

vali nejen celý soubor, ale rozdělili jej na čtyři skupiny podle výsledné hypnability a výsledky na všech hladinách hypnability byly shodné.

Otázky kolem hypnability a hloubky hypnózy rozvířil článkem o škálách Weitzenhoffer (1980), který kritizoval Stanfordskou škálu a jí podobné nástroje, neboť podle něj předpokládají, že měří hloubku hypnózy, což však nemohou. Hilgard (1981) ve své odpovědi Weitzenhofferovi uvádí, že nepředpokládá, že hypnabilita vypovídá o „hypnotickém talentu“; je to schopnost reagovat na hypnotické sugesce za přiměřených okolností. Hloubka hypnózy je něco jiného, měřítko vysouzeného hypnotického stavu, o němž předpokládáme, že doprovází hypnotické chování podle jistých pravidel. Hloubka se může měnit během hypnózy a je třeba ji měřit jiným měřítkem, neboť účelem Stanfordské škály je měřit hypnotický talent a ne hloubku hypnózy. Subjekt může mít velký talent, ale jak bude reagovat na hypnotické sugesce a jak hluboko se ponoří do hypnózy, to záleží na jeho vztahu k hypnotizérovi, motivaci, době hypnotizace, na vztahu typu sugescí k osobnostním schopnostem aj. O možnosti použití Harvardské škály a Stanfordské škály, formy C pro hledání tzv. „hypnotických virtuosů“, tj. osob schopných realizovat i ty nejsložitější hypnotické fenomény, referují Registerová a Kihlstrom (1986).

Od počátku vědeckého zkoumání hypnózy je věnována pozornost *incidenci hypnability*. Jak již bylo uvedeno, máme z minulosti k dispozici údaje, orientované pouze na hloubku hypnózy a vycházející z klasické Forelovy klasifikace. Horvai (1959) uvádí souhrnnou statistiku sestavenou podle řady autorů Schrenck-Notzingem, která přináší údaje o 8 705 osobách. Z nich bylo 6 % refrakterních, 29 % somnolentních, 49 % hypotaxických a 16 % somnambulních. Kleinsorge a Klumbies (1962) sjednotili pozorování jiných autorů a došli na základě 2 500 „lékařsky hypnotizovaných“ subjektů k následujícím číslům: 5 % refrakterních, 8 % somnolentních, 66 % hypotaxických a 20 % somnambulních.

V posledních letech se distribuce hypnability zjišťuje pomocí škál. Úroveň hypnability je dána dosaženým skórem — to je první rozdíl proti historickým postupům. Druhý rozdíl je v tom, že dřívější studie byly vypracovány na základě hypnotizace pacientů, kdežto současná data pocházejí většinou z experimentů se zdravými jedinci. Nutno dodat, že většina subjektů testovaných škálami jsou studenti, a to ponejvíce studenti psychologie. Frankel (1976) provedl rozbor incidence hypnability, jak se projevila v amerických studiích v posledních letech 20. století, a dospěl k následující distribuci hypnability v populaci:

Hypnabilita	Průměr	Rozpětí
refrakterní	20 %	3 %—37 %
nízká	47 %	37 %—59 %
střední	20 %	15 %—30 %
vysoká	13 %	3 %—29 %