

Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe aus Sicht einer Einrichtungsleiterin¹

Ute Projahn

Zusammenfassung

In Einrichtungen der Jugendhilfe leben auch Kinder und Jugendliche, die neben pädagogisch-psychotherapeutischen Hilfen in mehr oder weniger starkem Maße medizinisch betreut werden müssen. Diese Interventionen werden in der Regel in Kinder- und Jugendpsychiatrien angeboten oder aber auch durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater. Es wird der Versuch unternommen, Beispiele gelungener Kooperationen zwischen den Hilfesystemen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzuzeigen.

Alter Wein in alten Schläuchen? Neuer Wein in alten Schläuchen?

Alter Wein in neuen Schläuchen? Neuer Wein in neuen Schläuchen?

Bei den vier von mir ins Spiel gebrachten Metaphern scheint mir tatsächlich die Bezeichnung „Neuer Wein in neuen Schläuchen“ angemessen zu sein. Diese Feststellung bzw. Behauptung ist an und für sich schon positiv, ohne weitere sachliche, emotionale oder gar fachliche Begründung. Warum?

Ich beschäftige mich aus der Sicht einer Einrichtungsleiterin seit mehr als 35 Jahren mit dem Thema der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und beide Sparten haben aus der gemeinsamen deutschen Vergangenheit gleichermaßen eine schwere Bürde mit sich zu tragen. War es für den Bereich der Jugendhilfe die Reformpädagogik, die gänzlich neue Wege ging, war es für die Kinder- und Jugendpsychiatrie das Einbeziehen der Psychotherapie in das bisher eher ausschließlich medizinisch begründete Krankheitsbild und die Verordnung entsprechender für notwendig gehaltener Medikamente. Meiner Erinnerung nach gab es 1980, als ich Heimleiterin wurde, über mindestens zehn Jahre, wenn nicht länger, heftige Kontroversen zwischen beiden Disziplinen.

In der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten zunächst einmal ganz praktische Regeln. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich am

1) Tagungsbeitrag vom 01. Dezember 2015, Landschaftsverband Rheinland, Köln

Wohnort des Kindes oder Jugendlichen befindet, ist für die Aufnahme und Betreuung der Patienten zuständig, analog der Klinikzuordnung bei Erkrankungen somatischer und psychischer Art bei Erwachsenen. Kinder und Jugendliche, die bei einer stationären Aufnahme in der Jugendhilfe bereits Berührungen mit psychiatrischer Versorgung bis hin zu Klinikaufenthalten hinter sich haben, sind nicht mehr die Ausnahme. Das Wechselspiel zwischen jugendpsychiatrischen und pädagogischen Interventionen ist gesellschaftsfähig geworden. So gibt es auch innerhalb der LVR Jugendhilfe Rheinland eher die regelmäßig auftkommenden Diskussionen darüber, ob in den Jugendhilfeeinrichtungen die Medikamente sicher aufgehoben, ausgegeben und verwaltet werden, als die Frage nach der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit dieser Medikamente.

Es fällt gelegentlich schwer, pädagogische Interventionen in ihrer Wirksamkeit denen der durch Medikamente erreichten gegenüberzustellen. Was bleibt, ist eine sinnvolle und verantwortbare Kombination von beiden. Ich kann das inzwischen akzeptieren, obwohl ich nicht verhehlen will, dass es mir schwerfällt. Bei einer Nachfrage innerhalb der LVR-Jugendhilfe Rheinland im letzten Jahr, als es wieder einmal um die sichere Verwahrung von Psychopharmaka ging, fragte ich nach, wie hoch der geschätzte Prozentsatz der mit Medikamenten versorgten Kinder und Jugendlichen in unseren Einrichtungen ist. Die Antwort lautete: ca. 70%. Das fand und finde ich erschreckend und empfehle, dass die Pädagogen mehr mit den medizinischen Kollegen in den Dialog eintreten, um gemeinsam nach Alternativen zu suchen. Und da die Kinder- und Jugendpsychiatrien die Zusatzbezeichnung Psychotherapie im Titel führen, sollte es möglich sein, mit Mut, Kreativität und der notwendigen Leidenschaft zur Veränderung des Denkens und Handelns neue gemeinsame Wege zu gehen.

Bevor ich dazu übergehen möchte aufzuzeigen, was unsere Kinder und Jugendlichen zeigen, fühlen und denken, möchte ich für den Teil dieser eher allgemeinen und einleitenden Worte sagen, dass bei relativ unkritischer Betrachtung die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gut geworden ist. Und ich finde auch, dass gute Resultate und Erkenntnisse nicht per se immer wieder in Frage gestellt werden müssen.

Trotz dieses ersten Resümeees komme ich zu meiner ersten Frage und auch gleich zu entsprechenden Antworten:

1. Welche Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen führen dazu, dass die Jugendhilfe es als notwendig erachtet, die Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Geschehen einzubeziehen?

1. Zunächst sind es die Kinder und Jugendlichen, die bereits im Vorfeld psychiatrisch versorgt wurden und bei denen es neben der medikamentösen Kontrolle und Einstellung zusätzlich zu Spitzen oder Krisen kommt, die eine stationäre Unterbringung notwendig machen. Diese Gruppe der Kinder und Jugendlichen bekommt die psychiatrische Versorgung, weil die Pädagogen durch die schwer ängstigenden und verunsichernden Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen, die in der Regel im Rahmen der Fremd- und Selbstdestruktion und Aggression auftreten, zur Reaktion gezwungen werden. Die emotionalen Durchbrüche der Kinder und Jugendlichen haben oftmals ihre Ursachen in der eigenen Angst, die dann auf die Betreuer und die anderen Kinder übertragen wird. In der Klinik erleben sie Sicherheit und Schutz durch das Empfinden, unter Gleichen zu sein und ausruhen zu können von den Anforderungen der wahrgenommenen Realität außerhalb der Klinik.
2. Die zweite Gruppe umfasst die Kinder und Jugendlichen, die während der Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung aggressiv oder depressiv werden oder die vielen Möglichkeiten der Angstabwehr zeigen. Dazu gehören manchmal Kleinigkeiten. Sie kennen das alle, wenn Sie z. B. unter Zeit- und Termindruck mit dem Auto hinter einem Mann mit Hut oder einer Frau im Sonntags-Ausflugmodus hinterherzockeln, auf das Lenkrad schlagen und laut „blöder Heini“ oder „dumme Kuh“ rufen. Und natürlich gibt es viele Erinnerungen aus der Kindheit, die uns verstehen lassen, wie schnell Wut entsteht. Und in einer Zwangsgemeinschaft von beziehungs- und verhaltenserfahrenen Jungen und Mädchen finden sich schnell Gelegenheiten „auszuflippen“. Ich erinnere mich gut an eine Situation in dem von mir geleiteten Mädchenheim, als ein Mädchen einem anderen im Badezimmer immer wieder den Kopf auf die Fliesen schlug, so dass trotz verbalem und körperlichem Einsatz der Betreuer und mir mit dem Ziel, die beiden zu trennen, keine andere Wahl blieb, als den Rettungswagen zu rufen.

Bei diesen affektiven Ausnahmesituationen kann die Begegnung mit der Psychiatrie mit dem guten Ergebnis enden, dass neben möglichen Medikamentengaben auch therapeutische Methoden greifen, durch die weitere Impulsdurchbrüche abgemildert oder verhindert werden können.

3. Bei der dritten Gruppe handelt es sich um die Kinder und Jugendlichen, die psychiatrische Erkrankungen haben, die in der Regel ein Leben lang behandelt werden müssen, aber dennoch die Möglichkeit eröffnen, durch eine gute Kombination von medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Versorgung ein relativ normales Leben führen zu können.

Meine zweite Frage lautet:

II. Was können wir voneinander lernen bzw. wie können wir noch besser miteinander harmonieren und effizienter helfen?

Mein Thema von der Kooperation beider Disziplinen ist kein neues, also sollte es möglich sein, aus den Erfahrungen bereits gelungener Zusammenarbeit zu lernen. Wir müssen nicht ganz von vorne beginnen. Allen mir bekannten gelungenen Kooperationen ist gemein, dass, auch von den ersten Versuchen an, die Psychiatrien versuchten, die Pädagogen in die Klinik zu bekommen und dafür gab es neben fiskalischen auch viele praktische Gründe, auch die, dass stationäre Unterbringungen in Kliniken in der Zeit um 1950 üblicher waren als pädagogische Hilfen ohne institutionellen Rahmen. Ab 1990 gab es eine deutliche Stärkung der Jugendhilfe durch die Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. Und damit stieg auch die Kompetenz der Jugendhilfe für psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche, die sich durch die partnerschaftliche und kollegiale Mithilfe der psychiatrischen Fachleute stetig erhöhte. Frau Dr. Schepker, Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau führt in einem Vortrag aus, dass in ihrem Erfahrungsbereich inzwischen 60 % der in der Jugendhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen eine psychiatrische Diagnose haben. Ihrer Meinung nach, die ich uneingeschränkt teile, braucht es einen „Schulterschluss“, wie sie es nennt, um beide Disziplinen zu vereinen und zur gemeinsamen „Fallverantwortung“ zu motivieren. Die Kinder und Jugendlichen sollten fast ausschließlich in der Jugendhilfeeinrichtung verbleiben und die psychiatrischen Kollegen im Rahmen eines konsiliarischen Hilfsangebotes in die Jugendhilfe kommen, wodurch zugleich die Jugendhilfe an psychiatrischer Kompetenz gewinnt und umgekehrt. Die Erfahrung mit dieser Art der Kooperation hat dazu geführt, dass es erheblich weniger Krisenfälle gibt als je zuvor, die Betroffenen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und die Jugendhilfe es gelernt hat, mit den eigenen Möglichkeiten weiterzuhelfen.

Das gegenseitige Vertrauen wird gestärkt durch verlässliche und helfende Vorgehensweisen, z. B. durch ein sogenanntes rotes Telefon, über welches Klinik- und Einrichtungsleitung sich verständigen können, durch ein kompetentes Vorgehen bei der Medikamentenausgabe, die Rücknahmegarantie der Jugendhilfe und die Vereinbarung, dass die „Fallführung“ unverändert bei dem ortsansässigen Kinder- und Jugendpsychiater verbleibt (Schepker, 2015).

Das jetzt in aller gebotenen Kürze dargebotene Modell beinhaltet natürlich sehr viele Details und Facetten, die gerne nachgelesen und reflektiert werden können. Nochmal ein Blick zurück bzw. nach wie vor aktuell, auf das hoffentlich gemeinsame „Fall-Verstehen“ oder humanistische Menschenbild. Zunächst einmal geht es auch bei mir nicht ohne Goethe: „Wer nicht gewahr werden kann, dass ein Fall oft Tausende wert ist, und sie alle in sich

schließt, wer nicht das zu fassen und zu ehren imstande ist, was wir Urphänomene genannt haben, der wird weder sich noch anderen jemals etwas zur Freude und zum Nutzen fördern können.“ (Goethe, zit. nach Trunz, 1969, S. 61f.)

Bruno Bettelheim prägte den Begriff vom therapeutisch-pädagogischen Milieu, nachdem er das KZ Buchenwald überlebt hatte. Er meinte mit diesem Begriff einen sozialen Ort, an dem ein professionelles Team von therapeutischen und pädagogischen Fachkräften Hilfen für Menschen mit besonderen Lebensschwierigkeiten anbietet. Und Annette Streeck-Fischer (langjährige Leiterin der Asklepios Klinik in Tiefenbrunn) vertritt die Meinung, dass in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe eine Zunahme an Kindern und Jugendlichen mit multiplen, komplexen Entwicklungsstörungen zu verzeichnen sei (Streeck-Fischer, 2006). Auf die Frage nach ihrem Lieblingszitat antwortete Frau Streeck-Fischer: „Man muss noch Chaos in sich haben, um einen tanzenden Stern gebären zu können.“ (Nietzsche, zit. nach Streeck-Fischer, 2015, Interview)

Unter der Überschrift: „Was nützen Ihnen Theorien“, einem Briefwechsel zwischen Anne Frommann und Reinhart Lempp (Becker et al., 1994), möchte ich meine Überlegungen zum Thema weiter vertiefen. Anne Frommann fragt Reinhart Lempp danach, ob Theorien ihm weitergeholfen haben. „... während des Ersten Weltkrieges ‚fand‘ Sigmund Freud den Todestrieb. Fortan brauchte er die antagonistische Triebtheorie, um die innere Realität seiner Patienten seiner Zeit zu analysieren ... Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges entwickelte Adorno ... die Theorie vom ‚autoritären Charakter‘ – ein Erklärungsversuch für die unbegreiflichen Taten Deutscher während der zwölf Jahre des Nazireiches. ... schrieb Erich Fromm von den ‚Nekrophilen‘, die das Leben und die Liebe nicht lieben. Was nützen ... solche ... Erklärungsansätze? ... wenn sie Kinder, Jugendliche, problembeladene Familien zu verstehen versuchen?“ (S. 103f.)

Teil der Antwort: „... Auf dem Weg zu einem Verständnis (meiner Patienten) haben mich eher Theorien von der Frustration weitergeführt. Ich denke, es ist die Angst als eine ganz zentrale Regung im Menschen, die wir für alles Zerstörerische, Grausame und Törichte verantwortlich machen müssen ... Der Mensch kann wohl als einziges Lebewesen sich auch abstrakte Gefahren vorstellen oder sie erkennen, bevor sie da sind. Und gegen diese kann er weder gezielt angreifen noch kann er vor ihnen fliehen ... Ich denke, hinter jeder Form der Aggression steht als Ursache die Angst.“ (S. 104f.)

Nach einer weiteren Frage von Frommann antwortet Lempp geradezu zeitgemäß: „Angst und Aggression als Fluch im alttestamentarischen Sinne, das ist wohl gemeint mit der Vertreibung aus dem Paradies. Der Apfel vom Baum der Erkenntnis ist die Fähigkeit des Menschen, seine Zukunft zu denken und sich selbst in dieser vorzustellen. Sie ist die Vor-

aussetzung der Zukunftsangst ... Dieser Fähigkeit kann er sich nicht entziehen, es sei denn, er besüßelt sich oder nimmt Drogen, oder er überlässt seine Zukunft dem lieben Gott oder Allah. Das ist wohl die Stärke aller fundamentalistischen Lehren, dass sie dem Menschen die Verantwortung für seine Zukunft abnehmen. Auch Kierkegaard sah die eigentliche Ursache der Angst des Menschen in seiner zunehmenden Entscheidungsfreiheit und der sich daraus ergebenden Gefahr, falsch zu reagieren.“ (S. 107)

Dann stellt Lempp die Frage: „Wo kommen die therapeutischen Kräfte her? Ist nicht im Grunde jede Therapie ein Angebot an den Patienten und Klienten, seine Ängste mit ihm gemeinsam zu tragen? Das ist es doch, was die Psychoanalytiker mit Übertragung als Voraussetzung jeder Therapie bezeichnen. Der Patient oder die Patientin erlebt dabei, dass da ein anderer ist, der erstens offenbar das Leben trotz aller möglichen Ängste zu leben imstande ist und der zweitens bereit ist, seine, des Patienten Ängste ernst zu nehmen und dadurch mit ihm auszuhalten.“ (S. 108)

Und noch eine Gemeinsamkeit zwischen Pädagogen und Therapeuten, die Lempp einprägsam und stimmig beschreibt: „Wer in der Sozialarbeit arbeiten will oder wer therapieren will, muss wohl schon aus eigener positiver Erfahrung etwas Angst aushalten und mittragen können. Ich glaube, deswegen verwalten auch manche Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen lieber, als dass sie selbst zu den betroffenen Menschen hingehen, und viele Psychotherapeuten suchen sich lieber die harmlosen Neuröschchen zur Langzeittherapie heraus, die machen keine Angst, und die anderen weisen sie schnell in eine Klinik ein ...“. Und wie ist es mit dem Realitätsprinzip?

Auch dazu Lempp: „Meiner Meinung nach (reicht) das Realitätsprinzip zur Gesundheit und Lebensfähigkeit nicht aus. Die Realität ist ja nicht so, dass sie gar keine Gründe für Zukunftsangst enthielte ... Tagträume – auch die glücklichen Nachtträume – möchte ich nicht missen, solange ich mich immer daran erinnern kann, dass es Träume sind und nicht (gemeinsame) Realität ist, die ich träume, einschließlich meiner Größenphantasien.“ (Becker u. a., 1994, S. 108f.)

2011, als die IGfH (Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen) ihren 50-jährigen Geburtstag feierte, erschien in einem „Glückwunsch-Buch“ u. a. ein Artikel von mir, in dem ich Anne Frommann in Vorbereitung einer Fachveranstaltung Fragen zu einigen Mädchen stellte, mit denen ich im pädagogisch-therapeutischem Kontext arbeitete. Alle sechs Mädchen, um die es ging, waren zwischen 14 und 16 Jahre alt, alle hatten Missbrauchserfahrungen und aufgrund einer schwierigen Geschwister-Konstellation die Rolle des „Sündenbocks“ zugewiesen bekommen. Auf der Suche nach den verlorenen Vätern hatten sie nochmals schlechte Erfahrungen gemacht in Form von Annäherung und dann erneut erlebter Ableh-

nung bis zu weiterer Misshandlung und Demütigung. Der Wunsch nach Neuanfang, eigener Mutterschaft mit dem festen Wunsch, es selber einmal besser zu machen, war bei allen Mädchen vorhanden. Psychiatrieaufenthalte hatten sie gut überstanden und auch teilweise davon profitiert, indem sie dort Freunde gefunden und die Gelegenheit genutzt hatten, sich auszuruhen und zu sich selbst zu finden. Alle Mädchen hatten in beiden Systemen erfahren, dass es Menschen gibt, mit denen etwas anzufangen ist. Zwei von ihnen wurden Erzieherinnen und sind jetzt die Spezialisten für andere Kinder, die nicht zu Hause leben können.

Ich möchte versuchen, einen runden Bogen des Abschlusses über meine Ausführungen zu spannen und dieses mit einem abschließenden Blick auf die von mir erlebte Ist-Situation wagen, um letztendlich auch noch einen Ausblick auf die verbleibenden Ziele zu formulieren.

Wie schon zu Beginn erwähnt, die alten Grabenkämpfe zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind beigelegt. Das kollegiale Verstehen ist gut und für mein Verständnis könnte es gerne wieder etwas mehr an konstruktiver fachlicher Auseinandersetzung geben. Beide Systeme sind oftmals überfordert und das von mir in meinen Anfängerjahren vermutete Privileg bei den Kinder- und Jugendpsychiatrien erlebe ich nicht mehr. Ich glaube vielmehr, dass wir alle in einem Boot sitzen, welches zwar nicht wie viele Flüchtlingsboote vom Untergang bedroht ist, aber auf viele Fragen und Bedürfnisse unserer Kinder und Jugendlichen bisher keine ausreichend guten Antworten gefunden haben.

Die Grenzen beider Professionen werden an unseren Bemühungen um die sogenannten Systemsprenger deutlich, diesen Jugendlichen, die in kein Hilfesystem passen, die sich selbst und uns im Wege stehen. Sie beschäftigen mich aktuell im Wesentlichen als Jungen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren. Es handelt sich um zunächst eher angepasste Jungen, die in großen Familien-Zusammenhängen leben und dort emotional oder auch körperlich missbraucht werden. Entweder wachsen sie ohne Väter auf oder werden von diesen klein und abhängig gehalten. Im Zustand des Ohne-Vater-Seins werden sie zu Partnern der Mütter oder aber sie fühlen sich für ihre Mütter verantwortlich. In beiden Fällen werden sie frustriert oder fühlen sich abgewertet und abgelehnt. Darauf reagieren sie mit Fremd- und/oder Selbstaggression. Diese wiederum ist so erschreckend und ernsthaft, dass Psychiatrieeinweisungen zur Regel werden. In der Jugendhilfe gerät die Arbeit mit ihnen zu Formen der Ausgrenzung bis Isolierung, die immer begleitet wird von der Angst, dass sich der Junge doch noch etwas antut oder anderen gegenüber gefährlich werden könnte. Die daraus resultierenden Betreuungsangebote sind personal intensiv und kostenträchtig. Aber sie sind, bei einem gelungenen Zusammenspiel zwischen den Hilfesystemen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im wahrsten Sinne des Wortes „ihr Geld“ wert. Was Jugendhilfe gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht kann, ist die langfristige geschlossene

Unterbringung und jede Form der Fixierung. Und ich weiss auch, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls Bedenken gegen diese Methoden hat, sie aber dennoch in begründeten Einzelfällen anwendet. Und dafür bin ich nicht nur dankbar, sondern erleichtert und erhoffe mir als Jugendhilfe ebenfalls kollegiale Anerkennung. Erfolgreiche Jugendhilfe benötigt die Hoffnung auf eine Perspektive zum Beziehungsaufbau, während die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch außerhalb eines therapeutischen Settings agieren kann, wenn es zunächst zum Schutz eines Kindes und Jugendlichen notwendig ist. Deshalb ist es auch in diesen, zum Glück seltenen Einzelfällen notwendig, gegenseitigen Respekt für die Unterschiede in den erforderlichen Maßnahmen aufzubringen.

Wie kann es weitergehen mit der gewünschten Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie? In einigen Bundesländern gibt es erfolgreiche Formen der Zusammenarbeit. Innerhalb des Landschaftsverbandes Rheinland besteht der Wunsch, zwischen den LVR eigenen Kinder- und Jugendpsychiatrien und der LVR Jugendhilfe Rheinland ein Kooperationsmodell zu entwickeln, um vor allem den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu helfen, die gemeinsam betreut werden sollen.

Ich selbst habe immer davon profitiert, mit dem „Blick der Fremdheit“ auf die Kinder und Jugendlichen zu blicken, die ich zunächst nicht verstanden habe. Mit ihm habe ich immer so etwas wie „Verliebtheit“ in die Möglichkeit verbunden, mit Interesse das Neue und Einzigartige eines anderen Menschen zu erblicken und zu erkennen. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen muss ein „solcher Blick“ helfend und wegweisend sein.

Letztendlich schreibt Dieter Neumann in seinem Artikel über „Die soziologische Hypothese und das pädagogische Menschenbild“: „Kurzum: Eine Pädagogik der ‚Mischstrategie‘ und des Gleichgewichts. Schließlich kann man es auch als etwas Positives, weil Tröstliches betrachten, wenn uns die biologische Aufklärung erkennen lässt – und ich denke, auch dies ahnten die guten Pädagogen schon immer –, dass zwar die Menschen nicht in den Zustand zu verwandeln sind, von dem sie träumen, dass aber die Struktur ihrer Natur sie gleichzeitig vor Verzweiflung darüber bewahrt. Denn ‚Hoffnung‘ ist auch ein auf biologischer Grundlage ruhendes Prinzip.“ (Becker u. a., 1994, S. 136)

Und nun aber wirklich ganz zum Schluss das Märchen von den Bremer Stadtmusikanten. Vor einigen Tagen hörte ich im Radio eine Sendung über erfolgreiche Therapien bei multiplen körperlichen oder auch psychischen Krankheiten mit Hilfe von Eseln. Diese netten Tiere sind nicht so groß wie Pferde, keine Flucht-, sondern Standtiere, niedlich, mit den typischen runden Körperformen und den lustigen langen Ohren. Also, um es kurz zu machen, zutraulich, aber nicht aufdringlich und damit Vertrauen erweckend.

Nach langer Zeit las ich das Grimmsche Märchen erneut und es schien mir passend zu sein für das Thema Kooperation. Vielleicht auch gedacht gegen Altersdiskriminierung? Aber auch für viel mehr. Es passt sogar zum Zeitgeschehen. Der alte Esel flieht vor dem Tod und sucht sich, durchaus zielorientiert, Weggefährten, die nicht nur seine Situation teilen, sondern auch seine Zukunftspläne und Ängste. Sie werden durch seine Initiative in ihren Fähigkeiten angesprochen, von denen sie bisher noch nichts wussten, und nicht in ihren Defiziten, die ihnen eingeredet wurden. Sie bilden eine Schicksalsgemeinschaft und haben es vom Resultat her gar nicht mehr nötig, das angestrebte Ziel zu erreichen. Es entsteht eine Wohngemeinschaft gemäß dem Motto: gemeinsam sind wir weniger allein. Vielleicht eine Alten-WG, vielleicht eine Jugendwohngruppe für Systemsprenger?

Wie auch immer – Esel, Hund, Katze und Hahn stehen symbolisch für ein gemeinsames akzeptiertes Leben in Freiheit und Behütung. Wir klären dann noch schnell, ob die Pädagogen und Mediziner helfen dürfen die Küche aufzuräumen, Essen zu besorgen, Gemütlichkeit herzustellen, Märchen zu erzählen, oder ob sie auch dabei helfen dürfen, die erlittenen Kränkungen und Verletzungen mit aufzuarbeiten und zu heilen.

Literatur

- Becker, G., Becker, H., Fauser, P., Frommann, A., Gidion, J., Giesecke, H., von Hentig, H., Krappmann, L., Zimmer, J. (1994). Neue Sammlung. Vierteljahres-Zeitschrift für Erziehung und Gesellschaft, 34. Jahrgang/Heft 1, Seelze-Velber: Friedrich Verlag.
- Schepker, R. (2015). Kooperation von Jugendhilfe & Jugendpsychiatrie – Voraussetzungen und gelungene Beispiele; ZfP Südwürttemberg, PP-Kj Weissenau (Vortrag Hamm 24.06.2015)
- Streeck-Fischer, A. (2006). Trauma und Entwicklung: Frühe Traumatisierungen und die Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2015). International Psychoanalytic University IPU Berlin Copyright.
- Trunz, E. (Hrsg.) (1969). Goethe, J.W. Werke. Hamburger Ausgabe in 14 Bänden; Band 14, S. 61f.
- Vogel, A. & Gebrüder Grimm (1981). Die Bremer Stadtmusikanten. Münster: Coppenrath Verlag.

Dr. Ute Projahn: *Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin, Promotion zum Dr. rer. nat. (Klinische Psychologie, Psychopathologie, Zoologie); langjährige Leiterin einer Jugendhilfeeinrichtung des Landesjugendamtes Rheinland; Kommissarische Betriebsleiterin der LVR-Jugendhilfe Rheinland; Projektleiterin der LVR-Jugendhilfe Rheinland; Lehrbeauftragte an den Fachhochschulen Köln und Düsseldorf.*
Mail: projahn-esser@t-online.de