HS Gesundheit
BOCHUM

Der Krieg im Inneren, der nicht aufhört: Möglichkeiten und Grenzen der Betätigungsorientierung in einer traumasensiblen Ergotherapie

Ergotherapie-Tagung *Betätigung leben im Miteinander von Praxis und Hochschule*
Bochum, Hochschule für Gesundheit, 20.01.2024

Prof. Dr. Dr. Christian Postert
Studienbereich Ergotherapie
Hochschule für Gesundheit
Bochum

Überblick

1. Traumaresilienz

2. Die Resilienz der Communities stärken

3. Die Resilienz der Familien stärken

4. Die Resilienz der Kinder stärken

5. Behandlung von Traumafolgenstörungen

1. Traumaresilienz

Traumaresilienz: die Fähigkeit, sich unter äußeren Belastungen gesund zu entwickeln

Traumaresilienz ist das Resultat komplexer Transaktionen zwischen gesellschaftlichen, familiären und kindlichen Faktoren (Landau 2013; Ungar & Theron 2020; Walsh 2007)

Die stärksten protektiven Faktoren im Rahmen von Traumaresilienz sind (Trickey et al. 2012).

- Emotionale Verfügbarkeit in Familien
- Gute Unterstützung in sozialen Netzwerken

Traumasensible Ergotherapie muss die Resilienz von Kindern, Familien und Communities gleichermaßen stärken (Fette et al. 2019; Forkey et al. 2021; Landau 2013; Tol et al. 2011; Torchalla et al. 2019; Walsh 2007, Wessells 2017).

1. Traumaresilienz

Trauma als einzelnes äußeres Ereignis

- plötzlich
- unerwartet
- Als sehr bedrohlich empfunden

Akute Belastungs-reaktion

- Angst
- Nervosität
- Alpträume/ Flashbacks
- Abgestumpft-sein
- Derealisation

Resilienz der Community

- Sichere Orte/ Nachbarschaft
- Sinnhafte Betätigungen
- Hilfe zur Selbsthilfe

Resilienz der Familie

- Emotionale Verfügbarkeit von Eltern in Situationen von Stress, Angst und Trauer
- Sichere familiäre Co-Occupations in strukturiertem Tagesablauf
- Spirituelle Ressourcen

Resilienz des Kindes

- Aktives Temperament
- Sichere Bindung an Familienangehörige
- Freundesnetzwerke
- Selbstwirksamkeitserleben

Post traumatic Growth

- Verarbeitung + Reifung
- Weitere Stärkung der Resilienz
- Mitgefühl für andere

1. Traumaresilienz

Bsp Krieg: Multiple externe Traumata

- Zerstörung sicherer Plätze wie Kitas, Schulen, Spielplätze etc.
- Auflösung von Nachbarschafts- und Community-Netzwerken

- Trennung/ Verlust von Familienangehörigen
- Verlust der Heimat
- Flucht und Vertreibung
- Überfüllte Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete
- Verlust sicherer familiärer Co-Occupations

- Wiederholte Bombengefahr
- Elterliche Abwesenheit/ Stress
- Verlust von Freunden
- Verlust sicherer Tagesstrukturen
- Occupational deprivation

Resilienz der Community

- Sichere Orte/ Nachbarschaft
- Sinnhafte Betätigungen
- Hilfe zur Selbsthilfe

Resilienz der Familie

- Emotionale Verfügbarkeit von Eltern in Situationen von Stress, Angst und Trauer
- Sichere familiäre Co-Occupations in strukturiertem Tagesablauf
- Spirituelle Ressourcen

Resilienz des Kindes

- Aktives Temperament
- Sichere Bindung an Familienangehörige
- Freundesnetzwerke
- Selbstwirksamkeitserleben

Post traumatic Growth

- Verarbeitung + Reifung
- Weitere Stärkung der Resilienz
- Mitgefühl für andere

Dysbalance zwischen

1. **subjektivem Trauma** und
2. Resilienz von Kind, Familie und Community

Traumafolgestörungen

- Depression
- Angststörungen
- Suchtstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Hirnveränderungen etc.

2. Die Resilienz der Communities stärken

Gemeinwesenbasierte Ergotherapie:
Kinder und Familien werden am besten in ihrer Resilienz gestärkt, wenn die Communities ihre Funktionalität aufrecherhalten können:

- Verbundenheit
- Soziale Unterstützung
- Kollektive Selbstwirksamkeit

=> Zentrale Interventionsschwerpunkte nach kollektivem Trauma (Hobfoll et al., 2007; Norris et al., 2008).

✓ Basale materielle Unterstützung

✓ Wiederaufbau von Bildungsinstitutionen wie Schulen, Kitas etc..

✓ Wiederherstellung psychosozialer Netzwerke (Barenbaum, et al. 2004): Förderung lokaler Partizipationsmöglichkeiten und kulturell bedeutsamer Betätigungen zur Stärkung von Handlungsfähigkeit, Zugehörigkeit und Hoffnung

3. Die Resilienz der Familien stärken

Der sicherste Ort für Kinder ist eine sichere Bindungsbeziehung zu emotional verfügbaren Bezugspersonen.

Kinder leiden im Krieg unter einer doppelten Belastung:

- Direkte Erfahrungen von Kriegstraumata
- Verlust der emotionalen Verfügbarkeit von Bindungspersonen

Der Verlust der elterlichen emotionalen Verfügbarkeit erhöht in erheblichem Maß das Risiko der Kinder, nach traumatischen Erfahrungen psychisch krank zu werden (Eltanamly et al. 2021; Tol et al. 2013).

Traumasensible Versorgung muss die Eltern in präventiven oder kurativen Behandlungsprogrammen für Kinder mit einschließen (Thabet et al. 2009).

3. Die Resilienz der Familien stärken

Psychoedukation

- ✓ Informationen über die Entwicklungsverläufe traumatischer Erfahrungen bei Kindern
- ✓ Heilprozesse durch Stärkung der emotionalen Verfügbarkeit in Familien
- ✓ Information über bestehende Hilfsangebote

Ergotherapeut*innen können hierfür Informationsmaterialien nutzen, die z.B. auch in ukrainischer und russischer Sprache frei im Internet verfügbar sind (siehe die Links am Ende dieser Präsentation).

Psychosoziale familienzentrierte Interventionen

Bsp: "Helping children by helping their mothers" (Bosnien und Herzegowina (Dybdahl 2001)

- ✓ Regelmäßige halbstrukturierte Gruppentreffen mit Müttern, die auf Psychoedukation und Bewältigung fokussieren
- ✓ Verbesserung der elterlichen emotionalen Verfügbarkeit für Kinder in Alltagsbetätigungen

4. Die Resilienz der Kinder stärken

Kind- und gruppenzentrierte Interventionen richten sich an die psychosozialen Bedürfnisse der Kinder in einem gemeinwesenbasierten Setting:

- ✓ **Spiel** zur Entspannung, Kommunikation und Beziehungsaufbau
- ✓ **Musik und Tanz** als Gegengewicht zu Stresserfahrungen
- ✓ **Künstlerische Aktivitäten** für den emotionalen Ausdruck
- ✓ **Theater und Geschichten erzählen** zur Entwicklung biografischer Narrative und Sinnhaftigkeit
- ✓ **Sport und Wettkampf** für den körperlichen Stressabbau
- ✓ **Entspannungs- und Achtsamkeitstechniken** wie Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, MBSR (*Mindfulness based stress reduction*), Fantasiereisen

5. Behandlung von Traumafolgenstörungen

Traumatischer Stress versursacht unspezifische **Symptome im frühen Kindesalter**, oft mit später einsetzendem Beginn.

- Spielunlust/ Wiedererleben traumatischer Inhalte im Spiel oder in Alpträumen
- Emotionale Dysregulation, Bauchschmerzen
- Entwicklungsrückschritte (z.B. sekundäre Enuresis)

Ergotherapeut*innen können hier **diagnostische Screening-Instrumente** nutzen.
Diese sind in 12 Sprachen frei im Internet verfügbar (siehe die Links am Ende dieser Präsentation).

Bei Bedarf Einleiten einer traumaspezifischen Behandlung (Gadeberg et al. 2017).

Häufigste traumabedingte Störungen bei Geflüchteten im Kindesalter:

- Depression (13.8%)
- Angststörungen (15.8%)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (22.7%) (Blackmore et al. 2020)
  - Wiedererleben der traumatischen Erfahrung (Flashbacks, Alpträume)
  - Vermeidung (von traumaassoziierten Situationen und Sinneswahrnehmungen)
  - Hyperarousal (Nervosität, Schreckhaftigkeit)

5. Behandlung von Traumafolgenstörungen

Zu den evidenzbasierten Behandlungsformen gehören:

- ✓ Multiprofessionelle **gruppenbasierte Interventionen**
- ✓ **Individuelle traumaspezifische Psychotherapie** (z.B. traumazentrierte kognitiv-behaviorale Therapie) (Brown et al. 2017; Fu & Underwood 2015; Torchalla et al. 2019)

Bsp: Narrative exposure therapy (KID-NET) (Schauer, et al., 2004)

- ✓ Standardisierte Kurzzeitbehandlung für Kinder mit Kriegstraumata
- ✓ Die Kinder erstellen unterstützt durch spielerisch-visuelle Methoden eine chronologische Abfolge ihrer Erfahrungen zu kohärenten biografischen Narrativen.

Zusammenfassung

Studien zeigen die Effektivität gestufter traumasensibler Versorgung

- ✓ in gruppenbasierten Interventionen für Communities, Familien und Kinder
- ✓ in langfristiger individualisierter und evidenzbasierter Psychotherapie

Der therapeutische Einsatz von Betätigungen hat eine zentrale Bedeutung für die individuelle und kollektive Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen (Thibeault 2002; WFOT 2014).

Ergotherapeut*innen haben so eine Schlüsselrolle in allen Teilen einer gestuften traumasensiblen Versorgung (Fette et al. 2019; Torchalla et al. 2019).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Empfohlene Screeninginstrumente

Wenn traumabezogene Störungen vermutet werden, können Ergotherapeut*innen Screening-Instrumente zur diagnostischen Hilfe nutzen. Die unten genannten Fragebögen sind im Internet frei verfügbar in ukrainischer und russischer Sprache. Ihre Bearbeitung dauert 10 – 20 Minuten; die Auswertung kann anhand beigefügter Instruktionen auch durch die Familien selbst erfolgen. Wenn hier auffällig hohe Ergebnisse erzielt werden, ist eine weitere Diagnostik durch Traumaspezialist*innen angeraten.

International Trauma Questionnaire (ITQ-CA). (Cloitre et al., 2018; Haselgruber et al., 2020)
Frei verfügbar in 12 Sprachen unter: https://www.traumameasuresglobal.com/itqca
Ein Screeningfragebogen für posttraumatische Folgestörungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Child and Adolescent Trauma Screen-2 (CATS-2).
Frei verfügbar in 13 Sprachen unter:
https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=1701
Ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (7 – 17 Jahre) und ein Fremdbeurteilungs-Fragebogen für Eltern und andere Bezugspersonen zum Screening von Kindern im Alter von 7–17 bzw. 3–6 Jahren).

Empfohlene Informationsmaterialien

Homepage des *International Trauma Consortium*
Viele wertvolle Informationsmaterialien und Assessments für Personen, die traumasensible Versorgung für Geflüchtete anbieten. Frei verfügbar und vieles in ukrainischer und russischer Sprache unter:
https://www.traumameasuresglobal.com/ukraine

„Trauma – was tun?“ Informationsbroschüren für Familien mit traumatischen Erfahrungen
Zwei Informationsbroschüren zum Thema akuter Traumata in ukrainischer und russischer Sprache, die sich an selbst betroffene Erwachsene bzw. an Eltern oder Bezugspersonen von betroffenen Kindern wenden. Frei verfügbar unter: https://www.unfallkasse-berlin.de/ehrenamtlich-taetige/fluechtlingshilfe-versicherungsschutz-und-hinweise-zur-praevention/ratgeber-trauma-was-tun

Literatur

- Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Fitzgerald G, Misso M, Gibson-Helm M (2020) Systematic review and meta-analysis: the prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 59(6):705–714. https:// doi. org/ 10.1016/j.jaac.2019.11.011
- Brown FL, de Graaff AM, Annan J, Betancourt TS (2017) Annual research review: breaking cycles of violence—a systematic review and common practice elements analysis of psychosocial interventions for children and youth affected by armed conflict. J Child Psychol Psychiatry 58(4):507–524. https://doi.org/10.1111/jcpp.12671
- Bürgin D, Anagnostopoulos D, Vitiello B, Sukale T, Schmid M, Fegert JM, Anagnostopoulos D, Doyle M, Eliez S, Fegert J, Fuentes J, Hebebrand J, Hillegers M, Karwautz A, Kiss E, Kotsis K, Pejovic-Milovancevic M, Räberg Christensen AM, Raynaud JP, . . . (2022) Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. Eur Child Adolesc Psychiatry 31(6):845-853. https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z
- Dybdahl R (2001) Children and mothers in war: an outcome of a psychosocial intervention program. Child Dev 4:1214-1230.
- Eltanamly H, Leijten P, Jak S, Overbeek G (2021) Parenting in times of war: a meta-analysis and qualitative synthesis of war exposure, parenting, and child adjustment. Trauma Violence Abuse 22(1):147–160. https:// doi. org/ 10. 1177/ 15248 38019833001
- Fette C, Lambdin-Pattavina C, Weaver LL (2019) Continuing education article. Understanding and applying trauma-informed approaches across occupational therapy settings. OT Practice 24(5):35.
- Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, Duffee J, Council On Foster Care A, Kinship Care COCPCOCA, Neglect COPAOC, Family H (2021) Trauma-informed care. Pediatrics 148(2). https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580
- Fu C, Underwood C (2015) A meta-review of school-based disaster interventions for child and adolescent survivors. J Child Adolesc Ment Health 27(3):161–171. https://doi.org/10.2989/17280583.2015.1117978
- Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, Norredam M (2017) Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. Eur J Public Health 27(3):439–446. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx034
- Hobfoll SE, Watson P, Bell C, Bryant R, Brymer M, Friedma, MJ et al. (2007) Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry 70: 283-315. http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Landau JL (2013). Family and community resilience relative to the experience of mass trauma: connectedness to family and culture of origin as the core components of healing. In: Becvar D (ed.) Handbook of Family Resilience, pp. 459–480 . Springer: New York.

Literatur

- Liu JJW, Ein N, Gervasio J, Battaion M, Reed M (2020) Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. Clin Psych Rev 82:101919, doi:10.1016/j.cpr.2020.101919
- Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL (2008) Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. Am J Comm Psychol 41:127-150. http://dx.doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6
- Thabet AA, Ibraheem AN, Shivram R, Winter EA, Vostanis P (2009) Parenting support and PTSD in children of a war zone. Int J Soc Psychiatry 55(3):226–237. https://doi.org/10.1177/0020764008096100
- Thibeault R (2002) Occupation and the rebuilding of civil society: notes from the war zone. J Occup Sci 9(1):38-47. DOI: 10.1080/14427591.2002.9686492
- Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, Golaz A, van Ommeren M (2011) Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. Lancet 378(9802):1581–1591. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5
- Torchalla I, Killoran J, Fisher D, Bahen M (2019) Trauma-focused treatment for individuals with posttraumatic stress disorder: the role of occupational therapy. Occup Ther in Ment Health, 35(4):386-406. http://dx.doi.org/10.1080/0164212X.2018.1510800
- Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP (2012) A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Clin Psychol Rev 32(2):122–138. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001
- Ungar M, Theron L (2020) Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. Lancet Psychiatry 7(5):441–448. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1
- Walsh F (2007) Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. Fam Process 46: 207-227. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x
- Wessells MG (2017) Children and armed conflict: interventions for supporting war-affected children. Peace Conflict J Peace Psychol 23(1):4–13. https://doi.org/10.1037/pac0000227
- World Federation of Occupational Therapists (2014) Position statement: Human displacement (revised). https://wfot.org/resources/human-displacement
- Zautra AJ, Hall JS, Murray KE (2010) Resilience: a new definition of health for people and communities. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall JS (eds): Handbook of adult resilience, pp. 3–34. Guilford: New York.