

Masterarbeit Studiengang Sexologie V ISP Zürich

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

des Fachbereichs «Soziale Arbeit.Medien.Kultur» der Hochschule Merseburg und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Zürich

Einfluss von TRE (Tension/Trauma Releasing Exercises) auf die Sexualität

Eine quantitative Untersuchung

Vorgelegt von

Edona Hasanagic

Erstgutachterin: Agnes Silvani

Zweitgutachter: Heinz Jufer

Zusammenfassung

Die Sexualität ist ein komplexes biopsychosoziales Geschehen, das eng mit der körperlichen Selbstwahrnehmung und Spannungsregulation verbunden ist. Muskuläre Spannungsmuster, insbesondere im Bereich des Beckens, gelten als möglicher Einflussfaktor für sexuelles Erleben und Wohlbefinden. Die Methode der Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) setzt über gezielte Körperübungen an diesem Bereich an, indem durch neurogenes Zittern eine Regulation von Körperspannung ermöglicht werden soll.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die möglichen Zusammenhänge zwischen TRE, Körperwahrnehmung und Sexualität zu untersuchen. Hierzu führten 15 Teilnehmende innerhalb von zwei Wochen drei angeleitete TRE-Sitzungen durch. Die subjektiv wahrgenommene Sexualität sowie persönliche Körperwahrnehmung wurden mittels Online-Fragebögen vor und nach der Intervention erfasst.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass TRE zu einer positiven Veränderung der Körperwahrnehmung sowie des sexuellen Erlebens beitragen kann. Die Studie liefert erste explorative Anhaltspunkte auf das Potenzial von TRE als niedrigschwellige körpertherapeutische Methode im Kontext von Sexualität. Aufgrund methodischer Limitationen, wie einer geringen Stichprobengrösse von 15 Personen und fehlender Kontrollgruppe, sind die Ergebnisse vorläufig und bedürfen weiterer Forschung.

Abstract

Sexuality is a complex biopsychosocial phenomenon that is closely linked to bodily self-awareness and tension regulation. Muscular tension patterns, particularly in the pelvic area, are considered a potential influencing factor for sexual experience and well-being. The method of Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) targets this area through specific physical exercises that aim to induce neurogenic tremors to support the regulation of muscular tension.

The aim of this study was to investigate possible associations between TRE, body perception, and sexuality. For this purpose, 15 participants completed three guided TRE sessions within a two-week period. Subjective sexual experience and body perception were assessed using online questionnaires before and after the intervention.

Preliminary findings suggest that TRE may contribute to positive changes in body perception as well as sexual experience. This study provides initial exploratory evidence for the potential of TRE as a low-threshold body-based method in the context of sexuality. Due to methodological limitations, such as a small sample size of 15 participants and the absence of a control group, the findings are preliminary and require further investigation.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	1
1 Einleitung.....	2
2 Körpertherapie, Spannung & Sexualität – Ein Überblick.....	4
3 Sexualität im Modell Sexocorporel.....	7
3.1 Das sexuelle Lusterleben und die 3 Gesetze des Körpers	7
3.1.1 Muskeltonus	9
3.1.2 Raum	9
3.1.3 Rhythmus	10
3.1.4 Zusammenfassung.....	10
4 Autonome Regulation als Voraussetzung für sexuelles Erleben	12
4.1 Stress und die Polyvagaltheorie	12
4.2 Autonomes Nervensystem, Körperwahrnehmung und Lust	14
5 Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE)	16
5.1 Grundprinzipien und Abgrenzung zu anderen Methoden	16
5.2 Anatomische Grundlage: Der Iliopsoas als Schlüsselregion für Spannung und Sexualität.....	17
5.3 Neurogenes Zittern vs. pathologisches Zittern.....	18
5.4 Entstehung & Ursprung von TRE	21
5.5 Wissenschaftlicher Forschungsstand zu TRE.....	23
5.5.1 Neurophysiologische Grundlagen und theoretische Annahmen.....	23
5.5.2 Empirische Befunde zu physiologischen Effekten	24
5.5.3 Empirische Befunde zu psychischen Effekten	25
5.5.4 Forschungsstand zum Einfluss von TRE auf Sexualität	26
6 Fragestellung und Hypothesen.....	27
7 Methodik	28
7.1 Geplantes methodisches Vorgehen	28
7.2 Rekrutierung und Einschluss	29
7.3 Forschungsethik und Datenschutz	30
7.4 Qualitätssicherung des Fragebogens.....	31
7.5 Messinstrumente	32
7.6 Qualitative Auswertung der offenen Angaben.....	33

7.7	Verwendung von Künstlicher Intelligenz.....	34
8	Ergebnisse.....	35
8.1	Stichprobenbeschreibung	35
8.2	Quantitative Ergebnisse der Befragung.....	35
8.2.1	Körperliche Selbstwahrnehmung und Regulation	36
8.2.2	Sexualität: Lust, Erregung, und sexuelles Wohlbefinden.....	37
8.2.3	Sexualverhalten und Erleben.....	38
8.2.4	Körperliches Wohlbefinden und mögliche Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten	39
8.3	Qualitative Ergebnisse: Wahrgenommene Veränderungen durch TRE	40
8.3.1	Körperliche Selbstwahrnehmung	41
8.3.2	Sexuelle Erregbarkeit & Lust	41
8.3.3	Emotionale & Beziehungsebene.....	42
8.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	42
9	Diskussion.....	45
9.1	Beantwortung der Forschungsfragen	46
9.2	Limitationen	48
9.3	Mögliche Weiterentwicklungen des Projekts	50
9.4	Implikationen für Forschung und Praxis	51
9.5	Fazit.....	51
	Schlusswort.....	53
	Literaturverzeichnis	55
	Anhang.....	61
	Selbstständigkeitserklärung.....	73

Vorwort

Die Sexualtherapie nach dem Ansatz des Sexocorporel kombiniert körperorientierte Methoden mit sexualtherapeutischer Arbeit. Ein zentrales Augenmerk liegt dabei auf der Wahrnehmung und Regulation des Körpers, insbesondere auf den Muskeln im Beckenbodenbereich sowie der umgebenden Muskulatur.

Die Methode der Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) wurde ursprünglich als körpertherapeutischer Ansatz zur Unterstützung von Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung entwickelt. Besonders interessant ist dabei, dass TRE genau im Bereich des Beckens, der Psoas-Muskelgruppe und des Beckenbodens ansetzt. Diese Körperregion ist auch in der Sexualtherapie von zentraler Bedeutung.

Trotz dieser naheliegenden Verbindung existiert bisher keine wissenschaftliche Studie, die den Einfluss von TRE auf die Sexualität untersucht. Diese Lücke hat mich überrascht und gleichzeitig motiviert, im Rahmen meiner Masterarbeit erste empirische Daten zu diesem Zusammenhang zu erheben. Auch persönliche Erfahrungen haben mein Interesse an diesem Thema verstärkt. Durch die regelmässige Anwendung von TRE konnte ich bei mir selbst eine Reduktion von Körperspannung sowie positive Veränderungen im sexuellen Erleben feststellen.

Besonders interessant an TRE erscheint mir, dass das Zittern als natürliche Reaktion des Körpers bewusst genutzt wird. Dabei handelt es sich um eine ursprüngliche, neurobiologische Reaktion, die auch im salutogenetischen Sinne als ressourcenvolle Fähigkeit verstanden werden kann. Besonders spannend ist zudem, dass TRE nicht nur im therapeutischen Setting, sondern nach entsprechender Anleitung auch als Methode zur Selbsthilfe eingesetzt werden kann. Diese Möglichkeit zur Eigenanwendung entspricht meinem Wunsch, Menschen zu ermutigen, selbstwirksam mit Belastungen umzugehen und die Verbindung zu ihrem Körper aktiv zu fördern. Dieses Verständnis möchte ich mit dieser Arbeit stärken und einen Beitrag dazu leisten, körpertherapeutische Methoden wie TRE auch im Kontext von Sexualität differenzierter zu betrachten.

Die vorliegende Arbeit soll einen ersten Beitrag dazu leisten, das Potenzial von TRE im Zusammenhang mit Sexualität wissenschaftlich zu beleuchten. Ziel ist es, diesen Themenbereich systematisch zu untersuchen und damit einen Impuls für die zukünftige Forschung und die sexualtherapeutische Praxis zu geben.

1 Einleitung

Die menschliche Sexualität ist ein komplexes biopsychosoziales Phänomen, das untrennbar mit körperlichen, emotionalen und sozialen Prozessen verknüpft ist. Insbesondere körperliche Spannungszustände und die Fähigkeit zur Selbstregulation beeinflussen das sexuelle Erleben massgeblich (Bischof, 2012; Porges, 2011). Chronischer Stress, traumatische Erfahrungen oder emotionale Belastungen können zu einer Erhöhung des Muskeltonus, einer Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung und damit zu Einschränkungen der sexuellen Lust- und Genussfähigkeit führen (Hamilton & Meston, 2013; Van der Kolk, 2015).

In den letzten Jahren rückte in Wissenschaft und Praxis vermehrt die Bedeutung körperorientierter Methoden zur Unterstützung von Selbstregulation, Stressverarbeitung und Körperwahrnehmung in den Fokus (Price & Thompson, 2007). Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Verfahren, die auf die Regulation des autonomen Nervensystems und den Abbau chronischer muskulärer Spannungen abzielen. Diese Faktoren sind nicht nur für das allgemeine Wohlbefinden, sondern auch für eine erfüllte Sexualität von zentraler Bedeutung (Bischof-Campbell, 2012; Porges, 2011).

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Methode der Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) zunehmend an Aufmerksamkeit. Durch gezielte Körperübungen wird ein reflexartiger Zitterprozess ausgelöst, der als natürliche Reaktion des Körpers auf Belastung verstanden wird und zur Entladung von Spannung sowie zur Regulation des autonomen Nervensystems beitragen soll (Almeida & Rodrigues, 2021; Berceli, 2010). Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass TRE positive Effekte auf Stressparameter und das körperliche Wohlbefinden haben kann. So zeigte beispielsweise eine Pilotstudie mit Menschen mit Krankheitsbild Multiple Sklerose, dass regelmässige TRE-Praxis zu einer Reduktion von Erschöpfung und Stress beitragen kann (Lynning et al., 2021). Im Allgemeinen weisen Forschungsergebnisse darauf hin, dass körperliche Bewegung einen positiven Einfluss auf die Stressregulation und Körperwahrnehmung haben kann (Moyers & Hagger, 2023), was die theoretische Grundlage körperzentrierter Ansätze wie TRE zusätzlich stützt. Die konkreten Auswirkungen von TRE auf die Sexualität bleiben jedoch bislang weitgehend unerforscht.

Gerade im Bereich der Sexualität, die stark von körperlicher Präsenz, interozeptiver Wahrnehmung und muskulärer Regulation abhängt (Bischof, 2012; Desjardins, 1986), erscheint der Ansatz von TRE vielversprechend. Besonders relevant erscheint dabei die Rolle des Iliopsoas-Muskels, der aufgrund seiner anatomischen Lage im Beckenbereich und seiner Beteiligung an Stressreaktionen als potenzielle Schlüsselregion für Spannung

gilt (Berceli, 2010; Bordoni & Varacallo, 2023). Vor diesem Hintergrund wird in theoretischen Annahmen diskutiert, dass muskuläre Dysbalancen in diesem Bereich auch das sexuelle Erleben beeinflussen könnten.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den möglichen Zusammenhang zwischen neurogenem Zittern, Körperwahrnehmung und Sexualität näher zu beleuchten. Die Studie geht der Frage nach, ob und wie sich die persönlich wahrgenommene Sexualität durch drei Anwendungen von TRE innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen verändert, welche Auswirkungen sich auf die Wahrnehmung des Genital- und Beckenraums zeigen, und inwiefern der durch TRE angestrebte Spannungsabbau mit sexuellem Erleben in Zusammenhang steht.

Die vorliegende quantitative Untersuchung soll erste empirische Hinweise darauf liefern, ob körperzentrierte Methoden wie TRE einen Beitrag zur Förderung von Selbstwahrnehmung und sexuellem Wohlbefinden leisten können. Damit soll die Arbeit einen wissenschaftlichen Beitrag zur Weiterentwicklung körpertherapeutischer Ansätze im Kontext von Sexualität leisten.

Zur sprachlichen Ausarbeitung und zur Unterstützung im Schreibprozess wurde das KI-gestützte Sprachmodell ChatGPT (OpenAI, 2025) eingesetzt. Die inhaltliche Verantwortung sowie die Auswahl und Interpretation der wissenschaftlichen Quellen lagen vollständig bei der Verfasserin.

2 Körpertherapie, Spannung & Sexualität – Ein Überblick

Die enge Verbindung zwischen körperlichen Spannungszuständen und psychischen Prozessen ist ein zentrales Thema der Psychophysiologie. Körper und Psyche stehen in einer wechselseitigen Beziehung: Emotionale Belastungen wirken sich auf Muskeltonus, Atmung und vegetative Regulation aus. Umgekehrt beeinflusst körperliche Spannung das emotionale und kognitive Erleben (Niedenthal, 2007; Roth & Strüber, 2017).

Ein grundlegendes Modell zur Erklärung dieser Wechselwirkungen ist das allostatistische Stressmodell (McEwen, 1998b), welches auf den Arbeiten von Selye (1956) basiert. Es beschreibt wie der Körper auf Belastung mit einer komplexen Aktivierung des autonomen Nervensystems, des Hormonsystems und der Muskulatur reagiert. Die sogenannte allostatistische Last entsteht, wenn stressbedingte Aktivierungsmuster über längere Zeit bestehen bleiben und sich nicht vollständig lösen. Eine chronische Anspannung kann so zu einem dauerhaften Ungleichgewicht führen, das sowohl somatische als auch psychische Symptome hervorruft (Scaer, 2014).

Zentral in diesem Zusammenhang ist die Rolle des autonomen Nervensystems. Der Sympathikus mobilisiert den Organismus in Bedrohungssituationen (Fight-or-Flight) durch erhöhte Herzfrequenz, Muskeltonus, Atemfrequenz und Glukosefreisetzung. Der Parasympathikus hingegen unterstützt Regeneration, Verdauung und Entspannung (Rest-and-Digest). Das Zusammenspiel beider Systeme bestimmt, wie effektiv sich ein Mensch von Belastungen erholen kann. Wird nach einer Aktivierungsphase keine vollständige Rückkehr in den parasympathisch geprägten Zustand erreicht, kann dies zu vegetativer Dysregulation führen, die sich in Schlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, psychosomatischen Beschwerden oder emotionalen Störungen manifestieren kann (McEwen, 1998b; Porges, 2011).

Ein spezielles Phänomen in diesem Zusammenhang ist das Bestehen tief liegender, chronisch gewordener muskulärer Spannungen, die häufig auf langanhaltende Stresszustände oder traumatische Erfahrungen zurückgehen. Solche Spannungen können sich über Jahre hinweg im Körper festsetzen, ohne dass die betroffene Person sie bewusst wahrnimmt. In der somatischen Psychotherapie wird davon ausgegangen, dass sich emotionale Inhalte und nicht verarbeitete Erlebnisse über neurophysiologische Prozesse in der Muskulatur «einspeichern» können (Levine, 1997; Ogden et al., 2006a).

Zur Lösung dieser Spannungsmuster wurden verschiedene körperbasierte Methoden entwickelt, die auf psychophysiologischer Forschung basieren. Dazu zählen unter anderem:

- **Progressive Muskelrelaxation** (PMR) nach Jacobson, bei der gezielte Anspannung und Entspannung bestimmter Muskelgruppen zu einer Senkung des Gesamttonus führt (Conrad & Roth, 2007).
- **Bioenergetik** nach Lowen, die davon ausgeht, dass chronische Spannung emotionale Inhalte blockiert, und durch Bewegung, Atmung und Ausdruck gelöst werden kann (Lowen, 2018).
- **Somatic Experiencing** (SE) ist eine körperorientierte Methode zur Traumabewältigung, die von Peter Levine entwickelt wurde. Sie basiert auf der Annahme, dass traumatische Erlebnisse als «eingefrorene Energie» im Nervensystem gespeichert werden und sich durch gezielte Arbeit mit Körperempfindungen lösen lassen. Ziel ist es, die körpereigene Ausgleichsmechanismen des Körpers wiederherzustellen, indem der Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsreflex sicher und schrittweise entladen wird (Levine, 1997). Auch wenn bislang keine randomisierten Studien den direkten Einfluss von SE auf sexuelle Funktionen untersucht haben, wird in klinischen Kontexten immer wieder berichtet, dass die Methode insbesondere bei Menschen mit sexualisierter Traumatisierung den Zugang zum eigenen Körper und zu lustvollem Erleben erleichtern kann (Levine, 2010).
- Die **Rosen-Methode**, bei der durch gezielte, achtsame Berührung unbewusste Spannungen ins Bewusstsein gelangen und sich lösen können (Rosen & Brenner, 2003).
- **Autogenes Training** ist eine Entspannungsmethode, bei der durch Selbstsuggestion gezielt körperliche und mentale Entspannung erreicht wird. Dies geschieht durch die wiederholte Anwendung bestimmter Sätze, die auf körperliche Empfindungen wie Wärme und Schwere fokussieren, um den Körper in einen Zustand tiefer Ruhe zu versetzen. Studien haben gezeigt, dass diese Technik bei stressbedingten Beschwerden wirksam sein kann (Kratochvíl, 1972).
- Die **Feldenkrais-Methode**, nach Moshe Feldenkrais, die durch sanfte, bewusste Bewegungen die sensomotorische Differenzierung und das Körperbewusstsein fördert. Erfahrungsberichte zeigen, dass insbesondere ein verbessertes Gespür für den Beckenbereich positive Effekte auf sexuelles Lust- und Orgasmuserleben haben kann (Bowes, 2021).

Die körperliche Anspannung als Folge von Stress ist nicht nur im Muskeltonus sichtbar, sondern auch über Verhaltensindikatoren wie Haltung, Mimik oder Atmung messbar (Van der Kolk, 2015). Körpertherapeutische und somatische Ansätze gehen davon aus, dass sich diese Spannungsmuster nicht rein kognitiv verarbeiten lassen, sondern im Körper gespeichert bleiben können. Besonders im Kontext von nicht verbal bearbeiteten Erlebnissen, etwa bei Schock- oder Entwicklungstraumata, kann sich Anspannung chronifizieren, ohne dass ein konkretes Narrativ dazu verfügbar ist (Levine, 1997).

Umgekehrt kann körperliche Entspannung über Bottom-up-Prozesse Einfluss auf das psychische Befinden nehmen. Studien zeigen, dass gezielte körperliche Regulation, etwa durch Bewegung, Atemarbeit oder bewusste körperliche Entladung, zu einer Reduktion von Cortisolwerten, einer Verlangsamung des Herzschlags und einem Abbau von erhöhtem Muskeltonus führen kann (Almeida & Rodrigues, 2021; Balban et al., 2023; Moyers & Hagger, 2023). Gleichzeitig stärken körpertherapeutische Verfahren die Körperwahrnehmung, die Selbstregulation und das Selbstwertgefühl, was zentrale Faktoren sind für das sexuelle Wohlbefinden (Price & Thompson, 2007).

Die Wechselwirkung von Körper und Psyche folgt somit keinem linearen, sondern einem zirkulären Modell: Emotionale Belastung kann zu somatischer Spannung führen, körperliche Anspannung wiederum kann emotionale Dysregulation verstärken oder aufrechterhalten. Ein integratives Verständnis dieser Zusammenhänge ist zentral für die Entwicklung effektiver körperbasierter Interventionen zur Stressreduktion, Selbstregulation und zur Verbesserung körperlicher Befindlichkeit. Insbesondere im Bereich der Sexualität zeigt sich, dass ein differenziertes, durchlässiges und responsives Körpersystem eine wesentliche Voraussetzung für selbstbestimmte, lustvolle Sexualität darstellt.

Die dargestellten körpertherapeutischen Verfahren zeigen, wie stark körperliche Spannungsmuster mit emotionalem Erleben verknüpft sind. Um diese Dynamik im Kontext menschlicher Sexualität vertieft zu betrachten, wird im nächsten Kapitel das sexologische Modell Sexocorporell herangezogen. Es bietet eine theoretische Grundlage für die Analyse sexuellen Erlebens im Zusammenspiel von körperlichen, emotionalen und kognitiven Prozessen. Anschliessend wird die Polyvagalthorie von Porges eingebunden, um die Rolle des autonomen Nervensystems im Kontext von Lustempfinden, Sicherheit und Körperwahrnehmung zu beleuchten.

3 Sexualität im Modell Sexocorporel

Das Modell Sexocorporel beschreibt ein ganzheitliches Verständnis der menschlichen Sexualität, welches vier Komponenten berücksichtigt, die das sexuelle Erleben prägen. Entwickelt wurde das Modell in den 1980er-Jahren von Professor Jean-Yves Desjardins (1931–2011) an der Abteilung für Sexualwissenschaft der Université du Québec à Montréal (UQAM) (Desjardins, 1986). Es bietet einen systematischen Rahmen zur Analyse sexueller Erfahrungen, indem es Sexualität stets im Zusammenspiel mit physiologischen Prozessen, emotionalen Zuständen, kognitiven Bewertungen und Beziehungsdynamiken betrachtet. Ein zentrales Ziel der auf diesem Ansatz beruhenden Sexualtherapie ist die Förderung des sexuellen Lusterlebens, ein Merkmal, das Sexocorporel von anderen sexologischen Konzepten wesentlich unterscheidet. Darüber hinaus integriert das Modell körperorientierte Interventionen (Körperarbeit) in die therapeutische Praxis, um sexologische Anliegen gezielt zu adressieren. Aufgrund dieser körperzentrierten Methodik stellt Sexocorporel ein besonders geeignetes Modell für die Fragestellung der vorliegenden Studie dar.

3.1 Das sexuelle Lusterleben und die 3 Gesetze des Körpers

Um zu verstehen, wie Lust im Kontext der Sexualität erreicht und beeinflusst werden kann, ist es wichtig zu verstehen, dass Körper und Geist gemäss dem Sexocorporel eine neurophysiologische Zweieinheit bilden und sich gegenseitig beeinflussen. Das bedeutet, dass wir Emotionen über körperliche Sinnesreize wahrnehmen. So kann es beispielsweise sein, dass man Trauer als Enge im Magen verspürt, oder Wut als Druck im Brust- oder Nackenbereich. Gleichzeitig bedeutet das auch, dass wir anhand Modifikationen auf der Körperebene Einfluss nehmen können auf die Qualität der wahrgenommenen Empfindungen und Emotionen (Chatton et al., 2005).

Diese enge Verbindung zwischen Körper und Geist bildet auch die Grundlage dafür, wie sexuelle Lust erlebt und gesteuert werden kann. Gemäss Desjardins (1986) werden im Sexocorporel vier verschiedene Erregungsmodi unterschieden: Der archaische, der mechanische, der ondulierende und der wellenförmige. Der archaische und mechanische Modus gehören zur Kategorie der sogenannten Druckmodi und sind wesentlich störungsanfälliger als der ondulierende und wellenförmige Modus. Dies kommt daher, dass früh gelernt wurde sich mit starkem Druck oder intensiver Reibung selbst zu befriedigen, was jedoch in der Paarsexualität häufig schwieriger zu integrieren ist.

Diese Druckmodi zeichnen sich häufig durch eine stark tonische Anspannung des Beckenbodens aus, welche die Verteilung der sexuellen Erregung im Körper behindern kann. Physiologisch betrachtet führt diese chronische Muskelspannung dazu, dass die

arterielle Durchblutung im Beckenbereich eingeschränkt wird, obwohl gerade diese Durchblutung zentral ist für das warme, pulsierende und lustvolle Erleben sexueller Erregung. Insbesondere quergestreifte Muskeln, wie sie im Beckenboden vorkommen, können durch starke, konstante Anspannung den arteriellen Blutfluss in den Genitalen reduzieren. Dies kann eine Reihe unerwünschter Effekte zur Folge haben (Bischof, 2012).

Einerseits kann die mangelnde Durchblutung der Muskulatur zu einem lokalen Sauerstoffmangel führen, der mit biochemischen Reaktionen einhergeht, die auf Dauer als unangenehm oder sogar schmerzhaft empfunden werden. Andererseits betrifft die reduzierte Blutzufuhr auch angrenzende Organe, wie zum Beispiel das untere Drittel der Vagina. Dies kann sich negativ auf die vaginale Lubrikation auswirken und erklärt, weshalb manche Frauen trotz subjektiv empfundener Erregung Schwierigkeiten mit der Befeuchtung und dem inneren Weitungseffekt der Vagina haben. Das Resultat ist eine eingeschränkte Wahrnehmung von Weite und Tiefe im vaginalen Raum, was sich wiederum hemmend auf das sexuelle Verlangen, den vaginalen Innenraum auszufüllen, auswirken kann (Bischof, 2012).

Auch bei Männern kann eine erhöhte muskuläre Grundspannung, insbesondere im Alter oder bei bestehenden Durchblutungsproblemen, die genitale Durchblutung beeinträchtigen und zur Entstehung von Erektionsstörungen beitragen. In beiden Fällen wird Erregung auf ein kleines Areal konzentriert, wie etwa die Klitoris oder den Penis, wodurch das sexuelle Erleben begrenzt und störungsanfälliger wird. Kleine Unterbrechungen oder Ablenkungen können den mühsam aufgebauten Erregungszustand rasch zum Erliegen bringen (Bischof, 2012).

Diese Form der lokalisierten, muskulär fixierten Erregung unterscheidet sich deutlich von einer körperlich weit verbreiteten, fluiden Erregung, wie sie im ondulierenden oder wellenförmigen Modus angestrebt wird. Während letztere zu einem intensiveren, ganzkörperlich erlebten Orgasmus führen kann, bleibt der Höhepunkt im archaischen oder mechanischen Modus häufig als kurz, flüchtig oder lediglich danach als entspannend in Erinnerung, weniger als ekstatische Entladung, sondern eher als erleichterndes Nachlassen einer Spannung (Bischof, 2012).

Aufbauend auf diesem Verständnis wird deutlich, dass es ein zentrales Element ist, zwischen körperlicher Spannung und Entspannung abwechseln zu können. Dieses Wechselspiel, und die damit verbundene Bewegung, unterstützen die Durchblutung und intensiviert die Wahrnehmung von Sinnesreizen, insbesondere im Genitalbereich. So kann nicht nur die physische Erregung gesteigert, sondern auch eine emotionale Integration positiver Empfindungen gefördert werden. Entscheidend ist dabei das Bewusstsein und die

damit verbundene Hoheit über den eigenen Körper, eine verkörperte Selbstwirksamkeit, die als Grundlage lustvollen Erlebens gilt (Bischof-Campbell, 2012; Chatton et al., 2005).

Im Folgenden werden die drei grundlegenden Gesetze des Körpers im Modell des Sexocorporel vorgestellt, mit deren Hilfe sich körperliche Sinneswahrnehmungen gezielt beeinflussen lassen.

3.1.1 Muskeltonus

Im Modell des Sexocorporel beschreibt der Muskeltonus den Spannungszustand der Muskulatur, welcher das körperliche Empfinden massgeblich beeinflusst, insbesondere im Zusammenhang mit sexueller Erregung und Lust. Bischof (2012) beschreibt, dass Personen mit hoher muskulärer Grundspannung sanfte Berührungen eher als kitzlig oder sogar unangenehm wahrnehmen. Der Muskeltonus wirkt sich zudem auf Haltung, Atmung, Beweglichkeit und die Regulationsfähigkeit aus. Ein dauerhaft erhöhter Tonus im Beckenbereich, kann zu Einschränkungen der Bewegungsfreiheit führen und die Durchblutung im Genitalbereich beeinträchtigen. Dies wiederum kann die Wahrnehmung sexueller Reize dämpfen und das lustvolle Erleben einschränken. Der Sexocorporel betont daher die Bedeutung eines angemessenen, variablen Muskeltonus, der gezielt reguliert werden kann. Diese Regulation ermöglicht es, zwischen Spannung und Entspannung zu wechseln, was als zentrale Voraussetzung für ein differenziertes und intensives sexuelles Empfinden gilt (Bischof-Campbell, 2012).

3.1.2 Raum

Der Bewegungsraum lässt sich in den inneren Atemraum und den äusseren Raum unterteilen, der durch physische Bewegung und den eigenen Körper eingenommen wird. Beide Dimensionen stehen in enger Verbindung mit der Regulation von Körperempfindungen und Emotionen und beeinflussen somit auch die sexuelle Erregbarkeit. Ein freier, dynamischer Atemfluss fördert das körperliche Loslassen und unterstützt das lustvolle Erleben. Wird die Atmung hingegen durch chronischen Stress oder traumatische Erfahrungen blockiert, kann dies auch die Beweglichkeit einschränken und zu einer Einengung des körperlichen Ausdrucks führen (Porges, 2011). In der Folge wird die Fähigkeit, sexuelle Reize bewusst wahrzunehmen, reduziert (Bischof-Campbell, 2012). Der Sexocorporel betrachtet daher die Erweiterung und bewusste Nutzung des individuellen Bewegungsraums und Atems als eine zentrale Voraussetzung für die Entwicklung sexueller Kompetenz.

3.1.3 Rhythmus

Der Rhythmus beeinflusst ebenfalls die Qualität und Intensität von Bewegungen. Diese wiederum beeinflussen das sexuelle Erleben. Variationen im Bewegungsrhythmus wirken direkt auf die Körperwahrnehmung und das Erregungsgeschehen. Eine gesteigerte rhythmische Dynamik in Verbindung mit einem erhöhten Muskeltonus kann die sexuelle Erregung intensivieren (Desjardins et al., 2011). Durch das bewusste Spiel mit Tempo, Druck und Wiederholung lassen sich körperliche Reaktionen differenziert steuern und sinnliche Empfindungen verstärken. In der körperzentrierten Sexualtherapie gilt die Schulung rhythmischer Bewegungen daher als eine zentrale Ressource für lustvolles Erleben.

3.1.4 Zusammenfassung

Die drei «Gesetze des Körpers» Muskeltonus, Raum und Rhythmus wirken nicht isoliert, sondern in einem dynamischen Zusammenspiel, das wesentlich zur körperlichen und emotionalen Regulation beiträgt. Dieses Zusammenspiel bildet gemäss Sexocorporel die physiologische Grundlage für das lustvolle Erleben in der Sexualität.

Ein variabler Muskeltonus ermöglicht differenzierte Empfindungen und unterstützt die Fähigkeit, zwischen Anspannung und Entspannung zu wechseln, eine zentrale Voraussetzung für sexuelle Lust. Der Raum, verstanden als Atem- und Bewegungsraum, beeinflusst die Qualität der körperlichen Wahrnehmung und erlaubt durch seine bewusste Erweiterung ein freieres, expressiveres Erleben. Der Rhythmus körperlicher Bewegungen, insbesondere in Bezug auf Tempo, Druck und Wiederholung, steuert gezielt die sexuelle Erregung und intensiviert sinnliche Empfindungen.

Diese körperdynamischen Prozesse ermöglichen ein fein abgestimmtes Wechselspiel zwischen Diffusion (der Verteilung von lustvoller Energie und Emotionen im Körper) und Kanalisation (der gezielten Bündelung und Ausrichtung dieser Kräfte). Besonders durch rhythmische Bewegungen und vertiefte Atmung wird die sexuelle Erregung intensiviert: Das Gehirn gelangt in einen Zustand erhöhter Präsenz und Wachsamkeit, was das emotionale Loslassen erleichtert und ein intensives lustvolles Erleben begünstigt (Bischof-Campbell, 2012).

Dieses beschriebene Konzept der Präsenz und der Fähigkeit, sich emotional auf ein Gegenüber einzulassen, findet sich auch in der Polyvagaltheorie von Stephen W. Porges wieder. Porges (2007) beschreibt, wie über das autonome Nervensystem, insbesondere durch die Aktivierung des ventralen Vagus, soziale Verbundenheit und emotionale Regulation ermöglicht werden.

Gleichzeitig betont das Modell des Sexocorporel, dass eine gewisse sympathische Aktivierung notwendig ist, um sexuelle Erregung und Lust erleben zu können. Für eine erfüllende Sexualität braucht es eine dynamische Balance zwischen Erregung und Sicherheit, also zwischen sympathischer Aktivierung und ventral vagaler Regulation. Eine zu starke oder chronische sympathische Aktivierung kann jedoch zu anhaltender Muskelanspannung führen, was sich negativ auf die Durchblutung, die Körperwahrnehmung und damit auf das sexuelle Erleben auswirkt (Voss & Stumpe, 2024).

Im folgenden Kapitel wird daher vertieft beleuchtet, wie körperliche Spannungsregulation und das Zusammenspiel des autonomen Nervensystems zentrale Voraussetzungen für sexuelle Ausdrucks- und Genussfähigkeit darstellen.

4 Autonome Regulation als Voraussetzung für sexuelles Erleben

Im folgenden Kapitel werden die physiologischen und psychologischen Grundlagen beleuchtet, die für das Verständnis der Wechselwirkungen zwischen Körper, Selbstregulation und Sexualität relevant sind. Dabei wird zunächst auf Stressmechanismen und die funktionelle Hierarchie des autonomen Nervensystems im Sinne der Polyvagaltheorie eingegangen. Im Anschluss folgt eine vertiefte Betrachtung der Rolle von Körperwahrnehmung, Interozeption und lustbezogenen Aspekten im Kontext von Selbstregulation und sexuellem Ausdruck.

4.1 Stress und die Polyvagaltheorie

Zahlreiche Studien belegen, dass chronischer Stress sowohl gesundheitsschädlich sein als auch die Sexualität negativ beeinflussen kann (Bodenmann et al., 2010; Hamilton & Meston, 2013; McEwen, 1998a; Schneiderman et al., 2005). Eine differenzierte Erklärung der zugrunde liegenden physiologischen Mechanismen liefert die von Stephen W. Porges entwickelte Polyvagaltheorie. Sie beschreibt die funktionelle Hierarchie des autonomen Nervensystems bei Säugetieren und legt dar, wie unterschiedliche Reaktionsmuster in Abhängigkeit von wahrgenommener Sicherheit oder Bedrohung aktiviert werden (Porges, 2011).

Das autonome Nervensystem stellt drei evolutionär geprägte Reaktionsweisen bereit, die dem Schutz und der Anpassung an Umweltreize dienen. Diese lassen sich innerhalb der Polyvagaltheorie differenziert betrachten. Zum parasympathischen System gehört der ventral-vagale Zweig, der soziale Verbundenheit, Sicherheit und Ruhe ermöglicht. Ebenso Teil des Parasympathikus ist der evolutionär ältere dorsale Vagusstamm, dessen Aktivierung zu immobilisierenden Schutzreaktionen wie Erstarrung, Kollaps oder Dissoziation führen kann. Die sympathische Aktivierung hingegen bereitet den Organismus auf Kampf- oder Fluchtreaktionen vor. Diese Zustände werden nicht willentlich gewählt, sondern beruhen auf dem Prinzip der Neurozeption, einem unbewussten Bewertungsprozess, bei dem das Nervensystem die Umgebung fortlaufend auf Anzeichen von Sicherheit oder Bedrohung überprüft (Porges, 2007).

Hält eine sympathische Aktivierung über längere Zeit an, etwa infolge chronischer Belastungen, emotionaler Überforderung oder traumatischer Erfahrungen, kann es zu einer Dysregulation kommen. Diese ist häufig mit erhöhtem Cortisolspiegel, einer Beeinträchtigung der Immunfunktion sowie einem erhöhten Risiko für psychische und

körperliche Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, kardiovaskuläre Beschwerden oder Burnout verbunden (McEwen, 2004; Van der Kolk, 2015).

Porges ordnet diese Schutzmechanismen innerhalb der Polyvagaltheorie den bekannten Reaktionsmustern Kampf, Flucht und Erstarrung zu. Letztere wird durch die Aktivierung des dorsalen Vagusstamms vermittelt und kann, insbesondere bei überwältigenden Bedrohungen, in einen Zustand der sogenannten Tonic Immobility übergehen, einen ausgeprägten Totstellreflex, der sich durch muskuläre Erschlaffung, Dissoziation und ein Gefühl von Entfremdung kennzeichnet (Porges, 2011).

Auch wenn heutige Stressoren häufig sozialer oder psychischer Natur sind, wie etwa zwischenmenschlicher Druck oder anhaltende Überforderung, reagiert das autonome Nervensystem weiterhin mit denselben evolutionär verankerten Schutzmechanismen (Schneiderman et al., 2005). Eine anhaltende sympathische Dominanz kann sich auf vielfältige Weise ausdrücken, beispielsweise in Form von erhöhtem Muskeltonus, Schlafstörungen, innerer Unruhe, Hypervigilanz oder emotionaler Reizbarkeit. In solchen Zuständen ist die Fähigkeit des Organismus zur autonomen Regulation eingeschränkt, also zur flexiblen Rückkehr in einen regulierten, ventral-vagalen Zustand (Knezevic et al., 2023).

Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen chronischem Stress und erhöhter muskulärer Spannung finden sich auch bei Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). So konnte experimentell gezeigt werden, dass bei Ratten, die nach einer sozialen Niederlage erneut einem mit dem Trauma assoziierten Reiz ausgesetzt wurden, die Muskelspannung noch Wochen nach dem Ereignis deutlich erhöht war (Nelson et al., 2010). Auch bei betroffenen Menschen lassen sich entsprechende Veränderungen der Muskelregulation beobachten. In einer Untersuchung an Veteranen mit PTBS zeigte sich eine verstärkte muskuläre Ermüdbarkeit und eine verminderte Stabilität der Hand- und Armmuskulatur, was auf einen chronisch erhöhten Muskeltonus und eine eingeschränkte muskuläre Feinkoordination hindeutet (Keller-Ross et al., 2014).

Gerade in diesem Kontext setzen körpertherapeutische Verfahren wie Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) an. Sie zielen darauf ab, durch Förderung von Körperwahrnehmung, unwillkürlichem Zittern und emotionaler Entladung die Selbstregulationsfähigkeit des autonomen Nervensystems zu unterstützen und chronifizierte Stressmuster zu unterbrechen (Berceli, 2005). Dabei geht es nicht darum, Stress vollständig zu vermeiden, sondern die individuelle Regulationskapazität zu erweitern, also die Fähigkeit, flexibel zwischen Aktivierung und Beruhigung zu wechseln und auf Belastungen angemessen reagieren zu können (Berceli, 2005).

Auch im Hinblick auf sexuelles Erleben ist diese Fähigkeit zentral: Ein dysreguliertes Nervensystem kann die Möglichkeit beeinträchtigen, Präsenz, Erregung und zwischenmenschliche Verbindung zu erleben (Porges, 2011). Vor diesem Hintergrund kommt körperorientierten Ansätzen, die die autonome Regulation fördern, auch im sexologischen Kontext eine besondere Bedeutung zu.

4.2 Autonomes Nervensystem, Körperwahrnehmung und Lust

Ein reguliertes autonomes Nervensystem (ANS) spielt eine zentrale Rolle für das emotionale Wohlbefinden, das Erleben von Lust sowie für das Körperbewusstsein. Die Polyvagaltheorie betont insbesondere die Bedeutung des ventralen Vagus, eines Zweigs des parasympathischen Systems, der die physiologische Grundlage für soziale Verbundenheit, Sicherheit und Selbstregulation bildet. Diese Regulation ermöglicht es dem Menschen nicht nur, Stress adäquat zu verarbeiten, sondern auch Zustände von Genuss, Selbstbewusstsein und Intimität wahrzunehmen (Porges, 2011).

Studien belegen, dass eine funktionale vagale Regulation mit einem positiven Selbstwertgefühl korreliert. Martens et al. (2010) zeigten, dass ein höheres Selbstwertgefühl mit einer erhöhten Herzfrequenzvariabilität, einem Marker für vagale Aktivität, einhergeht. Dies legt nahe, dass die Fähigkeit zur autonomen Regulation eng mit psychologischen Ressourcen wie Selbstvertrauen und innerer Stabilität verbunden ist. Diese wiederum prägen massgeblich das sexuelle Erleben. So konnte etwa Weber et al. (2024) zeigen, dass ein höheres Selbstwertgefühl sowohl mit einer höheren Häufigkeit sexueller Aktivität als auch mit einer grösseren Zufriedenheit in Bezug auf sexuelle Erlebnisse assoziiert ist.

Auch das Körperbewusstsein, also die bewusste Wahrnehmung und Interpretation körperlicher Signale, steht in enger Beziehung zur autonomen Regulation. Cabrera et al. (2018) entwickelten hierfür das «Body Perception Questionnaire – Short Form» und konnten zeigen, dass Menschen mit differenziertem Körperbewusstsein ihre autonome Reaktivität besser wahrnehmen und regulieren können. Eine balancierte autonome Reaktionslage fördert somit die Fähigkeit, sich körperlich zu spüren, Lust wahrzunehmen und emotionale Zustände differenziert zu verarbeiten.

Ein weiterer zentraler Mechanismus in diesem Zusammenhang ist die Interozeption, die bewusste Wahrnehmung innerer Körperzustände wie Herzschlag, Atmung oder Muskeltonus. Diese interozeptiven Signale haben eine essenzielle Bedeutung für das Selbstempfinden und das emotionale Erleben. Personen mit ausgeprägter interozeptiver

Wahrnehmung berichten häufiger von intensiven Gefühlen der Nähe und des Genusses (Craig, 2002).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Fähigkeit, das eigene autonome Nervensystem zu regulieren, nicht nur Schutz vor den Folgen chronischen Stresses bietet, sondern zugleich die Grundlage für ein differenziertes Körpererleben, psychische Stabilität und die Fähigkeit zur lustvollen Erfahrung schafft. Dies unterstreicht die Relevanz somatischer und körperorientierter Verfahren, die auf die Regulation des autonomen Nervensystems abzielen, nicht nur im Kontext von Stressbewältigung, sondern auch im Hinblick auf sexuelles Wohlbefinden und Lebensqualität.

Die dargestellten Zusammenhänge zwischen autonomer Regulation, Körperwahrnehmung und sexuellem Erleben verdeutlichen, wie zentral die Fähigkeit zur Selbstregulation für die Entfaltung von Lust und Intimität ist. Aufbauend auf diesen Grundlagen rückt im folgenden Kapitel eine Methode in den Fokus, die genau an diesem Punkt ansetzt: Die Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE).

5 Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE)

Vor dem Hintergrund der zuvor dargestellten Zusammenhänge zwischen Körper, Spannung, autonomen Regulationsprozessen und Sexualität wird im Folgenden die Methode Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) vorgestellt. Die Methode zeichnet sich durch ihre Einfachheit und körperzentrierte Ausrichtung aus und bietet insbesondere für Menschen mit Schwierigkeiten in der sprachlichen Verarbeitung belastender Erfahrungen eine niedrighschwellige Möglichkeit zur Selbstregulation.

5.1 Grundprinzipien und Abgrenzung zu anderen Methoden

Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) ist ein körperorientiertes Übungsprogramm, das vom US-amerikanischen Bioenergetiker und Sozialarbeiter Dr. David Berceli entwickelt wurde. Ziel der Methode ist es, durch eine spezifische Abfolge von Körperübungen einen reflexartigen Zitternsmechanismus auszulösen, der tief liegende somatische Anspannungen reduzieren soll. Die Übungen zielen vor allem auf die Psoas-Muskelgruppe im Beckenbereich ab, die als zentraler Träger von Spannung und Stress im Körper gilt (Berceli, 2010).

Der von TRE angeregte Zitternsreflex wird als natürliche, autonome Reaktion des Körpers auf Belastung verstanden. Berceli geht davon aus, dass Menschen, ähnlich wie viele Säugetiere über die Fähigkeit verfügen, durch Zittern traumatische oder stressbezogene Erregungszustände aufzulösen. Im Gegensatz zu vielen verbalen therapeutischen Ansätzen nutzt TRE den Körper, ohne dass belastende Inhalte kognitiv verarbeitet oder sprachlich ausgedrückt werden müssen (Berceli, 2005).

Im Vergleich zu anderen körperorientierten Methoden wie Somatic Experiencing, Progressiver Muskelrelaxation oder Bioenergetik zeichnet sich TRE durch seine einfache Anwendbarkeit, den Fokus auf Selbstregulation und die geringe sprachliche Komplexität aus. Die Methode kann nach entsprechender Anleitung selbstständig praktiziert werden und erfordert keine umfassende therapeutische Begleitung. Gleichzeitig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass nicht jede Methode für jede Person gleichermaßen geeignet ist und insbesondere das „Loslassen“ beim Zittern individuell herausfordernd sein kann (Berceli, 2010).

Nach dem Grundverständnis von TRE folgt eine Sitzung typischerweise einem strukturierten Ablauf, der sich in zwei Hauptphasen gliedert: vorbereitende Körperübungen und die Phase des neurogenen Zitterns. In der ersten Phase werden sieben einfache,

körperlich aktivierende Übungen durchgeführt, die vor allem die Bein-, Hüft- und Beckenmuskulatur beanspruchen. Ziel ist es, eine moderate muskuläre Ermüdung herbeizuführen, wodurch der Körper in einen Zustand versetzt wird, in dem das autonome Zittern leichter einsetzen kann. Eine der letzten Übungen ist das sogenannte Wandsitzen, bei dem das Zittern oft erstmals spontan auftritt.

Im Anschluss daran folgt die eigentliche Phase des neurogenen Zitterns, in der die Übende oder der Übende in Rückenlage mit aneinandergelegten Fusssohlen und geöffneten Knien, der sogenannten «Schmetterlingsposition», verweilt. Diese Körperhaltung begünstigt das unwillkürliche Zittern, insbesondere im Bereich des Beckens und der Beine. Die Person bleibt dabei wach und präsent, kann die Intensität durch Positionsveränderung jederzeit modulieren oder das Zittern bewusst unterbrechen. Dieser kontrollierte Zugang zur unwillkürlichen körperlichen Entladung ist ein zentrales Element der Methode (Berceli, 2008).

5.2 Anatomische Grundlage: Der Iliopsoas als Schlüsselregion für Spannung und Sexualität

Der Musculus iliopsoas, bestehend aus dem Musculus psoas major und dem Musculus iliacus, ist der einzige Muskel im menschlichen Körper, der gleichzeitig und direkt die Stabilität und Bewegung von Rumpf, Becken und Beinen beeinflusst. Er gehört zur tief liegenden inneren Hüftmuskulatur, ist Teil der hinteren Bauchwand und spielt eine zentrale Rolle bei Bewegungen wie Hüftbeugung, aufrechtem Stehen, Gehen, Laufen sowie bei der allgemeinen Körperhaltung (Vojvodic et al., 2023). Aufgrund seiner anatomischen Lage und seiner funktionellen Verbindung zwischen Beinen, Wirbelsäule, Becken und Zwerchfell wird dem Iliopsoas insbesondere im Kontext von Stressreaktionen und Schutzmobilisierung eine zentrale Bedeutung zugeschrieben. Er ist massgeblich an der physischen Vorbereitung auf Kampf- oder Fluchtreaktionen beteiligt und trägt zur Stabilisierung des Körpers in angespannten Zuständen bei (Berceli, 2010).

In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die Aktivität des Iliopsoas insbesondere bei einer nach vorne gekippten Beckenhaltung erhöht ist (Andersson et al., 1995). Solche Veränderungen in der Beckenposition können durch muskuläre Verspannungen oder Verkürzungen begünstigt werden und stehen in engem Zusammenhang mit Beschwerden im Beckenbodenbereich wie Schmerzen, Inkontinenz oder schmerzhafter Sexualität (Neumann, 2010).

Ein weiterer anatomisch relevanter Aspekt betrifft den Verlauf des Nervus genitofemoralis. Dieser Nerv entsteht aus dem Psoas major und verläuft entlang seiner Oberfläche, bevor er sich in einen genitalen und einen femoralen Ast aufteilt (Bordoni & Varacallo, 2023). Insbesondere der genitale Ast versorgt sensible Anteile der Genitalregion. Eine erhöhte Spannung oder Verkürzung des Iliopsoas kann diesen Nerv potenziell komprimieren, was sensible Störungen oder funktionelle Einschränkungen im Genitalbereich begünstigen könnte (Gupton & Varacallo, 2022).

Trotz begrenzter direkter Forschung zum Zusammenhang zwischen Iliopsoas-Spannung und Sexualität deuten diese anatomischen und funktionellen Zusammenhänge darauf hin, dass muskuläre Verspannungen in diesem Bereich über Körperhaltung, Faszienverbindungen und nervale Strukturen indirekt Einfluss auf die Beckenbodenfunktion und damit auf das sexuelle Erleben nehmen können.

Die tief liegende Lage des Iliopsoas und seine enge funktionelle Verbindung zum Beckenboden machen ihn zu einer schwer willentlich ansteuerbaren Muskelgruppe. Körperzentrierte Methoden wie Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) setzen hier an, indem sie durch gezielte muskuläre Ermüdung des Iliopsoas ein neurogenes Zittern auslösen, welches tiefsitzende Verspannungen lösen kann. Eine solche Entladung könnte sowohl die körperliche Entspannung fördern als auch die Beckenbodenfunktion unterstützen und damit das sexuelle Erleben positiv beeinflussen.

Neben der anatomischen Verortung lohnt sich auch ein Blick auf die neurophysiologischen Grundlagen des Zitterns, insbesondere in Abgrenzung zu klinischen Tremorformen.

5.3 Neurogenes Zittern vs. pathologisches Zittern

Im Kontext körpertherapeutischer Verfahren wie TRE (Tension & Trauma Releasing Exercises) bezeichnet neurogenes Zittern ein unwillkürlich auftretendes, biologisch gesteuertes Muskelzittern, das in Folge akuter oder chronischer psychophysiologischer Belastung auftreten kann. Es handelt sich um einen spontanen Abbau muskulärer Spannung des Körpers, welcher durch das autonome Nervensystem, insbesondere durch den Hirnstamm und die spinalen Reflexbahnen, ausgelöst wird. Ziel dieser Reaktion ist die Reduktion innerer Spannung sowie die Wiederherstellung eines autonomen Gleichgewichts nach einem Zustand erhöhter Erregung oder Bedrohung (Levine, 1997; Scaer, 2014).

Neuere Erkenntnisse zur neurobiologischen Grundlage von Trauma zeigen, dass belastende Erfahrungen zu tiefgreifenden Veränderungen im Neurotransmittersystem führen können. Die damit einhergehende Dysregulation des zentralen und autonomen Nervensystems steht in enger Verbindung mit der Entstehung körperlicher Symptome wie unwillkürlichem Zittern. In Stresszuständen verändern sich Neurotransmittersysteme wie Noradrenalin, Dopamin und Serotonin. Diese Veränderungen können über die neuronalen Verschaltungen in Hirnstamm, limbischem System und Kortex zu unwillkürlichen Muskelbewegungen führen (Southwick et al., 1999; Van der Kolk, 2015).

Diese Form des Zitterns kann in verschiedenen Kontexten beobachtet werden: zum Beispiel unmittelbar nach einer körperlichen Bedrohung, einem Unfall oder einer emotional stark aufgeladenen Situation. Bei vielen Tierarten ist dieses Verhalten gut dokumentiert: Nach dem Überstehen einer lebensbedrohlichen Situation zeigen Säugetiere häufig spontane Schüttel- oder Zittersymptome. Diese Reaktionen gelten in der Verhaltensbiologie als Teil eines angeborenen Mechanismus zur physiologischen Reorganisation (Levine, 1997). Beim Menschen kann das neurogene Zittern ebenfalls spontan auftreten, etwa nach einem Schock, in Momenten intensiver Angst oder nach der Lösung einer akuten Gefahrensituation. Durch soziale Konditionierung und kulturelle Einflüsse wird diese Körperreaktion jedoch häufig unterdrückt oder fälschlich als pathologisch interpretiert (Scaer, 2014).

Neben dieser Form existieren weitere physiologische Zitternsformen, die nicht als neurogenes Zittern im engeren körpertherapeutischen Sinn gelten, etwa das Kältezittern, das durch die Thermoregulation des Körpers ausgelöst wird, um durch Muskelkontraktionen Wärme zu erzeugen. Diese Form dient ebenfalls der Homöostase, unterscheidet sich jedoch funktionell und neurophysiologisch deutlich vom stressregulierenden neurogenen Zittern (Levine, 1997; Scaer, 2014).

Von klinischer Seite ist es wichtig, das körpertherapeutisch verstandene neurogene Zittern deutlich von pathologischen Tremorformen abzugrenzen. Während neurogenes Zittern situativ, kurzzeitig und von hoher Frequenzvariabilität geprägt ist, sind pathologische Tremoren typischerweise persistente, rhythmisch stabile Bewegungsstörungen mit spezifischer Symptomatik. In der neurologischen Tremorforschung werden sie unter anderem anhand von Frequenz, Körperverteilung, Aktivierungsbedingungen und Reaktion auf kognitive oder motorische Aufgaben klassifiziert (Deuschl et al., 2008). Typische Beispiele sind der Parkinson-Tremor (4–6 Hz in Ruhe) oder der essenzielle Tremor (4–12 Hz, meist postural und beidseitig), die sich elektrophysiologisch, etwa über EMG oder Beschleunigungsmessung, objektiv nachweisen lassen.

Im medizinisch-neurologischen Kontext wird das sogenannte neurogene Zittern, wie es beispielsweise in körpertherapeutischen Verfahren wie TRE beobachtet wird, üblicherweise vom funktionellen (psychogenen) Tremor abgegrenzt. Funktionelle Tremoren gelten als Erscheinungsformen funktioneller neurologischer Störungen (FND) und sind durch abrupte Einsetzbarkeit, Ablenkbarkeit sowie rhythmische Anpassung an externe Reize (Entrainment) gekennzeichnet. Elektrophysiologisch weisen sie häufig eine inkonsistente Frequenz auf und sind in der Regel durch kognitive Aufgaben oder bewusste Aufmerksamkeitslenkung modulierbar (Edwards & Bhatia, 2012). Auch das im Rahmen von TRE beobachtete Zittern kann in gewissem Masse beeinflusst oder unterbrochen werden, etwa durch Lageveränderung, bewusste Steuerung oder das Verlassen der Übung (Berceli, 2005). Im Unterschied zum klinischen Krankheitsmodell wird dieses Zittern jedoch nicht als dysfunktionales oder pathologisches Symptom interpretiert, sondern als physiologisch sinnvolle Entladungsreaktion des autonomen Nervensystems zur Beruhigung (Levine, 1997; Scaer, 2014).

Angesichts der beschriebenen Überschneidungen in Erscheinungsbild und Modulierbarkeit liegt die Annahme nahe, dass funktionelle Tremoren und das neurogene Zittern im körpertherapeutischen Sinn nicht zwingend völlig unterschiedliche Phänomene darstellen, sondern möglicherweise ähnliche psychophysiologische Mechanismen aufweisen, die jedoch in verschiedenen Kontexten unterschiedlich interpretiert und bewertet werden, sei es als Ausdruck einer funktionellen Störung oder als Bestandteil einer regulativen Körperreaktion.

In körpertherapeutischen und salutogenetisch orientierten Ansätzen wird das Zittern tendenziell als potenziell hilfreiche Entladungs- und Integrationsreaktion verstanden, zur Regulation von Übererregung (Mittelmark et al., 2017). Aus dieser Perspektive könnte es, abhängig vom individuellen Erleben, der therapeutischen Rahmung und dem sozialen Kontext, auch bei Menschen mit funktionellen Tremoren als Ausdruck eines Selbstregulationsversuchs verstanden werden (Payne et al., 2015; Van der Kolk, 2015).

Im Sinne des salutogenetischen Gesundheitsverständnisses, das auf Aaron Antonovsky zurückgeht, wäre es daher denkbar, körperliche Reaktionen wie Zittern nicht grundsätzlich als Ausdruck von Krankheit, sondern auch als mögliche somatische Antwort auf Übererregung zu deuten. Das salutogenetische Modell fragt nicht primär, was Menschen krank macht, sondern was sie trotz Belastung gesund hält (Antonovsky, 1988). Es rückt Schutzfaktoren wie Selbstregulation, Ressourcenorientierung und das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) in den Fokus, zentrale Aspekte für die körperliche wie auch die sexuelle Gesundheit (Mittelmark et al., 2017).

Zittern könnte in diesem Zusammenhang als Regulationsmechanismus interpretiert werden, der zur Wiederherstellung innerer Balance beiträgt. Ziel wäre es, das Kohärenzgefühl, bestehend aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, sowie die individuelle Regulationsfähigkeit zu stärken. Diese Perspektive versteht sich nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zur klinisch-neurologischen Sichtweise und könnte in bestimmten Fällen neue Zugänge zur psychosomatischen Integration eröffnen.

5.4 Entstehung & Ursprung von TRE

Die Wurzeln des neurogenen Zitterns als körperlich regulativer Mechanismus lassen sich in der Tierwelt beobachten. Forschungen zur Trauma- und Stressphysiologie zeigen, dass viele Säugetiere nach lebensbedrohlichen Situationen spontan zittern, um sich von überschüssiger Erregung zu befreien. Dieser Vorgang, kann als natürliche Strategie zur Rückkehr in die Homöostase verstanden werden (Levine, 1997). Ein solches physiologische Muster kann in westlichen Gesellschaften jedoch häufig sozial gehemmt oder unterdrückt werden, was laut Berceli zur Chronifizierung von Stressreaktionen führen kann (Berceli, 2008).

Dieses Zittern stellt einerseits eine Ausdrucksform von Angst dar und zugleich erfüllt es eine wichtige Funktion im Verarbeitungsprozess belastender Erfahrungen. So wird betont, dass Zittern ein elementarer Bestandteil der somatischen Selbstregulation sein kann und dabei hilft, nicht integrierte Erregungszustände aufzulösen. Neurogenes Zittern wird in diesem Zusammenhang als eine ursprüngliche, körperlich verankerte Erfahrung beschrieben, die tief im prozeduralen Gedächtnis des Gehirns verankert ist und Teil der autonomen Reaktionsmechanismen auf extreme Stresszustände darstellt (Scaer, 2014).

Während seiner Arbeit mit traumatisierten Menschen in westlichen Gesellschaften sowie in von Krieg oder Naturkatastrophen betroffenen Regionen beobachtete Berceli (2010), dass viele Betroffene vergleichbare körperliche Reaktionen zeigten, insbesondere Muskelverkrampfungen und eine deutlich erhöhte muskuläre Grundanspannung. Aufbauend auf diesen Beobachtungen entwickelte David Berceli, ein US-amerikanischer Bioenergetiker, Körperpsychotherapeut und Katastrophenhelfer, in den frühen 2000er-Jahren die Methode Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE). Während seiner Einsätze in Kriegs- und Krisengebieten, unter anderem im Libanon, beobachtete er, dass insbesondere Kinder nach Angriffen in Schutzräumen begannen zu zittern, sobald sich die akute Gefahr legte. Diese spontane Körperreaktion interpretierte Berceli als möglichen Selbstschutzmechanismus gegen Erstarrung und Energieverlust (Berceli, 2010).

Als Berceli selbst nach einem Kriegseinsatz traumatisiert in die USA zurückkehrte, suchte er nach Unterstützung und fand sie in der Bioenergetischen Analyse nach Alexander Lowen, einem Schüler Wilhelm Reichs (Berceli, 2010). Lowen verband in seinem Ansatz körperliche, energetische und relationale therapeutische Arbeit, um chronische muskuläre Spannungen aufzulösen, die mit unterdrückten Affekten wie Wut, Angst oder Trauer zusammenhängen. Charakteristisch für Lowens Arbeit war das Vibrieren oder unwillkürliche Zittern, das während der Übungen auftrat und als Zeichen einer tiefen Lösung innerer Blockaden gewertet wurde (Lowen & Büntig, 2016).

Inspiziert durch diese Ansätze entwickelte Berceli ein körperorientiertes Selbsthilfemodell, bei dem über eine spezifische Übungsreihe ein reflexartiger Zitterprozess im Körper ausgelöst wird. Zentrale Rolle spielt hierbei der *Musculus Psoas*, auch bekannt als «Stressmuskel» oder «Muskel der Seele», der bei Stressreaktionen und traumatischen Erfahrungen eine Schlüsselrolle einnimmt. Aufgrund seiner tiefen Lage und seiner Verbindung zwischen Beinen, Wirbelsäule, Becken und Zwerchfell spielt er eine wichtige Rolle bei der physischen Mobilisierung in Bedrohungssituationen, insbesondere im Rahmen der Fight-or-Flight-Reaktion (Scaer, 2014). Nach Berceli ist er nicht nur bei Schocktrauma betroffen, sondern auch bei subtileren, alltäglichen Angstzuständen chronisch kontrahiert, etwa bei Kindern in Situationen emotionaler Bedrohung (Berceli, 2010).

Der Ansatz von TRE ist bottom-up-orientiert, das heisst er fokussiert auf eine körperlich ausgelöste Regulation ohne sprachliche Verarbeitung. Damit knüpft TRE an somatopsychologische Modelle an, die davon ausgehen, dass emotionale Inhalte auch jenseits kognitiver Zugänglichkeit im Körper gespeichert sein können (Levine, 1997; Ogden et al., 2006a). Berceli's Ansatz war pragmatisch und darauf ausgelegt, traumatisierten Menschen ein Selbsthilfetool anzubieten, das unabhängig von einem Psychotherapeut:innen genutzt werden kann, sobald die Technik einmal richtig erlernt wurde. Es soll Betroffenen in Situationen von Ohnmacht und Abhängigkeit helfen, ihre Autonomie zurückzugewinnen und Trauma bedingte Spannungen eigenständig zu lösen (Berceli, 2005).

TRE wurde zunächst als Gruppenprogramm für Menschen ohne Zugang zu Psychotherapie konzipiert. Heute findet es Anwendung in der Traumabegleitung, Stressbewältigung und Gesundheitsförderung, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, angeleitet von ausgebildeten TRE-Provider:innen (Almeida & Rodrigues, 2021).

5.5 Wissenschaftlicher Forschungsstand zu TRE

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) wurde in den letzten Jahren vermehrt untersucht. Während die Methode bereits in verschiedenen Kontexten Anwendung findet, steht die empirische Fundierung noch am Anfang. Dennoch lassen erste Studien darauf schliessen, dass TRE sowohl positive physiologische als auch psychologische Effekte haben kann. Trotz wachsender Anwendung gibt es jedoch noch wenig wissenschaftlich fundierte Studien zu den langfristigen Wirkmechanismen von TRE, insbesondere im Hinblick auf Bereiche wie Sexualität oder körperliche Selbstwahrnehmung. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse zu den Auswirkungen von TRE vorgestellt.

5.5.1 Neuropsychologische Grundlagen und theoretische Annahmen

Der Begriff des neurogenen Zitterns wird bislang primär in somatisch orientierten Traumamodellen und zu Therapiezwecken verwendet, etwa im Kontext der «biologischen Entladung» nach Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsreaktionen (Levine, 1997). Systematische Untersuchungen zu den exakten neuropsychologischen Korrelaten fehlen weitgehend. Dennoch lassen sich Parallelen zum sogenannten «enhanced physiological tremor» herstellen, wie er in der klinischen Neuropsychologie beschrieben wird, also einer verstärkten Form des normalen physiologischen Zitterns, das durch Stress, Angst oder andere Auslöser verstärkt werden kann (Deuschl et al., 2022).

Eine zentrale Annahme von TRE ist, dass durch das gezielte Auslösen von Muskelzittern eine Entspannung des autonomen Nervensystems erreicht werden kann. Die möglichen Mechanismen, die dem neurogenen Zittern zugrunde liegen, wurden unter anderem von Dr. Riccardo Cassiani Ingoni untersucht, der im Zusammenhang mit Berceli und TRE genannt wird. Er brachte in einem YouTube-Interview die Central Pattern Generators (CPGs) in Verbindung mit dem neuronalen Zittern von TRE (Cassiani Ingoni, 2016). Diese neuronalen Netzwerke, die in der grauen Substanz des Rückenmarks verankert sind, steuern rhythmische Bewegungsmuster wie z.B. Gehen, Schwimmen oder Atmen und können unabhängig von zentralen kortikalen Befehlen aktiviert werden (Guertin, 2013; Kiehn & Butt, 2003; Whelan, 2003). Dr. Riccardo Cassiani Ingoni postuliert, dass diese CPGs auch eine zentrale Rolle bei der Wiederherstellung von Homöostase und der Regulation der Salienznetzwerke spielen, die für die Verarbeitung sensorischer und emotionaler Reize verantwortlich sind (Cassiani Ingoni, 2016). Eine Dysregulation dieser Netzwerke wird häufig bei PTBS-Patient:innen beobachtet und kann zu Symptomen wie Hypervigilanz und beeinträchtigter kontextueller Verarbeitung führen (Lanius et al., 2015;

Liberzon & Abelson, 2016). Auch bei Schmerzpatient:innen lassen sich Störungen in der zentralen Verarbeitung sensorischer und emotionaler Reize nachweisen (Woolf, 2011).

Cassiani Ingoni (2015) fand weiter heraus, dass EEG-Messungen (Elektroenzephalografie) des Gehirns im Ruhezustand im Vergleich zur Zittern-Phase während TRE zeigen, dass diese Methode die Hirnwellenaktivität ähnlich positiv beeinflusst wie Meditation. Besonders auffällig ist ein Anstieg von Alphawellen, die in vielen Bereichen des Gehirns auftreten, die für Selbstwahrnehmung, Wohlbefinden und Glück eine zentrale Rolle spielen.

Laut Cassiani Ingoni (2015) fördert das durch TRE ausgelöste Zittern eine Normalisierung interozeptiver und propriozeptiver Körperfunktionen und kann dadurch zur Umstrukturierung spinaler und zentraler neuronaler Netzwerke beitragen. Diese Effekte könnten die Grundlage für die signifikanten Verbesserungen in der Arbeitsgedächtnisleistung und der Aufmerksamkeit bilden, die in der TRE-Gruppe im Vergleich zur Placebo-Gruppe beobachtet wurden. Es wird auch vermutet, dass diese Mechanismen zu einer besseren Schlafregulation beitragen könnten, da rhythmische Bewegungen wie Zittern und Atmung eng mit CPG-Aktivität verknüpft sind (Epstein et al., 2009).

5.5.2 Empirische Befunde zu physiologischen Effekten

Die Annahmen zur Modulation des autonomen Nervensystems durch TRE wurden in mehreren Studien untersucht. Almeida & Rodrigues (2021) zeigten in einer kontrollierten Studie, dass regelmässige TRE-Praxis die Herzfrequenzvariabilität (HRV) signifikant verbessern kann, was als Marker für eine erhöhte parasympathische Aktivität gilt. Die HRV, welche die Fähigkeit des Körpers zur Anpassung an physiologische und psychologische Stressoren widerspiegelt, ist ein wichtiger Indikator für die Funktion des autonomen Nervensystems (Shaffer & Ginsberg, 2017). Eine hohe HRV ist somit ein Zeichen eines gut regulierten autonomen Nervensystems und deutet auf eine gesunde Balance zwischen Sympathikus (Stressreaktionen) und Parasympathikus (Erholung) hin. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass TRE eine potenzielle Methode zur Modulation des autonomen Nervensystems sein könnte.

Ein weiteres Beispiel für die möglichen positiven Effekte von TRE auf das autonome Nervensystem liefert eine explorative Pilotstudie von Lynning et al. (2021). In dieser Untersuchung wurden neun Personen mit Multipler Sklerose (MS) über einen Zeitraum von neun Wochen begleitet, während sie regelmässig TRE-Sitzungen durchführten. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Reduktion der Fatigue, gemessen mit der Modified

Fatigue Impact Scale (MFIS), ein Instrument, welches von Fisk et al. (1994) entwickelt wurde. Unter Fatigue wird eine anhaltende, belastende Erschöpfung verstanden, die sowohl körperliche als auch kognitive und emotionale Funktionen beeinträchtigen kann und nicht durch Ruhe vollständig reversibel ist. Die Resultate wiesen eine Verbesserung um beinahe 50 % auf. Darüber hinaus konnte eine deutliche Verringerung der subjektiv wahrgenommenen Gesamtsymptombelastung sowie eine leichte Verbesserung der Schlafqualität festgestellt werden. Diese Ergebnisse legen nahe, dass TRE nicht nur auf muskulärer, sondern auch auf zentralnervöser Ebene beruhigende Effekte haben könnte (Lynning et al., 2021).

In einer Studie von Beattie & Berceli (2021) wurde untersucht, ob durch TRE die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit, also die wahrgenommene Kontrolle über den eigenen Schmerz, beeinflusst werden kann. Zwar zeigte sich hierbei keine statistisch signifikante Verbesserung, jedoch berichteten die Teilnehmenden über alle Erhebungszeitpunkte hinweg von subjektiv wahrgenommenen positiven Veränderungen im Alltag. Dies legt nahe, dass TRE einen regulierenden Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung sensorischer Reize haben und somit das individuelle Erleben positiv beeinflussen könnte.

In einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Veteranen zeigte sich, dass TRE zu signifikanten Verbesserungen von PTBS-Symptomen, Arbeitsgedächtnis und Schlafqualität führen kann (Kent, 2018). Besonders in Bezug auf kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis erzielte die TRE-Gruppe teils stärkere Effekte als die Kontroll- und Placebo-Gruppen. Während auch andere körperorientierte Interventionen wie Yoga ähnliche Effekte auf die Arbeitsgedächtnisleistung zeigen (Brunner et al., 2017), fielen die Verbesserungen in der TRE-Gruppe in der Studie von Cassiani Ingoni (2015) und Kent (2018) teilweise deutlicher aus. Allerdings zeigten sich in anderen Bereichen, etwa bei depressiven Symptomen, allgemeinem Wohlbefinden oder körperlicher Gesundheit, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass TRE eine gezielte und potenziell hilfreiche Methode zur Behandlung stressbedingter Beschwerden sein könnte. Gleichzeitig ist die wissenschaftliche Evidenz derzeit noch uneinheitlich und lässt keine klaren Aussagen für alle Anwendungsbereiche zu (Kent, 2018).

5.5.3 Empirische Befunde zu psychischen Effekten

Ergänzend zu den physiologischen Wirkungen gibt es auch erste Hinweise darauf, dass TRE psychische Symptome wie Angst, Stress und depressive Verstimmungen reduzieren

kann. In einer prospektiven Kohortenstudie mit 152 Teilnehmerinnen untersuchte Salmon (2013) die Auswirkungen von zwölf Wochen regelmässiger TRE-Praxis auf psychische Gesundheit von weiblichen Studentinnen. Die Resultate der Studie zeigen, dass ein Grossteil der Teilnehmerinnen nach zwölf Wochen regelmässiger TRE-Praxis eine Verbesserung ihres psychischen Zustands wahrnahm. Konkret berichteten 76.97 % von verbessertem allgemeinem Wohlbefinden, 68.42 % von einer positiven Veränderung im mental-emotionalen Bereich sowie 73.03 % von einem besseren Umgang mit Stress. Auch die Freude am Leben nahm bei 59.87 % der Teilnehmerinnen zu, und 59.21 % gaben an, dass sich ihre wahrgenommene Lebensqualität verbessert habe. Trotz methodischer Einschränkungen, wie fehlender Kontrollgruppe und Selbstauskunft, legen die Ergebnisse nahe, dass TRE insbesondere bei stark belasteten Bevölkerungsgruppen eine wahrnehmbare Entlastung in verschiedenen Lebensbereichen bewirken kann.

5.5.4 Forschungsstand zum Einfluss von TRE auf Sexualität

Aktuell fehlen spezifische Studien, die den Einfluss von TRE auf die Sexualität systematisch untersuchen. Zwar existieren zahlreiche Arbeiten, die die positiven Effekte von TRE auf körperliches Wohlbefinden, Stressreduktion, emotionale Regulation und die Verarbeitung von Traumata nahelegen, jedoch bleibt der direkte Zusammenhang zwischen diesen Effekten und der menschlichen Sexualität weitgehend unerforscht. Dabei gelten viele der genannten Teilbereiche, wie etwa das individuelle Stressempfinden oder die Fähigkeit zur körperlichen Entspannung, als zentrale Einflussfaktoren für die sexuelle Gesundheit und Zufriedenheit. Diese Forschungslücke unterstreicht die Notwendigkeit, die potenziellen Wechselwirkungen zwischen TRE und den verschiedenen Dimensionen der Sexualität differenziert zu betrachten, was im weiteren Verlauf dieser Arbeit untersucht wird.

6 Fragestellung und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, mögliche Zusammenhänge zwischen der Teilnahme an Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) und verschiedenen Aspekten der Sexualität zu explorieren. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf dem subjektiven Erleben der Sexualität, der Wahrnehmung des eigenen Körpers und des Beckenbodens sowie dem Zusammenhang zwischen Spannungsregulation und sexuellem Empfinden. Die theoretische Grundlage bildet dabei das Modell Sexocorporel, das den engen Zusammenhang zwischen körperlicher Wahrnehmung, muskulärer Spannung und sexuellem Erleben betont.

Auf Basis der bisherigen Forschung zu TRE, der zentralen Annahmen dieses körperorientierten Sexualmodells sowie dem biopsychosozialen Verständnis von Sexualität ergeben sich folgende zentrale Fragestellungen:

1. Wie verändert sich die subjektiv wahrgenommene Sexualität durch die Teilnahme an drei TRE-Sitzungen?
2. Wie verändert sich die persönliche Wahrnehmung des Beckenbodens und der genitalen Region durch TRE?
3. Inwiefern trägt TRE zum Abbau körperlicher und emotionaler Spannungen bei und welchen Einfluss hat dies auf das sexuelle Erleben?

Zur Überprüfung dieser Fragestellungen werden die folgenden Hypothesen aufgestellt und mittels quantitativer Methoden überprüft:

H1: Die Teilnahme an drei TRE-Sitzungen steht in einem positiven Zusammenhang mit einer Zunahme der sexuellen Zufriedenheit.

H2: Die Teilnahme an drei TRE-Sitzungen steht in einem Zusammenhang mit einer Reduktion des sexuellen Stressempfindens.

H3: Die Teilnahme an drei TRE-Sitzungen geht mit einer verstärkten Wahrnehmung körperlicher Entspannung einher.

H4: Die Teilnahme an drei TRE-Sitzungen steht in einem Zusammenhang mit einer Verbesserung der Körperwahrnehmung (Interozeption), insbesondere im Bereich des Beckenbodens und der genitalen Region.

Die Auswertung erfolgt explorativ und deskriptiv, um erste Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zu gewinnen. Aufgrund der geringen Stichprobengrösse lassen sich daraus keine allgemeingültigen Aussagen zu Kausalzusammenhängen oder statistischer Signifikanz ableiten. Ziel dieser Untersuchung ist es vielmehr, erste Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zu gewinnen und Ansatzpunkte für weiterführende Forschung zu identifizieren.

Ergänzend zu den quantitativen Erhebungen erfolgt eine qualitative Exploration durch offene Fragen, um individuelle Erfahrungen der Teilnehmenden vertiefend zu erfassen. Dabei stehen folgende Aspekte im Zentrum:

- Welche körperlichen oder emotionalen Blockaden, die das sexuelle Erleben einschränken, werden durch die Teilnehmenden berichtet?
- Wie hat sich die persönliche Sexualität oder die Wahrnehmung des eigenen Körpers durch die Teilnahme an TRE verändert?

Durch diese Kombination von standardisierten Fragebögen und offenen Fragen soll ein möglichst differenziertes Bild über mögliche Effekte von TRE auf die Sexualität gewonnen werden.

7 Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Untersuchung beschrieben. Dazu zählen das Studiendesign, die Rekrutierung der Teilnehmenden, ethische und datenschutzbezogene Überlegungen sowie die verwendeten Erhebungsinstrumente. Abschliessend wird das Vorgehen bei der quantitativen und teils qualitativen Auswertung erläutert.

7.1 Geplantes methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem hypothesenprüfenden Prä-Post-Design innerhalb eines quantitativen Forschungsansatzes (Bortz & Döring, 2006). Ziel war es, mögliche Zusammenhänge zwischen der Teilnahme an Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) und verschiedenen Aspekten der Sexualität zu untersuchen. Die Datenerhebung

erfolgte mittels standardisierter Online-Fragebögen. Diese wurden zu zwei Erhebungszeitpunkten (prä/post) über die Plattform Office Forms bereitgestellt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, anonym und innerhalb eines definierten Zeitfensters nach eigener Wahl. Die Messungen und Kurse fanden zwischen März 2025 – Juli 2025 statt.

Die Durchführung der TRE-Sessions sowie die Integration der Fragebögen erfolgten in Kooperation mit zwei zertifizierten TRE-Practitioners. Die rechtlich geschützte Methode TRE darf ausschliesslich von zertifizierten Fachpersonen angeleitet werden. Die internationale Zertifizierung und Qualitätssicherung erfolgt über die Organisation TRE® Global (<https://treglobal.org>). Die Bezeichnung TRE Provider und TRE Practitioner ist an die international standardisierte Ausbildung gebunden, deren Inhalte und Qualität durch TRE® Global reguliert werden. Die Kontaktaufnahme zu den beiden Practitioners erfolgte über die offizielle Partner-Plattform von TRE Schweiz.

Die Intervention umfasste drei TRE-Sitzungen, die im Rahmen eines universitären Kursangebots an der Universität Bern stattfanden. Die drei Sessions wurden innerhalb von zwei Wochen durchgeführt. Jede Einheit dauerte rund 90 Minuten und bestand aus einer kurzen theoretischen Einführung, gefolgt von der praktischen Durchführung der TRE-Übungen, einschliesslich einer Entspannungs- und Integrationsphase. Die Teilnehmenden wurden in Gruppen von maximal zehn Personen angeleitet. Insgesamt wurden drei solcher Kurse durchgeführt, welche gemeinsam die Stichprobengrösse bildeten.

Die erste Datenerhebung (Umfrage 1) fand unmittelbar vor der ersten TRE-Session statt. Zur Einführung wurde den Teilnehmenden ein Video der Studienleiterin gezeigt, das Ziel, Ablauf und Anonymität der Studie erläuterte. Die Studienleitung selbst war zur Wahrung der Anonymität nicht bei den Kursen anwesend und hatte zu keinem Zeitpunkt direkten Kontakt zu den Teilnehmenden. Innerhalb von 24 Stunden nach der letzten TRE-Einheit wurden jene Personen, die an Umfrage 1 teilgenommen hatten, gebeten, auch die zweite Befragung (Umfrage 2) auszufüllen. Der Link zur Nachbefragung wurde ihnen zusätzlich per E-Mail durch die Practitioner zugestellt.

7.2 Rekrutierung und Einschluss

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über verschiedene Kanäle. Zum einen konnten sich interessierte Mitarbeitende und Studierende der Universität Bern für den angebotenen TRE-Kurs anmelden. Dieser wurde im Rahmen des regulären Hochschulsportangebots ausgeschrieben und vor Ort von zertifizierten TRE-Providerinnen angeleitet. Zusätzlich erfolgte die Rekrutierung über persönliche Kontakte der TRE-

Providerinnen und der Studienleitung, über Anfragen im erweiterten Bekanntenkreis sowie über Social Media. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, anonym und ohne Anreizsystem. Es war auch möglich, am TRE-Kurs teilzunehmen, ohne an der Umfrage mitzuwirken.

Ein einziges Einschlusskriterium war, dass die Teilnehmenden vor der Erhebung keine eigene TRE-Erfahrung hatten. Zusätzlich mussten für die Auswertung alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Vollständiges Ausfüllen des Fragebogens 1 vor Beginn der ersten TRE-Session
- Vollständige Teilnahme an allen TRE-Einheiten (drei Sitzungen à 90 Minuten innerhalb von zwei Wochen)
- Vollständiges Ausfüllen des Fragebogens 2 innerhalb von 24 Stunden nach der letzten TRE-Session

Nur Datensätze, die diese Kriterien erfüllten, wurden in die statistische Analyse aufgenommen.

Insgesamt nahmen 21 Personen an der ersten Befragung teil. Sechs Teilnehmende füllten den zweiten Fragebogen nicht aus. Somit konnten 15 valide Prä-Post-Datensätze für die Auswertung berücksichtigt werden. Die Ergebnisse sind daher als explorativ zu interpretieren. Gemäss Rückmeldung der TRE-Practitioner absolvierten alle Teilnehmenden, die beide Umfragen ausfüllten, auch sämtliche drei TRE-Sitzungen.

7.3 Forschungsethik und Datenschutz

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig, anonymisiert und ohne Erhebung direkt identifizierender personenbezogener Daten. Abgefragt wurden lediglich soziodemografische Basisdaten (Alter, Geschlecht). Den Teilnehmenden wurde vor Beginn der ersten Befragung ein Einführungsvideo der Studienleiterin gezeigt, in dem Ziel, Ablauf sowie die Anonymität der Studie ausführlich erläutert wurden. Nach Sichtung dieses Videos konnten die Teilnehmenden selbstständig entscheiden, ob sie an der Untersuchung teilnehmen wollten. Zur Zuordnung der Prä- und Postmessung wurden anonyme Usernamen verwendet, die von den Teilnehmenden selbst gewählt wurden.

Da zu keinem Zeitpunkt personenbezogene Daten erhoben oder gespeichert wurden und die Studie ausschliesslich anonymisiert durchgeführt wurde, war ein schriftliches Einverständnisformular nicht erforderlich. Die Anmeldung zu den TRE-Kursen sowie die

gesamte Organisation erfolgten über die Universität Bern und die zuständige TRE-Practitioner, wodurch der Studienleiterin keine Teilnehmerliste oder personenbezogene Informationen zugänglich waren.

Die technische Anonymität wurde durch die Verwendung eines Online-Fragebogens (Microsoft Forms – Anonyme Umfrage) ohne Identifikationsmerkmale gewährleistet. Auch die TRE-Practitioner achteten streng darauf, keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zu ermöglichen.

Da die vorliegende Studie keine Eingriffe in die TRE-Kurse selbst vorsah und ausschliesslich aus einer anonymen Prä- und Postbefragung bestand, wurde kein gesonderter Hinweis auf mögliche psychische Belastungen gegeben. Die Verantwortung für die Durchführung der TRE-Sessions lag vollständig bei den zertifizierten Practitioners, die im Rahmen der TRE-Methode über etwaige Kontraindikationen aufklärten.

7.4 Qualitätssicherung des Fragebogens

Zur Qualitätssicherung der Online-Fragebögen wurde ein Pretest mit zwei Personen durchgeführt. Beide Testpersonen bearbeiteten sowohl die Prä- als auch die Postumfrage im Beisein der Studienleiterin. Dabei wurde die Methode des lauten Denkens eingesetzt, um etwaige Verständnisschwierigkeiten oder Unklarheiten frühzeitig zu identifizieren. Zusätzlich wurden technische Funktionen wie die Formatierung, die Navigation und die mobile Darstellung überprüft. Auf Basis der Rückmeldungen konnten kleinere sprachliche Unschärfen geklärt werden; inhaltliche oder strukturelle Änderungen waren nicht notwendig.

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte theoriebasiert und orientierte sich an etablierten Skalen, darunter die Sexual Sensation Seeking Scale (Kalichman & Rompa, 1995) und die Sexual Compulsivity Scale (Kalichman et al., 1994), jedoch ohne deren risikobezogene Inhalte zu übernehmen. Darüber hinaus wurden Items ergänzt bzw. angepasst, die Aspekte der körperbezogenen Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit abbilden, in Anlehnung an Konzepte der Body Appreciation Scale (Avalos et al., 2005) sowie der Sexual Mindfulness Measure (Leavitt et al., 2019). Es wurde darauf geachtet, bei allen Aussagen eine ausgewogene Antwortskala mit einer neutralen Mittelposition bereitzustellen. Eine externe Validierung oder inhaltliche Überprüfung durch Dritte (z. B. Hochschuldozierende) fand nicht statt.

7.5 Messinstrumente

Die eingesetzten Fragebögen wurden von der Studienleiterin theoriebasiert entwickelt, um subjektive Veränderungen im Erleben von Sexualität und Körperwahrnehmung im Zusammenhang mit der Teilnahme an TRE-Sessions zu erfassen.

Der Fragebogen enthielt folgende inhaltliche Kategorien:

- Körperliche Selbstwahrnehmung: Verbundenheit mit dem eigenen Körper, Wahrnehmung des Genitalbereichs im Alltag, Einschätzung von Verspannungen (v. a. im Beckenbereich), Fähigkeit zur Entspannung nach Stress.
- Emotionale Selbstregulation: Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen und zu regulieren.
- Sexuelles Erleben: Selbstbericht zur Libido, Häufigkeit von Lust auf sexuelle Aktivitäten, Erregbarkeit, Genussfähigkeit, Orgasmuserleben (bei Selbstbefriedigung und Geschlechtsverkehr), Steuerbarkeit der Erregung, Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben.
- Körperbild in sexuellen Kontexten: Körperliches Wohlbefinden während sexueller Aktivitäten.
- Sexuelle Blockaden und Beschwerden: Vorhandensein von Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten sowie körperlichen oder emotionalen Blockaden (inkl. offener Antwortmöglichkeit zur qualitativen Auswertung).
- Subjektiv wahrgenommene Veränderung durch TRE: Einschätzung, ob sich durch TRE die eigene Sexualität oder Körperwahrnehmung verändert hat (inkl. offener Antwortmöglichkeit zur qualitativen Auswertung).

Bei einzelnen Items variierten die Antwortskalen leicht, abhängig vom inhaltlichen Kontext der Frage. Die meisten Skalen reichten von 1 bis 5; in zwei Fällen kamen Skalen von 0 bis 4 bzw. 0 bis 5 zum Einsatz. Zudem enthielten einige Fragen selten gewählte Antwortoptionen wie „Ich habe keinen Sex/keine Selbstbefriedigung“, die nur von jeweils einer Person ausgewählt wurden. In der Auswertung wurden deshalb nur jene Antwortkategorien berücksichtigt, die tatsächlich verwendet wurden. Dadurch reduzierte sich die Anzahl an Antwortstufen bei einzelnen Items. Diese Unterschiede in der Skalenstruktur wurden bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt.

Zur Vereinheitlichung der Interpretation wurden zudem zwei Items inhaltlich invertiert, sodass bei allen Items höhere Werte einen positiven Einfluss auf Sexualität bzw. körperliches Wohlbefinden abbilden. Dies betrifft die Fragen zu Verspannungen im Hüft- und Beckenbereich sowie zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei der Selbstbefriedigung.

7.6 Qualitative Auswertung der offenen Angaben

Neben den standardisierten Items enthielten die Fragebögen auch offene Fragen, um subjektiv wahrgenommene Veränderungen im Bereich Sexualität und Körperwahrnehmung nach der Teilnahme an TRE-Sessions zu erfassen. Im Prä-Fragebogen wurde dazu eine offene Frage gestellt, im Post-Fragebogen zwei. Die Auswertung der Freitextantworten erfolgte im Sinne einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022), wobei auf eine theoriegeleitete, aber offene Kategorisierung geachtet wurde. Das Kategoriensystem wurde dabei induktiv, also auf Grundlage des vorliegenden Datenmaterials selbst, entwickelt. Eine theoriegeleitete oder deduktive Vorstrukturierung erfolgte nicht, um möglichst offen und ergebnisorientiert subjektive Wahrnehmungen erfassen zu können.

Die offenen Antworten wurden zunächst paraphrasiert und anschliessend in übergeordnete Themenbereiche gegliedert. Auf diese Weise ergaben sich, je nach Tiefe und Inhalt der Rückmeldungen, folgende Kategorien:

1. **Sexuelle Erregbarkeit und Lust:** Aussagen, die sich auf die Wahrnehmung oder Veränderung der sexuellen Erregung, der Lust oder des sexuellen Verlangens beziehen. Dazu zählen beispielsweise Berichte über gesteigerte Lust, intensiveres sexuelles Erleben oder veränderte Erregbarkeit.
2. **Körperliche Selbstwahrnehmung:** Aussagen, die eine veränderte oder verstärkte Wahrnehmung des eigenen Körpers thematisieren, insbesondere im Bereich des Beckens oder der genitalen Region. Auch allgemeine Aspekte wie ein gesteigertes Körperbewusstsein oder ein besseres Spüren des Körpers fallen in diese Kategorie.
3. **Emotionale und beziehungsbezogene Veränderungen:** Aussagen, die sich auf emotionale Veränderungen oder Auswirkungen auf die Beziehung zu sich selbst oder anderen beziehen. Darunter fallen beispielsweise mehr emotionale Ruhe, ein entspannteres Verhältnis zur eigenen Sexualität oder Veränderungen in Bezug auf Scham, Nähe oder Intimität.

4. Psychische und kognitive Anspannung

Aussagen, die sich auf mentale Anspannung, innere Unruhe oder gedankliches Kreisen beziehen. Dazu zählen beispielsweise Schwierigkeiten beim Abschalten, ein Gefühl von Getriebenheit oder eine vermehrte geistige Ruhe.

Die qualitative Auswertung dient der Ergänzung und Kontextualisierung der quantitativen Ergebnisse und ermöglicht einen vertieften Einblick in subjektive Wahrnehmungen, die über standardisierte Skalen nur begrenzt abbildbar sind.

7.7 Verwendung von Künstlicher Intelligenz

Zur Unterstützung im Schreibprozess dieser Masterarbeit wurde das KI-gestützte Sprachmodell ChatGPT (Jan 2025 Version) von OpenAI eingesetzt (OpenAI, 2025). Die Anwendung erfolgte über die gesamte Arbeit hinweg im Rahmen der sprachlichen Formulierung und Optimierung von Textabschnitten. Konkret wurden einzelne Absätze hinsichtlich Satzbau, wissenschaftlicher Ausdrucksweise oder Struktur überarbeitet. Zudem diente ChatGPT als Unterstützung bei der inhaltlichen Strukturierung und bei der Überlegung, in welchen Bereichen weiterführende Literatur recherchiert werden könnte.

Die inhaltliche Verantwortung sowie die Auswahl, Integration und Interpretation der wissenschaftlichen Quellen lagen dabei vollständig bei der Verfasserin. ChatGPT wurde nicht zur automatisierten Generierung von Zitaten, wissenschaftlichen Quellen oder vollständigen Textteilen verwendet. Sämtliche Zitationen und Inhalte wurden eigenständig überprüft, inhaltlich bewertet und manuell eingefügt.

Auf eine separate Zitation der KI-Nutzung innerhalb der einzelnen Textabschnitte wurde verzichtet, da die Unterstützung durch ChatGPT über die gesamte Arbeit hinweg gleichermassen erfolgt ist. Die Nutzung von KI diente ausschliesslich der sprachlichen Unterstützung im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibprozesses.

8 Ergebnisse

8.1 Stichprobenbeschreibung

An der Prä-Befragung im Rahmen dieser Arbeit nahmen insgesamt 21 Personen teil. 15 dieser Personen füllten auch die Post-Befragung nach Abschluss der drei durchgeführten TRE-Intervention aus und bilden somit die Stichprobe für die vorliegende Datenauswertung.

Das Alter dieser zehn Teilnehmenden lag zwischen 22 und 70 Jahren ($M = 35.10$; $SD = 12.88$). Drei der Teilnehmenden gaben ihr Geschlecht mit männlich, 12 mit weiblich an. Die Kategorie „divers“ wurde von keiner Person gewählt.

Die Rekrutierung erfolgte über verschiedene Kanäle. Zum einen konnten sich interessierte Mitarbeitende und Studierende der Universität Bern für den angebotenen TRE-Kurs anmelden. Dieser Kurs wurde vor Ort von zertifizierten TRE-Providerinnen angeleitet. Zusätzlich wurden über persönliche Kontakte, gezielte Anfragen im erweiterten Bekanntenkreis sowie über Social Media weitere Personen zur Teilnahme eingeladen.

Die Intervention bestand aus drei TRE-Sessions, die von offiziellen TRE-Providerinnen an der Universität Bern angeleitet wurden. Die Teilnahme an den beiden Befragungen (vor und nach der Intervention) erfolgte anonymisiert. Weitere demografische Daten wurden bewusst nicht erhoben, um den Datenschutz zu gewährleisten. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Umfragen betrug im Durchschnitt rund vier Minuten.

8.2 Quantitative Ergebnisse der Befragung

Die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Veränderung pro Frage wurden berechnet, indem jeweils die Antworten der Prä-Werte und Post-Werte pro Frage ermittelt wurde. Diese Veränderung pro Frage diente als Grundlage für die statistische Auswertung. Dadurch wird sichtbar, in welche Richtung sich die Werte nach der durchgeführten TRE-Intervention im Durchschnitt verändert haben. Um eine konsistente Interpretation zu gewährleisten, wurden alle Skalen so kodiert, dass höhere Werte mit einem positiven Einfluss auf Sexualität und Wohlbefinden assoziiert sind. Zwei Items (Verspannungen, Schmerzen) wurden dafür inhaltlich invertiert interpretiert.

Die Ergebnisse sind aufgrund der geringen Teilnehmerzahl als erste explorative Indikation möglicher Effekte der Intervention zu interpretieren und bilden keine statistische Signifikanz ab. Die nachfolgenden Abschnitte gliedern sich thematisch nach den untersuchten Bereichen.

8.2.1 Körperliche Selbstwahrnehmung und Regulation

Die Ergebnisse in Tabelle 1 und Abbildung 1 zeigen Hinweise darauf, dass sich durch die Anwendung von TRE Veränderungen in der körperlichen Selbstwahrnehmung und Spannungsregulation ergeben haben.

Die Verbundenheit mit dem eigenen Körper wurde nach der Intervention tendenziell höher eingeschätzt (Mittelwert Prä: 3.60; Post: 4.25), was auf eine gestärkte somatische Selbstwahrnehmung hinweisen könnte. Auch die Entspannungsfähigkeit nach stressigen Situationen zeigte sich leicht verbessert (M prä: 3.20; M post: 3.56).

Ebenfalls zeigt sich ein positiver Unterschied in den Messwerten zu Verspannungen im Hüftbereich und Beckenboden (BeBo), deren Werte invertiert dargestellt sind. Der Mittelwert sank dabei von 3.07 (Prä) auf 2.50 (Post), was auf eine geringere Spannungswahrnehmung in diesem Bereich hinweist. Gleichzeitig fällt jedoch auf, dass in dieser Skala die grössten Standardabweichungen vorliegen (SD 1.46), was auf eine hohe Streuung der Antworten hindeutet und die Aussagekraft hinsichtlich eines generellen Effekts einschränkt.

Auch die Genitalwahrnehmung nahm nach der Intervention zu (M Prä 3.00; M Post 3.81). Diese Steigerung lässt sich als Hinweis auf eine verbesserte interozeptive Sensitivität im genitalen Bereich interpretieren.

Schliesslich zeigt sich auch im Bereich der Emotionsregulation ein positiver Trend (M Prä 3.33; M Post 3.75). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Teilnehmenden durch die körperliche Regulation über TRE auch emotional besser regulieren konnten, ein Effekt, der sich gut mit dem Ansatz der Polyvagaltheorie und körpertherapeutischen Zugängen zur Emotionsverarbeitung decken lässt.

Insgesamt deuten die explorativen Ergebnisse darauf hin, dass TRE einen förderlichen Einfluss auf die körperliche Selbstwahrnehmung und Spannungsregulation haben kann. Diese Aspekte gelten als zentrale körperliche Grundlagen sexueller Erlebensfähigkeit.

Tabelle 1

Körperliche Selbstwahrnehmung und Regulation

Item	M Prä	M Post	ΔM (Post–Prä)	SD Differenz
Verbundenheit Körper	3.60	4.25	0.65	0.89
Entspannungsfähigkeit	3.20	3.56	0.36	0.79
Verspannungen BeBo (invertiert)	3.07	2.50	-0.57	1.46
Genitalwahrnehmung	3.00	3.81	0.81	0.70
Emotionsregulation	3.53	3.75	0.22	0.81

Anmerkung: Bei invertierten Items gibt eine Reduktion der Punktzahl eine Verbesserung an.

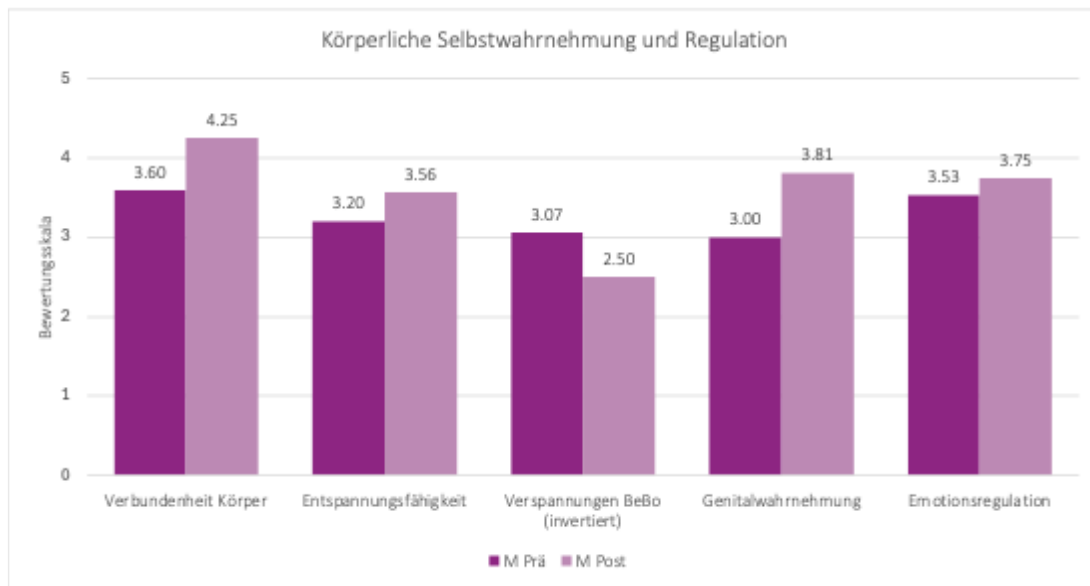


Abbildung 1: Vergleich Messwerte körperliche Selbstwahrnehmung und Regulation vor und nach der Intervention

8.2.2 Sexualität: Lust, Erregung, und sexuelles Wohlbefinden

Auch die deskriptiven Ergebnisse zu den sexualitätsbezogenen Items deuten auf positive Entwicklungen nach der TRE-Intervention hin (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2). Die allgemeine sexuelle Lust (Libido) nahm nach der Intervention am deutlichsten zu. Der Mittelwert stieg nach der TRE-Intervention von M 2.60 auf M 3.38, was auf eine verbesserte sexuelle Ansprechbarkeit bzw. ein erhöhtes sexuelles Interesse hindeuten könnte. Auch die Erregbarkeit bei Sex oder Selbstbefriedigung zeigt eine positive Tendenz (M 3.00 Prä, M 3.63 Post). Die Häufigkeit von Lust auf sexuelle Aktivitäten zeigt ebenfalls einen leichten Anstieg von M 2.87 (Prä) auf M 3.25 (Post), was ein weiteres Indiz für eine gesteigerte sexuelle Motivation darstellt. Ebenfalls erkennbar ist eine Verbesserung im Bereich „Wohlgefühl mit sexuellem Verlangen“ (M 3.07 Prä, M 3.63 Post). Diese Skala misst, inwiefern sich Teilnehmende mit ihrem sexuellen Verlangen wohl und stimmig fühlen. Die beobachtete Veränderung könnte darauf hinweisen, dass die Teilnehmenden nach der TRE-Intervention ein positiveres Verhältnis zu ihrer eigenen Sexualität bzw. ihren sexuellen Bedürfnissen entwickelt haben. Zu beachten ist jedoch, dass die Standardabweichungen ($SD > 1.0$) in dieser Kategorie relativ hoch waren.

Zusammenfassend legen die Daten nahe, dass TRE über die körperliche Regulation und Stressverarbeitung auch einen indirekten Einfluss auf sexuelle Erlebnisfähigkeit, Erregung und Wohlbefinden haben kann. Die Verbindung zwischen Entspannung,

Körperwahrnehmung und sexueller Lust deckt sich mit bestehenden theoretischen Modellen, die Interozeption, Vagustonus und körperbasierte Affektregulation als zentrale Mechanismen für eine erfüllte Sexualität benennen.

Tabelle 2

Sexualität: Lust, Erregung und sexuelles Wohlbefinden

Item	M Prä	M Post	ΔM (Post-Prä)	SD Differenz
Allgemeine sexuelle Lust (Libido)	2.60	3.38	0.78	1.09
Erregbarkeit bei Sex/SB	3.00	3.63	0.63	1.02
Häufigkeit von Lust auf sexuelle Aktivit.	2.87	3.25	0.38	1.13
Wohlfühl mit sex. Verlangen	3.07	3.63	0.56	1.15

Anmerkung: Bei Lust auf sexuelle Aktivitäten ist die Skala von 0 - 5, wobei 0 der Aussage "gar nicht" entspricht.

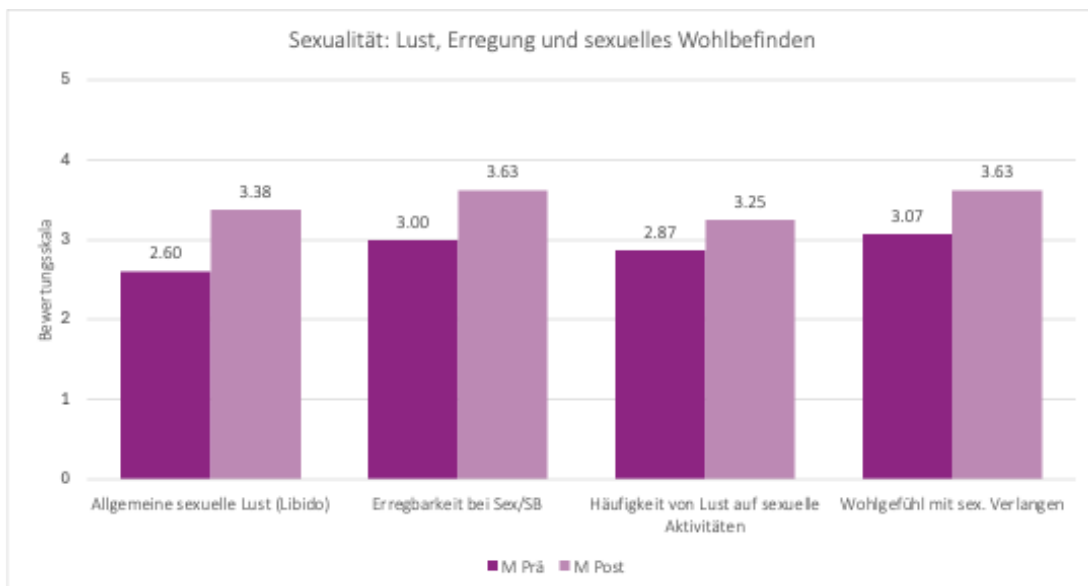


Abbildung 2: Vergleich Messwerte Sexualität (Lust, Erregung und sexuelles Wohlbefinden) vor und nach der Intervention

8.2.3 Sexualverhalten und Erleben

Die deskriptiven Ergebnisse veränderten sich in drei der betrachteten Skalen leicht in Richtung eines höheren Werts (siehe Tabelle 3 und Abbildung 3). Das Item «Orgasmuserleben bei Selbstbefriedigung (SB)» wies bereits vor der Intervention hohe Mittelwerte auf (M 4.73 Prä) und zeigte nach der Intervention einen leicht gesunkenen Wert (M 4.69 Post). Trotz des minimalen Rückgangs bleibt das Orgasmuserleben in diesem Bereich auf hohem Niveau stabil. Für das Orgasmuserleben beim Geschlechtsverkehr (GV) ergab sich ein geringer Anstieg des Mittelwerts von 3.27 (Prä) auf 3.44 (Post). Das Item «Genussfähigkeit bei sexuellen Aktivitäten (Sex/SB)» wies einen sehr leichten Anstieg des

Mittelwerts von 2.80 (Prä) auf 2.88 (Post) auf. Ähnlich zeigte sich beim Item «Steuerung der Erregung» ein Zuwachs von 2.73 (Prä) auf 3.19 (Post).

Tabelle 3

Sexualverhalten und Erleben (Selbstbefriedigung & Geschlechtsverkehr)

Item	M Prä	M Post	ΔM (Post-Prä)	SD Differenz
Orgasmuserleben SB	4.73	4.69	-0.05	0.44
Orgasmuserleben GV	3.27	3.44	0.17	0.40
Genussfähigkeit Sex/SB	2.80	2.88	0.08	0.63
Steuerung der Erregung	2.73	3.19	0.45	0.70

Anmerkung : Bei Genussfähigkeit Sex/SB ist die Skala von 0 - 4, wobei 0 der Aussage "ich habe keinen Sex / keine SB" entspricht.

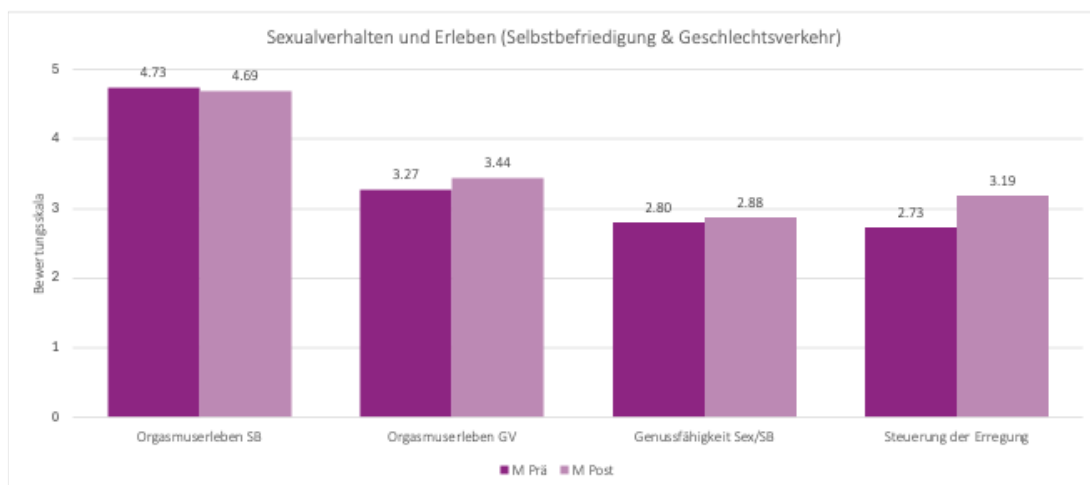


Abbildung 3: Vergleich Messwerte Sexualverhalten und Erleben vor und nach der Intervention

8.2.4 Körperliches Wohlbefinden und mögliche Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen in allen drei betrachteten Skalen eine positive Veränderung zwischen den Erhebungszeitpunkten Prä und Post (siehe Tabelle 4 und Abbildung 4).

Die Zufriedenheit mit dem Sexualleben im Allgemeinen stieg im Mittel von M 3.00 (Prä) auf M 3.25 (Post). In der Skala «Wohlgefühl beim Sex» erhöhte sich der Mittelwert von 3.27 (Prä) auf 3.75 (Post). Beide Veränderungen deuten auf ein gesteigertes körperliches Wohlbefinden im sexuellen Kontext nach der TRE-Intervention hin.

Die Skala «Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten» wurde invertiert dargestellt. Der Mittelwert sank von 1.87 (Prä) auf 1.63 (Post). Dieser Rückgang könnte auf eine geringere Schmerzempfindung bei sexueller Aktivität hinweisen.

Wie bei den vorhergehenden Kapiteln beruhen auch diese Ergebnisse auf einer kleinen Stichprobe ($n = 15$) und sind explorativ zu interpretieren, ohne Anspruch auf

statistische Signifikanz. Dennoch lassen sich Tendenzen erkennen, die auf eine Verbesserung des körperlichen Erlebens und eine mögliche Schmerzreduktion im sexuellen Kontext hinweisen.

Tabelle 4

Körperliches Wohlbefinden und mögliche Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten

Item	M Prä	M Post	ΔM (Post-Prä)	SD Differenz
Zufriedenheit Sex allg.	3.00	3.25	0.25	0.83
Wohlfühl beim Sex	3.27	3.75	0.48	0.50
Schmerzen (invertiert)	1.87	1.63	-0.24	0.54

Anmerkung: Bei invertierten Items gibt eine Reduktion der Punktzahl eine Verbesserung an.

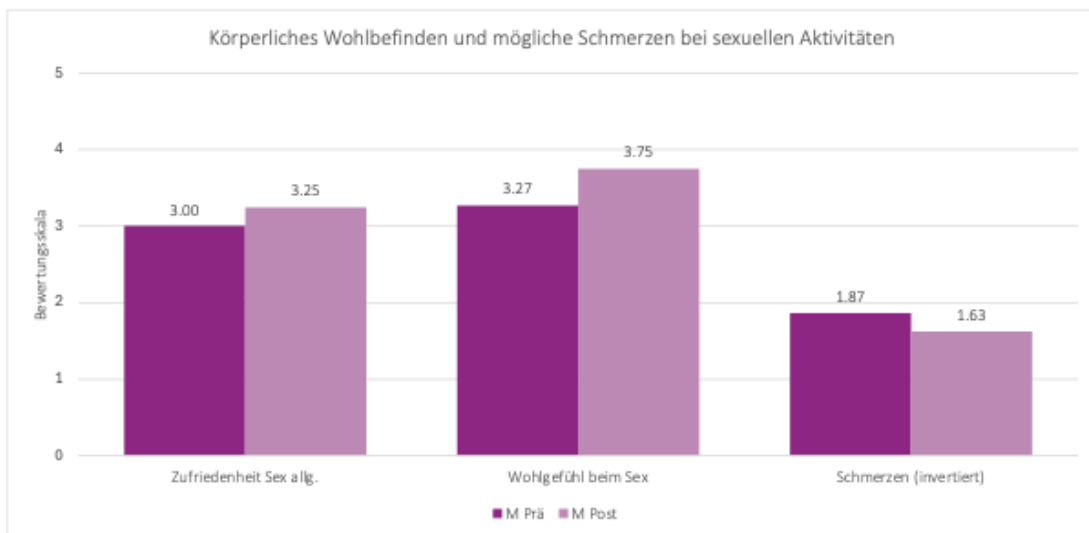


Abbildung 4: Vergleich Messwerte körperliches Wohlbefinden und mögliche Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten vor und nach der Intervention

8.3 Qualitative Ergebnisse: Wahrgenommene Veränderungen durch TRE

Neben den standardisierten Items enthielt der Post-Fragebogen zwei offene Fragen zu möglichen Veränderungen der Sexualität und Körperwahrnehmung infolge der Teilnahme an TRE-Sessions. Von insgesamt 15 Teilnehmenden beantworteten 11 Personen eine oder beide offenen Fragen mit konkreten Beschreibungen.

Die Auswertung der Freitextantworten erfolgte mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2022). Die Kategorien wurden dabei induktiv, also auf Grundlage des Datenmaterials selbst, entwickelt. Auf diese Weise konnten drei zentrale

Themenbereiche herausgearbeitet werden: körperliche Selbstwahrnehmung, sexuelle Erregbarkeit und Lust sowie emotionale und beziehungsbezogene Veränderungen.

Eine einzelne Rückmeldung bezog sich auf eine bestehende chronische Erkrankung (Multiple Sklerose). Da dieser Aspekt thematisch nicht in die genannten Kategorien fiel und inhaltlich nicht weiter vertieft wurde, blieb er bei der inhaltlichen Auswertung unberücksichtigt.

8.3.1 Körperliche Selbstwahrnehmung

Vier Teilnehmende berichteten von einer intensiveren Wahrnehmung des eigenen Körpers, sowohl im Alltag als auch im sexuellen Kontext. Besonders häufig wurde ein verändertes Spüren des Beckenbereichs thematisiert, was direkt an zentrale Zielbereiche von TRE anschliesst.

- *«intensivere körperliche Wahrnehmung beim Sex und schnelleres Feuchtwerden... glaub auch öfters mal Lust/Gedanken in den letzten 3Wochen seit TRE...ich spüre körper auch im alltag besser - teils zittern/spannung spürbar»*
- *«Mein Beckenbereich ist lockerer geworden.»*
- *«Spannungen am Bauch und Becken sind einfacher wahrzunehmen und können mit TRE gelöst werden»*
- *«Ich habe mir Zeit genommen, meinen Körper zu spüren. Ich habe weniger meine Sexualität gespürt aber mehr mein Körper bewusster wahrgenommen während TRE.»*

8.3.2 Sexuelle Erregbarkeit & Lust

Drei Teilnehmende beschrieben eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit nach den TRE-Sessions. Diese zeigte sich beispielsweise in schnellerer Lubrikation, vermehrtem sexuellem Interesse sowie intensiverem Orgasmuserleben.

- *«intensivere körperliche Wahrnehmung beim Sex und schnelleres Feuchtwerden... glaub auch öfters mal Lust/Gedanken in den letzten 3Wochen seit TRE...ich spüre körper auch im alltag besser - teils zittern/spannung spürbar»*
- *«Wenige Stunden bis ca. einen Tag nach durchgeführten TRE verspüre ich eine erhöhte Libido. Ausserdem fühlt sich in diesem Zeitraum der Orgasmus beim GV intensiver an.»*
- *«TRE hat Beckenboden aktiviert und damit Errektionsfähigkeit positiv beeinflusst»*

8.3.3 Emotionale & Beziehungsebene

Ein Teil der Aussagen bezog sich nicht direkt auf den Körper oder die Sexualfunktion, sondern auf emotionale Aspekte von Intimität, Präsenz und Beziehung. Eine Person schilderte positive Veränderungen in der Beziehungsdynamik sowie im Kontakt mit sich selbst.

- *«Es gab Veränderungen auf der Beziehungsebene, zb. Gelassener, offener, wohlwollender. Und dann auch im Kontakt mit mir selbst, mit dem Atem und der Präsenz in der Sexualität. Körperlich eher keine Veränderung bewusst wahrgenommen.»*

Diese qualitativen Angaben liefern ergänzende Hinweise auf mögliche Wirkmechanismen von TRE im Bereich der sexuellen Selbstwahrnehmung, Erregung sowie zwischenmenschlicher Nähe. Zugleich machen sie die Vielfalt subjektiver Erfahrungen deutlich, die durch standardisierte Skalen nur eingeschränkt abgebildet werden können.

Auf die Frage „Hat sich deine persönliche Sexualität oder deine Wahrnehmung deines Körpers durch TRE verändert?“ antworteten 8 von 15 Personen mit „Nein“ und 7 Personen mit „Ja“.

Eine vollständige Übersicht der offenen Antworten sowie deren Kategorisierung findet sich im Anhang III.

8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse ermöglichen eine erste Annäherung an potenzielle Veränderungen in der Körperwahrnehmung und Sexualität der Teilnehmenden im Zusammenhang mit der Anwendung von TRE und können im Sinne einer explorativen Pilotstudie verstanden werden.

Zur besseren Einordnung wurden die Mittelwerte der quantitativen Daten zusätzlich in Prozent der jeweils maximal möglichen Skalenwerte umgerechnet. So entspricht beispielsweise ein Wert von 3.00 auf einer 5-Punkte-Skala 60 % der maximal erreichbaren Ausprägung. Die Berechnung erfolgte nach folgender Formel: *Prozentwert = (Mittelwert/maximaler Skalenwert)×100*

Die Differenz zwischen Prä- und Post-Werten wurde in Prozentpunkten dargestellt, um den relativen Anstieg bzw. Rückgang innerhalb der Skala nachvollziehbar zu machen.

Diese Darstellung ermöglicht eine einheitliche Vergleichbarkeit der Veränderung über verschiedene Skalen hinweg, auch bei unterschiedlichen Skalenbereichen (z. B. 0 – 4 oder 0 – 5).

Frage	Veränderung in %
Wie verbunden fühlst du dich mit deinem eigenen Körper? 1-5	13.00%
Wie leicht fällt es dir, nach stressigen Situationen wieder eine entspannte Haltung einzunehmen? 1-5	7.25%
Wie oft spürst du Verspannungen in der Hüft- oder Beckenregion? 5-1 (invertiert)	-11.33%
Wie gut nimmst du dein Genital im Alltag (z.B. jetzt) wahr? 1-5	16.25%
Wie leicht fällt es dir, deine Emotionen wahrzunehmen & zu regulieren? 1-5	4.33%
Wie würdest du deine allgemeine sexuelle Lust (Libido) beschreiben? 1-5	15.50%
Wie leicht wirst du erregt bei Geschlechtsverkehr oder Selbstbefriedigung? 1-5	12.50%
Wie oft verspürst du Lust auf sexuelle Aktivitäten? (Masturbation, Sex, ähnliches) 0-5	7.67%
Fühlst du dich mit deinem eigenen sexuellen Verlangen wohl? 1-5	11.17%
Wie oft erreichst du bei der Selbstbefriedigung (SB) einen Orgasmus? 1-5	-0.92%
Wie oft erreichst du beim Geschlechtsverkehr (GV) einen Orgasmus? 1-5	3.42%
Wie würdest du deine Fähigkeit beschreiben, Sex bzw. Selbstbefriedigung (SB) zu geniessen? 0-4	1.88%
Ich kann meine Erregung bis zum Orgasmus steuern und aktiv beeinflussen. 1-5	9.08%
Wie zufrieden bist du mit deinem Sexualleben insgesamt? 1-5	5.00%
Wie wohl fühlst du dich in deinem Körper während sexuellen Aktivitäten? 1-5	9.67%
Hast du Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei der Selbstbefriedigung? 5-1 (invertiert)	-4.83%

Abbildung 5: Auswertung der prozentuellen Veränderungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Skalen

Im quantitativen Teil der Befragung zeigen sich insbesondere sechs Veränderungen mit einem Ausmass von über 10 %:

- Die Verbundenheit mit dem eigenen Körper stieg im Durchschnitt um 13 %.
- Die Häufigkeit von Verspannungen im Hüft- und Beckenbereich nahm um 11.33 % ab.
- Die Wahrnehmung des Genitals erhöhte sich um 16.25 %.
- Die allgemeine sexuelle Lust (Libido) nahm um 15.5 % zu.
- Die Erregbarkeit bei Geschlechtsverkehr oder Selbstbefriedigung stieg um 12.5 %.
- Das Wohlfühl im Umgang mit dem eigenen sexuellen Verlangen erhöhte sich um 11.17 %.

Die qualitativen Angaben ergänzen diese Ergebnisse durch subjektive Perspektiven: Mehrere Teilnehmende beschrieben eine intensivere Körperwahrnehmung insbesondere im Bereich des Beckens, eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit sowie ein vermehrtes sexuelles Interesse.

Zusammenfassend zeigen die Daten explorative Hinweise auf positive Entwicklungen in den Bereichen körperliche Wahrnehmung, sexuelle Erregbarkeit und emotionales Erleben im Anschluss an die Teilnahme an TRE. Gleichzeitig berichtete etwa die Hälfte der Teilnehmenden, keine wahrnehmbare Veränderung ihrer Sexualität oder Körperwahrnehmung festgestellt zu haben.

Auffällig ist, dass kein Zusammenhang zwischen den quantitativen Veränderungen (stärkere Differenzen zwischen Prä- und Postwerten) und der subjektiven Wahrnehmung körperlicher oder sexueller Veränderungen durch TRE besteht.

Die Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Stichprobengrösse ($n = 15$) vorsichtig zu interpretieren. Auf inferenzstatistische Tests wurde bewusst verzichtet, weshalb keine Aussagen über statistische Signifikanz oder eine Übertragbarkeit auf die Gesamtbevölkerung möglich sind.

9 Diskussion

Obwohl die bisherigen Studien zu TRE vielversprechende Ergebnisse zeigen, bestehen weiterhin zahlreiche methodische Herausforderungen. Viele der bisherigen Untersuchungen, ebenso wie die vorliegende Arbeit, basieren auf kleinen Stichproben und weisen eine begrenzte methodische Strenge auf. Häufig fehlen Kontrollgruppen, die jedoch wesentlich wären, um die tatsächliche Wirksamkeit von TRE valide zu beurteilen.

Auch in der vorliegenden Untersuchung lassen sich positive Veränderungen erkennen, insbesondere in den Bereichen körperliche Selbstwahrnehmung, sexuelle Erregbarkeit sowie in der Reduktion von Verspannungen im Beckenbereich. Die Ergebnisse deuten auf eine Verbesserung der körperlichen und sexuellen Wahrnehmung hin. Dabei zeigen sowohl die quantitativen Daten als auch die qualitativen Rückmeldungen gewisse Übereinstimmungen, insbesondere im Hinblick auf ein gesteigertes Körperbewusstsein und sexuelles Interesse.

Bemerkenswert ist dabei die Beobachtung, dass positive Veränderungen in den Skalenwerten nicht immer mit der subjektiven Einschätzung einer Veränderung durch TRE einhergingen und umgekehrt. Einzelne Teilnehmende zeigten messbare Fortschritte, etwa in Bezug auf Lust oder Genitalwahrnehmung, gaben jedoch nicht an, dass sich ihre Sexualität oder Körperwahrnehmung verändert habe. Andere wiederum berichteten von einer spürbaren Veränderung, obwohl ihre Skalenwerte kaum Unterschiede zwischen Prä- und Postmessung aufwiesen. Diese wechselseitige Diskrepanz könnte darauf hindeuten, dass körperlich angestossene Prozesse nicht immer unmittelbar kognitiv integriert oder erfasst werden. Ebenso ist möglich, dass subjektive Veränderungen auftreten, die durch die eingesetzten Skalen nicht vollständig abgebildet werden. Körpertherapeutische Ansätze wie TRE wirken möglicherweise zunächst auf unbewusster Ebene, basierend auf sogenannten Bottom-up-Prozessen, und benötigen Zeit, bis sie im bewussten Erleben integriert werden. Zudem ist denkbar, dass die globale Selbsteinschätzung einer Veränderung auf anderen Wahrnehmungs- oder Bewertungskriterien beruht als die spezifischen Items der quantitativen Skalen. Dieses Spannungsfeld verweist auf die Komplexität von Veränderungsprozessen im Bereich Sexualität und Körperbewusstsein und betont die Notwendigkeit, sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungsformen miteinander zu kombinieren.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Studie von Beattie und Berceli (2021), in der trotz ausbleibender signifikanter Veränderungen in der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit subjektiv positive Alltagserfahrungen berichtet wurden. Dies unterstützt die Annahme, dass

TRE das individuelle Erleben über eine veränderte subjektive Wahrnehmung beeinflussen kann, auch wenn dies nicht unmittelbar durch Skalenwerte abgebildet wird.

Diese Diskrepanz zwischen gemessener und subjektiv empfundener Veränderung wird auch in der Forschung zu Interozeption und Embodiment beschrieben. Studien zeigen, dass körperliche Prozesse nicht automatisch in das bewusste Erleben übergehen, sondern oft eine gewisse Zeit und Integration benötigen (Mehling et al., 2012; Ogden et al., 2006b). Zudem kann es sein, dass standardisierte Fragebögen nicht alle Aspekte subjektiver Veränderung adäquat abbilden (Mauss et al., 2005).

Es ist zu betonen, dass die beobachteten Unterschiede grösstenteils gering ausfielen. Die prozentuale Veränderung bezogen auf den jeweils maximalen Skalenwert betrug bei den auffälligeren Items rund 11–16 %. Diese Veränderungen sind zwar richtungsweisend, erlauben jedoch keine verallgemeinernden Aussagen. Es kann somit keine Aussage über Kausalzusammenhänge oder die Übertragbarkeit auf eine breitere Bevölkerung getroffen werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung liefern damit erste Hinweise, die durch methodisch robuste und standardisierte Studien überprüft und vertieft werden sollten. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten randomisierte kontrollierte Designs, grössere und heterogene Stichproben sowie eine differenzierte Betrachtung von soziodemografischen und psychischen Einflussfaktoren einbeziehen.

9.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Die folgenden Auswertungen orientieren sich an den vier aufgestellten Hypothesen und berücksichtigen sowohl die quantitativen Mittelwertveränderungen als auch die qualitativen Angaben der Teilnehmenden. Aufgrund des explorativen Designs und der kleinen Stichprobengrösse können keine gesicherten Aussagen über Kausalzusammenhänge oder Generalisierbarkeit getroffen werden. Die nachfolgende Interpretation versteht sich daher als erste Annäherung an mögliche Wirkzusammenhänge.

Im Hinblick auf Hypothese 1, welche von einem positiven Zusammenhang zwischen der Teilnahme an TRE und einer Zunahme sexueller Zufriedenheit ausgeht, zeigten sich in den quantitativen Ergebnissen moderate Anstiege in den Bereichen sexuelle Lust (+15.5 %), Erregbarkeit (+12.5 %) und Wohlfühl im Umgang mit dem eigenen sexuellen Verlangen (+11.17 %). Ergänzend beschrieben einige Teilnehmende in den offenen Antworten eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit sowie ein erhöhtes sexuelles Interesse.

Gleichzeitig gaben rund die Hälfte der Befragten an, keine bewusste Veränderung ihrer Sexualität festgestellt zu haben. Diese Diskrepanz zwischen Skalenveränderung und Selbsteinschätzung könnte darauf hindeuten, dass körperliche oder neurophysiologische Veränderungen nicht immer unmittelbar kognitiv integriert oder sprachlich zugänglich sind. Insgesamt deuten die Ergebnisse auf erste Anzeichen einer möglichen Wirkung im Sinne von Hypothese 1 hin.

Die zweite Hypothese ging von einem Zusammenhang zwischen der Teilnahme an TRE und einer Reduktion sexuellen Stressempfindens aus. In den quantitativen Daten liess sich diesbezüglich kein klarer Trend erkennen, auch die offenen Angaben enthielten nur wenige Hinweise auf eine Entlastung im Umgang mit sexuellem Stress. Es erscheint möglich, dass sexuelle Stressverarbeitung eine längere Auseinandersetzung mit dem Körper voraussetzt oder dass die eingesetzten Skalen diesen Aspekt nicht präzise genug erfasst haben. Hypothese 2 konnte daher im Rahmen dieser Untersuchung nicht gestützt werden.

Hypothese 3 nahm an, dass TRE mit einer verstärkten Wahrnehmung körperlicher Entspannung einhergeht. Die Skala zur Häufigkeit von Verspannungen im Hüft- und Beckenbereich zeigte einen durchschnittlichen Rückgang von 11.33 %. In den qualitativen Rückmeldungen beschrieben einzelne Teilnehmende ein verbessertes Körpergefühl, mehr innere Ruhe sowie ein „Lockerwerden“ des Beckens. Diese Angaben stehen im Einklang mit der in Hypothese 3 angenommenen Richtung und deuten auf mögliche entspannungsfördernde Effekte von TRE hin.

Hypothese 4 formulierte einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an TRE und einer verbesserten interozeptiven Wahrnehmung, insbesondere im Bereich des Beckenbodens und der genitalen Region. Hier zeigte sich die deutlichste Veränderung im quantitativen Teil: Die Wahrnehmung des Genitals stieg durchschnittlich um 16.25 %. In den qualitativen Angaben wurde diese Tendenz durch Aussagen über ein intensiveres Spüren des Becken- und Genitalbereichs ergänzt. Diese Beobachtungen liefern Hinweise auf eine gesteigerte interozeptive Wahrnehmung in den entsprechenden Körperregionen, was der Annahme in Hypothese 4 entspricht.

Zusammenfassend lassen sich Hypothese 1, 3 und 4 im Rahmen dieser explorativen Untersuchung teilweise unterstützen. Die individuellen Erfahrungen der Teilnehmenden variierten jedoch deutlich. Wie im Ergebnisteil dargestellt, zeigten sich bei einigen Teilnehmenden körperliche Veränderungen, die nicht mit einer bewussten Wahrnehmung einhergingen. Dies könnte darauf hindeuten, dass sich physiologische Anpassungen

bereits vollziehen, bevor sie kognitiv oder emotional erfasst werden, ein Befund, der für körperbasierte Methoden wie TRE relevant sein könnte.

Diese Beobachtungen unterstreichen die Komplexität körpertherapeutischer Prozesse und die Notwendigkeit, subjektives Erleben und objektivierbare Veränderungen gemeinsam zu betrachten.

9.2 Limitationen

Nebst den Stärken dieser Untersuchung, wie der innovativen Kombination eines körpertherapeutischen Ansatzes mit einem sexualwissenschaftlichen Forschungsinteresse sowie der praktischen Umsetzung in Zusammenarbeit mit zertifizierten TRE-ProviderInnen, zeigen sich auch einige bedeutsame Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Ein zentrales methodisches Hindernis stellte die Rekrutierung geeigneter TRE-ProviderInnen dar, die bereit waren, das Projekt zu unterstützen. Trotz umfangreicher Bemühungen, unter anderem durch die Kontaktaufnahme mit TRE Schweiz, TRE Worldwide sowie diversen Fachstellen, erwies es sich als äusserst herausfordernd, ausreichend ProviderInnen zu finden. Grund dafür ist insbesondere die rechtliche Vorgabe, dass TRE nur von entsprechend ausgebildeten Fachpersonen angeleitet werden darf. Laien ist es nicht gestattet, die Methode zu unterrichten, was die praktische Umsetzung der Studie einschränkte. Zudem wurde empfohlen, dass die ersten TRE-Sitzungen entweder im Einzelsetting oder in einer Gruppe unter Anleitung eines zertifizierten Providers stattfinden, da die Methode emotionale Prozesse oder intensive Körperreaktionen auslösen kann. Diese Rahmenbedingungen führten insgesamt zu einer limitierten Anzahl an Teilnehmenden.

Von ursprünglich 21 Teilnehmenden der ersten Umfrage haben schliesslich 15 Personen die zweite Umfrage so vollständig ausgefüllt, dass ihre Daten für die Auswertung berücksichtigt werden konnten. Dies entspricht einer Ausschlussrate von 28.6%.

Zusätzlich zeigte sich im Rahmen der praktischen Umsetzung, dass TRE für bestimmte Personengruppen nur eingeschränkt anwendbar ist. So berichtete eine Person, dass sie aufgrund von Adipositas nicht an den Übungen teilnehmen konnte. Dies verdeutlicht, dass bestimmte körperliche Voraussetzungen, etwa eingeschränkte Beweglichkeit oder erhöhte Körpermasse, potenzielle Hürden für die Durchführung darstellen können. Für zukünftige Studien und die Praxis wäre es daher wichtig, alternative Zugänge oder angepasste

Übungsvarianten für diese Zielgruppe zu entwickeln, um den Ansatz breiter zugänglich zu machen.

Eine weitere Limitation liegt im Verzicht auf Zwischenmessungen. Dadurch kann nicht eindeutig festgestellt werden, ob die beobachteten Veränderungen direkt auf die TRE-Intervention zurückzuführen sind oder ob andere Einflussfaktoren eine Rolle gespielt haben. Ebenso wäre der Einsatz einer (Warte-)Kontrollgruppe wünschenswert gewesen, um den Effekt der Intervention im Vergleich zu einer nicht-intervenierten Gruppe differenzierter zu beurteilen. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens war dies jedoch nicht umsetzbar. Auch Follow-up- oder Langzeitmessungen, die Aufschluss über die Nachhaltigkeit der Effekte gegeben hätten, konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht realisiert werden.

Ein zusätzlicher methodischer Aspekt betrifft die Tatsache, dass die Studienleitung aus Datenschutzgründen sowie auf Wunsch der teilnehmenden TRE-ProviderInnen bei den TRE-Sitzungen selbst nicht anwesend sein durfte. Die Vorstellung der Studie und der Umfrage erfolgte daher ausschliesslich über ein vorbereitetes Video. Rückfragen konnten nur direkt an die jeweiligen ProviderInnen gestellt werden. Hierbei besteht ein Restrisiko, dass die Inhalte nicht in jedem Fall korrekt oder einheitlich kommuniziert wurden.

Obwohl die beiden ProviderInnen über dieselbe TRE-Ausbildung verfügten, lässt sich nicht mit absoluter Sicherheit sagen, dass die Durchführung der Übungen inhaltlich identisch verlief. Dies stellt eine potenzielle Einflussgrösse auf die Ergebnisse dar.

Zudem ist hervorzuheben, dass die bestehende Literatur zu TRE bislang grösstenteils nicht auf wissenschaftlich fundierten Studien basiert. Viele der vorhandenen Veröffentlichungen liefern lediglich Erfahrungsberichte oder Hinweise auf mögliche Zusammenhänge, was die theoretische Einbettung dieser Arbeit limitiert und die Interpretation der Ergebnisse erschwert.

Zusätzlich besteht ein möglicher Mess-Bias, da bereits die einfache Teilnahme an der Vor- und Nach-Befragung das subjektive Erleben beeinflussen kann. In der Verhaltenspsychologie ist bekannt, dass schon das Erheben von Intentionen oder Einstellungen – der sogenannte Mere-Measurement-Effekt – unabhängige Veränderungen im Verhalten bewirken kann (Long et al., 2025). Überträgt man dieses Phänomen auf Körper- und Sexualitätsfragen, so könnte allein das Ausfüllen von Fragebögen zu erhöhter Körperwahrnehmung geführt haben, selbst bei Teilnehmenden, die keine oder nur wenige TRE-Sitzungen absolvieren.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Beobachtung, dass quantitative Verbesserungen in den Skalenwerten nicht immer mit der subjektiven Einschätzung der Teilnehmenden übereinstimmen. Obwohl einzelne Teilnehmende in der Skalenmessung deutliche Fortschritte zeigten, berichteten sie keine bewusste Veränderung im sexuellen Erleben oder der Körperwahrnehmung. Dies weist auf mögliche Grenzen der gewählten Messinstrumente sowie auf Unterschiede zwischen gemessenen und bewusst wahrgenommenen Veränderungen hin.

Insgesamt zeigen sich somit mehrere Einschränkungen, die bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen und gleichzeitig Ansatzpunkte für weiterführende Forschung bieten.

9.3 Mögliche Weiterentwicklungen des Projekts

Die vorliegende Untersuchung liefert erste Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen TRE, körperlicher Regulation und Sexualität. Um die wissenschaftliche Aussagekraft und praktische Anwendbarkeit künftig zu erhöhen, erscheinen verschiedene inhaltliche und methodische Weiterentwicklungen sinnvoll.

Methodisch wäre die Ergänzung um eine Kontrollgruppe sowie Follow-up-Messungen zielführend, um die Wirkung von TRE differenzierter einordnen zu können. Auch eine engere Begleitung der Intervention durch geschulte Fachpersonen könnte die Abbruchquote reduzieren und die Standardisierung der Anwendung verbessern.

Inhaltlich könnten vertiefende Module zu spezifischen Themen wie Beckenwahrnehmung, Stressregulation oder Paarsexualität entwickelt werden. Die Ausweitung auf unterschiedliche Zielgruppen, etwa Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen oder chronischer Anspannung, wäre ein weiterer sinnvoller Schritt.

Zudem wäre zu prüfen, ob TRE in modifizierter Form auch für Personen mit Bewegungseinschränkungen besser zugänglich gemacht werden kann, etwa durch alternative Positionen oder niedrighschwellige Übungsformate. Auch digitale oder hybride Varianten könnten zur breiteren Anwendung beitragen, sofern Datenschutz und Qualitätssicherung gewährleistet sind.

Eine stärkere Kooperation mit zertifizierten TRE-ProviderInnen sowie ein Ausbau der Forschungskultur innerhalb der Community wären wünschenswert, um TRE evidenzbasiert weiterzuentwickeln und in sexualtherapeutische Settings nachhaltig zu integrieren.

9.4 Implikationen für Forschung und Praxis

Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass körpertherapeutische Ansätze wie TRE zur Regulation von Körperspannung und möglicherweise auch zur sexuellen Gesundheit beitragen können. Gleichzeitig zeigt sich, dass der Forschungsstand noch lückenhaft ist. Zukünftige Studien sollten methodisch robuster sein, etwa durch randomisierte kontrollierte Designs, grössere Stichproben und den Vergleich mit anderen Methoden.

Besonders relevant ist die Frage, für welche Zielgruppen TRE geeignet ist und welche individuellen Faktoren die Wirksamkeit beeinflussen. Menschen mit chronischer Anspannung oder sexuellen Funktionsstörungen könnten besonders profitieren. Auch der Zusammenhang zwischen Interozeption, Körperwahrnehmung und Sexualität verdient vertiefte Prozessforschung.

Die Diskrepanz zwischen objektiven Messwerten und subjektivem Erleben unterstreicht, dass zukünftige Studien sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungen integrieren sollten, um Veränderungsprozesse umfassender zu erfassen.

In der Praxis könnte TRE eine sinnvolle Ergänzung in sexualtherapeutischen Settings darstellen, insbesondere bei schwer zugänglichen Körperregionen wie dem Beckenboden, wo viele Betroffene chronische Anspannungen erleben. Dabei ersetzt TRE keine Sexualtherapie, sondern kann als begleitende körpertherapeutische Methode eingebunden werden.

Für eine breitere und evidenzbasierte Anwendung ist eine stärkere Forschungsbereitschaft innerhalb der TRE-Community notwendig. Ausbildungsinstitute und Fachorganisationen sollten aktiv zur Mitwirkung an Studien ermutigen. Auch niedrigschwellige, digital gestützte oder adaptierte Formate für Menschen mit körperlichen oder finanziellen Einschränkungen könnten zur Weiterentwicklung beitragen, sofern Qualität und Sicherheit gewährleistet sind.

9.5 Fazit

Diese explorative Studie untersuchte erstmals, inwiefern Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE) Einfluss auf die Körperwahrnehmung und Sexualität ausüben können. Auf Basis eines biopsychosozialen Verständnisses von Sexualität wurden sowohl quantitative Mittelwertveränderungen als auch qualitative Selbstauskünfte erhoben. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise darauf, dass TRE bei einem Teil der Teilnehmenden zu einer

verbesserten Genitalwahrnehmung, einer Reduktion körperlicher Spannungen sowie einer gesteigerten sexuellen Erregbarkeit führen kann.

Besonders deutlich zeigte sich ein Anstieg der Genitalwahrnehmung und der sexuellen Lust, während andere Bereiche nur geringe Veränderungen aufwiesen oder subjektiv nicht als verändert erlebt wurden. Auffällig war dabei eine Diskrepanz zwischen objektiven Skalenwerten und subjektiver Wahrnehmung. Einige Teilnehmende berichteten über spürbare Veränderungen trotz geringer Messabweichung, andere zeigten Fortschritte in den Skalen, ohne eine bewusste Veränderung zu erleben. Diese Beobachtung verdeutlicht die Komplexität körpertherapeutischer Prozesse und unterstreicht die Bedeutung, subjektives Erleben und objektivierbare Daten gemeinsam zu betrachten.

Trotz methodischer Limitationen wie kleiner Stichprobe, fehlender Kontrollgruppe und kurzer Messdauer liefert die Untersuchung wertvolle Impulse für zukünftige Forschung. Körperbasierte Verfahren wie TRE könnten insbesondere im Bereich der Selbstregulation und Beckenwahrnehmung ein bisher wenig beachtetes Potenzial für Sexualberatung und Sexualtherapie darstellen. Weitere Studien mit kontrolliertem Design, grösseren Stichproben und längeren Beobachtungszeiträumen sind notwendig, um die vorliegenden Hinweise zu überprüfen und weiterführend zu erforschen.

Schlusswort

Soweit mir bekannt ist, existieren bislang keine wissenschaftlichen Studien, die gezielt den Einfluss von TRE auf die Sexualität untersuchen. Das hat mich sehr überrascht – insbesondere, weil TRE an einer zentralen, sexualitätsrelevanten Körperstelle ansetzt: dem Beckenboden. Besonders spannend fand ich die unterschiedlichen Reaktionen der TRE-Provider:innen auf das Thema Sexualität. Während einige sehr offen damit umgingen, zeigte sich bei anderen eine spürbare Zurückhaltung. Obwohl TRE klassischerweise im traumatherapeutischen Kontext verankert ist, scheint es bislang wenig Raum und spezifische Schulung im Bereich sexueller Traumata zu geben.

Unterschätzt habe ich zu Beginn auch, wie herausfordernd es sein würde, einen geeigneten Rahmen sowie TRE-ProviderInnen zu finden, die bereit waren, dieses Forschungsprojekt zu unterstützen. Letztlich musste ich mich den bestehenden Kursformaten und Strukturen anpassen. Besonders überrascht haben mich dabei die sehr unterschiedlichen Positionen innerhalb der TRE-Community zum Thema Retraumatisierung und zu möglichen Risiken unangeleiteter TRE-Sessions. Während online zahlreiche Anleitungsvideos frei zugänglich sind, raten viele Fachpersonen gleichzeitig strikt davon ab, TRE ohne Anleitung durchzuführen. David Berceli selbst betont jedoch regelmässig, dass gerade die Alltagstauglichkeit und Eigenanwendung die grosse Stärke von TRE ausmachen. Dieser Widerspruch hat mir einmal mehr gezeigt, wie wichtig wissenschaftliche Forschung ist, um solche Graubereiche systematisch zu beleuchten.

Mein grösster Dank gilt allen, die mich während dieser Masterarbeit unterstützt haben. Allen voran den beiden TRE-Providerinnen Ursula Kesselring und Eva Myriam Buschor, die mit grossem Engagement dafür gesorgt haben, dass diese Studie überhaupt möglich wurde und meine Forschung in ihre Gruppenkurse integrierten. Ein herzliches Dankeschön auch an Heinz-Jürgen Voss und Agnes Silvani, die mir in schwierigen Phasen beratend zur Seite standen und mich immer wieder ermutigt haben, dranzubleiben. Danke auch an das ISP Zürich, das mir mit Offenheit und Flexibilität begegnet ist, wenn es im Prozess dieser Arbeit zu unerwarteten Hürden kam.

Mein tief empfundener Dank gilt meinem Partner Moritz, meiner Familie sowie meinen Freundinnen und Freunden – für ihr Verständnis, ihre Geduld und ihre Unterstützung in Zeiten, in denen Studium, Beruf und Privatleben kaum miteinander zu vereinbaren waren. Danke für jede kleine und grosse Geste, die es mir ermöglicht hat, diesen Weg zu gehen und den Master in Sexologie abzuschliessen.

Ein grosses Dankeschön auch an meine Studiengruppe, die «Züri-Truppe», für unzählige motivierende Treffen, gegenseitige Unterstützung und das gemeinsame Durchhalten. Danke auch an alle Dozierenden und an meine gesamte Klasse für die vielen inspirierenden Momente sowie den wertvollen fachlichen und persönlichen Austausch in den letzten dreieinhalb Jahren.

Zu guter Letzt danke ich allen Teilnehmenden meiner Studie. Danke für euren Mut, euch auf etwas Neues einzulassen, für eure Offenheit in der Umfrage und für euren wertvollen Beitrag zur Forschung.

Dieses Studium hat mich nicht nur fachlich, sondern auch auf einer tiefen persönlichen Ebene geprägt. Ich fühle mich privilegiert, diese Erfahrungen gemacht haben zu dürfen, und freue mich darauf, das erworbene Wissen weiterzugeben, mich weiterzuentwickeln und ein Leben lang zu lernen.

Literaturverzeichnis

- Almeida, J. T., & Rodrigues, G. O. (2021). Tension Trauma Releasing Exercises (TRE) regulates the Autonomous Nervous System (ANS), increases Heart Rate Variability (HRV), and Improves Psychophysiological Stress in University Students. (*Unpublished Paper*). https://traumaprevention.com/wp-content/uploads/2021/09/2021-Almeida_Rodrigues_Effecs-of-TRE-on-HRV_Psychophysiological-Stress.pdf
- Andersson, E., Oddsson, L., Grundström, H., & Thorstensson, A. (1995). The role of the psoas and iliacus muscles for stability and movement of the lumbar spine, pelvis and hip. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 5(1), 10–16. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.1995.tb00004.x>
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (2. pr). Jossey-Bass.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Balban, M. Y., Neri, E., Kogon, M. M., Weed, L., Nouriani, B., Jo, B., Holl, G., Zeitzer, J. M., Spiegel, D., & Huberman, A. D. (2023). Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Reports. Medicine*, 4(1), 100895. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100895>
- Beattie, J., & Berceli, D. (2021). *Global Case study: The effects of TRE on perceived stress, flourishing and chronic pain self-efficacy*. https://treglobal.org/wp-content/uploads/2021/09/2021-Beattie_Berceli.-Global-Case-Study_The-effects-of-TRE-on-perceived-stress-flourishing_chronic-pain-self-efficacy2.pdf
- Berceli, D. (2005). *Trauma releasing exercises (TRE): A revolutionary new method for stress/trauma recovery*. BookSurge, LLC.
- Berceli, D. (2008). *The revolutionary trauma release process: Transcend your toughest times*. Namaste Pub.
- Berceli, D. (2010). Neurogenes Zittern. Eine körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in großen Bevölkerungsgruppen. *Trauma & Gewalt*, 4(Heft 2), 148–157.
- Bischof, K. (2012). *Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Lusterlebens*.
- Bischof-Campbell, A. (2012, Dezember 10). *Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens*. https://ziss.ch/site/assets/files/1045/masterarbeit_bischof-campbell_kl.pdf
- Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 271–279. <https://doi.org/10.1037/a0019365>
- Bordoni, B., & Varacallo, M. A. (2023). Anatomy, Bony Pelvis and Lower Limb, Iliopsoas Muscle. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531508/>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler; mit 87 Tabellen* (4., überarb. Aufl., [Nachdr.]). Springer-Medizin-Verl.
- Bowes, D. J. (2021, März 4). *Sexuality and Feldenkrais Method: An Interview with Deborah J Bowes, DPT, GCFT* [Interview]. <https://feldenkrais.com/sexuality-and->

feldenkrais-method-an-interview-with-deborah-j-bowes-dpt-gcft/?utm_source=chatgpt.com

- Brunner, D., Abramovitch, A., & Etherton, J. (2017). A yoga program for cognitive enhancement. *PLOS ONE*, 12(8), e0182366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182366>
- Cabrera, A., Kolacz, J., Pailhez, G., Bulbena-Cabre, A., Bulbena, A., & Porges, S. W. (2018). Assessing body awareness and autonomic reactivity: Factor structure and psychometric properties of the Body Perception Questionnaire-Short Form (BPQ-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(2), e1596. <https://doi.org/10.1002/mpr.1596>
- Cassiani Ingoni, R. (2015). Central Pattern Generators (CPG) in Tremorgenesis. In *Shake It Off Naturally: Reduce Stress, Anxiety, and Tension with [TRE]*. In *In Shake It Off Naturally: Reduce Stress, Anxiety, and Tension with [TRE]* (S. 313). CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Cassiani Ingoni, R. (Regisseur). (2016, Dezember 18). *TRE® & neurophysiology – An interview with Dr. Riccardo Cassiani Ingoni* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=AGSivcEmZ6Q>
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3. <https://doi.org/10.3917/psys.051.0003>
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001>
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- Desjardins, J.-Y. (1986). *L'approche sexo-corporelle (Fondements théoriques et champs d'application)*. 6(1), 51–58.
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2011). La sexothérapie. In *Carrefour des psychothérapies* (S. 63–102). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.elfek.2011.01.0063>
- Deuschl, G., Bain, P., & Brin, M. (2008). Consensus Statement of the Movement Disorder Society on Tremor. *Movement Disorders*, 13(S3), 2–23. <https://doi.org/10.1002/mds.870131303>
- Deuschl, G., Becktepe, J. S., Dirkx, M., Haubenberger, D., Hassan, A., Helmich, R. C., Muthuraman, M., Panyakaew, P., Schwingenschuh, P., Zeuner, K. E., & Elble, R. J. (2022). The clinical and electrophysiological investigation of tremor. *Clinical Neurophysiology*, 136, 93–129. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2022.01.004>
- Edwards, M. J., & Bhatia, K. P. (2012). Functional (psychogenic) movement disorders: Merging mind and brain. *The Lancet Neurology*, 11(3), 250–260. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70310-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70310-6)
- Epstein, D. M., Senzon, S. A., & Lemberger, D. (2009). Reorganizational Healing: A Paradigm for the Advancement of Wellness, Behavior Change, Holistic Practice, and Healing. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 475–487. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0043>
- Fisk, J. D., Ritvo, P. G., Ross, L., Haase, D. A., Marrie, T. J., & Schlech, W. F. (1994). Measuring the Functional Impact of Fatigue: Initial Validation of the Fatigue Impact

- Scale. *Clinical Infectious Diseases*, 18(Supplement_1), S79–S83.
https://doi.org/10.1093/clinids/18.Supplement_1.S79
- Guertin, P. A. (2013). Central Pattern Generator for Locomotion: Anatomical, Physiological, and Pathophysiological Considerations. *Frontiers in Neurology*, 3.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00183>
- Gupton, M., & Varacallo, M. A. (2022). Anatomy, Abdomen and Pelvis: Genitofemoral Nerve. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430733/>
- Hamilton, L. D., & Meston, C. M. (2013). Chronic Stress and Sexual Function in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(10), 2443–2454.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12249>
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual Sensation Seeking: Scale Development and Predicting AIDS-Risk Behavior Among Homosexually Active Men. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 385–397. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6203_1
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Validity, and Predicting HIV Risk Behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 586–601.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Keller-Ross, M. L., Schlinder-Delap, B., Doyel, R., Larson, G., & Hunter, S. K. (2014). Muscle Fatigability and Control of Force in Men with Posttraumatic Stress Disorder. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 46(7), 1302–1313.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000244>
- Kent, M. (2018, Juli). *Neurogenic Tremors Training (TRE) for Stress and PTSD: A Controlled Clinical Trial*. <https://treglobal.org/wp-content/uploads/2021/10/2018-Kent-M.-Neurogenic-Tremors-Training-TRE-for-Stress-and-PTSD-A-Controlled-Clinical-Trial.pdf>
- Kiehn, O., & Butt, S. J. B. (2003). Physiological, anatomical and genetic identification of CPG neurons in the developing mammalian spinal cord. *Progress in Neurobiology*, 70(4), 347–361. [https://doi.org/10.1016/s0301-0082\(03\)00091-1](https://doi.org/10.1016/s0301-0082(03)00091-1)
- Knezevic, E., Nenic, K., Milanovic, V., & Knezevic, N. N. (2023). The Role of Cortisol in Chronic Stress, Neurodegenerative Diseases, and Psychological Disorders. *Cells*, 12(23), 2726. <https://doi.org/10.3390/cells12232726>
- Kratochvil, S. (1972). Luthe, Wolfgang (Ed.) *Autogenic Therapy*. Vols. I–VI. New York, London: Grune and Stratton, 1969–1972. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15(1), 56–59. <https://doi.org/10.1080/00029157.1972.10402213>
- Lanius, R. A., Frewen, P. A., Tursich, M., Jetly, R., & McKinnon, M. C. (2015). Restoring large-scale brain networks in PTSD and related disorders: A proposal for neuroscientifically-informed treatment interventions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27313>
- Leavitt, C. E., Lefkowitz, E. S., & Waterman, E. A. (2019). The role of sexual mindfulness in sexual wellbeing, Relational wellbeing, and self-esteem. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(6), 497–509. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1572680>
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (with Maté, G.). (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.

- Liberzon, I., & Abelson, J. L. (2016). Context Processing and the Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuron*, 92(1), 14–30. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.09.039>
- Long, P. A., Huberts, A. S., Di Torrero, A. N., Otto, L. R., Rogge, A. A., Ritschl, V., & Stamm, T. A. (2025). The mere-measurement effect of patient-reported outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 34(5), 1211–1220. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03909-y>
- Lowen, A. (2018). *Bioenergetik: Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper* (J. Bavendamm, Übers.; 5. Auflage Januar 2018). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Lowen, A., & Büntig, W. (2016). *Bioenergetik für Jeden: Das vollständige Übungshandbuch* (17. Auflage). P. Kirchheim.
- Lynning, M., Svane, C., Westergaard, K., Bergien, S. O., Gunnarsen, S. R., & Skovgaard, L. (2021). Tension and trauma releasing exercises for people with multiple sclerosis – An exploratory pilot study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 11(5), 383–389. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2021.02.003>
- Martens, A., Greenberg, J., Allen, J. J. B., Hayes, J., Schimel, J., & Johns, M. (2010). Self-esteem and autonomic physiology: Self-esteem levels predict cardiac vagal tone. *Journal of Research in Personality*, 44(5), 573–584. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.07.001>
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The Tie That Binds? Coherence Among Emotion Experience, Behavior, and Physiology. *Emotion*, 5(2), 175–190. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
- McEwen, B. S. (1998a). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- McEwen, B. S. (1998b). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- McEwen, B. S. (2004). Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance to the Pathophysiology of Psychiatric Disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1–7. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.001>
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Hrsg.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2023). Physical activity and cortisol regulation: A meta-analysis. *Biological Psychology*, 179, 108548. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108548>
- Nelson, A. M., DeMartini, K. S., & Heinrichs, S. C. (2010). Heightened muscle tension and diurnal hyper-vigilance following exposure to a social defeat-conditioned odor cue in rats. *Stress*, 13(2), 106–113. <https://doi.org/10.3109/10253890903067400>

- Neumann, D. A. (2010). *Kinesiology of the musculoskeletal system: Foundations for rehabilitation* (2nd ed). Mosby/Elsevier.
- Niedenthal, P. M. (2007). Embodying Emotion. *Science*, 316(5827), 1002–1005. <https://doi.org/10.1126/science.1136930>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006a). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. (S. xxxiv, 345). W. W. Norton & Company.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006b). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy* (1st ed). W.W. Norton.
- OpenAI. (2025). *ChatGPT* (Version Jan 2025 Version) [[Large language model]]. OpenAI. <https://openai.com>
- 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. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. (S. xvii, 347). W W Norton & Co.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945–953. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0537>
- Rosen, M., & Brenner, S. (2003). *Rosen method bodywork: Accessing the unconscious through touch*. North Atlantic Books.
- Roth, G., & Strüber, N. (2017). *Wie das Gehirn die Seele macht* (Siebte, durchgesehene Auflage). Klett-Cotta.
- Salmon, M. (2013). *Pilot TRE research program with Chrysalis Academy students* (No. Interim Research Report 2). https://treglobal.org/wp-content/uploads/2020/08/2013-Salmon-Interim-Research-Resport-2_Pilot-TRE-Research-Program-with-Chrysalis-Academy-Students.pdf
- Scaer, R. C. (2014). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease* (Third edition). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Selye, H. (1956). STRESS AND PSYCHIATRY. *American Journal of Psychiatry*, 113(5), 423–427. <https://doi.org/10.1176/ajp.113.5.423>
- Shaffer, F., & Ginsberg, J. P. (2017). An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms. *Frontiers in Public Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00258>
- Southwick, S. M., Bremner, J. D., Rasmusson, A., Morgan, C. A., Arnsten, A., & Charney, D. S. (1999). Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 46(9), 1192–1204. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00219-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00219-X)
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Vojvodic, A., Matic, A., Mihailovic, J., Bjelogrić, P., Puskas, L., Stijak, L., Aleksic, D., Filipovic, B., Vukomanovic-Djurdjevic, B., & Kapor, S. (2023). Anatomical and

functional study of the musculus psoas major and nervus femoralis in correlation with pelvic diameters. *Vojnosanitetski Pregled*, 80(10), 814–820. <https://doi.org/10.2298/VSP221129025V>

Voss, H.-J., & Stumpe, H. (Hrsg.). (2024). *Grundlagen des Sexocorporel: Ein Modell für die körperorientierte Sexualberatung und Sexuelle Bildung*. Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837961638>

Weber, E., Hopwood, C. J., Denissen, J. J. A., & Bleidorn, W. (2024). Self-Esteem and Sexual Experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 01461672241257355. <https://doi.org/10.1177/01461672241257355>

Whelan, P. J. (2003). Developmental Aspects of Spinal Locomotor Function: Insights from Using the *in vitro* Mouse Spinal Cord Preparation. *The Journal of Physiology*, 553(3), 695–706. <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2003.046219>

Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2–S15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>

Anhang

Anhang I. Fragebogen vor der TRE Intervention

4. Wie verbunden fühlst du dich mit deinem eigenen Körper? *

Skala von 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Wie leicht fällt es dir, nach stressigen Situationen wieder eine entspannte Haltung einzunehmen? *

Skala von 1 = sehr schwierig (brauche mehr als 1 Tag Zeit) bis 5 = sehr leicht (brauche weniger als 1h Zeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Wie oft spürst du Verspannungen in der Hüft- oder Beckenregion? *

1 = gar nie bis 5 = sehr häufig

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Wie gut nimmst du dein Genital im Alltag (z.B. jetzt) wahr? *

1 = gar nicht bis 5 = sehr gut

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Wie leicht fällt es dir, deine Emotionen wahrzunehmen & zu regulieren? *

1 = sehr schwierig bis 5 = sehr leicht

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Wie würdest du deine allgemeine sexuelle Lust (Libido) beschreiben? *

1 = sehr niedrig bis 5 = sehr stark

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Wie leicht wirst du erregt bei Geschlechtsverkehr oder Selbstbefriedigung? *

1 = sehr schwierig/gar nicht bis 5 = sehr leicht

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Wie oft verspürst du Lust auf sexuelle Aktivitäten? (Masturbation, Sex, ähnliches) *

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ 1-2 Mal pro Monat
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ gar nicht

12. Fühlst du dich mit deinem eigenen sexuellen Verlangen wohl? *

1 = gar nicht bis 5 = ja, sehr

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Wie oft erreichst du bei der Selbstbefriedigung (SB) einen Orgasmus? *

- ☐ immer / fast immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie / SB mache ich nicht

14. Wie oft erreichst du beim Geschlechtsverkehr (GV) einen Orgasmus? *

- ☐ immer / fast immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie / ich habe keinen GV

15. Wie würdest du deine Fähigkeit beschreiben, Sex bzw. Selbstbefriedigung (SB) zu genießen? *

- ☐ Ich genieße Sex/SB niemals
- ☐ Ich genieße Sex/SB gelegentlich
- ☐ Ich genieße Sex/SB oft
- ☐ Ich genieße Sex/SB immer
- ☐ Ich habe keinen Sex/ keine SB

16. Ich kann meine Erregung bis zum Orgasmus steuern und aktiv beeinflussen. *

1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft absolut zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Wie zufrieden bist du mit deinem Sexualleben insgesamt? *

1 = gar nicht bis 5 = sehr zufrieden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Wie wohl fühlst du dich in deinem Körper während sexuellen Aktivitäten? *

1 = gar nicht, 5 = sehr wohl

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Hast du Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei der Selbstbefriedigung? *

1 = nie, 5 = immer/häufig

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Gibt es körperliche oder emotionale Blockaden, die dich beim sexuellen Erleben einschränken? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss es nicht/unbekannt

21. Gibt es körperliche oder emotionale Blockaden, die dich beim sexuellen Erleben einschränken?

Falls du mit „Ja“ geantwortet hast, bitte kurz beschreiben. Dies ist keine erforderliche Antwort.

Dieser Inhalt wurde von Microsoft weder erstellt noch gebilligt. Die von Ihnen übermittelten Daten werden an den Formulareigentümer gesendet.



Anhang II. Fragebogen nach der TRE Intervention



* Erforderlich

1. Anonymer Username *

Bitte gib deinen anonymen Usernamen ein, den du in der ersten Umfrage erfunden hattest. Falls du den Usernamen nicht mehr weisst, versuche ihn so gut es geht zu raten und/oder schreibe 2-3 mögliche Optionen auf.

2. Wie verbunden fühlst du dich mit deinem eigenen Körper? *

Skala von 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Wie leicht fällt es dir, nach stressigen Situationen wieder eine entspannte Haltung einzunehmen? *

Skala von 1 = sehr schwierig (brauche mehr als 1 Tag Zeit) bis 5 = sehr leicht (brauche weniger als 1h Zeit)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Wie oft spürst du Verspannungen in der Hüft- oder Beckenregion? *

1 = gar nie bis 5 = sehr häufig

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Wie gut nimmst du dein Genital im Alltag (z.B. jetzt) wahr? *

1 = gar nicht bis 5 = sehr gut

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Wie leicht fällt es dir, deine Emotionen wahrzunehmen & zu regulieren? *

1 = sehr schwierig bis 5 = sehr leicht

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Wie würdest du deine allgemeine sexuelle Lust (Libido) beschreiben? *

1 = sehr niedrig bis 5 = sehr stark

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Wie leicht wirst du erregt bei Geschlechtsverkehr oder Selbstbefriedigung? *

1 = sehr schwierig/gar nicht bis 5 = sehr leicht

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Wie oft verspürst du Lust auf sexuelle Aktivitäten? (Masturbation, Sex, ähnliches) *

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ 1-2 Mal pro Monat
- ☐ seltener als einmal pro Monat
- ☐ gar nicht

10. Fühlst du dich mit deinem eigenen sexuellen Verlangen wohl? *

1 = gar nicht bis 5 = ja, sehr

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Wie oft erreichst du bei der Selbstbefriedigung (SB) einen Orgasmus? *

- ☐ immer / fast immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie / SB mache ich nicht

12. Wie oft erreichst du beim Geschlechtsverkehr (GV) einen Orgasmus? *

- ☐ immer / fast immer
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ nie / ich habe keinen GV

13. Wie würdest du deine Fähigkeit beschreiben, Sex bzw. Selbstbefriedigung (SB) zu geniessen? *

- ☐ Ich genieße Sex/SB niemals
- ☐ Ich genieße Sex/SB gelegentlich
- ☐ Ich genieße Sex/SB oft
- ☐ Ich genieße Sex/SB immer
- ☐ Ich habe keinen Sex/ keine SB

14. Ich kann meine Erregung bis zum Orgasmus steuern und aktiv beeinflussen. *

1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft absolut zu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Wie zufrieden bist du mit deinem Sexualleben insgesamt? *

1 = gar nicht bis 5 = sehr zufrieden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Wie wohl fühlst du dich in deinem Körper während sexuellen Aktivitäten? *

1 = gar nicht, 5 = sehr wohl

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Hast du Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder bei der Selbstbefriedigung? *

1 = nie, 5 = immer/häufig

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Gibt es körperliche oder emotionale Blockaden, die dich beim sexuellen Erleben einschränken? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiss es nicht/unbekannt

19. Falls du Frage 18 mit "Ja" beantwortet hast, erläutere bitte kurz diese Blockaden & ob sie durch TRE verändert wurden. *

20. Hat sich deine persönliche Sexualität oder deine Wahrnehmung deines Körpers durch TRE verändert? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

21. Falls du Frage 20 mit "Ja" beantwortet hast, erläutere bitte deine wahrgenommene körperliche oder sexuelle Veränderung in ein paar Worten. Gerne auch länger :). *

Dieser Inhalt wurde von Microsoft weder erstellt noch gebilligt. Die von Ihnen übermittelten Daten werden an den Formulareigentümer gesendet.

 Microsoft Forms

Anhang III. Auswertung offene Antworten der Teilnehmenden

Auswertung Qualitative Fragen

Offene Frage 1 (Blockaden)		Gibt es körperliche oder emotionale Blockaden, die dich beim sexuellen Erleben einschränken? Hat sich deine persönliche Sexualität oder deine Wahrnehmung deines Körpers durch TRE verändert?					
Offene Frage 2 (Veränderung TRE)							
Teilnehmer-ID	Frage 1 VOR: Blockaden	Frage 1 NACH: Blockaden	Frage 1 Kategorien	Veränderung Frage 1	Frage 2 NACH: Veränderung TRE	Frage 2 Kategorie	Veränderung Frage 2
TN01: Juhu	Chronische Beckenbodenanspannung.	Nein	Körperliche Selbstwahrnehmung	Positiv	Nein		keine Veränderung
TN02: blume	kopf ist oft sehr aktiv, schwierig voll im Körper anzukommen, teilweise "performancedruck" von mir selber, was komplett blockiert	wenig Lust bei Stress oder emotionalem Ungleichgewicht bis jetzt hat TRE dies kaum verändert	Psychische & kognitive Anspannung	keine Veränderung	intensivere körperliche Wahrnehmung beim Sex und schnelleres Feuchtwerden... glaub auch öfters mal Lust/Gedanken in den letzten 3 Wochen seit TRE... ich spüre Körper auch im Alltag besser - teils zittern/Anspannung spürbar	Körperliche Selbstwahrnehmung Sexuelle Erregbarkeit & Lust	positiv
TN03: User	ich weiss es nicht/unbekannt	ich weiss es nicht/unbekannt	-	keine Veränderung	Mein Beckenbereich ist lockerer geworden.	Körperliche Selbstwahrnehmung	positiv
TN04: Kilmarijaro	ich weiss es nicht/unbekannt	ich weiss es nicht/unbekannt	-	keine Veränderung	Wenige Stunden bis ca. einen Tag nach durchgeführten TRE verspüre ich eine erhöhte Libido. Ausserdem fühlt sich in diesem Zeitraum der Organismus beim GV intensiver an.	Sexuelle Erregbarkeit & Lust	positiv
TN05: Cherry	Ich bin vor 1,5 Jahren Mama geworden und wir haben z.T. noch strenge Nächte zudem Stille ich am Abend noch. Das macht mich manchmal nervös wenn ich an Sex denke, weil es sein könnte, dass unser Kind aufwachen würde. Manchmal habe ich so viel körperliche Nähe, dass ich keine Lust auf Sex habe.	Wie im 1. Fragebogen erwähnt: ich bin Mama eines bald 2-jährigen Sohns. Das hat unser Sexleben schon verändert (ich stille noch und die strengen Nächte helfen nicht...) ob es mit TRE geändert hat kann ich noch nicht sagen, da brauche ich noch etwas Zeit.	Psychische & kognitive Anspannung	keine Veränderung	Nein	-	keine Veränderung
TN06: Susi	ich weiss es nicht/unbekannt	ich weiss es nicht/unbekannt	-	keine Veränderung	Nein	-	keine Veränderung
TN07: Chica	Nein	Nein	-	keine Veränderung	Es gab Veränderungen auf der Beziehungsebene, z.B. Gelassener, offener, wohlwollender. Und dann auch im Kontakt mit mir selbst, mit dem Atem und der Präsenz in der Sexualität. Körperlich eher keine Veränderung bewusst wahrgenommen.	Emotionen & Beziehungsebene	positiv
TN08: ERT25/Doella	Nicht in Entspannung kommen können, Sozialisation	Weiss ich noch nicht...	Körperliche Selbstwahrnehmung	keine Veränderung	Nein	-	keine Veränderung
TN09: Luna Moon	Unsicherheit bezüglich Körper, Scham, Gedankenkreisen aufgrund von Stress, Mühe im Moment zu sein	Zweifel zu eigenem Aussehen, nicht verändert durch TRE	Körperliche Selbstwahrnehmung	keine Veränderung	Spannungen am Bauch und Becken sind einfacher wahrzunehmen und können mit TRE gelöst werden	Körperliche Selbstwahrnehmung	positiv
TN10: 94507	Nein	ich weiss es nicht/unbekannt	-	keine Veränderung	Ich habe mir Zeit genommen, meinen Körper zu spüren, ich habe weniger meine Sexualität gespürt aber mehr mein Körperbewusstsein wahrgenommen während TRE.	Körperliche Selbstwahrnehmung	positiv
TN11: edonatre	MS (Multiple Sklerose)	MS (Multiple Sklerose)	-	keine Veränderung	TRE hat Beckenboden aktiviert und damit Erektionsfähigkeit positiv beeinflusst	Sexuelle Erregbarkeit & Lust	positiv

Frage 1: Gibt es körperliche oder emotionale Blockaden, die dich beim sexuellen Erleben einschränken? - Ausführung zu Frage „körperliche oder emotionale Blockaden“:

«Chronische Beckenbodenanspannung.» (TN01, 25 Jahre alt, männlich)

«kopf ist oft sehr aktiv. schwierig voll im körper anzukommen. teilweise „performancedruck“ von mir selber, was komplett blockiert.», «kopf ist oft sehr aktiv. schwierig voll im körper anzukommen.» (TN02, 26 Jahre alt, weiblich)

«Ich bin vor 1.5 Jahren Mama geworden und wir haben z.T. noch strenge Nächte zudem Stille ich am Abend noch. Das macht mich manchmal nervös wenn ich an Sex denke, weil es sein könnte, dass unser Kind aufwachen würde. Manchmal habe ich so viel körperliche Nähe, dass ich keine Lust auf Sex habe.», «Wie im 1. Fragebogen erwähnt: ich bin Mama eines bald 2 Jährigen Sohn. Das hat unser Sexleben schon verändert (ich stille noch und die strengen Nächte helfen nicht...) ob es mit TRE geändert hat kann ich noch nicht sagen, da brauche ich noch etwas Zeit.» (TN05, 33 Jahre alt, weiblich)

«Nicht in Entspannung kommen können, Sozialisation» (TN08, 31 Jahre alt, weiblich)

«Unsicherheit bezüglich Körper, Scham, Gedankenkreisen aufgrund von Stress, Mühe im Moment zu sein», «Zweifel zu eigenem Aussehen, nicht verändert durch TRE» (TN09, 27 Jahre alt, weiblich)

«MS (Multiple Sklerose)» (TN11, 52 Jahre alt, männlich)

Frage 2: Hat sich deine persönliche Sexualität oder deine Wahrnehmung deines Körpers durch TRE verändert?

«intensivere körperliche Wahrnehmung beim Sex und schnelleres Feuchtwerden... glaub auch öfters mal Lust/Gedanken in den letzten 3 Wochen seit TRE... ich spüre körper auch im alltag besser - teils zittern/spannung spürbar» (TN02, 26 Jahre alt, weiblich)

«Mein Beckenbereich ist lockerer geworden.» (TN03, 70 Jahre alt, weiblich)

«Wenige Stunden bis ca. einen Tag nach durchgeführten TRE verspüre ich eine erhöhte Libido. Ausserdem fühlt sich in diesem Zeitraum der Orgasmus beim GV intensiver an.» (TN04, 24 Jahre alt, weiblich)

«Es gab Veränderungen auf der Beziehungsebene, zb. Gelassener, offener, wohlwollender. Und dann auch im Kontakt mit mir selbst, mit dem Atem und der Präsenz in der Sexualität. Körperlich eher keine Veränderung bewusst wahrgenommen.» (TN07, 39 Jahre alt, weiblich)

«Spannungen am Bauch und Becken sind einfacher wahrzunehmen und können mit TRE gelöst werden» (TN09, 27 Jahre alt, weiblich)

«Ich habe mir Zeit genommen, meinen Körper zu spüren. Ich habe weniger meine Sexualität gespürt aber mehr mein Körper bewusster wahrgenommen während TRE.» (TN10, 30 Jahre alt, weiblich)

«TRE hat Beckenboden aktiviert und damit Erektionsfähigkeit positiv beeinflusst» (TN11, 52 Jahre alt, männlich)

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Sämtliche Textstellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werke oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Eigenständigkeit der Arbeit erstreckt sich über alle Phasen der Erstellung, von der Konzeption über die Durchführung bis hin zur Dokumentation. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) erfolgte ausschliesslich zur Unterstützung in Form von Recherchehilfen oder sprachlicher Verbesserung. Alle durch KI generierten Inhalte wurden überprüft und ggf. angepasst, um den wissenschaftlichen Standards zu entsprechen. Diese Erklärung gilt als verbindliche Zusicherung meinerseits über die Authentizität und Selbstständigkeit meiner wissenschaftlichen Leistung.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.