

Schlüter-Müller, Susanne und Arbeitlang, Christine

**Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles  
Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen  
Tagesklinik**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 3, S. 85-92*

urn:nbn:de:bsz-psydok-37861

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

**Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Kontakt:**

**PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

|  |     |
|--|-----|
| FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances) . . . . .  | 350 |
| GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions) . . . . .   | 366 |
| SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing) . . . . .  | 359 |
| SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law) . . . . . | 343 |
| WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People) . . . . .  | 341 |

## Erziehungsberatung

|  |    |
|--|----|
| VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach) . . . . . | 23 |
|--|----|

## Familientherapie

|   |     |
|---|-----|
| CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic) . . . . . | 250 |
|---|-----|

## Forschungsergebnisse

|   |     |
|---|-----|
| AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years) . . . . . | 196 |
| ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?) . . . . .  | 377 |
| ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents) . . . . .   | 322 |
| FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den  |     |

|   |     |
|---|-----|
| psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale) . . . . .   | 110 |
| HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell) . . . . .  | 150 |
| KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children) . . . . .   | 44  |
| LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code) . . . . . | 203 |
| STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic) . . . . .   | 72  |
| TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers) . . . . .   | 36  |

## Praxisberichte

|   |     |
|---|-----|
| LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents) . . . . . | 260 |
| SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing) . . . . .   | 173 |
| SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic) . . . . .  | 85  |
| SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation) . . . . .  | 93  |

## Psychotherapie

|  |  |
|--|--|
| KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon- |  |
|--|--|

|  |     |  |     |
|--|-----|--|-----|
| trolliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour) . . . . .   | 119 | tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study) . . . . .  | 9   |
| STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy) . . . . .   | 124 | RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law) . . . . . | 167 |
| <b>Übersichten</b>   |     | SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .                  | 280 |
| BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children) . . . . .   | 391 | STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents) . . . . .   | 209 |
| DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment) . . . . .  | 270 | WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘) . . . . .      | 221 |
| ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception) . . . . .   | 48  | <b>Zur Diskussion gestellt</b>   |     |
| ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment) . . . . .   | 158 | CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents) . . . . .   | 134 |
| ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective) . . . . .  | 81  | RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .   | 181 |
| FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staats-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test) . . . . .  | 215 | <b>Tagungsberichte</b>   |     |
| HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning) . . . . .  | 296 | Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg . . . . .  | 63  |
| HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth) . . . . .   | 3   | „Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder . . . . .  | 234 |
| HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenile Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View) . . . . . | 15  | XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. . . . .   | 287 |
| KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing) . . . . .  | 383 | Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte . . . . .   | 399 |
| MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy) . . . . .  | 302 | <b>Buchbesprechungen</b>   |     |
| PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung  |     | ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten . . . . .  | 101 |
|  |     | ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume . . . . .   | 143 |
|  |     | BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer . . . . .  | 241 |
|  |     | BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten . . . . .  | 291 |
|  |     | BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse . . . . .  | 104 |
|  |     | BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen  | 191 |
|  |     | BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung . . . . .   | 102 |

|  |     |  |     |
|--|-----|--|-----|
| DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland . . . . .   | 145 | NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic . . . . . | 189 |
| EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .   | 333 | Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß . . . . .       | 67  |
| EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter . . . . .  | 190 | PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .   | 188 |
| EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33 . . . . .   | 334 | PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter . . . . .   | 103 |
| ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter . . . . .  | 370 | POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry . . . . .                              | 240 |
| FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie . . . . .   | 103 | ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten . . . . .               | 33  |
| FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung . . . . .   | 238 | RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege . . . . .   | 239 |
| FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen . . . . .   | 405 | SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten . . . . .  | 370 |
| GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene . . . . .                               | 190 | SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen . . . . .                                     | 240 |
| GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung . . . . .  | 145 | SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters . . . . .  | 289 |
| HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen . . . . .  | 32  | SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten . . . . .  | 187 |
| HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik . . . . . | 144 | SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern . . . . .   | 100 |
| HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC . . . . .   | 66  | STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven . . . . .                           | 66  |
| HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte . . . . .  | 372 | TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie . . . . .  | 240 |
| KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen . . . . .  | 371 | TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung . . . . .   | 67  |
| KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim . . . . .   | 32  | TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy . . . . .   | 31  |
| KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen . . . . .  | 332 | WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten . . . . .   | 189 |
| KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext . . . . .   | 241 | WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch . . . . .  | 289 |
| KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun? . . . . .   | 290 | WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse . . . . .   | 333 |
| KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder . . . . .  | 334 | WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag . . . . .             | 404 |
| LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft . . . . .  | 403 | ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments . . . . .   | 98  |
| LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie . . . . .  | 371 | ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen . . . . .   | 332 |
| LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie . . . . .   | 99  |  |     |
| LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte . . . . .  | 334 |  |     |
| MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe . . . . .   | 242 | <b>Editorial 2, 340</b>  |     |
| MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1 . . . . .   | 31  | <b>Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399</b>  |     |
| MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik . . . . .  | 65  | <b>Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401</b>   |     |
| MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene . . . . .   | 99  | <b>Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406</b>  |     |
| MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik . . . . .   | 239 | <b>Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407</b>   |     |

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Frankfurt/Main  
(Leiter: Prof. Dr. med. F. Poustka)

# **Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik**

Susanne Schlüter-Müller und Christine Arbeitlang

### **Zusammenfassung**

Der Artikel stellt ein multiprofessionelles (Pflegepersonal, Sozialpädagogen, Lehrer, Psychologen, Ärzte) Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik dar. Dabei wird die Wichtigkeit der Bezie-

hungsarbeit bei frühgestörten Patienten als Äquivalent zur „primären Mütterlichkeit“ herausgestrichen sowie die Bedeutung der kontinuierlichen „Nacherziehung“ und der kognitiven Erfahrungserweiterung auf dem Boden dieser Objektbeziehung. Es wird weiterhin über die aufdeckende Psychotherapie mit den Kindern und die Elternarbeit be-

richtet sowie über die Wichtigkeit, einen Informationsfluß von seiten der Betreuer zum Einzeltherapeuten und umgekehrt herzustellen. Anhand von Fallbeispielen wird veranschaulicht, wie ein Mitarbeiterteam als „ganzes Objekt“ wesentlich ist für die Patienten, um affektive Beziehungen und Abwehrverhalten zu bearbeiten.

### 1 Tagesklinischer Rahmen

Die Tagesklinik der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Frankfurt am Main ist eine teilstationäre Einrichtung mit 10 Plätzen für Kinder im Alter von 3 bis 12 Jahren. Behandelt werden Patienten mit allen Arten kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen wie „Reaktive Bindungsstörungen“, „Störungen des Sozialverhaltens“, „Hyperkinetische Störungen“, „spezifische emotionale Störungen des Kindesalters“, einschließlich elektivem Multismus, Autismus, Ticstörungen oder dem Verdacht auf beginnende Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen. Der überwiegende Teil wird direkt aus der Poliklinik in die Tagesklinik überwiesen, einige Patienten waren vorher in vollstationärer Behandlung. Die mittlere Behandlungsdauer in der Tagesklinik beträgt 13,6 Monate.

Im Team der Tagesklinik arbeiten Krankenschwestern und -pfleger (1,5 Stellen), Sozialpädagogen/innen (3 Stellen), Stationsärzte/Psychologen (1,5 Stellen) und zwei Lehrerinnen der staatlichen Schule für Kranke intensiv zusammen, wobei ein ständiger Informationsaustausch zwischen diesen verschiedenen Berufsgruppen eine wichtige Voraussetzung der konzeptionellen Arbeit ist.

Die Kinder sind wochentags in der Zeit von 8.00 bis 16.00 Uhr in der Klinik und werden entweder von den Eltern oder von Fahrdiensten gebracht und abgeholt. Sie wohnen weiterhin im Elternhaus, was den Vorteil hat, daß sie zum einen keine schmerzliche Trennung von den Eltern erleben müssen und ihnen zum anderen ihr soziales Umfeld erhalten bleibt, so daß sie weiterhin Kontakte zu anderen Kindern an ihrem Wohnort knüpfen können.

Für die Betreuer ist es von Bedeutung, in welcher Verfassung die Kinder morgens und nach dem Wochenende in der Klinik eintreffen, d.h. ob sie in trauriger, aufgeregter oder fröhlicher Stimmung sind, ob ihr äußeres Erscheinungsbild gepflegt oder vernachlässigt wirkt. Auch die Beobachtung des Verhaltens der Eltern ihren Kindern gegenüber ist ein wichtiger Aspekt. Die Umgehensweise bei der Begrüßung oder Verabschiedung und die Reaktionen der Kinder auf ihre Eltern verdeutlichen oft den Grad der gestörten Beziehung. Der kontinuierliche Kontakt mit den Eltern ermöglicht den Betreuern einen direkten Austausch über aktuelle Ereignisse im Elternhaus und auf der Station und damit ein umfassenderes Einfühlen in die kindliche Erlebniswelt. In Konfliktsituationen zwischen Eltern und Kindern können die Betreuer unterstützend und vermittelnd eingreifen und positiv verändertes Verhalten bestärken. Durch die sogenannten Tür- und Angel-Gespräche mit den Eltern entstehen teilweise sehr vertrauensvolle Beziehungen zu den verschiedenen Betreuern,

die zu einer guten Zusammenarbeit und wertvollem Informationsaustausch beitragen können. Es hat sich gezeigt, daß besonders die Mütter als Hauptbezugsperson des schwierigen Kindes sehr viel Unterstützung, Anregung und Zeit für Gespräche in der Klinik brauchen und suchen. Der gute und beständige Kontakt zu ihnen ist ein entscheidender Faktor, ob die Übertragung der Entwicklungsfortschritte der Kinder ins Elternhaus gelingt.

Die Betreuung der Kinder erfolgt in einem Bezugspersonensystem, d.h. ein Betreuer hat feste Bezugskinder, um die er sich in ganz besonderem Maße kümmert. Durch dieses erhöhte Engagement und das damit verbundene Beziehungsangebot gelangen die Kinder schnell in intensive Übertragungsbeziehungen mit ihren jeweiligen Ansprechpartnern. Dies wiederum macht einen besonders engmaschigen Austausch mit dem zuständigen Therapeuten unerläßlich. Da in der Tagesklinik häufig Patienten mit frühen Störungen behandelt werden und diese Kinder in der Gegenübertragung außerordentlich starke negative Gefühle in den Betreuern auslösen, sind sie oft nur durch die gemeinsamen Gespräche zu ertragen. Diese Unterstützung in Verbindung mit dem theoretischen Überbau läßt immer wieder Verständnis für die pathologischen Verhaltensweisen der Kinder entstehen.

Durch die für alle Mitarbeiter gleichen Arbeitszeiten ist ein kontinuierlicher und gemeinsamer Überblick über den stationären Alltag möglich. Regeln können auf diese Weise unkompliziert aufgestellt und eingehalten werden, und es ist leichter, Spaltungen von seiten der Kinder frühzeitig zu erkennen. Für die Durchführung bestimmter Konsequenzen tragen alle die Verantwortung, da jeder von besonderen Vereinbarungen Kenntnis hat.

Der Tagesablauf ist klar strukturiert und bietet in seiner immer wiederkehrenden Gleichheit eine Orientierung und Sicherheit für die Kinder. Im täglichen Zusammenleben gibt es feste Regeln und Grenzen, die von den Patienten beachtet und eingehalten werden müssen. Der feste Rahmen und die Eindeutigkeit der Betreuer soll vor allem den unstrukturierten Kindern eine schutzgebende, haltende und verlässliche Umgebung darstellen. Der Tag beginnt mit einem gemeinsamen Frühstück für alle Kinder und Betreuer. Die Bedeutung dieser Gruppensituation liegt einmal in ihrer beruhigenden und ordnenden Wirkung, die sie vor allem auf die Kinder hat, die schon in aggressiver und chaotischer Stimmung zur Tür hereinkommen. Zum anderen lassen sich in dieser Atmosphäre ruhige Gespräche (z.B. über Erlebnisse im Elternhaus) führen, und es entstehen Interaktionen zwischen Kindern, die sich sonst nicht viel Beachtung schenken.

Ab 9 Uhr beginnt der Unterricht für die schulpflichtigen Patienten. Die Bedeutung der Schule als „Raum der Realität“ ist außerordentlich groß, da in der Schule für die Kinder der Kontakt zur Alltagsrealität am deutlichsten erhalten wird. Unsere Lehrkräfte arbeiten intensiv mit den Herkunftsschulen zusammen, versuchen, sich im Lehrstoff an deren Bücher und Arbeitsblätter zu halten und stellen vor allem immer wieder den Kontakt zur Schule im Wohngebiet her. Dies ist besonders wichtig in Anbetracht der Zielvorstellung, das Kind nach seiner Entlassung wieder in seine

Schule zurückzuführen, was auch zu einem hohen Prozentsatz gelingt. Für unsere Patienten, die nahezu alle primär oder sekundär unter massiven Schulproblemen zu leiden haben, ist es von großem Wert, Schule in Einzel- oder Kleingruppenunterricht zu erfahren, und so eine völlig neue Schulerfahrung machen zu können. Meistens werden die Kinder anfangs einzeln beschult und dann nach und nach mit mehreren Schülern unterrichtet. So können sie in kleinsten Gruppen, mit intensiver pädagogischer Führung neue Lern- und Verhaltensweisen erlernen. Über die Kontakte zur Herkunftsschule bleibt auch für die Kinder immer das Ziel vor Augen, daß sie dorthin zurückkehren sollen, was für nahezu alle Kinder der größte Wunsch ist und mit dem Begriff „wieder normal zu sein“ stark zusammenhängt. So ist Schule als realer Raum, in dem zwar nicht therapeutisch gearbeitet wird, aber sehr wohl ein entsprechendes Verständnis besteht, von großer Bedeutung für die Behandlung.

Die 5- bis 6jährigen gehen in den Vormittagsstunden in die Vorschule, erhalten Einzelförderung sowie freies und vorgegebenes Spiel. Es gibt keine Gruppeneinteilung, so daß die Kinder sich den Spielbedürfnissen entsprechend in den Gruppenräumen frei bewegen können. Um das soziale Lernen zu fördern, findet zweimal wöchentlich eine Gruppenstunde für die Vorschulkinder statt, in der sie von zwei Betreuern angeleitet eine Aktivität unternehmen. Auch die Einzeltherapien liegen vorwiegend in den Vormittagsstunden. In regelmäßigen Abständen gibt es Stationsversammlungen mit allen Kindern, Betreuern und Therapeuten, die Gelegenheit bieten, Regeln neu zu diskutieren, Wünsche und Kritik zu äußern oder Konflikte, die alle betreffen, zu besprechen. Auch in die Planung zur Gestaltung der Räume und der Ferienprogramme werden die Kinder miteinbezogen. Die Vormittagsstunden bieten ebenfalls die Möglichkeit zur spezifischen Förderung multipler Entwicklungsrückstände, wie zum Beispiel der Feinmotorik, Grobmotorik oder Konzentrationsfähigkeit sowie zur außerhalb der Station stattfindenden logopädischen oder psychomotorischen Behandlung.

Um 12.30 Uhr essen die Kinder gemeinsam mit den Betreuern zu Mittag, woran sich für die Schulkinder mit Unterstützung von einem Betreuer die Hausaufgaben anschließen. Der Nachmittag steht zur freien Verfügung, gemeinsame Aktivitäten und Ausflüge werden mit den Kindern geplant. Einmal wöchentlich findet nachmittags eine Gruppentherapie für die älteren Kinder statt, die von einem der Therapeuten geleitet wird und an der jeweils einer der Betreuer im Wechsel teilnimmt. Dort werden spezielle Interaktionsspiele angeboten, die den Kindern zu einer deutlicheren Eigenwahrnehmung und konstruktiven Konfliktbewältigung dienen sollen.

Weiterhin wird an einem Nachmittag der Woche in einer dreistündigen Teamsitzung, an der alle Mitarbeiter des Teams sowie die leitenden Ärzte der Klinik teilnehmen, der jeweilige Entwicklungsstand der Kinder auf Station, in der Schule, in der Therapie und im häuslichen Bereich besprochen. Die Patienten werden an diesem Tag früher nach Hause entlassen. Außerhalb der Arbeitszeit findet alle 2 Wochen eine externe Supervision statt, an der alle Berufsgruppen teilnehmen.

Der Schwerpunkt der Arbeit der Betreuer im Stationsalltag liegt in der intensiven Beziehungsarbeit mit den Kindern. Da die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Regel mindestens 1 Jahr beträgt, besteht genügend Zeit, sich auf eine intensive Beziehung einzulassen. Damit entfällt der Druck, ausschließlich auf die Symptome zu achten und diese zu behandeln, ohne auf die tieferen Ursachen einzugehen. Wichtig ist, das Kind als ganzheitliche Person in den verschiedensten Lebenssituationen beobachten und verstehen zu können. Als erster Schritt in der Beziehung gilt es, das Kind mit seiner Störung anzunehmen und sich in die Entstehungsgeschichte und die Ursachen einfühlen zu können. Im Umgang mit dem Bezugskind tritt in der ersten Phase häufig das Eingehen auf die regressiven Bedürfnisse in den Vordergrund. Im Sinne der Nachbemutterung wird der umsorgende pflegende Bereich nachgeholt, in dem das Kind meist vernachlässigt wurde.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit im Stationsalltag ist die Ich-Strukturierung oder die sogenannte Nacherziehung. Die Betreuer übernehmen teilweise die Ich-Funktionen für die Kinder, in dem sie z. B. für sie ihre Gefühle benennen, Konflikte verbalisieren oder sie anregen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Diese Hilfs-Ich-Funktion erstreckt sich auf alle Spiel- und Alltagssituationen und ist durch die ständige Wiederholung eine anstrengende Aufgabe.

Darauf aufbauend brauchen viele Kinder eine Unterstützung zur Gewissensbildung. Da die mangelnde strukturelle Ich-Entwicklung eine Störung des Sozialverhaltens nach sich zieht, liegt der zweite Hauptanteil der Stationsarbeit im Übernehmen der Über-Ich-Funktion. Im Rahmen von Konfliktbewältigungen müssen den Patienten immer wieder Werte und Normen vermittelt werden sowie Eigenbeteiligung, Eigenverantwortung und alternative Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

## 2 Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft

Im Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft, das uns als Grundlage unserer Arbeit dient, haben alle Mitglieder des Behandlungsteams therapeutische Funktionen und sind persönlich gleichwertig, auch wenn sie sich in ihrem therapeutischen Handeln unterscheiden (JANSSEN 1987).

Das gesamte Leben auf Station ist therapeutischer Raum im Sinne einer fördernden und verlässlich haltenden Umwelt (JANSSEN 1987). Dieses integrative, d. h. alle Berufsgruppen umfassende Behandlungskonzept basiert auf der Theorie der Objektbeziehungen, die mit dem Namen WINNICOTT und BALINT in engem Zusammenhang stehen. Dabei soll das Team als Ganzes bzw. jede Bezugsperson für sich als gutes, verlässliches Objekt zur Verfügung stehen, da es unseren Patienten sehr oft gerade an der Erfahrung dieser guten Objekte mangelt. Der entsprechende Erwachsene ist nicht Verwalter einer speziellen Technik, sondern immer auch selbst affektiv und als Person und Individuum in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen (MORGENTHAUER 1978). Diese Theorie der „emotionalen Erfahrung“ (CREMERIUS 1979 a, b) ist in

besonderem Maße für Kinder mit strukturellen Störungen, Störungen also, die mehr durch das bestimmt sind, was fehlt, und weniger durch intrapsychische Konflikte, von besonders großer therapeutischer Bedeutung. Dies sind z. B. Über-Ich-Störungen (Störung des Sozialverhaltens), narzißtische und Borderline-Störungen sowie schizoide Störungen. Aber auch für Kinder mit vorwiegend emotionaler Symptomatik, wie z. B. Depressionen, Ängste, Phobien, Zwänge, Aggressivität, bietet die positive Erfahrung an neuen Objekten und deren Verlässlichkeit, „eine Kinderpflege, die auf die Probe gestellt werden kann“, wie WINNICOTT (1976) dies nannte, die Voraussetzung, das Wagnis einzugehen, ihr Verhalten zu verändern und ihre Symptome aufzugeben. Diese „Nacherziehung“ steht und fällt mit der entsprechenden Beziehung des Kindes zur Bezugsperson bzw. zum Einzeltherapeuten. Diese positive Erfahrung an neuen Objekten nennt BALINT „die Heilkraft der Objektbeziehung“. Sie ist der erste Schritt in Richtung einer Ich-Stärkung, entsprechend der Dualbeziehung zwischen Mutter und Kind im Stadium der „primären Liebe“ (BALINT 1970).

Die Betreuer auf Station sind stark in das Übertragungsgeschehen der Kinder miteinbezogen. Je früher ein Kind gestört ist, desto heftiger sind seine Übertragungsgefühle der Bezugsperson oder dem gesamten Team gegenüber. Sie äußern sich in heftigen Attacken, wüstesten Beschimpfungen, Verwüstungen, aber auch in starken infantilen Wünschen nach Nähe und Ausschließlichkeit.

Eine besonders harte Herausforderung an das Team stellen Übertragungsspaltungen, die mehr oder weniger ausgeprägt bei allen Kindern mit frühen Störungen zu beobachten sind. Solche Kinder können auch ein Team spalten, was oft nur mit Hilfe von Supervision zu erkennen und aufzuheben ist.

Schafft es das Team, die gespaltenen Gefühle des Patienten zu ertragen (was nur geht, wenn man die Spaltung erkennt und als Störung des Patienten sieht und z. B. nicht als eigenes Versagen), macht dieser erstmals die Erfahrung, beide Gefühlsextreme in einem Objekt, nämlich dem Behandlungsteam als Ganzem, vereinigen zu können (JANSSEN 1987). So kann das Kind erstmals erfahren, daß gute und schlechte Anteile vereinbar nebeneinander stehen können und es erhält somit die Möglichkeit, diese gegensätzlichen Anteile in sich zu integrieren und so eine Erweiterung seiner Persönlichkeit zu erfahren.

### 3 Fallbeispiel

Wir berichten im folgenden über einen Jungen, der im Alter von 8,6 Jahren bei uns aufgenommen wurde. Er war in der Schule nicht mehr tragbar, und den Eltern war seit langer Zeit nahegelegt worden, ihn in kinderpsychiatrische Behandlung zu geben. Ein ambulanter beschäftigungstherapeutischer Behandlungsversuch war ohne Erfolg verlaufen. Der Junge war von unserem Ambulanzarzt mit den Worten geschickt worden „ich habe in meiner langjährigen beruflichen Tätigkeit selten ein Kind erlebt, das bei mir so starke negative Gefühle ausgelöst hat“. Es

wird dies deshalb erwähnt, weil es bereits einen ersten diagnostischen Hinweis liefert: Kinder mit frühen Störungen, ohne ein tragendes, gutes inneres Objekt, das ihnen die Sicherheit gibt, im großen und ganzen „gut zu sein, so wie sie sind“, lösen in anderen oft diese negativen Gefühle aus.

Im Aufnahmegespräch war Hans mürrisch, ärgerlich, aber auch ängstlich und anklammernd. Auffallend waren seine laute, quengelnde Stimme und seine ungepflegten Zähne. Er wirkte wie ein sehr unglückliches und unzufriedenes Kind. Die Eltern schienen erleichtert, endlich Hilfe zu bekommen, die Mutter hatte eine ähnlich laute unmodulierte Stimme wie ihr Sohn und sprach mit deutlicher Unbeteiligtheit von den Störungen des Jungen. Der Mann, der nicht der leibliche Vater von Hans war, wirkte herzlich und freundlich.

#### 3.1 Aus den Berichten der Bezugsperson

Als Hans im September 1989 im Alter von 8 Jahren in die Tagesklinik kam, war mein erster Eindruck von ihm, daß er ein besonders unfreundliches, verkrampft, aber auch ängstliches Kind sei. Er klammerte sich stark an mich und wirkte deutlich kontaktgestört den anderen Kindern gegenüber. In der Anfangszeit war er stets übelgelaunt und unwirsch, sein Tonfall war quengelig und motzig. Seine Frustrationstoleranz war extrem gering, und er hatte eine fast sadistische Freude daran, anderen weh zu tun.

Zur mir suchte er häufig Körperkontakt, wobei er immer eine Spur zu grob wurde und Grenzen überschritt. Er bekam bei geringsten Anlässen schlimme Tobsuchtsanfälle, in denen er sich wie ein 2jähriger auf den Boden warf, strampelte und nach seiner Mutter schrie. Mich beschimpfte er mit wüsten Ausdrücken oder warf mit Gegenständen nach mir, wenn er seinen Willen nicht bekam oder Forderungen erfüllen sollte, die er nicht erfüllen wollte.

Eindrucksvoll war auch seine immense Angst vor Verletzungen, wobei er eine hohe Unfallneigung hatte. Wenn er sich verletzt hatte, geriet er völlig außer sich, schrie wie am Spieß, klapperte vor Angst mit den Zähnen und ließ sich durch nichts beruhigen.

Ein anderer wichtiger Punkt bei Hans war sein maßloser Ekel vor sich selbst und seinen Körperausscheidungen wie Blut, Speichel und Schweiß. Seine Zähne waren mit einem weißlichen Belag überzogen, da er sich seit Jahren aus Angst vor Zahnfleischbluten nicht die Zähne putzte. Desgleichen waren in seinen Mundwinkeln und auf seinen Lippen Speichelreste, so daß sein Anblick auf uns häufig auch eklig wirkte.

In mir löste sein Verhalten extrem gegensätzliche Gefühle aus, nämlich einerseits von Gebrauchtwerden, Mitleid, Nähe, andererseits Wut, Widerwillen, Enttäuschung und Verletzbarkeit. Ich hatte den Eindruck, er zog mich nahe zu sich heran, um mich dann wieder brutal zurückzustoßen. Dadurch fühlte ich mich von ihm benutzt, als Objekt zur Befriedigung seiner narzißtischen Bedürfnisse.

Im Stationsalltag zeigte Hans schnell regressive und symbiotische Wünsche. So sagte er einmal zu mir, er wolle wieder in den Bauch der Mutter krabbeln und an der Brust Milch trinken. In Gruppensituationen wollte er meist auf meinem Schoß sitzen, und ich ließ ihn gewähren oder hielt seine Hand, da er nur auf diese Weise ruhig sitzen bleiben konnte. Ich achtete darauf, ihm ständig den Belag in den Mundwinkeln abzuwischen und die Lippen einzucremen.



Allmählich entwickelte sich eine emotionale Beziehung zu mir, die sich u. a. darin ausdrückte, daß er begann, in für ihn bedrohlichen Situationen meinen Namen zu rufen. Ein anderes Mal sagte er während einer Stationsversammlung zu den anderen Kindern: „Schaut mal, ich habe eine neue Mutti gefunden!“.

Mit Entstehung einer engen Beziehung zu mir wurde Hans sehr eifersüchtig auf die Mitpatienten und verlangte von mir, nur für ihn dazusein. Er meinte ständig, zu kurz gekommen zu sein und konnte sich über nichts wirklich freuen. Das Suchen nach Nähe und symbiotischer Bindung war einerseits sehr rührend, andererseits war seine Ausschließlichkeit schwer zu ertragen, und in Konflikten bekam ich die verbalen und körperlichen Attacken eines 9jährigen zu spüren, die für mich oft sehr kränkend waren.

Diese emotionalen Wechselbäder auszuhalten schaffte ich vor allem durch die intensiven Gespräche mit der Therapeutin, die mir in Verbindung mit Hans' traumatischer Kindheit das Verständnis für seine pathologischen Reaktionsmuster vermittelte.

Im Laufe der Behandlung begleitete ich Hans mehrmals zum Zahnarzt, was unbedingt notwendig war und auf seinen ausdrücklichen Willen hin geschah. Dies stellte für uns beide eine extreme Belastungssituation und für ihn eine große Hürde in seiner psychischen Entwicklung dar. Erst nach mehreren Besuchen war er überhaupt bereit, seinen Mund zu öffnen, doch sobald er ein Zahnarztinstrument sah, fing er an zu schreien und wie ein Kleinkind zu weinen. Ich mußte mit großer Geduld auf ihn einreden und zeitweise ihm sogar die Hände festhalten, damit er überhaupt behandelt werden konnte. Sein Gebaren entstand allein aus der überwältigenden Angst vor Schmerzen und Blut heraus, nicht durch reale Schmerzen bei der Behandlung. Aus diesen Erlebnissen entstand eine größere, intensivere Nähe zwischen uns beiden, und man hatte den Eindruck, er sei mit der Bewältigung der Angstsituation insgesamt gereift.

Da Hans vor allem in konflikthafter und ihn frustrierenden Situationen wie ein einziges Bündel von Gefühlen wirkte, alles Böse auf uns Betreuer projizierte, keinerlei Eigenbeteiligung bei Konflikten sah und beim Versuch der Klärung sich nur die Ohren zuhielt oder schreiend weglief, übernahm ich für ihn die Rolle eines Hilfs-Ich. Ich benannte seine Gefühle („Du bist jetzt wütend, eifersüchtig, traurig, weil ...“) und unterstützte ihn immer wieder in schwierigen Interaktionen mit den Kindern. Parallel dazu versuchte ich auch auf seine gesunden Anteile zu achten, seine Fähigkeiten zu loben und ihm schrittweise altersadäquate Forderungen, vor allem im sozialen Bereich, zu stellen.

Nach etwa 4 Monaten konnte Hans erstmals seine Gefühle artikulieren, indem er bei einer Auseinandersetzung sagte: „Ich bin so sauer“, und daraufhin nicht mehr alles kaputtschlagen mußte. Seine Wutausbrüche verringerten sich, er konnte sich schneller wieder beruhigen und seine Ekelgefühle und die damit verbundenen extremen Reaktionen legten sich deutlich. Seine Frustrationstoleranz erhöhte sich, so konnte er z. B. bei Spielen auch mal verlieren und dies einfach hinnehmen.

Die Verbesserung seiner Verhaltensweisen waren aber eng mit meiner Person verbunden, was sich im Fall meiner Abwesenheit bei freien Nachmittagen oder Urlaub in starken Einbrüchen seinerseits zeigte. Auffallend war auch, daß, sobald wir die Station verließen, Hans sehr schwer eingrenzbar und schwierig wurde, was zeigte, wie sehr er noch den engen, strukturierten Rahmen für sich brauchte.

Nach etwa einem Jahr wirkte er insgesamt als fröhlicheres, ausgeglicheneres und sehr kreatives Kind. Er war in der Lage, sich in andere einzufühlen, zeigte sich in Konfliktsituationen erreichbar und begann sich für schlechtes Benehmen zu schämen. Im Sozialverhalten hatte er enorm aufgeholt.

Mit Beginn eines Außenschulversuchs nach nunmehr 16monatiger Behandlung erlebte Hans einen starken Einbruch. Er griff auf frühere Verhaltensweisen zurück, bekam wieder aus nichtigen Anlässen heraus Tobsuchtsanfälle und war mit allem unzufrieden. Zusätzlich fixierte er sich zwanghaft auf eine Beziehung zu einer Mitpatientin. So rechnete er ständig in Minuten aus, wieviel Zeit er mit ihr verbringen könne. Wenn sie nicht mit ihm spielen wollte, quälte er sie pausenlos. Anschließend schämte er sich sehr für sein Verhalten. Auf ein anderes Mädchen, das mit ihr ab und zu Kontakt hatte, war er rasend eifersüchtig.

Seine Gefühle von Wut, Verzweiflung, Enttäuschung und Trauer rissen ihn förmlich auseinander. Trotz dieses schlimmen Rückfalls spürte ich in unserer Beziehung eine andere Qualität als früher. Ich verlor nie die Sicherheit, auf eine positive Weiterentwicklung zu hoffen. Denn die Veränderung war vor allem, daß Hans nun auf der Basis unserer engen, tragfähigen Beziehung immer wieder das Gespräch mit mir suchte. Er war in der Lage, lange Zeit über seine Gefühle zu sprechen, seine Zerissenheit und Verzweiflung auszudrücken und Hilfe anzunehmen.

Abschließend kann ich berichten, daß er sich wieder gefangen und sein inneres Gleichgewicht wiedergefunden hat, so daß sich unsere Annahme bestätigte, daß er die Zeit gebraucht hat, um mit dem teilweisen Verlust des stationären Lebensraumes fertig zu werden.

4 Jahre nach seiner Entlassung ist zu berichten, daß die Mutter des Kindes sich ab und zu meldet, um uns mitzuteilen, daß es Hans gut gehe, er nun pubertär würde und in der Schule mit Lehrern und Kindern im großen und ganzen gut zurecht käme. In schwierigen Zeiten wie Umschulung ins Gymnasium, Wechsel in ein Internat, Beziehungswechsel zeige er immer alte Verhaltensmuster, die sich jedoch nach einiger Zeit wieder legen würden.

### 3.2 Abschließende Erläuterungen

Die Funktion der Einzeltherapeutin bestand in erster Linie darin, mit der Mutter des Kindes zu arbeiten und ferner die Bezugsperson des Kindes in ihrer außerordentlich schwierigen Aufgabe, diesem Kind als gutes Objekt, als „schutzgebende Mutter“ (BALINT 1970) zur Seite zu stehen, zu unterstützen. In sehr engmaschigen regelmäßigen Gesprächen wurde über die vielen Gefühle und Fragen, die bezüglich des Kindes auftraten, gesprochen. Durch Berichte über die extrem traumatische Kleinkindzeit des Jungen, konnte die Betreuerin immer wieder nachvollziehen, warum sein Selbst so zerbrechlich war, und er immer wieder in solch pathologischer Weise reagieren mußte.

Durch die Eröffnung der neuen Erfahrung in der Beziehung zu seiner Bezugsperson konnte Hans tiefe regressive Wünsche und Gefühle zeigen. Parallel zur Entwicklung dieser beginnenden Beziehungsfähigkeit erlebte er aber auch die Begrenztheit dieser Beziehung, was ihn anfangs oft in schlimmste Wut- und Aggressionsdurchbrüche stürzte. Da seine Betreuerin jedoch für ihn als Hilfs-Ich zur Verfügung stand, und er sie das auch sein ließ, konnte sie beginnen, für ihn Ich-Funktionen zu übernehmen, d. h. Gefühle in Worte zu fassen, die ihn überschwemmten, um ihm so zu verhelfen, sie auf einer reiferen Stufe zu begreifen.

Indem man die Gefühle, inneren Nöte und Verzweiflungen der Kinder in Worte faßt, und nichts anderes ist eine Deutung, erhalten sie das Gefühl „der/diejenige weiß,

wie's um mich steht, wenn ich es schon selbst oft nicht weiß". Dies bereitet einen weiteren Boden für eine neue Objekterfahrung. Um richtige Deutungen zu geben, bei denen sich das Kind verstanden fühlt, muß man aber den Hintergrund seiner Geschichte und seiner Störung kennen. Auch deshalb ist es so wichtig, daß die entsprechenden Bezugspersonen der Kinder über Vorgeschichte und Stand der Therapie unterrichtet werden. Daß dies ein hohes Maß an Sensibilität und Verantwortungsgefühl voraussetzt, muß in diesem Zusammenhang ganz besonders betont werden. Gelingt es einem frühgestörten Patienten, eine Erfahrung zu machen, die er in seiner Mutter-Beziehung nicht machen konnte, und diese Erfahrung zu verinnerlichen und in sich zu behalten, bedeutet dies eine Überbrückung der primären strukturellen Störung.

Wir haben dies bei Hans in eindrucksvoller Weise gesehen. Er konnte in der Erfahrung mit der neuen, tragfähigen Beziehung Teile seines strukturellen Mangels überwinden, und dauerhaft bewahren. Es bleibt abzuwarten, wie er die Zeit der Adoleszenz, mit all ihren Schwierigkeiten und Herausforderungen an die vorhandenen Ich-Funktionen bewältigen wird.

#### 4 Fallbeispiel Ruth

Ruth wurde uns, 10jährig, von einer Erziehungsberatungsstelle überwiesen, nachdem sie seit Wochen wegen sich steigender Angstzustände das Haus, später auch ihr Zimmer nicht mehr verlassen konnte. Entfernungen von der Mutter konnte sie nicht ertragen und geriet in panikartige Angstzustände, wenn sie sie nicht mehr sehen konnte. Ferner hatte sie Vergiftungsängste, fürchtete sich vor Grünpflanzen und Büschen mit Beeren, da sie annahm, diese würden ihr in den Mund fliegen und sie vergiften. Sie litt ferner unter verschiedenen Zwängen, mußte z.B., wenn sie sich angestoßen hatte, zurückgehen und sich wieder anstoßen, sich angstmachende Situation immer wieder haarklein überlegen, Gedanken und Befürchtungen der Mutter detailliert immer wieder erzählen. Bemerkenswert war, daß die Mutter im Aufnahmegespräch berichtete, daß die Vorstellung bei uns von der Tochter ausgegangen sei. Sie habe gesagt, sie könne nicht mehr, sie müsse zum Arzt.

Ruth war im Aufnahmegespräch starr, amimisch und angespannt. Trotz ihrer Ängste machte sie einen sehr arroganten Eindruck, was zunächst nicht so recht zusammenzupassen schien. Die Eltern berichteten lächelnd und ohne sichtbare Betroffenheit von der schweren Symptomatik des Kindes, sie waren voller Verständnis. Jeglicher Ärger oder Anstrengung in bezug auf die Symptomatik des Kindes wurde geleugnet, obwohl sie angaben, sich die vergangenen Wochen „24 Stunden rund um die Uhr um die Tochter gekümmert zu haben“.

#### 4.1 Aus den Beobachtungen der Bezugsperson

Als die 10jährige Ruth bei uns aufgenommen wurde, wirkte sie sehr ängstlich, unsicher und verkrampft. Auffallend war ihre besonders steife und abrupte Art sich zu bewegen. Ihr Mienenspiel war äußerst reduziert, und sie sprach schnell, aber ohne Betonung.

Anfangs bewegte sie sich auf Station nur durch Aufforderung, wenn dies einmal unterblieb, stand sie hilflos im Raum. Sie äußerte multiple Ängste wie das Durchqueren der Flure, ins Freie zu gehen, allein auf Toilette gehen, Angst vor Büschen und Beeren. Doch in ihrer mechanischen Art der Äußerung war ihre Angst für uns nicht spürbar. Uns Betreuern schien sie oft gelangweilt, weil sie die meisten Spielangebote und Aktivitäten, besonders die, die mit Bewegung zu tun hatten, ausschlug und nur beobachtend dabei saß. Meistens bastelte sie in einer sehr zwänglichen Art und Weise. Ihre Lustlosigkeit und kurz angebundene Art bei Gesprächen wirkte auf uns sehr arrogant.

Ruth entwickelte schnell zwängliche und ritualisierte Verhaltensweisen mit den Betreuern. So ging sie erst nur an der Hand ins Freie, später mußte sie sich jemanden an die Fersen heften, d.h. sie hielt Blickkontakt mit den Füßen einer Person und bewegte sich dieser entsprechend. Sie signalisierte ständig die Erwartungshaltung, daß man ihre Bedürfnisse immer beachten und erfüllen müsse, und wenn sie einmal vergessen wurde, klagte sie in vorwurfsvollem Ton ihre Rechte ein. Die Personen, die sie in ihrer Unselbständigkeit brauchte, waren austauschbar und funktionalisiert, so daß wir nicht das Gefühl hatten, daß Nähe oder eine Beziehung entstanden war. Die Spürbarkeit ihrer Not oder Verzweiflung fehlte völlig. Ruths Prinzessinnenhaltung löste allmählich Wut in uns aus, wobei sie selbst Gefühle wie Wut und Ärger, aber auch Freude überhaupt nicht zeigen konnte.

Als ich Ruth durch den Weggang einer Kollegin als Bezugskind übernahm, fiel mir besonders mein Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und Wertlosigkeit im Umgang mit ihr auf. Ich stellte ständig an mich die Anforderung, ihr interessante Angebote, lockere Gespräche oder neue Spiele anbieten zu müssen, empfand mich aber als ungenügend und phantasielos, da von ihrer Seite keine Resonanz kam. Sie mied auch als einziges Kind jeglichen Körperkontakt und sprach mit mir in ihrer zwanghaften Art immer über die gleichen Dinge.

Dazu möchte ich einräumen, daß kein anderes Kind bisher diese Gefühle in mir ausgelöst hat und ich deshalb auch erst nach einiger Zeit realisierte, daß dies nicht meine Teile waren, sondern ihre. Für sie hatte ich eine Containerfunktion, in der sie diese Empfindungen unterbringen konnte und ich sie an ihrer Stelle spürte. Ich hatte den Eindruck, daß ich ihr von mir Lebensfreude, Spaß an Bewegung und Phantasie abgeben müsse.

Im Laufe der Behandlung wurde sie für ihre Verhältnisse lokaler und lebendiger, jedoch hatte ich nie den Eindruck, daß sie zu mir eine Beziehung aufgebaut hatte. Sie orientierte sich immer wieder an Mitpatienten, die sie bemutterten, Entscheidungen für sie trafen und das Spielgeschehen für sie gestalteten.

Meine wichtigste Aufgabe in der Arbeit mit ihr sah ich darin, mit ihr gemeinsam herauszufinden, welches ihre ureigensten Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle waren und ihr zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag zu verhelfen.

Ein wichtiger Schritt erfolgte zum Ende ihres Aufenthaltes in Form eines Schulversuchs innerhalb des Klinikums, bei dem sie zwei Stationen mit der Straßenbahn fahren mußte. Da sie noch nie allein im Straßenverkehr gewesen war, verhielt sie sich wie ein Kleinkind. Es dauerte einige Zeit, bis sie überhaupt eine Straße allein überqueren konnte, weil sie sich erst traute loszulaufen, wenn kein Fahrzeug in Sichtweite war. In ganz kleinen Schritten

schaftte sie diese Anforderung und in dieser Zeit konnte ich erstmals ihre Angst und Hilflosigkeit spüren. Bei mir entstand dadurch mehr Sicherheit im Umgang mit ihr.

Mit Bewältigung dieser Aufgabe wurde Ruth auf Station selbstsicherer und eindeutiger. Ihre früheren Ängste verschwanden völlig, und die Zwänge waren deutlich reduziert. Zu mir stellte sie von sich aus mehr Kontakt her und zeigte im Spiel ihre frechen und humorvollen Anteile.

Nach der Entlassung in die Regelschule an ihrem Wohnort sollte Ruth nachmittags weiter in die Tagesklinik kommen. Sie erschien noch ein einziges Mal und brach dann den Kontakt völlig ab. Als sie telefonisch diverse Gründe für ihr Fehlen mitteilte, wirkte sie sehr kühl und arrogant, auch auf Anrufe einiger Kinder, mit denen sie sich früher verabredet hatte, reagierte sie abweisend. Durch die mangelnde Entscheidungsfähigkeit der Eltern für einen weiteren Aufenthalt gegen den Willen Ruths galt die Behandlung als abgebrochen. Zurück blieb eine große Unzufriedenheit in uns und die Bestätigung dafür, daß sie sich auf keine echte Beziehung einlassen konnte.

#### 4.2 Abschließende Erläuterungen

Die Therapeutin des Mädchens hatte in den Therapiestunden ein Gefühl von absoluter Leere, es fiel ihr nichts ein, was sie mit der Patientin machen oder hätte besprechen können. Ruths Lieblingsthema, das Reiten, langweilte sie zu Tode, die Stunden zogen sich wie Gummi und kamen ihr unendlich vor. Anschließend hatte sie immer ein Gefühl von Erschöpfung und Ausgelaugtsein. Die Leblosigkeit dieses Kindes gab ihr oft das Gefühl, daß Ruth sich in den Stunden mit ihr von ihrer Lebendigkeit etwas nahm (s. a. FEDERN 1989).

Das Ich dieses Kindes war sehr brüchig. So war die Besetzung ihres Körpers anscheinend nur unzureichend geglückt (steif und leblos), die Realitätsprüfung teilweise beeinträchtigt (Vergiftungsängste). Ihre Angst war eine Angst vor Vernichtung durch Objektverlust, was für eine mangelnde Objekt Konstanz sprach. In ihrer Abwehr griff sie zunächst hauptsächlich auf Verleugnungen (ich kann ja alles) und Rationalisierungen (ich treffe mich abends nur deshalb nicht mit anderen Kindern, weil es schon so spät ist) zurück, als Sublimierung stand ihr außerhalb des Elternhauses nur das Reiten zur Verfügung. Ihr Angstniveau war sehr niedrig, ihr labiles inneres Gleichgewicht schien sie durch ein aufgeblähtes Größenselbst zu stabilisieren (ich bin so toll, wie ich es gerne wäre, Reales nehme ich nicht wahr), was ihr oft einen arroganten Zug verlieh. Dieses narzißtisch gestörte Selbstbild diente ihr zur Abwehr unerträglicher realer Gegebenheiten im zwischenmenschlichen Beziehungsfeld (STREECK-FISCHER 1988, 1989). Denn ihre Fähigkeit, sich auf andere einzustellen, Anteilnahme und Empathie zu empfinden, eine Grundvoraussetzung für Freundschaft, waren bei ihr völlig unterentwickelt, was für eine nicht gelungene Individuation und Separation sprach.

Die Mutter, eine ähnlich unlebendige und starre Frau, erzählte, daß sie sich immer eine Tochter gewünscht habe, und nachdem ihr erstes Kind ein Junge gewesen sei, sich lange von dem Schock nicht erholt habe. Dann habe sie Ruth bekommen, und sie habe heute noch ihr gegenüber

das Gefühl wie am ersten Tag, als sie im Körbchen neben ihr stand. Doch habe sie sich gewundert, daß dieses Kind, das sie sich immer so sehr gewünscht hatte, so anders war, als sie es sich vorgestellt hatte. Sie hätte nie gelächelt, sei immer ängstlich und schreckhaft gewesen, habe sich nie gut von ihr trennen können, sei nie gerne in den Kindergarten gegangen, später auch nicht in die Schule, sie habe sie dorthin begleitet, sei auch in der Pause hin, weil Ruth dies so gewünscht habe, habe teilweise vor der Klassenzimmertür gesessen. Mit Stolz erzählte sie, daß sie Ruth bis zum heutigen Tag noch keine 5 Minuten allein gelassen habe. Die Mutter berichtet lächelnd, daß Ruth immer, wenn sie nach Hause käme, anfangen würde zu krabbeln, in Babysprache zu reden und nach einer Nuckelflasche verlangen würde, die sie ihr dann auch mache und sie auf den Schoß nehme.

Wie können wir nun verstehen, wie eine Mutter ein vordergründig so gewünschtes Kind in seiner Individuation so einschränkt, daß es so schwer krank wird, zwischen sich und anderen mit 10 Jahren noch schlecht unterscheiden kann, eigene Bedürfnisse und Wünsche nicht spüren kann, weil die Mutter auch das für sie übernommene hat, sich nicht trennen kann, ohne ein Gefühl der Vernichtung ähnlich einem Neugeborenen zu haben?

Die Mutter von Ruth hatte selbst eine schwer depressive und valiumabhängige Mutter, die immer nur im Bett lag und sich nie um ihre Kinder kümmerte und sie vollkommen selbst überließ. Sie war ausschließlich mit sich selbst beschäftigt und machte den Kindern immer deutlich, daß sie nur Schmutz und Arbeit bedeuteten. Sämtliche Wünsche nach Nähe und Versorgtwerden wurden immer nur sehr ungenügend befriedigt. So sah Frau A. ihre einzige Daseinsberechtigung darin, sich unsichtbar zu machen. Sie zog sich von allen Menschen zurück – bis zum heutigen Tag – und erwartete von Beziehungen nichts außer Ärger und Anstrengung.

Als nun ihre Tochter geboren wurde, mit der sie sich natürlich mehr als mit dem Sohn identifizieren konnte, versuchte sie die selbst nie erlebte Symbiose nun mit Ruth herzustellen und zwar auf eine Art, wie sie eine natürliche Symbiose der ersten Monate bei weitem übersteigt. Was sie selbst bei ihrer Mutter nie bekommen hatte, hoffte sie nun bei dem eigenen Kind zu finden: Es war verfügbar, konnte als Echo gebraucht werden, ließ sich kontrollieren, war ganz auf sie konzentriert, gab ihr seine ganze Aufmerksamkeit und Bewunderung. Wie nun gestaltet sich aber die Ich-Werdung eines Kindes, das in erster Linie für die eigenen Symbiosewünsche der Mutter benutzt wird. Durch die an sie viel zu früh und viel zu umfangreich gestellte Nötigung zur Autonomie konnte die Mutter die Autonomiebestrebungen ihrer Tochter nicht ertragen, da sie die Symbiose mit ihr dadurch bedroht sah, und durch die Identifikation mit der Tochter in ihr nur ihre eigenen Abhängigkeitswünsche sehen konnte. So wurde es für Ruth unmöglich, eine Separation und Individuation zu wagen, und somit sicher zwischen dem eigenen Selbst und dem der Mutter als getrennte Einheiten zu unterscheiden. Der immer wieder drohende Selbstverlust (Angst vor Auflösung der Körpergrenzen durch Eindringen) durch man-

gelnde Selbst/Objektdifferenzierung führte bei ihr zu Zwängen, die im Dienste der Selbsterhaltung standen (STREECK-FISCHER 1988, 1989; QUINT 1984).

Mit der Kenntnis der Geschichte der Mutter des Mädchens läßt sich verstehen, warum es für alle und für die Bezugsperson des Kindes in der Tagesklinik im Besonderen so schwierig war, eine Beziehung mit Ruth einzugehen. Sie war beziehungsmäßig auf dem Stand eines Säuglings, der für eine Beziehung noch nichts tun muß, denn die gegenseitige Verantwortung für die Beziehung zwischen Mutter und Kind kommt erst später. Sie hat nie spüren gelernt, was andere Menschen fühlen, mögen, ablehnen, da sie jegliche Wahrnehmung der Welt durch die Mutter erfuhr. Dadurch wirkte sie gefühlkalt und uneinfühlsam. Beziehungen tauschte sie aus, sie waren ersetzbar und schienen unwesentlich. Dies ist bis zum Ende der Behandlung so geblieben, ganz besonders auch deshalb, weil sowohl Mutter wie auch Kind bei der Vorstellung, die Symbiose zu durchbrechen, sich der Triangulierung zu stellen, stark bedroht waren. Ruth spürte vielleicht, was auf dem Spiel stand, wenn sie unabhängig werden würde: Die totale Ausstoßung oder die Dekompensation der Mutter. Sie war ihr gegenüber auf diese Weise immer loyal, indem sie uns massiv entwertete.

So war im Fall von Ruth sowohl die Mutter als auch das Kind von dem Beziehungsangebot in der Behandlung stark bedroht. Ruth wegen ihres strukturellen Mangels, da bei jeder Art von Beziehung ein erneuter Selbstverlust durch Verschmelzungsängste drohte, und die Mutter, da sie durch uns die Symbiose mit der Tochter in Gefahr sah. So konnten beide nur kleine Schritte zur Ich-Werdung des Kindes zulassen und mußten genau darauf achten, daß diese Separationsschritte die Ausschließlichkeit der Mutter-Kind-Beziehung nie wirklich in Frage stellten. So ließ Ruth uns zurück mit dem Gefühl der Unzulänglichkeit, des Versagens und der Wut, alles Gefühle, die sie in sich trug und via projektiver Identifizierung von sich fern hielt und in uns deponierte. Diese Containerfunktion (BION) müssen wir bei schwergestörten Patienten oft übernehmen, um die Teile von ihnen zu beherbergen, die sie nur unter der Gefahr der Vernichtung bei sich selbst wahrnehmen dürften. Einen Teil dieser „schlechten“ Gefühle hat Ruth bei uns deponiert und kann so die Idealisierung der Mutter aufrechterhalten, was zu deren psychischem Wohlbefinden notwendig ist.

## 5 Schlußwort

Die schwierigen Aufgaben, die an die verschiedenen Personen des Behandlungsteams gestellt werden, sind nur zu leisten, wenn ein kontinuierlicher, offener Austausch über die Erfahrungen im Umgang mit den Patienten in beide Richtungen besteht. D.h. daß der Einzeltherapeut vom

Team und das Team vom Einzeltherapeuten ständig und offen über den momentanen Entwicklungsstand des Kindes unterrichtet wird. Nur so ist u.E. gewährleistet, daß sich alle Mitarbeiter des Teams einer gemeinsamen therapeutischen Richtung verpflichtet fühlen und sich damit identifizieren können.

## Summary

*The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatric Daycare-Clinic*

The article will describe a multiprofessional (nurses, socialworkers, teachers, psychologists, physicians) treatment in a child psychiatric daycare-clinic. In that context the importance of relationship as an equivalence to the "primary motherliness" for early-disturbed children will be stressed. Further the article will focus on the relevance of continuous "post-education" and the broadening of the children's cognitive range by way of this object relation. Also, the article will inform about the uncovering psychotherapy with the children and their parents and about the importance of informations both from the therapists to the team as the other way round. Based on case studies it will be demonstrated how the multiprofessional team functioning as a "whole object" becomes instrumental for patients to work through affective relationships and mechanisms of defence.

## Literatur

- BALINT, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart. – CREMERIUS, J. (1979a): Die Entwicklung der psychoanalytischen Technik. In: Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (Hrsg.): Theorie und Praxis der Psychoanalyse. Fellbach. – CREMERIUS, J. (1979b): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 33, 577–596. – FEDERN, E. (1989): Todestrieb und Eros – Zur Geschichte und aktuellen klinischen Relevanz von Freuds „Jenseits des Lustprinzips“. *Psychosozial*, Teil I, 12.Jg. – JANNSEN, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart. – MORGENTHAUER, F. (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt. – QUINT, H. (1984): Der Zwang im Dienste der Selbsterhaltung. *Psyche* 38, 717–737. – STREECK-FISCHER, A. (1988): Zwang und Persönlichkeit im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 37, 366–373. – STREECK-FISCHER, A. (1989): Zwang, Ich-Organisation und Behandlungsvorgehen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38, 236–241. – WINNICOTT, D. W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München.

Anschrift der Verfasserinnen: Dr. med. Susanne Schlüter-Müller, Hausener Obergasse 18 F, 60488 Frankfurt/M.