

Somatic Experiencing bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und traumabezogener Symptomatik

Ein systematisches Literaturreview

Masterarbeit

Anja Pusch

MSc Klinische Psychologie (London)

London Metropolitan University

MSc Klinische Psychologie

Eingereichte Fassung: 17. Juli 2026

Abstract

Traumatische Erfahrungen können zu erheblichen psychischen und körperlichen Belastungen führen und langfristig die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen. Neben etablierten traumatherapeutischen Verfahren hat in den vergangenen Jahren das Interesse an körperorientierten Therapieansätzen zugenommen. Einer der bekanntesten Ansätze ist Somatic Experiencing (SE), dessen empirische Evidenzlage bislang jedoch als begrenzt und heterogen gilt.

Ziel der vorliegenden Arbeit war die systematische Untersuchung der empirischen Befunde zur Anwendung von SE bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und traumabezogener Symptomatik. Dabei sollte neben einer Bestandsaufnahme der Frage nachgegangen werden, welche Aussagen sich aus der bisherigen Forschung zur Symptomreduktion, Studienqualität und den bestehenden Forschungslücken ableiten lassen.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed und PubPsych sowie ergänzend in Google Scholar, Springer Nature Link und über die Durchsicht relevanter Literaturverzeichnisse. Eingeschlossen wurden quantitative empirische Studien mit erwachsenen Teilnehmenden, in denen SE als zentrale Intervention untersucht wurde. Insgesamt wurden 14 Studien in die Analyse einbezogen, darunter vier randomisierte kontrollierte Studien (RCTs).

Die Ergebnisse zeigen mehrheitlich positive Befunde hinsichtlich der Reduktion traumabezogener Symptome sowie weiterer psychischer Belastungen wie Angst, Depression und Stress. Die stärkste Evidenz stammt aus vier RCTs, deren Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Populationen, Outcomes und Vergleichsbedingungen nur eingeschränkt miteinander vergleichbar waren. Mehrere Studien berichteten Verbesserungen ressourcenorientierter Outcomes wie Resilienz, psychologische Sicherheit und soziale Verbundenheit. Die methodische Qualität der Studien erwies sich als heterogen. Neben den vier RCTs fanden sich zahlreiche quasi-experimentelle und unkontrollierte Prä-Post-Studien. Kleine Stichproben, unterschiedliche Populationen und variierende Interventionen schränken die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ein.

Insgesamt sprechen die vorliegenden Befunde für ein therapeutisches Potenzial von SE bei PTBS und traumabezogener Symptomatik. Aufgrund der begrenzten und heterogenen Evidenzbasis sind belastbare Aussagen zur Wirksamkeit von SE bei PTBS und traumabezogenen Belastungen bisher nur eingeschränkt möglich. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse den Bedarf an weiteren methodisch hochwertigen Studien, um so die Evidenzbasis zu stärken und den Stellenwert von SE innerhalb der evidenzbasierten Traumatherapie besser einordnen zu können.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
2. Fragestellung	2
3. Theoretischer Hintergrund	3
3.1 Trauma und traumabezogene Störungen	3
3.2 Neurobiologische und psychophysiologische Grundlagen von Trauma	4
3.3 Körperorientierte Ansätze in der Psycho- und Traumatherapie	5
3.4 Somatic Experiencing	6
3.4.1 Die zentralen Konzepte von SE	7
3.4.2 Wichtige SE-Interventionselemente	8
3.5 Wirkmechanismen von Somatic Experiencing	9
3.5.1 Verbesserung autonomer Selbstregulation	9
3.5.2 Verbesserung der Körperwahrnehmung	9
3.5.3 Förderung von Selbstwirksamkeit und Ressourcenaktivierung	10
3.5.4 Integration von traumatischen Erfahrungen	10
3.5.5 Wirkmechanismen von SE: Zusammenfassung	10
3.6 Aktueller Forschungsstand zu Somatic Experiencing	11
4. Methode	11
5. Ergebnisse	15
5.1 Studiencharakteristik	15
5.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit / Symptomreduktion	17
5.2.1 Direkte Evidenz	17
5.2.2 Eingeschränkte Evidenz	17
5.2.2.1 Traumabezogene Symptome	17
5.2.2.2 Affektive / psychische Symptome	18
5.2.2.3 Ressourcenorientierte Outcomes	19
5.2.3 Explorative Evidenz	19
5.2.4 Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche der Befunde	20
5.3 Methodische Qualität / Stärken und Schwächen der Studien	22
5.4 Forschungslücken	24
6. Diskussion	25
6.1 Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage	25
6.2 Einordnung ins Forschungsfeld	27
6.2.1 Einordnung in aktuelle Leitlinien	29
6.3 Kritische Diskussion der Suchstrategie und Limitationen	29

6.4 Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung	30
7. Fazit	32
Literaturverzeichnis.....	34
Anhang.....	39

Abkürzungsverzeichnis

CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale (klinikergestütztes Interview zur Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HPA-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
HRV	Herzratenvariabilität
IES-R	Impact of Event Scale – Revised (revidierte Skala zur Erfassung traumabezogener Belastungssymptome)
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
kPTBS	komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale (Fragebogen zur Erfassung posttraumatischer Belastungssymptome)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSS	posttraumatische Stresssymptome
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SE	Somatic Experiencing
SESP	Somatic Experience Stabilization Program
TFA	Trauma First Aide
TRM	Trauma Resiliency Model
TF-KVT	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie

1. Einleitung

Potenziell traumatisierende Ereignisse gehören zu den häufig auftretenden Belastungserfahrungen im Leben von Menschen. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass ein großer Teil der Bevölkerung im Laufe des Lebens mindestens ein solches Ereignis erlebt, das mit tatsächlicher oder drohender schwerer Verletzung, Gewalt oder Lebensgefahr verbunden ist (Kilpatrick et al., 2013). Während viele Betroffene solche Erfahrungen ohne langfristige psychische Folgen verarbeiten, entwickeln andere anhaltende psychische und körperliche Beschwerden, die von erhöhter Anspannung, Schlafstörungen und emotionaler Überforderung bis hin zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) reichen können.

Die PTBS ist eine klinisch bedeutsame psychische Störung, die mit erheblichem individuellem Leidensdruck für die Betroffenen und Einschränkungen der Lebensqualität verbunden ist. Neben traumatherapeutischen Verfahren wie der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) werden zunehmend auch körper- und bewegungsorientierte Ansätze zur Behandlung traumabezogener Beschwerden untersucht und in der klinischen Praxis eingesetzt (Rosendahl et al., 2021; van de Kamp et al., 2019, 2023). Diese Verfahren gehen davon aus, dass traumatische und belastende Erfahrungen nicht nur auf kognitiver oder emotionaler Ebene verarbeitet werden, sondern sich auch in körperlichen Reaktionsmustern und Symptomen widerspiegeln und über solche therapierbar sind.

Einer der bekanntesten körperorientierten Ansätze ist Somatic Experiencing¹ (SE), das seit den 1970er Jahren von Peter Levine entwickelt wurde. Das Verfahren betont die Wahrnehmung körperlicher Empfindungen und die Regulation des autonomen Nervensystems mit dem Ziel, traumabedingte Stressreaktionen schrittweise zu verarbeiten und die Selbstregulation zu fördern (Levine, 2008, 2012). SE wird inzwischen weltweit in unterschiedlichen klinischen und psychosozialen Kontexten angewendet (Kuhfuß et al., 2021; Payne et al., 2015).

Da körperorientierte Verfahren in den vergangenen Jahren in der psychotherapeutischen Praxis zunehmend eingesetzt werden, gewinnt auch ihre wissenschaftliche Bewertung an Bedeutung. Für Therapeut:innen, Betroffene und Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen ist deshalb wichtig, welche Verfahren auf einer soliden empirischen Grundlage beruhen und für welche Indikationen schon aussagekräftige Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Vor diesem Hintergrund kommt der systematischen Aufarbeitung der vorhandenen Evidenz zu SE besondere Bedeutung zu.

¹ Somatic Experiencing ist eine eingetragene Marke von Peter Levine. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die Verwendung des Symbols ® verzichtet.

Für SE ist eine solche wissenschaftliche Einordnung bislang nur eingeschränkt möglich. Obwohl SE sowohl in der Forschung als auch in der Praxis immer mehr Beachtung findet, ist die empirische Evidenzbasis bislang deutlich kleiner als die von etablierten traumatherapeutischen Verfahren (Kuhfuß et al., 2021). Frühere Reviews (Kuhfuß et al., 2021) beschreiben die Befundlage als vielversprechend, weisen jedoch auch auf methodische Einschränkungen sowie einen Bedarf an weiterer Forschung hin. Gleichzeitig wurden seit dem Literaturreview von Kuhfuß et al. (2021) zusätzliche empirische Studien veröffentlicht, die bisher nicht gemeinsam ausgewertet wurden.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit die empirische Evidenz, das heißt, quantitative Studien, zur Anwendung von SE bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung oder traumabezogener Symptomatik. Ziel ist es, die vorhandenen Studien systematisch zu identifizieren, ihre Ergebnisse bezüglich der Symptomreduktion zusammenzufassen, die methodische Qualität der Evidenz zu bewerten und bestehende Forschungslücken aufzuzeigen.

Nach der Darstellung der Forschungsfrage und des theoretischen Hintergrunds werden die Methodik der Literaturrecherche sowie die Ergebnisse des Reviews beschrieben. Abschließend werden die Befunde diskutiert, kritisch eingeordnet und Implikationen für die Praxis und die zukünftige Forschung abgeleitet.

2. Fragestellung

SE wird seit mehreren Jahrzehnten als körperorientierter Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und zur Auflösung von posttraumatischen Belastungsreaktionen und stressbedingten Störungen angewendet (Levine, 2012). Trotz der zunehmenden Verbreitung von SE ist die empirische Evidenz zur Wirksamkeit bislang begrenzt und heterogen. Insbesondere ist unklar, in welchem Umfang Befunde bei Erwachsenen mit diagnostizierter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) oder traumabezogenen Belastungen und Symptomen vorliegen und wie belastbar sie sind. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche empirischen Befunde liegen zur Anwendung von Somatic Experiencing bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung oder traumabezogener Symptomatik vor, und welche Aussagen lassen sich daraus hinsichtlich Symptomreduktion, Studienqualität und Forschungslücken ableiten?

Die Beantwortung dieser Fragestellung soll nicht nur einen Überblick über die bisherige Evidenz liefern, sondern auch Unterschiede zwischen den Studien bezüglich Populationen, Studiendesigns und untersuchten Outcomes aufzeigen. Darüber hinaus soll bewertet werden, inwiefern die vorhandene Evidenz belastbare Aussagen zur Wirksamkeit von SE erlaubt und welche Forschungslücken durch zukünftige Untersuchungen adressiert werden sollen.

3. Theoretischer Hintergrund

3.1 Trauma und traumabezogene Störungen

Potenziell traumatische Ereignisse und deren Auswirkungen sind in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. Untersuchungen zeigen, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung im Laufe des Lebens mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt (Kilpatrick et al., 2013). Dazu zählen beispielsweise körperliche oder sexuelle Gewalt, schwere Unfälle, Naturkatastrophen, Kriegserfahrungen oder lebensbedrohliche Erkrankungen.

Nach der International Classification of Diseases (ICD-11) kann eine Posttraumatische Belastungsstörung nach der Exposition gegenüber einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder mehreren solcher Ereignisse auftreten (World Health Organization, 2025). Während viele Menschen solche Erfahrungen langfristig ohne psychische Störungen verarbeiten, entwickelt ein Teil der Betroffenen anhaltende Traumafolgesymptome oder eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Nach der ICD-11 ist die PTBS durch drei Symptomcluster gekennzeichnet: das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in der Gegenwart (Intrusionen), die Vermeidung von mit dem Trauma verbundenen Reize sowie ein anhaltendes Gefühl erhöhter Bedrohung, das sich beispielsweise in Form von Hypervigilanz oder erhöhter Schreckhaftigkeit äußert (World Health Organization, 2025). Zusätzlich kann nach länger andauernden oder wiederholten traumatischen Erfahrungen eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) entstehen, bei der neben den Kernsymptomen der PTBS auch Störungen der Affektregulation, ein negatives Selbstbild und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten. Die kPTBS wurde erstmals als eigenständige Diagnose in die ICD-11 aufgenommen (Cloitre et al., 2013; World Health Organization, 2025).

Auch im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) wird die PTBS als Traumafolgestörung definiert. Im Unterschied zur ICD-11 umfasst die DSM-5-Diagnose vier Symptomcluster: Intrusionen, Vermeidung, negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung sowie Veränderungen von Erregung und Reaktivität (American Psychiatric Association, 2022). Die ICD-11 verfolgt demgegenüber einen stärker fokussierten Ansatz mit drei Kernsymptomclustern. Da die Mehrzahl der in dieser Arbeit eingeschlossenen Studien PTBS anhand etablierter internationaler Diagnosekriterien untersuchte und die ICD-11 aktuell die Grundlage der klinischen Diagnostik im deutschsprachigen Raum ist, wird im Folgenden auf die ICD-11 Bezug genommen.

Die Folgen traumatischer Erfahrungen beschränken sich nicht nur auf die Kriterien einer diagnostizierbaren PTBS. Traumabezogene Belastungen können sich auch in Form von Angst, Depression, Stresssymptomen, Schlafstörungen, körperlichen Beschwerden oder

Einschränkungen der Lebensqualität äußern (Bisson et al., 2015). In der klinischen Praxis zeigen viele Betroffene relevante traumabezogene Symptome, ohne die vollständigen diagnostischen Kriterien einer PTBS zu erfüllen. Sie können mit großem Leidensdruck sowie funktionellen Einschränkungen verbunden sein (McLaughlin et al., 2015). Aus diesem Grund berücksichtigt die vorliegende Arbeit neben Personen mit diagnostizierter PTBS auch Erwachsene mit traumabezogener Symptomatik.

Ergänzend zu etablierten traumafokussierten Therapieverfahren wurden verschiedene körperorientierte Ansätze für die Behandlung traumabezogener Störungen entwickelt. Sie basieren auf der Annahme, dass traumatische Erfahrungen mit Veränderungen von körperlichen und autonomen Reaktionsmustern verbunden sind und therapeutische Prozesse auch über die Wahrnehmung und Regulation körperlicher Zustände unterstützt werden können (Levine, 2012; Payne et al., 2015). Ein solcher körperorientierter Ansatz ist Somatic Experiencing (SE), das von Peter Levine entwickelt wurde (Levine, 2012). SE wird sowohl bei Personen mit diagnostizierter PTBS als auch bei Menschen mit traumabezogenen Beschwerden eingesetzt, die die diagnostischen Kriterien einer PTBS nicht oder nicht vollständig erfüllen (Payne et al., 2015).

3.2 Neurobiologische und psychophysiologische Grundlagen von Trauma

Wenn Menschen ein traumatisches Ereignis – z. B. eine Naturkatastrophe, einen Unfall, einen gewalttätigen Übergriff oder sexuellen Missbrauch – erleben, kann sich dies auf neurobiologischer und psychophysiologischer Ebene in unterschiedlichen Schweregraden auswirken (van der Kolk, 2015; Yehuda et al., 2015). Das autonome Nervensystem spielt eine zentrale Rolle bei der Reaktion auf Bedrohung und der Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts. Traumatische Belastungen können sich so auswirken, dass die natürlichen Stressreaktionen des Organismus dauerhaft dysreguliert werden, was sich unter anderem in Zuständen von Hyperarousal (Übererregung) oder Hypoarousal (Untererregung) äußern kann (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015). Zu den autonomen Stressreaktionen zählen Aktivierungszustände des sympathischen Nervensystems, die typischerweise mit Kampf- oder Fluchtreaktionen verbunden sind, sowie über den Parasympathikus gesteuerte Immobilisations- oder Erstarrungsreaktionen (Ogden et al., 2006). Bei einer Traumafolgestörung halten diese Reaktionsmuster an, auch wenn das traumatische Ereignis möglicherweise schon Jahre zurückliegt. Traumafolgen können sich z. B. in Form von chronischem Hyperarousal, verbunden mit Schlafproblemen, Schreckhaftigkeit und innerer Unruhe äußern. Zustände von Hypoarousal können sich unter anderem in emotionaler Taubheit, Rückzug, Dissoziation, Depression oder Erschöpfung zeigen. Die anhaltende Dysregulation des autonomen Nervensystems kann dazu führen, dass Betroffene auch lange nach dem traumatischen Ereignis nicht mehr angemessen auf Anforderungen und Reize in

der Gegenwart reagieren (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015). Auf körperlicher Ebene können sich Traumafolgen z. B. in (chronischen) Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und weiteren vegetativen Symptomen äußern (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015).

Traumatische Belastungen betreffen nicht nur das autonome Nervensystem, sondern können auch zentrale neurobiologische Regulationssysteme verändern. Häufig beschrieben werden dabei Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), die eine zentrale Rolle bei der Stressverarbeitung spielt. Wiederholte oder langandauernde Belastungen können zu einer veränderten Stressreaktion führen, wodurch Betroffene auch lange nach dem eigentlichen Ereignis verstärkt auf potenzielle Bedrohungen reagieren (Yehuda et al., 2015).

Darüber hinaus zeigen neurobiologische Untersuchungen Veränderungen in Hirnregionen, die an der Verarbeitung von Emotionen, Gedächtnisinhalten und Bedrohungsreizen beteiligt sind. Insbesondere werden eine erhöhte Aktivität der Amygdala, Veränderungen des Hippocampus sowie eine eingeschränkte Regulation durch präfrontale Hirnareale beschrieben (van der Kolk, 2015; Yehuda et al., 2015). Diese Veränderungen werden mit Symptomen wie Hypervigilanz (d. h. anhaltend erhöhter Wachsamkeit gegenüber möglichen Gefahren), Intrusionen, emotionaler Übererregung und Schwierigkeiten der Emotionsregulation in Verbindung gebracht.

Diese neurobiologischen Veränderungen werden in der Traumaforschung als Ausdruck einer beeinträchtigten Anpassungsfähigkeit des Organismus an Belastung verstanden. Traumatische Erfahrungen können dazu führen, dass bei Betroffenen Bedrohungsreaktionen auch dann aktiviert bleiben, wenn keine aktuelle Gefahr mehr besteht. Sie erleben dadurch häufig eine Diskrepanz zwischen der objektiven Sicherheit der Gegenwart und dem subjektiven Erleben von Unsicherheit oder Bedrohung (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015; Yehuda et al., 2015).

3.3 Körperorientierte Ansätze in der Psycho- und Traumatherapie

Aus diesen neurobiologischen und psychophysiologischen Erkenntnissen ergibt sich die Annahme, dass traumatherapeutische Interventionen nicht nur an der kognitiven Verarbeitung traumatischer Erinnerungen ansetzen, sondern auch die Regulation physiologischer Stressreaktionen in der Gegenwart berücksichtigen können. Körperorientierte Verfahren basieren auf dieser Annahme und verfolgen das Ziel, die Fähigkeit des Nervensystems zur flexiblen Selbstregulation zu fördern (Levine, 2012; Ogden et al., 2006; Payne et al., 2015). Somatic Experiencing ist einer dieser Ansätze.

Aufbauend auf diesen Annahmen wurden neben den evidenzbasierten traumatherapeutischen Verfahren wie z. B. TF-KVT und EMDR in den letzten Jahrzehnten

immer mehr körperbasierte Ansätze in der Traumatherapie entwickelt und integriert. Die Grundidee körperorientierter Psychotherapie ist, dass Gehirn und Körper untrennbar zusammenwirken und sich Kognitionen, Affekte und Emotionen nicht nur im Gehirn zeigen, sondern im ganzen Körper (Selvam, 2022). Gerade traumatische Erfahrungen und die Folgen davon zeigen sich häufig auf körperlicher Ebene, und die physiologischen Traumareaktionen bleiben oft noch lange nach dem traumatischen Ereignis bestehen, z. B. in Form von Muskelverspannungen und chronischen Schmerzen (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015). Einige körperorientierte Ansätze beziehen sich zudem auf die Polyvagalthorie nach Stephen Porges, die unterschiedliche autonome Reaktionsmuster auf Sicherheit und Bedrohung beschreibt (Porges, 2011).

Da traumatische Erfahrungen häufig mit anhaltenden physiologischen Reaktionsmustern verbunden sind, wird in körperorientierten Verfahren davon ausgegangen, dass körperliche Prozesse und Interventionen die psychotherapeutische Behandlung sinnvoll ergänzen können (Marlock & Weiss, 2023; Payne et al., 2015). Zu den bekanntesten körperorientierten psychotherapeutischen Verfahren gehören z. B. Hakomi, die biodynamische Körperpsychotherapie, die sensomotorische Psychotherapie und Somatic Experiencing. Im Rahmen von körperorientierter Traumatherapie werden körperliche Empfindungen und physiologische Reaktionen häufig als zentraler Zugang zu traumabezogenen Prozessen genutzt. Diese Vorgehensweise wird häufig als „bottom-up“-Ansatz beschrieben, da sie bei körperlichen und autonomen Reaktionen ansetzt. Kognitiv orientierte Verfahren hingegen arbeiten vor allem über die bewusste Verarbeitung, Reflexion und Neubewertung und werden daher eher als „top-down“-Ansätze bezeichnet (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015). Beide Perspektiven schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern werden in der modernen Traumatherapie immer mehr als sich ergänzende Zugänge verstanden, die je nach individueller Symptomatik und Therapieverlauf unterschiedlich gewichtet und eingesetzt werden können.

3.4 Somatic Experiencing

Somatic Experiencing wurde von Peter Levine als körperorientiertes psycho- und traumatherapeutisches Verfahren entwickelt. Dabei leiten Therapeut:innen Patient:innen an, den Fokus auf die interozeptive, kinästhetische und propriozeptive Wahrnehmung zu lenken (Levine, 2012). Nach dem theoretischen Modell von Levine können traumatische Symptome entstehen, wenn natürliche Schutz- und Abwehrreaktionen während eines überwältigenden Ereignisses nicht vollständig abgeschlossen werden. Durch die bewusste Wahrnehmung körperlicher Empfindungen sollen diese Prozesse schrittweise reguliert und integriert werden (Payne et al., 2015). Levine entwickelte SE unter anderem auf Grundlage von Beobachtungen

natürlicher Stressreaktionen bei Tieren sowie Erkenntnissen aus der Stress- und Traumaforschung.

Im Unterschied zu vielen traumafokussierten Verfahren richtet sich die Aufmerksamkeit bei SE zunächst weniger auf die inhaltliche Bearbeitung traumatischer Erinnerungen als auf die in der Gegenwart wahrnehmbaren körperlichen Reaktionen. Charakteristisch für SE sind außerdem die konsequente Ressourcenorientierung und die schrittweise Annäherung an belastende Erfahrungen innerhalb eines regulierbaren Aktivierungsbereichs. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf das Wechselspiel zwischen körperlichem Erleben, Emotionen, Kognitionen und Verhalten. Körperliche Prozesse werden somit nicht isoliert betrachtet, sondern als Bestandteil eines ganzheitlichen psychotherapeutischen Veränderungsprozesses gesehen. (Levine, 2012; Payne et al., 2015).

3.4.1 Die zentralen Konzepte von SE

Der Körper und die Körperwahrnehmung sind integrale Bestandteile einer SE-Therapie, sowohl auf interozeptiver Ebene (das heißt im Körperinneren) als auch auf kinästhetisch-propriozeptiver Ebene (das heißt den Bewegungsapparat betreffend). Aus SE-Sicht sind posttraumatische Stresssymptome ein Ausdruck einer anhaltenden Dysregulation des autonomen Nervensystems als Folge von unvollständig abgeschlossenen Schutz- und Abwehrreaktionen. Ziel der Therapie ist die Förderung der autonomen Selbstregulation, wodurch traumabezogene Symptome reduziert werden können (Payne et al., 2015).

Ein zentrales Merkmal von SE ist die konsequente Ressourcenorientierung. Unter Ressourcen werden innere und äußere Faktoren verstanden, die Sicherheit, Stabilität und Selbstregulation fördern können. Hierzu zählen z. B. angenehme Körperempfindungen, unterstützende Beziehungen, Erinnerungen an bewältigte Herausforderungen oder wahrgenommene Kompetenzen. In der SE-Therapie dienen Ressourcen dazu, die Verarbeitung belastender Aktivierung zu unterstützen und Überforderung zu vermeiden. Sie werden daher nicht nur als vorbereitendes Element betrachtet, sondern begleiten den gesamten therapeutischen Prozess (Levine, 2012; Payne et al., 2015).

Im Gegensatz zu vielen traumafokussierten Verfahren wird bei SE keine systematische Exposition gegenüber traumatischen Erinnerungen durchgeführt. Stattdessen lernen die Betroffenen, traumabezogene Aktivierungszustände in Form von körperlich erlebbarem Hyper- oder Hypoarousal in der Gegenwart wahrzunehmen und schrittweise zu regulieren – über Körperwahrnehmung, Ressourcenorientierung, Berührung und andere Wege, die die Regulation unterstützen. Das Ziel der Therapie ist die Senkung der psychischen Belastung und der Symptome, die durch die Dysregulation ausgelöst werden, sowie eine Wiederherstellung einer flexiblen autonomen Selbstregulation und eines ausgeglichenen Aktivierungsniveaus (Brom et al., 2017; Levine, 2012; Payne et al., 2015).

Weitere wichtige Konzepte innerhalb einer SE-Therapie sind unter anderem das sogenannte Toleranzfenster für Stress und Belastung sowie das SIBAM-Modell. Beim Toleranzfenster handelt es sich um den Bereich optimaler Regulation des Nervensystems. Innerhalb dieses Fensters können emotionale und physiologische Reaktionen flexibel verarbeitet werden (Siegel, 2020). Wird das Toleranzfenster verlassen, können Zustände von Hyperarousal oder Hypoarousal auftreten. Das optimale Toleranzfenster für Stress liegt zwischen Hyper- und Hypoarousal. SIBAM steht für die fünf Ebenen subjektiven Wahrnehmens: Sensation (Körpergefühl), Image (Bild), Behavior (Verhalten), Affect (Affekt), Meaning (Bedeutung). Das SIBAM-Modell dient in SE als Orientierungshilfe zur Erfassung und Integration verschiedener Aspekte traumatischer Erfahrungen (Levine, 2012).

3.4.2 Wichtige SE-Interventionselemente

SE umfasst verschiedene Interventionselemente, die Bestandteil einer einzelnen Therapiesitzung und eines ganzen Therapieprozesses sein können. Neben der grundlegenden Stabilisierung und Ressourcenorientierung gibt es weitere Elemente: Tracking beinhaltet das achtsame Wahrnehmen der eigenen körperlichen Empfindungen. Beim sogenannten Pendeln verankern die Patient:innen zunächst mit Unterstützung der Therapeut:innen einen als angenehm, stabilisierend oder regulierend erlebten Empfindungsbereich (z. B. im Körper oder im Raum) und wechseln dann immer wieder den Fokus zwischen diesem Bereich und der belasteten Situation, mit dem Ziel, die Aktivierung schrittweise zu regulieren und innerhalb des Toleranzfensters zu bleiben bzw. das Toleranzfenster sogar zu erweitern. Das traumatische Ereignis wird nicht detailliert konfrontiert. Stattdessen erfolgt die Annäherung in kleinen, dosierten Schritten, um eine Überforderung des Nervensystems zu vermeiden. Diesen Vorgang bezeichnet man als Titration. Die Anleitung zu Interozeption und Propriozeption durch die Therapeut:innen sowie mögliche Bewegungs- und Berührungsinterventionen sind weitere Kernelemente von SE (Levine, 2008, 2012; Payne et al., 2015).

Zu den zentralen Interventionselementen von SE gehört auch die sogenannte Vervollständigung (Completion). Dabei wird nach dem theoretischen Modell von SE angenommen, dass während eines traumatischen Ereignisses unterbrochene oder nicht vollständig abgeschlossene Schutz- und Abwehrreaktionen bestehen bleiben können. Durch die Wahrnehmung und gegebenenfalls Ausführung entsprechender Bewegungsimpulse sollen diese Reaktionen schrittweise abgeschlossen und die damit verbundene Aktivierung reguliert werden (Levine, 2012; Payne et al., 2015).

Zum Einstieg und zum Ausstieg einer SE-Sitzung ist ein häufig eingesetztes Element die Orientierung. Durch die bewusste Orientierung mit allen Sinnen an der gegenwärtigen

Umgebung soll Sicherheit vermittelt und die Aufmerksamkeit auf Ressourcen im Hier und Jetzt gelenkt werden (Levine, 2012).

3.5 Wirkmechanismen von Somatic Experiencing

Basierend auf dem theoretischen Modell von SE sowie auf bisherigen Übersichtsarbeiten und empirischen Untersuchungen werden im Folgenden zentrale postulierte Wirkmechanismen von SE beschrieben (Kuhfuß et al., 2021; Payne et al., 2015). Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass die genannten Wirkmechanismen bislang nur teilweise empirisch untersucht sind.

3.5.1 Verbesserung autonomer Selbstregulation

Die Fähigkeit zur Selbstregulation wird in der Traumaforschung als zentraler, Diagnosen übergreifender Faktor betrachtet. Schwierigkeiten in der Regulation von Erregung, Emotionen und Stressreaktionen gelten als charakteristische Merkmale traumabezogener Störungen und werden sowohl bei der PTBS als auch bei der kPTBS beschrieben (Cloitre et al., 2013; van der Kolk, 2015). Aus dieser Perspektive kann die Wiederherstellung autonomer Selbstregulation als ein übergeordnetes Therapieziel verstanden werden.

Das theoretische Modell von SE besagt, dass man durch das schrittweise Annähern an traumatische Erinnerungen und das wiederholte Pendeln zwischen belastenden und regulierenden Körperempfindungen die Fähigkeit zur autonomen Selbstregulation stärken kann (Payne et al., 2015; Levine, 2012). Die traumabezogene Aktivierung soll schrittweise innerhalb des eigenen Toleranzfensters bearbeitet und verändert werden, ohne das Nervensystem zu überfordern. Die Erweiterung des Toleranzfensters wird dabei als Merkmal eines erfolgreichen therapeutischen Prozesses betrachtet.

Wenn Anspannung, Unruhe, vegetative Aktivierung oder erhöhte Schreckhaftigkeit abnehmen, kann dies ein Zeichen für eine verbesserte Regulation des autonomen Nervensystems sein. Die Förderung dieser autonomen Selbstregulation wird als einer der zentralen Wirkmechanismen von SE angesehen (Payne et al., 2015).

3.5.2 Verbesserung der Körperwahrnehmung

Die Verbesserung der Interozeption sowie der propriozeptiven und kinästhetischen Wahrnehmung könnte dazu beitragen, körperliche Zustände genauer wahrzunehmen. Vor allem die Interozeption, also die Wahrnehmung innerer Körperzustände wie Herzschlag, Atmung, Muskelspannung oder vegetative Veränderungen, gilt in diesem Zusammenhang als wichtig. Bei traumatisierten Personen kann die Wahrnehmung solcher Körpersignale entweder vermindert oder mit starker Belastung verbunden sein. Betroffene berichten beispielsweise von emotionaler Taubheit, Dissoziation oder Schwierigkeiten, körperliche Empfindungen und Emotionen angemessen wahrzunehmen und einzuordnen. Solche

Phänomene können insbesondere im Zusammenhang mit Zuständen von Hypoarousal auftreten (Payne et al., 2015; van der Kolk, 2015). Studien außerhalb der SE-Forschung deuten darauf hin, dass eine höhere interozeptive Wahrnehmung mit weniger traumabezogenen Symptomen einhergehen kann. Es wird außerdem angenommen, dass eine verbesserte Körperwahrnehmung die Fähigkeit zur Emotionsregulation unterstützen kann. So könnten körperliche Empfindungen frühzeitiger als Indikatoren für Stress, Überforderung oder Aktivierung erkannt werden, was es Betroffenen möglicherweise erleichtert, selbst regulierend einzugreifen (Beydoun & Mehling, 2023).

3.5.3 Förderung von Selbstwirksamkeit und Ressourcenaktivierung

Die Wahrnehmung der eigenen Ressourcen und die Erfahrung, physiologische Aktivierung selbst beeinflussen zu können, können das Erleben von Selbstwirksamkeit bei Betroffenen stärken. Selbstwirksamkeit gilt als wichtiger Resilienzfaktor bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. In der Traumatherapie wird das Gefühl von Hilflosigkeit und Kontrollverlust als ein zentrales Merkmal traumatischer Erfahrungen gesehen. Körperliche Aktivierung wahrzunehmen und selbst darauf einwirken zu können, kann diesem Erleben entgegenwirken. Die Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit und Kontrolle wird daher als ein möglicher Wirkmechanismus für traumatherapeutische Interventionen betrachtet (Benight & Bandura, 2004).

3.5.4 Integration von traumatischen Erfahrungen

Das theoretische Modell von SE geht davon aus, dass traumatische Erinnerungen teilweise als fragmentierte sensorische, emotionale oder körperliche Reaktionsmuster gespeichert werden. Eine umfassendere Verarbeitung traumatischer Erlebnisse kann erreicht werden, indem man diese Bestandteile integriert. Ziel ist dabei nicht das Vergessen traumatischer Erfahrungen, sondern diese in die autobiografische Erinnerung zu integrieren, sodass sie als vergangene Ereignisse erlebt und erinnert werden können und nicht mehr als gegenwärtige Bedrohung wirken (Payne et al., 2015).

3.5.5 Wirkmechanismen von SE: Zusammenfassung

Die beschriebenen Wirkmechanismen beeinflussen sich im Verlauf der Therapie gegenseitig. Eine verbesserte Körperwahrnehmung kann die Selbstregulation fördern, während eine erfolgreiche Selbstregulation wiederum den Zugang zu körperlichen und emotionalen Reaktionen erleichtert. Dadurch können Kontrolle und Selbstwirksamkeit gestärkt werden.

Insgesamt wird angenommen, dass Selbstregulation, Körperwahrnehmung, Ressourcenaktivierung und die Integration traumatischer Erfahrungen im therapeutischen Prozess eng miteinander verbunden sind. Verbesserungen in einem Bereich können Veränderungen in den anderen Bereichen begünstigen. Welche der beschriebenen

Wirkmechanismen tatsächlich entscheidend zu den beobachteten Veränderungen beitragen, ist jedoch bisher nur teilweise empirisch untersucht. Eine differenzierte Analyse dieser Prozesse ist daher ein wichtiges Forschungsfeld für zukünftige Untersuchungen (Kuhfuß et al., 2021; Payne et al., 2015).

3.6 Aktueller Forschungsstand zu Somatic Experiencing

SE findet weltweit immer häufiger Anwendung, sowohl in der klinischen als auch in der ambulanten Therapie. Trotzdem ist die Evidenzlage bisher begrenzt. Die Übersichtsarbeit von Payne et al. (2015) hat einen wichtigen Beitrag zur theoretischen Fundierung von Somatic Experiencing geleistet, indem sie die theoretischen Grundlagen und die postulierten Wirkmechanismen des Verfahrens zusammenstellte und auf erste Hinweise auf positive Behandlungseffekte verwies, aber gleichzeitig den Bedarf an weiterer empirischer Forschung betonte.

Das Scoping-Review von Kuhfuß et al. (2021) bietet einen umfassenderen Überblick über die bisherige Forschung. Die Autor:innen fanden überwiegend positive Ergebnisse hinsichtlich traumabezogener Symptome, wiesen jedoch auf methodische Schwächen vieler Studien hin, darunter z. B. kleine Stichproben, fehlende Kontrollgruppen, heterogene Populationen und unterschiedliche Outcome-Maße (Messinstrumente bzw. Zielgrößen zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Intervention).

Insgesamt deutet die bisherige Forschung auf ein Potenzial von SE zur Reduktion traumabezogener Symptome hin. Die begrenzte Anzahl methodisch hochqualitativer Studien erlaubt es jedoch bisher nicht, belastbare Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit zu ziehen. Seit der Veröffentlichung von Kuhfuß et al. (2021) wurden weitere Studien veröffentlicht, sodass eine Aktualisierung der Evidenzlage sinnvoll erscheint. 2025 wurde zudem ein Studienprotokoll für ein groß angelegtes RCT veröffentlicht (Ayudia et al., 2025), dessen Ergebnisse in der Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Evidenzbasis leisten könnten.

Deshalb untersucht die vorliegende Arbeit die aktuelle empirische Evidenz zur Anwendung von Somatic Experiencing bei Erwachsenen mit PTBS oder traumabezogener Symptomatik.

4. Methode

Die vorliegende Masterarbeit stellt ein systematisches Literaturreview zur Wirksamkeit von Somatic Experiencing als körperorientierte psychotherapeutische Intervention bei traumabezogenen Belastungen im Erwachsenenalter dar. Ziel war die systematische Identifikation, Zusammenstellung und kritische Bewertung der bestehenden empirischen Evidenz zur Wirksamkeit von Somatic Experiencing bei Posttraumatischer Belastungsstörung oder traumaassoziierten Symptomen bei Erwachsenen.

Die ursprüngliche Forschungsfrage war zunächst enger gefasst und bezog sich ausschließlich auf Erwachsene mit diagnostizierter PTBS. Im Verlauf des Reviews zeigte sich jedoch, dass die Anzahl einschließbarer Studien hierzu begrenzt war. Um die vorhandene Evidenzlage differenziert abbilden zu können und gleichzeitig die inhaltliche Nähe der eingeschlossenen Studien zum Forschungsthema zu erhalten, wurde die Forschungsfrage moderat erweitert. In das Review wurden daher zusätzlich Studien einbezogen, die Somatic Experiencing bei traumabezogenen Symptomen, traumatischem Stress oder traumaassoziierten Belastungen untersuchten.

Die Literaturrecherche erfolgte im Mai 2026 in einem iterativen Prozess in den Datenbanken PubMed und PubPsych sowie in Google Scholar. Bei Google Scholar wurden die ersten zehn Ergebnisseiten berücksichtigt, da die Relevanz der Treffer erfahrungsgemäß mit zunehmender Trefferzahl deutlich abnimmt und Google Scholar keine standardisierte systematische Sortierung bietet. Ergänzend wurden weitere wissenschaftliche Suchmaschinen und Verlagsplattformen (z. B. Springer Nature Link) genutzt. Zusätzlich wurde eine manuelle Durchsicht der Literaturverzeichnisse relevanter Studien durchgeführt, um weitere geeignete Quellen zu identifizieren.

Die Entwicklung der Suchstrategie erfolgte ebenfalls iterativ. Die Suchbegriffe wurden schrittweise angepasst, indem Suchbegriffe erweitert, Synonyme ergänzt und Kombinationen der Suchbegriffe überprüft wurden, um möglichst alle relevanten empirischen Studien zur Forschungsfrage und somit Studien sowohl zu PTBS als auch Untersuchungen zu traumaassoziierten Belastungen zu identifizieren. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass die vorhandene Evidenz möglichst vollständig erfasst wurde.

Die Suchstrategie basierte auf der Kombination zentraler Begriffe zur Intervention, zur Zielsymptomatik und zur Art der Veröffentlichung. Verwendet wurden unter anderem die Suchbegriffe „somatic experiencing“, „post-traumatic stress disorder“, „PTSD“, „PTBS“, „trauma“, „traumatic stress“ und „trauma-related symptoms“. Diese wurden mithilfe Boolescher Operatoren kombiniert, beispielsweise:

- „somatic experiencing“ AND („posttraumatic stress disorder“ OR PTSD)
- "Somatic Experiencing" AND "Posttraumatische Belastungsstörung"
- "somatic experiencing" AND "post-traumatic stress disorder" AND (trial OR study OR treatment)
- “somatic experiencing” AND “effectiveness”
- "somatic experiencing" AND “traumatic stress”
- "somatic experiencing" AND “trauma-related symptoms”
- “somatic experiencing” AND (“post-traumatic stress disorder” OR PTSD) AND (trial OR study OR treatment)

Es erfolgte keine Einschränkung bezüglich des Publikationszeitraums, um die noch begrenzte Forschungslage zu Somatic Experiencing bei PTBS und traumabezogenen Belastungen möglichst umfassend abzubilden. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Veröffentlichungen.

Die Einschlusskriterien umfassten:

- Erwachsene (≥ 18 Jahre)
- traumabezogene Belastungen, PTBS oder traumaassoziierte Symptome
- Somatic Experiencing als zentrale Intervention
- quantitative empirische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte Studien, quasi-experimentelle Studien, Prä-Post-Studien)
- bevorzugt peer-reviewte Veröffentlichungen

Die Ausschlusskriterien umfassten:

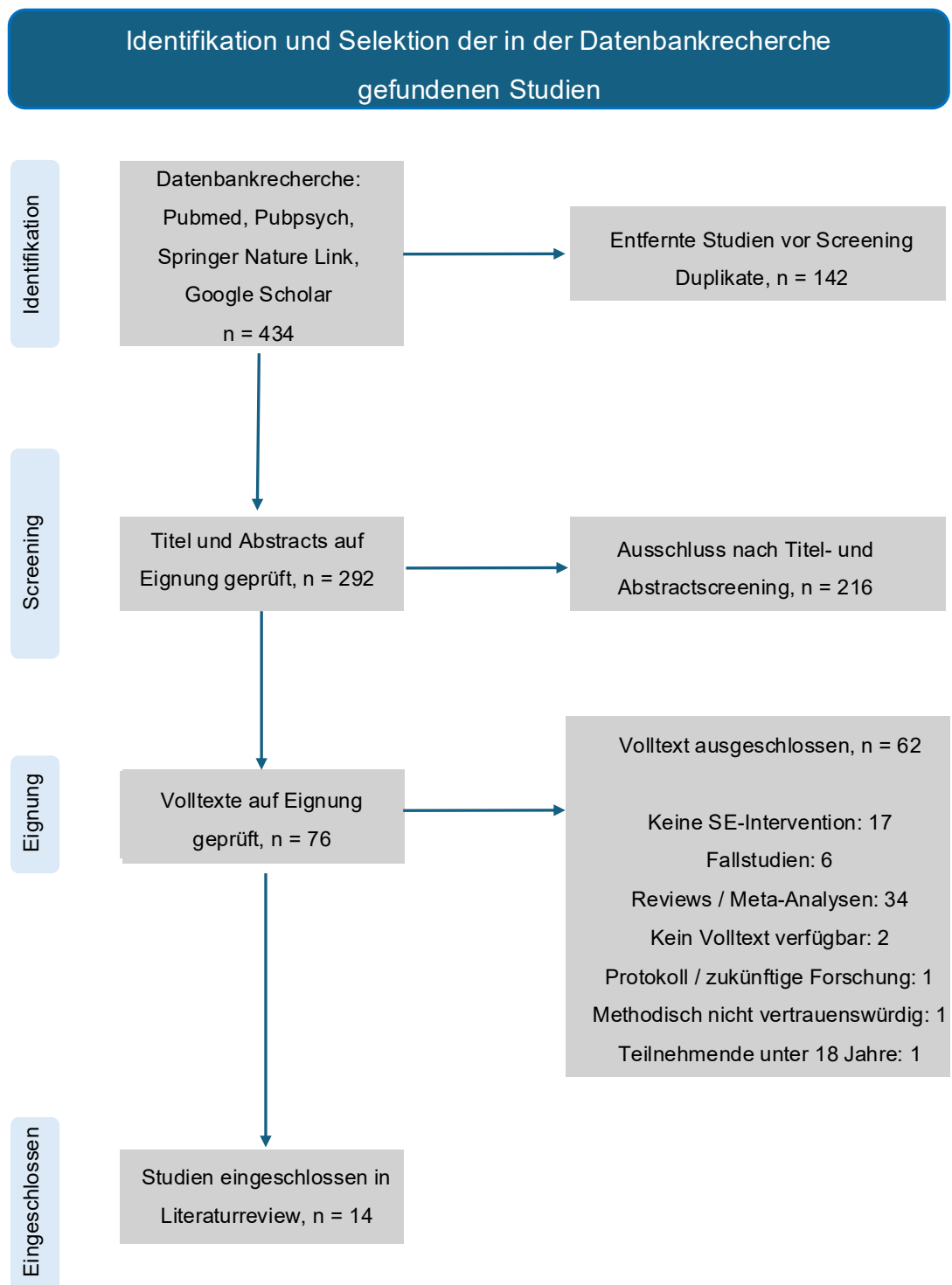
- Studien mit Kindern und Jugendlichen
- keine traumabezogene Symptomatik oder Belastung
- keine Anwendung von Somatic Experiencing
- rein theoretische Arbeiten ohne empirische Datengrundlage
- reine Fallberichte oder Einzelfallstudien ohne systematische Datenauswertung

Die Auswahl der Studien erfolgte in einem mehrstufigen Screening-Prozess. Zunächst wurden Duplikate entfernt. Dann wurden Titel und Abstract gesichtet. Anschließend wurden potenziell relevante Studien im Volltext geprüft. Die eingeschlossenen Studien wurden hinsichtlich Studiendesign, Stichprobe, Intervention, erhobener Zielgrößen (Outcomes) und zentraler Ergebnisse ausgewertet und vergleichend dargestellt.

Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde anhand zentraler Kriterien beurteilt. Berücksichtigt wurden insbesondere Studiendesign, Stichprobengröße, Kontroll- und Vergleichsbedingungen, Randomisierung, Follow-up-Erhebungen sowie die Transparenz der Berichterstattung. Darüber hinaus wurden weitere qualitätsrelevante Aspekte wie die eingesetzten Outcome-Maße, die Qualifikation der Behandelnden und potenzielle Verzerrungsquellen berücksichtigt. Zudem wurden methodische Schwächen sowie bestehende Forschungslücken kritisch reflektiert.

Insgesamt wurden zunächst 434 Artikel gefunden, die nach der Entfernung von Duplikaten auf 292 Artikel reduziert wurden. Nach Titel- und Abstractscreening wurde die Anzahl auf 76 Volltexte reduziert. Nach der Volltextprüfung wurden final 14 Studien in das Review eingeschlossen. Der Auswahlprozess der Studien ist in **Abbildung 1** dargestellt.

Abbildung 1 Suchprozess der systematischen Literaturrecherche



Der Auswahlprozess der Studien orientierte sich an den PRISMA-Leitlinien für systematische Reviews (Page et al., 2021).

Qualitative Studien wurden nicht berücksichtigt, da die Forschungsfrage auf die Untersuchung empirischer Befunde zur Wirksamkeit und Symptomveränderung ausgerichtet

war. Die Konzentration auf quantitative Studien sollte eine systematischere Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen.

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien systematisch dargestellt. Zunächst werden die Studien hinsichtlich ihrer Charakteristika beschrieben. Anschließend werden die Befunde zur Wirksamkeit von Somatic Experiencing sowie die methodische Qualität der Studien zusammenfassend dargestellt. Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien ist in **Tabelle 1** im Anhang dargestellt.

5.1 Studiencharakteristik

Die 14 eingeschlossenen Studien wurden zwischen 2007 und 2026 veröffentlicht. Sie stammen aus unterschiedlichen Ländern und wurden in den USA ($n = 4$), der Türkei ($n = 3$), Dänemark ($n = 2$) sowie in Israel, Finnland / Schweden, Indien, Thailand und Italien (jeweils $n = 1$) durchgeführt. 11 Studien wurden in peer-reviewten Zeitschriften veröffentlicht, bei zwei Studien ist unklar, ob ein Peer-Review durchgeführt wurde (Leitch, 2007; Parker et al., 2008); bei der Studie von Guinta (2026) handelt es sich um eine Dissertation.

Die Studien haben unterschiedliche Designs: Es wurden randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) ($n = 4$) eingeschlossen, sowie kontrollierte quasi-experimentelle Studien ($n = 4$) und unkontrollierte Prä-Post-Studien ($n = 6$). RCTs gelten als Goldstandard der Wirksamkeitsforschung, da die Teilnehmenden zufällig einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen werden. Kontrollierte quasi-experimentelle Studien verfügen ebenfalls über eine Kontrollgruppe, jedoch ohne Randomisierung. Unkontrollierte Prä-Post-Studien untersuchen Veränderungen vor und nach einer Intervention ohne Kontrollgruppe.

Die Stichprobengrößen variierten zwischen sieben und 150 Studienteilnehmenden. Die Teilnehmenden waren erwachsen; bei einer Studie handelte es sich um eine gemischte Population aus Jugendlichen und Erwachsenen (Leitch, 2007).

Die eingeschlossenen Studien untersuchten die Anwendung von SE in unterschiedlichen Populationen. Zwei Studien untersuchten Personen mit diagnostizierter PTBS oder subklinischer PTBS (PTBS-Symptomatik, die die diagnostischen Kriterien nicht vollständig erfüllt), eine weitere Studie Personen mit posttraumatischen Stresssymptomen (PTSS). Weitere Schwerpunkte waren Katastrophen- und Massentraumata ($n = 3$), sekundäre Traumatisierung oder andere traumabezogene Belastungsfolgen ($n = 4$), Flucht- und Kriegstraumata ($n = 1$), Misshandlungserfahrungen in der Kindheit ($n = 1$), krebsbezogene Traumata ($n = 1$) sowie unspezifische traumabezogene Symptomatik ($n = 1$).

Die verwendeten SE-Interventionen waren ebenfalls unterschiedlich. Angewendet wurde SE im Einzelsetting ($n = 8$), im Gruppensetting ($n = 5$) sowie im Rahmen von

angeleiteten Meditationen (n = 1). Die Interventionen wurden in Präsenz (n = 10), online (n = 3) und als aufgezeichnete Meditationen (n = 1) durchgeführt. Die Anzahl und Dauer der Interventionen erstreckte sich von einer einzelnen Intervention mit einer Dauer von 60 Minuten über 15 Sitzungen à 60 bis 90 Minuten bis hin zu einer dreijährigen SE-Ausbildung. Drei Studien machten keine Angaben zur Sitzungsdauer. In neun Studien wurden die SE-Interventionen nach einem zuvor definierten Standardprotokoll durchgeführt, in fünf fanden die Interventionen ohne Standardprotokoll statt bzw. es wurde kein Protokoll berichtet.

Auch die Qualifikation der Behandelnden variierte über die Studien hinweg. In acht Studien wurden die Interventionen von vollständig ausgebildeten SE-Therapeut:innen mit abgeschlossener dreijähriger SE-Ausbildung durchgeführt. In zwei Studien wurden die Interventionen von Personen durchgeführt, die sich in SE-Ausbildung befanden oder deren Ausbildungsstand nicht eindeutig zwischen Ausbildung und Abschluss differenziert wurde. In einer Studie wurden die Interventionen von SE-Ausbilder:innen durchgeführt. In drei Studien wurden keine ausreichenden Angaben zur SE-Qualifikation der Behandelnden gemacht.

In den 14 eingeschlossenen Studien wurden verschiedene Outcomes untersucht: PTBS- / Traumasymptomatik (n = 7), affektive / psychische Symptome (n = 11), somatische / körperbezogene Symptome (n = 6) und Wohlbefinden / Ressourcen (n = 9). Die am häufigsten eingesetzten Messinstrumente waren die Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), die Impact of Event Scale-Revised (IES-R) sowie Instrumente zur Erfassung von Angst, Depression, Stress, Lebensqualität und somatischen Symptomen. Neben den psychologischen Zielgrößen wurden physiologische Parameter nur vereinzelt gemessen. Objektive Maße wie Herzratenvariabilität (HRV) oder andere Marker autonomer Regulation spielten in den meisten Studien keine Rolle, obwohl sie im theoretischen Modell von SE eine zentrale Bedeutung einnehmen.

Follow-up-Erhebungen wurden in neun der 14 eingeschlossenen Studien durchgeführt. Die Nachbeobachtungszeiträume reichten von zwei Wochen bis zu drei Jahren. Fünf Studien erhoben keine Follow-up-Daten und erlauben daher keine Aussagen zur langfristigen Stabilität der beobachteten Effekte. Der längste Beobachtungszeitraum wurde in der Längsschnittstudie von Winblad et al. (2018) mit drei Jahren berichtet. Dabei handelte es sich jedoch um Teilnehmer:innen einer dreijährigen SE-Ausbildung und nicht um eine klinische Stichprobe. Obwohl die untersuchte Population die Einschlusskriterien nur teilweise erfüllte, wurde die Studie aufgrund der begrenzten empirischen Evidenz zu Somatic Experiencing in das Review aufgenommen und als explorative Evidenz differenziert dargestellt.

Insgesamt zeigen die eingeschlossenen Studien eine erhebliche Heterogenität bezüglich Populationen, Studiendesigns, Interventionen und Outcome-Maßen. Daher werden die Befunde im folgenden Kapitel differenziert nach Evidenzkategorien dargestellt.

5.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit / Symptomreduktion

Die ermittelten Studien wurden nach den im Folgenden beschriebenen Kriterien kategorisiert. Die Zuordnung einzelner Studien zu den Evidenzkategorien dient der Strukturierung der heterogenen Studienlage. Die Kategorien wurden im Rahmen dieses Reviews entwickelt, um diese Studienlage systematisch abzubilden. Sie stellen keine etablierte Evidenzklassifikation dar, sondern dienen speziell in diesem Literaturreview der inhaltlichen Strukturierung der eingeschlossenen Studien anhand ihrer Nähe zur Forschungsfrage.

Die unterschiedliche Größe der Evidenzkategorien spiegelt die aktuelle Forschungslage wider. Während nur wenige Studien SE bei Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS untersuchten, befasst sich der Großteil der vorhandenen Literatur mit traumabezogenen Belastungen, Stressfolgen oder verwandten Populationen.

5.2.1 Direkte Evidenz

Die Kategorie *Direkte Evidenz* umfasst Studien, in denen SE bei Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS durchgeführt wurde. Bei beiden Studien handelt es sich um RCTs.

Brom et al. (2017) untersuchten, ob SE PTBS-Symptome bei Erwachsenen mit diagnostizierter PTBS signifikant reduzieren kann.

Andersen et al. (2017) untersuchten die Wirksamkeit von SE zusätzlich zur physiotherapeutischen Standardbehandlung bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen und diagnostizierter oder subklinischer PTBS.

In den Studien wurden sechs bis 12 standardisierte SE-Interventionen im Einzelsetting durchgeführt. Brom et al. (2017) berichten eine signifikante Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressionen und eine Verbesserung der Lebensqualität. 44% der Interventionsgruppenteilnehmenden erfüllten nach der Behandlung die Kriterien für eine PTBS-Diagnose nicht mehr. Andersen et al. (2017) berichten ebenfalls eine signifikante Reduktion von PTBS-Symptomen.

5.2.2 Eingeschränkte Evidenz

Die Kategorie *Eingeschränkte Evidenz* umfasst Studien, in denen SE bei traumaassoziierten Symptomen und Belastungen, Stress, sekundärer Traumatisierung und in Krisenkontexten angewendet wurde (n = 10). Die Studien wurden nach den Hauptoutcomes zusammengefasst.

5.2.2.1 Traumabezogene Symptome. Die folgenden Studien untersuchten vor allem traumabezogene Symptome oder posttraumatische Belastungsreaktionen. Leitch (2007) und Parker et al. (2008) untersuchten Überlebende des Tsunamis 2004, Leitch in Thailand, Parker et al. in Südindien. Beide Studien berichten deutliche Reduktionen traumabezogener

Symptome sowie stabile Ergebnisse im Follow-up. In beiden Studien wurden eine bzw. zwei Einzelsitzungen durchgeführt.

Leitch et al. (2009) untersuchten traumatisierte Sozialarbeiter:innen und Fachkräfte nach den Hurricanes Katrina und Rita (beide 2005) in den USA und fanden ebenfalls signifikante Verbesserungen der traumabezogenen Symptomatik und eine erhöhte Resilienz. In dieser Studie wurden ein bis zwei Einzelsitzungen durchgeführt.

Andersen et al. (2020) untersuchten die Wirksamkeit von SE als ergänzende Intervention (bis zu 12 Einzelsitzungen) zur physiotherapeutischen Standardbehandlung bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen und komorbider PTSS. Während sich die PTSS-Symptomatik sowohl in der Gruppe mit zusätzlicher SE-Behandlung als auch in der ausschließlich physiotherapeutisch behandelten Kontrollgruppe verbesserte, zeigte sich keine signifikante Überlegenheit von SE gegenüber der physiotherapeutischen Standardbehandlung allein.

Özcan (2021) untersuchte geflüchtete Frauen in der Türkei, die traumabezogene Belastungen zeigten. Diese Studie berichtete Verbesserungen von posttraumatischen Stresssymptomen sowie von Achtsamkeit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Es wurden sechs Gruppensitzungen durchgeführt.

Guinta (2026) untersuchte in ihrer Dissertation sekundär traumatisierte helfende Fachkräfte; bei der SE-Intervention handelte es sich um aufgezeichnete, angeleitete Meditationen, es gab keine Kontrollgruppe und es fand kein Follow-up statt. Sie berichtete eine statistisch und klinisch signifikante Reduktion sekundärtraumatischer Stresssymptome.

Die Studien von Leitch (2007) und Leitch et al. (2009) verwendeten gezielte SE-Frühinterventions- und Stabilisierungsansätze: Trauma First Aide (TFA, Leitch, 2007) bzw. Trauma Resiliency Model (TRM, Leitch et al., 2009). Özcan (2021) verwendete ebenfalls ein gezieltes SE-Stabilisierungsprogramm mit der Bezeichnung Somatic Experience Stabilization Program (SESP).

In den Studien mit Follow-up (Andersen et al., 2020; Leitch, 2007; Leitch et al., 2009; Parker et al., 2008; Özcan, 2021) blieben die beobachteten Veränderungen teilweise über mehrere Wochen bzw. Monate bestehen. Insgesamt berichteten die meisten Studien Verbesserungen traumabezogener Symptome. Besonders deutliche Effekte wurden in Katastrophen- und Krisenkontexten beobachtet. Andersen et al. (2020) konnten jedoch keinen zusätzlichen Nutzen von SE gegenüber der physiotherapeutischen Kontrollbedingung nachweisen. Aufgrund der unterschiedlichen Populationen, Interventionen und Studiendesigns ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

5.2.2.2 Affektive / psychische Symptome. Die folgenden Studien untersuchten vor allem Stress, Angst und Depression. Die Studien berichteten überwiegend signifikante Verbesserungen psychischer Belastungen und des psychischen Wohlbefindens.

Besonders deutliche Effekte zeigten sich in der Studie von Vagnini et al. (2023), die Brustkrebsüberlebende mit krebsbezogenen traumatischen Belastungen untersuchte und signifikante Verbesserungen in mehreren psychischen Outcomes berichtete. Für diese Studie wurden acht SE-Gruppensitzungen mit der Interventionsgruppe durchgeführt, eine Kontrollgruppe erhielt keine Intervention.

Briggs et al. (2018) untersuchten genderdiverse Personen mit traumabezogenen Belastungen infolge von Diskriminierung und Viktimisierung und fanden nach zehn SE-basierten Gruppensitzungen vor allem eine signifikante Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Darüber hinaus zeigten sich positive Trends hinsichtlich psychischer Belastungen, die jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n = 7$) nicht eindeutig interpretiert werden können.

Die Studie von Eryigit et al. (2026) untersuchte Fachkräfte im Gesundheitsbereich mit sekundärem traumatischem Stress als Folge ihrer Tätigkeit während der Corona-Pandemie. Nach der Durchführung von zwei SE-Einzelsitzungen zeigte sich eine signifikante Reduktion von Stress- und Angstsymptomen; die Verbesserungen blieben im Follow-up teilweise bestehen.

5.2.2.3 Ressourcenorientierte Outcomes. Lehmivaara et al. (2026) untersuchten Erwachsene mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit. Diese Studie berichtete signifikante Verbesserungen psychologischer Sicherheit, Interozeption, sozialer Verbundenheit und positiver Affekte sowie eine Reduktion gestörter Körpergrenzen. Es wurde eine SE-Einzelsitzung durchgeführt.

Über die der Kategorie *Eingeschränkte Evidenz* zugeordneten Studien hinweg wurden neben Symptomveränderungen auch Verbesserungen bei ressourcenorientierten Outcomes berichtet, die als mögliche Wirkmechanismen oder Begleitfaktoren der Symptomreduktion interpretiert werden können.

Die Ergebnisse sprechen für eine potenzielle Wirksamkeit von SE in unterschiedlichen traumaassoziierten Kontexten, sind jedoch aufgrund heterogener Populationen, unterschiedlicher SE-Interventionen und Studiendesigns nur eingeschränkt auf PTBS und traumabezogene Belastungen generell übertragbar.

5.2.3 Explorative Evidenz

Die Kategorie *Explorative Evidenz* umfasst Studien, in denen SE bei Populationen ohne spezifische traumabezogene Symptomatik untersucht wurde oder bei denen indirekte Outcomes im Vordergrund standen ($n = 2$). Obwohl bei den Teilnehmenden beider Studien keine traumabezogenen Belastungen vorlagen, wurden die Studien als Ergänzung in die Analyse miteinbezogen.

Die Studie von Özel (2024) untersuchte die Wirksamkeit eines SE-basierten, online durchgeführten Gruppenprogramms zur Reduktion von Stress und Verbesserung von Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) während der Corona-Pandemie. Die Population bestand aus stressbelasteten Studierenden und Beratenden.

Winblad et al. (2018) untersuchten, ob eine dreijährige SE-Ausbildung die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Therapeut:innen bzw. Gesundheitsfachpersonen verbessert.

Die beiden explorativen Studien untersuchten keine traumatisierten Stichproben. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf mögliche positive Effekte von SE auf Stressregulation, Coping, psychische Gesundheit, Lebensqualität und Resilienz. Aussagen zur Wirksamkeit bei PTBS oder traumabezogener Symptomatik lassen sich daraus jedoch nicht ableiten.

5.2.4 Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche der Befunde

Trotz der Heterogenität der eingeschlossenen Studien lassen sich einige übergreifende Gemeinsamkeiten identifizieren. Die Mehrzahl der Untersuchungen berichtete positive Veränderungen in den jeweils gemessenen Outcomes. Verbesserungen zeigten sich vor allem bei traumabezogenen Symptomen, psychischen Belastungen wie Angst, Depression und Stress sowie verschiedenen ressourcenorientierten Aspekten. Darüber hinaus blieben die beobachteten Effekte in mehreren Studien über die jeweiligen Follow-up-Zeiträume hinweg zumindest teilweise bestehen.

Sofern standardisierte Effektgrößen berichtet wurden, waren diese größtenteils im mittleren bis großen Bereich. Da jedoch zahlreiche Studien keine standardisierten Effektgrößen angaben und sich bei Design, Populationen und Outcome-Maßen deutlich unterschieden, ist ein direkter Vergleich der Effektstärken nur eingeschränkt möglich und sie werden daher in der vorliegenden Arbeit nicht aufgeführt.

Auffällig ist zudem, dass die berichteten Verbesserungen häufig nicht auf ein einzelnes Symptombild beschränkt waren. Mehrere Studien fanden parallele Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen, beispielsweise bei PTBS-Symptomen, Angst, Depression, Wohlbefinden oder sozialer Verbundenheit. Dies spricht für ein breiteres Wirkungsspektrum der Intervention.

Gleichzeitig gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Studien. Diese betreffen zunächst die untersuchten Populationen. Während zwei Studien Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS einschlossen, untersuchten andere traumabezogene Belastungen infolge von Naturkatastrophen, Fluchterfahrungen, medizinischen Belastungen oder sekundärer Traumatisierung. Auch die eingesetzten Interventionen unterschieden sich deutlich bezüglich Dauer, Intensität und Setting. Das Spektrum reichte von einzelnen, kurzen

Stabilisierungsinterventionen bis hin zu mehrwöchigen Gruppenprogrammen oder mehrjährigen Ausbildungsformaten.

Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich der untersuchten Outcomes. Während einige Studien vor allem traumabezogene Symptome erfassten, standen in anderen Untersuchungen psychische Belastungen, Ressourcenvariablen oder physiologische Parameter im Vordergrund. Dadurch wird die direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert.

Uneinheitliche Befunde gab es insbesondere bei der Stärke und der Eindeutigkeit der berichteten Effekte. Während Brom et al. (2017) bei Personen mit diagnostizierter PTBS signifikante Verbesserungen gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe berichteten, untersuchten Andersen et al. (2017) und Andersen et al. (2020) SE jeweils als ergänzende Intervention zur physiotherapeutischen Standardbehandlung bei Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen. Dabei unterschieden sich die Stichproben hinsichtlich der traumabezogenen Symptomatik: Andersen et al. (2017) schlossen Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS ein, während Andersen et al. (2020) Personen mit PTSS untersuchten. In der Studie von Andersen et al. (2017) zeigte sich ein zusätzlicher Effekt von SE auf PTBS-Symptome und Bewegungsangst; in der Studie von Andersen et al. (2020) ließ sich hingegen keine eindeutige Überlegenheit von SE gegenüber der physiotherapeutischen Kontrollbedingung nachweisen. Die unterschiedlichen Ergebnisse verdeutlichen, dass die Evidenzlage bislang nicht vollständig konsistent ist und direkte Vergleiche zwischen den Studien aufgrund von Unterschieden in Stichprobe, Symptomatik und Studiendesign nur eingeschränkt möglich sind.

Betrachtet man die Studien übergreifend, fällt auf, dass positive Effekte besonders häufig bei subjektiv erfassten psychologischen Variablen berichtet wurden. Hierzu zählen insbesondere PTBS- bzw. traumabezogene Symptome, Angst, Depression, Stressbelastung, Wohlbefinden und verschiedene ressourcenorientierte Outcomes. Objektive physiologische Parameter wurden demgegenüber nur in wenigen Studien gemessen und berichtet. Die bisherige Evidenz erlaubt daher vor allem Aussagen über subjektiv erlebte Veränderungen, während mögliche physiologische Veränderungen bislang weniger gut untersucht sind.

Auffällig ist auch, dass positive Effekte sowohl nach kurzen Interventionen mit ein bis zwei Sitzungen als auch nach längeren Behandlungsprogrammen berichtet wurden. Dies könnte darauf hindeuten, dass SE in unterschiedlichen Intensitäten wirksam eingesetzt werden kann. Gleichzeitig erschwert diese große Bandbreite innerhalb der SE-Anwendung die Ableitung konkreter Empfehlungen zur optimalen Dauer und Dosierung der Intervention.

Insgesamt überwiegen die positiven Befunde. Die Unterschiede und teilweise uneinheitlichen Ergebnisse verdeutlichen jedoch, dass die aktuelle Evidenzlage weiterhin heterogen ist und eine differenzierte Interpretation der Ergebnisse erforderlich macht.

5.3 Methodische Qualität / Stärken und Schwächen der Studien

Die Studien weisen ein heterogenes Design auf. Die methodisch stärkste Evidenz stammt aus den vier RCTs. Zwei dieser Studien untersuchten Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS (Andersen et al., 2017; Brom et al., 2017), wobei bei der Stichprobe von Andersen et al. (2017) zusätzlich chronische Rückenschmerzen vorlagen. Ein weiteres RCT untersuchte Personen mit PTSS und chronischen Rückenschmerzen (Andersen et al., 2020), während Lehmivaara et al. (2026) ressourcenorientierte Outcomes bei Personen mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit untersuchten. Die Ergebnisse der RCTs sind aufgrund unterschiedlicher Populationen und Outcomes nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

Die eingesetzten Kontrollbedingungen unterschieden sich zwischen den kontrollierten Studien erheblich. Während einige Studien Wartelistenkontrollgruppen verwendeten, kamen in anderen aktive Vergleichsbedingungen wie Psychoedukation oder physiotherapeutische Standardbehandlungen zum Einsatz. Solche aktiven Vergleichsbedingungen stellen höhere Anforderungen an den Nachweis zusätzlicher Interventionseffekte und können zu geringeren beobachteten Effektstärken führen. Direkte Vergleiche der Ergebnisse kontrollierter Studien sind daher nur eingeschränkt möglich.

Ein erheblicher Teil der Studien verwendete unkontrollierte Prä-Post-Designs (n = 6). Ohne Kontroll- oder Vergleichsgruppe lassen sich beobachtete Veränderungen nicht eindeutig auf die SE-Intervention zurückführen. Die Ergebnisse können auch durch andere Faktoren, wie spontane Verbesserungen oder allgemeine therapeutische Wirkfaktoren, beeinflusst worden sein. Kausale Schlussfolgerungen sind daher nur eingeschränkt möglich.

Die Stichprobengrößen variierten deutlich und reichten von sehr kleinen Studien mit sieben Teilnehmenden bis zu größeren Feldstudien mit 150 Teilnehmenden. Mehrere Untersuchungen basierten auf kleinen Stichproben mit weniger als 30 Teilnehmenden. Dadurch wird die statistische Aussagekraft eingeschränkt. Zusätzlich arbeiteten viele Studien mit freiwilligen Teilnehmenden, sodass ein Selektionsbias (Volunteer Bias) nicht ausgeschlossen werden kann. Personen, die sich freiwillig für körperorientierte Verfahren melden, könnten sich möglicherweise bezüglich ihrer Motivation oder ihrer Präferenz für diese Behandlungsform von der allgemeinen klinischen Population unterscheiden. Dadurch kann die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die klinische Regelversorgung eingeschränkt sein (Brassey et al., 2017; Corrigan & Salzer, 2003).

Die Studien verwendeten überwiegend etablierte und validierte Messinstrumente. Die Heterogenität der eingesetzten Outcome-Maße (Ergebnisvariablen) erschwert jedoch die direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Nur vier der Studien verwendeten standardisierte Effektgrößen. Dies erschwert die Einschätzung der Relevanz der beobachteten Veränderungen sowie den direkten Vergleich der Studien.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Die untersuchten Populationen unterscheiden sich teilweise stark von Patient:innen in der psychotherapeutischen klinischen und ambulanten Regelversorgung. Neben Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS bzw. posttraumatischen Stresssymptomen wurden unter anderem Überlebende von Naturkatastrophen, geflüchtete Frauen, Personen mit chronischen Schmerzen, Fachkräfte in helfenden Berufen, Teilnehmende einer SE-Ausbildung sowie genderdiverse Personen mit Belastungen aus Diskriminierung und Viktimisierung untersucht. Diese Vielfalt ermöglicht zwar einen breiten Einblick in mögliche Anwendungsbereiche von SE, erschwert jedoch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf klinische Populationen mit diagnostizierter PTBS.

Darüber hinaus wurden nur in wenigen Studien physiologische Größen untersucht. Die meisten Studien verwendeten subjektive Selbstberichtsinstrumente. Dadurch besteht die Gefahr von Verzerrungen durch Antworttendenzen oder soziale Erwünschtheit (Zaal et al., 2026). Objektive physiologische Messungen wurden bisher nur selten in die Untersuchungen miteinbezogen.

Besonders relevant für die Interpretation der Ergebnisse ist die erhebliche Heterogenität der eingesetzten Interventionen. Die Spannweite reichte von einzelnen Stabilisierungsinterventionen nach Naturkatastrophen über mehrwöchige Gruppenprogramme bis hin zu standardisierten Einzeltherapien. Dadurch bleibt teilweise unklar, in welchem Ausmaß die beobachteten Effekte auf gemeinsame Wirkfaktoren von SE oder auf spezifische Interventionsformate zurückzuführen sind.

Die Qualifikation der Behandelnden wurde nicht in allen Studien transparent berichtet. Während in einem Großteil der Studien ausgebildete SE-Therapeut:innen oder SE-Ausbilder:innen eingesetzt wurden, fehlten in drei Studien entsprechende Angaben vollständig (Eryigit et al., 2026; Özel, 2024; Guinta, 2026). Dadurch lässt sich nicht in allen Fällen beurteilen, in welchem Ausmaß die Interventionen entsprechend den Prinzipien von SE durchgeführt wurden.

Einschränkend ist anzumerken, dass drei der eingeschlossenen Arbeiten nicht oder nicht eindeutig peer-reviewt (Leitch, 2007; Parker et al., 2008; Guinta, 2026) sind, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Drop-out-Raten wurden ebenfalls nicht in allen Studien ausführlich berichtet. Da Therapieabbrüche insbesondere bei traumatisierten Populationen relevant sein können, erschwert dies die Einschätzung der Akzeptanz und Durchführbarkeit der Interventionen.

Die Aussagekraft einzelner Studien wird zusätzlich dadurch eingeschränkt, dass potenzielle Einflussfaktoren außerhalb der SE-Intervention nicht immer kontrolliert wurden. So untersuchten z. B. Briggs et al. (2018) eine kleine Stichprobe genderdiverser Personen im Rahmen eines unkontrollierten Prä-Post-Designs. Es ist möglich, dass parallel stattfindende

Unterstützungs- oder Therapieangebote die Ergebnisse beeinflusst haben. Dadurch bleibt unklar, in welchem Ausmaß die beobachteten Veränderungen tatsächlich auf die SE-Intervention zurückzuführen sind.

Insgesamt weisen die in dieses Review eingeschlossenen Studien eine hohe methodische Heterogenität auf, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. Die Heterogenität betrifft unter anderem die untersuchten Populationen, die Studiendesigns, die Länge und das Format der SE-Interventionen sowie die verwendeten Outcome-Maße. Diese Unterschiede schränken die Möglichkeit ein, die Befunde direkt miteinander zu vergleichen und übergreifende Aussagen zur Wirksamkeit von SE abzuleiten.

5.4 Forschungslücken

Mehrere Forschungslücken wurden im Rahmen der Analyse der 14 Studien identifiziert. Sie werden nachfolgend beschrieben.

Die direkte Evidenz zur Wirksamkeit von SE bei diagnostizierter oder subklinischer PTBS ist begrenzt. Die Mehrzahl der identifizierten Studien untersuchte traumabezogene Belastungen oder andere direkt oder indirekt traumaassoziierte Kontexte, nicht jedoch Personen mit formal diagnostizierter oder subklinischer PTBS. Weiterhin besteht Bedarf an randomisiert-kontrollierten Studien mit angemessener Stichprobengröße. Zahlreiche Studien basierten auf kleinen Stichproben, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist.

Eine weitere Forschungslücke betrifft die fehlende Standardisierung der bisherigen Forschung. Die eingesetzten Interventionen in den 14 Studien unterschieden sich erheblich bezüglich Inhalt, Umfang, Dauer, Setting und konkreter Durchführung. Gleichzeitig wurden sehr unterschiedliche Outcome-Maße verwendet, darunter PTBS-Symptomatik, Angst, Depression, Stress, Resilienz, HRV. Auch die Follow-up-Zeiträume variierten stark oder wurden teilweise gar nicht erhoben. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Studien erschwert und es bleibt teilweise unklar, welche Bestandteile der Intervention für die beobachteten Effekte verantwortlich sind. Zukünftige Forschung könnte von einer stärkeren Standardisierung oder zumindest einer detaillierteren Beschreibung der eingesetzten Interventionen, Outcome-Maße und Follow-up-Zeiträume profitieren.

In den identifizierten Studien erfolgte kein direkter Vergleich von SE mit etablierten evidenzbasierten Traumatherapieverfahren. Aussagen zur relativen Wirksamkeit von SE im Vergleich zu Verfahren wie EMDR oder TF-KVT sind daher auf Grundlage der vorliegenden Evidenz nicht möglich.

Eine weitere Forschungslücke ist die empirische Überprüfung der spezifischen Wirkmechanismen von SE. Theoretische Arbeiten und Übersichtsarbeiten betonen vor allem die Bedeutung von Selbstregulation, Interozeption und autonomer Nervensystemregulation

(Kuhfuß et al., 2021; Payne et al., 2015). Zudem deuten einzelne Studien außerhalb der SE-Forschung auf einen Zusammenhang zwischen Interozeption und traumabezogener Symptomatik hin (Beydoun & Mehling, 2023). Bislang ist jedoch nicht ausreichend geklärt, welche dieser Prozesse tatsächlich zu den beobachteten Symptomverbesserungen beitragen.

Darüber hinaus wurden objektive physiologische Parameter bislang nur selten untersucht. Obwohl SE theoretisch stark auf autonome Regulationsprozesse Bezug nimmt, basiert die aktuelle Evidenz überwiegend auf subjektiven Selbstberichtsinstrumenten. Zukünftige Studien sollten daher verstärkt physiologische Maße einbeziehen, um die postulierten SE-Wirkmechanismen empirisch zu überprüfen.

Zudem wurden Personen mit kPTBS bislang kaum gezielt untersucht. Angesichts der theoretischen Bedeutung von Emotionsregulation, Körperwahrnehmung und zwischenmenschlicher Verbundenheit innerhalb von SE erscheint die Untersuchung dieser Patientengruppe besonders relevant.

6. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die bisherige empirische Forschung zur Anwendung von Somatic Experiencing bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung oder traumabezogener Symptomatik systematisch auszuwerten. Das Literaturreview zeigt weitgehend positive Ergebnisse. Die meisten eingeschlossenen Untersuchungen berichten Verbesserungen traumabezogener sowie weiterer psychischer Symptome. Gleichzeitig zeigten nicht alle kontrollierten Studien einen zusätzlichen Nutzen von SE gegenüber aktiven Vergleichsbedingungen und die Evidenzbasis weist methodische Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands diskutiert, die Suchstrategie und Limitationen des Reviews werden kritisch reflektiert und es werden Implikationen für die Praxis und die zukünftige Forschung abgeleitet.

6.1 Interpretation der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage

Die Befunde fallen insgesamt überwiegend positiv aus. Die meisten Untersuchungen berichten Verbesserungen in den jeweils untersuchten Outcomes. Gleichzeitig variiert die Stärke der Evidenz erheblich, da sich die Studien bezogen auf Design, Stichprobengröße, Populationen, Outcome-Maßen und eingesetzten Interventionen deutlich unterscheiden. Zudem lieferten nicht alle kontrollierten Studien eindeutige Hinweise auf einen zusätzlichen Nutzen von SE gegenüber aktiven Vergleichsbedingungen. In einigen Studien wurden standardisierte Effektgrößen berichtet; dort lagen die Werte überwiegend im mittleren bis großen Bereich, insbesondere für psychologische Sicherheit, Körperwahrnehmung oder

posttraumatische Symptome. Aufgrund der heterogenen Studienlage und der in den meisten Studien fehlenden standardisierten Effektgrößen lassen sich daraus jedoch keine belastbaren Aussagen zur Größe des Therapieeffekts ableiten.

Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass sich die potenzielle Wirksamkeit von SE nicht nur auf PTBS-Symptome beschränkt. Auch affektive Symptome wie Angst und Depression, Stressbelastung, Lebensqualität sowie Coping-Strategien und weitere ressourcenorientierte Aspekte verbesserten sich in mehreren Studien. Auffällig ist auch, dass positive Effekte besonders häufig bei subjektiven psychologischen Outcomes berichtet wurden, während objektive physiologische Parameter (z. B. HRV) bisher nur in wenigen Studien untersucht wurde. Da SE seine Wirkungen laut dem seinem theoretischen Modell unter anderem über eine verbesserte Regulation des Nervensystems erklärt, kommt der Untersuchung physiologischer Parameter eine besondere Bedeutung zu. Die zugrunde liegenden physiologischen Wirkmechanismen sind bislang jedoch nur unzureichend empirisch untersucht.

Bei der Interpretation der größtenteils positiven Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass ein Teil der eingeschlossenen Studien keine Kontrollgruppen verwendete. Verbesserungen können daher nicht ausschließlich auf die SE-Intervention zurückgeführt werden. Auch spontane Remissionen, soziale und gruppenbasierte Unterstützung im Rahmen der Intervention oder allgemeine therapeutische Wirkfaktoren könnten zu den beobachteten Veränderungen beigetragen haben. Dies bedeutet nicht, dass die Ergebnisse gegen eine Wirksamkeit von SE sprechen. Vielmehr verdeutlicht dies, dass weitere kontrollierte Studien durchgeführt werden sollten, um SE-spezifische Interventionseffekte von allgemeinen Veränderungsprozessen abzugrenzen.

Trotz der insgesamt positiven Befunde bleibt die Evidenzbasis begrenzt. Bereits Kuhfuß et al. (2021) beschrieben die Evidenzlage als vorläufig, aber vielversprechend, sowie durch methodische Einschränkungen und eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Die Ergebnisse des vorliegenden Reviews bestätigen diese Einschätzung. Zwar konnten durch die Einbeziehung von neueren Studien zusätzliche Hinweise auf mögliche positive Effekte von SE identifiziert werden, doch die bereits 2021 beschriebenen methodischen Herausforderungen bleiben weiterhin bestehen.

Die größtenteils positive Ergebnislage deutet darauf hin, dass SE einen relevanten Beitrag zur Verarbeitung traumabezogener Belastungen leisten kann. Insbesondere die Förderung von Körperwahrnehmung, Selbstregulation und autonomer Nervensystemregulation wird in der theoretischen Literatur als zentraler Wirkmechanismus von SE beschrieben. Die Ergebnisse dieses Reviews passen zu diesen Annahmen, erlauben aber keine Aussagen darüber, welche Prozesse tatsächlich für die beobachteten Veränderungen verantwortlich sind. Darüber hinaus bleibt offen, welche

Interventionselemente von SE den größten Beitrag zu den beobachteten Veränderungen und zum Therapieerfolg leisten. Dies sollte in zukünftigen Studien gezielt untersucht werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Stichproben und Studiendesigns lassen sich die Ergebnisse von Andersen et al. (2017) und Andersen et al. (2020) nur eingeschränkt miteinander vergleichen. Während Andersen et al. (2017) zusätzliche positive Effekte von SE berichteten, konnte Andersen et al. (2020) keine eindeutige Überlegenheit gegenüber der aktiven physiotherapeutischen Kontrollbedingung nachweisen.

Insgesamt zeigen die eingeschlossenen Studien überwiegend positive Effekte von SE auf traumabezogene und psychisch-affektive Symptome. Gleichzeitig erschweren die methodischen Unterschiede sowie die Heterogenität der Interventionen, Populationen und Outcome-Maße die Ableitung allgemeiner Aussagen zur Wirksamkeit von SE in unterschiedlichen Anwendungsbereichen.

6.2 Einordnung ins Forschungsfeld

Die Ergebnisse dieses Reviews müssen vor dem Hintergrund einer noch begrenzten, aber wachsenden Evidenzbasis eingeordnet werden. Bereits Kuhfuß et al. (2021) weisen darauf hin, dass das Interesse an Somatic Experiencing sowohl in der therapeutischen Praxis als auch in der Forschung in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat. Aktuell ist die Evidenzbasis kleiner als bei EMDR oder TF-KVT. Zwar liegen RCTs vor, die in dieses Review eingeschlossen wurden (siehe auch **Tabelle 1** im Anhang), insgesamt bleibt die Zahl methodisch hochwertiger Untersuchungen jedoch begrenzt. Daher erscheint das 2025 veröffentlichte Studienprotokoll für ein groß angelegtes RCT (Ayudia et al., 2025) besonders relevant, da dessen Ergebnisse zukünftig einen wichtigen Beitrag zur weiteren Entwicklung der Evidenzbasis leisten können.

Mehrere der eingeschlossenen Studien wurden in spezifischen Kontexten, Populationen und Zielgruppen durchgeführt, die nur eingeschränkt mit Patient:innen in der psychotherapeutischen Regelversorgung vergleichbar sind. Hierzu zählen beispielsweise Überlebende von Naturkatastrophen (Leitch, 2007; Leitch et al., 2009; Parker et al., 2008), Personen mit chronischen Schmerzen (Andersen et al., 2017; Andersen et al., 2020), Teilnehmende einer SE-Ausbildung (Winblad et al., 2018) oder genderdiverse Personen (Briggs et al., 2018). Zudem unterschieden sich die Studien bezüglich der Diagnosen. Neben Personen mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS wurden auch Personen mit posttraumatischen Stresssymptomen oder anderen traumaassoziierten Belastungen untersucht. Darüber hinaus kamen in einigen Studien spezielle SE-Frühinterventions- und Stabilisierungsprogramme zum Einsatz. Die Übertragbarkeit der berichteten Effekte auf Erwachsene mit diagnostizierter oder subklinischer PTBS in ambulanten oder klinischen

Versorgungskontexten bleibt daher eingeschränkt und sollte in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

Im Unterschied zum Scoping-Review von Kuhfuß et al. (2021), das einen breiten Überblick über die Forschung zu SE gibt, konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf quantitative Studien zu Erwachsenen mit PTBS oder traumabezogener Symptomatik. Zusätzlich werden Studien berücksichtigt, die nach Veröffentlichung des Reviews von Kuhfuß et al. erschienen sind. Dadurch bietet die Arbeit eine aktuelle Einschätzung der Evidenzlage und der methodischen Qualität der verfügbaren Studien.

Die Ergebnisse des vorliegenden Reviews stimmen allerdings weitgehend mit den Befunden von Kuhfuß et al. (2021) überein. Auch dort fanden sich überwiegend positive Effekte von SE auf traumabezogene Symptome. Die vorliegende Arbeit erweitert diese Befunde um neuere Studien bis 2026 und kommt zu einer ähnlichen Gesamteinschätzung.

Obwohl Somatic Experiencing bereits seit mehreren Jahrzehnten in der klinischen Praxis angewendet wird, ist die empirische Evidenzbasis im Vergleich zu etablierten traumatherapeutischen Verfahren weiterhin relativ klein. Während für Verfahren wie TF-KVT oder EMDR zahlreiche randomisiert kontrollierte Studien und Meta-Analysen vorliegen, gibt es für SE bisher deutlich weniger kontrollierte Untersuchungen. Dies unterstreicht den Bedarf an weiteren methodisch hochwertigen Studien (Kuhfuß et al., 2021).

Diese begrenzte Evidenzbasis ist jedoch nicht nur auf SE beschränkt. Auch für körper- und bewegungsorientierte Verfahren insgesamt berichten aktuelle systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zwar überwiegend positive Effekte auf PTBS-Symptome, weisen aber zugleich auf eine große Heterogenität der Studien, methodische Einschränkungen sowie einen weiteren Bedarf an hochwertigen randomisiert-kontrollierten Studien hin (van de Kamp et al., 2023).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit passen zur zunehmenden Bedeutung körperorientierter Ansätze innerhalb der Psychotherapie und Traumatherapie. Während sich traumafokussierte Verfahren wie EMDR oder TF-KVT vor allem auf kognitive und emotionale Verarbeitungsprozesse konzentrieren, stellen körperorientierte Verfahren die Wahrnehmung und Regulation körperlicher Prozesse stärker in den Mittelpunkt.

Die in mehreren Studien berichteten Verbesserungen von Selbstregulation, Körperwahrnehmung, psychologischer Sicherheit und sozialer Verbundenheit passen zu den zentralen theoretischen Annahmen körperorientierter Traumatherapie. Diese gehen davon aus, dass traumatische Erfahrungen nicht nur auf kognitiver Ebene gespeichert und verarbeitet werden, sondern auch mit Veränderungen autonomer und körperlicher Reaktionsmuster verbunden sind (Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2015).

Auffällig ist zudem, dass mehrere der eingeschlossenen Studien nicht nur eine Verringerung der traumabezogenen Symptome, sondern auch Verbesserungen

ressourcenorientierter Aspekte wie Selbstregulation und soziale Verbundenheit berichteten. Dies könnte darauf hindeuten, dass körperorientierte Verfahren wie SE nicht nur Symptome reduzieren, sondern gleichzeitig auch Fähigkeiten stärken, die für eine langfristige Anpassung und Resilienz relevant sind.

Gleichzeitig wurden die theoretischen Annahmen körperorientierter Verfahren bisher deutlich seltener empirisch untersucht als die etablierter traumafokussierter Verfahren. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen daher bisher eher für das Potenzial von SE als ergänzende traumatherapeutische Methode als für eine Überlegenheit gegenüber bereits etablierten Verfahren.

6.2.1 Einordnung in aktuelle Leitlinien

Trotz der überwiegend positiven Ergebnisse des vorliegenden und auch früherer Reviews wird Somatic Experiencing bislang nicht als evidenzbasiertes Standardverfahren in den großen nationalen und internationalen Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung empfohlen. Stattdessen werden vor allem traumafokussierte Verfahren wie TF-KVT und EMDR als Verfahren erster Wahl empfohlen (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), 2026; International Society for Traumatic Stress Studies, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Der Grund hierfür sind weniger negative Befunde zu SE als vielmehr die bislang begrenzte Evidenzbasis. Im Vergleich zu etablierten Verfahren stehen deutlich weniger randomisiert-kontrollierte Studien zur Verfügung. Darüber hinaus erschweren kleine Stichproben, heterogene Populationen und unterschiedliche Outcome-Maße die Ableitung belastbarer Empfehlungen.

Die Ergebnisse des vorliegenden Reviews zeigen, dass inzwischen mehr empirische Studien zu Somatic Experiencing vorliegen als zum Zeitpunkt früherer Übersichtsarbeiten. Gleichzeitig bleibt die Evidenz aufgrund der begrenzten Zahl methodisch hochwertiger Studien und der Heterogenität der Befunde eingeschränkt. Ob die Evidenz zukünftig für eine stärkere Berücksichtigung körperorientierter Verfahren in Leitlinien ausreicht, wird von weiteren hochwertigen randomisiert-kontrollierten Studien abhängen und lässt sich aktuell noch nicht beurteilen.

6.3 Kritische Diskussion der Suchstrategie und Limitationen

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed und PubPsych) sowie in Google Scholar, Springer Nature Link und in den Literaturverzeichnissen der eingeschlossenen Studien. Durch die Kombination verschiedener Datenbanken und Suchquellen sowie transparenter Ein- und Ausschlusskriterien wurde eine systematische Grundlage geschaffen, um die aktuelle empirische Forschung zu SE zu erfassen.

Dennoch sind einige Einschränkungen der Suchstrategie zu berücksichtigen. Die Recherche beschränkte sich auf deutsch- und englischsprachige Publikationen, wodurch relevante Studien in anderen Sprachen möglicherweise nicht erfasst wurden. Darüber hinaus wurde bei Google Scholar lediglich die ersten zehn Seiten der Suchergebnisse gesichtet. Obwohl dieses Vorgehen in Literaturreviews häufig angewendet wird, kann es möglich sein, dass dadurch einzelne relevante Veröffentlichungen übersehen wurden.

Eine weitere Besonderheit bestand in der Anpassung der ursprünglichen Forschungsfrage. Da die Literaturrecherche ergab, dass nur wenige quantitative Studien zu SE bei diagnostizierter PTBS verfügbar waren, wurde die Fragestellung erweitert und zusätzlich Studien zu traumabezogener Symptomatik berücksichtigt. Diese Erweiterung ermöglichte eine umfassendere Darstellung der Evidenzlage, führte jedoch gleichzeitig zu einer größeren Heterogenität der eingeschlossenen Studien.

Auch erfolgte die Studienauswahl und Datenextraktion durch eine einzelne Autorin. Dadurch kann das Risiko subjektiver Entscheidungen bei der Bewertung und Kategorisierung der Studien nicht vollständig ausgeschlossen werden. Eine unabhängige Zweitbegutachtung, wie sie in größeren systematischen Reviews üblich ist, war im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht möglich.

Darüber hinaus beeinflussen die Eigenschaften der eingeschlossenen Studien die Aussagekraft des Reviews. Die Studien unterschieden sich erheblich hinsichtlich Populationen, Interventionen, Outcome-Maßen und Studiendesigns. Diese Heterogenität erschwerte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und machte eine quantitative Zusammenfassung der Befunde nicht möglich.

Schließlich ist ein möglicher Publikationsbias zu berücksichtigen. Studien mit positiven Ergebnissen werden tendenziell häufiger veröffentlicht als Studien mit nicht signifikanten Befunden. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass die insgesamt überwiegend positiven Ergebnisse des vorliegenden Reviews die tatsächliche Evidenzlage teilweise überschätzen (Dwan et al., 2013; Song et al., 2010).

6.4 Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung

Die Ergebnisse des vorliegenden Reviews und der analysierten Studien deuten darauf hin, dass SE insbesondere für Personen relevant sein könnte, bei denen körperbezogene Stressreaktionen sowie Schwierigkeiten der Selbst- und Emotionsregulation im Vordergrund stehen. Hierzu zählen z. B. chronische Anspannung, Hypervigilanz, Schlafstörungen oder ein anhaltendes Gefühl innerer Unsicherheit. Gleichzeitig erlaubt die aktuelle Evidenzlage noch keine Aussage darüber, ob SE etablierten traumafokussierten Verfahren gleichwertig oder sogar überlegen ist. Die vorliegenden Befunde sprechen daher eher für eine potenzielle Ergänzung als für einen Ersatz bestehender evidenzbasierter Verfahren. Darüber hinaus

sprechen die Ergebnisse für einen möglichen Nutzen nicht nur bei PTBS, sondern auch bei traumaassoziierten Belastungen unterhalb der PTBS-Schwelle. Mehrere Studien berichteten positive Veränderungen bei Personen mit subklinischen traumabezogenen Belastungen, sekundärer Traumatisierung oder stressassoziierten Beschwerden.

Aus den vorliegenden Befunden lässt sich nicht ableiten, dass SE etablierte evidenzbasierte Traumatherapieverfahren ersetzen sollte. Vielmehr erscheint eine Integration in multimodale Behandlungskonzepte denkbar. Vor allem in Fällen, in denen sich bei Betroffenen starke körperliche Stressreaktionen, Schwierigkeiten der Selbstregulation oder eine eingeschränkte Körperwahrnehmung zeigen, könnte SE eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden evidenzbasierten psychotherapeutischen Verfahren sein.

Gleichzeitig sollte berücksichtigt werden, dass die bislang vorliegende Evidenz nicht ausreicht, um konkrete Behandlungsempfehlungen für spezifische Patientengruppen zu geben. Die hier genannten Implikationen sollten daher als vorläufig betrachtet werden; sie bedürfen weiterer empirischer Überprüfung.

Für die zukünftige Forschung wäre es wichtig, die derzeit vorliegenden Forschungslücken zu schließen: Es sollten weitere RCTs mit größeren Stichproben, längeren Follow-ups und einheitlichen Diagnosen (z. B. PTBS bei Erwachsenen) durchgeführt werden, in denen zudem standardisierte SE-Interventionen verwendet werden. Auf diese Weise könnte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erhöht werden.

Ein Vergleich mit etablierten traumatherapeutischen Verfahren wie EMDR oder TF-KVT wäre ebenfalls wünschenswert. Direkte Vergleichsstudien könnten dazu beitragen, den Stellenwert von SE innerhalb der evidenzbasierten Traumatherapie besser einzuordnen.

Die Ergebnisse dieses Reviews können darüber hinaus so verstanden werden, dass körperorientierte Verfahren in der Trauma- und Psychotherapieforschung weiterhin systematisch untersucht werden sollten. Mehrere der berichteten Verbesserungen passen zu den theoretischen Annahmen körperorientierter Trauma- und Psychotherapie und betonen die Notwendigkeit, die Rolle körperlicher Prozesse in zukünftigen Studien weiter zu untersuchen.

Die Untersuchung von SE bei komplexer PTBS könnte sinnvoll sein. Mehrere der in den eingeschlossenen Studien berichteten Verbesserungen betreffen Bereiche wie Emotionsregulation, Stressverarbeitung und zwischenmenschliche Verbundenheit, die auch bei der komplexen PTBS eine wichtige Rolle spielen. Spezifische Studien zu dieser Patientengruppe sind bislang jedoch selten.

Ein weiterer wichtiger Forschungsbereich betrifft die Untersuchung der spezifischen Wirkmechanismen von SE. Während theoretische Modelle insbesondere die Bedeutung von Selbstregulation, Interozeption, Ressourcenaktivierung und autonomer

Nervensystemregulation betonen, ist bislang noch nicht ausreichend geklärt, welche dieser Prozesse maßgeblich zu den beobachteten Symptomverbesserungen beitragen.

Darüber hinaus erscheint eine stärkere Standardisierung der SE-Interventionen sinnvoll. Einheitlich dokumentierte Behandlungsprotokolle könnten die Vergleichbarkeit zukünftiger Studien verbessern und dazu beitragen, spezifische Interventionselemente sowie deren Beitrag zum Therapieerfolg differenzierter zu untersuchen.

Aus den identifizierten Forschungslücken ergeben sich mehrere mögliche Forschungsfragen:

1. Welche spezifischen Wirkmechanismen liegen den beobachteten Effekten von SE zugrunde?
2. Unterscheidet sich die Wirksamkeit von SE von etablierten traumafokussierten Verfahren wie EMDR oder TF-KVT?
3. Inwieweit eignet sich SE zur Behandlung der komplexen PTBS?
4. Lassen sich die durch SE angestoßenen Veränderungen auch auf physiologischer Ebene nachweisen?
5. Welche Intensität und Dauer von SE-Interventionen sind für unterschiedliche Zielgruppen erforderlich?

7. Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war die systematische Untersuchung der empirischen Evidenz zur Anwendung von Somatic Experiencing bei Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung oder traumabezogener Symptomatik. Hierzu wurden 14 quantitative Studien unterschiedlicher methodischer Qualität identifiziert, analysiert und kritisch eingeordnet.

Die Ergebnisse zeigen überwiegend positive Befunde hinsichtlich der Reduktion traumabezogener Symptome sowie weiterer psychischer Belastungen wie Angst, Depression und Stress. Darüber hinaus berichteten mehrere Studien Verbesserungen ressourcenorientierter Variablen wie Resilienz, psychologischer Sicherheit und sozialer Verbundenheit. Die Befunde sprechen damit für ein therapeutisches Potenzial von Somatic Experiencing bei der Behandlung traumabezogener Belastungen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die aktuelle Evidenzbasis weiterhin begrenzt ist. Die Zahl hochwertiger randomisiert-kontrollierter Studien ist gering, die Stichproben sind häufig klein und die untersuchten Populationen sowie Interventionen unterscheiden sich erheblich. Dadurch ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt und belastbare Aussagen zur Wirksamkeit von Somatic Experiencing bei diagnostizierter PTBS und anderen traumabezogenen Belastungen sind bislang nicht vollständig möglich.

Insgesamt sprechen die vorliegenden Ergebnisse dafür, dass Somatic Experiencing ein vielversprechender körperorientierter Ansatz zur Behandlung traumabezogener Belastungen sein könnte. Der Stellenwert des Verfahrens innerhalb der evidenzbasierten Traumatherapie sollte jedoch durch zukünftige methodisch hochwertige Studien weiter geklärt werden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersen, T. E., Ellegaard, H., Schiøttz-Christensen, B., Mejlidal, A., & Manniche, C. (2020). Somatic Experiencing® for patients with low back pain and comorbid posttraumatic stress symptoms – a randomised controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1797306>
- 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). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1331108>
- Ayudia, L., Purba, F. D., Samuels, A., & Iskandarsyah, A. (2025). Study protocol for a randomized controlled trial of a group-adapted Somatic Experiencing® intervention for Indonesian women survivors of sexual assault with PTSD symptoms. *PLOS One*, 20(12), e0336956. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336956>
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129–1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Beydoun, H., & Mehling, W. (2023). Traumatic experiences in Lebanon: PTSD, associated identity and interoception. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 100344. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100344>
- Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*, h6161. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6161>
- Brassey, J., Mahtani K. R., Spencer E. A., & Heneghan C. (2017). *Volunteer bias*. *Catalogue of Bias*. <http://www.catalogofbias.org/biases/volunteer-bias>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00053>
- 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. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>

- Corrigan, P. W., & Salzer, M. S. (2003). The conflict between random assignment and treatment preference: implications for internal validity. *Evaluation and Program Planning*, 26(2), 109–121. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00014-4](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00014-4)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). (2026, Februar 27). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. AWMF online. https://register.awmf.org/assets/guidelines/155-001I_S3_Posttraumatische-Belastungsstoerung_2026-05.pdf
- Dwan, K., Gamble, C., Williamson, P. R., & Kirkham, J. J. (2013). Systematic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias — an updated review. *PLoS ONE*, 8(7), e66844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066844>
- Eryigit, D., Aydogdu, B. N., Sart, Z. H., Arici Ozcan, N., Inci, I., & Caylak, A. D. (2026). A study of Somatic Experiencing® interventions for corona pandemic stress and anxiety in healthcare workers. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 21(2), 200–218. <https://doi.org/10.1080/17432979.2025.2608062>
- Guinta, J. C. (2026). *Using somatic experiencing to mitigate symptoms of secondary traumatic stress in female helping professionals*. Liberty University.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2018). *Adult prevention and early treatment for PTSD*. ISTSS. <https://istss.org/clinical-resources/trauma-treatment/adult-prevention-and-early-treatment-for-ptsd>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023>
- Lehmivaara, J., Jansson, B., Bernhardsson, J., Cloitre, M., & Pfaltz, M. C. (2026). From Somatic Experiencing to felt safety: assessing the effects of a body-oriented intervention in adults with various degrees of child maltreatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 17(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2026.2613544>
- Leitch, M. L. (2007). Somatic Experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology*, 13(3), 11–20. <https://doi.org/10.1177/1534765607305439>

- 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.
<https://doi.org/10.1093/sw/54.1.9>
- Levine, P. A. (2008). *Healing trauma: a pioneering program for restoring the wisdom of your body*. Sounds True.
- Levine, P. A. (2012). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. 3. Aufl. Kösel.
- Marlock, G., & Weiss, H. (Hrsg.). (2023). *Handbuch der Körperpsychotherapie* (2. Aufl.). Schattauer.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Ruscio, A. M., Karam, E. G., Shahly, V., Stein, D. J., Hill, E. D., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Borges, G., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Mladenova, M., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2015). Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 77(4), 375–384.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018, Dezember 5). *Post-traumatic stress disorder (NG116)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. W.W. Norton & Company.
- Özcan, N. A. (2021). View of the effectiveness of somatic experience based stabilization program for refugee women's post-traumatic stress, mindfulness and social support level. *Psycho-Educational Research Review*, 10(1), 46–60.
- Özel, D. (2024). 'We are all in this together': Coping with stress during uncertain times through somatic experiencing. *Group Analysis*, 57(2), 256–270.
<https://doi.org/10.1177/05333164231189471>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, 14(3), 103–109.
<https://doi.org/10.1177/1534765608319080>

- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W.W. Norton.
- Rosendahl, S., Sattel, H., & Lahmann, C. (2021). Effectiveness of body psychotherapy. a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.709798>
- Selvam, R. (2022). *The practice of embodying emotions : a guide for improving cognitive, emotional, and behavioral outcomes*. North Atlantic Books.
- Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*. The Guilford Press.
- Song, F., Parekh, S., Hooper, L., Loke, Y. K., Ryder, J., Sutton, A. J., Hing, C., Kwok, C. S., Pang, C., & Harvey, I. (2010). Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. *Health Technology Assessment*, 14(8). <https://doi.org/10.3310/hta14080>
- Vagnini, D., Grassi, M. M., & Saita, E. (2023). Evaluating Somatic Experiencing® to heal cancer trauma: first evidence with breast cancer survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6412. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146412>
- van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Emck, C., Fokker, T. J., Hatzmann, J., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2023). Body-and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 36(5), 835–848. <https://doi.org/10.1002/jts.22968>
- van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2019). Body- and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 967–976. <https://doi.org/10.1002/jts.22465>
- van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score*. Penguin Books Ltd.
- 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. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00070>
- World Health Organization. (2025). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-

traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15057.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>

Zaal, E., Ongena, Y., van der Velden, N., Loughnan, D., & Hoeks, J. (2026). Unraveling honest responding: a systematic review on the effectiveness of social desirability bias reduction methods in survey research. *Quality & Quantity*, 60(3), 10359–10391.
<https://doi.org/10.1007/s11135-026-02664-7>

Anhang

Zentrale Merkmale und Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Tabelle 1 Zentrale Merkmale und Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Autor, Jahr	N	Population / Symptomatik	Design	Intervention	Kontrollgruppe	Zentrale Ergebnisse	Evidenzkategorie
Brom et al. (2017)	63	PTBS	RCT	15 SE-Einzelsitzungen	Warteliste (n = 30)	Signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik und Depression; Verbesserung bei Lebensqualität; 44 % erfüllten nach Behandlung keine PTBS-Kriterien mehr; stabil im Follow-up	Direkte Evidenz
Andersen et al. (2017)	91	Chronische Rückenschmerzen + komorbide PTBS bzw. subklinische PTBS	RCT	6-12 SE-Einzelsitzungen + 4-6 Sitzungen Physiotherapie	nur Physiotherapie (n = 46)	Signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik und Bewegungsangst im Vergleich zur Kontrollgruppe; Verbesserungen in beiden Gruppen bei weiteren Werten; stabil im Follow-up	Direkte Evidenz
Andersen et al. (2020)	114	Chronische Rückenschmerzen + komorbide PTSS	RCT	Max. 12 SE-Einzelsitzungen + 4-8 Sitzungen Physiotherapie	nur Physiotherapie (n = 59)	Verbesserungen in beiden Gruppen; keine signifikanten Unterschiede	Eingeschränkte Evidenz

Autor, Jahr	N	Population / Symptomatik	Design	Intervention	Kontrollgruppe	Zentrale Ergebnisse	Evidenzkategorie
Briggs et al. (2018)	7	Genderdiverse Personen / traumabezogene Belastungen	Unkontrollierte Prä-Post-Studie	10 SE-Gruppensitzungen	Keine	Verbesserung des psychischen Wohlbefindens; Trends bei Depression und Somatisierung	Eingeschränkte Evidenz
Eryigit et al. (2026)	112	Gesundheitsfachkräfte / pandemiebedingte psychische Belastung	Unkontrollierte Prä-Post-Studie	2 SE-Einzelsitzungen	Keine	Signifikante Reduktion von Stress und Angst; stabile Effekte im Follow-up	Eingeschränkte Evidenz
Guinta (2026)	12	Weibliche Fachkräfte in helfenden Berufen / sekundäre Traumatisierung und Belastungsfolgen	Unkontrollierte Prä-Post-Studie	Je 3 angeleitete SE-basierte Meditationen pro Woche über 4 Wochen	Keine	Signifikante Reduktion sekundärtraumatischer Stresssymptome; Verbesserungen von Schlafqualität, Stresslevel und gesundheitsbezogenem Verhalten	Eingeschränkte Evidenz
Lehmivaara et al. (2026, 2 Studien)	144	Misshandlungserfahrungen in der Kindheit	RCT	1 SE-Einzelsitzung	Psychoedukation (n = 46)	Signifikante Verbesserung psychologischer Sicherheit, sozialer Verbundenheit und positiver Affekte; Verbesserung der Interozeption; signifikante Reduktion gestörter Körpergrenzen	Eingeschränkte Evidenz

Autor, Jahr	N	Population / Symptomatik	Design	Intervention	Kontrollgruppe	Zentrale Ergebnisse	Evidenzkategorie
Leitch (2007)	53	Tsunami-Überlebende / traumabezogene Belastungen (Erwachsene und Kinder)	Unkontrollierte Prä-Post-Studie	1-2 SE-basierte Frühinterventionen (TFA)	Keine	Signifikante Reduktion der traumabezogenen Symptome, stabil im Follow-up	Eingeschränkte Evidenz
Leitch et al. (2009)	142	Hurricane-Überlebende (Sozialarbeiter:innen und Fachkräfte)/ traumabezogene Belastungen	Kontrollierte quasi-experimentelle Studie	1-2 SE-basierte Einzelsitzungen (TRM)	Psychoedukation (n = 51)	Signifikante Reduktion von PTBS-Symptomen, Verbesserung von Resilienz; Vorteile gegenüber Kontrollgruppe auch im Follow-up	Eingeschränkte Evidenz
Özcan (2021)	22	Weibliche Flüchtlinge / traumabezogene Belastungen	Kontrollierte quasi-experimentelle Studie	6 SE-basierte Gruppensitzungen (SESP)	Warteliste (n = 11)	Reduktion posttraumatischer Symptome; Verbesserung von Achtsamkeit und sozialer Unterstützung; stabil im Follow-up	Eingeschränkte Evidenz
Parker et al. (2008)	150	Tsunami-Überlebende / traumabezogene Symptome	Unkontrollierte Prä-Post-Studie	1 SE-Einzelsitzung	Keine	Signifikante Reduktion der Traumasymptome; stabil im Follow-up	Eingeschränkte Evidenz
Vagnini et al. (2023)	35	Brustkrebsüberlebende / krebsbezogene	Kontrollierte quasi-experi-	8 SE-Gruppensitzungen	Warteliste (n = 14)	Signifikante Reduktion von Angst, Depression und Distress; Verbesserung Körperbild und	Eingeschränkte Evidenz

Autor, Jahr	N	Population / Symptomatik	Design	Intervention	Kontrollgruppe	Zentrale Ergebnisse	Evidenzkategorie
		traumatische Belastungen	mentelle Studie			Coping-Strategien; Kontrollgruppe zeigte teilweise Verschlechterungen	
Özel (2024)	49	Studierende und Beratende mit pandemiebedingtem Stress	Kontrollierte quasi-experimentelle Studie	8 SE-Gruppensitzungen	Warteliste (n = 31)	Signifikante Reduktion psychischer Belastung, Verbesserung der Copingstrategien; qualitative Hinweise auf Hoffnung, Verbundenheit und Verhaltensänderungen	Explorative Evidenz
Winblad et al. (2018)	18	SE-Ausbildungsteilnehmer	Unkontrollierte Prä-Post-Studie	3jährige SE-Ausbildung im Gruppensetting	Keine	Verbesserungen in psychischer Gesundheit, Lebensqualität und physiologischer Stressregulation; Hinweise auf erhöhte Resilienz und bessere autonome Regulation	Explorative Evidenz