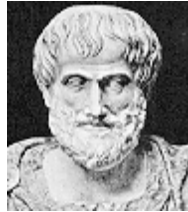


ADAMEC JIŘÍ
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



HYPNÓSA A HYPNOTERAPIE

V SOUČASNÉ KLINICKÉ PRÁCI S KLIENTEM

JIŘÍ ADAMEC



BRNO 2025

**HYPNÓZA
A HYPNOTERAPIE
V SOUČASNÉ KLINICKÉ PRÁCI S KLIENTEM**

JIŘÍ ADAMEC

BRNO 2025

© Adamec Jiří
Filosofický seminář – katedra teorie
IČ 105-48-629/170

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

*Hypnósa je řízená intervence
za pomoci sugesce*

Jiří Adamec (1957)



Absolvent nediplomovaného, mimořádného studia filosofie na MU (UJEP) v Brně, externí lektor Teologické summy sv. Tomáše Akvinského na UK, UP a MU, externí lektor filosofických otázek přírodních věd na PŘF MU, odborný asistent PrF MU (středověké dějiny práva a recepce římského práva v právu církevním), externí lektor dějin psychologie ÚPs MU, spolupracovník a dobrovolník organizací péče o seniory, alzheimer center a psychosociální rehabilitace (Brno, Vsetín, Pardubice, Třebíč...), Nemocnice Milosrdných bratří v Brně, Nemocnice u sv. Anny v Brně, absolvent výcviků zaměřených na práci s klienty, rodinami s dětmi a seniory, cestovatel (Evropa, Mexico, Canada, Japonsko), pracovní a studijní pobyty: Rakousko, Francie, Irsko; autor 170 sv.

Od doby, kdy byla hypnóza „objevena“ jako terapeutická metoda, využívaná psychoanalýsou, uběhlo už 150 let. Byl, samotným Sigmundem Freudem, formulován její pouze pomocný aspekt, při práci s klientem a hlavní její těžiště se přesunulo směrem k asociacím, vzpomínkám z dětství, výkladům snů a na symptomové jednání v rámci sexuality, modifikované dále nejrůznějšími motivy osobního, ale i společenského života klienta. Její pomocný příspěvek v souvislosti s duševními, ale i somatickými obtížemi, popřípadě jako doplňková terapie v rámci vybraných medicínských zaměřených výkonů si stále udržuje svoji oprávněnou pozornost. Otázka skupinových demonstrací je z mnoha důvodů vždy diskutabilní. Člověk je hypnósou reálně ovlivnitelný. Tudíž, stejně jako při braní léků nebo podstupování lékařských vyšetření je i hypnóza zásah do lidské existence v hlubší rovině, a měla by být proto vždy pečlivě zvažena. Nastíníme si zde v jakých souvislostech je dnes hypnóza v návaznosti na psychiku a popřípadě také lékařskými obory, využívána.

Ú V O D

Zbavovat hypnósu nádechu nekritického obdivu, stejně jako na druhé straně strachu či pohoršení z jakéhosi šamanského výkonu *oblbování*, by mohlo být jednou ze součástí obsahu této knížky. Rovněž je vhodné hned na začátku si říci, že stav, jako je: *oslovení bohem*, nemá s hypnósou nic společného. Jak hypnósa funguje neurofysiologicky je dnes ještě pořád nedořešenou záhadou. Možná i to, přispívá k jakési lidovosti jejího úspěchu u těch, kdo při zjištění, že ji mohou použít, deklarují sami sebe do léčitelského prostoru, mnohdy i s osobním přesvědčením o jakési vlastní *vyjímečnosti*. Rozdíl mezi lékařem a léčitelem, kteří využívají hypnósu je předně v tom, že lékař na pozadí znalostí kompletní humánní anatomie, zná bezprostřední fyziologický „pohyb“, který se spouštěním hypnotických motivů v pacientovi odehrává. Přednost, vyhledávat výhradně jen takové odborníky (lékaře), využívající hypnósu k léčebným záměrům je neoddiskutovatelná.

Příbuznou variantou hypnósy je *hypnagogie*. Jedná se o proceduru, která spojuje direktivní relaxaci s ponořením do hlubších vrstev podvědomí, ovšem vždy za stálého vědomí klienta.

S přístupem k hypnóze, který svým dílem propagoval *Milton H. Erickson* (zemř. 1980) mnozí lékařští specialisté na hypnózu nesouhlasí. Erickson podněcoval k tomu, že hypnóza odhaluje individuální příběh každého pacienta a tudíž nemůže, jako metoda mít pevně stanovené hranice, když je nakonec svým působením u pacienta, tak jako tak, chce prolomit, aby bylo dosaženo kontaktu s nevědomím. Dnešní hypnoterapeuti se opírají více o medicínský aspekt jejího využití, a sice, že při každé její aplikaci (neurologie, kardiologie, stomatologie...) jde o specifický vliv, který musí respektovat orgánovou mechaniku základních funkcí. Příběhem tak není prvořadě psychika člověka, ale na ni, přímo navazující jeho tělo. Někteří hypnoterapeuti v této souvislosti oprašují strašný termín, jako je psycho-fysický paralelismus, kterým se snaží, zase ze svého úhlu pohledu, obhájit nutnost čistě medicínských přístupů, aby bylo vyloučeno nebezpečí, že se hypnóza zvrhne v laickém podání vždy jen v jakési dogmaticko-manipulativní, divadelní představení.

*Jiří Adamec – Brno
březen 2025*



INDIVIDUÁLNÍ HYPNOTERAPIE DOSPĚLÝCH

ČÁST PRVNÍ

HYPNÓZA A PSYCHOPATOLOGIE V PRIMÁRNÍCH SOUVISLOSTECH

§1. HYPNÓZA A POSILOVÁNÍ SEBEVĚDOMÍ

Otázka na začátku našeho pojednání by měla zaznít jasně: *k čemu a kdy je hypnóza dobrá?* Je nespočet spontánně praktických technik, kterými lze posilovat kvalitu vlastního Já. Sport, meditace, interpersonální sdílení a komunikace, učení, rozvoj dovedností v oblasti rukodělné práce, a tak podobně. Každá z těchto činností pomáhá člověku vědomě poznávat své schopnosti. Výsledkem je základní zisk: *dobrý pocit ze sebe sama*.

Na druhé straně, existují v životě člověka skryté obsahy, potlačené vzpomínky, které se fragmentárně prodírají směrem k vědomí a narušují jeho stabilitu, nejméně alespoň, co se týče nálady a vůle v oblasti *chtění*. Tyto niterné procesy lidské psychiky jsou spojeny s tím, co Sigmund Freud nazýval „*obranný mechanismus*“. Že se do vědomí mají tendenci prodírat „*fragments*“ potlačených vzpomínek je způsobeno dvojí cestou: **1.** vytěsňovací proces jako dynamická složka obranného mechanismu nedovoluje, aby se to, co má zůstat v *nevědomí* prosadilo do vědomí jako celek, protože by to, pro vědomí znamenalo katastrofu – psychické zhroucení; tedy to, že je něco potlačené má svůj důvod, chrání to člověka od toho, aby se nemusel zabývat emočně náročnými vzpomínkami na trauma, které je již časově značně odloučené (z dětství) od jeho přítomné existence; **2.** tyto fragmenty potlačených traumatických vzpomínek se vlivem „*censury*“ mění v obrazy, tak zvaných „*krycích vzpomínek*“, což znamená, že se jedinec ani plně nezvědomuje, že je obsah jeho vědomé evidence o vlastní přítomnosti částečně těmito obrazy vyobsažen, i když má tendenci se podle nich chovat, něco prožívat, nechat se motivovat k jednání vůbec, jako by to byla jeho zcela autentická rozhodnutí. Z těchto důvodů se v člověku odvíjí cesta ke špatné náladě, neuroticismu, pochybování o sobě samém, přecitlivělosti atd.

Krycí vzpomínky se mají tendenci projevovat jako racionalisované motivy k náhlým potřebám něco vykonat, často i s opuštěním právě prováděné činnosti nebo ztrátou chuti v té započaté, pokračovat. Obecně, takto nastalý okamžik Freud nazýval *hysterií*. Je to proces tak zvaného: nahrazování původního traumatu řadou činností, které mají za úkol udržet původní trauma v nevědomí. Tím, že je na počátku vznětu k zájmu o novou činnost její součástí silná emoční motivace, strhávaná rovněž všelijakým racionalisovaným zdůvodňováním k tomu, proč jí dát přednost a uskutečňovat, opomíjí zcela jiné než takto vzniklé důvody, kterými se jedinec potom domáhá je realizovat: *stůj, co stůj*. Z přehlédnutých neúspěchů, které takto mohou trvat i léta, vzniká u většiny lidí s neurózou postupně komplex méněcennosti, neboť *o svém slabém místě*, nezvládat dokončovat původní předsevzetí ví alespoň tolik, že jim to přináší nespokojenost z existenciálního pohodlí, stejně jako negativní sebehodnocení.

Hypnóza v těchto situacích pomáhá ke snadnějšímu zpracování, vyprostit vědomí klienta z onoho kruhu nezvládaných a stále se opakujících okolností. Její lehké a jen pozvolna se prohlubující působení v opakovaných sezeních (přibližně pěti až deset konzultací), napojuje vědomí na obsah nevědomí a v emočních abreakcích, tedy nejrůzněji projevovaných ukazatelích zejména na dávné traumatické vzpomínky, ztenčuje rozdíl mezi původním založením negativní situace a jejím citovým přetrváváním, ovlivňujícím současné prožitky klienta.

Technika provádění hypnózy se v podobných aplikacích odvíjí tak, že je klient v polohovém křesle, terapeut odpočítává a po uvedení do hypnotického stavu vede s hypnotisovaným rozhovor, týkající se sdělování obsahu obrazů, které klient ve svém vědomí pozoruje, stejně jako pocitů, emocí, které v něm aktuálně probíhají.

Během celé procedury jsou terapeutem klientovi utírány slzy, a verbálně je zdůrazňováno, několikrát během hypnotické expozice, že se klient nachází v bezpečí a může své emoce bez omezení nechat uvolněné k jejich průniku ven. Po přibližně třiceti minutách by celá tato procedura měla být zakončena uklidněním klienta, s tím, že po procitnutí z hypnózy se bude cítit vyrovnaný, uvolněný a bez emočních výkyvů. Procitání z hypnózy by se mělo provádět obráceným způsobem, kterým byl klient do hypnotického stavu uveden. Bezprostředně po ukončení procedury, je s klientem ještě pohovořeno o tom, co právě cítí, co si z průběhu hypnózy popřípadě pamatuje, atd. Také je klientovi doporučeno, aby se napil trochu vody, která je připravena na stole. Po té, hypnoterapeutické sezení končí. Tento druh práce s klientem se odehrává jako „*konverzační hypnóza*“ v lehkém hypnotickém stavu.

§2. HYPNÓZA, EMOCE A MENTALISACE VÝKONU V PSYCHOLOGII SPORTU

Od posilování sebevědomí s využitím hypnózy a psychoanalytického přístupu ke klientovi je cesta k jejímu využití v rámci sportovní psychologie jistou variantou s mnoha společnými rysy. Tak jako je hypnóza v předešlé kapitole ukázkou regulace emocí, představuje v oblasti sportu cestu k motivační podpoře tělesného výkonu. Založený konflikt se i zde stává nejčastěji demotivačním aspektem projevujícím se zpravidla výrazně rozkolísaným výsledkem mezi tréninkem a soutěží. Může se však ve sportovní psychologii využití hypnózy rozšířit také na celou oblast relaxačních sezení. To vyplývá již ze samotného charakteru provázání pohybu a psychologického uvolnění, jako jednoho ze základních požadavků, který je spojen s vlastní tématikou sportovního výkonu.

I tak, má hypnóza uplatňovaná v psychologii sportu své limity. Neměla by jít příliš hluboko, aby se klient neměl zapotřebí „setkávat“ s takovými obsahy podvědomí (nevědomí), které by samy o sobě narušovaly další její záměr, jakým je schopnost soustředit se na výkon a podržet si dostatečně dynamický vztah směrem k tématu *vítězství*, které je vlastní podstatou soutěživosti a sportu jako takového.

V zásadě jde o *hypnotické posílení koncentrace* na výkon, stejně jako na autonomní relaxaci takovým způsobem, aby se stali přirozenou součástí průběhu práce s tělem a myslí. Dechová cvičení, soustředění na jeden problém výkonu, pozvolné odeznívání svalového napětí řízenou autosugescí, a tak dále. Všechny tyto schopnosti si může jedinec opakovanými hypnoterapeutickými sezeními postupně osvojovat a učit se s nimi profesionálně pracovat v rámci autoregulace. Hypnoterapeuti v těchto případech používají anglického termínu *flow*. Vyjadřuje postupné navozování takové autoregulace, která se stává „*průtokem*“ nebo „*průběhem*“, který při dostatečném osvojení může daný jedinec u sebe navodit v podstatě kdykoli a udržovat se tak v dostatečném „*naladění*“ a „*pozornosti*“ k dané sportovní aktivitě.

§3. HYPNÓZA A NÁROČNÉ PSYCHICKÉ STAVY: SYNDROM VYHOŘENÍ, TRUCHLENÍ A PALIATIVNÍ PÉČE

Položky, uvedené v této kapitole, mají společného jmenovatele, a tím je: *subjektivně zaměřené, intenzivní a zejména t i s n i v é zaobírání se sebou samým*. Jsou to rovněž ukazatele takové psychické nepohody, které vyrůstají vždy z aktuálně a bezprostředně prožívaných životních okolností, tedy *prožitky existence* jako takové. Tydíž, jsou to kvantitativně přeasociované emoční barvy, vázané směrem k *objektu*, který se stal absolutním.

Například u syndromu vyhoření hypnoterapeuti poukazují na to, že je zapotřebí do systému hypnoterapie začlenit maximální šíři jak psychických, tak i tělesných funkcí. Tento požadavek několika násobně ověřený při práci s těmito klienty poukázal k tomu, že syndrom vyhoření spoluzahrnuje: **1.** tělesné a psychické negativní odpovědi v úrovni výkyvů nálad, **2.** depersonalisaci a **3.** sentiment neboli sebelítost, vázanou na neschopnost dosáhnout úspěchu ve vytčených cílech, za účasti podstupovaného úsilí.

Hypnóza sama se potom musí v průběhu svého terapeutického působení zabývat *pojmenováním* vnějších a vnitřních stresorů, stejně jako tzv. transakčním efektem, tj. pojmenováváním toho, ke komu je podvědomě veden vnitřní dialog neúspěchu, a to současně opět s vnitřním dialogem k tomu, kdo je v pozadí neefektivní „dynamické motivace“. *Syndrom vyhoření /burn-out/* je tedy nejčastěji postaven na známé ambivalenci vůle: něco *uskutečnit, současně s poklesem tělesné energie*.

Někteří autoři speciálních hypnoterapií dokonce podtrhují důležitost zaměřovat se na *nervus vagus*, který jako významný „*orgán*“ psychosomaticky doprovodných efektů způsobuje u syndromu vyhoření rovněž nejrůznější negativně vnímané stavy spojené s trávením, také vylučováním, nauseou a může rovněž vyvolávat i nociceptivní (bolestivé) efekty v oblasti epigastria. Pomáhá zde tedy hypnóza, zaměřená na zklidnění a tělesnou harmonisaci. Mnohdy, právě u těchto obtíží, hypnóza představuje spíše hlouběji nastavenou relaxaci, která může postupně přecházet do autorelaxace.

Truchlení a smutek, popřípadě hypnóza prováděná v rámci paliativní péče představuje specifický přístup. U smutku a truchlení jde o to, umožnit klientovi „*progressivní adaptaci*“, u paliativní péče například o vytvoření schématu: *otevřeného konce života s podporou pozitiv-*

ního bilancování a přenosu dědictví hodnot. V těchto hypnoterapiích se doporučuje, aby jejich průběhu byli aktivně nebo pasivně účastni i rodinní příslušníci. Konečně, jde v tomto případě o navozování stavu vlídného, emočně nerozkolísaného, smířlivého loučení. Duchovní a spirituální náměty mohou být předem domluvenou součástí průběhu hypnózy, navozováním imaginativních obrazů. Samozřejmě, že tento duchovně spirituální přístup může mít svůj efekt výhradně u člověka nebo rodiny, kde je víra úpřimnou součástí jejich životního stylu.

§4. HYPNOTERAPIE U VYBRANÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH

- a)** *Fóbie*
- b)** *Generalisovaná úzkost*
- c)** *Úzkostně-depresivní porucha vázaná na tělo*
- d)** *Obsedantně kompulsivní porucha*
- e)** *Separáčnická úzkost a trauma u dětí*
- f)** *Dissociační porucha*

Využití hypnoterapie u mnohých duševních poruch poskytuje očekávaný efekt úlevy pouze v případě, že se jedná o chronisující obtíže, kde se právě ona výsledná úleva dostaví jako zpravidla předem, autonomně požadovaný výsledek takové terapie. Rovněž tak většina výše uváděných psychických obtíží spoluzahrnuje v rámci klasické symptomatologie i diferenciální diagnostiku na úrovni kognitivních a vegetativních funkcí jako: paměť a učení, pozornost, emoce, vzpomínky atd. *Depersonalisace* a *derealisace* poskytují nový pohled na práci klienta s vlastním Já. Jinými slovy: klient se necítí být v souladu se svojí existencí (depersonalisace) a s tím, co koná z hlediska jeho smyslu, u obou tak v ambivalenci.

Hypnóza v těchto případech může navodit vždy přinejmenším dobré výchozí podmínky pro dosažení opětovného návratu k sobě samému.

Prvním přiváděním k vlastnímu *Já* se v hypnóze jeví jako nejvhodnější možnost „převyprávět si svůj vlastní příběh“.

Druhým přístupem se ukazuje nejefektivněji ambivalence sebezkušenostních vzpomínek typu: „co jsem skutečně udělal, a co bych dnes udělal jinak“.

Tyto postupy jsou proto zvláště vhodné u depersonalisace a derealisace jako základní symptomatologie disociačních poruch.

Třetím typem přístupu je zde hypnóza prováděná na úrovni introspekce a explorační, tj. hypotetické hledání nových možností seberealizace a zkoumání subjektivně prožívané účasti také na jejím uskutečňování dále i v podmínkách reálného života jedince. Výrazně výhodnou doplňující technikou je zde potom i práce s metaforou, využívanou rovněž při hypnagogických sezeních.

KAZUISTIKA: (upravená ukázka pro text)

Pohodlně se posadte, budu počítat od desíti do nuly, *10, 9, 8*, cítíte se klidný a vybavují se vám nejasné vzpomínky z nedávné minulosti, *7, 6, 5*, vzpomínky jsou jasnější, *4, 3*, ve vzpomínkách vidíte sám sebe, *2, 1, 0* - jste součástí vzpomínkové situace, dýcháte klidně a pozorujete událost v níž máte své místo, povězte mi, co je to za situaci: *jsem v obchodě a hádám se s prodavačkou, nechce mi ukrojit ze salámu tu část, na kterou ukazuje, dobře – pokuste se vybavit, co se ten den ještě stalo..., ráno jsem se pohádal s partnerkou, protože nenachystala včas snídani a já šel do práce hladový..., jaké emoce jste v průběhu těch událostí v sobě uchovával: v duchu jsem nadával, že nikdo není zodpo-*

vědný..., vyvozoval jste z těchto emocí nějaké závěry: *říkal jsem si, že udělá-li mi to partnerka ještě jednou, rozejdu se s ní...*, byl ještě někdo jiný součástí vašeho hodnocení této situace: *moje matka, někdy schválně otci nenachystala snídani, aby se mu pomstila za to, že v noci přišel opilý...*, co vás na těchto situacích při jejich spojení napadá: *že jsem přecitlivělý na podobné situace a vpravuji se do role špatného člověka, přitom se stačí jen klidně domluvit...*, myslíte si, že v ženách nalézáte vždy někoho, kdo se vám chce pomstít, aniž by jste udělal něco špatného: *ano, ženy už jsou prostě takové, jiné jsem nepoznal...*, mohlo by to být tak, že tuto roli pomstyhctivých žen jim přisuzujete, aby jste se uchránil od nebezpečí, že by vás nakonec za nějakou vlastnost skutečně za špatného člověka považovaly: *ano, nikdy nejsem daleko od toho, abych se na ženy díval jako na někoho, kdo by si zasloužil trest...*, máte na mysli jen pokárání nebo nějaký druh fyzického trestu: *musím držet zpátky, abych partnerku neuhodil...*, měl jste vůči své matce za její chování k otci výhrady: *tím, jak na něj byla zlá, tak ve mně narůstal vztek, protože otec se opravdu snažil, ale matka jakoby každou, i sebemenší příležitost převracela v možnost otce ponižovat...*, odešel od vás otec pod tlakem matčiných výčitek: *matka jej doslova vyhnala, byla při poslední hádce nepřičetná...*, kolik vám bylo tehdy let: *asi sedm...*, vídáte se s otcem: *vidáme, je to dnes úplně jiný člověk, pracoval na sobě, ale matka zůstala pořád stejná, nesnesitelná...*, nemyslíte si, že když se váš otec tak změnil, že by jste mohl změnit i vy svůj postoj k ženám: *asi ano, ony nejsou moje matka a partnerka mne má ráda, často mi to říká...*, dobře, pro dnešek můžeme skončit, budu počítat od jedé do desíti a vy se pozvolna vrátíte do plného vědomí: **1, 2, 3**, slyšíte svůj dech **4, 5, 6, 7**, cítíte své tělo **8, 9, 10**, vnímáte, kde jste.

Uvedená kazuistika dokumentuje tu část hypnózy, která má časté uplatnění také při uvedených psychodiagnósách. Při verbalizaci jednotlivých témat, je nutné vycházet z předešlé znalosti osobního příběhu klienta, stejně jako z exponovaných událostí, které tvoří jeho traumatické křižovatky. Zpravidla jsou to, dvě až tři předcházející konzultace, během kterých je rovněž nutné, aby se klient s terapeutem sladili a ze strany klienta rovněž, aby vznikla elementární důvěra v terapeutovu práci a osobnost

Ukázka, kterou jsme měli možnost sledovat, obsáhne ve svých aplikacích uvedené psychodiagnostické položky. Úroveň hloubky hypnózy není nutné nijak stimlovat, klient si ji určí vlastním přijetím hypnózy. Většinou na její průběh má dostatečný zpětný náhled, který pomáhá ve výsledku celkové pozitivní sebereflexi.

§5. HYPNÓZA A JEJÍ ROZVEDENÍ SMĚREM K PROJEKTIVNÍM TECHNIKÁM

To, co jsme nahlédli během minulé ukázky nám nyní může posloužit jako odrazový můstek k pochopení dalších aplikačních možností. Jak už jsme naznačili na začátku tohoto pojednání o hypnoterapii v klinické práci s klientem, jedná se především o pomocnou nebo také sekundární techniku psychoterapie. To vyplývá předně z faktu, že o detailech, které jsou během hypnózy klientem zaznamenány ve výpovědích, je nutné se pobavit a upřesnit jejich význam (důvod) vzhledem k potřebě, být během hypnózy jejím tématem. Stejně tak mnohé detaily zůstávají jinak ještě stále latentní, je nutné tedy dále se o ně zajímat, aby se staly manifestními a uvedenými do plného vědomí. V ukázce jsme měli pasáž, kde klient reagoval na fakt, že je součástí jeho příběhu ještě jiná, v pozadí se vyskytující osoba, matka, na kterou byla následně převedena celá podvě-

domá kritika, a téma se už věnovalo pouze jí. To vysvětluje důvod nutnosti, připojovat k hypnóze také následné projektivní techniky, kterými si klient umožní bezpečné vystoupení dalších, doposud skrytých „objektů“ traumatu.

Za vcelku spolehlivou projektivní techniku lze použít *tematickou nebo spontánní kresbu*. Tematická kresba se může týkat výzvy, aby klient nakreslil jakýkoli výjev, jeho detail, který se mu z hypnotické expozice (průběhu) ve vzpomínce vybavuje. Při spontánní kresbě je klient vyzván, aby nakreslil cokoli, co jej napadá. V obou případech je možné dojít stejného výsledku. U tematického zacílení na fragment hypnózy se klient bude snažit o věrné ztvárnění nutkavého obrazu. U spontánní kresby nebude klient s výsledkem spokojen, protože mu bude málo to, co nakreslí, vzhledem k emocím, které mu budou říkat, že je toho v skrytu daleko více, co jinak touto kresbou aktuálně vyjádřil. Pojmenování jádra problému, už bude na klientovi. *Nutkavost jít směrem ke kontaktu se spouštěčem traumatu je autonomní potřebou každého klienta*. Vytěšňovací proces tuto vzpomínku zdánlivě vymazal, ale jeho emoční doprovod nutkavě doléhá na podvědomí a vědomí jedince. Taková okolnost jej zneklidňuje, často až do fáze symptomových projevů, nastolujících při déle trvajícím působení diagnostikovatelnou psychickou poruchu.

Jinou podobou projektivní techniky, prodlužující expozici hypnózy v celkovém zaměření na jádro problému je pohyb (*pohybová terapie*), která může být doprovodnou součástí hypnotické expozice samotné nebo se může stát separovanou technikou, zpravidla prováděnou ve skupinách. Pohybová, případně *taneční terapie* navozuje uvolnění a zejména uvedení těla do kontextu s psychickým traumatem. Také po těchto expozicích se provádí srovnání návazného obsahu myšlenek a emocí.



INDIVIDUÁLNÍ HYPNOTERAPIE DĚTÍ

ČÁST DRUHÁ

HYPNÓSA A PSYCHOSOMATIKA

§6. LÉKAŘSKÁ FYSIOLOGIE PSYCHOSOMATIKA A HYPNOTRAPIE

V první části jsme si ukázali na širokou možnost uplatňování hypnoterapie v souvislosti s klasickými psychickými obtížemi, tak jak jsou klasifikovány psychodiagnostickými manuály. K těm, které byly uvedeny, lze ještě důrazem přiřadit i hypnoterapii uplatňovanou v souvislosti s reedukačními přístupy v rámci kouření, závislosti na alkoholu, nadváhou, sexuálními poruchami, stresovými poruchami, *výkonovými výkyvy ve sportu*, úzkostnými poruchami, agorafobií a sociálními fobiemi, nutkavými poruchami, depresivními stavy, protrahovaným truchlením, PTSP a hraniční poruchou osobnosti.

U somatickými obtíží je vhodné rozlišovat mezi reálně psychosomatickými (například: syndrom dráždivého tračníku, psychomaticky podmíněnou bolestí a chronickou bolestí) od těch, které jsou pouze hypnózou upravované a jinak medicínsky klasifikované obtíže v oborech: dermatologie, onkologie, imunologie, stomatologie, těhotenské stavy a příprava na porod...

Hypnoterapie dětí potom zahrnuje zejména: suicidální sklony, ADHD a poruchy pozornosti (pokud je dětský klient vzhledem k míře rozvinuté diagnózy hypnabilní), rovněž psychosomatické obtíže často nejasné diagnózy (relaxační hypnoterapie), patologické okusování nehtů, trichotilomanie (patologické vytrhávání vlasů).

Z výše uvedeného tedy plyne, že tzv. hypnoanalýza, prováděná původně Sigmundem Freudem se dnes rozvinula do široce uplatňované metody, spojené s významnými lékařskými obory.

Nemálo pozornosti se rovněž u hypnózy uplatňované v medicíně věnuje také *post-hypnotickým stavům a post-hypnotické komunikaci*, jak už jsme naznačili výše. Vždy je tak zásadou hypnoterapie, pomáhat klientovi (pacientovi) k celkové psychické a tělesné harmonisaci

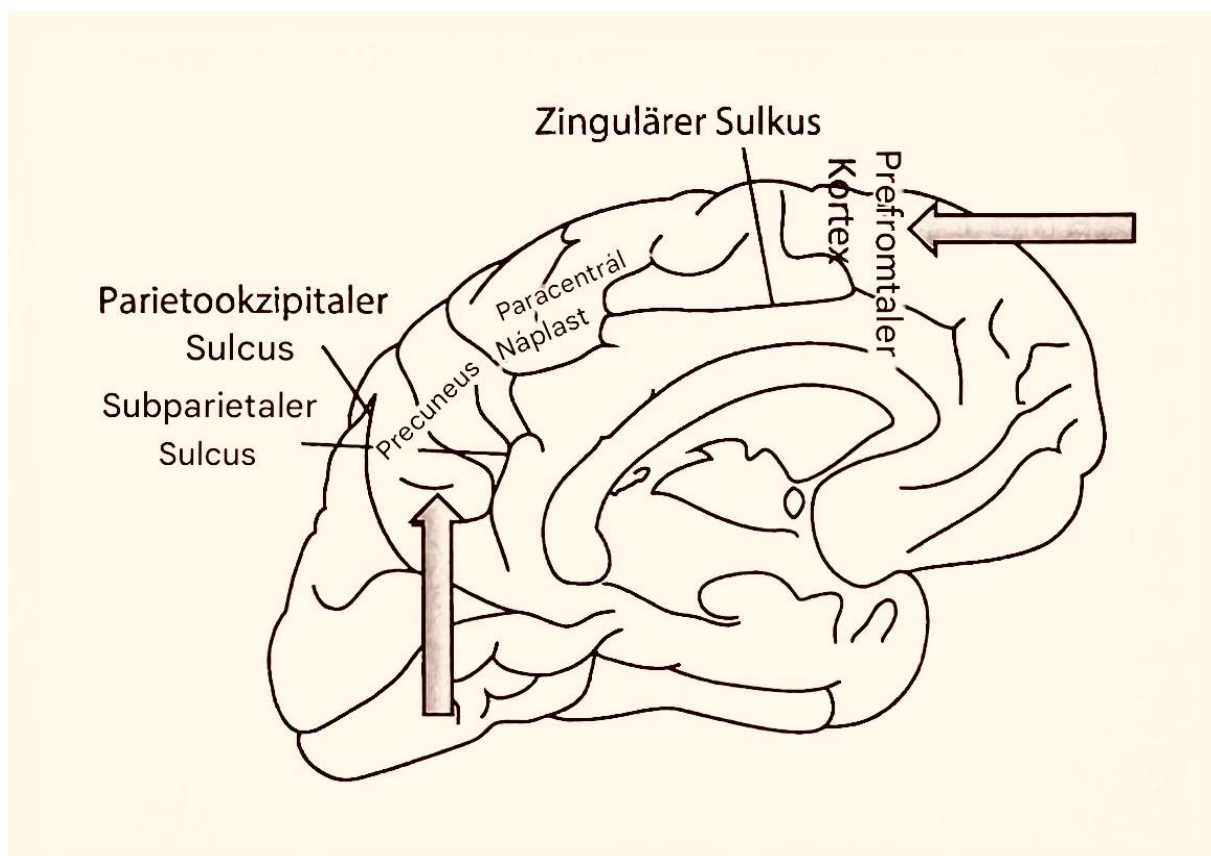
v seberegulaci prožitků vázaných na sebereflexi a další uplatňování osobních zájmů a cílů, při maximálním posílení celkového zdraví. Podívejme se nyní na detailnější průběh neurofysiologických pochodů, probíhajících tedy v souvislosti s aktivně vedenou hypnózou.

§7. HYPNÓZA A NEUROFYSIOLOGICKÝ PROCES V CNS

Hypnóza působí na stav vědomí jeho změnou, která je vyvolána sugescí. Bereme-li stav vědomí jako 100 % bdělost, je hypnóza stavem vědomí o hodnotě přibližně 75 %. Tato úroveň aktivního vědomí spoluzahrnuje: **a)** vůli reagovat; **b)** reálně jednat (zpravidla vyjadřovat ve zpětné vazbě vztah k nabídkám hypnoterapeuta, popřípadě chovat se, anebo projevovat emoce na úrovni těchto 75 % v jejich maximu nebo i v nižším skóre prohloubené hypnózy).

Rovněž můžeme hypnózu chápat nejen tedy jako *stav změněného vědomí*, ale také jako stav, kde se jedná o *změnu zpracování informací*. Tím je podtrhnut ten fakt, že hypnóza nechává vystoupit z podvědomí, případně z nevědomí vytěsňované události, a to nejen fragmentárně, ale zejména již v souvislostech. *Psychoanalyticky řečeno: obranný mechanismus chrání vědomí od kontaktu s nevědomím se ztenčil a tak mohou potlačené vzpomínky působit svým opětným nabýváním důležitosti, která se během hypnoterapie stane základním předmětem pozornosti a projevovaných emocí*. V každém případě je tento stav změněného vědomí dočasný, vzhledem k záměru, pro který se hypnoterapie u klienta (pacienta) využívá. Podle některých autorů lze hypnózu popsat také jako: *absorpci (pohlčení situací) a časové zkreslení, soustředěnou pozornost a disociaci, sníženou spontánní duševní aktivitu a zvýšenou sugesibilitu*. Tento popis je odborníky obecně přijímán.

Pro další srovnání: *podle EEG měření je 0 Hz kóma, 100 Hz bdělost, primární operační rozsah 40 – 60 Hz, hypnóza 75 Hz a relaxační vlna se pohybuje kolem 85 Hz.* Uvedených 75 Hz EEG v rámci měření vědomí, toto číslo rovněž znamená neřízenou relaxaci, která samozřejmě v rámci prohloubenější hypnózy klesá, až k 65 Hz aktivního vědomí. Důležitou roli zde hrají vzájemné aktivity aferentních a eferentních nervů, nervových vláken, které se zapojují a vypojují způsobem, kdy lze kontrolou svalové tenze „měřit“ aktuálně dosaženou hloubku hypnózy (posunutí ruky hypnotizovaného terapeutem před sebe a ponechání jejího volného padání směrem dolů k tělu). Otázka lateralizace, tedy významu „komunikačních“ funkcí pravé a levé hemisféry, během hypnózy je doposud neprobádanou oblastí.



Mapa CNS, ukazující na aktivně zapojené oblasti těch neuronálních okruhů, které jsou bezprostřední výkonnou součástí prováděné projekce hypnózy, podle EEG.

Sensorická area a motoneurony jsou během hypnózy utlumeny. Naopak *sluchové, čichové a chuťové* receptory zůstávají ve vysoké činnosti, reagující jako zpětná vazba, čili na vnější podněty. Také *vazoreceptory* (hmatové r.) jsou aktivovány, jestliže jsou konkrétním dotekem stimulovány k nutnosti rozpoznávat například povrch věcí. Veškerá aktivita CNS po dobu prováděné hypnózy se odehrává v *korové oblasti*, ale ovlivňuje i *limbický systém, corpus callosum, precuneus a sulcus cingularis posterior*. Navíc z funkčního hlediska je zajímavá také deaktivace *default mode sítě*, která za normálního klidového stavu udržuje minimální pozornost k okolí, ale v hypnóze má tendenci se „vypnout“ (CNS) a nechat se ovlivňovat jen průběhem direktivně navozené sugesce. Na toto téma existuje větší množství názorů o spolehlivosti takové interpretace. Je totiž možné, že **Default-Mode Netzwerk** je také hlavní součástí vztahu vědomí a bdělosti během hypnózy a řídí celý její průběh. Zde ovšem může působit i placebo efekt, charakterisující „ochotu“ oddat se hypnóze, jestliže jedinec její působení už předem předpokládá jako relaxační, odpočinkovou aktivitu.

Psychosomaticky doprovodné fenomény, které může hypnotizovaná osoba vnímat jsou mnohdy velmi různorodé. Zejména jejich intenzita. Mají přímou vazbu na subjektivně potlačovaná témata, která později vystupují na povrch vědomí a ovlivňují rovněž její emoční, prožitkovou část. Klienti se někdy těchto tělesných projevů obávají a musí být na jejich přítomnost adaptováni. Zpravidla spontánně odezní, a to zejména jakmile jsou v hypnóze konfrontováni s hlavním tématem, které je dále rozebíráno. Po zvládnutí hypnotické expozice se mohou tyto tělesné stavy jen na krátko opět dostavit a připomenout klientovi jejich význam v souvislosti s jejich obtížemi. Relaxační a verbalisovaná forma hypnózy

se dají sloučit do průběhu jednoho, nepřerušovaného sezení, což efektně klienta uklidní a pomáhá hypnotický stav v důvěře k hypnoterapeutovi také prohloubit. Tento přístup je ovšem možný, až po několikátém sezení, kdy si hypnotisovaný na tuto spolupráci již zvyká a nečiní mu potíže plně se jejímu působení podvolit. Charakteristickými jevy, spojujícími zde tělo a mysl potom jsou:

- *Nehybnost (snížený tonus)*
 - *Katalepsie (tělesná ztuhlost způsobená nedobrovolnou inervací)*
 - *Levitace (nedobrovolné zvednutí paže ruky)*
-
- *Teplo (vazodilatace)*
 - *Chlad (vazokonstrikce)*
 - *Analgezie (disociace tělesných vjemů)*
-
- *Střídavé změny v pocitu kůže*
 - *Zvýšená vitalita (srdeční frekvence)*
 - *Zvýšená potřeba vazby (uvolnění oxytocinu)*
 - *Halucinace (např. lehtání mouchy na kůži na zadání terapeutem)*
-
- *Amnésie (zapomenutí obsahu sezení)*
 - *Posthypnotická reakce (se zbytkem zdroje informace)*

§8. HYPNOTERAPIE UPLATŇOVANÁ U SEXUÁLNÍCH FUNKČNÍCH PORUCH

Většina obtíží, spojených s touto diagnózou vyplývá ze sníženého sebevědomí s pozadím založeného konfliktu. Nedostatečná sexuální výchova nebo rodičovský model přístupu k intimitě, se často podílí na nezvládnání vlastních sexuálních impulsů. Odborníci v této souvislosti používají označení jako „*konfrontační prožitek*“. Nejde o to, nastolovat v hypnóze demonstrace jakýchkoli behaviorálních projevů koitu nebo masturbace, ale uvolňovat napětí z představy, že má dojít k intimnímu spojení s vidinou apriorního nezvládnutí takové situace. K tomu může dopomoci při předběžném zjištění (anamnéze) z jakých jiných okolností má klient obavy, které lze hypnózou v jednotlivých sezeních snižovat a posilovat tak sebevědomí klienta na ostatních úrovních, což zapříčiňuje pozvolné nabývání zájmu rovněž o sexualitu ve značně uvolněnějším nastavení, které se tak již nebrání pohlavnímu spojení. Např. *Patrick Wirz (in Revenstorf)* doporučuje, jako anamnestický postup, využít následující dotazník, který následně klient společně s terapeutem v hypnóze, rozborem odpovědí analysovat:

Co mě přinesl první (zpravidla) krátkodobý vztah ?
Co jsem se o sexu dozvěděl od druhých lidí ?
Jaká byla moje první skutečně intimní zkušenost ?
Co jsem se o sexu naučil od rodičů ?
Co jsem se o sexu dozvěděl z filmu nebo televize ?
Co jsem se o sexu naučil od svého nynějšího partnera ?
Co pro mě znamená masturbace ?
Co bych chtěl v sexu ještě vyzkoušet/zažít ?
Co (už) v sexu dělat nechci ?
Co si chci v sexuální aktivitě ponechat ?
Nejlepší sex teprve přijde nebo už v mém životě byl ?

§9. HYPNOTERAPIE U PORUCH SPÁNKU

Mohlo by se zdát, že hypnóza prováděná u poruch spánku je sama o sobě paradoxním způsobem jejího uplatňování. Je zapotřebí si uvědomit, že většinu poruch spánku způsobují: *akutní stresový syndrom* nebo *chronický stresový syndrom*. Hypnóza tedy působí na tyto dva nejčastější spouštěče poruch spánku na úrovni *insomnie* (*individuální průběh nespavosti – problém s usínáním, také častým probouzením nebo probouzením dlouho před dobou normálního procitnutí ze spánku, se značně sníženou celkově časovou kapacitou spánku, a jen s velmi malým, neuspokojivým pocitem odpočinku*).

Jako základní strategie hypnoterapeutického přístupu se doporučuje: *věková regrese poukazující na překonávání z minulosti udržovaných překážek, pozitivní anticipace (sebeprojekce) dalšího životního nasměrování klienta (sebereflexe a seberozvoj, vztahy, kariéra, jednodušeji, na co se může klient z hlediska seberealizace v budoucnosti těšit), metafory a příběhy pro divergentní hledání řešení, dále posilování kompenzačních zvládnutí stresových situací, psychicky autoimunitními přístupy pro dosahování podvědomé úlevy současně s nabýváním vědomí o možnosti podstupovat psychické zátěže bez obav ze selhávání*.

Takový přístup je možný pouze za předpokladu detailní předběžné analýzy klienta hypnoterapeutem, aby se jednotlivá sezení vždy dotýkala jednoho konkrétního problému a jeho řešení.

Rovněž u této hypnoterapie může klient zpočátku zažívat disociační fáze, kdy po procitnutí z hypnózy spontánně komentuje její průběh jako *sledování příběhu jiného člověka*. Tento stav se, před zvykem na hypnózu, odehrává ve většině klientů, a je proto nutné, zejména zpočátku jednotlivých sezení hypnotisovaného ujišťovat, že se nachází v bezpečí a prodýchat jej.

§10. HYPNÓZA A JEJÍ MOŽNOSTI V RÁMCI PŮSOBENÍ NA CHRONICKOU BOLEST

Bolesti hlavy; migrény; bolesti před, během nebo po menstruaci; bolestivé nebo nutkavé močení atd. jsou tedy dalšími tématy pro zmírnění nebo odstranění *noci-ceptivních fenoménů*.

Většinou se pak hypnoterapeuti v souvislosti s těmi-to výše uvedenými problémy klientů, věnují hypnóze, která navozuje harmonizaci vztahu „*Já a Mé tělo*“ a zvědomování životní situace (krize), vyžadující vytváření podmínek pro „*změny směru*“.

Ve vztahu „*Já a Mé tělo*“ jde o zpracovávání témat:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Svalové napětí – v jaké je intenzitě, lze jej vyjádřit číslem...? Kde se ve skutečnosti nerad/a napínám...?</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Jak dlouho by měla relaxační hypnóza trvat, než ucítím změnu...? Která hypnorelaxace mi vyhovuje – vklidu nebo pohybová, taneční, popřípadě doplňovaná metodami Tai-chi, Qui Gong, Jóga...?</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Migrace těla: bloudím do svého nitra. Dáváte přednost vizualisaci tzv. vnitřním okem...? Nebo kinesteticky...? V jaké části těla nejvíce vnímáte sebe sama...? Kde je vaše nejzranitelnější místo – kde to bolí...? Mění se to místo a druh bolesti...?</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Disociace: Kde jsem rád, když jsem venku...? Vždy na jednom a tomtéž místě...? Nikde...!</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Kam to všechno můžu odeslat...? Bolest se může proměnit v teplo, kapalinu, světlo...? Jaký rytmus má váš dech, když bolest přichází, trvá a odchází...?</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Jaké to je, když tělu řeknu: dávám ti svolení jít svojí vlastní cestou, hledej své vlastní blaho, nemusím se o to starat, nemusím dělat to, co mi kdo nařizuje, mohu si dělat, co chci...?</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Kde jsou hranice mého těla, a kde začíná okolní svět?</i> |

Hypnotická intervence u chronických bolestí preferuje dále:

- | |
|---|
| • <i>Direktivně-sugestivní techniku</i> |
| • <i>Dissociativní techniku</i> |
| • <i>Asociativní techniku (bolest a její přenos na jinou část těla)</i> |
| • <i>Symbolická technika (zobrazování bolesti ve fantasii)</i> |
| • <i>Psychodynamický přístup (konfliktní zdroje – ambivalentní postoje)</i> |
| • <i>Zaměření na fantomové bolesti (po amputacích)</i> |
| • <i>Práce s úzkostnými stavy</i> |

Mechanismus hypnotického ovlivňování bolesti, tedy *analgesie* je zásadně postaven na *placebo efektu*. Kontrolu bolesti si po efektivních sériích hypnózy zpravidla zvládá indukovat již klient sám. Někdy se užívá rovněž přirovnání, že se jedná o *endogenní opiát*, neboli vnučenou představu, že bolest ve skutečnosti neexistuje. Tudíž, také je potom součástí procedury efektivní kognitivní strategie.

Spouštěčem vnímání a ovlivňování bolesti je v CNS thalamus ve své kortikální části. Nociceptivní (bolestivé efekty) dráždění, probíhá tedy v jeho periferních oblastech, napojovaných na nejbližší mozková centra v jeho okolí (cingulární oblast, amygdala a hypofýza, somatosensorický kortex).

Jiné teorie poukazují na to, že pro zvládnutí bolesti v hypnóze stačí pravidelné posilování klienta v úrovni jejího lehkého průběhu, který je dostačující pro vyvolání *diskonektivity*, tedy vypojení citlivosti na bolest kdykoli, začne-li ji klient vnímat jako obtěžujícím součástí tělesných pochodů. *Internisté však zdůrazňují, že bolest je důležitým indikátorem zdravotních problémů!*

§11. HYPNÓZA A DERMATOLOGIE

Je zřejmé, že v oblasti kožních onemocnění a nejrůznějších odrazů psychiky na povrchu těla se ocitáme v komuniukaci s lidskou *imunitou*. Je to jeden z nejsložitějších mechanismů vnitřní medicíny a zahrnuje jednak sledované kožní změny stejně jako biochemické, molekulární procesy, které zpravidla s těmito nemocemi souvisí. Roněž v dermatologii existuje základní scénář, který má svá omezení, jestliže se dermatologické fenomény (změny) týkají pouze v doprovodném schématu výsledku psychických obtíží. Je-li však problémem dermatologie vrozená, genetická chyba, je v těchto případech hypnóza neúčinná. Pro přehled tedy uvedme, základní cíle, které psychicky podmíněné dermatologické změny lze hypnósou ovlivnit (5 x 60 minut):

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Úleva od příznaků (svědění nebo bolest)</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Změna v omezujících nebo destruktivních vzorcích chování (škrabání, škodlivý životní styl)</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Zlepšení strategií zvládnání, zejména u chronických kožních onemocnění (např. prostřednictvím snížení stresu, relaxace, aktivace zdrojů zlepšení, pohody, pozitivní změny chování a sebereflexe)</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Změna vzorců imunologických reakcí (regulace u autoimunitních onemocnění, alergií, posílení imunity u virových nebo bakteriálních infekcí)</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Změna fyziologie (např. protizánětlivé účinky u ekzému)</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Podpora zpracování a řešení psychických konfliktů</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Podpora při doprovodných chirurgických výkonech a biopsie</i> |

§12. HYPNÓZA A ONKOLOGIE

Onkologický obraz nemoci pacienta spoluzahrnuje důležité položky, jakými jsou: *životní styl, úroveň sebereflexe (současně s úrovní sebezáchovné dynamiky a spokojenosti), interpersonální a sociální vztahy.*

V rámci onkologie se nelze z důvodu i jakéhosi respektu vyhýbat žádné problematice spojené s touto diagnózou a je zapotřebí s pacientem vždy komunikovat všechny úrovně psychických a tělesných pochodů, které jsou v aktuálním řešení nastalé situace. Hypnóza je tedy v těchto případech psychoonkologickou podporou a zahrnuje *soustředění na bolest, nevolnost, vyčerpání, stres, strach, napětí a konflikty.* Hypnotický zásah může významně zlepšit zejména prožitkovou sféru. Hypnotická sezení, jsou proto doporučována jako modely relaxačních setkávání, kdy po každé hypnotické projekci pacient sděluje výsledné pocity. Sugescie je totiž vždy pro pacienta natolik „hmatatelná“, že v maximálním procentu nabývá během jejího působení možnosti „zapomenout“, potlačit všechny negativní myšlenky, které jej jinak v souvislosti s onkologickou diagnózou provází.

Je však zapotřebí si uvědomit, že nejlepší onkohypnózu pravděpodobně provede onkolog, který hypnózu ovládá, neboť bude do větších detailů schopen zvládat také vnímavost vnitřních pochodů, kterými onkologický pacient prochází. Je tedy zřejmé, že onkohypnóza vyžaduje nejvyšší standardy humanity.

Konečně je vhodné na tomto místě také zdůraznit, že u onkologických pacientů, kteří prochází hypnosou, je patrný častější sklon k přenosům směrem na hypnoterapeuta. Je to dáno zejména tím, že lékař nebo hypnoterapeut je vnímán jako *zachráníce života*. Tudíž přenosový vztah je vystavěn na vysoké míře udržované naděje. Tyto faktory musí být brány v potaz a přístup k pacientovy náležitě upraven a profesionalisován.

ZAVĚR S METODICKOU POZNÁMKOU

Prošli jsme dílčími kroky několik témat, která se týkají hypnózy a hypnoterapie využívaných v současné klinické (lékařské) praxi. Jak z předešlého plyne, jsou ještě další tématické okruhy, kterých se hypnóza může úspěšně dotýkat a zabývat se jimi (*tinnitus, neuropatie, kardiologie a oběhový systém jako celek, předchirurgické stavy pacienta, hypertenze, podpora vnímání smyslových orgánů a tak dále*).

Navozování hypnózy může být zpočátku samostatným tématem pro klienta i hypnotrapeuta. Někdo bude schopen na hypnózu reagovat spontánně v rámci jejího zahájení tzv. *verbálně fixsační uspávací technikou*, jiný je klient schopen na hypnózu reagovat pouze v případě *uvádění do hypnózy fantasijní technikou*, dalším faktorem v uvádění do hypnózy může být *direktivnost, magické formule*, někdo na hypnózu *bude nejlépe reagovat ve skupinové terapii*.

Hypnóza dětí do čtyř let je vždycky otázkou, neboť ovlivnitelnost vědomí u tak malého jedince nemusí hypnózou ani být, a přesto se dítě bude mít tendenci jako hypnotisovaný chovat, neboť bude nekriticky ovlivněno čímkoli, co v něm bude vyvolávat podléhání danému jevu na úrovni sugesce. Ale výsledky, zejména u dětí od čtyř let výš, mohou být značně uspokojující, jedná-li se o hypnoterapii zaměřenou také na regulaci a odstraňování nočního pomočování nebo koktavost. *U dětských ADHD klientů* jsou výsledky sporadické, zejména, je-li u dítěte neklid a živost převažujícím faktorem, který ve skutečnosti podléhání hypnotické sugesci brání.

Většina zde popisovaných témat je objektivně vzato *komentářem ke dvěma výchozím publikacím*, které jsem měl možnost dlouhodobě studovat a porovnávat rovněž s těmi českými: první titul, který jsem zpracovával, pochází z produkce známých francouzských odborníků jako je Évelyne Josse, *Le Grand Livre de l'Hypnothérapie, Applications en santé mentale et physique*, Paris 2024, 638 str. (s předmluvou dcery M. H. Ericksona, Roxannou Erickson-Klein).

V druhém sledu potom encyklopedický materiál, patrně svého druhu v současnosti nejrozsáhlejší publikace k tématu hypnoterapie (830 stran formátu A4) Dirka Revenstorfa a dalších pořadatelů, *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis*, 4. Auflage, nakl. Springer, Berlin 2023.

Vzhledem k tomu, že jsem z odborné literatury dobře obeznámen s českou hypnoterapeutickou tematikou, zejména s tou, která se váže k prostředí kroměřížské psychiatrické léčebny z dob vedení prof. Stanislavem Kratochvílem (viz, *Klinická hypnóza*, 3., Aktualisované a rozšířené vydání, Praha (Grada), 2020; *Experimentální hypnóza*, 3., Aktualisované a rozšířené vydání a také vzhledem k tomu, že je tato *škola* u nás výchozím bodem, kde by se měl kdokoli, kdo se o hypnózu zajímá, patrně ucházet o příslušná školení a certifikáty.

Zdalo se mi odpovídající, nahlédnout a systematicky zpracovat další podklady a nechat každého, kdo si je chce porovnat, aby mezi českým a zahraničním přístupem k lékařské hypnoterapii, zaujal potom vlastní stanovisko.

Závěrem rád uvádím následující publikace k dalšímu studiu tématu: Šárka Bezvodová, *Hypnoterapie v kazuistikách*, Praha (Grada) 2024, zcela vynikající přehledová práce; Milton H. Erickson, *Hypnotické světy*, Praha (Portál) 2022, zásadní kniha pro porovnání a zahlédnutí posunu tématu směrem k současnosti; pro rychlou orientaci: K. Chromý, R. Honzák, *Somatizace a funkční poruchy*, Praha (Grada) 2005; kniha umožňuje náhled do problematiky psychosomatických poruch, dobré pro předběžné studium v rámci hypnoterapie.





SKUPINOVÁ RELAXAČNÍ HYPNOTERAPIE

*Hypnósa nejčastěji tomu, kdo ji podstoupí
ukáže, kým je*

Osobní poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osobní poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osobní poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osobní poznámky

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

© Adamec Jiří

HYPNÓZA A HYPNOTERAPIE

V SOUČASNÉ KLINICKÉ PRÁCI S KLIENTEM

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie
Neprodejný výtisk.

2025

URČENO PRO INTERNÍ VÝUKU SEMINÁŘE

IČ 105-48-629/170