

Supplement

Teil I: Studienidentifikationsprozess

Zur Identifikation der Studien dieses Reviews sind spezifische Suchstrategien sowie eine Reihe von Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt worden. Dabei wurden die zunächst festgelegten Kriterien in mehreren Arbeitsschritten so lange um relevante Gesichtspunkte ergänzt, bis am Ende der Recherche inhaltlich und formal differenziert ausgewählte Studien für die Übersichtsarbeit zur Verfügung standen. Der Prozess der Studienidentifikation wird im Folgenden ausführlich dargelegt und beschrieben und ist außerdem in *Abbildung 1* graphisch einzusehen.

1. Suchstrategien

Die Suche relevanter Studien erfolgte in den Datenbanken PubPsych, Pubmed, PSYINDEX, PSYJournals, PsycINFO und PsycARTICLES sowie in Google Scholar und Google. Hierfür wurden die Suchbegriffe „Somatic experiencing“ oder „SE“ allein oder in Kombination mit „Trauma“ oder „body therapy“ oder „body trauma therapy“ verwendet. Artikel wurden jeweils in Titel, Abstract und Stichwörtern gescannt.

Für den Fall, dass kein Zugriff auf einen Artikel möglich war, dessen Titel, Abstract oder Stichwörter aber auf einen Treffer schließen ließen, wurde versucht den Artikel über eine Fernleihbestellung der Universität zu erhalten. Fernleihbestellungen wurden bis zu einer Kostenübernahme von 1,50 Euro bewilligt. Wenn eine Fernleihbestellung durch die Universitätsbibliothek nicht unterstützt wurde, kam es zu dem Versuch der Kontaktaufnahme mit den Autoren des Artikels oder der jeweiligen Universität. Dabei wurde auf die Nutzung weiterer Datenbanken zum Erhalt der fehlenden Artikel verzichtet, da der Zugang zu diesen Datenbanken immer mit einem erhöhten Kostenaufwand verbunden war.

Neben der Recherche in den Datenbanken wurde die Suche durch die zusätzliche Verfolgung von Referenzen in identifizierten Treffern per Hand erweitert. Es wurden darüber hinaus gezielt die Publikationen von Autoren geprüft, von denen bereits relevante Artikel gefunden werden konnten. Zusätzlich diente die Literaturliste des Somatic Experiencing-Ausbildungsmanuals (Foundation for Human Enrichment, 2007) als ergänzende Informationsquelle für potenzielle Artikel und wurde deshalb für die Suche verwendet. Darüber hinaus erfolgten Expertengespräche mit SE-Ausbildungstrainern, wodurch die Identifikation weiterer Literaturquellen ermöglicht wurde.

Um Artikel, die innerhalb des Suchzeitraums, aber nach abgeschlossener Recherche in einer einzelnen Datenbank, dort neu publiziert wurden, nicht zu übergehen, wurde ein Google Alert angelegt, der auf diese Studien aufmerksam machte.

2. Ein- und Ausschlusskriterien

2.1 Kriterien der Suchrecherche

Zu Beginn der Entstehung dieses Reviews war nicht bekannt, wie viel Literatur und Forschung in dem Feld rund um Somatic Experiencing bereits existiert. In einer anfänglichen explorativen Recherche konnte jedoch eine breite Basis an Literatur zu Somatic Experiencing identifiziert werden. Innerhalb dieser Suchrecherche waren folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

Kriterien bezüglich des Formats / der Art der Quelle. Studien und Artikel wurden nur inkludiert, wenn es sich dabei um publizierte Artikel in Fachzeitschriften, um Dissertationen, Clinical Research Projects, Masterarbeiten der Psychologie oder um Fachliteratur in Form von Büchern handelte. Nicht aufgenommen wurde der Inhalt von Interviews sowie von DVDs und Videos, die Vorträge oder Aufnahmen von Kongressen mit Peter Levine und Kollegen beinhalteten. Außerdem wurden keine SE-Trainingsmanuale sowie private Artikel oder Zusammenfassungen von SE, die in Google oder Google Scholar zur Verfügung standen, verwendet. Von Peter Levine sollten ausschließlich publizierte Artikel in Fachzeitschriften, aber keine Bücher, welche allein von ihm geschrieben wurden, berücksichtigt werden. Eingeschlossene Studien mussten bis einschließlich Februar 2019 in oben genannten Datenbanken bzw. Suchmaschinen zur Verfügung gestanden haben. Zusätzlich mussten sie in deutscher oder englischer Sprache vorliegen. Dabei war irrelevant in welchem Jahr die Publikation des Artikels erfolgt war, alle Artikel wurden unabhängig von ihrem Erscheinungsjahr berücksichtigt.

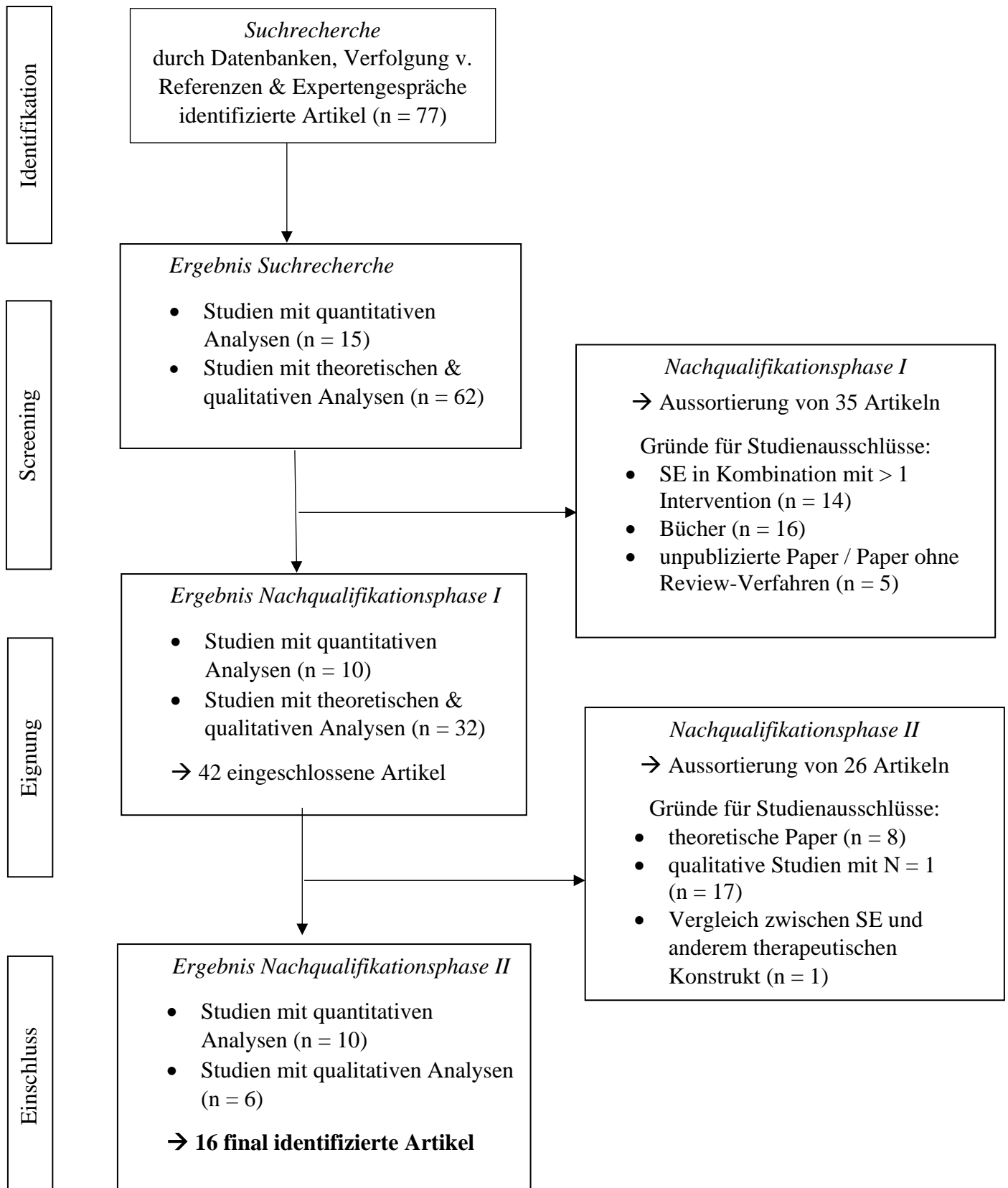


Abbildung 1. Prozess der Studienidentifikation.

Kriterien bezüglich quantitativer, qualitativer und theoretischer Ausrichtung. Zu diesem Zeitpunkt wurden sowohl quantitative und qualitative Studien, als auch Untersuchungen mit theoretischen Anteilen zu SE für die Arbeit berücksichtigt. Dabei wurden theoretische Artikel nur dann mitaufgenommen, wenn der therapeutische Ansatz von SE entweder beschreibend dargestellt wurde, SE in ein neues wissenschaftliches Rahmenmodell gesetzt wurde, eine theoretische Anwendung von SE in Bezug auf ein konkretes Störungsbild beschrieben wurde, oder SE mit einem anderen therapeutischen Ansatz/Konstrukt verglichen wurde. Studien wurden nicht verwendet, wenn sie SE als Therapieform lediglich namentlich aufführten, aber keine weitere inhaltliche Beschreibung des Ansatzes folgte.

Bei den identifizierten Studien mit qualitativen Aspekten musste SE in irgendeiner Form qualitativ beschrieben oder untersucht worden sein. Hierbei konnte es sich sowohl um umfangreiche Analysen von SE in Form von Interviews oder Verhaltensbeobachtungen mit Stichproben mit $N > 1$ handeln, als auch um Artikel, die eine einzelne Fallvignette vorstellten ($N = 1$), um die Grundlagen von SE besser darstellen zu können. Innerhalb dieser Studien durfte die Stichprobe aus durch SE behandelte Patienten oder aus SE-Therapeuten bestehen. So konnten die qualitativen Untersuchungen eine Analyse, der durch SE behandelten Patienten beinhalten oder aus Perspektive eines SE-Therapeuten auf SE erfolgt sein.

Des Weiteren wurden quantitative Untersuchungen mitaufgenommen, wenn es sich zum einen um Studien handelte, die quantitative Effekte von SE auf durch SE behandelte Klienten betrachteten. Mitaufgenommene Studien konnten aber auch Effekte von SE auf SE-Therapeuten in Ausbildung untersuchen. Auch für diese Kategorie wurden also zwei verschiedene Arten von Stichproben berücksichtigt.

Kriterien bezüglich Intervention. Innerhalb der quantitativen, qualitativen und theoretischen Untersuchungen wurden Studien miteingeschlossen, wenn sie SE als therapeutische Intervention isoliert prüften, aber auch, wenn sie SE in Kombination mit weiteren Therapieverfahren untersuchten. Allerdings wurden Studien ausgeschlossen, die therapeutische Verfahren wählten, welche zwar in ihrer Entwicklung durch SE beeinflusst und inspiriert wurden, aber nicht direkt SE-Methoden beinhalteten (siehe Brainspotting; Grand, 2013 und NARM; Heller & LaPierre, 2013). Nicht berücksichtigt bei diesem Ausschluss wurde dabei die Literatur von Levine & Kline (2010), da es sich hierbei um unveränderte SE-Techniken handelt, deren Anwendung zur speziellen Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen erläutert wird. Zusätzlich musste SE innerhalb der eingeschlossenen Studien als Intervention im psychotherapeutischen Kontext beschrieben oder untersucht worden sein. Dadurch wurden Artikel, die den Einsatz von SE-Grundlagen in kreativen Anwendungsbereichen, wie im Rahmen von Tanz oder Theater beschrieben, ausgeschlossen. Darüber hinaus wurden Arbeiten nicht mitaufgenommen, wenn sie lediglich die Ergebnisse von bereits primär aufgenommenen Studien wiederholten oder zitierten.

In Bezug auf Studiendesign, untersuchten abhängigen Variablen, Dauer und Art der Intervention, Größe der Stichprobe etc. wurden keine weiteren Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

Ergebnisse der Suchrecherche. Aus dieser Recherche resultierten insgesamt 77 identifizierte Artikel, welche alle in *Tabelle 1* gelistet sind. Darunter befanden sich 15 Studien, die SE in Form einer quantitativen Untersuchung prüfen und weitere 62 Artikel mit theoretischen und/oder qualitativen Aspekten. Darüber hinaus konnte ein Studienprotokoll ausgemacht werden, dessen quantitative Untersuchungsergebnisse erst in nächster Zeit publiziert werden. Trotz Kontaktaufnahme mit den Autoren war es nicht möglich, die Ergebnisse des Artikels schon vorab zu erhalten, um sie für die folgenden Analysen verwenden zu können.¹

2.2 Nachqualifikationsphase I

Da deutlich mehr Literatur zu SE identifiziert werden konnte, als zu Beginn erwartet und sich die Studien als sehr heterogen in Bezug auf ihre Anwendungsziele, ihren wissenschaftlichen Standard und ihre Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung erwiesen, wurden die Ein- und Ausschlusskriterien nach einer umfangreichen Überprüfung der inkludierten Literatur nochmals verschärft. Die neuen Kriterien berücksichtigten verstärkt, dass das Interesse der Arbeit auf der

¹ Plus ein Studienprotokoll einer randomisiert kontrollierten Studie, welche erst zu späterem Zeitpunkt vollständig publiziert werden wird: Andersen, Ellegaard, Schiøttz-Christensen & Manniche, 2018

Überprüfung der *Wirksamkeit* und der Identifizierung von *Wirkfaktoren* von SE liegt. Darüber hinaus sollte ein hoher wissenschaftlicher Standard innerhalb der eingeschlossenen Artikel gewährleistet sein. Dies führte dazu, dass einige Artikel u.a. auch auf Grund ihres Formats / ihrer Quelle nicht weiter für das Review berücksichtigt wurden. Auf die spezifischen Veränderungen der Kriterien wird nun eingegangen.

Kriterien bezüglich des Formats / der Art der Quelle. Diesbezüglich legten die neuen Kriterien fest, dass es sich bei Fachzeitschriften, aus denen publizierte Artikel mitaufgenommen wurden, um Peer-Reviewed Journals handeln musste. Des Weiteren wurde der Inhalt aus Büchern, die keine Handbooks waren, nicht mehr in die berücksichtigte Literatur eingeschlossen.

Kriterien bezüglich quantitativer, qualitativer, theoretischer Ausrichtung. Nun wurden theoretische und qualitative Artikel nur dann mitaufgenommen, wenn sie SE in ein neues neurowissenschaftliches Rahmenmodell setzten, eine spezielle theoretische Anwendung von SE in Bezug auf bestimmte Störungsbilder darstellten, oder einen Vergleich zwischen SE und einem anderen therapeutisch-theoretischen Konstrukt zogen. Studien, die lediglich das therapeutische Konzept von SE wiederholten, wurden nicht weiter berücksichtigt.

Zu quantitativen Analysen erfolgten an dieser Stelle keine zusätzlichen Einschränkungen.

Kriterien bezüglich Intervention. Außerdem wurden Studien, die SE in Kombination mit mehr als einer anderen therapeutischen Methode quantitativ oder qualitativ untersuchten, bzw. in denen SE-Techniken mit mehr als einem zusätzlichen therapeutischen Ansatz zu einer neuen Therapieform weiterentwickelt wurden, aus der Untersuchung ausgeschlossen. Aus diesen Studien konnte keine gezielte, separate Information zur SE-Therapie gewonnen werden, da es sich bei der Auswertung der Ergebnisse um eine einheitliche Analyse mehrerer Körpertherapien gemeinsam handelte.

Ergebnisse der ersten Eingrenzungen. Die veränderten Einschlusskriterien bewirkten, dass zu diesem Zeitpunkt insgesamt 42 Studien in die Übersichtsarbeit miteingeschlossen wurden. Darunter befanden sich zehn quantitative Untersuchungen und 32 Artikel, die theoretische und/oder qualitative Aspekte von SE überprüfen.

2.3 Nachqualifikationsphase II

Mit fortlaufendem Prozess der Studienanalyse erwiesen sich einige weitere Studien als nicht geeignet, um die Fragestellung dieser Arbeit ausreichend differenziert beantworten zu können. Daraufhin mussten erneut Eingrenzungen erfolgen und die Einschlusskriterien wurden nochmals überarbeitet.

Kriterien bezüglich des Formats / der Art der Quelle. Diesbezüglich wurden keine zusätzlichen Änderungen mehr vorgenommen.

Kriterien bezüglich quantitativer, qualitativer, theoretischer Aspekte. Nun sollten alle Artikel, die ausschließlich theoretische Aspekte von SE erläuterten, nicht weiter für die Arbeit berücksichtigt werden. Darüber hinaus wurden ab jetzt nur noch qualitative Studien als relevant erachtet, wenn sie empirische Analysen von SE mit Stichproben mit $N > 1$ beinhalteten. Dies implizierte, dass qualitative Untersuchungen, die auf Grundlage einzelner Fallvignetten argumentierten, ohne eine qualitative Datenerhebung durchgeführt zu haben, nicht weiter berücksichtigt wurden. Zusätzlich wurden Studien, die einen Vergleich zwischen SE einem anderen therapeutisch-theoretischen Konstrukt zogen, an dieser Stelle ausgeschlossen, da durch diese keine Wirksamkeitsüberprüfung von SE erfolgte.

Bezüglich Intervention. Hier wurden keine weiteren Eingrenzungen festgelegt.

Ergebnisse der abschließenden Eingrenzungen. Durch diese letzte Filterung der Studien wurden 16 Untersuchungen abschließend als relevant eingestuft. Hierbei handelte es sich um zehn quantitative Studien und weitere sechs, die ausschließlich qualitative Analysen beinhalten.

Teil II: Suchrecherche

Tabelle 1. *Ergebnis der Suchrecherche*

Studie	Art der Untersuchung
Ament-Lemke, A. (2018). <i>Healing the Mind and Body: Practitioner Perspectives on Integrating Cognitive and Somatic Approaches in Psychotherapy with Refugees, Asylees, and Asylum Seekers</i> . Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.	theoretisch / qualitativ
Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial of brief somatic experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. <i>European Journal of Psychotraumatology</i>, 8(1), 1-9.	quantitativ
Barnum, L. (2016). <i>How do Somatic and Body Psychotherapists Identify Attachment Trauma in Adults? A Grounded Theory Investigation into the Somatic Nature of Attachment Trauma</i> . Unpublished doctoral Dissertation, The Chicago School of Professional Psychology.	theoretisch / qualitativ
Bass, G. (2018). Ain't Misbehavin: Discussion of "Somatic Experiencing". <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 602-609.	theoretisch / qualitativ
Bhat, D., & Carleton, J. (2015). The role of the Autonomic Nervous System. In Marlock, G., Weiss, H., Young, C., Soth, M. (2015). <i>The handbook of body psychotherapy & somatic psychology</i> (p. 615-632). Berkeley: North Atlantic.	theoretisch / qualitativ
Briggs, P. C., Hayes, S., & Changaris, M. (2018). Somatic experiencing® informed Therapeutic group for the care and Treatment of Biopsychosocial effects upon a gender Diverse identity. <i>Frontiers in psychiatry</i>, 9, 1-18.	quantitativ
Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled outcome study. <i>Journal of traumatic stress</i>, 30(3), 304-312.	quantitativ
Bülow. (2016). Somatic Experiencing - eine körperpsychotherapeutische traumaspezifische Methode. <i>Dynamische Psychiatrie</i> , 49(3-6), 120-132.	theoretisch / qualitativ
Burrows. (2014). „Und Hoffnung und Geschichte sind im Einklang“. Überlegungen zur Trauma hoch 2- Arbeit im Nordteil Irlands. <i>Gestalttherapie: Forum für Gestaltperspektiven / DVG, Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie e.V.</i> , 28(1), 48-57.	theoretisch / qualitativ
Changaris, M. C. (2010). <i>Assessing the efficacy of somatic experiencing for reducing symptoms of anxiety and depression</i>. Unpublished doctoral dissertation, John F. Kennedy University.	quantitativ
Cryns, I. (2016). The Borderline Client, Shame and Somatic Counter-Transference. <i>Bioenergetic Analysis</i> , 22, 1-39.	theoretisch / qualitativ
Dressler-Bellmund, M., & Willach-Holzappel, A. (2010). Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Beispiele aus ambulanter und stationärer Praxis. In M. Thielen (Hrsg.) <i>Körper-Gefühl-Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation</i> (S.287-298). Gießen: Psychosozial-Verlag.	theoretisch / qualitativ
Ellegaard, H., & Pedersen, B. D. (2012). Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3–12 months' duration. <i>BMC musculoskeletal disorders</i>, 13(1), 166.	qualitativ

Fogel, A. (2013). <i>Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie: vom Körpergefühl zur Kognition</i> . Stuttgart: Schattauer Verlag.	theoretisch / qualitativ
Gericke, C., & Kriegler, S. (2012). Healing trauma by using Peter Levine`s Somatic Experiencing approach. <i>International journal of psychology</i> , 47, 772.	theoretisch / qualitativ
Grabbe, L., & Miller-Karas, E. (2018). The trauma resiliency model: a “bottom-up” intervention for trauma psychotherapy. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 24(1), 76-84.	theoretisch / qualitativ
Graham, M. (2018). <i>The Role of Somatic Psychotherapy in Treating First Responders: Providers` Perspectives</i> . Clinical Research Paper, St. Catherine University.	theoretisch / qualitativ
Grassmann, H., & Pohlenz-Michel, C. (2007). Access to the Present Moment: TraumaSomatics®, The Reorganization of the Somatic Memory System. In International Association of Structural Integrators (Hrsg.), <i>IASI Yearbook 2007</i> .	theoretisch / qualitativ
Gomes Silva, S. (2014). <i>Engaging touch and movement in somatic experiencing trauma resolution approach</i>. Unpublished doctoral Dissertation, International University for Graduate Studies.	qualitativ
Hays, J. T. (2014). <i>Healing trauma in the psyche-soma: Somatic experiencing® in psychodynamic psychotherapy</i>. Unpublished doctoral Dissertation, Pacifica Graduate Institute.	qualitativ
Heller, D. P., & Heller, L. (2004). Somatic experiencing in the treatment of automobile accident trauma. <i>US Association for Body Psycho-Therapy Journal</i> , 3(2), 42-52.	theoretisch / qualitativ
Heimsoeth, A., & Pörner, G. (2009). Erfolg beginnt im Kopf. <i>Kommunikation & Seminar</i> , 2, 44-47.	theoretisch / qualitativ
Hricko, C. A. (2011). Whole brain integration in the clinical application of Somatic Experiencing. <i>The USA Body Psychotherapy Journal Editorial</i> , 10 (1), 24-29.	theoretisch / qualitativ
Innecken, B. (2017). Traumaspezifische Vorgehensweisen in Aufstellungen. In P. Borquin & K. Nazarkiewicz (Hrsg.), <i>Trauma und Begegnung: Praxis der Systemaufstellung</i> (S. 81-96). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.	theoretisch / qualitativ
Jeswani, N. S. (2017). " if you lived in your body, you'd be home by now": clinicians' perspectives on somatic practices in psychotherapy. Unpublished Master Thesis, Smith College.	theoretisch / qualitativ
Jha, A. P., Witkin, J. E., Morrison, A. B., Rostrup, N., & Stanley, E. (2017). Short-form mindfulness training protects against working memory degradation over high-demand intervals. <i>Journal of Cognitive Enhancement</i> , 1(2), 154-171.	quantitativ
Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. <i>Emotion</i> , 10(1), 54-64.	quantitativ
Johnson, D. C., Thom, N. J., Stanley, E. A., Haase, L., Simmons, A. N., Shih, P. A. B., ... & Paulus, M. P. (2014). Modifying resilience mechanisms in at-risk individuals: a controlled study of mindfulness training in Marines preparing for deployment. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 171(8), 844-853.	quantitativ

Jones, E. E. (2015). Somatic Psychotherapy: Illuminating an Embodied Experience of Self-Transformation through Autoethnography. Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.	theoretisch / qualitativ
Kaplan, A. H. (2006). <i>Listening to the body: Pragmatic case studies of body-centered psychotherapy</i> . Unpublished Doctoral Dissertation, Rutgers The State University of New Jersey.	theoretisch / qualitativ
Kröll, L. (2008). Transkulturelle Gestalttherapie mit Ärzte-ohne-Grenzen. Andherence Counseling in einem TBC-Projekt in Karakalpakstan. <i>Gestalttherapie: Forum für Gestaltperspektiven</i> , 22(2), 107-124.	theoretisch / qualitativ
Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D., & Kaplansky, N. (2010). Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: SEE FAR CBT. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 37(5), 391-399.	quantitativ
Laval, C. (2008). <i>Comparing Trauma Treatments: Similarities and Differences Between Somatic Experiencing and Eye Movement and Desensitization and Reprocessing</i> . Doctoral dissertation, City University of Seattle.	theoretisch / qualitativ
Leddick, K. H. (2018). Making Good Use of Combined Therapeutic Modalities: Discussion of "Somatic Experiencing". <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 610-619.	theoretisch / qualitativ
Leitch, M. L. (2007). Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. <i>Traumatology</i>, 13(3), 11-20.	quantitativ
Leitch, L., & Miller-Karas, E. (2009). A case for using biologically-based mental health intervention in post-earthquake China: evaluation of training in the trauma resiliency model. <i>Emergency Mental Health</i>, 11(4), 221-233.	quantitativ
Leitch, M. L., Vanslyke, J., & Allen, M. (2009). Somatic experiencing treatment with social service workers following Hurricanes Katrina and Rita. <i>Social Work</i>, 54(1), 9-18.	quantitativ
Levine, P. A., Blakeslee, A., & Sylvae, J. (2018). Reintegrating Fragmentation of the Primitive Self: Discussion of "Somatic Experiencing". <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 620-628.	theoretisch / qualitativ
Levine, P. A., & MacNaughton, I. (2002). Panic, biology, and reason: giving the body its due. <i>Panic: Origins, insight, and treatment</i> , 27-48.	theoretisch / qualitativ
Levine, P. A., & Kline, M. (2013). <i>Verwundete Kinderseelen heilen: wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können</i> . München: Kösel-Verlag.	theoretisch / qualitativ
Levine, P., & Kline, M. F. T. (2011). Use of somatic experiencing principles as a PTSD prevention tool for children and teens during the acute stress phase following an overwhelming event. In V. Ardino (Ed.), <i>Post-Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A handbook of research and practice</i> (pp. 279-295). Chichester, UK: Wiley.	theoretisch / qualitativ
Levine, P. A., & Kline, M. (2010). <i>Trauma through a child's eyes: Awakening the ordinary miracle of healing</i> . Berkeley, CA: North Atlantic Books.	theoretisch / qualitativ
Levit, D. (2018). Continuing the Dialogue between Psychoanalysis and Somatic Experiencing: Reply to Bass, Leddick, Levine, Blakeslee, Sylvae, and Lombardi. <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 640-645.	theoretisch / qualitativ
Levit, D. (2018). Somatic Experiencing: In the Realms of Trauma and Dissociation—What We Can Do, When What We Do, Is Really Not Good Enough. <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 586-601.	theoretisch / qualitativ

Lombardi, R. (2018). Beyond the Psychosexual: The Body–Mind Relationship Discussion of “Somatic Experiencing”. <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 629-639.	theoretisch / qualitativ
Martin, R. M. (2014). A Culturally Reflexive Comparison of Somatic Experiencing® and Hmong. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> .	theoretisch / qualitativ
McMahon, S. (2017). <i>The Body Recovers: Practitioner Perspective on Somatic Experiencing</i>. Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.	qualitativ
Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., ... & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. <i>Philosophy, ethics, and humanities in medicine</i> , 6(1), 6.	theoretisch / qualitativ
Nickerson, G. L. (2015). <i>Getting to the Root of Suffering: Dialogues with Tibetan Refugee Expolitical Prisoners on What Heals Psychological and Somatic Sequelae of Trauma</i>. Unpublished Doctoral Dissertation, Pacifica Graduate Institute.	qualitativ
Olssen, M. C. (2013). <i>Mental Health Practitioners’ Views on Why Somatic Experiencing Works for Treating Trauma</i>. Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.	qualitativ
Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. <i>Traumatology</i>, 14(3), 103-109.	quantitativ
Payne, P., & Crane-Godreau, M. A. (2015). The preparatory set: a novel approach to understanding stress, trauma, and the bodymind therapies. <i>Frontiers in human neuroscience</i> , 9, 178.	theoretisch / qualitativ
Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. <i>Frontiers in psychology</i> , 6, 93.	theoretisch / qualitativ
Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Corrigendum: Somatic Experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. <i>Frontiers in psychology</i> , 6, 423.	theoretisch / qualitativ
Popowitz, C. (2014). <i>Therapists’ Perspective on the Use of Somatic Interventions in Childhood Trauma</i> . Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.	theoretisch / qualitativ
Prenzel, S., & Somerstein, L. (2013). <i>Defining Moments For Therapists</i> . New York: LifeSherpa.	theoretisch / qualitativ
Ranson, N. M. (2015). Somatic Experiencing and the Freeze Response in Social Work Practice. <i>Somatic Psychotherapy Today</i> , 5 (4), 94-96.	theoretisch / qualitativ
Ranson, N. M. (2015). The Felt Sense of Safety and Pleasure and How They can be Applied to Social Work and Case Management. <i>Somatic Psychotherapy Today</i> , 5 (4), 96-102.	theoretisch / qualitativ
Rappoport, E. (2012). Creating the umbilical cord: Relational knowing and the somatic third. <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 22(3), 375-388.	theoretisch / qualitativ
Levine, P. A., Blakeslee, A., & Sylvae, J. (2018). Reintegrating Fragmentation of the Primitive Self: Discussion of “Somatic Experiencing”. <i>Psychoanalytic Dialogues</i> , 28(5), 620-628.	theoretisch / qualitativ

Rossi, C. P. (2014). <i>SE Beginning Level Training Effects on Professional and Personal Life of Students</i>. Unpublished Doctoral Dissertation, Charisma University.	quantitativ
Ruden, R. A. (2008). Encoding states: a model for the origin and treatment of complex psychogenic pain. <i>Traumatology</i> , 14(1), 119-126.	theoretisch / qualitativ
Sack, M., & Sachsse U. (2013). Therapiemethoden und Behandlungstechniken. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong, (Hrsg.), <i>Komplexe Traumafolgestörungen-Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung</i> (S. 247-297). Stuttgart: Schattauer.	theoretisch / qualitativ
Scaer, R. (2014). <i>The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease</i> . Abingdon, UK: Routledge.	theoretisch / qualitativ
Scaer, R. (2013). <i>Das Trauma-Spektrum: Verborgene Wunden und die Kraft der Resilienz</i> . Lichtenau: Probst, GP Verlag.	theoretisch / qualitativ
Schubbe, O. (2014). EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen. <i>Psychotherapeutenjournal</i> , 2, 156-163.	theoretisch / qualitativ
Serebrenick-Hai, G. (2015). Applying Somatic Experiencing® therapy in the treatment of Substance-abuse Addictions. <i>Somatic Psychotherapy Today</i> , 5(4), 102-106.	theoretisch / qualitativ
Serebrenick-Hai, G. (2016). Thoughts about Addiction, Memory, Trauma and Somatic Experiencing®. <i>Somatic Psychotherapy Today</i> , 6 (3), 60-65.	theoretisch / qualitativ
Springborg, C. (2018). Somatic-Linguistic Practices (SLP). In <i>Sensory Templates and Manager Cognition</i> (pp. 243-290). Palgrave Macmillan, Cham.	theoretisch / qualitativ
Stanley, E. A., Schaldach, J. M., Kiyonaga, A., & Jha, A. P. (2011). Mindfulness-based mind fitness training: A case study of a high-stress predeployment military cohort. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 18(4), 566-576.	quantitativ
Tantia, J. F. (2014). Is intuition embodied? A phenomenological study of clinical intuition in somatic psychotherapy practice. <i>Body, Movement and Dance in Psychotherapy</i> , 9(4), 211-223.	theoretisch / qualitativ
Taylor, P. J., & Saint-Laurent, R. (2017). Group psychotherapy informed by the principles of somatic experiencing: moving beyond trauma to embodied relationship. <i>International Journal of Group Psychotherapy</i> , 67(sup1), 171-181.	theoretisch / qualitativ
Van der Kolk, B. (2016). Verkörperter Schrecken. <i>Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann</i> . Lichtenau: GP Probst.	theoretisch / qualitativ
Whitehouse, B., & Heller, D. P. (2008). Heart Rate in Trauma: Patterns Found in Somatic Experiencing and Trauma Resolution. <i>Biofeedback</i> , 36(1), 24-29.	theoretisch / qualitativ
Willach-Holzapfel, A. (2013). Der Körper als Ressource in der Traumabehandlung. <i>Körper-Tanz-Bewegung</i> , (3), 127-134.	theoretisch / qualitativ
Willach-Holzapfel, A., & Dressler-Bellmund, M. (2017). Der Körper-Feind und Ressource. Traumapsychotherapie nach sexueller Gewalt. In T. Harms & M. Thielen (Hrsg.), <i>Körperpsychotherapie und Sexualität</i> (S. 217-240). Gießen: Psychosozial-Verlag.	theoretisch / qualitativ
Winblad, N. E., Changaris, M., & Stein, P. K. (2018). Effect of Somatic Experiencing resiliency-based trauma treatment training on quality of life and psychological health as potential markers of resilience in treating professionals. <i>Frontiers in Neuroscience</i>, 12, 70.	quantitativ

Anmerkungen. Alle final inkludierten Studien sind **fett** gekennzeichnet.

Teil III: Charakteristiken der Studien

Tabelle 2. Charakteristiken der inkludierten Studien

[1] Brom et al. (2017)	
Studiendesign	Randomisiert-kontrollierte Studie
Forschungsfrage	Ist SE wirksam in der Behandlung von Patienten mit PTBS?
Probanden	$N = 63$
Einschlusskriterien:	Diagnose PTBS nach DSM-IV-TR (vers. Arten v. Traumata), flüssig in deutscher oder hebräischer Sprache, über 18 Jahre
Geschlecht:	32 w & 31 m (EG), 17 w & 13 m (KG)
Alter:	durchschnittlich 40.51 J.
Ausschlusskriterien:	Vorgeschichte von Psychose, Hirnschädigungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, weitere Komorbiditäten neben Depression, komplexe Traumata (via SCID erhoben)
Setting:	Israel
Intervention	EG: 15 wöchentliche SE-Einzelsitzungen ($N = 30$) Dauer SE-Sitzungen: 60 min. KG: Warteliste ($N = 33$)
Messinstrumente:	(1) PTBS-Symptome: <i>CAPS & PDS</i> (2) Depressionssymptome: <i>CES-D</i>
Messzeitpunkte:	Prä-Messung, Post-Messung, Follow-up-Messung nach 15 Wochen
[2] Andersen et al. (2017)	
Studiendesign	Randomisiert-kontrollierte Studie
Forschungsfrage	Ist SE wirksam in der Behandlung von Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen und komorbider PTBS?
Probanden	$N = 91$
Einschlusskriterien:	Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen, Diagnose PTBS nach Harvard Trauma Questionnaire part IV (vers. Arten v. Traumata),
Geschlecht:	54.2 % w & 45.8 % m
Alter:	durchschnittlich 50.6 J. (zw. 18-65 Jahre)
Ausschlusskriterien:	Komorbiditäten (Bipolarität, Depression, Psychose, Substanzmissbrauch), in zusätzlicher therapeutischer Behandlung
Setting:	Dänemark, keine Angabe
Intervention	EG: 6-12 SE-Einzelsitzungen + TAU ($N = 45$) Dauer SE-Sitzungen: 60 min. KG: TAU: 4-12 Sitzungen mit angeleiteten Übungen für Kreuzschmerzen ($N = 46$)
Messinstrumente	(1) PTBS-Symptome: <i>HTQ-IV</i> (2) Kinesiophobie: <i>TSK</i> (3) Schmerzbedingte Beeinträchtigung: <i>RMDQ</i> (4) Schmerzintensität: <i>NRS</i> (5) schmerzbezogenes Katastrophisieren: <i>PCS</i>
Messzeitpunkte	Prä- & Follow-up-Messung nach 12 Monaten

[3] Changaris (2010)

Studiendesign	Fall-Kontroll-Studie
Forschungsfrage	Ist SE als Kurzzeitintervention wirksam zur Behandlung von Angst- und Depressionssymptomen in obdachlosen Erwachsenen?
Probanden	$N = 36$
<i>Einschlusskriterien:</i>	obdachlose Erwachsene eines Obdachlosenheims
<i>Geschlecht:</i>	10 w & 8 m (EG), 10 w & 8 m (KG)
<i>Alter:</i>	48.2 J. (KG), 49.2 J. (EG)
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> 1-3 SE-Einzelsitzungen + 4-wöchiges Affektregulationstraining + TAU ($N = 18$) Dauer SE-Sitzungen: keine Angabe <i>KG:</i> TAU: Standardbehandlung des Obdachlosenheims zur Behandlung von Angst- und Depressionssymptomen ($N = 18$)
Messinstrumente	(1) Angstsymptome: <i>STAI</i> (2) Depressionssymptome: <i>BDI-II</i>
Messzeitpunkte	Prä-Messung, Follow-up-Messung nach 7-35 Tagen

[4] Parker et al. (2008)

Studiendesign	Unkontrollierte Feldstudie
Forschungsfrage	Ist SE als Kurzzeitintervention wirksam zur Behandlung von durch einen Tsunami in Indien traumatisierte Probanden?
Probanden	$N = 150$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Überlebende des Tsunami in Südindien, Tamil Nadu (2004), gegenwärtiges Erleben von Trauma Symptomen (Zustimmung in 8 d. 17 Items d. IES-R-A)
<i>Geschlecht:</i>	110 w & 40 m
<i>Alter:</i>	durchschnittlich 41.6 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	Indien, Tamil Nadu
Intervention	<i>EG:</i> 1 modifizierte SE-Einzelsitzung Dauer SE-Sitzungen: ca. 75 min. <i>KG:</i> /
Messinstrumente	(1) Emotionale & körperliche Stressreaktionen auf Tsunami: <i>selbst entwickelte 17-Item-Symptom-Checkliste</i> (2) PTBS-Symptome: <i>IES-R-A (5 Items)</i> (3) Post-Tsunami-Symptome: <i>selbst gebildeter Score aus genannten Hauptsymptomen der Probanden & bisheriger medizinische Behandlung</i> (Darstellung aller AVs auf 5-stufiger SUD-Symptom-Skala: 0 = schlechter; 1 = gleich; 2 = etwas besser; 3 = viel besser; 4 = vollständige Verbesserung)
Messzeitpunkte	Prä-, Post- & Follow-up-Messungen nach 4 & nach 8 Monaten

[5] Leitch (2007)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Ist SE/TFA als Kurzzeitintervention wirksam zur Behandlung von durch einen Tsunami in Thailand traumatisierte Probanden?
Probanden	$N = 53$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Überlebende des Tsunami in Thailand, Phang Nga (2004)
<i>Geschlecht:</i>	64% w & 36 % m
<i>Alter:</i>	Kinder: 3-15 J. ($N = 9$) & Erwachsene: 20-75 J. ($N = 44$)
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	Thailand, Phang Nga
Intervention	EG: 1-3 SE/TFA-Einzelsitzungen Dauer SE-Sitzungen: 40-60 min. KG: /
Messinstrumente	(1) Post-Tsunami-Symptome: <i>selbst entwickelte Checkliste mit beobachteten & selbstberichteten Hauptsymptomen & demografische Daten</i> (2) Qualitative Daten zum Inhalt d. Therapiesitzungen: <i>Fallberichte zu individuellen SE/TFA-Sitzungen</i>
Messzeitpunkte	Prä-Messung, Post-Messung, Follow-up nach 3-5 Tagen, Follow-up-Messung nach 1 Jahr

[6] Leitch et al. (2009)

Studiendesign	Fall-Kontroll-Studie
Forschungsfrage	Ist SE/TRM als Kurzzeitintervention wirksam zur Behandlung von traumatisierten Sozialarbeitern, die im Krisendienst tätig sind?
Probanden	$N = 142$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Sozialarbeiter, die die Hurricanes Katrina & Rita in New Orleans (2005) miterlebten & im Krisendienst tätig sind
<i>Geschlecht:</i>	85.6 % w & 14.4 % m
<i>Alter:</i>	22 - 55 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA, New Orleans & Baton Rouge
Intervention	EG: 1-2 SE/TRM-Einzelsitzungen + TAU ($N = 91$) Dauer SE-Sitzungen: 40-60 min. KG: TAU: 90-minütige-Gruppenpsychoedukation zu Bewältigungsstrategien im Krisen- / Katastrophenfall ($N = 18$)
Messinstrumente	(1) Copingstrategien: <i>selbst entwickelte 4-Item-Skala ($\alpha = .79$)</i> (2) Psychische Belastung: <i>SCL-90-R</i> (3) PTBS-Symptome: <i>PCL-C</i> (4) Resilienz: <i>selbst entwickelte 7-Item-Skala ($\alpha = .85$)</i>
Messzeitpunkte	Prä-Messung, Follow-up-Messung nach 3-4 Monaten

[7] Leitch & Miller-Karas (2009)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Wie wird das TRM/SE-Training im Rahmen des Erdbeben-Hilfsprojekts in China (2008) evaluiert?
Probanden	$N = 350$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Ärzte, Krankenpfleger, Lehrer & Berater, die das Erdbeben persönlich miterlebt hatten und beruflich in Kontakt mit weiteren Betroffenen standen
<i>Geschlecht:</i>	keine geschlechtsspezifischen Unterschiede der Probanden
<i>Alter:</i>	25-50 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	China
Intervention	<i>EG:</i> Absolvieren des TRM/SE-Trainings Dauer des TRM/SE-Trainings: 0.5-3 Tage Theoriekurs & 1-2 Tage supervidierte Arbeit im Feld mit traumatisierten Überlebenden des Erdbebens <i>KG:</i> /
Messinstrumente	(1) Relevanz, Nutzen und Zufriedenheit bez. des Trainings: <i>TRUSS</i> (2) Spezifische Evaluation des Trainings: <i>TEF</i>
Messzeitpunkte	Post-Messung

[8] Briggs et al. (2018)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Ist SE wirksam zur Erhöhung der Resilienz der Risikogruppe der Menschen mit Transgender-Identität?
Probanden	$N = 7$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Probanden mit Selbstidentifikation als Transgender, Gender-Non-Conforming oder Gender-Variant, mind. 18 Jahre
<i>Geschlecht:</i>	Transgender-, Gender-Non-Conforming-, Gender-Variant-Identität
<i>Alter:</i>	keine Angabe
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> 10 SE-Gruppensitzungen Dauer SE-Sitzungen: 90 min. <i>KG:</i> /
Messinstrumente	(1) Depressions-, Angst- und somatische Symptome: <i>PHQ-SADS</i> (2) Allgemeine Lebensqualität: <i>WHOQOL-BREF</i>
Messzeitpunkte	Prä-Messung, Follow-up-Messung nach 10 Wochen

[9] Winbald et al. (2017)

Studiendesign	Unkontrollierte Längsschnittstudie
Forschungsfrage	Führt die dreijährige SE-Ausbildung zur Erhöhung der Resilienz & körperlichen / psychischen Gesundheit in den Studierenden?
Probanden	$N = 18$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Studierende der dreijährigen SE-Ausbildung; Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten & körperorientierte Therapeuten
<i>Geschlecht:</i>	16 w & 2 m
<i>Alter:</i>	keine Angabe
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> SE-Ausbildung Dauer SE-Ausbildung: drei Jahre <i>KG:</i> /
Messinstrumente	(1) Allgemeine Lebensqualität: <i>WHOQOL-BREF</i> (2) Depressions-, Angst- und somatische Symptome: <i>PHQ-SADS</i>
Messzeitpunkte	vor Beginn 1. Trainingsjahr, nach Abschluss 1. Trainingsjahr, nach Abschluss 2. Trainingsjahr, nach Abschluss 3. Trainingsjahr

[10] Rossi (2014)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Welche Effekte haben die Beginner-Module der SE-Ausbildung auf das persönliche und berufliche Leben der SE-Studierenden?
Probanden	$N = 54$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Studierende der dreijährigen SE-Ausbildung; 79% mit gesundheitsbezogenem Abschluss, 21 % mit anderem Abschluss
<i>Geschlecht:</i>	89 % w & 11 % m
<i>Alter:</i>	24-78 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	Brasilien
Intervention	<i>EG:</i> Absolvieren der Beginner-Module der SE-Ausbildung Dauer der Module: 3 x viertätige Trainingseinheiten <i>KG:</i> /
Messinstrumente	(1) Einfluss des SE-Moduls auf persönliches & berufliches Leben: <i>selbst entwickelter Fragebogen mit offenen & geschlossenen Fragen</i>
Messzeitpunkte	Post-Messung

[11] Olssen (2013)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Welche Faktoren machen SE aus Perspektive von SE-Therapeuten zu einer wirksamen Traumatherapie?
Probanden	$N = 10$
<i>Einschlusskriterien:</i>	psychosoziale Fachkräfte, abgeschlossenes SE-Training ($N = 5$) oder im zweiten / dritten SE-Ausbildungsjahr ($N = 5$)
<i>Geschlecht:</i>	9 w & 1 m
<i>Alter:</i>	keine Angabe
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> / <i>KG:</i> /
Messinstrumente	<i>Einzelinterviews:</i> Durchführung: persönlich ($N = 9$) & telefonisch ($N = 1$) Dauer: 30 - 60 min. Datenauswertung: Inhaltsanalyse unter Verwendung der Open Coding-Technik
Messzeitpunkte	ein Messzeitpunkt

[12] McMahon (2017)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Inwiefern profitieren traumatisierte Patienten aus Therapeutenperspektive von SE & welche Patienten sind am besten für die Therapie geeignet?
Probanden	$N = 3$
<i>Einschlusskriterien:</i>	psychosoziale / psychiatrische Fachkräfte mit abgeschlossener SE-Ausbildung
<i>Geschlecht:</i>	keine Angabe
<i>Alter:</i>	keine Angabe
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> / <i>KG:</i> /
Messinstrumente	<i>Einzelinterviews:</i> Durchführung: persönlich, Dauer: 45 - 60 min. Datenauswertung: im Rahmen der „Grounded Theory“ unter Verwendung der Open Coding-Technik
Messzeitpunkte	ein Messzeitpunkt

[13] Hays (2014)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Wie beeinflusst und verändert die therapeutische Integration von SE und TP die Arbeit mit traumatisierten Patienten?
Probanden	$N = 4$
<i>Einschlusskriterien:</i>	lizenzierte Psychotherapeuten mit psychodynamischer Orientierung & abgeschlossener SE-Ausbildung; integrative Nutzung beider Methoden in therapeutischer Behandlung von Traumata
<i>Geschlecht:</i>	1 w & 3 m
<i>Alter:</i>	40 – 68 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> / <i>KG:</i> /
Messinstrumente	<i>Einzelinterviews:</i> Durchführung: persönlich Dauer: 30 min. – 2.5 h Datenauswertung: Fallstudienanalyse (Within-Case & Cross-Case Analyse)
Messzeitpunkte	ein Messzeitpunkt

[14] Gomes (2014)

Studiendesign	Fall-Kontroll-Studie
Forschungsfrage	Wie wirkt sich der Einbezug von Berührungs- und Bewegungselementen in die SE-Therapie auf ihren Erfolg aus?
Probanden	$N = 10$
<i>Einschlusskriterien:</i>	durch erfahrene häusliche Gewalt traumatisierte Frauen, keine vorausgehende PT, Symptome seit 1-3 J., kein aktuelles Teilen der Wohnung mit dem Aggressor
<i>Geschlecht:</i>	10 w
<i>Alter:</i>	25 – 40 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	USA
Intervention	<i>EG:</i> eine 90-min. kombinierte Einzelsitzung aus SE + Berührungs- & Bewegungselementen ($N = 5$) <i>KG:</i> eine 90-minütige SE-Sitzung ($N = 5$)
Messinstrumente	<i>Fremdbeurteilung:</i> Adjektivierung der Beobachtungen des Therapeuten & Bemerkungen des Patienten durch den Therapeuten <i>Selbstbeurteilung:</i> Rating des emotionalen / physiologischen Befindens auf Skala v. 0-10
Messzeitpunkte	zu Beginn der Sitzung, nach einsteigender Erzählung über traumatische Erlebnisse des Patienten, zum Ende der Sitzung

[15] Nickerson (2015)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Ist SE wirksam zur Behandlung von traumatisierten, politisch verfolgten Flüchtlingen aus Tibet?
Probanden	$N = 17$
<i>Einschlusskriterien:</i>	tibetische Geflüchtete; Teilnehmer des 1-jährigen Integrationsprogramms des GuChuSum-Verbandes für ehemalige politische Gefangene
<i>Geschlecht:</i>	7 w & 5 m
<i>Alter:</i>	18 – 80 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	Indien
Intervention	<i>EG:</i> 2-Tages-Workshop zum westlichen Konzept von Trauma & 2-6 SE-Sitzungen (drei Monate später) Dauer SE-Sitzung: 60-75 min. <i>KG:</i> /
Messinstrumente	Post-Interviews (jeweils nach Workshop & SE-Sitzungen), Verhaltensbeobachtungen, schriftliche Feldnotizen Datenauswertung: thematische Inhaltsanalyse
Messzeitpunkte	zwei Monate nach Workshop & Messung direkt nach SE-Sitzungen

[16] Ellegaard & Pedersen (2012)

Studiendesign	Unkontrollierte Studie
Forschungsfrage	Wie verändert eine kombinierte Intervention aus SE- & Gestalttherapie den Umgang mit chronischen Kreuzschmerzen in Schmerzpatienten mit komorbider Depression?
Probanden	$N = 6$
<i>Einschlusskriterien:</i>	Patienten mit moderater Depression (BDI-Score von 23-30) & chronischen Kreuzschmerzen (hoher Schmerz-Score von 7-10 auf Skala 0-10) & Anwesenheit an 5-6 Sitzungen
<i>Geschlecht:</i>	4 w & 2 m
<i>Alter:</i>	20 – 33 J.
<i>Ausschlusskriterien:</i>	keine Angabe
<i>Setting:</i>	Dänemark
Intervention	<i>EG:</i> 5-6 kombinierte Einzelsitzungen aus SE + Gestalttherapie Dauer SE-Sitzung: keine Angabe <i>KG:</i> /
Messinstrumente	<i>Fallberichte:</i> generiert zu jeder Sitzung mit Hilfe von Feldnotizen Datenauswertung: phänomenologischer Ansatz nach P. Ricoeur
Messzeitpunkte	ein Messzeitpunkt

Anmerkungen. Probanden. Stichprobengrößen beinhalten zu Beginn eingeschlossenen Versuchspersonen. *Interventionen.* TP = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; PT = Psychotherapie; EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; TAU = Treatment as usual; SE =

Somatic Experiencing; TFA = Trauma First Aide; TRM = Trauma Resiliency Model; / = erfolgte nicht in der Studie. *Messinstrumente*. HTQ-IV = The Harvard Trauma Questionnaire part IV; CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; TSK = Tampa Scale for Kinesiophobia; RMQD = Roland Morris Disability Questionnaire; NRS = Numerical Rating Scale for Pain Intensity; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; BDI-II – Beck Depression Inventory-II; PCS – Pain Catastrophizing Scale; IES-R-A – Impact of Events Scale-Revised-Abbreviated; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-R; PCL-C = PTSD Checklist-Civilian version; TRUSS = Training Relevance, Use, and Satisfaction Scale; TEF = Training Evaluation Form; PHQ-SADS = Patient Health Questionnaire; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life-Brief.

Teil IV: Vollständige Ergebnisse der Wirkfaktorenanalyse

Es folgt zunächst die Analyse der Wirkfaktoren aus Perspektive von *SE-Therapeuten*, im Anschluss die Analyse der Wirkfaktoren aus Perspektive von *SE-Klienten*.

Analyse der Wirkfaktoren aus Perspektive von SE-Therapeuten. Eine der drei hier berücksichtigten Studien interessierte sich für die Sichtweise von SE-Therapeuten auf die Frage, warum SE ihrer Meinung nach, eine wirksame Traumatherapie darstellt und welche Faktoren zur Effektivität der Therapie beitragen [11]. Zur Beantwortung der Fragestellung konnte die Auswertung der Interviews drei relevante Hauptfaktoren ausmachen, die zur Effektivität von SE beitragen: die Bedeutung eines zunehmenden Körpergewahrseins des Patienten (1), die Wichtigkeit, den therapeutischen Prozess dem Tempo des Patienten anzupassen (2), die Relevanz der Stärkung der Autonomie des Patienten (3), welche sich zusätzlich in weitere vier bis fünf Unterthemen kategorisiert lassen. Unter dem ersten Hauptthema führten die Therapeuten aus, wie wichtig es ist, den auftauchenden körperlichen Impulsen des Patienten zu folgen und zu vertrauen (1a) und auch körperliche Reaktionen auf Gedanken und Gefühle in der Therapie zu berücksichtigen (1b). Außerdem wurde betont, dass die Wirksamkeit von SE u.a. darin liegt, dass es sich um einen Ansatz handelt, der das Trauma ausgehend vom limbischen System unter Vervollständigung der un abgeschlossenen Trauma-Reaktionen bearbeitet (1c) und, dass es hierfür wichtig sei für den Patienten zu „normalisieren“, was er in seinem Körper erlebt und anzuerkennen, was dieser tut, um zu überleben (1d). Des Weiteren beinhaltete das zweite Thema, wie ausschlaggebend das langsame Voranschreiten für den Erfolg der therapeutischen Behandlung ist (2a) und wie wichtig es hierbei ist, die Bereitschaft des Patienten, sich auf die SE-Techniken einzulassen vor Behandlungsbeginn zu überprüfen und ein gegebenes Gefühl der Sicherheit in der Behandlung vorauszusetzen (2b). Als weitere wichtige Faktoren wurden erachtet, den Patienten in der gegenwärtigen Umgebung orientiert und geerdet zu halten (2c) und den therapeutischen Prozess so zu gestalten, dass es zu keiner erneuten Überflutung durch traumatische Erinnerung kommt (2d) sowie die Haltung der Therapeuten, sich als „Coach“ zu verstehen, der die Patienten einlädt neugierig die SE-Techniken zu erforschen und die Wichtigkeit dabei, das therapeutische Vorgehen verständlich zu erklären (2e). Mittels dritten Hauptthemas gaben Therapeuten an, dass ein therapeutisches Ergebnis von SE im Rahmen der wachsenden Autonomie (3) sei, dass es den Patienten leichter gelinge, unangenehme Emotionen und körperliche Empfindungen zu tolerieren (3a) und innere Ressourcen aufzubauen, die dem Patienten die Fähigkeit zur Selbstberuhigung ermöglichen (3b). Außerdem tragen laut Therapeuten die nach erfolgreicher „Entladung“ der Erregung entstehenden schnellen und ganzheitlichen Therapieeffekte (3c), die wachsende Unabhängigkeit der Patienten verbunden mit dem Einstehen für sich selbst (3d) sowie die starke Reduktion von durch das Trauma entstandenen Symptomen (3e) zum Erfolg der SE-Therapie bei.

McMahons [12] Untersuchungsinteresse glich jenem von Olssen [11], erweiterte sich dabei allerdings um die Frage, welche Patienten sich als am Geeignetesten für die SE-Methode darstellen. Die Auswertungen zeigten, dass ein Hauptthema der Bedeutung der therapeutischen Beziehung, im Speziellen der Patienten-Therapeuten Passung ausgemacht werden konnte. Neben dem Hauptthema, der Patienten-Therapeuten Passung wurden die vier Unterthemen Konzeptualisierung von Trauma (1), Psychoedukation des SE-Ansatzes (2), nicht durch die SE-Therapie profitierende Patienten (3) und Selbsterfahrung der SE-Therapeuten (4) identifiziert. Dabei bezieht sich die Konzeptualisierung von Trauma (1) auf die Sichtweise von Therapeuten, dass Patienten dann am Meisten von SE profitieren, wenn sie mit dem Konzept, dass es sich bei einem Trauma um eine „Trennung zwischen Geist und Körper“ handelt und traumatische Belastungssymptome deshalb ausgehend vom Körper, also unter Einbezug von non-verbalen physiologischen Prozessen bearbeitet und gelöst werden sollten, übereinstimmen. Innerhalb des zweiten Unterthemas Psychoedukation des SE-Ansatzes (2) beschreiben Therapeuten, wie wichtig es für den Erfolg der Therapie ist, das spezielle und für viele neue Trauma-Konzept von SE zu erklären. Diese Phase der Therapie erfolgt meist zu Beginn und dient auch dazu, zu überprüfen, ob die therapeutische Beziehung geeignet und stabil genug ist, um mit der Bearbeitung des Traumas zu beginnen. Des Weiteren konnte mit Hilfe der Kategorie der nicht durch die SE-Therapie profitierenden Patienten (3) zusammengefasst werden, dass Patienten sich dann als nicht geeignet für SE erweisen, wenn sie sich skeptisch gegenüber dem für die westliche Kultur ungewöhnlichen integrativen Ansatz von SE zeigen und seinen Methoden nicht vertrauen. Geeignete Patienten zeichnen

sich hingegen dadurch aus, dass sie sich wohl mit non-verbale(n) therapeutischen Methoden fühlen, offen für alternative Ansätze sind und ein Interesse dafür mitbringen, eigene Körperempfindungen zu erforschen. Die abschließende Kategorie der Selbsterfahrung der SE-Therapeuten (4) betont die Wichtigkeit der SE-Selbsterfahrung der Therapeuten, welche als entscheidender Faktor für das Profitieren der Patienten von SE gesehen wurde. Selbsterfahrung sei u.a. notwendig, um eigene körperliche und emotionale Empfindungen differenzierter wahrnehmen zu können, aber auch um eine eigene therapeutische Spezialisierung zu entwickeln.

Die Fragestellung der verbleibenden Untersuchung [13] bezog sich darauf, inwieweit die Integration von SE und psychodynamischer Psychotherapie (TP) die klinische Arbeit mit traumatischen Belastungsfolgen der Therapeuten beeinflusst, sowie welche Risiken und Bereicherungen der Integration der beiden Verfahren dabei entstehen können. Die Ergebnisse der Analysen konnten erneut in drei Hauptthemen und diverse Unterthemen geteilt werden. Mit Hilfe des ersten Hauptthemas Herangehensweise (1) wurde zusammengefasst, wie individuell die beiden Ansätze SE und TP auf Grundlage des persönlichen Hintergrundes und dem eigenen therapeutischen Schwerpunkt erfolgreich integriert werden können (1a) und wie Berührung in der Therapie im Rahmen dieser Integration förderlich sein kann (1b). Außerdem betonten Therapeuten, wie gewinnbringend sich die Psychoedukation des SE-Ansatzes für die integrierte Therapiemethode erweist. Hierbei wird den Patienten erklärt, was auf biologischer Ebene durch ein Trauma verändert wird und warum die SE-Techniken deshalb auf die Arbeit mit dem autonomen Nervensystem abzielen (1c). Das zweite Unterthema, das sich mit den Effekten der Integration (2) beschäftigte, konnte in die vier Unterthemen Effekte auf zwischenmenschliche Beziehungen (2a), Reduzierung von Symptomen (2b), Wert der Integration (2c) und Defizite der Integration (2d) differenziert werden. Die Therapeuten zeigten sich einig darüber, dass die Integration von SE und TP zu einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten außerhalb der Therapie führt (2a). Außerdem soll durch die Integration der Methoden eine schnelle Reduktion von Trauma Symptomen, darunter u.a. Schlaflosigkeit oder Hypervigilanz in den meisten Patienten ermöglicht werden (2b). Des Weiteren beschrieben die Therapeuten, dass der Wert der Integration der Verfahren darin liegt, dass die therapeutische Beziehung gefestigter wird, die Behandlung nachhaltiger und „tiefer“ wird und weniger Zeit benötigt wird, bis sich erste positive therapeutische Effekte abzeichnen (2c). Unter dem letzten Unterthema der Defizite der Integration wurden in erster Linie die Gefahren durch Fehleinschätzungen des Therapeuten sowie Widerstände des Patienten und dessen Angst vor einer Retraumatisierung genannt (2d). Unter dem abschließenden Hauptthema evidenzbasierte beste Therapie (3) führten die interviewten Therapeuten aus, dass bevor die Integration von SE und TP als evidenzbasierte beste Methode anerkannt wird, mehr empirische standardisierte Studien durchgeführt werden müssen, die die Wirksamkeit des SE-Verfahrens sowie der therapeutischen Kombination aus SE und TP aufzeigen. Diesbezüglich besteht zunächst eine Notwendigkeit standardisierte therapeutische Manuale für die integrative Methodik aus SE und TP zu entwickeln (3a, 3b).

Analyse der Wirkfaktoren aus Perspektive von SE-Klienten. Eine der Untersuchungen, welche SE-Patienten überprüfte, interessierte sich für die Effekte einer kombinierten Intervention aus SE und Gestalttherapie auf den Umgang mit chronischen Kreuzschmerzen in Schmerzpatienten mit komorbider Depression [16]. Die Auswertungen der Daten konnten in drei Hauptthemen geclustert werden, worunter die Bedeutung früherer Erfahrungen (1), Einschränkungen im Alltag (2) und Wiederherstellung der inneren Ressourcen (3) zählten. Mit Hilfe des ersten Themas wurden die Erzählungen der Probanden zusammengefasst, welche wiedergaben, inwiefern ihre früheren Lebenserfahrungen die Funktionsfähigkeit in ihrem aktuellen Leben, also auch ihre chronischen Schmerzen beeinflussen (1). Unter dem zweiten Thema zeigte sich, wie weit sich krankheitsbedingte Einschränkungen der Patienten im Alltag auf Selbstwert und Identität auswirken (2). Abschließend wurde im dritten Thema da drauf eingegangen, wie die Fähigkeit innere Ressourcen zu erschließen zum Ende der Therapie zunahm. Insgesamt wurde durch die qualitativen Auswertungen der Fallberichte dieser Studie deutlich, dass die Summe aus verschiedenen psychischen Stressfaktoren inklusive chronischer Schmerzen und Depression zu Stresssymptomen führte, welche durch die Behandlung gelindert werden konnten. Dies zeigte sich durch den erfolgreichen Aufbau innerer Ressourcen, welcher u.a. durch gesteigerte Entspannung, höherem Selbstwertgefühl sowie gesteigerte Selbstfürsorge und Zufriedenheit der Patienten deutlich wurde. Diese Veränderungen wiederum verhalfen den Patienten zu einem besseren Umgang mit den chronischen Kreuzschmerzen.

Eine weitere Studie untersuchte den Unterschied zwischen klassischen SE-Sitzungen und SE-Sitzungen mit inkludierten Berührungs- & Bewegungselementen [14]. Dabei zeigte sich durch die Selbstbeurteilung der Probanden, dass diese den SE-Sitzungen plus Berührungs- & Bewegungselementen eine bessere Benotung auf einer Rating-Skala zuwies als den klassischen SE-Sitzungen. Darüber hinaus wurde durch die Fremdbeurteilung der Therapeuten deutlich, die aus einer Adjektivierung ihrer Beobachtungen resultierte, dass die Therapeuten mehr Anmerkungen bezüglich physischer Veränderungen der Patienten während der kombinierten Interventionssitzung, als in der klassischen SE-Sitzung ausmachen konnten. Dies deutet darauf hin, dass im Rahmen der Sitzung mit Berührung und Bewegung mehr Entladungsenergie festgestellt werden konnte und dort eine stärkere sensorisch-motorische Integration stattfand. Die SE-Sitzungen in Kombination mit Berührungs- und Bewegungselementen wurden also sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbewertung als wirksamer bewertet als SE allein.

In der verbleibenden Untersuchung [15] wurden vier spezifische Untersuchungsziele festgelegt. So sollten durch diese Studie die durch das Trauma ausgelösten Symptome und Folgeerkrankungen der Probanden (1) sowie die Kultur spezifischen „Methoden“, die sie aktuell nutzten, um diese Symptome zu lindern (2), identifiziert werden. Des Weiteren galt dem interkulturellen Austausch zu dem Metakzept des Leidens Interesse, bei welchem ihnen u.a. das westliche Konzept von Trauma und SE nahegelegt wurde (3). Zuletzt sollten Effekte und Wirkmechanismen der SE-Therapie auf die traumatisierte Stichprobe getestet werden (4). Im Rahmen der ersten Forschungsfrage wurden emotionale Belastungen / Symptome (Einsamkeit aufgrund der Trennung von der Familie in Tibet, Hilflosigkeit, noch in Tibet lebende Tibeter nicht unterstützen zu können und Traurigkeit über die fehlende Zugehörigkeit in oder außerhalb des Landes) sowie chronische körperliche Folgeerkrankungen (u.a. Verdauungsprobleme, Atembeschwerden und Schwindel) aufgezählt (1). Des Weiteren wurden von den Teilnehmern einige unterstützende Faktoren angegeben, die ihnen im Umgang mit den emotionalen und körperlichen Belastungen helfen. Darunter konnten die Hauptthemen tibetisch-buddhistische Lehren und Praktiken, Zuspruch und Trost durch Freunde, das (Mit)teilen der eigenen Probleme und das Gefühl der Solidarität und Zugehörigkeit zur tibetischen Identität (2) ausgemacht werden. Unter dem dritten Hauptthema erläuterten die Probanden, wie Leid aus buddhistischer Perspektive bewertet wird und inwiefern Meditation, das Praktizieren von Mitgefühl und das Studieren buddhistischer Lehren dabei helfen können, dieses zu reduzieren (3). Im Rahmen der vierten und wichtigsten Untersuchungsfrage führte der Autor schließlich aus, dass durch die Interviews deutlich wurde, wie groß die kulturellen Unterschiede und dabei insbesondere das Verständnis über den Ursprung von Traumata und ihrer Behandlung in der Stichprobe waren. Die Tibeter zeigten geringen Nutzen und wenig Interesse an persönlicher Heilung durch Einzeltherapiesitzungen, durch welche „nur“ ihre eigenen Beschwerden und Symptome gelindert werden konnten. Ihr Wunsch lag ferner darin begründet, im Dialog mit der Gemeinschaft Wege zu finden, andere Tibeter unterstützen zu können, für die Rechte ihrer kulturellen Gemeinschaft einzustehen und gemeinsam den Wert der tibetischen Kultur und buddhistischen Praxis weiterzutragen. Daraufhin wurde nach einigen durchgeführten SE-Sitzungen davon abgesehen, das ursprüngliche Ziel, die Wirkweise von SE im Kontext von tibetischen Flüchtlingen zu untersuchen, weiter zu verfolgen. So konnten wenige spezifische Informationen über die Wirkweise von SE aus dieser Untersuchung gezogen werden, aber dafür die Erkenntnis, dass dem kulturübergreifenden Einsatz von SE Grenzen geboten sind (4).

Teil V: Kritische Bewertung der Studien

Im Folgenden werden die Kriterien und Ergebnisse der Qualitätsbewertung der quantitativen Studien vorgestellt. Diese sind außerdem in *Tabelle 3* dargestellt. Die Herleitung der Kriterien erfolgte zum einen anhand einer Orientierung an Kriterien bisheriger Reviews (z.B. Lemmens, Müller, Arntz & Huibers, 2016), zum anderen wurden sie basierend auf methodischen Unterschieden und Mängel der Studien neu entwickelt.

Randomized Controlled Trials. In lediglich zwei [1, 2] der zehn Studien handelte es sich um randomisiert kontrollierte Untersuchungen. In einer der beiden wurde dabei allerdings keine aktive Kontrollgruppe eingesetzt. Dies ist zu bemängeln, da so nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Effekte durch die Tatsache entstanden sind, dass irgendeine Form von Treatment oder Aktivität erfolgt ist und nicht auf die Behandlung durch die SE-Intervention zurückzuführen sind.

Kontrollgruppen. Zwei weitere Studien setzten, wenn auch ohne Randomisierung, eine Kontrollgruppe ein [3, 6]. Beide führten zusätzlich ein Matching bezüglich bestimmter Merkmale der Probanden in EG und KG durch und versuchten durch diese paarweise Zuordnung die Variabilität der Stichproben zwischen EG und KG zu reduzieren [3, 6].

Follow-up Messungen nach ≥ 3 Monaten. In weiteren sechs Untersuchungen wurden Follow-up Messungen erhoben, die mindestens drei Monate nach der Prä-Messung erfolgten und damit dieses Bewertungskriterium erfüllten [1, 2, 4, 5, 6, 9]. Im Speziellen wurden diese nach einem Jahr [2, 5], vier [4, 6] und acht Monaten [4] sowie drei Jahre später [9] durchgeführt.

Stichproben pro Bedingung ≥ 40 Probanden. Des Weiteren konnten die Stichprobengrößen in sieben Studien eine Probandenanzahl von über 40 Versuchspersonen aufzeigen [1, 2, 4, 5, 6, 7, 10].

Drop-Outs innerhalb der Stichproben. Es kam in sechs Studien zu Drop-Outs innerhalb der Stichproben [2, 3, 5, 7, 8, 9]. So wurden nur in vier Untersuchungen vergleichbar viele Probanden zu allen Messzeitpunkten erhoben [1, 4, 6, 10].

Qualität der Testinstrumente. Fünf Studien wählten ausschließlich Testverfahren, die in ihrer Reliabilität und Validität bereits geprüft worden sind [1, 2, 3, 8, 9]. Die verbleibenden fünf setzten zum Teil Instrumente ein, von denen diese statistischen Kennwerte nicht bekannt sind [4, 5, 6, 7, 10].

Effektstärken. Fünf Studien berichteten Maße für ihre Effekte [1, 2, 4, 6, 8]. Für drei weitere Untersuchungen lagen ausschließlich deskriptive Werte und somit auch keine Effektstärken vor [5, 7, 10]. In den verbleibenden beiden Studien [3, 9] fehlten Angaben zu den Effekten der ermittelten Befunde. Aufgrund fehlender statistischer Werte in diesen Studien war es nicht möglich, diese nachträglich zu errechnen.

Standardisierung durch ein Therapiemanual. Sieben Studien berichteten ein standardisiertes Manual, anhand welchem die SE-Sitzungen erfolgten [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8]. Dabei führten Leitch und Miller-Karas [7] zwar keine SE-Intervention durch, aber untersuchten ein auf SE basierendes Training, für welches ebenfalls ein detailliertes Protokoll vorgestellt wurde. In lediglich einer Untersuchung wurde demnach kein therapeutisches Manual erläutert [3].

Angabe zu den SE-Therapeuten. In fünf der sieben Studien, welche SE-Interventionen durchführten, handelte es sich um SE-Therapeuten mit abgeschlossenem und zertifiziertem SE-Training [1, 2, 4, 6, 8]. In den zwei verbleibenden Untersuchungen war das Training noch nicht vollständig abgeschlossen, die Therapeuten sich aber am Ende der Ausbildung befindend [3,6].

Fazit der Bewertungskriterien. Abschließend ist zu sagen, dass keine der Studien alle Qualitätskriterien erfüllen konnte. Allerdings konnten zwei Untersuchungen [1, 2] dies nahezu erreichen. So wurde in den Untersuchungen von Brom [1] und Andersen [2] nur jeweils ein Kriterium nicht befriedigt.

Tabelle 3. *Qualitätskriterien der quantitativen Studien*

	Kriterien								
	<i>RCT</i>	<i>KG & Matching</i>	<i>Follow-up</i>	<i>N ≥ 40</i>	<i>N = konstant</i>	<i>Testverfahren</i>	<i>Effektstärken</i>	<i>Therapiemanual</i>	<i>Therapeuten</i>
[1] Brom et al. (2017)	(+)	(+)		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
[2] Andersen et al. (2017)	(+)	(+)	(+)	(+)		(+)	(+)	(+)	(+)
[3] Changaris (2010)		(++)				(+)			
[4] Parker et al. (2008)			(+)	(+)	(+)		(+)	(+)	(+)
[5] Leitch (2007)			(+)	(+)				(+)	
[6] Leitch et al. (2009)		(++)	(+)	(+)	(+)		(+)	(+)	(+)
[7] Leitch & Miller-Karas (2009)				(+)				(+)	/
[8] Briggs et al. (2018)						(+)	(+)	(+)	(+)
[9] Winbald et al. (2017)			(+)			(+)		/	/
[10] Rossi (2014)				(+)	(+)			/	/
<i>n von Gesamt</i>	2 von 10	4 von 10	6 von 10	7 von 10	4 von 10	5 von 10	5 von 7	7 von 8	5 von 7
<i>Kriterium erfüllt in %</i>	20 %	40 %	60 %	70 %	40 %	56 %	71 %	88 %	71 %

Anmerkungen. Bewertungskriterien: RCT: (+), wenn randomisiert-kontrollierte Studie; KG: (+), wenn erhoben; (++) , wenn zusätzlich Matching von EG & KG; Follow-up: (+), wenn Follow-up nach ≥ 3 Monaten; $N \geq 40$: (+), wenn $N \geq 40$; $N =$ konstant: (+), wenn Erhebung ohne Drop-Outs der Stichprobe; Testverfahren: (+), wenn für eingesetzte Testverfahren Validität & Reliabilität bekannt; Effektstärken: (+), wenn berechnet; Therapiemanual: (+), wenn Manual für SE-Therapie vorlag; Therapeuten: (+), wenn SE-Therapeuten abgeschlossenes zertifiziertes Training aufwiesen. Weitere: RCT = randomisiert kontrollierte Studie; KG = Kontrollgruppe; / = Kriterium kann nicht erfüllt werden, da in dieser Studie anders untersucht.

Literatur

Mit * gekennzeichnete Referenzen beinhalten alle Studien, die Ergebnis, der systematischen Literaturübersicht sind und in den Tabellen dargestellt werden.

- *Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial of brief somatic experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1-9.
- Andersen, T. E., Ellegaard, H., Schiøttz-Christensen, B., & Manniche, C. (2018). Somatic experiencing® for patients with low back pain and comorbid posttraumatic stress disorder—protocol of a randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 308.
- *Briggs, P. C., Hayes, S., & Changaris, M. (2018). Somatic experiencing informed therapeutic group for the care and treatment of biopsychosocial effects upon a gender diverse identity. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-18.
- *Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 304-312.
- *Changaris, M. C. (2010). *Assessing the efficacy of somatic experiencing for reducing symptoms of anxiety and depression*. Unpublished Dissertation, John F. Kennedy University.
- *Ellegaard, H., & Pedersen, B. D. (2012). Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3–12 months' duration. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 166.
- Foundation for Human Enrichment (2007). *Studienbuch, Somatic Experiencing (SE), Basiskonzept zur Traumabewältigung nach Peter Levine, Ph.D.* Boulder, CO: Somatic Experiencing Trauma Institute.
- *Gomes Silva, S. (2014). *Engaging touch and movement in somatic experiencing trauma resolution approach*. Unpublished Doctoral Dissertation, International University for Graduate Studies.
- Grand, D. (2013). *Brainspotting: The revolutionary new therapy for rapid and effective change*. Boulder, Colorado: Sounds True.
- *Hays, J. T. (2014). *Healing Trauma in the Psyche-Soma: Somatic experiencing in psychodynamic psychotherapy*. Unpublished Doctoral Dissertation, Pacifica Graduate Institute.
- Heller, L., & LaPierre, A. (2013). *Entwicklungsstrauma heilen: Alte Überlebensstrategien lösen - Selbstregulierung und Beziehungsfähigkeit stärken. Das Neuroaffektive Beziehungsmodell zur Traumaheilung NARM*. München: Kösel-Verlag.
- *Leitch, M. L. (2007). Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology*, 13(3), 11-20.

- *Leitch, M. L., Vanslyke, J., & Allen, M. (2009). Somatic experiencing treatment with social service workers following Hurricanes Katrina and Rita. *Social Work, 54*(1), 9-18.
- *Leitch, L., & Miller-Karas, E. (2009). A case for using biologically-based mental health intervention in post-earthquake China: evaluation of training in the trauma resiliency model. *Emergency Mental Health, 11*(4), 221-233.
- Lemmens, L. H., Müller, V. N., Arntz, A., & Huibers, M. J. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: an empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95-107.
- *McMahon, S. (2017). *The Body Recovers: Practitioner Perspective on Somatic Experiencing*. Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.
- *Nickerson, G. L. (2015). *Getting to the root of suffering: Dialogues with Tibetan refugee expolitical prisoners on what heals psychological and somatic sequelae of trauma*. Unpublished Doctoral Dissertation, Pacifica Graduate Institute.
- *Olssen, M. C. (2013). *Mental health practitioners' views on why somatic experiencing works for treating trauma*. Unpublished Clinical Research Paper, St. Catherine University.
- *Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology, 14*(3), 103-109.
- *Rossi, C. P. (2014). SE beginning level training effects on professional and personal life of students. Unpublished Doctoral Dissertation, Charisma University.
- *Winblad, N. E., Changaris, M., & Stein, P. K. (2018). Effect of Somatic Experiencing resiliency-based trauma treatment training on quality of life and psychological health as potential markers of resilience in treating professionals. *Frontiers in Neuroscience, 12*(70), 1-10.