

# Behandlung traumatisierter Kinder mit Shōnishin und BabyShiatsu

von Thomas Wernicke und Karin Kalbantner-Wernicke

## Vorgeschichte

Erste Erfahrungen mit Shōnishin in der Behandlung traumatisierter Kinder wurden in Japan bereits 1995 nach dem großen Erbeben von Kobe gemacht, ebenso 2011 nach dem verheerenden Tsunami in den Provinzen Miyagi und Fukushima [1]. Damals arbeiteten Akupunkteur:innen, Shiatsupraktiker:innen, Shōnishin-Akupunkteur:innen, Masseur:innen und Physiotherapeut:innen aus der betroffenen Miyagi-Region und aus ganz Japan in improvisierten Behandlungszelten.

Bevor ich auf die Behandlungsmöglichkeit zu sprechen komme möchte ich einen Überblick zur Begrifflichkeit von Trauma und Traumatisierung geben.

## Was bedeutet Trauma und Traumatisierung?

Das Wort *Trauma* stammt aus dem Griechischen und bedeutet *Wunde*. In der Psychologie bezeichnet ein Trauma eine starke negative Erfahrung, die sich langfristig auf das Leben auswirkt. Für den Betroffenen stellt eine traumatische Situation eine extreme, existenzielle Bedrohung dar - entweder für sich selbst oder für andere Menschen. Entscheidend ist das Gefühl der Ohnmacht, nichts tun zu können, um sich oder den anderen aus der extremen Not herauszuhelfen. Dies ist die eigentliche »Traumafalle«: Es gibt bei aller Bedrohung keinen Ausweg.

Beim Kind wirkt sich ein traumatisches Ereignis auf das sich gerade erst entwickelnde Selbstbewusstsein bzw. Selbstvertrauen in die Welt (Urvertrauen) aus: Es wird nachhaltig erschüttert oder geht verloren. Selbst scheinbar recht unbedeutende Ereignisse wie die Mama im Kaufhaus oder im Park längere Zeit aus den Augen zu verlieren oder eine Situation, in der das Kind längere Zeit Angst hat und keine Hilfe bekommt oder auch eine Zahnbehandlung etc. können grundsätzlich vom Kind als traumatisch erlebt werden.

Die Folgen solcher Ereignisse sind gravierend. Das Kind fühlt sich hilflos ausgeliefert, eine Bewältigung der Situation ist *aus Sicht des Kindes* nicht möglich, es findet ein Versagen von biologisch festgelegten Flucht- oder Kampfreaktionen statt, es stellt sich eine akute Ohnmacht und Erstarrung ein und es kommt zu einer akuten Bewusstseinsabspaltung in der Situation (»Dissoziation«). Diese Reaktionen führen zu einer existentiellen (Lebens-)Angst.

## Symptome einer Traumatisierung

Als typische Antwort auf eine Traumatisierung zeigen sich folgende Symptomgruppen:

- **Zeichen der Übererregung** wie allgemeine Unruhe, motorische Hyperaktivität, Ein- und Durchschlafstörung, Konzentrationsstörung, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, aggressive Impulsdurchbrüche bis hin zu Gewalttätigkeit.
- **Wiederkehrende überwältigende Erinnerungen.** Noch Jahrzehnte nach einem Ereignis können Nachhallerinnerungen des traumatischen Geschehens (»Flashbacks«) als Panik- und Trostlosigkeitsgefühl, verbunden mit Herzrasen und Schweißausbrüchen auftreten bzw. wieder auftreten. Wegen großem Leidensdruck oft mit Selbstmordversuchen verbunden (»Re-Traumatisierung«).
- **Kindliche Anzeichen einer Trauma-Folgestörung.** Kinder »retten« sich in extremen Stresssituationen und danach nicht selten auf sichere Inseln früherer Erfahrungen. Sie werden wieder zu kleineren Kindern mit den Symptomen Einnässen, Daumen lutschen, extremer Trennungsängstlichkeit und sie verlernen bereits Gelerntes, sprechen in Babysprache ...
- **Vermeidungsverhalten und veränderte Bewusstseinszustände.** Hier handelt es sich um veränderte Bewusstseinszustände (»dissoziative Zustände«), die durch Traumata direkt während des Ereignisses, aber dann auch in Stresssituationen danach immer wieder ausgelöst werden können. Es besteht ein Gefühl des LoslöSENS vom Selbst und/oder der Umgebung, das Kind schaut starr, mit leerem Blick in die Gegend, die Welt oder sie selbst kommen sich fremd vor.

## Was passiert im Gehirn bei einer Traumatisierung?

Ein kleiner Ausflug in die Neurobiologie ist zum Verständnis sehr hilfreich. Hier gilt als Faustregel: **Je intensiver das Gefühl bei einem bestimmten Erlebnis ist, desto intensiver ist auch die Erinnerung daran.**

Anders verhält sich das, wenn es sich um eine traumatische Erfahrung handelt. Deren Verarbeitung verläuft auf Hirnebene anders als die Verarbeitung »normaler« Erfahrungen. Traumatische Erfahrungen sind derart überwältigend, dass auch die Erinnerung daran überwältigend ist. Das bedeutet auf neurobiologischer Ebene,

dass der **präfrontale Kortex**, der für bewusstes Denken, Entscheidungen und Gedächtnisbildung zuständig ist und eine wichtige Rolle für die Kontrolle von Gefühlen und Impulsen spielt, bei traumatischen Erfahrungen überfordert ist. Daher wird er quasi umgangen. Die Erinnerung speichert sich in tieferen vorbewussten Schichten des Selbst ab und ist daher nicht bewusst zugänglich.

Und damit sind wir beim limbischen System. Dieses evolutionär sehr alte System reguliert die Emotionen und die Triebe. Was hier abgespeichert ist, entzieht sich einer bewusst-rationalen Kontrolle. Durch eine extreme Stressreaktion wird nun das Gehirn in seiner Verarbeitung unterbrochen. Somit können Informationen nicht mehr an die zentrale Schaltstelle des limbischen Systems, dem **Hippocampus**, weitergegeben werden. Im Hippocampus werden unsere Entscheidungen kognitiv (Lernen, Erinnern, Denken) getroffen und die Erfahrungen verarbeitet.

Indem aber der Hippocampus unter extremen Stress ausgeschaltet ist, wird die Übertragung von wichtigen Informationen an den präfrontalen Kortex und damit an das Langzeitgedächtnis unterbrochen. Das wäre aber wichtig, um die Erfahrung kognitiv zu verarbeiten! Eine Störung im Hippocampus bedeutet also, dass es dem Betroffenen praktisch nicht mehr möglich ist eine traumatische Erfahrung zu merken und an ihr zu lernen.

Der Hippocampus ist jedoch nicht der einzige Mitspieler in einer Stresssituation. Ganz in seiner Nähe – ebenfalls im limbischen System – befindet sich die **Amygdala**, der Mandelkern. Die Amygdala wird auch als Sitz unserer Angst bezeichnet, denn hier werden all unsere Sinneseindrücke darauf überprüft ob wir lieber kämpfen, fliehen oder einfrieren sollten. In ihrem Bereich werden die Gefühle abgespeichert, welche mit einer ganz bestimmten Erfahrung in Verbindung stehen – egal, ob diese nun negativ oder positiv sind. Alles, was mit einem Trauma verbunden ist (Körperzustand, Sinneseindrücke, Gefühle) werden in der Amygdala gespeichert.

Diese neurobiologische Stressreaktion ist der Grund dafür, dass man bei einer traumabedingten Reaktion keine Chance hat, beispielsweise auf »vernünftiges Zureden« zu reagieren.

### Die Rolle des autonomen Nervensystems

Nachdem ich die neurobiologische Antwort auf eine traumatische Belastung kurz skizziert habe, stellt sich nun die Frage, worauf bei der Behandlung Traumatisierter der Schwerpunkt gelegt werden muss. Dabei stehen folgende Aspekte im Fokus:

Die Behandlung soll

- den Betroffenen aus der Erstarrung holen
- Ruhe, Geborgenheit und ein Gefühl von Schutz geben
- innere und körperliche Anspannung abbauen
- das Gefühl von Sicherheit geben
- eine Selbstregulation unterstützen

Es bleibt also nicht aus – wir müssen einen weiteren Abstecker Richtung **autonomes Nervensystem (ANS)** machen. Grund dafür ist, dass traumabedingte Stressreaktionen von einem Nervensystem ausgelöst werden, das relativ autonom arbeitet.

Jede Veränderung, sei es physisch oder psychisch, führt zu einer Aktivierung des autonomen Nervensystems. Diese geht einher mit vielfältigen nervalen, hormonellen und immunologischen Prozessen, um ein inneres Gleichgewicht (Homöostase) wieder herzustellen.

Das autonome Nervensystem wird bekanntlich anatomisch und physiologisch gegliedert in Sympathikus und Parasympathikus. Es überprüft also in jedem Augenblick unseren Körper, die Umgebung und die momentane Situation von Sicherheit oder Gefahr und passt in jedem Moment die Reaktionen unseres Körpers an die Anforderungen der Umgebung an. Dies geschieht über Puls- und Atemfrequenz, Körpertemperatur und Hormone.

Zur Sicherung unseres Lebens erfüllt damit das ANS 3 wichtige Aufgaben:

1. automatisch ablaufende körperliche Funktionen zu ermöglichen,
2. die klassischen Stressreaktionen Kampf (Fight), Flucht (Flight) und Schockstarre bzw. Herunterfahren (Freeze/Faint) auszulösen sowie
3. das soziale System bereitzustellen.

Damit sind wir bei der **Polyvagal-Theorie** des amerikanischen Neurowissenschaftler Stephen W. Porges, Professor für Psychiatrie und Biomedizintechnik. 1994 gründete er die Polyvagal-Theorie und damit ein ganz neues Denken in Beziehung zu unseren automatisch ablaufenden Funktionen im Körper. Heute werden die Ergebnisse seiner Forschung erfolgreich vor allem in der Traumatherapie und im Umgang mit Kindern aus dem autistischen Spektrum angewendet.

Porges beschreibt in der Polyvagal-Theorie die evolutionäre Hierarchie und die Reaktionsweise des ANS sowie die Auswirkungen auf den Körper, die Gefühle und unser Verhalten. Gemäß der Polyvagal-Theorie besteht das autonome Nervensystem nicht nur aus zwei Teilen, dem **Sympathikus** und dem Parasympathikus. Vielmehr besteht aufgrund neuroanatomischer Befunde der Parasympathikus seinerseits aus zwei stammesgeschichtlich unterschiedlich alten Teilen: Das stammesgeschichtlich alte **dorsale vagale System** und das jüngere, erst bei den Säugetieren vorhandene **ventrale vagale System**. Der Begriff »vagal« zeigt bereits, dass es hier um einen der 12 Hirnnerven geht – nämlich dem Vagus.

Der **Vagus** ist der einzige Nerv, der die Schädelhöhle verlässt und Organe außerhalb der Schädelhöhle erreicht. Er garantiert die Körper-Geist-Verbindung und er ist der Nerv, mit dem der Organismus die Abstimmung zwischen Gehirn und Körper leisten kann.

### Dorsaler Vagus

Die Wirkung einer Aktivierung des dorsalen Vagus hängt davon ab, ob der Organismus eine Situation als sicher oder gefährlich bewertet. Wähnt sich der Organismus in Sicherheit, dann werden durch eine maßvolle Aktivierung Körpervorgänge aktiviert, die der Regeneration, der Krankheitsabwehr oder der Sexualität dienen.

Erlebt jemand eine Situation jedoch als Überforderung oder als lebensgefährliche Bedrohung, entsteht bei einer sehr starken Aktivierung des dorsalen Vagus ein Zustand der Dissoziation (Depersonalisierung, Bewusstseinsverlust, Schmerzfreiheit) oder Immobilisation (Lähmung, Handlungsunfähigkeit, Resignation). Gelingt es nicht, die damit einhergehende Aktivierung des Sympathikus wieder durch Trauern und Zittern abzubauen, entsteht daraus eine posttraumatische Belastungsstörung.

Bei einer chronischen Aktivierung (z.B. Festhängen in der Vergangenheit) des dorsalen Vagus ohne Bedrohung oder Gefahr kann es zu sozialem Rückzug, Depression und zu Burnout kommen.

### Sympathikus

Das aktivierende Potential des Sympathikus hilft dem Menschen dabei, sich in Sicherheit zu bringen oder sich kämpfend zu verteidigen. Bei andauerndem Stress steht man unter Strom, der Körper wird ungünstig belastet und kann krank werden.

### Ventraler Vagus

Der ventrale Vagus (vV) ist der evolutionär jüngste Teil des ANS. Er verläuft zu Herz und Lunge, aber vor allem zwischen dem Gehirn und dem Gesicht (zwischen den Ohren und dem Kehlkopf). Für Säugetiere und Menschen ist der soziale Kontakt zu anderen überlebensnotwendig. So hilft er uns zu verbinden und den Kontakt mit anderen als wohltuend und freundlich zu erleben.

Weil der soziale Kontext für Säugetiere so essenziell ist, ist der vV auch für unsere Mimik und die Augenbewegung mitverantwortlich und er nimmt sogar Einfluss auf das Hören. Der vV kann aktiv werden wenn der Sympathikus sich beruhigt.

Der vV ist also immer dann aktiviert, wenn wir uns sicher fühlen. Aufgrund seiner Verbindung mit den Hirnnerven V, VII, IX, X und XI nennt Porges den ventralen Vagus das *Social Engagement System* – kurz: *SES*, gerne auch als »sozialer Vagus« bezeichnet.

### Das Projekt Ein Lächeln der Kinder

Als am 30. Oktober 2022 die Konferenz der japanischen wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderakupunktur (Nihon Shoni Hari Gakkei) stattfand, wurden in diesem Rahmen die ersten Erfahrungen und Ergebnisse vorgestellt, die wir in der Behandlung traumatisierter Kinder aus der Ukraine mit Shōnishin und BabyShiatsu gemacht hatten.

Unter der Schirmherrschaft der Internationalen Gesellschaft für Traditionelle Japanische Medizin (IGTJM



© Thomas Wernicke

Abb. 1

e.V.) hatten meine Frau Karin und ich im Frühjahr ein Behandlungskonzept entwickelt, um den betroffenen Kindern auf kinderpsychiatrischer und bindungstheoretischer Grundlage mit der Behandlungsmethode Shōnishin Hilfe anbieten zu können.

In diesem Projekt geht es speziell um jene Kinder, bei denen die Erlebnisse von Krieg und Flucht oft schlimmste seelische Wunden hinterlassen haben. Vielen dieser Kinder ist es unmöglich, das Geschehen durch eigene Ressourcen und Unterstützung der Bezugsperson zu verarbeiten. Sie sind teilweise erstarrt, dissoziiert, schwer depressiv oder zeigen Derealisationsphänomene – viele können nicht einmal weinen. Dieser Zustand macht sie handlungsunfähig, ein Entkommen aus dieser Situation ist nicht möglich – sie sind traumatisiert.

### Ziel der Behandlung

Nun gilt es, die Kenntnisse über das ANS und Trauma praktisch umzusetzen. Daher lautet das Ziel der Behandlung: 'Herunterfahren' eines überaktiven Sympathikus, damit das Kind aus einer 'hyperaktiven Lähmung' wieder in den Zustand eines 'in sich ruhend' kommt und handlungsfähig wird. Um dieses Ziel zu erreichen kommen bewährte Techniken aus dem Shōnishin und eine Handbehandlungssequenz aus dem Baby Shiatsu zum Einsatz.

### Behandlungsablauf

Ein wesentlicher Aspekt für die Behandlung ist, dass diese in einem Ambiente stattfinden sollte, wo Kinder sich sicher fühlen. Daher ist es erforderlich, sie in einem geschützten Raum in Gegenwart der Mutter oder einer Vertrauensperson und gegebenenfalls in Anwesenheit von Geschwistern zu behandeln

Die am häufigsten genannten oder zu beobachtenden Symptome waren/sind: Angstzustände, erneutes Einrücken, aggressives Verhalten, Schlafstörung, Stottern, Ausdruckslosigkeit und Abwesenheit, Panikzustände (besonders bei überfliegenden Flugzeugen durch den nahegelegenen Frankfurter Flughafen), Tics, depressive Grundstimmung.



Behandelt werden die Kinder im Sitzen oder im Liegen, je nachdem, wofür sie sich entscheiden. Um den Kindern ein Gefühl der Sicherheit zu geben bleiben sie bekleidet. Da jedoch einige Behandlungssequenzen direkt auf der Haut durchgeführt werden müssen, um über Stimulation des C-taktilen Gitterfasernetzes [2] die Ausschüttung von Oxytocin zu ermöglichen, werden lediglich Hosenbeine und Ärmel so weit hochgezogen, damit Unterschenkel und Unterarme für die Behandlung auf der Haut zugänglich sind.

Insgesamt stehen für die erste Sitzung 30 Minuten und für die Folgebehandlungen 15 bis 30 Minuten zur Verfügung.

## Die Behandlungsmethoden BabyShiatsu und Shōnishin

**Handbehandlung aus dem BabyShiatsu** [3] Die Handbehandlung eignet sich, um ein Kind zugänglich für die nachfolgende Shōnishin Behandlung zu machen (**Abb.1**). Mit Hilfe dieser Technik kann die Reintegration aus einem dissoziativen Zustand unterstützt werden, der Körper wieder »bewohnt« werden.

Dissoziative Zustände sind unwillkürliche Reaktionen des Organismus, um in einer Traumatisierungssituation zu überleben oder treten im Rahmen späterer Stresssituationen auf, die ebenso zu einer Überflutung des Nervensystems führen. Aus diesem Grund ist die Handbehandlung Voraussetzung für einen Behandlungserfolg und wird der Shōnishin Behandlung vorgeschaltet. **Shōnishin:** Mittels einer bestimmten Streichtechnik wird das C-taktile Gitterfasernetz stimuliert, in deren Folge es zu einer Ausschüttung des Hormons Oxytocin kommt und damit zur Regulierung des autonomen Nervensystems. Zusätzlich wird eine Meridianbehandlung im Bereich der 3 Yin- und der 3 Yang-Meridiane an den oberen und unteren Extremitäten durchgeführt. Mit dieser Streichtechnik können bestehende Dysbalancen im Meridiansystem aufgelöst werden.

Weitere Shōnishintechniken [4] sind diverse Klopftechniken, z.B. an Finger- und Zehenspitzen, zur Stimulation jener Hirnbereiche, die für Aufmerksamkeit, Wachheit und Reaktionsbereitschaft zuständig sind (»Arousal«). [5]

Zur Stimulation des Vagusnervs wird eine intensive, propriozeptiv wirksame Streichtechnik im Bereich des kranio-zervikalen Übergangs durchgeführt (**Abb.2**). Weitere Zugänge zum ANS haben wir im Rückenbereich über **Th3** zum Ggl. cervicale superius, entlang des **inneren Schulterblattrands** durch Stimulation des Nervus accessories sowie über dem **Sakrum** auf den sakralen Anteil des autonomen Nervensystems.

Zum Abschluss der Behandlung wird noch eine Stimulation der vegetativen Rinne (aus der Ohrakupunktur) durchgeführt, um so einen Einfluss auf die **Sympathikus-Parasympathikus-Achse** auszuüben. [6]

## Fazit

Wie damals in Japan haben sich auch jetzt in der aktu-



© Thomas Wernicke

Abb. 2

ellen Situation die Vorteile von Shōnishin gezeigt: In der Hand qualifizierter Fachkräfte ist die Behandlung überall und ohne großen Aufwand durchführbar. Das Behandlungskonzept *Ein Lächeln für Kinder* zur Behandlung traumatisierter Kinder ist eine geeignete, effektive und kinderfreundliche Therapiemethode und wird von den Kindern sehr gerne angenommen. Mit wenigen Ausnahmen reichten drei Behandlungen aus, um die Kinder wieder sozialfähig zu machen: Sie traten beispielsweise einem Fußballverein oder einer Tanzgruppe bei und ihre Symptome wie Angstzustände, erneutes Einnässen, aggressives Verhalten, Schlafstörung usw. hörten auf.

Übrigens – das Konzept »Ein Lächeln für Kinder« beschränkt sich nicht nur auf Kinder aus der Ukraine.

## Korrespondenzadresse:

**Karin Kalbantner-Wernicke und Thomas Wernicke**  
therapeuticum rhein-main  
Alte Dorfgasse 13  
65239 Hochheim-Massenheim, Deutschland  
tw@therapeuticum.de

## Literatur

- [1] Wernicke T (2012) 5. Großes Praxissymposium der Japanischen Wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderakupunktur. Dtsch Z Akupunkt 55(1):51-52
- [2] Croy I et al. (2017) Gentle touch perception: From early childhood to adolescence. Developmental Cognitive Neuroscience
- [3] Kalbantner-Wernicke K, Haase T (2022) Baby-Shiatsu – mit Glücksgriffen und Zauberpunkten stark ins Leben. Freya, Engerwitzdorf/Mittertreffling
- [4] Wernicke T (2020) Shōnishin. Entwicklungsphysiologie und Meridian-Entfaltung in der Kinderakupunktur. Kiener, München
- [5] Lotze M, Ladda A-M, Roschka S, Platz T, Dinse HR (2017) Priming hand motor training with repetitive electric stimulation of the finger tips; performance gain and neural training effects. Brain Stimulation 10: 139-46
- [6] Raith W, Resch B, Urlesberger B (2014) Laserakupunktur als unterstützende Therapie beim Neugeborenen mit Entzugssyndrom aufgrund mütterlicher Substitutionstherapie: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. Dtsch Z Akupunkt 57(3)