– Trauma First –

Aspekte der Bezugspersonenarbeit bei Kindern mit Traumafolgestörungen

3. Interdisziplinärer Trauma-Fachtag, 11. November 2015, Itzehoe

Dr. Ahrens-Eipper
Halle, Saale

Trauma First:

Traumatherapie für

- Winzis (2-5 Jahre)
- Kinder 6-10 Jahre
- Jugendliche
- Junge Frauen

Trauma first: Überblick

- Die Praxis stellt eine Anlaufstelle für Familien nach traumatischen Erfahrungen dar. Nach dem Erstkontakt erfolgt die störungsspezifische und standardisierte Eingangsdiagnostik, die sowohl mit den Bezugspersonen als auch dem Kind bzw. der Jugendlichen mehrere diagnostische Sitzungen beansprucht.

- Anschließend erfolgt ein Rückmeldungsgespräch mit der Familie, in der die Diagnose(n) mitgeteilt werden und gemeinsam mit der Familie einen individuellen Behandlungs- und Betreuungsplan entwickelt wird.

- Die Familie erhält eine Empfehlung, ob das Kind bzw. die Eltern an dieser Versorgung teilnehmen sollten.

- Neben den traumaspezifischen Gruppenangeboten (Kindergruppe, Elterngruppe) gehören Hausbesuche, Einzel- und Familiengespräche und ein spezielles kinderärztliches Konsil zum Standard.

- Ein Quartal Diagnostik, drei Quartale Behandlung sind Standard, zwei Verlängerungsquartale möglich.

Arbeit mit Bezugspersonen…

- verstörte / fassungslose / verängstigte Eltern
- (früher) vernachlässigende Eltern
- indirekt traumatisierte Eltern
- engagierte Eltern
- ErzieherInnen
- direkt traumatisierte Eltern
- Erziehungsfachstellen
- (früher) misshandelnde Eltern
- Pflegeeltern
- psychisch kranke Eltern
- Eltern, die ihre Kinder (be)schützen wollen
- (früher) selbst misshandelte Eltern
- überlastete Eltern

Einbezug der Eltern…

WIESO EIGENTLICH?

Intensive Einbeziehung der Eltern, denn…

Eltern und Pflegepersonen spielen als **wichtige Interaktionspartner** und **Modelle** für günstiges oder dysfunktionales Bewältigungsverhalten bei den posttraumatischen Anpassungen des Heranwachsenden eine entscheidende Rolle (Steil, 2004)

Kinder leiten die Reaktion auf traumatische Reaktionen auch von der Reaktion ihrer Bezugspersonen ab. Die **elterliche Bewältigung** gilt als zentral (offen, unaufgeregt, unterstützend).

Prädiktoren: Die Psychopathologie der Eltern, Grübeln und Gedankenunterdrücken (auch bei den Eltern) verstärkt Symptomatik, Dysfunktionale Kognitionen der Eltern sagen Symptomatik der Kinder voraus.

Je jünger die Kinder sind, um so stärker liegen die Veränderungsmöglichkeiten für das Alltagserleben der Kinder und damit ihrer Befindlichkeit in den Händen der Eltern und Bezugspersonen.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

In der Behandlung von Traumafolgestörungen nimmt die Elternarbeit eine zentrale Funktion ein

- Steil (2004): bei ungenügender Einbeziehung der Eltern geht der Therapieerfolg bei der Behandlung der Posttraumatischer Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen **gegen Null**.

- Cohen und Mannarino (1998, 2000): bei der traumafokussierten kognitiv behavioralen Therapie bei 7-14-Jährigen nach sexuellem Missbrauch stehen **elterliche dysfunktionale Kognitionen** zum Missbrauch negativ mit der Wirksamkeit der Psychotherapie in Zusammenhang.

- Umgekehrt fanden sie einen positiven Zusammenhang zwischen **elterlicher Unterstützung** und Therapieerfolg bei dieser Zielgruppe.

- Bei jüngeren Kindern zeigte sich **psychische Gesundheit bzw. Beeinträchtigung auf Elternseite** als signifikanter Prädiktor für den Behandlungserfolg. Kinder beeinträchtigter Eltern profitierten deutlich weniger von der Psychotherapie (Cohen und Mannarino, 1996).

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Die Rolle der Eltern bei der Bewältigung von Traumafolgestörungen

- Steil, Gundlach, Müller und Schier (2001) zeigten in einer prospektiven Studie, dass elterliche Psychopathologie vor dem Trauma (Verkehrsunfall) den psychischen Zustand des Kindes (7-16J) zwei Monate nach dem Unfall signifikant vorhersagen konnte.

- Aufgrund dieser Befunde machen Steil und Rosner (2009) eindrücklich deutlich, dass die **elterliche Unterstützung**, aber auch die **elterliche Psychopathologie** den Behandlungserfolg **entscheidend vorhersagen**.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Die Rolle der Eltern bei der Bewältigung von Traumafolgestörungen

- **Wirksamkeit erhöhen:** Die Therapieforschung zeigt eine deutlich höhere Therapiewirksamkeit bei stärkerer Gewichtung von eltern- und familienbezogenen Interventionen in der Verhaltenstherapie (z. B. Steil, 2009).

- Die Einbeziehung der Eltern ist notwendig, da die Rahmenbedingungen der Therapie mit dem Kind sichergestellt sein müssen (z. B. Mattejat, 2004).

- Störungen des psychotherapeutischen Prozesses werden so vermieden oder vermindert. Therapeutische Veränderungen können eher ans familiäre Umfeld und den Familienalltag angepasst werden, wenn eine enge Kooperation mit den Eltern erfolgt.

- Schließlich soll Therapie langfristig wirksam sein, diese Nachhaltigkeit kann nur erreicht werden, wenn Eltern intensiv und konstruktiv miteinbezogen werden.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Die Rolle der Eltern bei der Bewältigung von Traumafolgestörungen

- Die elterlichen Kognitionen und Verhaltensweisen sind von zentraler Bedeutung und beeinflussen die kindlichen Verhaltensweisen (z. B. Schneider, 2009).

- Kinder übernehmen Verhaltensweisen, Bewertungsmuster, Bewältigungsstrategien von Eltern und anderen Bezugspersonen. Modelllernen und Instruktionslernen können Ängste sowohl entstehen lassen als auch aufrechterhalten.

- Ellis, Stores & Mayou (1998) fanden bei Kindern nach einem Verkehrsunfall ein deutlich überdurchschnittliches protektives Verhalten der Eltern. Überbehütendes und beschützendes Verhalten der Eltern nach einem traumatischen Ereignis ist eine natürliche Reaktion auf die Gefahr, dem das Kind begegnet ist. Dieses beschützende Verhalten darf mittel- und langfristig jedoch nicht handlungsleitend werden, da es die Autonomieentwicklung des Kindes einschränkt.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Die Rolle der Eltern bei der Bewältigung von Traumafolgestörungen

- **Eltern als Basis für Autonomieentwicklung:** Mit den Eltern wird in der Therapie erarbeitet, dass die altersentsprechende Autonomie die Kinder schützt und für eine gesunde Entwicklung dringend erforderlich ist.

- **Eltern als Modell:** Ein Kind kann nur schrittweise annehmen, dass die Welt kein überaus gefährlicher Ort ist, wenn das Verhalten der Eltern darauf nicht mehr schließen lässt. Ein Kind kann nur dann von körperlichen oder verbalen Aggressionen ablassen, wenn Eltern dies als Teil als Symptomatik einordnen und ihm gelassen gegenüber treten.

Letztlich darf bei aller therapeutischen Kompetenz und psychologischem Fachwissen eines nicht vergessen werden:

„*Eltern sind wichtiger als Therapeuten, Eltern sind wirksamer als Therapeuten.*“ (Mattejat, 2004)

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Einbezug der Eltern

WAS BRAUCHEN /WÜNSCHEN ELTERN?

Wird das Therapieangebot angenommen?

Die Eltern **benötigen / wünschen (?)** Genauere Informationen und Kenntnisse über die psychische Störung (Informationsmangel, falsche Informationen)

Die Eltern **benötigen** / **wünschen (?)** sich fachliche Anleitung, wie sie ihrem Kind bei der Bewältigung seiner Schwierigkeiten am besten helfen können.

Die Eltern **benötigen** / **wünschen (?)** sich Hilfe zur Veränderung des eigenen Verhaltens, weil

- weil ihr Verhalten die Symptomatik des Kindes verschärft oder
- weil ihre Bewältigungsversuche ineffektiv sind, oder
- weil sie sich dabei gegenseitig stören.

Quelle: F. Mattejat 2004

Der klinische Anfangszustand der Eltern

Bei länger anhaltender Problematik:

- Resignation,
- Selbstwertverminderung,
- sozialer Rückzug,
- Schuldgefühle,
- depressive Stimmungslage
- Ausgeprägte Verunsicherung im Umgang mit dem Kind
- Eingeengte Wahrnehmung,
- kogn. Rigidität,
- ungenaue Situationserfassung,
- behaviorale „Notprogramme“,
- häufige Wiederholung von uneffektivem Verhalten,
- Lernen aus Erfahrung eingeschränkt
- Desorganisation,
- Fehlen wechselseitiger Unterstützung in der Familie,
- Gefühl alleine zu stehen.
- Gefühl abgelehnt zu werden.

Quelle: F. Mattejat 2004

Der klinische Anfangszustand der Eltern:

Konsequenzen bei der klinischen Kontaktaufnahme

nicht immer, jedoch gelegentlich…

- Unsicherheit darüber, ob die Vorstellung bei uns „das Richtige“ ist.
- Ambivalente bis misstrauische Haltung
- Defensives Verhalten
- gleichzeitig hohes Bedürfnis schnelle Hilfe zu bekommen
- Gefühl der wollen. Bedrohung (Befürchtung, dass anstelle von Hilfe weitere Verschlechterung droht)
- Geringe Bereitschaft, aktiv an einer Lösung der Probleme mitzuarbeiten (Tendenz, das Kind „abgeben“ zu
- ! ***Schlechte Kooperation.***

Quelle: F. Mattejat 2004

Vorbereitung auf therapeutische Lernprozesse

- Entwicklung von positiven Erwartungen im Hinblick auf Therapie, Therapeuten und im Hinblick auf die eigenen Möglichkeiten, einen Beitrag zu leisten.
- Entwicklung einer produktiven Arbeitshaltung
- Differenzierte und realitätsangepasste Situationswahrnehmung
- Offenheit für Lernen aus Erfahrung
- Wiedergewinnung von Sicherheit im Umgang mit dem Kind.
- Stärkung des Gefühls der eigenen Effizienz.
- Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl.
- Erfahrung von Unterstützung durch andere: Wechselseitige Unterstützung der Familienmitglieder

Quelle: F. Mattejat 2004

Einbezug der Eltern

DIAGNOSTIK & ÜBERMITTLUNG DER DIAGNOSEN

Trauma first: Diagnostik

Es erfolgt eine umfangreiche Diagnostik zu folgenden Messzeitpunkten: prä, peri, post, follow-up I (3 Monate nach Behandlungsende) und follow-up II (12 Monate nach Behandlungsende).

Checkliste für 7 Jahre

Name, Vorname: .....

Begleitheft „Trauma First“: ☐ mitgegeben / Datum:_____

Verhaltenstagebuch Eltern: ☐ mitgegeben / Datum:_____

Patient / in

	Test durchgeführt / Datum
Konzentrationstest bp Test aus BUEGA	
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)	
CDRS-R (Depression)	
Kinder-DIPS (Psychische Störungen)	
BUEGA (umschriebene Entwicklungsstörungen)	
BAV (Ängste & Strategien)	
Revised Child Impact of Events Scale- D (PTB Symptome)	

Eltern

	Mitgegeben/Datum	Zurückerhalten/Datum
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)		
CBCL (Verhaltensauffälligkeiten)		
FTF (Verhalten/Entwicklung)		
BAV (Ängste & Strategien) Erst nach Durchführung mit Kind		
	Test durchgeführt/Datum	
ETI- Eltern (Traumatische Erlebnisse, PTB Symptome)		
Kinder-Dips Eltern (Psychische Störungen)		

Lehrer/in

	Mitgegeben/Datum	Zurückerhalten/Datum
TRF – Lehrerfragebogen (Verhaltensauffälligkeiten)		

Checkliste für 10 Jahre

Name, Vorname: .....

Begleitheft „Trauma First“: ☐ mitgegeben / Datum:_____

Verhaltenstagebuch Eltern: ☐ mitgegeben / Datum:_____

Patient / in

	Test durchgeführt / Datum
D2-Test (Konzentration)	
IVE (Impulsivität, Risiko, Empathie)	
FEEL-KJ (Emotionsregulation)	
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)	
CDRS-R oder DIKJ (Depression)	
SSK (Stresserleben)	
SPAIK (Soziale Phobie)	
SASCR-D (Soziale Ängste)	
Kinder-DIPS (Psychische Störungen)	
BUEGA (umschriebene Entwicklungsstörungen)	
Revised Child Impact of Events Scale- D (PTB Symptome)	
PHOKI (Phobische Ängste)	
EBF-KJ (Eltern-Kind Beziehung)	

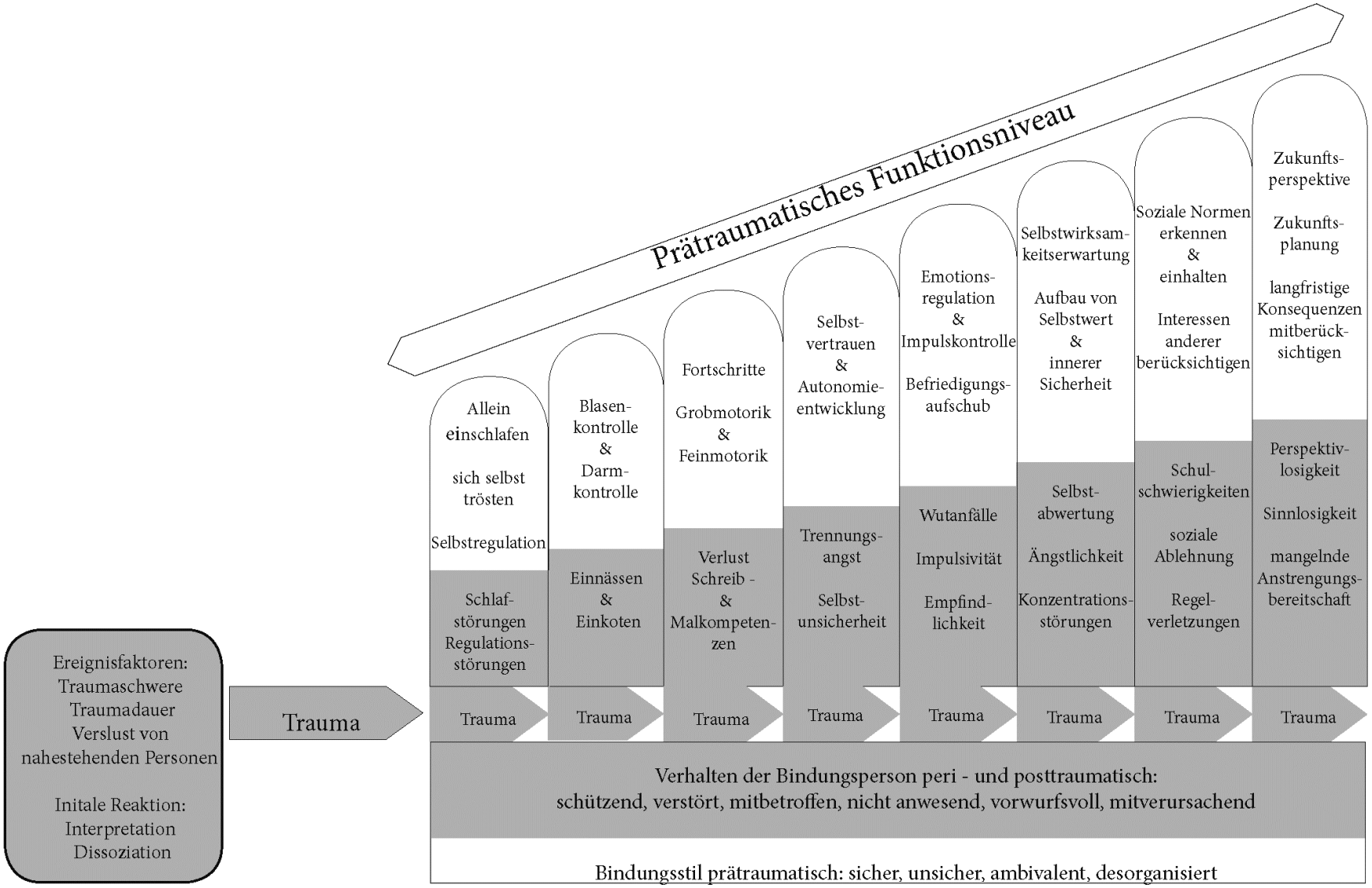
Eltern

	Mitgegeben / Datum	Zurückerhalten/Datum
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)		
CBCL (Verhaltensauffälligkeiten)		
FTF (Verhalten/Entwicklung)		
BAV (Ängste & Strategien) Erst nach Durchführung mit Kind		
	Test durchgeführt / Datum	
Kinder-Dips Eltern (Psychische Störungen)		
ETI- Eltern (Traumatische Erlebnisse, PTB Symptome)		

LehrerIn

	Mitgegeben/Datum	Zurückerhalten/Datum
TRF – Lehrerfragebogen (Verhaltensauffälligkeiten)		

Trauma first: entwicklungspsychologisches Ätiologiemodell



Einbezug der Eltern

PSYCHOEDUKATION ÜBER TRAUMATISCHE EREIGNISSE UND TRAUMAFOLGEN

Trauma first: Psychoedukation zu Beginn der Therapie

- Die Drachengeschichte „Der große Schreck“ wurde als Psychoedukation für Kinder im Vor- und Grundschulalter entwickelt, die traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren.

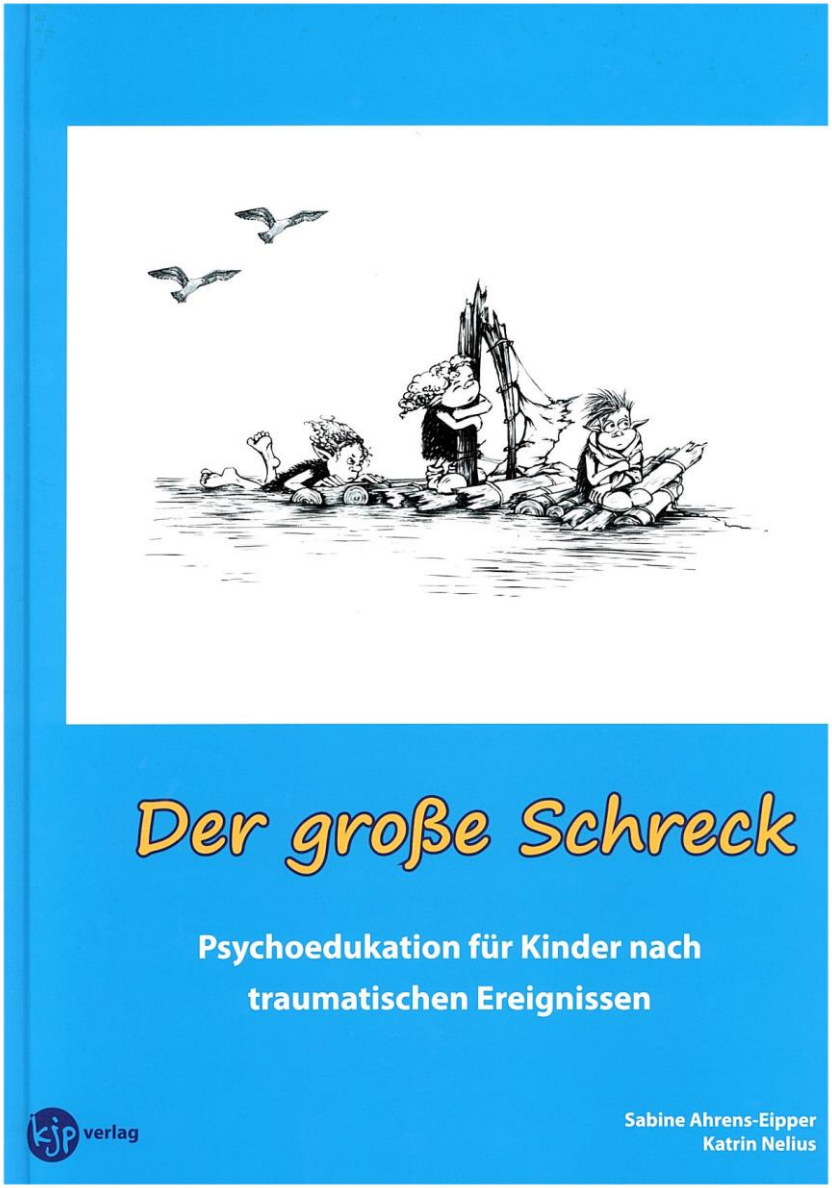
- Die Informationen zu verschiedenen Arten von traumatischen Ereignissen und deren mögliche Auswirkungen sollen den Kindern die Möglichkeit geben, das Erlebte und dessen Folgen einzuordnen und zu erfahren, dass die Reaktionen, die sie bei sich selbst feststellen, normale Reaktionen auf Extrembelastungen sind.

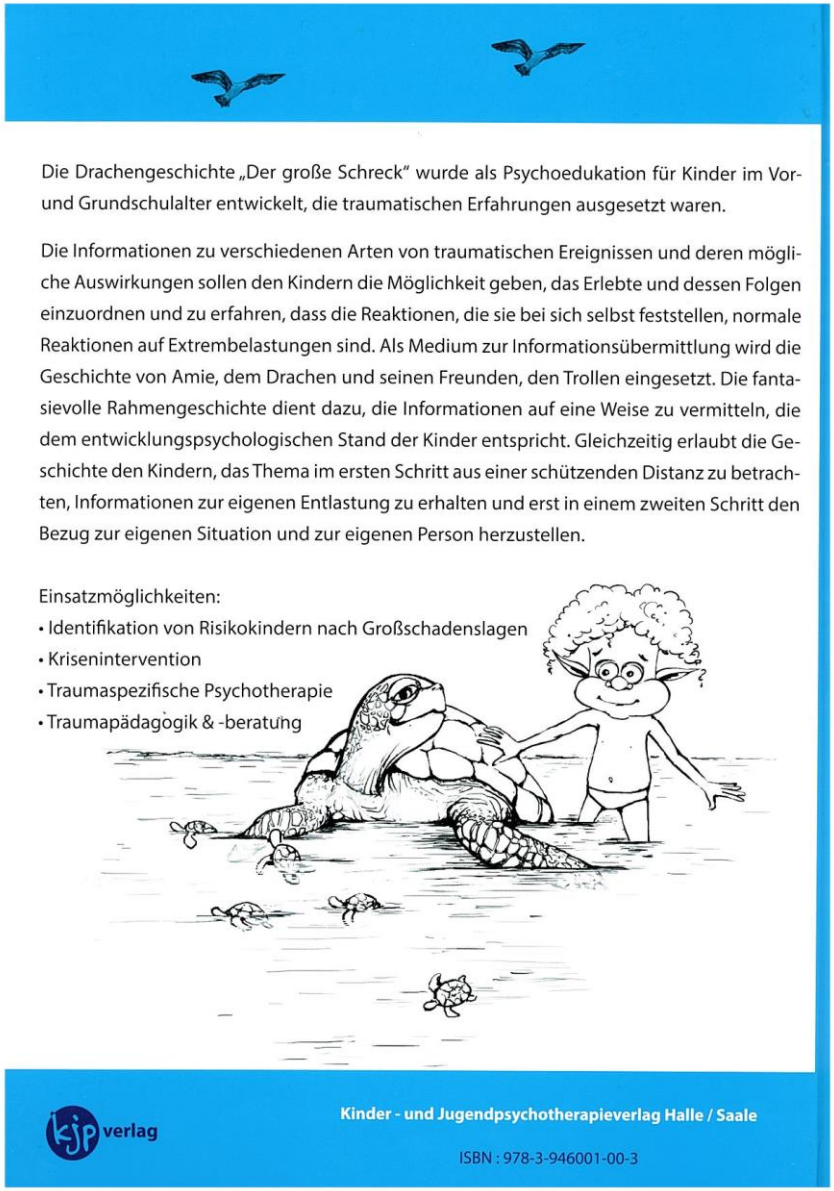
- Als Medium zur Informationsübermittlung wird die Geschichte von Amie, dem Drachen und seinen Freunden, den Trollen eingesetzt. Die phantasievolle Rahmengeschichte dient dazu, die Informationen auf eine Weise zu vermitteln, die dem entwicklungspsychologischen Stand der Kinder entspricht.

- Gleichzeitig erlaubt die Geschichte den Kindern, das Thema im ersten Schritt aus einer schützenden Distanz zu betrachten, Informationen zur eigenen Entlastung zu erhalten und erst in einem zweiten Schritt den Bezug zur eigenen Situation und zur eigenen Person herzustellen.

- Die Eltern bekommen das Buch mit der Geschichte zum Vorlesen mit nach Hause sowie die CD um sich das Hörspiel gemeinsam anzuhören.

Der große Schreck





Die Drachengeschichte „Der große Schreck" wurde als Psychoedukation für Kinder im Vor- und Grundschulalter entwickelt, die traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren.

Die Informationen zu verschiedenen Arten von traumatischen Ereignissen und deren mögliche Auswirkungen sollen den Kindern die Möglichkeit geben, das Erlebte und dessen Folgen einzuordnen und zu erfahren, dass die Reaktionen, die sie bei sich selbst feststellen, normale Reaktionen auf Extrembelastungen sind. Als Medium zur Informationsübermittlung wird die Geschichte von Amie, dem Drachen und seinen Freunden, den Trollen eingesetzt. Die fantasievolle Rahmengeschichte dient dazu, die Informationen auf eine Weise zu vermitteln, die dem entwicklungspsychologischen Stand der Kinder entspricht. Gleichzeitig erlaubt die Geschichte den Kindern, das Thema im ersten Schritt aus einer schützenden Distanz zu betrachten, Informationen zur eigenen Entlastung zu erhalten und erst in einem zweiten Schritt den Bezug zur eigenen Situation und zur eigenen Person herzustellen.

Einsatzmöglichkeiten:
- Identifikation von Risikokindern nach Großschadenslagen
- Krisenintervention
- Traumaspezifische Psychotherapie
- Traumapädagogik & -beratung

kjp verlag
Kinder - und Jugendpsychotherapieverlag Halle / Saale
ISBN : 978-3-946001-00-3

Schreckarten

Der Prügelschreck

Der Antatschschreck

Der Dabeiseinschreck

Der große Schreck: Schreckarten

Der Vertreibungsschreck

Der Terrorschreck

Der Unfallschreck

Der große Schreck: Schreckfolgen

Ich seh den Schreck vor mir

Bauchweh

hibbelig

mag nicht mehr spielen

Träume vom Schreck

mag nicht mehr essen

Einbezug der Eltern

WIE WIEDER SICHERHEIT & KONTROLLE VERMITTELN

Sicherheit, Kontrollierbarkeit & Normalität

- Das Erleben von **Sicherheit** ist für ein traumatisiertes Kind essentiell. Es stellt eine wesentliche Grundlage dar, damit es allmählich wieder eine innere Stabilität gewinnen kann

- Zum einen entsteht ein Gefühl von Sicherheit dadurch, dass - soweit dies möglich ist - **keine weiteren Verunsicherungen oder belastenden Ereignisse stattfinden**. Wechsel, Veränderungen und damit einhergehende neuerliche Verluste sollten jedoch - wenn möglich - **weitgehend vermieden** werden.

- Zum anderen wird das Erleben von Sicherheit - sowie von Halt und Geborgenheit - wesentlich durch **Verlässlichkeit** bestimmt.

Quellen: Lackner, 2006, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Sicherheit, Kontrollierbarkeit & Normalität

- **Verlässlichkeit:** Indem sich Eltern an ihre Versprechungen und Vereinbarungen - auch an angekündigte Konsequenzen halten, können Kinder nach einem Trauma von Neuem die Erfahrung machen, dass die Welt und das Leben nicht nur unberechenbar und unkontrollierbar sind; sie können in gewissem Maße auch vorhersehbar und sicher sein.

- Durch das Erleben von Verlässlichkeit lernen Kinder, trotz der erlebten traumatischen Ereignisse dem Leben wieder zu vertrauen. Und sie können erleben, dass die Welt nicht nur "schlecht" oder ungerecht, sondern auch "gut" ist.

- Beständigen, liebevollen Beziehungen kommt dabei eine entscheidende Rolle zu. Gerade nach einem traumatischen Erlebnis, durch das sich vieles schlagartig verändert und Gewohntes und Sicherheit weitgehend verloren gehen, sind für die betroffenen Kinder Beziehungen zu Menschen, auf die sie sich verlassen können, grundlegend wichtig.

Quellen: Lackner, 2006, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Sicherheit, Kontrollierbarkeit & Normalität

Kontrollierbarkeit

- Durch ein traumatisches Erlebnis machen Kinder die Erfahrung, dass sie kaum oder keinerlei Einfluss haben, die Kontrolle verlieren und sich ausgeliefert fühlen.

- Umso wichtiger ist es, dass sie danach wieder eine gewisse Vorhersehbarkeit und ein Gefühl der Kontrollierbarkeit erfahren können.

- Damit dies möglich ist, sollte eine weitgehende Transparenz und Klarheit bezüglich - alltäglicher Geschehnisse, Abläufe und Entscheidungen sowie - einschneidender Ereignisse, Entscheidungen und Veränderungen gegeben sein.

Quellen: Lackner, 2006, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Vermittlung einer konsequenten Haltung

- Kinder können sich auch dadurch allmählich wieder sicher fühlen und ein Gefühl der Kontrollierbarkeit gewinnen, wenn Eltern eine konsequente Haltung einnehmen

- So sollte sich diese elterliche Verlässlichkeit nicht nur auf Versprechungen und Vereinbarungen, sondern auch auf angekündigte Konsequenzen beziehen.

- Das Einhalten von beabsichtigten Folgen ist gerade bei Kindern, die ein Trauma erlebt haben, sehr wichtig. Eine sehr nachgiebige Haltung und ein lockerer Umgang mit Konsequenzen, Regeln und Grenzen kann von ihnen als mangelnde Sicherheit und fehlender Halt erlebt werden.

- Viele Eltern haben nach einem traumatischen Erlebnis ihrem Kind gegenüber massive Schuldgefühle und lassen ihm deshalb ganz besonders viele Freiräume. Dadurch kann es aber den Eindruck bekommen, dass es schwach und unbelastbar ist und deshalb geschont werden muss. Das Kind kann dadurch aber auch das Gefühl haben, dass es seinen Eltern nicht so wichtig ist.

Quellen: Lackner, 2006, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Einbezug der Eltern

INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

Therapiebausteine für die Elternarbeit

- Baustein 1: Erarbeitung der Therapieziele
- Baustein 2: Information / Psychoedukation zu den Störungsbildern / Diagnosen
- Baustein 3: Auswahl der drei vorrangigsten Probleme mit dem Kind -> Verhaltensanalyse
- Baustein 4: Positive Verstärkung, Token Economy und alltägliche Zuwendung
- Baustein 5: Gemeinsame Aktivitäten
- Baustein 6: Stressmodell
- Baustein 7: Familienregeln, Umgang mit unangemessenem Verhalten
- Baustein 8: Familienrituale
- Baustein 9: Entkatastrophisieren
- Baustein 10: Umgang mit Krisen

- Die Bedeutung der Elterngruppe

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Trauma first: Elterntraining

- **Methoden:** Bei den Elternsitzungen handelt es sich stets um eine ausgewogene Mischung zwischen Psychoedukation, praktischen Übungen, Rollenspielen und Auswertung von Alltagssituationen der Familie. Die Sitzungsthemen sind auf die Gruppenindikation abgestimmt.

- **Inhaltliche Themen** sind beispielsweise „Normale Reaktionen auf unnormale Ereignisse“, „Umgang mit den Ängsten der Kinder“, „Wie verhalte ich mich bei Alpträumen“, „Was kann ich bei Überforderung tun“, „Förderung der Autonomie des Kindes“, „positive Familienaktivitäten“ und aktuelle Herausforderungen des Familienalltages.

- **Die Eltern werden engmaschig begleitet,** um die Familie beim Abbau ungünstigen Erziehungsverhaltens (wie Überbehütung oder aggressives Verhalten) und dem Aufbau von unterstützendem Erziehungsverhalten und einem günstigen Umgang mit den Symptomen des Kindes und den übrigen Problembereichen zu unterstützen. Weiterhin werden die Eltern auch zur Selbstfürsorge angeregt, um als stabile Eltern die Kinder stützen zu können.

- **Klima:** Auf ein entspanntes, wertschätzendes und positives Klima wird beso Wert gelegt.

Elterngruppe

1. **Sitzung: Ziele & Kennenlernen:** Vorstellung- Was finde ich an meinem Kind toll- Ziele für die Therapie
2. **Sitzung: Störungsbilder:** Lustige Begebenheit mit Kind- Vorstellung Störungsbilder – Hauptdiagnosen- die drei vorrangigsten Probleme mit Kind-
3. **Sitzung: Stressmodell:** Wie hat mein Kind mich mal überrascht? –Stressmodell anhand von Beispielen- & Übung Kind abends loben
4. **Sitzung: Ressourcen:** Was kann ich als Mutter / Vater gut — Stresssituationen – Familienatom –Loben & gemeinsame Spielzeit
5. **Sitzung: gemeinsame Zeit:** Was kann mein Kind richtig gut? – HA Loben & gemeinsame Spielzeit – Videobotschaft an die Kinder & Plakate – HA Loben-Schatzkiste
6. **Sitzung: Bedürfnisse:** Welche positive Eigenschaft habe ich an m einem Kind wieder entdeckt? – Was braucht mein Kind um psychisch wieder gesund zu werden? – Familienrituale –
7. **Sitzung: Rituale:** Welches ist ihr schönstes Familienritual? - Entkatastrophisieren
8. **Sitzung: Fakultativ** Ein schöner Moment mit meinem Kind. – Freies Thema – entsteht aus den Bedürfnissen der Eltern – typische Stresssituationen im Alltag
9. **Sitzung: Krisen** Ein Kinderwitz – Umgang mit Krisen – Entwicklung Notfallplan Frühwarnzeichen/ Alarmzustand/ Strategien – Brief an uns selbst
10. **Sitzung: Abschluss** Wir öffnen die Schatzkiste – Komplimente - Vorstellung Notfallbox – Rückmeldung

Modul 1: Therapieziele

Erarbeitung der Therapieziele: Bei der Erarbeitung der Therapieziele sind drei Quellen zu berücksichtigen: Veränderungen, die das Kind wünscht, Veränderungen, die die Eltern wünschen und Veränderungen, die der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit entsprechen.

- **Ziele - realistisch, der Entwicklung und dem Alter angemessen: Ziele - der Schwere der Störung und der Prognose angemessen**
- **Ziele - global versus spezifisch:** Spezifizieren bedeutet, genau die Fähigkeiten herauszuarbeiten, um dies es geht.
- **Ziele - abstrakt versus konkret:** Die konkrete Formulierung der erwünschten Veränderung ist von entscheidender Bedeutung, da diese bereits therapeutisch wirksam ist und die Erfolgschancen der Therapie erhöht.
- **Annäherungsziele versus Vermeidungsziele**
- **Aussortieren von Zielen**, **die nicht therapeutischer Natur sind:**

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 2: Information / Psychoedukation zu den Störungsbildern/Diagnosen

- Im Rahmen der Arbeit mit den Bezugspersonen erhalten diese stets detaillierten Informationen über die festgestellten Störungsbilder

- Neben den Informationen zu den vorliegenden Diagnosen sollte das zum Ende der Diagnostik mit den Eltern erarbeitete Erklärungsmodell aktualisiert werden.

- Hoyer und Wittchen (2011) weisen in ihren Ausführungen zur Gesprächsführung darauf hin, dass die Vermittlung eines Erklärungsmodells zu den primären Aufgaben der Therapeutin gehört. Therapeutin und Eltern verständigen sich im Rahmen des Erklärungsmodells auf ein gemeinsames Krankheitsmodell.

- Die Eltern werden das Erklärungsmodell nur dann als fruchtbar und ggf. auch als entlastend erleben, wenn es möglichst systemimmanent ist, also mit den Annahmen der Eltern eine hohe Übereinstimmung aufweist und nicht durch Einzelerfahrungen falsifizierbar ist.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 3: Verhaltensanalyse zu den drei vorrangigsten Problemen

- Gemeinsam mit den Eltern werden die drei vorrangigsten Probleme des Kindes aus Sicht der Eltern eruiert.

- Die Grundidee dieser Vorgehensweise entstammt dem Selbstmanagementansatz nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996), wonach zu Beginn einer erfolgreichen Behandlung die vorrangigen Problembereiche ausgewählt werden.

- Dieser Ansatz wird in der Kinder- und Jugendpsychotherapie seit den 80erJahren vor allem bei externalisierenden Verhaltensstörungen erfolgreich eingesetzt

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 4: Positive Verstärkung, Token Economy und alltägliche Zuwendung

Die **positive Verstärkung** ist der Schlüssel zu jeglichem Verhaltensaufbau. In der Arbeit mit den Bezugspersonen ist es wichtig, dass die Eltern ein Verständnis dafür entwickeln, dass jeglicher Schritt in die erwünschte Richtung umgehend und wirksam verstärkt werden muss.

Dies gilt auch dann, wenn das Zielverhalten noch lange nicht erreicht ist und das Kind sich in anderen Bereichen inakzeptabel verhalten hat. Es lohnt sich, für dieses Thema etwas mehr Zeit zu investieren, denn gerade im Umgang mit stark beeinträchtigten Kindern haben Eltern des Öfteren Zweifel, warum sie dieses Kind belohnen sollen, wo es sich doch im Vergleich zu Gleichaltrigen unmöglich verhält.

In der therapeutischen Gesprächsführung kann deutlich gemacht werden, dass diese elterliche Vorstellung nachvollziehbar ist, jedoch zu keiner Verhaltensänderung des Kindes führen wird. Jeder etwas komplexere Organismus orientiert sich an Belohnungen und wird das Verhalten zeigen, welches schon einmal zum Erfolg geführt hat und deshalb mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, dass wieder positive Konsequenzen eintreten werden.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 4: Positive Verstärkung, Token Economy und alltägliche Zuwendung

Praktische Umsetzung: Wann soll wie gelobt werden? Gerade bei Eltern, die selbst keine Zuwendung und Bestärkung erlebt haben, kann es sein, dass es für sie schwer ist, eine praktische Vorstellung von alltäglichen Zuwendungen, Lob und elterlicher Freude über die Kinder zu entwickeln. Im Elterngespräch sollten konkrete Beispiele erarbeitet werden, wie (mit welchen Worten und Gesten) und wofür gelobt werden sollte.

„Wofür kann ich mein Kind loben?“ vielfältige Beispiele wie Anstrengungsbereitschaft und Mitarbeit in der Schule, helfen im Haushalt, Hausaufgaben allein geschafft, Körperpflege allein geschafft (waschen, anziehen...), mitgedacht, hilfsbereit gewesen, etwas ausgedacht, andere zum Lachen gebracht, etwas mit anderen geteilt etc...

Dabei ist darauf zu achten, dass ehrlich und echt für alters- und entwicklungsangemessene Verhaltensweisen gelobt wird, die eine kleine bis mittlere Herausforderung darstellen.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 4: Positive Verstärkung, Token Economy und alltägliche Zuwendung

- **Alltägliche Zuwendung:** Jedes Kind braucht Zuwendung von seinen Bezugspersonen. Das Wissen und Erleben, geliebt und umsorgt zu werden, bildet die Basis für eine gesunde psychische Entwicklung. Eine liebevolle Geste zwischendurch, eine Umarmung oder gemeinsames Kuscheln sollen wieder oder erstmalig als selbstverständliche Teile des Alltags etabliert werden. Kurze, häufige liebevolle Interaktionen von 1-3 Minuten sind wirksamer als eine einmalige einstündige Aufmerksamkeitsphase am Tag.

- Mit den Eltern wird zunächst einmal der aktuelle Stand erhoben: Wer gibt wann wie Zuwendung? Wie reagiert das Kind darauf? In welcher Form und in welchen Situationen kann das Kind die Zuwendung gut annehmen? Im therapeutischen Gespräch wird gemeinsam erarbeitet, wie der Alltag wünschenswerterweise aussehen soll: Welche Situationen bieten sich an für eine Umarmung oder ein „Ich hab dich lieb“?

- Manchmal denken Eltern, dass die Kinder es doch sowieso wissen, dass sie sie lieben und es deshalb nicht dauernd gesagt werden müsse. Die Kinder könne dies jedoch nur erfahren, wenn die Eltern ihre Liebe und Zuwendung für das Kind im Alltag spürbar und erlebbar machen.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 5: Gemeinsame Aktivitäten

- Familien leben heutzutage in einer hektischen Zeit. Eltern stehen häufig unter hohem beruflichen Druck, für eine gute berufliche Laufbahn werden von den Kindern hohe Schulabschlüsse erwartet, diese kosten wiederum viel Zeit und Mühe. Organisierte Freizeitbeschäftigungen der Kinder takten den Familienalltag durch und schließlich warten die Herausforderungen der multimedialen Welt an jeder Ecke und bieten Ablenkung in Form von für Kinder hochattraktiven Zeitfressern (Fernsehen, WII, Computer, Nintendo, Handy etc.…).

- Es stellt also meist eine Herausforderung dar, sich etwas gemeinsame Familienzeit zu erobern. Es reicht nicht aus, die Familie allgemein zu gemeinsamen Aktivitäten anzuregen, dazu sind elterliche Erschöpfung und die Verlockung des Fernsehers und co zu starke Gegenspieler. Im therapeutischen Gespräch sollten die Wünsche und Vorstellungen des Kindes und der Eltern bzgl. gemeinsamer Aktivitäten eruiert werden. Manche Familien haben darin so wenig Übung, dass sie konkrete Ideen und Vorschläge benötigen, um daraus eine für sich passende Aktivität zu entwickeln. Dabei kann eine Liste von Vorschlägen hilfreich sein

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 6: Stressmodell

Die Erarbeitung und Anwendung des Stressmodells ist einerseits für die Eltern selbst gedacht, sodass sie lernen, stressige familiäre Situationen rechtzeitig zu erkenne und Strategien zu deren Bewältigung einzusetzen, andererseits wird es auch in der Therapie mit dem Kind vermittelt werden, sodass die Eltern dieses dann bei der Anwendung unterstützen können.

Mit den Eltern werden im Rahmen dieses Bausteins folgende Themen erarbeitet:

- Was ist Stress?
- Positiver und negativer Stress,
- Stressauslöser, Arten von Stressoren, Folgen von Stress,
- Coping-Strategien und Einsatz von Entspannungsverfahren zur Stressprävention und -bewältigung.

Im Rahmen der Elterngruppe und der Einzelsitzungen mit den Eltern werden spezifische Stressauslöser, die für just diese Familie gelten eruiert und aus den vorgestellten Copingstrategien diejenigen ausgewählt, die den Eltern passend erscheinen.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 7: Familienregeln, Umgang mit unangemessenem Verhalten

- Bei der Erarbeitung der Familienregeln geht es um die Frage, was die Familie braucht, damit alle sich wohlfühlen können. Günstigerweise werden die Familienregeln mit den Eltern, aber auch im Familiengespräch (also mit Eltern und Kind) erarbeitet.

- Ausgangspunkt ist also zum einen die Frage, welche Bedingungen die Eltern brauchen, damit sie sich wohlfühlen und zum anderen die Frage, was das Kind benötigt, um sich im Familienalltag wohlzufühlen. Aus diesen Überlegungen werden die Familienregeln erarbeitet. Für die therapeutische Haltung ist es in dieser Phase wichtig, Zurückhaltung zu üben, dies nicht zur Psychoedukation werden zu lassen, sondern der Familie die Chance zu geben, die Regeln wirklich in einem gemeinsamen Prozess zu entwickeln.

- Als Vorbereitung wird erst im Gespräch mit den Bezugspersonen allein gesammelt, was diesen wichtig ist, um in Abwesenheit des Kindes unangemessenen oder unrealistische Vorstellungen hinterfragen zu können (etwa: das Kind soll nie lügen). Einige Inhalte überschneiden sich natürlicherweise mit den Sitzungen zum Loben und den Verstärkerplänen.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 7: Familienregeln, Umgang mit unangemessenem Verhalten

Bedürfnisse und Wünsche der Eltern, deren Erfüllung mittels Familienregeln begünstigt werden, können verschiedenen Bereichen entstammen:

- der Selbstfürsorge der Eltern: beispielsweise die abendliche ungestörte Elternzeit ab 20 Uhr,
- dem Familienklima: dem Umgang miteinander, beispielsweise höfliches Miteinander, keine Schimpfworte, Regelung von Geschwisterstreitigkeiten, keine Gewalt
- klassische Erziehungsthemen wir Zähne putzen, Tischmanieren, Grenzen des Medienkonsums, zeitliche Abläufe
- Mit den Eltern sollte nach Priorität geordnet werden, was ihnen besonders wichtig ist.
- Parallel wird mit dem Kind erarbeitet, was es sich wünscht und was es braucht, um sich im Alltag wohlzufühlen. Im gemeinsamen Familiengespräch wird dann erarbeitet, welche Regeln und Vereinbarungen für die nächsten vier Wochen getroffen werden.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 8: Familienrituale

- Die Eltern werden gebeten, aufzuschreiben, welche Rituale es in ihrer Familie gibt. Was soll ihr Kind aus seiner Kindheit in sein späteres Leben „mitnehmen“?

- Als Anregung für die Entwicklung neuer Familienrituale kann eine Liste mit Beispielen verwendet werden, so etwa Gemeinsame Mahlzeiten (Gespräch), Einschlafrituale, Morgenrituale (wecken, aufstehen), Gemeinsam kochen, Weihnachtsrituale (Tür zu, Basteln, Kekse, Adventskalender), Geburtstagsrituale, Mitbringsel von Reise, Begrüßungsrituale, Verabschiedungsrituale, Flohmarkt-Besuch, gemeinsames Singen, gemeinsames Spielen, Vorlesen, Urlaubsrituale (Vorlagen siehe Fortführungsband: Das Seefahrercamp: Elterngruppe).

- Die Entwicklung und Bestärkung von Familienritualen hilft der Familie, regelmäßig gemeinsame positive Erlebnisse zu haben, bestärkt den Gemeinschaftssinn und begünstigt die Aktivierung der familiären Ressourcen im Sinne einer „Remoralisierung“.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 9: Entkatastrophisieren

Eine der klassischen therapeutischen Interventionen zur Angstbewältigung ist das Entkatastrophisieren. Kognitionsorientierte Verfahren sollen dazu dienen, eine langfristige kognitive Umstrukturierung zu erreichen: negative Kognitionen sollen durch rationalere ersetzt werden, was zu aktiverem, kompetenterem Verhalten führen soll. Dabei wird erst der angstauslösende Gedanke auf dem Arbeitsblatt notiert, welcher bearbeitete werden soll. Dann werden drei Überlegungen vorstrukturiert:

- 1. Was ist das Schlimmste, was passieren könnte? Nachdem dies eingetragen wurde, folgt die nächste Frage: Was kann ich tun, um das Schlimmste zu verhindern?
- 2. Was ist das Beste, was passieren könnte? Nachdem dies eingetragen wurde, folgt die nächste Frage: Was kann ich tun, um das Beste zu erreichen?
- 3. Was ist das Wahrscheinlichste, was passieren könnte? Nachdem dies eingetragen wurde, folgt die nächste Frage: Was kann ich tun, um das Wahrscheinlichste zu erreichen?

Den Eltern wird dieses Vorgehen vorgestellt, damit sie ihre Kinder bei der Anwendung unterstützen können. Wichtig ist, dass den Kindern gegenüber nicht so getan wird, als könnten Katastrophen nicht eintreten.

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Modul 10: Umgang mit Krisen

In Form einer Psychoedukation werden die typischen Entwicklungskrisen vorgestellt, die für eine gesunde psychische Entwicklung normal und auch notwendig sind (wie etwa die Trotzphase, Pubertät).

Die Eltern erhalten einen Überblick über die einzelnen Entwicklungskrisen und die daran anschließenden Entwicklungsschritte als Übersicht.

Für situative und therapeutische Krisen wird mit den Eltern ein Notfallplan erarbeitet, der drei Stufen unterteilt ist:

- Frühwarnzeichen (Intervention: Ursachenanalyse, Stabilisierung, Ressourcenaktivierung),
- Alarmzeichen (direkte Bewältigungsstrategien wie beispielsweise Problemlösen)
- Eskalationsstufe (Notfallmaßnahmen).

Quellen: Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Einbezug der Eltern

GRUNDSÄTZE UND THERAPEUTISCHE HALTUNG

Grundsätze und therapeutische Haltung

- **Individualität berücksichtigen:** Die Arbeit mit den Bezugspersonen muss auf die individuelle Familiensituation und auf ihre Motivation und tatsächlichen Veränderungsmöglichkeiten abgestimmt sein. Wirksam sind in der klinischen Praxis jedoch nur die Hilfen, die die Familie auch aufgreifen und nutzen kann (Mattejat, 2004).

- **Abbrüche vermeiden:** In der Fachliteratur wird eine hohe Abbruchrate bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung berichtet. In der Kinder- und Jugendpsychotherapie ist die gute und intensive Elternarbeit ein entscheidender Faktor, um die Wahrscheinlichkeit von Therapieabbrüchen zu verringern. Der Schlüssel dazu ist die Beziehungsgestaltung.

- Eltern von Kindern mit Traumafolgestörungen sind häufig zumindest indirekt traumatisiert. Daher ist es unerlässlich, dass sich auch die Eltern verstanden fühlen, **Vertrauen** in die Psychotherapeutin entwickeln und sich sicher fühlen (vgl. Ehlers, 1999).

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Therapeutische Haltung gegenüber den Bezugspersonen

- Von entscheidender Bedeutung im Umgang mit psychosozial hoch belasteten Familien sind die therapeutische Haltung und die Fähigkeit, mit diesen Familien respektvoll, transparent und auf Augenhöhe umzugehen.

- Darimont erstellte im Auftrag des „Informationszentrums Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung 2010“ eine Literaturexpertise zum Thema „Erreichbarkeit psychosozial hoch belasteter Familien“. Er analysierte hilfreiche Beziehungs- und Handlungskompetenzen im Umgang mit psychosozial hoch belasteten Familien insbesondere in Kinderschutzkontexten.

- Ein Großteil dieser Kompetenzen ist auch im therapeutischen Kontext hilfreich.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Therapeutische Haltung und Kompetenzen

Beziehungs- und Haltungsebene:

- Einfühlsamkeit
- Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, Erreichbarkeit
- Vertrauen herstellen
- Hoffnung, Optimismus erzeugen
- Bejahung
- Offenheit und Ehrlichkeit, Gradlinigkeit
- Offenheit, Toleranz, Sensitivität im Umgang mit anderen Familienmilieus und Familienkulturen
- Respekt
- Ermutigung
- Bindungssicherheit der Fachkraft

Diese Befunde decken sich mit unseren Erfahrungen und therapeutischem Anspruch im Umgang mit den hilfesuchenden Familien.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Therapeutische Haltung und Kompetenzen

- **Respekt:** Ein respektvoller Umgang auf Augenhöhe ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit mit Bezugspersonen. Offenheit für andere Lebensweisen, Toleranz, Sensitivität im Umgang mit anderen Familienmilieus und Familienkulturen sind Grundlage einer guten therapeutischen Beziehung.

- Je mehr Diskrepanz zwischen dem eigenen Lebensmilieu und den eigenen Erziehungsvorstellungen und denen der Hilfe suchenden Familie liegt, desto entscheidender ist eine echte Akzeptanz des Gegenübers. Dies zeigt sich nicht nur im direkten Umgang mit der Familie, sondern auch darin, wie unter den Behandlerinnen über die Familie gesprochen wird und wie Berichte formuliert werden.

- **Abschätzige, herablassende oder abwertende Haltungen bzw. Äußerungen disqualifizieren für eine therapeutische Arbeit.**

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Therapeutische Haltung und Kompetenzen

- **Hoffnung, Optimismus, Bejahung:** Die therapeutische Haltung sollte von Optimismus geprägt sein, damit den Bezugspersonen eine Hoffnung auf Besserung vermittelt werden kann. Eine Chance auf Besserung ist grundsätzlich gegeben, sonst würde eine Heilbehandlung nicht begonnen werden. Die Therapeutin vermittelt den Eltern, wohin sich ihr Kind entwickeln kann und wie die Eltern dies unterstützen können.

- **Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, Erreichbarkeit**: Eine verlässliche Beziehungsgestaltung ist die Voraussetzung für die Etablierung einer guten therapeutischen Arbeitsbeziehung. Im Einzelnen bedeutet diese: Es sollten keine falsifizierbaren Aussagen gemacht werden. Termine sollten möglichst eingehalten werden, bei unausweichlichen Absagen sollten diese erklärt und ein Alternativtermin angeboten werden.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Therapeutische Haltung und Kompetenzen

- **Bindungssicherheit in der therapeutischen Beziehung**: Wie für die Eltern-Kind-Beziehung gilt auch für die therapeutische Beziehung, dass Bindungssicherheit eine prognostisch günstige Kernkomponente ist Bindungssicherheit in der therapeutischen Beziehung bedeutet, dass die Bezugspersonen von den Psychotherapeutinnen unabhängig von der Umsetzung therapeutischer Aufgaben Wertschätzung und Respekt erfahren.

- Verhalten sich die Bezugspersonen scheinbar unkooperativ, beispielsweise, indem sie Ansprachen nicht einhalten, gilt es, nach möglichen Ursachen zu suchen und gemeinsam eine neue Strategie zu entwickeln, wie eine Zielerreichung erfolgen kann. Die therapeutische Beziehung bietet genügend Sicherheit, wenn die Eltern sich frei fühlen, auch Fehlschläge zu berichten.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

Therapeutische Haltung und Kompetenzen

- **Direkte Kompetenzen: zu wissen, wie…** Die Therapeutin verfügt selbst über folgende Kompetenzen: Flexibilität, Aufbau einer Arbeitsbeziehung, Umgang mit Krisen und Konflikten, gemeinsame Zielklärung etc..

- **Indirekte Kompetenzen: zu wissen wer, was und wo...** Einige der in der Studie gefundenen Kompetenzen sind für die Sozialarbeit notwendig und sinnvoll, in der Psychotherapie werden sie nicht direkt eingesetzt, sondern es erfolgt entweder eine Vermittlung an die entsprechenden Stellen oder die Familie wird angeregt, sich auf die Suche nach einer solchen zu begeben.

Folglich ist eine hochanspruchsvolle Kompetenz und Kenntniskombination erforderlich: psychotherapeutisches Handeln inklusive psychologischen Fachwissens plus eine sehr gute Kenntnis der Versorgungsstrukturen.

Quellen: Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008, Steil & Rosner, 2008, Ahrens-Eipper & Nelius, 2014

„Ich glaube, dass der Kern jeder Traumatisierung in extremer Einsamkeit besteht.

Im äußersten Verlassensein.

Damit ist sie häufig, bei Gewalttraumen immer, auch eine Traumatisierung der Beziehung und der Beziehungsfähigkeit.

Eine liebevolle Beziehung, die in mancher Hinsicht einfach ist, wird unerlässlich sein, um überhaupt von einem Trauma genesen zu können.“

Onno van der Hart,
im Gespräch mit Michaela Huber
am 19.09.2006

Quelle: http://www.michaela-huber.com/files/links/michaela_huber_interview_mit_onno_van_der_hart_0609191.pdf