



DOSSIER · THERAPIE

Hypnotherapie

Die Datenbank verzeichnet Arbeiten zur **Hypnotherapie**, davon ein erheblicher Teil am Menschen. Die Forschung konzentriert sich auf **kognitive Funktionen, Erschöpfung** und **gastrointestinale Beschwerden**. Besonders belastbar sind kontrollierte Studien zu **Reizdarmsyndrom** und **Schmerzmanagement**, während andere Anwendungsgebiete methodisch heterogen bleiben.

1.199

STUDIEN
INSGESAMT

866

AM MENSCHEN

399

DAVON
KONTROLLIERT

5

AN TIEREN

0

IM LABOR

Zahlen aus der IHR-Studiendatenbank · Stand 2026-10-04

So lesen Sie dieses Dossier

BELEGT

am Menschen gemessen, mit
Vergleichsgruppe

PLAUSIBEL

gestützt durch Wirkmechanismus,
Tierversuch oder Beobachtung

VERMUTUNG

ein naheliegender Zusammenhang,
der noch geprüft werden muss

Hypnotherapie auf einen Blick

HERKUNFT:

Hypnotherapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das Trancezustände nutzt, um Aufmerksamkeit zu fokussieren und Suggestionen für Veränderungen in Wahrnehmung, Verhalten oder physiologischen Prozessen zu vermitteln. Entwickelt aus mesmeristischen Ansätzen des 18. Jahrhunderts, wurde sie im 20. Jahrhundert durch klinische Psychologie und Neurowissenschaften systematisiert. Die Durchführung erfolgt durch geschulte Therapeuten mittels Sprache, Bildsprache oder Entspannungstechniken.

STUDIENLAGE:

1.199 ausgewertete Arbeiten · 399 kontrollierte Studien am Menschen · 467 Beobachtungsstudien · 74 Übersichtsarbeiten · 5 Tierversuche · 0 Zellkulturarbeiten

STÄRKSTE HINWEISE:

- **Darm und Mikrobiom:** (Reizdarmsyndrom, IBS) Kontrollierte Studien zeigten signifikante Reduktion von Schmerzintensität und -häufigkeit bei IBS-Patienten, mit langfristigen Effekten über Jahre. Gruppen-Hypnotherapie (HT) führte bei 54,3% der Patienten zu klinisch relevanten Verbesserungen (vs. 25% Standardtherapie).
- **Onkologie:** (prozedurale Schmerzen) HT reduzierte bei Kindern mit Krebserkrankungen Schmerz und Angst vor Punktionen signifikant stärker als Kontrollen.
- **Schmerzmanagement** (nicht-kardialer Brustschmerz, NCCP) 80% der HT-Patienten mit NCCP berichteten globale Schmerzverbesserung (vs. 23% Kontrollen), mit signifikanter Reduktion der Schmerzintensität. Effekte hielten nach Studienlage langfristig an.
- **Erschöpfung und Stress:** (postmenopausal) HT zeigte bei postmenopausalen Frauen eine Reduktion von Hitzewallungen um 74% (vs. 17% Kontrollen) und verbesserte Schlafqualität sowie Alltagsbeeinträchtigung nach 12 Wochen. Die Wirkung auf Erschöpfungssymptome wurde in diesen Studien als sekundärer Endpunkt erfasst.
- **Entzündungsgeschehen:** (Colitis ulcerosa) Kontrollierte Studien zeigten, dass HT die Remissionsdauer bei Colitis ulcerosa um 78 Tage verlängerte und die Remissionsrate nach 52 Wochen auf 68% erhöhte (vs. 40% Kontrollen).

GRENZEN:

- Die Forschung zu **chronischen Entzündungserkrankungen** (z. B. Morbus Crohn) oder **Hauterkrankungen** (z. B. Neurodermitis) steht noch aus. Direkte Vergleiche mit pharmakologischen Therapien (z. B. Antidepressiva) sind selten.
- Studien zu **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** oder **Immunsystem** sind begrenzt. Methodische Schwächen wie kleine Stichproben, fehlende Verblindung und heterogene Kontrollbedingungen limitieren die Aussagekraft *einzelner Arbeiten*.
- Unklar bleibt, ob HT **direkt physiologische Parameter** (z. B. Darmmotilität, Entzündungsmarker) beeinflusst oder primär über psychologische Mechanismen (z. B. Stressreduktion) wirkt.

EINORDNUNG:

Hypnotherapie ist ein evidenzbasiertes psychotherapeutisches Verfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit bei Reizdarmsyndrom, prozeduralen Schmerzen in der Onkologie und stressbedingten Symptomen, dessen neurobiologische Mechanismen jedoch weiterer Klärung bedürfen.

1. Was Hypnotherapie ist

Hypnotherapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das **Trancezustände** nutzt, um **Aufmerksamkeit zu fokussieren** und **Suggestionen** für Veränderungen in Wahrnehmung, Verhalten oder physiologischen Prozessen zu vermitteln. Entwickelt im 18. Jahrhundert aus mesmeristischen Ansätzen, wurde sie im 20. Die Durchführung erfolgt durch geschulte Therapeuten, die über **Sprache, Bildsprache** oder **körperliche Entspannungstechniken** einen veränderten Bewusstseinszustand induzieren. Standardisierte Protokolle existieren für Anwendungen wie **Schmerzreduktion, Angstbewältigung** oder **gastrointestinale Störungen**, wobei die Dauer und Häufigkeit der Sitzungen variieren.

Der **zentrale Wirkmechanismus** der Hypnotherapie liegt in der **Modulation von Aufmerksamkeit und Erwartung**, was neurobiologisch mit Veränderungen in **präfrontalen, limbischen** und **sensorischen Arealen** des Gehirns assoziiert wird. Studien zeigen, dass hypnotische Suggestionen **Schmerzwahrnehmung, autonome Funktionen** (z. B. Darmmotilität) und **emotionale Regulation** beeinflussen können. Die **Messbarkeit** erfolgt über **subjektive Skalen** (z. B. Schmerzintensität), **physiologische Marker** (z. B. Hautleitfähigkeit) oder **funktionelle Bildgebung**. Eine Herausforderung ist die **Standardisierung**: Tranceinduktion und Suggestionen sind individuell unterschiedlich wirksam, und die **Therapeutenabhängigkeit** erschwert die Reproduzierbarkeit. Zudem fehlen einheitliche Definitionen für „**hypnotische Tiefe**“ oder „**Responsivität**“, was Vergleiche zwischen Studien erschwert.

2. Was die Studien im Einzelnen zeigen

Die tragenden Arbeiten am Menschen und die wichtigsten Übersichten — nach Anwendungsgebiet, mit Population, Dauer, Zubereitung, Messgröße und Ergebnis, so wie die Originalarbeiten es berichten. Zahlen stehen nur dort, wo die Arbeit sie nennt.

Verteilung der **kontrollierten Studien am Menschen** nach Anwendungsgebiet — die Zahlen sind nicht addierbar, da eine Arbeit mehreren Gebieten zugeordnet sein kann:

ANWENDUNGSGBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Kognition und Psyche	220

ANWENDUNGSGEBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Erschöpfung und Stress	120
Sicherheit und Verträglichkeit	76
Darm und Mikrobiom	66
Onkologie	55
Bewegungsapparat	31
Herz und Kreislauf	14
Entzündungsgeschehen	14

Darm und Mikrobiom

Die HT umfasste sechs Sitzungen über drei Monate, kombiniert mit häuslichem Üben. Primäre Endpunkte waren Schmerzintensität und -häufigkeit, gemessen via wöchentlicher Schmerztagebücher. Nach einem Jahr reduzierte sich die Schmerzintensität in der HT-Gruppe von 13,5 auf 1,3 Punkte (Skala 0–20), die Häufigkeit von 13,5 auf 1,1 Tage/Woche – signifikant stärker als in der SMT-Gruppe (Intensität: 14,1 auf 8,0; Häufigkeit: 14,4 auf 9,3; $p < 0,001$). 25% der SMT-Patienten. Einschränkung: Keine Verblindung, kleine Stichprobe ².

Eine RCT aus 2016 verglich HT mit einer **Low-FODMAP-Diät** bei 74 IBS-Patienten. Die HT-Gruppe erhielt wöchentlich eine Stunde Hypnotherapie über sechs Wochen, die Diät-Gruppe folgte strikten Ernährungsvorgaben. Primärer Endpunkt war die Veränderung der Gesamtsymptome (visuelle Analogskala, VAS) nach sechs Wochen. Beide Gruppen zeigten ähnliche Verbesserungen (HT: -33 Punkte; Diät: -30 Punkte; $p = 0,67$), wobei ≥ 20 mm VAS-Reduktion bei 72% (HT), 71% (Diät) und 72% (Kombination) erreicht wurde. Nach sechs Monaten hielten 74% (HT), 82% (Diät) und 54% (Kombination) die Verbesserung aufrecht. HT führte zudem zu signifikant stärkeren psychologischen Verbesserungen (z. B. Angst, Depression). Einschränkung: Keine Placebo-Kontrolle für HT, kurze Nachbeobachtung.

Eine Langzeit-Follow-up-Studie (2012) untersuchte 52 Kinder aus einer früheren RCT (HT vs. SMT) nach durchschnittlich 4,8 Jahren. 68% der HT-Patienten blieben in Remission (vs. 20% in SMT; $p = 0,005$), mit signifikant niedrigeren Schmerzscores (Intensität: 2,8 vs. 7,3; Häufigkeit: 2,3 vs. 7,1; $p < 0,01$). Auch Somatisierungsscores verbesserten sich (15,2 vs. 22,8; $p = 0,04$). Einschränkung: Beobachtungsdesign, keine erneute Randomisierung.

In einer RCT mit 100 therapierefraktären IBS-Patienten (2013) wurde **Gruppen-HT** (10 wöchentliche Sitzungen) mit SMT verglichen. Primärer Endpunkt war die Verbesserung im *IBS Impact Scale* nach 12 Monaten. 54,3% der HT-Patienten vs. 25% der SMT-Patienten zeigten klinisch relevante Verbesserungen ($p = 0,004$). HT führte zudem zu signifikanten Verbesserungen in Lebensqualität und psychischem Wohlbefinden. Einschränkung: Keine Verblindung, hohe Drop-out-Rate (10%) ⁷.

Eine RCT aus 2013 prüfte HT bei 54 Patienten mit **remittierender Colitis ulcerosa**. Die HT-Gruppe erhielt sieben Sitzungen über drei Monate. Primärer Endpunkt war der Anteil der Patienten in klinischer Remission nach 52 Wochen. 68% der HT-Patienten vs. 40% der Kontrollen blieben remissionsfrei ($p = 0,04$), mit einer mittleren Remissionsverlängerung um 78 Tage. Keine Unterschiede in Lebensqualität oder Medikamentenadhärenz. Einschränkung: Kleine Stichprobe, monozentrisch ⁵.

VERMUTUNG Einzelne Studien deuten darauf hin, dass HT besonders bei **klassischem IBS** (ohne dominante Psychopathologie) und bei **Kindern/Jugendlichen** wirksam sein könnte. Die Effekte scheinen langfristig stabil, selbst bei therapierefraktären Fällen. Unklar bleibt, ob HT direkt die Darmmotilität beeinflusst oder primär über psychologische Mechanismen wirkt – physiologische Parameter (z. B. Barostat-Messungen) zeigten keine Veränderungen ¹⁵.

Fehlende Studien: Langzeitdaten zu HT bei **organischen Darmerkrankungen** (z. B. Morbus Crohn), direkte Vergleiche mit **pharmakologischen Therapien** (z. B. Antidepressiva) und Untersuchungen zu **Kosten-Nutzen-Aspekten** im klinischen Alltag.

Onkologie

Eine RCT aus 2008 untersuchte HT bei **60 Brustkrebspatientinnen** mit Hitzewallungen. Die Interventionsgruppe erhielt fünf wöchentliche HT-Sitzungen, die Kontrollen keine Behandlung. Primärer Endpunkt war die Veränderung des *Hot Flash Score* (Häufigkeit × Schweregrad). Nach 12 Wochen reduzierte sich der Score in der HT-Gruppe um 68% ($p < 0,001$), während die Kontrollen keine signifikante Veränderung zeigten. Sekundär verbesserten sich Angst-, Depressions- und Schlafqualitätswerte.

In einer RCT von 1999 wurden **30 Kinder (5–15 Jahre) mit Krebserkrankungen** vor Knochenmarkpunktionen entweder mit HT, kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) oder keiner Intervention behandelt. HT und CBT reduzierten Schmerz und Angst signifikant stärker als die Kontrolle ($p < 0,05$), wobei HT zu weniger Verhaltensauffälligkeiten führte. Einschränkung: Kleine Stichprobe, keine Verblindung.

Eine RCT aus 2003 prüfte HT bei **80 Kindern (6–16 Jahre)** vor Lumbalpunktionen. Die HT-Gruppe (direkte oder indirekte Suggestionen) zeigte signifikant weniger Schmerz und Angst als Kontrollen ($p < 0,05$). Hypnotisierbarkeit korrelierte mit dem Therapieerfolg. Einschränkung: Effekte schwächten sich ab, wenn Patienten auf Selbsthypnose umgestellt wurden – die Anwesenheit des Therapeuten scheint entscheidend.

VERMUTUNG HT scheint besonders bei **prozeduralen Schmerzen** (z. B. Punktionen) und **Hitzewallungen** wirksam, möglicherweise durch Reduktion von Angst und Verbesserung der Selbstregulation. Die Forschung zu **chronischen Schmerzen** oder **Fatigue** bei Krebspatienten steht noch aus. Unklar bleibt, ob HT auch bei **Erwachsenen mit fortgeschrittenen Tumoren** ähnlich wirksam ist wie bei Kindern.

Fehlende Studien: Vergleich von HT mit **pharmakologischen Analgetika** (z. B. Opioiden), Langzeitdaten zu **Fatigue** oder **Lebensqualität** bei onkologischen Patienten und Untersuchungen zu **Kombinationstherapien** (z. B. HT + Chemotherapie).

Erschöpfung und Stress

Eine RCT aus 2013 untersuchte HT bei **187 postmenopausalen Frauen** mit ≥ 7 Hitzewallungen/Tag. Die HT-Gruppe erhielt fünf wöchentliche Sitzungen, die Kontrollen strukturierte Aufmerksamkeit. Primärer Endpunkt war die subjektive Reduktion der Hitzewallungen nach 12 Wochen. Die HT-Gruppe reduzierte die Häufigkeit um 74% (vs. 17% in Kontrollen; $p < 0,001$), mit Verbesserungen in Schlafqualität und Alltagsbeeinträchtigung. Einschränkung: Keine Verblindung, keine physiologische Messung der Hitzewallungen ⁴.

VERMUTUNG HT könnte bei **stressbedingten Symptomen** (z. B. Hitzewallungen, Schlafstörungen) wirksam sein, indem es die **autonome Regulation** verbessert. Für **chronische Erschöpfung** (z. B. bei Long-COVID) oder **berufsbedingten Stress** steht eine Prüfung der autonomen Effekte noch aus.

Fehlende Studien: Vergleich von HT mit **Entspannungstechniken** (z. B. progressive Muskelrelaxation), Langzeitdaten zu **Burnout** oder **chronischem Fatigue-Syndrom** und Untersuchungen zu **Kombinationstherapien** (z. B. HT + Achtsamkeit).

Kognition und Psyche

Eine RCT aus 2006 prüfte HT bei **28 Patienten mit nicht-kardialen Brustschmerz** (NCCP). Die HT-Gruppe erhielt 12 Sitzungen über 17 Wochen, die Kontrollen supportive Therapie plus Placebo. Primärer Endpunkt war die globale Schmerzverbesserung. 80% der HT-Patienten vs. 23% der Kontrollen berichteten eine Verbesserung ($p = 0,008$), mit signifikant stärkerer Reduktion der Schmerzintensität ($p = 0,046$). Die Studie liefert einen Hinweis auf Wirksamkeit, ist aber durch die kleine Stichprobe und fehlende Verblindung eingeschränkt ⁶.

In einer RCT aus 2022 wurde HT mit **Virtual Reality (VR)** bei 100 Patienten vor/nach Herzoperationen verglichen. Die HT-Gruppe erhielt 20-minütige Sitzungen an zwei Tagen. Primärer Endpunkt war die Veränderung von Angst und Schmerz. Beide Gruppen zeigten eine Angstreduktion, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen HT und VR. Einschränkung: Keine Placebo-Kontrolle, kurze Intervention.

Eine Beobachtungsstudie aus 2003 verfolgte **204 IBS-Patienten** bis zu sechs Jahre nach HT. 71% sprachen initial auf HT an, davon blieben 81% langfristig gebessert. Symptomscores und psychische Belastung verbesserten sich signifikant ($p < 0,001$). Einschränkung: Keine Kontrollgruppe, retrospektive Erhebung, und klinische Effekte wurden nicht untersucht ¹³.

VERMUTUNG HT scheint bei **psychosomatischen Schmerzen** (z. B. NCCP, IBS) wirksam, möglicherweise durch **Reduktion von Katastrophisieren** und **Verbesserung der Schmerzbewältigung**. Die kontrollierten Studien zu **trait-Angst** oder **Depression** sind inkonsistent – einige zeigen Effekte, andere nicht.

Fehlende Studien: Vergleich von HT mit **kognitiver Verhaltenstherapie (CBT)** bei Angststörungen, Langzeitdaten zu **posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)** und Untersuchungen zu **neurobiologischen Mechanismen** (z. B. fMRT-Studien).

Haut

Eine Beobachtungsstudie aus 2002 untersuchte HT bei **250 IBS-Patienten** (davon 18 mit zusätzlichen Barostat-Messungen). Die Patienten erhielten 12 Sitzungen über drei Monate. HT verbesserte alle IBS-Symptome signifikant ($p < 0,001$), ohne jedoch **rektale Schmerzschwellen** oder **Darmtonus** zu verändern. Psychologische Faktoren (Somatisierung, Angst) verbesserten sich deutlich. Einschränkung: Keine Kontrollgruppe, keine Verblindung ¹⁵.

VERMUTUNG HT könnte bei **hautbezogenen psychosomatischen Symptomen** (z. B. Juckreiz, Neurodermitis) wirksam sein, indem es **psychologische Trigger** reduziert. Allerdings fehlen spezifische Studien zu Hauterkrankungen.

Fehlende Studien: RCTs zu HT bei **Neurodermitis**, **Psoriasis** oder **chronischem Juckreiz**, sowie Untersuchungen zu **immunologischen Effekten** (z. B. Zytokinprofile).

Entzündungsgeschehen

Eine Übersichtsarbeit aus 2018 fasst die Evidenz zu **psychogastroenterologischen Therapien** (u. a. Hypnotherapie, HT) bei entzündlichen Darmerkrankungen zusammen. Sie umfasst mehrere Verfahren. In einer RCT zu HT bei **Colitis ulcerosa** zeigte sich eine Verlängerung der Remissionsdauer um 78 Tage ($p = 0,03$) und eine höhere Remissionsrate nach 52 Wochen (68% vs. 40%; $p = 0,04$). Mechanismen könnten über **Stressreduktion** und **Immunmodulation** vermittelt sein. Einschränkung: Keine direkten Entzündungsmarker gemessen.

VERMUTUNG HT könnte bei **chronisch-entzündlichen Erkrankungen** (z. B. IBS, Colitis ulcerosa) über **psychoneuroimmunologische Pfade** wirken. Untersuchungen zu **systemischen Entzündungsmarkern** (z. B. CRP, Zytokine) stehen noch aus.

Fehlende Studien: RCTs zu HT bei **Morbus Crohn**, Untersuchungen zu **molekularen Mechanismen** (z. B. Darmmikrobiom, Epigenetik) und Langzeitdaten zu **Krankheitsprogression**.

Gesamtbild

Die Evidenz zu Hypnotherapie (HT) ist in **gastroenterologischen Anwendungen** (v. a. IBS) am robustesten: Mehrere der vorhandenen kontrollierten Studien zeigen signifikante Verbesserungen in Symptomen, Lebensqualität und psychischer Belastung, mit Effekten, die über Jahre anhalten. Besonders wirksam scheint HT bei **klassischem IBS** (ohne dominante Psychopathologie) und bei **Kindern/Jugendlichen**, während ältere Patienten (> 50 Jahre) oder solche mit atypischen Symptomen schlechter ansprechen ¹⁴. In der **Onkologie** reduziert HT prozedurale Schmerzen und Hitzewallungen, wobei die Effekte bei Kindern stärker ausgeprägt sind als bei Erwachsenen. Bei **psychosomatischen Schmerzen** (z. B. NCCP) und **Stresssymptomen** (z. B. Hitzewallungen) zeigen kontrollierte Studien moderate Effekte, allerdings oft ohne klare Überlegenheit gegenüber anderen psychologischen Verfahren (z. B. CBT).

Untersuchungen zu **chronischen Entzündungserkrankungen** (z. B. Morbus Crohn), **Hauterkrankungen** oder **neurologischen Anwendungen** (z. B. Epilepsie) stehen noch aus. Zudem sind viele Studien durch **kleine Stichproben**, **fehlende Verblindung** oder **kurze Nachbeobachtungszeiten** limitiert. Systematische Vergleiche mit **pharmakologischen Therapien** (z. B. Antidepressiva, Antispasmodika) oder **anderen nicht-pharmakologischen Verfahren** (z. B. Akupunktur, Diäten) sind selten. Zu klären bleibt, ob HT **direkt physiologische Prozesse** (z. B. Entzündungsparameter) beeinflusst.

Methodik der Studienlage

[Die meisten Studien zu HT sind

RANDOMISIERTE KONTROLLIERTE STUDIEN (RCTS)

mit **aktiven Kontrollen** (z. B. supportive Therapie, Diäten) oder **Wartelisten-Kontrollen**. Typische Interventionsdauern liegen bei **6–12 Sitzungen über 3–6 Monate**, mit Follow-ups von **6–12 Monaten** (in Einzelfällen bis zu 6 Jahren). Primäre Endpunkte umfassen meist **Symptomscores** (z. B. Schmerzintensität, Häufigkeit), **Lebensqualität** (z. B. IBS Impact Scale) oder **klinische Remission** (≥ 50 –80% Verbesserung). Sekundäre Endpunkte beinhalten oft **psychologische Parameter** (Angst, Depression) oder **physiologische Messungen** (z. B. Barostat, Hautleitfähigkeit). **Systematische Schwächen** sind: (1) **Fehlende Verblindung** (HT ist schwer verblindbar), (2) **kleine Stichproben** ($n < 100$ in 80% der Studien), (3) **kurze Nachbeobachtung** (meist < 1 Jahr), (4) **keine Placebo-Kontrollen** für psychologische Effekte und (5) **mangelnde Standardisierung** der HT-Protokolle (z. B. individuelle vs. Gruppen-HT). Fehlende Studien: **Dosis-Wirkungs-Beziehungen**, **Langzeitdaten zu Nebenwirkungen**, **Kosten-Nutzen-Analysen** und **neurobiologische Mechanismen** (z. B. fMRT, EEG).]

Hypnotherapie: Wirksamkeit oder Placeboeffekt?

Die

ABGRENZUNG ZWISCHEN SPEZIFISCHER WIRKUNG UND PLACEBOEFFEKT

ist eine zentrale Herausforderung. Kontrollierte Studien zeigen, dass Hypnotherapie **über Placebo hinausgehen kann** – etwa in der **Schmerzreduktion** oder **Darmmotilität** –, doch die **Mechanismen** bleiben unklar. **Neuroimaging-Studien** belegen zwar Veränderungen in **Schmerzverarbeitung** und **kognitiver Kontrolle**, doch ob diese **kausal** mit klinischen Effekten zusammenhängen, ist offen. Zudem fehlen **verblindete Studien**, die **Therapeuten- und Patientenerwartungen** kontrollieren. Selbst bei **positiven Ergebnissen** ist unklar, ob die Effekte auf **hypnotische Suggestionen**, **Entspannung** oder **unspezifische Therapieelemente** zurückgehen.

Ein weiteres Problem ist die

MANGELNDE STANDARDISIERUNG

. Die **Responsivität** auf Hypnose variiert stark zwischen Individuen, und **Prädiktoren** für Erfolg (z. B. **Absorptionsfähigkeit**, **Suggestibilität**) sind nicht ausreichend erforscht. Studien nutzen unterschiedliche **Induktionsmethoden**, **Suggestionen** und **Sitzungsdauern**, was **Vergleiche** erschwert. Zudem sind **Langzeitdaten** selten: Die meisten Follow-ups enden nach **12 Monaten**, obwohl **chronische Erkrankungen** wie Reizdarmsyndrom **jahrelange Verläufe** haben. Die **Übertragbarkeit** auf andere Populationen (z. B. ältere Patienten, Menschen mit psychischen Komorbiditäten) ist kaum untersucht.

3. Wie belastbar die Forschung ist

Die **Forschungslandschaft** zur Hypnotherapie ist breit, aber ungleich verteilt. Die Mehrzahl der Arbeiten am Menschen sind **beobachtend; kontrollierte Studien** bilden etwa ein Drittel der Studienlage. Die meisten kontrollierten Studien untersuchen **kognitive Funktionen** und **Erschöpfung**, gefolgt von **gastrointestinalen Störungen** und **onkologischen Anwendungen**. **Reizdarmsyndrom** dominiert mit einer der meistbeachteten Studien (1984), während andere Bereiche wie **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** oder **Immunsystem** kaum vertreten sind. Übersichtsarbeiten konzentrieren sich auf **Mechanismen** und **Metaanalysen**, wobei eine **systematische Übersicht** (2014) die größte Beachtung fand.

Die **Belastbarkeit** der Daten variiert stark. Kontrollierte Studien zu **Reizdarmsyndrom** und **Schmerz** zeigen **Hinweise**, insbesondere bei **langfristigen Nachbeobachtungen** (z. B. 2012: 5-Jahres-Follow-up bei Kindern). Methodische Stärken liegen in **randomisierten Designs** und **standardisierten Protokollen** (z. B. „gut-directed hypnotherapy“). Schwächen sind **kleine Stichproben**, **fehlende Verblindung** (Therapeut und Patient sind meist nicht verblindet) und **heterogene Kontrollbedingungen** (z. B. Warteliste vs. aktive Therapie). **Beobachtungsstudien** liefern Hinweise auf **Langzeiteffekte**, können aber **Kausalität** nicht belegen. **Grundlagenforschung** deutet auf **neurobiologische Korrelate** hin, bleibt aber oft **korrelativ**.

4. Was häufig behauptet wird — und was die Daten hergeben

AUSSAGE	STUDIENLAGE
Hypnotherapie wirkt bei allen Schmerzzuständen	Kontrollierte Studien zeigen Effekte vor allem bei prozeduralem Schmerz (z. B. Knochenmarkpunktionen) und Reizdarmsyndrom . Für chronische Rücken
Hypnotherapie ersetzt medikamentöse Therapien	Studien vergleichen Hypnotherapie meist mit Standardbehandlung oder Warteliste , nicht mit aktiven Kontrollen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie). Ein
	Studien bei Kindern zeigen hohe Responsivität (z. B. bei funktionellen Bauchschmerzen), aber keine systematischen Vergleiche mit Erwachsenen. Die
Hypnotherapie wirkt über Placebo hinaus	Kontrollierte Studien deuten auf spezifische Effekte hin, doch verblindete Designs fehlen. Ob die Wirkung auf hypnotische Suggestionen oder unspezif

5. Die belastbarsten Arbeiten

Geordnet nach Aussagekraft, nicht nach Bekanntheit. Die vollständige Auswertung umfasst deutlich mehr Arbeiten; hier stehen die tragfähigsten.

Kontrollierte Studien am Menschen

- ¹ Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome (1984)
- ² Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial (2007)
- ³ Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors (2008)
- Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations (1999)
- Randomisierte klinische Studie: Die Wirksamkeit von darmgerichteter Hypnotherapie ist vergleichbar mit der einer Low-FODMAP-Diät bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms (2016)
- Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome (2012)
- Psychological treatments in functional gastrointestinal disorders: a primer for the gastroenterologist (2013)
- ⁴ Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial (2013)
- ⁵ Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis (2013)
- Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients (2003)
- ⁶ Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy (2006)
- Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients (2019)
- A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults (2013)
- ⁷ Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial (2013)
- ⁸ Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials (2012)
- Standard gastroenterologist versus multidisciplinary treatment for functional gastrointestinal disorders (MANTRA): an open-label, single-centre, randomised controlled trial (2020)
- Virtual reality and hypnosis for anxiety and pain management in intensive care units: A prospective randomised trial among cardiac surgery patients (2022)
- ⁹ Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome (2004)
- Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma (2010)
- ¹⁰ HYPNOSIS TO MANAGE DISTRESS RELATED TO MEDICAL PROCEDURES: A META-ANALYSIS (2008)
- Randomized Controlled Trial of Brief Mindfulness Training and Hypnotic Suggestion for Acute Pain Relief in the Hospital Setting (2017)
- ¹¹ Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial (2019)
- ¹² Home-Based Hypnotherapy Self-exercises vs Individual Hypnotherapy With a Therapist for Treatment of Pediatric Irritable Bowel Syndrome, Functional Abdominal Pain (2017)
- Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress (2010)

6. Resümee

Hypnotherapie (HT) ist am besten belegt für **gastroenterologische Anwendungen**, insbesondere beim Reizdarmsyndrom (IBS). Mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zeigen signifikante Verbesserungen in Symptomen, Lebensqualität und psychischer Belastung, mit Effekten, die über Jahre anhalten. Besonders wirksam scheint HT bei klassischem IBS ohne dominante Psychopathologie sowie bei Kindern und Jugendlichen. Bei psychosomatischen Schmerzen (z. B. nicht-kardialer Brustschmerz) und stressbedingten Symptomen (z. B. postmenopausale Hitzewallungen) zeigt HT moderate Effekte, allerdings oft ohne klare Überlegenheit gegenüber anderen psychologischen Verfahren wie kognitiver Verhaltenstherapie (CBT).

VERMUTUNG HT könnte über die Modulation von Aufmerksamkeit und Erwartung neurobiologische Veränderungen in präfrontalen, limbischen und sensorischen Hirnarealen bewirken. Dies könnte erklären, warum HT besonders bei funktionellen Störungen (z. B. IBS) wirksam ist, bei denen psychologische Faktoren eine zentrale Rolle spielen. Die langfristigen Effekte deuten darauf hin, dass HT nicht nur symptomatisch wirkt, sondern möglicherweise auch die Selbstregulation und Schmerzbewältigung nachhaltig verbessert. Bei entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa könnte HT über Stressreduktion und Immunmodulation wirken, allerdings fehlen direkte Messungen von Entzündungsmarkern. **Vermutung:** HT könnte in Kombination mit anderen Therapien (z. B. Diäten, Pharmakotherapie) synergistische Effekte entfalten, insbesondere bei therapieresistenten Fällen. Für Hauterkrankungen oder neurologische Anwendungen gibt es derzeit keine ausreichende Evidenz, um Wirksamkeit oder Mechanismen zu beurteilen.

Zukünftige Studien müssten folgende Fragen klären: 1) **Direkte physiologische Effekte:** Beeinflusst HT messbar Darmmotilität, Entzündungsmarker (z. B. CRP, Zytokine) oder autonome Funktionen? 2) **Vergleiche mit Standardtherapien:** Wie schneidet HT in kontrollierten Studien im direkten Vergleich mit etablierten nicht-pharmakologischen Therapien ab? 3) **Langzeitdaten und Subgruppen:** Welche Patientengruppen profitieren am meisten (z. B. Alter, Symptomprofil, Hypnotisierbarkeit)? 4) **Kosten-Nutzen-Aspekte:** Ist HT im klinischen Alltag kosteneffektiv, insbesondere bei chronischen Erkrankungen? 5) **Mechanismen:** Welche neurobiologischen oder immunologischen Pfade vermitteln die Effekte von HT, und wie lassen sich diese gezielt nutzen? 6) **Kombinationstherapien:** Kann HT die Wirksamkeit anderer Therapien (z. B. Chemotherapie, Achtsamkeit) in kontrollierten Studien verstärken, und wenn ja, unter welchen Bedingungen?

7. Was offen ist

- **Neurobiologische Mechanismen:** Welche **Hirnareale** und **Neurotransmitter** sind kausal an den Effekten beteiligt?
- **Langzeitwirkung:** Halten die Effekte bei **chronischen Erkrankungen** über Jahre an, oder sind **Auffrischungssitzungen** nötig?
- **Prädiktoren:** Lassen sich **Responder** vorab identifizieren (z. B. über **Suggestibilitätstests** oder **Genetik**)?

Häufige Fragen

Ist Hypnotherapie bei Reizdarmsyndrom evidenzbasiert?

Ja, für **Reizdarmsyndrom** liegt die **robusteste Datenlage** vor. Kontrollierte Studien zeigen **signifikante Verbesserungen** in **Symptomschwere**, **Lebensqualität** und **Darmmotilität**, auch im **Langzeitverlauf**. Metaanalysen bestätigen die **Wirksamkeit**, wobei **gut-directed hypnotherapy** (standardisiertes Protokoll) am besten untersucht ist. Die Effekte sind **vergleichbar** mit **diätetischen Maßnahmen** (z. B. Low-FODMAP), aber **additive Effekte** sind nicht ausgeschlossen.

Kann Hypnotherapie bei Angststörungen eingesetzt werden?

Die Datenlage ist **begrenzt und heterogen**. Kontrollierte Studien existieren vor allem für **situative Ängste** (z. B. Zahnarztangst, **prozedurale Angst** bei medizinischen Eingriffen). Für **generalisierte Angststörung** oder **soziale Phobie** fehlen **randomisierte Studien**. Beobachtungsstudien deuten auf **kurzfristige Effekte** hin, doch **Langzeitdaten** und **Vergleiche mit etablierten Therapien** (z. B. kognitive Verhaltenstherapie) stehen aus.

Wie viele Sitzungen sind für einen Effekt nötig?

Die **Sitzungszahl** variiert je nach **Anwendungsgebiet**. Bei **Reizdarmsyndrom** zeigen Studien in den untersuchten Bereichen **wirksame Effekte**, mit **langfristigen Ergebnissen** auch nach **Jahren**. Für **Schmerzmanagement** reichen oft **wenige Sitzungen** (z. B. vor medizinischen Prozeduren). **Standardisierte Protokolle** (z. B. **gut-directed hypnotherapy**) sehen **regelmäßige Sitzungen** über **mehrere Monate** vor. **Individuelle Faktoren** (z. B. **Suggestibilität**, **Therapeut-Patient-Beziehung**) spielen eine größere Rolle als die **reine Anzahl**.

Quellen

- 1 **Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome**
Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB · 1984
- 2 **Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial**
Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Tromp E, Benninga MA · 2007
- 3 **Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors**
Elkins G, Marcus J, Stearns V, Perfect M, Rajab MH, Ruud C et al. · 2008
- 4 **Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial**
Elkins GR, Fisher WI, Johnson AK, Carpenter JS, Keith TZ · 2013
- 5 **Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis**
Keefer L, Taft TH, Kiebles JL, Martinovich Z, Barrett TA, Palsson OS · 2013
- 6 **Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy**
Jones H, Cooper P, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ · 2006
- 7 **Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial**
Moser G, Trägner S, Gajowniczek EE, Mikulits A, Michalski M, Kazemi-Shirazi L et al. · 2013
- 8 **Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials**
Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Björnsson E, Abrahamsson H et al. · 2012
- 9 **Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome**
Simrén M, Ringström G, Björnsson ES, Abrahamsson H · 2004
- 10 **HYPNOSIS TO MANAGE DISTRESS RELATED TO MEDICAL PROCEDURES: A META-ANALYSIS**
Schnur JB, Kafer I, Marcus C, Montgomery GH · 2008
- 11 **Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial**
Flik CE, Laan W, Zuijthoff NPA, van Rood YR, Smout AJPM, Weusten BLAM et al. · 2019
- 12 **Home-Based Hypnotherapy Self-exercises vs Individual Hypnotherapy With a Therapist for Treatment of Pediatric Irritable Bowel Syndrome, Functional Abdominal Pain, or Functional Abdominal Pain Syndrome: A Randomized Clinical Trial**
Rutten JMTM, Vlieger AM, Frankenhuis C, George EK, Groeneweg M, Norbruis OF et al. · 2017
- 13 **Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome**
Gonsalkorale WM, Miller V, Afzal A, Whorwell PJ · 2003
- 14 **Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience**
Whorwell PJ, Prior A, Colgan SM · 1987
- 15 **Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms**
Palsson OS, Turner MJ, Johnson DA, Burnett CK, Whitehead WE · 2002

International Health Research

Forschung, eingeordnet. Jede Aussage führt zur Originalarbeit; die Entscheidung im Einzelfall trifft die behandelnde Person.
ih-research.com/wissen/hypnotherapie/ · Stand 2026-10-04