

Bauchhypnose

Eine leitlinienempfohlene Therapie des Reizdarmsyndroms

Winfried Häuser

Einleitung

Gastrointestinale Symptome wie Bauchschmerzen, Stuhl- und Darmprobleme sowie Blähungen sind in der Allgemeinbevölkerung zu jedem Zeitpunkt extrem häufig und werden auf einem Kontinuum erlebt, das von kurzen, selbstlimitierenden bis hin zu klinischen Zuständen mit negativen Auswirkungen auf die sozialen Funktionen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität reicht. Bei bis zu 50 % der Personen mit chronischen Bauchbeschwerden, die medizinische Hilfe suchen, kann keine somatische Erkrankung gefunden werden, die die Symptome ausreichend erklärt (Enck et al., 2016). Für diese Erkrankungen werden von verschiedenen medizinischen Fachrichtungen unterschiedliche Ansätze in Bezug auf die Diagnosekriterien verwendet. In der Allgemeinmedizin werden sie als „medizinisch unerklärliche körperliche Symptome“, in der Inneren und Psychosomatischen Medizin als funktionelle somatische Syndrome und in der Psychiatrie und Psychologie als „somatoforme Störungen“ oder „körperliche Belastungsstörung“ bezeichnet (Burton et al., 2020).

Die Hypnose hat eine lange Geschichte mit Höhen und Tiefen ihrer Rolle in der somatischen Medizin (Peter, 2023). Nach den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin ist die darmbezogene Hypnose (kurz: Bauchhypnose) eine aktuelle Erfolgsgeschichte der Hypnose in der Medizin. Ihre Wirksamkeit in der Therapie des Reizdarmsyndroms (RDS) ist auf der höchsten Stufe der Evidenz, nämlich systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien, gesichert (Jensen, 2024). Weiterhin wird die Bauchhypnose in aktuellen Leitlinien von gastroenterologischen Fachgesellschaften in Europa als auch in Nordamerika zur Behandlung des Reizdarmsyndroms empfohlen (Lacy et al., 2021; Layer et al., 2021; Vasant et al., 2021).

Winfried Häuser

Medizinisches Versorgungszentrum für Schmerzmedizin und seelische Gesundheit Saarbrücken sowie Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München

Bauchhypnose – eine leitlinienempfohlene Therapie des Reizdarmsyndroms

Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist eine häufige Gesundheitsstörung, die mit Beeinträchtigungen im Alltag und einer verminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen kann. Das RDS wird als eine Störung der Gehirn-Darm-Achse eingestuft. Es ist eine sehr heterogene Erkrankung, was die zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen, das klinische Bild und das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung betrifft. Im Rahmen eines biopsychosozialen Modells des RDS können psychosoziale Faktoren eine Rolle bei der Prädisposition, der Auslösung und der Entwicklung einer Chronifizierung spielen. Bei einem einzelnen Patienten können somatische oder psychosoziale oder eine Mischung aus beiden Faktoren vorherrschen.

Die darmgerichtete Hypnose (Bauchhypnose) ist eine spezielle Form der medizinischen Hypnose, die standardisierte darmgerichtete Suggestionen (Hypnose) mit auf die psychologischen Eigenschaften des Patienten zugeschnittenen Suggestionen (Hypnotherapie) kombiniert. Von den psychotherapeutischen Verfahren weisen die kognitiven-behavioralen Therapien und die darmgerichtete Hypnose in kontrollierten Studien die größte Evidenz für die kurz- und langfristige Wirksamkeit bei RDS auf und werden in den aktuellen europäischen und nordamerikanischen Leitlinien für Gastroenterologie als Zweitlinien-Behandlungsoptionen empfohlen. Standardisierte Bauchhypnose ist in Form von Audiodateien erhältlich und kann Teil eines Multikomponenten-Selbstmanagement-Ansatzes durch digitale Gesundheitsanwendungen sein. Sie kann – je nach den Präferenzen des Patienten – als Erstlinientherapie für leichte Formen des Reizdarmsyndroms eingesetzt werden. Schwere Formen des Reizdarmsyndroms erfordern ein interdisziplinäres Management von Angesicht zu Angesicht. Eine standardisierte Bauchhypnose und eine auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Hypnotherapie können Teil dieses Ansatzes sein.

Schlüsselwörter: Reizdarmsyndrom; Bauchhypnose; Wirksamkeit; Gastroenterologie; Leitlinien

Gut-directed hypnosis – a guideline-recommended therapy for irritable bowel syndrome

Irritable bowel syndrome (IBS) is a frequent health condition which can be associated with functional disability and reduced health-related quality of life. IBS is classified as a disorder of the brain-gut axis. IBS is a very heterogenous condition with regards to the underlying pathophysiological mechanisms, the clinical picture and the amount of functional impairment. Within a biopsychosocial model of IBS psychosocial factors can play a role in the predisposition, triggering and development of chronicity. Somatic or psychosocial or a mixture of both factors might predominate in an individual patient.

Gut-directed hypnosis is a special type of medical hypnosis combining standardised gut-directed suggestions (hypnosis) with suggestions tailored to the psychological characteristics of the patient (hypnotherapy). Of brain-gut therapies, cognitive based interventions and gut-directed hypnosis have the largest evidence for both short-term and long-term efficacy in controlled trials for IBS and are recommended by current European and North American gastroenterology guidelines as second line treatment options. Standardised gut-directed hypnosis is

available and can be part of a multicomponent self-management approach by digital health applications. It can be used – based on the patient’s preferences – as first line therapy for mild forms of IBS. Severe forms of IBS require face-to-face interdisciplinary management. Standardized gut-directed hypnosis and hypnotherapy tailored to the individual patient can be part of this approach.

Key words: Irritable bowel syndrome; gut-directed hypnosis; efficacy; gastroenterology; guidelines; digital health applications

Winfried Häuser, Prof. Dr. med.
Medizinisches Versorgungszentrum für Schmerzmedizin und seelische Gesundheit
Saarbrücken
Großherzog-Friedrich-Straßen 44
66111 Saarbrücken
winfriedhaeuser@googlemail.com

erhalten: 17.5.24

akzeptiert: 12.6.24

Frau Professor Dr. med. Gabriele Moser, Wien, und ich haben an den Erstellung der zweiten (Andresen et al., 2011) und dritten Version der Leitlinie zum RDS der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (Layer et al., 2021) teilgenommen.¹ Wir konnten Argumente der gastroenterologischen Kolleg*innen, der Bauchhypnose keine Empfehlung aufgrund mangelnder Verfügbarkeit zu geben, abwenden, indem wir darauf hinwiesen, dass es in Deutschland und in Österreich viele ausgebildete Hypnotherapeut*innen gibt und dass Kurse von Hypnose-Fachgesellschaften in Bauchhypnose angeboten werden.

Durch Berichte zur Bauchhypnose in den Medien ist es möglich, dass es Anfragen von RDS-Patient*innen bei Hypnotherapeut*innen gibt. Ich hoffe, mit diesem Beitrag viele Hypnotherapeut*innen zu motivieren, sich die Techniken der Bauchhypnose anzueignen. Um die Techniken der Bauchhypnose wirkungsvoll nutzen zu können, sind grundlegende Kenntnisse über das RDS, die Wirkmechanismen sowie Möglichkeiten und Grenzen der Bauchhypnose notwendig. Ich werde daher in dieser Übersichtsarbeit

- einen Überblick über die diagnostischen Kriterien des Reizdarmsyndroms geben, um eine Hilfestellung zu für die Bauchhypnose geeigneten Patient*innen zu geben;
- die Datenlage zur Wirksamkeit der Bauchhypnose beim RDS skizzieren und die Bedeutung psychologischer Therapien im Allgemeinen und der Bauchhypnose im Besonderen, wie sie in den gastroenterologischen Leitlinien für die Behandlung des Reizdarmsyndroms beschrieben wird, darstellen, um für Betroffene und Hypnotherapeut*innen eine Orientierung bzgl. des Stellenwertes der Bauchhypnose im Vergleich zu Ernährung, Medikamenten und anderen psychotherapeutischen Verfahren zu geben;
- einen Überblick über die Techniken und die Wirkmechanismen der Bauchhypnose beim RDS geben, damit Hypnotherapeut*innen die Bauchhypnose anwenden können;

Bauchhypnose

- die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten der Bauchhypnose (Audiodatei/Digitale Gesundheitsanwendung bis zur multimodalen Therapie) darstellen, um Hypnotherapeut*innen bei der Wahl der geeigneten Anwendungsform der Bauchhypnose in Abhängigkeit vom Schweregrad des RDS zu unterstützen, und
- einige Praxistipps zum Einsatz der Bauchhypnose beim RDS geben.

Diese Übersichtsarbeit fußt auf der Literatur der aktualisierten deutschen Leitlinie zum RDS (Layer et al., 2021), einer selektiven Literatursuche mit den Suchbegriffen „Gut-directed hypnosis“ und „Irritable bowel syndrome“ in der Datenbank PubMed am 30.04.2024 und meinen Erfahrungen mit Bauchhypnose bei RDS-Patient*innen seit 25 Jahren. Teile der Übersichtsarbeit wurden in einer englischsprachigen open access Zeitschrift (Häuser, 2024) veröffentlicht. Meine persönlichen Erfahrungen mit der Bauchhypnose als Grundlage der Praxistipps habe ich auf der MEG-Jahrestagung im März 2024 in Kassel vorgetragen.

RDS-diagnostische Kriterien

Das RDS kann anhand der Kriterien der Rome Foundation, einer gemeinnützigen Organisation, definiert werden. Die jüngste Version, Rom IV, wurde 2016 veröffentlicht. Darin wird das RDS durch das Vorhandensein von Bauchschmerzen definiert, die mit dem Stuhlgang zusammenhängen und mit einer Veränderung der Stuhlfrequenz und/oder der Stuhlform einhergehen. Die Patienten werden nach ihrem vorherrschenden Stuhlmuster in Untergruppen eingeteilt: RDS mit Durchfall (RDS-D), RDS mit Verstopfung (RDS-C), RDS mit gemischten Stuhlgewohnheiten (RDS-M) oder RDS unklassifiziert (RDS-U) (Drossmann & Hasler, 2016). Diese Untergruppenbildung wurde durch die Notwendigkeit vorangetrieben, Untergruppen für spezifische pharmakologische Therapien zu bilden. Die Rom-IV-Untergruppeneinteilung vernachlässigt eines der für die Patienten peinlichsten Probleme, nämlich den Stuhldrang mit oder ohne Angst vor unkontrolliertem Stuhlabgang (Saha, 2014), sowie Vermeidungsverhalten (Essen, sexuelle Aktivitäten, Schule/Arbeit, Freizeit) der Patienten. Ich habe für diese Form des RDS den Begriff RDS-P (phobisch) vorgeschlagen. Viele dieser Betroffenen erfüllen die Kriterien einer Agoraphobie (Häuser, 2022).

Zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung empfehlen die aktuellen Leitlinien einige obligatorische Basisuntersuchungen (z. B. Blut- und Stuhltests) und – je nach Hauptsymptom (z. B. Durchfall, Verstopfung) und Alter des Patienten – zusätzliche Spezialdiagnostik (z. B. Koloskopie) (Lacy et al., 2021; Layer et al., 2021; Vasant et al., 2021).

Praxistipp: Fragen Sie an Bauchhypnose interessierte Betroffene, ob eine gastroenterologische Abklärung erfolgt ist. Manchmal wird die Diagnose eines RDS auch durch den Patienten oder den Hausarzt ohne Diagnostik gestellt. Insbesondere bei Patient*innen mit nach medizinischen Kriterien chronischen Durchfällen (mehr als 3-mal täglich über mehr als 4 Wochen hinweg weicher/flüssiger Stuhlgang) müssen

Tabelle 1: Klassifikation des Reizdarmsyndroms nach klinischem Schweregrad. (modifiziert nach Drossmann et al., 2011)

Klinischer Schweregrad:	leicht	mittel	schwer
Parameter:			
Prävalenz [%]	70	25	5
Symptomkonstanz	–	+	+++
Beeinträchtigung täglicher Aktivität	–	+	+++
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	+	++	+++
Krankheitsverhalten	–	+	+++
Psychiatrische Diagnosen	–	+	+++

– nein; + gering; ++ mäßig; +++ ausgeprägt.

infektiöse oder entzündliche Darmerkrankungen mit einer Spiegelung und Entnahme von Gewebeproben im oberen Dünndarm und Dickdarm ausgeschlossen werden. Durchfälle oder chronische Verstopfung nach medizinischen Kriterien (starkes Pressen zum Stuhlgang; klumpiger oder harter Stuhl; Gefühl der unvollständigen Entleerung oder Passagestopp; manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation, jeweils bei > 25 Prozent der Stuhlentleerungen, < 3 Stühle pro Woche) ohne phobisches Verhalten sind meines Erachtens eine Domäne der medikamentösen Therapie. Eine psychotherapeutische Behandlung ist meines Erachtens vor allem bei Patient*innen mit RDS-P indiziert.

Wie bei somatischen Erkrankungen, z. B. Herzinsuffizienz oder Leberzirrhose können auch beim RDS verschiedene Schweregrade unterschieden werden. Der Schweregrad lässt sich anhand eines biopsychosozialen Kontinuums aus den von den Patienten angegebenen gastrointestinalen und extraintestinalen Symptomen, dem Grad der Einschränkungen im Alltag sowie krankheitsbezogenen Wahrnehmungen und Verhaltensweisen definieren. Der Schweregrad kann in Untergruppen wie leicht (~70 %), mittelschwer (~25 %) und schwer (~5%) eingeteilt werden (Drossmann et al., 2011) (siehe Tabelle 1).

Praxistipp: Eine Schweregradeinteilung des RDS ist wichtig für die Auswahl der geeigneten Anwendungsform der Bauchhypnose und der notwendigen Intensität psychotherapeutischer Behandlung.

Das Reizdarmsyndrom – eine Störung der Darm-Hirn-Interaktion

Das RDS ist eine sehr heterogene Erkrankung, was die führenden gastrointestinalen Symptome, die weitere körperliche und seelische Symptombelastung und die Beeinträchtigung im Alltag betrifft. Die pathophysiologischen Mechanismen sind bei den einzelnen Patienten unterschiedlich (Ford et al., 2020). Das RDS wird als eine Störung der bidirektionalen Kommunikation zwischen dem Darm und dem Gehirn (Darm-Hirn-Achse) verstanden. Es hat eine biopsychosoziale Ätiologie: Genetische und epi-

Bauchhypnose

genetische Veränderungen, Infektionen und frühe ungünstige Lebensereignisse können eine Prädisposition für die Entwicklung eines Reizdarmsyndroms darstellen. Chronischer Stress, psychische Störungen (Ängste, Depressionen), negative Überzeugungen über die Symptome und ungünstige Bewältigungsmechanismen wie Erwartungsangst und Generalisierung von Vermeidungsverhalten können die Häufigkeit und Schwere der Symptome erhöhen (Layer et al., 2021; Vasant et al., 2021). Daher wurde das Reizdarmsyndrom, das früher als funktionelle gastrointestinale Störungen bezeichnet wurde, im Rahmen des Rom-IV-Prozesses als Störung der Interaktion zwischen Darm und Gehirn neu definiert, um dem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren Rechnung zu tragen, die der Erkrankung zugrunde liegen (Drossmann et al., 2016).

Behandlung des Reizdarmsyndroms

Eine kausale Heilung des Reizdarmsyndroms ist nicht bekannt. Die Behandlung beschränkt sich auf Strategien zur Symptomkontrolle und Verbesserung der Lebensqualität. Aktuelle Leitlinien (Deutschland, Großbritannien, USA) (Layer et al., Lacy et al., 2021; Vasant et al., 2021) empfehlen einen abgestuften (nach Schweregrad) und maßgeschneiderten (auf die Symptome abgestimmten) Behandlungsansatz. Pharmakologische Erst- und Zweitlinienbehandlungen werden für die Primär- bzw. Sekundärversorgung empfohlen (siehe Tabelle 2).

Die Bedeutung psychologischer Therapien bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms

Eine positive Diagnose, Informationen über die normale Lebenserwartung, die Erklärung der Erkrankung im Rahmen eines individuellen biopsychosozialen Modells auf der Grundlage der Anamnese und der Befunde des Patienten, die Erörterung von Behandlungsoptionen auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen und Präferenzen des Patienten, das Management von Erwartungen und die Stärkung der Selbstwirksamkeit des Patienten durch die Förderung eines gesunden Lebensstils sind die grundlegenden psychologischen Maßnahmen, die der Hausarzt und der Gastroenterologe ergreifen müssen (Lacy et al., 2021; Layer et al., 2021).

Psychologische Therapien werden als Zweitlinienbehandlung empfohlen, wenn sich die Symptome/Beschwerden nach drei Monaten (Layer et al. 2021) bzw. 12 Monaten Therapie nicht bessern (Vasant et al., 2021). In der britischen Leitlinie heißt es, dass eine Überweisung zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen kann, wenn dies vor Ort möglich ist und auf der Präferenz des Patienten beruht (Vasant et al., 2021). Die deutsche Leitlinie empfiehlt psychologische Behandlungen bei erheblicher Behinderung und bei psychischer Komorbidität (Layer et al., 2021).

Tabelle 2: Abgestufter Behandlungsansatz des Reizdarmsyndroms (modifiziert nach Drossmann et al., 1992)

Stufe 1 (alle Patienten; kann bei leichten Formen des Reizdarmsyndroms ausreichend sein): Aufklärung, Beruhigung, Förderung eines gesunden Lebensstils und Anpassung der Ernährung

Stufe 2 (mittelschweres Reizdarmsyndrom): Stufe 1 plus Medikamente je nach Hauptsymptom (Schmerzen, Durchfall, Verstopfung). Diät und/oder psychologische Therapien

Stufe 3 (schweres Reizdarmsyndrom): Multikomponenten- und interdisziplinäre Behandlung mit Psychopharmaka und kombinierten psychologischen Behandlungen

Bauchhypnose beim RDS – Wirkmechanismen, Wirksamkeit und Effektivität

Bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms sind mehrere psychologische Therapien wirksam, wenngleich keine davon einer anderen überlegen ist. KVT-basierte Interventionen und Bauchhypnose haben in randomisierten kontrollierten Studien die größte Evidenz sowohl für die Kurzzeit- als auch für die Langzeitwirksamkeit (Black et al., 2020)

Die Bauchhypnose moduliert die Darm-Hirn-Achse, wobei mehrere Studien positive Veränderungen der Darm-Hirn-Funktion vor und unmittelbar nach der Hypnose nachweisen konnten, einschließlich der Modulation der postprandialen gastro-kolischen Reflexaktivität, der veränderten Kolonmotilität, der viszeralen Hypersensibilität und der Normalisierung der Schmerzverarbeitungssignale zwischen Darm und Gehirn in der funktionellen Hirnbildgebung (Vasant et al., 2021). Sie kann die Aufmerksamkeit des Patienten und/oder seine Überzeugungen über die Bedeutung von Empfindungen aus dem Magen-Darm-Trakt verändern, da andere somatische Symptome und psychische Belastungen nach der Behandlung abnehmen (Palsson et al., 2002).

Die Wirksamkeit der darmgerichteten Hypnose wurde mit der höchsten Evidenzstufe nachgewiesen, nämlich mit systematischen Übersichten über randomisierte kontrollierte Studien. Acht randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 464 Patienten und einem Median von 8,5 (7 bis 12) Hypnosesitzungen über einen Median von 12 (5 bis 12) Wochen wurden in eine systematische Überprüfung einbezogen. Am Ende der Therapie war die Hypnose den Kontrollbedingungen überlegen, was die Linderung der Symptome (Relatives Risiko [RR], 1,69; 95 % Konfidenzintervall [KI] 1,14 bis 2,51), die Number needed to treat [NNT] 5 (95 % KI 3 bis 10) und die Verringerung des globalen gastrointestinalen Scores (Standardisierte mittlere Differenz 0,32 [95 % KI 0,56 bis 0,08]) anging. Bei der langfristigen Nachbeobachtung war die

Bauchhypnose

Hypnose den Kontrollen überlegen in Bezug auf adäquate Symptomlinderung (RR, 2,17 [95%CI 1,22 bis 3,87]; NNT 3 [2 bis 10]) (Schaefer et al., 2014).

Eine weitere Metaanalyse von 6 RCTs, an denen 639 Patienten teilnahmen, ergab eine RR für das Verbleiben der Symptome von 0,73 (95 % CI 0,55 bis 0,97) im Vergleich zu Schulung und/oder Unterstützung und 0,67 (95 % CI 0,49 bis 0,91) im Vergleich zu einer Wartelistenkontrolle (Black et al., 2020).

Darüber hinaus gibt es überzeugende Daten zu den Langzeitergebnissen, die die Wirksamkeit in der klinischen Routineversorgung belegen. 204 Patienten füllten prospektiv Fragebögen zu Symptomen, Lebensqualität, Angst und Depression vor, unmittelbar nach und bis zu sechs Jahre nach der Hypnotherapie aus und bewerteten retrospektiv die Auswirkungen der Hypnotherapie, um ihren „Responder-Status“ zu definieren: 71 % der Patienten sprachen zunächst auf die Therapie an. Von diesen behielten 81 % ihre Verbesserung im Laufe der Zeit bei, während die Mehrheit der verbleibenden 19 % angab, dass sich die Symptome nur leicht verschlechtert hatten (Gonsalkorale et al., 2004).

In der größten klinischen Serie der bisher durchgeführten Studien, an denen 1000 Patienten teilnahmen, erreichten mehr als 75 % der Patienten, die auf eine medizinische Standardbehandlung nicht ansprachen, eine Verringerung des Schweregrads der IBS-Symptome um ≥ 50 Punkte. Auch bei den extraintestinalen Symptomen sowie den Angst- und Depressionswerten wurden signifikante Verbesserungen festgestellt. Das Ergebnis war unabhängig vom Subtyp der Darmbeschwerden (Miller et al., 2015).

Es ist wichtig zu beachten, dass psychologische Therapien, nicht aber pharmakologische Behandlungen zu einer langfristigen Verbesserung des Reizdarmsyndroms führen können (Whorwell, 2024).

Die verschiedenen Anwendungsformen der Bauchhypnose und ihre Wirksamkeit

Hypnotherapie wurde bisher nur für Patienten mit Reizdarmsyndrom empfohlen, wenn die Symptome auf konventionelle Behandlungen nicht ansprechen (Hookway et al., 2015). Eine Meta-Analyse von RCTs zeigt, dass die Bauchhypnose eine der wenigen Behandlungen ist, die bei Patienten mit refraktären Symptomen besser abschneidet als eine Kontrollgruppe (Black et al. 2020). Eines der Hindernisse für ein breiteres Angebot der darmgerichteten Hypnotherapie sind die Kosten für die Durchführung, einschließlich des Zeitaufwands, und das Erfordernis eines ausgebildeten Therapeuten. Patienten mit Reizdarmsyndrom in der Tertiärversorgung mit schweren funktionellen Einschränkungen benötigen eine individualisierte Hypnotherapie, bei der der Inhalt der Sitzungen auf ihr Symptomprofil abgestimmt ist. Nach den klinischen Erfahrungen des Autors muss die Psychotherapie in schweren Fällen auch auf psychische Komorbiditäten, ungelöste emotionale Konflikte und traumatische Ereignisse abzielen (Häuser, 2023). In diesen Fällen kann die Bauchhypnose mit einer Psy-

chotherapie in Trance (Hypnotherapie) oder anderen psychotherapeutischen Verfahren kombiniert werden. Darüber hinaus sind Verhaltensinterventionen wie abgestufte Exposition (Essen, soziale Aktivitäten) bei Vermeidungsverhalten der Betroffenen notwendig.

Patienten in der Primär- oder Sekundärversorgung profitieren von einer Hypnotherapie in der Gruppe (Moser et al. 2013). In einer großen, multizentrischen RCT bei Patienten mit Reizdarmsyndrom in der Primär- oder Sekundärversorgung erwies sich die Gruppenthypnotherapie der Einzelhypnotherapie als nicht unterlegen (Flik et al., 2019). In einer schwedischen Studie mit 119 Patienten war die von einer Krankenschwester durchgeführte darmgeleitete Hypnose bei der Verringerung der kolonischen, extrakolonischen und psychologischen Symptome ebenso wirksam wie die Einzeltherapie (Lövdahl, 2022). Einige meiner Patient*innen konnten von einer oder zwei Sitzungen der von Angesicht zu Angesicht durchgeführten Bauchhypnose profitieren, die aufgezeichnet und von den Patienten anschließend regelmäßig angewendet wurden. Der Fortschritt des Selbstmanagements durch Tonbandaufnahmen wurde per E-Mail und/oder Videokonsultation überwacht. Darüber hinaus haben die klinischen Ergebnisse der Videokonsultation mit darmgerichteter Hypnose ähnliche Ansprechraten im Vergleich zur Behandlung von Angesicht zu Angesicht erzielt (Hasan et al., 2019).

In Anbetracht der begrenzten Verfügbarkeit traditioneller und internetgestützter Psychotherapien von Angesicht zu Angesicht gewinnen digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) durch App-basierte digitale Therapeutika auch für das Reizdarmsyndrom an Bedeutung. In Deutschland kann eine vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kontrollierte elektronische E-Health-Anwendung für Reizdarmsyndrom von Ärzten verschrieben werden, und die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Die Anwendung umfasst einen zwölfwöchigen Kurs mit Aufklärung über das Reizdarmsyndrom, Ernährungsempfehlungen und psychologischen Therapien (kognitive-verhaltenstherapeutische Interventionen und darmbezogene Hypnose). Die Hypnose-Sitzung dauert 30 Minuten. Tägliches Üben wird empfohlen. Ein Kontakt mit einer medizinischen Fachkraft ist nicht möglich. In einer randomisierten kontrollierten Studie mit 378 Teilnehmern berichteten 70 % der Teilnehmer nach dem Kurs über eine klinisch relevante Verringerung der Reizdarmsymptome im Vergleich zu 30 % in der Kontrollgruppe, die nur auf die Fragebögen der App-basierten digitalen Therapie zugreifen konnte (Weißer et al., 2023).

In einer US-amerikanischen Studie wurde bei 362 Patienten digitale darmgerichtete Hypnose (gut-directed hypnosis, GDH) mit digitaler progressiver Muskelentspannung (muscle relaxation, MR) verglichen, die über eine mobile App auf einem Smartphone oder Tablet durchgeführt wurde. Ein ähnlicher Anteil der digitalen GDH- (30,4 %) und der MR-Gruppe (27,1 %) erreichte den primären Endpunkt, der als Verringerung der durchschnittlichen täglichen Bauchschmerzintensität um ≥ 30 % gegenüber dem Ausgangswert in den vier Wochen nach der Behandlung definiert ist (Berry et al., 2023).

Von 52 Patienten, die während der COVID-19-Pandemie 12 Sitzungen der GDH-

Bauchhypnose

Tabelle 3: Abgestufte Bauchhypnose und Hypnotherapie

Erste Stufe: Standardisierte medizinische Hypnose durch Tonbandaufnahmen oder digitale Gesundheitsanwendungen.

Zweite Stufe: Standardisierte medizinische Hypnose durch Gruppentherapie (persönlicher Kontakt oder über das Internet) oder durch niederfrequente Einzeltherapie.

Dritte Stufe: Standardisierte medizinische Hypnose durch Einzeltherapie mit persönlichem Kontakt und individualisierter Hypnotherapie.

Fernbehandlung über Skype unter Verwendung des Manchester-Protokolls absolvierten, gaben 27 (52 %) an, dass sie die GDH-Behandlung gut vertragen. 27 (52 %) gaben an, dass sie sich unabhängig von der Pandemiesituation für eine Fernbehandlung gegenüber einer persönlichen GDH entschieden hätten (Noble et al., 2022).

Die Anwendbarkeit von GDH aus der Ferne ohne therapeutische Unterstützung könnte durch niedrige Adhärenzraten eingeschränkt sein. Sieben von 42 Sitzungen des Manchester-Protokolls konnten kostenlos heruntergeladen werden, und 35 Sitzungen konnten zwischen Juni 2019 und April 2020 erworben werden. 2843 Patienten mit selbst angegebenem Reizdarmsyndrom begannen mit den kostenlosen Sitzungen, 1428 (50 %) kauften die App und 253 (9 %) schlossen alle 42 Sitzungen ab. Nutzer, die das Programm abschlossen, berichteten über klinisch relevante Verbesserungen ihrer Reizdarmsymptome (Peters et al., 2023).

Nichtsdestotrotz könnte die digitale darmgerichtete Hypnose auch als Erstbehandlung anstelle von Diät und pharmakologischen Mitteln eingesetzt werden, wenn der Patient dies wünscht. Die Wirksamkeit der Bauchhypnose ist vergleichbar mit den in den Leitlinien empfohlenen Erstlinienbehandlungen des Reizdarmsyndroms. Eine Low-FODMAP (Fermentierbare Oligosaccharide, Disaccharide, Monosaccharide und Polyole) -Diät wird von Leitlinien als Erstlinientherapie empfohlen (Lacy et al., 2021; Layer et al., 2021; Vasant et al., 2021). In einer kontrollierten Studie wurde nachgewiesen, dass die Wirkung der Bauchhypnose ähnlich ist wie die der FODMAP-Diät zur Linderung gastrointestinaler Symptome. Die Hypnotherapie war der Diät bei psychologischen Indizes überlegen (Peters et al. 2016).

Ein abgestufter Ansatz von darmgerichteter Hypnose und Hypnotherapie wird in Tabelle 3 skizziert. Für Patienten mit leichtem Reizdarmsyndrom können die Optionen der ersten Reihe ausreichend sein. Bei schwerem Reizdarmsyndrom hingegen ist eine Mehrkomponentenbehandlung mit pharmakologischen Wirkstoffen, Diät und psychologischen Therapien erforderlich. Der psychotherapeutische Ansatz kann Elemente der standardisierten Bauchhypnose mit Hypnotherapie und/oder anderen psychologischen Techniken wie kognitiv-behavioralen Interventionen oder psychodynamischer Therapie kombinieren (Häuser, 2023) (siehe Tabelle 3).

Praxis der Bauchhypnose

Vorbereitung (Seeding)

Die meisten kontrollierten Studien zur Bauchhypnose beim RDS begannen mit einer sogenannten Patient*innen-Edukation, in dem den Betroffenen ein biopsychosoziales Modell (inneres Bild) des RDS und die Wirkmechanismen der Bauchhypnose vermittelt wurden.

Praxistipps:

Entwickeln Sie zur Vorbereitung der Bauchhypnosensitzungen mit den Patient*innen – basierend auf einer psychosomatischen Anamnese – ein individuelles biopsychosoziales Erklärungsmodell des RDS und der Wirkmechanismen der Bauchhypnose über die Darm-Hirnachse.

Hypnose wird definiert als das Erlernen mentaler Fähigkeiten und Techniken, um die Kontrolle über die physiologischen Mechanismen zu entwickeln, die den Darm beeinflussen und normalerweise nicht unter bewusster Kontrolle stehen.

Patient*innen, die vertiefte Informationen möchten, gebe ich Hinweise auf Internetseiten. Angaben über die Wirksamkeit von Bauchhypnose können eine positive Erwartungshaltung für die Behandlung fördern:

- SWR Wissen (01.02.2020). So hilft Hypnose gegen Reizdarm. <https://www.swr.de/wissen/reizdarm-100.html>
- Spektrum.de (04.01.2021). Reizdarm- wenn der Bauch ständig rumpelt und rumort. <https://www.spektrum.de/news/was-hilft-gegen-reizdarm/1785344>
- Apothekenumschau (29.09.2021). Reizdarmsyndrom: Was steckt dahinter? <https://www.apotheken-umschau.de/krankheiten-symptome/magen-und-darmerkrankungen/reizdarmsyndrom-was-steckt-dahinter-734665.html>
- Patienteninformation.de (11.05.2023). Reizdarmsyndrom. <https://www.patienteninformation.de/news/neue-aezq-gesundheitsinformation-2023-05-11>

Wichtig ist auch die gemeinsame Erarbeitung von realistischen Therapiezielen (keine Heilung, sondern Linderung der Beschwerden; Verbesserung der Lebensqualität) und von regelmäßigem eigenständigem Üben mit Audiodateien der Bauchhypnose.

Techniken der Bauchhypnose

Es gibt zwei standardisierte Protokolle für darmgerichtete Hypnose, das *North Carolina-Protokoll* (Palsson et al., 2006) und das *Manchester-Protokoll* (Gonsalkorale, 2006). Ein Skript für eine Bauchhypnose und ein Leitfaden mit praktischen Aspekten für die Durchführung des Manchester-Protokolls sind auf Englisch open access verfügbar (Vasant & Whorwell, 2019). Die meisten kontrollierten Studien haben das Manchester-Protokoll verwendet. Es wurde erstmals zur Behandlung von Patienten mit schweren refraktären IBS-Symptomen im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie in Manchester eingesetzt (Whorwell et al., 1984). Es ist wichtig zu beachten,

Bauchhypnose

dass das Manchester-Protokoll ein Paket von Interventionen ist, bei dem hypnotische Interventionen in Beratung, Schulung und regelmäßige tägliche Übung durch den Patienten mit Tonbändern eingebettet sind. Die Hypnosesitzungen beginnen mit standardisierten direkten Suggestionen (medizinische Hypnose), ermöglichen aber im zweiten Teil des Protokolls (Hypnotherapie) eine auf das individuelle psychologische Profil des Patienten zugeschnittene Individualisierung (Ericksonsche Techniken). Die Patienten werden in Einzel- oder Gruppensitzungen behandelt, und das gesamte Behandlungspaket besteht aus einem Erstgespräch, gefolgt von bis zu 12 Therapiesitzungen, in der Regel in wöchentlichen Abständen.

Sitzung 1 – 2:

Die Induktion wird mit einer klassischen Augenfixationstechnik durchgeführt. Die Vertiefung erfolgt über die Zunahme der muskulären Entspannung. *„Und mit jedem sanften Atemzug, den Sie atmen und mit jedem Satz, den ich spreche, können Sie tiefer und tiefer in einen entspannteren Zustand eintauchen, der ein wunderbares Gefühl von Gelassenheit und Ruhe in Ihnen entstehen lässt, ein Gefühl der Ruhe, das durch Sie auf allen Ebenen strömt und doch, zur selben Zeit, (auch) ein Gefühl der Stärke Ihres Geistes. Und während Sie tiefer und tiefer hineintauchen, hilft dieses Gefühl der Gelassenheit und Ruhe Ihrem Körper und Geist zusammenzukommen, zusammenzuarbeiten in einem Zustand der Harmonie und Balance, einem Zustand, in dem Sie eine bessere Gesundheit und ein größeres persönliches Wohlbefinden finden.“* Die Ratifizierung der Trance wird über eine Armlevitation durchgeführt. In der Utilisationsphase werden Ich-stärkende Suggestionen angeboten: Es wird dem Patienten suggeriert, sich selbst als eine Weide vorzustellen. Diese ist einerseits tief und fest im Boden verwurzelt, andererseits können ihre flexibel sich wiegenden Äste selbst durch den stärksten Sturm nicht gebrochen werden. Die eigene innere Stärke des Patienten wird mit dem Bild der Weide verknüpft. Weiterhin werden unspezifische Suggestionen zur Entdeckung eigener Fähigkeiten sowie zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und der Gesundheit gegeben. Die in der Utilisationsphase angebotenen Suggestionen (Ich-Stärke, Verbesserung des Wohlbefindens) werden ohne Verknüpfung spezifischer Situationen für die Zeit nach der Trance im Sinne einer posthypnotischen Suggestion gegeben.

Sitzungen 3 – 12

Induktion, Vertiefung und Ratifizierung wie in den ersten beiden Sitzungen. In der Utilisationsphase wird eine sog. darmbezogene Imagination durchgeführt: Patienten, die zur Visualisierung fähig sind (in den Studien 80 % der Patienten) werden gebeten, sich einen sanft fließenden Bach mit Wasserfällen vorzustellen und das harmonische Fließen eines ruhigen Flusses mit der sanften rhythmischen Aktivität ihres Gastrointestinaltraktes zu verbinden. Dieses Vorgehen wird bei der durchfalldominanten Form des RDS dahingehend modifiziert, dass dem Patienten vorgeschlagen wird, sich

seinen Darm als schnell fließenden Fluss vorzustellen, ihn zur Quelle zurückzuverfolgen, bis er langsamer (ohne exzessive Turbulenzen oder Strömungen) wird. Dann wird der Patient gebeten, seinen Darm „zurückzustellen“ („to reset“) zu dem Bild eines ruhig sich schlängelnden Flusses. Bei der obstipationsdominanten Form des RDS wird eine Flussbeschleunigung suggeriert. Kinästhetisch orientierte Patienten bzw. Patienten, die nicht visualisieren können, werden gebeten, ihre Hand auf den Teil des Bauches zu legen, der am meisten schmerzt. Es wird dann eine Suggestion von Wärme in der betreffenden Hand gegeben, die sich auf den Bauch ausdehnt. Einhergehend mit der zunehmenden Wärmeempfindung in der Hand und im Bauch wird ein Nachlassen der Schmerzen und der muskulären Verspannung suggeriert. Visuell/kinästhetisch orientierte Patienten können die Ausbreitung der Wärme in der Hand und im Bauch zusätzlich visualisieren. Die schmerzlindernde Wirkung des Bildes eines ruhig fließenden Flusses bzw. der Hand auf dem Bauch wird als posthypnotische Suggestion gegeben („immer, wenn Sie Ihre Hand auf den Bauch legen, wird sich das angenehme Wärmegefühl einstellen, Sie werden eine angenehme Entspannung in Ihrem Bauch empfinden und der Schmerz wird nachlassen“). Neben den Standardsuggestionen, die in jeder Sitzung wiederholt werden, werden auf den Patienten abgestimmte Suggestionen und Bilder angeboten – in Abhängigkeit von den im Vorgespräch mit dem Patienten explorierten psychologischen, die RDS-Symptome modulierenden Faktoren (z. B. Erwartungsangst). Für Patient*innen mit RDS-P kann ein imaginäres Rehearsal durchgeführt werden: Sie/er imaginiert sich selbst in einer zuvor gefürchteten oder vermiedenen Situation vor – z.B. beim Einkaufen –, aber jetzt mit normal funktionierendem Darm). Weiterhin werden dekatastrophisierende Suggestionen gegeben. „Ihr Darm wird Sie nicht länger belästigen oder beunruhigen oder Sie behindern. Mit jedem Tag lassen Sie Ihre Bauchprobleme Stück für Stück zurück. Jeder Tag ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einer besseren Gesundheit und Wohlbefinden. Stellen Sie sich selbst vor, sehen Sie sich mit ihrem geistigen Auge, wie Sie die Dinge tun, die Sie tun wollen, wie Sie zu Orten gehen, zu denen Sie gehen wollen, und das alles während Ihr Darm normal und behaglich arbeitet. Jeden Tag sind Sie mehr in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie tun wollen, immer mehr in der Lage, zu den Orten zu gehen, zu denen Sie gehen wollen (die Speisen zu essen, die Sie essen wollen). Sie haben wieder mehr und mehr Kontrolle über Ihren Darm. Und je mehr Sie üben, werden Sie feststellen, dass Sie immer seltener an Ihren Bauch denken; es wird Ihnen bewusst, dass Ihnen nicht bewusst ist, dass Sie einen Bauch haben, weil der Bauch so gut, so normal arbeitet.“

Während der Rückorientierung werden posthypnotische Suggestionen gegeben. „Jeglicher Schmerz und jedes Problem wird in den Hintergrund treten und Sie nicht länger belästigen oder beunruhigen. Und je mehr Sie üben, je mehr Sie dies alles anwenden, umso schneller, umso wirkungsvoller, um so mächtiger werden Sie diese Kontrolle herstellen, die Ihnen hilft, Ihren Bauch wieder zu beruhigen, immer schneller und leichter.“

Bauchhypnose

Hausaufgaben: Diese beinhalten regelmäßiges Üben mit Audiodateien der Bauchhypnose (z. B. standardisierte Suggestionen nach dem Manchesterprotokoll und/oder individuelle Therapiesitzungen, die aufgezeichnet werden). Weiterhin ist bei Patient*innen mit RDS-P ein Expositionstraining notwendig wie schrittweise Erweiterung der Nahrungsmittelauswahl und Aufsuchen gemiedener Situationen wie Busfahren oder Restaurantbesuche. Manche Betroffene erleben es als hilfreich, während des Expositionstrainings, z. B. beim Busfahren, die Audiodatei der Bauchhypnose (auf einem Ohr) zu hören.

Kontraindikationen

Die allgemeinen Kontraindikationen für Hypnose (psychotische Störungen, histrionische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen und passiv-rezeptive Haltungen) (Revenstorf & Peter, 2023) gelten auch für die Bauchhypnose. Weiterhin sind durch Edukation nicht korrigierbare unrealistische Erwartungen an die Bauchhypnose (z. B. täglich eine Bauchhypnosesitzung mit tiefer Trance über eine Woche und alle RDS-Beschwerden sind verschwunden) Kontraindikationen.

Diskussion

Die Bauchhypnose ist eine der seltenen aktuellen Erfolgsgeschichten der Hypnose in der Medizin. Sie wird in europäischen und nordamerikanischen gastroenterologischen Leitlinien für die Behandlung des Reizdarmsyndroms empfohlen. Digitale Gesundheitsanwendungen haben die Verfügbarkeit von Bauchhypnose erweitert. Besonders interessant ist, dass sie ein breites Spektrum von Symptomen des Reizdarmsyndroms lindert – im Gegensatz zu Medikamenten, die oft nur auf ein Symptom wie Schmerzen oder Darmfunktion abzielen. Außerdem lindert sie häufig die nicht-kolonischen Symptome, die sich mit pharmakologischen Ansätzen nur selten verbessern. Im Gegensatz zu pharmakologischen Therapien hat die Bauchhypnose nachweislich eine langanhaltende Wirkung.

Die Bauchhypnose sollte als Teil eines Behandlungspakets betrachtet werden, das aus Aufklärung und gegebenenfalls Medikamenten besteht, und nicht als alleiniger Ansatz für mittelschwere und schwere Formen des Reizdarmsyndroms. Darmgerichtete Hypnose kann als Einzeltherapie für leichte Formen des Reizdarmsyndroms betrachtet werden. Whorwell und Mitarbeiter haben jedoch festgestellt, dass Patienten mit sehr leichten Symptomen nicht unbedingt gut mit Bauchhypnose zurechtkommen, vermutlich weil die Motivation, sich auf eine zeitaufwändige, relativ arbeitsintensive Form der Behandlung einzulassen, nicht stark genug ist (Whorwell, 2024).

Einige Autoren zählen die Hypnose zu den Methoden der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) (Behzadmehr et al., 2020). Das *US National Centre for Complementary and Integrative Health* (2021) definiert CAM als „verschiedene medizinische und gesundheitliche Praktiken und Produkte, die gegenwärtig nicht als Teil

der konventionellen Medizin angesehen werden“⁴. Die darmgeleitete Hypnose ist jedoch eine evidenzbasierte Behandlung und Teil der Schulmedizin. Wissenschaftliche Hypnosegesellschaften sollten sich dagegen wehren, dass die medizinische Hypnose als komplementäre/alternative Behandlung in der sogenannten Mind-Body-Medizin, die viele nicht wissenschaftlich fundierte Methoden wie Reiki beinhaltet, geführt wird (Häuser, 2022).

Anmerkung

1 bei der ersten Version der Leitlinie gab es eine negative Empfehlung zur Bauchhypnose (Häuser, 2000).

Literatur

- Andresen, V., Keller, J., Pehl, C., Schemann, M., Preiss, J., & Layer, P. (2011). Irritable bowel syndrome—the main recommendations. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(44), 751-60. doi: 10.3238/arztebl.2011.0751.
- Behzadmehr, R., Dastyar, N., Moghadam, M.P., Abavisani, M., & Moradi, M. (2020). Effect of complementary and alternative medicine interventions on cancer related pain among breast cancer patients: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 49,102318. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102318.
- Berry, S.K., Berry, R., Recker, D., Botbyl, J., Pun, L., & Chey, W.D. (2023). A Randomized Parallel-group Study of Digital Gut-directed Hypnotherapy vs Muscle Relaxation for Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 21, 3152-3159.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2023.06.015.
- Black, C.J., Thakur, E.R., Houghton L.A., Quigley, E.M.M., Moayyedi, P., & Ford, A.C.(2020). Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*, 69, 1441–51. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321191.
- Burton, C., Fink, P., Henningsen, P., Löwe, B., Rief, W.; & EURONET-SOMA Group. (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine*, 18, 34. doi: 10.1186/s12916-020-1505-4.
- Cara Care. Reizdarm. <https://cara.care/de/reizdarm/>. Accessed January 2, 2024.
- Drossman, D.A., & Thompson, W.G. (1992). The irritable bowel syndrome: review and a graduated multi-component treatment approach. *Annals of Internal Medicine*, 116, 1009-16. doi: 10.7326/0003-4819-116-12-1009.
- Drossman, D.A., Chang, L., Bellamy, N., Gallo-Torres, H.E., Lembo, A., Mearin, F. et al. (2011). Severity in irritable bowel syndrome: a Rome Foundation Working Team report. *American Journal of Gastroenterology*, 106, 1749-59. doi: 10.1038/ajg.2011.201.
- Drossman, D.A., & Hasler, W.L. (2016). Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*, 150, 1257-61. doi: 10.1053/j.gastro.2016.03.035.
- Enck, P., Aziz, Q., Barbara, G., Farmer, A.D., Fukudo, S., Mayer, E.A. et al. (2016). Irritable bowel syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 24(2), 16014. doi: 10.1038/nrdp.2016.14.
- Flik, C.E., Laan, W., Zuithoff, N.P.A., van Rood, Y.R., Smout, A.J.P.M., Weusten, B.L.A.M. et al. (2019). Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 4,20–31. doi: 10.1016/S2468-1253(18)30310-8.
- Ford, A.C., Sperber, A.D., Corsetti, M., Camilleri, M. (2020). Irritable bowel syndrome. *Lancet*, 396, 1675-1688. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31548-8.
- Gonsalkorale, W.M., Miller, V., Afzal, A., & Whorwell, P.J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for

Bauchhypnose

- irritable bowel syndrome. *Gut*, 52, 1623-9. doi: 10.1136/gut.52.11.1623.
- Gonsalkorale, W.M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 27-50. doi: 10.1080/00207140500323030.
- Häuser, W. (2000). [Comment on consensus report: Irritable bowel syndrome – definition, verifying the diagnosis, pathophysiology and therapeutic options] *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 38(1), XXIV-XXV. PMID: 10689753
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. *Dtsches Ärzteblatt International*, 113, 289-96. doi: 10.3238/arztebl.2016.0289.
- Häuser, W. (2022). Psychologische Aspekte in der Pathogenese und Therapie des Reizdarmsyndroms. *Verdauungskrankheiten*, 40, 256-262. doi: 10.5414/VDX01172
- Häuser, W. (2023). Hypnose beim Reizdarmsyndrom. In D. Revenstorf, B. Peter & B. Rasch (Eds), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer Verlag (4. Auflage, 507-516). ISBN 978-3-662-64967-1.
- Häuser, W. (2024). Gut-directed hypnosis and hypnotherapy for irritable bowel syndrome: A mini-review. *Frontiers in Psychology*, 15:1389911, doi:10.3389/fpsyg.2024.1389911
- Hasan, S.S., Pearson, J.S., Morris, J., & Whorwell, P.J. (2019). Skype hypnotherapy for irritable bowel syndrome: Effectiveness and Comparison with Face-to-Face Treatment. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67, 69-80. doi: 10.1080/00207144.2019.1553766.
- Hookway, C., Buckner, S., Crosland, P., & Longson, D. (2015). Irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 25, 350:h701. doi: 10.1136/bmj.h701.
- Jensen, M. P. (2024). Überlegungen zum Stand der Wissenschaft der Hypnose. *Hypnose-ZHH*, in diesem Heft.
- Lacy, B.E., Pimentel, M., Brenner, D.M., Chey, W.D., Keefer, L.A., Long, M.D. et al. (2021). ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 16, 17-44. doi: 10.14309/ajg.0000000000001036.
- Layer, P., Andresen, V., Allescher, H., Bischoff, S.C., Claßen, M., Elsenbruch, S. et al. (2021). Update S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) – Juni 2021 – AWMF-Registriernummer: 021/016. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 59, 1323-1415. doi: 10.1055/a-1591-4794.
- Lövdahl, J., Törnblom, H., Ringström, G., Palsson, O.S., & Simrén, M. (2022). Randomised clinical trial: individual versus group hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 55, 1501-1511. doi: 10.1111/apt.16934.
- Miller, V., Carruthers, H.R., Morris, J., Hasan, S.S., Archbold, S., & Whorwell, P.J. (2015). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: an audit of one thousand adult patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 41, 844-55. doi: 10.1111/apt.13145.
- Moser, G., Trägner, S., Gajowniczek, E.E., Mikulits, A., Michalski, M., Kazemi-Shirazi, L. et al. (2013). Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*, 108, 602-9. doi: 10.1038/ajg.2013.19.
- National Centre for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's in a Name? <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>. Accessed Januray 2, 2024.
- Noble, H., Hasan, S.S., Simpson, V., Whorwell, P.J., & Vasant, D.H. (2022). Patient satisfaction after remotely delivered gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome during the COVID-19 era: implications for future practice. *BMJ Open Gastroenterology*, 9:e001039. doi: 10.1136/bmjgast-2022-

001039.

- Palsson, O.S., Turner, M.J., Johnson, D.A., Burnett, C.K., & Whitehead, W.E. (2002). Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms. *Digestive Diseases and Sciences*, 47, 2605-14. doi: 10.1023/a:1020545017390.
- Palsson, O.S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: the North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 51-64. doi: 10.1080/00207140500322933.
- Peter, B. (2023). Eine kurze Geschichte der Hypnose und Hypnotherapie. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis*, (4 ed, 13-37), Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-64968-8
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2023). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorf, B. Peter, & Rasch B. (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis*, (4 ed, 135-162), Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-64968-8
- Peters, S.L., Yao, C.K., Philpott, H., Yelland, G.W., Muir, J.G., & Gibson, P.R. (2016). Randomised clinical trial: the efficacy of gut-directed hypnotherapy is similar to that of the low FODMAP diet for the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 44, 447-59. doi: 10.1111/apt.13706.
- Peters, S.L., Gibson, P.R., Halmos, E.P. (2023). Smartphone app-delivered gut-directed hypnotherapy improves symptoms of self-reported irritable bowel syndrome: A retrospective evaluation. *Neurogastroenterology & Motility*, 35:e14533. doi: 10.1111/nmo.14533.
- Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 6759-73. doi: 10.3748/wjg.v20.i22.6759.
- Schaefer, R., Klose, P., Moser, G., & Häuser, W. (2014). Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76, 389-98. doi: 10.1097/PSY.000000000000039.
- Vasant, D.H., Whorwell, P.J. (2019). Gut-focused hypnotherapy for Functional Gastrointestinal Disorders: Evidence-base, practical aspects, and the Manchester Protocol. *Neurogastroenterology & Motility*, 31, e13573. doi: 10.1111/nmo.13573.
- Vasant, D.H., Paine, P.A., Black, C.J., Houghton, L.A., Everitt, H.A., Corsetti, M. et al. (2021). British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*, 70, 1214-1240. doi: 10.1136/gutjnl-2021-324598.
- Weißer, L.M., Zhao, D., Sommer, A., Mocek, A. Storr, D. (2023). Effectiveness of an app-based digital therapeutic for irritable bowel syndrome: Results of a randomized controlled trial. *United Gastroenterology European week*. <https://programme.ueg.eu/week2023/#/details/presentations/3393>
- Whorwell, P. J., Prior, A., & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*, 123, 1232-1234. doi: 10.1016/s0140-6736(84)92793-4.
- Whorwell, P. J. (2024). Hypnosis in gastroenterology. In J.H. Linden, G. De Benedittis, L.I. Sugarman, & K. Varga (Eds), *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis* (615-627). New York: Routledge. ISBN 9781032311401.

Downloads von Artikeln aus *Hypnose-ZHH*

von <http://meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/6-hypnose-zhh> (Juni 2024)

Anzahl

- 36654** Peter, B., Bose, C., Piesbergen, C., Hagl, M., & Revenstorf, D. (2012). Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 7(1+2), 31-59.
- 24836** Janouch, P. (2008). Zur Kombination von hypnotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Techniken bei Angststörungen. Ein Fallbericht. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 111-116.
- 18262** Beetz, A., & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose. Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 165-187.
- 17884** Reddemann, L. (2007). Ego States und Traumatherapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 101-116.
- 17858** Hüllemann, K.-D. (2009). Psychodynamik und Hypnotherapie: Fühlen, Denken, Helfen. Eine persönliche Perspektive. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 189-206.
- 16096** Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation - Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 51-67.
- 15892** Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100.
- 15845** Schmierer, A. (2010). Hypnose in der Zahnheilkunde: Geschichte, Organisation, Methoden, Praxis. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 69-93.
- 15680** Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- 15507** Peter, B. (2007). Zur Geschichte dissoziativer Identitätsstörungen: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 117-132.
- 15318** Schröter, J., Peter, B., & Helle, M. (2013). Sigmund Freuds Einstellung zur Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 131-144.
- 15035** Wirth, H.-J. (2009). Narzissmus, Macht und Paranoia. Zeitgemäßes über Terrorismus, Krieg und Tod. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 13-35.
- 13757** Hefner, J. (2010). Hypnose in der Medizin ist wirksam - Evidenz und Effizienz. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 217-235.
- 13014** Lembrecht, P. (2007). Beispiel eines 4-Phasen-Modells für Hypnotherapie bei komplexen Störungen. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 133-154.
- 12302** Zindel, J. P. (2009). Hypnose - eine ganz besondere therapeutische Beziehung. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 107-125.
- 12145** Flammer, E. (2006). Die Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Angststörungen. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 173-198.
- 12098** Martin, M., Yogev, L., & Walter, H. (2013). Frauen in der Geschichte der Hypnose: Eine Spurensuche nach den Schwestern von gestern ... und vorgestern ... *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 7-41.8
- 11862** Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 145-162.
- 11831** Peter, B. (2008). Wie Hypnose im Gehirn Wirklichkeit schafft: Zur Rolle der hypnotischen Trance in der Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 127-148.
- 11760** Piesbergen, C., & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Hypnose-ZHH*, 0(1+2), 139-159.
- 11758** Mende, M. (2009). Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 127-152.
- 11350** Scholz, O. B., Bleek, B., & Schlien, A. (2008). Suggestionen, die erst nach der Hypnose wirken