

ALTERNATIVEN ZU DEFIZIT-ORIENTIERTEN FALPPERSPEKTIVEN | Der Fall Geraldine

Andrea Fuchs

Zusammenfassung | Der Beitrag stellt den Fall einer Jugendlichen in psychiatrischer Betreuung über den Verlauf eines Jahres vor, um die Sichtweisen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Einfluss auf den Fallverlauf zu rekonstruieren. Es wird untersucht, ob die gängige Krankheits- und Defizitorientierung zugunsten sozialarbeitsspezifischer Wirklichkeitskonstruktionen aufgegeben werden kann, da verschiedene Instrumente Sozialer Diagnostik hierzu einschlägige Deutungsalternativen bereitstellen. Anhand der Geschichte dieses Falles werden die Bildungsgelegenheiten für die Klientin, aber auch für die helfenden Institutionen und Professionen dargelegt.

Abstract | In order to reconstruct the perspectives of child and adolescent psychiatry and their influence on case histories, this article presents the case of a teenage girl, focusing on one year of her psychiatric care experience. It will be examined whether the current orientation on illness and deficits can be abandoned in favour of social work-specific reality constructions, since various instruments of social diagnosis are available to provide alternative interpretations. Referring to the above-mentioned case, educational opportunities for the client as well as for the helping institutions and professions will be described.

Schlüsselwörter ▶ Jugendlicher

- ▶ Psychiatrie ▶ Polizei ▶ Fremdunterbringung
- ▶ Diagnose ▶ Sozialarbeit

1 Einführung | Nach der Theorie des *Labeling Approach* nehmen pathologisierende Deutungsmuster von Helferinnen und Helfern vielfach unmittelbaren Einfluss auf die Verläufe der Biografien von Hilfeadressatinnen und -adressaten (Neubacher 2017). In diesem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit die Subordination sozialarbeiterischen Wissens (Nadai u.a. 2005) unter medizinische

Expertisen unmittelbare Auswirkungen auf die Fallarbeit und damit auch auf Fallverläufe haben kann. Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Spuren einer derartigen professionstypischen Prägung nachzugehen. Daher wird auf der Ebene einer konkreten Fallgeschichte aus der Sozialen Arbeit argumentiert.

Vorgestellt wird darin eine biografische Etappe der 15-jährigen *Geraldine*, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem Fall für die Medizin, Psychotherapie und Soziale Arbeit wurde. Die Analyse beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die psychiatrischen Interventionen und diejenigen der Kinder- und Jugendhilfe auf die Entwicklung der jungen Frau ausgewirkt haben beziehungsweise welche Interpretationsansätze praktisch aus der Betrachtung ausgespart blieben. Mithilfe sozialdiagnostischer Instrumente (Pantuček 2012) und einfacher hermeneutischer Auslegungen wird versucht, diese Leerstellen auszuleuchten und darauf beruhende Handlungsalternativen zu entwickeln. Auf diesem Weg soll eine differenzierte Einschätzung darüber gewonnen werden, welche Hilfen *Geraldine* benötigt hätte.

Nach einer kurzen Vorstellung des Falls werden die Ereignisse über den Zeitraum von einem Jahr beschrieben. Im Besonderen wird dabei auf die Perspektive der sogenannten Melderin im Fall, das ist *Geraldines* Kinderdorfmutter, und auf den Blick der Kinder- und Jugendpsychiatrie näher eingegangen. Anhand der Methoden Sozialer Diagnostik „Personaliste“ und „Netzwerkarte“ nach Pantuček (2012) werden dann Erkenntnisse formuliert, die das Bild vom Fall und insbesondere von den Vorstellungen der Klinentin selbst schärfen und darüber hinausgehend auch Rückschlüsse auf Professionalisierungsforderungen der Sozialen Arbeit zulassen. Dabei sind komplexe Informationen aufgrund der gebotenen Kürze komprimiert dargestellt, aber konsequent an der bestehenden Datenlage angelehnt. Die Falldarstellung wurde pseudonymisiert.

Für die Untersuchung wurden Daten aus der Akte der Kinder- und Jugendpsychiatrie herangezogen, die von der Kinder- und Jugendhilfe als vermeintliche Fakten berücksichtigt wurden. In Anlehnung an Sabine Aders (2006) Vorgehensweise einer konsequenten Rekonstruktionen aller zum Fall bekannten behördlich relevanten Entscheidungsschritte wird in diesem Zusammenhang jenes Wissen dargestellt, das sich

die entscheidenden Fachkräfte zu *Geraldine* gebildet hatten und auf dessen Basis die Hypothesen zu *Geraldines* Erkrankung und zur Gestaltung ihrer persönlichen Beziehung zustande kamen. Ein solches wissenssoziologisches Vorgehen (Knoblauch 2003), das die hinter beruflichen Praxen stehenden Vorstellungen untersucht, soll offenlegen, wie alternative Einschätzungen und damit Handlungsschritte hätten aussehen können.

2 Falldarstellung | Im März 2015 kam die 1999 geborene *Geraldine Wretschter* im Rahmen einer Zuweisung nach § 8 UbG (Unterbringung ohne Verlangen) in Begleitung von Polizei und Rettung zur Akutvorstellung in die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eines Krankenhauses. Der Unterbringung vorausgegangen war ein Anruf ihrer Kinderdorfmutter bei der Polizei nach einer gewalttätigen Situationsescalation. Die Aufnahme erfolgte aufgrund einer durch den zuweisenden Amtsarzt festgestellten Diagnose von „akuter Suizidalität“.

Die Perspektive der Patientin | Im Aufnahmegergespräch berichtete *Geraldine* dem Arzt, dass sie ständig Streitigkeiten mit ihrer Kinderdorfmutter habe. Sie erzählte, dort keine Freundinnen oder Freunde zu haben, am liebsten nur mit ihrem Freund unterwegs zu sein und überhaupt in einer anderen Wohngemeinschaft untergebracht werden zu wollen.

Die Perspektive der Kinderdorfmutter | Im Gespräch mit dem aufnehmenden Arzt ging die Kinderdorfmutter auf die Biografie des Mädchens ein. Sie berichtete zunächst davon, dass *Geraldine* und deren Zwillingsschwester im Alter von drei Monaten gemeinsam mit ihrer Mutter 16 Monate in einer Justizanstalt verbracht hatten. Im Anschluss daran hätten die Zwillinge bis zu ihrem neunten Lebensjahr im gemeinsamen Haushalt mit ihrer Mutter und deren Lebensgefährten gewohnt. Danach sei die Unterbringung der Zwillinge im SOS-Kinderdorf infolge sexuellen Missbrauchs durch den „Stiefvater“ erfolgt.

Seit September des zurückliegenden Jahres unterhalte *Geraldine* eine Beziehung zu einem 22-jährigen Mann, die die Kinderdorfmutter als „bedenklich“ und „symbiotisch“ beschrieb. Seit Beginn dieser Beziehung gehe *Geraldine* nicht mehr zur Schule und es wurden mehrfach Abgängigkeitsanzeigen (Vermisstenanzeigen) erstattet. Auch habe *Geraldine* seit Beginn der

Beziehung ihre Kinderdorfmutter mehrfach attackiert und durch Bisse verletzt.

Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie | Nach den Gesprächen mit der Patientin und der Kinderdorfmutter wurde *Geraldine* auf Verlassung des zuständigen Oberarztes im geschützten Bereich des Krankenhauses stationär aufgenommen. Dort stellte eine Psychotherapeutin fest, dass *Geraldine* von ihrem Freund emotional abhängig sei. Im Zuge dieses Aufenthalts wurden dann präzise Besuchsregelungen zwischen *Geraldine* und ihrem Freund getroffen und nach einem zweimonatigen stationären Aufenthalt entließ man die Patientin im Mai 2015 in eine Wohngemeinschaft.

Im Juli 2015 kam *Geraldine* auf Zuweisung durch den Amtsarzt infolge einer festgestellten schweren depressiven Episode im Rahmen einer komplexen Traumafolgestörung erneut ins Krankenhaus. Dem Arztbericht ist zu entnehmen, dass sie selbst keine Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes erkennen konnte und jede Behandlung ablehnte. Aufgrund der Vorgeschichte wurde ihr nun jeglicher Kontakt zu ihrem Freund untersagt. Erst nach sechs Wochen konnte sie unter Aufsicht des Krankenpflegepersonals wieder mit ihrem Freund sprechen. Dieser habe großen Druck auf *Geraldine* ausgeübt.

Im August 2015 wurde *Geraldine* dann in eine andere Wohngemeinschaft entlassen. Sie sollte bis zum Schulbeginn tagesklinisch weiterbetreut werden. Zwei Tage nach der Entlassung wurde *Geraldine* auf Anordnung des Amtsarztes wegen Selbstgefährdung und Aggressionen jedoch erneut stationär aufgenommen.

3 Fragen zum Fall | Interessant ist, dass im Zuge der Exploration kein Instrument Sozialer Diagnostik angewendet und mit niemandem als mit der Kinderdorfmutter und *Geraldine* Gespräche geführt wurden. Die psychopathologischen Befunde einer posttraumatischen Belastungsstörung und depressiver Episoden wurden als hinreichende Begründung für die stationären Einweisungen angenommen.

Eine diagnostische Analyse muss der Frage nachgehen, welche sozialen Umstände die Entwicklung *Geraldines* beeinflusst haben könnten und ob sich hierin Hinweise finden, welche die früheren und möglicherweise andauernden Eskalationen erhellen

könnten. Geklärt werden soll, welche im Nahraum begründbaren Umstände zu *Geraldines* drittem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt haben könnten und durch welche Betrachtungsweisen mögliche weitere negative Entwicklungen verhindert werden können.

4 Diagnostikinstrumente | In einem ersten Schritt sollen nun gängige Diagnostikinstrumente aus der Sozialen Arbeit herangezogen werden, um einen alternativen Blick auf *Geraldines* Werdegang zu ermöglichen und bislang nicht berücksichtigte Auslegungen mit in den Blick nehmen. Wie eingangs festgehalten, ist anzunehmen, dass die Deutung des Falls unter der Diagnose einer „komplexen Traumafolgestörung“ alle anderen fachlich denkbaren Alternativhypotesen ausschließt und einen umfassenderen Blick auf *Geraldines* Entwicklung bislang tendenziell verstellt oder sogar verhindert hat.

Personalliste | Mit der nebenstehenden Personalliste nach Pantuček (2012) soll in einem ersten Schritt eine bessere Übersicht über alle für den Fall relevanten Akteurinnen, Akteure und sozialen Organisationen gewonnen werden.

Aus der Personalliste können unter anderem aufgrund der großen Zahl an Personen und ihrer institutionellen Prägung nachstehende Erkenntnisse gewonnen werden:

- ▲ Es werden kaum Angehörige aus dem sozialen und familiären Umfeld der Betroffenen angeführt.
- ▲ Die Kontaktpersonen sind mehrheitlich den unterschiedlichsten Organisationen der öffentlichen und freien Wohlfahrt zuzuordnen.
- ▲ Von Personen, die diesen beiden Gruppen nicht angehören, wurden keine Stellungnahmen oder Informationen eingeholt. Ihre Sichtweisen blieben bis dato unberücksichtigt.

Netzwerkkarte | Mit der auf Seite 66 gezeigten Netzwerkkarte (Pantuček 2012) sollen Beziehungen zu bestimmten Personen bildlich dargestellt und mögliche Ressourcen aufgezeigt werden:

Die von einer Sozialarbeitspraktikantin zusammen mit *Geraldine* erstellte Netzwerkkarte vom Juli 2015 weist im Quadranten „Familie“ lediglich Mutter und Zwillingschwester aus. Bei den „Freunden“ zeigt sich ein ähnliches Bild: *Geraldine* führt zwei Mädchen an,

die sie beide erst während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus kennengelernt hatte. Zu ihrem Freund besteht die geringste Entfernung; mit ihm unterhielt sie die stärkste Beziehung. Unter „Professionelle HelferInnen“ wird nur die SOS-Kinderdorfmutter genannt. Auf der Netzwerkkarte wurden trotz mehrmaliger Nachfrage keine weiteren Akteurinnen oder Akteure notiert. An vielen Stellen des Gesprächs wurde deutlich, dass die Klientin nichts mehr mit den Behörden und Einrichtungen der öffentlichen Wohlfahrt zu tun haben wollte. Auch wurden in „Schule und Beruf“ keine Personen genannt. Die Netzwerkkartenanalyse ergibt einen Dichtewert von 0,333, der nach Pantuček (2012) als niedrig einzustufen ist.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Fachkräfte der Sozialen Arbeit bis zum Zeitpunkt der dritten Aufnahme keine sozialdiagnostische Anamnese angelegt hatten. Dies hatte zur Folge, dass die oben genannten Hypothesen erst sehr spät entwickelt und dadurch auch weder von der Kinder- und Jugendhilfe noch von der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt worden waren. Dies bedeutet, dass die auf diese Rekonstruktion bezogenen Diagnostikinstrumente und die daraus gewonnenen Perspektiven und Hypothesen bis dahin nicht zur Erklärung des Falls eingesetzt wurden.

5 Alternative Deutungen der Lebensgeschichte *Geraldines* | Es wird deutlich, dass *Geraldines* Biografie immer wieder von belastenden Ereignissen geprägt wurde, über die sie selbst berichten konnte. So wird in den Erzählungen von *Geraldine* die seit 15 Jahren bestehende Verstrickung mit der Kinder- und Jugendhilfe und anderen Einrichtungen deutlich. Die Justizanstalt, die Kinder- und Jugendhilfe, eine sozialpädagogische Einrichtung, der öffentliche Sanitätsdienst, die Polizei, die Schule und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Organisationen, die kontrollieren, disziplinieren und normieren. Es sind Einrichtungen, die ein hierarchisches Verhältnis zur Klientin beziehungsweise Patientin begründen und hierdurch biografische Weichen stellen können. *Geraldine* scheint diesen Organisationen mit großer Skepsis zu begegnen, sieht sich gleichzeitig aber auch von diesen abhängig.

Eine alternative Deutung von *Geraldines* Entwicklung könnte entwicklungspsychologisch begründet werden. Entlang Erik H. Eriksens (2015) Theorie ist ein

Personalliste (Pantuček 2012)

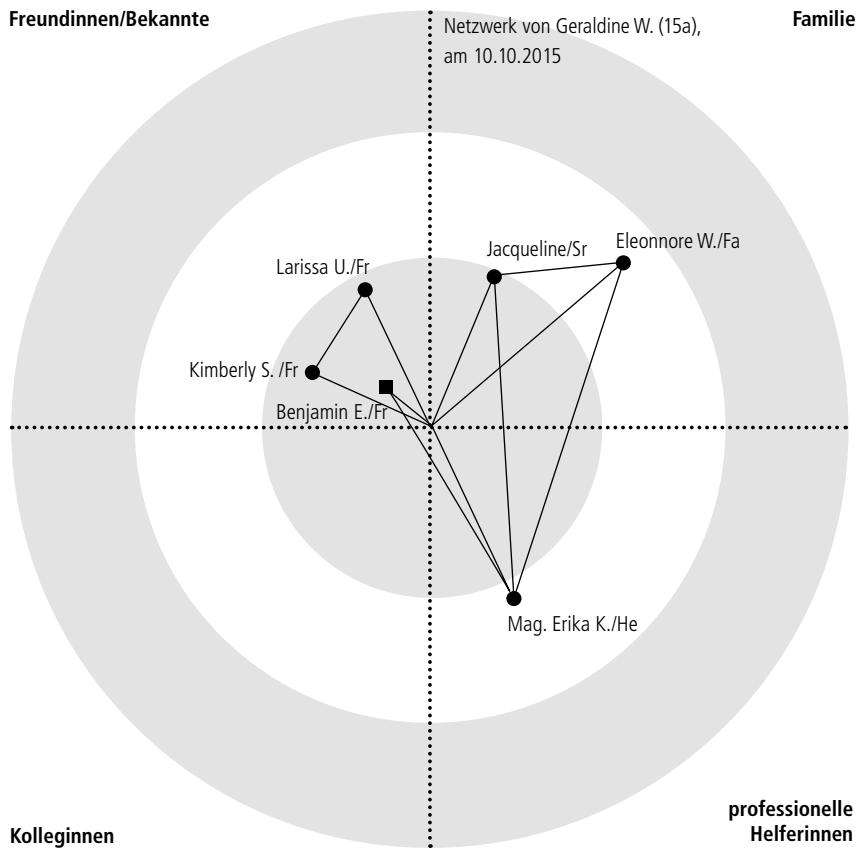
| Nr. | Name | Alter | Rolle | Institution / Haushalt | Kontakt zur Sozialen Arbeit |
|-----|------------------------------|-------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Geraldine Wretscher | 15 | Indexklientin | WG | + |
| 2 | Eleonore Wretscher | 47 | Mutter | Haushalt 1 | - |
| 3 | Hubert A. | 52 | Vater | Haushalt 2 | - |
| 4 | Jacqueline Wretscher | 15 | Schwester | SOS-Kinderdorf | + |
| 5 | Gustav L. | 48 | Stiefvater | Haushalt 3 | - |
| 6 | Benjamin Emmerich | 22 | Freund | Haushalt 4 | + |
| 7 | Larissa U. | 13 | Patientin | Kinder- und Jugendpsychiatrie | |
| 8 | Kimberly S. | 16 | Patientin | Kinder- und Jugendpsychiatrie | |
| 9 | Mag. ^a Erika Kelz | ~45 | SOS-Kinderdorfmutter | SOS-Kinderdorf | + |
| 10 | Maria L. | ~39 | Mitarbeiterin | SOS-Kinderdorf | + |
| 11 | Irene J., B.A. | ~29 | Leiterin, Sozialpädagogin | WG | + |
| 12 | Nora J., B.A. | ~31 | Sozialarbeiterin | WG | + |
| 13 | Mag. ^a Sandra H. | ~47 | Sozialarbeiterin bis Nov. 2014 | Kinder- und Jugendhilfe | + |
| 14 | Marie A., B.A. | ~26 | Sozialarbeiterin ab Dez. 2014 | Kinder- und Jugendhilfe | + |
| 15 | Dr. Johann K. | ~59 | fallführender Psychotherapeut | Kinder- und Jugendpsychiatrie | - |
| 16 | Prim. Dr.in Maria L. | ~58 | Primaria | Kinder- und Jugendpsychiatrie | - |
| 17 | Dr.in Annemarie M. | ~52 | Oberärztin | Kinder- und Jugendpsychiatrie | - |
| 18 | Dr.in Sabine S. | ~35 | Leiterin der Jugendgruppe | Kinder- und Jugendpsychiatrie | - |
| 19 | DGKS Bettina O. | ~38 | Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester | Kinder- und Jugendpsychiatrie | - |
| 20 | DGKS Walter M. | ~29 | Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger | Kinder- und Jugendpsychiatrie | + |
| 21 | Andrea A., B.A. | 47 | Klinische Sozialarbeiterin | Kinder- und Jugendpsychiatrie | + |
| 22 | Lena B., M.A. | 25 | Klinische Sozialarbeiterin | Kinder- und Jugendpsychiatrie | + |
| 23 | Tanja C., B.A. | 23 | Klinische Sozialarbeiterin | Kinder- und Jugendpsychiatrie | + |
| 24 | Janik K. | ~42 | Polizist | Polizeistation Graz | - |
| 25 | Thomas P. | ~35 | Polizist | Polizeistation Graz | - |
| 26 | Mag. Helmut T. | ~43 | Klassenvorstand | Polytechnikum | + |
| 27 | Franz K. | ~58 | Rettungsfahrer | Rotes Kreuz | |
| 28 | Florian U. | ~62 | Rettungsfahrer | Rotes Kreuz | |
| 29 | Dr. Karl F. | ~55 | Richter | Bezirksgericht | - |

Lebenszyklus idealtypisch in acht Stufen einzuteilen. Erikson geht davon aus, dass bei erfolgreicher Bewältigung jeder dieser Stufen mit einem positiven Entwicklungsverlauf zu rechnen ist. So schreibt er die Stufen eins und zwei den ersten drei Lebensjahren zu. In dieser Zeit entwickeln sich das Urvertrauen und die Autonomiebestrebungen eines Kleinkindes. Depressionen, Abhängigkeitswünsche und Unsicherheiten entstehen nach Erikson oftmals vor dem Hintergrund nicht vorhandener Lern- und Erfahrungsräume

im Hinblick auf Sicherheit, Schutz, Geborgenheit (Erikson 2015, S. 62 f.). Bei der Einweisung des Mädchens wurden diese Symptome vom Amtsarzt und der Psychotherapeutin diagnostiziert.

Diese und andere entwicklungspsychologische Interpretationen hätten die (psychotherapeutischen) Fachkräfte Geraldine durchaus als Deutungsmuster anbieten können, um einen selbstbestimmten Prozess der biografischen Bewältigung,

Netzwerkarte (Pantuček 2012)



66

des Verstehens der eigenen Entwicklung zu initiierten. Das Gegenteil war der Fall: *Geraldines* Handeln und ihr Wunsch nach Nähe zum Freund wurden als Symptom ihrer Störung interpretiert. Hierdurch wurde die Nutzung eines (geschützten) Erfahrungsspielraums verhindert. Die reflexive Leistung im Sinne Eriksons könnte an dieser Stelle wie auch im Segment der Fremdunterbringung im Kinderdorf zu wenig thematisiert worden sein, so dass *Geraldine* der deutende Zugang zum eigenen Werden verstellt geblieben ist.

Darüber hinaus kann angenommen werden, dass *Geraldine* laufend Beziehungs- und Interaktionserfahrungen sammelte, die bis dato nicht Gegenstand der biografischen Arbeit mit ihr wurden. *Geraldine* selbst war aber in ihrem Streben nach Autonomie und Selbstkompetenz darauf zurückgeworfen, ihr Erleben von Handlungswirk-

samkeit zu erproben. Hiermit könnten auch ihre Grenzerlebnisse mit dem Freund erklärt werden. Das Krankenhaus, aber auch der Kinder- und Jugendhilfeträger versuchten hingegen in einer vorwiegend disziplinierenden Weise, beispielsweise mit Hilfe eines Kontaktverbots zum Freund oder einem angestrebten Strafprozess wegen des Beißens der Kinderdorfmutter, das Mädchen wieder auf den vermeintlich „richtigen“ Weg zu bringen beziehungsweise es an seine Grenzen heranzuführen. Damit werden aber einer 15-Jährigen die notwendigen geschützten Lebens- und Reflexionsprozesse vor- enthalten; sie wurde der Möglichkeit beraubt, sich selbst unter gesicherten Bedingungen in Interaktion mit Beziehungspersonen zu erproben. Diese freie Selbstdäigkeit (Sting 2001 und 2016), die in der Subjektwerdung eine entscheidende Bildungsvoraussetzung ist, fand in der Praxis der involvierten Institutionen keine Berücksichtigung.

Ihr selbst- und fremdverletzendes Verhalten könnte des Weiteren ein Symbol dafür sein, dass *Geraldine* nicht in der Lage war, Krisen und Belastungen erfolgreich zu bewältigen. So führen *Steinebach* und *Gharabaghi* (2013) an, dass Widerstandsfähigkeit beziehungsweise Resilienz nicht zwingend auf den Einfluss der Familie zurückzuführen ist. Sie vertreten die Ansicht, dass sich Jugendliche in der Zeit der Adoleszenz nicht nur verstärkt an Werten und Verhalten ihrer Umwelt orientieren, sondern auch Regeln infrage stellen und nach Eigenständigkeit und Unabhängigkeit streben.

Steinebach und *Gharabaghi* verweisen zudem auf *Carter* und *McGoldrick*, nach denen Eltern aufgefordert sind, „den Jugendlichen neue Erfahrungen innerhalb und außerhalb des Familiensystems zu ermöglichen und sie so in ihrer Rollen- und Identitätsfindung zu unterstützen“ (zitiert nach *Steinebach*; *Gharabaghi* 2013). Für den Fall von *Geraldine* bedeutet dies, dass ihr mit hoher Wahrscheinlichkeit genau diese Unterstützung in Form des Zutrauens in die eigene Bildsamkeit gefehlt hat. Dennoch war sie offensichtlich in der Lage, gegenüber den erziehenden Instanzen Widerstand im Sinne persönlicher Autonomiebestrebungen (*Sting* 2016) zu leisten. Indem sie beispielsweise aktuell jede Behandlung im Krankenhaus ablehnt, den Schulbesuch verweigert und sich nicht in der vorgesehenen Unterbringung aufhält, kann sie ihre Selbstkompetenz erproben. Trotz instabiler Familienverhältnisse und mehrfacher Gewalterfahrungen könnte das, was die Psychiatrie hier als Symptom einer pathologischen Störung zu erkennen glaubte, mit derselben Wahrscheinlichkeit als durchaus zu erbringende Bildungsherausforderung, quasi als Weg, Resilienz auszubilden, interpretiert werden. An diesem Punkt könnten und müssten die Kinder- und Jugendhilfe, die Wohngemeinschaft sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso unterstützend und fördernd wie schützend auf *Geraldine* eingehen. In diesem Sinne dürfte ihr Verhalten beziehungsweise ihr vermeintliches Krankheitsbild nicht nur pathologisierend gedeutet werden, sondern bedürfte auch der Berücksichtigung ausstehender altersentsprechender Entwicklungserfordernisse.

Die Gewaltaffinität wohlfahrtsstaatlicher und gesundheitspolitischer Organisationen zeigt sich in diesem Fall unter anderem in der Unterbringung im geschlossenen Bereich der Kinder- und Jugendpsy-

chatrie. Sozialarbeiterin, Kinderdorfmutter, Amtsarzt, Polizei, diensthabende Ärztinnen und Ärzte sowie das Gericht teilten wiederholt die Ansicht, dass die Unterbringung notwendig und gerechtfertigt sei. Dieser Auftrag zur Gewaltausübung wird nicht nur gegenüber der Gesellschaft mit dem Unterbringungsgesetz legitimiert, es bedarf auch der Befürwortung und Zustimmung der fallführenden Sozialarbeiterin oder des Sozialarbeiters der Kinder- und Jugendhilfe. Dass dieses Vorgehen nicht hinterfragt wird, könnte in Anlehnung an eine Deutung *Hans Thierschs* (1997) damit erklärt werden, dass sich die Soziale Arbeit vielfach und nicht zuletzt aufgrund ihrer Historie eher an der Erfüllung von Normen und gesellschaftlichen Erwartungen als an der Entwicklung einer gemeinsamen und tragfähigen Arbeitsbeziehung mit den Klientinnen und Klienten orientiere. *Thiersch* (1997) weist darauf hin, wie Soziale Arbeit die Lebenswelten der Adressatinnen und Adressaten beeinträchtigen und mit entsprechenden Maßnahmen auch disziplinierend wirken kann. Auffälligkeiten und Schwierigkeiten werden häufig auch von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern pathologisiert und kriminalisiert. Genau das passierte offenbar im Fall von *Geraldine*; ihr Verhalten wurde nicht nur von den Ärztinnen und Ärzten als krankhaft eingestuft.

6 Fazit | In den genannten Institutionen ist es kaum oder gar nicht üblich, Jugendliche in organisierende Entscheidungsprozesse einzubeziehen. In *Geraldines* Fall wurden vielfach Entscheidungen getroffen, ohne ihre Vorstellungen proaktiv einzuholen und zu berücksichtigen. Das könnte ein Grund dafür sein, dass *Geraldine* bislang nur schwer konstruktive Handlungsalternativen im Umgang mit Stress und Aggressionen entwickelt und nur wenige soziale Beziehungen außerhalb des betreuenden Systems bilden konnte. Interessant erscheint auch die biografische Deutung der Kinderdorfmutter gegenüber dem behandelnden Arzt, die dieser zu einem Teil seiner Anamnese machte. Nach wie vor besteht zwischen *Geraldine* und ihren leiblichen Eltern kein Kontakt und es gibt kaum länger andauernde Freundschaften zu Gleichaltrigen. Die Beziehung zu ihrem Freund, die ihr am wichtigsten erscheint, wird von ihrem sozialen Umfeld abgelehnt und möglichst unterbunden.

Unter Berücksichtigung des Wissensstandes anderer Disziplinen bezüglich lebensphasentypischer Bedürfnisse während der Adoleszenz, den damit in

Zusammenhang stehenden Bildungs- und Entwicklungserfordernissen (Sting 2016) sowie der Bewältigung von Gewalterfahrungen muss weiterhin mit Gefährdungen *Geraldines* durch ihr für sie selbst riskantes Verhalten gerechnet werden. Die Handlungen, die als auffällig wahrgenommen wurden, kamen öfter vor und die Intervalle zwischen den Episoden wurden im Untersuchungszeitraum von zwölf Monaten kürzer. Umso wichtiger sind für *Geraldine* regelmäßige Psychotherapiesitzungen und die Erarbeitung reflexiver Strategien der Bewältigung.

Der *Labeling Approach* (Etikettierungsansatz), mit dem die Psychologisierung und Medikalisierung abweichenden Verhaltens kritisiert wird, zeigt, dass ein sogenanntes abweichendes Verhalten nicht zwangsläufig krankhaftes Verhalten bedeutet und dass bestimmte Diagnosen auch Rückschlüsse auf die etikettierenden Organisationen zulassen (Neubacher 2017). Soziale Kontrolle, die unter dem Deckmantel der professionellen Hilfe stattfindet, ist im Sinne des *Labeling Approach* gemeinhin die Ursache und nicht das Ergebnis von Devianz. Werden Etikettierungen bereits in der Kindheit oder im Jugendalter getroffen, können die sich daraus ergebenden Folgen besonders dramatisch auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen wirken. Sich auch aus dieser Perspektive zu fragen, inwieweit *Geraldine* auf die Stigmatisierungen in den erlebten Zwangskontexten mit Auffälligkeiten und Abweichungen reagiert, inwieweit ihre Verhaltensweisen als Ausläufer der Disziplinierungen durch die „wohlfahrtsstaatlichen Hilfen“ betrachtet werden müssen, müsste in supervidierenden Sitzungen geklärt werden.

Der Fall macht deutlich, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihr professionelles Fachwissen häufig nicht nutzen. Weder bringen sie es in die Fallbetrachtung ein noch nutzen sie es für die Entwicklung transdisziplinärer Handlungsalternativen. Darüber hinaus stellen sie häufig die Befunde und Diagnosen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen nicht infrage beziehungsweise fordern deren Ausdifferenzierung nicht ein. Naheliegend ist, dass eine institutionskritische Betrachtung die Zuspitzung in der Entwicklungsdynamik *Geraldines* womöglich hätte verhindern oder abmildern können. Hier drängt sich auch die eingangs erwähnte Frage auf, ob und inwieweit spezifische Statusprobleme der Sozialen Arbeit beziehungsweise ein von Unterord-

nung geprägtes berufliches Selbstverständnis Auswirkungen auf die Fallarbeit hatten. *Geraldines* Fall macht deutlich, dass die Unterordnung unter bestimmte vorherrschende medizinisch-pathologisierende Deutungsmuster und die dabei wirksamen Entscheidungs- und Organisationsstrukturen bedeuten, dass die Fachlichkeit der Sozialen Arbeit leidet und der Blick für solche fachlichen Unterwerfungen geschärft werden muss.

Andrea Fuchs ist Sozialarbeiterin (B.A.) und arbeitet in der Kinder- und Jugendhilfe in Hartberg, Bezirkshauptmannschaft Steiermark (Österreich).
E-Mail: AndreaMC.Fuchs@gmx.at

Literatur

- Ader**, S.: Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe. Weinheim und München 2006
- Erikson**, E.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main 2015
- Knoblauch**, H.: Habitus und Habitualisierung. Zur Komplexität von Bourdieu mit dem Sozialkonstruktivismus. In: Rehbein, B.; Saalmann, G.; Schwengel, H. (Hrsg.): Pierre Bourdieus Theorie des Sozialen. Probleme und Perspektiven. Konstanz 2003, S. 187-203
- Nadai**, E.; Sommerfeld, P.; Bühlmann, F.; Krattiger, B.: Fürsorgliche Verstrickung. Soziale Arbeit zwischen Profession und Freiwilligenarbeit. Wiesbaden 2005
- Neubacher**, F.: Kriminologie. Baden-Baden 2017
- Pantuček**, P.: Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien 2012
- Steinebach**, C.; Gharabaghi, K.: Resilienzförderung im Jugendalter. Praxis und Perspektiven. Berlin und Heidelberg 2013
- Sting**, S.: Bildung. In: Schröer, W.; Struck, N.; Wolff, M. (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und München 2001, S. 377-392
- Sting**, S.: Bildung im sozialen Raum. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik 2/2016, S. 118-139
- Thiersch**, H.: Armut und Gerechtigkeit. In: Müller, S.; Otto, U. (Hrsg.): Armut im Sozialstaat. Gesellschaftliche Analysen und sozialpädagogische Konsequenzen. Darmstadt 1997, S. 265-280