

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA  
HIPNOZA V PSIHOTERAPIJI

ŠPELA VERBNIK

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Hipnoza v psihoterapiji**

(Hypnosis in psychotherapy)

Ime in priimek: Špela Verbnik

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc, spec. klin. psih.

Somentor: asist. dr. Vesna Jug

Koper, junij 2017

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Špela VERBNIK

Naslov zaključne naloge: Hipnoza v psihoterapiji

Kraj: Koper

Leto: 2017

Število listov: 47

Število prilog: 1      Št. strani prilog: 10

Število referenc: 80

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc, spec. klin. psih.

Somentorica: asist. dr. Vesna Jug

Ključne besede: psihoterapija, hipnoza, hipnoterapija, motnje hranjenja

Izvleček: Namen diplomskega dela je čim bolj celostno prikazati vlogo hipnoze v psihoterapiji ter njeno uporabnost, s poudarkom na zdravljenju motenj hranjenja.

Hipnozo se pogosto obravnava kot mater psihoterapije, saj skrajša psihoterapevtski proces in poveča učinek psihoterapije neodvisno od psihoterapevtske smeri, kar je ključnega pomena, saj vedno več raziskovalcev kot najbolj učinkovit predlaga večdimenzionalni pristop.

Čeprav je hipnoza skozi zgodovino veljala za nekaj mističnega, lahko danes z gotovostjo potrdimo obstoj njenega pozitivnega učinka za zdravljenje številnih različnih zdravstvenih in psiholoških težav, med njimi tudi motenj hranjenja. Učinkovita obravnava motenj hranjenja je ključna, saj te zahtevajo največji delež smrtnih žrtev med vsemi psihiatričnimi motnjami. V želji po izboljšanju psihoterapevtskega procesa se vedno bolj poudarja tudi vključitev hipnoterapevtskih tehnik. V kontekstu motenj prehranjevanja nam vključitev hipnoze v psihoterapevtski proces omogoča raziskovanje etiologije motnje, raziskovanje nezavednega, večanje občutka neodvisnosti, okrepitev zavedanja zmožnosti soočanja s težavami brez pomoči hrane, za učenje specifičnih veščin, spreminjanje percepcije in mišljenja, povezanega z lastnim telesom, ustvarjanje bolj pozitivne podobe o sebi, razvijanje nadzora nad prehranjevalnim aktom itd.

### Key words documentation

Name and SURNAME: Špela VERBNIK

Title of the final project paper: Hypnosis in psychotherapy

Place: Koper

Year: 2017

Number of pages: 47

Number of appendix: 1      Number of appendix pages: 10

Number of references: 80

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Co-Mentor: Assist. Vesna Jug, PhD

Keywords: psychotherapy, hypnosis, hypnotherapy, eating disorders

Abstract: This diploma thesis aims to present the role of hypnosis in psychotherapy as well as its usefulness, with a particular focus on eating disorder treatments.

Hypnosis is often considered as mother of psychotherapy because it reduces the length of time spent on treatments, and it increases the effect of psychotherapy, regardless of a psychotherapeutic approach, which is of paramount importance, since more and more researchers suggest the multidimensional approach as the most effective one.

Although throughout the history hypnosis was considered as something mystical, we can nowadays undoubtedly confirm the existence of a positive effect of hypnosis when treating various illnesses and psychological disorders, among them also eating disorders. Effective treatment of eating disorders is really important, since the mortality rate regarding people with any kind of psychiatric disorders is the highest among people with eating disorders. In order to improve the psychotherapeutic process the inclusion of hypnotherapeutic techniques is becoming increasingly important. The use of hypnosis for the treatment of eating disorders represents the following: an opportunity to research aetiology of a disorder; a possibility to research the subconscious; an opportunity to increase the feeling of independence; an awareness that one can cope with problems without food; it can be useful when learning specific skills; it can change the perception of one's own body and create more positive image of oneself; it can contribute to gaining self-control with food, etc.

## **ZAHVALA**

Z ljubeznijo se zahvaljujem sestri Nini za številne življenjske navdihe, dragi mami in očetu, ker sta vedno verjela vame, tudi ko sama nisem, hvala za vajino ljubezen.

Hvala Matevžu, da razsvetljuješ moje življenje.

Hvala Tini, Vanessi, Ivani, Heleni, Neji in Kaji za vaše prijateljstvo, vso podporo in ljubezen, s katerima barvate moje življenje.

Hvala mentorju dr. Gregorju Žvelcu za koristne napotke ter somentorici dr. Vesni Jug za podporo, usmerjanje in prijaznost.

**KAZALO VSEBINE**

1	UVOD.....	1
2	KAJ JE HIPNOZA .....	3
3	HIPNOZA SKOZI ČAS .....	4
3.1	Zgodovina hipnoze .....	4
3.2	Hipnoza v Sloveniji nekoč in danes.....	7
4	TEORIJE HIPNOZE .....	8
4.1	Sociokognitivne teorije.....	8
4.2	Disociacijske teorije .....	9
4.2.1	Neodisociativna teorija .....	9
4.2.2	Disociativna teorija nadzora .....	9
4.2.3	Egopsihološke teorije .....	10
5	HIPNOZA IN PSIHOTERAPIJA .....	11
5.1	Prednosti uporabe hipnoze v psihoterapiji.....	12
5.1.1	Raziskave.....	13
5.2	Stranski učinki .....	15
6	HIPNOZA ZA MOTNJE HRANJENJA.....	16
6.1	Pojavne oblike.....	17
6.1.1	Anoreksija.....	17
6.1.2	Bulimija .....	17
6.1.3	Kompulzivno prenejanje.....	18
6.2	Zdravljenje.....	19
6.2.1	Raziskave.....	20
7	SKLEP .....	22
8	LITERATURA IN VIRI.....	24

## **KAZALO PRILOG**

Priloga 1: Anoreksija

Priloga 2: Bulimija

Priloga 3: Kompulzivno prenejanje

Priloga 4: Literatura in viri

## 1 UVOD

Hipnoza je vsakdanji psihološki pojav, ki se pojavlja v veliko življenjskih situacijah (Soršak, 1998; The British Psychological Society, 2001), a ga ne prepoznamo kot hipnozo in ga s tem imenom niti ne poimenujemo (Soršak, 1998, 2013). Enotno mnenje, kaj hipnoza je, še ne obstaja (Fulder, 2014; Lynn in Kirsch, 2006; Soršak, 2013). Na kratko lahko hipnozo opredelimo kot postopek, pri katerem hipnotizer sugerira hipnotizirani osebi, da bo doživela spremembe v občutenju, zaznavanju, čustvovanju, mišljenju in vedenju (Pajntar, Areh in Možina, 2013).

Soršak (1998, 2013) navaja, da hipnozo pogosto obravnavajo kot »mater psihoterapije«. Je vsestranska, »uporabljena je lahko za raziskovanje podzavestnih in nezavednih funkcij, razreševanje zgodovinskih dejavnikov in uporabljanje nezavednih virov« (Hammond, 2013, str. 3). Tako lahko v želji, da je psihoterapevtski proces čim krajši in čim bolj učinkovit, kot eno izmed psihoterapevtskih tehnik uporabimo hipnozo (Pajntar, 2016a). Hipnoza skrajša potek in poveča učinek psihoterapije (Soršak, 1998; Hammond, 2013; Coman, 1992), neodvisno od psihoterapevtske šole (Kirsch in Lynn, 1995).

Do leta 2012 naj bi bilo objavljenih najmanj petsto raziskav o učinkovitosti hipnoze, od tega pa jih je le 125 primernih za uporabo v metaštudijah. Kljub temu lahko z gotovostjo potrdimo obstoj pozitivnega učinka hipnoze za zdravljenje veliko različnih zdravstvenih in psiholoških težav (Pajntar idr., 2013).

Psihoterapija je osnova zdravljenja motenj prehranjevanja (Preželj, 1995), a noben posamezni pristop ne vodi do ozdravitve motenj hranjenja, posledično večina avtorjev predlaga večdimenzionalni pristop (Coman, 1992; Garner in Garfinkel, 1985; Hammond, 2013), pri katerem se vedno bolj poudarja tudi vključitev hipnoterapevtskih tehnik (Georgiou, 1995; Vanderlinden in Vandereycken, 1988), predvsem za kliente, ki trpijo za bulimijo ali kompulzivnim prenejedanjem (Coman, 1992).

Hipnoza je lahko uporabljena kot podpora psihoterapiji, kot sredstvo za raziskovanje etiologije motnje prehranjevanja, pomoč pri nadzoru nad prehranjevalnim aktom (Coman, 1992), strategija za nezavedno raziskovanje, za notranje razreševanje konfliktov (Hammond, 2013), za večjo pozornost, namenjeno telesu, večji občutek neodvisnosti, krepitev zmožnosti spoprijemanja s težavami brez pomoči hrane (Pajntar, 2008) in za učenje specifičnih veščin (Latini, 2008).

Ker je zdravljenje motenj hranjenja ključno, saj te zahtevajo največji delež smrtnih žrtev med vsemi psihiatričnimi motnjami (Margo, 2000), je namen diplomskega dela čim bolj celostno prikazati vlogo hipnoze v psihoterapiji in njeno vsesplošno uporabnost, tudi pri kompleksnem zdravljenju motenj hranjenja.

Osrednji cilj diplomske naloge je predstaviti hipnozo kot učinkovito psihoterapevtsko tehniko skozi pregled literature, znanstvenih člankov in pregled raziskovalnih metod,



uporabljenih v raziskavah. Poleg tega želimo podati nekaj praktičnih predlogov za hipnotične sugestije, s katerimi lahko zdravimo motnje hranjenja. Marsikomu lahko zbrane sugestije služijo kot osnova, z neskončno možnostjo razširitve pri ustvarjanju novih sugestij.

Za raziskovanje hipnoze smo se odločili zaradi izobraževanja za medicinsko hipnozo pod vodstvom prof. dr. Marjana Pajntarja, ki nas je navdušil s primeri iz svoje klinične prakse in nam podal vero v moč te čudovite psihoterapevtske tehnike z neskončno možnostmi za raziskovanje človekove duševnosti.

*Moja duševnost je moje kraljestvo.*

Edward Dyer

## 2 KAJ JE HIPNOZA

Hipnoza je vsakdanji psihološki pojav, ki se pojavlja v številnih okoliščinah (Soršak, 1998; The British Psychological Society, 2001), a ga ne prepoznamo kakor hipnozo kot takšno in ga s tem imenom tudi ne poimenujemo (Soršak, 1998, 2013). Enotno mnenje, kaj hipnoza je, še ne obstaja (Lynn in Kirsch, 2006; Fulder, 2014, Soršak, 2013). Na to kaže tudi obsežna definicija terapevtske hipnoze iz leta 2005, ki jo je podalo Društvo za psihološko hipnozo Ameriškega psihološkega združenja (Society for Psychological Hypnosis of American Psychological Association): »Hipnoza se običajno začne z uvodom, med katerim terapevt subjektu pove, da bo uporabil sugestije za spodbujanje njegovih notranjih predstav (imaginacije). Nato sledi uvajanje v trans, t. i. hipnotska indukcija, ki je razširjena začetna sugestija za uporabo subjektivnih notranjih predstav in lahko vključuje nadgrajevanje uvoda. Terapevt nato uporabi hipnotski postopek za spodbujanje in ocenjevanje odgovorov na sugestije. Pri uporabi hipnoze eno osebo (subjekt) vodi druga (hipnotizer) s ciljem, da bi subjektovi odzivi pripeljali do sprememb v njegovem doživljanju, zaznavanju, čutenju, čustvovanju, mišljenju ali vedenju. Ljudje se lahko naučijo tudi avtohipnoze, med katero oseba sama uporablja hipnotske postopke. Če se subjekt odziva na hipnotske sugestije, na splošno velja, da je prišlo do hipnotske indukcije. Številni menijo, da so za hipnotsko stanje značilni hipnotski odgovori in doživljanje. Medtem ko so nekateri mnenja, da med hipnotsko indukcijo ni treba uporabiti besede 'hipnoza', drugi menijo, da je to nujno.

Podrobnosti hipnotskega postopka in sugestij se razlikujejo glede na terapevtove cilje in glede na namene kliničnega ali raziskovalnega prizadevanja. Hipnotski postopek običajno vsebuje sugestije za sproščanje, čeprav sprostitev za hipnozo ni nujna, tako da se lahko uporablja široko paleto sugestij, vključno s tistimi za večanje budnosti. Tako v kliničnem kot tudi v raziskovalnem kontekstu se lahko uporablja sugestije, ki omogočajo oceno obsega hipnoze z merjenjem odgovorov s standardiziranimi lestvicami. Medtem ko se večina ljudi odziva na vsaj nekatere od sugestij, ocene s pomočjo standardiziranih lestvic nihajo med visokimi in zanemarljivo nizkimi. Običajno se ocene povezujejo v tri kategorije: nizke, srednje in visoke. Podobno kot pri drugih pozitivnih lestvicah oz. merah psiholoških konstruktov, npr. za merjenje pozornosti in zavedanja, tudi v tem primeru višja vrednost pomeni večanje dokazov o tem, da se je razvila hipnoza.« (Yapko, 2012, v Pajntar idr., 2013, str. 20)

V hipnotičnem stanju se pojavijo številne telesne, duševne, kognitivne in druge spremembe, tako da je posameznik bolj dovzeten za dražljaje od zunaj (povečana sugestibilnost) ter obenem manj pozoren na dogajanje v okolici (Soršak, 1998), obseg pozornosti je bistveno zožen (Pajntar idr., 2013). Posledično se lažje posveča svojemu notranjemu svetu in odkriva svoje duševne potenciale (Soršak, 2013).

Na kratko lahko hipnozo opredelimo kot postopek, pri katerem hipnotizer sugerira hipnotizirani osebi, da bo doživela spremembe v občutenju, zaznavanju, čustvovanju, mišljenju in vedenju (Pajntar idr., 2013).

Z drugimi besedami, med hipnozo se duševna aktivnost preklopi z leve na desno hemisfero, ta pa je naravnana bolj vizualno in tako omogoča bolj kreativno dejavnost (Soršak, 1998), to se kaže v »logiki transa«, za katero je značilno, da klient vse razume bolj slikovito ter je manj kritičen do logičnih nasprotij in nedoslednosti (Soršak, 2013).

Nekatere teorije skušajo hipnozo razložiti s stališča sprememb v možganski aktivnosti. Hipnotično stanje spremljata specifična selektivna percepcija in mišljenje, ki zaobideta nekatere miselne lastnosti, kot so predvsem tiste »kritično racionalne«. Hipnozo navadno spremlja sprememba iz vzbujenega stanja ritma beta v prevladujočo alfa-theta aktivnost, vmes med normalno aktivnostjo v budnosti skozi fazo sproščenosti (kjer prevladuje alfa ritem) do stanja globoke hipnoze (kjer prevladuje theta ritem). Med hipnozo se možganska aktivnost poveča v sedanjih »receptivnih« predelih sensoriuma, možganska aktivnost duševnih procesov pa se zmanjša.

Različne raziskave z EEG-koherenco opozarjajo na pomembnost sprememb funkcijske konektivnosti možganov med hipnozo. Ločeni kognitivni moduli in podsistemi v času hipnotičnega stanja drugače komunicirajo, npr. drugače se medsebojno povezujejo ali se celo »odklopijo« (Brežan, Štukovnik in Vodušek, 2007).

### 3 HIPNOZA SKOZI ČAS

*Seventy years of amazement, and still don't know  
what it is!*

John G. Watkins

Čeprav hipnoza obstaja, odkar obstaja človeški rod, je od nekdaj imela prizvok skrivnostnega in mističnega, kar se je ohranilo vse do danes.

Vedno bolj pa postaja predmet znanstvenih raziskovanj, uporabljati so jo začeli v psihologiji, psihoterapiji in medicini.

#### 3.1 Zgodovina hipnoze

Hipnoza je fenomen, star toliko kot človek (Pajntar, 2016a; Pajntar idr., 2013), saj njeni začetki segajo k prvim željam človeka, da bi z magičnimi obredi obvladal svet in naravne pojave. V skladu z animističnim verovanjem so demone preganjali z različnimi pripomočki, predvsem z besedo in čarom. Posebno vlogo so imeli vrači, ki so s pomočjo

povzročenih čustev sugestivno normalizirali ali abnormalizirali fiziološke procese v organizmu. Tako je skrivnosten hipnotični trans postal pomembno izkustvo takratnega človeka. Hipnoza je bila znana pri veliko starih kitajskih, indijskih in afriških ljudstvih, kot navaja Bras (1977).

Zaghet (2008) se strinja, da je bila hipnoza v grobi obliki prisotna že pri starodavnih ljudstvih, a se je uradno začela razvijati v 18. stoletju.

V drugi polovici so 18. stoletja začeli hipnozo uporabljati pod imenom »mesmerizem«, ki ga označujejo kot prelomnico med starodavno kvazi religiozno terapevtsko uporabo hipnoze in začetki nastajanja moderne psihoterapije (Bras, 1997).

Soršak (1998) dodaja, da se je znanstveno proučevanje hipnoze začelo leta 1775 z dunajskim zdravnikom Franzom Antonom Mesmerjem, ki je prvi podal naturalistično razlago hipnoze (Pajntar, 2016a; Pajntar idr., 2013). S pomočjo hipnoze je pomagal pacientom, ki se niso odzivali na običajno medicinsko oskrbo (Soršak, 1998, 2013). Zaghet (2008) dodaja, da je Mesmer s pomočjo sugestije zdravil psihosomatska obolenja. Mesmer se je ukvarjal z astrologijo in domneval, da planeti vplivajo na vedenje ljudi, pisal je o vplivu planetov na človeško telo prek fluidov, fluid je bil zanj neviden in neotipljiv plin (Kojić, 1984). Menil je, da bolnike ozdravi s prenašanjem fluida nanje in z glajenjem od zgoraj navzdol. Poleg tega je menil, da fluid lahko steče iz rok hipnotizerja v bolnikovo telo ter tako uredi fluide v njem. Po njem se ta metoda imenuje animalni magnetizem (Tepperwein, 1984). Mesmer (1785, v Green, Lynn in Laurence, 2014) navaja, da je njegov pristop, animalnega magnetizma, lahko uporabljen neposredno, za zdravljenje bolezni živčnega sistema in posredno, kot pomoč pri številnih psiholoških motnjah.

Pozneje se je zanj začel zanimati angleški profesor medicine Elliotson, ki je želel angleškemu zdravnikom predstaviti in pridobiti ustrezno vrednost Mesmerjeve metode. Podobno kot Mesmer in drugi mesmeristi je bil tudi Elliotson deležen ostre kritike poklicnih kolegov in primoran zapustiti službo na univerzi. Kljub temu pa se ni odpovedal mesmerizmu in ga je še dolgo uporabljal v svoji zasebni praksi. Leta 1843 je s svojimi somišljeniki izdal časopis *Ziost*, ki je pomembno pripomogel k razširitvi mesmerizma in bolnišnic v Londonu, Dublinu in drugih večjih mestih, kjer so zdravili po Mesmerjevi metodi (Bras, 1977).

Z Elliotsonovimi uspehi v časopisu *Zoist* se je seznanil škotski zdravnik James Esdaile. Slednji je v Indiji pod hipnotično anestezijo opravil na stotine kirurških posegov (Soršak, 1998; Pajntar 2016a) z zelo majhno umrljivostjo za tedanji čas (Forrest, 1999).

Okoli leta 1840 je okulist James Braid prvič uporabil besedo hipnoza (Latini, 2008; Zaghet, 2008). Odločno je zavrnil Mesmerjevo teorijo o magnetnem fluidu (Bras, 1977, Zaghet, 2008) in začel iskati fiziološke vzroke indukcije hipnotičnega stanja. Pozneje je prišel do spoznanja, da lahko hipnotično stanje doseže samo z verbalnimi sugestijami ter tako uvedel novo psihološko (in ne več fiziološko) razlago hipnotičnega transa (Bras,

1977; Pajntar, 2016a).

Koncept sugestije je posledično postal predmet zanimanja več pisateljev v poznem 19. stoletju (Green, Lynn in Laurence, 2014).

Zaghet (2008) dodaja, da je bil poleg Braida v 19. stoletju zelo pomemben tudi Ambroise-Auguste Liébeault, ki je menil, da je vse ljudi mogoče hipnotizirati. Mnogi ga imajo za očeta moderne hipnoze, saj je z združitvijo metode fiksirane pozornosti in verbalnih sugestij ustvaril eno od danes najbolj uporabljenih tehnik za indukcijo hipnoze (Bras, 1977).

Ellenberger (1970) navaja, da se je v tem času (v zadnjih dveh desetletjih 19. stoletja) razvila psihoterapija, kot jo poznamo danes.

Leta 1882 je Hyppolite Bernheim pol leta neuspešno sledil pacientu (Zaghet 2008), ki je bolehal za išiasom, ki ga je Liébeault uspešno pozdravil (Bras, 1977). Zaghet (2008) dodaja, da je Hyppolite Bernheim prevzel njegov način zdravljenja in zdravljenje s hipnozo vpeljal v univerzitetno bolnišnico v Nancyju. Green idr. (2014) dodajajo, da je le to vodilo v razširitev hipnoze in nove terapevtske modele, saj je postalo jasno, da so sugestije že same po sebi zadostne za terapevtski učinek. Pajntar (2016a) se strinja, da sta Liébeault in Bernheim v Franciji močno popularizirala uporabo hipnoze v terapevtske namene.

Pozneje, ko je hipnoza v Evropi že bila uveljavljena metoda zdravljenja nervoz, se je z njo začel ukvarjati Sigmund Freud (Bras, 1977). V svojih prvih študijah je razvil koncept represije in podzavesti v hipnozi (Pajntar, 2016a), sodelovati je začel z Josefom Breuerjem, s katerim sta prišla do pomembnega spoznanja, da so naše podzavestne vsebine zelo pomembne za našo vedenje (Bras, 1977).

Leta 1859 je izšlo njuno delo *Studien über hysterie*, v katerem sta dokazovala:

1. da se neki travmatični dogodek, ki ima za osebo velik čustven pomen, lahko izbriše iz zavesti, a ga lahko spet prikličemo nazaj, da se ga oseba začne spominjati;
2. da je mogoče v hipnotičnem stanju ta dogodek podoživetiti;
3. da se simptomi histerije odražajo v neprijetnih doživetjih, ki se zaradi zavor (obrambnih mehanizmov) ne kažejo več v svoji prvotni obliki, ampak se nehote spreminjajo, konvertirajo v neko drugo duševno ali telesno aktivnost (Bras, 1977). Freud ni bil izkušen hipnotizer, vseh svojih pacientov ni mogel hipnotizirati in je posledično hipnozo opustil (Bras, 1977), kajti prepričan je bil, da hipnoza le prikrije simptome in da se ti kmalu vrnejo, dodaja Zaghet (2008).

Naslednji pomemben korak je bil leta 1933, ko je Clark Leonard Hull izdal svoje delo *Hypnosis and Suggestibility: An Experimental Approach*. V njem so združena vsa dotedanja spoznanja in znanstveni rezultati s področja sugestij in hipnoze v okviru takratne psihologije (Bras, 1977).

Zaghet (2008) navaja, da je Milton Erickson leta 1979 prvi opisal pomembno vlogo hipnoze v psihoterapiji. Razvil je hipnotični komunikacijski stil, pri katerem klient ni več

pasiven (kot pri Freudu), ampak aktivno sodeluje s terapevtom. Green idr. (2014) navajajo, da se je Erickson zavzemal, da se vsak terapevtski odnos začne z »uporabo« in brezpogojnim sprejemanjem klientovih misli, čustev, vedenj in prepričanj. Erickson to poimenuje načelo utilizacije, kar pomeni popolno sprejemanje vsega, kar se dogaja s klientom, ter iz tega izhajajoč poskus uporabe, premika ali spremembe tega doživljanja (Hammond, 2013).

Tako je klientu omogočil, da postopoma začne odkrivati in uporabljati svoj notranji potencial (Zaghet, 2008). Green idr. (2014) zaključijo, da je Erickson hipnozo prikazal v dobri luči, kot uspešno psihoterapevtsko orodje in njegovo delo spodbuja odprt odnos vključujoč hipnotične metode v obstoječo psihoterapijo.

Tako hipnoterapija počasi začenja dobivati svoj pomen v okviru sodobne psihoterapije (Bras, 1977).

### 3.2 Hipnoza v Sloveniji nekoč in danes

Leta 1962 so v Sloveniji začeli z uporabo hipnoze v namen zmanjševanja bolečine pri porodih (Pajntar, 2016a), deset let pozneje je v kranjski porodnišnici 20 % (približno šeststo) porodnic rodilo v hipnozi (Pajntar idr. 2013).

Leta 1979 so v Slovenskem zdravniškem društvu ustanovili Sekcijo za klinično in eksperimentalno hipnozo. Kot nadaljevanje je bilo 2007 ustanovljeno društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS) z enakim kodeksom etike kot Evropsko združenje za hipnozo EHS (Pajntar, 2013; Pajntar, 2016a, 2016b; Pajntar idr., 2013).

Glavni namen društva je organizacija strokovnih izobraževanj za pridobitev naziva terapevt medicinske hipnoze, predstavljanje znanstvenih dogajanj, znanstveno in raziskovalno delo na področju medicinske hipnoze in hipnoterapije, dodaja Fulder (2014).

Klinični psiholog Stanislav Bras je v sedemdesetih prvi promoviral psihoterapijo, saj jo je veliko uporabljal v svoji lastni praksi ter o njej pisal v strokovnih in drugih revijah (Bras, 1977).

Pajntar idr. (2013) navajajo še nekaj pomembnih imen za razvoj hipnoze v Sloveniji:

- psihologa Janez Rojšek in Maks Tušak sta bila pobudnika za vpeljavo hipnoze v šport,
- nevrokirurg Miloš Remic je uporabljal hipnozo po poškodbah glave,
- psiholog Tone Pačnik je uporabljal hipnozo pri psihoterapevtskem delu z adolescenti.

Še danes pod vodstvom prof. Marjana Pajntarja potekajo usposabljanja za medicinsko hipnozo, na tečajih Društva za medicinsko hipnozo, ki se jih lahko udeležijo zdravstveni delavci, psihologi in psihoterapevti (Pajntar, 2016b). To je tudi v skladu z The British Psychological Society (2001), ki navajajo, da bi izobraževanje o hipnozi moralo biti

omogočeno le posameznikom, ki že imajo znanje (ali so v procesu izobraževanja), izkušnje in dobro razumejo probleme, za katere nameravajo uporabljati hipnozo.

## 4 TEORIJE HIPNOZE

Raziskovalci in zdravniki se že več kot stoletje trudijo razložiti fenomen hipnoze. V nadaljevanju so predstavljene ključne sedanje in minule teorije hipnoze.

### 4.1 Sociokognitivne teorije

Glavna značilnost sociokognitivnih teorij je, da hipnoze ne povezujejo s spremenjenim stanjem zavesti (Brown, 1999).

Splošni teoretični okvir za razumevanje človekovega družbenega vedenja (Hypnosis and suggestion) predstavlja teorija vlog (Sarbin, 1950). Teorija predpostavlja, da so vloge družbeno ustvarjene in so lahko uporabljene v namen razlage različnih vedenj; igranja, kriminala, psihopatologije in hipnoze. Sarbin je poudaril razliko med igranjem in prevzemanjem vlog. Za slednje je značilna večja stopnja subjektivne vpletenosti ali identifikacija z vlogo in močnejšega prepričanja vanjo. Sarbin se ni strinjal s teorijami, ki so predvidevale, da je hipnotični odziv posledica edinstvenega spremenjenega (nenormalnega) stanja zavesti. Črpal je iz misli Whita (1941), ki je verjel, da je vedenje med hipnozo smiselno, ciljno usmerjeno ter, najpomembnejše, glavni cilj hipnotizirane osebe je, da se vede, kot da je hipnotizirana. To je določeno od hipnotizerja in razumljeno od hipnotizirane osebe. Tako je Sarbin črpal iz omenjene interpretacije Whita, svoje lastne teorije vlog, empiričnih raziskovalnih podatkov in analogij z drugimi družbeno konstruiranimi vlogami. Trdil je, da hipnotizirane osebe niso bile v posebnem stanju zavesti, saj lahko hipnozo razložimo z identifikacijo nenavadne družbene vloge – biti hipnotiziran. Hipnotska seansa se navadno začne s pojasnjevanjem, kaj se bo med hipnozo zgodilo, kar močno vpliva na klientovo znanje o hipnozi, pričakovanja, subjektivno mnenje o klientovi vlogi v hipnozi, domišljijo itd. Med hipnozo hipnotizer navadno zniža ton glasu, govori bolj poetično in počasneje. Sugerira trditve, ki niso povsem v skladu z realnim stanjem. Če klient ne bi bil hipnotiziran, bi bile omenjene sugestije zanj nesmiselne; ker pa čuti težnjo po tem, da igra svojo vlogo, jim sam doda pomen (Solomon, Surprenant, Czepiel in Gutman, 1985).

Prav tako tudi Spanos (1986) predvideva, da odnosi, prepričanja, predstave, lastnosti in pričakovanja prispevajo k oblikovanju fenomena hipnoze. Uporabil je teorijo strateških vlog, da bi razložil, kako posamezniki spremenijo predstave, misli in občutke v izkušnje in vedenja, ki so konsistentni z njihovimi idejami o tem, kako naj bi se uspešen hipnotični subjekt odzval na celotno hipnotično situacijo, še posebej na specifične sugestije. Ključni dejavnik pri hipnotični odzivnosti predstavlja posameznikovo razumevanje njegove vloge v hipnozi (Hypnosis and suggestion). Čeprav hipnotizirana oseba misli, da čuti in se vede

samodejno, je v resnici vključena v naporno in nenamerno vedenje, čeprav se tega niti sama ne zaveda (Brown, 1999). Avtor predlaga, da hipnotično vedenje razložimo z istimi sociopsihološkimi procesi, s katerimi lahko razlagamo tudi nehipnotično vedenje (Brown, 1999; Hypnosis and suggestion).

## 4.2 Disociacijske teorije

### 4.2.1 Neodisociativna teorija

Hipnotski fenomeni, ki jih povzroči disociacija visoke ravni nadzornega sistema, predstavljajo vodilno teorijo hipnoze, ki jo je leta 1973 prvič predlagal ameriški psiholog Ernest R. Hilgard v časopisu *Psychological Review* (Oxford Reference). Hilgardova teorija se začne z domnevo, da jedro hipnoze ni le odgovor na sugestije, kot sta predvidevala Kirsch in Lynn (1995), ampak gre za delitev zavesti (Kihlstrom, 1998). V skladu z njegovo teorijo hipnoza vključuje obliko deljene zavesti. 1. Tako kot v primeru hipnotske analgezije, ko se hipnotizirana oseba ne zaveda bolečine, ki jo povzroči neki dražljaj, ki je praviloma boleč (Oxford Reference; Kihlstrom, 1998), skriti opazovalec (*hidden observer*) pa se te bolečine zaveda.

Teorija skritega opazovalca (Hilgard, 1975) je bila vzpostavljena kot podpora neodisociativni teoriji. Hilgard je ugotovil, da so bolj hipnotibilni posamezniki zmožni v spomin priklicati izkušnje (oziroma bolečine) med hipnozo, ko jim pove, da ima njihov um skriti del oziroma skritega opazovalca. Skriti opazovalec je lahko naslovljen od hipnotizerja ter s pomočjo sugestij lahko poroča o normalni slušni in vidni zaznavi, čeprav hipnotizirani del zavesti deluje, kot da je popolnoma gluhi in slepi za določene dražljaje. Z drugimi besedami, teorija predpostavlja, da lahko hipnotizirana oseba, pod določenimi pogoji, opazuje svojo bolečino, ne da bi zavestno doživljala kakršnokoli trpljenje (Spanos in Hewitt, 1980).

2. Ali v hipnotski amneziji, ko se oseba, ki je bila nedavno hipnotizirana, ne more spomniti, kaj se je zgodilo v stanju hipnoze (Hilgard, 1992; Kihlstrom, 1998)? V obeh primerih je zavest spremenjena tako, da hipnotizirana oseba ne čuti bolečine ali pa se ne more spomniti, kaj se je med hipnozo zgodilo. Ob upoštevanju omenjenih sprememb neodisociativna teorija predpostavlja, da obstaja kognitivno stanje, v katerem je tok duševne aktivnosti (npr. zaznavanje, spomin, načrtovanje) povzročen zunaj fenomena zavesti in očitno neodvisno od volje osebe, ki je hipnotizirana (Hilgard, 1992).

### 4.2.2 Disociativna teorija nadzora

Disociativna teorija nadzora hipnoze (DCT) vključuje model izvršilnega nadzora Norman in Shallice (1980), v namen razlage hipnotskega odziva. Izvirna različica omenjenega



modela se osredotoča na funkcionalno disociacijo med izvršilnim nadzorom in nižjimi podsistemi nadzora. Woody in Bowers (1994) sta DCT povezala z modelom, ki sta ga razvila Norman in Shallice. Teorija modela DCT pravi, da takrat, ko so posamezniki v stanju globoke hipnoze, sistem nadzora pozornosti postane funkcionalno disociiran sistem za razporejanje trditev (*contention scheduling system/CS*), kar pomeni, da ta nivoja skupaj ne delujeta več uspešno.

Ko je zelo hipnotibilna oseba v stanju hipnoze in ko je višji nivo sistema nadzora deloma onemogočen, so posamezniki bolj odvisni od samodejnih procesov, ki temeljijo na nižji ravni CS. Kontekstualni namigi in sugestije hipnotizerja vplivajo na CS in neposredno vplivajo na izkušnjo hipnotizirane osebe.

Do sedaj so izvedli že veliko študij in raziskav, da bi z njimi preverili hipoteze, ustvarjene s pomočjo DCT, ki sta jih podrobneje raziskala Jamieson in Woddy (2007). Pri eni raziskavi so uporabili težjo verzijo Stroop testa in ugotovili, da so zelo hipnotibilni posamezniki v stanju hipnoze naredili več napak kot tisti, ki so manj hipnotibilni. Ta rezultat je že tudi predvidela teorija DCT. Nekatero druge študije pa so našle dokaze za večji nadzor pozornosti v stanju hipnoze, kar je v nasprotju s tem, kar predvideva teorija DCT (Jamieson in Sheehan, 2010). Jamieson in Woddy (2007) sta prišla do sklepa, da na osnovi podatkov, ki so trenutno na voljo, lahko sklenemo, da v stanju hipnoze ne pride do preprostega, splošnega prenehanja frontalnih funkcij (PubMed).

#### 4.2.3 Egopsihološke teorije

Od razvoja psihoanalize so si psihoanalitiki prizadevali razložiti naravo hipnoze in njen potencialni terapevtski prispevek. Najverjetneje je najbolj vplivna Frommova (1979) egopsihološka teorija hipnoze. Teorija temelji predvsem na psihoanalitičnih konceptih in njegovih opazovanjih (Brown, 1999).

Navadno psihoanalitične teorije predvidevajo, da mentalne aktivnosti lahko razdelimo v primarne in sekundarne procese. Primarni so čustveni, nelogični in temeljijo na slikah, so pogoj za intuicijo. Nasprotno pa sekundarni procesi temeljijo na logiki, razlogih in informacijah. Fromm (1979) navaja, da so najbolj popolni primarni in sekundarni procesi najbolj uporabni, ko se nanašajo na delovanje ega, kar predstavlja razliko med zavestnim in nezavednim. Egopsihološke teorije predvidevajo, da je vso vedenje nadzorovano prek ravnovesja med primarnimi in sekundarnimi procesi. Zrela odrasla oseba več uporablja sekundarne procese. Hipnoza, v tem kontekstu, za Fromma predstavlja način, pri katerem se ravnovesje med primarnimi in sekundarnimi procesi spremeni. Tako posameznik pri indukciji hipnoze vstopi v stanje dovzetnosti ega (*ego-receptivity*), tako se zmanjša normalno usmerjanje funkcij, kar omogoča sprostitev obrambnih mehanizmov. Z drugimi besedami, posameznik se nezavedno odreče sekundarnim procesom in se začne nagibati k primarnim. Glede na egopsihološke teorije je povečana sugestibilnost, ki spremlja

hipnotično stanje, rezultat zmanjšane kritične zmožnosti, ki je povezana z osredotočeno pozornostjo in stanjem dovtetnosti ega (*ego-receptivity*). Druge značilnosti hipnotičnega stanja, kot so: povečana domišljija, predstavljanje v slikah, logika transa (*trance logic*, navidezna logična povezava za neusklajenosti med hipnozo), povečani čustvenost in ustvarjalnost ter občutek, da vse to ni odvisno od hipnotizirane osebe, so posledica težnje do primarnih procesov (Brown, 1999).

## 5 HIPNOZA IN PSIHOTERAPIJA

*Največje odkritje moje generacije je,  
da človeška bitja lahko spremenijo  
svoje življenje, če spremenijo svoje  
nazore.*

William James

Hipnoterapija je uporaba hipnoze v psihoterapiji (Soršak, 2013) kot del psihoterapevtske intervencije, z namenom okrepitve zmožnosti klientove sprejemljivosti za psihoterapijo (Wright, 1987).

Yapko (2003) navaja, da so vse resne medicinske, psihološke in psihoterapevtske organizacije tako v Ameriki kot tudi v Evropi v zadnjem času sprejele hipnozo kot učinkovito terapevtsko metodo. Čeprav je dolgo veljala za kontroverzno, danes velja za učinkovito terapevtsko tehniko (APA).

Hipnoza je lahko pomemben dodatek k skoraj vsaki obliki psihoterapije, to je postala tudi pri tistih motnjah, pri katerih so jo sprva odsvetovali, npr. pri psihiatričnih primerih in zdravljenju depresije (Soršak, 2013). Po Pajntarju (2008) so pogoji, vzpostavljeni z indukcijo hipnoze in fenomenologijo hipnotičnega transa, združljivi s cilji večine psihoterapevtskih usmeritev.

V sodobnih raziskavah se vedno bolj poudarja interdisciplinarnost proučevanja posameznika, saj v ospredje vedno bolj prihaja povezanost fizioloških reakcij, telesnih izkušenj in čustveno kognitivnih dejavnikov (Martinec, 2008, v Fulder, 2014). Hammond (2013) povzema, da so raziskave pokazale, da najbolj izkušeni terapevti združujejo različne metode in pristope (t. i. eklektični pristop) ter se tako ne osredotočajo le na eno usmeritev. Še več, to je zelo pomembno, saj en sam postopek vodi k destruktivnim učinkom (Lieberman, Yalom in Miles, 1973; Soršak, 2013). Hammond (2013) se strinja, da je hipnoza najbolj učinkovita, kadar je uporabljena z drugimi oblikami zdravljenja.

## 5.1 Prednosti uporabe hipnoze v psihoterapiji

- Krajša in bolj učinkovita psihoterapija

Obravnava nekaterih psihično in socialno pogojenih bolezni in motenj z različnimi zdravili in psihoterapijo lahko traja leta. V želji, da je ta proces krajši in bolj učinkovit, lahko kot eno izmed psihoterapevtskih tehnik uporabimo hipnozo (Pajntar, 2016b). Hipnoza skrajša potek in poveča učinek psihoterapije (Coman, 1992; Dengrove, 1973; Hammond, 2013; Soršak, 1998), neodvisno od psihoterapevtske šole (Kirsch in Lynn, 1995).

- Manjša možnost odpora

Pomembno je poudariti, da klient v hipnotičnem stanju, na ravni podzavestne komunikacije, sprejme zunanje podobe kot svoje lastne ter tako zmanjša možnost odpora in poveča možnost za terapevtski učinek (Soršak, 1998). Pajntar (2008) dodaja, da se med hipnozo ustvari okolje, v katerem klient lažje začne verjeti v spremembe, še več, ustvari se stanje, v katerem so lahko izkušnje sprememb doživete v predstavah in domišljiji. Z drugimi besedami, klientu pomaga, da spremeni mnenje o samem sebi, o drugih in o dogodkih. S tem se okrepi zaupanje med klientom in terapevtom, kar je ključnega pomena za napredek, ki privede do želenih sprememb v klientovem življenju, dodaja Pajntar.

- Deluje pomirjajoče

Hipnoza že sama po sebi sproščujoče in pomirjajoče vpliva na telo in duševnost (Hammond, 2013; Kirsch, Montgomery in Sapirstein, 1995), v hipnotičnem stanju se klient lahko fizično in psihično sprosti globlje kot v budnem (Pajntar, 2016a, 2016b). Poleg tega so sugestije za sprostitev lahko uporabljene v skoraj vsaki hipnozi, kar je potencialno koristno za veliko klientov (Barber, 1985, v Green idr., 2014). Pajntar (2008) dodaja, da klient s pomočjo sprostitve odkrije prej skrite pozitivne poglede na sproščena doživetja ter preoblikuje pomen in pomembnost preteklosti in današnje situacije.

- Močan placebo efekt

Alladin (2008) navaja, da hipnoza lahko deluje kot močan placebo.

Placebo učinek lahko neposredno zelo vpliva na pričakovanja klientov na njihovo zdravljenje (Moerman in Jones, 2002). Posledično placebo efekt lahko izboljša pozitivna pričakovanja psihoterapije, kar pripomore k njihovi uresničitvi (Green idr., 2014). Pajntar (2016b) navaja, da je hipnotično stanje globlje, čim bolj sugestibilen je klient, pri tem pa tudi placebo igra pomembno vlogo kot dejavnik sugestibilnosti.

Kirsch (1994) in Flammer (2006, v Pajntar, idr., 2013) se strinjata, da je hipnoza lahko povezana s placebo, v smislu, da veliko klientov verjame, da hipnoza poveča in pospeši

psihoterapijo, a kljub temu pri hipnozi ne gre le za placebo, saj se je hipnoza izkazala za bolj učinkovito.

- Je vsestranska

Hipnoza je vsestranska, »uporabljena je lahko za raziskovanje podzavestnih in nezavednih funkcij, razreševanje zgodovinskih dejavnikov in uporabljanje nezavednih virov« (Hammond, 2013, str. 3).

Kako se uporablja hipnoza v psihoterapiji, je odvisno od terapevtovega razumevanja klientovih težav in terapevtovega izbora primerne tehnike (Pajntar, 2008; Soršak, 1998, 2013) ter psihoterapevtove osebnosti in orientacije (Pajntar, 2008). Vse to klientu pomaga pri napredovanju k zastavljenemu cilju (Pajntar, 2008).

### 5.1.1 Raziskave

Do leta 2012 naj bi bilo objavljenih najmanj petsto raziskav o učinkovitosti hipnoze, od tega pa je le 125 raziskav primernih za uporabo v metaštudijah. Kljub temu lahko z zagotovostjo potrdimo obstoj pozitivnega učinka hipnoze za zdravljenje veliko različnih zdravstvenih in psiholoških težav (Pajntar idr., 2013).

Vendar omenjeni pozitivni učinki niso edinstveni oz. značilni le za hipnozo. Posledično na tem področju poteka veliko eksperimentalnih raziskav (The British Psychological Society, 2001).

Čeprav hipnotični trans ni nujen za učinkovit odziv na sugestije, lahko okrepi sugestibilnost. Imamo veliko dokazov, da drugi dejavniki, kot na primer pričakovanje in motivacija, pomembno vplivajo na povečanje sugestibilnosti (The British Psychological Society, 2001).

V nadaljevanju povzemamo pomembna spoznanja nekaterih temeljnih raziskav.

1. Flammer in Bongartz (2003) sta raziskovala učinkovitost hipnoze, tako da sta izmed 444 empiričnih raziskav, ki so se osredotočale na učinkovitost hipnoze, opravljenih od leta 1887 do 2002, izbrala 57 randomiziranih, metodološko najkakovostnejših raziskav.

V raziskavo sta vključila le klinične raziskave, pri katerih so učinkovitost hipnoze merili pri naslednjih skupinah bolnikov: pri bolnikih z motnjami, ki spadajo pod MKB-10, pri pacientih po medicinskih postopkih (npr. v zobozdravstvu) in pri klientih, pri katerih je bila hipnoza namenjena zdravljenju bradavic.

Vključila sta raziskave, pri katerih so primerjali skupine klientov, ki so bili zdravljeni izključno s hipnozo, s kontrolno skupino, pri kateri so bili klienti deležni le klasičnega medicinskega zdravljenja. Klineti v kontrolni skupini pa se niso posluževali nobene

psihoterapevtske tehnike. Pacienti, ki so bili vključeni v raziskave, so bili izbrani naključno.

Tako sta iz omenjenih 57 raziskav naredila metaštudijo, ki kaže na to, da ima hipnoza pri zdravljenju motenj, ki spadajo pod MKB-10, srednjo velikost učinka ( $d = 0,63$ ) in nizko velikost učinka, kadar je hipnoza uporabljena pri medicinskih postopkih ( $d = 0,44$ ). Ugotovila sta, da je bilo v povprečju uspešnih vsaj 64 % terapij, v kontrolni skupini pa jih je bilo uspešnih 37 %.

2. V zadnjem času se empirične raziskave o učinkovitosti hipnoze osredotočajo predvsem na uporabo hipnoze v vedenjski, kognitivni in kognitivno vedenjski psihoterapiji (Spinhoven, 1987). Kirsch, Montgomery in Sapirstein (1995) so zbrali 18 raziskav, objavljenih od leta 1974 do 1993, pri katerih je bila učinkovitost kognitivno vedenjske psihoterapije primerjana z isto terapijo, ki ji je bilo dodano zdravljenje s hipnozo. Udeleženci v raziskavah so bili v skupini razdeljeni naključno, razen v dveh raziskavah, v katerih to ni bilo dovolj jasno opisano.

Velikost učinka ( $d$ ) je bila izračunana za vsak izid spremenljivke kot standardizirano povprečje razlike med skupino klientov, ki so bili deležni zdravljenja s hipnozo in kontrolno skupino. Rezultati kažejo, da je dodatno zdravljenje s hipnozo pomembno vplivalo na učinkovitost vedenjsko kognitivne psihoterapije pri vsaj 70 % klientov v procesu odpravljanja duševnih težav. Predvsem je bila hipnoterapija učinkovita pri odpravljanju debelosti. Avtorja skleneta, da je uporaba hipnoze kot pripomočka v kognitivno vedenjski psihoterapiji zelo uporabna za širok spekter duševnih težav.

3. Shih, Yang in Koo (2009) so naredili metaštudijo na osnovi rezultatov šestih kvantitativnih raziskav o vplivu učinkovitosti hipnoze pri zdravljenju depresije. Vključili so raziskave, pri katerih so primerjali skupine klientov, zdravljenih s hipnozo, s kontrolno skupino, ki ni bila deležna zdravljenja, in skupinami, ki so bile deležne standardne obravnave. Povprečna velikost učinka je bila  $d = 0,57$ . Avtorji sklepajo, da je učinek hipnoze pri obravnavi depresije znaten ( $p < .001$ ). Hipnoza se je izkazala za zelo uporabno sredstvo za nefarmakološko zdravljenje depresije.

4. Holdevici in Crăciun (2013) sta raziskovala vpliv hipnoze pri obravnavi anksioznosti. V raziskavo sta vključila 63 klientov, starih med 23 in 53 let. Kliente sta naključno razdelila v tri skupine; dve eksperimentalni in eno kontrolno. Klienti v prvi eksperimentalni skupini ( $n = 21$ ) so bili deležni 12 kognitivno-vedenjskih terapij (KVT), ki so bile prilagojene vsakemu klientu posebej. Klienti v drugi eksperimentalni skupini ( $n = 21$ ) pa so bili poleg KVT deležni tudi hipnoterapije, v seštevku so bili klienti vključeni v 12 terapij.

Osebe v kontrolni skupini ( $n = 21$ ) niso bile vključene v nobeno psihoterapevtsko obravnavo. Udeleženci v raziskavi so pred terapijami in po njih oziroma po štirih mesecih

izpolnili naslednje vprašalnike; Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck idr. 1993), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond in Snaith, 1983) in Profile of Mood States (POMS; McNair, Lorr in Droppleman, 1971).

Primerjava rezultatov vseh treh vprašalnikov prve in druge eksperimentalne ter kontrolne skupine kažejo, da je prišlo do izboljšanja anksioznih simptomov v obeh eksperimentalnih skupinah. Z drugimi besedami, KVT in KVT, uporabljena skupaj s hipnoterapijo, vodijo v zmanjšanje anksioznosti, depresije in splošnega negativnega počutja. Velikost učinka v drugi eksperimentalni skupini, v kateri so bili udeleženci deležni KVT in hipnoterapije, je bil največji ( $d = 1,8$ ). Avtorja ugotavljata, da kombinacija hipnoterapije in KVT vodi v najboljše uspehe pri obravnavi anksioznih motenj.

V zadnjih tridesetih letih je bilo opravljenih toliko raziskav, da lahko sklenemo, da je hipnoterapija lahko učinkovita tehnika pri obravnavi različnih težav v zdravstvu, psihiatriji in psihoterapiji. Rezultati kliničnih raziskav potrjujejo učinkovitost hipnoterapije pri:

- lažšanju ali odpravi akutnih in kroničnih bolezni,
- blaženju ali odpravi bolečine, stresa in nelagodja pri zdravstvenih in zobozdravstvenih posegih,
- zmanjševanju anksioznosti, stresa,
- odpravljanje nespečnosti,
- spopadanje z odvečno težo,
- obvladovanje psihosomatskih težav (The British Psychological Society, 2001).

## 5.2 Stranski učinki

Čeprav se hipnoza ponavadi uporablja za razreševanje nekega določenega problema, klienti pogosto poročajo o pozitivnih stranskih učinkih, kot so več energije, boljše spopadanje s stresom (Jensen in Patterson, 2014), predvsem pa zmožnost globlje sprostitve (Jensen in Patterson, 2014; The British Psychological Society, 2001).

Pregled literature s konca 20. stoletja zajema nekaj primerov, pri katerih so se po hipnozi pri klientih izrazili nepričakovani nasprotni učinki, ki se niso skladali s cilji terapije in so ovirali optimalno miselno funkcioniranje. Ti nepričakovani odzivi zajemajo: zaspanost, vrtoglavico, togost, glavobol, anksioznost (MacHovec, 1988), vendar omenjeni negativni učinki navadno niso večji kot pri drugih psiholoških metodah, ki ne vključujejo hipnoze (The British Psychological Society, 2001).

To pa izhaja iz nezadostnega poznavanja hipnoze, recimo: nezavedanje, da so sugestije podane v hipnotičnem stanju, lahko vzete dobesedno, prehitro zbujanje klienta iz hipnotičnega stanja, nepravilna uporaba starostne regresije, nezadosten pogovor o pričakovanih negativnih učinkih hipnoze pred terapijo ali neugotavljanje že prej prisotne psihopatologije (MacHovec, 1988).

Hipnoza ni nevarna in škodljiva ob previdni in strokovni uporabi (Soršak, 2013), njena nepravilna uporaba pa lahko moti psihoterapevtski proces (Pajntar, 2008).

## 6 HIPNOZA ZA MOTNJE HRANJENJA

Motenj hranjenja je veliko vrst. V naslednjih poglavjih se bomo omejili na tri najpogostejše in posledično na tiste, o katerih največkrat beremo: anoreksijo, bulimijo in kompulzivno prenažanje.

Motnje hranjenja so vedno večji problem sodobnega časa, s katerimi se srečuje ves svet (Margo, 2002). Pajntar (osebni pogovor, 18. 4. 2017) dodaja, da so po njegovih kliničnih izkušnjah motnje hranjenja trenutno deležne eksponentne rasti. »Motnje prehranjevanja lahko opredelimo kot moten odnos do hrane in/ali telesa« (Ogris, 2000, str. 26). Motnje hranjenja se lahko prepletajo ter se pri isti osebi skozi obdobja izmenjujejo (Švab idr., 1998) ali se pojavljajo v različnih življenjskih obdobjih (Rozman, 1997; Milavec, 1998).

Na prvi pogled gre pri motnjah hranjenja za težo in prehranjevanje, a pomembno je zavedanje, da gre v resnici za globlji problem v ozadju, to je za občutek manjvrednosti, nemoči in nizkega samospoštovanja (Pajntar, 2014; Soršak, 2013), z drugimi besedami, motnje hranjenja so način izražanja stiske (Zaviršek, 1995).

V skrajni meri so napad nase. So manipuliranje z lastnim telesom, ki ni znak nečimrnosti, ampak vdaje pred hudimi notranjimi in zunanjimi pritiski, dodaja Tomori (1995).

Po Rozman (1997, v Milavec, 1998) je vsem trem motnjam hranjenja skupno:

- želja po idealni telesni teži z zlorabo diet in telesne vadbe;
- nezadovoljstvo z lastnim videzom, telesna teža je vedno prevelika;
- zloraba raznih metod za izločanje že zaužite hrane, preden se ta vsrka v organizem;
- potlačevanje čustev, kot so: jeza, žalost, osamljenost in nizko samospoštovanje;
- skrivanje pred ljudmi in izolacija;
- zavračanje čustvene in telesne bližine ter strah pred spolnostjo.

Njihovo zdravljenje je ključno, saj te zahtevajo največji delež smrtnih žrtev med vsemi psihiatričnimi motnjami (Margo, 2002; Pajntar, 2017a).

## 6.1 Pojavne oblike

### 6.1.1 Anoreksija

*»Kadar stradam ali jem jem le sadje, se počutim:  
kot ptica, ki leti nad morjem,  
kot snežinka, ki pleše v zraku,  
kot roža, ki poje,  
kot sončni žarek, ki obsije svet,  
kot veter, ki se približa ljudem.« (Švab idr., 1998, str. 17)*

Anoreksija je sindrom, pri katerem je količina zaužitih kalorij premajhna za ohranitev trenutne telesne teže (Prosnik, 1998), z drugimi besedami, oseba vse bolj omejuje količino zaužite hrane in hkrati pogosto telovadi (Švab idr., 1998). Gre za močno popačenost predstave o lastnem telesu in željo po teži, ki je daleč pod normalno (Colclough, 1997; Coman, 1995; Kastelic, 1995), izkrivljeno samopodobo lahko vzdržujejo različna kognitivna odstopanja, dodaja Pajntar (osebni pogovor, 20. 4. 2017). Ta želja je tako močna, da se oseba ne zmeni več za telesne opozorilne znake, da se telo pri tako nizki telesni teži bori za obstanek (Middleton in Smith, 2012).

V stradanje jih ženejo različne kompulzije, del teh sta tudi dieta in načrtovanje povečane porabe kalorij. Več kot 75% bolnikov se poslužuje telesne vadbe, manj pa bruhanja in odvajal (Prosnik, 1998).

Po Coman (1995) dejavniki, ki lahko vplivajo na razvoj anoreksije, obsegajo širok spekter individualnih in družinskih problemov. Individualni dejavniki obsegajo osebnostne lastnosti, kot so: obsesivnost, potreba po nadzoru in občutek osebnostne nezadostnosti ter nagibanje k debelosti.

Družinski dejavniki obsegajo osebnostne lastnosti staršev, njihov odnos in komunikacijo znotraj družine. Veliko izsledkov raziskav je pokazalo, da je družinska nefunkcionalnost pomemben dejavnik v večini primerov anoreksije (Coman, 1995). Milavec (1998) dodaja, da gre ponavadi za zaprte družine, ki so usmerjene k doseganju cilja, v katerih vladata tekmovalnost in visoko vrednotenje zunanega videza.

### 6.1.2 Bulimija

*»Še toliko več požrem, ker vem, da bom na koncu vse izbruhala. Jem vse – od kruha, sira, majoneze in piškotov, do sadja, špagetov, jogurtov ... In zvečer si kupim kakšne zares dobre sladkarije, da se malo pocrkلام. In da pozabim, kakšno sranje je to življenje.«  
(Švab idr. 1998, str. 18)*



Bulimija je kompleksna prehranska motnja (Griffiths, 1998), katere glavni simptom je prenejedanje, ki mu sledi bruhanje ali kakšen drug očiščevalni ritual (Coman, 1992, 1995). Abnormalen vzorec prehranjevanja je povezan z depresivnim razpoloženjem in zavračanjem samega sebe (Prosnik, 1998). Je najbolj skrita izmed vseh motenj hranjenja (Švab idr., 1998). Posledično lahko oseba trpi za bulimijo več let (Sternad, 2001; Middleton in Smith, 2012).

Osebe, ki trpijo za bulimijo, pogosto pravijo, da se po bruhanju počutijo notranje očiščene, česar ne zasledimo pri drugih motnjah hranjenja (Švab idr., 1998). Pajntar (2017) dodaja, da se oseba po bruhanju sprostijo tudi psihično.

Po Comanu (1995) se pri sedmih od desetih klientov, ki trpijo za bulimijo, pojavljajo znaki depresije. Povprečna oseba, ki trpi za bulimijo, je ženska, stara več kot petnajst let, v večini v njenih dvajsetih letih. Značilni klienti, ki trpijo za bulimijo, imajo rahlo višjo telesno težo od normalne (Coman, 1995). Sadock in Sadock (2007) pa navajata, da za bulimijo ponavadi trpijo tisti z normalno ali pa rahlo povečano telesno težo. Njihova telesna teža lahko niha (Russell, 1979; Sternad, 2001), navadno pa postopoma pada (Sternad, 2001). Značilno za klienta, pri katerem se je razvila bulimija, sta perfekcionizem in obsesivna zaskrbljenost s hrano in lastnim telesom (Coman, 1995).

### 6.1.3 Kompulzivno prenejedanje

*»Vsi so nekam odšli. Super. Sama sem doma. Pred oči mi pridejo slike hrane. 'Hrana!' mi zveni v ušesih. 'Zdaj je pravi čas. Hitro! Hitro, da ne bodo že vsi prišli domov. Izkoristi priložnost!' zaslišim glasove, ki odmevajo v moji glavi. Popolnoma zaslepljena začnem rezati kruh in pripravljati sendviče – enega, dva, tri. Skuham špagete, naredim dve porciji pomfrita. Kar vse skupaj stresem na krožnik in hrano začnem tlačiti v usta. Hitro, preden kdo pride.*

*Ko vse pojem, me boli želodec. Najraje bi šla bruhat. Pomislim, da bi se zaprla v sobo, prižgala radio in vse izbruhala v vrečko. Prepodim te, ne dovolj močne misli, odidem v sobo in zaspim. Pomirjena sem. Jutri bo drugače. Od jutri naprej bom jedla le zelenjavo in sadje.« (Švab idr., 1998, str. 27)*

Značilno je uživanje prevelikih količin hrane, prenejedanje (Ogris, 1998; Pajntar, 2017; Soršak, 2013), brez neprimernega kompenzatornega vedenja, kot je npr. bruhanje značilno za bulimijo (Soršak, 2013). Pri kompulzivnem prenejedanju gre za prisilno vedenje, ki jedca nevzdržno vodi v prekomerno uživanje hrane, čeprav se ta zaveda, da to zanj ni dobro. Govorimo torej o prenejedanju, ki lahko privede celo do fizične slabosti (Ogris, 1998). Tako oseba kljub neprestanim poskusom vzpostavitve nadzora nad prehranjevalnim aktom in močnim občutkov krivde ne more zaustaviti želje po prenejedanju oziroma to

zmore le za kratek čas (Ogris, 1998). K prehranjevanju jo žene neka sila, ki je ne more točno opredeliti (Soršak, 2013). S tem se oseba »zadane«, kaznuje samo sebe ter ob tem čuti olajšanje, dodaja Soršak, ob vsem tem pa se oseba počuti popolnoma nemočno (Middleton in Smith, 2012).

Za razliko od drugih prehranskih motenj je kompulzivno prenašanje primerljivo pogosto pri moških in ženskah (Striegel Moore in Franko, 2003).

Po Ogris (2000) je kompulzivno prenašanje multikavzalno pogojeno. Gre za prepletanje različnih dejavnikov, kot so: genetske preddispozicije, družinske razmere, osebne lastnosti in značilnosti ter socio-kulturni vplivi. Kot najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj kompulzivnega prenašanja se je izkazal negativen odnos do lastnega telesa.

Osebne lastnosti kompulzivnih jedcev zajemajo predvsem: perfekcionizem, nizko samospoštovanje, samopodobo, nagnjenost k depresiji in anksioznosti, socialno negotovost, strah pred izražanjem čustev, strah pred intimnostjo, črno-belo doživljanje sveta itd.

Wilson (1995, v Ogris, 2000) navaja, da v primerjavi družin oseb z anoreksijo in bulimijo je bilo v družinah kompulzivnih jedcev manj perfekcionizma, represivnost emocij je bila manjša ter na drugi strani prej občuteno zanemarjanje starševskih dolžnosti kot pretirana skrb.

## 6.2 Zdravljenje

Psihoterapija je osnova zdravljenja (Preželj, 1995), a noben posamezni pristop ne vodi do ozdravitve motenj hranjenja. Posledično večina avtorjev predlaga multidimenzionalni pristop (Coman, 1992; Coman, 1992; Garner in Garfinkel, 1985; Hammond, 2013; Vanderlinden in Vandereycken, 1988), pri katerem se vedno bolj poudarja tudi vključitev hipnoterapevtskih tehnik (Georgiou, 1995; Vanderlinden in Vandereycken, 1988), predvsem za kliente, ki trpijo za bulimijo ali kompulzivnim prenašanjem (Coman, 1992; Pajntar, 2017a). Pajntar (osebni pogovor, 20. 4. 2017) dodaja, da zdravljenje anoreksije in bulimije danes v povprečju traja od pet do šest let.

Hipnoza je lahko uporabljena kot podpora psihoterapiji, kot sredstvo za raziskovanje etiologije motnje prehranjevanja (Coman, 1992), strategija za nezavedno raziskovanje in za notranje razreševanje konfliktov (Hammond, 2013). Pajntar (osebni pogovor, 20. 4. 2017) poudarja, da bi se pri zdravljenju motenj hranjenja morali osredotočiti predvsem na občutek manjvrednosti, nemoči in nizko samospoštovanje ter ne toliko na težo in hranjenje. Pajntar (2017, osebni pogovor, 20. 4. 2017) deli svoje zdravljenje motenj hranjenja na tri področja:

1. Prvi del terapije je posvečen odnosu z materjo in očetom. Gre za konfrontacijo s starševskim nadzorom in omejevanjem neodvisnosti. Poudarja potrebo po družinski

terapiji.

2. Na podlagi svojih kliničnih izkušenj je ugotovil, da klienti, ki trpijo za motnjami hranjenja, velikokrat niso imeli primerne vzgoje ter že kot otroci niso znali vzpostaviti normalnih socialnih stikov in niso bili navajeni naporov. Poleg tega pa so pričakovanja razvjenih otrok zelo visoka, zaradi nezmožnosti doseganja ciljev sledi razočaranje.
3. Vsaka dobra terapija mora temeljiti na krepitvi tega, ki zajema obravnavo občutkov, kot so manjvrednost, nemoč, neučinkovitost, ter samospoštovanja, samopodobe, samozavesti in samozadostnosti.

Pajntar (2008) dodaja, da lahko hipnozo uporabimo za večjo pozornost namenjeno telesu, pozitiven pristop do lastne zaščite, večji občutek neodvisnosti ter okrepitev zavedanja, da se klienti, ki trpijo za motnjami hranjenja, lahko v kakršnih koli okoliščinah soočajo s težavami brez pomoči hrane. Latini (2008) se strinja, da je uporabna tudi za učenje specifičnih veščin.

Na vseh omenjenih nivojih terapije terapevt lahko uporabi hipnozo, da pomaga klientu spremeniti percepcijo in mišljenje povezano z lastnim telesom, za ustvarjanje bolj pozitivne podobe o sebi ter pomaga klientu vizualizirati, kako postane psihično močnejši in razviti nadzor nad prehranjevalnim aktom (Coman, 1992).

Klienti, ki trpijo za bulimijo, so pomembno bolj hipnotibilni v primerjavi s klienti z anoreksijo (Coman, 1992; Coman, 1995; Hammond, 2013; Pajntar, 2014; Pettinati, Horne in Staats, 1985, Torem, 1990).

Večja hipnotska sposobnost je namreč odraz posameznikove sposobnosti pozornosti, sugestibilnosti in sposobnosti disociacije (Coman, 1995). Večja sposobnost disociacije lahko po drugi strani, klientom, ki trpijo za bulimijo, dejansko omogoča, da lažje sprožijo bruhanje (Hammond, 2013).

Nasprotno pa je kliente, ki trpijo za anoreksijo, težje hipnotizirati (Pettinati, 1985; Coman, 1992), to je odraz nizke sposobnosti disociacije, nizke sugestibilnosti in nezmožnosti ali odpor za osredotočanje pozornosti na hipnotizerjeve besede (Coman, 1995, Hammond, 2013).

Hammond (2013) poudarja, da omenjeni izsledki zrcalijo povprečje in da obstajajo dokazi o uspešnih zdravljenjih anoreksičnih klientov.

### **6.2.1 Raziskave**

1. Baker in Nash (1987) sta v svojo raziskavo vključila 74 žensk, ki so trpele za anoreksijo. Večina žensk je bila najprej sprejeta v bolnišnice, nato sta sledili individualna in skupinska psihoterapija v povezavi z občasno uporabo psihotropnih zdravil. V prvo skupino sta vključila 36 žensk, ki so bile poleg omenjenega zdravljenja deležne tudi terapije s hipnozo.

V kontrolno skupino pa sta vključila 38 žensk, ki so bile zdravljene na način, ki je obravnaval iste vidike s klasično psihoterapijo. Ženske so bile stare od 17 do 31 let. Hipnoza je bila najprej uporabljena kot sredstvo za krepitev samonadzora, ki je povezana z varnostjo in obvladovanjem. Poleg tega je bila hipnoza uporabljena kot sredstvo za krepitev občutka moči, izboljšanje neodvisnosti in krepitev samozavesti, ki vodi v samonadzor in pričakovanje uspeha. Pozneje, ko so se klientke naučile uporabljati samohipnozo, so uporabile hipnozo za spreminjanje predstave o lastnem telesu, raziskovanje negativnih občutkov in izkrivljen odnos do prehranjevanja. Različni vidiki terapije so bili bolj ali manj poudarjeni pri različnih klientkah, glede na njihove potrebe in odziv na terapijo. Po petih mesecih in po enem letu je 76 % klientk, ki so bile deležne zdravljenja s hipnozo, ohranilo primerno in stabilno telesno težo. 38 žensk, ki so bile zdravljene na podoben način, s klasično psihoterapijo, pa je le 53 % žensk ohranilo primerno in stabilno telesno težo. Rezultati kažejo, da hipnoza bistveno izboljša odzivanje na zdravljenje.

2. Griffiths, Hadzi-Pavlovic in Channon-Little (1994) so primerjali rezultate zdravljenja bulimije z vedenjsko terapijo s hipnozo (hypnobeavioural treatment/HBT) in kognitivno vedenjsko terapijo (KVT). 78 žensk z bulimijo, starih od 17 do 50, je bilo naključno razporejenih v HBT ( $n = 27$ ) ali v KVT ( $n = 23$ ) ali v kontrolno skupino ( $n = 28$ ). Po osmih tednih so bile udeleženke iz kontrolne skupine naključno razporejene v HBT ( $n = 13$ ) ali v KVT ( $n = 15$ ). Vse udeleženke so prejele enako število ur individualne terapije. HBT zdravljenje je vključevalo: krepitev samozavesti, sugestije za vedenjske spremembe in samohipnozo. Nasprotno pa je bil osrednji vidik KVT osredotočanje na negativne misli, prepričanja in vrednote, povezanih z telesno težo, obliko telesa in prehranjevanje. Pri obeh skupinah je prišlo do statistično pomembnih razlik v primerjavi s kontrolno skupino.

Rezultati kažejo na enako zmanjšanje simptomov bulimije ter prehranjevalne patologije med HBT in KVT skupinama. Avtorji ugotavljajo, da sta HBT in KVT enako učinkoviti ter da bi HBT morala biti upravičeno sprejeta kot alternativa KVT.

## 7 SKLEP

Namen diplomskega dela je s pomočjo raziskav in znanstvenih člankov ugotoviti, kako učinkovita je hipnoza v psihoterapiji, prikazati njeno vlogo ter ugotoviti, kako jo lahko uporabljamo za zdravljenje kompleksnih motenj, kot so motnje hranjenja. V prilogi smo slednje prikazali bolj praktično, tako da smo nakazali primere hipnotičnih sugestij, ki izhajajo iz vzrokov in simptomov posamezne motnje.

Glede na pregled literature smo ugotovili, da je bilo v zadnjem času narejenih veliko raziskav o učinkovitosti hipnoze v psihoterapiji, a jih je večina nezadostnih in metodološko spornih. Toda kljub temu lahko sklenemo, da je hipnoza učinkovita pri zdravljenju več težav v zdravstvu, psihiatriji in psihoterapiji (The British Psychological Society, 2001). Kljub temu pa je hipnoza danes še vedno uporabljena manj, kot bi lahko bila, predvsem zaradi strahu pred neznanim. Baker (1987) navaja, da klinični delavci po izobraževanju o hipnozi bistveno spremenijo mnenje o njej. Boljše poznavanje in sprejetje hipnoze bi lahko vodila v nadaljnja izobraževanja in raziskave, ki bi bili potrebni za izboljšanje tehnik in raziskovanje novih področji z mogočimi koristmi. To bi bilo nujno potrebno, saj danes predvsem zaradi metodoloških omejitev težko vrednotimo učinkovitost hipnoze (Barabasz, 2007).

Kljub temu smo glede na dostopno literaturo ugotovili, da je hipnoza na več ravneh psihoterapije zelo uporabna, saj je njen spekter uporabe širok; okrepi pozitivno zavedanje, pomaga pri učenju specifičnih veščin, pomaga spreminjati zakoreninjene vzorce in najti njihov vzrok. Posledično je zelo uporabna tudi pri kompleksnih motnjah, kot so motnje hranjenja, saj pomaga spreminjati predstavo o sebi, svojem telesu, razviti nadzor nad prehranjevalnim aktom, se učiti soočati s težavami brez izrabljanja hrane ter se, poleg naštetega, hkrati pomaga psihično in telesno sprostiti, kar še poveča učinek psihoterapije. Še več, hipnoza ima veliko skritih potencialov, s katerimi odpira nove načine razmišljanja in ravnanja (Hadley in Staudacher, 1989) ter nam tako ponuja možnost za raziskovanje nezavednih virov, kot dodaja Alladin (2008). Poleg tega je dokazano, da hipnoza spreminja možganske povezave in vpliva na nevrogenezo (Možina, 2017). Na podlagi literature lahko zaključimo, da se danes hipnozo uporablja predvsem skupaj v kombinaciji z drugimi psihoterapevtskimi smermi. Barabasz (2007) se strinja, da je hipnoza najbolj učinkovita, kadar je uporabljena kot dodatek k drugim metodam zdravljenja, kot kognitivno-vedenjska terapija ali psihodinamične terapije, dodajata Chambless in Hollon (1998).

Za konec bi želeli podati besede Milтона Ericksona, ki si jih je vredno zapomniti. Erickson je želel, da smo pripravljeni nasprotovati sugestijam in metaforam, ki jih uporablja sam, saj so zanj ustrezne, vendar za nas lahko napačne (Rossi in Ryan, 1985).

## Ne pozabimo

*Vsak človek je zase svet,  
čuden, svetel in lep  
kot zvezda na nebu.*

Tone Pavček

Tako so terapevti prav tako različni kot njihovi klienti, zato ni enotnega ključa, kako zdraviti. V tem kontekstu nam hipnoza vsekakor ponuja neskončno možnost raziskovanja in ustvarjanja klientu prilagojene terapije, kar je ključno, saj kot sem ugotovila, posnemanje terapevtskega postopka pomeni večje tveganje za neuspeh.

## 8 LITERATURA IN VIRI

Alladin, A. (2008). *Hypnotherapy explained*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Barabasz, M. (2007). Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 318–335.

Barnier, A. J., Cox, R. E. in McConkey, K. M. (2014). The province of “highs”: The high hypnotizable person in the science of hypnosis and in psychological science. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1, 170–179.

Baker, E. L. (1987). The State of the Art of Clinical Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(4), 203–214.

Baker, E. L., in Nash, M. R. (1987). Applications of hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 185–193.

Bras, S. (1977). *Izbrana poglavja iz psihoterapije*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Brown, R. J. (1999). *An integrative cognitive theory of suggestion and hypnosis*. Doktorska dizertacija, University of London.

Brežan, S., Štukovnik, V., in Vodusek, B. D. (2007). Električni možgani: Kognitivna elektrofiziologija v raziskovanju in terapiji. *Kairos*, 1 (1–2), 139–140.

Chambless, D. L., in Hollon, S. B. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.

Colclough, B. (1997). *Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ!*. Ljubljana: Debora.

Coman, G. J. (1992). Hypnosis in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Review of Literature. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 89–104.

Coman, G. J. (1995). Clinical update on eating disorders and obesity: implications for treatment with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(1), 1–13.

Dengrove, E. (1973). The use of hypnosis in behaviour therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 13–17.

Forrest, D. W. *Hypnotism: A History*. London, England: Penguin.

Flammer, E., in Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20 (4), 179–197.

Fromm, E. (1979). The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: An ego-psychological theory. V E. Fromm in R. Shor (ur.), *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives* (str. 81–103). New York: Aldine.

Fulder, B. (2014). Možnosti uporabe hipnoze in hipnoterapije v poklicni in zaposlitveni rehabilitaciji. *Rehabilitacija*, 13(3), 47–53.

Garner, D., in Garfinkel, P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.

Georgiou, E. (1995). Hypnotherapy in the treatment of anorexia nervosa. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(1), 14–24.

Green, P. J., Lynn, S. J., Laurence, J. R., (2014). Hypnosis and Psychotherapy: From Mesmer to Mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 199–212.

Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York, NY: Basic Books.

Griffiths, R. A. (1989). Hypnobeavioural treatment of bulimia nervosa: Preliminary findings. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17, 79–88.

Griffiths, R. (1995). Hypnobeavioural Treatment for Bulimia Nervosa-A Treatment Manual. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 25–25.

Griffiths, R. A. (1998). Hypnosis as an adjunct to the treatment of bulimia nervosa. V B. J. Evans (ur.), *Hypnosis in Australia* (str. 170–181). Australia: The Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.

Griffiths, R. A., Hadzi-Pavlovic, D., In Channon-Little, L. (1994). A controlled evaluation of hypnobeavioural treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects. *European Eating Disorders Review*, 2(4), 202–220.



Hadley, J., in Staudacher, C. (1985). *Hypnosis for change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Hammon D. C. (2013). *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor*. Smlednik: Založba Jesej

Hammond, D. C. (2013). Ideomotorična identifikacija s sledečo delno regresijo. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 222). Smlednik: Založba Jesej.

Holdevici, I. & Crăciun, B. (2013). Hypnosis in the Treatment of Patients with Anxiety Disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 471–475.

Hilgard, E. R. (1992). Divided consciousness and dissociation. *Consciousness and Cognition*, 1(1), 16–31.

Jensen, M. P., in Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, 69, 167–172.

Kastelic, A. (1995). Celostna obravnava oseb z motnjami hranjenja. V *M. Tomori (ur.), Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki* (str. 29–39). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, Psihiatrična klinika v Ljubljani.

Kihlstrom, J. F. (1998). Dissociations and dissociation theory in hypnosis: Comment on Kirsch and Lynn (1998).

Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95–106.

Kirsch, I., Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis. *American Psychologist*, 50 (10).

Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 214–219.

Kojić. T. (1984). *Hipnoza – teorija i praksa*. Beograd: Nolit.

Kroger, W. S. (1970). *Comprehensive management of obesity*. American Journal of Clinical Hypnosis, 12, 165–17.

Latini, A. (2008). Hipnoterapija danes. *Gea*, 18, 20–23.

Lieberman, R. M., Yalom, E. D. in Miles, M. B. (1973). *Encounter Groups: First Fact*. New York: Basic Books.

Lynn, S. in Kirsch, I. (2006). *Essential of clinical hypnosis*. Washington: American Psychological Association.

MacHovec, F. (1988). Hypnosis complications, risk factors, and prevention. *Am J Clin Hypn.* 31(1), 40–49.

Margo, M. (2002). *Clinical update, eating disorders*. New York: The American Association for Marriage and Family Therapy.

Middleton, K. in Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja: Prvi koraki na poti do ozdravitve*. Koper: Ognjišče.

Milavec, B. (1998). Prehranjevanje in motnje hranjenja. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Moerman, D. L. in Jones, W. B. (2002). Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Annals of international medicine*, 136 (6), 471–474.

Možina, M. (2017). Hipnoza ni nič magičnega ali nadnaravnega. *Žurnal*, 10. 2. 2017.

Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja. Kompulzivno (prisilno) prenajedanje. *Psihološka obzorja*, 9 (3), 25–44.

Pajntar, M. (2008). Hipnoterapija danes. *Glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 17 (2), 73–76.

Pajntar, M. (2013). Predgovor k slovenski izdaji knjige. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor*. Smlednik: Založba Jesej.

Pajntar, M. (2017). *Psihosomatika, motnje hranjenja in odvisnosti*. Neobjavljeno delo.

Pajntar, M. (2016) *Hipnoza – Metoda zdravljenja*. Neobjavljeno delo.

Pajntar, M. (2016). *Osnove medicinske hipnoze*. Neobjavljeno delo.

Pajntar, M. (2017). *Regresija v hipnozi*. Neobjavljeno delo.

Pajntar, M., Areh I., Možina M. (2013). Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav?. *Kairos*, 7 (1–2), 19–31.

Pettinati, H. M., Horne, R. J., in Staats, J. M. (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1014–1016.

Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celega sistema. *Psihološka obzorja*, 13(4), 119–133.

Preželj, J. (1995). Somatski vidiki motenj hranjenja. V M. Tomori (ur.), *Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki* (str. 13–19). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, Psihiatrična klinika v Ljubljani.

Prosnik, A. (1998). Značilnosti objektnega odnosa pri bolnicah z motnjami hranjenja. *Psihološka obzorja*, 7–1, 71–88.

Rossi, E. L., In Ryan, M. O. (1985). *Life reframing in Hypnosis: The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson, Vol 2*. New York: Irvington.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429–448.

Sadock, B. J., in Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.

Shih, M., Yang, Y. H. & Koo, M. (2009). A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(4), 431–442.

Solomon, M. R., Surprenant, C., Czepiel, J. A. in Gutman, E. G. (1985). A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. *The Journal of Marketing*, 99–111.

Soršak, S. (1998). Vloga hipnoze v psihoterapiji. *Psihološka obzorja*, 1, 109–115.

Soršak, S. (2013). *Hipnoterapija v socialnem delu*. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Spanos, N. P., in Hewitt, E. C. (1980). The hidden observer in hypnotic analgesia: Discovery or experimental creation?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (6), 1201.

Spinhoven, P. (1987). Hypnosis and behavior therapy: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 8–31.

Sternad, M. D. (2001). *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*. Ljubljana: samozaložba.

Striegel Moore, R. H., in Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, str. 19–29. Pridobljeno 3. 3. 2017, s <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10202>.

Švab, A., Šolar, V., Zihel A., Ibic, L., Čefur, B., in Trivič, A. S. (1998). *Ko hrana ni več »hrana«: Predstavitev vizije skupin za (samo)pomoč pri motnjah hranjenja*. Ljubljana: ŠOU.

Tepperwein, K. (1984). *Visoka šola hipnoze*. Zagreb: Prosvjeta.

The British Psychological Society (2001). *The Nature of Hypnosis: A report prepared by a Working Party at the request of The Professional Affairs Board of The British Psychological Society*. Leicester: The British Psychological Society.

Tomori, M. (1995). Telo – med ugodjem in tesnobo. V M. Tomori (ur.), *Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki* (str. 5–13). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, Psihiatrična klinika v Ljubljani.

Torem, M. S. (1986b). Dissociative states presenting as an eating disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 137–142.

Vanderlinden, J. in Vandereycken W. (1988). The Use of Hypnotherapy in the Treatment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 673–679.

Wright, E. (1987). *Clinical practice of hypnotherapy*. New York: Guilford Press.

Yapko, M. D. (2003). *Trancework – An introduction to the practice of Clinical* (Third edition). New York: Routledge.

Zaghet, A. (2008). *Regresivna hipnoza v psihoterapiji*. Trst: Mladika.

Zaviršek, D. (1995). Motnje hranjenja: žensko telo med kaosom in nadzorom. *Delta*. 1(3/4), 67–76.

---

## PRILOGA

V nadaljevanju bomo glede na značilnosti posameznih klientov podali nekaj primerov sugestij, ki bi bile koristne za zdravljenje.

### Anoreksija

Yapko (2013) za obravnavo anoreksije predlaga potencialno pomembnost naslednjih dejavnikov: vpetosti v družinsko problematiko, perfekcionizma, nizke samozavesti, popačene predstave o lastnem telesu. Predlaga uporabo behaviorističnih preskripcij, tudi hipnoze.

Poudarja pomembnost personalizacije oziroma prilagojenega zdravljenja edinstvenim dinamikam in osebnostim.

Metafore so pomemben del zdravljenja. Vendar lahko dosežemo nasprotni učinek, kadar je fizično stanje klienta že preslabo za pomenljivo komunikacijo, kadar je klient prešibek, nemotiviran ali samomorilsko depresiven.

V nadaljevanju bom predstavila hipnotsko intervencijo pri osebah z anoreksijo, povzeto po Gross (2013). Pričujoče sugestije so vzete iz njegovega študija primera.

- Sugestije za sproščanje

Sugestije za sproščanje so zelo koristne pri osebah z anoreksijo, saj znižajo raven hiperaktivnosti, tako lahko pomirijo svoj prekomerno aktiven nevromuskulatorni sistem (Gross, 2013).

- Sugestije za popravljanje predstave o telesu

Anoreksične osebe imajo zelo popačeno predstavo o svojem telesu. Do tega spoznanja lahko pride na način, da ji hipnotizer pokaže slike njenega zelo vitkega telesa in ji sugerira bolj zdravo telesno predstavo.

Kot zelo uporabna tehnika se je izkazala risanje telesa. Hipnotizer prosi anoreksično osebo, naj nariše svoje telo. Izkazalo se je, da ta pogosto nariše zdrav trup, vendar mu doda velike in izkrivljene boke. Tako terapevt dobi informacijo, kateri del telesa anoreksična oseba doživlja najbolj izkrivljeno in tako svoje sugestije osredotoči predvsem na ta del. V hipnotičnem stanju prosimo osebo, naj se dotakne vsakega dela svojega telesa, s poudarkom na tistih delih, podoba katerih je pri klientu najbolj izkrivljena. Čez nekaj časa klientka spozna, da njeno popačeno mnenje o določenem delu telesa ni resnično (Gross, 2013).

---

*»Dotaknite se svojega telesa in se osredotočite na svoje občutke. Občutite mehko svojo kožo, toploto svojega telesa in velikost vsakega dela, še posebno svojih udov. Dotaknite se stegen in meč, občutite njihovo resnično velikost, kako okrogli in lepo izoblikovani so. Ali vam da misliti o čudežih kreacije, človeške kreacije, vaše lastne kreacije, o čudovitosti in lepoti vsega telesa? Tako je. Ta čudesa so vaša, za uživanje in občudovanje.« (Gross, 2013, str. 101).*

- Sugestije za motnje v notranjem zavedanju

»Hipnozo lahko uporabimo tudi za večanje zavedanja in odzivnosti na notranje dražljaje o svojih lastnih telesnih potrebah.« (Yapko, 2013, str. 103) Tudi po Pajntarju (2008) imajo ljudje, ki trpijo za motnjami hranjenja, zmanjšano pozornost za negativne učinke na njihovo telo. Gross (2013) navaja, da anoreksične osebe ne zaznavajo občutkov iz svojih notranjih organov, predvsem lakote. Posledično ne morejo zaznati niti občutka nasičenosti, in ko ne more več nadzirati lakote, jedo ogromne količine hrane, ne da bi lahko nehale. Po Crasilneck in Hall (2013) lahko nenaden povečan vnos hrane oziroma akutno nažiranje sproži zaplete, kot je na primer »prehrambni šok«. Yapko ugotavlja, da to lahko nadzorujemo z metaforami, ki nakazujejo na pomembno vlogo naravnih signalov, ko so pravilno opaženi in se nanje pravilno odzovemo, na primer padec temperature, ki nakazuje prihod zime sezonskim rastlinam in živalim. Močno zavedanje in dovtetnost za notranje dražljaje je pomembno tako za uspešno zdravljenje anoreksije kot tudi za zmanjševanje možnosti pridobitve prekomerne telesne teže, ko se anoreksična oseba začne normalno prehranjevati.

*»Osredotočite se na želodec in občutke, ki jih čutite prihajati iz njega. Prepoznate lahko občutek lakote in se nanj odzovete, s tem da pojedete majhne količine hrane. Istočasno se lahko naravnate na občutek nasičenosti, da se nanj lahko odzovete, tako da ob tem času prenehate jesti. Sposobnost, da ste dovtetni za občutke lakote in nasičenosti, vam bo dala varnost, da jeste glede na potrebe svojega telesa, da dopustite svojemu telesu uravnavati te občutke kot ura. Zaupate lahko svojemu telesu in njegovim občutkom, da se samodejno nadzoruje, s svojim popolnim zaupanjem.« (Gross, 2013, str. 102)*

- Sugestije za občutek učinkovitosti in potrebo po nadzoru

»Večinoma so osebe, ki trpijo za anoreksijo, perfekcionisti. Karkoli naredijo, se jim ne zdi dovolj dobro, kar je verjetno tudi glavni razlog za to, da jih večina trpi tudi za depresijo.« (Pajntar, osebni pogovor, 20. 4. 2017; Gross, 2013)

---

»Predstavljajte si samo sebe, pet ali deset let v prihodnosti. Spoznajte, kako neodvisni in samozavestni ste lahko, s popolnim nadzorom nad lastnim življenjem.« (Gross, 2013, str. 102)

- Sugestije za terapevtsko abreakcijo

V nekaterih primerih je vzrok za depresijo travmatični dogodek. Travma, ki ni bila odkrita v prejšnjih terapevtskih srečanjih, se lahko odkrije med hipnotsko časovno regresijo. Prepoznavanje in razreševanje teh dogodkov lahko pripomore k uspešnejšemu razreševanju anoreksije (Gross, 2013).

»Sedaj gledate film svojega življenja, vzvratno, iz sedanosti proti času vašega otroštva. Če vidite karkoli, kar vas vznemiri, dvignite svoj prst. To bo ustavilo film, da mi lahko poveste vse o tem.« (Gross, 2013, str. 102)

Če je dogodek preveč travmatičen, lahko terapevt opomni hipnotizirano osebo, da je to le film.

- Načini za premagovanje odpora

Kot sem omenila v poglavju »zdravljenje«, je velika ovira pri hipnoterapiji anoreksičnih oseb odpor. Zavedati se moramo, da bo na začetku terapije pacientka nasprotovala vsakemu pritisku za večanje vnosa hrane, še več, neposredne sugestije jo lahko celo razburijo. Nasprotno pa so sugestije za nadzor nad težo pogosto sprejete (Gross, 2013). V ta namen je priporočljivo klientom predstaviti samohipnozo, saj ne predstavlja nobene grožnje klientovi neodvisnosti, nasprotno, ta postane način pridobivanje dodatnega nadzora nad samim sabo (Gross, 2013), še več, avtohipnoza je naslednji logični korak, da dosežemo klientovo avtonomnost in samozavest (Griffiths, 1998).

Vse to lahko terapevt gradi na temi, ki je pomembna za klienta, npr. sugerira boljše športne rezultate kot posledico boljših prehranjevalnih navad (Gross, 2013).

## Bulimija

Za osebe, ki so zbolele za bulimijo, je značilno:

- da imajo popačeno predstavo o svojem telesu,
- so ločene od svojih notranjih čustev in kognicije; posledično je glavni cilj terapije pomagati klientom, da se začnejo zavedati svojega notranjega doživljanja,
- veliko ljudi, ki trpijo za bulimijo, je nezrelih v razumevanju sebe in svojega odnosa z drugimi. Posledično v terapiji pogosto naletimo na odpor do govorjenja o čustvih in



---

dojemanju sebe in drugih, ponavadi zaradi občutkov sramu in samokritike (Hornyak in Baker, 1989).

Po Coman (1992) je hipnoza uporabna za številne faze v obravnavi bulimije, pri kateri vsaka od faz vključuje določen cilj terapije, ki zahteva drugačno strategijo. Hipnozo lahko uporabimo: za pomoč klientom, da spremenijo svojo kognicijo in vedenje, povezano z bulimijo; kot dodatek k drugim terapevtskim tehnikam, da izboljšamo njihovo učinkovitost, kot sredstvo za ugotavljanje glavnega razloga za razvoj bulimije in pomoč pri ohranjanju spremenjene kognicije in vedenja na dolgi rok.

- Sugestije za ugotavljanje vzroka

*Nič ni narobe, če se samo spomnite negativnih dogodkov; če imate dober spomin, se jih boste vedno spominjali. Toda z rastočo potrpežljivostjo in strpnostjo se je mogoče znebiti negativnih čustev, povezanih z dogodki.*

Dalaj Lama

*We are all in a post-hypnotic trance induced in early infancy.*

Ronald David Laing

Po Vanderlinden in Vandereycken (1988) osebe z bulimijo poročajo o depresiji, alkoholizmu in nasilju v družini ali drugih oblikah psihopatologije. Po Knight (Can Hypnosis End Bulimia?) gre redkeje za posamezni dogodek (na primer posilstvo) in pogosteje za serijo travm in nesoglasij.

Hammond (2013) in Latini (2008) ugotavljata, da skrite travme lahko odkrijemo s starostno regresijo. Saj se oseba v hipnozi lažje spominja potlačenih doživetjih in jih ozavesti (Latini, 2008). Wolberg (1964, str. 321, v Hammond, 2013) je dejal: »Prikličemo lahko dogodek, ki nam omogoči, da najdemo vir vsakega izmed pacientovih simptomov. Ko to storimo, bi morali v večini primerov spoznati, da sami simptomi niso izginili.« Poudarja, da priklic travmatičnih dogodkov iz preteklosti ne pozdravi simptomov in ne prinese olajšanja samega po sebi. Pajntar (2017) poudarja, da vpogled v preteklost ni pogoj za spremembo.

Po Hammond (2013) lahko klienta s pomočjo ideomotorične signalizacije vprašamo: »Ali obstaja kakšen dogodek ali izkušnja iz preteklosti, ki je odgovorna za začetek \_\_ (te težave)?«

Ko dobimo pritrdilen odgovor, je ključno, da pridobimo klientovo dovoljenje, da raziščemo ta dogodek:

---

»Bi se vaše nezavedno strinjalo, da se vrnemo nazaj in raziščemo, razumemo ter razrešimo karkoli se vam je zgodilo, ko ste bili stari \_\_ let?«  
Če je klientov odgovor negativen, moramo to spoštovati in se najprej prebiti skozi odpor. Ko pa je klientov odgovor pritrdilen, lahko uporabimo naslednje sugestije, da vrnitve do določenega trenutka, ki je bil ključen za razvoj problema.

»Nato dopustite svojemu nezavednemu, da vas začne reorientirati nazaj v času, vas orientira nazaj v ta dogodek, ko ste bili stari \_\_ let. Drsite nazaj skozi čas, mogoče kot da drsite skozi dolg tunel, drsite nazaj skozi čas, do tega dogodka, ko ste bili stari \_\_ let. In počutili se boste skoraj tako, kot da ponovno doživljate isto izkušnjo, mislite in čutite, kot ste mislili in čutili takrat. Dopustite svojemu nezavednemu, da vas popelje nazaj do tega dogodka, in ko ste tam, se bo vaš da-prst dvignil, da mi signalizira.«

Premor. Klientu damo nekaj časa za reorientacijo. Če po tridesetih sekundah ne dobimo signala, ponovimo sugestije.

Ko prejmemo »da« signal, nadaljujemo:

»Povejte mi, kje ste in kaj se dogaja.« (Hammond, 2013, str. 222)

- Sugestije za preokvirjanje

Rosen (1982, v Yapko, 2013) navaja, da je Erickson opisoval navade in življenje določene vrste žolne, ki živi v Črnem gozdu v Nemčiji. Omenjena vrsta žolne se hrani z žuželkami, ki jih pogoltne in nato izbruha v usta svojih mladičev. S tem nezavedno začne prepoznavati sprva nenaravno dejanje (bruhanje) kot namensko ter ga preokvirira, da to ni več potrebno.

»... in v svetu narave so stvari tako natančno uravnovešene ... in vsaka stopnja v ciklu življenja vodi h drugi ... in ko so mladi ptički zadosti stari, da sami ulovijo hrano, da živijo svoja življenja naravno... in konstruktivno, ... se materi ptici ni treba več siliti k bruhanju ... in ta vzorec se nekega dne naravno ustavi ... preprosto zato, ker ni več potreben ... in ni nobenih zapisanih problemov devinatnih žoln, ki bi vztrajale v vzorcu, ki ni več potreben ...« (Rosen, 1982, v Yapko, 2013, str. 103)

- Sugestije za spremembe v prehranjevalnih navadah, nadzor nad prehranjevanjem in večanje samospoštovanja

Ena od glavnih lastnosti oseb z bulimijo je, da občutijo, da nimajo nadzora nad prehranjevanjem in izločanjem hrane (Griffiths, 1995). S pomočjo hipnoze lahko pridobijo nadzor ter so posledično tudi bolj pomirjene (Griffiths, 1998). Pajntar (osebna

---

komunikacija, 20. 4. 2017) dodaja, da se vsaka dobra hipnoterapija začne z sugestijami za krepitev ega.

*»Vsak dan boš bolj in bolj lahko nadzoroval svoje hranjenje in bruhanje. Vedno bolj se boš zavedal telesnih in psihičnih stranskih učinkov in to zavedanje te bo odvrnilo od prenajedanja in bruhanja. Ugotovil boš, da tvoje prehranjevanje postaja vedno bolj in bolj normalno in vsak dan boš pojedel le načrtovane obroke. Ne boš spuščal obrokov in ne boš jedel med obroki. Vedno bolj in bolj boš začel posegati po hrani, ki si jo pripravljen obdržati v sebi in ne izbruhati. Če se boš znašel v skušnjavi in želel bruhati, se boš za eno uro začel ukvarjati z neko aktivnostjo, ki te bo zamotila in odvrnila od bruhanja.«* (Griffiths, 1989, str. 82–83)

- Sugestije za spreminjanje predstave o telesu

Po Van Denburg in Kurtz (2013) lahko sugestije za spreminjanje predstave o telesu povzročijo odnosne in fenomenološke spremembe pri klientih, ki so dovzetni za hipnozo.

*»Poslušajte zelo dobro. Želim, da se osredotočite na svoj fizični videz, v glavi si ustvarite sliko svojega telesa in poslušajte, kaj vam pravim. Med naslednjima dvema tednoma boste ves čas mislili: 'Kako privlačen sem, kako dobro sem videti, kako lep sem.' Te misli se vam bodo ves čas vsiljevale. Ves čas boste razmišljali o svojem fizičnem videzu in zelo zadovoljni boste z njim. Ko se boste pogledali v ogledalu, boste zelo zadovoljni z vsemi vidiki svojega telesa. Vse na vašem telesu vam bo všeč. Karkoli boste delali – oblačenje plašča, urejanje oblek, česanje las – vse vas bo opominjalo na vaše telo in razmišljali boste o tem, kako resnično čudoviti ste. Vedno znova boste pomislili: 'Kako privlačen sem, kako dobro sem videti.' Te ideje vam bodo naravno prišle na misel, vedno znova in znova in zdelo se vam bo naravno – ne bo se vam zdelo neumno – in ideje, da se vam zdi vaše telo privlačno, se ne boste niti najmanj sramovali. Te ideje se vam bodo preprosto porajale v mislih znova in znova.«* (Van Denburg in Kurtz, 2013, str. 99–100)

Ugotovila sta, da so omenjene sugestije uspešnejše, ko klient razvije amnezijo za sugestije.

*»... Hočem, da pozabite, da sem vam kaj sugeriral – izvajali boste te sugestije – vendar se ne boste zavedali, da sem vam karkoli sugeriral. Ne glede na to, koliko se trudite, se ne boste mogli spomniti, da sem vam jaz dal te sugestije. Bolj ko se boste poslušali spomniti, težje bo postalo. Popolnoma boste pozabili na moje sugestije o vašem telesu, kot da se nikoli niso zgodile. To je ta stvar, ki se je ne morete spomniti. V nekaj minutah se boste zbudili. Počutili se boste spočito, popolnoma budno in dobre volje. Štel bom od ena do pet in z vsako številko boste bolj budni.«* (Van Denburg in Kurtz, 2013, str. 100)

---

## Kompulzivno prenejedanje

Po Ogris (2000) se je kot najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj kompulzivnega prenejedanja izkazal negativen odnos do lastnega telesa.

Posledično je pomembno, da uporabimo sugestije za spreminjaje predstave o lastnem telesu (opisano v poglavju Bulimija).

- Sugestije za nadzor nad prehranjevanjem

Pri slednjih je po Spiegel in Spiegel (2013) pomembno, da klientom razložimo naslednje tri točke:

- Prekomerno uživanje hrane lahko škodi mojemu telesu.
- Svoje telo potrebujem, da preživim.
- Svojemu telesu dolgujem spoštovanje in varovanje.

Klientom je treba sugerirati, da čeprav večina hrane, ki jo zaužijejo, hrani njihovo telo, preveč zaužite hrane lahko škodi. Pomembno se je naučiti jesti s spoštovanjem do svojega telesa, da telesu zagotovimo hrano, ki mu je koristna in jo potrebuje, brez vsiljevanja telesu, da zaužije hrano, ki je zanj škodljiva.

Naslednji korak zajema sugestije za uživanje v hrani; barvi, vonju strukturi ... Tako se klienti naučijo, da lahko jedo manj, a v prehranjevanju bolj uživajo. To pomeni, da jedo v miru, brez drugih dražljajev, kot so televizija ali časopis.

Naprej sugeriramo kombinacijo uravnotežene prehrane in telovadbe.

Omenjeni pristop je zelo uporaben za kliente, ki so znotraj 20 % meja svoje idealne telesne teže.

*»Lahko si predstavljam, da postavimo vse te uničujoče jedi – maščobe, mastne jedi, hitro hrano, prigrizke, sladkarije, prekomerno sladko hrano, prekomerne količine hrane – da postavimo vso to uničujočo hrano na oblak. Zdi se nam nekako težka in odvratna, vsa ta pretirano težka, mestna, sladka hrana. In ta oblak porinemo ter ga opazujemo, ko leti stran, v daljavo, do trenutka, ko sčasoma postane le še točka na obzorju in nato se komaj še spominjamo okusa ali vonja ali celo zgleda teh nekaterih starih uničujočih jedi, pozabimo se spominjati teh starih uničujočih jedi. In začnemo odkrivati na njihovem mestu vse zdrave, pozitivne jedi, ki jih lahko jemo in ob katerih lahko uživamo, celo ko postajamo vitki /.../ in občutimo svobodo od odvisnosti goltanja sladkarij, takšnega tipa odvisnosti goltanja, pri katerem en grizljaj nikoli ne zadovolji, pri katerem je vedno občutena potreba po še enem in nato še enem in še enem. In ko se začnemo osvobajati,*

---

ko se ustavimo pred tistim prvim grižljajem sladke hrane, nenadoma, v nekaj dneh, začnemo odkrivati občutek svobode od tega odvisnostnega, kompulzivnega, brezumnega in praznega prehranjevanja, pri katerem je hrana prešla v usta in telo skoraj neokušena. Znajdemo se svobodni, da izberemo, včasih jesti, včasih ne jesti, včasih jesti zmerno, odkrivamo zadovoljstvo in kako je biti udobno poln, a nikoli več nam ni potrebno biti pretirano nažrti in napihnjeni. Ponovno boste začeli odkrivati, da imamo sposobnost najti bolj trajno, bolj ustvarjalno zadovoljstvo v svojem življenju.« (Murray Jobsis, 2013, str. 85)

- Sugestije za obvladovanje hrepenenj

Po Hammond (2013) so naslednje sugestije koristne za razne kompulzivno prehranjevanje. Sugestije skušajo preokviriti hrepenenje in spodbuditi pozitiven odgovor. Te so še posebej pomembne, saj po Milavec (1998) osebe z bulimijo navadno posegajo po zelo kalorični hrani, predvsem po bogati z ogljikovimi hidrati in maščobami.

*»Morda ste med tistimi, ki so zmotno verjeli, da se hrepenenje in potreba po hrani pojavljata zaradi fizičnega pomanjkanja, ker morate jesti. Vendar to ni res. Večina naših impulzov ali bolečin zaradi lakote se sproži zaradi nekih drugih stvari, denimo, kot čas v dnevu, določeni ljudje, okoli katerih smo, tip občutka ali prihod otrok domov. Nekateri ljudje prav tako zmotno mislijo, če doživijo bolečino zaradi lakote, da se je hipnoza izrabila, ali da ni delovala. Tudi to ni res. Hrepenenje ali potrebe so preprosto naučeni odzivi, ki redko trajajo dolgo. In ko jim ne ustrezate, postanejo šibkejši in šibkejši in jih lahko lažje ignorirate.*

*Torej, ko začutite potrebo ali bolečino zaradi lakote, lahko govorite s samim sabo v svojem umu ter se opomnite, da bo v minuti ali dveh odšla stran. Bolečine zaradi lakote so vedno dokaj kratke in časovno omejene. Veliko ljudi se tega ne zaveda in se bojijo, da ne bodo nehale, če ne bodo jedli. Vendar potrebe po hrani minejo precej hitro. Torej, kadarkoli začutite bolečino ali hrepenenje zaradi lakote, lahko slišite glas v svojem umu, ki vas opominja: 'Minilo bo v minuti ali dveh.' Ko začutite hrepenenje, je to tako, kot da prihaja glas iz vašega uma ali globoko v vas, ki vas opominja: 'Ni mi treba jesti sedaj. Ta potreba bo kmalu izginila. Le počakaj malce časa in odšla bo stran.' In vaše nezavedno lahko, in tudi bo, tako nadzorovalo vaš zavestni um, da se boste zavedali, da se bodo potrebe ali hrepenenja prenehala, in vam jih ni treba zadovoljevati. Tako lahko postanete prevzeti z delom nečesa, in skoraj preden se zavedate, potrebe izginejo. In to bo veselje, ko odkrijete, da potrebe po hrani ter bolečine zaradi lakote hitro minejo, in lahko odlašate z odzivanjem nanje. In v nekaj minutah, na vaše veliko presenečenje, nenadoma spoznate, da vam je ponovno udobno.« (Hammond, 2013, str. 82)*

---

Klientu, ki se poslužuje kompulzivnega prenajedanja, lahko podamo posthipnotske sugestije, da se mu bodo, ko bo pomislil na nezdravo hrano, v mislih pojavile predstave o negativnih posledicah, ki bi se mu posledično pripetile v prihodnosti.

## Literatura in viri

Coman, G. J. (1992). Hypnosis in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Review of Literature. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 89–104.

Crasilneck, H. B., in Hall, J. A. (2013). Sugestije za večanje vnosa hrane. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 100–101). Smlednik: Založba Jesej.

Griffiths, R. (1995). Hypnobeavioural Treatment for Bulimia Nervosa-A Treatment Manual. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 25–25.

Griffiths, R. A (1998). Hypnosis as an adjunct to the treatment of bulimia nervosa. V B. J. Evans (ur.), *Hypnosis in Australia* (str. 170–181). Australia: The Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.

Gross, M. (2013). Sugestije za predstavitev simptomov pri anoreksiji (anorexia nervosa). V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 101–102). Smlednik: Založba Jesej.

Hammon, D. C. (2013). *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor*. Smlednik: Založba Jesej.

Hornyak, L. M., in Baker, E. K. (1989). *Experiential therapies of eating disorders*. New York: Guilford Press.

Knight, B. Can Hypnosis End Bulimia?. Pridobljeno 3. 3. 2017, s <https://www.hypnosis.org/free-hypnosis/hypnosis-hypnotherapy-articles/dr-bryan-knight/can-hypnosis-end-bulimia.php>.

Latini, A. (2008). Hipnoterapija danes. *Gea*, 18, 20–23.

Milavec, B. (1998). *Prehranjevanje in motnje hranjenja*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

---

Murray Jobsis, J. (2013). Sugestije za paciente s težavo debelosti. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 85). Smlednik: Založba Jesej.

Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja. Kompulzivno (prisilno) prenažedanje. *Psihološka obzorja*, 9 (3), 25–44.

Pajntar, M. (2008). Hipnoterapija danes. *Glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 17 (2), 73–76.

Pajntar, M. (2017). *Psihosomatika, motnje hranjenja in odvisnosti*. Neobjavljeno delo.

Spiegel, D., in Spiegel, H. (2013). Nadzor nad težo. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 84). Smlednik: Založba Jesej.

Vanderlinden, J., in Vandereycken, W. (1988). The Use of Hypnotherapy in the Treatment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 673–679.

Van Denburg, E. J., in Kurtz, R. M. (2013). Sugestije za spremembo odnosa do telesa. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 99–100). Smlednik: Založba Jesej.

Yapko, M. D. (2013). Metafore pri bulimiji in anoreksiji. V D. C. Hammond (ur.), *Priročnik hipnotskih sugestij in metafor* (str. 103–104). Smlednik: Založba Jesej.