoři, i takoví, kteří mají zkušenosti s mnohočetnou osobností, považují její výskyt nadále za výjimečný. Např. Thigpen a Cleckley (1984) uvádějí, že po svém slavném případě Evy Bílé-Černé se za dalších 25 let setkali jen s jedním dalším případem, který plně zapadal do této diagnózy, ačkoli se touto problematikou dále zabývali a bylo jim posláno k vyšetření množství pacientů. Většinou to však byly jen pseudodisociační symptomy, související s nespokojeností se sebou, nebo hysterické projevy, jejichž cílem byl sekundární zisk, zejména vyhnutí se zodpovědnosti za provedené činy. Motivací byla také často snaha připoutat pozornost, zejména v souvislosti s popularitou, jíž se mnohočetné osobnosti ve Spojených státech dostalo zfilmovaným příběhem „Tři tváře Evy“.

Jiní autoři však diagnostikují mnohočetné osobnosti mnohem častěji. Klufft (1982, 1983, 1985) referoval postupně o materiálu dosahujícím až 170 případů, Braun (1984) diagnostikoval mnohočetnou osobnost 59krát. Není jasné, zda se zvýšila prevalence této choroby, nebo zda se citlivěji odhaluje, zejména některými psychiatry, kteří se na tuto problematiku systematicky orientovali, nebo zda se zde uplatňuje určité rozšíření původního pojmu; poněkud se setřely dřívější ostré hranice. Někteří autoři nepovažují disociaci za stav „buď, anebo“, ale za kontinuální proces. Předmětem diskuse je i možná role hypnoterapeuta ve vytvoření tohoto syndromu, protože objevení a zkoumání alternujících osobností probíhá obvykle za pomoci hypnózy. Sugescí v hypnotickém kontextu by mohly dotvářet určité disociované prvky v pacientově osobnosti tak, že by vytvořily odlišnou osobnost. Avšak předpoklad, že

by mohlo dojít v hypnóze k vytvoření druhé osobnosti uměle v takovém rozsahu, aby měla takové relativně stabilní a trvalé charakteristiky, jako u pravé alternující osobnosti, je málo pravděpodobný.

Hypnoterapie patří v léčení mnohonásobné osobnosti k postupům považovaným za základní a neúčinnější. Pomocí hypnózy je možno vyvolat jednotlivé osobnosti a odděleně s nimi hovořit, důkladně a empaticky je explarovat a poznat, porozumět jejich dynamickým motivačním faktorům. Po prozkoumání nastupuje pokus o integraci, v níž se nejprve opatrně prolamují bariéry amnézie a primární osobnost získává vědomost o dalších osobnostech, jejich způsobu myšlení, citění a jednání. Pak se mají tyto sloučené vědomosti zpracovat a vyvodit z nich závěry pro další život, aby jedinec mohl dále fungovat jako jediná osobnost, harmonicky slučující všechny rozporné a protikladné složky.

V průběhu terapie je třeba přistupovat ke všem dílčím osobnostem s porozuměním a respektem, dbát o potřeby každé z nich, a ne je zjednodušeně potlačovat. Je třeba je chápat jako součást celého složitého osobnostního systému a v tomto smyslu je integrovat. Proces vedoucí ke skutečné integraci je zpravidla pomalý. Vyžaduje několik měsíců práce s pacientem.

Forenzní posuzování diagnostiku značně komplikuje. V konkrétním případě může být obtížné rozhodnout, zda určité činy, připisované danému jedinci, provedla jeho „druhá osobnost“ (obvykle horší, asociální), o níž dotyčný skutečně neví, nebo zda jsou ve hře účelové faktory a pacient se záměrně snaží budít zdání, že za některé své činy není zodpovědný. O tom svědčí i dramatický spor významných odborníků, klinických psychologů a psychiatrů, kteří se v r. 1979 zabývali hypnotickým explorováním a posuzováním pověstného losangeleského škrťáče Kennetha Bianchiho.

Na přelomu let 1977-1978 došlo během čtyř měsíců v losangeleské oblasti k deseti brutálním sadistickým vraždám mladých dívek, které byly znásilněny a pak uskreny. Některé z mrtvol vrah vystavil nahé na blízkých pahorcích. Policii se nepodařilo vraha vypátrat. O rok později došlo k podobným vraždám dvou dívek v Bellinghamu ve státě Washington. Zjištěné okolnosti vedly k vypátrání 27letého Kennetha Bianchiho. Ten tvrdil, že je nevinen a že o jednání, které mu bylo prokázáno, nic neví.

Watkins (1984) měl na základě požadavků obhajoby zjistit, zda nejde o amnézii. Provedl u vyšetřovaného, který se jevil jako slušný, zdvořilý a kooperativní mladý muž, hypnózu. Navození se mu zdařilo až po delší době. V hypnóze objevil alternující sadistickou osobnost, označující se jako Steve, která se přiznala nejen k vraždám v Bellinghamu, ale i k vraždám v Los Angeles a uvedla řadu souhlasících podrobností. „Steve“ tvrdil, že chce slušného a zdvořilého Kena zničit. Výrazné rozdíly mezi oběma osobnostmi, s nimiž Watkins v několika sezeních odděleně pracoval, se projeví i v písmu a v testech, mj. v Rorschachově testu. Protokol posuzovali experti, kteří nevěděli, od koho

pocházejí, ani že pocházejí od téže osoby. Na základě těchto pozorování a diagnózy mnohočetné osobnosti navrhla obhajoba Bianchiho osvobození pro duševní poruchu a Watkins vystupoval u soudu jako soudní znalec obhajoby.

Závažnou chybou v této fázi vyšetřování bylo, že se Watkins a po něm i další znalec, přizvaný soudem, psychiatr a hypnoterapeut Allison (1984), pokusili předčasně obě osobnosti integrovat, tj. zrušit Kenovu amnézii pro „Steva“. To pak znesnadnilo kritické posuzování případu dalšími přizvanými znalci.

Orne (1984) jako soudní znalec obžaloby prováděl s Bianchím hypnotizace později. Rovněž vyvolával Steva, k němuž se pak jako další odlišná osobnost přidal ještě jednoduchý, lhavý, familiární Billy. Orne testoval různými složitými zkouškami pravost hypnotického stavu i pravost disociované osobnosti. Na rozdíl od Watkinse a Allisona došel k závěru, že Bianchi hypnózu i duševní poruchu dovedně simuluje, a uzavřel případ diagnosticky jako antisociální psychopatii se sexuální sadismem, zodpovědnou za provedené činy. Na vypracovávání posudků se podíleli ještě tři další znalci, kteří neprováděli hypnózu. Všem byly k dispozici úplné videozáznamy ze všech provedených sezení a velké množství dalšího materiálu z vyšetřování znalci i z vyšetřování policejního. Soud se nakonec přiklonil ke stanovisku obžaloby, rozhodl o vině obžalovaného a odsoudil ho k doživotnímu žaláři.

Konfrontace názorů Watkinse, Allisona a Orna v rozsahu kolem 100 stran v časopise *International Journal of clinical and experimental Hypnosis* (1984 č. 2) přináší materiál nesmírně zajímavý z psychologického, forenzního i hypnologického hlediska. Případ Bianchiho byl poutavě zpracován i literárně (Schwartz 1981).

2. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU A JINÝCH DROGÁCH

Druhou rozsáhlou oblastí psychiatrie poskytující možnosti pro léčebné využití hypnózy je oblast léčby závislosti na alkoholu. Hypnoterapie samotná nebývá zpravidla dostačující k tomu, aby zvládla pokročilejší stadia vývoje alkoholové nebo drogové závislosti. K tomu je nutná systematická režimová léčba, znemožňující na dostatečně dlouhou dobu kontakt pacienta s návykovou látkou, usnadňující překonání abstinčních příznaků a ovlivňující pacientovu osobnost ve smyslu posílení vůle, nácviку zvládání zátěžových situací a navozování stavů přirozené euforie bez použití drogy. V návaznosti na tuto lůžkovou léčbu jsou potřebné dlouhodobé kontakty pacienta s léčebným zařízením, zejména ve formě klubů (Skála 1987). Hypnoterapie ovšem může být významnou součástí této komplexní léčby, stejně jako může být podpurnou složkou doléčování nebo pokusů o ovlivnění pacienta v počátečním stadiu vývoje závislosti.

Kliničtí pracovníci často uvádějí poznatky o značné hypnabilitě alkoholiků (Horvai 1959, Hartland 1971, Langen 1972 aj.), která usnadňuje využití hypnózy. Tento názor zatím nebyl potvrzen kontrolovaným výzkumem, ale zůstává značně pravděpodobný. S pacienty, kteří se protialkoholní léčbě podrobují nuceně a sami nemají zájem o dosažení

úplné a trvalé abstinence, hypnotické sugesce ani při jejich značné hypnabilitě proti jejich vůli mnoho nesvedou.

1. Základní léčebné postupy

Hypnotických sugescí se u alkoholismu používá nejčastěji k vyvolání ošklivosti a odporu k pití nebo k vytvoření zvracívého reflexu, ke snadnějšímu zvládnutí období abstinence příznaků a k posílení motivace k trvalé a úplné abstinenci, k navození duševního klidu a případně k fantazijnímu nacvičování vhodných reakcí v budoucích životních situacích.

Při *vyvolávání ošklivosti a odporu k alkoholu* se v hypnóze navozují situace, v nichž má pacient dostupný alkoholický nápoj a současně k němu cítí stupňující se odpor. Případný pokus jej vypít vede k nevolnosti až zvracení. U pacientů schopných hluboké hypnózy s aktivním chováním se může pracovat se skutečným podáním alkoholu, při jehož čichání nebo ochutnávání má na základě zadávaných sugescí dojít k nevolnosti a zvracení, podobně jako je tomu po podání apomorfínu. Také celý rámec sezení, ať individuálního nebo kolektivního, odpovídá vypracovávání podmíněného reflexu (sklenice s obliženým alkoholem, připravené kbelíky na zvratky apod.). Jindy se používá pouze představovaná nebo halucinovaná situace. Když pacient na základě terapeutických pokynů nese halucinovanou sklenici s alkoholem k ústům, sugeruje se mu narůstající nevolnost a odpor. Když sklenici oddaluje, sugeruje se uvolnění, uspokojení a pohoda (srov. str. 95). To se vícekrát opakuje.

Cíger (+) doporučoval vyvolávat u pacientů konfrontovaných v hypnóze s alkoholickým nápojem spíše vnitřní konflikt, napětí a úzkost než nauzeu. Toto napětí pak přeměňoval v uvolnění, radost a pohodu, když pacient v modelové hypnotické situaci odolal pokušení. Jiní (Schultz 1967, Langen 1972) doporučují vyvolávat spíše lhostejnost, indiferentnost vůči alkoholu a sestavují neutralizační formulky typu: „Už nebudete pít alkohol. Alkohol je vám zcela lhostejný. Je vám zcela lhostejné, že jiní pijí. Každý okamžik je důležitý.“

Abstinenci příznaky se jednoduše zkoušejí odsugerovat. Hypnoterapeut sugeruje, že pacient se během léčby bude cítit klidný a spokojený, bude dobře spát a bude bez potíží nebo jeho potíže budou jen nepatrné a snadno je zvládne.

Posilování motivace spočívá v předestírání kladných životních perspektiv v plánovaném budoucím životě bez alkoholu, v posilování pracovních, kulturních, sportovních, rodinných, společenských a jiných

zájmů, přiměřených pacientově osobnosti. Používá se formulek, že pacientovi *alkohol škodí* a potřebuje se ho zbavit, aby si nezkažil další život, pracovní uplatnění, rodinu apod. Hlavní důraz se však klade na pozitivní sugesci *uspokojení z abstinence*, na příjemné pocity spojené s vědomím, že člověk se osvobozuje od zhoubné závislosti, na optimistické přesvědčení, že dokáže vytrvat. Je účelné podtrhnout, že vše vychází z jeho vlastní motivace: „To, co sám chcete, se vám také bude dařit.“

Fantazijní nácvik vhodného chování v budoucích sociálních situacích může zahrnovat jednání s přiměřeným sebezprosažením, odmítáním různých nevhodných požadavků, a zejména *odmítání nabízené skleničky*, účinné řešení nevyhnutelných konfliktů, zvládnání výsměchu apod. Probíhá většinou na úrovni řízených představ, ale pacient, který je v hluboké hypnóze, může tyto situace i aktivně přehrávat.

Ukázky formulací některých sugescí uvedeme u dvou technik, které doporučuje Hartland (1971) a které vycházejí z postupů navržených původně Wolbergem (1948). Vyžadují značnou hypnabilitu. První má poskytnout pacientovi pomocný prostředek k překonání potřeby pití, druhá je jednou z forem vyvolávání averze k alkoholu.

Jakmile se probudíte z hypnózy, budete mít nepřekonatelnou potřebu napít se alkoholu. Bude tak silná, že nebudete moci myslet na nic jiného. Ačkoliv si souběžně uvědomíte, že alkohol je pro vás jedem, vaše touha po něm bude stále větší. Všimnete si, že na stole je sáček s bonbóny. Vezmete si jeden bonbón a jakmile jej dáte do úst a začnete cumlat, touha po alkoholu se ihned rozplyne. Začnete se cítit klidný a spokojený.

Provede-li pacient posthypnotickou sugesci a má při tom sugerované pocity, terapeut postup opakuje a připojuje další posthypnotické sugesci:

Od nynějška navždy skončujete s pitím alkoholu. Vaše rozhodnutí a odhodlání bude tak pevné, že zcela překoná váš dosavadní sklon k pití. Začnete cítit značnou nechuť k alkoholu v jakékoliv formě. Každým dnem se vaše touha po alkoholu bude zmenšovat, bude slabší a slabší, až zmizí úplně. Budete si víc a více uvědomovat, že alkohol je pro vás jedem, že vám škodil. Kdykoliv byste přece jen měl pocit, že se potřebujete napít, cumlání bonbónu okamžitě odstraní tuto potřebu a začnete se hned cítit spokojeně a dobře.

Druhou formou je již popsané vyvolávání averze k alkoholu, které v Hartlandově formulaci zní takto:

Kdybyste měl v úmyslu napít se alkoholu, začnete se cítit velmi nepříjemně a bude vám na zvracení. To se bude stále víc zhoršovat. A pokud byste skutečně spolkl alkoholický nápoj, neudržíte jej v sobě. Začnete okamžitě zvracet a vyzvrátíte jej. (Vypracování takového reflexu vyžaduje ovšem opakované, na počátku léčby nejlépe denní posilování.)

2. Některé zkušenosti s léčbou

Zikmund (1956) léčil ambulantně 25 pacientů, převážně těch, u nichž byla běžná léčba stopetylem a apomorfinem kontraindikována nebo u nichž nevedla k efektu. Pěti pacientům dával v hypnóze čichat a ochutnávat alkohol současně se sugescí odporu, strachu a úzkosti. Sezení trvalo 50–60 minut, posledních 15 minut bylo věnováno hypnotickému spánku. Pacienti měli na průběh amnézii. U 20 dalších pacientů se prováděla sugesce odporu bez skutečného zkoušení reakce a zároveň posilování motivace k abstinenci. Závěrem byl rovněž navozen na 15–20 minut spánek. Po dvou letech abstinovalo pět pacientů úplně a u dalších 12 se stav sociálně přijatelně upravil.

Při zavádění hypnoterapie na lůžkovém oddělení pro léčbu závislosti považujeme za nejpraktičtější a nejekonomičtější tento postup: Nejprve provést s pacienty kolektivní zkoušku hypnability. Pak vybrat a soustředit skupinu těch, kteří na zkušební hypnotické sugesce výrazněji reagovali. Nabídnout jim po příslušném vysvětlení léčebné využití hypnózy a vybrat si z nich pro následující hypnoterapeutická sezení ty, kdo 1. mají motivaci se závislosti na alkoholu zbavit a 2. přejí si, aby se k tomu využilo i hypnózy. S touto vybranou skupinou je pak vhodné několikrát týdně provádět sezení s úvodní hypnotizací a následujícími terapeutickými sugescemi averzivními nebo neutralizačními a nakonec se sugescemi pozitivních životních cílů a radosti z dodržované abstinence.

Kucek (1982) popsal využití hypnoterapeutického postupu zahrnujícího 10–20 averzivních sezení s následnou kontrolou averzivní reakce v bdělém stavu. Postupně se přecházelo k sugesci „myšlenka na alkohol je vám odporná“, která se ke konci nahradila sugescemi „myšlenka na alkohol je vám cizí“ a „alkohol je vám lhostejný“. Sezení se pak zaměřovala více na posílení pocitu životního smyslu, optimismu a odhodlání uskutečnit své životní plány.

Juráš (+) referoval o využití podobného postupu s úvodní dramatickou, obvykle kolektivně prováděnou averzí. V závěrečné fázi se zaměřoval na aktivizaci potřeby sebe-realizace. Trvalejší účinky pozoroval u pacientů více hypnabilních.

Polišenský (+) prováděl sezení s pacienty vleže na postelích v návaznosti na jejich vlastní cvičení autogenního tréninku. Nechával je fixovat určené body na lampách u stropu místnosti. Sugeroval nepříjemný pocit nevolnosti ve spojení s alkoholem, aniž však podával skutečný alkohol a aniž sugesce stupňoval až ke skutečnému zvracení. Dále využíval hypnózu k tomu, aby pacientům sugeroval představu jednoznačného „odmítnutí nabízené skleničky“ a získání sebejistoty v sociálních vztazích. Nacvičoval posthypnotický signál uvedení se do stavu klidu při sevření ruky v pěst. Někteří pacienti uváděli, že jim to pomáhá i při skupinovém náviku odmítání skleničky v patientské skupině v bdělém stavu (Polišenský 1982).

Nešpor (1984, 1985) referoval o provádění hromadné hypnoterapie se ženami v rámci režimové léčby 4× týdně po 40 minutách. Zařazuje prvky ericksonovské hypnózy. Pohroužení do hypnózy vysvětluje pacientkám jako dovednost, kterou si mohou osvojit. Nevede ostrou hranici mezi hypnózou a relaxačními technikami. Při navozování využívá uklidňující melodické hudby.

Uvedená sdělení jsou zatím spíše inspirativní než průkazná. Opakovaně se u nás objevují pozitivní zprávy o možnostech hypnoterapie alkoholiků. Málokdo z odborníků, kteří se vyškolili v technikách hypnózy, však zůstane této činnosti delší dobu věren. Spíše se udržují a rozvíjejí skálovské systémy režimové léčby se skupinovými aktivitami převážně racionálně orientovaného typu v bdělém stavu.

Dlouhodobou a úspěšnou tradici má kolektivní hypnoterapie alkoholiků v SSSR, počínaje již Bechtěrevem a Tokarským na počátku století. V současné době je zvláště populární moskevské pracoviště V. E. Rožnova, který vypracoval techniku emocionálně stresové hypnózy. Rožnov (1985) provádí hypnotizaci u 8–15 osob najednou. Pacienti leží na postelích. Společně léčenou skupinu vybírá tak, aby v ní byly aspoň dvě až tři hluboce hypnabilní osoby, což má kladný vliv na vnímavost celé skupiny. Záporný reflex na pach i chuť alkoholu s kašláním, nadáváním až zvracením vypracovává hypnotickou sugescí zpočátku posilovanou 96% lihem, který pacientovi z vaty nakape na ret a k nosu. To vede ke kašli a bouřlivé vegetativní reakci. Podmíněný reflex se vypracuje podle jeho zkušeností už při třech až čtyřech spojeních a upevňuje se během šesti až osmi sezení. V jednom sezení se vyvolává 2–3× s nepodmíněným posílením a 2–3× s pouhou sugescí. V dalších sezeních se pak už k posilování může používat vodka a po 10–12 sezeních stačí k bouřlivé podmíněné reakci jen slovo „vodka“. K úspěšnosti není nutné dosažení hluboké hypnózy. Léčení trvá šest týdnů až dva měsíce s dalším občasným posilováním během roku. Celkem se pacienti zúčastní 10–15 hypnoterapeutických sezení. Během lůžkové léčby působí souběžně režim s přísnou kázní, pracovní terapií, samosprávou apod.

Americké zprávy jsou v této oblasti skromné. Wadden a Penrod (1981) v přehledu celkem malého počtu publikovaných studií upozorňují, že zatím žádná z nich metodologicky přiměřeným způsobem neprokázala, že by hypnoterapie byla účinnější než jiné metody nebo že by připojení hypnoterapie k běžně používaným metodám účinnost komplexní léčby podstatně zvýšilo.

Hypnotických sugescí lze využít i při *odstraňování návyků na běžně předepisované léky*, zejména hypnotika, anxiolytika a analgetika. Sugeruje se nezávislost na lécích se snižováním dávek až k úplnému vysazení a účinek léků se nahrazuje příslušnými sugescemi, např. dobrého spánku, klidu, dobré nálady, aktivity, mizení bolesti apod. *U klasických*

narkománií, návyků na morfin, heroin, kodein, kokain, hašiš aj. se však s významnějším vlivem hypnoterapie nepočítá. U čichačů těkavých látek lze hypnoterapii zkusit při převýchově osobnosti. Také lze zařadit averzivní složku (Kucek 1981).

3. Kouření

Mnozí pacienti, kteří chtějí nebo ze zdravotních důvodů potřebují si odvyknout kouření, mívají značné potíže s překonáváním tohoto návyku, se zvládnutím abstinenčních příznaků a především s vydržením u příslušného předsevzetí při konfrontaci se sociálními tlaky a s vlastními náladami. Vyžadují odbornou pomoc. Hypnoterapie je jednou z nabízejících se možností.

Základní principy jsou stejné jako u závislosti na alkoholu. Sugeruje se *odpor* ke kouření a cigaretám nebo *lhostejnost* k nim. Z tělesných příznaků se s kouřením spojuje spíše kašel než zvracení, ale pocitu ošklivosti s nadáváním se využívá také. Protože u kuřáků nelze počítat se zvýšenou hypnabilitou, mají takové sugescce skutečný fyziologický účinek jen u menší části případů. U ostatních je třeba se spokojit se sugescí psychického odporu nebo se zážitkem, který zůstává jen na úrovni představ. Sugeruje se nepřítomnost nebo snížení a *snadné snášení abstinenčních příznaků*, odsugerovává se hlad. Dalšími sugescemi se podporuje *motivace vydržet*. K recidivám dochází nejčastěji během prvního měsíce (z toho nejčastěji v prvním týdnu). Pak tendence k recidivě trvá ještě do třetího měsíce.

Z *motivačních sugescí* získaly popularitu Spiegelovy formulky „Pro vaše tělo je kouření jedem. Potřebujete své tělo k životu. Dlužíte svému tělu ochranu a péči.“

H. Spiegel (1970) v jediném hypnotickém sezení v trvání 45 minut navodí u pacienta hypnózu svým ritualizovaným postupem a pak naučí pacienta užívat téhož postupu jako postupu autohypnotického. Pacient má na číslo jedna stočit oči vzhůru, jako by se chtěl podívat zevnitř na temeno své hlavy, na dvě zavřít víčka, na tři se zhluboka nadechnout a vydechnout, uvolnit se a prožívat pocit „vznášení se“. Má nechat svoji pravou ruku zvedat automaticky k rameni a dostat se tím do „stavu meditace“. V něm si zopakuje uvedené tři zkrácené formulky, které mu předtím hypnoterapeut v heterohypnóze podrobněji rozvedl. Odpočítáním od tří do jedné se současným obrácením očí vzhůru, sevřením ruky v pěst a následným uvolněním a otevřením očí i pěsti se pacient sám vrací do bdělého stavu. Naučený postup, který po zvládnutí trvá jen asi 20 sekund, si má pacient doma opakovat desetkrát denně, prakticky tedy každou hodinu až dvě hodiny. Faktorem zvyšujícím motivaci je i cena 100 dolarů, zaplacená za sezení. Podle písemně zasláního dotazníku za půl roku ze 615 ovlivňovaných pacientů 20 % nekouřilo (66 % pacientů, kteří dotazník nevrátili, počítal autor k nezlepšeným).

Stanton (1978) prováděl rovněž většinou jen jedině sezení, ale pone-

chával otevřenou možnost i několika sezení dalších. Po hypnotizaci provedené běžným uspávacím způsobem zadává motivační protikuřácké sugescce se sugescemi výborné celkové kondice. Současně přidává i řízené fantazijní prožitky: 1. že pacient spokojeně odpočívá na louce, vedle něj přistává červený balón* s košem, do něhož pacient odloží spolu s cigaretami i svou touhu po cigaretách a potřebu kouřit, a balón to všechno odnese do nenávratna, 2. pacient se přenáší do situací, ve kterých měl dříve tendenci kouřit, a nyní je prožívá v klidu a pohodě bez kouření. V katamněze po půl roce abstinovalo asi 45-50 % léčebných osob.

Crasilneck a Hall (1975) provádějí při odvykání kouření hypnotická sezení tři dny po sobě. Čtvrté hypnotické sezení následuje za měsíc. Během tohoto měsíce se má pacient telefonicky hlásit, a to v prvním týdnu denně, v druhém 2× a ve zbývajících 1× za týden. Pacienti mají denně vykonat 1-2km procházku „ke zlepšení plicní ventilace“. Ve více než roční katamněze 75 léčebných pacientů se zjistila trvalá abstinence u 73 % (ty, kteří nevrátili dotazníky, počítáme opět k nezlepšeným). Uvádíme volné znění základních sugescí.

Nebudete již pěstovat návyk, který negativně ovlivňoval vaše zdraví. Nebudete již toužit po kouření. Vaše podvědomí může zamezit nepříjemným pocitům. Bude působit tak, že již nebudete toužit po kouření, které negativně ovlivňovalo váš život s každým vdechnutím do plic. Zcela se odstraní touha po kouření, které nutilo vaše plice a srdce pracovat víc, než je třeba. Nepříznivě ovlivňovalo tyto důležité životní orgány, jako když auto má pořád zařazenu nižší rychlost. Motor se namáhá, jako když jede stále do kopce, přepíná se. Pod vedením vašeho podvědomí se tendence k tomuto zhoubnému návyku bude stále snižovat, až dosáhne nulové úrovně. Nebudete již toužit po cigaretách, nebudete je potřebovat. Budete se cítit volně a dobře, budete mít radost z toho, že se vzdáváte návyku, který měl takový záporný vliv na váš život a na vaše zdraví. Zbavením se kouření se váš život zlepšuje a to bude pokračovat. Již nikdy nebudete kouřit. Nebudete mít hlad ani nebudete zvýšeně jíst. Potřeba kouření klesne na nulu.

Z dalších podnětů k inspiraci hypnoterapeutům, kteří budou svým klientům pomáhat s odvykáním kouření, uvedme řízenou představu o budoucnosti, kterou používá ve svém komplexním pětidenním hypnoterapeutickém postupu H. Watkinsová (1976) u vysokoškolských studentů.

Představte si, že již přišel ten den, kdy vůbec nekouříte. Procházíte se venku. Vzduch je svěží. Slunce svítí, je krásný den. Máte dobrý pocit ze sebe i ze světa. Máte radost z toho, jak zacházíte se svým životem. Již vás nepronásleduje pocit, že jste otrokem kouře-

* Fantazijní technika „červeného balónu“ odnášejícího potíže, kterou navrhl Walch (1976), se podobá našim skupinovým fantazijním technikám symbolického zbavování se potíží, které jsme uvedli na str. 90-92.

ní. Vy sám jste tu pánem, ne cigareta. Máte teď více energie. Vaše průdušky i plíce jsou vyčištěné. Cítíte se přímo skvěle. Čím více na to myslíte, tím je i vaše chůze sebevědomější a energičtější. Nyní budu chvíli mlčet a vy ještě dál pokračujte v této krásné a pozdnější procházce.

Inspirativní jsou i sugestivní formulace G. Edwardse (1964), že „radost z nekouření převáží nad radostí z kouření“, a sugesce, že „všechny podněty, které dosud byly signály ke kouření (pohled na cigarety či zápalky, dobrý oběd, posezení u kávy, setkání s přáteli apod.), se nyní stanou signály k nekouření“.

Většina autorů, kteří se zabývají hypnoterapií při odvykání kouření, začíná hned s úplnou abstinencí. Kroger a Hartland však postupují jinak. Kroger (1977) začíná s postupným snižováním počtu vykouřených cigaret, přičemž se snaží pacientovi kouření ztížit a znepříjemnit. Sugeruje např. spojování chuti cigarety s nejdopornější chutí, kterou pacient zná. Sugeruje mu, že bude každou hodinu čichat k popelníku plnému špačků a připomínat si tento zápach při kouření. Dává příkaz držet při kouření cigaretu v opačné ruce, než je pacient zvyklý, nebo mezi jinými prsty. Všechny tyto příkazy-sugesce začínají slovy „Chcete-li skutečně přestat kouřit, budete . . .“. Takto se postupně snižuje počet vykouřených cigaret na nulu.

Hartland (1971) připravuje pacienta po tři týdny na „den D“, kdy definitivně skoncuje s kouřením. Mezitím se pacient učí za pomoci sugescí omezovat kouření v určených denních časech, které se postupně prodlužují. Teprve ve stanovený den se provede rozhodný hypnosugestivní nápor, směřující k úplnému ukončení kuřácké kariéry.

Ojedinelý přístup představuje dvanáctihodinový skupinový maratón podle Klinea (1970) pro 10 osob. Začíná po předchozí jednodenní abstinenci, aby účastníci byli již v tenzi. Během společného pobytu na klinice terapeut zvyšuje u účastníků potřebu kouřit a frustraci z nekouření, a to jednak situačně (zrakový, dotekový a čichový kontakt s cigaretami, přítomnost pokuřujícího asistenta), jednak za pomoci individuální hypnotizace se sugerováním zvýšené chuti kouřit. Tato období zvýšené tenze se opakovaně střídají s obdobími relaxace a pohody, navozovanými opět za podpory individuálních hypnotických sugescí. Střídavě se ve skupině také diskutuje o pocitech. Předpokládaným hlavním účinným faktorem je zde desenzibilizace. Kline uvádí, že při roční katanéze šedesáti takto léčených pacientů 88 % nekouřilo.

Z kritického přehledu 17 publikovaných amerických studií, který podal Holroyd (1980), vyplynulo, že není podstatný rozdíl v účinku individuálních a skupinových technik a v tom, zda se používá heterohypnózy nebo autohypnózy. Lepší výsledky jsou tam, kde se provádí více sezení a kde se zadávané sugesce neřídí standardním postupem, ale

přízpůsobují se potřebám a motivaci jednotlivého pacienta, a kde je možný další podpůrný kontakt pacienta s terapeutem, např. i pomocí telefonu. Není jasné, jaký vliv má hloubka hypnotického stavu. Některé účinné faktory, jako *relaxace*, snižující napětí kuřáků, a *terapeutický vztah*, podporující *motivaci* a zajišťující *posilování* a kontrolu, mohou působit i v lehké hypnóze nebo bez hypnózy. Jiné, např. *halucinatorní prožitky* nebo *specifické sugesce*, se uplatní jen v hlubší hypnóze. Spíše však patří kouření k problémům, u nichž konečný efekt není v průměru na hypnabilitě významně závislý (Wadden a A-nderton 1982).

Sovětská terapeuti využívají s větší oblibou než západní autoři averzivních sugescí s výraznými somatickými reakcemi, např. nevolnosti a závratí. Přitom reakce fixují ve větším počtu sezení. Bul (1974) uvádí příklady úspěšného trvalého odvyknutí po provedení 15 individuálních sezení obden. Doporučuje také kolektivní hypnoterapii pro 6-15 osob najednou se stejně dlouhým trváním, která je spojena s racionální psychoterapií.

Sami jsme se odvykáním kouření cíleně nezabývali. Opakovaně jsme však při didaktických demonstracích hypnózy u hluboce hypnabilních osob, které byly kuřáky, vyzkoušeli sugesci, že při zapálení cigarety budou pocívat žaludeční nevolnost nebo kašel, který se bude tak zesilovat, že nebude možno vtáhnout kouř víc než dvakrát. Jakmile cigaretu odloží, potíže ihned přestanou. Pak jsme kuřákovi nabídli skutečnou cigaretu. Reakce byly výrazné, pro subjekt vůlí nepřekonatelné a snadno se posthypnotickou sugescí přenesly i do bdělého stavu. Bez motivace k odvyknutí však neměly dlouhého trvání. Během jednoho nebo dvou dní se je kuřákovi podařilo překonat. I tato příležitostná pozorování potvrzují zásadní význam motivace při odvykání kouření, přičemž hypnoterapie lze využít jako vhodného pomocného prostředku.

3. PSYCHÓZY

U endogenních psychóz nepředpokládáme, že by hypnóza mohla významněji pomoci při základní léčbě. Delší dobu převažoval v literatuře názor, že hypnóza je zde přímo kontraindikována, protože by se mohla vyprovokovat latentní symptomatika a protože - zejména u pacientů s paranoidními projevy - by mohlo dojít k potencování paranoidity a zabudování terapeuta do pacientových bludů. Také se předpokládalo, že psychotičtí pacienti, zejména schizofrenici, nejsou hypnabilní.

Výzkumy hypnability schizofreniků, provedené standardními škálami hypnability, ukázaly, že v netříděném vzorku těchto pacientů je průměrná hypnabilita skutečně nižší než u zdravých osob. Hypnotizaci ztěžuje nedostatečný kontakt s okolím, nespolupráce a deteriorace, vyskytující se u části vzorku. Vyloučí-li se však takoví pacienti v předběž-

ném výběru, neliší se pak hypnabilita schizofreniků od průměrné hypnability v běžné populaci. Je přítomna jen o něco větší tendence ke středním hodnotám: zcela nehypnabilních a skutečně hluboce hypnabilních je málo (přehled prací viz Kratochvíl 1986). Možnosti provádět hypnózu u části schizofrenních pacientů z hlediska jejich hypnability tedy existují.

Podle současných autorů, kteří z experimentálních nebo léčebných důvodů zkoušeli hypnotizovat schizofreniky, jsou také obavy, že by hypnóza prováděná obvyklým civilním (nikoliv „magickým“) způsobem mohla nějak zhoršit pacientův stav nebo obohatit jeho psychickou symptomatiku, neopodstatněné. Hypnoterapie by mohla zejména ve stadiu rehabilitace napomoci jeho sociální aktivizaci a adaptaci. Takové zkušenosti učinila u nás např. D. Janotová (+).

Pacienti s bludy ovlivňovanosti se někdy dožadují hypnózy jako pomoci proti silám nebo lidem, kteří je na dálku ohrožují, řídí, vnucují jednání nebo odebírají sílu a potenci. Někdy stojí za to nabídnout takovému pacientovi – aniž bychom se vyslovovali pro nebo proti pravdivosti jeho tvrzení – že mu pomocí hypnózy pomůžeme vytvořit určitou obranu, která nedovolí pronikání takových vlivů, a dávat mu pak sugesci, že na něj podobné ovlivňování přestane působit. I když nepředpokládáme, že tento postup vyléčí jeho blud, může mu poskytnout subjektivní úlevu, někdy i trvalou. Sami jsme v tomto směru učinili jednu pozitivní zkušenost. Někdy ovšem může také paranoidní schizofrenik, zejména při nedostatečném terapeutickém vztahu, začlenit terapeuta mezi své škodící nepřátele, což pak může být pro terapii nevýhodné.

Bul (1974) popisuje i hlubší zásahy do paranoidního systému, který však byl zřejmě spíše paranoidní reakcí než součástí schizofrenní psychózy.

Úzkostný 47letý muž byl přijat se stížnostmi, že je mu žena stále nevěrná, chce se ho zbavit a snaží se ho otrávit. Byl vyhublý, doma odmítal jídlo. Jeho matka trpěla psychózou a zemřela v psychiatrickém zařízení. Bul ho snadno a rychle uvedl do somnambulní hypnózy a vsugeroval mu, že mu žena není nevěrná (?) a nemá v úmyslu ho otrávit, protože on je otcem dětí, které mají oba rádi. Pacient se po hypnóze cítil dobře, projevil sebekritičnost a žádal o další léčení. Během 15 hypnotických sezení, prováděných obden, vymizely veškeré bludné domněnky a stav se plně upravil. Dvouletá katamnéza neprokázala recidivu.

Maďarský hypnoterapeut Völgyesi (1959) využíval hypnózy i u praxích hebefrenních, katatonních a paranoidních schizofrenií, u nichž se mu dařilo snadno navázat terapeutický vztah. Uvedl, že dosahoval pozitivních změn nálad a podpoření socializace.

Bewick a Douglas (1977) referovali o úspěšném využití hypnózy u dvou paranoidních schizofreniček ve věku kolem 40 let. U jedné

z nich byla jádrem bludného systému posedlost ďáblem, druhá byla přesvědčena, že se proti ní pracuje černou magií. Terapeut se v hypnóze pokusil vstoupit do bludného systému. Vyšel z jejich představ a úrovně jejich myšlení a postavil svou „bílou magii“ proti „černé magii“. Sugeroval zvýšení jejich sil k překonání rušivých vlivů. Oba případy pozitivně zareagovaly, došlo k remisím. Při častém výskytu spontánních remisí u schizofrenie nelze samozřejmě několik kazuistik považovat za důkaz účinnosti hypnoterapie, ale přece jen mohou být tyto poznatky zajímavým podnětem.

J. Scagnelliová (1974, 1976, 1982), po provdání Murray-Jobsisová (1984), patří k autorům, kteří se pokoušejí v teorii i praxi systematicky rozvíjet hypnoterapii v rámci komplexní psychoterapie schizofrenního onemocnění. Scagnelliová (1976) používala hypnózy ke snižování úzkosti a k podpoře ega. Využívala hypnoticky navozovaných snů pro práci s náhledem a sugerování fantazijních představ podporujících pozitivní sebezpečí a integraci pocitů. Shrnula mj. postup a výsledky hypnoterapie se čtyřmi schizofreniky a čtyřmi hraničními stavy a upozornila na specifické problémy, které se u těchto pacientů vyskytují při práci s hypnózou: strach ze ztráty sebekontroly, strach z blízkosti a nechuť vzdát se negativního sebezpečí. Murray-Jobsisová (1984) považuje při práci s psychotiky za vhodnější mluvit o autohypnóze než o hypnóze: „učí pacienta, jak se ponořovat do hypnózy proto, aby pacient sám získal větší schopnost ovládat svou mysl a své tělo“ (ne, aby byl ovládán terapeutem). Na počátku hypnoterapie dovoluje nebo i doporučuje pacientům, aby občas otvírali oči, a tím si mohli zkontrolovat, co se děje v jejich okolí. Terapeut má respektovat i skutečnost, že schizofrenici nemívají rádi přímý pohled do očí a nejsou rádi, když se jim někdo dívá do obličeje. Při navozování hypnózy využívá autorka koncentrace na dýchání, představy sestupu po schodech a představy bezpečného odpočinkového místa. Dovoluje pacientovi střídavě se do hypnózy ponořovat a zase se z ní vracet do bdění.

Základním činitelem změny je *terapeutický vztah*, v němž se *akceptace pacienta* terapeutem stává modelem pro akceptaci pacienta samým sebou. Využívání hypnózy v jednotlivých sezeních se podřizuje přání pacienta. Pokud jde o blízkost k terapeutovi a jisté obavy z ní v souvislosti se stažeností a ambivalencemi pacienta, ponechává se mu možnost určitého pohybu mezi blízkostí a distancí tak, aby se těsnější vztah mohl vytvářet postupně a nenásilně. Terapeut projevuje toleranci k pacientovým psychotickým symptomům mj. tím, že *vstupuje* do jeho metaforického nebo symbolického světa a způsobu myšlení, *vcítuje se* do jeho psychotického prožívání a dokáže s ním komunikovat „jeho jazykem“.

V tomto směru se uvedená psychoterapeutická práce se schizofreniky přibližuje pojetí, které u nás představuje Syřišťová (in: Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová 1985), přičemž hypnóza se do něj včleňuje jako díleč, ale významná metoda.

Zatímco tedy většina současných autorů předpokládá možnost účinných zásahů hypnózou jen u těch psychotických syndromů, které mají psychogenní původ, a u endogenních psychóz jim připisuje jen podřídný význam ve smyslu uklidňování a zvládnání nepříjemných stavů, setkáváme se také se seriózními autory, kteří připisují hypnóze význam i v léčbě základního onemocnění. Celkově však je tato oblast dosud málo prozkoumána.

Závěrem ještě upozornění. Zkoušení hypnoterapie u schizofreniků není vhodnou činností pro hypnotizéra bez zkušeností s psychotiky. Jen ten, kdo se vyzná v terapeutické práci s psychotiky bez hypnózy, může u nich také bez nebezpečí začít pracovat s hypnózou.

4. PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY A VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ

Psychosomatické poruchy představují samostatnou klinickou skupinu onemocnění, kterou charakterizuje multifaktoriální etiologie a patogenese (s různým podílem faktorů biologických, psychologických a sociálních), somatizace či projekce psychické energie z centrální nervové soustavy do orgánů a systémů a možnost přerůstání změn funkčních do změn strukturálních. Třetí uvedená charakteristika je výrazně odlišuje od psychogenních psychických poruch (Baštecký 1986). Zprostředkující mechanismy probíhají v oblasti vegetativního nervového systému, systému neurohumorálního a neuroimunitního. Jelikož v etiologii a patogenезi mají určitý podíl psychické a sociální faktory, připadá i v prevenci a léčbě těchto onemocnění nemalá role psychoterapeutickým postupům.

Po stránce postižených orgánů nebo postiženého systému mohou psychosomatické poruchy spadat do různých oblastí medicíny. Nejvíce jich však patří do oblasti vnitřního lékařství. Ty probereme v této kapitole, ostatní uvedeme v souvislosti s příslušnými obory. Možnosti hypnoterapie ukážeme především na příkladu bronchiálního astmatu, s nímž se v tomto směru v zahraničí i u nás pracovalo snad nejvíc. V literatuře jsou k dispozici výsledky na větších souborech pacientů, které jsou aspoň zčásti kontrolované.

1. Bronchiální astma

Poznámky k etiopatogenezi

V multifaktorální etiologii bronchiálního astmatu se může uplatňovat vliv alergenů, bronchiální infekce, delší tělesné zátěže a emočního stresu. Genetické, infekční, toxické a alergické faktory působí ve vzájemné spojitosti s faktory psychickými a sociálními.

V mechanismu samotného záchvatu se uplatňuje spasmus hladké svaloviny bronchů, zvýšené vylučování hlenu do průsvitu bronchů v důsledku hypersekrece bronchiálních žláz a rozšíření cév, působící zduření až otok sliznice bronchů.

Význam, který se připisuje psychogenním faktorům, se liší u jednotlivých autorů v souvislosti s tím, jaký výběr pacientů v klientele daného pracoviště převládá. Tak např. v Bulově (1974) souboru 200 astmatiků hrály ve vzniku prvního záchvatu rozhodující roli psychogenní faktory u 49 % pacientů, zatímco Klumbies (1983) připisuje ve svém souboru 1 000 astmatiků psychogenním faktorům rozhodující roli jen u 6,5 % pacientů. Bez ohledu na prvotní vznik onemocnění mohou psychogenní faktory nabývat význam i na principu symbolického nebo podmíněně-reflexního spojení a mohou je provokovat emoční reakce. Tak např. u alergických záchvatů na vůni růže může záchvat vyvolat i nevonící papírová růže, nebo při alergii na kouření vyvolávalo záchvat i kouření pozorované ve filmu; jiný pacient reagoval záchvatem na spatření domu tchána a tchýně. Výskyt takových záchvatů zjistil Klumbies u více než poloviny svého souboru.

Rozdíly v mínění se týkají i charakteristiky psychogenních faktorů významných ve vzniku astmatu. Zatímco kazuistiky sovětských autorů (Bul 1974) přinášejí zprávy především o bezprostředních psychických traumatech, např. v důsledku tragické smrti blízkých osob, v západní literatuře se věnovala značná pozornost anamnestickým údajům týkajícím se vztahu dítěte a matky a z toho odvozeným problémům v pólech závislosti a nezávislosti v dospělosti („potlačené volání po matce“ a „protest proti matce“). Marchand (1978) shrnul tyto anamnestické faktory a jimi ovlivněné osobnostní rysy, k nimž patří např. i ambivalence k osobám s autoritou a potřeba lásky skrytá za individualistickým nebo agresivním chováním, a poukázal na to, že nejsou specifické pro astmatiky. Klumbies (1983) uvádí, že v Jeně zkoumali výskyt tzv. specifických konfliktů (vazba na matku, utlumená sexualita, přehnané morální nároky) u 100 astmatiků a zjistili je v 26 procentech. Při porovnání se skupinou 100 pacientů s jinými chorobami nenalezli významný rozdíl ve výskytu.

Hartland (1971) v souvislosti s terapií zdůrazňuje, že hypnoterapie bývá tím účinnější, čím více předcházely záchvatům emoční či jiné psychické problémy. Avšak i když je v konkrétním případě onemocnění způsobeno především organickými faktory, může hypnóza pomoci

k významné úlevě: snížit frekvenci i závažnost záchvatů a snížit strach z nich. Může odstranit záchvaty, které vznikají v důsledku podmíněných spojení. Při uváděné multifaktoriální etiologii je výhodné, když hypnóza pomůže vyřadit aspoň některý z patogenních faktorů. Proto je užitečnou součástí komplexní léčby.

Zaměření a techniky hypnoterapie

Užití hypnózy u astmatu může mít trojí základní zaměření: 1. na zvládnutí jednotlivého záchvatu, 2. na symptomatické snižování pohotovosti k záchvatům a 3. na ovlivnění osobnostních faktorů, zejména postojů k traumatizujícím událostem nebo konfliktovým situacím, postojů k záchvatům a strachu z nich, a na posilování osobní nezávislosti.

1. *Při astmatickém záchvatu* se sugeruje uklidňování a klidný, pravidelný dech. Přitom terapeut zkouší vést sugescemi rytmus pacientova dýchání. Povzbuzuje ho k hlubšímu nádechu a pomalému výdechu, přičemž si pacient může tlačit rukama na břicho a bránci, aby výdech byl co nejuplněnější. Záleží samozřejmě na tom, zda pracujeme v záchvatu s pacientem, kterého jsme ještě nehypnotizovali, nebo zda ho máme na hypnózu už nacvičeného. Během záchvatu ruší navozování hypnózy neklid, dušnost a úzkost pacienta. Soustředěná fixace na určený bod nebývá zpravidla dobře možná. Navozujeme hypnózu jen verbálně a ke zvýšení sugestivního účinku přikládáme pacientovi na čelo ruku, jíž mu pak postupně zavřeme oči. Pacienty, které jsme již hypnotizovali, si posthypnotickou sugescí připravujeme tak, aby se dokázali do hypnózy pohroužit na určený signál, bez ohledu na probíhající záchvat.

2. *Symptomatická hypnoterapie* onemocnění bronchiálním astmatem nejčastěji využívá sugescí klidného dýchání, celkového uklidnění, snížení dráždivosti nervové soustavy, mizení obav ze záchvatů a snižování pohotovosti k záchvatům až do jejich úplného vymizení.

Záchvaty se zmírňují, stávají se řidšími, slabšími, nevýznamnými. Budou se dále zmírňovat a ztrácet, až vymizejí docela. Dýchání je lehké, ničím nerušené, čisté, volné a pravidelné.

Schultz (viz Luthe a Schultz 1969, Leuner a Schroeter 1975) doporučuje sugestivní nebo autosugestivní formulky, které navozují teplo v dolních dýchacích cestách (v hrudníku) a chlad v horních dýchacích cestách (v krku, nose) a v celé hlavě.

Další využívanou možností je vyvolání a zastavení astmatického záchvatu v hypnóze, které má pacientovi názorně ukázat ovlivnitelnost

záchvatu psychogenními faktory a případně mu poskytnout autostimulační manévry k vlastnímu zvládnutí záchvatů. Marchand (1978) mluví jen o hypnosuggestivním vyvolání lehkého zhoršení dechu s následným suggestivním uvolněním, někteří autoři však vyvolávají a zastavují úplný astmatický záchvat, který je pro daného pacienta typický. Pro případ, že by se záchvat podařilo sugescí snadno vyvolat, ale obtížněji zvládnout, má mít pacient u sebe svůj bronchodilatační sprej (Berotec aerosol apod.). Záchvat je možno vyvolat buď přímými sugescemi, nebo sugerováním přítomnosti alergenu či jiného spouštěcího mechanismu, např. zvýšené námahy. Lukáči (+) popisuje využití fantazijní techniky k navození a odstranění záchvatu a připojuje i symbolický autostimulační manévr pro pacientovo samostatné užití.

Jste ve člunu, plavíte se po jezeře. Hladina je klidná, ale postupně začíná foukat vítr. Vlny se zvětšují, odnáší vás to od břehu a vy musíte začít vynakládat stále větší námahu, abyste se dostal ke břehu zpět. Vlny jsou stále větší, vítr silnější, odnáší vás to pryč. Snažte se, namáháte se, veslujete stále silněji, bojujete s vlnami. Námaha vyvolává těžký dech, stav dušnosti. Ale protože se musíte dostat ke břehu, pokračujete v úsilí pořád dál . . . (do vyvolání dušnosti).

A nyní vítr ustává, vlny se zmenšují, námaha je menší. Uklidňujete se, veslujete už klidně. Vlny slábnou a váš dech se stává klidným a pravidelným, dech je klidný, hluboký a pravidelný . . . Vidíte, že jste dokázal překonat záchvat dušnosti i bez léků, bez spreje nebo injekcí.

A tak to půjde nejen v hypnóze, ale i ve vašem běžném životě. Kdyby se dostavil stav dušnosti, ihned, jakmile začnete obtížněji dýchat, sevřete ruku v pěst a všechny potíže jako by se do této pěsti sevřely a z vašeho těla vymizely. Hned začnete zase pravidelně, klidně a hluboce dýchat. Až se dušnost úplně ztratí, můžete otevřít pěst a všechny potíže z ní odhodíte. Napětí z ruky zmizí. (Účinnost manévru je třeba v hypnóze vyzkoušet a pak jej v dalších hypnózách novými posthypnotickými sugescemi fixovat.)

Tematický obsah sugerovaných fantazijních obrazů se přizpůsobuje anamnestickým údajům. Starší muž z vesnice např. uváděl, že má dušnost při kosení trávy na svahu, vyvolávaná scéna se tedy týkala namáhavého kosení suché trávy.

Je zde vhodné připomenout, že u astmatických pacientů se někdy setkáváme s dyspnoickými potížemi připomínajícími astmatický záchvat, které nejsou vyvolány mimovolními spazmy bronchů, ale laryngospazmem, který je ovlivnitelný vůlí. Také vsugerovaný astmatický záchvat může využít tohoto snáze vyvolatelného a odstranitelného fyziologického mechanismu. Z praktického terapeutického hlediska je to lhostejné. Z teoretického hlediska jsou zřejmě možné oba mechanismy. Rentgenogramy po zavedení kontrastní hmoty do bronchů, uveřejněné Bulem (1974), ukazují, že vyvolání a zastavení pravého astmatického záchvatu u hypnabilních pacientů je možné.

Maher-Loughnan (1970) používal hypnózu u astmatiků k tomu, aby je naučil autohypnóze, kterou si pak měli provádět denně až do vymí-

zení záchvatů. Autohypnózu si měli navozovat určeným prostým počítáním a setrvat v ní 15–30 minut bez dalších sugescí. Na základě posthypnotických sugescí zadaných hypnotizérem měla tato prostá klidová autohypnóza sama o sobě vyvolávat a fixovat týž účinek, který hypnotizér sugeroval v hypnóze: uvolňovat napětí, zvyšovat důvěru v uzdravení a podporovat přizpůsobení se daným životním situacím.

3. *Hypnotické sugesce zaměřené na osobnostní faktory*, které mohou souviset s astmatem, vycházejí z toho, čemu autoři přiřkládají v patologii anebo ve fixaci choroby největší význam. Už výše uvedené sugesce Maher-Loughnana mají zčásti tento charakter. Zdůrazňuje se v nich „přizpůsobení se daným životním situacím“. Collison (1978) zcela vynechává symptomatické sugesce zaměřené na dýchání a sugereje zlepšení schopnosti „vyrovňovat se s prostředím a překonat pocity méněcennosti“ a dosahovat tělesné a duševní relaxace.

Hartland (1971), který předpokládá, že většina dospělých astmatiků má problém se závislostí, se snaží v sugescích nejprve pomoci pacientovi vypořádat se s touto závislostí a stát se samostatnějším. Na to navrhuje sugesce klidného dechu a připojuje nácvik autohypnózy ke zvládnutí záchvatů.

Každým dnem se budete cítit nezávislejší, schopným stát na vlastních nohou, bez ohledu na to, o jak obtížné věci půjde. Budete schopen se stále více spoléhat sám na sebe, na své vlastní úsilí, vlastní úsudek, vlastní mínění. Vaše potřeba opírat se o druhé bude stále menší. Současně s tím budete celkově uvolněnější a také svalstvo hrudníku bude uvolněnější, dýchání bude a zůstane uvolněné, snadné, snadnější, každý den . . . ráno . . . během dne i po celou noc.

I kdybyste někdy pocítil z jakýchkoliv důvodů nedostatek dechu, nepadnete panice, ale zůstanete zcela klidní. Nebudete se již bát záchvatů. Kdybyste začal cítit dušnost, přestaňte cokoliv dělat a opřete se pohodlně do židle. Uvolněte se, jak nejvíce to jde. Zavřete oči a představte si, že jste zde zpět v této místnosti a že mi nasloucháte. Při tom zatlačte lehce rukou na dolní část hrudníku. Zjistíte, že během několika minut se svaly hrudníku znovu uvolní a dýchání se stane opět volným a snadným. Nedojde k žádnému záchvatu.

Autohypnózu Hartland rovněž nacvičuje na počítání, ale na rozdíl od Maher-Loughnana ji vyplňuje autosugescemi: Přitisknete ruku lehce na dolní část hrudníku a řeknete si – jak tisknu ruku k hrudníku, svaly hrudníku se uvolňují, průchod vzduchu se uvolňuje, dýchání je snadnější a snadnější a během několika minut budu dýchat volně a snadno.

Výsledky

Maher-Loughnan (1970) shrnul tři výzkumné studie své britské pracovní skupiny s technikou, při níž pacienty pomocí hypnózy naučil provádět každodenní relaxační autohypnózu. Ve studii s kontrolní sku-

pinou, která dostávala symptomatické léky a instruktaž k dýchání, vyšly v hypnotizované skupině (N = 127, značně zlepšených 59 %) významně lepší výsledky proti skupině kontrolní (N = 125, značně zlepšených 43 %). Collison (1978) při užití podobné hypnoterapeutické techniky zjistil u 121 astmatických pacientů v Austrálii významný rozdíl ve prospěch pacientů s vyšší hypnabilitou proti pacientům málo hypnabilním (67 % proti 6 % značně zlepšených).

Ukazatelé se většinou týkají klinického posouzení frekvence a závažnosti záchvatů, potřeby medikace a subjektivního hodnocení pacienty. Studie, které srovnávaly objektivní nálezy, zejména spirometrická data (přehled viz Marchand 1978) před léčbou a po léčbě, většinou nezjistily rozdíl. Výjimku tvoří zprávy sovětských autorů (Bul 1974), kteří zjistili výrazné pozitivní změny i v rentgenologických nálezech.

Sovětská autoři disponují též daty od značného počtu léčených astmatiků a podrobně popisují své soubory. Varšavskij (1973) léčil 476 pacientů v hypnotickém kabinetu při interní klinice 1. medicínského ústavu I. P. Pavlova v Leningradě. Uvádí u 5 % nezlepšení, u 14 % mírné zlepšení, u 43 % zlepšení a u 38 % podstatné zlepšení až uzdravení. Bohužel však nemá k dispozici katamnézu. Bul (1974), rovněž z Leningradu, uvádí u 200 pacientů léčených hypnózou nezlepšení u 30 %, zlepšení u 28 % a plnou remisi u 42 %. Data se opírají o půlroční až tříletou katamnézu. V rámci tohoto souboru byla polovina pacientů léčena jen hypnoterapií, druhá hypnoterapií v kombinaci s medikamentózní léčbou. Ve skupině s kombinovanou léčbou byly výsledky o něco málo, ale statisticky významně, lepší.

Fixační kašel a jiné

Kromě astmatu lze hypnoterapie také účinně využít u symptomu, který se označuje jako fixační dráždivý kašel. U něj původní somatogenní příčiny kašle již vymizely, ale kašel se zafixoval reflexním mechanismem. Začíná se zpravidla uklidňujícími sugescemi a připojují se sugesce, že vymizí pocity dráždění či škrábání v krku: „krk je volný, žádné dráždění, žádné hleny, dech probíhá přirozeně a volně . . .“.

Z dalších poruch dýchacího ústrojí se uvádějí možnosti hypnoterapie u inspiračního stridoru (Stokvis a Langen 1965) a u vazomotorické a senné rýmy. U plicní tuberkulózy může hypnóza napomoci uklidnění pacienta, který musí snášet delší dobu klidu na lůžku, a může povzbuzovat chuť k vhodnému jídlu i odvahu k dalšímu životu (Leuner a Schroeter 1975, Kroger 1977).

Závěrem k respiračním psychosomatickým chorobám poznamenejme, že hypnóza se u nás včlenila do psychotherapeutické praxe psychologů pracujících v zařízeních pro léčbu respiračních onemocnění, zejména v tatranské oblasti (P. Lukáči, S. Lengyelová aj.). Užívá se především tam, kde organický nálezný je malý nebo léčbou zvládnutý, přičemž subjektivní obtíže a záchvaty přetrvávají. Zajímavé zkušenosti získal také M. Honza (+), ředitel ústavu pro léčení tuberkulózy a respiračních nemocí v Jablunkově, který použil hypnózy mj. u 24 případů úporné dyspnoe a astmatických stavů s převažující psychogenní složkou. Provedl u jednoho pacienta průměrně osm sezení. Ve sdělení připraveném pro pokračovací kurs hypnózy v r. 1976 uvedl:

U astmatiků jsme s výjimkou dvou případů dosáhli okamžitého zlepšení až úplného ztlumení záchvatu. Šlo vždy jen o dočasný efekt, který se co do intenzity dal přirovnat k účinku jednorázové intravenózní aplikace 100 mg hydrokortizonu: docílí se okamžité úlevy, aniž se tím ovlivní frekvence dalších záchvatů. U několika těžkých dyspnoí v důsledku restrikce funkční tkáně plic (těžké terminální formy silikózy) se podařilo docílit překvapivě vysoké subjektivní úlevy, aniž se nějak ovlivnilo základní onemocnění či funkční testy. Nemocní byli euforičtí a byli na čas zbaveni pocitů klidové dušnosti. Příznivý stav, který se taktó podařilo dosáhnout, přetrvával zhruba asi týden a dal se další hypnózou znovu navodit. V jednom případě generalizované karcinózy plic (z metastáz ca uteru) se jak dyspnoe, tak i celá klinická symptomatologie dala natolik uklidnit, že se nemocnou podařilo udržet až k exitu bez použití analgetik a opiátů.

2. Kardiovaskulární poruchy

Ke kardiovaskulárním poruchám, v jejichž etiopatogenezi mohou hrát v různé míře roli psychogenní faktory a které mohou být více nebo méně přístupné hypnoterapii, patří hypertenzní choroba, stenokardie, neurocirkulační astenie, paroxysmální tachykardie, angina pectoris a infarkt myokardu.

V etiopatogenezi hypertenzní choroby se např. připisuje značný význam stresovým faktorům, napětí, ovládané podrážděnosti a potlačované zlosti („studené válce“ s okolím). U ischemické choroby srdeční se zdůrazňuje mj. význam osobnostního typu A, který je aktivní, dynamický, rychlý, ctižádostivý, rivalizující, impulzivní a netrpělivý, pracovním vysoce angažovaný, má stále nadbytek úkolů a nedovede řádně odpočívat.

V hypnoterapii zde převažují *jednoduché hypnotické relaxující techniky*. Hypnóza slouží především jako prostředek k navození co nehlubší relaxace, tělesného a duševního klidu s odpoutáním se od všech konfliktů, úkolů a starostí. *Specifické sugesce* se pak v témže duchu zaměřují na posílení schopnosti pacienta navozovat si a zachovávat nejen vnější, ale i „vnitřní klid“ v pracovních či rodinných zátěžových situacích, naučit se „snížit svou lafku“, brát úkoly víc „na lehkou váhu“, rozlišovat „podstatné od méně důležitého“, přizpůsobovat se nezbytnostem,

a zejména naučit se pravidelně „plně a intenzívně odpočívat“ s dočasným úplným odpoutáním se od starostí a úkolů. Sugescie v podstatě směřují k rozumné úpravě životosprávy a životního zaměření, kterou pacient nedokázal provést na základě racionálního vysvětlení. V tomto směru se značně podobají sugescím u neurasteniků (str. 132). U neurocirkulační astenie, paroxysmálních tachykardií i jiných srdečních arytmií a stenokardií se připojují sugescie proti úzkostem a strachu. Tam, kde tyto potíže mají tendenci vyvolávat nežádoucí koncentraci na srdeční činnost a její nepravidelnosti, mají místo také formulky protihypochondrické.

Srdce pracuje samo a automaticky, nebudete mu věnovat pozornost, která jeho automatickou činnost ruší. Nepravidelnosti jsou vám lhostejné, zrychlený tep je vám lhostejný, pocity u srdce jsou lhostejné. Srdce pracuje samočinně. Pracuje lépe bez vaší nežádoucí pozornosti a kontroly. Bude pracovat klidně a pravidelně, klidně a pravidelně. Zajímají vás více věci kolem vás než dění ve vašem organismu. Jste rádně vyšetřen a léčen. Pečujete o své tělo správnou životosprávou, ne nervózním sebezpozorováním. Cítíte se bezpečný a klidný.

Hypertenzní choroba

Hypertenzní chorobě se v hypnologické literatuře věnovalo více pozornosti než ostatním srdečně-cévním onemocněním. Pozitivní data opírající se o značný počet léčených pacientů předkládají v současné době opět zejména Varšavskij a Bul.* Varšavskij (1973) uvádí u 207 pacientů léčených hypnoterapií tyto výsledky bez dalších podrobností: velmi značné zlepšení nebo úplná úzdrava 23 %, značné zlepšení 61 %, mírné zlepšení 10 % a nezměněno 5 %. Bul (1974) se u svých 160 pacientů s hypertenzní chorobou I. a II. stupně, kde farmakoterapie nepřinášela uspokojivé výsledky, opírá o 2–3letou katamnézu. Ukazatelem efektu bylo trvalé snížení krevního tlaku, úbytek reverzibilních patologických změn na cévách očního pozadí a celkové zlepšení stavu pacienta. K úplné remisi došlo u 58 %, ke zlepšení u 19 % a nezlepšených zůstalo 23 %. Nezlepšení byli většinou nehybní.

Hloubka hypnózy byla u tohoto souboru u 24 % lehká, u 44 % střední a u 23 % hluboká. U 9 % se hypnózu nepodařilo navodit. Ze 160 pacientů dostávala polovina pacientů kromě hypnoterapie i současnou medikamentózní terapii. Výsledky byly o něco lepší u pacientů se souběžnou medikamentózní léčbou.

Účinnost hypnoterapie závisela značně na počtu hypnotických sezení. Statistická analýza srovnávající pacienty, u nichž proběhlo 10, 20, 30 a 40 sezení, ukázala, že tento faktor je vysoce významný.

* Neméně optimistické jsou starší sovětské práce týkající se hypnoterapie u hypertenze a dalších kardiovaskulárních onemocnění (Gefter a Jelimov, Ivanov, Krejmer, Menšikov a Malenkovič, Platonov aj.), které cituje Horvai (1959) a které častěji využívaly i hypnoticky navozeného spánku, prodlužovaného na více hodin.

Hypnoterapeutická sezení trvala 30–40 minut a prováděla se obden, nejprve individuálně a později kolektivně. Po obecných sugescích typu „budete se cítit dobře“ přecházel autor ke speciálním sugescím, které směřovaly k odstranění úzkosti a k postupnému „zapomínání“ na traumatizující životní zážitky (u 84 % pacientů předcházela začátku hypertenzní choroby těžká psychická traumata). V procesu léčby docházelo ke snižování systolického i diastolického tlaku. Na počátku léčby se tlak snižoval jen v hypnóze a po skončení hypnózy se opět zvyšoval. Avšak po 5–8 sezeních zůstával již trvaleji snížený ve srovnání s výchozími hodnotami. Současně docházelo ke zlepšení celkového stavu. Mizely bolesti hlavy, nespavost, závratě a nauzea, nálada se stávala optimističtější, vytrácela se úzkost a plačtivost.

Publikované práce amerických autorů se opírají o podstatně menší počty pacientů. Autoři se však snaží zajišťovat standardní postup a pracovat s kontrolními skupinami.

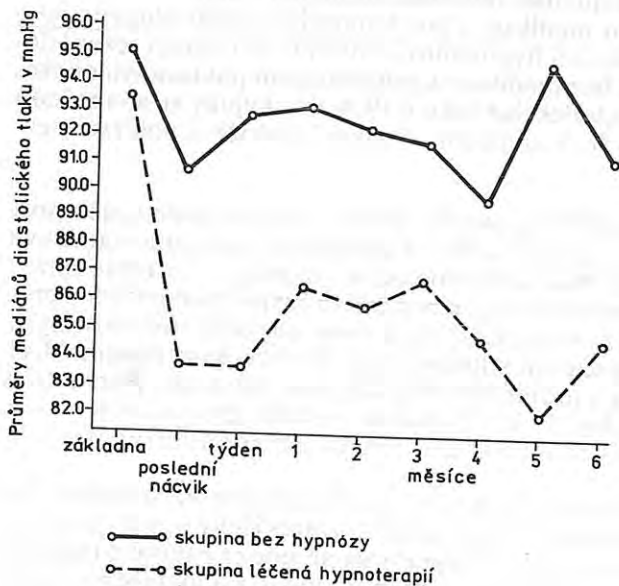
Deabler aj. (1973) srovnávali vliv osmi sezení s relaxací a hypnózou na systolický a diastolický tlak u pacientů s hypertenzní chorobou. Léčebný postup, prováděný 2× denně, se skládal z relaxace podle Jacobsona a z následující hypnotizace s dalšími relaxačními sugescemi. Autoři jej provedli u šesti pacientů, jimž se vysadila medikace, a u devíti pacientů, kteří souběžně dále dostávali antihypertenziva. Další šest pacientů s vysazenou medikací a bez hypnotické léčby sloužilo jako kontrolní skupina. Stupeň hypnability neměřili. Po osmém sezení došlo u léčené skupiny bez medikace k průměrnému poklesu systolického tlaku o 17 % a diastolického tlaku o 19 % a u skupiny se souběžnou medikací o 16 % a 14 %. V kontrolní skupině k žádnému poklesu krevního tlaku nedošlo.

Friedman a Taub (1977) provedli výzkum, který srovnával účinnost hypnózy a biologické zpětné vazby – každého postupu samostatně i ve vzájemné kombinaci. Nás zde zajímá účinek hypnózy. Autoři se zaměřili především na diastolický tlak, jehož ovlivnění psychologickými prostředky se považuje za obtížnější. Ve skupině pacientů ovlivňovaných hypnózou bylo 13 pacientů s průměrným diastolickým tlakem 12,41 kPa (93,1 mm Hg) a s průměrnou hypnabilitou 9,8 podle Harvardské škály hypnability. Autoři do výzkumu zařadili jen pacienty, kteří v předběžném testování touto škálou získali nejméně sedm bodů (ze 12 možných).

V sedmi „návčikových“ sezeních, uskutečněných ve frekvenci 2× týdně, se pacienti ponořovali do hypnózy na nacvičený signál, dotek ramene hypnotizérovou rukou. Sugerovala se pouze hluboká relaxace a prováděla se opakovaná měření krevního tlaku. Při ukončení uvedené série návčikových sezení naučil hypnotizér pacienta samostatnému navozování klidové autohypnózy, do níž se pak měl doma samostatně ponořovat dvakrát denně na tři minuty. Kontrolní měření se provádělo

za týden a za měsíc po skončení léčby. Diastolický tlak klesl z průměru 12,41 kPa (93,1 mm Hg) na konci nácviku na 11,17 kPa (83,8 mm Hg). Za týden po nácviku se udržoval na 11,13 kPa (83,5 mm Hg) a za měsíc vystoupil na 11,48 kPa (86,1 mm Hg). Rozdíly na konci nácviku a za týden po nácviku byly proti počátečním měřením významné. Zajímavým a neočekávaným zjištěním této studie bylo, že při kombinaci hypnózy s biologickou zpětnou vazbou byl účinek podstatně menší, než když se hypnóza a „biofeedback“ použily samostatně.

Friedman a Taub (1978) pak sledovali své pacienty po skončení nácviku ještě jednou měsíčně po dobu šesti měsíců. V „hypnotické“ skupině se jim podařilo podchytit 12 ze 13 původně hypnotizovaných osob, v kontrolní skupině bez léčby 11 ze 12 osob. Jak ukazuje graf na obr. 12, zachycující průměrný mediánový diastolický tlak při kontrolách v jednotlivých měsících, účinek léčení se za pomoci denních podpůrných třímínutových autohypnóz v průběhu půl roku udržoval, zatímco v kontrolní skupině nedošlo k žádné změně. V této druhé práci autoři uvedli také hodnoty systolického tlaku. Změny jsou analogické jako u tlaku diastolického.



Obr. 12. Průměry mediánů diastolického tlaku při měření v různých obdobích (Friedman a Taub 1978)

Stenokardie a jiné potíže

Z dalších kardiovaskulárních poruch se hypnoterapeuti systematictěji věnovali stenokardiím, organicky i funkčně podmíněným spazmům koronárních cév, projevujícím se bolestmi u srdce. Varšavskij (1973) léčil 448 pacientů, z toho bez efektu 5 %, s mírným zlepšením 18 %, značným zlepšením 48 % a praktickou úzdavou 29 %. Bul (1974) uvádí výsledky u 30 pacientů: 17 % bez efektu (většinou byli nehypnabilní), 17 % zlepšených a u 66 % úplná remise s katamnézou 1–7 let. Výsledky byly lepší u lehčích forem stenokardií s převažující psychogenní složkou než u těžších a organicky podmíněných. Bul uvedl také podrobnější organizaci hypnotické léčby: sezení obden v trvání kolem 40 minut, v celkovém počtu 10–20 sezení: napřed pět sezení individuálních, další obvykle kolektivní.

Kavanagh aj. (1970, 1984) z torontského rehabilitačního střediska se věnovali možnostem využití hypnózy v léčbě a rehabilitaci *poinfarktových stavů*. Doporučují hypnoterapii nejprve individuální a pak kolektivní s postupným přechodem na autohypnózu. Wain aj. (1984) věnovali pozornost hypnoterapii *srdečních arytmií*.

Povšimněme si ještě *Raynaudovy choroby*, poruchy vazomotorické regulace v prstech rukou nebo nohou, která se projevuje záchvatovitou nedokrevností, zbledením a bolestmi v chladu, při mytí ve studené vodě nebo při doteku chladného předmětu a v některých případech také pod vlivem emočních podnětů. Možnosti hypnoterapie vyzkoušel u nás Zikmund (1961, 1963). Ze šesti léčených patientek se mu podařilo dosáhnout u dvou podstatného a trvalého zlepšení a u dvou zlepšení dočasného. V dosažené středně hluboké hypnóze sugeroval v 5–15 sezeních, prováděných obden, pocity zvýšeného tepla a prokrvení prstů a stav emoční pohody a rovnováhy. Na to navazoval půlhodinový až hodinový hypnotický spánek. Nověji uvádějí Crasilneck a Hall (1975) dosažení remise nebo podstatného zlepšení symptomů u 60 % z 48 léčených pacientů. Sugerovali zlepšení přítoku krve do končetin.

Kromě souhrnných dat, která jsme zde uvedli, jsou v monografiích leningradských hypnoterapeutů Varšavského (1973) a Bula (1974) i velmi instruktivní podrobné kazuistiky, popisující symptomatiku, etiopatogenezi, výsledky somatických vyšetření, průběh terapie, efekt a katamnózu. To platí i o bronchiálním astmatu a dalších psychosomatických onemocněních. Důkladný rozbor kombinací organických a psychogenních faktorů u jednotlivých srdečních a cévních chorob s kazuistickými ukázkami (včetně psychoterapeutických možností) přináší také monografie jenského internisty-psychoterapeuta G. Klumbiese (1983). Zájemce odkazujeme na tyto práce, které jsou v našich knihovnách dostupné.

3. Gastrointestinální poruchy

Že psychické vlivy působí na trávicí ústrojí i v běžném životě a u zdravých lidí, je všeobecně známo. Ovlivňují chuť k jídlu, slinění a polykání (příp. zvracení), žaludeční sekreci i motilitu žaludku a střev. Uplatňují se samozřejmě i ve vzniku chorobných stavů a poruch v této oblasti, od vstupu potravy do úst až po vyprazdňování konečníkem. Četné z těchto poruch jsou pak také výrazně ovlivnitelné hypnotickou sugescí. Po všimneme si zde možností hypnoterapie u poruch, jimž se zatím věnovala největší pozornost. Patří k nim achalázie, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, colitis ulcerosa, zácpa a průjem a dyskinézy žlučových cest.

Achalázie

Achalázie, dříve nepřesně označovaná jako kardiospasmus, je specifická porucha horní části trávicího ústrojí. Záleží v tom, že při průchodu potravy jícnem chybí otevírací reflex kardie, takže se potrava nemůže dostat do žaludku. Zadržuje se a hromadí se v jícnu, roztahuje jícn a vrací se ústy zpět. Prvnímu výskytu obvykle předcházejí masivní psychická traumata. Dodnes neexistuje účinná farmakoterapie této poruchy; krátkodobě působí vysoká dávka adrenalinu. Provádí se buď mechanické roztahování kardie, které se zpravidla musí po nějaké době opakovat, nebo operace (kardiomyotomie, příp. i vagotomie), u nichž je mortalita kolem 1–4 % a recidivy v 10–50 %. Bez léčby dochází k přerušování výživy, dilataci jícnu, infekcím a příp. perforaci jícnu, pneumonii a smrti (Klumbies 1983). To ukazuje, jak svízelné a ohrožující může být toto onemocnění a jak je významné, že některým pacientům lze účinně pomoci hypnózou. Hypnotická léčba se zaměřuje na obnovení otevíracího reflexu kardie. Je-li provedena brzy, dokud nedošlo k sekundárním organickým změnám, např. sklerotizaci kardie, může vést až k úplnému vyléčení.

Lukášová, Černý aj. (1973) publikovali výsledky u devíti pacientů léčených hypnoterapií. U pěti nebylo možno účinně využít hypnózy pro jejich nedostatečnou hypnabilitu. Čtyři byli hypnabilní a u tří z nich došlo bezprostředně po hypnóze k podstatnému zlepšení. U dvou se zlepšení udrželo. U třetího došlo k recidivě při zhoršení konfliktové situace v rodině. Autoři vypracovávali pomocí posthypnotické sugesce u pacientů autostimulační manévry (Černý 1973), kterého mohli pacienti využít při novém objevení se potíží k jejich okamžitému zvládnutí.

Černý aj. (1974) provedli u uvedených případů i rentgenologickou kontrolu. Jedna z žen uváděla po hypnotické sugesci, že potrava volně

prochází do žaludku, avšak podle skiaskopického sledování byla kardie téměř úplně uzavřená. Sugescie v tomto případě ovlivnila jen pocit, ale nikoliv fyziologickou funkci. U dalších dvou pacientů, úspěšně léčebných hypnoterapií, potvrdila i skiaskopická kontrola volnou pasáž z jícnu do žaludku v plné shodě se subjektivními pocity.

Z experimentálních důvodů se autoři pokusili navodit během skiaskopického sledování u jednoho z vyléčených pacientů recidivu obtíží. Během několika vteřin po příslušné sugesci došlo ke kontrakci kardie a jícen se rozšířil zadržanou kontrastní látkou. Po další sugesci kontrakce povolila, tekutina volně přešla do žaludku a jícen se vyprázdnil. Totéž autoři zopakovali u hypnabilní zdravé osoby, která nikdy achalázií netrpěla, a to jak v hypnóze, tak i v bdělém stavu, s využitím posthypnoticky určených signálů k vyvolání kardiospazmu a jeho uvolnění. Léčebné výsledky i experimentální data pražských autorů tedy přesvědčivě prokazují možnost hypnosugestivního ovlivnění funkce jícnu a kardie.

Klumbies (1983) uvádí charakteristiky 30 pacientů s achalázií s podrobným zhodnocením vyvolávající situace, trvání, nálezů před terapií, po terapii a při katamnóze a u 11 z nich podrobné kazuistiky, někdy i s rentgenovými snímky. V některých případech zmizely potíže hned po první hypnóze, jindy se průchod uvolňoval postupně. V pěti případech došlo i ke zmenšení nebo vymizení dilatace jícnu. Ve většině případů sice dilatace zůstala, ale rentgenologové mohli pozorovat zlepšení pasáže kardií po polykání kontrastní látky. Pacienti mohli jíst a jejich celkový stav se rychle upravoval. Pozitivních výsledků bylo dosaženo i při potížích, které trvaly více než 20 let. Jen u šesti ze 30 případů, které léčili hypnózou na jenské klinice, nedošlo k uspokojivému zlepšení a muselo se dále provádět mechanické roztahování kardie. Ve dvou případech byla nutná operace. Některé kazuistiky ukazují na úspěch i u případů jednoznačně podminěných organickou lézí (např. po resekcii žaludku), jiné naopak na neúspěch u achalázií vyvolaných vysloveně psychogenními faktory. V Klumbiesově materiálu je nemálo případů vzniklých po psychotraumatech z konce druhé světové války.

K léčebné technice uvádí Klumbies, že hypnóza nemusí nutně dosáhnout somnambulního stadia, musí však mít aspoň střední hloubku. Hypnotické sugescie pak lze formulovat např. takto:

Ležíte klidně a uvolněně. Nejen navenek, ale i uvnitř těla je vše uvolněno, zbaveno křečovitosti a napětí. Také přechod z trávicí trubice do žaludku (terapeut přiloží ruku na oblast kardie) je zcela uvolněný a otevřený. Přechod z jícnu do žaludku je měkký a široký, takže jídlo tudy může bez obtíží zcela lehce procházet. Kdykoliv něco jíte, dobře to rozkoušete a polknete . . . a pak jídlo postupuje lehce trávicí trubicí dolů. Bez potíží postupuje až do žaludku. Přechod z jícnu do žaludku je široký a měkký, bez křečovitosti, uvolněný, volný. Nemůže již docházet ke zvracení, jídlo se zde nehromadí, ale přechází širokým, měkkým otvorem přímo do žaludku.

Klumbies zdůrazňuje, že mechanicky naučené formulace nepůsobí tak živě a sugestivně jako slova, která jsou pro příslušného pacienta bezprostředně přímo volená a sugestivně pronesená. Ke zlepšení dochází někdy hned, ale častěji postupně. Když si už terapeut je jist vlivem svých sugescí na kardií, může začít pacientovi podávat v hypnóze jídlo. Během polykání pokračuje terapeut v sugescích výše uvedeného rázu a současně zdůrazňuje chutnost jídla a příjemnost samotného jení. Později se už jen efekt sugescemi upevňuje.

Sezení se zpočátku provádějí denně nebo 2× denně. Po dosažení efektu se pokračuje 2× týdně, 1× za dva týdny a za měsíc. Celá léčba se tak protáhne na několik měsíců. Na důslednosti často závisí i trvalost účinku léčby.

Langen (1972) doporučoval začleňovat do sugestivních formulací kromě pocitů uvolnění i pocity tepla a sugeroval, že takový stav si pacient může vyvolat i sám, několika hlubokými nádechy.

V tomto prohloubeném stavu cítíte, jak se kolem žaludku stále víc a víc šíří příjemný pocit proudícího tepla. Nejsilnější je na přechodu z jícnu do žaludku. Proudícím teplem se cítíte příjemně uvolněn a uvolňujete se ještě víc a více. Toto uvolnění v žaludeční krajině bude přetrvávat i po skončení hypnózy. Při každém jídle budete kolem žaludku pociťovat příjemný pocit proudícího tepla a uvolnění, takže jídlo bude automaticky a bez námahy procházet jícnem přímo do žaludku.

Vředová choroba žaludku a dvanáctníku

Vliv psychogenních faktorů je patrný mimo jiné i ze statistik ukazujících zvýšené procento výskytu vředové choroby v populaci v období zvýšeného stresu, např. ve válce. V Anglii to bylo zjištěno ve městech, kam dopadaly německé řízené střely. Vliv nadměrné zátěže, přepřacovanosti a chronického napětí je patrný u pacientů s vředovou chorobou i v mírovém období. U nás je dobře známa kortikoviscerální teorie patogeneze vředové choroby (Bykov a Kurcin 1955), podle níž dochází v souvislosti se stresovými faktory a negativními emocemi k porušení uspořádaných vztahů mezi vzruchem a útlumem v mozkové kůře a ve spojitosti s tím i vztahů mezi korou a podkorovými centry v talamo-hypotalamické oblasti. To vede k omezenému prokrvení žaludeční sliznice, snížení její odolnosti vůči žaludečním šťávám a současně ke zvýšení sekrece a kyselosti žaludečních šťáv. Vlivem nepříjemných interoceptivních podnětů vzniká bludný kruh, posilující patologické reflexy. Z této teorie a zároveň z praktických zkušeností se vyvozovala účinnost *spánkové léčby*. Navozování spánku pomocí hypnózy přitom umožňovalo předcházet nežádoucím účinkům déledobého podávání vyšších dávek hypnotik. Hypnotický spánek má normalizovat žaludeční sekreci, zvyšovat chuť k jídlu a odstraňovat bolesti. V období značné popularity spánkové terapie v padesátých letech referovali o úspěších hypno-

tického spánku např. Bulatov, Ivanov, Menšikov, Molčanov, Sinělnikov a další (viz Horvai 1959 a Bul 1974).

Psychoanalyticky orientovaní autoři se zaměřili víc na vlastnosti osobnosti a jejich vývoj a zjišťovali v osobnosti pacientů s vředovou chorobou zejména chronicky potlačovanou agresivitu, tendenci neprojevat vznikající zlost a jevit se za každou cenu jako dobrý, vlídný a laskavý člověk, chovat se sociálně žádoucím způsobem, aby nehrozila ztráta naděje na lásku druhých. Podtext tohoto chování viděli v trvalé a nedostatečně uspokojené potřebě lásky, péče, ocenění a uznání. Hypnoterapie se v souvislosti s tímto pojetím zaměřuje více na explorační a na odhalení a odreagování raných zážitků a konfliktů, které jsou psychologickým podkladem onemocnění vředovou chorobou.

O systematickém zkoumání výsledků léčby hypnoterapií referuje Bul (1974). Ve spolupráci s Bulatovem léčil hypnózou 100 pacientů, z nichž část byla hospitalizována a část v ambulantní péči. Většinou to byli pacienti, u nichž byla farmakoterapie málo účinná. U poloviny pacientů při zahájení hypnoterapie farmakoterapie i fyzikální léčbu přerušili, u druhé poloviny tato léčba dále souběžně pokračovala. Katamně-zu sledovali po tři roky. K plné remisi došlo u 63 %, ke zlepšení u 29 %. Nezlepšeno zůstalo 8 %, což byli všichni nehypnabilní a část málo hypnabilních. Mezi pacienty léčenými jen hypnoterapií a léčenými zároveň farmaky nebyl významný rozdíl. Účinek léčby však pozitivně koreloval s hloubkou navozeného hypnotického stavu.

Hypnotická sezení autoři prodlužovali alespoň na 40 minut nebo na 2-3 hodiny. U části pacientů prováděli léčení ve zvláštní ložnici, kde se mohl navozovat prodlužovaný hypnotický spánek několikrát denně. Celkový spánek, včetně nočního, pak dosahoval 12 až 16 hodin denně. Léčení zahrnovalo 20-30 sezení, zpočátku individuálních a později kolektivních, v nichž se postupně přecházelo k využívání magnetofonového záznamu s hlasem příslušného hypnoterapeuta. Po všeobecných sugescích celkového dobrého stavu, příjemné nálady a hlubokého spánku sugeroval terapeut obvykle specifické zlepšování jednotlivých dílčích symptomů.

S každým dnem se u vás bude zvyšovat zdravá chuť k jídlu. Budete dobře jíst a trávit. Žaludek bude pracovat dobře s pravidelně. S každým dalším sezením budou mizet pocity bolesti, bude mizet nevolnost, zcela zmizí zvracení. Zmizelo pálení žáhy. Uzdravujete se, váš stav se zlepšuje. S každým dalším dnem, s každým dalším sezením se odstraňují bolestivé pocity i nadýmání. Břicho se stává měkkým, nebolestivým. Zlepšuje se váš noční spánek.

Bick (dle Leunera a Schroetera 1975) používal s úspěchem - rentgenologicky kontrolovaným - sugescí zaměřující se přímo na fyziologické procesy v žaludku: uvolňování, prokrvování a zajizvování.

V žaludku povolilo křečovitě sevření, svalovina žaludku je naprosto uvolněná a vol-

ná. Žaludeční sliznice se stále lépe prokrvuje a stává se odolnější. Vzniklý vředový proces stále více ustupuje a zajizvuje se. Jizva bude tak pevná, že už nikdy nedojde k recidivě.

Někteří autoři ovšem zase varovali před sugescemi nebo autosugescemi zvýšeného prokrvování, a to i nepřímými, sugerováním tepla do břicha, z obav před vznikem krvácení do dosud nezajizveného vředu (Luthe a Schultz 1969). Rozhodnutí se musí řídit aktuálním somatickým nálezem.

Colitis ulcerosa

Při ulcerózní kolitidě dochází k poruchám motoriky, cévního zásobení a sekrece tlustého střeva a ve sliznici se vytvářejí rozsáhlé zvředovatělé plochy. Vznikají průjmy a objevuje se hlen a krev ve stolici, někdy až v takovém množství, že dochází k anémii. Celkový stav bývá špatný, někdy se zvýšenou sedimentací a teplotou. Onemocnění mívá vlnovitý průběh s exacerbacemi a remisemi. Po stránce somatické je to onemocnění závažné a ohrožující život, přičemž výsledky medikamentózní a chirurgické léčby nejsou často uspokojivé. Chirurgové někdy dávají přednost totální resekci tlustého střeva. Po stránce psychické vede onemocnění ke značné deprimovanosti a pocitům méněcennosti. V premorbidní osobnosti těchto pacientů se nezdá zjišťují obsedantní rysy. Jak ukazují klinické zkušenosti, hypnotherapie je v některých případech účinná.

Curtius (1962) referoval o 24 pacientech, u nichž dosáhl odstranění symptomů za pomoci hypnózy a autogenního tréninku.

Schaeffer (1978) prováděl *děletrvajících klidových hypnóz* u 33 pacientů, devíti léčených ambulantně a 26 hospitalizovaných. U části z nich kombinoval hypnózu s autogenním tréninkem, u části přecházel na ablační hypnózu. Cílem bylo symptomaticky zvládnout exacerbaci.

To se sice dařilo, ale obvykle došlo brzy znovu k recidivě. Proto autor později přešel od terapie zaměřené pouze na symptomy k terapii zaměřené na osobnost a využíval k tomu dynamicky orientované skupinové psychoterapie, zpravidla v uzavřené skupině, probíhající během sedmítýdenní hospitalizace. Ve skupinové terapii se snažili pomoci pacientovi k pochopení neurotických kořenů jeho onemocnění a k osobnímu zrání, což však znamenalo nemalou psychickou zátěž a nezdá se, že vedlo ke zhoršení somatického stavu. Ten pak bylo nutno zvládat hypnózou navozující uklidnění. I v samotné skupinové terapii se ovšem osvědčovaly více postupy podpůrné a laskavé než zneklidňující.

Klumbies (1983) z téže interní kliniky se zmiňuje o zkušenosti s celkem 297 pacienty. Při dvouměsíčním léčení využívajícím hypnoterapie

měli pacienti typicky před léčbou stolicí 6× denně s krví a hlenem, po léčbě jen 2× denně bez těchto příměsí.

Ambrose a Newbold (1980) podrobně popsali úporné onemocnění u třicetiletého muže, jemuž byla provedena laparotomie s odnětím části tenkého i tlustého střeva, přičemž onemocnění pokračovalo dál a chirurg počítal s nutností další resekce. Autoři provedli úspěšnou hypnoterapii v 15 sezeních během tří měsíců.

Autoři orientovali část sezení hypnoanalyticky. Pacient si postupně vybavoval a odreagoval čtyři významné epizody ze svého života, které u něj vyvolaly značně negativní emoce a také střevní potíže: 1. v jedenácti letech nový sňatek jeho otce a problémy související s nevlastními sourozenci, vůči nimž se cítil méněcenný, 2. problémy během známosti, kdy ho rodiče jeho partnerky podceňovali a odmítali, 3. nevěra jeho manželky, která ho velmi ponížila, a 4. pocit viny týkající se přítele, který onemocněl na rakovinu, určitý čas u nich bydlel a zemřel brzy poté, co ho požádali, aby se od nich odstěhoval. Pacientův stav se po léčbě značně zlepšil a po dobu dalších 15 let, kdy ho autoři sledovali, nebyla potřebná operace, i když občas trpí průjmem, větry a mírnými bolestmi. Ty však zvládá pomocí autohypnózy. Naučil se také zvládat další stresové situace bez reagování střevními symptomy.

Celkově můžeme přehled literatury shrnout tak, že v hypnoterapii tohoto svízelného onemocnění se pracovalo: 1. s klidovými prodlužovanými hypnózami, 2. s odhalováním a abreakcí emočních traumat, 3. s spojováním hypnoterapie s dynamickou i podpůrnou skupinovou psychoterapií a 4. s využíváním pozitivních faktorů v přenosu zintenzivněném hypnózou, který podporuje pocit jistoty a bezpečí a naplňuje těmto pacientům jejich výraznou potřebu ochrany.

Nejvýznamnějším se zdá být využívání prodlužované klidové hypnózy, případně s přidáním symptomaticky orientovaných sugescí. Schaeffer (1978) nepovažuje za potřebné varovat před sugerováním tepla do břicha, jak činili někteří autoři z obav před možností zvýšeného krvácení. Schaeffer získal naopak u některých případech zkušenost, že sugesce tepla do břicha snižovaly nebo zastavovaly krvácení v tlustém střevě. Sugescie tepla doporučují i Curtius (1962) a Stokvis (1965). Ke všeobecně uklidňujícím sugescím přidával Curtius v některých případech i sugestivní nárys očekávaných fyziologických účinků.

„Zklidnění dosažené hypnotickým spánkem se přeneso vegetativním nervovým systémem na střeva, uklidní je a zbaví je křečí, které jsou příčinou choroby. Tím se vytvoří podmínky pro úplné zhojení střevní sliznice. To se v příštích dnech pozná na ústupu průjmů i krve a hlenu ve stolici.“ (Citováno dle Leunera a Schroetera 1975.)

Zácpa a průjem

Hypnotickou sugescí je možno působit na psychogenní nebo návykové zácpy a průjmy. Pokus o ovlivnění zácpy je zvláště účelný u návyku na projímadla. Sugescie směřují k vypracování pravidelného defekačního reflexu. S pacientem je třeba předem dohodnout nejvhodnější denní dobu pro defekaci. Podrobné formulace nabízí Varšavskij (1973).

Objasnili jsme si příčiny vzniku návykové zácpy a nyní vám sugescie v hypnóze pomohou se zácpy zbavit. V půl šesté ráno (volí se doba, která o hodinu předchází dohodnuté denní době pro defekaci) u vás začne zvýšený pohyb střev. Vlivem tohoto zvýšeného pohybu střev se začnou odpadové hmoty ve střevech posunovat směrem ke konečníku. (Terapeut přikládá pacientovi ruku na břicho a případně naznačuje směr pohybu v tlustém střevě.) Přibližně za hodinu se budou odpadové hmoty nacházet už v konečníku a vy začnete cítit tlak na stoliici. Půjdete na záchod a beze spěchu tam posedíte tak dlouho, jak bude třeba k vyprázdnění konečníku. Tak tomu bude každý den. Nebudete potřebovat už žádná projímadla. Ke stoliici bude docházet každý den zcela přirozeně. Každý den o půl šesté u vás začne zesílený pohyb střev. O půl sedmé se objeví nutkání na stoliici a po odchodu na záchod dojde k vyprázdnění.

Hartland (1971) doporučuje zpočátku sugerovat nástup defekace v určenou hodinu jen každý druhý nebo třetí den, než se žádoucí reflex vytvoří. Teprve pak sugeruje denní interval. Nástup nucení na stoliici spojuje s ranním oblékáním. To je výhodný signál pro nástup účinku posthypnotické sugescie. V sugescích zdůrazňuje mimovolnost a nutkavost pocitů: „I když se budete snažit nevěnovat tomu pozornost, nutkání bude silnější a silnější.“ Jiní autoři podtrhují snadnost a samovolnost vyprázdnění, jakmile si pacient sedne na záchod. Toto usednutí bude signálem k vyprázdnění: „Nevyvíjejte žádné úsilí, jen usedněte a čekejte. Vaše tělo provede vše automaticky.“

Analogickým způsobem je možno vypracovat sugescie zaměřené proti průjmům.

Jiné poruchy trávicího ústrojí

Dyskinézy žlučových cest jsou další možnou oblastí aplikace hypnoterapie. Bul (1974) uvádí četné pokusy, i rentgenologicky doložené, týkající se vlivu sugerované potravy a sugerovaných emocí na vylučování nebo zástavu a městnání žluči a také ukázkové kazuistiky a výsledky léčení u 20 pacientů s chronickým zánětem žlučníku. Po 20–30 hypnotických sezeních dosáhl u 10 pacientů déletrvající remise, u pěti zlepšení a u pěti byla hypnoterapie bez efektu. Účinnost závisela na hloubce hypnotického stavu. Léčebné sugescie se zaměřovaly na podporu nočního spánku a zlepšení celkového stavu nervové soustavy, na odstranění nevolnosti, zvracení a dalších dyspeptických příznaků a na snížení vnímavosti vůči různým urážkám a krivdám. Varšavskij (1973) přispěl

také kazuistikou úspěšného ovlivnění chronické cholecystitidy a doporučil využívání hypnózy při nepříjemném opakovaném zavádění duodenální sondy k získání vzorků žluči.

Dráždivý tračník úspěšně ovlivňoval hypnózou např. Byrne (1973). Popisuje se ovlivňování poruch *slinění a polykání*, psychogenního *zvracení, gastritid, alergií na potraviny* a *postgastrektomického syndromu* (Leuner a Schroeter 1975). Zvláštní význam může mít hypnosugestivní ovlivnění úporné *škytavky*, vzdorující jiným zásahům. Dorcus a Kirchner (1955) zvládli hypnózou 14 z 18 případů a Crasilneck a Hall (1975) popisují případ, kdy se po hypnóze úporné škytání snížilo v intenzitě a frekvenci a do druhého dne zcela zmizelo.

4. Poruchy dalších systémů

Poukažme nyní už jen stručně na některá další onemocnění, u nichž se zkoušela účinnost hypnoterapie.

U endokrinních onemocnění se popisují určité možnosti hypnotické-ho ovlivnění u některých pacientů s hypertyreózou a cukrovkou (Bul 1974, Kroger 1977), zejména pokud lze předpokládat, že psychogenní faktory sehrály určitou roli v jejich vzniku.

Funkční poruchy močení mohou být pro hypnoterapii věčné. Hypnotickou sugescí lze např. zvládnout problémy mužů, kteří nedovedou močit na veřejném záchodě za přítomnosti jiných osob (Crasilneck a Hall 1975), nebo problémy pacientů, kteří se nesmějí postavit nebo posadit (např. po infarktu nebo po operaci) a nedokáží močit vleže (Kroger 1977). Také lze ovlivňovat potíže pacientů s častým nutkáním na močení. Zikmund (1960) popsal částečně pozitivní zkušenosti s hypnózou u čtyř pacientů s polydipsií a polyurií. Při nočním pomočování (enuresis nocturna) je hypnoterapie metodou volby. Jelikož tato porucha je zvláště častá u dětí a adolescentů, popíšeme podrobněji sugestivní formulace v kapitole o hypnoterapii dětí.

Revmatická artritida se rovněž někdy řadí k psychosomatickým onemocněním pro svou nejasnou etiologii a pro možnost zhoršování potíží psychickými vlivy. Analyticky orientovaní autoři hledali i charakteristické osobnostní dispozice (sklon trpět a ventilovat projevovaným utrpením nepřímou svou agresivitou), které však mohou být spíše následkem než příčinou kloubního onemocnění. Přehled sporných otázek dobře shrnul Klumbies (1983). Bez ohledu na etiologické faktory může někdy důkladná svalová relaxace a analgetizující hypnotická sugesce

významně ulevit pacientovým bolestem. S ohledem na správnou regulaci zátěže kloubů je třeba hypnoterapeutické sugesci koordinovat s postupy a doporučeními revmatologa či ortopéda (Leuner a Schroeter 1975, Crasilneck a Hall 1975, Kroger 1977).

5. Obezita a mentální anorexie

Tyto dva syndromy, týkající se tělesné hmotnosti, příjmu potravy a vztahu k jídlu, jsou na průsečíku poruch gastrointestinálních, endokrinologických, psychologických (přejídání jako nevhodný návyk) a psychiatrických (mentální anorexie jako duševní porucha). Proto o nich pojednáme samostatně.

Obezita

Moderní výklad patogeneze a různých forem léčení otylosti máme v naší literatuře snadno dostupný (Rath 1987), můžeme se tedy omezit na konkrétní hypnoterapeutické postupy. Hypnoterapeutické ovlivňování otylosti vzbuzuje v hypnologické literatuře značný zájem a pokusy o užití hypnózy k redukci tělesné hmotnosti jsou populární. Autoři pracující s hypnózou zpravidla podtrhují ve vzniku a udržování otylosti nesprávné návyky ve vztahu k jídlu, které vedou k přejídání, tj. k joulovému příjmu převyšujícímu joulový výdej. Přejídání může být jak prostým naučeným návykem, tak jednou z možných reakcí na stres, nebo může mít i hlubší smysl. Může být zdrojem uspokojování při osamocnosti, nudě či sexuální frustraci a výsledná otylost může být prostředkem neurotického řešení životních problémů.

Základním cílem hypnotické léčby je pomoci pacientovi snížit energetický příjem a zvýšit výdej tak, aby nastalo systematické postupné hubnutí až k dosažení žádoucí hmotnosti. Snížování nadměrné hmotnosti je však jen jednou součástí léčby. V četných případech je neméně obtížné udržení normální hmotnosti. Proto je třeba pomoci pacientovi i v tom, aby si dokázal trvale zachovat životní styl zavedený během redukce, aby tento styl byl zevnitřněn a působil mu potěšení a pocit dobré pohody, nikoliv trvalé napětí, frustraci a nespokojenost, které by vedly k relapsu.

Uvedeme nejprve naše vlastní formulace terapeutických sugescí, které využívají některých populárních dietních pokynů R. Dolečka (1984).

Chcete se zbavit nadbytečné váhy, a proto se budete řídit pokyny, které vám k tomu dopomohou. Budete jíst třikrát denně, a to pravidelně v určenou hodinu. Budete jíst zvolna a pomalu. Budete pomalu kousat. Budete vychutnávat každé sousto, než ho polknete. Budete se poddávat potěšení z jídla. Takovým pomalým jedením se brzy uspokoi-

jí váš hlad a nasytí vaše chuť. Nebudete potřebovat jíst mnoho. K pocitu úplného nasycení vám bude stačit polovina dávky, kterou jste jedl dříve. Budete jíst jen polovinu. *Jíte jen polovinu.*

Mezi hlavními jídly nebudete mít potřebu nic jíst ani nic ochutnávat. Nebudete mít hlad, budete mít pocit úplné nasycenosti až do doby dalšího hlavního jídla. Ani vás nenapadne pomýšlení na jídlo a i kdybyste viděl různé pokrmy a pochoutky kolem sebe, nebudete mít chuť ani potřebu je jíst. Budete jíst jen při plánovaných hlavních jídlech a nebudete nic jíst mimo tato jídla. A při těchto jídlech *jíte pomalu a jíte jen polovinu.*

Nebudou vám chutnat jídla sladká, moučná ani tučná. Vyloučíte zákusky a jiné sladkosti, omezíte i příkrmy, jako knedlíky, rýži, brambory či těstoviny. Omezíte chléb a pečivo. Omezíte maslo a jiné tuky, nebudete jíst tučné maso. Bude vám chutnat zelenina a ovoce, libové maso, netučné sýry, vejce, netučné mléko, luštěniny. Nebudete pít sladké šťávy, limonády ani pivo. Plně vás uspokojí pití čisté vody, sifonu nebo minerálky. *Jíte s chutí jen takové jídlo a pijete jen takové nápoje, po kterých se netloustne.*

Zároveň budete dbát o dostatek pohybu. Zavedete si ranní tělesné cvičení, ze kterého budete mít radost. Každý den si uděláte aspoň dva kilometry procházky. Nebudete během dne ležet ani spát, budete odpočívat jen v noci. Budete jíst třikrát denně s požitkem a chutí. *Jíte pomalu a jídlo vychutnáváte. Jíte jen polovinu dřívějšího množství. Každý den tělesné cvičení a procházky.*

Při tomto režimu budete postupně, zvolna a zdravě *ubývat na váze*. Budete ubývat asi kilogram týdně. Úbytek si budete dvakrát týdně kontrolovat a budete se z něj těšit. Budete ubývat na váze tak dlouho, až dosáhnete své správné váhy - . . . kilogramů. Tuto váhu si pak trvale udržíte.

Jíte pomalu. Jíte jen polovinu. Jíte v určenou dobu. Jíte jen vhodné pokrmy. Zvolna a systematicky ubýváte na váze a těšíte se z toho. Cítíte se takto velmi příjemně a dobře, v dobré náladě a spokojený. Až dosáhnete svoji správnou váhu, trvale si ji udržíte.

Plánuje se obvykle úbytek 3-4 kg za měsíc, tedy asi 1 kg za týden. Sezení je vhodné provádět na počátku vícekrát v týdnu, pak jednou za týden. Je třeba důsledně kontrolovat pacientovy denní záznamy o dodržování stanovené diety. V bdělém rozhovoru i v hypnóze především posilujeme úspěchy a nevěnujeme nadměrnou pozornost prohřeškům. Pacienta vedeme hypnoterapií až k dosažení žádoucí hmotnosti. Pak by měly následovat po dobu alespoň půl roku kontroly jednou za měsíc k zamezení „ztráty morálky“ a návratu k dřívějším nežádoucím dietním návykům, ať už vlivem sebeuspokojení nebo přirozeně se vyskytujících stresů a stavů skleslosti. Pacient má dále pravidelně kontrolovat svoji hmotnost a ihned se dostavit k terapeutovi pro posilu, jakmile by začal pozorovat její zvyšování.

Kroger a Fezler (1976) obohacují formulace pro ženy dále o 1. zvýšený důraz na zpomalené a „vychutnávající“ jedení, 2. pozměňování „tělesné představy“ o sobě, 3. vybavování představ vyvolávajících averzi ve spojení s vydatným jídlem a 4. podněcování motivace ke zhubnutí.

1. Chcete-li skutečně ubrat na váze, budete jídlo přealovat v ústech od špičky jazyka ke kořeni, ze strany na stranu, abyste získala co největší uspokojení z každého sousta, které požijete, a z každé kapky, kterou vypijete. Tak snáze uspokojíte ty tisíce chuťových buněk, které jsou roztroušeny v celém jazyku, a výsledkem bude menší spotřeba jídla. Váš celkový příjem potravy se značně zmenší.

2. Ve své představě si podržíte obraz, jak jste vypadala dříve, když jste byla štíhlá. Najdete si mezi fotografiemi obrázků z té doby, kdy jste vážila méně, a postavíte si ho doma na viditelné místo, aby vám připomínal, jak jste vypadala a jak zase budete vypadat.

3. Myslete na nejodpornější, nejhnusnější zápach, jaký jste kdy cítila. Mohl by to být třeba odporný zápach zkažených vajec. Kdybyste příště chtěla sníst něco, co nepatří k vaší redukční dietě, okamžitě se vám s tím tento nesnesitelný zápach spojí. Také můžete myslet na nejhorší a nejodpornější chuť, jakou jste kdy poznala. I tato chuť se vám spojí s vydatnými jídly, když si na ně už jenom vzpomenete.

4. Kupte si pěkné nové šaty, asi o dvě čísla menší, než nosíte teď. Pověste si je v ložnici, abyste je měla často na očích, a představujte si, že se do nich už brzo vejdete.

H. Spiegel a D. Spiegel (1978) navrhuje pro odvyknutí přejídání analogický postup, jakého používají při odvykání kouření (viz str. 151). Naučí pacienta navozovat si autohypnózu zvedáním očí vzhůru, zvedáním ruky a zavřením očí. Pak si má pacient zopakovat tři formulky: „Pro moje tělo je přejídání jedem. Potřebuji své tělo k životu. Musím si své tělo opatrovat a chránit.“ V úvodním hypnotickém sezení terapeut tyto formulky zadává sám a při tom každou z nich bohatě rozvíjí, podtrhuje a zdůvodňuje.

Pacient si nemá říkat „nesmím jíst“, ale má klást důraz na pozitivní motivaci: „Opatroju a chráním své tělo.“ V konkrétním případě si má položit otázku: Znamená toto jídlo příspěvek k ochraně mého těla? Pokud je jídlo v souladu s naplánovanou dietou, zní odpověď ano a jídlo se může s potěšením sníst. Pokud zní odpověď ne, pacient jídlo ignoruje a těší se z toho, že dobře chrání své tělo.

Vybíráme ještě několik podnětů z „Příručky terapeutických sugescí“, vydané Americkou společností pro klinickou hypnózu (1971), a z některých dalších statí.

1. Jedení je umění. Učíte se využívat způsobů, které vám umožní větší potěšení a více radosti z jídla, než tomu bylo dosud. Budete jíst pomalu a oceňovat barvu i chuť pokrmů, které jsou pro vás vhodné. Budete si dávat do úst jen malá sousta a budete je s požitkem, zvolna vychutnávat. Současně s tím zmizí vaše obavy a strachy související s jídlem a získáte důvěru, že dosáhnete svého cíle.

2. Nebudou vám chutnat tuky, sladkosti a moučná jídla. Nemáte ráda tuk v masu. Nemáte ráda máslo. Nemáte ráda šlehačku. Nemáte ráda zmrzlinu. Nemáte ráda zákusky. Nemáte ráda koláče. Nemáte ráda dorty. Nemáte ráda bílý chléb. Nemáte ráda knedlíky. Vaše nechut k těmto jídlům je tak velká, že je ani nemůžete jíst. Kdybyste se k tomu nutila, bylo by vám nevolno. Vaše tělo v současné době tyto potraviny nepotřebuje. Proto by se vám z nich jenom dělalo špatně. Nacházíte naopak potěšení v jídlech, která vaše

tělo potřebuje. Chutná vám libové maso. Chutná vám zelenina. Chutná vám netučný sýr a netučné mléko, chutná vám čerstvé ovoce. To vše vám chutná a v malém množství se tím snadno nasýtíte.

3. Jak ztrácíte na váze a přibližujete se stále více k váze, kterou chcete mít, stáváte se zároveň silnější a silnější, zdravější a zdravější. Každým dnem vzrůstá vaše odolnost k nemocem. S postupujícím váhovým úbytkem se budete cítit stále lépe a také vaše zdraví bude stále pevnější a pevnější (Stanton 1975).

Zhodnotíme-li současnou literaturu o hypnoterapii otylosti, můžeme konstatovat, že bylo uveřejněno dostatek hypnotherapeutických technik i ilustrativních kazuistických příkladů (přehled viz např. Mott a Robertsová 1979), ale kontrolovaných výzkumů efektu včetně dostatečně dlouhých a řádných katamnéz je velmi málo. Crasilneck a Hall (1975) uvádějí, že léčili hypnózou 350 obézních pacientů. Hypnabilní osoby ubývaly na hmotnosti průměrně 5 kg za měsíc, přičemž se autoři snažili, aby pacienti během léčby získali také vzhled do psychogenních příčin svého přejídání. Asi 20 % pacientů ukončilo léčbu předčasně, dříve než dosáhli plánované hmotnosti. Katamnestická data autoři neuvodli. Několik drobných publikovaných výzkumů (Deyoub a Wilkie 1980, Wadden a Flaxmanová 1981 a Andersenová 1985) ukazuje na trvajících nejasnostech týkajících se významu úvodní hypnotizace i významu hypnability pacientů při používání léčebných sugescí proti obezitě a na množství kontaminujících proměnných, které ztěžují posouzení, co je vlastně hlavním účinným faktorem při dosahování kladných výsledků.

Mentální anorexie

I o mentální anorexii máme v naší literatuře samostatnou monografii, shrnující současné znalosti o této chorobě i rozsáhlý materiál, kterou napsal pražský psychiatr F. Faltus (1979). Onemocněním trpí nejčastěji mladé dívky, které původně chtěly podstatně zhubnout pro svůj skutečný nebo domnělý sklon k obezitě. V hubnutí, vyvolaném drastickým redukováním až odmítáním jídla, vyvoláváním si zvracení po větším najezení a užíváním projímadel, pokračují bez kritičnosti neustále dál, až dochází k amenorei, ke kachektizaci a k ohrožení jejich života. Mortalita se pohybuje kolem 15–20 %. Nezřídka jsou to dívky s dobrým prospěchem, čilé a podnikavé, perfekcionistické a zároveň infantilní, z příznivého rodinného prostředí, ale s nadměrně starostlivou matkou. V oblasti jídla své okolí systematicky klamou; jídlo různě ukrývají a pak vyhazují. V motivaci se kromě panické obavy z tloušťky zjišťuje odpor k roli dospělé ženy nebo skrytý protest a vzdor proti rodinné situaci. Problém v léčení psychoterapií i jinými prostředky záleží především v tom, že tyto dívky si stále připadají nedostatečně „štíhlé“. Nechtějí

přibrat, ani když jsou již vysloveně vyhublé. Nespolupracují a brání se léčebným zásahům směřujícím ke zvýšení tělesné hmotnosti. To vytváří základní problém i v pokusech o využití hypnózy. Přesto uvádějí někteří zkušení hypnoterapeuti u tohoto onemocnění úspěchy, které stojí za pozornost.

Crasilneck a Hall (1975) zkoušeli ovlivnit hypnózou 70 případů a u poloviny z nich dosáhli značného zlepšení. Protože somatický stav pacientů odesílaných k hypnoterapii byl zpravidla již dosti špatný, začínali autoři přímými sugescemi zvýšeného příjmu potravy. Teprve když pacient začal více jíst a somatická situace se poněkud stabilizovala, zaměřili se na zkoumání psychodynamických faktorů pomocí hypnoanalýzy. Odstranění symptomu bez zvládnutí nevědomých psychodynamických faktorů zpravidla nestačí u tohoto onemocnění k trvalé úpravě.

U jedné z pacientek dosáhli autoři počátečního úspěchu jednoduchou přímou sugescí: „Budete mít hlad. Jídlo vám bude chutnat. Zvýšení vaší tělesné hmotnosti je nutné pro vaše zdraví a spokojenost.“ Pacientka začala přibírat a terapeut jí souběžně pomáhal, aby mohla postupně vyjádřit své četné nepříjemné životní pocity. U jiné pacientky se však takové hypnotické pozměnění vztahu k jídlu podařilo pouze při prvním sezení. Jakmile pacientka zjistila, že hypnóza účinkuje proti jejím vnitřním přáním, v dalších sezeních se jí ubránila. Onemocnění skončilo její smrtí.

Autoři se zamýšlejí i nad hypotetickým „pudem smrti“ a touhou po smrti některých pacientů, který by mohl být motivem k odmítání potravy. Jeden z pacientů, který prodělal různé operace, sám připustil, že chce zemřít. Jelikož byl hluboce hypnabilní, zkusil mu terapeut vsugerovat, že „bude přiměřeně jíst a dobře stráví podaná jídla, protože chce žít“. Hypnoterapie se prováděla denně po dva týdny. Pacient vsugerovanou změnou motivací přijal a řídil se podle ní.

Gross (1984) léčil během pěti let 500 pacientů (většinou žen) s mentální anorexií a hypnózu mohl účelně využít jen u 50 z nich. Dívky většinou léčbu hypnózou odmítaly. Vnímaly hypnoterapeuta jako ohrožující osobu, která by je mohla pomocí hypnózy proti jejich vůli donutit k přibírání na hmotnosti. Jen 10 % projevilo ochotu ke spolupráci. Z nich pak ještě 12 pacientek souhlasilo jen slovy. Ve skutečnosti kladlý odpor a hypnoterapie byla neúspěšná.

Sugesce, kterých využíval Gross, se zaměřovaly na: 1. relaxaci, která má snížit hyperaktivitu těchto pacientek, 2. opravení percepce vlastního tělesného schématu, tj. zejména na pochopení, že jejich dosavadní posuzování vlastního vzhledu a jejich obavy z tloušťky nejsou reálné, 3. obnovení diferencovaných pocitů hladu a sytosti v souvislosti s jídlem, 4. korigování perfekcionismu a křečovitého úsilí o kontrolu nad vlastním tělem a 5. v případě potřeby vyvolání abreakce traumatických událostí.

Kanadský psychiatr Thakur (1984) získal zkušenosti s 90 případy mentální anorexie, léčenými hypnoterapií. Ve své studii uvádí napřed úvodní formulace, kterých používá k překonání odporu pacientek k léčbě, a pak obsáhlé formulace hypnotických sugescí zaměřených na: 1. zvýšení hmotnosti, 2. odstranění zvracení, 3. zvládnutí pocitů plnosti v břiše, 4. zvládnutí zácpy, 5. navozování chuti a hladu, 6. snížení nadměrné reaktivity, 7. vzrůst prsů, 8. perspektivní obnovení menstruace, 9. zvládnutí návalů paniky v souvislosti s postupným přibýváním na hmotnosti, 10. podporu uvědomování si okolního světa, 11. využití věkové regrese („fantazijní cesty do minulosti“) ke korigování postojů k vlastnímu tělu a světu, jak se vytvořily během ontogenetického vývoje, a k zaměřování na hledání životního smyslu a 12. využití věkové regrese do následujícího dne s plánováním jídla a zlepšování vlastního zdraví. Text je podrobně propracovaný, ale příliš rozsáhlý (15 stran), než aby ho bylo možno zde v úplnosti reprodukovat. Uvedeme jen ukázkou hypnotizérových slov zaměřených na zvýšení hmotnosti.

Velmi dobře vím, že nijak netoužíte po tom získávat na hmotnosti. Ve skutečnosti spíše chcete ještě více ubrat, zvláště na stehnech, v kyčlích a na břiše. Využijte své představitelství a představte si, že jak vdechujete, váš hrudník se rozšiřuje. Dovoďte svému tělu, aby rozšířilo a zvětšilo ty oblasti těla, které pro vás tolik neznámají. Vaše hmotnost se bude zvyšovat na prsou, ramenech, pažích, nohách a na zádech. Jídlo, které sníte, jde do břicha. Vaše břicho si jídlu již odvyklo a vznikají v něm pocity plnosti. Máte pravdu, když si myslíte, že všechna hmotnost jde do břicha, ale ona tam nezůstane. Rozloží se po celém těle. Rozumím vašemu strachu. Nejrady byste si měřila břicho po každém jídlu. Chcete-li, klidně to dělejte před zrcadlem a zaznamenávejte si svá měření. Brzy uvidíte, jak je to zbytečné. Nemáte moc času pro sebe. Tyto rituály zabírají váš cenný čas. Chci vám připomenout znovu, že budete přibírat na hmotnosti podle vlastního časového plánu. Čas na nikoho nečeká a může vám utéci. Musíte získat určitou hmotnost k tomu, aby vaše tělo mohlo přirozeně fungovat. Zůstanete-li uvolněná a budete postupně trochu přibírat, zvyknete si na to. Nová hmotnost se stane součástí vašeho obrazu o sobě, vaší představou o vlastním těle.

Jak je patrné, jsou formulace permissivní a značně opatrné. Hypnoterapeut je i v hypnotických sugescích chápající a vcítující se do současných potřeb a přání pacientky, z nichž se snaží vycházet, dříve než je začne žádoucím směrem pozměňovat. V příznivých případech docházelo k přibývání o 4–5 kg za týden, ale pokrok záležel na tom, jakou horní hranici své hmotnosti si pacientka stanovila. Ta byla zpravidla příliš nízká. Její další zvýšení dalo značnou námahu. Také dosažení psychického zrání bylo značným problémem. Asi 10 % pacientek zůstalo nadále sociálně nepřizpůsobených. Celkově se lépe zlepšovaly pacientky hospitalizované než pacientky léčené ambulantně, které nebylo možno dobře kontrolovat.

Yapko (1986) shrnul ericksonovské manipulace a nepřímé strategické

ké hypnotherapeutické postupy, které stojí za vyzkoušení u anorektiček, u nichž přímý postup podněcuje nepřekonatelný odpor. Yapko doporučuje zejména využití metafor, přejmenování chování a měnění jeho rámce a paradoxní předepisování a podporování symptomu. Tyto postupy jsou ovšem obtížně naučitelné z písemného textu, protože předpokládají dovednou improvizaci.

5. HYPNÓZA V NEUROLOGII A ORTOPEDII

Spojujeme užití hypnózy v neurologii a ortopedii proto, že při poruchách hybnosti a bolestech v páteři bývají pacienti nezdědka vyšetřování a střídavě léčeni odborníky obou oborů. Hypnózy lze užit: 1. jako pomocného prostředku při obtížné diferenciální diagnóze organických a funkčních poruch a k ovlivnění případné funkční složky poruchy, 2. ke snížení bolesti a zvýšení schopnosti pacienta snášet nepříjemnosti spojené s nemocí a 3. ke zvýšení motivace k rehabilitaci a k maximalizování příslušné funkce tam, kde úplná úprava není možná. Zvláštní pozornost se věnovala hypnoterapii migrény a spastické tortikolis.

Horvai (1959) zdůraznil mj. i využití vlivu na zlepšení celkového psychického stavu nemocného a na dosažení vegetativních změn, které mohou mít příznivý vliv na průběh onemocnění. B. Rudlová a L. Rudlová (1962) podtrhly možnou pomoc při rozlišování epilepsie a hysterie, a organických a funkčních poruch hybnosti a citivosti, a v terapii pak využití ke zmírnění bolesti, úpravě funkčních poruch hybnosti i k ovlivňování nepříjemných emocí a zmírnění lability nálad. Měly kladné výsledky při bolestech hlavy, neuralgii trigeminu a při blefarospazmu.

1. Organické a funkční poruchy

Odlišení organické a funkční poruchy hybnosti a citivosti je pro neurologa obvykle snadné, stejně jako odlišení záchvatů epileptických od hysterických. Někdy však mohou vzniknout pochybnosti, zvláště když jsou poruchy netypické nebo když se kombinují.

Před lety jsme s neurologem prim. Mikulcem zvažovali diagnózu u třicetileté pacientky se záchvaty typu Jacksonových záchvatů s úzkostmi, jednostrannými bolestmi a kontrakturou ruky, táhnoucími se od prodělané meningoencefalitidy v dospívání. Záchvaty se občas generalizovaly do celkového zmitání, připomínajícího obranné a kopulační pohyby, bez ztráty vědomí. V hypnóze bylo možno obojí záchvaty vyvolat i okamžitě přerušit. Hypnoanalýza odhalila nezpracovaný traumatický zážitek znásilnění z doby dospívání. Po hypnoterapii velké záchvaty vymizely a frekvence Jacksonových záchvatů se zmírnila, ale úplně nevymizely a byla potřebná další medikace. Uzavírali jsme, že šlo o kombinaci záchvatů epileptických s hysterickými, přičemž v psychogenní reakci bylo využito zaběhnutých mechanismů podmíněných organicky.

Někdy nejsou pro rozlišení funkčních a epileptických záchvatů k dis-

pozici spolehlivé objektivní informace o okolnostech a průběhu zá-
chvatu. I zde může být účelné vyzkoušet manipulaci se symptomy
v hypnóze.

U 24leté pacientky se objevovaly pády s údajným kratičkým bezvědomím nejasného
původu. Zákaz práce u stroje a přefazení pacientky na pracoviště, které jí nevyhovovalo,
zvýšilo její podrážděnost, nespokojenost a sklon k neurotickému infantilnímu reagová-
ní. Byla odeslána z ambulance na neurotické oddělení ke skupinové psychoterapii. Na
oddělení se pády objevovaly v situacích, kdy se při skupinové psychoterapii roztušila. Po
nich následoval několik hodin trvající hrubý třes pravé dolní končetiny. Třes bylo mož-
no hypnotickými sugescemi zvýraznit a postupně zastavit. Na tomto podkladě i na zá-
kladě neurologického vyšetření (včetně jen lehce abnormního EEG) bylo možno uzaví-
rat na funkční charakter záchvatů.

Hysterické poruchy mohou napodobovat organické paralýzy, paré-
zy, kontraktury, poruchy citlivosti, tremory, závratě, poruchy chůze
a rovnováhy aj. V typických případech patří do oblasti psychiatrie a o je-
jich léčení hypnotickou sugescí jsme již mluvili. Podrobnou kazuistic-
kou ukázkou flekční akrální parézy horní končetiny z pomezí neurologie
a psychiatrie jsme uvedli na str. 139. Ve sporných případech může hyp-
nóza někdy rychle ukázat, zda má příznak jen funkční charakter, a také
může pomoci objevit případné psychogenní příčiny nebo psychologick-
ký smysl sporného symptomu. Nelze však zapomínat, že samotná mož-
nost ovlivnění bolestí, parestézií, tremoru a některých dalších poruch
neprokazuje vždy jejich funkční charakter. Hypnózou lze u značně
hypnabilních osob ovlivnit i některé symptomy, které jsou organické-
ho původu. Zajímavé je mínění Crasilnecka a Halla (1975), kteří pova-
žují za diagnostické vodítko dobu, na jakou hypnotická sugesce symp-
tom ovlivní. Účinek na organický symptom je podle nich jen krátkodo-
bý, v trvání 1–4 hodiny (pak je třeba hypnotické sugesce opakovat),
zatímco jednorázový účinek na funkční příznak trvá i více dní. U ne-
hypnabilních osob ovšem zase neovlivníme hypnózou ani příznak, kte-
rý může být svou podstatou funkční.

Neurotická nadstavba je dalším diferenciálnědiagnostickým i tera-
peutickým problémem. Patří k běžným zkušenostem neurologů a orto-
pédů, že i při značném objektivním nálezu na páteři nemívají pacienti
s vyrovnanou osobností a příznivými životními podmínkami výraznější
subjektivní potíže (anebo těmto potížím při intenzivní zaměřenosti na
jiné významnější životní úkoly či koníčky nevěnují pozornost), zatím-
co nevyrovnaní, neurotičtí pacienti mívají i při nevýrazném objektiv-
ním nálezu subjektivní potíže značné. Fixují se na ně a dožadují se
pokračujícího léčení. Totéž platí i o jiných organicky podmíněných po-
tížích, kombinujících se s neurotickým terénem a hypochondrickými
dispozicemi pacienta nebo koincidujících s nepříznivými životními si-

tuacemi a konflikty v jeho životě. Problémy mohou také vznikat v souvislosti s důsledky organického onemocnění omezujícího hybnost a pracovní, sportovní či jinou výkonnost pacienta, a tím i pocit jeho osobního a společenského uplatnění. Může se vyskytnout úzkost, deprese, rezignace i fixování potíží sekundárním ziskem (odškodnění při úraze, rentové tendence, získání ohledů a péče v rodině aj.). Kromě základní léčby odpovídající objektivnímu nálezu zde pak má své důležité místo i psychoterapie, včetně hypnoterapie, pomáhající k relaxaci, uklidnění, odpoutání od potíží a zaměřování na pozitivní životní hodnoty, případně k odraťování psychických traumat a k adaptivnímu řešení existujících problémů.

2. Ovlivňování bolesti

Bolesti v zádech a v kříži při lumbálních diskopatiích se pokoušel ovlivnit systematickou hypnoterapií u 29 pacientů Crasilneck (1979). Pět z nich vyloučil jako nevhodné pro jejich osobnostní rysy nebo hlubokou depresi a další čtyři se projevíli jako nehypnabilní. U 20 pacientů pak dosáhl kladné výsledky – průměrné snížení bolesti o 70 % od šestého hypnotického sezení. V prvním týdnu prováděl hypnózu denně, v dalším týdnu obden, v dalších dvou týdnech každý třetí den a pak ještě po dva měsíce jednou týdně. Celkem tedy trvala intenzivní léčba tři měsíce s celkovým počtem asi 25 sezení. Dalšího půl roku autor účinek posiloval ještě jednou měsíčně, takže léčení zahrnuje průměrně 31 sezení. Všichni pacienti byli před léčbou jednou nebo vícekrát operováni pro lumbální diskopatii, ale bolest se jim po několika měsících znovu vrátila. Většina pacientů měla návyk na značné dávky analgetik.

V počátečních hypnotizacích se autor snaží především ukázat pacientovi, že sugescemi lze ovlivnit bolest a dostat ji pod kontrolu. Nejprve mu to ukazuje na analgezií prstu. S oblibou argumentuje „silou nevědomé mysli“. V češtině by v tomto smyslu byl našim pacientům bližší pojem „podvědomí“. Bez ohledu na hypotetičnost koncepce o síle podvědomí může takovéto zdůvodňování zvyšovat sugestivní účinek.

Prst, kterého se dotknu, se stane velmi studeným a necitlivým. Tak necitlivým, že když do něj budu píchat jehlou, nebudete nic cítit. (Terapeut pokračuje v sugescích necitlivosti a zkoušení, až pacient přestane reagovat.) Dobrá. To nazýváme hypnotickou analgezií. Nyní se do prstu vrací normální pocíťování. Dotknu se ho. Když ucítíte dotek, uhněte s ním. Cítil jste to. Nyní vám dám sugesci, že jakmile třikrát hluboce vdechnete, budete cítit kořenovou vůni. Jakmile ji ucítíte, pohněte prstem pravé ruky. Dobrá. Řekněte mi, co cítíte. Dobrá. Nyní to přestanete cítit a přejdete do ještě hlubšího hypnotického stavu. Stejně jako jste před chvílí zablokoval bolest v prstu, můžete zablokovat bolest v zádech. Vaše podvědomí má nesmírnou sílu. Zablokuje většinu bolesti. Největší část bolesti bude zyládnuta.

Sugesce se opakují, až je dosaženo cíle, určeného pro dané sezení. V dalších sezeních se pak ovládnání bolesti dále propracovává a upevňuje. Autor nedoporučuje odstraňovat bolest úplně, aby zůstaly k dispozici určité informace o organické symptomatice a jejím případném dalším vývoji.

O případu ovlivnění bolestí v zádech dále podrobně referuje Levit (1973). Ovlivnění bolesti při *paravertebrálních a cervikálních myozitidách, burzitidách a periferních neuritidách* uvádí Lehw (1970).

Williams (1983) vyzkoušel u deprimovaného a k hypnóze rezistentního 63letého pacienta, který měl *dlouhodobé posttraumatické bolesti v rameni*, nepřímé ericksonovské techniky. Obracel se „nenápadně na pacientovo nevědomí“ intonačně odlišenými poznámkami, věšenými do banálních vyprávění o tématech, která měla vztah k pacientovým pracovním zájmům a rekreačním zálibám. Výklad účinku této „hypnózy“ je značně spekulativní, ale autor uvádí, že už po jediném hypnotickém sezení tohoto druhu pacient ztratil své dlouholeté potíže a začal opět žít aktivním životem.

Bolesti hlavy a závratě po úraze hlavy se pokoušeli ovlivnit hypnoterapií u 155 pacientů Cedercreutz aj. (1976). Bolest hlavy se jim podařilo úplně odstranit u 50 % a částečně u 20 % pacientů, závrať u 58 % a 16 % pacientů. Podstatného efektu dosáhli už po čtyřech sezeních, prováděných jednou týdně, pokud se s léčbou začalo do několika týdnů po úraze. Terapeutický efekt vysoce koreloval s dosaženou hloubkou hypnózy. U pacientů, které se nepodařilo ponořit do hypnózy, byl efekt nulový. Podle klinického posouzení se podařilo do hluboké hypnózy uvést 15 % pacientů, do střední 48 % a do lehké 25 %.

K ovlivnění závratí používali autoři vyjmenovávání všech situací, ve kterých se u daného pacienta objevovaly závratě, a sugerovali prostě a přímo, že se závratě objevovat nebudou.

Když se probudíte, nebudete mít závratě. Z polohy vleže se můžete posadit a z polohy vsedě postavit bez jakékoliv závratě. Ze stoje si můžete sednout nebo lehnout bez závratě. Můžete otáčet hlavou doprava a doleva nebo ji ohýbat dopředu a dozadu bez závratě.

Neuralgie trigemínu, kauzalgie, fantomové bolesti a bolesti po poraněních páteře ovlivňovali hypnózou na jenské poliklinice Klumbies (1983) a jeho spolupracovníci. Snažili se vždy dosáhnout co nejhlubší hypnózy a v ní pak účinné analgezie. Předpokládají, že při dostatečné trpělivosti je to možné i u některých pacientů, kteří se zpočátku jeví jako málo hypnabilní. Počet potřebných hypnotizací se pohyboval od jedné do sta. Hypnotická analgezie nenastupuje hned, ale přes mezistupně snižování bolesti. Také trvání posthypnotické analgezie je různé, pohybuje se mezi jednou hodinou a třemi dny a bývá pro daného pacienta typické. Uvedeme zde jako ukázkou autorův instruktivní případ se 27letou katamnézou, který ukazuje namáhavost postupu a zároveň jeho zásad-

ní význam v životním osudu pacientky, jejíž fotografie před léčbou a po léčbě autor otiskl ve své knize.

Pacientka, 41letá vedoucí provozu a matka tří dětí, měla záchvaty neuralgie trigemini každé dvě hodiny. Po neúspěšné léčbě většinou dostupných konzervativních prostředků a operativních zásahů dostávala denně 10 injekcí morfia. Při zahájení hypnotherapie byla zpočátku málo hypnabilní. Teprve po 30 sezeních, dvanáctý den léčby, se podařilo dosáhnout hlubokého stadia hypnózy. Teprve za těchto okolností bylo možno dosáhnout anestézie ruky bez pocíťování probodnutí kůže jehlou. Hyperestetická oblast 1. a 2. větve trigeminu však zůstávala nadále citlivá i na nejmenší dotek a teprve po dalších šesti léčebných dnech se podařilo učinit i tuto oblast zcela necitlivou. Nyní již bylo možno zastavit hypnotickou sugescí každý záchvat bolesti. Posthypnoticky vydržela analgezie dvě hodiny.

Zatímco při morfiu bolesti nikdy zcela nezmizely, při hypnotické analgezii byla pacientka zcela bez bolesti. Rozhodla se k odvyknutí morfiu, což bylo spojeno s těžkými abstinenciími příznaky. Protože účinnost posthypnotické analgezie byla krátká, vypracoval autor u pacientky ablační hypnózu. K ovlivnění bolesti nestačilo pouhé ponoření do hypnózy, ale bylo nutné zadání příslušných sugescí, takže zpočátku využívali gramodesky nebo magnetofonové pásky. Později se naučila pacientka ponořovat do hypnózy fixováním barevné tabulky a zadávala si léčebné sugesce sama. Po mnoha stovkách hypnóz navozovaných pomocí gramodesky jí pak stačilo si jen představit začátek nahrávky, aby se ponořila do hypnózy, a ta proběhla automaticky i s příslušnými analgetizujícími sugescemi. Pacientka pak mohla využívat ablační hypnózu nepozorovaně pro okolí i na cestách, v divadle a jinde. Provedla si během katamnesticky sledovaného období deseti tisíce hypnóz. Stala se znovu úspěšnou pracovnící v zaměstnání.

Vlivem závažných životních událostí, např. zprávy o neštěstí syna nebo vlastního onemocnění, přestala ablační hypnóza několikrát účinkovat, ale novou přímou heterohypnózou bylo možno její účinnost rychle obnovit. Pacientka využívá ablační hypnózu preventivně při prvním náznaku objevení se bolesti.

Klumbies dále charakterizuje, již stručněji, celkem 27 případů léčby uvedených druhů organických bolestí různého původu. Udává, že 22 z nich bylo léčeno hypnoterapií úspěšně. V přehledné tabulce uvádí u každého: 1. kolik hypnóz muselo být provedeno a kolik dní to trvalo, než se podařilo navodit první hypnotickou analgezii, 2. za kolik hodin po skončení hypnózy analgezie odeznívala, 3. jak dlouho trvalo, než se podařilo vypracovat ablační hypnózu, 4. za jak dlouho docházelo k odeznění ablační hypnózy a 5. kolik dalších hypnóz bylo zapotřebí k obnovení účinnosti ablační hypnózy. Je pozoruhodné, že mezi jednotlivými uvedenými faktory nezjistil autor žádný významný vztah.

3. Migréna

Migréna je periodická záchvatovitá bolest hlavy. Začíná typicky v jedné polovině hlavy a stupňuje se během jedné až dvou hodin do značné intenzity. Je tlaková, pulzující, hluboká a pronikavá, většinou provázená světloplachostí, nauzeou a v závěru zvracením. Odeznívá po několika hodinách. Vyskytuje se převážně u žen. Bolestem předchází různé

táhnou, vaše podvědomí je hned stáhne. Na počátku to bude trvat půl sekundy nebo na nejvýš jednu a půl sekundy. Postupně to nastane tak rychle, že to ani nezpozorujete. Samozřejmě nebudete mít žádný pocit ošklivosti ani nebudete zvracet. (Autor uvádí, že mnozí pacienti popisovali doslovnou účinnost těchto sugescí; např.: „Měla jsem pocit, že přichází můj typický záchvat migrény. Ale dříve, než začal, tak se ztratil.“)

3. Dosud jste mívala často záchvaty migrény. Naučila jste se je očekávat. Kdykoliv jste chtěla dělat něco důležitého, myslela jste si „jenom abych nedostala migrénu“. A tato myšlenka mohla vyprovokovat záchvat v nejnevhodnější dobu. Může-li myšlenka vyvolat záchvat, může mu také zabránit. Říkala jste, že záchvat by měl přijít během tohoto týdne. Už nepřijde. Když projde týden bez záchvatu, budete si myslet „když mohu být týden bez záchvatu, mohu být bez záchvatu i dva týdny“. Když přejdou dva týdny, můžete být bez záchvatu i měsíc. Přejde-li měsíc . . . (atd.). Po čtyřech měsících si budete jista, že jste úplně vyléčená. Každým dnem budete mít větší pocit dobré pohody. Pocit osobního bezpečí a jistoty. Budete uvolněná. Budete mít víc důvěry v sebe. Důvěry ve svou schopnost udělat nejen to, co musíte, ale i co byste dělala ráda. Můžete chodit na vycházky, do kina či do divadla, můžete cestovat. Můžete se k tomu rozhodovat bez obav z migrény, jak tomu bývalo dříve.

Thomson (1971) z Calgary v Kanadě, který také léčil 100 pacientů s migrénou, popsal techniku, v níž provází hypnotizovaného pacienta v představách oběma fázemi migrenózního záchvatu, vazokonstrikční i vazodilatační. Napřed si má pacient představovat, jak se cévy zásobující mozek zužují, až jsou jako nitky, a současně se mu sugerují v mírném stupni zrakové jevy předcházející jeho migrenózním záchvatům. Pak má cévy v představách vrátit do normálu a souběžně prožívat normalizaci všech pocitů. V druhé fázi si má představit roztahování a rozšiřování mozkových cév s počínající bolestí hlavy, jejíž rozvoj však opět rychle zastaví představou „normální velikosti mozkových cév spojenou s normálními pocity v hlavě“.

Thomson má ve svém obsáhlém souboru sugescí pro migrenózní pacienty ještě několik zajímavostí, na něž považujeme za užitečné upozornit. Předpokládá, že pro pacienty s migrénami jsou typické určité osobnostní vlastnosti, které vedou ke čtyřem na sebe navazujícím tendencím, sklonu: 1. k uraženosti, 2. k přežvykování křivd, 3. k touze po odplatě a 4. k připravování a provedení pomsty. Autor nabízí dobře zpracované a logicky skloubené formulace sugescí zaměřené na zvládnutí těchto vlastností, tendencí či sklonů. Ať už je zde nějaká souvislost s migrénou nebo ne, tyto tendence se u různých pacientů vyskytují, jsou z hlediska jejich duševní hygieny značně nevýhodné a jejich sugestivní zvládnutí může být velmi užitečné. Uvedeme zde proto autorovy sugescce, které lze použít i mimo oblast léčení migrény, zejména u různých neurotických poruch.

Hypnotické sugescce směřující k překonání sklonu k „přežvykování křivd“

Pacient trpící migrénou má často čtyři sklony, které mu způsobují nepříjemné pocity a těžkosti. První je *sklon k uraženosti* . . . snadno se ho něco dotkne . . . špatně přijímá kritiku . . . vidí mnoho nespravedlnosti v chování vůči němu. To vede k druhému sklonu, kterým je *přežvykování křivd*. Krávy přežvykují. Žerou celý den trávu a pak ji v noci znovu přežvykují. Pacienti to dělají se svými problémy. Musí se jimi v mysli stále znovu zabývat. Některé problémy jsou jen v jejich představách, jiné jsou skutečné. Přežvykování v nich udržuje vysokou úroveň zlosti a napětí. Nevíme určitě, zda toto napětí samo vyvolává bolest hlavy, ale rozhodně ji může zhoršovat. Přežvykování vede ke třetímu sklonu, kterým je *touha po odplatě*. Člověk má pocit, že své křivdy musí druhým oplatit, neboť jinak by si k němu moc dovolovali. Říká si „já vám ukážu“, „tak se se mnou nedá zacházet“, „znám svá práva“ a podobně. A to vede ke čtvrtému sklonu, *připravování pomsty*. To je promyšlení a uskutečnění odplaty, provedení různých nepříjemností druhým lidem.

Tento řetěz je třeba přerušit. Nejlépe ho lze přerušit ve stadiu přežvykování. Jako každé skoncování s vytvořeným návykem to na počátku vyžaduje určité úsilí a sebekázeň. Od nynějška, kdykoliv začnete přežvykovat nějaký problém, tak si ho hned uvědomíte. To je první krok a vyhraná polovina bitvy. Namísto přežvykování si hned navodíte relaxaci se všemi průvodními příjemnými pocity, které znáte z hypnózy. Tento mechanismus se stane automatickým. Jsou určité chvíle, kdy jsme zvlášť náchylní k přežvykování. Měli bychom se je naučit poznávat, a jakmile vás někdo nechal dlouho čekat, když vás zklamal, když vás odmítl, kritizoval a podobně. Naučíte se také duševně se uvolnit např. v návalu při dopravní spíče. Zjistíte, že u vás dochází ke změně, že se vám dřívější myšlenky na křivdy a odplatu už nevnučují. Vyrůstáte z toho, cítíte se zralejším, získáváte sebedůvěru a vaše potíže mizí.

Po odbočení k osobnostním sklonům se vrátíme zpět k symptomatickým a „fyziologickým“ sugescím, zaměřeným na migrenózní bolesti. Je pozoruhodné, že zkušený anglický hypnoterapeut Hartland (1971) zcela v protikladu k Cedercreutzovým sugescím snižování přítoku krve do hlavy doporučuje u migrén sugerovat teplo do hlavy. A také má pro pacienta připraven „racionální“ výklad účinnosti tohoto postupu: proteplením se nervy stanou silnějšími, méně dráždivými a méně citlivými k bolesti.

Když přejedu rukou vaše čelo a tvář, budete cítit teplo, které se rozšiřuje do celé vaší hlavy, obličje a krku. Pocit tepla vzrůstá s každým dotekem mých rukou. Až budete cítit teplo, zvedněte ruku.

Dobrá. Nyní dejte ruku dolů. A jak tento pocit tepla poroste, vaše hlava se bude cítit stále lépe. Teplo vzrůstá a bolest se zmenšuje. Veškeré bolesti a všechny nepříjemné pocity z hlavy postupně mizí a za chvíli se hlava bude cítit velmi příjemně. Všechna bolest úplně zmizí. Hlava bude jasná a normální. Jakmile budete cítit, že všechna bolest zmizela, zvedněte ruku.

Dobrá. Nyní ji dejte dolů. Jak pokračuji v hlazení vaší hlavy, teplo stále vzrůstá a rozšiřuje se do nervů hlavy a obličje. Vlivem toho se nervy stanou silnějšími, méně dráždivými, mnohem méně citlivými k bolesti. Budete citově klidnější, nic vás již tak snadno nevyvede z míry a záchvaty bolestí budou méně závažné a méně časté, až zmizí úplně.

A protože migrénu často způsobovalo a zhoršovalo napětí, když budete nyní celkově duševně uvolněnější, budou také záchvaty stále méně pravděpodobné, až zmizí úplně . . . (Autor pak učí pacienta, aby si přejižděl po čele a obličejí vlastní rukou a sám si zadával sugesci tepla a mizení bolesti: „Jak teplo vzrůstá, bolest se uvolňuje a mizí.“ Má se naučit tímto autohypnotickým manévrem odstranit bolesti nebo zvládnout hrozící migrénózní záchvat.)

Protikladné formulace sugescí Cedercreutzeho a Hartlanda nás nutí k zamyšlení a komentáři. Jak jsme se již zmínili v obecné části (str. 94), vědecká *opodstatněnost sugerovaného výkladu mechanismu účinku* není pro samotný účinek důležitá. Výklad by jen neměl být v hrubém rozporu s pacientovými postoji a znalostmi v dané oblasti, aby neprovokoval ke kritickému přemýšlení a odmítání. Jinak je možno argumentovat i magnetismem, biopolem, telepatii, vzruchem a útlumem nebo nadpřirozenými silami. Účinným faktorem je skutečnost, že se pacientovi poskytuje určitý rámec pro orientaci ve vlivech jemu dosud neznámých, které působily jeho utrpení a které nyní budou v hypnóze zvládnuty. Na druhé straně ovšem, je-li skutečný patofyziologický mechanismus léčené poruchy znám, neměly by být léčebné sugescie vyvolávající fyziologickou reakci s těmito poznatky v rozporu. Pokud jsou v konkrétním případě účinné nejen Cedercreutzovy, ale i Hartlandovy sugescie, lze uvažovat o tom, že pomocí vazodilatace brání první, vazokonstrikční fázi migrénového záchvatu, anebo že je sugerování tepla či chladu v hypnoterapii migrény irelevantní. Pro druhý výklad by svědčily i výsledky výzkumu, který uvádíme dále.

Kromě klinických dat bylo v oblasti hypnoterapie migrény publikováno i několik kontrolovaných výzkumů. Upozorníme na jeden, který považujeme za nejhodnotnější.

Friedman a Taub (1984) provedli důkladně plánovaný výzkum, srovnávající účinek hypnoterapie s účinkem behaviorálního nácviku spojeného s biologickou zpětnou vazbou. Celkový soubor 76 pacientů s prokázanými typickými migrénózními záchvaty, vyskytujícími se nejméně 2× za měsíc, rozdělili do sedmi skupin po 10–12 pacientech. Hypnózy použili ve čtyřech skupinách. V první a třetí byly osoby více hypnabilní, se skóre 7–12 na Stanfordské škále A. Ve druhé a čtvrté byly osoby méně hypnabilní (skóre 1–6). V první a druhé skupině se hypnózy využívalo k běžným symptomatickým sugescím, ve třetí a čtvrté skupině se jí využívalo k nácviku zvyšování periferní teploty kůže na základě předpokladu o možnosti snížení bolestivé vazodilatace mozkových cév na hydraulickém principu. Další tři skupiny zahrnuly: nácvik manipulování teplotou kůže bez hypnózy pomocí biologické zpětné vazby, nácvik pouhé relaxace a kontrolní skupinu bez ovlivňování. V šesti léčených skupinách se uskutečnilo pět sezení v laboratoři. V prvním a pátém se

konala měření a ve třech sezeních s týdenními odstupy se prováděla hypnotherapie nebo nácvik. Hypnabilní osoby se měly ponořit do hypnózy, málo hypnabilní měly hypnózu simulovat.* Pacienti ze všech „hypnotických“ skupin si měli mimoto doma provádět denně 3–5 minut autohypnózu nebo její „simulaci“. Totéž měli provést při případném nástupu záchvatu. Všechny léčené skupiny se za tři měsíce a za devět měsíců od ukončení léčby významně zlepšily ve zkoumaných ukazatelích (frekvence a intenzita záchvatů, spotřeba medikace). Rozdílly byly významné mezi léčenými skupinami a kontrolní skupinou, ale mezi jednotlivými léčenými skupinami byly nevýznamné.

V další studii rozšířili Friedman a Taub (1985) pozorování stejných pacientů katamnesticky ještě na tři roky od skončení léčby. Data se jim podařilo získat od asi poloviny léčených. Závěry zůstaly stejné. Mezi léčenými skupinami opět nebyly rozdíly v efektu, účinek na intenzitu a frekvenci záchvatů však ve všech poklesl až na úroveň výchozích hodnot před léčbou; rozdíly zůstaly jen ve snížené potřebě medikace. V tom lze vidět *potvrzení dočasnosti léčebného účinku* krátkého hypnotherapeutického postupu a potřeby nového posílení alespoň po uplynutí jednoho roku. Pokud se ve výpočtech sloučily dvě skupiny s vyšší hypnabilitou, jejich výsledky byly lepší než u sloučených skupin s nižší hypnabilitou. Studie tedy, stejně jako mnohé jiné, potvrzuje *význam hypnability* při hypnotherapeutickém ovlivňování bolestí. Přídavný nácvik navozování tepla v končetinách s předpokládaným odkrvením mozku nepřinesl významné zlepšení navíc proti běžným symptomatickým sugescím.

I když je třeba v uvedených pokusech ocenit dodržení přísných požadavků na adekvátní výzkumný projekt, nelze si nepovšimnout, jak se standardní laboratorní situace liší od klinických léčebných postupů, přičemž se užívá podle potřeby nejen většího počtu sezení, ale i individualizovaných postupů k dosažení maximalizace léčebného působení. Zjišťovaný účinek bývá pak větší i trvalejší.

4. Spastická tortikolis

Při spastické tortikolis se pacientova hlava automaticky stáčí na některou stranu a má tendenci v této poloze setrvávat. Pacient se musí snažit vracet ji násilím do normální polohy. Tato porucha může být původu extrapyramidového nebo revmatického (ve spojení s bolestmi), jindy se jí připisuje symbolický význam, že pacient „nechce na věci hle-

* Požadavek na simulaci považujeme v tomto projektu za neopodstatněný a zbytečně komplikující faktor, znesnadňující interpretaci.

dět přímo“, „nechce nepříjemnostem pohlédnout do tváře“, podobně jako tomu může být u hysterické amaurozy nebo blefarospazmu. Mnohdy zůstává příčina zcela nejasná.

Hypnotické sugesce se běžně zaměřují na uvolnění svalů krku a „návrat hlavy do normální polohy“, na „vymizení tendence hlavu otáčet“ a na opětné „plné normální ovládnání pohybů hlavou“. Je možno zkusit také přechodně sugerovat, že hlava se bude „nutkavě otáčet na opačnou stranu“, a teprve pak sugerovat její vyrovnání ve střední rovině.

Při zjištěném symbolickém významu nebo účelovém mechanismu poruchy začleňujeme do sugescí i výtěžky z rozboru příslušné situace v bdělém stavu nebo z jejího hypnotického odreagování, např.: „Nyní se již dokážete vypořádat s touto situací přímo, víte jak na to, dovedete i nepříjemným věcem pohlédnout přímo do tváře a vhodně je řešit. Vaše hlava již hledí přímo vpřed – a tak to zůstane!“

Sami jsme v průběhu let zkoušeli vícekrát ovlivňovat pacienty se spastickou tortikolis podle uvedených principů, někdy s úspěchem, jindy zcela bezúspěšně, zejména při nedostatečné hypnabilitě. V jednom typickém případě se po úvodních denních sezeních potíže značně zmírnila a stala se pro pacienta zvládnutelnou. Několik měsíců si pacient za dva až tři týdny docházel na hypnózu k upevnění účinku. I později měla porucha tendenci se v mírnějším stupni vracet, zvláště při psychických i tělesných zátěžových situacích, a pacient si v takových případech opět přicházel pro hypnotické „posílení“.

Le Hew (1971) popsal případ 57letého muže, který měl potíže s nutkavým otáčením hlavy doleva už v dětství. Během 15 let došlo k takovému zhoršení, že se zvažoval neurochirurgický zákrok. Při prvním pokusu o hypnotizaci se pacient projevil jako hluboce hypnabilní a autor ho regredoval do doby, kdy se příznak objevil poprvé. Ukázalo se, že pacient zažil v osmi letech traumatizující zážitek po operaci mandlí. Někd o z personálu oznamoval, že pacient pravděpodobně zemřel, a pokoušel se mu otočit hlavu doprava. Pacient, aby upozornil, že je živ, se začal bránit a snažil se silou otočit hlavu doleva. Po tomto sezení s odreagováním dětského zážitku pacient docházel po tři měsíce jednou týdně. Terapeut s ním ještě několikrát zopakoval věkové regrese a v bdělém stavu probral uvedenou událost i další životní okolnosti. Jak ukázal další rozbor anamnézy, kdykoliv se pacient později dostával do nějaké stresové situace, nechal „hlavu otočit doleva“, čímž došlo k určitému uklidnění. V terapii se pacient postupně s minulými zážitky vyrovnal. K ovlivnění svalů krku a obličejů začal používat relaxační autohypnózy podle terapeutova návodu. Později dostal ještě i kazetu s na-

hrávkou relaxace. Během tří měsíců potíže zcela vymizely a v dalších dvou letech se neobjevily.

Avampato (1975) popsal případ 42leté ženy, která trpěla jeden rok těžkou tortikolis s otáčením hlavy doleva, přičemž předcházející neurologická a psychiatrická léčba byla neúčinná. Pacientka byla schopna dát hlavu do střední roviny jen s velkou námahou a musela ji tam udržovat rukou. Autor u ní prováděl hypnózu třikrát týdně. Během měsíce došlo ke zlepšení asi o 70 % a při dalším pokračování až o 90 %. Zároveň vyšly najevo různé problémy v jejím dětství i současném životě. Pacientka však odmítla dynamicky orientovanou psychoterapii, kterou jí autor nabídl, a spokojila se s výsledkem dosaženým symptomatickými hypnotickými sugescemi.

Crasilneck a Hall (1975) považují tortikolis za symptom, který se hypnózou léčí značně obtížně. Ani když se podaří odhalit jeho možný skrytý smysl, nevede to automaticky k vyléčení. Ještě i pak je třeba šest nebo i více měsíců pravidelného posilování posthypnotickými sugescemi, než se reflexní pohyb odstraní. Zlepšování bývá jen postupné a pomalé. V některých případech nelze najít hodnověrný psychogenní původ. I když tyto případy mohou být způsobeny nejasnými organickými příčinami, mohou nicméně také reagovat na dlouhodobě prováděnou hypnoterapii.

Také Kroger (1977) uvádí zkušenosti s tortikolis, kdy symptom vymizel hned po prvním hypnotickém sezení, ale zase se vytrvale vracel. Dva případy, o nichž Kroger referuje, měly složitější dynamický podtext.

5. Grafospasmus, blefarospasmus a tik

Do této malé kapitolky jsme zařadili symptomy, které patří na pomezí neurologie a psychiatrie, případně i dalších oborů (blefarospasmus – oftalmologie), a léčí se střídavě na těchto odděleních podle předpokládaného podílu příslušné organické a psychogenní složky.

Grafospasmus, písařská křeč, je hlavním představitelem tzv. profesionálních křečí, které znemožňují určitý naučený koordinovaný svalový výkon. Je to hrubá porucha schopnosti psát, kterou způsobuje křeč flexorů prstů, třes anebo slabost drobného svalstva ruky. Z organických faktorů se zde může podílet insuficience bazálních ganglií, strio-palidového systému. K psychogenním faktorům patří nevyřešené osobní problémy a úkoly, zejména konfliktové situace v zaměstnání a ambivalentní postoje, zvláště jsou-li nějak spojeny s psaním. Mnohdy

se však neodhalí ani neurologické projevy extrapyramidového syndromu, ani přesvědčivá psychogeneze.

Užití hypnózy je rozhodně indikováno, jednak k pokusu o odhalení a případné odreagování potlačených konfliktových zážitků, jednak k ovlivnění symptomatického, a to nejlépe ve spojení s nácvikem přímo v hypnóze. V nácviku pak pacient pokračuje s posthypnotickým povzbuzením podle zadaných úkolů doma sám.

Zkoušeli jsme několikrát provádět u grafospazmů s různým úspěchem sérii hypnotických sezení, případy však bohužel nemáme řádně dokumentovány. V hypnóze sugerujeme uvolňování svalů v ruce, případně toto uvolnění spojujeme s manévrem: „Křeč v písíci ruce se ihned uvolní, jakmile stisknete palec a ukazovák opačné ruky.“ Je-li hypnóza hluboká, můžeme vyzkoušet, zda by v ní pacient hned napoprvé dokázal psát normálně. Jinak v hypnóze - bez ohledu na její hloubku - zahájíme nácvik uvolněných psacích pohybů, v němž pak pacient pokračuje doma. Psaní začíná nejprve s tlustou násadkou na tužce. Pacient píše na velké papíry celé řádky na sebe napojovaných vysokých psacích písmen malé abecedy, která umožňují plynulý pohyb bez ostrých zárazů, např. eeeee, lllll, lelelele, později bbb. Po docílení jistoty a plynulosti pohybu v těchto jednoduchých úkolech postupně úkoly v nácviku ztěžujeme: zmenšováním tloušťky násadky, zmenšováním velikosti písma a nacvičováním písmen, v nichž je potřebné plynulý pohyb ruky na okamžik zastavit a ruku vracet, jako je to u m, n, r či j. Pak přistupujeme ke kombinaci písmen až po psaní slov a vět. Pacienti přinášejí ukázky nácviku z domu a během sezení předvádějí dosažený způsob psaní. Terapeut je usměrňuje a po navození hypnózy se snaží dosáhnout dalšího zlepšení písma a posthypnotickými sugescemi zrychlit pokrok v domácích cvičeních.

Lze-li předpokládat, že ve vzniku nebo udržování potíží hraje roli tréma (např. pacient hůře píše, když se mu někdo dívá na ruku), konverzní mechanismy (vyhnutí se napsání nebo podepsání něčeho, s čím pacient vnitřně nesouhlasí) nebo sekundární zisk z nemoci (možnost dosáhnout důchodu nebo změny pracovního zařazení), věnujeme v bdělém stavu i v hypnóze samozřejmě těmto faktorům pozornost a snažíme se je racionálním rozbořem nebo hypnotickou abreakcí a sugescí zvládnout.

Z absolventů hypnotických kurzů referoval o úspěšném vyléčení grafospazmu u 15leté dívky s neurotickými rysy např. Cupák (+) z Kremnice. Po pěti sezeních s hypnózou lehkého stupně grafospazmus vymizel a během dalšího roku se neobjevil.

Profesionální křeče mohou postihnout i jiné svalové skupiny a jejich koordinaci potřebnou k provádění určité nacvičené činnosti. Vyskytují

se někdy tam, kde dochází k nadměrnému zatěžování, resp. přetrénování, v dané oblasti. Jindy mohou být projevem vědomého nebo nevědomého odporu k této činnosti nebo somatizací konfliktů a psychických traumat.

Prováděli jsme např. hypnoterapii u profesionálního hudebníka, u něhož se objevily potíže s křečovitým svíráním úst při hře na trubku, znemožňující správný nátisk, nebo u varhanice, která naopak cítila jednostrannou „slabost a nešikovnost“ ruky a nohy při delším cvičení. U varhanice se zpočátku uvažovalo o roztroušené skleróze, což ji velmi vystrašilo a deprimovalo. Později neurolog tuto diagnózu zamítl, ale pacientka mu již nevěřila. Sugesci jsme v obou případech zaměřovali jednak na uvolňování i posilování příslušných svalů s jádrovou formulací „plně ovládáte svaly potřebné ke hře“, jednak na celkové posilování životní pohody, sebeuplatnění a optimismu. Varhanici jsme navíc předvedli k „protihyochondrickým účelům“ v hypnóze možnost vyvolání úplné paralýzy všech končetin, jako důkaz existence psychogenních vlivů. Pak jsme ji nechávali v hypnóze pohybové (bez varhan) přehrávat některé skladby se sugescemi, že svaly na obou stranách těla plně ovládá. V prvním případě se stav upravil, v druhém značně zlepšil, i když v souvislosti s celkovou hypersenzitivitou a neurotičností pacientky zůstala tendence k recidivám.

Blefarospasmus je jednostranná nebo většinou oboustranná křeč svěrače víček, zpravidla tonického charakteru, někdy kombinovaná s krátkodobými záchvaty klonických křečí. Může být způsoben reflektoricky při lézích oka, centrálním nebo periferním drážděním lícního nervu nebo je funkcionální. Někdy se psychogenně zafixuje spasmus, který je původně reflektorický při zánětu spojivek nebo cizím tělísku v oku.

Pokus o hypnotické ovlivnění je namístě. Podobně jako při tortikolídě nebo hysterické amauróze můžeme hledat – zejména u osobností s hysterickými rysy a tendencí ke konverzím – zda se pacient nesnaží ve svém životě něco „raději nevidět“. Rozhodně se však nesnažíme prosazovat účelové pojetí jeho symptomu na základě vlastních prekonceptí „za každou cenu“. Vyslovování podobných podezření většinou nebývá terapeuticky účinné. Může pacienta společensky degradovat a vyvolávat jeho odpor ke spolupráci.

Symptomatické sugesci směřují k opakovanému uvolňování víček. Sugeruje se, že oči budou zůstávat otevřeny stále déle a snáze, klidně, bez potíží – zároveň s tím, jak se pacient bude cítit stále více v pohodě, schopen konstruktivně zvládat své životní těžkosti a problémy.

O úspěšném případě referovala Riedlová (+) z Brna. *Blefarospasmus*

její pacientky vznikl náhle, po operaci ledviny. Byla neúspěšně léčena myorelaxačními preparáty, prodělala i akupunkturu a chodila již několik let se slepeckou holí. Ve třetím sezení s hypnózou se podařilo spasmus mírně uvolnit, v šestém sezení byla schopna na několik vteřin otevřít oči. Při dalších sezeních se intervaly setrvání s otevřenými víčky prodlužovaly. Asi po měsíční intenzivní hypnoterapii se sezeními prováděnými téměř denně byla schopna mít oči trvale otevřené. Hypnoterapie skončila po dvou měsících s velmi dobrým výsledkem. Podobný výsledek uvedl i Sodomka (+) z Opařan u jednoho svého pacienta. Pacient mohl znovu jít do práce, během dvou let byl bez recidiv.

Z publikovaných případů uveďme instruktivní ukázkou úspěšně vyléčeného dva roky trvajícího blefarospazmu u 45leté ženy. Wickramasekera (1974) ji léčil hypnózou v rámci komplexnější psychoterapie, jak to odpovídalo postupně objevené složitější podměněnosti vzniku a fixace poruchy: s faktory osobnostními, psychotraumatickými (odchod manžela z domu s mladší dívkou, která s ním otěhotněla), aktuálně vztahovými (sekundární vazba na sousedku, která ji vodila do města a naučila ji homosexuálním praktikám, které u pacientky vyvolávaly ambivalentní pocity) i účelovými (fixace poruchy získaným výhodným invalidním důchodem).

*Tiky** jsou neúčelné mimovolní pohyby, záškuby, které se stereotypně opakují. Nejčastěji se vyskytují ve svalech obličeje, šíje, paží a ramen. Zpravidla jsou jednoduché (např. mrkání, jako by byl pacient oslněn, cukání ústního koutku, popotahování nosem, frkání, prudké otočení hlavou nebo škuřnutí ramenem), někdy mohou být i složitější, se zapojením většího počtu svalových skupin v určitém stereotypním sledu. V některých případech mohly být pohyby původně účelné, např. mrkání při podráždění oka, pohazování hlavou při útesu padajícím před oči nebo ramenem při nepohodlném oděvu, posmrkávání či potahování nosem při rýmě.

Hypnotické sugesce se obvykle zaměřují na uklidnění, ignorování tiků a symptomatické potlačení příslušných pohybů: „Stáváte se klidným a uvolněným člověkem, který umí vychutnat klid a pohodu. Rušivé mimovolní pohyby jsou zbytečné, mohou zcela zmizet, úplně se ztratit. Nebudou se opakovat ani vnučovat, ani se nebudou objevovat automaticky. Budete dělat jen ty pohyby, které udělat chcete. Tikové pohyby jsou zbytečné, mohou zmizet a zmizí.“

Spithillová (1974) popisuje léčbu 21letého muže s očním tikem, spočívajícím v kompulzivním rychlém mrkání, občas provázeném grimasou obličeje. I u něj bylo nutno hypnózu začlenit do komplexní psychoterapie. Pacient byl svou osobností introvertovaný a úzkostný. Otec mu zemřel v dětství, matka ho rozmazlovala a strýc, aby to napravil, ho asi v sedmi letech poslal na letní tábor, kde však nepřizpůsobivý a neprůbojný chla-

* Název pochází z francouzského „tic“ a vyslovuje se proto „tyk“.

pec zažil četné ústrky a trpěl steskem po domově. Na podrobnosti z tábora si pacient nepamatoval. Pět hypnotických sezení, začleněných do psychoterapie, pomohlo jednak postupně snižovat frekvenci tiků, jednak odhalit jeho kořeny. Ve třetí hypnóze s pokusem o věkovou regresi do doby vzniku potíží si pacient živě vybavil zážitky z letního tábora s nespravedlivým trestem a zesměšněním, který byl pro něj značně traumatizující. Po abreakci tik úplně vymizel, ale opět se rychle vracel, zejména při různých konfliktech a tenzích, jichž měl pacient ve svém životě plno. V dalších dvou hypnózách se podařilo tik zvládnout a zároveň naučit pacienta autohypnóze ke snižování tenze a úzkosti při konfliktech. V dalším životě si pacient autohypnózou pomáhal, a tak udržoval recidivy tiků pod kontrolou už do značné míry sám, i když zvláště závažné události jeho potíže dočasně zhoršovaly.

V souvislosti s citovanými kazuistikami uveřejněnými Wickramasekerou a Spithillovou bychom chtěli znovu podtrhnout skutečnost, že hypnoterapie různých poruch s funkcionální složkou mnohdy neprobíhá jako jednoduchá série hypnóz s vhodně volenými sugescemi, po nichž symptomy ustupují až zmizí a již se neobjeví. V průběhu terapie vycházejí někdy najevo různé životní okolnosti z minulosti i současnosti i různé problematické rysy osobnosti pacienta, které komplikují jeho život a odrážejí se v dynamice symptomů. Další stresové okolnosti mohou vznikat v době, kdy terapie probíhá nebo kdy už skončila, a opět může dojít k jejich interakci se symptomem, který pacient za pomoci nových poznatků a dovedností získaných v psychoterapii někdy zvládá a někdy ne. (Výbornou ilustrací toho je i dynamika léčby případu akrální parézy horní končetiny, který jsme uvedli na str. 139 a na který v této souvislosti znovu odkážeme.)

6. Motivace při rehabilitaci

Stupeň úpravy některých neurologických a ortopedických poruch je značně závislý na systematickém provádění předepsaných rehabilitačních cvičení. Deprimovaný, rezignující nebo hypobulický pacient dobře nespolupracuje s rehabilitačními pracovníky a úkoly zadávané k samostatnému cvičení provádí liknavě nebo neprovádí vůbec, zvláště když není vidět okamžitý úspěch. Někdy může považovat svoji věc za ztracenou a uchyluje se k pasivní izolaci nebo k neplodnému stěžování si na nespravedlivý osud či nedostatečnou léčebnou péči, někdy prostě není zvyklý vyvíjet aktivní volní úsilí.

Hypnóza může za takových okolností pomoci zvýšit zájem o účinnou rehabilitaci a podpořit jeho aktivitu v ní. I tam, kde pro charakter organické léze není již možná plná úprava postižené funkce, může hypnóza pacientovi pomoci alespoň v úsilí o přiblížení se k dosažitelnému maximu nebo o rozvinutí jiných dovedností ke kompenzaci chybějící funkce.

Sugerujeme např., že pacientovi bude opět záležet na vlastním životě a že učiní vše, co je v jeho silách, pro jeho maximální kvalitu. Sugerujeme, že rázně odmítne pesimistické myšlenky a bude usilovat o obnovení svých funkcí podle pokynů lékaře, že bude dobře spolupracovat s rehabilitační sestrou a provádět cílevědomě a přesně předepsaná cvičení. Bude mít radost ze svého zdraví, a později i z každého sebemenšího pokroku, kterého usilovným cvičením dosáhne. Dále můžeme sugerovat konkrétní pokrok, kterého se u daného pacienta má při rehabilitaci dosáhnout. Obsah sugescí konzultujeme s rehabilitačními pracovníky a koordinujeme postup. Některá rehabilitační cvičení, zvláště taková, při nichž se objevují bolesti nebo je potřeba uvolnit kontraktury, je možno provádět v hypnóze s příslušnými sugescemi snižujícími bolestivost nebo pocity únavy, podporujícími relaxaci nebo zvyšujícími úsilí a výkon.

Crasilneck a Hall (1970, 1975) se cílevědomě pustili i do hypnoterapie značně postižených pacientů *po mozkových krváceních nebo traumatických mozkových lézích s motorickými i fatickými poruchami*. Referovali o 25 případech, z nichž tři popsali podrobně. Zpočátku se domnívali, že u těchto pacientů bude navození hypnózy velmi obtížné pro jejich sníženou schopnost chápat sugesci a udržet pozornost. Při trpělivé práci s těmito pacienty však zjistili, že u některých z nich mohou být pokusy o hypnotizaci úspěšné a využití hypnózy může být užitečné.

Hypnotizace se musí přizpůsobit těmto pacientům v tom, že terapeut 1. má mluvit velmi pomalu, 2. má užívat jednoduchý slovník, 3. má zvýšit počet opakování jednotlivých sugescí a 4. má trpělivě pokračovat v návštěvách pacienta i přes jeho minimální reakci a vlastní negativní protipřenos, vznikající při neúspěšnosti a zdánlivě marnosti vlastního počínání. Je také třeba, aby se naučil hodnotit pacientovy reakce na sugesci více intuitivně. Zpočátku může být pozitivní reakcí ochrnutého pacienta pouhé zpomalení očních pohybů. Postupně lze hodnotit hloubku hypnózy podle zavření očí, ztuhnutí ruky nebo vyvolání necitlivosti.

Autoři popsali podrobně tři případy, kde hypnóza vedla ke změně postoje pacienta a v důsledku toho i ke změně fyziologických funkcí. Dva z nich zde pro názornost stručněji uvedeme. Podobné, i když méně výrazné změny byly v 18 dalších případech. Čtyři další pacienti během prvních tří počátečních sezení na hypnotizaci nereagovali, a proto se s nimi v hypnoterapii nepokračovalo.

1. Pacientka, 31letá žena po mozkovém krvácení a následné operaci aneurysmatu na pravé a. carotis interna, byla dezorientovaná, měla levostrannou hemiplegii, nebyla

schopna komunikovat, byla negativistická a odmítala jíst i pít. Pokud nespala, hleděla do neurčita. Během první návštěvy hypnoterapeuta neodpovídala na žádnou otázku. Při požadované fixaci mince a pomalém sugerování tíhy ve víčkách zavřela oči. Postupně bylo možno vyvolat ztuhnutí paže a anestézii prstu. Terapeut dal pacientce posthypnotické sugesce, že bude gerovaný hořký lék na jazyku. Terapeut dal pacientce posthypnotické sugesce, že bude jíst 3× denně, bude spolupracovat a bude se celkově cítit příjemněji a veseleji. Také jí zastavil sugesci, že se ponoří snadno do hypnózy, kdykoliv terapeut třikrát zatuká na stůl.

Pacientka sugesce přijala, protože po probuzení snědla jídlo, které jí sestry nabídl. Spontánně se usmála a pokusila se mluvit, ale byla afatická. Hypnóza se pak prováděla po celý měsíc denně. Pacientka dobře reagovala na sugesce přijímání jídla, cvičení a spolupráce s personálem. Terapeut jí také dával sugesce, že její řeč se bude zlepšovat a sama si bude „vědomě i podvědomě“ přát se uzdravit. Po měsíci mohla být pacientka propuštěna do domácího ošetření, kde se pokračovalo v hypnóze 3× týdně. Afázie se zvolna upravovala. Za tři měsíce byl zisk v tělesné rehabilitaci již značný. Za další dva měsíce se fatické poruchy zmenšily na minimum. Za pomoci se mohla pohybovat a začala se zajímat o svou rodinu i o sebe. Dosahovala rychle dalších pokroků.

2. Pacientka, 21letá žena, měla za měsíc po autonehodě spastickou kvadruparézu, maskovitý výraz obličeje a nereagovala na slovní příkazy. Po dalších třech měsících léčby v nemocnici byla propuštěna domů s mírným zlepšením. Byla negativistická a nekooperativní, v rehabilitaci nespolupracovala, dívala se do prázdna. V této době se začalo uvažovat o vyzkoušení hypnózy. Terapeut se v prvních dvou sezeních pouze pokoušel navázat kontakt, což se nedařilo. Ve třetím sezení se terapeut pokusil o navození hypnózy. Hypnóza byla zpočátku jen velmi lehká, postupně však se jí podařilo prohloubit. Terapeut zadal sugesce, že pacientka bude každou hodinu 15 minut cvičit a že si bude přát se uzdravit. Rodiče uváděli, že po tomto sezení pozorovali u pacientky značnou změnu. Systematicky prováděla určená cvičení. Za čtyři týdny se pokoušela chodit a stav se značně zlepšoval. Po čtyřech měsících byla hypnoterapie ukončena, přičemž rehabilitační pacientky dále úspěšně pokračovala. Navázala opět dřívější sociální kontakty a její plány do budoucna byly realisticky optimistické.

Manganiello (1986) podrobně referoval o jednom případě podstatného zlepšení motoriky i řeči po pěti hypnoterapeutických sezeních u 57letého hluboce hypnabilního hudebníka s hemiplegií po mozkové cévní příhodě.

U nás Šnýdrová (1988) zkoumala možnost hypnotického ovlivnění hybnosti horní končetiny u pacientů se spastickou hemiparézou po cévní mozkové příhodě. Pokus provedla u 15 pacientů, 10 mužů a 5 žen ve věku od 30 do 64 let, jejichž stav byl po uskutečnění motorické rehabilitace považován již za stacionární. Hypnotická sezení opakovala průběhně 12×. Ve své práci uvádí tabulky zachycující motorický výkon i elektromyografickou aktivitu před hypnózou, v hypnóze a po hypnóze a připojuje ukázky průběhu a efektu hypnoterapie. Potvrdila kladný vliv hypnoterapie na hybnost některých pacientů. Pokračování v rehabilitaci s hypnózou vedlo u nich k dalšímu zlepšování motorického výkonu, který se přiblížil až k fyziologické normě. U všech pacientů docházelo v průběhu hypnózy ke zvyšování elektromyografické aktivity.

Jugoslávští autoři (Pajntar aj. 1980) upozornili na možnost využití hypnózy v rehabilitaci při poškození periferního motorického neuronu k ovlivnění aktivity svalových skupin, k nimž bylo při úraze přerušeno nervové vedení. Měřili svalovou sílu a výdrž a sledovali elektrickou aktivitu příslušných svalů a zjistili, že ve všech těchto ukazatelích byly reakce výraznější v hypnóze než v bdělém stavu. Pacienti byli schopni kontrahovat paretické svaly, které měly ještě jen slabou reinervaci, s větší silou, takže někdy docházelo i k viditelným pohybům paretickou končetinou. Časná zlepšená aktivizace svalů je důležitá pro zabránění ireverzibilním fibrotickým změnám, k nimž jinak postupně dochází u denervovaných inaktivních svalů. Autoři získali kladné zkušenosti s deseti pacienty. V článku uvádějí jako ukázkou tři případy. Návčik v hypnóze urychloval rehabilitační proces.

První z pacientů měl po dislokaci ramenního kloubu parézu svalů inervovaných axilárním nervem a sníženou svalovou sílu deltoideálního svalu. Druhý z pacientů měl přerušovaný axilární a radiální nerv po přetnutí nožem, za čtyři měsíce po úraze mu byly nervy sešity. Třetí z pacientů měl lézi peroneálního nervu po fraktuře femuru. U tohoto pacienta ani za tři roky po úraze nebyly přes prováděnou rehabilitaci patrné klinicky pozorovatelné kontrakce m. tibialis anterior. Při maximální volní kontrakci ukazoval EMG jen nízkovoltážní potenciály. V průběhu sedmi sezení s cvičeními v hypnóze svalová síla podstatně vzrostla a amplituda potenciálů na EMG se zvýšila z 0,2 mV na 4 mV.

Obvykle nepředpokládáme, že by hypnoterapie mohla být indikována u organických neurologických onemocnění, a tím méně u traumatických poškození mozku a cévních mozkových příhod nebo u přerušování periferního nervového spojení. Popsané zahraniční zkušenosti naznačují, že i u těchto pacientů, pokud jsou hypnabilní, je možno při dostatečné trpělivosti terapeuta dosáhnout pomocí hypnózy aspoň zvýšení motivace k uzdravení a ke spolupráci v odborně vedených rehabilitačních postupech, což může přinést ovoce v urychlení rehabilitačního procesu. Přinejmenším se ukazuje, že v neurologii existují pro využití hypnoterapie ještě určité rezervy.

6. KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ

V kožním lékařství mají hypnóza a sugesce celkem dobré postavení. Horvai (1959) podal optimistický přehled zejména ruských prací, v témže roce referovali o možnostech hypnoterapie v dermatologii Janoušek a Vlárský (1959), nověji pak Skaličanová a Nagyová, Vích, Hájek aj. V sovětské literatuře vyšly o užití hypnózy v dermatologii samostatné monografie od Kartamyševa (1953) a Žaltakova, Skripkina a Somova (1963), v americké od Scotta (1960). Uvedeme ukázkou hypnoterapeutických postupů u veruk, pruritů a ekzémů.

1. Bradavice

Začneme bradavicemi (*verrucae vulgares et planae*), které se považují tradičně za ovlivnitelné hypnózou i bdělými sugescemi, přímými i nepřímými (např. s potíráním indiferentním barevným roztokem). Sami jsme se přesvědčili o účinnosti u hypnabilní kolegyně, které jsme odsugerovali menší bradavici na prstech ruky ve třech sezeních během dvou týdnů. Po zadání několika zkušebních sugescí k prokázání, že hypnotické sugesce u ní účinkují (nemožnost vrátit zvednutou ruku, teplo, chlad, jednoduché halucinační prožitky), jsme sugerovali do prstů s bradavicemi během hypnózy přechodně chlad a do bradavic trvale zástavu výživy a zmizení.

Chlad znamená snížení přítoku krve k bradavicím. Bradavice od nynějška nebudou dostávat z těla výživu. Tělo je přestává žít. Uschnou, odpadnou nebo se ztratí. Jsou zbytečné, tělo je nepotřebuje, mohou zmizet a zmizí. Tělo je nebude chránit a žít. Uschnou a ztratí se. Kůže prstů bude čistá, bez bradavic.

Vích (1978) z Mostu popsal na základě zkušeností s osmi případy dva typy průběhu léčení: 1. rychlý, kdy bradavice zmizely po třech sezeních skutečňovaných jednou týdně. Tak to proběhlo u pěti případů s malými verukami na akrálních částech horní končetiny; 2. pomalý, kdy proces odstranění bradavic trval až tři měsíce při frekvenci sezení $2 \times$ týdně. V těchto případech to byly mohutné veruky, které se pomalu zmenšovaly od sezení k sezení, při současných autosugescích prováděných doma (tři případy). Skaličanová, Nagyová a Kordová (1977) v Martině využívaly u 36 chlapců a děvčát ve věku od osmi do 18 let s bradavicemi rukou a tváře a s hyperhidrózou rukou individuální sezení i skupinovou psychoterapii se zařazováním sugestivních postupů.

Hartland (1971) napřed vyvolává v postižených oblastech teplo, a až pacient potvrdí, že teplo cítí, pokračuje se zaměřováním tepla do bradavic.

Jak se budu dotýkat každé bradavice, budete cítit, jak se v nich soustřeďuje teplo a jak se bradavice začínají cítit teplejší než ostatní části ruky. Až budete cítit toto teplo v bradavicích, zvedněte ruku. Dobrá. Dejte ji nyní dolů. Jak se teplo rozšiřuje v bradavicích, budou se bradavice zmenšovat, budou se zplošťovat a postupně vymizí. S každým sezením se vaše kůže stává zdravější. Kořeny bradavic se svažují a bradavice postupně usychají, odumírají.

Crasilneck a Hall (1975) se lehce dotýkají oblastí kolem bradavic tužkou a sugerují pacientovi, že bude cítit kolem chlad. Tento chlad přetrvává asi jeden den, a jak bude mizet, budou s ní mizet i bradavice. Tyto sugesce opakují při každé další návštěvě. Před tím zkoušejí sérii motorických i senzorických sugescí včetně analgezie ruky, aby pacientovi

ukázali, „jakou moc má jeho podvědomí“, a využili pak této „moci“ k odstranění bradavic.

Nyní si uvědomujete, jakou ohromnou moc má vaše podvědomí nad vašim tělem. Budete nyní cítit příjemnou vůni. Až ji ucítíte, kývněte hlavou. Dobrá. Jste nyní ve velmi hluboké hypnóze. Vůně mizí a vy jste ještě hlouběji v hypnóze. Nic není silnějšího než síla podvědomí a tyto bradavice úplně zmizí a vaše kůže se jich úplně zbaví. Oblast kůže, které se nyní dotýkám tužkou . . . tuto oblast bradavic budete nyní cítit velmi chladnou, chladnou . . . Až to budete cítit, kývněte hlavou. Dobrá. Myslete si nyní myšlenku, kterou říkám: „Oblast je chladná. Bradavice budou mizet. Oblast je chladná a bradavice zmizí z mého těla, protože mé podvědomí má velkou moc nad mým tělem.“ A nyní opět nechte své myšlenky a naslouchejte mým slovům. Tyto bradavice zmizí. Ukázali jsme si, jak velkou moc má vaše podvědomí nad vašim tělem. A tyto bradavice brzy zmizí. Vaše kůže se bude celý den cítit kolem bradavic lehce studená, a jak bude tento chlad mizet, začnou mizet také bradavice.

Autoři, kteří mají s hypnoterapií bradavic rozsáhlejší zkušenosti, uvádějí, že léčení obvykle vyžaduje asi čtyři týdny a s plným úspěchem lze počítat asi u poloviny hypnabilních osob (Ullman a Dudek 1960).

Clawson a Swade (1975) podrobněji referovali o třech případech vy-léčení bradavic rezistentních na jakoukoliv léčbu. V jednom z případů měla 18letá dívka nesčetné množství bradavic na obličeji a po celém těle. Při hypnoterapii se zmenšovaly a úplně se ztratily během dvou měsíců. Autoři používali formulaci: „Tvoje podvědomí má schopnost řídit zásobování krví do kterékoliv části tvého těla. Nyní zastaví přísun krve ke všem bradavicím na tvém těle.“*

Sinclair-Gieben a Chalmers (1959) zadávali deseti hypnabilním a čtyřem málo hypnabilním pacientům s oboustrannými bradavicemi hypnotické sugesce, že bradavice zmizí, ale jen na jedné straně. U devíti hypnabilních osob bradavice během 5 až 15 týdnů skutečně zmizely selektivně na jedné straně. U málo hypnabilních nedošlo ke změně.

Surman aj. (1973) přidělili ze 24 pacientů s oboustrannými bradavicemi 17 do experimentální a sedm do kontrolní skupiny. Pacienty v experimentální skupině léčili hypnoterapií 1× týdně po pět týdnů. Zadávali jim sugesce, že budou cítit v bradavicích brnění a že bradavice zmizí, a to pouze na jedné straně těla, podle pacientovy předběžné volby. Při kontrole po třech měsících od prvního hypnotického sezení bylo možno zjistit u devíti léčených pacientů (53 %) významné zlepšení, ale

* Doslovně zní druhá věta ve formulaci autorů takto: „Nyní chci, abys zastavila přísun krve ke všem bradavicím na svém těle.“ Ve srovnání s autory, kteří se obracejí k podvědomí jako k určité samostatné moudré moci v pacientovi, která je mimo jeho vědomí a vůli (Erickson, Hartland aj.), činí formulace Clawsona a Swadeho pacientku „zodpovědnou“ za činnost jejího podvědomí.

jen u jednoho z nich vymizely bradavice selektivně, pouze na určené polovině těla. K náhlému zmizení došlo u čtyř, k postupnému mizení u dalších čtyř. U jednoho pacienta se ztrácely náhle jednotlivé bradavice, až postupně zmizely všechny. U pacientů v kontrolní skupině nedošlo během sledovaného období k žádné změně. Autoři potvrdili, že bradavice asi u poloviny osob reagují na léčbu hypnózou, přičemž jejich studie nepotvrzuje předpoklad, že hypnóza ovlivňuje jednotlivé bradavice selektivně. Hypnóza spíše vyvolá celkový účinek v reakci těla na příslušný virus.

Johnson a Barber (1978) provedli výzkumnou studii se 22 osobami s bradavicemi, z nichž polovinu náhodně přidělili do skupiny léčené hypnózou a druhou polovinu do skupiny léčené „koncentrační meditací“. V hypnotické skupině dostávaly zkoumané osoby desetiminutovou standardní hypnotizaci podle Barberovy škály sugestibility, po níž následovalo několik testovacích sugescí „k rozehrání“. Podstatou léčebných formulací byly sugesce, že kolem určených bradavic (na jedné straně těla) pocítuje klient brnění a že bradavice brzy zmizí. Pocity brnění si pak měl každý představovat i doma. Zkoumané osoby se měly dostavit ke kontrole za dva týdny a za pět týdnů. V „meditační skupině“ byl postup analogický s tím rozdílem, že zde chyběla úvodní hypnotizace a osoby si měly vše další jen představovat. U tří z 11 hypnotizovaných osob došlo k podstatnému zlepšení, které autoři dokumentují fotografiemi. V nehypnotizované skupině zlepšení nebylo. Autoři patří k těm výzkumníkům, kteří nevěří v existenci hypnotického stavu (viz Barber 1959). Efekt u tří hypnotizovaných osob si vysvětlují jejich očekáváním, že jim „hypnóza“ pomůže. Z klinického hlediska můžeme považovat jejich jedině „standardní“ sezení za nedostatečné k vyvolání efektu u většiny osob.

Jak je patrné z uvedených studií, někteří autoři používají při odstraňování bradavic sugescí brnění, jiní sugescí tepla a ještě jiní sugescí chladu. Většina prací se shoduje v tom, že účinek hypnotických sugescí na bradavice je prokázán a závisí na hypnabilitě. Hypnoterapeuti většinou považují za důležité nejprve předvést léčené osobě na souboru testovacích sugescí, že hypnotické sugesce jsou u nich účinné, a teprve pak se věnovat bradavicím. Jedna výzkumná studie svědčí pro možnost selektivního vlivu hypnotické sugesce na jednotlivé bradavice (resp. bradavice na jedné straně těla), zatímco druhá svědčí proti tomu a naznačuje spíše celkový účinek na bradavice po celém těle. Z uveřejněných prací můžeme též uzavírat, že zpravidla je třeba opakovaných sezení, alespoň tří nebo čtyř, a že se spolehlivým účinkem můžeme počítat asi u poloviny hypnabilních osob.

2. Kondylomy

Ewin (1974) referoval o čtyřech případech vyléčení kondylomat (condyloma acuminata), vegetací na genitáliích, které jsou způsobeny stejným virem jako verrucae vulgares et plantares. Je to jediná zpráva tohoto druhu, dobře dokumentovaná technicky dokonalými snímky před léčbou a po ní. Zároveň je z psychologického hlediska zajímavé a poučné srovnání prvních dvou případů, kdy u prvního stačily k vyléčení symptomatické sugesce a u druhého pomohlo teprve objasnění hlubších motivačních faktorů, které mohly být v pozadí přetrvávání potíží.

Případ 1. Student medicíny, 22letý, měl již pět měsíců stopkaté vegetace (verrucae filiformes) na předkožce. Manželka s ním za těchto okolností odmítala mít sexuální styk. Autor mu dal v celkem lehké hypnóze tyto sugesce: „Vaše tělo má schopnost překonat virus bradavic a vyléčit tuto infekci. Zaměřte svou pozornost na oblast, kde jsou bradavice. Brzy v ní budete cítit teplo, jak se cévy kolem roztažují, aby přinesly víc proučlánků a bílých krvinek k překonání infekce a více bílkovin a kyslíku k vytvoření nové normální tkáně, když vegetace zmizí. Když ucítíte toto teplo, zvedněte levý ukazováček. Dobrá. Nyní zasáhne vaše podvědomí a uchová toto teplo, dokud se vegetace nevyléčí. Kůže a sliznice se stane zase zcela normální. Můžete nyní přestat na vegetace myslet a věnovat se jiným věcem, protože přirozený léčebný proces je vyléčí, aniž byste se tím už musel zabývat.“ Během tří dnů se část kondylomat začala odlupovat. Terapeut pacienta znovu zhypnotizoval a opakoval stejné sugesce. Za měsíc kondylomy zcela zmizely.

Případ 2. Náměstek ředitele chemického závodu, 43letý, měl sedm týdnů vegetace na předkožce i na žaludu. Terapeut ho uvedl do hypnózy a zadal stejné sugesce jako v předchozím případě. Za tři týdny nedošlo k žádné změně. Terapeut vyslovil domněnku, že když jeho podvědomí odmítlo sugesce, musí vegetace sloužit nějakému účelu. Uvedl pacienta znovu do hypnózy, sugeroval, že podvědomí bude odpovídat na jeho otázky zvednutím ukazováčku – pravým ano, levým ne – a začal se ptát: Buďte to dobře, když se dozvíte, proč si udržujete tyto vegetace? (Odpověď prstem: Ano.) Řeší nějaký váš problém? (Ano.) Když napočítám do tří, uvědomíte si tento problém, i to, jak ovlivňuje váš život. Jedna, dvě, tři. („Nechce se už se mnou milovat.“) Kdo? („Moje milenka. Chodím s ní už tři roky, ale rozhodl jsem se, že se vrátím k rodině. Máme tři děti a už bych toho měl nechat.“) Má s vámi manželka sexuální styk? („Ne, myslí si, že jsem chytil nějakou nemoc.“) Ví vaše přítelkyně, že jste ženat? („Ano.“) Tato dívka věděla, že si začala s ženatým mužem, a vy už jste se s ní nemiloval sedm týdnů. Nemyslíte, že musí tušit, že už je to končící vztah? („Chová se, jako by to tušila.“) Rekl jste, že byste se rád znovu sblížil s manželkou, ale tyto vegetace vás oddělují. Nemohl byste být náměstkem ve velkém podniku, kdybyste nevěděl, jak řešit problémy. Myslíte-li, že tomu děvčeti dlužíte peníze, kožich, dobré místo nebo cokoli, nemůžete to zvládnout přímo, bez využívání množství vegetací jako výmluvy? (S povzdechem: „Jistě, mohl bych to zvládnout.“) Hluboce se uvolněte a nechejte prsty, ať odpoví na mou otázku. Nyní když znáte řešení problému, je zde ještě nějaký důvod, proč byste nemohl nechat tyto vegetace zmizet? (Prst: Ne.) Terapeut tedy zadal znovu sugesce zaměřené na vymizení symptomu a pacienta probudil. Za tři týdny se kondylomy zcela ztratily. Během pěti let nedošlo k recidivě.

3. Svědění

Svědění (pruritus) je častý a nepříjemný příznak u různých kožních chorob a jeho ovlivňování hypnotickou sugescí je u hypnabilních osob možné a užitečné.

M. Scott (1971) se snaží především snížit *škrábání* při svědění, které zhoršuje potíže, vede k exkoriacím a sekundární infekci.

Bez ohledu na jakékoliv svědění, které byste ještě mohl cítit, zjistíte, že vás to přestává obtěžovat. I kdybyste cítil svědění, nebudete mít už žádnou potřebu se škrábat.

Dále můžeme zkusit přenést na svědicí oblast kůže „rukavicovou anestézii“. Sugerujeme obvyklým způsobem anestézii v ruce (např. že vnímání doteků probíhá jako přes tlustou rukavici). Pak se má pacient dotýkat anestetizovanou rukou svědicího místa se sugescí, že *necitlivost se do tohoto místa přenese*, a proto v něm přestane cítit i jakékoliv svědění.

Další možností je pokus o přenesení svědění na jiné místo. Podaří-li se tím odstranit svědění v místě kožní afekce, svědění uměle vyvolané na jiném místě se pak už další sugescí odstraní snadno.

Luthe a Schultz (1969) doporučují ve formulkách autogenního tréninku, použitelných samozřejmě i při hypnotické sugesci, *sugestivní ochlazování svědicích míst*.

Vích (1978) použil u pěti případů pruritu hypnózy se sugescemi chladu, který přechází postupně v normální pocity. Ve dvou případech odezněly potíže po čtyřech sezeních. Ve třech případech potíže přetrvávaly i po pěti sezeních, a proto autor použil náviku posthypnotického manévru k odstraňování svědění, kdykoliv se znovu objeví. Po náviku, který trval dalších osm sezení, se pacienti potíží zbavili.

Hartland (1971) používá kromě úvodních celkově posilujících sugescí opět s oblibou pocitů tepla se zvýšeným prokrvováním a proti škrábání vypracovává stop-reakci na dotek rukou pacienta.

A jak se zlepšuje váš krevní oběh a nervy se stávají silnějšími a pevnějšími, budou také méně citlivé, méně snadno podrážděné. A proto také podráždění kůže a svědění se bude postupně zmenšovat a úplně vymizí. Bude každým dnem menší a menší a nebudete již mít potřebu se škrábat. Kdybyste se kdykoliv, i třeba nevědomky, začal škrábat, jakmile se vaše prsty dotknou kůže, ihned si uvědomíte, co to děláte. Budete schopni to ihned zastavit, dříve než jste na své kůži udělal nějakou škodu. Proto budete mít nejen menší podráždění kůže, ale vaše kůže se bude rychleji hojit, vyrážka zmizí mnohem rychleji. Dokonce i kdybyste se chtěl škrábat ve spánku, jakmile se prsty dotknou kůže, probudíte se* a zabráníte škrábání. A v důsledku tohoto léčení budete schopni se do-

* Sám bych doporučil zmínku o probuzení raději vynechat a pozměnit formulaci na „Ruka se ihned samočinně odtáhne, aby prsty nezpůsobily kůži žádnou škodu“.

statečně ovládat, abyste ihned zastavil tendenci ke škrábání, dříve než byste si poškodil kůži.

4. Ekzémy

Bul (1974) uvádí dva úspěšné případy ovlivnění ekzému, vzniklého po psychotraumatěch a rezistentního na farmakoterapii. Prvním byl ekzém zápěstí na obou rukou a za jedním ušním boltcem u 48leté ženy. Vznikl ve spojitosti se smrtí její matky a s rozvodem. Po sedmi sezeních všechny projevy ekzému vymizely. Druhým byl ekzém na rukou a obličej u 28letého muže, vzniklý po autohavárii, při níž došlo ke zranění manželky a dítěte. Po třech sezeních zmizelo svědění, po pátém zmizelo zarudnutí. Postupně se zmenšovaly ekzematózní projevy, nejprve na obličej, až pak ekzém zcela vymizel i na rukou. Celkem proběhlo 15 sezení. Během dvou let nedošlo k recidivě.

Stokvis a Langen (1965) doporučují sugesci „hladkosti pokožky“ a „vyléčení kůže“. K obecným sugescím u kožních eflorescencí patří sugesci, že „vyrážky se ztratí, zhojí, nové se už nebudou tvořit, na všech dosud nemocných místech se vytvoří zdravá, hladká kůže“.

Kartamyšev (1974) se zmiňuje o léčení 107 pacientů s ekzémem kombinací hypnózy s farmakologickými prostředky. U 20 % došlo k uzdravení, u 74 % ke zlepšení a u 6 % zůstalo léčení neúčinné.

Z našich autorů referoval Hájek (1986) z Litoměřic o 12 případech ekzému u pacientů hospitalizovaných na kožním oddělení. V 11 případech byl ekzém atopický s výskytem od raného dětství. U jedné pacientky se objevil ve 12 letech, po rozvodu rodičů. Ekzémy byly akutně zhoršené, dlouhodobá lokální medikace byla neúčinná. Dva z pacientů byli hypnabilní hluboce, osm středně a dva lehce. Hypnotická sezení trvala asi hodinu a prováděla se 2–3× týdně. Během hypnoterapie byla zastavena lokální medikace. Autor sugeroval: 1. nejprve vymizení svědění, a to buď přímou sugescí, nebo sugescí chladu, 2. hojení ekzému, k čemuž využíval relaxace a řízených představ podle Simontona* („Váš imunologický systém jako mladý divoký žralok požírá křehké a bezbranné buňky vašeho ekzému, ekzém mizí, ztrácí se, kůže regeneruje, uzdravuje se a stává se pružnou, ohebnou a svěží“), 3. obecné posílení k překonání depresivního ladění a neurotizace těchto pacientů. U všech pacientů po první hypnóze ustoupilo svědění, ale během další-

* Za názornější považuji původní Simontonovu formulaci, že „bílé krvinky jako silní, mocní žraloci požírají . . .“ (viz str. 247).

ho dne se opět vrátilo. Intervaly bez svědění se prodlužovaly s rostoucím počtem hypnóz. Vyhojení kožních afekcí nastalo u dvou pacientů po dvou hypnózách, u zbývajících pacientů po 4-5 hypnózách. U pacientky s psychotraumatem provedl autor abreakci. Účinnost hypnoterapie závisela na hloubce hypnózy. Kůže v místech afekce zůstala zhrublá a musela pak být zjemňována změkčujícími mastmi. Délku trvání účinku hypnoterapie autor zatím neuvedl.

5. Jiné

Skaličanová, Nagyová, Bevilaqua a Luptáková (1982) z Martina referovali o léčení 70 pacientů s kožními onemocněními, převážně *dermatitis perioralis* (53 osob) a *rosacea faciei* (8 osob), s dobrými výsledky. Léčbu hypnózou kombinovali s autogenním tréninkem a se skupinovou psychoterapií v homogenní skupině dermatologických pacientů a s úvodní medikamentózní léčbou amitriptylinem vzhledem k časté depresivní symptomatice. Hypnotickými sugescemi navozovali představy čisté tváře, bez vyrážek a zánětů. V pozdějších sezeních přidávali i sugesci vnitřní rovnováhy, sebevědomí, sebejistoty a úspěšného zvládnání konfliktových a zátěžových situací.

Dále se v literatuře vyskytují sdělení o ovlivnění kopřivky a lichen ruber planus (Kartamyšev 1953, 1974, Bul 1974), psoriázy (Kartamyšev 1953, Frankel a Misch 1973), hyperhidrózy (Ambrose a Newbold 1980), jednotlivých případů ichthyózy (Mason 1952, Kidd 1966 a Schneck 1966), neurodermitidy (Twersky a Naar 1974 halucinacemi slunění u moře, Lehman 1978 ericksonovskou technikou) a herpes simplex II (Gould a Tisslerová 1984 - s využitím techniky Simontonových, tj. sugerováním představ, že bílé krvinky jako žraloci požírají patogenní virus). Přehled různých prací uvádějí např. Leuner a Schroeter (1975) nebo Crasilneck s Hallem (1975), kteří jej výstižně uzavírají slovy:

Hypnóza stojí za pokus u rezistentních kožních afekcí. V některých případech pak, kde běžné léčení přináší rizika kosmetického poškození, např. u bradavic v obličejí a blízko očí, může být vhodné začít hypnoterapií na prvním místě a přidat další léčbu, ukáže-li se to nutným.

7. HYPNÓZA V CHIRURGII A ANESTEZIOLOGII

V chirurgických oborech může mít hypnóza význam: 1. jako prostředek k navození anestézie při malých nebo i velkých chirurgických zákrocích ve výjimečných případech, kdy lokální nebo celková anestézie

není z nějakých důvodů možná, vhodná nebo dostupná a pacient je dostatečně hypnabilní, 2. jako prostředek k předoperačnímu uklidnění úzkostného nebo neurotického pacienta a psychologické přípravy k operaci a 3. jako prostředek ke zvládnutí některých problémů v pooperačním období, např. bolestí, retence moči, nedostatečného příjmu tekutin a potravy, zachování určené polohy nebo motivace k životu a k rehabilitaci. Některé specifické problémy vznikají při úrazech a v péči o pacienty s popáleninami. Zajímavé pro chirurgický tým mohou být poznatky získané pomocí hypnózy o možnostech podvědomého registrování smysluplných a pro pacienta významných sluchových podnětů v období během hluboké narkózy.

1. *Důkazy o možnosti operací v hypnóze*

V době, kdy ještě nebyla rozvinuta anesteziologie, poskytovalo využití hypnózy značné možnosti pro zajištění úlevy pacientům, u nichž bylo nutno provést operaci. Svědčí o tom zpráva z minulého století o 300 případech operací u domorodců v Bengálsku, kterou podal anglický chirurg James Esdaile (viz Horvai 1959, Chertok 1986). Při možnostech současné anesteziologie, která zajišťuje diferencovanými i kombinovanými prostředky inhalačními a injekčními snadné a rychlé navození stavu necitlivosti místní či celkové s příslušnou svalovou relaxací a vyloučením vědomí pacienta přesně podle potřeb operujícího chirurga, jsou za běžných okolností požadavky na využívání hypnózy jako prostředku k navozování chirurgické anestézie prakticky nulové. Nicméně si hypnoterapeuti v rámci své praxe nezdědíka chtějí aspoň zkusit a na vlastní oči se přesvědčit, co zmůže hypnotická anestézie, a případně ji předvést svým nedůvěřivým kolegům jako pádný *důkaz účinnosti hypnózy*. Proto se i dnes setkáváme v literatuře s kazuistikami nebo i soubory chirurgických pacientů, u nichž byla provedena operace za použití hypnózy jako jediného prostředku znecitlivění. Další část publikovaných případů tvoří pacienti, u nichž se vyskytují rizika nebo *kontraindikace farmakologické anestézie*, např. pro alergické reakce nebo pro závažnou srdeční či respirační chorobu a nebo tam, kde je v průběhu složitě operace potřebné *uchování slovního kontaktu s pacientem*.

Nejvíce důkazů o úspěšných operacích v hypnóze přinesli sovětsí autoři. V sovětské literatuře z třicátých až šedesátých let je mnoho příkladů operací provedených jen v hypnóze, bez narkózy, které proběhly buď ve spolupráci hypnoterapeuta s chirurgem (Platonov 1957), nebo při nichž si operující chirurg, ovládající techniku hypnózy, sám navozoval a řídil i hypnózu pacienta (Berg, Ščeglov aj., cit. dle Platonova 1957). Bul (1974) uvádí příklady operací, u nichž prováděli hypnózu Bachtia-

rov, Gerenštejn, Platonov, Svjadošč, Velvovskij aj., i vlastních 20 operací, mezi nimiž byla amputace ruky, exstirpace štítné žlázy, operace na kůži obličejе aj., a dalších 100 operací, při nichž spolupracoval jako hypnotherapeut s chirurgy na gynekologické klinice. Patientkám, které bylo možno pohroužit do hluboké hypnózy, sugeroval během operace, že „jsou v kině“ nebo se „projíždějí na lodičce“.

Kroger (1977), profesor anesteziologie na kalifornské univerzitě v Los Angeles, podrobněji popisuje několik případů, u nichž provedl hypnózu proto, aby demonstroval účinnost hypnotické anestézie u vybraných hypnabilních pacientů při větších chirurgických zákrocích.

Prvním zákrokem bylo odstranění benigního tumoru v levém prsu u 18leté pacientky. Operace byla provedena při příležitosti konference anesteziologů. Byla snímána televizní kamerou a souběžně vysílána uzavřeným okruhem do konferenční místnosti. Patientka byla při operaci uvolněná, nehybná, bez známek bolesti a nepříjemných pocitů. Krvácení bylo sníženo. Po skončení operace a probuzení z hypnózy měla na výkon plnou amnézii a předpokládala, že operace jí teprve čeká. Operaci z časových důvodů předcházelo pouze jedno hypnotické sezení, v němž se autor ujistil o tom, že pacientka je hluboce hypnabilní.

Druhou operaci v hypnóze bez farmakologické anestézie bylo provedení císařského řezu s následnou hysterektomií. Patientka bez projevů bolesti nebo neklidu sledovala porod svého dítěte (Kroger a deLee 1957).

Třetí byla subtotální tyreoidektomie u 27leté ženy, kterou autor připravoval k operaci v osmi sezeních s přezkušováním všech jevů hluboké hypnózy a s předběžným fantazijním procvičením předpokládaného průběhu operace. Před operací navodil autor hypnózu nacvičeným signálem. Patientka byla zcela klidná, ačkoliv jinak jako hypertyreotická bývala značně nervózní a také z operace měla značné obavy. Na operační sál pacientku přivezli už v hypnóze. Nacvičeným manévrem přenesení „rukavicové anestézie“ z ruky do krku byla navozena necitlivost v operačním poli. Chirurg pak odstranil oba laloky štítné žlázy. Operace trvala asi 70 minut. Patientka se po operaci posadila, mluvila, vypila sklenici vody a mohla bezprostředně jíst bez nauzey. Uvedla, že necítila bolest, pouze tah a tlak v krku. Skalpel pocítovala jako pířko, které se táhne po krku.

Crasilneck a Hall (1975) rovněž získali značné zkušenosti s využíváním hypnózy u chirurgických pacientů. Podrobněji popisují užití hypnózy u neurotické 34leté pacientky s metroragií, kterou za běžných okolností nebylo možno pro její odpor ani řádně gynekologicky vyšetřit. Po navození hypnózy bylo možno provést potřebnou kyretáž v naprostém klidu, s úplnou analgezií. Z dalších případů uvádějí implantaci radia do cervixu při karcinomu cervixu, operaci při obrně lícního nervu, odstranění patologického mozkového ložiska při epilepsii a stereotaktickou operaci při Parkinsonově chorobě (i s obrazovou dokumentací). V části případů kombinovali hypnózu s farmakologickou anestézií, a již místní nebo celkovou. Při tom dosáhli snížení potřebného množství medikace a příznivějšího celkového stavu před operací i po operaci.

Další zkušenosti uveřejnil např. Werbel (1964, 1967) a v oblasti plastické chirurgie Scott (1975).

Chertok (1986) uvádí podrobněji dva vlastní případy k ověření „moci“ hypnózy. V prvním, u 49leté ženy, bylo provedeno v hypnotické anestézii bez jakékoliv medikace odstranění synoviální cysty na levém zápěstí a odstranění cizího tělesa z pravého ukazováku. Ve druhém, u 55leté ženy, byla provedena extrakce pěti zubů z dolní čelisti a pulpektomie. V obou případech nepocívovaly pacientky bolest a v druhém případě autor také zastavil slinění a krvácení prostou sugescí „Nebudete ani slinit, ani krvácet“. Po skončení hypnózy měly obě pacientky na průběh operace amnézii, kterou autor později z experimentálních důvodů zrušil.*

Další ukázky případů, u nichž bylo použito hypnózy jako jediného prostředku anestézie u operaci většího rozsahu, zahrnují apendektomii, gastrostomii, vaginální hysterektomii, ovariectomii, prostatektomii, hemoroidektomii, tyreoidektomii, ablacii prsu, chirurgické výkony na srdci a cévách, repozici fraktur s dislokací a ošetření popálenin, o němž pojednáme zvlášť. Přehled amerických prací s literárními odkazy do r. 1974 podávají např. Hilgard a Hilgardová (1975)**; sovětských prací Bul (1974). Hypnóze v anesteziologii byly věnovány i samostatné monografie (Marmer 1959, Lassner 1964, Coppolino 1965 a Scott 1974).

Sami jsme se o účinnosti hypnotické anestézie také osobně přesvědčili, alespoň u malého chirurgického zákroku, operace panaricia. Hluboce hypnabilní pacientku jsme přivedli k ošetření v aktivním hypnotickém stavu. Během zákroku se podle sugero- vaných pokynů nehýbala ani neprojevovala známky bolesti nebo znepokojení a po závě- rečném ukončení hypnózy (ovázanou ruku jsme jí schovali za zády) předpokládala, že zákrok se teprve bude provádět.

2. *Technika hypnózy pro chirurgickou operaci*

V předběžné přípravě je potřebné především nacvičení rychlého a spolehlivého pohružování pacienta do hluboké hypnózy a přezkoušení účinnosti anestetizujících sugescí. Techniky navozování anestézie

* Chertok u těchto případů též zkoumal, zda se nevnímané bolestivé podněty přece jen nějak - alespoň na nevědomé úrovni - registrují. Touto problematikou se v souvislosti s Hilgardovou koncepcí „skrytého pozorovatele“ podrobně zabýváme v práci o experimentální hypnóze (Kratochvíl 1986).

** Hilgardovu přehlednou tabulku s odkazy na literaturu přetiskl Chertok (české vydání 1986), citace starších prací, zejména evropských, uvádí Horvai (1959).

jsme popsali v obecné části (str. 97). S oblibou se využívá „rukavicové anestézie“, kdy se sugeruje nejprve snižování citlivosti v ruce, jako by ruka byla v tlusté rukavici. Citlivost se zkouší doteky a pícháním jehlou, až vymizí úplně a pacient na bolestivé podněty nereaguje a též slovy nebo určeným signálem potvrzuje, že nic necítí. Pak si příložením znečitlivělé ruky na oblast, ve které se má operovat, přenáší necitlivost do této oblasti. Je možno ovšem také sugerovat necitlivost v příslušné oblasti přímo, bez zprostředkování „rukavicovou anestézií“.

Kroger (1977) doporučuje, aby se s pacientem v rámci předoperační hypnotické přípravy v základních rysech v hypnóze *přebral předpokládaný průběh operace*, nejlépe přímo na operačním sále. Tak např. v rámci přípravy na laparotomii sugeruje hypnoterapeut, že chirurg nyní potírá kůži, provádí naříznutí kůže, proniká hlouběji, podvazuje artérie, provádí naříznutí peritonea atd. až po ukončení operace šitím. Tam kde lze očekávat zvýšeně bolestivé podněty, jako je incize kůže, incize peritonea a tah za vnitřnosti, zintenzivňuje terapeut sugesci uvolnění, klidného dechu, naprosté bezbolestnosti a duševní i tělesné pohody. Kroger předpokládá, že při skutečné operaci pak již prostředí ani průběh operace nebudou hypnotizovaného pacienta zneklidňovat.

Při samotné operaci se ovšem hypnotizovaný pacient zpravidla neupozorňuje na to, co chirurg dělá, nýbrž se spíše přenáší v prožitcích někam jinam, na příjemné místo, do příjemné společnosti, do provozování oblíbené činnosti nebo sledování zajímavého filmu či televizního pořadu. Hypnoterapeut opakovaně sugeruje *uvolněnost, necitlivost, bezbolestnost, klidný dech a příjemnou pohodu* a stálé ponořování „hlouběji a hlouběji do hypnózy“. Při výrazněji bolestivých podnětech nebo náznačích reakcí pacienta na bolest tyto sugesci zintenzivňuje, opakuje v různých obměňovaných formulacích i ve zvolené základní formulce (např. „necítíte vůbec nic“), případně i zrychleným, dramatičtějším a zesíleným kategorickým hlasem, z něž zase plynule přechází do hlasu s uvolněnou, klidnou a uspávací intonací. Současně může plasticky líčit *zážitky z přírody nebo z pacientova oblíbeného místa či zájmové činnosti*, o nichž má být předem dobře informován (rybaření, surfing, přihlížení fotbalovému zápasu, sledování divadelního představení), a prohlubovat halucinatorní kvalitu těchto zážitků. Musí si být ovšem jist a také sugestivně zdůraznit, že pacient při tom zůstane relaxován v pasívní, spánkové hypnóze a halucinované zážitky bude prožívat jen vnitřně, nebude se do nich zapojovat hlasitou řečí ani skutečnými vnějšími pohyby, jak to někdy vyžadujeme při hypnotických demonstracích a experimentech.

Mnohé hluboce hypnabilní osoby si v hypnóze halucinují na zadané téma už tiše samy a nepotřebují, aby je při tom hypnotizér líčením po-

drobností dále vedl. Stačí jim jen říci, kam se mají ve svých zážitcích odebrat. Pokud by je však intenzivní bolestivé podněty začaly od příjemných zážitků odpoutávat, je pak výhodnější přebrat vedení těchto zážitků, plasticky je líčit a sugescemi je posilovat a tyto sugesce prokládat sugescemi bezbolestnosti, necitlivosti, pohody, klidného dechu, svalového uvolnění a pokračování v hlubokém hypnotickém spánku.

Kroger (1977) využívá při náznacích reagování na bolest zaměřování pacienta na klidný dech: „Všechny svaly vašeho těla jsou uvolněny a s každým dalším vdechem a výdechem se ponořujete hlouběji a hlouběji. Pokračujete výborně. Uvolněte ještě svaly hrudníku a břicha. Dýcháte pomalu, hlouběji a zcela pravidelně. Tak je to správné. Vdech a výdech, vdech a výdech. Více a více se uvolňujete. Necítíte nic, nanejvýš jen malý tlak. Čím více jste uvolněni, tím méně vás může cokoliv rušit.“

Někteří autoři se také snaží ovlivnit *krvácení*. Kroger (1977) doporučuje sugesce ztuhnutí a ochlazení příslušné oblasti: „Tato oblast bude nyní zcela tuhá, chladná a otupělá. Představte si, že jsou na ní kostky ledu. Tím se tato oblast stává stále otupělejší a chladnější. Necitlivá a chladná. Velmi chladná.“

Při ukončování hypnózy se sugeruje, že *pooperační období* bude příjemné a klidné, bez potíží a bez bolesti, pacient bude dobře spát a s chutí sníst to, co mu bude podáno (případně že nebude mít hlad ani potřebu jítla po dobu, kdy jíst nesmí).

3. Možnosti a meze hypnotické anestézie

Průkazy účinnosti tedy byly podány, ale hypnotická anestézie nemůže získat významnější pozici v anesteziologii mimo jiné proto, že její spolehlivá realizace je omezena na hluboce hypnabilní osoby. Horvai (1959) se sice domnívá, že k vyvolání anestézie není třeba hluboké hypnózy, opírá se však hlavně o zkušenosti s přezkoušováním analgiez pouhými vpichy injekční jehlou při jednoduchých demonstračních pokusech. Většina současných autorů se shoduje v tom, že operace v hypnóze jsou možné jen u osob ponořených do hluboké somnambulní hypnózy. Obvyklým požadavkem je, aby navozování a prohlubování hypnózy i vyvolání anestézie bylo předem natrénováno a přezkoušeno opakovanými hypnotizacemi. Kroger uvedl, že velkou chirurgickou operaci bez jakékoliv podpůrné farmakologické anestézie by bylo možno provést u asi 10 % pacientů, Marmar (1963) je však značně skeptičtější: „Jen málokdo z nás zaručí, že vyvolá chirurgicky použitelnou anestézii u jednoho ze sta netříděných pacientů.“ Problém je nejen v analgezii, ale i v relaxaci. Hypnotická relaxace je podstatně menší než hluboká svalová relaxace vyvolaná myorelaxancii a nemusí dostatečně vyvolat požadavkům chirurga, zejména při delší operaci v břišní dutině.

Ještě několik dalších skutečností může komplikovat spoolehnutí se na samotnou hypnózu při operaci.

1. Hloubka hypnózy může u některých pacientů v průběhu navození hypnotického stavu kolísat. Za těchto okolností je nutné ji novými sugescemi prohlubovat a stále s pacientem udržovat hypnotický rapport.

2. Kontrolované experimenty s bolestivými podněty v laboratorních podmínkách nasvědčovaly tomu, že hypnotická sugesce může u vybraných osob úplně odstranit subjektivní vnímání bolesti, avšak fyziologické reakce organismu (např. puls a krevní tlak) přitom odpovídají působícímu podnětu (Hilgard a Hilgardová 1975). Některé kazuistické zprávy z klinické oblasti sice uvádějí, že při hypnotické anestézii došlo k souběžnému ovlivnění subjektivních pocitů i fyziologických reakcí (Chertok 1986), včetně krevního tlaku, pulzu a dokonce i krvácení, nelze se však na to příliš spoléhat.

3. Někdy jsou při bolestivém výkonu patrný na pacientovi reflexní projevy bolesti i v motorice. Pacient např. sténá a pokouší se o obranné pohyby. I když se pak po ukončení hypnózy na nic nepamatuje, může to při některých operacích působit rušivě.

4. Ani hluboce hypnabilní osoby, dobře nacvičené na hypnotickou analgezii, nemusí reagovat vždy stejně a automaticky. Účinek hypnotického ovlivnění může být pozměněn různými psychogenními faktory a psychodynamickými procesy, které vstupují do hry. Hypnoterapeut tedy musí být připraven na různé reakce, se kterými původně nepočítal. Vhodnou ukázkou takových komplikací je případ podrobně popsaný anglickým anesteziologem a hypnoterapeutem D. L. Scottem (1974), v němž jsou zároveň uvedeny další použitelné techniky pro navozování analgezie.

Pacientka, 54letá žena v domácnosti, byla velmi otlá a po přísné dietě snížila svou hmotnost ze 124 na 83 kg. Po tomto zhubnutí jí však zůstaly na pažích nepěkné záhyby kůže se zbytky tuku, kterých se chtěla zbavit plastickou operací. Během čekací doby však měla srdeční záchvat, pro nějž byla dva měsíce hospitalizována na koronární jednotce. Pro ischemické změny na EKG se považovalo užití celkové anestézie za kontraindikané.

Autor se pokusil pacientku nacvičit na hypnotickou analgezii s využitím *sugesce ponoření ruky do ledové vody*: „Působením chladu vnímání v ruce a celé paži otupuje a ruka i paže se stává zcela necitlivou.“ Autor si zajišťuje při této metodě zpětnou vazbu od pacienta tím, že ho žádá, aby ruku z představované či halucinované nádoby s ledovou vodou vyňal, jakmile dosáhne úplné necitlivosti. Pacientův pohyb naznačující „vytažení“ ho informuje, kdy může s opakováním sugescí necitlivosti přestat.

Ve druhém sezení byla využita tzv. *disociační technika* navozování analgezie se sugerováním, že „celá paže odletěla pryč, je někde jinde, není zde, a proto nemůže nic cítit“. Disociační techniku autor v dalších sezeních opakoval a provedl i *cvičné fantazijní přehrávání průběhu operace na sále*.

Skutečná operace na pravé paži, kterou provedl plastický chirurg, trvala více než hodinu a proběhla pro pacientku zcela bezbolestně bez jakékoliv medikace.

Operace na levé paži se plánovala za dva týdny. Pacientka vyjadřovala v rozhovoru určité pochybnosti o levé paži, autor je však po úspěšném průběhu předchozí operace nebral v úvahu. Během přípravy k operaci se však ukázalo, že pacientka navzdory sugescím cítí bolest. Autor se snažil zjistit příčinu a pacientka v hypnóze sdělila: „Je to levá paže. Bojím se, že dostanu během operace zase srdeční záchvat. Tehdy jsem také měla bolest v levé paži.“

Operace se musela odložit. V následující exploraci se ukázalo, že pacientka měla nesprávnou a dosud nikým nekorigovanou představu, že bolest v levé paži „byla příčinou“ její srdeční příhody. Dále se ukázalo, že v době mezi oběma operacemi měla pacientka nějaké rodinné starosti a také konflikty na oddělení se spolupacientkami i s personálem. Chirurg se pak s pacientkou dohodl, že druhou operaci již provádět nebude.

S ohledem na uvedené skutečnosti je třeba při složitějším chirurgickém zákroku vždy počítat s možností výskytu situace, při níž by se mohlo stát nutným selhávající hypnotickou anestézií nahradit nebo aspoň částečně doplnit anestézií farmakologickou anebo od operace včas upustit.

Uvedené problémy a meze hypnotické anestézie v chirurgii by se ovšem neměly stát důvodem k ignorování jejich nesporných možností. Množství dobře dokumentovaných úspěšných případů ukazuje, že někdy – při koincidenci značné hypnability pacienta, dosažitelnosti zkušeného hypnoterapeuta, nálehavosti operace a kontraindikaci chemické anestézie – se může stát pokus o využití hypnotické anestézie rozhodujícím faktorem ke zvládnutí mimořádné situace. Proto má i získávání zkušeností v této oblasti nadále svůj význam.

Četní autoři též zdůrazňují, že pokud neusilujeme o dokazování, že hypnóza při provádění operace stačí k analgezii a relaxaci sama o sobě, ale spokojíme se s jejím využitím k částečnému snížení potřebné dávky farmakologických prostředků, jsou její možnosti daleko širší. I z experimentálních prací je známo, že částečnou analgezií lze vyvolat u daleko většího počtu hypnotizovaných osob než úplnou anestézií. Kombinace hypnózy s narkózou nebo lokální anestézií pak může být pokusem o řešení tam, kde jsou vyšší dávky farmak nevhodné nebo riskantní. Hypnóza při tom ovlivňuje nejen *místní vnímání bolesti*, ale také *strach a pocit utrpení*, což jsou rovněž důležité složky celkového reagování na bolestivé zákroky.

4. Hypnóza v předoperačním a pooperačním období

V rámci předoperační přípravy může být hypnóza užitečná k navození celkového uklidnění. To může být zvlášť významné u pacientů s panickým strachem z operace, u pacientů úzkostných, pacientů se sklonem k hysterickým reakcím anebo s psychotraumatickými zážitky vázanými na zdravotnické prostředí (úmrtí blízkých osob při podobné operaci apod.). K uklidnění, podpoření kooperativních postojů a navození strýzlivého očekávání není zapotřebí hluboké hypnózy, stačí i hypnóza lehká. Proto je okruh pacientů, u nichž lze takto hypnózy využít, značně širší než u hypnotické anestézie. Hypnoterapeut po empatickém vyslechnutí pacienta s umožněním ventilace jeho obav a po korigování případných nesprávných názorů navodí uspávací technikou stav hypnózy nebo aspoň prohloubené relaxace a zadává sugesce klidného očekávání operace: dobré pohody a klidného spánku před operací, vyrovnaného postoje k operaci, vymizení všech zbytečných strachů a napětí, důvěry v lékaře a v příznivý průběh operace i následující rekonvalescence.

Popisuje se také využívání asi dvacetiminutové „hypnotické“ přípravy na operaci z magnetofonového záznamu, který si pacient vyslechne jednou (Field 1974) nebo pětikrát (Hart 1980). Nahrávka obsahuje sugesce relaxace, spánku, zavření očí, důvěry v úspěch chirurgické operace a rychlého uzdravení po operaci. Výsledky tohoto mechanického, neosobního přístupu jsou však málo významné.

V pooperačním období se může využít hypnotických sugescí k několika účelům:

a) ke zmenšení bolestí vyskytujících se po operaci, snížení spotřeby analgetik a odstranění nauzey a zvracení

Kolouch (1964) použil hypnózy ke zmenšení bolesti u 200 operovaných pacientů. U 36 nebyla po operaci vůbec potřebná analgetika a u dalších 65 nebylo třeba víc než tři injekčních dávek opiátů. Werbel (1963) srovnával dvě skupiny pacientů po hemoroidektomii: 11 pacientů, u nichž využil v pooperačním období hypnózu, a 11 bez hypnoterapie. Uvedl značné snížení pooperační bolesti u hypnotizované skupiny. V druhé studii to ověřil u další skupiny 14 pacientů, u nichž v 11 případech dosáhl plného odstranění pooperační bolesti.

b) k ovlivnění dumping-syndromu po gastrektomii

Dorcus a Goodwin (1955) dosáhli pomocí hypnózy remise u čtyř případů dumping-syndromu po gastrektomii. Bonello aj. (1960) uvádějí hypnotické zvládnutí dumping-syndromu u více než poloviny ze 36 případů.

c) k odstranění retence moči po operacích

Dornebeck aj. (1961) uvedli hypnotické zvládnutí pooperační retence moči u 80 % z 21 případů bez katetrizace, Chiasson (1965) referoval o sedmi případech.

d) k udržení potřebné nepohodlné polohy

Hypnózy se využilo k usnadnění setrvání v nepohodlné tělesné poloze, potřebné v plastické chirurgii k přiložení kožního štěpu např. z ruky k noze (Wiggins a Brown 1968).

K dalším možnostem využití patří *ovlivnění příjmu tekutin a potravy*, případně polknutí a udržení nazogastrické sondy. Pomocí hypnózy, převedené později na samostatná cvičení autogenního tréninku, mohou pacienti, u nichž vyžaduje proces hojení dlouhodobý klid na lůžku, *zvládat narůstající netrpělivost a podrážděnost*.

U pacientů, u nichž způsobila operace např. ztrátu končetiny nebo jiného důležitého orgánu, vedla k poškození vzhledu, vyžadovala provedení kolostomie aj. a ve svých důsledcích povede ke snížení pracovního a společenského uplatnění pacienta, mohou sugesce i v lehké hypnóze napomoci uklidňování, *dodávání naděje a odvahy*, překonávání depresivních až suicidálních tendencí a podporování motivace k rehabilitaci a k adaptivnímu kompenzování defektů.

5. Úrazy a krvácení

Zvláštní význam by mohlo využívání hypnózy nabýt v traumatologii, tam kde je potřebný rychlý chirurgický zásah a zároveň je kontraindikace k narkóze proto, že pacient nedávno jedl. Ewin (1984) cituje práce dvou britských autorů, kteří se pokusili včlenit hypnózu do rutinní činnosti. Jameson (1963) referoval o 40 úrazech, které vyžadovaly naléhavou chirurgickou pomoc a u nichž pro nedávné jídlo bylo riskantní provádět celkovou anestézii. U 38 z nich se mu užití hypnózy osvědčilo. Reponoval takto mimo jiné 19 fraktur a 9 dislokací v ramenním kloubu. Goldie (1956) reponoval analogicky s využitím hypnózy 26 z 28 fraktur s dislokací.

Někteří autoři, kteří využili hypnózy k anestézii při operacích, uvedli pozorování, že rány také méně krvácejí. Podobné ojedinělé pozorování uvedl i Horvai (1959). Zmiňovali jsme se již o Krogerových (1977) sugescích, které mají podle autora omezit krvácení vyvoláním vazokonstrikce: „Tato oblast bude ztuhlá, studená a otupělá. Představte si, že jsou na ní kostky ledu . . .“ Clawson a Swade (1975) popisují dva případy přímého hypnosuggestivního zastavení profúzního krvácení. V prvním případě šlo o krvácení po úraze u 16letého studenta, který si probdl hřebíkem dlaň. Clawson po provedené hypnotizaci sugeroval: „Tvoje podvědomí má schopnost zastavit bolest a ovládnout krvácení. Nyní chci, abys zastavil bolest a zastavil krvácení. Zvedni levý ukazová-

ček, až bolest zmizí.“ V druhém případě zastavil Clawson podobnou sugescí silné krvácení, k němuž došlo v průběhu operace prováděné v hypnotické anestézii na humeru.

Le Baron a Zelterová (1984) podávají přehled praxí zmiňujících se o možnostech využití hypnotické sugesce ke zmírnění nebo zastavení krvácení u *hemofilie*. I když podnětných prací je již více, zejména ze stomatology (např. Lucas 1965, 1975, Fredericksová 1967), patří tato oblast zatím k vysoce sporným. Potvrzení možnosti selektivního regulování přítoku krve do určených oblastí a orgánů by nabízelo i jisté možnosti při ovlivňování některých zhoubných nádorů (Clawson a Swade 1975).

6. Popálení

U těžce popálených pacientů se vyskytuje několik faktorů značně komplikujících léčbu. Je to zejména stálá bolest, ztráta chuti k jídlu, potřeba opakovaných bolestivých zásahů při převazech, jako je odstraňování nekrotické tkáně a transplantace kožních štěpů, nebezpečí vzniku kontraktur vyplývající z neschopnosti pohybů pro bolest a sklon ke vzniku psychické regrese a negativismu, který zpomaluje rehabilitaci. Proto je zde hodně příležitostí k adjuvantnímu využití hypnózy a také moderní literatura obsahuje v této oblasti hodně podnětů.

Negativní emoce vznikají jak v souvislosti se strachem z bolesti při dalších převazech a transplantacích, tak také v souvislosti s *pocitými nenapravitelnými životními ztrátami* z poškození vzhledu, s *pocitými zlostmi na viníka* nehody nebo *pocitými viny* při způsobení nehody vlastní neopatrností. Vyvolávají i chronické negativní emoční naladění vůči sobě i okolí. Přispívají k nechutenství se snížením příjmu potravy, který je zde zvláště důležitý k udržení vyrovnaného metabolismu. Pacienti se často stávají mrzutými, podrážděnými, tvrdohlavými a nekooperativními. Hypnóza může napomoci zajištění pocitu bezpečí a zvýšení motivace k životu. Četné klinické kazuistiky uvádějí, jak se nevrly, rezignující a nespokojení pacienti dostali pomocí hypnoterapie rychle na vzestupnou linii.

Crasilneck a Hall (1975) uvádějí případ 24letého pacienta s popálením 45 % povrchu těla, který nespolupracoval, odmítal jídlo a potřebná cvičení a jeho stav se v době po jednom a půl roce po přijetí značně zhoršoval. Po zahájení hypnoterapie začal pacient jíst, spolupracovat a cvičit a jeho stav se rychle zlepšil. K *ovlivnění příjmu potravy* použili autoři těchto sugescí:

Protože vaše psychika má velkou moc nad vaším tělem, zvýší se váš příjem potravy. Pořádné jídlo vám bude pomáhat v uzdravení. Je podstatnou součástí zlepšování vašeho stavu. Sníte veškeré jídlo, které vám bude podáno. Jídlo vám bude chutnat. Budete jíst s chutí. Zároveň si uvědomíte, že s každým snědeným soustem napomáháte svému uzdravení a zlepšování tělesného a duševního stavu. Budete mít hlad a chuť k jídlu, takže budete nejen jíst pravidelná jídla, ale řeknete si obvykle i o něco navíc. *Budete mít*

hlad a vaše chuť k jídlu vzroste, protože bohatá strava je pro zlepšení vašeho zdravotního stavu naprostou nutností. Budete jíst každé jídlo s potěšením.

Podobně sugerovali u jiného pacienta, že bude provádět *předepsaná svalová cvičení* se svaly ohroženými kontrakturami, a to každou hodinu po dobu 15 minut. Pacient po prvních sezeních dokonce cvičil rukou i v nočním spánku, což autoři v následujících hypnózách korigovali. Hypnóza rovněž snížila bolesti při převazech a kožních transplantacích.

Dahinterová (1967) z Prahy popsala využití hypnózy u osmi popálených pacientů. U tří neměla úspěch, ale u tří somnambulních pacientů měla naopak velmi dobré výsledky s vyvoláním anestézie při převazech a chirurgických revizích. Dva z úspěšných případů, ošetřovaných ve spolupráci s psychiatrem-hypnoterapeutem, zde uvedeme.

Muž, 30letý, měl po výbuchu benzínových par popáleniny 25 % povrchu těla druhého a třetího stupně. S hypnoterapií se započalo šest týdnů po nehodě, když se u pacienta rozvinula reaktivní deprese, potencionovaná panickým strachem z převazů. Po třech sezeních, kdy se podařilo navodit lehkou až střední hypnózu, se pacient začal cítit celkově lépe a začal věřit ve své uzdravení. Jeho strach z ošetřování popálenin ustoupil a vymizela nespavost. Později bylo ošetřování provedeno několikrát v hypnóze. Po skončení si pacient na nic nepamatoval, nebyl si vědom žádné bolesti. Během tří měsíců se uzdravil.

Žena, 45letá, epileptička, upadla při velkém záchvatu na kamna a způsobila si popáleniny třetího stupně na obou rukou a pravé polovině obličeje. Byla značně hypnabilní a během druhé hypnózy bylo provedeno odstranění nekrotické tkáně v obličeji a autotransplantace kůže na horním víčku. V průběhu přenášení kožního štěpu ze stehna se však pacientka z hypnózy probudla a začala reagovat na bolest. V dalších sezeních se již podařilo dosáhnout takové hloubky hypnózy, že bylo možno provést autotransplantaci kůže na povrch obličeje a rukou bezbolestně. Pacientka během operace klidně „spala“ a po probuzení se na nic nepamatovala. Během šesti týdnů došlo ke zhojení popálenin.

Scott (1974) uvádí případ 16letého chlapce s popáleninami od hořícího benzínu, postihujícími 75 % povrchu těla. Hypnóza umožňovala zajistit příjem tekutin a nebolestivé ošetřování. Na základě posthypnotických sugescí se pacient na signál daný sestrou mohl ponořit do hluboké hypnózy a měl plnou analgezii. Přežil pět týdnů a hypnóza mu podstatně ulehčila zbytek života.

Ewin (1978) popsal případ dělníka, který po uklouznutí ponořil nohu téměř po koleno do roztaveného hliníku o teplotě 950° Celsia. Jako první pomoc byly přiloženy pytlíky s ledem. Po převezení na pohotovost byly vnější vrstvy pokožky do hněda spálené a olupovaly se, vnitřní vrstvy byly bledé, bez zásobení krví. Zatímco se spáleniny lokálně ošetřovaly vazelínovým tlakovým obvazem, autor pacienta hypnotizoval a sugeroval mu, že „noha je studená a cítí se příjemně – a tak to zůstane ve dne i v noci, dokud se popálenina nezhojí“. Antibiotika se nepodávala. Pacient mohl být za 19 dní propuštěn. Kůže se zhojila bez ji-

zev. Ewin se domnívá, že pokud včas dojde k ovlivnění krevního oběhu hypnózou – v tomto případě to bylo do půl hodiny –, může hypnotická sugesce chladu a příjemného pocitu zabránit zánětlivé reakci a zmenšit tak následné poškození tkáně.

Moore a Kaplan (1983) naopak urychlovali hojení u pěti pacientů s popáleninami druhého stupně sugerováním zvýšeného přílivu krve, avšak teprve od druhého dne po popálení, takže podle nich si oba postupy nemusí protičeřit. Domníváme se však, že Ewinovy sugesce jsou fyziologicky zdůvodněnější.

Ewin (1986), který je docentem chirurgie a psychiatrie v New Orleansu, doporučuje při přijetí pacienta na specializované oddělení pro popáleniny sugerovat pacientovi, že se přenáší v představách a prožitcích na nějaké své *oblíbené místo*, kde příjemně odpočívá, aniž by se staral, co s ním ošetřující personál provádí, a zároveň cítí v postižené oblasti *chlad a pohodlí* (resp. příjemný pocit). Pak sugeruje, že posthypnoticky budou pocity chladu a pohodlí v postižené oblasti přetrvávat po celou dobu pobytu v nemocnici. U spálenin do 20 % povrchu stačí podle mínění autora jedna hypnóza, u popálenin většího rozsahu je třeba hypnózu opakovat ke zvládnutí bolesti, anorexie a nedostatečné spolupráce. Včasná hypnóza, do dvou hodin po popálení, má podle Ewina (1984) vliv na intenzitu a rozsah zánětlivé reakce, což vychází z poznatků ověřovaných i v pokusech na zvířatech, že hlubší vrstvy kůže nebyvají v některých případech poškozeny samotným tepelným *podnětem*, ale až zánětlivou edematózní *reakcí* organismu, k níž dochází během několika hodin po popálení. Tuto reakci by u popálenin menšího rozsahu (do 20 % tělesného povrchu) bylo možno u vnímavých osob hypnotickou sugescí zmírnit. Pacient, který ještě před nastoupením uvedené reakce přijal sugesci, že popálená oblast je „chladná a v pohodě“ (tj. bez bolesti), může mít menší stupeň poškození a snáze se léčí.

Margolisová aj. (1984) zjistili při využití uvedeného postupu, že vylučování moči bylo druhý den po popálení u šesti pacientů podrobených hypnóze významně vyšší než u srovnatelné skupiny pacientů bez této léčby. To by bylo možno s jistotou opatrně interpretovat jako důsledek menší zánětlivé reakce, tj. menšího pronikání plazmy z cév do popálené tkáně, a tím i menší potřeby zadržování tekutin v těle. Tyto pokusy mají zatím charakter pouhé předběžné studie, ale podněcují k dalšímu kontrolovanému výzkumu.

Pro předpoklad účinnosti hypnotické sugesce na popáleniny svědčí i úspěšné – byť výjimečně – pokusy o ovlivnění opačným směrem, tj. o vyvolání projevů popálení na kůži včetně puchýřů samotnou hypnotickou sugescí u zvláště vnímavých osob, jak to shrnuje a vlastními pokusy dokumentuje Chertok (1986).

Schafer (1975), psychiatr z kalifornské univerzity, využil hypnózy jako konzultant na specializovaném oddělení pro popáleniny u 20 pacientů, všech, kteří byli ve sledovaném období na oddělení postupně

přijímání. U 14 z nich dosáhl úspěchu při zvládnání bolesti, zejména při převazech. Polovina z nich byla schopna se pohroužit do hluboké somnambulní hypnózy, druhá polovina měla z hypnoterapie určitý zisk, i když jejich hypnóza byla méně hluboká. U šesti pacientů k ovlivnění nedošlo. Schafer posuzoval hloubku hypnózy desetibodovou škálou Orna-O'Connella. Další pětibodovou škálou posuzoval užitečnost hypnózy při ošetřování popáleného pacienta, tj. její vliv na zmírnění bolesti. Výsledky u jednotlivých pacientů ukazuje tabulka č. 1, v níž jsme jeho případy seřadili podle dosažené hloubky hypnózy.

Ve skupině pacientů schopných pohroužení do hluboké hypnózy dosáhl Schafer největší úlevy v bolestech. Tyto pacienty bylo také možno většinou naučit autohypnóze, kterou si pak při převazech vyvolávali včetně analgezie sami. Na několika podrobněji popsaných případech autor dokládá, že ne vždy bylo navození hluboké hypnózy a zvládnutí všech problémů s pacientem záležitostí jednoduchou a jednorázovou. Bylo třeba vzít v úvahu i osobnostní rysy pacienta a vzniklé vztahy pacienta k personálu a spolupacientům. Tři z uvedených pacientů byly děti. Pacientka č. 1 byla sedmiletá dívka, která dokázala v hypnóze halucinovat své oblíbené televizní seriály, ale při bolestivých převazech se z hypnózy vždy probírala. Část středně hypnabilních pacientů dokázala snášet převazy s odstraňováním nekrotické tkáně s minimem bolesti, ale pouze během trvání heterohypnoticky navozeného stavu. Posthypnoticky nebo autohypnoticky analgezie

Tab. 1. Účinnost hypnózy u 20 pacientů s popáleninami (Schafer 1975)

| Pac. | Hloubka hypnózy | Ovlivnění bolesti |
|------|-----------------|-------------------|
| 1 | 5 | 0 |
| 2 | 5 | ++++ A |
| 3 | 5 | ++++ A |
| 4 | 5 | ++++ A |
| 5 | 4+ až 5 | ++++ A |
| 6 | 4- až 5 | ++++ A |
| 7 | 4 | +++ A? |
| 8 | 4 | ++++ |
| 9 | 4- | ++++ |
| 10 | 4- | ++++ |
| 11 | 4- | ++++ |
| 12 | 3+ | +++ |
| 13 | 3 | +++ |
| 14 | 3- | +++ |
| 15 | 3- | ++ |
| 16 | 2- | ++ |
| 17 | 2- | 0 |
| 18 | 2- | 0 |
| 19 | 2 | 0 |
| 20 | 1 | 0 |

A označuje nacvičenou schopnost využití autohypnózy k ovlivnění bolesti.

neúčinkovala. V některých případech však bylo možno navozovat další hypnózy hlasem hypnotizéra z magnetofonového pásku bez jeho osobní přítomnosti. Celkový pohled na tabulku č. 1 ukazuje, že ve dvou třetinách případů bylo využití hypnózy na oddělení pro popáleniny užitečné.

Wakeman a Kaplan (1979), psycholog a chirurg ze specializovaného oddělení pro popáleniny v texaské vojenské nemocnici, srovnali u 22 pacientů ovlivňovaných hypnózou a 20 pacientů bez hypnózy spotřebu léků proti bolesti. V tomto projektu pacienti mohli v rámci přípustných dávek žádat těchto léků libovolné množství. Spotřeba u pacientů ovlivňovaných hypnózou byla významně menší. V hypnoterapeutické skupině učili autoři pacienty *přenášet se pomocí hypnózy na jejich oblíbená místa* a do jejich oblíbených činností a zábav, a tím se odpoutat od věnování pozornosti nepříjemným pocitům i zámkům. Kromě tohoto využití hypnózy ke snižování bolesti a snášení nepříjemností spojených s léčbou věnovali autoři v závěru léčení také pozornost adaptaci pacientů na jejich další život s trvalými následky popálení po návratu domů i jejich sebeakceptaci při postiženém vzhledu.

A jak ubíhají dny . . . zjistíte, že vaše pozornost . . . se méně a méně zaměřuje na vaše postižení . . . na změny ve vašem vzhledu . . . a více se zaměřuje na vaše pozitivní hodnoty . . . na vaše silné stránky . . . na vaše vnitřní zdroje, jako je hrdost na vaše sebeovládání, inteligenci, vnitřní sílu . . . která vám nikdy nedovolí se vzdát. A i když se nyní můžete cítit jiný než dříve, stále máte a budete mít svou cenu jako člověk . . . a budete v sobě nacházet další přednosti, schopnosti a zájmy. Budete sám sebe přijímat jako stejnou osobu, jakou jste byl předtím, jen jako silnější, odhodlanější, s určitou odlišností od jiných, která vás nezabavuje vaši hodnoty. Tyto změny vám už nebudou dělat žádné starosti . . . Budete se zaměřovat na nové zážitky, které jsou před vámi. Budete se těšit domů, kde se s obnovenou energií dobře uplatníte ve vašem dalším životě.

7. Sluchové vnímání v průběhu narkózy

Obecné mínění, že během celkové chirurgické anestézie pacient nic nevnímá, napadl ve svých pracích kalifornský gynekolog a hypnoterapeut D. Cheek (1959, 1964, 1966). Vybavil v hypnóze vzpomínky pacientů na události a výroky, které se odehrály na chirurgickém sále během operace, kdy byl pacient v narkóze. Vědomě se pacient na tyto výroky a události nepamatoval, ale přitom mohly ovlivnit jeho víru nebo pochyby o uzdravení a vyvolávat přetrvávající napětí, strach nebo depresi. Podle Cheeka dochází k registraci významných výroků a událostí z narkózy na nevědomé úrovni a u hluboce hypnabilních osob je možno vzpomínky na ně pomocí hypnózy vybavit. Tyto poznatky mohou mít značný psychohygienický dopad. Vyplývají z nich požadavky na členy chirurgického týmu, aby v průběhu pacientovy narkózy hovořili tak, jako kdyby byl pacient bdělý a mohl jejich rozhovor vnímat, tj. aby

jejich výroky působily na pacientovo podvědomí terapeuticky a ne iatrogenně. Pesimistické poznámky by mohly mít u pacienta negativní psychický i somatický vliv, optimistické by mohly pomoci k uklidnění, k posílení naděje a k rychlejšímu hojení.

Z experimentálních studií, které svědčí ve prospěch možnosti takového ovlivnění a uchování skryté vzpomínky, je nejzajímavější studie Levinsonova. Levinson (1965) předstíral při celkové chirurgické anestézii u 10 pacientů „chirurgickou krizi“. Anesteziolog pronesl během operace k chirurgovi předem připravenou poznámku o tom, aby přestal operovat, že pacient bledne a nutně potřebuje kyslík. Teprve za chvíli po zavedení řízeného dýchání (několikerého zmáčknutí křísícího balónku) anesteziolog sdělil, že vše je opět v pořádku a může se pokračovat. O tři týdny později byli tito pacienti hypnotizováni a bylo zjišťováno, zda si něco z průběhu operace vybaví. Hypnotizér žádal od pacienta odpovědi nejprve zvedáním prstu, Cheekovou oblíbenou „ideomotorickou signalizací z podvědomí“. Teprve při kladných výsledcích se pokoušel podnítit hypnotizovaného pacienta i ke slovní výpovědi. Čtyři pacienti byli postupně schopni doslova reprodukovat anesteziologova kritická slova. Další čtyři začali být při tomto dotazování neklidní a probrali se z hypnózy. Poslední dva pacienti nejevili žádné známky zaregistrování události.

Při výkladu zjištění, že informace z narkózy se vybavují jen v hypnóze, zatímco v bdělém stavu je na ně amnézie, se připomínají poznatky, že vybavení některých informací je závislé na stavu vědomí, ve kterém se tyto informace vstíply. Hypnózu by bylo možno považovat za změněný stav vědomí, který se narkóze může do jisté míry podobat, a proto umožňuje vzpomínky z narkózy vyvolat.

Evans (1972) např. prokázal význam „specifického stavu“ pro vstípení a využití informací u spánku. Informace nebo jednoduché pokyny poskytnuté zkoumaným osobám v REM-stadiu spánku* byly vybavitelné nebo využitelné v příštím spánku, ale nikoliv v bdělém stavu, kdy na ně byla úplná amnézie.

Někteří autoři volili k prokazování vlivu chirurgových nebo anesteziologových slov v narkóze jiný postup. Pokoušeli se zlepšit pacientův pooperační stav výroky, že „rekonvalescence bude probíhat úspěšně a rychle, bez bolestí a nepříjemných pocitů“. Wolfe a Millett (1960) to provedli asi u 1 500 pacientů a pozorovali pozitivní ovlivnění asi u poloviny z nich, Hutching (1961) to provedl u 200 pacientů a uvedl zlepše-

* Stadium spánku, v němž se vyskytují rychlé oční pohyby a v němž dochází ke snům. Objevuje se periodicky asi 5× za noc.

ní pohody po operaci, snížení nauzey a zvracení a sníženou potřebu narkotik.

Mínění o sluchovém vnímání subjektu v hluboké narkóze jsou zatím rozporná. Autoři, kteří se spokojují s přesvědčivě působícími kazuistickými doklady (Cheek a LeCron 1968, Ewin 1984), považují tuto záležitost za definitivně prokázanou. Autoři, kteří vyžadují přísně kontrolované pokusy a podávají kritický přehled metodologie dosud publikovaných prací (Trustman, Dubovsky a Titley 1977), jsou podstatně skeptičtější. Podávají návrhy, jak by bylo možno v dalších experimentech zajistit potřebnou kontrolu, aby se sporná otázka vyřešila. I když otázku pacientova „podvědomého zapamatování“ výroků z období narkózy, které pro něj mohou být významné a pocházejí především od osob, na něž je vyladen (chirurga, anesteziologa), nebudeme ještě považovat za definitivně vyřešenou, vyplatí se raději *počítat s touto možností a na chirurgickém sále zachovávat i během narkózy (a rovněž při jiných stavech bezvědomí) psychologickou atmosféru, která je pro uzdravování a budoucí duševní rovnováhu pacienta příznivá.*

8. HYPNÓZA V PORODNICTVÍ A GYNEKOLOGII

I v těchto oborech má hypnóza značné možnosti a jsou s ní i nemalé zkušenosti. Uvedeme nejprve poznatky o využití hypnózy v souvislosti s porodem a pak o ovlivňování těhotenského zvracení, menstruačních poruch a psychogenní sterility. Na okraj se zmíníme o zprávách referujících o hypnosuggestivním povzbuzení růstu poprsí.

1. Hypnóza a porod

Vliv psychických faktorů na prožívání porodu je všeobecně znám. Využití hypnózy k odstraňování porodních bolestí má starou tradici. Četné autory z konce minulého a začátku našeho století citují Horvai (1959) a Chertok (1986). V třicátých až padesátých letech se staly namísto hypnózy populárními spíše metody snižování bolesti persuazivními informacemi a autosuggestivními, relaxačními a dechovými cvičeními, připravující rodičky psychologicky na porod při kolektivních sezeních v průběhu těhotenství. Závažným důvodem tohoto trendu byla snaha, aby se pomoci mohlo dostat všem rodičkám, nejen těm, které jsou vnímavé k hypnóze. V Anglii vypracoval takový systém přípravy G. D. Read (1933) pod názvem „přirozený porod“, v Sovětském svazu vypracovali komplexní přístup na základě učení I. P. Pavlova charkovští autoři Velvovskij, Platonov, Plotičer a Šugom (1954) pod názvem „psy-

choprophylaktická příprava k porodu“. Psychoprofylaktickou metodu dále rozvíjel zejména Velvovskij (1963, 1974) a v padesátých letech ji přenesli Lamaze a Vellay do Francie. Na Západě se pak rozšířila pod názvem „Lamazova metoda“ (Lamaze 1970). U nás se psychoprofylaktická příprava na četných gynekologicko-porodnických odděleních běžně používá. Protože popis těchto metod je dostupný např. v českém překladi informativní publikace L. Chertoka „Psychosomatické metody bezbolestného porodu“ (1966), omezíme se zde pouze na výklad využití hypnózy. Úvodem několik zkušeností z literatury.

August (1961) zhodnotil 1 000 po sobě následujících porodů, přičemž 850 prováděl s hypnotickou analgezií a 150 bez ní. Analgetika a farmakologická anestézie byly k dispozici všem rodičkám, které ji žádaly. Z 850 hypnotizovaných rodiček nevyžadovalo 58 % žádnou medikaci.

Gross a Posner (1963) srovnali 200 porodů, které vedl porodník před tím, než se seznámil s užitím hypnózy, a dalších 200 porodů, které vedl porodník poté, co začal využívat hypnózy rutinně ve své praxi. Při užití hypnózy nebylo u 62 % rodiček potřebné použít farmakologickou anestézií.

Rock, Shipley a Campbell (1969) vyzkoušeli u 22 žen možnost navozování první hypnózy v nepříznivých podmínkách na porodním sále, kde bylo obvykle současně několik rodiček. Navozování hypnózy vyžadovalo asi 20 minut a udržování hypnózy v průběhu porodu dalších asi 50 minut času hypnoterapeuta. Potřeba medikace byla u těchto žen statisticky významně nižší než u kontrolní skupiny 18 žen bez hypnotizace.

Crasilneck a Hall (1975) uvádějí podrobně výpověď hypnabilní lékařky, u níž byl na její přání proveden její třetí porod v hypnóze. Rodička byla při porodu aktivní a nepociťovala bolest. Také nastříhnutí hráze a její sešití mohlo být provedeno bez lokální anestézie.

Ve prospěch širšího využívání hypnózy k odstranění nebo zmírnění porodních bolestí argumentuje nověji floridský gynekolog Werner (1982), který údajně sám hypnotizoval asi 3 000 rodiček. Ojedinele se vyskytují zprávy o využití hypnózy k zastavení předčasného porodu (Logan 1963, Schwartz 1963) nebo k navození opožďujícího se porodu (Rice 1961).

Navození analgezie při porodu

Způsoby navozování analgezie a anestézie při porodu jsou prakticky stejné jako u chirurgických operací, jak jsme je popsali v předchozí kapitole. Je výhodné, když se může hypnóza u rodičky předem nacvičit během těhotenství, a zejména když pak lze navozování hypnózy provádět na základě posthypnotické sugesce již jen zkráceně, např. počítáním nebo dotekem ruky na rameni. To je ovšem možné jen u hluboce hypnabilních osob. Protože porod trvá delší dobu a jeho začátek se nedá přesně plánovat, je výhodné, když hypnózu ovládá a navozuje sám porodník, který je ve službě. Nutnost přivolat hypnoterapeuta s jinou

erudicí při započetí porodu v jeho mimopracovní době komplikuje situaci a snižuje možnosti uplatnění hypnózy. Za těchto okolností dávají někteří hypnoterapeuti přednost tomu, aby své pacientky naučili autohypnóze, kterou by si mohly na porodním sále navozovat uklidnění a snížení vnímání bolesti samy. V některých případech to může být účinné (zvláště když porodník je informován a rodičku k tomu povzbuzuje), v jiných však je plný účinek přece jen závislý na osobní přítomnosti hypnotizéra.

I když je hypnoterapeutem porodník, mohou rovněž vznikat problémy v tom, zda bude jím připravená pacientka rodit právě během jeho služby. Vše by bylo snadné, kdyby na příslušném oddělení ovládli techniku hypnózy všichni porodníci a kdyby byly s problematikou hypnózy zároveň podrobně seznámeny a kladně k ní vyladěny i porodní asistentky. Hypnózu by pak mohl u rodiček pro ni vnímavých a na ni nacvičených navodit a řídit ten porodník, který má právě službu.

Poukážeme ještě na některé speciální hypnotické techniky nebo formulace sugescí pro přípravu porodu a průběh porodu.

Při hypnotické přípravě na porod se nacvičuje relaxace a opakovaně se zadávají sugesce, že „porod proběhne bez bolesti nebo jen s nepatrným nepohodlím, přičemž zážitek jako celek bude radostný a uspokojivý“. Cheek a LeCron (1968) sugerovali v rámci přípravy na porod pacientkám v hypnóze podrobně *modelové prožívání jednotlivých porodních dob* se sugescí, že probíhají v pohodě a zcela bezbolestně. Sezení ukončovali posthypnotickou sugescí, že ve stejné pohodě a bez bolesti proběhne i očekávaný skutečný porod.

Využívá se také sugescí, které mají *nahradit pocity bolesti nějakým přijatelnějším pocitem*, např. pocitem mravenčení nebo pocitem tepla. Jinou možností je pokus vsugerovat *přesun pocitů z břicha do jiné oblasti*. August (1961) např. sugeroval, že pacientka „při každé kontrakci sevrě ruku a stiskne pěst“. Tím se pozornost přesune od bolestivých stahů dělohy k nebolestivým stahům pěstí: „Nebudete sledovat, co se děje v břiše, ale co se děje v ruce.“

Přímé sugesce k ovlivnění bolesti formulují např. Cheek a LeCron (1968) takto: „Pocity v horní polovině těla cítíte normálně, pocity od pasu dolů jsou otupělé.“ Hartland (1971) zadává ujišťující sugesce, že stahy nebudou bolestivé, ať budou jakkoliv silné. Běžná je sugesce, že rodička bude „vnímat stahy jako stahy a ne jako bolest“. Kroger (1977) učí pacientku před porodem *navozování rukavicové anestézie* („ruka je jako v tlusté rukavici a nic necítí“) a přenášení této anestézie dotekem necitlivé ruky na příslušném místě.

Oblíbený je také nácvik odpoutání se v představách od průběhu porodu a *zaujetí se příjemnými fantaziemi* (August 1961). S ohledem na delší trvání porodu je třeba rodičce nabídnout prožívání takových scén,

kteří mají delší průběh, např. cestování autem po krajině se zastávkami na zajímavých místech.

Podrobnější ukázkou jednoduchých sugescí zdůrazňujících ospalost a zároveň přiměřenou spolupráci při porodu uvádějí Stokvis a Langen (1965).

První věc, kterou se teď naučíte, je úplné uvolnění vašeho těla a vašich myšlenek. Ležte se zavřenýma očima a nechte probíhat váš dech pravidelně, pomalu a hluboko. Vaše svaly jsou zcela uvolněné . . . Vždy, když se takto položíte a soustředíte, pocítíte rychle stav únavy a uvolnění. Stačí se jen položit, zavřít oči, pravidelně dýchat a hned se objeví ospalost. Zvláště v průběhu porodu se ponoříte do stavu ospalosti, jakmile ucítíte kontrakci. Když začnou kontrakce, stahy dělohy, budete je v pravidelných intervalech vnímat jako stahy, ale nebudou vás nijak rušit.

Když budou stahy silnější a častější, zrychlíte při každém stahu dech, budete dýchat zrychleně a povrchně. Takovému dýchání u vás nastoupí automaticky při začátku každé kontrakce. Když porod pokročí dál, budete cítit, jak se dítě tlačí ven, a budete mít potřebu pomáhat při tlačení. V takovém případě to oznamte lékaři nebo porodní asistenci a počkejte s tlačením, až vám k tomu dají pokyn. Provádějte zrychlené dýchání. Silnější kontrakce a potřeba tlačit vám ukazují, že dítě už se brzy narodí. Když budete všechno dělat přesně podle pokynů, budete mít pocit radosti a ulehčení. Nebudete pocíťovat obavy nebo bolesti. Během celého porodu budete příjemně ospalá a uavená. Jedinou jasnou vzpomínkou na něj zůstane spatření vašeho dítěte. Jinak budete mít pocit, jako by čas ubíhal rychle, v příjemném spánku.

Bendová a Roztočil (v tisku) zařadili do běžné psychoprofylaktické přípravy u 25 těhotných žen 5–8 individuálních hypnotických sezení se spánkovou technikou hypnotizace bez testování hloubky hypnózy. V těchto sezeních se postupně zadávaly posthypnotické sugesce, zaměřené na zvýšení schopnosti uvolňování při kontrakcích a zvýšení práhu pocíťování bolesti. Hypnoterapeutka dala těhotné do ruky malý gumový balónek a zadávala obměňované posthypnotické sugesce tohoto druhu: „Kdykoliv zmáčknete balónek, bolest ustoupí, kontrakce přetrvá.“ „Při stisku ustoupí bolestivé pocity.“ „Stisknete-li balónek, bolest se vytratí.“ Technika stiskání vycházela z poznatků, že při bolesti je stisknutí něčeho častou přirozenou reakcí člověka. Rodičky, které prošly uvedenou přípravou, dostaly balónek k použití ihned po příchodu na porodní sál a mohly jej podle svého přání používat. V průběhu porodu porodník nebo psychologka v bdělém rozhovoru posilovali uvedené sugesce. Navozování hypnózy se během porodu již neprovádělo, účinek se opíral jen o posthypnotické sugesce.

Při srovnání této skupiny psychoprofylakticky a hypnoticky připravených 25 rodiček s kontrolní skupinou 25 rodiček, které nebyly zařazeny do psychoprofylaktické přípravy, se u připravených rodiček zjistilo statisticky významné zkrácení první doby porodní, nižší vnímání bolesti v první době porodní a celkově nižší spotřeba analgetik. Spolupráce při porodu byla významně lepší a také retrospektivní hodnocení porodu bylo významně příznivější. Práce ovšem neumožňuje posoudit, jakou měrou se na uvedených pozitivních výsledcích podílela klasická psychoprofylaktická příprava a jakou měrou hypnotizační postup s posthypnotickými sugescemi.

Účinek hypnózy na pocity pacientky při porodu samozřejmě závisí – stejně jako při jakémkoliv ovlivňování bolesti – na její hypnabilitě. Velmi hypnabilní pacientky, uvedené do hluboké hypnózy, mohou porodit zcela bez bolesti a podle charakteru zadávaných sugescí mohou buď prožívat během porodu něco úplně jiného a mít po jeho skončení na celý průběh úplnou amnézii, nebo mohou prožívat porod aktivně s plným soustředěním na svůj zajímavý, bezbolestný „pracovní výkon“ a jeho radostně očekávaný výsledek. Těch bude ovšem málo. Středně hypnabilní pacientky mohou mít z hypnózy užitek spočívající ve větším nebo menším snížení bolesti, v celkovém uklidnění a kladném naladění, snazším překonávání potíží a snížené potřebě medikace. U málo hypnabilních nebo nehypnabilních rodiček se uplatní z celého postupu jen kladný vliv řízené relaxace a dýchání a pozitivního kontaktu s terapeutem, případně částečného odpoutání pozornosti od bolestivých pocitů.

Fóbie z porodu

Popsali jsme podrobněji možnosti a meze využití hypnózy pro vedení bezbolestného porodu. Nepředpokládáme, že by se u nás vytvořily podmínky pro širší využívání hypnózy k těmto účelům, zejména pro časovou náročnost přípravných hypnotizací v graviditě, závislost účinku na vyšší hypnabilitě a nedostatek lékařů ovládajících techniku hypnózy. Většina žen překoná svůj strach z porodu a porodních bolestí bez větších problémů a po normálně proběhlém porodu zpravidla na nepřijemnosti s ním spojené rychle zapomene. Kolektivně organizovaná cvičení pro těhotné ve spojení s psychoprofylaktickými lekcemi o průběhu porodu a vhodném chování v jeho jednotlivých stádiích běžně postačují k určitému zvýšení prahu vnímání bolesti a k dosažení potřebné spolupráce rodičky. Dostupnou medikací se obvykle zvládnou výraznější potíže. Občas se však setkáváme na porodních odděleních s případy, kdy strach rodičky z porodu nabývá patologických forem. Prožitky i reakce mají panický ráz a mohou komplikovat průběh porodu.

Využití hypnózy k předporodnímu uklidnění fobické pacientky může za uvedených okolností představovat významnou pomoc, tím spíše, že k němu většinou postačí i lehká hypnóza, navoditelná u většiny rodiček. Uvedeme k tomu stručně ilustrativní příklad (Fabian 1985).

Neurotická 28letá prvoroďička byla přijata na porodní oddělení po spontánním odto-ku plodové vody bez kontrakcí. Byla depresivní, úzkostná, plačtivá a nekooperativní, odmítala vaginální vyšetření a projevovala fobický strach z porodu. Dožadovala se provedení porodu císařským řezem v narkóze, protože normální porod „nevdrží“. Preme-dikace diazepamem a chlorpromazinem nevedla k žádoucímu účinku. Z anamnézy vy-

plynulo, že pacientka se vždy bála tělesné bolesti, přičemž její strach dosahoval takového stupně, že nutné zubní ošetření před dvěma lety se muselo provést v celkové anestézii.

Navozování hypnózy jsme provedli dvakrát během odpoledne před porodem, kdy se již začaly objevovat děložní kontrakce. První hypnóza byla velmi lehká, navodila se pouze relaxace. Sugerované motorické jevy a pocity se objevovaly jen nepatrně a také strach se podstatně neovlivnil. Druhá hypnotizace o tři hodiny později vedla již k výraznějšímu ovlivnění. Sugerovali jsme pacientce, že bolesti při porodu budou bezvýznamné, že se dokáže uvolnit a bude dobře spolupracovat. Mimoto jsme sugerovali, že si bude schopna sama navodit zvednutím ukazováčku pravé ruky příjemné fantazijní zážitky. Tuto možnost si vyzkoušela během hypnózy. S ohledem na její zjištěné zájmy jsme jí navrhli a sugerovali vzpomínkové zážitky z cestování po hradech a zámcích v jižních Čechách. Pacientka neměla amnézii a prožívání sugerovaných zážitků bylo spíše kooperativně fantazijní než automatické a halucinatorní, což odpovídá jen lehké hypnóze. Také bylo dosaženo jen mírného ovlivnění při pokusu o sugerování analgezie do ruky a její přenesení do břicha. Pacientka se však po této hypnóze uklidnila a již s ní nebyly žádné problémy. V noci proběhl porod zdravého dítěte bez komplikací, rodička dobře spolupracovala. Před provedením epiziotomie připomněl porodník možnost autosugesce pomocí zvednutí ukazováčku. Rodička reagovala pozitivně. Nástřih byl proveden bez potíží a bez bolestivé reakce. Celkově proběhl porod lépe, než bývá u prvoroďček obvyklé. Její spolupráce byla hodnocena jako velmi dobrá. Sama zpětně uvedla, že „ani neví, jak porodila“.

2. Těhotenské zvracení

Podle závažnosti má těhotenské zvracení několik stupňů: vomitus matutinus, emesis gravidarum, hyperemesis gravidarum a hyperemesis maligna. Zvracení kauzálně souvisí s těhotenstvím, i když příčiny nejsou jasné. Souběžně s organickými příčinami se mohou uplatňovat i faktory psychogenní. Emesis může vést k hladovění a oslabení organismu, hyperemesis navíc k porušení rovnováhy minerálů v séru a objevení acetonu v moči, hyperemesis maligna již přímo ohrožuje život těhotné. Potlačení nadměrného, úporného zvracení je v závažných případech podmínkou pokračování těhotenství.

Hypnoterapie prováděná souběžně s medikamentózní léčbou a léčebným režimem může v některých případech pomoci nadměrné zvracení zvládnout, i když zkušenosti některých našich autorů nejsou u tohoto symptomu zrovna nejlepší.

Symptomatické sugesce s využitím návodu J. Hartlanda (1971) můžeme formulovat např. takto:

Dotkn se vašeho břicha a začnete cítit, jak se v něm rozlévá teplo. Jakmile je ucítíte, zvedněte ruku. Dobrá. Nyní ji dejte dolů. Současně s tímto pocitem tepla se váš žaludek zcela uklidňuje, dostává se do normálního stavu, do naprosté pohody. Všechny pocity nevolnosti zcela zmizí. Nezůstane ani nejmenší pocit nevolnosti. Vaše zažívání bude i v těhotenství fungovat docela normálně. Nebudete zvracet, zvracení je zbytečné. *Budete normálně jíst a normálně trávit.* Budete v naprosté pohodě a vaše těhotenství bude dobře pokračovat.

Langen (1972) doporučuje využívat více soustředění na dech. S přihlednutím k jeho pokynům můžeme sugesci formulovat např. takto: „Kdykoliv by se vám dělalo špatně, budete myslet na dýchání. Soustředíte se plně na dýchání, budete dýchat klidně a pravidelně, vdech a výdech, vdech a výdech, budete zcela uvolněná a klidná a nevolnost vás rychle přejde. Jídlo se v žaludku udrží. Jídlo v žaludku zůstane.“

Bendová (+) volí navíc sugesci tepla nebo chladu v břiše, podle toho, jaké jídlo pacientka lépe snáší, zda například zmrzlinu, nebo horký čaj. Častěji jsou to sugesci chladu: „Do břicha proudí příjemný pocit uvolnění a pocit chladu. Kolem žaludku se rozlévá příjemný uklidňující pocit chladu, který přetrvá a objeví se kdykoliv znovu při jídle a po jídle. Po jídle budete cítit příjemný pocit spokojenosti a uvolnění, jakékoliv nucení na zvracení vymizí.“ Také používá formulky univerzální: „Váš organismus pracuje zdravě a automaticky, váš žaludek je zcela zdravý a klidný, jeho funkce je normální.“

Fuchs aj. (1980) ošetřovali v letech 1965–1977 na gynekologickém oddělení v Haifě celkem 204 pacientky hospitalizované pro hyperemesis gravidarum. U 201 z nich se hned započalo s běžnou medikamentózní terapií (u tří bylo těhotenství přerušeno pro psychózu). U 36 se stav zcela upravil a u pěti podstatně zlepšil, zatímco u 160 se nezlepšoval. Z nich souhlasilo 138 s hypnoterapií: 87 patientek pak autoři léčili hypnózou ve skupinách společně s pacientkami připravujícími se na „přirozený porod“, 51 patientek v individuálních sezeních. Hypnózu navozovali většinou permissivní verbálně fixační a uspávací formou a sugerovali pak uvolnění, pohodu a celkové dobré pocity. Vyžádali se v sugescích zmínkám o bolesti, nevolnosti a zvracení. V řídkých případech použili autoritativní formy. Ve většině případů jim stačilo jedno až tři sezení v trvání 45–60 minut k dosažení žádoucích výsledků. Při kolektivní formě se autoři o trvání a počtu sezení nezmiňují, zdůrazňují jen přídatný kladný vliv kolektivu těhotných patientek. Z uveřejněné tabulky výsledků vyplývá, že výborné a dobré výsledky (tj. odstranění zvracení včetně nevolnosti, resp. s přetrváváním nevolnosti) získali u 72 % patientek léčených individuální hypnoterapií a u 98 % patientek zařazených do kolektivní hypnoterapie. Otázkou hloubky navozené hypnózy se autoři, pokud lze soudit z publikované stati, vůbec nezabývali. Neobvykle vysoká účinnost jejich postupu zejména v kolektivní formě bez ohledu na hypnabilitu je překvapující.

3. Poruchy menstruační

Amenorea, nepřítomnost menstruačního krvácení, může mít velmi různorodou organickou etiologii, může však být též psychogenní. Pokud lze předpokládat, že u sekundární amenorey se v jejím vzniku a přetrvávání uplatňují psychické faktory, je vhodné nejprve pacientce pomoci je pochopit a zpracovat. V symptomatických sugescích se pak opakuje tvrzení, že „dojde k obnovení normální pravidelné menstruační“. Mohou se také sugerovat příznaky přibližující se menstruační: teplo a napětí v prsou, teplo a tlak v podbříšku a kříži, plnost, napětí. Kroger (1977) doporučuje zjistit si předběžnou explorační, jaké subjektivní

pocity pacientka mívala před menstruací a při ní, a tyto pocity jí pak v hypnóze živě a plasticky sugerovat s tím, že krvácení se dostaví během několika dnů. Jinou možností je navodit hypnotickou regresi do období poslední menstruace.

Terapeut někdy v sugescích přímo určuje termín, kdy se mají měsíčky dostavit, případně před tím pacientku vybídne, aby si termín sama zvolila. Sugescie je pak třeba zadávat velmi rozhodným a přesvědčivým způsobem, nepřipouštějícím jinou možnost, jak je to typické u německých a sovětských hypnoterapeutů. Kroger (1977) však současně doporučuje, aby si hypnoterapeut ponechal otevřená zadní vrátka: „Jste-li schopna si živě představit pocity spojené s menstruací, máte skutečně všechny předpoklady, aby se menstruace dostavila. Pravděpodobně to bude přesně ve zvolený den, ale možná také o den dřív nebo o den později, nebo o týden později. Ale v každém případě se menstruace dostaví.“ Tyto formulace už představují určitý přechod k permissivním technikám ericksonovského typu.

Premenstruální tenze je stav napětí vyskytující se u některých žen po dva až tři dny před očekávanou menstruací a projevuje se podrážděností, pláčtivostí, hádavostí, depresí, pocity ukřivděnosti a beznaděje až se sebevražděnými myšlenkami, zpravidla současně s různými nepříjemnými tělesnými pocity. Symptomaticky sugerujeme především uvolnění a klid.

Budete i v této době uvolněná a klidná. Znáte své duševní stavy a potíže před menstruací, víte, s čím souvisí. A protože jim rozumíte a nejsou pro vás žádnou záhadou, nemusíte se jim už tak poddávat. Nemusíte si myslet, že se vám křivdí a že život nestojí za nic. Víte, že to tak ve skutečnosti není, že je to jen váš duševní stav, který vás za několik dní přejde. A proto se tomu už nemusíte poddávat, můžete se na to všechno dívat s nadhledem. Už tomu nebudete podléhat, budete se nad tyto pocity a stavy cítit povznesena. Za těchto okolností se snadno rozplynou a zmizí. Bude to stále lepší. Postupně se i před měsíčky budete cítit tělesně a duševně zcela v pořádku, bez napětí, klidná a v pohodě.

Dysmenorea je vystupňovaná bolest v podbřišku a v kříži při menstruaci, doprovázená celkovou nevolností, bolestmi hlavy, závratěmi, zvracením, průjmami apod. Vyžaduje v těžších případech i klid na lůžku. Pokus o symptomatické ovlivnění hypnoterapií zahrnuje zpravidla jednoduché sugescie, že „měsíčky budou probíhat snadno, lehce, celkem lhostejně, bez větších bolestí a nepohody, budete schopna normálně vykonávat svoji běžnou činnost, menstruaci nebude třeba věnovat žádnou zvláštní pozornost“. Série hypnotických sezení s nácvikem relaxace a opakováním symptomatických sugescí by měla zahrnout i nácvik posthypnotického autostimulačního manévru k využití při zesílení potíží.

jasný. Uvažuje se o ovlivnění produkce a výdeje gonadotropních hormonů, ovlivnění ovariální činnosti (ovulace), tubární motility (spasmus vejcovodů) i složení hlenu v děložním hrdle.

Hypnotická sugesce by mohla do těchto procesů zasáhnout, aniž musí pacient nebo terapeut vědět, jakým fyziologickým mechanismem se to uskuteční. Crasilneck a Hall (1975) v takových případech hypnotizovanému pacientovi s oblibou argumentují „silou a mocí podvědomí“, které už si „samo najde cestu, jak hypnotický příkaz provést“.

Napětí a stresy, které bránily vašemu početí, budou nyní odstraněny. Vaše podvědomí má moc a sílu, kterou napomůže vašemu otěhotnění. Můžete otěhotnět a otěhotníte. Úspěšně dítě donosíte i porodíte.

Kroger (1977) i jiní zdůrazňují mezi psychogenními faktory jednak možný vliv *ambivalence k těhotenství* (přání otěhotnět zároveň s podvědomým odmítáním těhotenství), kterou by bylo třeba v bdělém stavu nebo v hypnóze objasnit a odstranit, ale zejména *křečovitou snahu o otěhotnění*, která narušuje i uspokojivý průběh soulože v neplodných manželstvích. Jsou známa manželství, kde došlo k otěhotnění brzy poté, co manželé adoptovali dítě, a citové napětí ženy, spojené s chyběním dítěte, pominulo. Sugescí by tedy měly zdůraznit uvolnění a pohodu při souloži a pomoci i celkově uvolnit napjatou atmosféru v manželství, související se stálým zabýváním se zneklidňujícími myšlenkami na „úkol otěhotnět“.

Nebudete se teď snažit od svého těla vynucovat otěhotnění, taková křečovitá snaha může působit rušivě. Prostě se uvolníte a necháte všemu volný průběh. Při pohlavním styku nebudete myslet na otěhotnění, ale plně se poddáte svému sexuálnímu vzrušení a radosti z přítomného prožitku. Tak vytvoříte ve svém těle nejlepší podmínky a všechno přijde samo.

Hypnotická antikoncepce. Existuje-li psychogenní sterilita ženy jako porucha, nabízejí se také úvahy o možnosti sugestivního vyvolání dočasné sterility ženy jako antikoncepčního opatření. V Itálii získala tzv. hypnotická antikoncepce určitou popularitu vlivem R. Marchesana, který uvádí, že za pomoci 6–8 sezení s hypnotickými sugescemi dočasné neplodnosti dosahuje u mladých pravidelně sexuálně žijících žen, přesvědčených o účinnosti této léčby, odložení koncepce o 1–2 roky. Vždy za půl roku je třeba účinek sugescí aspoň jednorázově posílit. Zprávy publikované v italských časopisech mají převážně reklamní charakter. Zatím nebyly provedeny kontrolované studie a fyziologický mechanismus je nejasný. U nás referoval o metodě na základě svých poznatků z Itálie podrobně P. Živný (+) a stručné informace v odborném tisku uveřejnili Čepický, Živný a Jarolímek (1986), kteří také vypracovali projekt, jak by se účinnost hypnotického sezení s antikoncepcí

cepčními sugescemi dala ověřit v kontrolovaném pokusu. Nabízí se možnost vyzkoušení techniky u mladých manželství, v nichž si ženy přejí mít dítě až později, ale v případě selhání antikoncepce by těhotenství přijaly. Sami zatím pohlížíme na spolehlivost a praktické uplatnění takové metody značně skepticky.

Při korektuře mohou doplnit, že Čepická, Jarolímek, Pečená, Čepický a Ferenc referovali na 2. konferenci o hypnóze v Kroměříži (1989) již o předběžných výsledcích uvedeného výzkumného projektu. Přihlásilo se 86 dobrovolnic. Po testování rozšířenou Stanfordskou škálou z nich bylo vybráno 23 žen s vysokou hypnabilitou. Testování prováděli tři hypnoterapeuti (2 psychologičky a 1 psychiatr), k nimž byly ženy přidělovány náhodně. U vybraných hypnabilních žen se pak prováděla Marchesanova hypnotická antikoncepční technika, při níž hypnoterapeut sugeroval nemožnost otěhotnění po dobu 6 měsíců. Každá žena se podrobila celkem 8 sezením v intervalech 1-2× týdně. Ze 23 žen otěhotnělo během sugerované dočasné neplodnosti celkem 14 žen, neotěhotnělo 9 žen. Z těch, které neotěhotněly, se 4 rozhodly nepokračovat v hypnotické antikoncepci za 6 měsíců a jedna za 12 měsíců. V době plánovaného ukončení pokusu po 18 měsících probíhala hypnotická antikoncepce úspěšně u 4 žen. Výsledky pokusu svědčí o tom, že psaná italská forma antikoncepce není v našich podmínkách dostatečně účinná.

5. Zvětšení prsů

Pro některé ženy může být pocit, že mají menší prsy, než odpovídá současnému společenskému standardu, jejich ideálním představám o vlastním těle nebo preferencím jejich partnera, zdrojem pocitů méněcennosti a někdy i celoživotní nespokojenosti s vlastním vzhledem. V západních zemích se jim nabízejí zejména možnosti plastické operace s implantací silikonu, která je poměrně drahá a není bez rizika. Možnost podnitit v dospělosti znovu již ukončený přirozený růst prsů psychologickými metodami by mohla být pro mnohé z těchto žen dostupnější a zdravotně výhodnější alternativou. V souvislosti s tím se v posledních letech objevili tři americké práce, které se snaží prokázat, že specifické hypnotické sugesce mohou být alespoň u některých žen účinné. Popisované zvětšení se bude zřejmě týkat spíše tukové vrstvy než samotných žláz. Podrobnosti o způsobech měření a rozdílech v mírách zde neuvádíme.

Williams (1974) využíval v hypnóze věkovou regresi do doby dospívání, kdy prsy rostly, a vyvolával u klientek pocity v prsou z té doby. Pak sugeroval „progresi“ do doby, kdy už prsy mají žádanou velikost. Pokus provedl u 13 žen. Po 12 sezeních, uskutečňovaných jednou týdně, došlo k významnému zvětšení prsů.

Staib a Logan (1977) zopakovali tento postup u tří žen. Potvrdili jeho účinnost a doplnili ověřením, že 81 % ze získaného zvětšení prsů se udrželo i při kontrole za další tři měsíce.

Williard (1977) použil po navození hypnózy pouze sugesci představ vlhkého teplého ručníku přiloženého na prsa, který vyvolává pocit tepla, a pocitu pulzování, které s kaž-

dým tepem srdce přechází do prsů. Tyto sugescce dával na magnetofonovém pásku pacientkám i domů, aby jich denně využívaly po navození relaxace. Postup provedl u 22 žen. Po 12 týdnech dosáhlo 28 % žen velikosti, kterou si na začátku stanovily. U celkového počtu 85 % žen došlo k významnému zvětšení prsů, 46 % žen potřebovalo v důsledku toho podprsenku s větším číslem.

9. HYPNÓZA V ZUBNÍM LÉKAŘSTVÍ

V zubním lékařství poskytuje hypnóza možnost snížit strach z návštěvy stomatologické ordinace, který u některých pacientů zabraňuje včasnému ošetření chrupu, a učinit průběh ošetření méně nepříjemným nebo méně bolestivým, případně se u bolestivých zákroků obejít bez lokální anestézie, což může mít význam u alergických a dalších rizikových osob. Dále umožňuje hypnóza zvládnout některé reakce, které komplikují práci zubního lékaře, např. nadměrné slinění a zvýšený dáivivý reflex, a odstranit potíže některých pacientů při přivýkání na ortodontické přístroje (u dětí) a protetické náhrady (u dospělých). Zvláště významné pak může být využití hypnotických a sugestivních technik u obtížně ošetřitelných dětí.

Na možnosti hypnózy ve stomatologii upozornil u nás již Ležovič (1955), který použil při zubolékařských výkonech hypnotickou anestézi a sugeroval bezbolestnost i posthypnoticky, a Horvai (1959) a Hoskovec (1963), kteří shrnuli poznatky ze světové literatury. V současné době se můžeme opřít o referáty našich stomatologů Kaisera, Klučky, Loveckého, Macalíkové aj., kteří po absolvování kurzů hypnózy využili podle podmínek svého pracoviště hypnózu v běžné praxi. K odstraňování „strachu ze zubaře“ přispívají i kliničtí psychologové, kteří ovládají hypnoterapii.

1. Strach před zubním ošetřením

U některých pacientů se nechuf a obava z návštěvy zubního lékaře stupňuje do té míry, že nabývá charakteru fobie, kterou pacient sám nedokáže vlastní vůlí překonat. Vyhýbá se pak zubnímu ošetření tak dlouho, až postupně dochází k devastaci jeho chrupu. Jiný pacient se sice do zubní ordinace dostaví, ale tam se chová tak ustrašeně a nekooperativně, že potřebné ošetření nelze provést. Navození hypnózy, i lehké, s relaxací a sugescemi na odstranění strachu a zvýšení kladné motivace, může v jednom nebo několika sezeních dosáhnout potřebného uklidnění a normalizace pacientova chování.

Šimíková (+) referovala o případu 27leté ženy, která byla odeslána ze zubního oddělení na psychiatrické oddělení jako neošetřitelná pacientka. Zubní ošetření odkládala

tak dlouho, že měla 12 zubů určených k extrakci a dalších osm kazů. Psycholožka s ní provedla uklidňující hypnózu, po níž pacientka bezprostředně odešla do ordinace stomatologa a zvládla první ošetření. Přišla pak k přípravě uklidňující hypnoterapie ještě třikrát. Později již docházela ke stomatologickým ošetřením podle objednání sama, dokud nebyl chrup sanován.

2. Hypnóza v průběhu zubního ošetření

Navozování hypnózy v zubní ordinaci, zpravidla přímo na zubolékařském křesle, aby se pacient nemusel přemisťovat, obvykle provádí stomatolog sám. Může pacientovi po provedení hypnotizace snadno dávat zároveň se sugescemi pokyny, které vyžaduje průběh ošetření. Při počátečním získávání zkušeností nebo při složitějších problémech si může přizvat na pomoc psychologa se zkušenostmi v hypnoterapii.

Při navozování hypnózy žádá stomatolog pacienta, aby fixoval bod, připravený v jeho zorném poli poněkud nad úroveň pohledu, anebo mu dovoluje hned zavřít oči. Sugeruje uvolnění, ospalost, tíhu, klid, příjemné pocity a dobrou spolupráci při ošetřování. S tím se může spokojit, požádat zrelaxovaného pacienta, aby otevřel ústa, a pustit se do práce. V průběhu ošetřování pak může občas zopakovat sugesci klidu a pohody, ujistit pacienta, že práce pokračuje a bude brzy u konce a že se pacient po skončení bude cítit příjemně a dobře.

U vnímavějších osob a bolestivějších zákroků může stomatolog zkusit hypnózu prohloubit zadáním několika jednoduchých testovacích sugescí, jako je zvedání ruky, nemožnost ruku vrátit, pocit tepla, pocit chladu, zážitek příjemného odpočinku v přírodě apod., a pak pokračovat buď pokusem o navození analgezie, nebo rozvíjením fantazijních zážitků k odpoutání pozornosti od nepříjemných podnětů.

Navozování analgezie

Častou technikou je úvodní navození analgezie v ruce („rukavicová anestézie“), její přezkoušení a pak přenesení do oblasti, kde je potřebná při ošetření. Terapeuti, kteří dávají přednost permissivnějším technikám, sugerují, že si pacient „může sám přiložit znečitlivělou ruku na tvář, nechat necitlivost přejít do tváře, čelisti, dásní a zubů (anestézie při tom může z ruky zmizet), a až se tento přenos v plném rozsahu ukončí, zase ruku položit zpět do klína“. Direktivnější terapeuti, kteří celý průběh drží pevně ve svých rukou, se sami dotýkají pacientovy čelisti a tváře, případně prstem lehce masírují dásně a zuby pacientovy sugerují postupující otupělost, snižování citlivosti až úplnou bezbolestnost. Je samozřejmé, že sugesci je třeba vícekrát opakovat a nástupu analgezie ponechat určitý čas.

U pacientů, kteří mají zkušenost s lokální anestézií, je výhodné sugerovat pocity otupělosti a trnutí s využitím jejich vzpomínky: Budete mít v dásních pocit jako po injekci mezokainu, pocit strnulosti, otupělosti, mírného trnutí, které s sebou zároveň přináší i úplnou ztrátu vnímání bolesti. S tímto pocitem otupělosti zcela otupí vnímání jakékoliv bolesti. Nebudete v dásních a zubech nic cítit, nic vnímat. Nervy jsou teď na celou dobu ošetřování úplně umrtveny.

A. Moss (1977) navozuje a zkouší anestézii tak, že ji sugeruje jen na té straně, kde potřebuje provést zákrok, a na druhé straně ponechává normální citlivost, resp. sugeruje zvýšenou citlivost. Pak zkouší nástrojem reakci pacienta na stejný tlak na zuby a dásně střídavě na obou stranách, aby se přesvědčil o rozdílu v reagování a zároveň o účinnosti sugescí přesvědčil i pacienta. Pokud se toto ovlivnění nedaří, ví, že s anestézií nemůže počítat, a musí se podle toho při ošetřování zařadit. V každém případě je užitečné se na hypnotickou analgezii napoprvé příliš nespolehat. Posthypnotickými sugescemi připravuje na to, že „příští hypnóza bude hlubší a ovlivnění pocitů silnější a účinnější“. Scott (1974) odhaduje počet pacientů, u nichž lze vyvolat hypnotickou analgezii postačující i pro značně bolestivé stomatologické zákroky, na 15-20 % z běžné klientely. U větší části pacientů dojde jen k mírnému snížení bolestivosti. Sugerovanou analgezii je pak při značně bolestivých zákrocích vhodné kombinovat s lokální anestézií farmakologickou. Vpich injekční stříkačky si pacient ani neuvědomí. Účinek lokálního anestetika je možno sugescemi zesílit i prodloužit.

Chce-li mít stomatolog stálou zpětnou informaci o tom, jak silnou bolest pacient v průběhu ošetřování prožívá, může mu navrhnout, aby zvedal současně tolik prstů na ruku, jak je bolest silná. Tak mu pacient signalizuje neverbálně intenzitu bolesti na desetibodové škále. Zvedne-li najednou všech deset prstů, znamená to bolest, kterou již nemůže vydržet (Gottfredson dle Hilgarda a Hilgardové 1975).

Odvedení pozornosti

U značně hypnabilních pacientů, schopných hypnotických halucinací nebo hypnotického snění, je možno vybědnout pacienta, aby si v hypnóze během ošetřování halucinoval nebo snil podle své volby něco zajímavého a příjemného, do čeho se mu stomatolog neplete, a aby se sám zase nestaral o práci stomatologovu. Výstižné formulace tohoto druhu uvedla zkušená americká dentistka-hypnoterapeutka Kay Thompsonová: „Vy se budete zabývat vaší věcí a já se budu zabývat svou věcí.“

U méně hypnabilních pacientů je takové déletrvajcí ponechání vlastním představám, rámcově navozeným terapeutovou sugescí, méně účinné a nese s sebou nebezpečí, že se pacient bolestivými podněty od svých představ odpoutá a z hypnózy se probere. Proto je účelnější jeho fantazijní činnost po celou dobu systematicky řídit, udržovat ji po-

malým, nepřetržitým líčením zážitků, které má prožívat,* a nedovolit mu, aby začal věnovat pozornost bolestivým manipulacím v ústech. Tak je tomu v příbězích, které pro děti a dospívající navrhl Kaiser (1977). Uvedli jsme již podrobněji jeden pro chlapce, „jízdu na koni v roli kovbojského zvěda“, který jede přes území obsazené nepřátelskými Indiány a musí řešit různé úkoly, před které ho terapeut v sugerovaných situacích staví (str. 79). U dospělých můžeme využít a dále rozvíjet některé ze scén, které jsme uvedli ve výkladu fantazijních hypnotizačních technik, např. procházku zahradou či lesem (květy, altán, lesní plody, houby, zvířata) a vznášení se na obláčku nebo cestování na kouzelném koberci. Hypnoterapeut, který má živou fantazii, může během ošetřování na zubolékařském křesle povodit pacienta různými krajinami, jeskyněmi, kulturními akcemi, zábavními podniky či výrobními provozy a nechat ho prožít různé dramatické i veselé příhody nebo i symbolické zážitky podporující kladné vlastnosti a duchovní růst. Bohatý materiál využitelný k těmto účelům přináší „Psychohry“ Masterse a Houstona (1972), z nichž zde uvedeme aspoň úvodní scénu, která může být vhodným východiskem k různým výletům do říše fantazie. Při větším počtu potřebných ošetření jí můžeme každý nový „fantazijní výlet“ zahajovat.

Nyní nechte oči zavřené, zůstaňte hluboce uvolnění a já vám budu o něčem povídat. Soustředíte se na to, co vám budu říkat a co budete při těchto slovech prožívat.

Začíná to jako ve snu. Vstáváte z postele a jdete přes pokoj do předsíně, kde nalézáte docela vzhůru malá dvířka. Dvířka, která jste v bdělém stavu nikdy nemohli najít, ačkoli jste je často hledali. Ale nyní se tato dvířka pro vás ve vašem snu otevírají, vy jimi procházíte a ocitáte se na vrchole kamenného schodiště. Je to starobylé schodiště, vinoucí se dolů. V matném světle začínáte po tomto schodišti sestupovat. Vůbec se nebojíte, ale dychtíte jít dolů, hlouběji a hlouběji. Sestupujete dolů a ponořujete se do zážitků hlouběji s každým schodem, o který sestoupíte níže. Konečně přicházíte na konec schodiště a dostáváte se na pokraj něčeho, v čem rozeznáváte tmavou, pleskající vodu. Na břehu je uvázán malý člun.

A nyní ležíte na dece na dně člunu, který vás unáší a plyne v temnotách, tma je všude kolem. Jen člun se jemně kolébá pohybem vln, nahoru a dolů, dopředu a zpět. Jemně se houpáte, jak vás člun unáší dál a dál, jak vás nese dolů, dolů. Cítíte pouze to něžné pohupování, posloucháte pleskání vody. A blížíte se k otvoru ve skále. Člun se přibližuje ke světlu, které padá otvorem, a pomalu jím proplouváte do teplého, slunečného dne.

A jak plujete dolů po proudu, cítíte teplé sluneční paprsky a jemný vánek, který vás ovívá, jak vás to unáší dolů a dolů, podél břehů, kde zpívají ptáci, ryby vyskakují z vody, vítr k vám přináší vůni polních květin a čerstvě posečeného sena z luk. Cítíte hluboké uspokojení a klid a propadáte ospale této náladě, poklidu. Propadáte se dolů a dolů a do-

* Je vhodné, když si na začátku necháme od pacienta nějakým neverbálním signálem potvrdit, že sugerované představy začal skutečně prožívat, abychom nevyprávěli „na-prázdko“. Pohroužení do představ musíme u některých pacientů napřed důkladně vsugerovat.

lů a přitom se jemně houpáte. Teď to budete chvíli vychutnávat a cítit. Uvědomujete si celou situaci, pohyby, teplo, zvuky, vůně, a přitom stále plujete dolů a dolů . . .

Stále ještě plujete, jemně se houpáte a unáší vás to hlouběji a hlouběji dolů po proudu, až se konečně člun přiblíží ke břehu a hladce přistává na pokraji louky. A nyní opouštíte člun a procházíte se po louce, cítíte trávu kolem svých nohou, cítíte vánek, který vás ovívá. Tušíte ve vysoké trávě králíky. Uvědomujete si vůni květin kolem, ptáčí zpěv ve větvích stromů i pohyby svého těla, jak se procházíte. Teď se blížíte k velkému, rozložitému stromu a usedáte pod něj, do jeho stínu.

A nyní zde sedíte, těšíte se z toho všeho a prožíváte to tak plně, jak můžete. Jste v celkové harmonii se vším, co zde existuje, v tomto světě bez času, bez omezení, ve světě, kde všechno splývá v jednotu. I vy splýváte v jednotu se vším, co existuje.

Hodláme-li s pacientem při větším počtu návštěv touto metodou pokračovat, zjistíme si, jak mu náš způsob vyprávění vyhovuje. Někteří pacienti se snadno poddají takovému vedení a pocítují je jako velmi příjemné, jiné pacienty – zejména ty, kterým rychle „naskakují“ vlastní rozvětvené představy – příliš podrobné vyprávění hypnoterapeuta ruší. Je pak výhodnější, když jim ponecháme víc vlastního prostoru. Někteří permissivní terapeuti si nechávají od pacientů signalizaci prstem sdělit, kdy mají pokračovat dál.

Budete nyní veslovat v lodičce na malý ostrůvek, který vidíte v dálce. Zdá se, že jsou na něm palmy, banány, jezírko, je tam velmi hezky. Veslování vám chvíli potrvá. Až tam budete, tak zvedněte prst.

Do sugerovaných prožitků je možno také začlenit jako organickou součást reálné vnější podněty, které by mohly pacienta rušit, např. zvuk vrtačky, případně zařadit i pokyny k pohybům, které má vykonat, např. otevření úst, vypláchnutí. Kaiser přeměňoval sugescemi zvuk vrtačky ve zvuk letadla, které pacient sledoval (nebo ve kterém by mohl létat), jiný stomatolog ve zvuk vysavače, kterým manželka vysává prach ve vedlejších pokojích. K otevření úst sugeroval Kaiser ustrašené holčičce, která měla sledovat halucinovaný televizní pořad: „Pusinka se ti samou zvědavostí otevírá, ani nejde zavřít.“

Na závěr hypnózy je třeba dát sugesci čilosti a dobré nálady a podle potřeby sugerovat kladný vztah k dalším ošetřením, vymizení veškerých obav a snadné, rychlé a ještě hlubší pohroužení se do hypnózy při příští návštěvě. Po skončení hypnózy je lépe se moc nevyptávat na nepřijemné pocity, ale na druhé straně zase netvrdit, že pacient nic necítil, když si tím nejsme jisti, – spíše projevit spokojenost s tím, jak pacient reagoval, pochválit ho a i na vědomé úrovni ho motivovat k další spolupráci.

Možnosti a meze

Nespornou výhodou hypnózy na zubolékařském křesle je relaxování neurotických a ustrašených pacientů, kteří tvoří nemalou část klientely, dosažení přiměřené spolupráce u pacientů se sklonem k panickým reakcím a značné „zpříjemnění“ zubního ošetření pro kooperujícího pacienta, což se vše může příznivě odrážet i na duševní pohodě lékaře. Za nevýhodu se považují nároky na čas, zejména při první hypnotizaci u méně hypnabilních pacientů. Hluboce hypnabilní pacienty je možno si posthypnotickou sugescí připravit tak, aby se do hypnózy ponořovali na určený signál (např. dotekem ruky stomatologa na rameni a vyslovením slova „dormez“), a pak už vlastně k žádné časové ztrátě nedochází. I méně hypnabilní pacienty lze při dalších návštěvách ponořovat do toho stupně hypnózy, kterého jsou schopni, uspávacími slovy stomatologa, která může pronášet v průběhu různých přípravných prací. Časové ztráty pak nemusejí být tak velké.

Moss (1977) radí, aby terapeut nechtěl po pacientovi víc, než čeho je v hypnóze schopen, aby se naučil nepřekračovat meze dané jeho hypnabilitou. My ovšem na druhé straně také zdůrazňujeme, zejména nasmělým, začínajícím hypnoterapeutům, že je zároveň účelné chtít po pacientovi v hypnóze to, čeho je schopen, pokusit se dosáhnout s ním horní hranice jeho hypnotických schopností – podle hesla „Když nic nežádáš, nic nedostaneš“. Pokud při tom meze překročíme, doporučujeme vrátit se před terapeutickým využitím hypnózy zpět k testovací sugesci, se kterou jsme měli úspěch, a dát ji pacientovi s určitou obměnou znovu, abychom mu zopakovali, že je na naše zkušební sugesci vnímavý a že má tedy předpoklady i k přijetí sugescí terapeutických.

Příklady využití

Klučka (1982) z Holešova referoval o cíleném přezkušování možnosti hypnózy ve stomatologii u šesti studentů střední průmyslové školy, u nichž si předem provedl z experimentálních důvodů i změření hypnability Stanfordskou škálou C. Uvedeme některé ze zachycených výpovědí pacientů po ošetření.

Pac. 1. „Mám dojem, jako by mne ze snu donesli na křeslo. Mám dojem, že mne jenom fotografovali, a v puse cítím jakoby písek, ale nevím, jak se tam mohl dostat.“ Po zrušení amnézie určeným signálem si vybavil průběh vrtání, plombování a odstraňování zubního kamene, ale neuváděl nepříjemné pocity.

Pac. 2. Hypnoterapeut po navození hypnózy použil k odpoutání pozornosti zážitků u moře. Pacient po probuzení uvedl: „Po usednutí do křesla jsem pomalu usinal a při tom se mne zmocňoval nádherný pocit tepla. Ohromná sluneční záře na mne velice příjemně působila. Ošetření zubů jsem vůbec necítil. Přechod ze světa představ, dalo by se

řít do normálního světa, na mne působil, jako bych byl v nějakém prázdnu, nic kolem mne nebylo . . .“

Pac. 3. Pohroužil se do hlubší hypnózy teprve při druhém ošetření. Komentoval to: „Je to asi tím, že už vím, co se pod pojmem hypnóza skrývá. Byl jsem o mnoho klidnější než při prvním pokusu. Představa snu byla dokonalá. Uvolnění těla částečné, nejvíce jsem měl uvolněný obličej. Ošetření zubu bylo bezbolestné, ani jsem nevnímal zvuk zubní vrtačky.“

Pac. 4. Terapeut mu sugeroval procházku lesem. Pacient uvedl: „Bolest při vrtání (pozn.: hluboký kaz pravé horní šestky) jsem sice vnímal, ale jednak mi přišla jako lhostejná, a také jsem se docela lehce myšlenkami přenesl do jiného prostředí. Vnímal jsem i zvuk vrtačky, ale zdaleka mi nepřipadal tak nepříjemný.“

Pac. 5. Terapeut mu sugeroval roli zvěda, který jede na koni s důležitým úkolem. Podle retrospektivní výpovědi pacientovi tato představa nevyhovovala, ale určité změny vnímání v ústech u něj nastaly. Pac. 6 byl méně hypnabilní. Reagoval na motorické sugesce, ale sugerované představy byly slabé a také ovlivnění pocitů v ústech bylo nevýrazné.

Klučka uvedl i čtyři další případy různých pacientů se strachem z ošetření a s hypersalivací, které se mu podařilo hypnózou kladně ovlivnit.

Z případů, o nichž referoval Lovecký (+) ze Skalice, uveďme popis ošetření úzkostného dítěte.

Na pohotovost přišlo s otcem pětileté děvčátko, které se velmi bálo výkonu v ústech. Po několika marných pokusech jsem jí řekl, že si budeme vyprávět. Vyprávěl jsem jí podle Kaiseraovu návodů o kočičce, jak se vyhřívá na sluníčku. Když chce snít sen, který má kočička, musí si zavřít oči a dávat dobrý pozor. Zdálo se jí o louce, ve které pozná letiště, na které chodí její otec létat na motorovém letadle. To jí tak překvapí, že na počítání do pěti otevře ústa. Potom přijde otec, který ji vezme i s kočičkou do letadla. Zvuk vrtačky byl proměněn na hrčení motoru letadla a zážitky z letu byly prodlouženy na dobu potřebnou pro výkon. Po přistání se octla s kočičkou opět doma a vzbudila se v příjemné pohodě.

Macalíková (+) ze Zlína využívala hypnózy při preparaci zubů pacientů pro zhotovení pevných zubních náhrad, což je déletrvající nepříjemné ošetření. Pokud se podařilo navodit hypnózu, mělo to příznivý vliv na průběh ošetření: pacient je uvolněný, bolest mu nevádí, snižuje se i salivace a dávivý reflex.

V zahraniční literatuře uvádí např. pěkné instruktivní popisy hypnotizace a využití hypnózy na zubolékařském křesle na pěti kazuistikách Owens (1970). Na přelomu padesátých a šedesátých let vyšly z této oblasti i tři samostatné monografie, dvě anglické (Frost 1959, A. Shaw 1960) a jedna americká (S. Shaw 1958), nám však bohužel nedostupné, takže nemůžeme posoudit jejich přínos.

OSN

3. Jiné stomatologické problémy

K dalším potížím, které je možno ve stomatologii ovlivnit, patří dáivý reflex, nadměrné slinění a nadměrné krvácení a problémy s přivykáním pacienta na zubní náhradu nebo ortodontický přístroj.

Dáivý reflex bývá u některých pacientů zvýšen a znesnadňuje stomatologovi práci v ústní dutině, případně znemožňuje rentgenové snímkování nebo braní otisků. Obvykle stačí i lehká hypnóza s uklidňujícími, částečně anestetizujícími a povzbuzujícími sugescemi ke zvládnutí situace.

Weyandt (1972) instruktivně popsal využití hypnózy u tří „obtížných“ pacientů s extrémně zvýšeným zvracivým reflexem i průběh stomatologických prací při jednotlivých návštěvách. Eliová a Kleinhauz (1985) podobně popsali čtyři případy hypnotického ošetřování takových pacientů po navození hypnózy.

Nadměrné slinění může být rovněž problémem. Obvykle stačí hypnotická sugesce, že slinění se zastaví a ústa zůstanou po dobu výkonu suchá. Sexter (1971) formuloval poněkud obsírněji hypnotické sugesce pro pacienta, u něhož vyvolávalo zvýšený salivační reflex zavádění zubních protéz.

Slinění vzrůstá, když máme v ústech jídlo, které chceme sníst. Je to začátek zažívacího procesu. Nyní nemáte v ústech žádné jídlo, které by se mělo sníst. Proto je vaše nadměrné slinění zbytečné. Představte si vodovod puštěný naplno. Pak si budete představovat, že otáčíte kohoutkem a zastavujete přívod, až voda přestane téci. Polkněte sliny, které teď máte v ústech, a povšimněte si, že ústa zůstanou suchá. Potom otočíte kohoutkem tak, aby vaše ústa byla vlhká jenom tolik, kolik je potřeba.

Možnost zastavit krvácení hypnotickými sugescemi považujeme za spornou. V literatuře se vyskytují sdělení o jednotlivých případech, kdy došlo k uskutečnění takových sugescí u pacientů, kteří měli po vytržení zubu sklon ke zvýšenému krvácení (Newman 1971).

Přivykání pacienta na zubní náhradu, kterou nesnáší, nebo na ortodontický přístroj, který mu v ústech vadí, se může rovněž usnadnit posthypnotickou sugescí.

Používá se formulací: „Nebudete mít už žádné potíže si na zubní náhradu zvyknout. Náhrada vám nebude vadit, naopak, váš organismus ji přijme za svou. Potřebujete ji, bude vám užitečná i příjemná, nebude působit žádné potíže, ani o ní nebudete vědět, stane se naprostou samozřejmostí.“ V obtížnějších případech je možno sugerovat postupné přivykání. Vydrží-li pacient nosit náhradu 10 minut, sugerujeme, že do příště již vydrží 20 minut, pak 30 minut, přičemž si ji bude na tuto dobu nasazovat vždy za jednu a půl hodiny.

V anglické a americké stomatologii, kde pod názvem „hypnodoncie“ provádějí hypnózu při zubním ošetřování často dentisté, se zdůrazňuje, že dentista se má striktně držet využívání hypnózy jen pro uklidnění pacienta, snížení jeho bolesti a nepohodlí a pro usnadnění své stomatologické práce, a nemá se pokoušet o experimentování s hypnózou nebo o hypnoterapeutické ovlivňování jiných pacientových příznaků či emočních problémů, protože k tomu nemá dostatečnou kvalifikaci. U nás se školí v technikách hypnózy pouze stomatologové, kteří mají lékařské vzdělání, a proto taková varování nepovažujeme za potřebná. Při příliš jednostranné stomatologické orientaci ve výuce by si však v případě zájmu o širší využívání hypnózy měli zubní lékaři zopakovat aspoň malou psychiatrii (neurologii), lékařskou psychologii a psychoterapii. To platí ostatně i pro příliš „organově“ specializované lékaře jiných oborů.

10. DALŠÍ LÉKAŘSKÉ OBORY

Z klinických oborů, ve kterých se může uplatnit hypnóza, nám zbývá zmínit se ještě o onkologii, oftalmologii, otorinolaryngologii a sexuologii. V literatuře se objevilo také kazuistické sdělení o využití hypnózy ke zvládnutí problémů při hemodialýze.

1. Onkologie

V souvislosti s pozorností, která se začíná věnovat významu psychického stavu onkologického pacienta pro kvalitu jeho života, nabývá na významu psychoterapeutický přístup k těmto pacientům (Dostálová 1986, Haškovcová 1985). Součástí komplexní péče se stávají vedle chirurgického, radiologického a chemoterapeutického boje proti nádorovému bujení i psychoterapeutické metody, mezi nimiž může hrát významnou roli i hypnoterapie. Možnosti hypnoterapie zde spočívají: 1. v ovlivňování některých symptomů základního onemocnění, zejména bolesti, 2. v ovlivňování vedlejších chirurgických zákroků a léčby zářením a nežádoucí jevy při aplikaci cytostatik, a 3. v ovlivňování psychického stavu, zejména deprese, pocitů ztráty životního smyslu, úzkosti, bezmoci, beznaděje či izolace, a podporování vůle k životu a schopnosti vyrovnat se s faktem onkologického onemocnění bez předčasné rezignace.

Způsoby ovlivňování bolesti jsme podrobně popisovali již v jiných souvislostech, jednak obecně (str. 97), jednak při neurologických a ortopedických organických poruchách, při chirurgických operacích, po-

rodech a stomatologických zákrocích. Ovlivňování bolestí onkologických pacientů se řídí stejnými principy jako ovlivňování jiných chronických intenzivních bolestí. Po navození a prohlubování hypnózy se může zkoušet navození analgezie běžným testovacím způsobem, nejprve v indiferentní oblasti, obvykle v ruce nebo prstu, a pak se přenáší do oblasti, kde pacient pocítuje chronickou bolest. V sugescích se opakuje, že bolest se zmírňuje, zmenšuje, ztrácí a mizí a že příslušná oblast přestává poutat jeho pozornost. Může se zabývat jinými věcmi, od kterých ho bolest již nebude tak odpoutávat – stává se mu lhostejnou, nevýraznou a otupělou. V příslušné oblasti bude cítit uvolnění a uklidnění. Klesáním pacientova prstu, zvednutého podle stupně pocívané bolesti, se terapeut nechává informovat o účinnosti svých sugescí, ve kterých dostatečně dlouhou dobu v různých obměnách pokračuje.

Podle toho, jakého účinku se podařilo dosáhnout, se pak formulují *posthypnotické sugesce*. Nedošlo-li k bezprostřednímu účinku, sugeruje se, že bolest bude snesitelná a bude se v průběhu dne i dalších dnů postupně zmírňovat. Došlo-li k účinku, sugeruje se, že snížené vnímání bolesti bude trvat i nadále po skončení hypnózy. I při dosažení úplné analgezie v hypnóze se organicky podmíněnou bolest samozřejmě nepodaří odstranit natrvalo, přičemž dočasné odstranění nebo snížení bolesti má u jednotlivých pacientů individuálně různé trvání, od jedné hodiny do několika dnů. Pak je nutno hypnózu opakovat a zkoušet její účinek prodlužovat, nebo učit pacienta autohypnóze, ablační hypnóze nebo autostimulačnímu manévru. Také u pacientů, u nichž hypnotické sugesce zpočátku nemají na bolest vliv, se někdy vyplatí v hypnotizacích pokračovat, zkoušet hypnózu prohlubovat a nacvičovat snižování bolesti opakovanými pokusy (Klumbies 1971, 1978).

K technikám ovlivňování bolesti patří i pokusy o různé manipulace s bolestí, např. sugerované nahrazování bolesti jinými pocity, jako je mravenčení, trnutí a chlad, nebo přesunování bolesti do jiného místa, kde by byla mírnější a pacienta tolik neobtěžovala.

Současní američtí autoři s oblibou používají *hypnoticky řízené fantazie* s různými fantazijními tématy. Rosenberg (1982–83) popisuje idyllickou podvečerní zimní scénu v teplé místnosti, z níž pacient vychází na balkón na chladný vzduch, kterým si nechává své tělo příjemně ochlazovat. V jiných scénách ho učí odpoutávat se od svého těla, nechávat ho na jednom místě a „sám“ se odebrat za zajímavými zážitky na jiné místo – na tělo pohlížet zvenčí a neprožívat jeho potíže.

Margolisová (1982–83) vychází v sugerovaných scénách ze vzpomínek pacientů, které se týkají stavů dobré pohody, jistoty, bezpečí a klidu. U jedné z jejích pacientek to byla scéna s aktivní účastí na společenských zábavách, kde se cítila uznávaná a obdivovaná.

U druhé pacientky to bylo prožívání příchodu jejich dětí domů ze školy, na který se vždy velmi těšila. U třetí, starší pacientky to byly návštěvy přátel a u jednoho z pacientů to bylo pěstování květin a keřů na zahrádce. Vhodné hypnoticky navozené fantazijní představy mají podle uvedených autorů vliv nejen na snížení nebo lepší snášení bolesti, ale i na podporování pozitivního postoje k životu a překonávání pocitů bezmoci a rezignace.

Ovlivňování vedlejších účinků onkologické léčby se zaměřuje zejména na nechutenství a zvracení při ozařování a podávání cytostatik. Sugescce jsou stejné jako při mentální anorexii a zvracení těhotných. Opakují se formulace o chuti k jídlu a o potěšení z jídla a o vymizení zvracení. Koncentrace na dech nebo na určenou představu může být pomocným posthypnoticky zadaným manévrem ke zvládnutí nauzey. U toxictějších cytostatik bývají tyto sugescce málo účinné. Někdy pomůže navození hypnózy nebo autohypnózy a setrvání v hypnotickém relaxovaném až spánkovém stavu delší dobu, dokud tendence ke zvracení nepomine (Redd, Rosenbergová a Hendlerová 1982-83). Anticipační zvracení, předcházející injkcím cytostatika, které má podmíněně reflexní charakter, se daří hypnotickou sugescí zvládnout lépe (Hoffman 1982-83).

Posilování vůle k životu se děje hypnotickými sugescemi, v nichž se hovoří o mizení deprese, pasivity, úzkosti, bezmocného vzteku i rezignace, o vzrůstu chuti k životu, zájmu o uchování všech činností a kontaktů, které jsou v daném stadiu onemocnění možné, a o statečném boji s chorobou. V sugestivních formulacích je třeba vycházet z pacientových vlastních životních zkušeností a hodnot, případně jeho hodnotovou orientaci doplňovat o aspekty, které zůstávaly v době jeho plného zdraví nepovšimnuty a nevyužity. Význam má jak důraz na schopnost těšit se zpětně z toho, co už bylo vykonáno a prožito („věci neztrácejí svou cenu tím, že končí“), tak na realizaci hodnot, která je ještě možná, a k přijetí pokračování života, i když onemocněním omezeného a případně i časově limitovaného. V terminálních stavech pak pomáháme pacientovi hledět své smrti vyrovnaněji a klidněji vstříc. Více než samotná sugescce se zde pravděpodobně uplatní hypnoterapii zintenzivněný terapeutický vztah, skutečnost, že pacient má v kritických chvílích někoho chápajícího vedle sebe.

U nás popsala kladné zkušenosti s využitím hypnózy ke všem výše uvedeným účelům O. Dostálová (1977). Referovala o systematickém využití hypnózy u sedmi pacientů. Tři z nich mohli být uvedeni do hlubokého hypnotického stavu, ostatní jen do lehké až střední hypnózy. U dvou došlo k výraznému zlepšení somatických potíží i psychického stavu, u dvou k částečné subjektivní úlevě, u tří bylo ovlivnění minimální. Autorka včleňuje hypnoterapii do komplexního psychoterapeutického přístupu. Uvádí i několik inštruktivních příkladů s popisem charakteru a průběhu maligního onemocnění a způsobu provádění i účinnosti hypnoterapie. Na její základní monografii (1986) odkazujeme.

Někteří autoři se vážně zabývali *úvahami*, že by *hypnotickou sugescí* bylo možno ovlivnit i samotné zhoubné bujení. Tyto úvahy zatím nepřekročily rámec spekulace. Týkají se ovlivnění jednak cévního, jednak imunitního systému.

Clawson a Swade (1975) vycházejí z pozitivních zkušeností s hypnosuggestivním léčením bradavic a zastavením krváčení, a uvažují, zda by hypnotická sugesce nemohla také: 1. selektivně zastavit krevní zásobení, a tím i vyživování nádoru, a 2. selektivně zvýšit koncentraci cytostatika v nádoru.

Hall (1982-83) uvažuje o možnostech hypnotické aktivizace imunitního systému, zejména zvýšení počtu T-lymfocytů a jejich podílu na boji proti nádorovým buňkám. Vychází při tom ze sporných, ale často citovaných výsledků manželů Simontonových (1978), kteří popsali vymizení nebo regresi tumoru při dvouletém přežívání u 16 % ze souboru 159 pacientů s nevyčísleným maligním onemocněním, u nichž se nepředpokládalo přežití delší než rok. Simontonovi navozovali u svých pacientů relaxaci s řízenými představami aktivního boje jejich imunitního systému s rakovinou: „Vaše bílé krvinky jsou jako silní a mocní žraloci, kteří napadají a ničí slabé a zmatené nádorové buňky ve vašem těle.“ Sugerování takových představ v hluboké hypnóze by podle Halla mohlo účinek ještě zvýšit. Bowers a Kelly (1979) kriticky poukazují na to, že obranný systém hostitele je schopen zničit malé množství nádorových buněk (1-10 miliónů), přičemž neoplazma o průměru 1 cm obsahuje asi miliardu buněk. Většina zhoubných nádorů v době, kdy je klinicky odhalitelná, už dávno překonala imunologickou obranyschopnost organismu a imunoterapie není schopna nádorový růst zvrátit. O imunoterapii se v onkologii ovšem přece jen uvažuje jako o možné účelné doplňkové léčbě tam, kde se podařilo hlavní masu nádorových buněk odstranit jiným způsobem (Pacovský a kol. 1986). I pokud by uváděné sugesce nemohly odrážet skutečný mechanismus případného zastavení progresu maligního onemocnění, mohou být přitažlivým vysvětlením pro pacienta, vítajícího jakoukoliv naději.

Představa o „mocných žralocích“ v těle, bojujících za zdraví pacienta, se může stát užitečnou obraznou povzbuzující sugescí, kterou lze důstojně postavit vedle běžně používané argumentace některých autorů o „mocném, moudrém podvědomí“, které nejlépe cí, co je třeba ve prospěch pacienta udělat, a udělá to.

2. Oční a ušní lékařství

V ophthalmologii se hypnózy zatím systematictější nevyužívalo, nicméně jsou v literatuře sporadické zprávy o zajímavých experimentech i klinických zkušenostech. Browning a Crasilneck (1957) se např. pokusili ovlivnit amblyopii šilhajících dětí sugerováním zlepšeného vidění amblyopického oka. U všech devíti dětí, u nichž pokus provedli, došlo k určitému zlepšení ve vidění do blízka a u šesti i ve vidění do dálky. Po třech letech mohly být výsledky u osmi z těchto dětí přezkoušeny. I když se vnímavost oka všeobecně opět zhoršila, stupeň předchozího zlepšení mohl být obnoven v jediném hypnotickém sezení (Smith, Crasilneck a Browning 1961). U dospělých se autorům takové ovlivnění nepodařilo.

Graham a Leibowitz (1972) ovlivnili hypnotickými a posthypnotickými sugescemi, podávanými ve třech sezeních, zrakovou ostrost u šesti hypnabilních studentů s myopií. Drobná zpráva je o pokusu ovlivnit nitrooční tlak u glaukomu (Berger a Zimet 1958). Kroger (1977) uvedl hypnotické sugesci pro pacienty, kterým činí potíže přivyknutí na nošení kontaktních čoček. O léčení blefarospazmu s psychogenní etiologií jsme se zmiňovali na str. 195. Americká monografie G. Morgana „Hypnosis in ophthalmology“ (1980) nám bohužel není zatím dostupná, takže její přínos nemůžeme posoudit.

Z oblasti otorinolaryngologie se referuje především o pokusech ovlivnit tinnitus aurium. Kroger (1977) doporučuje zkusit se zvoněním, bzučením, šumem či tónem, který pacient slyší, napřed pomocí hypnotických sugescí manipulovat, zvyšovat, snižovat a pozměňovat ho, činit ho příjemnějším a přijatelnějším, celkově méně obtěžujícím. Přímé bezprostřední sugesci, že se ztratí a zmizí, jsou zřídka účinné.

Marlow (1973) uvádí dosažené zlepšení u dvou pacientů, mužů středního věku, u nichž se mu podařilo navodit středně hlubokou hypnózu. V hypnoterapii pokračoval jednou týdně po dobu šesti až osmi týdnů. U prvního pacienta sugeroval, že se bude na rušivý zvuk soustřeďovat, to bude způsobovat jeho hlubší ponořování do uvolněného stavu a v souvislosti s tím i snížení rušivosti zvonění a dosažení možnosti usnout. Tím se podařilo zvládnout bez hypnotik pacientovu nespavost, kterou mu zvonění v uších působilo. Postupně se stalo zvonění méně rušivým i v denních hodinách. U druhého pacienta Marlow sugeroval, že jakmile si uvědomí rušivé bzučení, vzpomene si zároveň na příjemnou melodii, která bzučení překryje. I u tohoto pacienta přestal tinnitus způsobovat nespavost, zmírnil se i během dne a pacient se naučil ho snášet.

Brattbergová (1983) ze Švédska dosáhla u 22 ze 32 pacientů během měsíce zlepšení (převážně ve smyslu akceptace symptomu a sníženého znepokojování se tinnitem) svérázným standardním postupem. V jediném sezení provedla hypnotizaci s prohloubenou relaxací a sugescemi, že pacienta zvuk už nebude „obtěžovat“, vše v trvání asi 15 minut. Pacient si s sebou měl donést magnetofonovou kazetu, na kterou mu terapeutka souběžně celý postup nahrála. Pacient si jej pak měl doma po dobu jednoho měsíce jednou denně přehrávat.

Otorinolaryngolog se také může výjimečně setkat s hysterickou hluchotou, občas se setká s funkčními potížemi v krku, které lze označit jako globus hystericus, a poměrně často s afonií a dysfonií, které mají více či méně výraznou psychogenní složku. O hypnoterapii těchto poruch jsme pojednali v souvislosti s hysterií. Hypnotické sugesci může být někdy také přístupná vazomotorická rýma.

Kroger (1977) navrhuje při vazomotorické rýmě sugerovat: „Představte si, že se vracíte domů a je velmi horký den. Váš nos a krk jsou velmi suché, skutečně suché, naprosto suché. Všechno je tak suché, že by vám přišel vhod nějaký nápoj. Ústa i nos jsou stále více suché...“

3. Jiné

V *sexuologii* se využívá hypnózy u funkčních sexuálních poruch, především u frigidity, anorgasmie, vaginismu, sexuální averze a poruch erektilivity. Uvedli jsme hypnosugestivní postupy včetně specifických formulek pro všechny tyto poruchy v monografii „Terapie funkčních sexuálních poruch“ (Kratochvíl 1987), a proto nepovažujeme za potřebné je zde opakovat. Hypnóze připisujeme roli podpůrnou. Základními účinnými metodami jsou nácvik komunikace s úpravou vztahu, nácvik překonávání strachu a jiných blokujících vlivů (desenzibilizace *in vivo*) a nácvik využívání vhodné sexuální stimulace v přímé sexuální interakci s partnerem (partnerkou), což jsou všechno základní součásti moderní sexuální terapie. Pomocnému využití hypnózy v tomto rámci jsou věnovány dvě samostatné americké monografie (Beigel a Johnson 1980, Araosz 1982).

U sexuálních deviací se hypnózy využívá jen výjimečně a její účinky vesměs nejsou uspokojiví.

Hemodialýza u pacientů se selháním ledvin, vyžadující docházení 2–3krát týdně do hemodializačního střediska a setrvávání 12 i více hodin u umělé ledviny, přináší četné psychologické problémy, spojené s omezením životních možností a se závislostí na přístroji. Po prvním období úlevy a vděčnosti přístroji, které se označuje jako „lábánky“, se objevuje nespokojenost a napětí z nepohodlí a závislosti, „rozčarování“, pozitivní vývoj vyžaduje, aby se dosáhla „dlouhodobá adaptace“ (Haškovcová 1985). Hledají se cesty, jak těmto pacientům psychoterapeuticky neúčinněji pomoci. V literatuře se, zatím ojedinele, setkáváme i s pokusy o využití hypnózy.

Dimond (1981) uvádí případ 30leté ženy, která si stěžovala na fóbii z injekcí a na nízký práh bolesti, přičemž z kontextu byl zřejmý protest proti umělé ledvině a neschopnost vyrovnat se se závislostí na ní. Chování pacientky během dialýzy působilo rušivě na ostatní pacientky i personál. V hypnoterapii, která si vyžádala 13 sezení, se autor snažil pacientku nejprve uvolnit, snížit vnímání bolesti a dosáhnout smíření s přístrojem, jeho akceptování a integrování s jejím tělem. Protože u pacientky byl též problém s nízkým průtokem krve, sugeroval, že v souvislosti s tím, jak začlení umělou ledvinu psychicky do svých osobních potřeb, zvýší se i průtok krve. Pacientka se postupně uvolnila, dosáhla adaptace i celkové duševní pohody a došlo také ke zvýšení z původního průtoku 150 ml na 250 ml za minutu. Uvedla rovněž, že je pro ni snazší dodržovat předepsanou dietu a že se cítí s danou situací smířená.

Praxe obvodního a závodního lékaře je oblast, ve které by se dalo hypnoterapie mnohdy účelně včas využít, dříve než se některé funkční nebo psychosomatické poruchy zafixují, nebo než si pacient navykne na symptomatické užívání analgetik, anxiolytik, hypnotik apod. Hypnoterapie by se mohla stát součástí komplexní léčby psychosomatických pacientů, léčených v ordinacích dosud jen farmakologicky. Mohla by být vhodným doplňkem základní léčby u pacientů s neurotickou nadstavbou, nadměrným strachem z lékařských zákroků a s různými chronickými potížemi, vzdorujícími jakékoliv léčbě. Považovali bychom za výhodné, kdyby aspoň některý lékař prvního kontaktu ve zdravotnickém středisku ovládal techniky hypnoterapie. Dosavadní sporadická sdělení lékařů, kteří si tyto techniky osvojili, vyznívala velmi slibně.

Sdělení závodní lékařky Z. Vlačihové na pracovní schůzi České psychiatrické společnosti (prosinec 1987) shrnulo zkušenosti se 26 pacienty, u nichž autorka využila hypnózu během jednoho roku od absolvování úvodního kurzu hypnózy. Vyčlenila si pro hypnoterapii část ordinacních hodin jednoho odpoledne v týdnu. U poloviny pacientů provedla 6-10 sezení, u druhé poloviny vystačila s menším počtem. Spektrum ovlivňovaných poruch zahrnuje dyspeptické obtíže, vředovou chorobu duodena, fixované vertebrogenní potíže, obezitu, atopický ekzém, dechové potíže astmatického typu, strach z lékařského zákroku a neurotické potíže různého druhu, zejména neurastenické a fobické. Část pacientů se zlepšila víc, část méně, ale jakmile se hypnoterapie v praxi zavedla, stalo se její užívání vděčnou metodou, doplňující a obohacující běžnou rutinní práci.

II. HYPNOTERAPIE U DĚTÍ

V kapitole o hypnotizaci dětí jsme již uvedli základní odlišnosti při navozování hypnózy u dospělých a dětí. Ty platí i při využívání hypnózy k léčebným účelům. U dětí, zejména mladších, netrváme na zavření očí, nevyžadujeme relaxaci, akceptujeme různé spontánní projevy a výrocky dítěte nesouvisející se sugerovanými jevy a snažíme se začlenit terapeutické sugesce do různých fantazijních prožitků, které vycházejí z pohádek, zajímavých příběhů nebo oblíbených činností a přání dítěte a v nichž s námi dítě aktivně spolupracuje. Při fantazijní hře na „jako by“ se dítě spolu s hypnoterapeutem včleňuje do děje. U starších dětí se průběh terapeutické hypnózy přibližuje hypnóze dospělých. Terapeutické sugesce mohou, podobně jako u dospělých, směřovat k posílení jistoty, bezpečí, klidu, sebevědomí, samostatnosti a schopnosti sebeuplatnění, odvahy a celkové duševní a tělesné kondice, k odstranění nežádoucích tělesných a duševních příznaků a poruch chování, k dosahování žádoucích vlastností a u větších dětí i k hlubšímu pochopení konfliktů či problémů a případnému odreagování a překonání psychických traumat.

Uvedeme některé postupy a formulace sugescí zaměřené především na: a) odstraňování nevhodných návyků, b) zvládání problémů s učním, c) somatické obtíže a bolesti a d) poruchy chování.

1. Nevhodné návyky

K nejčastějším poruchám, které můžeme označit jako nevhodné či chybné návyky, patří u dětí noční pomočování, koktavost a okusování nehtů.

Před zahájením hypnoterapie je třeba zjistit, zda návyk nemá nějakou významnou psychologickou funkci, zda neslouží nějakému účelu, nevede k druhotnému zisku. Zkoumáme, zda dítě nezískává pomocí symptomu nějaké výhody, např. pozornost, moc, ohledy, možnost vyhnout se trestu, nebo zda se naopak symptom nefixuje jako protestní reakce při příliš přísném, necitlivém nebo agresivním chování rodičů. Pak je na místě spíše dynamicky orientovaná psychoterapie, práce s rodiči nebo rodinná terapie než snaha o okamžité přímé odstraňování symptomu hypnózou.

Noční pomočování

Při nočním pomočování můžeme terapeutické sugesce zaměřovat na volní ovládnutí sfinkteru, na včasné probuzení při potřebě močení a na celkové pozitivní ujištění, že „postel zůstane suchá“.

Budeš nyní dokonale ovládat svoje močení. K močení nebude docházet, když sám nebudeš chtít. K močení může dojít jen tehdy, když sám chceš, když k tomu sám dáš svou vůli svol. Když budeš spát, tak se při potřebě močení vždy včas probudíš. Vstaneš z postele, půjdeš na záchod, vymočíš se, vrátíš se do postele a ihned zase usneš zdravým spánkem. *Při potřebě močení se vždy včas probudíš. Postel zůstane suchá.* Budeš mít radost ze svých úspěchů.

U hypnabilního dítěte můžeme v hypnóze provést i modelový nácvik probuzení s odchodem na toaletu. Přirovnáváme hypnózu ke spánku a sugerujeme potřebu močení. Je výhodné, vypije-li dítě před hypnotickým sezením více tekutiny a provádí-li se hypnotizace vleže. Před hypnotizací je třeba dítěti ukázat, kde jsou záchody.

Nyní spíš a odpočíváš v hypnóze stejně jako v nočním spánku. Za chvíli se ti bude chtít močit (čurat). Budeš mít stále silnější tlak v močovém měchýři, stále větší potřebu vypustit moč. Když se tato potřeba objeví, probudíš se, vstaneš a odejdeš na záchod, kde se vymočíš. Pak se vrátíš zpátky, ulehneš a budeš pokračovat ve spánku. (Hypnoterapeut čeká, až pacient příkaz provede, případně nutkání k močení a odchod na záchod sugeruje znovu a opakovaně. Po provedení příkazu a návratu pacienta na pohovku zadává posthypnotické sugesce:.) Stejně jako nyní jsi byl schopen se při potřebě močení probu-

dit a odejít na záchod, stejně tak to bude probíhat v noci doma. Při potřebě močení se vždy včas probudíš. Postel zůstane suchá . . .

O úspěšném využití hypnoterapie u enuréz referovalo několik absolventů hypnotických kursů. O některých se stručně zmíníme.

Skaličanová (1979) popsala pozitivní zkušenosti s kolektivním léčebným pěti chlapců a pěti děvčat ve věku od 10 do 14 let v uzavřené ambulantní skupině. V prvních čtyřech sezeních se pacienti vzájemně seznamovali a nacvičovali autogenní trénink. V dalších sezeních navozovala autorka kolektivní hypnózu s terapeutickými sugescemi. Po léčbě, která trvala jeden a půl roku, byly potíže u osmi dětí zcela upraveny a u dvou došlo k podstatnému zlepšení.

Kubelková (+) měla při individuální ambulantní léčbě u čtyř hypnabilních chlapců ve věku 14-15 let trvalý úspěch již po několika sezeních. S ambulantní hypnoterapií získali dobré zkušenosti u části léčebných dětí také J. Kašparů (1985), E. Hofírková (+) a další.

I. Válková (+) využívala intenzivní hypnoterapie u enuretiků hospitalizovaných na dětském oddělení psychiatrické kliniky. Srovnala efekt skupiny léčené hypnózou (N = 17), skupiny léčené současně hypnózou i farmaky (N = 17) a skupiny léčené jen farmakoterapií (N = 40). Věk dětí se pohyboval od 4 do 15 let. Hypnotická sezení prováděla autorka denně s výjimkou sobot a nedělí, jejich počet se v závislosti na délce hospitalizace dítěte pohyboval od 10 do 29 sezení. Hypnotické sezení trvalo průměrně 20 minut, jádrová formulka zněla „při potřebě močení se včas vzbudíš“. Tyto děti také nacvičovaly autogenní trénink. Účinek se hodnotil počtem suchých nocí ve zvoleném období před léčbou a po léčbě. Pozitivní změny byly nejvýraznější ve skupině s kombinací hypnoterapie a farmakoterapie, na druhém místě byla samotná hypnoterapie a na třetím samotná farmakoterapie.

Koktavost

Koktavost (balbuties) patří k příznakům, u nichž se hypnoterapie často doporučuje i zkouší. Sami jsme s ní úspěchy neměli a také Bul (1974) se na základě svých zkušeností vyjadřuje o účinnosti u ní spíše skepticky: řeč je možno pomocí hypnoterapie plně a trvale upravit jen u 30-35 % léčených. Na druhé straně se však v literatuře vyskytují optimističtější zprávy (Crasilneck a Hall 1975, Kroger 1977) a také někteří naši dětské kliničtí psychologové referovali o pozitivních zkušenostech (R. Konečný, J. Sodomka, D. Švehlíková aj.). Uvedeme základní pokyny k formulování sugescí.

Léčebné sugesce se zaměřují především na *snížování strachu z mluvení před lidmi* a nejistoty před lidmi.

Při hovoru před lidmi budeš úplně klidný. Přítomnost lidí ti nevádí. Cítíš se v hovoru s lidmi uvolněný, klidný a jistý. Dovedeš klidně mluvit před lidmi.

Dále se zkouší *navozování lhostejnosti k symptomu* a snížování neklidu, napětí a pocitů méněcennosti souvisejících s koktáním.

Koktání je ti lhostejné. Máš svou hodnotu, která spočívá v něčem jiném (případně podtrhnout konkrétní kladné vlastnosti a úspěchy pacienta). Kdo si chce poslechnout, co mu chceš říct, ten si počká, až to řekneš. Kdo nechce čekat, na tom ti nezáleží.

Sugesce zaměřené přímo na řeč zdůrazňují plynulost řeči, uvolněné, klidné dýchání, případně pomalé, plynulé vyslovování krátkých vět během prodlouženého výdechu. Také se může zdůrazňovat spíše sponatannost řeči a koncentrace na obsah.

Budeš klidně a volně dýchat. Dech je zcela klidný. Řeč bude plynulá a hladká. Mluviš zvolna a klidně s pomalým vydechováním.

Mluvení probíhá samo, necháváš mu volný průběh. Slova budou plynout lehce. Slova vycházejí z úst sama od sebe. Řeč je ti lhostejná, obsah je důležitý. Nemyslíš na to, jak mluviš, ale na to, co chceš říci.

U hypnabilnějších osob můžeme zkoušet *nácvik mluvení v hypnóze*. Žádáme opakování určených vět, odpovědi na otázky nebo spontánní vyprávění. Někdy pacient v hypnóze i bez přímých sugescí mluví zcela plynule, bez koktání, po ukončení hypnózy se však koktání – i přes zadání posthypnotických sugescí, že plynulá řeč zůstane – zpravidla znovu vrací. Jindy koktání trvá nezměněně i v hypnóze, ale postupným navčíváním s opakovanými podpurnými sugescemi se je daří v hypnotickém stavu zmírňovat až odstranit. Zároveň se za vydatné podpory posthypnotických sugescí zkouší přenesení tohoto efektu i do bdělého stavu.

Zkouší se také vsugerovat vhodný posthypnotický *autostimulační manévr*, který má uvolnit vznikající tonickou nebo klonickou křeč mluvidel, např.: „Jakmile stiskneš palec proti ukazováčku, napětí (křeč) v ústech ihned zmizí, mluvidla se uvolní a řeč bude dál probíhat hladce.“ Účinek tohoto manévru lze navčívovat a fixovat v hypnóze tak, že napřed sugerujeme pacientovi při určité slabice tonickou nebo klonickou křeč mluvidel, kterou nemůže překonat, ale která ihned zmizí, jakmile provede určený stisk. Tento postup vícekrát opakujeme.

Pokud koktání vzniklo nebo se fixovalo psychotraumatizujícími zážitky, může se také zkusit hypnotická abreakce těchto zážitků: vsugerovat jejich živé znovuprožívání s plným, neovládaným projevem průvodních emocí. Po proběhnutí je pak třeba navá-

zat korigující sugesce, že „špatné pocity“ (strachu, hrůzy, křivdy, bezmoci, lítosti, hněvu) se už „odplavily“, situace je nyní zvládnuta a nebude mít žádný další vliv; proto může vymizet i kóktání a řeč bude opět plynulá a klidná.

Zdá se, že hypnoterapie může u vnímavých osob snáze ovlivnit strachovou (antropofobickou, logofobickou) složku kóktavosti než samotné kóktání. Tam, kde je tato složka ve vzniku nebo udržování poruchy podstatná, může se v souvislosti s tím významně a rychle zlepšit i řeč. Tam, kde kóktání není závislé pouze na sociální situaci, je hypnóza zpravidla jen podpůrným postupem, který je třeba spojit s komplexní, systematickou a dlouhodobou logopedickou péčí. V rámci takové péče měla u nás dobré výsledky s podpůrným využitím autogenního tréninku logopedka N. Dostálová (1977). Užitečné nácvikové postupy přináší také behaviorální a discentní psychoterapie (srov. Kondáš 1983).

Okusování nehtů

Okusování nehtů, dumlání palce a nutkavé vytrhávání vlasů (trichotilomania) patří k častým nevhodným dětským návykům. Jako východisko pro vytváření vhodných sugestivních formulek mohou posloužit formulace, které navrhuji Crasilneck a Hall (1975) pro okusování nehtů (onychofagii).

Kdykoliv začneš přibližovat ruku k ústům, objeví se v ruce samočinný pohyb opačným směrem, který bude ruku od úst odtahovat. Nebudeš už mít potřebu pokračovat v návyku, který poškozuje tvoje nehty a zesměšňuje tě před rodiči a kamarády.

Někteří autoři doporučují sugerovat také odpornou chuť prstů a nehtů při jejich vsunutí do úst, která vyvolává nevolnost. Crasilneck a Hall považují za vhodné vyvážit v závěru léčebných sugescí negativní formulace formulacemi pozitivními.

Jak se začneš zbavovat tohoto návyku, budeš mít pocit dobré pohody a radosti ze sebe samotného. Budeš pyšný na své nehty a ruce. Kdykoliv se úspěšně vyneš okusování nehtů, budeš mít radost, že se ti to podařilo.

2. Učení a emoce

Psychologové v pedagogicko-psychologických poradnách se ve své rutiní práci musejí často zabývat dětmi, které mají potíže při zvládnutí učební látky. Buď se určenou látku nedovedou efektivně naučit, nebo nedovedou své znalosti přiměřeně uplatnit při zkoušení a mají pak ve škole špatný prospěch. Při školním neúspěchu může hrát roli jak zhoršená schopnost pochopení a osvojení nové látky, což souvisí s kognitivními funkcemi a inteligencí žáka, tak motivační a emoční faktory, které

ovlivňují koncentraci pozornosti, zájem o učení, snahu o úspěch, vyvolávají trému, pocity méněcennosti, rezignaci, odpor k učení, případně až fobie z návštěvy školy.

Vliv hypnoterapie na *přímé zvýšení efektivity učení* je sporný. Hypnóza rozhodně nemůže zvýšit inteligenci ani ovlivnit mentální retardaci. Může však podpořit motivaci a zmírnit nebo odstranit negativní vliv emocí, které snižují intelektovou výkonnost. Může tak napomoci lepšímu využívání existujících schopností žáka. Nejjednodušší sugesce podporující produktivní učení mohou znít např. takto:

Kdykoliv se pustíš do učení, dobře ti to půjde. Budeš mít chuť se učit. Učení tě bude bavit a těšit. To, co se máš naučit, ti půjde snadno do hlavy a dobře si to budeš pamatovat. Snadno se soustředíš a tvoje učení bude mít dobré výsledky. Z výsledků budeš mít radost.

Sugestivní posilování motivace má vycházet z individuálních potřeb žáka, z jeho vlastních zájmů, případně z důrazu na jeho vlastní přání týkající se budoucnosti (Protože se chceš stát . . . , chceš i zvládnout . . . , dokážeš i zvládnout . . .).

Sugestivní ovlivňování trémy, úzkosti, strachů a fobií* využívá podobných postupů a formulací jako u dospělých (srov. str. 126), přičemž u mladších dětí se terapeut snaží navázat tyto formulace na různé vsugerované fantazijní a hrové prožitky. Uvedeme zde příklad průběhu hypnotického sezení s desetiletou Petrou, nadanou klavíristkou, která trpěla trémou, když měla hrát před více lidmi. Ukázkou sezení provedl K. Balcar v rámci demonstrace v kurzu hypnózy (1979).

Hypnoterapeut se v úvodním rozhovoru snažil navázat s Petrou dobrý kontakt a zároveň získat informace o jejích oblíbených místech, předmětech a činnostech, které by pak mohl využít v sugescích. Petra mu mimo jiné sdělila, že mají doma psa Blaka, kterého má ráda. Hypnotizér jí žádá o zavření očí a říká: „Když dáš dobrý pozor, za chvíli budeš tady pod stolem ležet ten váš Blak . . . je to jako když si s ním hraješ . . .“ Z úvodního vybidnutí k představování si příjemné scény začíná hypnoterapeut postupně líčit scénu tak, jako že se „skutečně děje“, a snaží se do ní dívku vtáhnout jako aktivního účastníka: „Blak ti teď dává čumák do dlaně, chce pohladit . . .“ Subjekt teď může projevit pohybem, zda hru přijal. V konkrétním případě Petra žádný pohyb neprovedla, a proto hypnoterapeut pokračoval dál na povrchnější úrovni. Snažil se využít dalších informací a navázat slovní kontakt. „Jak se jmenuje tvá nejmilejší panenka?“ (Eva.) „Tak teď už ji máš v náručí, povídej jí něco.“ Protože reakce jsou nevýrazné, vypráví hypnoterapeut Petře chvíli sám pohádkový příběh, kterému dívka uvolněně naslouchá, a vede ji postupně k hlubšímu ponoření se do zážitků. Pak jí sugeruje prožitek scény, kdy hraje sama na klavír. Je při tom se svou hrou spokojena, má z ní radost, dobře se jí hraje. Když Petra potvrzuje tento zážitek, přenáší ji hypnoterapeut do situace, kdy hraje na besídce

* Instrukční příklady hypnoterapie dětí se školní fobií publikovala např. Lawlorová (1976).

před více lidmi a pořád se při tom cítí stejně dobře, jako když hrála sama. „Kdyby na tebe přišel strach, tak se nadechneš a vydechneš, a strach hned zmizí. Už se před lidmi vůbec nebudeš stydět.“ Hlubší nadechnutí a vydechnutí fixuje hypnoterapeut dalšími posthypnotickými sugescemi jako autostimulační manévr, který má působit v konkrétní situaci proti trémě: „Vždycky, když se takto nadechneš a vydechneš, tak ti přestanou posluchači nebo diváci vadit. Budeš hrát tak, jako bys hrála, když hraješ sama doma.“

3. *Somatické symptomy a bolest*

Pro hypnoterapii neurotických, psychosomatických a organicky podmíněných potíží v jednotlivých tělesných orgánech a systémech u dětí platí stejné možnosti a zásady, které jsme podrobně popsali v předchozích kapitolách o hypnotickém léčení těchto poruch u dospělých. Gardnerová a Olnessová (1981) uvádějí ve své monografii příklady a přehledy využití hypnoterapie u dětí při poruchách trávicího ústrojí, při přejídání, nechutenství a zvracení, při astmatu, svědění, bradavicích, nepravidelnostech tepu, bolestech hlavy, psychogenních poruchách hybnosti, afektivních záchvatech aj. i využití hypnózy k ovlivňování strachu a zmírňování bolesti v dětské chirurgii, při spáleninách, ve stomatologii, dětské onkologii a dalších oborech.

Zvláštní pozornost vzbudily v poslední době systematické pokusy o využití hypnózy u dětí s leukémií, které se musejí opakovaně podrobovat nepříjemnému odebrání vzorků kostní dřeně z kyčelní nebo stehenní kosti (trepanobiopsii). Přípravná lokální anestézie je účinná jen zčásti a zavádění pučků jehly do kosti i nasávání kostní dřeně bývá značně bolestivé, přičemž bolest přetrvává i po skončení zákroku. U dětí nezřídka vzniká panický strach před dalším zákrokem.

Hilgardová a LeBaron (1982) provedli u leukemických dětí ve věku od 6 do 19 let kontrolované pokusy o ovlivnění strachu i bolesti v souvislostech s uvedenou aspirací kostní dřeně. Ze 24 pacientů, kteří přijali nabídku na využití hypnózy, bylo podle předběžného testování Stanfordskou klinickou škálou hypnability pro děti celkem 19 pacientů značně hypnabilních, což je překvapivě vysoký počet. U deseti z těchto 19 pacientů dosáhli autoři již během prvního hypnoterapeutického sezení užitečného snížení bolesti a u pěti dalších se podařilo snížit bolest ve druhém sezení. U zbylých čtyř hypnabilních pacientů a u všech pěti nehypnabilních se ovlivnění bolesti nepodařilo. Pro ilustraci postupu autorů zde uvedeme podrobněji ukázkou úspěšného využití hypnózy u šestileté Anetky.

U Anetky byla před sedmi měsíci diagnostikována lymfatická leukémie a v době, kdy s ní autoři poprvé hovořili, měla za sebou již sedm pučků kyčelní kosti. Autoři nejprve zaznamenali svá pozorování průběhu pučce před tím, než se pokusili o využití hypnózy. Když Anetka vstoupila do místnosti, kde se prováděl zákrok, vypadala zpočátku klid-

ně. Brzy se však u ní objevil strach a napětí. Odmítala vylézt na operační stůl. Během dezinfikování pole tiše plakala. Její pláč se stal hlasitým, když byla aplikována lokální anestetie. Během punkce byly patrné výrazné projevy bolesti a strachu s hlasitým křikem. I po skončení zákroku plakala a stěžovala si na přetrvávající bolest. Podle sdělení matky odpovídalo pozorované chování typickému chování Anetky při předchozích punkcích.

Když matka i Anetka přijaly nabídku využití hypnózy, provedli autoři testování na Stanfordské klinické škále pro děti, při němž Anetka získala šest ze sedmi možných bodů. Během provádění škály měla zavřené oči a zdálo se, že je hluboce pohroužena do sugerovaných zážitků.

V den, kdy byla naplánována další punkce, přišla matka s Anetkou o něco dříve, aby mohl být proveden předběžný nácvik hypnózy k terapeutickým účelům. Hypnoterapeut posadil Anetku do pohodlného křesla a navozoval hypnózu verbálně fixační technikou se zavíráním očí. K fixaci použil kresbu komického obličejce, který nakreslil pacientce na nehet jejího palce. Po navození hypnózy sugeroval, že Anetka vidí před sebou dort k narozeninám, na kterém jsou zapálené svíčky. Měla svíčky sfouknout a při tom současně stisknout matce silně ruku. Anetka sugesci přijala a příslušné reakce provedla.

V dalším průběhu hypnózy vybědíl hypnoterapeut Anetku, aby si vylezla na operační stůl, a provedl s ní simulovanou modelovou přípravu na zákrok včetně punkce, simulované silným pichnutím jehlou. Během tohoto vpichu měla pacientka znovu sfouknout svíčky na halucinovaném dortu a silně stisknout matčinu ruku, „dát do tohoto stisku všechny pocity, kterých by se chtěla zbavit“. Během uvedeného modelového postupu zůstala pacientka zcela klidná, a když došlo o něco později ke skutečné přípravě a punkci, proběhlo všechno rovněž hladce. Vylezla bez protestů na operační stůl, zůstala klidná a během zákroku naslouchala terapeutovým slovům. Vyskytlo se jen několik krátkých okamžiků napětí. Během aspirace kostní dřevě silně foukla na terapeutovy prsty, iluzivně pozměněné jeho sugescí na „svíčky na dortu“. Pak stiskla terapeutovu ruku a usmála se. Bezprostředně po zákroku projevila zájem jít si hrát. Uvedený hypnotický postup se jí stal běžným a při následujících zákrocích se mohl zkrátit.

Úspěch hypnoterapie u dalších hypnabilních dětských pacientů se pohyboval mezi značným a malým ovlivněním, s průměrným snížením odhadované bolesti o 30 %. Kromě ovlivňování bolesti při punkcích se autoři zabývali také hypnoterapeutickým ovlivňováním průvodních symptomů onemocnění a vedlejších příznaků způsobených léčbou cytostatiky. Všechny výsledky a zkušenosti s hypnoterapeutickým ovlivňováním leukemických dětí podrobně shrnuli v samostatné monografii (Hilgardová, LeBaron 1984).

4. Poruchy chování

Účinnost samotné hypnoterapie při ovlivňování poruch chování u dětí a mládeže, jako je záškoláctví, lhaní, krádeže, agresivita, vandalismus, zneužívání drog aj., je jistě pochybná. Avšak v rámci komplexního dlouhodobého psychoterapeutického působení a v dobrém terapeutickém vztahu může mít podle našeho názoru začlenění hypnoterapeutických sezení nemalý podpůrný význam. Permisivně-kooperativní navození hypnózy s následným vyvoláváním příjemných fantazijních prožitků může terapeutický vztah dále prohloubit, může posílit moti-

vaci k odstraňování nežádoucích vlastností a pěstování kladných osobnostních rysů i zaměřování se na pozitivní cíle a hodnoty. Může pomoci k odreagování nahromaděných negativních emocí ve vztazích k lidem, ke korigování nesprávných generalizací, k posilování vůle a upevňování předsevzetí, pro něž se pacient v bdělých psychoterapeutických rozhovorech rozhodl. Chápe-li hypnotické sugescce jako pomoc v uskutečňování toho, o co chce i na vědomé úrovni usilovat, nemobilizuje se sugescemi odpor proti vnučování hypnotizérovy vůle, ale podporuje se spolupráce. Hypnóza jako specifická forma intenzivního kooperativního interpersonálního vztahu zde může mít nemalý terapeutický a psychokorektivní potenciál, který zatím nebyl dostatečně ověřen a využíván.

ZÁVĚR

Na první celostátní konferenci o hypnóze, kterou jsme uspořádali v psychiatrické léčebně v Kroměříži v r. 1982, proběhl mimo jiné zajímavý diskusní seminář na téma „Neúspěchy a omyly v hypnoterapii“. Chtěl bych svoji příručku klinické hypnózy uzavřít několika poznámkami k tomuto tématu.

Publikace a referáty o hypnoterapii obsahují většinou sdělení o kladných zkušenostech: přinášejí popisy vybraných úspěšných případů, jimiž se mají doložit léčebné možnosti hypnoterapie v příslušné oblasti i hypnoterapeutické dovednosti autorů. Referovat odborné veřejnosti podrobněji o neúspěších použitých postupů se obvykle nepovažuje za účelné. Tím může vznikat u začínajících hypnoterapeutů nesprávný dojem, že neúspěchy, s nimiž se při zavádění hypnoterapie nutně setkávají, jsou způsobeny jejich vlastní neschopností s hypnózou efektivně pracovat. Někteří z nich pak po opakovaných zklamáních upouštějí od užívání metody, kterou by jinak mohli natrvalo udržet ve svém terapeutickém repertoáru a ve vhodných případech ji vždy znovu a znovu zkoušet. Sám jsem se proto snažil vyhnout se v příručce vyvolávání přehnaných nadějí a vzbuzovat jen očekávání realistická a střízlivá, v nichž se s neúspěchy počítá.

Neúspěchy hypnoterapie vyplývají z nedostatečné hypnability pacienta, dále z jeho nedostatečné připravenosti k hypnóze, z vlivu rušivých činitelů vnějších a vnitřních a pak samozřejmě také z nedostatečné trpělivosti hypnoterapeuta a z nedostatků ve volbě a provádění hypnotizační a hypnoterapeutické techniky. V technikách se lze s přibývajícím zkušenostmi zdokonalit, rušivé vlivy lze většinou odstranit. Hypnabilita pacientů však zřejmě zůstane činitelem, který bude klást terapeutickému využívání hypnózy relativně vymezené hranice. Nezbyvá nám, než je přijmout.

Omyly a chyby v hypnoterapii mohou vyplývat z nedostatečných znalostí a zkušeností v oblasti hypnologie, psychopatologie, psychosomatiky a psychoterapie. Povšimneme si zde pouze dvou základních chyb,

dotýkajících se hypnoterapie jako psychotherapeutické metody. Patří k nim přecenění a naopak nedocení významu hypnotických sugescí jako prostředku k odstraňování chorobných symptomů. Souvisí s nedoceněním nebo přeceňováním významu psychických faktorů, které mohou být zodpovědné za vznik a udržování symptomů.

Někteří psychotherapeuti se nedostatečně zajímají o to, jaké by mohly být hlubší interpersonální nebo zejména intrapsychické kořeny pacientových příznaků. Spokojují se s vyslechnutím pacientových stížností a nepátrají již intenzivněji po tajných, skrytých nebo nevědomých motivech, vnitřních konfliktech, potlačených psychotraumatických zážitcích a dynamickém smyslu symptomů: čeho jsou projevem, jaký je jejich smysl, k čemu pacientovi slouží, jakou roli plní v jeho životě. Zaměřují-li se pouze na odstraňování symptomů tam, kde takové hlubší dynamické kořeny ve skutečnosti jsou, dopouštějí se chyby.

Někteří psychotherapeuti naopak hledají „hluboké složitosti lidské duše“ za každým jednoduchým příznakem, který mohl vzniknout a fixovat se reflexním mechanismem, za každým problémem, který je prostý a věcný. Pacientovy příznaky i sdělení jsou pro ně pouze vrcholem ledovce plujícího hluboko pod hladinou. Pátrají po jejich skrytém smyslu a snaží se vynášet na povrch zážitky z dětství, zklamaná očekávání a potlačované citové potřeby či vztahy k rodičům, odhalovat nevědomé manipulace. Snaží-li se usilovně nacházet a odstraňovat hluboké příčiny příznaků, které jsou ve skutečnosti psychodynamicky „prázdné“ a daly by se snadno a rychle odstranit hypnotickou sugescí a nácvikem, dopouštějí se rovněž chyby.

Je dobře mít tyto chyby na paměti a snažit se přistupovat ke každému pacientovi méně se šablonou teorie – dynamické, behaviorální, systémové či jiné – a více s pochopením pro jeho jedinečné individuální rysy.

LITERATURA

Základní monografie

- Ambrose G., Newbold G.*: A handbook of medical hypnosis. 4th ed. London, Bailliere Tindall 1980
- Bul P. I.*: Osnovy psychoterapii. Leningrad, Medicina 1974
- Crasilneck H. B., Hall J. A.*: Clinical hypnosis: Principles and applications. 2nd ed. New York, Grune and Stratton 1985
- Dostálová O.*: Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným. Avicenum, Praha 1986
- Erickson M. H., Rossi E. L.*: Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states. New York, Irvington 1981
- Frankel F. H.*: Hypnosis. Trance as a coping mechanism. New York, Plenum Publishing Corporation 1976
- Gardner G. G., Olness K.*: Hypnosis and hypnotherapy with children. New York, Grune and Stratton 1981
- Gibbons D. E.*: Applied hypnosis and hyperempiria. New York, Plenum Press 1979
- Hartland J.*: Medical and dental hypnosis and its clinical applications. 2nd ed. London, Bailliere Tindall 1971
- Hilgard E. R., Hilgard J. R.*: Hypnosis in the relief of pain. Los Altos, California, W. Kaufmann 1975
- Hilgard J. R., LeBaron S.*: Hypnotherapy of pain in children with cancer. Los Altos, Calif., W. Kaufmann 1984
- Horvai I.*: Hypnosa v lékařství. Praha, Státní zdrav. nakladatelství 1959
- Hoskovec J.*: Psychologie hypnózy a sugesce. Praha, Academia 1967
- Chertok L.*: Nepoznaná psychika. Praha, Avicenum 1986
- Klumbies G.*: Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. 4. Aufl. Leipzig, S. Hirzel 1983
- Kratochvíl S.*: Hypnóza. Experimentální přístup. Praha, Academia 1986
- Kratochvíl S.*: Psychotherapie. 3. vyd. Praha, Avicenum 1987
- Kroger W. E.*: Clinical and experimental hypnosis. 2nd ed. Philadelphia, J. B. Lippincott 1977
- Langen D.*: Kompendium der medizinischen Hypnose. 3. Aufl. Basel, Karger 1972
- Langmeier J., Balcar K., Špitz J.*: Dětská psychoterapie. Praha, Avicenum 1989
- Leuner H., Schroeter E.*: Indikationen und spezifische Applikationen der Hypnosebehandlung. Bern, H. Huber 1975
- Rožnov V. E.* (red.): Rukovodstvo po psychoterapii. 3. izd. Taškent, Medicina 1985
- Spiegel H., Spiegel D.*: Trance and treatment. New York, Basic Books 1978
- Stokvis B.*: Lehrbuch der Hypnose. 2. Aufl. bearbeitet von D. Langen. Basel, Karger 1965
- Svoboda M.*: Hypnotické chování. Brno, Univerzita J. E. Purkyně 1987
- Šnýdrová I.*: Použití hypnózy u centrálních poruch hybnosti. Praha, Univerzita Karlova 1988

- Varšavskij K. M.*: Gipnosuggestivnaja terapija. Leningrad, Medicina 1973
- Vojáček K.*: Autogenní trénink. Praha, Avicenum 1988
- Weitzenhoffer A. M.*: General techniques of hypnosis. New York, Grune and Stratton 1957
- Wester W. C., Smith A. H.* (eds.): Clinical hypnosis: a multidisciplinary approach. Philadelphia, Pa., Lippincott 1984
- Zeig J. K.* (ed.): Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. New York, Brunner-Mazel 1985

Soupis citovaných statí a článků lze obdržet od autora (psychiatrická léčebna, Kroměříž).

REJSTŘÍK

- Ablační hypnóza 105–106, 186, 187
abreakce 100–103
abstinenční příznaky 147
afonie 136–137
agorafobie 104, 128
achalázie 168–170
aktivní hypnóza 37
aktivní subjekt 58, 65
akustické podněty 73
amblyopie 245
amenorea 229–230
amnésie 50, 56, 58–63
analgezie 96–100, 212–214
- při porodu 224–227
- při zubním ošetření 235–236
- v onkologii 242–243
anestézie 99, 207, 211–214
anesteziologie 207–223
antikoncepce 231–233
astázie–abázie 138
astmatické záchvaty 159–160
autogenní trénink 16, 93, 132
autohypnotický trénink 40
autohypnóza 106–109
autostimulační manévr 109–111, 126,
128, 251
averzivní terapie 95–96, 104, 147–148
- B**lefarospasmus 195–196
bolest 96, 97, 184–188
- hlavy 125, 126, 185
- chronická 100, 106–107
- u dětí 248–249
- v onkologii 242–243
- v zádech 184–185
bradavice 201–203
bronchiální astma 158–163
- C**olitis ulcerosa 172–173
Dávivý reflex 241
- dermatitis 207
deprese 129–131
desenzibilizace 127
děti 77–83, 248–256
diagnostická škála 65–66
direktivnost 31–33
dotek 94
dráždivý tračník 175
dvojná vazba 44
dyskinéza žlučových cest 174
dysmenorea 230–231
- E**kzémy 206–207
emocionálně stresová hypnóza 150
endokrinní poruchy 175
Erickson M. H. 113–114
ericksonovská hypnoterapie 113–118
- hypnotizace 42–46
- F**antazijní techniky 26–31, 78–82, 130,
160, 237–238, 243
fantomová bolest 185
fatické poruchy 198–199
fixační bod 17, 22, 24
- kašel 162–163
fobie 104, 127, 255
- ze zubního ošetření 234
- z porodu 227–228
fyziologické reakce 100
- G**astrointestinální poruchy 168–175
grafospasmus 104, 193–194
gynekologie 223, 229–233
- H**alucinace 50, 52–53, 57–58
hemodialýza 247
hemofilie 219
hloubka hypnózy 38–41, 46, 63–67
hypertenzní choroba 163–166
hypnabilita 27, 45
- a analgezie 96–97

- a efekt léčby 66-67, 154, 179, 191, 227

hypnoanalýza 103

hypnodoncie 242

hypnotárium 17

hypnotický spánek 85, 86, 132, 170-171

hypnotizace

- aktivizační 35-37

- ericksonovská 24, 42-46

- fantazijní 26-31, 78-82

- hyperempirická 37

- improvizovaná 22-24

- individualizovaná 42-46

- kolektivní 41-42, 90

- mateřská 33

- nácvik 67, 72-73

- nedirektivní 32

- opakovaná 40-41

- poetická 26

- přerušovaná 38

- u dětí 74-83

- uspávací 19-25, 72

hypnóza

- informace 18

- navození 11, 19-25, 26-38

- prohlubování 38-40

- ukončení 25-26

hypochoondrie 134-135

hysterické záchvaty 138-139

hysterie 135-146, 183

Chirurgie 207-223

Interakce hypnotizovaných 61-63

imunitní systém 245

Kardiovaskulární poruchy 163-167

klidová hypnóza 21, 84, 172-173

koktavost 105, 250-252

komplexní psychoterapie 118, 120-121

kondylomy 204

kontrolní skupina 161-162, 165-166,

190-191, 250

konverzní symptomy 136-138

kouření 108, 151-154

kožní onemocnění 200-207

krvní tlak 165-166

krvácení 212, 216-217, 340

kyvadélko 13

Léčebný účinek 66-67, 174, 191

leukémie 254-255

Mentální anorexie 179-182

metoda dvojí koleje 120-121

mluvení v hypnóze 51, 52

mnohočetná osobnost 143-146

močení 175

motivace 112, 147, 197, 198, 223

motorika 57, 198-200

mozkové krvácení 198-199

Nácvik 104, 251

nádory 217, 245

narkománie 151

narkóza

- sluchové vnímání 221-223

nedirektivnost 32, 33

neplodnost 231-232

neuralgie trigeminu 185

neurastenie 131-132

neurologie 182-200

neurotická nadstavba 183-184

neurózy 123-142

neutrální hypnóza 21, 84

neúspěšná

- hypnotizace 70-72

- hypnoterapie 257

nevědomí 44, 90, 116-117

noční pomočování 249-250

Obezita 176-178

obvodní lékař 248

odpor 42

odvedení pozornosti 225, 236-238

oftalmologie 245

okusování nehtů 252

omyly v hypnoterapii 357

onkologie 242-245

operace v hypnóze 208-214

organické poruchy 182-183, 186-191,

198-200

ortopedie 182

osobnostní faktory 161, 163, 188-189

otevření očí 51

otorinolaryngologie 246

Padání dozadu 13-14

paradoxní psychoterapie 117-118

paranoidita 155

paréza 137, 139-142, 199, 200

pasivní subjekt 58, 65

pasý 73

podvědomí 117, 184, 216, 245

pohyb 57

pooperační období 215-216

popálení 217-221
porod 223-228
poruchy chování 255-256
posthypnotická sugesce 50, 55, 58,
243
premenstruační tenze 231
profesionální křeče 194-195
prolongovaná hypnóza 86
prostá hypnóza 84, 85
prostředí pro hypnózu 17
prožitky v hypnóze 57-63
průjem 174
předoperační období 215
přežvykování křivd 189
příjem potravy 217
příprava na hypnózu 12
„Psychobalzá“ 125
psychoprolaktická příprava 223-224
psychosomatické poruchy 137-182
psychózy 154-157

Racionální zdůvodnění sugescí 94, 112,
125, 189-190
Raynaudova choroba 167
rehabilitace 197-199
relaxace 19, 34-35, 84
retence moči 215
revmatická artritida 175
rosacea faciei 207

Semknutí rukou 15
sen 49
sexuologie 247
schizofrenie 154-157
signalizace prstem 94-95, 99, 125, 236,
238
Simontonova technika 206-207, 245
slinění 232
smích 70
spánek 72, 85-86, 123, 124, 132
spastická tortikolis 191-193
Spiegelova technika 108-109, 151,
178
Stanfordské škály 19, 66, 76-78
stenokardie 167
sterilita 231-232
strach 126-128, 234

sugesce 13-15
- analgezie 97-99
- averzivní 95-96, 147-148
- formulování 68-70, 111-113
- jednoduché 46-51
- nepřímé 115-116
- neutralizační 94
- obrazné 90-92
- prožitky 57-63
- přímé 87-90
- složitější 51-65
- specifické 92-94, 163
- terapeutické 87-96, 111-113

sugestivní intonace 12
svědění 205

Teplo 49
terapeutické sugesce 87-96
terapeutický vztah 118-120, 156
tíha 46, 47
tik 196-197
tortikolis 191-193
tréma 126, 128, 253
tyreoidektomie 209

Učení 252-253
úrazy 216
úzkost 126

Věková regrese 54-55
vnitřní lékařství 157-182
vředová choroba 170-172
vůle k životu 244

Zácpa 174
závislost
- na alkoholu 95-96, 146-150
- na terapeutovi 119-120
závodní lékař 248
závratě 185
zkoušky sugestibility 13-15
zubní lékařství 234-242
zubní náhrada 242
zvedání ruky 24, 47, 48
zvětšení prsů 233-234
zvonění v uších 246
zvracení 228-229, 244

Doc. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

Klinická hypnóza

Obálku navrhl Josef Týfa
Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p.,
Praha 1, Malostranské náměstí 28, jako svou 4 001. publikaci
Vydání 1. - Vyšlo v roce 1990 - Stran 264 - Vyobrazení 12
Odborný poradce nakladatelství doc. MUDr. Lubomír Kužela, DrSc.
Odpovědná redaktorka PhDr. Jolana Poláková
Technická redaktorka Gabriela Dušková
Vytiskly Východočeské tiskárny, n. p., závod 4, Havlíčkův Brod
AA 20,10 - VA 20,70 - Ed.: 90 3080 - Náklad 10 000 výtisků
735 21 08/9 - Cena brožovaného výtisku Kčs 36,-

08-013-90

Kčs 36,-