

Hindernisse der jugendlichen Cannabiskonsumenten auf dem Weg zur Abstinenz

Qualitative Befragung der Klienten aus stationären Einrichtungen von Condrops e.V.

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades **Master of Science**
Studiengang Master Suchthilfe

Vorgelegt von **Kateřina Vickers**

7. Fachsemester

Matrikelnummer: 507458

Erstprüfer: Prof Dr. Michael Klein

Zweitprüfer: Stefanie Lohmann

Inhaltsverzeichnis

Hindernisse der jugendlichen Cannabiskonsumenten auf dem Weg zur Abstinenz.....1

1.Einleitung.....5

2.Die Jugendphase. Ihre Entwicklungsaufgaben und Risiken.....9

2.1 Begriffsklärung: Jugendalter..... 9

2.2 Entwicklungstheorie als Erklärungsmodell für den Konsum psychoaktiver Substanzen..... 11

2.2.1 Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben..... 13

2.2.2 Konsum psychoaktiver Substanzen im Rahmen der Entwicklungstheorie..... 14

2.3 Das Trias Modell als Erklärungsmodell für die Suchtentwicklung im Jugendalter..... 15

2.4 Andere Erklärungsmodelle für den Konsum psychoaktiver Substanzen..... 17

2.4.1 Lerntheoretisches Erklärungsmodell..... 17

2.4.2 Psychoanalytisches Erklärungsmodell..... 18

2.4.3 Neurowissenschaftliches Erklärungsmodell 18

3.Aktueller Forschungsstand zum Cannabiskonsum..... 19

3.1 Epidemiologie des Cannabiskonsums..... 19

3.1.1 Cannabiskonsum in der Bevölkerung..... 19

3.1.2 Cannabiskonsum im Jugendalter..... 20

3.2 Cannabisbezogene Folgen und Risiken im Jugendalter..... 22

3.2.1 Vorausgehende Risikofaktoren 22

3.2.2 Akute Intoxikation und ihre Folgen..... 23

3.2.3 Schädlicher Cannabisgebrauch 24

3.2.4 Cannabisabhängigkeit..... 24

3.2.5 Cannabisentzugssyndrom..... 26

3.2.6 Cannabispsychose..... 26

3.2.7 Motivationsstörung..... 27

3.2.8 Kognitive Störungen..... 27

3.2.9 Komorbide psychische Störungen..... 28

3.2.10 Somatische Folgen..... 29

3.2.11 Soziale Folgen und gate-way-Theorie..... 29

4.Behandlungsansätze von cannabisbezogenen Störungen30

4.1 Behandlungsnachfrage..... 30

4.2 Motivation für die Behandlung..... 31

4.3 Jugendliche Cannabiskonsumenten als heterogene Gruppe 32

4.4 Diagnostik und geeignete Behandlung..... 33

4.5 Prävention und Projekte der Frühintervention..... 34

4.6 Ambulante Behandlung..... 36

4.7 Ambulante Behandlung und Frühinterventionsprogramme in München und Umgebung.....	37
4.8 Stationäre Behandlung.....	39
4.8.1 Stationäre Akutbehandlung.....	39
4.8.2 Stationäre Postakutbehandlung.....	40
4.9 Stationäre Behandlungsangebote in Bayern.....	42
5.Forschungsziele und Forschungsmethoden.....	44
5.1 Problemzentriertes Interview.....	44
5.2 Forschungsziele.....	45
5.3 Forschungsfragen.....	46
5.4 Methoden der Erhebung.....	47
5.4.1 Zusammensetzung der Stichprobe.....	47
5.4.2 Leitfadenkonstruktion.....	49
5.4.3 Durchführung des Interviews.....	50
5.4.4 Kritische Betrachtung des Interviews.....	51
5.5 Methoden der Auswertung.....	53
5.5.1 Transkription der Interviews.....	53
5.5.2 Analyseverfahren nach der „Grounded Theory“.....	54
6.Ergebnisse.....	57
6.1 Darstellung und Diskussion der Interviews.....	57
6.1.1 Klient A: Darstellung des Interviews.....	57
6.1.2 Klient A: Theoretische Diskussion des Interviews.....	60
6.1.3 Klient B: Darstellung des Interviews.....	62
6.1.4 Klient B: Theoretische Diskussion des Interviews.....	66
6.1.5 Klient C: Darstellung des Interviews.....	67
6.1.6 Klient C: Theoretische Diskussion des Interviews.....	71
6.1.7 Klientin D: Darstellung des Interviews.....	72
6.1.8 Klientin D: Theoretische Diskussion des Interviews.....	76
6.1.9 Klient E: Darstellung des Interviews.....	77
6.1.10 Klient E: Theoretische Diskussion des Interviews.....	81
6.1.11 Klientin F: Darstellung des Interviews.....	82
6.1.12 Klientin F: Theoretische Diskussion des Interviews.....	86
6.2 Darstellung und theoretische Diskussion der Oberkategorien.....	87
6.2.1 Persönliche Daten.....	87
6.2.2 Konsumverlauf und Einstellung.....	88
6.2.3 Erfahrungen mit Behandlungsangeboten.....	92
6.2.4 Zusammenleben mit Konsumenten anderer psychoaktiver Substanzen.....	95
6.2.5 Bedürfnisse der Klienten auf dem Weg zur Abstinenz.....	98
6.3 Familie als Schlüsselkategorie.....	99

6.4 Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung für jugendliche Cannabiskonsumenten.....	100
7.Fazit.....	103
8.Zusammenfassung	105
9.Verzeichnis von Literatur, Quellen, Abbildungen	106
Versicherung selbständiger Arbeit.....	114
Anhang I: Interviewleitfaden	115
Anhang II: Transkription Klient A.....	117
Anhang III: Transkription Klient B.....	124
Anhang IV: Transkription Klient C.....	134
Anhang V: Transkription Klientin D.....	144
Anhang VI: Transkription Klient E.....	156
Anhang VII: Transkription Klientin F.....	172
Anhang VIII: Kategorien	182

1. Einleitung

Seit vier Jahren arbeite ich in der Einrichtung easyContact in München, deren Konzept an der Schnittstelle zwischen Sucht- und Jugendhilfe einzuordnen ist. Unsere Einrichtung suchen vor allem Eltern und Jugendliche auf, die sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden und alleine keinen Ausweg finden. Wie in anderen Einrichtungen der Suchthilfe auch (Thomasius et al., 2009) ist in den letzten Jahren die Behandlungsnachfrage der Cannabiskonsumenten und deren Angehöriger enorm gestiegen. In der ambulanten Behandlung in Deutschland sind die Cannabis-bezogenen Diagnosen die zweithäufigste Hauptdiagnose nach Opiaten. Dies kann sowohl auf die gestiegene Anzahl der spezialisierten Programme als auch auf das gewachsene Bewusstsein, dass es sich um eine behandlungsbedürftige Störung handelt, zurückgeführt werden (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012). Trotzdem sind weiterhin sowohl unter Fachleuten als auch unter der Klientel und deren Angehörigen erhebliche Unsicherheiten bezüglich möglicher Behandlungsformen zu spüren.

Die Reaktionen der Eltern in unserer Einrichtung auf den Cannabiskonsum der Jugendlichen sind sehr verschieden und bewegen sich zwischen übertriebener Dramatisierung und Bagatellisierung. Einige Eltern sehen ihre Kinder bereits nach der ersten Konsumerfahrung als zukünftige Heroinabhängige, andere dagegen ignorieren lange die Anzeichen eines ausgeprägten Konsums und dessen Folgen. Die Palette von Konsummustern bei Jugendlichen ist genauso vielfältig. Dabei ist es von größter Bedeutung, zwischen dem tatsächlich problematischem Konsum und dem alterstypischen Ausprobieren der Jugendlichen zu unterscheiden, denn erst dann kann entschieden werden, ob es sich um eine behandlungsbedürftige Störung handelt. Wenn es zu einer Vermittlung in die stationäre Therapie kommt, befürchten Eltern häufig, dass ihre Kinder dadurch nur leichteren Zugang zu anderen psychoaktiven Substanzen erhalten und lehnen diese deswegen ab. Somit bleiben notwendige Maßnahmen häufig aus, wodurch sich der Konsum immer weiter manifestiert.

Auch in Medizin und Suchthilfe stößt man immer noch auf eine verharmlosende Haltung gegenüber dem Cannabiskonsum. Obwohl in der Fachliteratur das primäre Ziel für chronisch konsumierende Jugendliche die Abstinenz darstellt (Thomasius, Stolle, 2009), wird dies oft nicht frühzeitig erkannt. Dadurch werden die Jugendlichen bei der

Auseinandersetzung mit dem Konsum nicht ausreichend unterstützt. Die große Verbreitung von Cannabis in der Population (Kraus et al., 2010), neben der Diskussion über Legalisierung in mehreren Ländern, bietet darüber hinaus den jungen Menschen Argumente, die die Harmlosigkeit von Cannabis proklamieren. Diese Beobachtungen aus der Praxis bildeten meine Motivation zum Verfassen der vorliegenden Arbeit. Durch die subjektive Beschreibung der Erfahrungen der Betroffenen möchte ich auf die verschiedenen Facetten des Cannabiskonsums im Jugendalter eingehen und vor allem neue Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung für diese Klientel einbringen, um der Manifestierung einer Suchterkrankung entgegenzuwirken.

Nachdem vor zehn Jahren die weltweite Verbreitung des Cannabiskonsums fast epidemische Ausmaße anzunehmen drohte (UNODC, 2010), wurden in Fachkreisen sowohl die Epidemiologie als auch geeignete Behandlungsformen vermehrt diskutiert (Aden et al., 2011; Bonnet et al., 2006; Pfeiffer-Gerschel, Simon, 2008; Thomasius et al., 2009). Aktuell gibt es nur vereinzelte neue Studien zu dem Thema. Die Fachdiskussion fokussierte zum damaligen Zeitpunkt vor allem auf die Forderungen nach neuen Behandlungsformen für Cannabiskonsumern, die in ihrer Lebenssituation relativ stabil sind und somit gut von ambulanten Reduktionsprogrammen profitieren können. Die jungen Cannabiskonsumern mit chronischen Konsummustern und wenigen Ressourcen wurden dabei meistens außer Acht gelassen. Auf diese bis jetzt wenig erforschte Konsumentengruppe und ihren Weg in die Abstinenz möchte ich mich im Forschungsteil meiner Arbeit konzentrieren und setze dabei folgende Forschungsziele:

Erstens sollten die Familiensituation und andere Risiko- und Schutzfaktoren der jugendlichen Cannabiskonsumern, die in den stationären Einrichtungen behandelt werden, identifiziert werden.

Zweitens sollte die Ausprägung und Bedeutung des Konsums von Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen erläutert werden.

Drittens sollten Behandlungsangebote durch jugendliche Cannabiskonsumern beurteilt werden. In den letzten Jahren wurden mehrere spezifische Behandlungsprogramme zur Risikoeinschätzung und Konsumreduktion entwickelt, die auch gut geeignet für jugendliche Cannabiskonsumern sind. Inwiefern sind diese Angebote den Jugendlichen bekannt, und was halten sie davon? Welche Frühintervention, Jugendhilfeangebote oder

ärztliche Interventionen haben die Cannabiskonsumenten erreicht und wie wurden diese beurteilt?

Viertens sollte das Erleben der jugendlichen Cannabiskonsumenten in den stationären Therapieeinrichtungen untersucht werden; die Effekte des Zusammenlebens mit den Konsumenten anderer Substanzen sollten erläutert werden. Jugendliche Cannabiskonsumenten mit komorbiden psychischen Störungen oder mit dysfunktionalem Familienmilieu werden häufig in stationäre Suchthilfeeinrichtungen vermittelt. Inzwischen gibt es auch mehrere Suchthilfeeinrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene bis 21 Jahre, in denen Jugendliche von der Cannabisabhängigkeit bis hin zur Opiatabhängigkeit behandelt werden. Bei der erwachsenen Klientel werden die spezifischen Merkmale der Cannabiskonsumenten im Vergleich zu Konsumenten von illegalen Drogen hervorgehoben. Nach Udo Bonnet et al. (2006) fühlen sich reine Cannabiskonsumenten im traditionellen Setting der Drogenhilfe nicht verstanden und nicht ernst genommen. Diese sind meistens auch besser sozial integriert. Damit sind niedrige Therapiemotivation und vorzeitige Therapieabbrüche verbunden. In den Suchthilfeeinrichtungen für Jugendliche wurden diese Aspekte bis jetzt nicht erforscht. Wie fühlen sich jugendliche Cannabiskonsumenten in den stationären Therapieeinrichtungen? Welche Effekte des Zusammenlebens mit den Konsumenten von härteren illegalen Substanzen beschreiben betroffene Jugendliche?

Fünftens sollte untersucht werden, welche Voraussetzungen erforderlich gewesen wären, um es den jugendlichen Cannabiskonsumenten zu ermöglichen, schon früher aus dem Konsum auszusteigen. Bei chronischem Konsum von Cannabis im Jugendalter ist die Früherkennung und Frühintervention wesentlich, da das Risiko für Abhängigkeit und komorbide psychische Störungen bei niedrigem Einstiegsalter sehr hoch ist. Gleichzeitig sind die Cannabiskonsumenten durch oft sehr schwache Abstinenzmotivation, Verharmlosung des Konsums, kognitive Einschränkungen und Entwicklungsverzögerungen gekennzeichnet. Dies stellt eine Herausforderung an das Jugendhilfe- und Suchthilfesystem dar (Aden et al., 2011). Der REITOX-Bericht 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012) zeigt, dass die Reaktionszeit zwischen Erstkonsum von Cannabis (15 Jahre) und Behandlungsbeginn (25 Jahre) der Zielsetzung der Frühintervention nicht gerecht wird. Vor allem bei den Jugendlichen, die über weniger Ressourcen und Schutzfaktoren verfügen, gestaltet sich die Frühintervention sehr schwierig. Welche Gründe identifizieren Jugendliche

selber, die sie daran gehindert haben, sich schon früher mit dem Konsum auseinanderzusetzen? Was brauchen jugendliche Cannabiskonsumenten, um die Suchtentwicklung früher zu erkennen und den Konsum zu beenden?

Sechstens sollten aus den Erkenntnissen neue Hypothesen zur Verbesserung der Behandlung für Cannabiskonsumenten formuliert werden.

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit dient der theoretischen Verankerung des gewählten Themas. Das Fundament bilden dabei die Entwicklungstheorie und das Trias-Modell als Erklärungsmodelle für den Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter. Mit Hilfe dieser Erklärungsansätze wird gezeigt, unter welchen Bedingungen sich ein zunächst als harmlos einzustufendes Probierverhalten zu einem problematischen Cannabiskonsum entwickelt. Im Anschluss werden der aktuelle Forschungsstand und Behandlungsansätze zu Cannabis-bezogenen Störungen vorgestellt.

Im methodologischen Teil der Arbeit werden die Forschungsziele und Forschungsmethoden genau vorgestellt. Da der subjektiven Sicht der befragten Jugendlichen große Bedeutung zugemessen wird, bot sich das qualitative Interview als Methode an. Um der Befragung die nötige Struktur geben zu können und sich adäquat an die Forschungsziele zu halten, wurde die Methode des problemzentrierten Interviews ausgesucht.

Die Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion mit den zuvor aufgeführten theoretischen Konzepten stellen den letzten Teil der Arbeit dar. Dabei wurde absichtlich ein besonderes Augenmerk auf die Biographie der einzelnen Jugendlichen gelegt, da diese ihre konkreten Lebensumstände abbildet, und dadurch ein besseres Verständnis der Problematik ermöglicht.

2. Die Jugendphase. Ihre Entwicklungsaufgaben und Risiken

2.1 Begriffsklärung: Jugendalter

Verschiedene Fachbereiche definieren die Jugendphase unterschiedlich. Im juristischen Sinne wird ein Mensch im Alter zwischen 14 und 17 Jahren als „Jugendlicher“ bezeichnet. Im Alter zwischen 18 und 26 Jahren wird von „jungen Volljährigen“ gesprochen (Tenorth, Tippelt, 2007).

Das in der Entwicklungspsychologie wichtigste Merkmal für die Abgrenzung zwischen Kindheitsalter und Jugendalter ist das Eintreten der Geschlechtsreife, der sogenannten Pubertät. Der Übergang zwischen Jugendalter und Erwachsenenalter wird dagegen schleichend, dem Jugendlichen selbst unbewusst und ungewollt, eintreten (Hurrelmann, Quenzel, 2012). Nach der traditionell verbreiteten Vorstellung im westlichen Kulturkreis vollzieht sich der Übergang in das Erwachsenenalter zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr. Mehr und mehr Jugendliche benötigen heute jedoch mehr Zeit, um sich den psychischen Herausforderungen des Erwachsenenalters zu stellen (Fend, 2005).

Die Soziologen definieren das Jugendalter nicht allein durch körperliche Entwicklung, sondern zugleich durch kulturelle, wirtschaftliche, soziale und ökologische Faktoren (Hurrelmann, Quenzel, 2012). Durch diese Faktoren wird stets die Strukturierung aller Lebensphasen beeinflusst. Wenn wir uns die Lebensphasen vom historischen Gesichtspunkt aus anschauen, stellen wir fest, dass sich die Phase „Jugend“ erst um 1950 langsam ausgliedert. Hurrelmann und Quenzel beschreiben weiter (2012), dass sich die Kindheitsphase und Erwachsenenphase auf Grund verschiedener gesellschaftlicher Veränderungen seit 1950 immer mehr verkürzen. Die steigende Lebensdauer, das Absinken der Geburtenzahlen und die ständig wachsende Rolle der Bildung zählen dabei zu den wichtigsten Faktoren. Die Jugendphase nimmt so einen immer größeren Teil der Lebenszeit ein.

Der Übergang zwischen den Lebensphasen wird darüber hinaus durch starke

Liberalisierung und Ent-Traditionalisierung (Elias, 1985) beeinflusst. In den hoch entwickelten Gesellschaften haben sich traditionelle soziale Regeln und Umgangsformen in den letzten Generationen gelockert. Ulrich Beck (1986) spricht in diesem Zusammenhang über Individualisierung gesellschaftlicher Strukturen. Die Spielräume für die eigene Gestaltung des Lebenslaufes werden größer, und daraus folgend kommt es zu fließenden Übergängen zwischen den Lebensphasen. Traditionelle Übergangszeremonien wie Schuleintritt, kirchliche Firmung, Berufseintritt und Heirat verlieren in diesem Zusammenhang an Bedeutung. Es ergibt sich insgesamt größere Freiheit in der Gestaltung der Phasen.

Als Folge der gesellschaftlichen Veränderungen sind jedoch auch die Ansprüche an die bewusste Gestaltung und inhaltliche Sinngebung der Lebensphasen gestiegen. Die Jugendphase erfordert ein breites Spektrum an Problembewältigungsstrategien und Handlungsanforderungen, die eine frühe Entwicklung des eigenen Lebensstils mit sich bringen. In der Jugendphase ist hiermit auch die Bedeutung aller Institutionen gestiegen, in denen sich junge Leute befinden. Dazu gehören Familien, Schulen, Gleichaltrigengruppen, Hochschulen, Medien usw.. Hurrelmann und Quenzel (2012) identifizieren eine wachsende Minderheit von jungen Leuten, die der Bewältigung der hohen Anforderungen nicht ausreichend gewachsen ist. Auf die Probleme, Risikofaktoren und Lösungsstrategien der Jugendlichen in Form von Konsum illegaler Substanzen wird genauer im nächsten Kapitel eingegangen.

Zusammenfassend soll die folgende Definition des Jugendalters das Verständnis von diesem Lebensabschnitt für die vorliegende Arbeit abbilden.

„Jugend und Adoleszenz (lat. adolescere: heranwachsen) werden synonym für den Lebensabschnitt zwischen dem Ende der Kindheit und dem Beginn des Erwachsenenstatus verwendet, in der Regel die zweite Lebensdekade. Die Adoleszenz beginnt mit dem Einsetzen der Pubertät und endet, wenn die Kompetenzen zur Ausgestaltung der Aufgaben des Erwachsenen in den Bereichen persönliche Leistungsbereitschaft, Beruf, Partnerschaft, Konsum und Freizeit sowie politische Beteiligung vorhanden sind (Grob, 2007, S. 187).“

2.2 Entwicklungstheorie als Erklärungsmodell für den Konsum psychoaktiver Substanzen

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben bietet auf Grund seines multidisziplinären und holistischen Ansatzes ein besonderes Erklärungspotenzial für den Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter und wird deswegen in den nächsten zwei Kapiteln näher vorgestellt.

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben wurde von Robert J. Havighurst in den späten 40er-Jahren eingeführt. Es setzte sich in der interdisziplinären Forschung bald durch und ist bis heute unumstritten. Entwicklungsaufgaben stellen nach Havighurst Lernaufgaben dar, die sich zu einem bestimmten Lebensabschnitt ergeben und zu lösen sind. Die erfolgreiche Bewältigung der Aufgaben dient zur Befriedigung und zum Erfolg bei der Erfüllung der nächsten Aufgaben (Rothgang, 2009). Diese Lernprozesse sollen im Idealfall dazu führen, dass aus realen Anforderungen Fertigkeiten und Kompetenzen hervorgehen. Dabei müssen drei Quellen der Entwicklungsaufgaben zusammenwirken. Diese sind: körperliche Reifung des Individuums, die gesellschaftlichen Erwartungen und die individuellen Wünsche, Ziele und Werte der entstehenden Persönlichkeit (Rothgang, 2009).

Die ursprünglich acht Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, definiert von Havighurst, fassten Hurrelmann und Quenzel (2012) in vier größere Bereiche zusammen und passten diese den heutigen gesellschaftlichen Entwicklungen an:

a) Qualifizieren: Entwicklung der intellektuellen und sozialen Kompetenzen für Leistungs- und Sozialanforderungen sowie der Bildung und Qualifizierung, um die gesellschaftliche Rolle des Berufstätigen zu übernehmen.

b) Binden: Entwicklung der Körper- und Geschlechtsidentität, die emotionale Ablösung von den Eltern und die Fähigkeit der Bindung, um die gesellschaftliche Rolle eines Familiengründers zu übernehmen.

c) Konsumieren: Entwicklung von sozialen Kontakten und Entlastungsstrategien und die Fähigkeit zum Umgang mit Wirtschafts-, Freizeit- und Medienangeboten sowie Genussmitteln, um die gesellschaftliche Rolle des Konsumenten zu übernehmen.

d) Partizipieren: Entwicklung eines individuellen Werte- und Normensystems und

der Fähigkeit zur politischen Partizipation, um die gesellschaftliche Rolle des Bürgers zu übernehmen.

Auch in der heutigen, stark individualisierten Gesellschaft gibt es soziale Erwartungen, die an junge Menschen herangetragen werden. Diese Erwartungen sind so tief kulturell verankert, dass sich ihnen niemand entziehen kann. Die individuellen Verhaltensweisen vieler junger Menschen bewegen sich zwischen einer kompletten Erfüllung der gestellten Anforderungen und dem Versuch, ihnen auszuweichen.

Die Entwicklungsaufgaben lassen sich für verschiedene Lebensbereiche formulieren, sie hängen jedoch jeweils eng zusammen. Die Bewältigung einer bereichsspezifischen Aufgabe im Jugendalter, etwa die psychosoziale Ablösung von den Eltern, wirkt sich auf die Art und Weise aus wie eine Auseinandersetzung in anderen Bereichen gelingt oder misslingt – etwa der Aufbau einer Partnerschaft (Hurrelmann, Quenzel, 2012).

Der Konsum psychoaktiver Substanzen trägt zur Befriedigung vielfältiger alters- und entwicklungsbezogener Bedürfnisse bei. Die folgenden Funktionen können nach Palentien und Harring (2010) nur teilweise als unproduktive Bewältigung von Entwicklungsaufgaben verstanden werden:

- demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenalters
- bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen
- Ausdrucksmittel für sozialen Protest und gesellschaftliche Wertkritik
- ein Instrument bei der Suche nach grenzüberschreitenden bewusstseinsweiternden Erfahrungen
- Zugangsmöglichkeit zu Freundesgruppen
- Symbol für die Teilhabe an subkulturellen Lebensstilen

Die Auseinandersetzung mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen und das Erlernen eines selbst-kontrollierten, sozialverträglichen und genussorientierten Konsums ist eine wesentliche Entwicklungsaufgabe, die allen Jugendlichen gestellt wird. Dieser Entwicklungsprozess erstreckt sich über eine längere Zeitspanne und geht mit Probierkonsum, aber auch mit grenzüberschreitenden und risikoreichen Verhaltensweisen

einher (Barsch, 2005).

Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann bei Jugendlichen rasch zu einer problematischen Form der Lebensbewältigung werden. Dies passiert dann, wenn Abhängigkeit droht und wenn der Konsum beginnt, eine produktive Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu blockieren (Palentien, Harring, 2010). Dieser Prozess wird im nächsten Kapitel näher beschrieben.

2.2.1 Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben

Die Ablösung von den Eltern, Entstehung erster intimer Beziehungen, Auseinandersetzung mit den markanten körperlichen Veränderungen, Erwerb einer Berufsrolle und Suche nach der eigenen Identität sind nur einige von den Entwicklungsaufgaben, die an Jugendliche herangetragen werden. Gelingt es den Jugendlichen nicht, aufgrund spezifischer personaler und sozialer Bedingungen den Anforderungen gerecht zu werden und angemessene Kompetenzen zu entwickeln, ergeben sich bei den Betroffenen erhebliche individuelle Beanspruchungen und Belastungen. Da jede unbewältigte Entwicklungsaufgabe eine ungünstige Startposition für die Bewältigung weiterer Aufgaben mit sich bringt, kann sie zu Störungen der Persönlichkeitsentwicklung führen (Palentien, Harring, 2010). Im ungünstigsten Fall kann dies in einen „Problemstau“ münden. Die Folge ist eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Bildung von Handlungskompetenzen in einzelnen Bereichen (Olbrich, 1984).

Den meisten Jugendlichen gelingt es, bestimmte Muster der Problembewältigung zu erkennen und Kompetenzen zu erwerben, um die normativen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Als günstig für eine erfolgreiche Problembewältigung erweist sich eine gut strukturierte, flexible und eigenaktive Wahrnehmung der sozialen Realität, die für neue Eindrücke offen ist (Fend, 2005).

Die personellen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen allein sind jedoch oft nicht ausreichend, um die Problemkonstellationen zu meistern. Soziale Bedingungen wie z.B. gute Bildung der Eltern und deren erzieherische Kompetenz, eine harmonische Gleichaltrigengruppe und auf Selbständigkeit orientierte Erziehung spielen dabei auch eine große Rolle (Hurrelmann, Quenzel, 2012). Speziell Probleme, die durch das eigene Handeln

nicht veränderbar und beeinflussbar sind, wie z.B. Beziehungskrisen, Arbeitslosigkeit der Eltern, Scheidung der Eltern und Schulversagen, können auch bei Jugendlichen mit hohen Bewältigungskompetenzen zu Stress, gesundheitlichen Störungen, aggressivem Verhalten oder zum verstärkten Konsum psychoaktiver Substanzen führen (Palentien, 1997).

Hurrelmann und Quenzel (2012) unterscheiden drei Sorten von Problemverhalten, das Jugendliche entwickeln, wenn sie bei dem Versuch, bestimmte Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, scheitern und unter den Konsequenzen leiden. Diese Aspekte des Problemverhaltens können auch gleichzeitig bei einer Person auftreten.

a) Nach außen gerichtetes Problemverhalten (z.B. Gewalt, Delinquenz): Aggressionen gegen andere stehen hier als Ersatz für die wirkliche Herausforderung.

b) Ausweichendes Problemverhalten (z.B. Konsum psychoaktiver Substanzen): Mittels Betäubung setzt man sich von den Entwicklungsaufgaben ab, die man bisher nicht bewältigt hat. Die Substanzen werden so eingesetzt, dass sie zur Befriedigung bestimmter altersbezogener Bedürfnisse beitragen.

c) Nach innen gerichtetes Problemverhalten (z.B. psychosomatische Störungen): Der Versagensdruck wird nicht nach außen abgeleitet, sondern trifft in voller Härte die eigene Psyche.

2.2.2 Konsum psychoaktiver Substanzen im Rahmen der Entwicklungstheorie

Der Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter kann einerseits als durchaus normale Ausdrucksform der individuellen Auseinandersetzung mit der Realität betrachtet werden. In diesem Sinne ist der Umgang mit Drogen als eine der Entwicklungsaufgaben und Strategien bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu sehen. Andererseits kann sich der Konsum psychoaktiver Substanzen als problematische Form der Realitätsverarbeitung zeigen, wenn er langfristig zur Bewältigung von belastenden Lebensbedingungen eingesetzt wird. Dieser Drogenkonsum bringt dann mehr Schaden als Nutzen mit sich und ist ein Zeichen dafür, dass das Repertoire an Lebenskompetenzen unzureichend ist (Ecarius et al., 2011).

Nach Silbereisen und Reese (2001) kommt es für die Mehrzahl der Jugendlichen zu

einem sogenannten „Maturing out“, das heißt, etwa 90 % der Jugendlichen erlernen einen angemessenen Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Nur bei einer Minderheit von Jugendlichen bleibt Substanzkonsum als Ausdruck von Anpassungsproblemen im Sinne eines „antisozialen Syndroms“ mit vielfältigen Manifestationen im Verhalten erhalten, zu denen auch Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Substanzen gehört.

2.3 Das Trias Modell als Erklärungsmodell für die Suchtentwicklung im Jugendalter

An dieser Stelle werden allgemeine Faktoren der Suchtentstehung beschrieben, da diese auf Cannabiskonsumern zu übertragen sind. In den folgenden Kapiteln werden darüber hinaus noch spezifische Risikofaktoren des Cannabiskonsums erläutert.

Wie schon oben beschrieben, durchläuft nur ein geringer Anteil der Jugendlichen die Entwicklung bis zur Suchtmittelabhängigkeit. Jenseits der Verfügbarkeit der Suchtmittel müssen also weitere Faktoren wirksam sein, damit Missbrauch oder Abhängigkeit entstehen. Es ist ein komplexes Bündel von Bedingungsfaktoren, die für eine solche Entwicklung verantwortlich sind. Es gibt eine unüberschaubare Menge an empirischen Studien, die Risiko- und Schutzfaktoren für die Suchtentwicklung bei Jugendlichen analysieren. Das Trias Modell von Kielholz und Ladewig (1973) macht es möglich, diese Theorien in einem Modell zu ordnen und bündeln. Das Trias Modell basiert auf der Annahme, dass die Suchtentwicklung ein Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren in drei Bereichen ist: Person, Umwelt und Droge.

Die *Person* ist zunächst durch genetische Dispositionen geprägt, die sich auf die Reaktion auf das Suchtmittel beziehen (z.B. als Folge unterschiedlicher Dopamin-D2-Rezeptorgene oder Metabolismus des Suchtmittels (Horn, 2006)). Während bezüglich des Konsumbeginns und der Lebenszeitprävalenz Umwelteinflüsse eine größere Rolle spielen, ist bei problematischem Konsum und insbesondere der Cannabisabhängigkeit der genetische Erklärungsanteil informativer (Aden, Stolle, Thomasius, 2011). Andere bedeutende persönliche Faktoren sind prägende frühkindliche Lebenserfahrungen (Felitti, 2003), verschiedene Temperamentsfaktoren („sensation seeking“), problematische Verhaltensweisen (Ebeling, 1999) wie Aggressivität und oppositionelles Verhalten oder substanzspezifische

Wirksamkeitserfahrungen (Leeners, Braun-Scharm, 2004). Das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren (Schulz, Remmscheidt, 1999). Eickhoff (2000) fand nach ausführlicher Literaturrecherche hohes Selbstwertgefühl, verantwortungsbewusste Selbständigkeit, Selbstvertrauen und hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, gutes Körpergefühl und gute Kommunikationsfähigkeiten als bedeutende Schutzfaktoren.

Die Einflüsse der *Umwelt* lassen sich in Einflüsse des sozialen Nahraumes und Einflüsse der Gesellschaft aufgliedern.

In der Familie spielen unterschiedliche Erziehungsstile, fehlende Bindungen, negative Kommunikationsmuster, Konflikte bis hin zur Gewalt und Trennungen (Horn, 2006) sowie Suchtbelastungen und Einstellung der Eltern gegenüber Alkohol eine Rolle. Es überrascht nicht, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern als die größte Risikogruppe für die Entwicklung eigener Abhängigkeitsmuster gelten (vgl. Klein, 2003). Andere Beispiele familiärer Risikofaktoren (Eickhoff, Zinnecker, 2000) sind fehlende Wärme, starkes Kontrollverhalten, soziale Isolation der Familie nach außen, schlechte Verfügbarkeit der Eltern, „Broken Home“, übersteigter Leistungsdruck usw. Als Schutzfaktoren gelten dagegen unter anderem: Unterstützung, Wärme, häufige gemeinsame Familienaktivitäten und eine konstruktive Konfliktkultur. Eine kleine Gruppe der Kinder bleiben trotz stressreiche und teilweise traumatisierende Erfahrungen in der Familie psychisch gesund. Diese Kinder verfügen über eine hohe Stressresistenz und Anpassungsfähigkeit. Wolin und Wolin (1995) identifizierten sieben intrapsychische Resilienzen, die diese Kinder vor Entstehung der Sucht und weiteren psychischen Störungen schützen können. Diese sind: Einsicht über die Suchtproblematik des Elternteiles, Unabhängigkeit von den Stimmungen zu Hause, Fähigkeit eigene gesunde Bindungen aufzubauen, eigene Initiative bezüglich Sport oder andere Aktivitäten, Kreativität, Humor und Moral.

Einen wichtigen Platz im Bedingungsgefüge nimmt die Schulzufriedenheit ein. Schlechtes Schulklima, zusammen mit Überforderung und schlechten Leistungen, sind wichtigste Prädiktoren für Suchtrisiken (Horn, 2006). Schließlich wirken auch unzureichende Akzeptanz in der Gruppe der Gleichaltrigen, Anschluss an sozial auffällige Peers und Gruppenzwang in diese Richtung.

Zu den gesellschaftlichen Risikofaktoren gehören höhere Akzeptanz von Drogen im Alltag oder im Fernsehen, Perspektivenmangel, Mangel an Freizeitangeboten in der Umgebung, Kriminalität, Migration, Ghettoisierung usw. (Horn, 2006).

Die *Droge* selbst ist von Bedeutung im Hinblick auf Verfügbarkeit und Zugänglichkeit, aber auch bezüglich der Wirksamkeitserwartungen und ihrer Wirkungsweise, ihres Abhängigkeitspotenzials und gesetzlicher Bestimmungen (Horn, 2006).

2.4 Andere Erklärungsmodelle für den Konsum psychoaktiver Substanzen

Abgesehen von der Entwicklungstheorie, die in den oberen Kapiteln ausführlich beschrieben wurde, sind der Vollständigkeit halber noch zwei der bedeutenden Erklärungsmodelle kurz zu erwähnen.

2.4.1 Lerntheoretisches Erklärungsmodell

Die lerntheoretischen Erklärungsansätze haben in Experimenten bewiesen, dass Lernprozesse sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung der Sucht entscheidend beitragen. Eine besondere Rolle kommt dem Lernen am Modell (Umgang der Eltern oder Peers mit Drogen) zu und den klassisch und operant konditionierten positiven Drogenerwartungen. Die klassische Konditionierung erklärt die Entstehung von Sucht durch zuvor neutrale Stimuli (Anblick eines Joints), die mit dem Abhängigkeitsverhalten und der Suchtmittelwirkung assoziiert werden und anschließend als konditionierte Reize zu erneutem Drogenkonsum motivieren. Nachdem das süchtige Verhalten ausgeführt wurde, wirkt der angenehme Suchtmittelleffekt (z.B. Euphorie, Entspannung) belohnend auf das Verhalten. Das Verhalten wird auch verstärkt, wenn durch Suchtmittel unangenehme Situationen (z.B. Entzug, Anspannung) vermieden werden. Diesen Prozess beschreibt man als operantes Konditionieren (Grüsser, Thalemann, 1999).

2.4.2 Psychoanalytisches Erklärungsmodell

Das psychoanalytische Konzept ist auch für das Jugendalter besonders relevant. Der Substanzgebrauch wird hier als Symptom für eine neurotische Persönlichkeitsstörung gesehen, wobei zusätzlich eine besondere Anfälligkeit des Menschen für Sucht angenommen wird. Diese Prämorbidität ist durch eine Störung in der Mutter-Kind-Beziehung bedingt. Die Folge der Beziehungsstörung ist eine Verunsicherung des Kindes in seinem Vertrauen zur Mutter, woraus ein starkes Befriedigungsverlangen, Sicherheitsbedürfnis und eine ständige Angst vor neuen Enttäuschungen resultiert (Künzel-Böhmer et al., 1993).

2.4.3 Neurowissenschaftliches Erklärungsmodell

Auch neue neurowissenschaftliche Befunde tragen bedeutend zum Verständnis der Entwicklung der Sucht im Jugendalter und der Folgen des Cannabiskonsums bei. Die Neigung zum Drogenkonsum wird durch eine erhöhte Risikobereitschaft und Lust an extremen Gefühlen bei Jugendlichen erklärt. Nach Konrad et al. (2013) ist diese auf eine grundlegende Reorganisation des Gehirns in dieser Lebensphase zurückzuführen. Die Lust an risikoreichen Situationen wird durch das Ungleichgewicht bei der Reifung von zwei Hirnarealen verursacht. Frühere Reifung des Limbischen- sowie des Reward-Systems, dagegen aber die relativ verzögerte Reifung präfrontaler Kontrollareale sind dafür verantwortlich, dass Jugendliche in emotionalen Situationen eher zu solchen Handlungen tendieren, die von Belohnung und Emotionen bestimmt sind als von rationaler Denkweise. Die Umwelteinflüsse im Jugendalter sind also in besonderer Weise für das Verhalten der Jugendlichen prägend. Ferner ergibt sich daraus auch eine erhöhte Vulnerabilität für den Drogenkonsum. Bezüglich der Folgen des ausgeprägten Cannabiskonsums in der Adoleszenz lassen die neuesten tierexperimentellen- und Humanstudien vermuten, dass dieser zu dauerhaften kognitiven und hirnstrukturellen Veränderungen führen kann, die stärker ausgeprägt sind als bei Erwachsenen (Konrad et al., 2013).

3. Aktueller Forschungsstand zum Cannabiskonsum

3.1 Epidemiologie des Cannabiskonsums

3.1.1 Cannabiskonsum in der Bevölkerung

Nach den Ergebnissen des zuletzt veröffentlichten Epidemiologischen Suchtsurveys ist Cannabis nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland (Kraus et al., 2010). Auch nach UNODC bleibt Cannabis unter illegalen Substanzen in Führung, nicht nur europaweit, sondern auch weltweit. Nachdem der Cannabiskonsum in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern, seit Mitte der 1990er Jahre epidemische Ausmaße anzunehmen drohte, ist der Trend seit dem Jahre 2003 eher rückläufig (UNODC, 2010). Die 12-Monats-Prävalenz befand sich unter den 18 bis 59-Jährigen im Jahre 2003 bei 6,9 %. Der Referenzwert von 2009 (5,2 %) weist eine signifikante Abnahme zum Jahre 2003 auf, bleibt jedoch über dem Niveau des Wertes (4,0 %) im Jahre 1997 (Kraus et al., 2010). Diese positive Entwicklung der Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen in den letzten Jahren ist aber nicht dem kaum sinkenden Anteil der problematischen und regelmäßigen Konsumenten gleichzusetzen. Die Anteile der Personen mit Cannabisabhängigkeit haben sich zwischen den Jahren 2006 und 2009 nicht signifikant geändert, weder bezogen auf die Gesamtstichprobe (1,5 % vs. 1,3 %) noch bezogen auf Cannabiskonsumern der letzten 12 Monate (33,1 vs. 29,8 %) (Kraus et al., 2010). Eine Stabilisierung oder Stagnation der Lebenszeitprävalenz kann man auch in den meisten europäischen Ländern beobachten, vor allem in den westlichen. Manche Länder wie z.B. Tschechien, Estland, Bulgarien, aber auch Dänemark, melden jedoch ständig steigende Zahlen (UNODC, 2010).

Die Beliebtheit des Cannabiskonsums scheint also ein weltweiter Trend zu sein und lässt sich nicht nur aus nationalen Gegebenheiten erklären. Wie die oben aufgeführten Zahlen zeigen, werden jedoch die problematischen und regelmäßigen Cannabiskonsumern durch diesen Trend nicht besonders stark beeinflusst und stellen weiterhin eine

Herausforderung für die Suchttherapie dar.

3.1.2 Cannabiskonsum im Jugendalter

Die Drogenaffinitätsstudie des Jahres 2011 zeigt, dass der Konsum illegaler Drogen, bezogen auf die Gruppe Jugendliche und junge Erwachsene, deutlich durch den Konsum von Cannabis bestimmt wird.

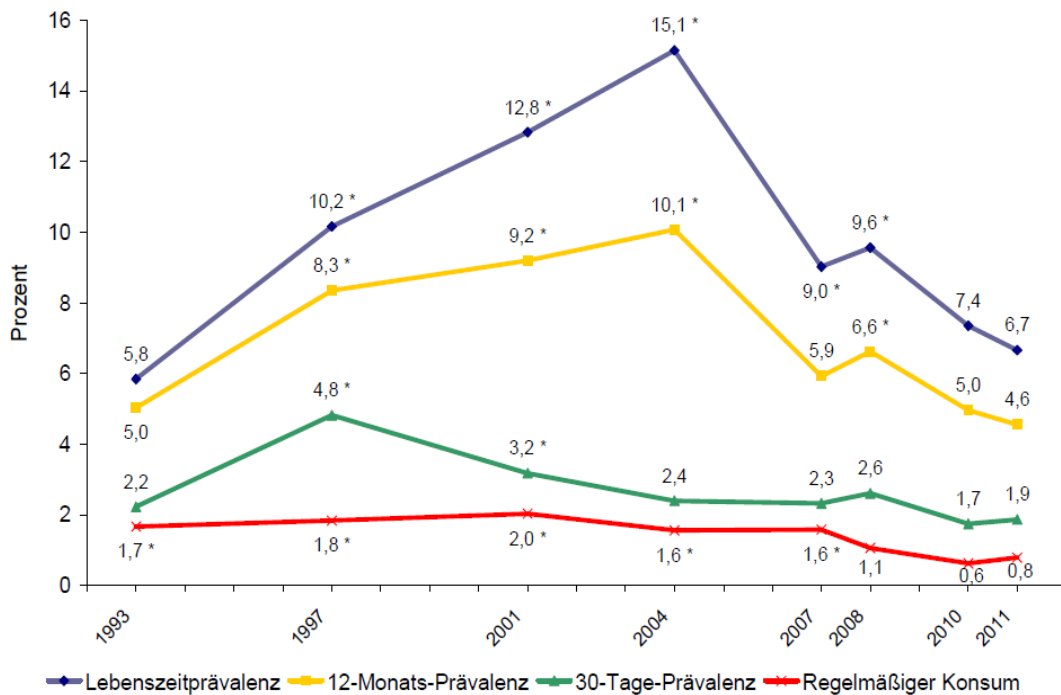


Abb. 3/1) Trend für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche insgesamt von 1993 bis 2011 (Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011)

Cannabis ist unter Jugendlichen die illegale Droge. Insgesamt 4,9 % aller Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren haben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine illegale Droge konsumiert. Dabei haben insgesamt 4,6 % aller Jugendlichen im Jahreszeitraum vor der Befragung Cannabis konsumiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011). Der langfristige Trend unterliegt einer ähnlichen Entwicklung wie in der Gesamtpopulation. Alle vier Indikatoren für Cannabiskonsum der 12-bis 17-Jährigen (siehe Abb. 2/1) zeigen in den letzten Jahren einen Rückgang. Es ist jedoch klar zu erkennen, dass der Entwicklungsverlauf von 30-Tage-Prävalenz und regelmäßigem Konsum deutlich unterschiedlich zum Probierkonsum verläuft. Die Anzahl der Jugendlichen, die wiederholt zu

Cannabis greift, sinkt nicht so stark. Der regelmäßige Konsum zeigt einen statistisch signifikanten Rückgang im Vergleich zum Jahr 2007, die 30-Tage-Prävalenz stagniert jedoch seit 2004. Insgesamt sind die Zahlen durchweg positiv zu bewerten.

Bei jungen Erwachsenen ist der Trend weniger eindeutig. Die nächste Abbildung (Abb. 2/2) zeigt noch deutlicher, dass der steigende Trend bei der Lebenszeit-Prävalenz zwischen den Jahren 1993 bis 2004 nicht von den anderen Indikatoren bestätigt wird. Das bedeutet, dass das steigende Probierverhalten nicht zu einem Zuwachs im aktuellen und regelmäßigen Konsum bei jungen Erwachsenen führte. Die 12-Monats-Prävalenz veränderte sich seit 1993 kaum. Seit dem Jahre 2001 lässt sich auch kein signifikanter Rückgang, weder im regelmäßigen Cannabiskonsum noch in der 30-Tage-Prävalenz, beobachten. Infolgedessen sollten präventive Maßnahmen hauptsächlich auf die Zielgruppe der regelmäßigen Konsumenten fokussieren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011).

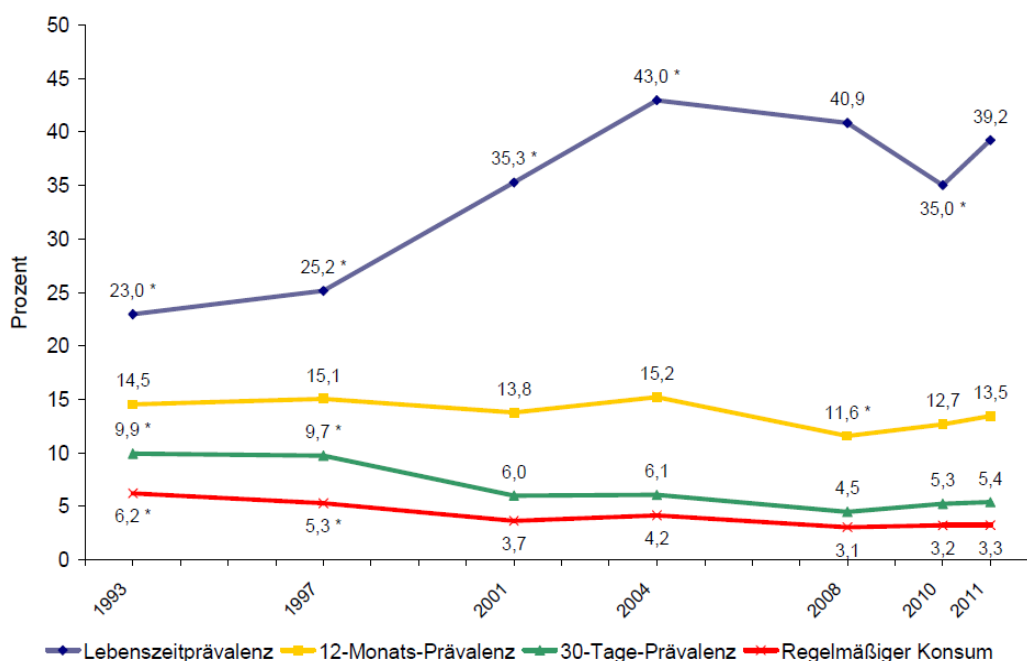


Abb. 3/2) Trend für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 18- bis 25-jährige Jugendliche insgesamt von 1993 bis 2011 (Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011)

Epidemiologische Studien bilden die Gruppe der Personen mit täglichem, intensivem und problematischem Cannabiskonsum nur unzureichend ab. Hier folgt eine kleine

Übersicht an aktuellen Studien.

Der geschätzte aktuelle Bevölkerungsanteil von Cannabiskonsumenten in Deutschland im Alter von 12 bis 25 Jahren, die mindestens ein ICD-10-Abhängigkeitskriterium erfüllen, beträgt 2,4 % (Pfeiffer-Gerschel et al., 2007). Die schon ältere Münchner Studie (Perkonigg et al., 1999) konnte nach den DSM-IV Kriterien bei 1,9 % der untersuchten Schüler zwischen 14 und 17 Jahren einen Cannabismissbrauch feststellen und bei 0,5 % eine Cannabisabhängigkeit. In einer Auswertung der EDSP-Daten nach Follow-up von 42 Monaten fanden Sydow et al. (2001) bei den zu Beginn der Untersuchung 14- bis 24-Jährigen eine kumulative Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum von 47 %. Für Missbrauch und Abhängigkeit wurden Werte von 5,5 % und 2,2 % festgestellt.

3.2 Cannabisbezogene Folgen und Risiken im Jugendalter

In Zusammenhang mit Cannabis werden das Gefährdungspotenzial und die möglichen Folgestörungen sehr kontrovers diskutiert. Die Standpunkte schwanken zwischen Bagatellisierung und Dramatisierung. Durch das steigende Interesse der Fachleute und zunehmende Behandlungsanfrage wurden jedoch in den letzten Jahren zahlreiche Studien zu diesem Thema herausgegeben, vor allem zu den Folgen von Cannabiskonsum in der Adoleszenz. Dabei wird der Cannabiskonsum in der Adoleszenz im Bezug auf die Entwicklung der späteren Abhängigkeit und komorbide psychische Störungen sehr kritisch gesehen.

3.2.1 Vorausgehende Risikofaktoren

Der Konsum von Cannabis geschieht in den meisten Fällen im Sinne eines Probier- und Experimentierverhaltens im Rahmen der Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Ob es zu regelmäßigem Konsum kommt, hängt von Persönlichkeits- und Umweltfaktoren ab, wie schon oben bei den allgemeinen Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben wurde. Weitere cannabispezifische Risikofaktoren sind an dieser Stelle zu erwähnen.

Insgesamt sind, wie bei den meisten psychoaktiven Substanzen, Männer stärker als Frauen gefährdet, problematische Konsummuster zu entwickeln (Höffler et al., 1999). Die

Zielgruppe der Droge sind hauptsächlich Jugendliche und junge Erwachsene. Mit Mitte 20 nimmt die Konsumprävalenz wieder ab (Bonnet, 2009). Ein bedeutsamer Prädiktor für die Entwicklung problematischen Cannabiskonsums ist der Konsum von Alkohol und Tabak vor dem 14. Lebensjahr. In der Regel wird Cannabis als erste und häufig als einzige illegale Droge konsumiert. Eine wichtige Rolle dabei spielt auch die Verfügbarkeit von Cannabis, die häufig über Freunde gegeben ist (Simon, Sonntag, 2004). Dazu ist es wichtig zu wiederholen, dass Cannabis die am meisten verbreitete illegale Droge weltweit ist. Die Verbreitung unterstützt auch die von Konsumenten stark proklamierte Verharmlosung der Schädigungen und die angeblich heilende Wirkung des Stoffes.

Störungen der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens sind ein starker Risikofaktor für einen problematischen Cannabiskonsum. 70 % aller Cannabisabhängigen leiden an Störungen des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeit von anderen Substanzen oder Angsterkrankungen (Bonnet, 2006). Besonders hervorzuheben in Bezug auf Jugendliche sind Ergebnisse einer Studie von White et al. (2001), die zeigen, dass sich hauptsächlich bei ADHS das Risiko eines späteren problematischen Cannabiskonsums deutlich erhöht.

3.2.2 Akute Intoxikation und ihre Folgen

Reine Cannabisintoxikation (ICD-10: F12.0) ist in der Regel nicht lebensbedrohlich, solange nicht in einer gefährlichen Situation (Autofahren, Klettern etc.) konsumiert wird (Bonnet et al., 2004). Cannabisprodukte werden üblicherweise in selbstgedrehten Zigaretten (Joints) oder Pfeifen geraucht. Orale Applikation (Gebäck, Tee etc.) ist weniger verbreitet. Beim Inhalieren tritt der Cannabisrausch innerhalb von wenigen Minuten auf, nach oraler Gabe oft bis zu fünf Stunden später (Haney, 1999a,b).

Die Rauschwirkung ist abhängig von der Dosis, der Häufigkeit des Konsums, der Applikationsform, der persönlichen Disposition des Konsumenten und von der Situation, in der konsumiert wird. Bonnet (2006) gibt einen Überblick über die Hauptwirkungen der Cannabisintoxikation, wie sie in mehreren Studien beschrieben werden:

- Euphorie mit konsekutiver Müdigkeit
- Entspannung und psychomotorische Verlangsamung

- Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)
- Formale Denkstörungen (assoziative Lockerung, Beschleunigung)
- Wahrnehmungsstörungen (Dehnung des Zeiterlebens, verändertes Erleben von Raum und Farbe, Steigerung von Berührungsempfindungen, selten Halluzinationen)
- Depersonalisations- und Derealisationserleben
- Appetitzunahme
- Übelkeit, Erbrechen
- situationsinadäquates Witzeln, Gleichgültigkeit bis akute Panikreaktion
- seltene akute psychotische Reaktionen
- sehr hohe Dosen: toxisches Delirium.

Der Rausch sollte in der Regel nach 3-5 Stunden abgeklungen sein. Kognitive Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörung, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses) können jedoch 48 Stunden nach der Intoxikation nachweisbar sein (Bonnet, 2006).

3.2.3 Schädlicher Cannabisgebrauch

Schädlicher Gebrauch nach ICD-10: F12.1 liegt vor, wenn trotz somatischer oder psychischer Gesundheitsschäden in Folge des Cannabisgebrauchs weiter konsumiert wird. Personen mit schädlichem Gebrauch von Cannabis konsumieren in aller Regel häufiger, regelmäßiger und in höheren Dosen als Gelegenheitskonsumenten (Bonnet, 2006). Nach Baving und Bilge (2007) zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen schon in diesem Stadium Einschränkungen und Entwicklungsverzögerungen (siehe Kapitel 2.2.1). Diese sind im schulischen Bereich, in der Familie, in Beziehungen zu Gleichaltrigen sowie in einer Verschlechterung des psychosozialen Funktionsniveaus besonders häufig.

3.2.4 Cannabisabhängigkeit

Im Falle einer Abhängigkeit nach ICD-10: F12.2 wird meistens täglich konsumiert, dies ist jedoch keine notwendige Bedingung. Jugendliche, die vor dem 15. Lebensjahr Cannabis konsumiert haben, entwickeln circa 2,5-mal häufiger eine Abhängigkeit als

diejenigen, die nach dem 18. Lebensjahr begonnen haben (Dennis et al, 2002). Bei Kindern und Jugendlichen fehlen häufig Toleranzentwicklung und Entzugssymptome, während andererseits andere gewichtige Schädigungen wie psychosoziale Beeinträchtigungen als Folge von Kontrollverlusten bezüglich der Konsummenge, -dauer und -beendigung bestehen. Weder ICD-10 noch DSM-IV verfügen über altersspezifische Kriterien für Störungen durch Substanzgebrauch (Aden, et al., 2011).

Nach ICD-10 müssen wenigstens drei von folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Starkes Verlangen, Cannabis zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Cannabisgebrauchs
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer wichtiger Interessen zugunsten des Cannabisgebrauchs
- Anhaltender Cannabisgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

Diese Kriterien sind für die Diagnostik bei Jugendlichen aufgrund ihrer spezifischen Lebenslage oft ungenau. Vor allem in der amerikanischen Literatur wurden ergänzende jugendspezifische Indikatoren vorgeschlagen, die eine Früherkennung des problematischen Substanzkonsums ermöglichen. Nach Laging (2009) ist bei der Diagnose einer Cannabisabhängigkeit bei Jugendlichen noch Folgendes zu berücksichtigen:

- Jugendspezifische Motive des Substanzgebrauchs müssen berücksichtigt werden, da diese oft mit Entwicklungsaufgaben des Jugendalters korrespondieren (siehe Kapitel 2.2).
- Die entwicklungspsychologische bzw. psychopathologische Bedeutung von Cannabiskonsum im Sinne von Entwicklungsverzögerungen und psychischen Störungen muss betrachtet werden (siehe Kapitel 2.2.1).
- Die Abhängigkeitskriterien „körperliche Entzugsproblematik“ und „Toleranzentwicklung“ haben bei Jugendlichen eine zu geringe Prävalenz, um

bedeutsam zu sein, da die körperlichen Symptome auf Grund der kürzeren Konsumdauer kaum oder wenig ausgeprägt sind. Auch die Aufteilung und Abfolge von Missbrauch und Abhängigkeit greift bei Jugendlichen nicht befriedigend.

Winters et al. (2001) entwickelten ein jugendspezifisches Assessment zur Einschätzung des Konsumverhaltens bei Jugendlichen. Die wichtigen Merkmale dabei sind: Alter bei Konsumbeginn und am Startpunkt eines regelmäßigen Konsums, die Substanzart (bei manchen Substanzen kann nicht von jugendtypischem experimentellem Verhalten ausgegangen werden), Konsummuster, Konsummotive, Risiko und Problemwahrnehmung, negative psychische oder soziale Folgen und Kumulation von Risikofaktoren und das Fehlen von Schutzfaktoren.

Anhand der genannten Kriterien wird deutlich, dass die Erkennung von Abhängigkeits- und Missbrauchsmustern im Jugendalter sehr komplex ist. Vor diesem Hintergrund wurde in den USA eine Vielzahl von jugendspezifischen Screeninginstrumenten entwickelt, die ohne großen Aufwand eine erste Vorabinschätzung ermöglichen (Laging, 2009). In Deutschland wurde das Instrument RAFFT validiert (Laging, 2005).

3.2.5 Cannabisentzugssyndrom

Entzugssymptome bei Cannabis-bezogenen Störungen sind mittlerweile gut dokumentiert. Nach regelmäßigem Cannabisgebrauch treten sie etwa 10 Stunden nach Konsumbeendigung auf und können über 7-21 Tage andauern (Bonnet, 2009). Das typische Entzugssyndrom besteht aus Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, merkwürdigen Träumen, Affektabilität, Reizbarkeit bis Aggressivität, innerer Unruhe, Dysphorie, Angst und Schwitzen. Diese Symptome sind bei Jugendlichen nur selten schwer ausgeprägt, wobei sie bislang nur wenig untersucht worden sind (Aden et al., 2011).

3.2.6 Cannabispsychose

Eine Intoxikationspsychose (ICD-10: F12.04) dauert nicht länger als 48 Stunden und erreicht in der Regel nicht das Ausmaß einer klinisch behandlungsbedürftigen Störung. Die Symptomatik ist durch Verlust der Ich-Kontrolle, Depersonalisationsphänomene, Halluzinationen sowie Wahn und Verwirrtheit gekennzeichnet (Bonnet, 2009). Nach

hochdosiertem und chronischem Cannabiskonsum können lang anhaltende psychotische Episoden auftreten (Cannabispsychose; ICD-10: F12.50). Die Symptomatik entwickelt sich innerhalb von zwei Wochen nach dem letzten Konsum. Dauert diese psychotische Störung länger als zwei Wochen, wird empfohlen, über „endogene Psychose“ zu sprechen. Eine symptomatische Abgrenzung zwischen Cannabispsychose und endogenen Psychosen ist nicht möglich (Aden et al., 2011). Im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells wird davon ausgegangen, dass akuter und chronischer Cannabiskonsum bei Personen mit individueller Disposition zu Schizophrenie oder Psychose als starker Stressor zu verstehen ist (Bonnet, 2009). Auch Nachhallpsychosen (Flashbacks) können innerhalb von einigen Wochen nach dem letzten Konsum auftreten.

3.2.7 Motivationsstörung

Obwohl immer noch kein empirischer Nachweis für einen direkten Zusammenhang zwischen dem amotivationalen Syndrom (ICD-10: F12.72) und Cannabisabhängigkeit erbracht wurde, so ist doch mittlerweile aus Expertensicht geläufig, dass nach chronischem Cannabisgebrauch Zustände von Lethargie, Passivität, Affektverflachung, Antriebsmangel und Interesselosigkeit auftreten (Bonnet, 2009). Vorher aktive Jugendliche zeigen einen fortschreitenden Rückzug aus dem Alltag, von Schule oder Arbeit. Damit verbunden sind Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Kognition.

3.2.8 Kognitive Störungen

Dass Cannabiskonsum akut zu Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit (ICD-10: F12.74) führt, ist allgemein bekannt und gilt als etabliert. Es handelt sich um Defizite in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen, beim Lernen neuer Informationen und in der Reaktionszeit (Bonnet, 2009). Umstritten sind zurzeit das Ausmaß und die Reversibilität der Störungen bei chronischen erwachsenen Cannabiskonsumenten. Bei jugendlichen Cannabiskonsumenten scheint der Trend klarer zu sein.

Die Pubertät stellt eine sehr vulnerable Entwicklungsphase im Prozess der Gehirnentwicklung dar. Ergebnisse der neuen neurowissenschaftlichen Studien (Konrad, 2013) weisen auf Grund der großen Plastizität im adoleszenten Gehirn auf die Gefahr hin, dass ausgeprägter Cannabiskonsum zu dauerhaften kognitiven und hirnstrukturellen

Veränderungen führen kann (siehe Kapitel 2.2). Während der pubertären Entwicklung kommt es zur Reifung von Gehirnarealen, welche unter anderem mit Motivationsprozessen der Suchtentwicklung und mit impulsivem Verhalten in Verbindung gebracht werden (Chambers et al., 2003). Nach Pope et al. (2003) scheint das Einstiegsalter ein entscheidender Prädiktor für spätere residuale kognitive Defizite zu sein. Ehrenreich et al. (1999) fanden eine Verminderung der Aufmerksamkeitsleistungen nur bei solchen Probanden, die im Jugendalter regelmäßig Cannabis konsumiert hatten. Versuchspersonen, die erst nach der Pubertät mit Cannabis in Kontakt kamen, waren dagegen normal aufmerksam. Inwieweit die kognitiven Störungen vollständig remittieren, ist bisher insbesondere für „Früheinsteiger“ nicht geklärt (Aden et al., 2001).

3.2.9 Komorbide psychische Störungen

Es lässt sich im Erwachsenenalter fast immer eine relevante psychiatrische komorbide Störung finden, wenn Jugendliche vor dem 15. Lebensjahr ausgeprägt Cannabis konsumierten. Nach dem 18. Lebensjahr besteht ein weit geringeres Risiko bezüglich der Komorbidität (Bonnet, 2009). Nach Aden et al. (2011) sind behandlungsbedürftige psychische Störungen bei 70 % der Cannabiskonsumenten vorhanden. Bei Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen (meistens Alkohol und Cannabis) beobachtet man besonders häufig Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Angststörungen, sozialphobische Störungen, Essstörungen, beginnende Borderline-Persönlichkeitsstörung, antisoziale Persönlichkeitsentwicklung, substanzinduzierte Psychosen, schizophrene Psychosen, Aggressivität und Impulsivität (inklusive ADHS) (Stolle, Sack, Thomasius, 2007). Die psychiatrische Komorbidität korreliert mit dem Einstiegsalter, der Konsumintensität und der Ausprägung der Abhängigkeit. Die individuelle Disposition (Vulnerabilität) spielt dabei auch eine entscheidende Rolle (Bonnet et al., 2004).

Cannabiskonsumenten mit einer hyperkinetischen Störung, Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsentwicklungsstörungen verwenden die Droge im Sinne einer Selbstmedikation zur Affekt- und Impulsregulierung. Die positiven Erfahrungen, die nach dem Konsum auftreten, verstärken die individuellen dysfunktionellen Bewältigungsstrategien, begünstigen die Suchtentwicklung und stellen ein Hindernis bei der Motivation zur Abstinenz dar (Aden, 2011).

3.2.10 Somatische Folgen

Bei chronisch inhalierenden Konsumenten lassen sich negative Auswirkungen auf das respiratorische System identifizieren. Diese sind wahrscheinlich deutlicher ausgeprägt als bei Tabak: chronische Bronchitis, Emphysem und Karzinome im respiratorischen System. Bei akutem Cannabiskonsum sind Effekte auf Herz und Kreislauf festzustellen, die bei entsprechender Vorschädigung problematisch sein können (Simon, Sonntag, 2004).

3.2.11 Soziale Folgen und gate-way-Theorie

Gelegentlicher Cannabiskonsum hat in der Regel keine negativen sozialen Folgen. Dagegen zeigen viele longitudinale Studien, dass chronischer Cannabiskonsum ein signifikanter Prädiktor für schulische und spätere berufliche, finanzielle und familiäre Probleme ist. Der Cannabiskonsum vor dem 15. Lebensjahr ist oft Ausdruck eines beginnenden unkonventionellen Lebensstils, der häufig mit der Zugehörigkeit zu einer in der Regel drogenfavorisierenden Peergroup verbunden ist (Bonnet, 2009).

In der Öffentlichkeit häufig diskutiert ist die Frage, ob Cannabis als Einstiegsdroge den Konsum weiterer illegaler Drogen begünstigt (gate-way-Theorie). Eine Kausalität zwischen Cannabiskonsum und Konsum weiterer Substanzen wurde bisher nicht bestätigt. Das Risiko für die Einnahme weiterer illegaler Drogen scheint jedoch bei Cannabiskonsumenten höher zu liegen als bei Nichtkonsumenten. Daneben findet man in der Population eine Korrelation zwischen hohem Cannabiskonsum mit einem vermehrten Konsum weiterer Substanzen. Dabei gilt jedoch auch, dass das Risiko für den Konsum weiterer Substanzen desto höher ist je niedriger das Einstiegsalter beim Cannabiskonsum liegt. Ein interessanter Ansatzpunkt kommt aus der Tierforschung. Hier lassen sich Hinweise finden, dass Cannabinoide zu langfristigen neuronalen Modulationen führen können, welche die Empfindlichkeit des pubertären Gehirns für weitere Drogen verändern. Durch den Cannabiskonsum findet eine Art „priming“ statt, wodurch der Konsum z.B. von Heroin begünstigt wird (Schneider, 2007).

4. Behandlungsansätze von cannabisbezogenen Störungen

Dieses Kapitel hat das Ziel, die Behandlungsangebote für Cannabiskonsumenten vorzustellen. Zuerst wird jedoch auf die Nachfrage und genauere Beschreibung der Gruppe eingegangen, um genau hervorzuheben, welche Ansprüche an die Behandlungsprogramme gestellt werden.

4.1 Behandlungsnachfrage

Trotz des in letzten Jahren etwas rückläufigen bzw. stagnierenden Trends bei der Jahresprävalenz und trotz problematischer Muster des Cannabiskonsums ist die Behandlungsnachfrage dieser Zielgruppe weiterhin sehr hoch und wird wahrscheinlich weiterhin wachsen (Thomasius et al., 2009).

Die schon ältere CARED-Studie bildete die Entwicklung der Behandlungsnachfrage zwischen den Jahren 1992 und 2003 ab (Simon, Kraus, 2008). Die Ergebnisse zeigten einen Anstieg der ambulanten Behandlung wegen Cannabis-bezogenen Störungen um 500 %. Drei Viertel der Behandlungen erfüllten die klinischen Kriterien für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit. Die Studie konnte keine empirisch gestützte Erklärung für diesen massiven Zuwachs an Behandlungszahlen identifizieren. Obwohl in dem Zeitraum der Cannabiskonsum in der Bevölkerung deutlich zugenommen hatte (um 190 %), kann daraus die um 500 % gestiegene Behandlungsnachfrage nicht zufriedenstellend erklärt werden.

Der neuste REITOX-Bericht 2012 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012) bestätigt diese Entwicklung auch für das vorletzte Jahr. Die Cannabis-bezogenen Diagnosen in der ambulanten Behandlung in Deutschland sind die zweithäufigsten Hauptdiagnosen nach Opiaten. Es handelt sich um 34,7 % der Fälle. Nach dem steigenden Trend der letzten Jahre hat sich diese Zahl stabilisiert. Obwohl die Daten für alle Altersgruppen repräsentativ sind, kann man sehen, dass die Zielgruppe von Cannabis weiterhin junge Menschen sind. Das Durchschnittsalter bei Cannabiskonsumenten in der ambulanten Behandlung beim Behandlungsbeginn betrug im Jahre 2011 24,7 Jahre, wobei das angegebene

Durchschnittsalter beim Erstkonsum 15 Jahre war. Bei Personen, die erstmals in suchtspezifischer Behandlung waren, stand Cannabis als Substanz deutlich an erster Stelle (56,6 %). In stationären Einrichtungen sieht die Verteilung ähnlich aus. Die Opiatkonsumenten sind mit 34 % an der ersten Stelle bei den illegalen Drogen. Die zweitgrößte Gruppe bilden Behandlungen wegen Cannabisstörungen (26,3 %), deren Anteil seit 2007 kontinuierlich steigt.

Der Einschätzung der Autoren nach (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012) steht der steigende Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis im deutschen Suchthilfesystem möglicherweise auch im Zusammenhang mit der erhöhten Zahl der spezialisierten Programme. Ein anderer Faktor kann die steigende Prävalenz sein, aber auch das gewachsene Bewusstsein, dass es sich um eine behandlungsbedürftige Störung handelt. Als bemerkenswert bewerten die Autoren die gestiegene Reaktionszeit zwischen Erstkonsum und Behandlungsbeginn. Dieses Ergebnis widerspricht der Zielsetzung der Früherkennung und Frühintervention, um das Risiko einer weiteren Manifestierung der cannabisbezogenen Störung zu reduzieren.

4.2 Motivation für die Behandlung

Wie aus Kapitel 3 zu entnehmen ist, ist die Behandlungsmotivation der jugendlichen Cannabiskonsumenten meist sehr wenig ausgeprägt. Das amotivationale Syndrom sowie die neurokognitiven Beeinträchtigungen und die allgemeine Verharmlosung des Cannabiskonsums sind die Ursache dafür, dass Cannabiskonsumenten eher fremdmotiviert (Schule, Eltern, gerichtliche Auflagen) in die Behandlung kommen. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Behandlung. Aus der jugendlichen Perspektive stellt der Cannabiskonsum eher eine aufregende Erfahrung als eine Störung dar. Der Übergang zwischen dem alterstypischen Risikoverhalten und Ausprobieren zu pathologischen Verhaltensweisen ist fließend und bleibt den Konsumenten leider verborgen. Störungsbewusstsein und Krankheitseinsicht treten häufig erst in fortgeschrittenen Stadien der Suchtentwicklung auf (Aden et al., 2011). Dies bestätigen Daten aus Kapitel 4.1, die zeigen, dass zwischen Erstkonsum und Behandlungsbeginn im Durchschnitt zehn Jahre liegen. Nach Schlieckau (2011) ist die Eigenmotivation zur Behandlung vom Alter der

Konsumenten abhängig. Dabei zeigt sich, dass Frauen und Mädchen im Vergleich zum anderen Geschlecht zu einem früheren Zeitpunkt der Suchtstörung in einer Hilfeinrichtung erscheinen (Kolip, 2008).

4.3 Jugendliche Cannabiskonsumenten als heterogene Gruppe

Bis jetzt wurde in dieser Arbeit auf die besonderen Merkmale der Cannabiskonsumenten nicht speziell eingegangen. Tatsächlich handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, die von relativ gut integrierten Individuen bis zu mehrfach erkrankten Abhängigen mit psychiatrischen und sozialen Problemen reicht (Pfeiffer-Gerschel, Simon, 2008). Im folgenden Kapitel gehe ich zunächst auf die Spezifika der Gruppe im Allgemeinen ein, um daraufhin die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Cannabiskonsumenten zu erläutern und daraus individuelle Bedürfnisse für Prävention und Behandlung abzuleiten.

In den letzten zehn Jahren wurden angesichts des steigenden Konsumtrends und der Behandlungszahlen von vielen Experten spezialisierte Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten gefordert (Aden et al., 2011; Bonnet et al., 2006; Pfeiffer-Gerschel, Simon, 2008; Thomasius et al., 2009). Dabei wurde hervorgehoben, dass sich Cannabiskonsumenten in vieler Hinsicht von ihren Mitpatienten in Drogenhilfeeinrichtungen unterscheiden. Im Durchschnitt sind Cannabiskonsumenten viel jünger als „klassische“ Drogenabhängige aus dem Opiatbereich. Die Mehrheit ist auch meist sozial besser integriert (Bonnet et al., 2006). Im traditionellen Suchthilfesetting fühlen sich Cannabiskonsumenten nicht zugehörig und oft auch nicht ernst genommen. Neben den spezifischen Angeboten für Erwachsene und junge Erwachsene wurden auf Grund des sehr frühen Beginns des Konsums auch individuell abgestimmte Behandlungsprogramme für Jugendliche entwickelt. So wurde tatsächlich eine Vielzahl von spezifischen Behandlungsprogrammen in ganz Deutschland eingeführt. Diese werden in den Kapiteln 4.4 - 4.7 vorgestellt.

Wie schon oben erwähnt, ist die Gruppe der jugendlichen Cannabiskonsumenten sehr heterogen. Dies stellt eine erhebliche Herausforderung an das Behandlungssystem dar. Neben einer großen Anzahl an Jugendlichen, bei denen der Cannabiskonsum keine Probleme in ihrer weiteren Entwicklung und in ihrem Umfeld verursacht, existiert eine erhebliche Zahl an Jugendlichen mit problematischem und intensivem Konsum. Dabei sollte für jeden eine geeignete Behandlung erreichbar sein. Effektive Interventionen müssen dieser Heterogenität

Rechnung tragen (Thomasius et al., 2009). Eine gute Diagnostik, Frühintervention und Vernetzung des Helfersystems (Kooperation mit der Jugendhilfe) und eine differenzierte Behandlung spielt dabei eine entscheidende Rolle (Simon, 2005). Aspekte, die bei der Verbesserung der Versorgungsstruktur relevant und zu bedenken sind, sind gut auf der Homepage des Modellprojekts AVerCA (Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabisgebrauchs) dargestellt. Diese dient darüber hinaus sowohl für Konsumenten als auch für Fachkräfte dazu, geeignete Angebote zu finden und liefert auch Informationen und Beratungsvorschläge.

4.4 Diagnostik und geeignete Behandlung

Schon in Kapitel 3.2 wurde auf die Probleme bei der Diagnostik von Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch im Jugendalter hingewiesen. Da die Lebensphase Jugend eine besondere Stellung für die weitere körperliche, psychische und soziale Entwicklung des jungen Menschen darstellt (Kapitel 2), muss diese bei der Diagnostik mit besonderem Augenmerk berücksichtigt werden.

Nach Aden et al. (2011) müssen neben der Erfassung der Leitsymptome und Komorbidität folgende Bereiche bei der Diagnostik abgefragt werden: Intelligenzniveau, somatische Erkrankungen, psychosoziale Umstände und das Funktionsniveau im schulischen, familiären und sozialen Umfeld. Ergänzend ist eine Beurteilung der konfliktfreien Lebensbereiche und Ressourcen (abstinente Freunde, Leidensdruck, tragfähige Beziehungen, Veränderungsbereitschaft etc.) vorzunehmen.

Nach Thomasius et al. (2005) profitieren von den ambulanten Maßnahmen vor allem die Konsumenten, die besser sozial integriert sind und keine weitere komorbide Störung aufweisen. Dabei werden familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze hervorgehoben. Diese Klientel weist auch öfter eine höhere Abstinenzbereitschaft auf. Sheer und seine Kollegen (Sheer et al. 2009) kamen in einer Befragung zu dem Ergebnis, dass cannabisbezogene Therapie eher von jungen Konsumenten mit relativ milden Gebrauchsmustern für notwendig erachtet wird.

Eine stationäre abstinenzorientierte Akut- und Postakutbehandlung ist im Allgemeinen bei jungen Cannabiskonsumenten mit erheblichen Entwicklungsdefiziten

indiziert oder bei Konsumenten mit Abhängigkeitssyndrom und anderen komorbiden Störungen (Thomasius et al. 2005). Diese weisen auch oft einen Missbrauch oder Probierkonsum von anderen Substanzen auf und zeichnen sich oft durch ein frühes Einstiegsalter (Schlickau, 2011) aus. Nach Schlieckau (2011) profitieren Jugendliche in den stationären Einrichtungen vor allem von der Herausnahme aus dem häufig belasteten Familien- und „Szenemilieu“. Weitere Voraussetzungen nach Stolle und Thomasius (2009) sind: vorliegende Entwicklungsstörungen, vorangegangene ambulante Entzüge und erschwerende soziale Umgebungsfaktoren.

Diese Aufteilung ist zwar sehr grob, hilft jedoch dabei, sich eine Vorstellung zu machen, welches Klientel in welchen Angeboten zu finden ist. Der praktische Teil der vorliegenden Arbeit legt besonderes Augenmerk auf die Gruppe derjenigen, die einen Ausstieg in den frühen Phasen des Konsums nicht geschafft haben und derzeit in stationären Suchthilfeeinrichtungen weilen.

4.5 Prävention und Projekte der Frühintervention

An erster Stelle sind hier in Kürze Grundlagen der Suchtprävention zu erwähnen. Diese zielen darauf ab, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen zu vermeiden und/oder hinauszuzögern, das riskante Konsumverhalten früh zu erkennen und baldmöglichst zu intervenieren, um Missbrauch und Sucht im Allgemeinen zu verringern (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2011). Daraus ergibt sich die Gesamtstrategie der ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Diese umfasst vor allem die Erweiterung von Lebenskompetenzen, da selbstbewusste, lebensgewandte Kinder besser „Nein“ sagen können und sich vor der Gefahr der Droge besser schützen können. In der Praxis bedeutet dies, in Familien, Kindergärten und Schulen die Entwicklungs- und Gesundheitsförderung zu stärken und eine bessere Vernetzung mit der Jugendhilfe, Jugendmedizin und Sportvereinen herzustellen. Darüber hinaus müssen Medien einbezogen werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003). Projekte der universellen Prävention, die sich an die breite Masse richten, entstehen in Massen und werden inzwischen genauso kritisch betrachtet. In der letzten Zeit entstehen jedoch Projekte der selektiven Prävention, die speziell auf bestimmte Risikogruppen ausgerichtet sind (Quensel, 2010).

Dabei geht es darum, eine Risikogruppe frühzeitig zu identifizieren. Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Trampolin“ für Kinder von suchtbelasteten Eltern, die eine große Risikogruppe für die Entwicklung von psychischen- und Suchtstörungen bilden. Hierbei werden unter anderem Resilienzen wie Einsicht über die Suchtproblematik der Eltern oder Beziehungskompetenzen der Kinder gefördert (Klein et al., 2013).

Projekte der Frühintervention richten sich an Jugendliche mit Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit. Dabei bieten sich sowohl jugendbezogene Interventionen als auch eltern- und familienbezogene Interventionen an (Möller, 2009). Eine Schlüsselrolle nimmt vor allem eine gute Kooperation aller Institutionen, die an der Lebenswelt der Jugendlichen beteiligt sind, ein. Projekte der Frühintervention gelangen zu den Jugendlichen meist aus einem gewissen Druck heraus, da diese jungen Menschen selbst zuerst keine Probleme in ihrem Konsumverhalten identifizieren (siehe Kapitel 4.2). Dabei gilt, dass auf lange Sicht die anfängliche Fremdmotivation in Eigenmotivation umgewandelt werden muss. Nach Möller (2007) beurteilen Jugendliche den Druck von außen im Nachhinein als positiv. Die Fachkenntnisse der Schulen, Vereinsleiter, Eltern, Erzieher, Sozialpädagogen, Jugendrichter und Ärzte sind gefragt, um die Gruppe der Risikokonsumenten zu identifizieren und eine geeignete Intervention einzuleiten. Die Institution eines "case managers" zeigte sich bei der Koordination der verschiedenen Institutionen, die an einem Fall beteiligt sind, als sehr hilfreich (Möller, 2009). Die folgende Auswahl an Angeboten für Cannabiskonsumenten wurde unter den oben aufgeführten Aspekten zusammengestellt.

Das Projekt *FreD* wurde im Jahre 2000 als Bundesmodellprojekt der LWL-Koordinationsstelle Sucht eingeführt. Zurzeit gibt es inzwischen über 80 FreD-Standorte in Deutschland. Im Rahmen des europäischen Programms „FreD goes net“ wurde FreD in elf Ländern eingeführt und erweitert. Das Projekt richtet sich an junge Menschen von 14 bis 21 Jahren, die im Zusammenhang mit legalen und illegalen Drogen bei der Justiz, Polizei oder in der Schule und im Betrieb aufgefallen sind. Die Teilnahme an dem achtstündigen Kurs erfolgt sowohl durch Auflagen als auch freiwillig (LWL-Koordinationsstelle Sucht, 2012).

CANStop ist ein Gruppenprogramm über acht Sitzungen, das niedrigschwellig in verschiedenen Settings, in denen sich Jugendliche befinden (Justizvollzug, Jugendhilfeeinrichtungen, Kliniken und Ambulanzen) durchgeführt werden kann. Junge Menschen müssen das Programm also nicht aus eigener Initiative regelmäßig aufsuchen. Darüber hinaus wird so auch eine breitere Gruppe der Cannabiskonsumenten erreicht. Der

weitere Vorteil ist, dass die Lektoren keine spezielle Ausbildung benötigen, da das Programm von den Angestellten der jeweiligen Einrichtung geleitet wird (Reis, Baldus, 2014).

Realise it x-tra ist ein Behandlungsprogramm für Jugendliche bis 20 Jahre, die riskant bis schädlich Cannabis konsumieren. Als Basis diente das „Realise it!“- Programm (siehe Kapitel 4.6). Im Unterschied dazu richtet sich das zweimonatige Programm an Jugendliche, gegen die ein Ermittlungsverfahren wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) läuft und/oder die eine Weisung/Auflage seitens des Gerichts erhalten haben. Darüber hinaus können auch Eltern ihre Kinder zu diesem Programm anmelden (Delphi Gesellschaft, 2008).

MOVE ist ein Schulverweigererprojekt aus Berlin. Das Projekt richtet sich an Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren, die ganz oder teilweise der Schule fernbleiben. Es handelt sich um eine ganzheitliche niedrigschwellige Unterstützung in der Weiterentwicklung von Jugendlichen. Das Projekt ist zwar nicht direkt auf Cannabiskonsumenten abgezielt, arbeitet jedoch mit einer Gruppe, die ein erhöhtes Risiko für den problematischen Cannabiskonsum aufweist (Zukunftsbau GmbH, 2014).

Das *INCANT* Projekt wird gerade nach einer längeren Pilotphase in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland implementiert. Die Intervention richtet sich an das gesamte Familiensystem und entspricht so auch besser der Lebenssituation der Jugendlichen. Das Projekt erreicht deswegen auch eine signifikant jüngere Zielgruppe der Cannabiskonsumenten (das Durchschnittsalter beträgt 16,5 Jahre) als andere oben erwähnte Behandlungsprogramme. Durch die multidimensionale Familientherapie tritt nach 4-5 Monaten eine erhebliche Besserung in dem belasteten Familiensystem ein. Erzieherische Kompetenzen der Eltern werden gestärkt und auch die Komorbiditäten der Beteiligten werden bearbeitet (Tossmann et al., 2012).

4.6 Ambulante Behandlung

Im Gegenzug zu Projekten der Frühintervention setzten die meisten ambulanten Programme eine gewisse Änderungsbereitschaft und Stabilität voraus, da sie verlangen, dass Klienten diese Behandlungsprogramme selbstständig besuchen. Klienten mit komorbiden Störungen und ausgeprägten Entwicklungsdefiziten werden durch diese Programme nicht

ausreichend erreicht.

Quit the Shit ist ein Informations- und Beratungsservice im Internet für junge Cannabiskonsumenten, die ihren Konsum in den Griff bekommen wollen. Neben vielen Informationen zu Cannabis bietet die Internetseite www.quit-the-shit.net ein 50-tägiges Beratungsprogramm, in dem den Nutzern geholfen wird, eigene selbstformulierte Ziele bezüglich ihres Konsum zu erfüllen (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2014).

CANDIS ist das erste verhaltenstherapeutisch-orientierte Entwöhnungsprogramm, das in Deutschland für junge Menschen ab 16 Jahren mit problematischem Cannabiskonsum entwickelt worden ist. Die Candis-Behandlung umfasst zehn Sitzungen der Einzeltherapie, die auf der Motivationsförderung, der kognitiv-behavioralen Therapie und einem psychosozialen Problemlösetraining basieren. Das Candis-Programm ist in Deutschland weit verbreitet und wird von verschiedenen Beratungsstellen angeboten (Hoch et al., 2011).

Das Projekt *Realise it!* beinhaltet fünf Einzel- und eine Gruppenberatung in einem Zeitraum von zehn Wochen. Die Zielgruppe sind junge Menschen zwischen 15 und 30 Jahren. Die Teilnehmer verfolgen selbstformulierte Ziele mit Hilfe eines Konsumtagebuchs und der Identifikation von Risikosituationen. Das Projekt ist inzwischen auch sehr gut in Deutschland verbreitet (Delphi Gessellschaft, 2008).

KISS („Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“) ist ein verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen (Körkel & GK Quest, 2005). Das Programm besteht aus 12 strukturierten Sitzungen, in denen unter anderem das Führen eines Konsumtagebuches, Festlegen von wöchentlichen Konsumzielen und Erkennen und Bewältigen von Risikosituation vermittelt werden. *KISS* kann sowohl mit einzelnen Personen als auch in Gruppen durchgeführt werden.

4.7 Ambulante Behandlung und Frühinterventionsprogramme in München und Umgebung

Da das befragte Klientel aus München und aus der Umgebung von München stammt und insofern mit den Suchthilfeeinrichtungen aus dieser Region Erfahrungen machte, werden hier (und auch im Kapitel 4.9) diese gesondert erläutert. In München ist das Angebot an Präventionsprogrammen und ambulanter Behandlung für Cannabiskonsumenten relativ

gut gesichert. Die FreD Kurse werden in München, Freising und Erding von Prop e.V. angeboten und finden nach Vereinbarung statt (www.prop-ev.de/FreD_24_0.html.) Für das INCANT Projekt werden gerade Fachkräfte von Condrobs e.V. geschult. Leider wurden jedoch weder das Gruppenprogramm CANStop noch Realise it X-tra bis jetzt in Bayern implementiert.

Über die schon vorgestellten Cannabisprogramme hinaus werden noch weitere Projekte für jugendliche Konsumenten nicht nur von Cannabis angeboten:

Auf Grund der guten Kooperation von Condrobs e.V. mit Münchner Krankenhäusern werden im Rahmen des Alkoholpräventionsprojektes „Halt“ (www.halt-projekt.de) auch Jugendliche bis 18 Jahre erreicht, die wegen Intoxikation durch verschiedene psychoaktive Substanzen ins Krankenhaus eingeliefert werden.

Die Caritas Suchtambulanz für junge Suchtkranke bietet die Kurzintervention Cariflex an, ein Programm, das speziell für Jugendliche und junge Erwachsene mit jugendgerichtlichen Auflagen entwickelt wurde.

Im Rahmen der Frühintervention ist die Einrichtung easyContact von Condrobs e.V. (www.Condrobs.de) mit dem Programm Clearing tätig. Clearing ist ein ambulantes Angebot für Jugendliche, die den Eltern, dem Jugendamt oder der Schule im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen aufgefallen sind. Die Sozialpädagogen von easyContact arbeiten nachgehend mit dem gesamten Familiensystem; im Rahmen von Casemanagement aktivieren und verbinden sie verschiedene Helferinstanzen. Am Ende des zwei- bis sechsmonatigen Programms erstellen sie eine sozialpädagogische Diagnose und begleiten die Familie beim Übergang in eine weiterführende Hilfe (Schlansted, Schu, 2002).

Im Rahmen der ambulanten Behandlung sind verschiedene Suchtberatungsstellen in München tätig. Die Caritas Suchtambulanz für junge Suchtkranke bietet das Programm Candis an (www.caritas-nah-am-naechsten.de). Die Beratungsstelle Tal 19 (www.tal19.de) bietet das Programm „Realise it!“ an sowie Elternberatung bei Suchtgefährdung von Kindern. In den Suchtberatungsstellen von Condrobs (www.Condrobs.de) findet man sowohl allgemeine Suchtberatung für Jugendliche als auch Angehörigengruppen und Elternabende. Die Einrichtung easyContact von Condrobs e.V. bietet das KISS Programm auch für Jugendliche unter 18 Jahren an.

4.8 Stationäre Behandlung

Die stationäre Akut- und Postakutbehandlung ist bei erwachsenen Cannabiskonsumenten meist nicht indiziert. Die Mehrheit der Cannabiskonsumenten grenzt sich stark von „Junkies“ ab und sieht auch wenig Gemeinsamkeiten in der Suchtproblematik. Eine stationäre Langzeittherapie ist nur dann indiziert, wenn Cannabiskonsumenten wenige psychosoziale Ressourcen aufweisen, die Abhängigkeit stark ausgeprägt ist und andere komorbide Störungen vorliegen (Gantner, 2004). Für diese Konsumenten gibt es keine spezialisierten stationären Programme. Sie werden mit anderen Patienten im Rahmen von medizinischer Rehabilitation behandelt. Manche Kliniken (z.B. die Fachklinik Nettetal oder das LVB-Klinikum Essen) bieten jedoch spezielle Gruppenprogramme für diese Zielgruppe an.

Bei Jugendlichen mit Cannabisbezogenen Störungen ist auf Grund der bereits ausgeführten Merkmale (siehe Kapitel 4.4) die Abstinenz das primäre Behandlungsziel. Auf die Maßnahmen der Akut- und Postakutbehandlung wird deshalb öfter zugegriffen. Diese sind meist im Rahmen der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychotherapie zu finden (Aden, 2011).

4.8.1 Stationäre Akutbehandlung

Der qualifizierte Entzug umfasst die somatische Entgiftung, die Motivationsbehandlung sowie die psychosoziale und psychiatrische Diagnostik, mit besonderem Fokus auf komorbiden Störungen und Entwicklungsstörungen (Aden, 2011). Es besteht leider immer noch ein Mangel an spezialisierten Entgiftungsplätzen für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Diese können aber in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie nicht adäquat versorgt werden (Stolle, Thomasius, 2009). Die jugendlichen Cannabiskonsumenten werden zusammen mit Jugendlichen behandelt, die auch härtere Substanzen konsumieren.

Die stationäre Aufnahme und die Auswirkungen des Entzugs werden häufig von den Jugendlichen als Zuspitzung einer Krise wahrgenommen, zumal die Aufnahme oft erzwungen wird. Dies geschieht im Falle einer Selbst- oder Fremdgefährdung der Jugendlichen nach einem Antrag auf geschlossene Unterbringung nach § 1631 BGB der

Erziehungsberechtigten beim Familiengericht. Der Entzug findet daher oft auf einer geschlossenen Station mit fester Tagesstruktur und festen Regeln statt, da die Jugendlichen mit der vielen freien Zeit auf der Station ohne Substanzkonsum nichts mit sich anzufangen wissen. Die häufigen „Drogengespräche“ der fremdmotivierten Jugendlichen münden oft in starkes Verlangen nach neuerlichem Substanzkonsum (Möller, 2005). Neben der Gefahr einer tiefen affektiven Regression und des frühzeitigen Behandlungsabbruchs birgt diese Krise eine Chance zu einer kritischen Reflexion des Suchtverhaltens und zum Aufbau einer Veränderungsmotivation. Aus diesen Gründen steht bei den jugendpsychiatrischen Entzugsstationen das Angebot einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Mittelpunkt. Die Hilfestellung und Motivation bei der Vermittlung in die Postakutbehandlung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle (Stolle, Thomasius, 2009).

4.8.2 Stationäre Postakutbehandlung

Das primäre Behandlungsziel der stationären Suchttherapie bei Jugendlichen ist das Erreichen und Aufrechterhalten von Abstinenz. Die Reduktion des Substanzkonsums sowie der Rückfallhäufigkeit und die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus können dabei vertretbare Zwischenziele sein. Es findet eine gemeinsame Behandlung der jugendlichen Cannabiskonsumenten mit Jugendlichen, die auch härtere Substanzen konsumieren, statt.

Auf Grund des häufig mangelnden Problembewusstseins ist der therapeutische Zugang zu Jugendlichen erschwert. Eine hohe Eigenmotivation ist jedoch keine unbedingte Voraussetzung für die Effektivität einer Behandlung. Sanktionen durch wichtige Bezugspersonen bzw. gerichtliche Auflagen können den Behandlungserfolg signifikant erhöhen (Thomasius, Stolle, 2009). Folgende Therapieelemente bilden den Kern der meisten stationären Einrichtungen für Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen:

- Einzel- und Gruppentherapie
- Familientherapie und familienbezogene Maßnahmen
- Entspannungsverfahren
- Selbstsicherheitstraining

- soziales Training
- Rückfallmanagement
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Unterrichtsprogramme (Schule, Berufsorientierung)
- soziale Hilfen
- freizeitpädagogische Aktivitäten
- pharmakologische Behandlung (Thomasius, Stolle, 2009)

Die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft (Verantwortungsübernahme für bestimmte Organisationsabläufe, gemeinsame Tagesgestaltung) werden häufig mit typischen Strukturmerkmalen klinischer bzw. pädagogischer Einrichtungen (Verantwortung für Konzeption und Einhaltung von Hausregeln) kombiniert (Thomasius, Stolle, 2009).

Ein kontinuierliches und qualifiziertes Beziehungsangebot sichert die Wirksamkeit der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung. Dabei ist die Nacherziehung die zentrale Aufgabe des pädagogischen Ansatzes. Die erzieherische Haltung ist geprägt durch Akzeptanz, Schicksalsrespekt und Authentizität (Schlickau, 2009). Manche Konzepte, z.B. die Therapiestation „Teen Spirit Island“ in Hannover, versuchen eine maximale Beziehungskonstanz von der Aufnahme phase (qualifizierter Entzug und Motivation) über die Behandlungsphase bis hin zur integrierten Nachsorge sicherzustellen, um wiederholte Beziehungsabbrüche, wie die Jugendlichen sie bereits aus der eigenen Vorgeschichte kennen, zu verhindern (Möller, Thoms, 2009).

Die Kostenträger der stationären Hilfen für jugendliche Suchtmittelkonsumenten sind sowohl die Krankenkassen und die Rentenversicherung als auch die Jugendhilfe. Viele Einrichtungen können, abhängig vom Alter und der Behandlungsphase der Klienten, von mehreren Kostenträgern finanziert werden. Hinsichtlich der Dauer der Postakutbehandlung haben sich zwei Varianten durchgesetzt: Kurzzeittherapien mit einer Behandlungsdauer von drei bis sechs Monaten und Langzeittherapien mit 12 bis 18-monatiger Behandlungsdauer (Thomasius et al., 2009).

4.9 Stationäre Behandlungsangebote in Bayern

In Bayern gibt es nur eine Entgiftungsstation für Jugendliche. Dies ist das Heckscher-Klinikum für Kinder und Jugendpsychiatrie in München, das einen qualifizierten Entzug auf der geschlossenen Station anbietet. Eine weitere Entgiftungsstation gibt es in Bayern nicht. Es ist aus diesem Grunde mit langen Wartezeiten zu rechnen. Jugendliche aus Bayern müssen also oft auf die Entgiftungsstationen Clean.Kick (für Jugendliche im Alter von 16 bis 18 Jahren) und Clean.Kids (für Jugendliche im Alter von 12 bis 15 Jahren) in Ravensburg in Baden-Württemberg zugreifen.

In Bayern existieren drei Einrichtungen der Postakutbehandlung für jugendliche Suchtmittelkonsumenten. In München selbst befindet sich die Einrichtung „Inizio“ und außerhalb von München die Einrichtungen "Kompass Impuls" (Allgäu) und "Bauernhof Freedom" (Bayerischer Wald). An der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe sind die Einrichtungen „easyContact house“ und „easy Contact ISE“ tätig.

Von den angeführten Einrichtungen werden im Folgenden ausschließlich die Einrichtungen ausführlich vorgestellt, deren Behandlungsangebote für den Forschungsteil der Arbeit relevant sind:

Inizio ist eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft von Condrops e.V. für junge Menschen zwischen 16 und 24 Jahren, die sich für ein drogenfreies Leben entschieden haben (www.condrops.de/einrichtungen/muenchen/inizio/). Die Therapiedauer beträgt 18 Monate. Die Wohngemeinschaft bietet Therapiegruppen und Einzelgespräche, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, aktive Freizeitgestaltung und Aufbau einer beruflichen Perspektive .

easyContact Haus ist eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft von Condrops e.V. für junge Menschen ab 14 Jahren, die sich ihr Leben noch nicht ohne Drogen vorstellen können. Der Besitz und Konsum von Drogen ist allerdings in der Einrichtung verboten. Die Einrichtung bietet einen festen Bezugsbetreuer, der Klienten bei Konflikten mit dem Gesetz, bei Problemen in der Schule oder Ausbildung und bei familiären Konflikten unterstützt. (www.condrops.de/einrichtungen/muenchen/easycontact-house/).

easyContact ISE ist eine ambulante oder stationäre intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung. Klienten zwischen 14 und 20 Jahren, die Probleme mit Suchtmitteln, in der Schule und Familie haben, werden hier von zu Hause aus oder in Klienten-Apartments

intensiv von einem Bezugsbetreuer betreut. Die Suchtmittelfreiheit ist für die Betreuung kein Muss. Es wird viel Wert auf individuelle Zielvereinbarungen, aktive Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung gelegt (www.condrobs.de/einrichtungen/muenchen/easycontact-ise/).

Freedom sind Jugendhilfeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche, die heilpädagogische und therapeutische Unterstützung zur Verhinderung einer psychischen Erkrankung benötigen. Ein Schwerpunkt wird dabei auf suchtgefährdete und verhaltensauffällige Jugendliche gelegt. Die Einrichtungen befinden sich im Landkreis Freyung-Grafenau im Unteren Bayerischen Wald (<http://juhi-freedom.de>).

5. Forschungsziele und Forschungsmethoden

Die in dieser Arbeit durchgeführte Untersuchung hat das Ziel, die Erfahrungen junger Cannabiskonsumenten mit den Behandlungsangeboten zu erforschen, denn das Verständnis der spezifischen Lebenssituation der Klientel ist entscheidend für eine wirksame Intervention. In diesem Kapitel werden die Untersuchungsziele der Arbeit zusammen mit der methodologischen Verankerung und Vorgehensweise genau erläutert.

Der Titel impliziert eine subjektbezogene Sicht auf die Problematik. Diese Subjektbezogenheit stellt ein Kriterium der Forschungsmethode des qualitativen Interviews dar und geht mit Offenheit und Prozesshaftigkeit des Forschungsprozesses einher. Qualitative Sozialforschung versucht das Handeln, Denken und Fühlen des Einzelnen zu verstehen. Dazu muss der Forscher in Dialog mit dem zu Erforschenden treten und durch Kommunikation seine Sicht der Realität nachvollziehen. Ein face-to-face Gespräch ist also ein wesentlicher Teil des Forschungsprozesses. Das Gewinnen von Informationen durch Interviews nähert sich dem alltäglichen Gespräch hinsichtlich Form, Gesprächsregeln und Inhaltsverständigung am meisten. Darüber hinaus ist im qualitativen Interview Offenheit gegenüber Unerwartetem, Unglaublichem und vermeintlich Irrelevantem geboten. Mit Prozesshaftigkeit ist gemeint, dass zur Beschreibung der sozialen Realität keine einmalige Momentaufnahme ausreicht, sondern durchlaufende Konstruktionen der sozialen Realität nachgezeichnet werden. Folglich handelt es sich um eine wesentlich kleinere Menge an Daten, die intensiver ausgewertet werden und tiefgründiger sind, jedoch nicht repräsentativ sind für die ganze Population (Diekmann, 2007; Reinders, 2012).

5.1 Problemzentriertes Interview

Da die Untersuchung einen Problembereich der sozialen Realität analysiert, zu dem im Vorfeld bereits theoretische Konzepte und Studien bestehen, bietet sich das problemzentrierte Interview als die beste Untersuchungsmethode an. Einerseits wird das Vorwissen des Forschenden explizit gemacht und dient der Vorstrukturierung des Leitfadens, andererseits werden die in den Interviews gewonnenen Informationen dazu genutzt, die Fragestellungen zu modifizieren, zu erweitern und zu präzisieren. Vor allem das Ausblenden

von Fragen, die für die befragte Person irrelevant sind, dagegen aber die Hinzunahme von anderen Bereichen, die die Befragten als wichtig einstufen, werden genutzt, um das Erkenntnisziel der Studie zunehmend zuzuspitzen (Reinders, 2012). Das stellt den Anspruch an den Forscher, trotz seiner Voreingenommenheit durch die Kenntnis der Theorie, dem Befragten so viel Raum und Bedeutung zu geben, dass die Fragestellungen bei der Auswertung modifiziert werden können (Witzel, 1985). Das problemzentrierte Interview orientiert sich an einem Leitfaden, der die Befragung strukturiert. Da die Leitfragen aus einer Kombination von offenen, erzählgenerierenden Fragen und strukturierten Nachfragen bestehen, kann diese Methode als teilstandardisiert klassifiziert werden. Der Gesprächsstil des Interviewers ist weich, sensibel und akzeptierend und sollte eine Vertrauenssituation fördern. Damit hängt auch zusammen, dass auch spontane Nachfragen zum Thema möglich sind, um die Sichtweise des Befragten besser zu verstehen. Dadurch wird eine enge Verflechtung von Informationssammlung, Auswertung und Veränderung der Fragestellung zum zentralen Grundprinzip des problemzentrierten Interviews (Reinders, 2012).

5.2 Forschungsziele

Die theoretischen Konzepte und Studien, die zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit geführt haben, wurden in den Kapiteln 2 bis 4 genau vorgestellt und bringen somit Struktur in das Interview ein. Aus dem Forschungsgegenstand heraus haben sich folgende fünf Hauptziele ergeben:

Erstens sollten die Familiensituation und andere Risiko- und Schutzfaktoren der jugendlichen Cannabiskonsumenten, die in den stationären Einrichtungen behandelt werden, identifiziert werden.

Zweitens sollte die Ausprägung und Bedeutung des Konsums von Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen erläutert werden.

Drittens sollten Behandlungsangebote durch jugendliche Cannabiskonsumenten beurteilt werden.

Viertens sollte das Erleben der jugendlichen Cannabiskonsumenten in den stationären Therapieeinrichtungen untersucht werden; die Effekte des Zusammenlebens mit den Konsumenten anderer Substanzen sollten erläutert werden.

Fünftens sollte untersucht werden, welche Voraussetzungen erforderlich gewesen wären, um es den jugendlichen Cannabiskonsumenten zu ermöglichen, schon früher aus dem Konsum auszusteigen.

Sechstens sollten aus den Erkenntnissen neue Hypothesen zur Verbesserung der Behandlung für Cannabiskonsumenten formuliert werden.

5.3 Forschungsfragen

Anhand der sechs Forschungsziele wurden 16 Forschungsfragen entwickelt. Diese sind den sechs Forschungszielen untergeordnet.

I. Persönliche Daten

- Wie beurteilen die befragten Klienten ihre Familiensituation?
- Wie beurteilen die befragten Klienten ihre Schulerfahrungen?
- Welche markanten Ereignisse oder Komorbiditäten haben die Biografie der Klienten geprägt?

II. Konsumverlauf

- Wie wird die Konsumintensität von Alkohol, Zigaretten und anderen psychoaktiven Substanzen im Verlauf beschrieben?
- Wie wird die Konsumintensität von Cannabis im Verlauf beschrieben?
- Welche Bedeutung und Funktion wird Cannabis zugeschrieben?
- Welche Konsumziele werden von den befragten Klienten definiert und wie ist die aktuelle Einstellung zu Cannabis?
- Wie ausgeprägt ist die Abhängigkeitseinsicht?

III. Erfahrungen mit Behandlungsangeboten

- Wie werden Reduktions- oder Abstinenzversuche beschrieben?
- Welche Frühintervention, Jugendhilfeangebote oder ärztliche Interventionen haben die Cannabiskonsumenten erreicht und wie wurden diese beurteilt?
- Wie werden spezifische Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten beurteilt?

IV. Das Zusammenleben mit Konsumenten anderer illegaler Substanzen

- Welche stationären suchtspezifischen Behandlungsangebote wurden in Anspruch

genommen, und wie wurden diese beurteilt?

- Welche Effekte des Zusammenlebens mit den Konsumenten anderer psychoaktiver Substanzen werden beschrieben?

V. Bedürfnisse der Jugendlichen auf dem Weg zur Abstinenz

- Welche Gründe identifizieren Jugendliche selber, die sie daran gehindert haben, sich schon früher mit dem Konsum von Cannabis auseinanderzusetzen?
- Was brauchen jugendliche Cannabiskonsumenten, um früher die Suchtentwicklung zu erkennen und den Konsum zu beenden?

VI. Vorschläge zur Verbesserung

- Welche Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung von Cannabiskonsumenten lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

5.4 Methoden der Erhebung

Zur Sicherung des Verständnisses für die erhobenen Daten wird unter den folgenden Gliederungspunkten beschrieben, nach welchen Kriterien die Befragten ausgewählt wurden und wie der Leitfaden erstellt wurde. Außerdem wird dargestellt, wie die Interviews durchgeführt wurden und inwiefern diese Art des Untersuchungsdesigns kritisch zu bewerten ist.

5.4.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Die erhobenen Daten wurden aus sechs Interviews gewonnen, deren Länge zwischen 30 und 68 Minuten lag. Die Teilnehmer stimmten der Befragung freiwillig zu und wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- Das Jugendalter, wie in Kapitel 1 definiert, stellt die erste Bedingung für die Auswahl der Stichprobe dar.
- Zweitens wurden im Bezug auf das Thema der Arbeit Jugendliche ausgewählt, die als Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit aufweisen. Andere komorbide Störungen und Probierkonsum oder gelegentlicher Gebrauch von anderen Suchtmitteln spielt bei der Auswahl keine Rolle. Dies spiegelt auch die Realität im Hilfesystem wider, in dem reine Cannabiskonsumenten nur selten vorkommen (Schlickau, 2011).
- Drittens wurde bei der Auswahl Wert darauf gelegt, dass die Klienten eine gewisse

Abstinenzbereitschaft aufweisen oder eine Zeitlang aufgewiesen haben, damit sie gestellte Fragen nicht blockieren und darauf eingehen können.

- Da es in der Fragestellung der Arbeit auch um Effekte des Zusammenlebens der Cannabiskonsumenten mit Konsumenten anderer Suchtmittel geht, wurden viertens Klienten ausgesucht, die eine Erfahrung mit stationärer Gruppentherapie oder Entgiftung haben.

Diese vier beschriebenen Kriterien ließen bei der Rekrutierung der Klienten keinen großen Spielraum und bildeten gleichzeitig eine relativ homogene Gruppe. Deshalb schien es nicht sinnvoll, die Stichprobe noch durch andere Kriterien wie Geschlecht oder Migrationshintergrund einzuschränken.

Bei der Rekrutierung wurden alle ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen für Jugendliche in München kontaktiert sowie darüber hinaus auch zwei weitere Therapieeinrichtungen für Jugendliche in Bayern. Diese Einrichtungen wurden kurz im Kapitel 4.9 beschrieben. Die Kontaktnahme erfolgte zunächst telefonisch, dann meistens schriftlich, falls der Interviewleitfaden zur Ansicht verlangt wurde. Leider erwies sich dieses Vorgehen als erfolglos. Bei minderjährigen Klienten mussten erst deren Eltern um Erlaubnis gebeten werden, was einen erhöhten organisatorischen Aufwand für die Mitarbeiter darstellte. Grundsätzlich schien dieses Vorgehen für Leitungen und Mitarbeiter der Einrichtungen als zu aufwändig und nicht verbindlich genug. Schlussendlich erklärten sich sechs jugendliche Cannabiskonsumenten aus dem eigenen Träger der Autorin bereit, an der Erhebung teilzunehmen.

Die Befragten sind Klienten zwischen 17 und 23 Jahren und befinden sich in Jugendhilfeeinrichtungen von Condrops e.V.. Drei Klienten leben derzeit in der therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio, drei andere stammen aus der Einrichtung easyContact, in der sie einzeln intensiv betreut werden. Eine Klientin wohnte vor dem Interview länger in der Einrichtung easyContactHouse. Da der Interviewer in der Einrichtung easyContact angestellt ist, wurden dessen Klienten von der Auswahl ausgeschlossen, damit sich die Gesprächsatmosphäre und Offenheit von der anderer Klienten nicht unterscheidet. Bei den Klienten von easyContact wurde auf die Schweigepflicht innerhalb des Teams besonders hingewiesen.

5.4.2 Leitfadenkonstruktion

Der Interviewleitfaden stellt bei der Datenerhebung ein sehr wichtiges Hilfsmittel des problemzentrierten Interviews dar. Er kommt dem Forscher als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zugute (Witzel, 1985). Der Leitfaden nimmt Bezug auf die Forschungsziele und Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit und sorgt dafür, dass die Respondenten auf alle relevanten Punkte der Fragestellung eingehen.

Der Leitfaden wurde in sechs Teile gegliedert. Er wird im folgenden Abschnitt grob erklärt und ist zur eingehenderen Betrachtung im Anhang I zu finden. Jede der Fragen, die im Interview festgehalten wurden, wurde den Befragten auch gestellt. Darüber hinaus wurden den Befragten weitere, sowohl geschlossene als auch offene Fragen gestellt, um die Informationen zu ergänzen oder um den Befragten einen Impuls zu weiterem Erzählen zu geben.

- Teil I: Dieser Teil des Leitfadens wurde vor jedem Gespräch ohne Aufnahme durchgeführt. Er diente an erster Stelle der Aufklärung der Befragten über das Thema, die Bedingungen und den Zweck des Interviews. An zweiter Stelle wurden das aktuelle Befinden, das Alter und die Länge des Aufenthalts in der stationären Einrichtung abgefragt.
- Teil II: Dieser Abschnitt bezieht sich auf die familiäre und schulische Situation, den Konsumeinstieg und die Konsumententwicklung. Beim Cannabiskonsum wird genauer auf die Bedeutung und aktuelle Einstellung zum Thema eingegangen.
- Teil III: Inhalt sind Fragen zur Abstinenzbereitschaft und Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsangeboten.
- Teil IV: Thema ist das Zusammenleben mit den Konsumenten anderer Substanzen und dessen Effekte auf die eigene Abstinenzentwicklung.
- Teil V: An dieser Stelle werden die Befragten dazu angeregt, in der Rückschau zu beurteilen, was ihnen besser oder früher geholfen hätte und welche Gründe es gab, die dies verhinderten.
- Teil VI: Im letzten Teil haben die Befragten die Möglichkeit, weitere Informationen zum Thema beizutragen, die für sie wichtig sind und noch nicht erwähnt wurden.

5.4.3 Durchführung des Interviews

Der Interviewer suchte erst das Gespräch mit dem Leiter der Einrichtung easyContact. Die Leiter von Inizio und easyContact Haus wurden daraufhin telefonisch kontaktiert. Im gemeinsamen Gespräch wurden das Thema und Forschungsziele der Arbeit erläutert, gefolgt von Auswahlkriterien für die Stichprobe. Nachdem sich die Leiter grundsätzlich mit der Durchführung der Erhebung einverstanden erklärt hatten, wurde die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit den Klienten besprochen. In allen Fällen wurden durch die Einrichtungsleitungen die Bezugsbetreuer der Klienten, die die Kriterien erfüllen, beauftragt, mit diesen über die mögliche Teilnahme zu sprechen. Nachdem die Klienten zugestimmt hatten, erhielt der Interviewer jeweils die Telefonnummer, um einen Termin zu vereinbaren. Alle Cannabiskonsumenten, die derzeit in den Einrichtungen wohnen, stimmten zu. Tag, Ort und genaue Uhrzeit legten die Klienten selber fest, damit das Gespräch ohne Zeitdruck und in für die Klienten angenehmer Atmosphäre geführt werden konnte. Zwei Klienten entschuldigten sich bei dem ersten Termin und schlugen eine andere Uhrzeit vor. Fünf Klienten wünschten sich, das Interview in der jeweiligen Einrichtung zu führen. Ein Interview wurde in der Wohnung des Klienten geführt. Um ohne zeitlichen Druck vorgehen zu können, wurde der Zeitrahmen in allen Fällen nach hinten offen gelassen. Bei allen wurde darauf geachtet, dass das Interview in ruhiger Atmosphäre in einem separaten Raum stattfindet, der ohne zeitliche Begrenzung genutzt werden kann. Das Angebot von Getränken sollte für ein entspanntes Klima sorgen. Um die volle Aufmerksamkeit des Interviewten und den Erhalt aller Informationen zu gewährleisten, wurde das ganze Interview mit dem Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgenommen, um anschließend ein vollständiges Transkript erstellen zu können.

Einführend wurden die Klienten informiert, in welchem Rahmen die Untersuchung stattfindet und welche Forschungsziele verfolgt werden. Weiterhin wurde auf die Anonymität und Schweigepflicht hingewiesen. Daraufhin wurden die Klienten nach ihrer momentanen Befindlichkeit befragt, um sicherzustellen, dass die Daten nicht durch außerordentliche Vorkommnisse oder schlechte psychische Verfassung verfälscht sind. Zum Schluss erhielten die Befragten Informationen zum Ablauf des Interviews und wurden ermuntert immer nachzufragen, falls sie die Frage nicht verstanden oder noch etwas Wichtiges zu ergänzen hatten.

Die Interviews verliefen generell in angenehmer Atmosphäre mit längeren narrativen Episoden, die auch Raum für unerwartete Informationen zuließen. Die Befragten gaben sich insgesamt erzählbereit und vermittelten den Eindruck, dass sie ihre Antworten genau überlegten. Genauere Informationen zum Ablauf des jeweiligen Interviews wurden vor jedem Transkript festgehalten.

In direktem Anschluss an das Interview wurden in einem Memo Theoriekonzepte des Gesagten und Wahrnehmungen, die durch die Tonbandaufnahme nicht festgehalten wurden, niedergeschrieben.

5.4.4 Kritische Betrachtung des Interviews

Da die Zusammensetzung der Stichprobe, die Durchführung von Interviews und schließlich auch die Datenauswertung des problemzentrierten Interviews nie unter idealen Bedingungen verlaufen, sind diese auch kritisch zu betrachten, um mögliche Fehler bei der Interpretation der Daten zu vermeiden. Das Bewusstsein für Fehlerquellen ist notwendig, um die vorgetragenen Ergebnisse richtig deuten zu können.

An erster Stelle ist es wichtig anzumerken, dass eine qualitative Studie wie diese nicht den Anspruch erhebt, allgemeine Aussagen zur vorgetragenen Fragestellung zu treffen, die auf die ganze Population generalisierbar sind. Ziel dieser Studie ist es, einen neuen Einblick in die Subkultur der chronischen jugendlichen Cannabiskonsumenten zu gewinnen und neue Hypothesen zu Behandlungsansätzen zu entwickeln, die dann quantitativ überprüft werden können. Für diese Studie wurden auf Grund der erschwerten Erreichbarkeit anderer Einrichtungen nur Klienten von Jugendhilfeeinrichtungen von Condrops e.V. ausgesucht.

Der Untersuchungsgegenstand bezieht sich auf eine relativ kleine gesellschaftliche Randgruppe. Die Erreichbarkeit der zu Befragenden ist somit erheblich eingeschränkt und erfordert einen guten Zugang in das Hilfesystem. Die Suche nach möglichen Probanden für die Erhebung zeigte, dass ohne vorherige persönliche Bekanntschaft mit den Mitarbeitern der Einrichtung oder den Klienten selbst keine Teilnahme an der Befragung möglich war. Dies, zusammen mit den ziemlich genauen Auswahlkriterien, ließ bei der Rekrutierung nicht viel Spielraum. Daraus ergab sich eine ziemlich geringe Teilnehmerzahl, die die Reliabilität und Repräsentativität der Erhebung beeinträchtigt.

Die befragten Klienten berichten über ihre Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsprogrammen. Trotz der Ähnlichkeit der Lebenssituationen unterscheidet sich ihre Behandlungsgeschichte jedoch beträchtlich. Das Ziel der Arbeit ist es nicht, die konkreten Einrichtungen und Programme zu bewerten und zu vergleichen, sondern lediglich, über die Erfahrungen der Jugendlichen mit der jeweiligen Hilfeart zu berichten, um herauszufinden, wie das Ziel der Frühintervention besser erreicht werden kann.

Bezüglich der Suche nach Effekten des Zusammenlebens berichten die Befragten über verschiedene stationäre Suchthilfeeinrichtungen. Dies zieht Einschränkungen bei der Dateninterpretation mit sich. Weitere berichtete Aspekte, die für das Wohlbefinden in den Einrichtungen für die Klienten wichtig waren und berichtet wurden, wurden lediglich notiert, allerdings nicht miteinander in Zusammenhang gebracht.

Durch die Vertrautheit mit den Einrichtungen und deren Mitarbeitern, ggf. auch deren Klienten, in Kombination mit dem stark strukturierten Leitfaden, muss auch die Auswertung der Daten kritisch betrachtet werden. Die Interpretation der Daten durch nur einen Forscher, dem das Thema und das Hilfesetting bestens vertraut sind, kann von der Sichtweise nicht involvierter Personen abweichen. Dieses Problem versuchte sich der Forscher bei der Dateninterpretation ständig vor Augen zu halten und möglichst offen mit den Daten umzugehen.

Zwei der befragten Klienten waren dem Interviewer persönlich bekannt. Obwohl sie nicht seine eigenen Klienten waren, kannte der Interviewer ihre Vorgeschichte von Teambesprechungen. Dieses Vorwissen kann eine Voreingenommenheit gegenüber ihrer Geschichte und eine Beeinflussung des Interviewverlaufs zur Folge haben. Um dem Leser eine dementsprechende Sicht auf die Interviews zu verschaffen, wurde dieses Wissen in ein Gedächtnisprotokoll eingearbeitet.

Weiterhin ist bezüglich der Befragten zu bedenken, dass sie im Rahmen ihrer Cannabisabhängigkeit auf die gestellten Fragen antworten. Die charakteristischen Merkmale der Cannabiskonsumenten, wie Verharmlosung des Konsums, schwache Abstinenzmotivation, kognitive Einschränkungen und Entwicklungsverzögerungen, müssen hier auch in Betracht gezogen werden.

Fünf der befragten Klienten leben seit einiger Zeit abstinent, ihre Aussagen wurden

also nicht durch Cannabisintoxikation beeinflusst. Einer der Klienten konsumiert weiterhin Cannabis, erklärte jedoch, dass er an dem Tag noch nicht konsumiert hatte. Nichtsdestotrotz muss man beachten, dass seine kognitive Fähigkeiten (siehe Kapitel 3.2.8) durch den regelmäßigen Konsum beeinträchtigt sind und seine Antworten deutlich stärker als bei den anderen Befragten durch seine ambivalente Einstellung zu Cannabis geprägt sind.

Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass manche Befragten ihre Therapieerfahrungen retrospektiv beurteilen, während sie für andere immer noch Alltag sind. Die Gefahr der retrospektiven Beurteilung bringt es mit sich, dass sich Realität und Wunschdenken vermischen oder längere zurückliegende Ereignisse in der Erinnerung verschwimmen.

5.5 Methoden der Auswertung

5.5.1 Transkription der Interviews

Die Verschriftlichung der auf Tonband aufgenommenen Gespräche stellt das notwendige Bindeglied zwischen Interview und Auswertung der Daten dar. In der Literatur werden verschiedene Transkriptionsarten beschrieben, die sich sehr in der Genauigkeit unterscheiden. Dabei gilt, dass das Transkript die Voraussetzungen erfüllen muss, die für die spätere Auswertung notwendig sind. Da das Interview im interpretativen sozialwissenschaftlichen Bereich lediglich als Medium und nicht als eigenes Analyseelement dient, wurden an dieser Stelle eher ökonomische Kriterien bei der Anfertigung des Transkripts herangezogen (Reinders, 2012). Diese Kriterien und die Herangehensweise bei der Erstellung des Transkripts werden in diesem Kapitel erläutert.

Der gesamte Gesprächsverlauf wurde vollständig anhand der gesprochenen Sprache erfasst. Das gesprochene Wort wurde nach den Regeln der deutschen Rechtschreibung festgehalten. Das gesamte Transkript wurde durch den Interviewer selbst und innerhalb von wenigen Tagen nach dem Gespräch erstellt. An außersprachlichen Merkmalen wurden lediglich längere Pausen, die vermuten lassen, dass der Befragte seine Antwort länger überlegen musste, mittels drei Punkten vermerkt. Das zustimmende „Mh“ der Interviewerin, das den Befragten zum weiteren Erzählen anregen soll und im Erzählfluss auftaucht,

genauso wie leichtes Zögern wie „Ähm“ oder „Hm“ des Befragten, wurden ins Transkript nicht übertragen. Diese hätten die Verständlichkeit und Lesbarkeit des Transkripts erschwert. Parasprachliche Handlungen wie Lachen oder Seufzen wurden in Klammern vermerkt. An manchen Stellen wurde vom Transkribierenden ein kurzer interpretierender Kommentar, der die Bedeutung des Gesagten verändert, in eckigen Klammern eingefügt. Um die Auswertung und Zitierweise aus den Transkripten zu erleichtern, wurden die Zeilen des Transkripts immer nummeriert.

Abgesehen vom Gesprächstranskript besteht das gesamte Transkript noch aus anderen wichtigen Bestandteilen, die für das Verständnis von Belang sind. Es handelt sich um Festhalten von: Aufnahmezeitpunkt, Gesprächsdauer, Ort, Geschlecht und Alter des Befragten und eine kurze Charakterisierung der Gesprächsatmosphäre. Diese sind vor dem Gesprächstranskript aufgeführt (siehe Anhänge II bis VII). Eine Zusammenfassung des Gesprächsinhaltes ist in Kapitel 6.1 zu finden.

5.5.2 Analyseverfahren nach der „Grounded Theory“

Als Analyseverfahren für die vorliegende Arbeit wurde die „Grounded Theory“ ausgesucht. Dieses Verfahren hat sich in den letzten 40 Jahren zu einem bedeutenden methodologischen Instrument der qualitativ-interpretativen Sozialforschung entwickelt (Strübing, 2008). Nach Strauss, dessen Variante des Verfahrens in dieser Arbeit verwendet wird, sollte die „Grounded Theory“ als Stil verstanden werden, welcher nicht den Anspruch erhebt, feste Regeln exakt zu befolgen. Stattdessen erlaubt sie Spielräume, in denen der Forscher situativ, der Unberechenbarkeit sozialer Phänomene angepasst, vorgehen kann (Strauss, 1998). In diesem Sinne ist es das Ziel dieser Kapitel, die einzelnen Schritte der „Grounded Theory“ vorzustellen, und daraufhin die für diese Arbeit ausgesuchte Vorgehensweise zu beschreiben.

Das fundamentale Verfahren qualitativer Forschungsmethoden ist das Kodieren. Ein gutes Kodiersystem stellt die Basis für ein gutes Ergebnis der Analyse dar. Durch das Kodieren werden Kategorien gebildet, die den Gegenstand der Untersuchung umrunden. Die gebildeten Kategorien sollen dabei auf die Relevanz der Daten für die Forschungsziele verweisen (Strauss, 1998). Zuerst wird eine offene Kodierung vorgenommen. Nach Strauss werden die Transkripte des Interviews genau durchgearbeitet und dabei provisorische

Konzepte gebildet. Im Vordergrund steht dabei eher eine reine Zuordnung als die Suche nach einer konkreten Bedeutung. So bleibt die Interpretation vorerst im Versuchsstadium. Im Prozess muss der Forscher stets offen bleiben und die Kodierungen immer neu überdenken und modifizieren. Hierbei ist es wichtig, immer wieder Abstand von den Daten zu nehmen und theoretische Ideen in Memos festzuhalten (Strauss, 1998).

Nach Strauss (1998) wird im Anschluss an das offene Kodieren das axiale Kodieren angewandt. Hierunter wird verstanden, dass Verbindungen und Beziehungen zwischen Kategorien und Unterkategorien gefunden werden. So entstehen Schlüsselkategorien, denen im letzten Schritt, dem selektiven Kodieren, alle Kodes untergeordnet werden.

Bei der Auswertung der Daten für die vorliegende Arbeit wurden die Inhalte der sechs Interviews zunächst Zeile für Zeile durchgearbeitet und kodiert, woraufhin sich Kategorien ergaben. Die Oberkategorien ergaben sich aus den bereits bestehenden Forschungszielen. Die Bildung der Unterkategorien orientierte sich vor allem an den Forschungsfragen beziehungsweise an den Fragen des Interviewleitfadens. Über den Interviewleitfaden hinaus wurden noch die Kategorien „Prägende Lebensereignisse und Komorbiditäten“, „Problembewusstsein“ und „Erfahrung mit Präventions- und Frühinterventionsangeboten“ hinzugefügt. Diese ergaben sich aus dem Erzählfluss der Befragten und zeigten sich als bedeutend für ein gutes Verständnis des Falles. Interpretationsversuche und Ideen wurden stets in Memos festgehalten.

Um den Forschungszielen der vorliegenden Arbeit Rechnung zu tragen, wurde das axiale Kodieren leicht abgewandelt. Da die Unterkategorien mit den Forschungszielen korrespondieren, lag es nahe, bei dieser Unterteilung zu bleiben. Die gebildeten Unterkategorien wurden jedoch innerhalb eines Interviews in Beziehung gesetzt, um den Fall in seiner Komplexität gut abbilden zu können. Somit werden in Kapitel 6.1 die Interviews zunächst anhand der definierten Kategorien dargestellt, sowie im Anschluss untereinander in Beziehung gebracht und mit dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Im Folgenden werden in Kapitel 6.2 die Ergebnisse anhand der Forschungsziele beziehungsweise Oberkategorien aufgeführt, mit der theoretischen Vorarbeit gewichtet und in Zusammenhang gebracht. Eine Übersicht der Kategorien und deren Bezeichnungen ist im Anhang VIII zu finden.

In Kapitel 6.3 wird, ganz im Sinne der „Grounded Theory“ und des axialen Kodierens, eine Schlüsselkategorie gebildet. Diese bildet die Zusammenhänge ab, die

zwischen den Kategorien festgestellt wurden. Der Suche nach den Beziehungen unter den Kategorien dienten die vorgefertigten Memos.

Die Diskussion der Ergebnisse wird durch Kapitel 6.4 abgerundet, in dem Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung im Sinne von weiterführenden Ergebnissen abgeleitet werden. Diese sind als Hypothesen zu verstehen, die in der quantitativen Forschung getestet werden sollen.

6. Ergebnisse

6.1 Darstellung und Diskussion der Interviews

Die relativ geringe Anzahl von Interviews macht es an dieser Stelle möglich, die befragten Klienten kurz vorzustellen und die Interviews zusammenzufassen. Eine Zusammenfassung der Eckdaten resultiert natürlich in einer starken Datenreduktion, erscheint jedoch sinnvoll, um die Ergebnisse besser deuten und verstehen zu können. Die Zusammenfassung wurde nach dem Erstellen des Transkripts chronologisch nach den Forschungsfragen erstellt, um die Wahrnehmungsselektion so minimal wie möglich zu halten. Die Passagen, die nicht für die Forschungsziele relevant sind, wurden weggelassen. Bei manchen Befragten bestand die Notwendigkeit, das Hintergrundwissen in Form eines Gedächtnisprotokolls mit einfließen zu lassen, um eine Fehlinterpretation der Daten zu verhindern.

Nach der Zusammenfassung wurden die erhobenen Daten mit dem dargestellten theoretischen Hintergrund verbunden, um die Ergebnisse innerhalb des jeweiligen Falles zu diskutieren. Anhaltspunkte für die Interpretation der Interviews waren vor allem die Risiko- und Schutzfaktoren, Funktionen des Konsums und Schweregrad der Störung des jeweiligen Klienten. Es wurde auch auf die Effekte der durchgeführten Interventionen eingegangen. Auf eine ausführliche Diagnostik wurde dabei verzichtet, da diese sehr komplex ist und nicht das Ziel der vorliegenden Arbeit verfolgt.

Die Zusammenfassung und theoretische Diskussion der jeweiligen Interviews schienen bedeutend genug zu sein, um dem Leser einen guten Einblick in die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit zu gewähren und ihm die Komplexität der Fälle nahe zu bringen.

6.1.1 Klient A: Darstellung des Interviews

Eckdaten und Gedächtnisprotokoll

Klient A ist 19 Jahre alt, männlich, und wohnt seit 4 Monaten in der Therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio. Das Gespräch verlief in der ruhigen Atmosphäre eines Besprechungsraumes dieser Einrichtung. Klient A war freundlich, jedoch distanziert. Er kam

kaum in Erzählfluss und beantwortete Fragen oder Themen, die ihn selbst nicht interessierten, sehr kurz oder ging nicht vollständig auf sie ein.

Persönliche Daten

Klient A kommt ursprünglich aus München. Ab seinem 13. Lebensjahr wohnte er in einem Münchner Vorort (Anhang II, Z. 3-4). Er befindet sich seit vier Monaten in der Therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio in München. Als höchsten schulischen Abschluss hat er die Mittlere Reife erreicht (Anhang II, Z. 157). Er besuchte vier verschiedene Wirtschaftsschulen. Gründe für den Wechsel waren seiner Beschreibung nach häufige Prügeleien und mangelnde Mitarbeit (Anhang II, Z. 15-19). Er fing eine Ausbildung zum Schlosser an, wechselte aber später zu seinem Vater in eine KFZ-Werkstatt. Auf Grund von großen familiären Konflikten brach er jedoch diese Ausbildung ab (Anhang II, Z.148-155). Die Familiensituation des Klienten A war immer sehr belastend. Seine Mutter ist starke Alkoholikerin und hat drei weitere Kinder von verschiedenen Männern. Zurzeit hat er jeglichen Kontakt zu seiner Familie abgebrochen (Anhang II, Z. 20-25).

Konsumverlauf und Einstellung

Klient A war mit 14 Jahren zum ersten Mal betrunken (Anhang II, Z.49). Er lehnt aber Alkohol generell ab und beschreibt seine starke Abneigung gegenüber betrunkenen Menschen (Anhang II, Z.43-45). Mit 15 Jahren fing er an, Zigaretten zu rauchen und raucht seitdem regelmäßig (Anhang II, Z. 36-39). Zum selben Zeitpunkt fing er auch mit Cannabiskonsum an. Klient A beschreibt, wie wunderbar und entspannend der Cannabiskonsum für ihn wurde. Der ganze Stress war plötzlich gleichgültig, und er war sogar glücklich damit. Mit 17 Jahren fing er an, regelmäßig zu rauchen. Ab 18 rauchte er täglich oder mehrmals am Tag ein bis eineinhalb Gramm Cannabis (Anhang II, Z.53-66). Klient A schildert, warum er begann, regelmäßig Cannabis zu rauchen:

Klient A: „Zumal der Freundeskreis, mit denen ich, den ich mich, seit ich 18 war, ausgesucht hatte, hat da mitgespielt. Aber eher wichtiger war, dass das mir in diesen Momenten wirklich bewusst wurde, dass ich glücklich war. Ich war wirklich glücklich, also jetzt egal was passiert ist, ich konnte damit leben, egal, wie schlimm auch eine Situation war, ich konnte es in dem Sinne, in Führungszeichen, bearbeiten. Und da ist mir dann bewusst geworden, dass das Kiffen mich komplett macht. In meinem Kopf herrschte ständiger Krieg von meinen

ganzen Egos, weil viele so widersprüchlich sind, dass ich mich bis zu dem Zeitpunkt einfach nicht in mir selber auf gleicher Ebene unterhalten konnte. [...] Sie haben sich angeschrien, die haben einfach nur gestritten. Und mit diesem Konsum ist eine Ruhe reingekommen. Und es konnten alle miteinander reden, ohne sofort aufeinander loszugehen, und das war ausschlaggebend für mich, wo ich mir dann gedacht hab, das macht mich komplett.“ (Anhang II, Z. 72-81)

Im Februar letzten Jahres wurde die Situation mit seinen Eltern so unerträglich, dass er anfangs Partydrogen zu konsumieren (Anhang II, Z. 148-155). Zu der Zeit war auch die Erreichbarkeit von Cannabis durch seinen Freundeskreis sehr gut (Anhang II, Z. 69-71). Zwei bis drei Monate lang konsumierte er alle drei Tage, vor allem MDA. Er beschreibt noch stärkere Glücksgefühle als bei THC. Er spürte jedoch bald, dass er den Konsum nicht unter Kontrolle hatte, da er von dem Gefühl nie genug bekommen konnte. Zu der Zeit überlegte er auch, sich das Leben zu nehmen. Er entschied sich jedoch für eine Therapie, da er merkte, dass es so nicht weiter gehen könne. Vor der Aufnahme verzichtete er auf alle Partydrogen, konsumierte jedoch weiterhin THC (Anhang II, Z.113-134).

Der einzige Grund, warum er mit dem Kiffen irgendwann aufhören wolle, sei seine Familie, die er gründen wolle (Anhang II, Z. 296-299). Er gibt ergänzend an, dass er süchtig war, jetzt sei er aber nicht mehr süchtig.

Klient A: Wie ich jetzt zum Kiffen stehe? Sagen wir so, so lange ich hier drin bin bei Inizio, also ich bin hier vollkommen freiwillig, so lange ich hier drin bin, konsumiere ich nicht, ich will an mir arbeiten Es gibt Sachen an mir, die müssen bearbeitet werden, und die kann ich unter Drogeneinfluss nicht bearbeiten, und die Einstellung danach ist aber, dass ich dann weiterhin kiffen werde (Anhang II, Z.90-94).

Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsangeboten

Klient A hatte nach den intensiven Konsumphasen gelegentlich das Bedürfnis, eine Pause zu machen:

„Das war dann so nach zwei oder dreimonatigem Konsum, also ich bin während der Zeit in die Arbeit gegangen, in die Schule gegangen, ich konnte meine Arbeit verrichten, ich hab meine Schule auch ganz gut gemacht. Aber nach zwei oder drei Monaten kam dann immer so ein Gefühl, jetzt fährt sich es langsam aus. Jetzt brauche ich zu viel, jetzt müsste ich viel mehr nehmen, um denselben Effekt wie vor zwei Monaten zu haben. Ich werde viel träger und das waren auch immer so Zeiten, wo ich dann einen Monat Pause gemacht habe. Das heißt, bei dem Kiffen konnte ich es regulieren, da wusste ich, wann es zu viel ist, wann ich mal Pause machen muss.“ (Anhang II, Z.162-168)

Klient A informierte sich dabei nie bei einer Fachstelle über Cannabiskonsum oder

las etwas darüber im Internet. Er beschreibt, dass es eine reine Willensentscheidung war, nicht zu konsumieren. Klient A hatte keine gerichtlichen Auflagen, und weder er noch seine Familie kamen jemals mit dem Jugendamt in Kontakt. Dem Klienten A sind weder spezialisierte Angebote für Cannabiskonsumenten bekannt, noch hat er eine stationäre Entgiftung absolviert (Anhang II, Z. 177-195).

Das Zusammenwohnen mit Konsumenten anderer Substanzen

Klient A ist zurzeit mit der Gruppe relativ zufrieden, da gerade die Stimmung sehr harmonisch und von einer klaren „Cleanhaltung“ geprägt sei (Anhang II, Z. 250-255). An den anderen, die länger härtere Substanzen konsumiert haben, findet er ärgerlich, dass sie auf der "Kindebene" geblieben und in ihrer Entwicklung nicht vorangegangen seien, was das Zusammenleben mit ihnen schwierig mache (Anhang II, Z. 216-220). Man müsse mit diesen Mitbewohnern seiner Meinung nach feinfühlicher umgehen und wenn man sich durchsetzen wolle, müsse man immer streiten (Anhang II, Z.230-233).

Bedürfnisse des Klienten auf dem Weg zur Abstinenz

Klient A sieht die Probleme ausschließlich in seiner Familie. Wenn er eine bessere Erziehung erhalten und Unterstützung von seinen Eltern gehabt hätte, wäre dies sehr hilfreich für ihn gewesen. „*Einfach ein schöneres Gefühl daheim hätte unglaublich viel geholfen.*“ (Anhang II, Z. 261)

Eine bessere Lösung für sich als die stationäre Therapie konnte er nicht finden (Anhang II, Z. 266-272). Als Grund, warum er sich nicht schon früher mit seinem Konsum auseinandergesetzt habe, gibt er an, dass er damit zufrieden gewesen sei, weil er damit einfach besser funktionieren konnte. Konsum sei bei ihm nie an erster Stelle gestanden (Anhang II, Z. 275-277).

6.1.2 Klient A: Theoretische Diskussion des Interviews

Klient A erwähnt bei der Benennung der persönlichen Eckdaten gleich mehrere Risikofaktoren für die Suchtentwicklung, wie sie auch in Kapitel 2.3 beschrieben wurden. In seinem Umfeld benannte er die Scheidung der Eltern, Alkoholabhängigkeit der Mutter, wiederholten Schulwechsel und eine gute Erreichbarkeit von Cannabis in seinem

Freundeskreis. Darüber hinaus beschreibt er bezüglich seiner eigenen Person problematische Verhaltensweisen wie Aggressivität und psychische Belastung, die den Cannabiskonsum gefördert hätten. Andererseits sind auch einige wenige Schutzfaktoren in seiner Schilderungen zu erkennen. Klient A hat relativ früh erkannt, dass ihm der Konsum zu viel wurde, da es seine Priorität war zur Arbeit zu gehen und auch andere Dinge zu tun außer sich Drogen zu beschaffen. Der relativ späte Einstieg in den regelmäßigen Konsum (mit 17 Jahren) und die geschilderte Kontrolle über Konsumbeginn und -ende spielt dabei wahrscheinlich auch eine positive Rolle, wie aus den Kapiteln 3.2 und 4.2 zu entnehmen ist. Diese Ressourcen wirkten sich positiv auf seine Behandlungsmotivation und die Ausprägung der Suchtstörung aus und sind wahrscheinlich der Grund dafür, warum er sich freiwillig in eine stationäre Therapiemaßnahme begeben hat.

Im Interviewverlauf gab Klient A mehrmals zu verstehen, dass er die Entwicklungstheorie (Kapitel 2.2) für sich als sehr nützlich zur Erklärung seines Konsumverhaltens empfindet. Er fand in seiner Familie keine Unterstützung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. Die Familienkrise wurde durch Drogengebrauch kompensiert, der sich später zur Ressource entwickelte und ihn mit der Scheinlösung zufrieden sein ließ. Mit der Hilfe von Cannabis wich er den Entwicklungsaufgaben aus (Kapitel 2.2.1). Diesbezüglich scheint Klient A gut reflektiert zu sein.

Die Broken-Home-These hilft auch, die Frage nach der Hindernissen bei der Auseinandersetzung mit seinem Cannabiskonsum zu beantworten. Die Familie hätte ihm seiner Meinung nach im Umkehrschluss am besten helfen können, aus dem Konsum auszusteigen.

Mit seinen Aussagen, dass die stationäre Therapie die einzig richtige Wahl ist, bestätigt Klient A die Thesen der Kapitel 4.4, nach denen Jugendliche aus belasteten Familienverhältnissen am meisten von einer stationären Maßnahme profitieren. Diese hätte wahrscheinlich nur ein gutes Frühinterventionsprogramm verhindern können. Klient A ist allerdings diesbezüglich nie aufgefallen (Kapitel 4.5). Er interessierte sich auch überhaupt nicht für Konsumreduktionsprogramme für Cannabiskonsumern. In seinem Falle mangelte es nicht nur an Motivation, sondern auch an ausreichend Ressourcen, sowohl in seiner Person als auch in der nahen Umgebung, die ihm geholfen hätten, eine so strukturierte Maßnahme zu absolvieren.

Auf den Unterschied zwischen Cannabiskonsumenten und den übrigen Klienten, die härtere Substanzen konsumieren, ist Klient A nicht wirklich eingegangen. Es scheint so, als ob er sich auch sehr stark mit dem Konsum von Aufputzmitteln identifiziert hat. Dies hat er letztendlich auch als Grund für die stationäre Therapie angegeben.

6.1.3 Klient B: Darstellung des Interviews

Eckdaten und Gedächtnisprotokoll

Klient B ist 23 Jahre alt, männlich, und wohnt seit einem Monat in der Therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio. Das Gespräch verlief in der ruhigen Atmosphäre eines Besprechungsraumes in der Therapeutischen Wohngemeinschaft. Klient B war im Gespräch sehr offen, überlegt und reflektiert. Insgesamt machte er einen bedrückten Eindruck. Er zeigte sich an dem Thema der Arbeit sehr interessiert.

Persönliche Daten

Klient B kommt aus einem Münchner Vorort (Anhang III, Z. 3-9) und wohnt zurzeit in der therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio in München. Er wurde erst vor einem Monat in die Einrichtung aufgenommen. Seine Schulkarriere war durch wiederholtes Scheitern gekennzeichnet. Seinen Realschulabschluss erwarb er extern, die Fachoberschule brach er zweimal ab (Anhang III, Z. 11-12). Seine Familiensituation beschreibt er als anstrengend und stressig. Seine Eltern sind geschieden und jeweils wieder verheiratet. Er hat viele jüngere Geschwister. Klient B beschreibt, dass seine Familie einer der Gründe war, warum er mit Cannabiskonsum anfing und in der Schule nicht mitarbeiten wollte (Anhang III, Z. 30-37). Später, um Abstand von seinen Eltern zu bekommen, lebte er zwei Jahre in Berlin (Anhang III, Z. 38-39).

Konsumverlauf und Einstellung

Klient B rauchte mit zwölf Jahren zum ersten Mal Zigaretten, konsumierte mit 13 Jahren zum ersten Mal Cannabis und trank Alkohol. Zum Alkohol nimmt er eine kritische Stellung ein, trinkt jedoch, wenn er kein Cannabis hat, um sich zu beruhigen (Anhang III, Z. 43-76). Sein Cannabiskonsum hat sich über mehrere Jahre nur langsam zum regelmäßigen Konsum entwickelt. Er kombinierte immer konsumintensive Phasen mit konsumfreien

Phasen. Im letzten Jahr vor der Aufnahme in die Einrichtung rauchte er täglich ca. ein Gramm Cannabis (Anhang III, Z. 79-93). Klient B leidet schon seit der Kindheit an Depressionen und beschreibt den Cannabiskonsum als Selbstmedikation (Anhang III, Z. 96-99). Medikamente und Therapie hat er nie als hilfreich empfunden, und deshalb griff er immer wieder zu Cannabis (Anhang III, Z. 103-105). Seine aktuelle Einstellung zu Cannabis beschreibt er so:

„Ich habe bisschen Angst davor. Also es fällt... Ich habe keinen Suchtdruck oder so. Es ist für mich jetzt kein Problem nicht zu kiffen. Ich habe viel zu tun... Mir ist es wichtiger, dass ich so was wie Struktur einfach mal lerne. Und dann... Ich weiß es nicht. Es war sehr schön, es war ein schönes Erlebnis früher. ... Aber jetzt gibt es halt so einen bitteren Beigeschmack. Könnte sein, dass ich irgendwann mal wieder kiffen werde, aber ich möchte es eigentlich nicht.“ (Anhang III, Z. 131-135)

Irgendwann kam er selber zu dem Schluss, dass es nicht so weiter gehen könne und dass er eine langfristige Lösung für seine Probleme brauche. Deshalb kam er zu Inizio (Anhang III, Z. 137-144). Vorher hatte er nie ein Problem im Cannabiskonsum gesehen:

„Naja, ich kann mir schon gut vorstellen, dass es mich daran gehindert hat, aus der, aus der Depression auszukommen, weil ich immer wieder halt Ärzte und Psychologen halt nicht, immer wieder von ihnen entfernt hat und wieder zum Gras zurückgegriffen hab, und die Langzeitwirkung habe ich mir auch schon genug von den Ärzten sagen lassen, ich will es ja gar nicht abstreiten, aber es kam alles schleichend, aber wirklich, wo ich selber mitbekommen hab, das geht so nicht mehr, das war dann vor kurzem.“

Interviewer: Okay. Hast du dann schon in der Vergangenheit Abstinenzversuche unternommen? Hast du versucht aufzuhören von selbst?

Klient B: Nein, ich habe nie so das Problem gesehen.“ (Anhang III, Z.169-177)

An anderen Substanzen konsumierte er nur sporadisch Spice und Kratom (Anhang III, Z.148-150). Härtere Drogen vermied er, da er Angst hatte, dass er sehr schnell in die Sucht geraten würde (Anhang III, Z.159-164).

Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsangeboten

Klient B hat keine Abstinenzversuche unternommen (Anhang III, Z.177). Es wurden ihm auch keine Maßnahmen vom Gericht oder der Familie auferlegt (Anhang III, Z.186-188). In Berlin kennt er eine Gruppe für Menschen mit Doppeldiagnose:

In Berlin, habe ich, ich weiß nicht mehr, wie das hieß, aber da hab ich etwas gesehen, das war ambulant, da ging es um Kiffer, die auch psychische Probleme haben. Ja, aber, da habe ich zu viel gekiff, und deswegen war ich zu high, regelmäßig da hinzukommen. [...] Und die

wurde mir auch empfohlen, also die musste irgendwie echt gut gewesen sein, genau auf solche Leute zugeschnitten, aber ich hatte überhaupt nicht, ich konnte es überhaupt nicht, regelmäßig irgendwo hingehen und da pünktlich erscheinen und so. (Anhang III, Z. 202-208).

Er beschwert sich über das psychiatrische und psychotherapeutische System (Anhang III, Z.193-200), in dem ein Cannabiskonsument von der Behandlung ausgeschlossen wird:

[...] „Also ich hab gemerkt, dass man als Kiffer schon ziemlich zwischendrin steckt. Wenn man nach so etwas, also nach Hilfe sucht“. (Anhang III, Z.199-200)

In Berlin suchte er Hilfe bei einer Jugendberatungsstelle. Diese half ihm, einen Harz IV-Antrag zu stellen und eine psychiatrische Klinik für seine Depressionen zu finden. Der Konsum war für die Berater jedoch zweitrangig. Klient B verbrachte drei Monate in der Klinik und wurde dann in eine Tagesklinik weitergeleitet. Von der Klinik erhielt er keine weitere Hilfe, wie er mit seiner Sucht umgehen sollte:

„Ja. Und da war ich ja auch abstinent, über die drei Monate. Habe weder gekifft noch geraucht, aber bin dann auch ohne Hilfe irgendwie entlassen worden. Ohne wirkliche Hilfsmittel oder praktische Anwendung.

Interviewer: Okay. Also, hast du dort gesagt, wie du mit deiner Depression umgegangen bist, wie du gekifft hast, wurde dir dann weiterhin nichts angeboten?

Klient B: Im Gegenteil, sie... gerade weil ich es gesagt hab, wollten sie mir nicht Antidepressiva geben, mit der Begründung, ich würde nur einen Ersatzrausch suchen. Das fand ich schon ziemlich traurig.“ (Anhang III, Z. 230-237)

Aus der Tagesklinik wurde er nach zehn Tagen wegen eines Rückfalls entlassen (Anhang III, Z. 237-247). Ohne die Unterstützung seiner Mutter hätte er aber Berlin nie verlassen und das Aufnahmeverfahren bei Inizio absolviert (Anhang II, Z. 253-254). Nach seiner Rückkehr nach München erhielt er im Münchner Neurozentrum in Pasing Antidepressiva und eine Empfehlung, sich an eine Beratungsstelle von Condrobs zu wenden. Von dort aus suchte er nach Therapieplätzen und wurde dann sofort zu Inizio weitervermittelt (Anhang III, Z.257-263). Eine stationäre Entgiftung lehnte er auf Grund seiner schlechten Erfahrungen mit Kliniken ab und entgiftete zu Hause mit Hilfe von viel Alkohol (Anhang III, Z.271-278).

Das Zusammenwohnen mit Konsumenten anderer Substanzen

Klient B: „Also, es ist schon bisschen ein Unwohlsein dabei. Also als, auch als ich mich vorgestellt hab, hatte ich so ein schlechtes Gefühl, weil ich eben ja nur ein Kiffer bin. So fühlt sich das am Anfang schon an. Und man will halt niemandem den Platz wegnehmen, der

der den ihn vielleicht dringender benötigt. Aber jetzt, wo ich hier bin, keine Ahnung, da fühle ich schon ein bisschen mit, wie es denen geht, wenn sie einen Suchtdruck haben, auch wenn ich das nicht so nachempfinden kann. (Anhang III, Z. 293-297).

Eine Ansteckungsgefahr droht seinen Aussagen nach auch nicht, weil er weiß, dass er sofort abstürzen würde (Anhang III, Z. 305-313). Die meiste Zeit merkt er nichts davon, dass man hier die Klienten in Konsumstufen oder Arten aufteilen würde. Der einzige Ort, wo er sich nicht gut fühlt, sind die Gruppen, da er keinen Suchtdruck hat und schlecht mitreden kann (Anhang III, Z. 315-324). Dem Klienten B fällt es schwer, sich auf die Struktur der Einrichtung einzulassen, er weiß jedoch, dass er genau diese braucht (Anhang III, Z.326-337).

Bedürfnisse des Klienten auf dem Weg zur Abstinenz

Klient B sieht seine Abstinenz nicht als das primäre Ziel (Anhang III, Z.340-343). Er glaubt, er hätte schon mit 17 oder 18 Jahren die Hilfsangebote annehmen sollen, die ihm angeboten wurden. Es ging vor allem um seine Depressionen. Er brach verschiedene Therapien ab und lehnte es ab, in eine therapeutische Wohngemeinschaft einzuziehen (Anhang III, Z.347-358). Der Grund für seine Abwehrhaltung war seiner Meinung nach seine niedrige Frustrationstoleranz und eine sehr niedrige Erfolgserwartung, die er schon seit seinen Schuljahren kenne. Von seinen Eltern habe er auch in der Kindheit und Jugend keine Unterstützung erhalten, eher nur mehr Stress. Er glaubte nie an sich und flüchtete dann in den Konsum (Anhang III, Z. 360-380). Cannabis verstärkte seiner Meinung nach seine Konzentrationsschwierigkeiten und seine niedrige Frustrationstoleranz, da er zusätzlich gleichgültig wurde (Anhang II, Z.382-385). Seine Mutter bemerkte nie, wenn er zu Hause konsumierte, wobei sie von dem Konsum wusste. Erst jetzt, bevor er zu Inizio kam, half sie ihm, die Bewerbung abzuschicken und nicht aufzugeben (Anhang III, Z.398-404). Den Grund, warum er sich nicht schon früher mit dem Konsum auseinandersetzte, sieht er darin, dass er ihm immer geholfen hat:

„Er hat mir geholfen. Ich stand ständig unter Stress. Und die Schule war eine einzige riesengroße Frustration, und den Stress habe ich nach Hause genommen, und zu Hause war auch immer Stress, und das Kiffen hat den Stress einfach weggefegt. Und das habe ich auf jeden Fall gebraucht. Sehr dringend.“ (Anhang III, Z. 409-412)

Ergänzungen

Aus der Sicht des Klienten B wird von Ärzten der Cannabiskonsum einerseits bagatellisiert und nicht so ernst genommen, aber auf der anderen Seite wird davon gewarnt (Anhang III, 423-426). Im Suchthilfesystem sieht er sich relativ gut aufgehoben. Aus seiner Sicht hätte er jedoch nicht so strenge Regeln gebraucht, weil er sich nicht als rückfallgefährdet sieht (Anhang III, Z.434-436).

6.1.4 Klient B: Theoretische Diskussion des Interviews

Bei Klient B lassen sich nur sehr wenige Schutzfaktoren der Suchtentstehung bei der Triade der Bedingungsfaktoren erkennen (Kapitel 2.3). Durch seine seit der Kindheit ausgeprägten Depressionen, niedrige Frustrationstoleranz und Konzentrationsschwierigkeiten, gleichzeitig eine mangelnde Unterstützung durch die Eltern (Scheidung und Überforderung der Mutter) und Probleme in der Schule hatte er als Jugendlicher wenige Chancen, sich erfolgreich den Entwicklungsaufgaben zu stellen (Kapitel 2.2). Der Cannabiskonsum schien für einen so überbelasteten Jugendlichen im Sinne der Selbstmedikation zur Affektregulierung eine gute Lösung zu sein. Die positiven Auswirkungen des Cannabiskonsums bei Jugendlichen mit komorbiden Störungen verstärken die individuellen dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, begünstigen die Suchtentwicklung und stellen ein Hindernis bei der Motivation zur Abstinenz dar (Kapitel 3.2.9). So ist Klient B immer wieder tiefer in einen Teufelskreis geraten. Klienten mit komorbiden Störungen stellen so eine besondere Herausforderung für das Suchthilfesystem dar.

In diesem Falle ist das Behandlungssystem an mehreren Stellen gescheitert, da der Cannabiskonsum des Klienten B für lange Zeit von der Psychiatrie und Jugendhilfe nicht als behandlungsbedürftig eingeschätzt wurde und nur eine Hürde für die therapeutische Behandlung der Depression darstellte. Die beschriebene ambulante Gruppe für Menschen mit Doppeldiagnose war für ihn in der Zeit zu hochschwellig. Seine fehlenden Ressourcen im familiären Umfeld und die Schwere der komorbiden Störung deuten darauf hin, dass eine stationäre Maßnahme schon seit Jahren indiziert war. Ein weiteres Hindernis bei dem Zugang ins Suchthilfesystem war die Überzeugung des Klienten B, dass ein erhöhter Cannabiskonsum nicht behandlungsbedürftig sei, wobei die Krankheitseinsicht bei der

Depression vorhanden war.

Bei Klient B sieht man sehr gut, wie entscheidend die Rolle der Eltern für den Ausweg aus dem Teufelskreis ist. Die Eltern stellten bei ihm für eine lange Zeit einen Risikofaktor dar. Später beschreibt jedoch Klient B, dass er ohne „viele Arschritte seiner Eltern“ die Bewerbung bei Inizio nie abgegeben hätte oder überhaupt nach München zurückgekommen wäre (Kapitel 2.3). Eine klare autoritäre und gleichzeitig unterstützende Erziehung in der Kindheit hätte seine erhöhte Vulnerabilität ausgleichen können; sie half ihm dann letztendlich, die ersten Schritte einzuleiten.

6.1.5 Klient C: Darstellung des Interviews

Eckdaten und Gedächtnisprotokoll

Klient C ist 20 Jahre alt, männlich, und wohnt seit sechs Monaten in der therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio. Das Gespräch fand im Gruppenraum der therapeutischen Wohngemeinschaft statt. Klient C war von Beginn an sehr freundlich. Nach dem Eindruck des Interviewers tendierte er zum Bagatellisieren seiner Probleme und tat sich eher schwer, auf unangenehme Erfahrungen einzugehen. Diese wurden oft durch Lachen begleitet.

Persönliche Daten

Klient C stammt aus Dachau (Anhang IV, Z.3). Er besuchte die Hauptschule, wo er auch seinen qualifizierenden Hauptschulabschluss erwarb (Anhang IV, Z.10-14). Fünf Jahre verbrachte er im Internat (Anhang IV, Z. 49). Er fing eine Ausbildung als Konditor an, brach diese aber ab und möchte jetzt seine Mittlere Reife nachmachen. Er besucht gerade eine Schule (Anhang IV, Z. 16-21). Seine Familiensituation beschreibt Klient C als etwas schwierig. Seine Eltern trennten sich, als er drei Jahre alt war. Es folgten mehrere Wohnungswechsel. Durch den Aufenthalt im Internat konnte er sich von seiner Mutter distanzieren (Anhang IV, Z. 33-39). Seine Mutter fand bald einen neuen Freund, der Alkoholiker war (Anhang IV, Z. 59-60). Klient C schildert, dass in seiner Familie alle Probleme unter den Teppich gekehrt wurden. Er habe sich immer von dem Stress zu Hause mit Freunden abgelenkt (Anhang IV, Z. 369-371). Mit 19 Jahren bekam er eine Psychose

und wurde gezwungenermaßen in die Psychiatrie eingeliefert (Anhang IV, Z. 133-138).

Konsumverlauf und Einstellung

Klient C rauchte zum ersten Mal mit 15 Jahren Zigaretten (Anhang IV, Z. 50-53). Zum Alkohol nimmt er auf Grund der Erfahrungen mit seinem Stiefvater eine sehr kritische Stellung ein und trinkt nur sehr selten (Anhang IV, Z. 59-63). Zum ersten Mal betrunken war er mit 17 Jahren (Anhang IV, Z. 65-66). Mit Cannabis hat er erst mit 17 angefangen, da er Asthmatiker ist und immer Angst hatte, einen Anfall zu bekommen (Anhang IV, Z. 73-80). Es dauerte ein halbes Jahr, bis er sich als Kiffer definierte. Er schildert, dass er von seinem ganzen Freundeskreis am wenigsten konsumierte (Anhang IV, Z. 87-90). In den konsumintensiven Phasen rauchte er einmal in zwei Tagen 250 mg THC (Anhang IV, Z. 91-94). Cannabis bedeutet für ihn Entspannung und gemeinsame Zeit mit Freunden (Anhang IV, Z. 96-97). Die aktuelle Einstellung des Klienten C zu Cannabis ist diese:

Klient C: ... So gesehen... Für mich, also ich finde das Kiffen an sich ist in Ordnung, solange man sein Leben auf die Reihe kriegt, kann man ab und zu kiffen.

Interviewer: Und wie ist das in deinem Falle?

Klient C: In meinem Fall dauert es noch so, ja, zwei Jahre (lachen) bis ich wieder anfangen kann zu kiffen (Anhang IV, Z. 106-110).

Klient C: Sagen wir mal so, ich will nicht unbedingt kiffen, aber ich ... mir fällt es schwer, jetzt für mich zu sagen, jetzt eine Einstellung für den Rest des Lebens treffen, was das betrifft. Weil so gesehen, ich kann Alkohol als Droge, auf die man zurückgreifen kann, das kann ich mir nicht vorstellen, weil ich Alkohol überhaupt nicht ... akzeptieren kann als Gesellschaftsdroge, weil ich zu viel gesehen hab, wie es halt schlecht sein kann und deswegen kann ich es nicht hernehmen für mich und dann... sagen wir mal so, ich setze Marihuana an die Stelle an, der in der normalen Gesellschaft Alkohol steht, und für mich ist es so normal, wie für andere Leute Alkohol trinken auch normal ist. Trotzdem würde ich mich jetzt nicht als Süchtigen darstellen, so wie andere als Alkoholiker dann gestellt werden und... wenn ich später mal Lust drauf hätte, Gras zu rauchen, dann würde ich dann nochmal darüber nachdenken, Okay, habe ich Zeit, passt es überall in den Plan rein, aber sonst würde ich dann nochmal rauchen, ja. (Anhang IV, Z. 424-434)

Klient C ist der Meinung, dass seine Psychose hauptsächlich durch große psychische Belastung, die er in der Zeit erlebte, ausgelöst wurde. Er ist bei Inizio, um zu lernen, sein Leben in geordnete Bahnen zu bekommen. Später möchte er trotz der Psychose weiter konsumieren (Anhang IV, Z. 359-368).

Interviewer: Mh. Würdest du sagen, dass du süchtig warst?

Klient C: ... Nee. Nee. ... Na ja so gesehen, es ist ja... Man wird nicht körperlich süchtig, kann man sagen, man ist ja vom Gras geistig süchtig, glaub ich sagt man, oder? Ich weiß

nicht genau...

Interviewer: Psychisch.

Klient C: Ja genau, psychisch abhängig. Richtig, richtig abhängig war ich nie, nee. (Anhang IV, Z. 348-356)

An anderen Substanzen probierte er nur gelegentlich Spice (Anhang IV, Z. 111-112).

Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsangeboten

Klient C beschreibt Probleme, die ihm der Cannabiskonsum bereitete, wie folgt:

Klient C: Zu Hause hat man es gern ... (Unverständlich)

Interviewer: Bitte?

Klient C: Hat man, hat man, also haben sie es nicht gemocht. Wenn ich gekifft habe, das war dann, das war dann Drogen und Rauschgift. Kiffen war Rauschgift und Alkohol war Alkohol. Das hat bei mir auch das Verhältnis zu Gras, hat es bei mir auch verstärkt. Aber, na ja, in der Schule hatte ich dann, in der Schule hab ich nie gekifft, ich hab nur zu Hause gekifft, aber wenn ich dann abends gekifft habe, und in der Früh wieder verschlafen habe, das war halt dann, das waren halt dann so die Probleme. Aber vom Lernen hat es mir keine Probleme gemacht. (Anhang IV, Z. 116-123)

Er unternahm jedoch keine Abstinenzversuche bis zur Aufnahme bei Inizio (Anhang IV, Z. 132-134). Klient C erhielt eine gerichtliche Auflage, als er beim Fahrradfahren Cannabis rauchte und von der Polizei kontrolliert wurde. Er musste dreimal ein Gruppenangebot bei der Beratungsstelle Condrops in der Konradstraße wahrnehmen (Anhang IV, Z. 219-227). In der Gruppe waren sechs bis sieben andere junge Menschen, die verschiedene illegale Substanzen konsumiert hatten. Anfänglich war es ihm unangenehm, mit welchen Leuten er da zusammenkam, dann lernte er sie aber kennen und stellte fest, dass keiner von ihnen wirklich aufhören wolle. Zu den Konsumenten, die motivierter waren, zählte er sich nicht, weil er sich für einen „friedlichen Kiffer“ hielt und keine Notwendigkeit sah, seine Meinung zu ändern (Anhang IV, Z. 244-256). Trotzdem erwies sich das Gruppenangebot als nützlich für ihn und brachte ihn zum Nachdenken. Seinen Konsum reduzierte er deswegen aber nicht. Der Kontakt mit Konsumenten von härteren Substanzen motivierte ihn nicht, etwas Neues auszuprobieren. Erstens, weil das für ihn immer ein viel zu großes Risiko gewesen sei, zweitens, weil er damit die Behauptungen seiner Mutter unterstützen würde, dass Cannabis eine Einstiegsdroge sei (Anhang IV, Z. 259-280). Er reduzierte hin und wieder seinen Cannabiskonsum, da er nie übermäßig viel Geld dafür ausgeben wollte (Anhang IV, Z. 284-291). Seine Mutter drängte ihn, eine Beratungsstelle aufzusuchen, was er jedoch ablehnte. Insgesamt sah er seinen Cannabiskonsum nie als

problematisch an (Anhang IV, Z. 300-304). Klient C kennt keine speziellen Angebote für Cannabiskonsumenten (Anhang IV, Z. 323-324). Die Aufnahme bei Inizio erfolgte zwangsweise, nachdem er mit 19 Jahren eine Psychose bekam und danach einen gesetzlichen Betreuer. Er verbrachte sechs Wochen in Isar-Amper Klinikum in Haar, bis die Psychose vorbei war. Zu der Zeit machte er sich Sorgen, dass er nie wieder entlassen würde (Anhang IV, Z. 133-177). Vor der Aufnahme bei Inizio machte er keine stationäre Entgiftung, sondern verbrachte die Zeit bei seinem Vater und konsumierte noch gelegentlich. Erst als der Einzugstermin bei Inizio feststand, hörte er auf (Anhang IV, Z. 189-197).

Das Zusammenwohnen mit Konsumenten anderer Substanzen

Klient C beschreibt das Zusammenwohnen mit den Konsumenten von härteren Substanzen:

„Also, man hört schon immer wieder mal so Suchtgespräche von den anderen. Zum Teil ist es zwar interessant, was sie so sagen über die andere Drogen, aber dass man, also es ist jetzt nicht so, dass sie einen wirklich so scharf machen auf die andere Droge, sonst bezogen auf das normale Zusammenleben es ist ... es ist nicht irgendwie, es ist nichts Besonderes dran. Also so gesehen, man kann ganz normal mit ihnen reden, man kann auch über Drogen reden, aber wenn es dann zu krass wird, über das was sie reden, dann ist das halt einfach, also wenn jetzt zwei da sind, die die gleiche Droge konsumiert haben und ich komme und ich höre, wie die über irgendwas reden, dann gehe ich dann einfach, wenn ich nichts dazu beisteuern kann“ (Anhang IV, Z. 330-337).

Er sieht sich im Gegensatz zu den anderen Klienten als Genussmensch und hat nicht das Bedürfnis, alles ausprobieren zu müssen. In den Gruppen ist es jedoch schwieriger, und er hat das Gefühl, dass er da nicht hingehört (Anhang IV, Z. 344-351). Insgesamt findet Klient C, dass er bei Inizio einen angenehmen Abstand von der Außenwelt bekommt. Dies kann jedoch gelegentlich auch monoton werden (Anhang IV, Z. 382-387).

Bedürfnisse des Klienten auf dem Weg zur Abstinenz

Dem Klienten C hätte es geholfen, wenn er besser über THC-Konsum aufgeklärt worden wäre:

Klient C: ... Eine bessere Aufklärung über Gras, weil das Einzige, die einzige Aufklärung zur THC als Droge, die ich gehört habe, war, da hat man gesagt, man kann „hängen bleiben“, und ich konnte mir nichts vorstellen können unter „hängen bleiben“. Wenn man mir jetzt gesagt hätte, du kannst da psychisch kaputt gehen im Sinne von, du kriegst eine Psychose und das schaut so und so und so aus, da hätte ich dann besser das verstehen können und hätte dann auch das Risiko besser verstanden und ich hätte dann auf jeden Fall

zurückgeschaltet. Also ich würde sagen, der Grund also, was mich dazu bewegt hätte, zurückzuschalten oder aufzuhören, wäre richtige Aufklärung gewesen. (Anhang IV, Z. 395-401)

Klient C kann sich nicht vorstellen, was ihn sonst früher vom Konsum hätte wegbringen können, da er mit Cannabis gut vor seinen Problemen flüchten konnte (Anhang IV, Z. 418-421).

6.1.6 Klient C: Theoretische Diskussion des Interviews

Auch bei Klient C lassen sich in seinem nahen Umfeld mehrere Risikofaktoren für die Suchtentstehung finden. Er nannte die Scheidung der Eltern, Alkoholabhängigkeit seines Stiefvaters, ausweichende Problemlösestrategie als Kommunikationsmuster in seiner Familie und familiäre Konflikte. In diesem Falle lassen sich jedoch auch bedeutende Schutzfaktoren finden. Vor allem war es das relativ hohe Einstiegsalter für Cannabis von 17 Jahren, niedrige Risikobereitschaft und ein moderates Konsummuster, die verhinderten, dass Klient C tief in den Konsum geriet (Kapitel 2.3).

Trotz des relativ moderaten Konsummusters wirkte Cannabis nach dem Vulnerabilität-Stress-Modell als bedeutender Stressor und rief zusammen mit seiner momentanen psychischen Belastung eine Psychose hervor (Kapitel 3.2.6).

Obwohl sich Klient C der Probleme bewusst wurde, die eine Alkoholsucht mit sich bringt, verfügte er nicht über genügend Bewältigungsstrategien, um die vorgelebten Handlungsmuster nicht zu wiederholen. Das Ausweichen vor Problemen, das in seiner Familie als Modell vorgelebt wurde, und das sich auch in vermehrtem Alkoholkonsum manifestierte, wurde auf Cannabiskonsum übertragen.

Die Tatsache, dass sein Konsum nicht so stark ausgeprägt ist, stellt allerdings auch ein Hindernis bei der Entwicklung der Abstinenzbereitschaft dar. Klient C fühlt sich den therapeutischen Gruppen nicht zugehörig, da er immer viel weniger konsumierte als die anderen in seinem Freundeskreis oder auch in der Therapie. Auch bei den Gruppensitzungen in der Beratungsstelle konnte er sich nicht mit den anderen identifizieren. Trotzdem ist in seinem Falle eine Abstinenz auf Grund der erhöhten Vulnerabilität und der familiären Vorbelastungen anzustreben. An diesem Fall sieht man gut, wie kontraproduktiv die allgemeine Akzeptanz der ICD-10 Kriterien bei Jugendlichen ist. Zusammenfassend fällt es Klient C sehr schwer, eine Abstinenz von Cannabis anzustreben, weil er in den ICD-10

Kriterien für Erwachsene denkt und die psychische Abhängigkeit unterschätzt: „...*richtig abhängig war ich nie.*“ (Anhang IV, Z. 356). Nur das komplexe Beurteilen der Problematik z.B. nach Winters et al. (2001) würde diesem Klienten helfen, sich für die Abstinenz zu entscheiden (siehe Kapitel 3.2.4).

6.1.7 Klientin D: Darstellung des Interviews

Eckdaten und Gedächtnisprotokoll

Klientin D ist 18 Jahre alt, weiblich, und zog vor zwei Wochen aus einer stationären Wohngruppe (easyContactHouse) in die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung um (easyContact ISE). Sie absolvierte eine Entgiftung bei Clean.Kick und konsumiert zurzeit einmal wöchentlich. Klientin D war von Beginn des Gesprächs an sehr offen und freundlich und erzählte frei über ihre wichtigsten Eindrücke. Ihr Partner, der gleichzeitig auch in der Betreuung ist und mit dem sie auch im easyContact Haus war, war während der Dauer des Gesprächs im Raum anwesend, hatte Kopfhörer und spielte PC-Spiele. Die Klientin wünschte seine Anwesenheit während des Gesprächs, da er ohnehin alles wisse.

Persönliche Daten

Klientin D kommt aus München (Anhang V, Z. 5). Ihre Schulkarriere ist durch mehrmaliges Scheitern gekennzeichnet. Auf dem Gymnasium musste sie die Klasse wiederholen, wechselte auf die Realschule und dann auf die Hauptschule. Sie holte die Mittlere Reife auf der Hauptschule nach und besucht jetzt die soziale Fachoberschule (Anhang V, Z. 14-23). Sie hat ein positives Verhältnis zur Schule. Nur auf Grund von familiären Schwierigkeiten und Drogenkonsum war es ihr oft zu viel (Anhang V, Z.30-35). Klientin D spielte professionell Tennis. Ihre Eltern sind geschieden. Sie schildert, unter großem Leistungsdruck vonseiten ihres Vaters zu stehen, der sie auch geschlagen habe. Ihr allgemein schlechter Zustand fiel in der Schule auf, was der Anlass zu ihrer stationären Unterbringung mit zwölf Jahren war. Seit fünf Jahren hat sie keinen Kontakt mehr zu ihrem Vater (Anhang V, Z.30-43). Als sie 13 war, zog sie zu ihrer Mutter. Mit 17 wurde sie von ihrer Mutter auf Grund ihres Cannabis- und Alkoholkonsums aus dem Haus geworfen (Anhang V, Z. 82-84). Strengere Regeln zu Hause oder gestrichenes Taschengeld hatten keine Wirkung. Die Mutter hat keine Erfahrung mit Drogen (Anhang V, Z. 203-212).

Klientin D verbrachte fast drei Monate in einer Schutzstelle (Anhang V, Z. 213-214). Dann wurde sie ins easyContactHouse vermittelt, da sie an ihrem Konsum nichts ändern wollte (Anhang V, z. 223-226).

Konsumverlauf und Einstellung

Als Klientin D 12 Jahre alt war, begann sie, Zigaretten zu rauchen. Nach einem Jahr rauchte sie schon eine bis zwei Schachteln am Tag. (Anhang V, Z. 51-59). Mit 15 Jahren war sie zum ersten Mal betrunken (Anhang V, Z. 75). Sie beschreibt regelmäßigen, teilweise auch täglichen Alkoholkonsum. Damals habe sie wirklich ein Alkoholproblem gehabt. Nach einiger Zeit habe sie aber plötzlich keine Lust mehr auf Alkohol gehabt und aufgehört. Zurzeit trinkt sie nur gelegentlich (Anhang V, Z. 68-78). Mit Cannabiskonsum hat sie mit 13 Jahren angefangen (Anhang V, Z. 93). Als sie noch bei ihrer Mutter lebte (Anhang V, Z. 115-116), konsumierte sie in den intensivsten Phasen vier Gramm am Tag (Anhang V, Z. 107-112).

Interviewer: *Was hat damals das Kiffen für dich bedeutet?*

Klientin D: *Ja, ich habe angefangen, ich hab eben durch Freunde angefangen, die auch gekifft haben und so und dann habe ich eben auch probiert und ja, ich hab halt gemerkt, dass ich nicht, als, das ich aus dem Hier und Jetzt eben wegkomme, dass ich auch die Vergangenheit vergesse und dass ich zu dem Zeitpunkt, wo ich eben bekifft bin, nicht an schlimme Sachen denke, die mich halt irgendwie geprägt haben, und ich hab dann irgendwie vergessen. Und das war halt sozusagen meine Motivation, wieso ich dann auch selbst angefangen habe, mir irgendwie was besorgen und auch alleine zu kiffen, weil ich einfach aus der Gegenwart fliehen wollte irgendwie (Anhang V, Z. 96-103).*

Klientin D konsumierte auch gerne Alkohol und Cannabis gleichzeitig (Anhang V, Z. 93-95). Ihre aktuelle Stellung zu Cannabis ist distanzierter. Sie absolvierte freiwillig eine sechswöchige Entgiftung und konsumiert zurzeit ca. einen Joint in der Woche (Anhang V, Z. 105-109). Sie ist mit ihrem Konsum zufrieden, weil sie die Schule und andere Verpflichtungen gut bewältigen kann (Anhang V, Z. 125-127). So konsumiert sie zurzeit nicht, um zu vergessen, sondern von Stress wegzukommen oder als „kleine Belohnung“ am Ende des Tages, wenn sie alles geschafft hat (Anhang V, Z. 474-480). An anderen Substanzen konsumierte sie über drei Monate hinweg öfter Crystal und an Wochenenden in Clubs MDMA und Ecstasy (Anhang V, Z. 129-139). Sie meint davon nicht süchtig geworden zu sein. Es sei nicht schwer gewesen, damit aufzuhören, sie habe nur zum Spaß konsumiert (Anhang V, Z. 140-143).

Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsangeboten

Die Erfahrungen mit ihrem Konsum in der Schutzstelle beschreibt sie so:

Klientin D: *Ja, sie konnten halt nicht viel machen. Sie haben halt, die Therapeutin hatte halt auch versucht, mit mir zu reden und alles, aber ich weiß nicht, ich hatte da auch meinen eigenen Kopf und mir war alles egal, so lange ich es wollte, hat mir keiner irgendwas zu sagen, so ungefähr, und ja, das war dann, ja. Ich bin dann auch mit einer Wodkaflasche oder so einfach mal da hereinspaziert und habe gesagt, ihr könnt mich alle mal, ich trink jetzt weiter und so, hole doch die Bullen, mir doch Wurst, ja, ... sie konnten halt nicht viel machen (Anhang V, Z. 228-238).*

Klientin D merkte, dass ihr Cannabis Probleme machte, als sie von ihrer Mutter aus dem Haus geworfen wurde und ihre Ausbildung abbrach, weil sie keine Motivation mehr dafür hatte. Im easyContactHouse versuchte sie zu reduzieren. Dies funktionierte aber nicht, weil auch in ihrer Umgebung viele Leute konsumierten. Sie hatte das Gefühl, abhängig zu sein. (Anhang v, Z.147-158). Ihre Reduktionsversuche beschreibt sie folgendermaßen:

Klientin D: *Ja, ich habe es oft versucht. Ich hab eben Angebote von den Therapeuten im Haus eben angenommen, mir so ein ... Konsumtagebuch anzufertigen. Wann ich kiffe, wieso und wie viel halt so. Aber das hat halt nichts gebracht. Ich hab es halt, ich hab trotzdem genauso viel gekifft, aber ich habe es noch aufgeschrieben. Und ja, eben versucht, Sport zu machen und dadurch da irgendwie wegzukommen, aber ... Ja, das hat alles nichts gebracht, und dann musste ich eben auf Entgiftung, das drastische, das, ja (Anhang V, z. 160-165).*

Klientin D schildert, dass sie es alleine schaffen wollte, weil sie sich im Leben immer alleine helfen musste, aber dann war die Abhängigkeit größer als sie gedacht hatte (Anhang V, Z. 368-372). Sie wurde zweimal mit Cannabis erwischt und bekam 16 Sozialstunden auferlegt, die sie dann aber nicht ableisten musste, weil sie eine Entgiftung absolvierte (Anhang V, Z. 167-173).

Im easyContactHouse nahm Klientin D an Therapiegesprächen teil und wurde motiviert, auf Entgiftung zu gehen. Zusätzlich wurde ihr angeboten, extern am „Kiss-Programm“ teilzunehmen, entschied sich dann aber für die Entgiftung (Anhang V, 343-359). Klientin D glaubt, ein ambulantes Reduktionsprogramm hätte ihr nicht helfen können. Solange sie nicht für einen längeren Zeitraum frei von THC ist und solange der Wille nicht da sei, habe jede Therapie oder Entgiftung für sie keinen Sinn (Anhang V, Z. 391-397).

Das Zusammenwohnen mit Konsumenten anderer Substanzen

Das Zusammenleben mit anderen Klienten von easyContactHouse beschreibt

Klientin D als unproblematisch, weil die meisten nur Cannabis konsumierten und nur selten auch andere Substanzen (Anhang V, Z. 329-333). Bei der Entgiftung „Clean.Kick“ war sie aber schockiert über die anderen Jugendlichen, auch jüngere als sie, die Heroin und Crystal intravenös konsumiert hatten. Sie beschreibt dies folgendermaßen:

Klientin D: Also, es war schon okay. Also, entweder hatten die, weiß ich nicht, entweder hatten die, ich weiß es nicht, es war krass mitzuerleben, wie, wie fertig die Menschen halt auch sind und wie fertig ich eigentlich war, ich habe es mir aber nie eingestanden, dass ich halt echt kurz vor dem Absturz, also wirklich kurz vor dem Ende bin, und ja.

Interviewer: Also du konntest dich mit denen auch schon bisschen identifizieren.

Klient D: Ja, also wir waren halt alle wegen dem selben da, wir waren halt alle abhängig, wir wollten was ändern, paar waren halt, krass war, was ich fand, sie hatten alle, also zwei mit mir eingeschlossen, waren freiwillig dort, der Rest hatten alles eine Auflage und das war halt so ein Punkt, so okay, ich hab nichts mit der Polizei oder mit dem Gericht und so zu tun. Das war noch so mein Vorteil und ich bin freiwillig da, weil ich gemerkt habe, dass ich was ändern will, und ja, aber halt eben, aber dass man es auch, dass es jüngere gibt, die eigentlich schon mit dreizehn und vierzehn auf Crystal sind, es schon Jahre nehmen und auch schon wirklich kaputt sind und so, war ich relativ froh, dass ich nur bei Gras geblieben und und nur so ausprobiert hab (Anhang V, Z. 251-263).

Insgesamt hat Klientin D sich bei „Clean Kick“ gut aufgehoben gefühlt, weil sie auch viel Sport treiben konnte und immer viel los war (Anhang V, Z. 320-328).

Bedürfnisse der Klientin auf dem Weg zur Abstinenz

Klientin D ist der Meinung, dass es ihr sicher geholfen hätte, den Freundeskreis zu wechseln und über die eigenen traumatischen Erfahrungen mit ihrer Mutter oder mit dem Jugendamt zu sprechen. Sie hätte auch das Angebot der ambulanten Psychotherapie annehmen und nicht glauben sollen, dass sie alles alleine schaffen könne, und dass ihre Probleme mit Alkohol und Cannabis zu lösen seien (Anhang V, Z. 415-442). Klientin D glaubt auch, dass sie mit dem Konsum viel später angefangen hätte und dieser wohl nicht so drastisch gewesen wäre, wenn es keine Familienkrise gegeben hätte. Sie ist aber durch ihre Geschichte selbstständiger geworden (Anhang V, Z. 451-467). Sie begründet, warum sie sich nicht schon früher mit dem Konsum auseinandergesetzt hat:

Klientin D: Es hat mir einfach gefallen, also einfach dieses Berauschtsein, und von dieser, von dem Hier und Jetzt wegzukommen, dass es einfach irgendwelche Mittel gibt, ohne darüber zu reden, das Reden hat mir halt früher sehr schwer gefallen (Anhang V, Z. 470-472).

Ergänzend nennt Klientin D die wichtigsten Merkmale, die ihrer Meinung nach erfüllt sein müssen, damit man sich von der Sucht befreien könne. Diese sind ihrer Meinung nach: intensive therapeutische Unterstützung, Einsicht über die Suchterkrankung und der Wille, mit dem Konsum aufzuhören (Anhang V, Z. 483-489).

6.1.8 Klientin D: Theoretische Diskussion des Interviews

Die Risikofaktoren bei Klientin D sind auf den ersten Blick klar zu erkennen: eine leistungsorientierte, autoritäre und gewalttätige Erziehung, daraus folgende Probleme in der Schule und Scheidung der Eltern. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Klientin D einige traumatische Erfahrungen für sich behalten hat, da sie auch zugibt, es falle ihr immer noch schwer, darüber zu sprechen. Auf der persönlichen Ebene kommen jedoch auch viele Stärken der Klientin zum Vorschein. Vor allem ihre Zielstrebigkeit, Ausdauer, ihre Intelligenz und daraus folgende Erfolge im schulischen Bereich sind wahrscheinlich dafür verantwortlich, dass Klientin D jetzt dabei ist, ihren Weg aus der schwierigen Lage zu finden.

Der frühe Konsumeinstieg sowie seine hohe Intensität und Motivation lassen klar das jugendtypische experimentelle Konsumverhalten ausschließen. Der Alkohol- und Cannabiskonsum wurde hier eindeutig zur Bewältigung von belastenden Lebensereignissen eingesetzt und entwickelte sich zur langfristigen Problemlösung (Kap. 2.2). Bezüglich der Konsummotive und -funktion scheint Klientin D gut reflektiert zu sein. Sie betonte mehrmals, dass sie mit dem Cannabiskonsum aufhören wolle, da sie etwas im Leben erreichen wolle. Trotzdem entschied sie sich nicht für eine Abstinenz. Da sie zurzeit ihren Haushalt allein führt, in die Schule geht und an psychischer Stabilität gewonnen hat, findet sie es in Ordnung, in kleinen Mengen zu konsumieren.

Bei Klientin D wurde dank der guten Kooperation zwischen Schule und Jugendamt schon mit 12 Jahren eine stationäre Maßnahme eingeleitet. Dies verhinderte zwar nicht einen frühen Konsumeinstieg, sie scheint jedoch gute Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem gemacht zu haben. Es ist hervorzuheben, dass ihr Weg durch das Hilfesystem meistens selbstbestimmt war. Es wurde ihr auch vom Jugendamt erlaubt, den Konsum-akzeptierenden Weg zu gehen. Obwohl sie nicht abstinent lebt, ist sie zurzeit dabei, sich zu verselbständigen.

6.1.9 Klient E: Darstellung des Interviews

Eckdaten und Gedächtnisprotokoll

Klient E ist 19 Jahre alt, männlich, und ist seit zwei Jahren bei „easyContact ISE“, Condrops, in einer intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung. Er absolvierte eine Entgiftung auf einer Station für Erwachsene, konsumiert jedoch zurzeit weiter. Das Gespräch fand im kleinen Besprechungsraum im Büro von easyContact, Condrops, statt. Klient E war von Beginn des Gesprächs an sehr freundlich und machte einen gesunden Eindruck. An dem Tag des Gespräches hatte er noch nicht konsumiert, es war ihm jedoch anzumerken, dass er nicht abstinent lebt. Er überlegte seine Antworten genau, kam jedoch öfter vom Thema ab; seine Antworten waren nicht eindeutig klar.

Persönliche Daten

Klient E kommt aus München (Anhang VI, Z. 5). Seine Familiensituation beschreibt er als „komisch“. Seit seiner frühen Kindheit erinnert er sich nur an Streitereien zwischen seinen Eltern. Als er sechs Jahre alt war, ließen seine Eltern sich scheiden (Anhang VI, Z. 13-15). Sein Vater war heroinabhängig, verkaufte auch Drogen und starb an einer Überdosierung (Anhang VI, Z. 275). Seitdem er in der Betreuung lebt, hat sich das Verhältnis zu seiner Mutter gebessert, davor hätten sie sich nur gestritten (Anhang VI, Z. 32-34). Klient E hasst die Schule (Anhang VI, Z. 67). Er musste auf dem Gymnasium oft die Klasse wechseln, fühlte sich von den Lehrern ungerecht behandelt, musste eine Klasse wiederholen und wurde dann auf die Realschule versetzt. Den Qualifizierenden Abschluss absolvierte er extern. Er machte zwei Versuche, die Mittlere Reife zu erreichen, ging aber nicht regelmäßig zur Schule und wurde nicht zur Prüfung zugelassen (Anhang VI, Z. 88-106). Seit einem dreiviertel Jahr absolviert er eine Ausbildung als Koch, die ihm sehr viel Spaß macht (Anhang VI, Z. 113-119).

Konsumverlauf und Einstellung

Mit 16 Jahren begann Klient E Zigaretten zu rauchen (Anhang VI, Z. 51-54). Zum gleichen Zeitpunkt war er auch zum ersten Mal betrunken (Anhang VI, Z. 133). Zurzeit

trinkt er nur gelegentlich, wenn er mit Freunden unterwegs ist. Als er noch bei seiner Mutter lebte, trank er täglich (Anhang VI, Z. 126-146). Im Alter von 17 Jahren fing er an, Cannabis zu konsumieren (Anhang VI, Z. 148). Dies habe ihm ein Zugehörigkeitsgefühl gegeben (Anhang VI, Z. 161). Gleichzeitig beschreibt er an einer anderen Stelle, wie der erstmalige Geruch von Cannabis ihn an zu Hause erinnert habe, da es in seiner Kindheit in seinem Elternhaus immer so gerochen habe. (Anhang VI, Z. 683-685). Sein Konsum entwickelte sich schnell zu täglichem Gebrauch. Klient E weiß nicht, wieviel er täglich geraucht hat. Cannabis war immer vorhanden, und er ging nicht sparsam damit um (Anhang VI, Z. 172-191). Bis auf wenige Unterbrechungen konsumiert er bis zum heutigen Zeitpunkt, machte allerdings im Laufe der Zeit mehrere Pausen unterschiedlicher Länge, von zwei Wochen bis zwei Monaten. Mit nüchternem Kopf hat Klient E viel Lebensenergie, fühlt sich dabei jedoch irgendwie unterdrückt, weil er nicht weiß, was er damit anfangen soll (Anhang VI, Z. 193-199).

Klient E: Ja, also ich weiß, dass ich damit was erreichen kann, aber ich weiß nicht wie ich es beschreiben soll... Ich weiß, dass ich damit was erreichen könnte, wenn ich wollte, nur, es ist halt auch einfach viel zu viele andere Menschen, die genauso gut sein könnten wie ich zum Beispiel, ich weiß es nicht. Und ich mag hat diese komplette Lebenssituation in Deutschland nicht. Ich mag dieses gestresste, geplante, ich weiß es nicht, es gefällt mir eigentlich schon, weil ich bin so ein strukturierter Mensch, nur es liegt mir so, so, ich weiß nicht, dieser Stress irgendwie, ich mag ihn nicht, also irgendwie auch schon. (Anhang VI, Z. 203-209).

Seine Aussagen bezüglich Motivation und Funktion des Cannabiskonsums für ihn sind unklar und widersprüchlich (Anhang VI, Z. 211-263). Zurzeit konsumiert er einen Joint nach der Arbeit. Vor der Arbeit konsumiert er nie, da ihm diese viel Spaß bereitet und er kann sich bekifft nicht konzentrieren (Anhang VI, Z. 243-247). Er würde gern komplett aufhören, kann sich sein Leben ohne Kiffen aber noch nicht vorstellen. Gleichzeitig berichtet er über Schlaflosigkeit, wenn er am Abend nicht gekifft hat (Anhang VI, Z. 329-341). Zu den anderen Substanzen, die er konsumierte, äußert er sich so:

Klient E: Ich glaube, das kann ich gar nicht alles, ich weiß es gar nicht, weil mir die meisten Leute nicht gesagt haben, was es ist, weil ich ihnen gesagt habe, bitte sagst mir nicht, sonst kacke ich vielleicht darauf ab wie auf Weed. Ich hab halt nur so bisschen, ich hab halt paar andere Sachen mal ausprobiert, aber ... nicht öfter genommen. Ich glaub einmal, ich habe zum Beispiel einmal alles farbig gesehen, das denke ich war LSD, und alles war verzogen, ich hatte so einen klaren Kopf über, so echt mal so, was mache ich hier eigentlich, wer bin ich, so was ungefähr hatte ich da und das andere war alles denke ich so, Aufputzmittel

oder Ecstasy, irgendwie so was, keine Ahnung (Anhang VI, Z. 265-271).

Seinen Aussagen nach würde er niemals etwas intravenös konsumieren, weil sein Vater daran gestorben ist (Anhang VI, Z. 275-276). Als er vor einem Jahr die Schule zwangsweise verlassen musste und andere Dinge in seinem Leben nicht gut liefen, nahm er fast jedes Wochenende noch eine Tablette. Er glaubt, davon nicht süchtig geworden zu sein. Damals trank er auch mehr Alkohol als heute (Anhang VI, Z. 282-304).

Erfahrungen mit dem Behandlungssystem

Klient E beschreibt seine Motivation zu konsumfreien Phasen oder zur Reduktion:

Klient E: Ich habe gedacht, die anderen sehen, wie komisch du bist, ich wurde auch echt komisch. Zum Teil auch end kindlich. Ich bin irgendwie wieder in die Kinderphase zurückgekommen, manchmal, hatte ich so das Gefühl, ich habe es halt echt übertrieben gehabt, jeden Tag gekifft und so viel. Ich bin aufgestanden, eingeschlafen stoned, dann weiter gekifft und so eine Scheiße die ganze Zeit, ich habe dann auch mal in den Spiegel geschaut und habe halt gesehen wie fette Augenringe ich manchmal hatte und in meinem Alter ist das echt nicht normal, das ist echt nicht normal, und ich mag meinen Körper halt auch eigentlich und will ihn nicht kaputtmachen und ich will eigentlich auch nicht so früh sterben und irgendwann muss der break halt mal kommen, nur ich muss halt mal mit der Situation mit mir selber im Klaren sein, damit ich das irgendwie schaffe aufzuhören, weil jetzt brauche ich es halt irgendwie bzw. es hört gerade auf damit, dass ich das es brauche, aber irgendwie kann ich ohne halt auch nicht (Anhang VI, Z. 321-331).

Seine Abstinenzversuche setzt Klient E immer alleine um. Er spricht zwar sehr viel mit seiner Betreuerin über seinen Konsum, hat aber nicht das Gefühl, dass ihm dies wirklich hilft, weil er es letztendlich alleine schaffen muss (Anhang VI, Z. 514-534). Er kennt keine speziellen Programme für Cannabiskonsumern. Den Namen „Kiss“ hat er schon gehört sowie auf den Rat seiner Betreuerin hin ein Konsumtagebuch geführt, allerdings keinen Sinn darin gesehen (Anhang VI, Z. 600-620). Er wurde dreimal mit Cannabis erwischt, die Strafe wurde jedoch zur Bewährung ausgesetzt (Anhang VI, Z. 639-655).

Schon im Grundschulalter nahm Klient E mit seiner Mutter die Erziehungsberatung des Jugendamts in Anspruch. Damals wurden jedoch keine Maßnahmen eingeleitet. Kurz vor seinem 17. Geburtstag war die Situation zu Hause unerträglich, so dass die Mutter ihn zu Jugendstreetwork „ConAction“ schickte. Sowohl Klient E als auch seine Mutter wünschten seinen Auszug von zu Hause (Anhang VI, Z. 395-411). Da Klient E gute Erfahrung mit den Mitarbeitern von Streetwork auf den Straßen von München gemacht hatte, wandte er sich an sie und wurde dann zu „easyContact“ weitervermittelt. Seinen Konsum habe er nicht ändern,

sondern nur nicht mehr bei seiner Mutter leben wollen (Anhang VI, Z. 435-461).

Zusammenleben mit Konsumenten anderer Substanzen

Klient E musste eine Entgiftung absolvieren, um in der Einrichtung „easyContact“ bleiben zu können (Anhang VI, Z. 539-541). Er verbrachte eine Woche im Klinikum Rechts der Isar [Entgiftungsstation für Erwachsene] (Anhang V, Z. 545-550). Sein Aufenthalt dort wurde verkürzt, da die Ärztin keinen Sinn mehr darin gesehen habe, ihn dort zu behalten (Anhang VI, Z. 548-555). Die Begegnung mit Konsumenten härterer Substanzen hat folgenden Eindruck auf ihn hinterlassen:

Interviewer: *Okay. Da bei der Entgiftung, da waren auch andere Konsumenten, die eigentlich viel krassere Sachen konsumieren als du. Welche Effekte hatte es auf dich?*

Klient E: *Dass ich niemals so werden will.*

Interviewer: *Okay.*

Klient E: *Ich will auf jeden Fall niemals „H-“ oder alkoholabhängig werden. Das ist einfach unnötig. Weil ich, z. B. der eine Alkoholabhängiger hat die ganze Zeit so gezittert. Der hatte dann auch über die Nacht Krampfanfälle und das ist doch schlimmer als ein Heroinentzug, das ist einfach überhaupt, das tue ich mir doch nicht an. Ich will meinem Körper eigentlich nichts Schlimmes antun, aber (Anhang VI, Z. 556-564).*

Interviewer: *Hattest du einen körperlichen Entzug?*

Klient E: *(husten) Hatte ich nicht. Also, hatte ich nicht. Außer, dass ich jetzt schwitze oder so, wenn das jetzt Entzug ist... (lachen) dann keine Ahnung. Ich habe auf jeden Fall keine Schmerzanfälle in der Nacht bekommen. Doch! Aber ich kann, das kann auch am Sommer gelegen haben, dass ich so schwitz-, sehr viel geschwitzt habe ich auf jeden Fall, aber sonst eigentlich nichts. Dass ich halt sehr viel Energie hatte, ich habe fast nicht geschlafen, aber das war auch während der zwei Monaten Pause auch so, dass ich halt fast nicht geschlafen habe (Anhang VI, Z. 566-571).*

Interviewer: *...Manche THC-Konsumenten sind zum Beispiel der Meinung, dass sie zur Entgiftung nicht hingehören, dass sie das nicht brauchen.*

Klient E: *Ja, das habe ich denen auch so indirekt gesagt, aber die haben es auch so gesehen, dass ich, die sagen alle, dass Gras keine Droge ist, so ungefähr.*

Interviewer: *Die Ärzte dort?*

Klient E: *Nicht die Ärzte, aber die Konsumenten haben es dort gesagt. Nein, die haben mich dort sogar ausgelacht, mit Gras auf Entgiftung so ungefähr. Ja, so war es eher, es ist eher so lächerlich gewesen (lachen).*

Interviewer: *Wie hat sich das dann angefühlt?*

Klient E: *Ja, ich habe es halt so empfunden wie die, eben (lachen) (Anhang VI, Z. 576-583).*

Bedürfnisse des Klienten auf dem Weg zur Abstinenz

Klient E glaubt, dass er noch mehr konsumieren würde, wenn er nicht bei „easyContact“ wäre, aber er ist nicht sicher (Anhang VI, Z. 658-659). Er glaubt, er hätte jemanden gebraucht, der ihn unterstützt:

Klient E: *Ich hätte keine Regeln gebraucht, ich hätte halt jemanden gebraucht, der hinter mir steht, der einfach mal was mit mir macht, das hätte ich gebraucht, glaube ich [lacht verlegen]. Halt jemanden, auf den ich mich verlassen kann, wenn ich irgendwie Probleme habe. Ja, der was mit mir macht, wenn es mir schlecht geht. So was hätte ich voll gebraucht. Aber es hätte halt viel früher anfangen müssen, das ist halt das (Anhang V, Z. 663-667).*

Klient E glaubt, dass er einen anderen Freundeskreis gebraucht hätte, um seinen Konsum beenden zu können (Anhang VI, Z. 705-706).

Ergänzend gibt er noch an:

Klient E: *... Ich weiß eigentlich auch nicht, was ihr da verändern könnt, ich meine, ihr seid für einen da, und mehr könnt ihr eigentlich auch nicht machen, ihr seid halt ja, so was wie Eltern eigentlich, ja. Das finde ich super eigentlich, ich weiß nicht, was man da noch verändern sollte, aber. (Anhang VI, Z. 732-735).*

6.1.10 Klient E: Theoretische Diskussion des Interviews

Frühkindliche Erfahrungen von Konsum, Unzuverlässigkeit und Unberechenbarkeit, die mit einem drogenabhängigen Vater in Verbindung gebracht werden muss, haben die Kindheit des Klienten E geprägt. Die späteren Konflikte mit seiner Mutter sowie ihr unengagierter Erziehungsstil, der Tod seines Vaters, schlechte Erfahrungen in der Schule, sind Risikofaktoren aus seiner Umgebung, die Klient E benennt. Seinen Erzählungen über seine Schwierigkeiten in der Biografie kann man auf der persönlichen Ebene eine niedrige Frustrationstoleranz und hohe Risikobereitschaft entnehmen. Schutzfaktoren lassen sich bei ihm eher schwieriger finden (Kap 2.3). Trotz des relativ späten Einstiegsalters sind seine Schwierigkeiten bei der Entscheidung für die Abstinenz nicht überraschend.

Klient E scheint die Beweggründe für den Konsum und die Funktion des Konsums für sich noch nicht klar zu identifizieren. Obwohl er Leidensdruck empfindet, ist eine Entscheidung für Abstinenz bei ihm noch nicht vorhanden. Einerseits sieht er unter anderem, dass Cannabis seine kognitiven Funktionen beeinträchtigt und dass er nicht ohne THC einschlafen kann, andererseits bagatellisiert er seinen Konsum und seine Entzugssymptome. Diese vergleicht er mit denen eines Heroinabhängigen (Kapitel 3.2.4). Der Entgiftungsaufenthalt bestätigte leider nur seine Meinung, dass Cannabis im Vergleich zu anderen Drogen unproblematisch sei und dass er seinen Konsum unter Kontrolle habe. In diesem Falle sieht man, inwiefern die Einstellung der Ärzte und Mitpatienten die Änderungsmotivation beeinflusst. Bei einer jugendspezifischen Entgiftung hätte Klient E

eine andere Sicht auf seinen Cannabiskonsum erfahren können (Kapitel 4.3).

In der Betreuung fühlt er sich gut aufgehoben, da er jemanden hat, der für ihn da ist. Er sagt jedoch auch, dass er dies schon viel früher gebraucht hätte, um gar nicht erst in den Konsum einzusteigen. Obwohl seine Mutter schon seit seiner Kindheit im Kontakt mit dem Jugendamt war, wurde in diesem Falle keine Frühintervention eingeschaltet, bis er als Jugendlicher mit Alkohol- und Cannabiskonsum begonnen hatte (Kapitel 4.5.).

In seiner Biografie fehlt es insgesamt an Erfolgen, die ihn zur Abstinenz bewegen könnten. Eine Motivation für ihn stellt jetzt jedoch die Ausbildung dar. Sie gibt ihm einen Grund, seinen Konsum zu reduzieren; die Ausbildung bedeutet für ihn Anerkennung und Selbstbewusstsein.

6.1.11 Klientin F: Darstellung des Interviews

Eckdaten und Gedächtnisprotokoll

Klientin F ist 17 Jahre alt, weiblich, wohnt bei der Familie ihres Freundes und wird seit einem Jahr von „easyContact“ ISE, Condrops, in einer intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung ambulant betreut. Sie verbrachte drei Monate in der stationären Therapie „Freedom“. Das Gespräch fand im kleinen Besprechungsraum im Büro von „easyContact“, Condrops, statt. Klientin F war sehr freundlich und erzählbereit. Aus den Teambesprechungen ist dem Interviewer bekannt, dass Klientin F eine Lernbehinderung hat. Ihr niedriges Auffassungsvermögen spiegelt sich in ihren Antworten wider. Manche Fragen musste der Interviewer umformuliert wiederholen, damit sie verstanden wurden. Im Interview erwähnt Klientin F ihre schwierige Biografie nur sehr kurz. Dem Interviewer ist jedoch bekannt, dass sie im Alter von 15 Jahren schwanger war und ihr Freund heiraten wollte, ihre Mutter sie aber zu einer Abtreibung überredete. Die Beziehung ging daraufhin in die Brüche. Da Klientin F zudem länger abgängig war, die Eltern aber nichts unternahmen, um sie zu finden, wurde ihnen das Sorgerecht entzogen.

Persönliche Daten

Klientin F kommt aus dem Irak. Mit zehn Jahren kam sie nach München (Anhang VII, Z. 5-9). Ihr Vater brach den Kontakt zu ihr ab, als ihre Schwangerschaft bekannt wurde.

Mit ihrer Mutter versteht sie sich mittlerweile ganz gut. (Anhang VII, Z. 17-19). Sie beschreibt heftige Konflikte mit ihren Eltern wegen ihres schulischen Fortschritts, ihres Freundes sowie ihres Freundeskreises (Anhang VII, Z. 95-98). Klientin F verfügt über einen Förderschulabschluss. Sie besuchte mehrere Hauptschulen und eine Mittelschule (Anhang VII, Z. 24-28).

Konsumverlauf und Einstellung

Klientin F begann mit 14 Jahren, regelmäßig Zigaretten zu rauchen (Anhang VII, Z. 38). Zum ersten Mal betrunken war sie mit 13 Jahren, als sie Alkohol von ihrem Vater bekam (Anhang VII, Z. 45-50). Mit dem regelmäßigen Cannabiskonsum fing sie mit 15 Jahren an. So schildert sie, etwa vier Gramm Cannabis (zehn Joints) am Tag mit ihren Freunden geteilt zu haben (Anhang VII, Z. 77-86). Die Funktion des Konsums in der Zeit beschreibt sie wie folgt:

Klientin F: ... *Also ich hatte immer meine Probleme dabei vergessen. Und das fand ich gut. Ich hatte da Probleme in meinem Kopf.*

Interviewer: *Was waren das denn z.B. für Probleme?*

Klientin F: *Mit Familie. Ich habe mit meiner ganzen Familie z.B. nicht geredet. Ich hatte immer Stress mit Jugendamt, ich bin nicht mehr in die Schule gegangen. Es hat mich gar nichts mehr interessiert und habe immer einen Joint geraucht und habe meine Probleme vergessen. Und ich weiß es nicht. Es war so ein schönes Gefühl. Jetzt kann man sich das gar nicht mehr vorstellen, dass man wieder anfängt Junkie zu werden. Man wäre fast ein Junkie geworden dadurch (Anhang VII, Z. 92-99).*

Aktuell findet sie konsumierende Menschen eklig. Statt für Cannabis würde sie das Geld lieber für etwas Schönes für sich selbst oder für ihren Freund ausgeben (Anhang VII, Z. 100-108). Ihre Einstellung zu Cannabis hat sich vor allem aus der Furcht heraus geändert, ihre Eltern könnten etwas von ihrem Konsum erfahren (Anhang VII, Z. 110-116). Sie konsumierte auch öfter Speed und andere Substanzen, über die sie nicht sprechen will, und zwar einmal im Monat, wenn sie feiern ging (Anhang VII, Z. 120-127).

Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsangeboten

Dass der Konsum auch negative Seiten hat, merkte Klientin F zunächst an ihrer Fitness und ihrem Hautbild. Außerdem hatte sie keine Lust, morgens aufzustehen und zur Schule zu gehen. (Anhang VII, Z. 130-138). Obwohl sie die Schwierigkeiten, die ihr der Konsum bereitete, wahrnehmen konnte, versuchte sie nie, aus eigenem Antrieb aufzuhören,

da sie sich dazu von allen gezwungen fühlte (Anhang VII, Z. 154-158). Sie kennt keine Konsumreduktionsprogramme oder Programme, die auf THC-Konsumenten spezialisiert sind (Anhang VII, Z. 272-276). Die erste Hilfe, mit der sie in Kontakt kam, war die Schutzstelle:

Klientin F: Ich war erstmal Kolumbusplatz, so eine Einrichtung, so eine Schutzstelle war das. Und das war Jungs und Mädchen zusammen. Und da hat jeder gekiff. Also da bin ich echt wirklich abgestürzt. Jeder hat gekiff, ich habe dann auch mitgekiff. Dann habe ich dort auch Speed genommen. Und ich war aggressiv dort (Anhang VII, Z. 174-178).

Klientin F wurde zudem ambulant in der Jugendpsychiatrie behandelt, wo sie ihrer Meinung nach über Konsum aufgeklärt wurde. Sie fand die Informationen ganz interessant, diese halfen ihr aber nicht, mit dem Konsum aufzuhören (Anhang VII, Z. 224-269).

Von der Schutzstelle aus wurde sie in eine Mädchen-Wohngruppe vermittelt. Als die Betreuer herausfanden, dass dort Cannabis konsumiert wurde, luden sie eine ehemalige Konsumentin zum Vortrag ein:

Klientin F: Und dann kam so eine Frau zu uns. Die hat auch viel Drogen genommen und jetzt ist sie so eine Therapeutin. Und dann kam sie zu uns und hat mit uns darüber geredet. Und die Mädchen sind dann aggressiv geworden, und die Frau wollte nie wieder dahin kommen.

Interviewer: Also die Frau hat euch etwas über Drogen erzählt. Und wie fandest du das?

Klientin F: Das war schon gut, kann ich nicht sagen, also es hat mich schon interessiert, was Drogen anstellen, aber trotzdem habe ich das weitergemacht. Also es hat trotzdem nicht weitergeholfen (Anhang VII, Z. 190-200).

Sie schildert, dass sie Hilfe von anderen zum damaligen Zeitpunkt einfach nicht zulassen wollte (Anhang VII, 169-173). Unter der Drohung einer geschlossenen Unterbringung wurde Klientin F vom Jugendamt schließlich in die Therapeutische Einrichtung „Freedom“ geschickt (Anhang VII, Z. 215-223).

In der Einrichtung „Freedom“ fühlte sie sich überhaupt nicht wohl. Sie fand sich von den Betreuern stets unter Druck gesetzt, die anderen Jugendlichen waren oft sehr aggressiv, machten verschiedene Sachen kaputt, und es gab keinen ruhigen Tag. (Anhang VII, Z. 296-320). Nach vier Monaten lief Klientin F aus der Einrichtung weg und versteckte sich so lange vor der Polizei und ihrem Vormund, bis das Jugendamt damit einverstanden war, dass sie in München bleiben konnte. Erst als sie wusste, dass sie bleiben konnte, versprach sie, nicht mehr zu konsumieren (Anhang VII, Z. 368-375). Zur Zeit des Interviews konsumiert sie seit einem Jahr nicht mehr (Anhang VII, Z. 382-385).

Klientin F: *Wieso? Ich habe nachgedacht, wieso ich damit aufhören soll, damit ich irgendeine Zukunft für mich habe. Also mit Kiffen ist es nicht leicht, ein Job zu finden, zur Schule zu gehen, also allgemein halt. Man ... und also jetzt, wo ich nicht mehr kiffe ist alles anders, man kann es nicht mehr beschreiben. Es ist ein anderes Gefühl, wenn man nicht kiff. Und wenn man kiff, dann ist man auch erstmals müde und man verliert einfach seinen Kopf davon, finde ich (Anhang VII, Z. 377-381).*

In München nahm Klientin F ambulante Hilfe bei easyContact an, wo sie sich bis jetzt befindet. Sie freut sich jedoch sehr darauf, 18 zu werden, weil sie dann keine ambulante Hilfe mehr brauche und über ihr Leben selbst entscheiden könne (Anhang VII, Z. 388-399). Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von ihren Abstinenzzielen beschreibt sie so:

Klientin F: *Na ja, das ist schon schwer, kann ich nicht sagen. Man wird, wenn man nicht kiff, wird man aggressiv. Aber ich bin nicht aggressiv, ich habe meinen Freund dafür, dass er mit mir, dass ich mit ihm darüber rede, und deswegen hilft es mir ja auch. Dass, wenn ich einen Menschen an meiner Seite habe, dass ich mit ihm darüber reden kann. Er hat ja auch Drogen genommen, und das finde ich gut. Er hat damit aufgehört, ich habe damit aufgehört, und es läuft einfach gut. Also ich rede oft mit ihm darüber.*

Interviewer: *Hat dir dann easyContact dabei auch bisschen geholfen?*

Klientin F: *Doch, schon, aber wenn ich sage nein, ich will es nicht, dann hilft mir gar nichts mehr, dann hilft mir kein Jugendamt, dann hilft mir kein Condrobs, nichts, aber ich wollte es ja selber, ich wollte ja damit aufhören. Und deswegen habe ich auch die Hilfe angenommen. Natürlich hat mir easyContact auch geholfen, aber ich selber, habe ich mich selber geholfen (Anhang VII, Z. 404-414).*

Zusammenleben mit Konsumenten anderer Substanzen

Klientin F konnte keinen Unterschied zwischen Cannabiskonsumenten und Konsumenten anderer Substanzen beobachten. Andere Eindrücke waren für sie wichtiger und negativer:

Klientin F: *Finde ich nicht, ich war auch aggressiv. Also, es hat, finde ich, es hat gar nichts damit zu tun, ob man Koks zieht oder ob man kiff. Das ist ja das gleiche. Trotzdem ist man süchtig daran. Außer, dass sie bisschen Macken haben. Das ist, aber ich finde, man ist gleich aggressiv. Also man wird schnell aggressiv oder, also man ist sensibler, sagen wir es mal so. Aber, ich weiß nicht, es war einfach so, es war eklig dort, das war nicht schön, das war nicht Scheiße, das war eklig dort. Man konnte nicht machen, was man will. Da musstest du dieses Laufen, diese Berge hoch laufen! In der Früh musstest du aufstehen, dich anziehen und wenn du zu spät kommst, weil bei uns da war so Haus und dann kommt gleich ein Berg, wir waren in den Bergen, und wir mussten wirklich in der Früh aufstehen und Berge hoch laufen. Hey, die waren echt nicht normal, wirklich, das war echt, das war echt die schlimmste Zeit, die ich gesehen habe, nicht mit meinen Eltern, nicht mit Drogen, sondern das war das Schlimmste (Anhang VII, Z. 328-338).*

Bedürfnisse der Klientin auf dem Weg zur Abstinenz

Es hätte Klientin F geholfen, nicht von falschen Freunden umgeben zu sein, die ständig konsumierten. Sie weiß nicht, was passiert wäre, wenn sie ihren jetzigen Freund nicht kennengelernt hätte. Nur er habe ihr helfen können (Anhang VII, Z. 420-431).

Sie berichtet, dass sie mit dem Konsum einfach nicht früher aufhören konnte. Eine wichtige Rolle hätten dabei der Freundeskreis und ihre Schwangerschaft gespielt. Nach der Abtreibung sei ihr alles egal gewesen, und sie habe alles aufgegeben (Anhang VII, Z. 441-451).

6.1.12 Klientin F: Theoretische Diskussion des Interviews

Der prägende Risikofaktor bei Klientin F war vor allem der kulturelle Konflikt zwischen der irakischen traditionellen Erziehung und der deutschen Umgebung. Auf der persönlichen Ebene erwähnte sie ihre Beharrlichkeit, Impulsivität und ihren Drang, alles selber entscheiden zu wollen. Ausschlaggebend für ihre Konsumbiografie scheint allerdings die traumatische Erfahrung der Abtreibung zu sein. Bis zu dem Zeitpunkt kann man ihren Konsum als bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen verstehen. Die Erfahrung der Abtreibung führte Klientin F zu selbst-destruktivem Verhalten und übermäßigem Konsum, der zur Bewältigung ihrer Trauer diente sowie zur Verarbeitung des Gefühls, von ihren Eltern zurückgestoßen zu werden (Kapitel 2.2). Als Schutzfaktor kann man die Unterstützung durch ihren Freund und seine Familie sehen und auf der persönlichen Ebene ihre Entschlossenheit und ihre festen Ziele für die Zukunft (Kapitel 2.3).

Über Funktionen ihres Konsums ist sie gut reflektiert. Ihre Entscheidung für die Abstinenz scheint gefestigt zu sein. Sie betont an mehreren Stellen, dass sie selber zu dem Entschluss kommen musste und dass sie selber über ihr Leben entscheiden will. Sie unterschätzt zwar die räumliche Trennung von ihrem konsumierenden Freundeskreis und den körperlichen Entzug, den sie dank des Aufenthaltes in der Einrichtung „Freedom“ erhalten hat, ihr Selbstbewusstsein und ihre Selbstwirksamkeitserwartung werden jedoch dadurch gestärkt (Kapitel 4.4).

Bei Klientin F wurde relativ früh (ungefähr ein Jahr nach dem Konsumbeginn) gegen den Willen der Klientin eine stationäre Maßnahme eingeleitet. Obwohl Klientin F die Einrichtung „Freedom“ als sehr schlecht in Erinnerung hat, ist es fraglich ob sie ohne diese

Intervention sonst so früh zu einer Entscheidung für Abstinenz gekommen wäre. Die Rolle ihres Partners, als jemand in ihrem nahen Umfeld, der sie unterstützt, war daneben genauso bedeutend.

6.2 Darstellung und theoretische Diskussion der Oberkategorien

In den folgenden Kapiteln werden die Inhalte der jeweiligen Interviews anhand der definierten Oberkategorien in Zusammenhang gebracht. Diese verfolgen wiederum die Forschungsziele und stellen somit die Hauptergebnisse der vorliegenden Arbeit dar. Da die Darstellung der Interviews (Kapitel 6.1) sehr ausführlich und mit stets durchgeführten Verweisen auf die Transkripte vorgenommen wurde, erschien es an dieser Stelle ausreichend, die Darstellung der Oberkategorien mit der theoretischen Diskussion zu verbinden. Dies trägt zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit bei. Verweise auf die Transkripte werden nur dort angeführt, wo eine direkte Zitation notiert wird. Die Tabelle mit Oberkategorien ist im Anhang VIII zu finden.

6.2.1 Persönliche Daten

Familiensituation

Bezüglich der ersten zwei Unterkategorien lassen sich viele Gemeinsamkeiten in den Biografien der Interviewten finden. Alle sechs befragten Klienten sind in München oder in der Umgebung Münchens aufgewachsen. Alle sechs wurden für eine bestimmte Zeit aus dem Familiensystem herausgenommen und verweilten in einer stationären Einrichtung. Alle kommen aus belasteten Familienverhältnissen und schildern große Konflikte zwischen ihnen und ihren Eltern. Schwierig, stressig, „für den Arsch“, distanziert, anstrengend, konfliktreich - so wird durchweg die Familiensituation beschrieben.

Bei fünf der Befragten sind die Eltern geschieden. Die Klienten A, D und F brachen den Kontakt mit mindestens einem Elternteil ab. Die Klienten A, C und E stammen aus suchtbelasteten Familienverhältnissen. Zum Beispiel beschreibt Klient C die Auswirkungen dieser Situation so:

Klient C: *„Ich hab mich immer sehr versucht anders zu orientieren, in dem Sinne dann so an Freunden und so was, weil ich mich nicht so, weil ich mich abgelenkt hab von der*

Familiensituation mit dem Getrenntsein und mit dem Streiten und so was, ja“ (Anhang IV, Z. 45-47).

Die Chance der Familie, dem Jugendlichen ein Schutzfaktor zu sein, entwickelte sich bei unseren Befragten zum Risikofaktor, der den Jugendlichen das Erwachsenwerden erschwerte. Der Cannabiskonsum ist also über das jugendtypische Ausprobieren hinaus zu einer langfristigen Problemlösestrategie geworden, blockierte dabei eine produktive Weiterentwicklung der Persönlichkeit und Handlungskompetenzen und brachte weitere Probleme im sozialen Umfeld, z. B. in der Schule, mit sich (Kapitel 2.2.1).

Prägende Lebensereignisse oder Komorbiditäten

Zur Scheidung der Eltern und deren Folgen, die selbst für Jugendliche mit hohen Bewältigungskompetenzen zu Stress oder verstärktem Konsum psychoaktiver Substanzen führt (Kapitel 2.2.1), kommen weitere negativ prägende Merkmale wie Gewalt, risikoreiche Erziehungsstile oder komorbide psychische Störungen hinzu. Fünf der sechs Jugendlichen berichteten über bedeutende Aspekte in ihrer Biografie, die ihre Neigung zum Konsum verstärkten. Diese wurden in die Kategorie PD3 zusammengefügt. Als spezifische Merkmale der Klienten B und C wurden Depression und Psychose als komorbide psychische Störungen identifiziert. Klientin D ließ die Gewalt ihres Vater mit einfließen, Klient E die Heroin-Überdosis seines Vaters und Klientin F ihre gewünschte Schwangerschaft und Abtreibung mit 15 Jahren.

Schulerfahrungen

Die Schulerfahrungen von allen Befragten sind durch wiederholten Schulwechsel und Scheitern geprägt. Dies spiegelt sich dann auch in der allgemeinen Einstellung zur Schule. Abgesehen von der Klientin D sind die Jugendlichen der Schule gegenüber desinteressiert bis sehr negativ eingestellt. Dies stellt auch einen wichtigen Prädiktor für Suchtrisiken dar (Kapitel 2.3). Obwohl die Gründe für das schulische Scheitern verschieden sind, die Folgen für unsere Befragten sind gleich: sie flüchten in den Konsum, suchen Anschluss an konsumierende Peers und erleben wiederum weitere schulische Probleme.

6.2.2 Konsumverlauf und Einstellung

Konsumintensität von Alkohol, Zigaretten und anderen psychoaktiven Substanzen im Verlauf

Der erste bedeutsame Prädiktor bei der Entwicklung problematischer Cannabiskonsums ist der Alkohol- und Zigarettenkonsum vor dem 14. Lebensjahr (Kapitel 3.2.1). Alle befragten Jugendlichen sind Raucher. Vier der befragten Jugendlichen fingen bis zum 14. Lebensjahr mit Alkohol- oder Zigarettenkonsum an. Der erste Alkoholrausch fand bei allen Befragten zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr statt. Dabei erlebten nur die Klienten E und C den ersten Alkoholrausch und regelmäßigen Zigarettenkonsum erst nach dem 15. Lebensjahr. Klient C zeigt dabei im Gegenzug zu anderen Befragten ein moderates Konsummuster; seine Behandlungsnotwendigkeit ergibt sich vor allem aus einer hohen Vulnerabilität zur Psychose.

Zum Alkohol wird allgemein eine distanzierte oder sogar kritische Stellung eingenommen. Die Konsumintensität unterscheidet sich jedoch innerhalb der Gruppe deutlich. Bei den Klienten A und C ist die kritische Stellung zum Alkohol auf die Alkoholsucht in der Familie zurückzuführen. Nichtsdestotrotz berichten die Klienten B, D und E teilweise über täglichen Alkoholkonsum. Klientin D, die als einzige keine Abneigung gegen Alkohol schilderte, konsumierte auch gerne Alkohol und Cannabis gleichzeitig und gibt an, in der Vergangenheit ein Alkoholproblem zu haben. Die geschilderte Abneigung gegen Alkohol oder Alkoholiker ist neben den schlechten Erfahrungen in der Familie auch auf die weitverbreitete kritische Einstellung zum Alkohol im Milieu der Cannabiskonsumenden zurückzuführen. Die stark proklamierte Verharmlosung der Wirkung von Alkohol, zusammen mit dem fehlendem Verständnis, warum Alkohol im Gegenzug zu Cannabis legal ist, bilden oft die Identität der Cannabiskonsumenden (Kapitel 3.2.1).

Bezüglich anderer psychoaktiver Substanzen sind die Erfahrungen der Jugendlichen unterschiedlich. Klient B hatte außer Spice keine andere Substanzen probiert, da er Angst hatte, schnell süchtig zu werden. Klient C definiert sich als "Genussmensch" und hat nicht das Bedürfnis, alles ausprobieren zu müssen. Die restlichen vier Klienten konsumierten in unterschiedlicher Intensität jeweils über Monate hinweg beim abendlichen Ausgehen an Wochenenden Ecstasy, Speed, MDMA, LSD oder Crystal. Nur Klient A beschreibt, dabei einen starken Kontrollverlust zu erleben. Dies geschah in kritischen Lebensphasen, in denen die Befragten keinen anderen Ausweg für sich sahen. Diese Neigung zum Konsum anderer Substanzen würde bei einer verspäteten Reaktion des Hilfesystems auf die schwierige Lage den Jugendlichen im Sinne der gate-way-Theorie (Kapitel 3.2.11) ein erhebliches Risiko für

die Entwicklung von Abhängigkeit von diesen Substanzen darstellen. Die frühzeitige Behandlung der Cannabis-bezogenen Störungen minimiert dieses Risiko deutlich.

Cannabiskonsum im Verlauf

Mit dem regelmäßigen Cannabiskonsum begannen vier Klienten bis zum 15 Lebensjahr, was ein hohes Risiko für die Entwicklung einer komorbiden psychischen Störung im Erwachsenenalter darstellt (Kapitel 3.2.9). Die Jugendlichen C und E, die auch vergleichsweise spät mit dem Konsum von Alkohol und Zigaretten anfangen, konsumierten Cannabis erst nach dem 17 Lebensjahr. Der Jugendliche C konsumierte als Einziger nie täglich und in vergleichsweise kleinen Mengen (0,25 Gramm pro Tag), trotzdem entwickelte sich bei ihm eine Psychose. Weitere Klienten geben ein Gramm als durchschnittliche tägliche Menge an, andere dagegen vier Gramm, wobei die angegebene Menge durch das Teilen mit Freunden immer kritisch zu beurteilen ist. Täglicher Cannabiskonsum zählt dabei zu den wichtigsten Kriterien für eine Abhängigkeit (Kapitel 3.2.4). Im Allgemeinen sind die Konsumintensität und Konsummuster in der Gruppe sehr unterschiedlich.

Bedeutung des Cannabiskonsums

Die Funktion des Konsums ist für die Jugendlichen nicht von den belastenden Erfahrungen in den Herkunftsfamilien zu trennen. Der Konsum wird von den Cannabiskonsumern als Stressreduktion und Vergessen von Problemen zu Hause benannt und macht an dieser Stelle deutlich, wie bedeutsam die primäre Sozialisation ist (6.2.2). Nur Klient E äußerte sich nicht klar in Richtung der Stressreduktion. Er erwähnte in diesem Zusammenhang nur, dass ihn der Geruch von Cannabis an seine Kindheit zu Hause erinnert. Die Klienten C und E beschreiben darüber hinaus das Zugehörigkeitsgefühl in einer Peer-Gruppe als bedeutend. Für den Klienten B war Cannabis Selbstmedikation für seine Depressionen. Der Konsum kann unter diesem Aspekt auch als Zeichen der Überforderung und als Hilferuf interpretiert werden. Darüber hinaus stellt dies auch eine Motivation für eine Hilfsmaßnahme dar, auf der aufgebaut werden sollte, zumal die Klientel meist sehr passiv und fremdmotiviert ist (Kapitel 4.2).

Konsumziele und Einstellung zu Cannabis aktuell

Die Abstinenz ist nicht das primäre Ziel für fünf der sechs Befragten, wobei dieses Ziel sowohl in der Literatur als auch in den stationären Suchthilfeeinrichtungen für diese

Zielgruppe befürwortet wird. Nur Klientin F gab vor einem Jahr Cannabis vollständig auf und findet zurzeit konsumierende Menschen abstoßend. Die Klienten A, B und C, die derzeit in der Therapie sind, wollen nach deren Beendigung weiterhin konsumieren. Sie stimmen überein in der Auffassung, dass sie erst an sich arbeiten müssen, um sich zu stabilisieren. Klient B schließt einen weiteren Konsum jedenfalls nicht aus. Die Klienten D und E, die eine Entgiftung absolvierten, konsumieren weiterhin, wobei Klientin D ihren Konsum deutlich reduziert hat und mit ihrem wöchentlichem Konsum zufrieden ist. Aktuell konsumiert sie, um sich am Ende des Tages zu belohnen, ähnlich wie es Klient C nach der stationären Therapie vorhat. Er drückt es so aus:

Klient C: ... *So gesehen... Für mich, also ich finde, das Kiffen an sich ist in Ordnung, solange man sein Leben auf die Reihe kriegt, kann man ab und zu kiffen* (Anhang IV, Z 106-107).

Klient E ist bezüglich der Konsumziele sehr ambivalent und macht an verschiedenen Stellen unterschiedliche Aussagen. An einer Stelle gibt er zu, dass er eigentlich gerne völlig aufhören würde, kann sich jedoch sein Leben ohne Cannabis noch nicht vorstellen.

Die Befragten möchten sich definieren als die Mehrheit der Jugendlichen, die den Cannabiskonsum im Sinne von Experimentierverhalten im Rahmen der Entwicklungsaufgaben praktizieren (Kapitel 2.2.2). Sie glauben, ihre Benachteiligungen und Risikofaktoren könnten durch Therapie bearbeitet werden und anschließend kein Risiko mehr darstellen. Unter diesem Aspekt kann man die abstinenzorientierte stationäre Maßnahme als eine konsumfreie Phase und einen Versuch, wieder Kontrolle über den Konsum zu erlangen, verstehen. Die Herausforderung, die der fortgesetzte Konsum mit sich bringt, besteht darin, in zukünftigen Lebenskrisen den Konsum nicht als dauerhafte Hilfe zu deren Bewältigung zu nutzen. Auch die Gefahr der dauerhaften kognitiven und hirnstrukturellen Veränderungen wird dabei außer Acht gelassen (Kapitel 3.2.8).

Abhängigkeitseinsicht

Die Unterkategorie KE5 Abhängigkeitseinsicht wurde nicht direkt abgefragt und ist allein aus dem freien Erzählen hervorgegangen. Die Klienten A, C und E bagatellisieren in vieler Hinsicht die Wirkungen von Cannabis als Droge. Klient B erkannte erst kurz vor dem Therapiebeginn, dass sein Cannabiskonsum ein Problem darstellte. Dagegen merkte Klientin D bei ihren Abstinenzversuchen, dass sie wirklich abhängig war, da es ihr nicht möglich war,

von sich aus aufzuhören. Klientin F erwähnt bei ihren Schilderungen der Therapie, dass sie wirklich süchtig und aggressiv war, wenn sie nicht konsumieren konnte.

Den Schilderungen kann man entnehmen, dass die weiblichen Teilnehmer der befragten Gruppe früher als die männlichen zu einer Problemeinsicht gelangten. Ferner lässt sich feststellen, dass die fehlende Abhängigkeitseinsicht vor dem Eintritt einer Maßnahme kein Hindernis für die erfolgreiche, sowohl ambulante als auch stationäre, Behandlung darstellt. Diese muss sich jedoch innerhalb der Therapie entwickeln, um einen langfristigen Effekt zu erzielen (Kapitel 4.8).

6.2.3 Erfahrungen mit Behandlungsangeboten

Abstinenz- und Reduktionsversuche, Spezielle Angebote für Cannabiskonsumenten

Zwei von den sechs Befragten hatten bis zur Aufnahme in die stationäre Einrichtung nie versucht, ihren Cannabiskonsum zu reduzieren. Für weitere vier Klienten war es dagegen ein wiederkehrender Bestandteil des Konsums. Keiner der Befragten griff dabei auf ein Konsumreduktionsprogramm oder auf ein spezielles Programm für Cannabiskonsumenten zurück, wobei den Klienten D und E das Programm „Kiss“ bekannt war. Die Klienten A, C, D und E leiteten gelegentlich konsumfreie oder konsumarme Phasen ein, wenn sie merkten, dass der Konsum den Alltag komplett ausfüllte oder wenn er ihnen zu teuer wurde. Die Klienten A und C nahmen dabei keine Hilfe von außen in Anspruch und setzten ihre Versuche alleine um. Die Klienten D und E thematisierten diesen Aspekt zwar mit ihrem Bezugsbetreuer, nahmen jedoch keine großen Erfolge wahr. Dem Klienten B wurde in Berlin eine Gruppe empfohlen, die für Menschen geeignet war, die sowohl Cannabis konsumieren als auch an anderen psychischen Störungen leiden. Die momentane Intensität des Konsums und seiner Depression machten jedoch die Teilnahme für ihn unmöglich.

Die Versuche der Konsumreduktion sind sowohl für die Jugendlichen als auch für Fachleute bedeutsam, da dadurch die Ausprägung des Konsums, aber auch der Ressourcen und der Abstinenzmotivation getestet werden kann (Kapitel 4.4). Die gescheiterten Abstinenzversuche stärken bei Cannabiskonsumenten die Motivation für eine stationäre Behandlung, wie es auch Klientin D beschreibt. Auch Klient B machte ähnliche Erfahrungen mit der Gruppe für Menschen mit Doppeldiagnose. Die beschriebenen Erfolge mit der

Konsumreduktion bei den Klienten A, C und E lassen auf eine höhere Kontrolle über Konsumbeginn und -ende schließen.

Im Allgemeinen kann man den Schilderungen entnehmen, dass die befragten Jugendlichen aus den oben aufgeführten Gründen nicht die geeignete Zielgruppe für ambulante Reduktionsprogramme darstellen. Dabei ist nicht nur die Kontrolle über den Konsum entscheidend, sondern auch persönliche und soziale Ressourcen, Problemeinsicht und eine Entscheidung für Abstinenz (Kapitel 4.4).

Erfahrungen mit Prävention und Frühintervention

Da auf die Erfahrungen mit Hilfesystemen im Detail in Kapitel 6.1 eingegangen wurde, werden im Folgenden nicht alle Maßnahmen, die die Befragten absolvierten, benannt, sondern lediglich die wichtigsten Aspekte und Zusammenhänge aufgeführt und interpretiert.

Wie in Kapitel 4.5 beschrieben wurde, gelangen Jugendliche meist nicht aus eigener Initiative in Kontakt mit Programmen der Früherkennung. Eine entscheidende Rolle spielen dabei die Institutionen und soziale Gruppen, in denen Jugendliche sich aufhalten. Abgesehen von Klient A, der trotz seiner widrigen Familiensituation und seiner Probleme in der Schule im Rahmen der Frühintervention nie auffiel, kamen alle Befragten in Kontakt mit der Maßnahmen der Prävention und Frühintervention.

Die Klienten D und E wurden auf Grund ihrer schwierigen Familiensituation schon sehr früh auffällig für das Jugendamt. Das Jugendamt war an dieser Stelle im Rahmen der selektiven Prävention tätig, da es direkt auf bestehende Probleme in der Familie reagiert und versucht, das Kind vor deren Folgen zu schützen, um einen frühen Drogenkonsum zu verhindern (Kapitel 4.5). So suchte die Mutter von Klient E ein Gespräch im Jugendamt. Und aus diesem Grund leitete das Jugendamt bei Klientin D schon mit 12 Jahren eine stationäre Unterbringung ein. Wie in Kapiteln 6.1.7 und 6.1.9 beschrieben, scheiterten diese Interventionen allerdings.

Bei Klient B wurde der beginnende Cannabiskonsum lange außer Acht gelassen. Er absolvierte auf Grund seiner Depressionen reichlich ambulante Psychotherapie und Aufenthalte in den psychiatrischen Kliniken. Bei der Erkennung seiner komorbiden Störung scheiterte das medizinische Hilfesystem jedoch mehrmals und konzentrierte sich nur auf

seine Depression. Seine eigene Beurteilung ist durchaus negativ:

„Also ja, also es ist schwierig, es gibt Hilfe, aber es ist schwierig reinzukommen, weil zu einem wird davor gewarnt, zu anderem habe ich das Gefühl, es wird so doch aus der ärztlichen Sicht nicht so ernst genommen wie andere Sachen“ (Anhang III, Z. 423-426).

Andererseits leitete die psychiatrische Klinik bei Klient C auf Grund seiner Psychose sofort eine stationäre Therapie ein.

Weitere Programme der Frühintervention, mit denen die Klienten C, D und F Erfahrungen machten, versuchen auf den Konsum der Jugendlichen zu reagieren und diesen durch die Weitergabe wichtiger Informationen zu unterbrechen. Klient C musste an einem Gruppenangebot in der Beratungsstelle teilnehmen. Er hatte zwar anfangs das Gefühl, dass er dort nicht hineingehöre und dass er ein „friedlicher Kiffer“ sei, die Gruppengespräche brachten ihn später jedoch zum Nachdenken. An seinem Konsumverhalten änderte er dennoch nichts. Klientin D wurde bei ihrem Aufenthalt in der Schutzstelle mehrmals Hilfe bezüglich ihres Konsums angeboten, sie lehnte diese jedoch vehement ab:

Klientin D: „... ich hatte da auch meinen eigenen Kopf und mir war alles egal, so lange ich es wollte, hat mir keiner irgendwas zu sagen...“ (Anhang V, Z. 229-230).

Ähnliche Entschlossenheit, an ihrem destruktiven Konsum festzuhalten, beschreibt auch Klientin F, wenn sie über die Zeit in der Schutzstelle und in der Wohngemeinschaft spricht. Klientin F schilderte zudem ihre Eindrücke von der ambulanten Abklärung in der Jugendpsychiatrie und von einem Aufklärungsabend in der Wohngemeinschaft. Die Erfahrung war ähnlich wie bei den Klienten D und C. Die Informationen seien "ganz interessant" gewesen, aber an dem Konsum hätten sie nichts geändert. Da der Konsum der Befragten eben eine Reaktion auf übermäßige Belastungen ist (Kapitel 6.2.2), können auch wenige Aufklärungsgespräche die Jugendlichen nicht zur Abstinenz bewegen. Eine erfolgreiche Frühintervention für die Gruppe der Befragten müsste das ganze Familiensystem einbeziehen, da der Konsum der Jugendlichen nicht von der Lebenssituation in der Familie zu trennen ist. Familientherapeutische Maßnahmen oder das Projekt „Incant“ würden sich dazu sehr gut eignen (Kapitel 4.4 und 4.5).

Die Chance, dass durch gerichtliche Auflagen Maßnahmen der Frühintervention an die Jugendliche herangetragen werden, wurde innerhalb der Gruppe nicht ausreichend

genutzt. Obwohl vier von sechs Klienten von der Polizei mit Cannabis erwischt wurden, erhielt nur Klient C eine gerichtliche Auflage.

Weitere Hilfen, die im Rahmen der Frühintervention für die Jugendlichen relevant wurden, sind die stationären Angebote der Jugendhilfe. Die Klienten D und E kamen durch die Jugendhilfeeinrichtungen des Trägers Condrops in das Suchthilfesystem (Kapitel 4.7). Es handelte sich um niederschwellige, konsumakzeptierende stationäre Programme. Klientin D bekam ihren Konsum durch ihren Aufenthalt bei der Entgiftung Clean.Kick unter Kontrolle, dem Klienten D gelang dies jedoch noch nicht. Bei Klientin F entschied sich das Jugendamt gegen den akzeptierenden Ansatz; sie wurde zunächst einer Wohngruppe der Jugendhilfe zugewiesen. Daraufhin wurde unter der Drohung einer geschlossenen Unterbringung eine Suchttherapie eingeleitet. In allen drei Fällen handelte sich um Versuche, die Jugendlichen auch ohne Abstinenzmotivation in ihrer schwierigen Lage zu unterstützen und von der Familie zu trennen. Diese Versuche brachten sie jedenfalls in das Hilfesystem.

Eine evidenzbasierte Beurteilung der Effizienz der oben aufgeführten Maßnahmen ist an dieser Stelle nicht möglich. An der Entstehung der Sucht sind so viele verschiedene Faktoren beteiligt, dass die kausale Wirkung einer Präventionsmaßnahme nicht festgestellt werden kann (Kapitel 2.3). Inwiefern sich der Cannabiskonsum der Befragten ohne diese Maßnahmen entwickelt hätte, kann man nur vermuten. Ein guter Indikator scheint jedoch die Reaktionszeit zwischen Erstkonsum und Behandlungsbeginn zu sein. Die befragten Jugendlichen kamen verhältnismäßig früh (innerhalb von fünf Jahren) im Suchthilfesystem an. Die Behandlungsstatistiken berichten dagegen von einer durchschnittlich zehnjährigen Reaktionszeit (Kapitel 4.1). Nur Klient B benötigte auf Grund der oben geschilderten Gründe diese lange Zeit. Dabei bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass Frauen früher als Männer in eine Behandlung eintreten (Kapitel 4.1).

6.2.4 Zusammenleben mit Konsumenten anderer psychoaktiver Substanzen

Erfahrungen mit stationären suchtspezifischen Behandlungsangeboten

Fünf der Klienten fühlten sich in den stationären suchtspezifischen Behandlungsangeboten ganz gut aufgehoben. Nur Klientin F fühlte sich stets unter Druck

gesetzt, da es viele Regeln gab, die sie nicht nachvollziehen konnte, was bei ihr zu gesteigerter Aggressivität führte.

Beim Vergleich der Therapieaufenthalte der Klienten E und D wird der Unterschied zwischen der Entgiftungsstation für Erwachsene und für Jugendliche deutlich. Klient E beschreibt seinen einwöchigen Aufenthalt so:

„Nicht schlimm. Ich habe mich ganz normal gefühlt. Ich habe die ganze Zeit Fernseher geschaut und DS [Nintendo Spiele] gespielt“ (Anhang VI, Z. 543-544).

Der Aufenthalt bestätigte allerdings seine Meinung, dass Cannabis keine richtige Droge sei, dass er im Vergleich zu den anderen keine Entzugserscheinungen habe und dass er aufhören könne, wann er wolle. Die Äußerungen der Ärztin fand er merkwürdig:

„Weiß ich nicht, aber das ist doch nicht normal, wenn eine Therapeutin zu einem sagt, ja bei dir muss es eigentlich nur noch Klick machen“ (Anhang VI, Z. 553-554).

Für Klientin D dagegen verlief die Zeit bei der Entgiftung anders als normal:

„... Genau, und also die ersten zwei Wochen waren schon hart. Vor allem die Entgiftungszeit, die eine Woche, da war ich eben die meiste Zeit nur im Bett und hab geschlafen und gelesen und einfach nur darauf gewartet, bis ich anfangen zu entgiften, wo ich dann eben auch körperlichen Entzug hatte und ja, und nach der zweiten Woche, wo ich dann auch eben in die Gruppe reingekommen bin, wo ich die anderen kennengelernt habe und auch mit den Betreuern in Kontakt gekommen bin, genau, da, ab dann ging es eigentlich schon gut. Weil wir haben auch gar nicht so viel Zeit gehabt, das war, was ich gut fand, an Kiffen oder unsere Drogen zu denken, wir haben halt immer Action gehabt, also wir waren klettern, schwimmen, also halt immer Action, wir haben auch Sozialkompetenztraining gehabt und so...“ (Anhang V, Z. 317-326).

Die Beschreibungen machen deutlich, dass eine reine medizinische Entgiftung für Erwachsene nicht den Bedürfnissen der jugendlichen Cannabiskonsumenten (und wahrscheinlich auch nicht denen der Erwachsenen), wie sie im Kapitel 4.8.1 beschrieben wurden, entspricht. Die kurze Dauer der Maßnahme, die auf Konsumenten von anderen Substanzen zugeschnittenen therapeutischen Angebote und die fehlenden tagesstrukturierenden Maßnahmen waren beim Klienten E kontraproduktiv.

Effekte des Zusammenlebens mit Konsumenten anderer psychoaktiver Substanzen

Mit Ausnahme des Klienten E sind sich die anderen fünf Befragten einig, dass man

im Alltag nicht merkt, welche Art des Konsums bei den übrigen Klienten vorhanden ist. Andere Aspekte der stationären Therapie schienen oft für die Klienten wichtiger zu sein.

Die Klienten E und F einigten sich darauf, dass sie genauso süchtig waren wie ihre Mitbewohner. Die Klienten A, B und C sahen jedoch kleine Unterschiede. Klient A schildert, dass Klienten, die härtere Substanzen konsumierten, auf der "Kindebene" geblieben seien, weshalb man mit ihnen feinfühler umgehen müsse. Für Klient B war vor allem der Zugang in die Suchttherapie schwierig, da er doch „*nur ein Kiffer*“ sei. Die Klienten B und C fühlten sich den therapeutischen Gruppen nicht zugehörig, da sie keinen Suchtdruck empfanden und schwer auf die anderen eingehen konnten.

Der Aufenthalt auf der Entgiftungsstation für Erwachsene hinterließ bei Klient E, wie schon oben beschrieben, einen völlig zwiespältigen Eindruck. Er war zwar genauso schockiert wie Klientin D über intravenöse Konsumenten, und deren Gesundheitszustand schreckte ihn ab. Im Gegensatz zu ihr konnte er sich aber mit ihnen auf keiner Ebene identifizieren, da er von ihnen ausgelacht wurde, wegen Cannabis auf Entgiftung zu sein.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse innerhalb der Gruppe fällt auf, dass in den Einrichtungen für Jugendliche die unterschiedlichen Konsumarten innerhalb der Klientel kein Hindernis für die Entwicklung einer Änderungsmotivation darstellten, was aber auf der Erwachsenenstation der Fall war. Vor allem die Bagatellisierung des Cannabiskonsums durch die Mitpatienten spielt dabei eine bedeutsame Rolle. Im Vergleich mit der Literatur (Kapitel 4.4) lässt sich folgende Hypothese aus den Ergebnissen ziehen: Jugendliche Cannabiskonsumanten fühlen sich den stationären Therapieeinrichtungen für Erwachsene nicht zugehörig, im Gegensatz zu spezialisierten Einrichtungen für Jugendliche. Im Alltag sind nicht die Substanzarten wichtig, sondern die grundsätzliche Struktur der Maßnahme und die Ähnlichkeit der Lebenssituationen, da alle fünf Klienten außer Klient E über keine großen Unterschiede zu Konsumenten von anderen Substanzen berichten. Die berichteten kleinen Unterschiede können für die Therapieeinrichtungen eine Anregung sein, besser auf die Bedürfnisse der Cannabiskonsumanten eingehen und den Zugang in die Einrichtung für sie erleichtern zu können.

6.2.5 Bedürfnisse der Klienten auf dem Weg zur Abstinenz

Hindernisse bei der Früherkennung

Bei der Benennung der Hindernisse für eine frühere Auseinandersetzung mit dem Konsum werden viele Gründe genannt, wobei die Familie und große psychische Belastungen eine entscheidende Rolle spielen. Diese werden hier noch einmal kurz zusammengefasst. Klient A hätte ein schöneres Gefühl zu Hause und Unterstützung gebraucht. Für Klient B war Konsum eine große Hilfe, den Stress in der Schule und zu Hause zu vergessen. Den gleichen Grund benennen auch die Klienten C und D. Sie wollten vom "Hier und Jetzt" und eigenen Problemen flüchten. Klient E hätte jemanden gebraucht, der ihn unterstützt und auf den er sich verlassen kann. Klientin F ist der Meinung, dass sie einfach nicht früher mit dem Konsum aufhören konnte, da ihr nach der Abtreibung alles gleichgültig gewesen sei.

Die Frage nach den Hindernissen für eine frühere Auseinandersetzung mit dem Konsum bringt uns wieder zum Anfang, also zur Familie. Für die Jugendlichen ist die Verbindung zwischen ihrem Konsum und den familiären Belastungen offensichtlich. Genauso klar kristallisiert sich auch die Antwort auf die Frage heraus, an welcher Stelle man mit den Interventionen ansetzen soll, um das Ziel der Frühintervention zu erfüllen (Kapitel 4.5). Die Familie, die innerhalb der Gruppe einen Risikofaktor darstellte, könnte auch bei der Überwindung der Probleme, zusätzlich zu einer Unterstützung von außen, zum Schutzfaktor werden. Es ist hier leider die praktische Umsetzung, die für das Hilfesystem die größte Herausforderung darstellt.

Was hätte besser geholfen

Die Palette an möglichen Lösungen, die den Klienten ihrer Meinung nach besser geholfen hätten, ist groß. Vier der Klienten würden, um die stationäre Therapie vermeiden zu können, ihre Entscheidungen in der Vergangenheit ändern wollen. Klient A empfindet dagegen die stationäre Therapie als die einzige richtige Lösung für sich. Die Klienten B und D sind der Meinung, dass sie die angebotene Hilfe schon früher hätten annehmen sollen. Klient C hätte sich eine bessere Aufklärung gewünscht, vor allem bezüglich der Gefahr der Psychose. Klient E und F halten den Freundeskreiswechsel für entscheidend für eine bessere und schnellere Hilfe. Klientin F fügte hinzu, außer ihrem Freund habe ihr niemand helfen können.

In Anbetracht der gesamten Lebenssituation der Jugendlichen sind ihre Gedanken gut nachvollziehbar. Nur eine frühere Intervention, wie räumliche Trennung von ihren konsumierenden Freunden, ambulante Psychotherapie oder eine unterstützende Person in der Umgebung könnten die Herausnahme aus der Familie vermeiden. Zu dem Zeitpunkt, wo sich der Konsum so stark entwickelt hatte, war jedoch für diese Zielgruppe keine andere Lösung möglich.

6.3 Familie als Schlüsselkategorie

Um der Diskussion den selektiven Charakter der „Grounded Theory“ zu Grunde zu legen, können die vorliegenden Ergebnisse einer Schlüsselkategorie untergeordnet werden. Ein Begriff, der aus der Sicht der Autorin ein Bindeglied zwischen allen definierten Oberkategorien darstellt, ist die *Familie*. Die Familie, in der sich die Primärsozialisation vollzieht, spielt eine entscheidende Rolle sowohl bei der Entstehung von problematischem Cannabiskonsum als auch in dessen Behandlung.

Eine liebevolle, stabile und klare elterliche Haltung kann den jungen Menschen helfen, in verschiedenartigen, auch ernsthaften Lebenskrisen oder psychischen und gesundheitlichen Einschränkungen die nötigen Handlungskompetenzen zu entwickeln, um diese Probleme zu überwinden. Entstehen durch die Familie auf dem Weg in das Erwachsenenalter jedoch noch zusätzliche Hindernisse, wie traumatische Erfahrungen, Suchtbelastungen oder eine konfliktreiche Umgebung, so ist mit Anpassungsproblemen und deren verschiedenen Manifestationen im Verhalten zu rechnen. Nur wenige Kinder und Jugendliche, die über besonders starke protektive Faktoren (Resilienzen) verfügen, können den Belastungen erfolgreich entgegenwirken (Kapitel 2.3). In den meisten Fällen versuchen die Jugendlichen, den fehlenden Rückhalt durch die Orientierung an die Gleichaltrigengruppe zu kompensieren. Die Wahl der Kontakte bleibt dabei oft gefährlich unreflektiert. Der problematische Cannabiskonsum ist einer der möglichen Folgen (Kapitel 2.3).

Selbst dann, wenn sich der Substanzkonsum manifestiert hat, hat die Familie immer noch die Möglichkeit einzugreifen und den Jugendlichen zu helfen, sich mit ihren Problemen auseinanderzusetzen. Hierauf konnten sich die befragten Jugendlichen einigen. Sie brauchen

jemanden, der für sie da ist und der sie unterstützt.

Für die befragten Jugendlichen ist der Konsum nicht von den familiären Belastungen zu trennen. Daher muss auch eine erfolgreiche Intervention dies unbedingt berücksichtigen. Innerhalb einer familientherapeutischen Maßnahme (oder auch weiteren Projekten wie „Incant“ oder „Clearing“) kann die Familie im Rahmen der Frühintervention, miteinander an einer gemeinsamen Lösung arbeiten. Da die Jugendlichen meistens daran interessiert sind, die familiären Konflikte zu lösen, wird dabei auch das viel diskutierte Hindernis der oft fehlenden Motivation für die Behandlung aus dem Weg geräumt, konzentriert man sich auf die gesamte Familienproblematik.

Sind die familiären Probleme allerdings schon tief ausgeprägt oder besteht keine Möglichkeit oder kein Interesse an der Bearbeitung dieser Probleme, so ist eine Herausnahme aus der Familie die Maßnahme der Wahl. Der Konsumverlauf und die subjektiven Schilderungen der Befragten deuten auf eine sehr unterschiedliche Ausprägung des Konsums und der Abhängigkeitseinsicht. Der Grund, warum diese Jugendlichen letztendlich in eine stationäre Maßnahme kamen, lag neben der komorbiden psychischen Störung vor allem an der Familie. Dabei deuten die Ergebnisse innerhalb der Gruppe der Befragten darauf hin, dass die verschiedenen Konsumarten der Klienten, die sich in der stationären Behandlung befinden, kein Hindernis für den Erfolg der Maßnahme darstellen, solange diese auf die spezifischen Bedürfnisse der jungen Menschen zugeschnitten ist.

6.4 Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung für jugendliche Cannabiskonsumenten

Nach der Interpretation der einzelnen Kategorien sollen zuletzt die Konsequenzen für die Praxis abgeleitet werden. An dieser Stelle werden somit sowohl die subjektive Sichtweise der Klientel, als auch die aus den Schilderungen abgeleiteten Ergebnisse, die als bedeutsam für die erfolgreiche Behandlung festgestellt werden, dargestellt. Bezugnehmend auf unsere Stichprobe liegt dabei das besondere Augenmerk auf Bayern. Um der erschwerten Übertragbarkeit auf die gesamte Gruppe der jungen Cannabiskonsumenten, die eine qualitative Befragung mit sich bringt, Rechnung tragen zu können, sind die folgenden Vorschläge zur Verbesserung der Behandlung als Hypothesen zu verstehen, die als Impuls

für weiteres wissenschaftliches Arbeiten gesetzt werden.

Rechtzeitige, am Bedarf orientierte Intervention

Die Reaktionszeit zwischen Konsum- und Behandlungsbeginn war unter den Befragten im Vergleich zu Durchschnittswerten in Deutschland sehr gut. Trotzdem liefen offenbar viele Frühinterventionen und Präventionsmaßnahmen in die Leere. Die befragten Jugendlichen stellen auf Grund ihrer familiären und psychischen Vorbelastungen eine Gruppe mit hohem Risiko für die Entwicklung problematischen Drogenkonsums dar. Diese Vorbelastungen wurden durch die Jugendhilfe und Medizin zwar schon in der Kindheit gut identifiziert, aber dennoch nicht ausreichend behandelt. Die Jugendlichen hätten durch die Programme der selektiven Prävention schon deutlich früher und besser erreicht werden können. Eine gezielte Förderung der Resilienzen (Kapitel 2.3) bei Kindern aus suchtbelasteten Familien hätte gute Erfolge erzielen können.

Die Frage nach den Gründen und Funktionen des Konsums scheint vor dem Einleiten jeder Intervention sinnvoll, damit diese Erfolge zeigen kann. Für Jugendliche mit chronischem Cannabisgebrauch ist die Funktion des Konsums sehr gut zugänglich, da diese aktuell den Alltag prägt. Arbeitet man mit dem ganzen Familiensystem, stellt dies darüber hinaus eine gute Basis für die Entwicklung von Änderungsbereitschaft dar.

Projekte der Frühintervention, die mit ganzen Familiensystemen arbeiten, scheinen bei dieser Zielgruppe die Intervention der Wahl zu sein, da sie direkt an den Kern der Problematik gelangen. Der Forderung nach Ausbau dieser Präventionsprogramme für belastete Familien muss nachgekommen werden, um den Prozentsatz der jungen chronischen Cannabiskonsumenten zu senken. Auch weitere Fachkräfte wie Jugendgerichtshilfe, Erzieher, Sozialpädagogen in der Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderärzte sollten geschult werden, um diese Risikofaktoren und Funktionen des Konsums nicht nur zu erkennen, sondern auch eine zielführende Intervention einleiten zu können. Aufklärende Präventionsprogramme oder ambulante Konsumreduktionsprogramme sind hier fehl am Platz. Diese scheinen zwar im ersten Moment mit niedrigeren Kosten und weniger organisatorischem Aufwand verbunden zu sein, erzielen jedoch bei dieser Klientel keine Erfolge.

Verbesserungsvorschläge im medizinischen Bereich

Im medizinischen Bereich sollte das Bewusstsein, dass Cannabiskonsum vor allem in Zusammenhang mit einer komorbiden Störung behandlungsbedürftig ist, gezielt gesteigert werden.

Aufgrund der Erfahrungen des Klienten E aus der medizinischen Entgiftungsstation für Erwachsene und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich in Bayern nur eine einzige Entgiftungsstation für Jugendliche befindet, wird angeraten, die Kapazitäten zur Entgiftung in Bayern zu erhöhen.

Verbesserung in der Diagnostik

Die Abhängigkeitsdiagnostik bei Jugendlichen ist sehr uneinheitlich und unklar und unterscheidet sich stark von der für Erwachsene. Zudem ist der Vergleich der abhängigen Jugendlichen mit den Erwachsenen sowohl für den Zugang als auch für die Behandlung selbst kontraproduktiv. Eine Behandlungsbedürftigkeit ergibt sich auch oft auf einer anderen Grundlage (z.B. belastete Familie, komorbide Störungen), und die Abhängigkeitskriterien müssen dabei nicht erfüllt sein. Ein neues einheitliches System für Diagnostik sollte entwickelt werden, um die besondere Lage der Jugendlichen zu berücksichtigen und die Auseinandersetzung mit der Problematik den Jugendlichen zu erleichtern.

7. Fazit

Auf die Frage hin was die Betroffenen an einer früheren Bearbeitung ihres Konsumverhaltens gehindert hatte, musste keiner der Befragten lange überlegen. Das Zitat von Klient E soll an dieser Stelle stellvertretend für alle gelten:

Klient E: *Ich hätte keine Regeln gebraucht, ich hätte halt jemanden gebraucht, der hinter mir steht, der einfach mal was mit mir macht, das hätte ich gebraucht, glaube ich [lacht verlegen]. Halt jemanden, auf den ich mich verlassen kann, wenn ich irgendwie Probleme habe. Ja, der was mit mir macht, wenn es mir schlecht geht. So was hätte ich voll gebraucht. Aber es hätte halt viel früher anfangen müssen, das ist halt das* (Anhang V, Z. 663-667).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass ein „stabiles Zuhause“ die problematischen Cannabiskonsumanten von denjenigen unterscheidet, die im Rahmen von jugendtypischem Probierkonsum zu Cannabis gelangen. Oder wie es Klient C zum Ausdruck brachte:

Klient C: *„... So gesehen... Für mich, also ich finde das Kiffen an sich ist in Ordnung, solange man sein Leben auf die Reihe kriegt, kann man ab und zu kiffen.“* (Anhang IV, Z. 106-107)

Die Forderung einer rechtzeitigen Frühintervention muss dementsprechend an der Familie orientiert sein und den jungen Menschen helfen, *„ihr Leben auf die Reihe zu kriegen.“* Denn es ist nicht der Cannabiskonsum allein, der das Problem darstellt, sondern es ist die verzweifelte Lage der Jugendlichen und ein Hilferuf, um einen Ausweg aus ihrer schwierigen Situation zu finden. Nicht nur eine frühzeitige Erkennung des Risikos in der Familie, genauso eine flexible, an den Bedürfnissen orientierte Intervention muss eingeleitet werden. Auch wenn die Umsetzung oft schwierig erscheint und die Jugendlichen an ihrer destruktiven Lebensführung trotz mehrmaliger Hilfsversuche festhalten, ist es trotzdem wichtig, sich vor Augen zu halten, was Kinder und Jugendliche brauchen. Sie brauchen jemanden, der *"hinter ihnen steht"*. Je früher dies geschieht, desto besser.

Ambulante Konsumreduktionsprogramme oder allgemeine Aufklärungsangebote greifen bei dieser Klientel nicht. Diese scheinen zwar auf den ersten Blick kostengünstiger und organisatorisch einfacher zu sein, bieten jedoch den Jugendlichen nicht das was sie brauchen, nämlich eine verlässliche, stabile Person, der sie sich mit ihren eigenen Problemen anvertrauen können. Indem erst allgemeine billigere Präventionsprogramme installiert

werden, wird die Zeit der Jugendlichen verschwendet, in der sie konstruktive Problemlösestrategien entwickeln können.

Die Aufgabe, wie dies praktisch umgesetzt werden soll, stellt eine Herausforderung für Schulen, Vereine, Medizin, Jugendhilfe und Gerichte dar. Diesen Institutionen fallen schwierige Familienverhältnisse oder Drogenkonsum als erstes auf. Die im theoretischen Teil aufgeführten Risiko- und Schutzfaktoren können als erste Orientierung bei der Früherkennung dienen. Vertiefte Kenntnisse der familiären Lebensumstände sind jedoch notwendig, um eine effektive Intervention einzuleiten. Defizite im sozialen Umfeld wie problematische Erziehungsstile, fehlende Wärme, Unterstützung und Aufsicht oder Suchtmittelabhängigkeit der Eltern können durch Resilienzen und weitere protektive Faktoren ausgeglichen werden. Die Erreichbarkeit von Drogen spielt auch eine wichtige Rolle. Da die oben aufgeführten Institutionen aus zeitlichen, aber auch aus fachlichen Gründen durch solche zusätzliche Aufgaben leicht überfordert werden, müssen zusätzliche Fachkräfte engagiert werden, die diese Aufgaben übernehmen. Frühinterventionsprogramme, die im Rahmen von Case Management arbeiten, können dies erleichtern.

Aus den oben aufgeführten Gründen sollte die Verbreitung und Implementierung von Projekten wie „Trampolin“ oder „INCANT“ die höchste Priorität haben. Um der Suchtentstehung entgegenzuwirken, sollten Programme der selektiven Prävention gezielt Bewältigungskompetenzen der Kinder, wie zum Beispiel Freude am Sport, künstlerische Aktivitäten und Einsicht über die Suchtproblematik der Eltern oder Beziehungskompetenzen, fördern.

Forderungen nach Frühintervention und selektiven Präventionsprogrammen wurde in der Fachliteratur oft gestellt. Trotzdem erscheinen sie für viele immer noch zu idealistisch, schwer umsetzbar und teuer. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bringen uns jedoch dazu, diese Forderung zu wiederholen und zu verstärken. Gut durchgeführte Frühintervention ist bei der Verhinderung des chronischen Cannabiskonsums im Jugendalter ausschlaggebend. Die frühzeitige Erkennung der Risikogruppen, effektive Interventionen und allgemeine Stärkung der Lebenskompetenzen für alle Familienmitglieder wirken sich positiv nicht nur auf die Suchtverhinderung aus, sondern helfen auch bei der Vorbeugung weiterer psychischer und physischer Probleme. In der Gesamtbetrachtung erscheint eine frühe Hilfe sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft effizienter als spätere medizinische Behandlungen und Maßnahmen der Sozialhilfe.

8. Zusammenfassung

Die Zielgruppe der Arbeit bildeten junge Cannabiskonsumenten, die in stationären Einrichtungen behandelt wurden. Im Rahmen der qualitativen Forschung wurden sechs junge Cannabiskonsumenten ausgewählt, mit denen problemzentrierte Interviews geführt wurden. Als Methode der Auswertung bot sich die „Grounded Theory“ nach Strauss an. Die Befragten kommen aus angespannten Familienverhältnissen, die einen erheblichen Stressfaktor für die jugendliche Entwicklung darstellten. Die Projekte der universellen Prävention veränderten das Konsumverhalten der Befragten nicht. Spezifische Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumenten waren der Gruppe nicht bekannt oder erzielten auf Grund der mangelnden Ressourcen keinen Erfolg. Ihre belastete Familiensituation stellt in der Auffassung der Jugendlichen das entscheidende Hindernis auf dem Weg zur Abstinenz dar. Präventions- und Frühinterventionsmaßnahmen sollen zunächst die Funktion und Ausprägung des Konsums identifizieren und bei chronischen Cannabiskonsumenten familienorientierte Maßnahmen durchführen. Der Cannabiskonsum ist dabei lediglich als Symptom der problematischen Lebenssituation zu verstehen. Dieser darf vom Hilfesystem nicht unterschätzt werden, sondern muss zusammen mit anderen Problemen behandelt werden.

9. Verzeichnis von Literatur, Quellen, Abbildungen

- Aden, A., Stolle, M., Thomasius, R. (2011). Cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diagnostik, Komorbidität und Behandlung. *SUCHT*, 57, S. 215-230.
- Barsch, G. (2005). *Neuer Start mit alter Power. Eine Einrichtung für Jugendliche mit problematischem Konsum legaler und illegaler Drogen*. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Baving, L. & Bilke, O. (2007). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bonnet, U., (2009). Cannabis. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F.M., Schneider, U. & Tossmann, H.P. (2004). AWMF-Leitlinie: *Cannabis-bezogene Störungen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 72, S. 318– 329.
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F.M., Schneider, U. & Tossmann, H.P. (2006). Cannabisbezogene Störungen. In: L.G.Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai & W. Gaebel (Hrsg.), *Evidenzbasierte Suchtmedizin*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln: BzGA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2011). *Suchtprävention*. <http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/suchtpraevention/> . [Zugriff: 22.2.2014].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.quit-the-shit.net/qts/start.do>. [Zugriff: 22.2.2014].

- Chambers, R.A. et al. (2003). Development neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*. 160, S1041-1052.
- Condrobs e.V. Einrichtung *easyContact House*
<http://www.condrobs.de/einrichtungen/muenchen/easycontact-house/> [Zugriff 11.9.2014]
- Condrobs e.V. Einrichtung *easyContact ISE*
<http://www.condrobs.de/einrichtungen/muenchen/easycontact-ise/> [Zugriff: 11.9.2014]
- Condrobs e.V. Einrichtung *Inizio*
<http://www.condrobs.de/einrichtungen/muenchen/inizio/> [Zugriff: 11.9.2014]
- Delphi Gesellschaft. (2008). <http://www.realize-it.org/index.php?id=41>. [Zugriff: 22.2.2014].
- Diekmann, A. (2007). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. http://www.akzept.org/newsletter/Aktionsplan%20BPA_ges.pdf. [Zugriff: 22.2.2014].
- Ebeling, H. et al. (1999). Smoking and drinking habits in Adolescence – links with psychiatric disturbance in the age of 8 years. *European Child- and Adolescent Psychiatry*. 8 (4) S. 68.76.
- Ecarius, J. et al. (2011). *Jugend und Sozialisation*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ehrenreich, H. et al. (1999). Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology*. 142, S. 259-301.
- Eikhoff, C., Zinnecker, J. (2000). *Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Elias, N. (1985). *Die Gesellschaft der Individuen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fachklinik Schlehreut. *Rehabilitationseinrichtung für suchtkranke Frauen und deren Kinder gGmbH* <http://juhi-freedom.de> [Zugriff: 11.9.2014]
- Felitti, V.J. (2003). Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 52: S. 547-559.

- Fend, H. (2005). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gantner, A. (2004). *Diagnostik und Therapie des Cannabismisbrauchs*. FDR Kongress 2004.
- Grob, A. (2007). Jugendalter. In: Hasselhorn, M., Schneider, W. *Handbuch der Entwicklungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grüsser, S. M., Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber.
- Haney, M., et al. (1999). Abstinence symptoms following oral THC administration to humans. *Psychopharmacol.* 141, S. 385-394.
- Haney, M., et al. (1999). Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. administration to humans. *Psychopharmacology.* 141, S. 395-404.
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J., Rohrbacher, H., Noack, R., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2011). *Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS-Programm (Therapeutische Praxis)*. Göttingen: Hogrefe.
- Höfler, M., Lieb, R., Perkonig, A., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94, S. 1679-1694.
- Horn W.-R. (2006). Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiver Substanzen. In: Stier, B., Weissenrieder, N. (Hrsg.) *Jugendmedizin, Gesundheit und Gesellschaft*. Heidelberg: Springer.
- Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2012). *Lebensphase Jugend*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kielholz, P., Ladewig D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Klein, M. (2003). Kinder Suchtkranker Eltern. Fakten, Risiken, Lösungen. In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.). *Familiengeheimnisse: Wenn Eltern suchtkrank sind und Kinder leiden*. Berlin.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten*

- Familien stärken. Das „Trampolin“ Programm.* Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kolip, P. (2008). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, S28-35.
- Konrad, K., Firk, C., Uhlhaas, P. J. (2013). Hirnentwicklung in der Adoleszenz. Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase. *Deutsches Ärzteblatt*, 110,25,S. 425-431.
- Körkel, J. & GK Quest (2005). *Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)*. Teilnehmerhandbuch und Trainermanual. Heidelberg: GK Quest Akademie.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995-2009. *SUCHT*, 56, S. 16-S25.
- Künzel-Böhmer J., Bühringer G. & Janik-Konecny T. (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs*. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 20. Baden-Baden: Nomos.
- Laging, M. (2005). Assesment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. *Prävention*, 28, S. 9-12.
- Laging, M. (2009). Früherkennung. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- LWL-Koordinationsstelle Sucht. FreD. <http://www.lwl.org/FreD/> [Zugriff: 22.2.2014].
- LWL-Koordinationsstelle Sucht. <http://www.lwl.org/FreD/praxis-projekte/bundesmodellprojekt-fred>. [Zugriff: 22.2.2014].
- Möller, C. (2007). *Jugend Sucht. Ehemals Drogenabhängige berichten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, C. (2009). Frühintervention. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Möller, C. (2009). Stationäre und ambulante Therapieangebote für drogenabhängige Jugendliche. In: Möller, C- (Hrsg.). *Drogenmissbrauch im Jugendalter – Ursachen und Auswirkungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, C., Thoms, E. (2009). Therapiestation „Teen Spirit Island“ In: Thomasius, R.,

- Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Olbrich, E. (1984). Jugendalter – Zeit der Krise oder der produktiven Anpassung? In: Olbrich, E., Todt, E. (Hrsg.). *Probleme des Jugendalters*. Berlin: Springer.
- Palentien, C. (1997). *Jugend und Stress. Ursachen, Entstehung und Bewältigung*. Berlin/Neuwied: Luchterhand.
- Palentien, C., Harring, M., (2010). Jugendliches Risikoverhalten, Drogenkonsum und Peers. In: Harring, M. (Hrsg.). *Freundschaften, Cliques und Jugendkulturen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Perkonig, A. et al. (1999). Patterns of Cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 94, S. 1663-1678.
- Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2007). Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Drogensituation 20 *Deutschland: neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen* 06/2007. München: DBDD.
- Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2012). *Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD Deutschland: Drogensituation 2011/2012*. München: IFT Institut.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Simon, R. (2008). Cannabisbezogene Störungen – Neue Ansätze in Prävention und Behandlung. *SUCHT*. 54, S229-233.
- Pope, H.G. Jr, Gruber, A.J., Hudson, J. I., Huestis, M.A., Cohane, G. & Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependency*, 69, S. 303– 10.
- Quensel, S. (2010). *Das Elend der Suchtprävention. Analyse-Kritik-Alternative*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reinders, H. (2012). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. München: Oldenbourg Verlag.
- Reis, O., Baldus, C., <http://www.canstop.med.uni-rostock.de/>. [Zugriff: 22.2.2014].
- Rothgang, G. (2009). *Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schlanstedt, G., Schu, M. (2002). *easyContact Abschlussbericht zur wissenschaftlichen Begleitung und Beratung im Auftrag von Condrobs e.V.* Köln: FOGS.
- Schlieckau, J. (2011). *Jugendliche mit Cannabis-bezogenen und komorbiden Störungen. Ein*

klinischer Beitrag zur Risikodiskussion. München: GRIN Verlag.

- Schlieckau, J., (2009). Pädagogische Ansätze in der Postakutbehandlung. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, M. (2007). Cannabis in der Pubertät. Erkenntnisse aus tierexperimentellen Untersuchungen und Humanstudien. In: Mann, K., Havemann-Reinecke, U. Raphael Gaßmann (Hrsg.). *Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends-Grundlagen-Maßnahmen.* Freiburg im Briesgau: Lambertus.
- Schulz, E., Remmschmidt, H. (1999). Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes und Jugendalter: neue Befunde der Forschung. *Deutsches Ärzteblatt* 96 (7) S. 414-418.
- Sheer, A.J. Et al. (2009). Interests in marijuana treatment programs among teenage smokers and nonsmokers. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 37: S. 421-425.
- Silbereisen, R.K., Reese, A. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegaler Drogen und Alkohol. In: Raithel J. (Hrsg.) *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher: Formen, Erklärung, Prävention.* Opladen: Leske und Budrich Verlag.
- Simon, R. (2005). Behandlungsangebot und-nachfrage bei cannabisbezogenen Störungen. Straßburg: Deutsch französische Tagung „*Cannabis, Prävention, Behandlung, Politik*“.
- Simon, R., Kraus, L. (2008). Has treatment demand for cannabisrelated disorders increased in Germany? In: Sznitman, S.R. Olsson, B. & Room R.(Eds.). *A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe* (EMCDDA Monograph 8, II). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühriner, G., Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland.* München: IFT.
- Stolle, M., Sack, P. m., Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt.* 104, S. 2061-2070.
- Stolle, M., Thomasius, R., (2009). Akutbehandlung. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Schattauer.
- Sydow, K. et al. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four

years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependency*, 64, S. 347-461).

Tenorth, H., Tippelt, R. (2007). *Lexikon Pädagogik*. Weinheim und Basel: Beltz.

Thomasius, R. (2005). Cannabismisbrauch und -abhängigkeit erkennen und behandeln. Die Folgen regelmäßigen Konsums werden oft unterschätzt. *Sucht Aktuell*. 15, S. 41-48.

Thomasius, R., Stolle, M., (2009). Postakutbehandlung. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. *Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M., Petersen K.U. (2009). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und Jungen Erwachsenen. *Psychotherapeut*. 54, S. 170-178.

Tossmann, P. et al. (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei Cannabisbezogenen Störungen. *SUCHT*. 58: S. 157-166.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2010). *World Drug Report 2010*. Wien: UNODC.

White, H.R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2001). Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, S. 210-218.

Winters, K. C. (2001). Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art. In: Monti, P.M. Colby, S.M. & O'Leary, T.A.(Ed.). *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions*. New York, London: Guilford Press.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz.

Wolin, S., Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substanz-abusing families. *Substanze Abuse*, 42, S. 415-429.

Zukunftsbau GmbH. <http://www.jugendprojekt-move.de/index/349/>. [Zugriff: 22.2.2014].

Abbildungen:

Abbildung 3/1: Trend für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 12- bis 17-jährige Jugendliche insgesamt von 1993 bis 2011 (Quelle: Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung, 2011)

Abbildung 3/2: Trend für vier Indikatoren des Cannabiskonsums für 18- bis 25-jährige Jugendliche insgesamt von 1993 bis 2011 (Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011)

Versicherung selbständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Anhang I: Interviewleitfaden

1) Basisinformationen (ohne Tonaufnahme)

- Hinweis auf Anonymität, Vertraulichkeit und Tonaufnahme.
- Das Thema des Interviews wird erklärt.
- Ermutigung zum Nachfragen falls etwas unverständlich wird.
- Eckdaten des Befragten:
 - Alter
 - Dauer des Aufenthalts in jetziger Einrichtung
 - Momentane Befindlichkeit

2) Persönliche Daten, Konsumverlauf

- Wo kommst du her? Welche Schulen hast du besucht? Wie ging es dir dort?
- Wie würdest du deine Familiensituation beschreiben?
- Wann hast du zum ersten Mal Zigaretten geraucht? Wann hast du angefangen regelmäßig zu rauchen? Wie viele Zigaretten pro Tag rauchst du jetzt?
- Wann warst du zum ersten Mal betrunken? Wie oft hast du dann getrunken?
- Wann hast du mit Kiffen angefangen? Wie war es für dich?
- Kannst du beschreiben wie sich dein Konsum entwickelt hat? (Häufigkeit, Menge, Wirkung)
- Was hat damals Kiffen für dich bedeutet?
- Wie stehst du jetzt zum Kiffen? (Willst du aufhören?)
- Was für andere Substanzen hast du noch ausprobiert? Wie oft hast du diese genommen?

3) Erfahrungen mit Behandlungsangeboten

- Hat dir das Kiffen irgendwann Probleme gemacht? (Zu Hause, in der Schule...?) Wenn ja, was waren das für Probleme?
- Hast du schon vor der Aufnahme in diese Einrichtung versucht vom Kiffen weg zu kommen? Wenn ja wie? (Freiwillig, Erzwungen, alleine, spezielle Angebote) Wie alt warst du? Mit welcher Wirkung? Hast du versucht zu reduzieren?

- Wie hast du dich dort als Kiffer gefühlt? Was haben die anderen von dir als Kiffer gehalten?
- Kennst du irgendwelche Angebote, die für THC-Konsumenten spezialisiert sind? Wenn ja welche und was hältst du davon?

4) Zusammenleben mit Konsumenten anderer Substanzen

- Weißt du von den Anderen welche Substanzen sie konsumiert haben?
- Wie findest du das Zusammenwohnen mit anderen Mitbewohner, die härtere Substanzen als du konsumiert haben? Was für positive und negative Effekte siehst du?
- Wie gut aufgehoben fühlst du dich hier insgesamt?
- Zusammenleben bei den anderen Einrichtungen oder Entgiftung.

5.) Bedürfnisse auf dem Weg zur Abstinenz

- Wenn du zurückschaust auf die Zeit vor der Aufnahme in die stationäre Einrichtung, was hätte dir deiner Meinung nach besser oder schneller geholfen aus dem Konsum auszusteigen?
- Was für Gründe siehst du dafür, dass du dich nicht schon früher mit deinem Konsum auseinandergesetzt hast?
- Was macht es jetzt schwierig?

6) Ergänzungen

- Möchtest du noch etwas ergänzen?

Anhang II: Transkription Klient A

Aufnahmetag, -beginn: 21.2.2014, 10:30 Uhr

Aufnahmeort: Therapeutische Wohngemeinschaft Inizio, großer Besprechungsraum.

Interviewdauer: 30 Minuten

Geschlecht: männlich

Alter: 19

Aktuelle Wohnsituation: Klient A wohnt seit vier Monaten in der therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio.

Gesprächsatmosphäre: Klient A war freundlich jedoch distanziert. Er ist nicht richtig in einen Erzählfluss gekommen und war bei manchen Themen relativ kurz angebunden.

Aktuelles Befinden: Klient A äußerte sich, dass er in der letzten Zeit ziemlich gleichgültig sei.

Interviewer: An Anfang würde ich gerne etwas wissen über die Situation bevor du zu Inizio gekommen bist. Also, wo kommst du her?

Klient A: Ich bin geboren und erstmal aufgewachsen in München, dann ab 13, ab meinem 13 Lebensjahr bin ich in Gilching groß geworden. Das ist ein Vorort von München.

5 **Interviewer:** Okay. Was für Schulen hast du besucht?

Klient A: Grundschule... (lachen).

Interviewer: Klar (lachen).

Klient A: Dann war ich zwei Jahre auf der Hauptschule. Und für, ab der siebten Klasse war ich auf der Wirtschaftsschule und ich habe vier verschiedene Wirtschaftsschulen besucht.

10 **Interviewer:** Vier verschiedene Wirtschaftsschulen.

Klient A: Mh.

Interviewer: In München dann?

Klient A: Drei davon in München, eine in Weilheim.

Interviewer: Okay. Was war der Grund für den Wechsel.

15 **Klient A:** Bei der ersten Schule da habe ich mich öfters mit Schulkollegen geprügelt, bei der zweiten Schule habe ich es drauf angelegt, ich hab nie meine Hausaufgaben gemacht, hab dann noch nie die Nacharbeiten gemacht. Bei der dritten Schule war es halt wieder Prügel und die vierte Schule habe ich dann erfolgreich absolviert.

Interviewer: Okay. Okay. Könntest du kurz deine Familiensituation beschreiben.

20 **Klient A:** Ja also, meine Familiensituation ist vollkommen für den Arsch. Ich hab eine riesengroße Patchwork Familie mit Einflüssen von hier, mit Einflüssen von da, meine Mutter ist starke Alkoholikerin, meine Mutter hat vier Söhne, wovon zwei von selben Mann, alle andere sind von anderen Männern. Dann habe ich noch zwei Schwester, die noch von meinem Vater mit dazu gekommen sind. Ich hab mit allen nicht so guten Kontakt. Und derzeit auch die Entscheidung, dass
25 ich mich, dass ich für die nächsten Paar Jahre generell gar keinen Kontakt haben möchte.

Interviewer: Und die sind nicht in München.

Klient A: Die sind vollkommen verteilt, also meine Mutter switcht zwischen meinem Vater und Stiefvater hin und her, mein Vater wohnt in Gilching draußen, mein Stiefvater in München, alle meine Brüder wohnen hier in München, alle meine Schwester wohnen in Vororten von München.

30 **Interviewer:** Also du wünschst dir jetzt gar kein Kontakt zu denen.

Klient A: Nein, derzeit nicht.

Interviewer: Gut. Jetzt kommen zu deinem Konsum. Rauchst du Zigaretten?

Klient A: Ja.

Interviewer: Wann hast du zum ersten Mal geraucht?

35 **Klient A:** Mit 15.

Interviewer: 15. Wann hast du dann mit dem regelmäßigen Rauchen angefangen.

Klient A: Zigaretten? 15.

Interviewer: Gleich. Und jetzt rauchst du wie viele so ungefähr?

Klient A: Jetzt rauche ich 10 bis 15 Zigaretten am Tag.

40 **Interviewer:** Okay. Okay. Wie stehst du zu Alkohol.

Klient A: Alkohol, nein.

Interviewer: Nein.

Klient A: Also es gibt so Momente wo ich mal was trinke, aber dass sind so zwei oder drei Bier an einem Abend. Und allein das reicht mir schon wieder. Ich habe eine sehr starke Abneigung

45 gegenüber stark betrunkenen Menschen, beziehungsweise Alkoholikern.

Interviewer: Wars du schon Mal betrunken?

Klient A: Ja.

Interviewer: Wie alt warst du da so ungefähr?

Klient A: Richtig betrunken war ich mit 14 zum ersten Mal.

50 **Interviewer:** Okay. Aber du würdest sagen, du bist kein regelmäßiger Alkoholtrinker.

Klient A: Nein.

Interviewer: Du lehnt es eher ab. Okay. Da kommen wir jetzt zum Kiffen. Wann hast du mit Kiffen angefangen?

Klient A: Mit 15.

55 **Interviewer:** Mit 15. Wie war es für dich.

Klient A: Der erste Konsum, also es war wunderbar. Es war sehr wunderbar. ... Sehr viel ruhe, die sich eingestellt hat, plötzlich könntest du sofort entspannen. Alle die Geschehnisse, die um mich herum passierten waren einfach egal. Oder nicht nur mal Egal, aber du wars einfach Mal so glücklich damit wie es war. Und du hattest.. den ganzen Stress, den man in sich hatte ist sofort Weg

60 gewesen.

Interviewer: Okay. Das versteht sich dann selbstverständlich, dass du dann weiter gemacht hast.

Klient A: Anfangs nicht regelmäßig, eher noch ganz selten. So das ging dann alles bis 17. Mit 17 wurde es bisschen mehr.

Interviewer: Was bedeutet bisschen mehr?

65 **Klient A:** Bisschen mehr heißt im Monat so ein, zwei Joints. Und mit 18 ging es dann wirklich los, mit dem täglichen Konsum, mehrere Joints am Tag oder auch mehrere Töpfe am Tag.

Interviewer: Kannst du dich dran erinnern was der Anlass dazu war, dass es dann plötzlich so viel war?

Klient A: Zum Mal der Freundeskreis, mit denen ich, den ich mich seit ich 18 war ausgesucht hatte, 70 hat da mitgespielt. Aber eher wichtiger war, dass mir in diesen Momenten einfach bewusst wurde, dass ich glücklich war. Ich war wirklich glücklich, also jetzt egal was passiert ist, ich konnte damit leben, egal wie schlimm auch eine Situation war ich konnte es in dem Sinne in Einführungszeichen bearbeiten. Und da ist mir dann bewusst geworden, dass das Kiffen mich komplett macht. In meinem Kopf herrschte ständiger Krieg von meinen ganzen Egos, weil viele so widersprüchlich

75 sind, dass ich mich bis zu dem Zeitpunkt einfach nicht in mir selber auf gleiche Ebene unterhalten konnte.

Interviewer: Zwischen deinen Egos hast du gesagt.

Klient A: Ja, zwischen meinen Egos. Sie haben sich angeschrien, die haben einfach nur gestritten. Und mit diesem Konsum ist eine Ruhe reingekommen. Und es konnten alle miteinander reden, ohne

80 sofort aufeinander loszugehen, und das war ausschlaggebend für mich, wo ich mir dann gedacht hab, das macht mich komplett.

Interviewer: Du meinst mit den Freunden, nein mit den Egos, Entschuldigung.

Klient A: Ich kam mit mir selber besser klar.

Interviewer: Mh. Verstehe. Verstehe. Also welche Menge hast du dann geraucht zu der Zeit? Du

85 hast gesagt mehrere Joints.

Klient A: Es waren zwar mehrere Joints aber ich war immer sparsam, also es hat sich so auf ein bis einundhalb Gramm am Tag wenn es hochkommt mal gerichtet. Das war auch mal, wenn es knapp war, konnte ich mir auch ein Gramm auf drei Tage aufteilen.

Interviewer: Mh. Wie stehst du eigentlich denn jetzt zum Kiffen?

90 **Klient A:** Wie ich jetzt zum Kiffen stehe? Sagen wir so, so lange ich hier drin bin bei Inizio, also ich bin hier vollkommen freiwillig, so lange ich hier drin bin, konsumiere ich nicht, ich will an mir arbeiten, es gibt Sachen an mir, die müssen bearbeitet werden und die kann ich unter Drogeneinfluss nicht bearbeiten und die Einstellung danach ist aber, dass ich dann weiterhin kiffen werde.

95 **Interviewer:** Okay. Also dein Plan ist das hier bis zum Ende zu ziehen, keine Ahnung wie lange ist das denn.

Klient A: Ich hab mir selber mal angesetzt bis November, dass ich bis November hier bleibe und.. Ja.

Interviewer: Und dann willst du weiter konsumieren.

100 **Klient A:** Und dann werde ich erstmals schauen ob ich weiterhin hier bleiben möchte, oder ob ich in meiner alte WG zurück ziehe. Weil ich wohne nicht mehr zu Hause, ich wohne hier in München in einer WG, ob ich dahin wieder zurück ziehe.

Interviewer: Mit deinen Freunden in einer WG.

Klient A: Nicht Freunde, Bekannte, die ich Mal kennen gelernt habe und ...

105 **Interviewer:** Aber nichts organisiertes.

Klient A: Nein, ich bin dann einfach dazu gekommen.

Interviewer: Okay. Hast du dann vor auch genauso viel zu konsumieren wie vorher.

Klient A: Darüber mache ich mir keine Gedanken.

Interviewer: Jetzt denkst du nicht darüber nach.

110 **Klient A:** Je stärker ich drüber nachdenke, desto mehr denke ich mich rein, das würde aber fehl am Platz.

Interviewer: Okay. Gut. Was für andere Substanzen hast du sonst so ausprobiert?

Klient A: ... Es war letztes Jahr im Frühling habe ich angefangen Partydrogen zu nehmen, also Speed, LSD, MDMA und MDA. Und anfangs war es noch richtig geil, das waren alles neue Sachen, aber dann hat sich nochmal eingestellt, dass ich bei MDMA und MDA, da verspürt man so ein Glück, so ein richtiges Glücksgefühl und davon konnte ich nicht genug bekommen und das ist auch der eigentlicher Grund warum ich hier bin, weil daran bin ich zu Gründe gegangen. Das hat meine Psyche nochmal zurück gesetzt als wäre ich 12 und ich hatte angefangen seit dem ich 18 war, von 18 bis 19 habe ich angefangen von meiner Familie weg zu denken, meine Ketten zu sprengen
115 und anders über Sachen zudenken, andres an Sachen ranzugehen und ich wurde zufriedener auch mit mir selber, wie ich in meinem Verhalten war und das hat mich einfach noch ein Paar Jahre zurück gesetzt. Über Monate, über zwei, drei Monate hinweg ... über zwei drei Monate starken Konsum habe ich es einfach vom alter von 12 oder 13 zurückgesetzt. Dann hatte ich Mal ein richtig beschissenes Partywochenende, was mich dazu gebracht hat, dass ich sogar ein Suizidversuch vor
120 hatte, als, ich hab mich dann dagegen entschieden, und als ich dann langsam wieder zu mir kam, habe ich mich dazu entschieden, eine Therapie zu machen, weil es nicht so weiter gehen kann. Ich hab gemerkt, ich konnte nicht genug kriegen, selbst wenn ich nicht wollte, habe ich es gemacht und dass ist ein Zustand, den ich nicht tragen kann. Und..ja. Somit habe ich mich dann dazu entschieden hier zu Inizio zu kommen. Da zu dem Zeitpunkt habe ich noch zu Hause gewohnt, habe
125 ich dann zu meiner Entscheidung hin, bin ich am nächsten Tag ausgezogen, konnte in die WG da einziehen, hab seit dem Tag, ich glaub das war im August, ja das war Anfang August habe ich keine harten Drogen mehr genommen. Ich hab zwar zu der Zeit noch gekiff, aber das habe ich zwei Wochen bevor ich hier eingezogen bin auch eingestellt.

Interviewer: Okay. Okay. Wie viel hast du da konsumiert, von MDMA in der Zeit wo es so heftig

135 war.

Klient A: Also bei MDMA kann ich es nicht sagen, ich kann es nur bei MDA sagen und wesentlich stärkeres Zeug, aber davon habe ich leider dann auch alle zwei oder drei tage eine Pille genommen und bei den acht Stunden dann hatte ich einen Film.

Interviewer: Okay. Also nicht nur an Wochenenden bei Parties, sondern auch...

140 **Klient A:**Nein, nein, auch unter der Woche.

Interviewer: Bist dann noch in die Schule gegangen?

Klient A: Schule und Arbeit.

Interviewer: Arbeit, was hast du gearbeitet noch?

Klient A: KFZ-Mechatroniker. Eine Ausbildung gemacht.

145 **Interviewer:** Da warst du nicht mehr in der Wirtschaftsschule, da warst du in einer Ausbildung.

Klient A: Da war ich schon in der Ausbildung, ja.

Interviewer: Okay. Gut. Hast du die Ausbildung fertig gemacht?

Klient A: Nein. Ich hab zwei Ausbildungen angefangen, die erst war eine Schlosserausbildung, die ich bis zur half durchgezogen habe bis mein Vater mich dann drum gebetet hatte ins eine

150 Autowerkstatt zu arbeiten, weil der einen Nachfolger haben wollte, und ich hab mir Erstmal nur gedacht, wie geil, ich kann irgendwann eine eigene Autowerkstatt haben, Zukunft ist gesichert.

Worüber ich nicht nachgedacht habe und worüber ich hätte nachdenken sollen war, ich gehe in mein altes Verhältnis zu meinem Vater zurück und ich bin dann wieder in den Familienverhältnissen angespannt, dann... Es hat dann auch dazu beigetragen, dass ich dann überhaupt mit dem Konsum

155 von harten Drogen angefangen hab.

Interviewer: Okay. Also du hast ein Hauptschulabschluss... (*unterbrochen*)

Klient A: Mittlere Reife

Interviewer: ... und dann die Ausbildung aber abgebrochen. Gut. Danke. Hast du dann schon, du hast drüber gesprochen, dass dir, Extasy und so Probleme gemacht hat, dass du gemerkt hast, dass

160 es einfach zu viel für dich ist. Hattest du so ein Gefühl auch beim Kiffen irgendwann?

Klient A: ... Ja. Das Gefühl hat sich manchmal auch bei Kiffen eingestellt. Das war dann so nach zwei oder dreimonatigem Konsum, also ich bin während der Zeit in die Arbeit gegangen, in die Schule gegangen, ich konnte meine Arbeit verrichten, ich hab meine Schule auch ganz gut gemacht. Aber nach zwei oder drei Monaten kam dann immer so ein Gefühl, jetzt fährt sich es langsam aus.

165 Jetzt brauche ich zu viel, jetzt müsste ich viel mehr nehmen um den selben Effekt wie vor zwei Monaten zu haben ich werde viel träger und das waren auch immer so Zeiten, wo ich dann ein Monat Pause gemacht habe. Das heißt, bei dem Kiffen konnte ich es regulieren, da wusste ich wann es zu viel ist, wann ich Mal Pause machen muss.

Interviewer: Wie hast du das geschafft?

170 **Klient A:** Willenskraft. Einfach nur Willenskraft, einfach bloß die Gedanken im Kopf festsetzen, was passiert, wenn ich jetzt weiter mache. Ich stehe in der früh auf und hab kein Bock in die Arbeit zu gehen, wenn ich weiter machen würde, stehe ich in der früh auf, hab kein Bock in die Arbeit zu gehen, der einzige Antrieb, den ich noch habe ist nach der Arbeit nach Hause zu kommen und dann weiter zu kiffen. Alles was ich mache ist von A nach B zu fahren, damit ich mich mein Zeug

175 organisiere, darauf habe ich gerade kein Bock. Des weiterem es ist auch noch einfach, Nein, es war schon im großem und ganzem.

Interviewer: Also du hast keine ... im Internet nichts gelesen, gar kein Hilfeangebot in Anspruch genommen.

Klient A: Nein, das war immer einfach der Gedanke Pause zu machen, es ist gerade bisschen zu

180 viel, wenn ich jetzt so weiter mache, werde ich für die zwei drei Wochen in der Arbeit einfach schwanzeln und das ist nicht das Ziel was ich versuche zu erreichen.

Interviewer: Okay. Verstanden. Wurde dir auch etwas erzwungen. Irgendeine Maßnahme, Arrest, musstest du Urinkontrollen abgeben?

Klient A: Nein, ich bin nie in meiner gesamten Konsumzeit nie mit der Polizei in Kontakt

185 gekommen, obwohl ich konsumiert Auto gefahren bin.

Interviewer: Jugendamt, war da irgendwann im Spiel bei dir?

Klient A:Nein. Ne.

Interviewer: Ne, in deiner Familie auch nichts.

Klient A: (*Kopfschütteln*)

190 **Interviewer:** Kennst du irgendwelche spezialisierte Angebote für THC Konsumenten?

Klient A: Nee.

Interviewer: Das sag dir nichts.

Klient A: Ich kenne nur das hier. Das ist meine erste Therapie.

Interviewer: Okay. Auch ambulant kennst du nichts, Candis oder...

195 **Klient A:** Nein, nie gehört.

Interviewer: Okay. Hier bei Inizio wohnen ja auch Jugendliche, die hierhin wegen Konsum von verschiedenen Substanzen gekommen sind. Weiß du von den anderen, welche Substanzen sie konsumiert haben.

Klient A: Mh.

200 **Interviewer:** Ja? Was ist das denn so grade?

Klient A: Es gibt hier jemanden, der Crystalmeth konsumiert hatte, dann ziemlich viele Polytoxe, dann noch welche, die nur auf MDMA oder Extasy durchs Leben geschritten sind, auch eine Opiumabhängige.

Interviewer: Okay. Wie findest du das Zusammenleben mit anderen, die auch härtere Sachen als du probiert haben?

205 **Klient A:** Also ich sag mal so, derzeit ist eine sehr harmonische Gruppe hier im Haus, die noch freundlich miteinander umgeht, das trägt auch dazu bei, dass derzeit auch eine starke Cleanhaltung im Haus ist, was die Harmonie fördert, es gibt aber auch einfach Momente, wo man sich denkt, hey, die reagieren gerade wie zwölfjährige oder wie ein sechsjähriger und ich hab ein starkes Problem damit, weil ich bin, ich habe das Laster, dass ich bewerte und zwar sehr gerne abwerte und wenn ich dann versuche mit jemanden auf der erwachsenen Ebene zu kommunizieren und die einfach daran beharren in der Kind-ebene zu bleiben, rutsche ich unglaublich schnell in die Elterliche ebene ab und damit werte ich ab und das ist eine Sache, die mir manchmal selber nicht gefällt, schlimmeres ist, dass es halt genauso aufgenommen wird, wie es gemeint ist, nämlich böse.

215 **Interviewer:** Denkst du, dass sie sich so verhalten auf Grund dessen was sie konsumiert haben?

Klient A: ... Ja. Es ist auch damit verbunden, dass auch viele durch ihren Konsum die Probleme, die sie hatten und niemals bewältigt haben aber einfach nur mit Konsum erstickt haben. Und somit unglaublich wenig Entwicklung voran gegangen ist. Das ist eine Auslegung von Drogenkonsum, es gibt auch Leute, die hier ... sehr weit in ihrer Entwicklung sind, aber auch sehr viel darüber

220 nachdenken, aber genau das ist was sie fickt im Kopf.

Interviewer: Was siehst du Grundsätzlich für positive und negative Effekte darin für deine Abstinenzentwicklung?

Klient A: Für meine Abstinenzentwicklung?

Interviewer: Mh. Eben im Vergleich zu den anderen, also wenn du dich mit den anderen Mitbewohner vergleichst, die etwas härteres konsumiert haben.

Klient A: ... Ich verstehe die Frage nicht ganz.

Interviewer: Mh. Du weißt, dass auch die anderen härtere Sachen konsumiert haben. Wie... also kannst du daraus etwas lernen für dich? Und was? Und gibt es auch etwas negatives, sozusagen, was dir das schwieriger macht sich mit deinem Konsum auseinanderzusetzen?

230 **Klient A:** Also, ja ich kann was draus lernen, und es ist nämlich das, dass man in diesem Kontakt mit diesen Menschen unglaublich feinfühlig sein muss, unglaublich bedacht was man sagt und wie man es sagt. Und hier drin, kriegst du dann trotzdem noch eine Retourkutsche deswegen, doch mit meinen Freunden draußen ist der Kontakt wesentlich anders mittlerweile. Denn sowie ich hier versuche, die Leute hier zu überzeugen, versuche ich es mittlerweile auch draußen und das

235 funktioniert. Also im sozialem Kontakt mit Leuten, die ... es klingt jetzt hart, aber die nicht das geistige Level von einem zwölfjährigen haben ist das eine Argumentation, oder eine Art zu argumentieren oder überzeugen, die gut funktioniert und auch harmonisch funktioniert. Zu dem erkenne ich auch im sozialem Bereich zusammenhänge, die mir davor nicht , die ich davor nicht gesehen habe, was auch sehr hilfreich ist. Was mich stört, ist es hier dass wenn du dich hier
240 durchsetzten möchtest, wirklich, es führt kein anderer Weg daran vorbei, dass du streitest mit den Leuten, oder du stellst dich einfach über sie. Aber so oder so ist es kein harmonisches Miteinander und das ist das was mich stört, weil ich unglaublich Harmonie bedürftig bin.

Interviewer: Was denkst du, wie sehen dich die anderen als Kiffer?

Klient A: Als Kiffer?

245 **Interviewer:** Mh. Was halten sie von dir?

Klient A: Darüber mache ich mir echt keine Gedanken.

Interviewer: Es spielt keine Rolle.

Klient A: Nein.

Interviewer: Fühlst du dich hier aber insgesamt gut aufgehoben?

250 **Klient A:** Es gibt hier gerade Leute, mit denen ich sehr gut auskomme. Und ich bin auch ... sehr ist übertrieben, aber ziemlich zufrieden mit der ... mit den Therapeutischen Maßnahmen hier. Sei es in den therapeutischen Einzelgesprächen mit deinem Betreuer hat man also, da kann man sich sehr viel rausnehmen, wenn man sich dazu entschieden hat Therapie zu machen und offen ist, ehrlich ist und einfach seine Themen bearbeiten will. Dann lässt sich hier viel viel rausholen. Wer sich
255 natürlich querstellt, dass ist eine andere Sache.

Interviewer: Verstehe. Jetzt würde ich nur noch gerne wissen, was dir deiner Meinung nach vielleicht noch besser geholfen hätte. Also wenn du zurückschaust auf die Zeit vor der Aufnahme hier bei Inizio, was hätte dir deiner Meinung nach besser oder schneller geholfen?

260 **Klient A:** Charakterförderliche Erziehung von meinen Eltern, mir nicht einprägen, dass ich alleine nicht sehr viel kann, mir nicht einprägen, dass alles was ich mache einfach Bullshit ist oder dass es zu nichts führt. Einfach ein schöneres Gefühl daheim hätte unglaublich viel geholfen.

Interviewer: Also das hätte dir wahrscheinlich geholfen mit dem Konsum gar nicht anzufangen, oder? Oder nicht so ...

265 **Klient A:** Gar nicht anzufangen, kann ich nicht sagen, das kann ich gar nicht sagen. Aber es hätte auf jeden Fall geholfen einen anderen Menschen aus mir zu machen.

Interviewer: Mh. Mh. Wenn wir jetzt die Familiensituation so lassen wie sie ist? Was könntest du dir noch vorstellen was für Angebote oder ... Wie könntest du einfach abstinent werden oder hier stationär sein zu müssen?

Klient A: ...

270 **Interviewer:** Es kann auch sein, dass es für dich der Weg ist...

Klient A: ... Mh. Ich sehe gerade in meinen Gedanken nichts was dafür Wert wäre.

Interviewer: Was für Gründe siehst du dafür, dass du dich nicht schon früher mit deinem Konsum auseinandergesetzt hast? Du hast gesagt, du hast schon eigentlich mit 15 angefangen...
(unterbrochen)

275 **Klient A:** Ich war zufrieden mit meinem Konsum, ich hab funktioniert, ich konnte funktionieren. Ich hab den Konsum niemals auf die höchste Stelle gesetzt. Ich hab zwar immer konsumiert, aber ich hab ihn niemals auf die erste Stelle gesetzt. Denn es waren mir einfach viele Sachen wichtiger, zumal sind es, es ist einmal Freundschaft, denn ich hab zwar Familie, aber ich zähle sie nicht zur Familie und deswegen habe ich mir in meinen Freunden meine Familie gesucht und das ist für mich
280 das höchste Gut. Es war für mich auch, wo ich dann das Kiffen angefangen habe und dann auch mit der, also nicht angefangen, sondern wo ich dann im harten, nicht im harten sondern im starken Konsum war mit dem THC hab ich dann auch für mich selber gesagt, dass Lügen und betrügen keine Option mehr ist, denn das ist das was ich in meiner Familie gelernt habe, Lügen und Betrügen, damit man durchkommt, hab dann ziemlich schnell merken dürfen, dass es im

285 Freundschaftskreis einfach nicht, nicht angebracht ist, wenn die Leute ehrlich und offen zu dir sind, dass du dich verschließt und .. einfach ein anderes Bild von dir zeigst und das zeigt man sich auch nicht selber man belügt sich nur selbst. Und hab dann auch Ehrlichkeit und Offenheit als zwei meiner höchsten werte angesetzt und die Standen immer über dem Konsum.

Interviewer: Und das ist auch der Grund warum du jetzt sagst, warum du nach Inizio weiter kiffen willst.

Klient A: Ich werde nach Inizio höchstwahrscheinlich weiter kiffen, ja.

Interviewer: Du hast auch hier keine Gründe für dich erkannt warum du aufhören sollst.

Klient A: Jetzt hier habe ich Gründe für mich, jetzt hier sind das, es ist der Grund..

Interviewer: Langfristig habe ich gemeint...

295 **Klient A:** Ach so langfristig. Bis jetzt noch nicht, nein. Vielleicht wird es irgendwann Grunde geben, die mich dazu bringen, aber bisher habe ich hier noch keinen Gefunden. Einer der wenigen Gründen wo ich das Kiffen aufhören würde, das wäre für meine Familie. Also nicht für meine jetzige Familie, aber für die Familie, die ich mir gründen werde. Das wäre ein Grund mit dem Kiffen aufzuhören.

300 **Interviewer:** Verstehe. Okay. Haben wir jetzt noch etwas nicht erwähnt was deiner Meinung nach wichtig ist?

Klient A: ...

Interviewer: Zum Cannabiskonsum und zu den Erfahrungen.

305 **Klient A:** ... Also vielleicht ganz wichtig ist, ich war süchtig auf jeden Fall, es ist nicht zu bestreiten, ich war süchtig und das steht auch fest. Das ist noch das was man dazu sagen kann.

Interviewer: Und jetzt bist du nicht mehr.

Klient A: Jetzt hier nicht. Ich habe Erstmals ein Entzug. Ich bin jetzt seit fünf Monaten vollkommen clean und bisher fahre ich damit auch ganz gut und es ist auch wichtig, ich will damit auch so fahren, weil wie Anfangs schon erwähnt, man kann nur im nüchternen Zustand an sich arbeiten, 310 dass es auch wirklich bleibt.

Interviewer: Hast du eigentlich eine Entgiftung gemacht? Bevor du hier eingezogen bist?

Klient A: Ich hab, bevor ich hier eingezogen bin, hab ich damit aufgehört frühzeitig, dass ich hier ohne Entgiftung einziehen kann.

Interviewer: Also du hast eine cleane Urinkontrolle abgegeben, dass hat gereicht. Verstanden, also 315 du wurdest auch nie psychiatrisch diagnostiziert?

Klient A: Nein, das gab überhaupt nicht.

Interviewer: Dann ist das wahrscheinlich alles von meiner Seite.

Anhang III: Transkription Klient B

Aufnahmetag, -beginn: 21.2.2014, 11:30 Uhr

Aufnahmeort: Therapeutische Wohngemeinschaft Inizio, großer Besprechungsraum.

Interviewdauer: 42 Minuten

Geschlecht: männlich

Alter: 23

Aktuelle Wohnsituation: Klient B wohnt seit einem Monat in der therapeutische Wohngemeinschaft Inizio.

Gesprächsatmosphäre: Klient B war im Gespräch sehr offen, überlegt und reflektiert. Insgesamt hat er einen bedrückten Einruck gemacht. Er zeigte sich an dem Thema der Arbeit sehr interessiert.

Aktuelles Befinden: Klient B gab an gerade ziemlich genervt zu sein. Er hatte jetzt mit allen anderen Beschäftigungstherapie (musste die Küche aufräumen), was er immer nervig und anstrengend finde. Dann wurde er erwischt, wie er im Bett liegt. Jetzt ist er froh, das Interview zu führen, weil er nicht arbeiten muss.

Interviewer: Am Anfang würde ich ganz gerne etwas über die Situation bevor du hier in die Einrichtung gekommen bist wissen. Also, wo kommst du her?

Klient B: Ich komme aus München.

Interviewer: Aus München.

5 **Klient B:** Vorort von München, Richtung, Richtung Starnbergersee.

Interviewer: Wie heißt es dort?

Klient B: Krailling.

Interviewer: Krailling. Okay.

Klient B: Zwischen Planegg und Gauting.

10 **Interviewer:** Was für Schulen hast du besucht?

Klient B: Ich war auf dem Gymnasium. Hab es in der zehnten abgebrochen. Mein Schulabschluss extern auf einer Hauptschule gemacht, und hab zweimal die FOS abgebrochen.

Interviewer: Also du hast einen Realschulabschluss gemacht?

Klient B: Ja. Nicken

15 **Interviewer:** Und welche FOS hast du denn du gemacht?

Klient B: Technik.

Interviewer: Technik, okay. Also da hast du keinen Abschluss von der FOS.

Klient B: Nein.

Interviewer: Mh. Hast du irgendwelche Ausbildung dann probiert, oder?

20 **Klient B:** Ich habe ein Paar Praktika gemacht. Und so eine Maßnahme von Arbeitsamt.

Und bevor ich hier hin gekommen bin habe ich zwei Jahre in Berlin gelebt und hab da Harz IV bezogen.

Interviewer: Mh. Mh. Okay. Wie würdest du deine Familiensituation beschreiben?

25 **Klient B:** Ich habe eine ziemlich große Familie. Sehr viele Geschwister. Getrennt auf Mamma und Pappa, die jeweils neuen Ehemann, Ehefrau haben und dann nochmal Kinder gekriegt haben (Seufzen).

Interviewer: Bist du der Älteste?

Klient B: Ja, der aller Älteste.

Interviewer: War das zu Hause irgendwie Okay oder gab es da Konfl... (unterbrochen)

30 **Klient B:** Früher war es ziemlich ziemlich anstrengend. Sehr viel Stress. Die Mutter stand ständig unter Stress. Und, Und.. Ja, ich war der älteste, es wurde immer alles an mir ausgelassen, abgesehen, gleichzeitig musste ich immer die Verantwortung für meine kleine Geschwister

übernehmen. Also es war schon sehr anstrengend. Es war glaube ich einer der Gründe wieso ich dann irgendwann später Probleme bekommen hab. Mich geweigert hab und mit Kiffen begonnen
35 hab und damit begonnen hab auf die Schule zu scheißen und... ja... ja... Mit meinem Vater war es auch immer schwierig, weil wir sehr wenig Kontakt hatten, aber er trotzdem immer Vater sein wollte. Und ... und ich die Rolle gar nicht mehr annehmen konnte... Und... aber mittlerweile hat sich das alles gelegt. Ich hab da eben diese zwei Jahre Abstand in Norddeutschland und ... und jetzt
40 bin ich hier und nicht mehr unter einem Dach mit dem Ganzen, der ganzen Großfamilie und es ist alles viel entspannter. Jetzt habe ich ziemlich gute Beziehung zu meinen Eltern.

Interviewer: Gut, gut. Was denkst du, was waren die anderen Gründe, warum du mit Drogen angefangen hast?

Klient B: ... Na, ich denk, also das erste Mal gekiff't, das war im Sommer, weil Jemand was dabei hatte und ich hatte mich schon immer geweigert aber schon mal geraucht gehabt irgendwann mal,
45 irgendwann mit zwölf, und fand es halt nicht so schlimm wieder irgendwas zu rauchen, diesmal was anderes. Dann habe ich es mit meinem besten Freund halt, über die Sommerferien gemacht. Und dann... (*unterbrochen*).

Interviewer: Entschuldigung, da warst du 12?

Klient B: Nein, jetzt da war ich 13, mit 12 habe ich das erste Mal geraucht.

50 **Interviewer:** Zigaretten?

Klient B: Nicken. Und, ja... Deswegen würde ich nicht sagen, dass es wirklich Gruppenzwang war. Weil diese Phase hatte ich schon überwunden. Aber das hat mich dann auch nicht sofort zum richtigen Kiffer gemacht. Ich hab ab dem Zeitpunkt in die Sommerferien, da war halt wieder eine Geschichte mit meiner Mutter, da sie mich auf eine andere Schule schicken wollte, mit der Deckung
55 von meinem Stiefvater. Mein Vater hat sich da rausgehalten. Hat sich nicht für mich eingesetzt. Dann habe ich oft in neuen Schule halt verweigert. So, richtig verweigert, mit der Absicht Verweise gesammelt, mit der Absicht dann richtig mit dem Rauchen begonnen. Und hab halt dann noch immer wieder... (*unterbrochen*)

Interviewer: Zigaretten oder Kiffen?

60 **Klient B:** Kiffen dann immer wieder dann. Das hat ganz langsam angefangen.

Interviewer: Und wie viele Zigaretten rauchst du jetzt?

Jetzt? Zwei Packungen Drehpacktabak die Woche ungefähr. Das sind also an Zigaretten selber wär es umgerechnet.... Keine Ahnung, 10-15 Stück am Tag.

Interviewer: Am Tag, Okay. Wie stehst du zu Alkohol?

65 **Klient B:** ...Alkohol... War immer ... schwierig für mich. Also ich vertrage nicht viel. Ich hab zwar auch früh zum ersten mal was getrunken, auch halt mit 13 oder 14. Hab es aber nie so wirklich vertragen und es hat mir auch nicht so geschmeckt. Später dann als ich dann halt immer nichts zu kiffen hatte und aber zu dem Zeitpunkt wo ich halt psychisch schon so instabil war, dass ich irgendwas gebraucht hab und eben keine Medikamente hatte, da war es immer eine Notlösung für
70 mich, um mich irgendwie zu beruhigen.

Interviewer: Okay, Okay, wann warst du zum ersten Mal betrunken?

Klient B: Ich denke Mal so mit 14.

Interviewer: Und dann hast du sehr selten getrunken?

Klient B: Ja.

75 **Interviewer:** Könntest du da eine Schätzung abgeben, wie oft?

Klient B: Jedes zweite Wochenende.

Interviewer: Okay. Dann kommen wir jetzt zum Kiffen. Du hast schon gesagt, du hast mit 13 angefangen. Wie hat sich der Konsum so entwickelt im Laufe der Zeit.

80 **Klient B:** Na Ja, am Anfang war ich immer sehr schüchtern und wusste nicht bei wem ich es holen wollte und es war immer ziemlich viel Aufwand und so wichtig war es mir auch nicht. Wenn sich die Gelegenheit geboten hat, das war dann einmal in einem bis zwei Monate, sonst habe ich immer was von anderen bekommen. Wenn ich was hatte, dann konnte ich nicht davon ablassen. Hab ich

immer so lange konsumiert bis es weg war. Und... Ja... irgendwann, es hat sich halt so so bisschen ganz leicht gesteigert. Aber es ist nie so zum täglichen geworden. Erst so mit 20, wenn ich da Mal
85 mehr hatte, dann waren es eineinhalb Wochen, dann habe ich gemerkt, uoo, das war jetzt wirklich viel, dann habe ich wieder Pause gemacht bis ich dann nächstes Mal wieder was hatte. Und so ging es immer wieder weiter.

Interviewer: Also da hast du eineinhalb Wochen am Stück täglich geraucht.

Klient B: Und dann wieder zweieinhalb Wochen gar nicht. Und dann am Anfang letzten Jahres war
90 es dann soweit, dass ich täglich geraucht hab.

Interviewer: Wie viel am Tag?

Klient B: 1 Gramm.

Interviewer: 1 Gramm am Tag. In mehreren Joints?

Klient B: Nicken

95 **Interviewer:** Okay. Wie war das Kiffen für dich? Was hat das in der Zeit für dich bedeutet?

Klient B: Das war. Ehm... Selbstmedikation. Also. Ich war schon depressiv. Eigentlich so ziemlich.

Interviewer: Schon bevor du angefangen hast zu Kiffen?

Klient B: Die erste Depression hatte ich in der Grundschule. Und dann eben mit 14, als ich die
Schule gewechselt habe, fing es so langsam an. Bis ich 17 war. 17 auf 18 und es richtig akut war
100 und deswegen die Schule abgebrochen hab.

Interviewer: Wegen der Depression?

Klient B: Ja. Ich habe mich nie genug behandeln lassen. Medikamente... haben irgendwie ... hatte
ich nie das Gefühl, dass sie mir helfen. Psychotherapeuten habe ich immer wieder abgebrochen und
immer wieder zum Grass zurück gegangen, wenn ich sonst keine andere Möglichkeit hatte. Und
105 gegen Ende dann in Berlin war es halt soweit, dass ich... Ja, da war ich fertig. Ich hab keinen
Psychiater gefunden. Die hatten alle so Wartezeiten von zwei Monaten und ja... Da war es meine
Hilfe über die Runden zu Kommen. Es war zu dem Zeitpunkt nichts mehr worauf ich mich gefreut,
sondern einfach wirklich was was ich gebraucht hab.

Interviewer: Welche Wirkung hatte es auf dich in der depressiven Phase?

110 **Klient B:** Es hat meine Gedanken ein Stück weit zerstreut. Ich konnte mich so nicht in die
depressiven Gedankenspiralen hineinsteigern. Weil ich überhaupt nicht die Konzentration hatte an
solchen Gedanken festzuhalten. Ich konnte nicht mehr so intensive traurige Gefühle empfinden,
weil es die Stimmung so bisschen abgekämpft hat. Das ich nicht intensiv Glück empfinden konnte
war nur ein kleiner Nebeneffekt, weil intensiv glücklich war ich zu dem Zeitpunkt sowieso nicht
115 mehr. Ja aber es hat meine Struktur vollkommen zerstört. Also, ich hatte zwar davor auch kaum
welche, aber mit dem Kiffen, habe ich es nicht mal geschafft einmal regelmäßig zu essen.

Interviewer: Hast du dann auch gekiffert, als du keine Depression hattest?

Klient B: Das weiß ich nicht, weil ich bin immer in Depression. (*leichtes Lachen*) Also. Die sind
bei mir nie weg.

120 **Interviewer:** Wann wurde die Depression bei dir eigentlich Diagnostiziert?

Klient B: Mit 17.

Interviewer: Mit 17. Also als Kind wusstest du nicht recht was eigentlich mit dir los ist....
(Unterbrochen)

Klient B: Also ich hatte Psychotherapeuten weil ich traurig war. Deswegen habe ich es jetzt auch
125 als Depression bezeichnet. Aber gut. Ich konnte mir selber nichts darunter vorstellen natürlich.

Interviewer: Und die Therapeuten, haben dir auch nichts gesagt?

Klient B: Nein, die haben mit mir nur gespielt, haben halt Beschäftigungstherapie gemacht. Und
halt meinen Eltern erzählt und von denen habe ich auch nicht viel in Erfahrung bringen können in
nachhinein.

130 **Interviewer:** Okay, gut. Wie stehst du jetzt zum Kiffen?

Klient B: Ich habe bisschen Angst davor. Also es fällt... Ich habe kein Suchtdruck oder so. Es ist für
mich jetzt kein Problem nicht zu Kiffen. Ich habe viel zu tun... Mir ist es wichtiger, dass ich so was

wie Struktur einfach Mal lerne. Und dann... Ich weiß es nicht. Es war sehr schön, es war ein schönes Erlebnis früher. ... Aber jetzt gibt es halt so ein bitteren Beigeschmack. Könnte sein, dass
135 ich irgendwann Mal wieder kiffen werde, aber ich möchte es eigentlich nicht.

Interviewer: Was war der Grund dafür, warum du hierhin gekommen bist?

Klient B: ... Nun... mir ist irgendwann selber klar geworden, dass ich das alles nicht selber auf die Reihe krieg. Und irgendwann habe ich gedacht, es geht so nicht weiter. Und dann habe ich auch meine Familie vermisst, ich hab ja da meine ganzen kleinen Geschwister. Und dann bin ich wieder
140 hier her zurück gezogen, aber bei mir zu Hause ging eigentlich auch nicht. Und ich hab... In der Klinik war ich auch schon zwei Mal. Und einmal über 3 Monate weg und dann nach einer Woche war ich wieder sofort bei meiner Mutter als ich draußen war und da wusste ich, das ist zu wenig, ich brauche irgendetwas was länger dauert. Und dann bin ich zu Condros halt weitergeleitet worden und dann kam ich hierher.

145 **Interviewer:** Okay. Hast du auch andere Substanzen ausprobiert?

Klient B: Na ja also, als Spice (*undeutlich*) heraus kam... (*unterbrochen*)

Interviewer: Wie bitte?

Klient B: Spice, die Kräutermischung. Da habe ich es auch schon auch Mal ausprobiert. Hab aber... hat mir aber ziemliche Kopfschmerzen gemacht und ich habe gemerkt, dass es mir nicht so
150 gut tut. Und ... Naja.. ich hab Mal Kratom genommen, ausprobiert.

Interviewer: Bitte?

Klient B: Kratom.

Interviewer: Kenne ich nicht.

Klient B: Ja, Das ist, das ist jetzt auch keine überkrasse Droge. Ist ein Halluzinogen. Es ist zwar in
155 Paar Ländern verboten, aber in Deutschland nicht. Das ist ein leichtes Aufputzmittel was total ecklich schmeckt und sehr schnell die Wirkung verliert.

Interviewer: Das Raucht man auch?

Klient B: Kann man auch rauchen. Ich habs aber nicht versucht. Ich habs mit Tee getrunken und sehr viel Zucker und Milch... Hat sich ganz gut mit dem Grass kombiniert. Nee, aber am ansonsten,
160 harte Drogen nicht. Ich hab halt mein Konsumverhalten, ich wusste ja selber wenn ich was hab, dann kann ich nicht aufhören. Und ich bin auch bei anderen dingen, Computerspielen, Kartenspielen, immer sofort, habe ich mich da hinein gesteigert. Früher als kleines Kind auch Geld von meinen Eltern geklaut um mir Sticker zu kaufen fürs Stickeralbum, weil ich wusste, ich kannte mein Suchtverhalten schon deswegen habe ich mich an andere Sachen nicht rangetraut.

165 **Interviewer:** Genau. Du hattest ein Respekt davor. Okay. Verstehe. Okay. Du hast schon darüber erzählt wann dir das Kiffen angefangen hat Probleme zu machen. Das war aber dann eher in der letzten Zeit als du in Berlin warst. Hab ich es richtig verstanden? Oder war es schon früher irgendwann?

Klient B: Naja, ich kann mir schon gut vorstellen, dass es mich daran gehindert hat aus der, aus der
170 Depression rauszukommen, weil ich immer wieder halt Ärzte und Psychologen halt nicht, immer wieder von Ihnen entfernt hat und wieder zum Grass zurück gegriffen hab und die Langzeitwirkung habe ich mich auch schon genug von den Ärzten sagen lassen, ich will es ja gar nicht abstreiten, aber es kam alles schleichend, aber wirklich wo ich selber mitbekommen hat, das geht so nicht mehr, das war dann vor kurzem.

175 **Interviewer:** Okay. Okay. Hast du dann schon in der Vergangenheit Abstinenzversuche unternommen. Hast du versucht aufzuhören von sich selbst?

Klient B: Nein, ich habe nie so das Problem gesehen.

Interviewer: Okay. Du hast schon mal aber gesagt, dass du schon mal eine Woche nicht geraucht hast.

180 **Klient B:** Ja, ja, wie gesagt. Ich hatte eigentlich längere Phase wo ich nicht gekifft hab, als Phasen wo ich gekifft hab. Aber auf jeden Fall... also mit dem Rauchen selber, habe ich ab und zu Mal aufgehört, aber Kiffen, das war mir damals, nee, ging mir nie so durch den Kopf, ich habe es nie als

was schlechtes gesehen.

Interviewer: Okay. Wurde dir irgendwas auch erzwungen? Hast du Auflagen gehabt? Vom Gericht
185 oder von der Schule oder Jugendamt gehabt? Es gibt verschiedenes.

Klient B: Nein, eigentlich nicht. Also ich hatte immer Ärger mit der Schule, aber Auflagen, nee. Ich bin nur einmal halt mit Gras erwischt worden, das ist mir weg genommen worden und das war es. Nee, da gab es nichts dergleichen.

Interviewer: Hast du irgendwann versucht zu reduzieren?

190 **Klient B:** ... Nein. Nein.

Interviewer: Kennst du irgendwelche spezielle Angebote für Cannabiskonsumenten? Hast du schon Mal etwas davon gehört?

Klient B: Also als ich nach einer Wohngemeinschaft gesucht hab, habe ich eigentlich genau das Gegenteil gemerkt. Weil ich hab erst nach einer gesucht, wo es wirklich hauptsächlich um
195 Psychotherapie geht und Verhaltensstörungen. Aber dann habe ich mir sagen lassen, dass sie mich alle nicht aufnehmen werden, weil ich Kiffer bin und das ich sechs Monate lang nachweislich Clean sein muss, damit ich da Überhaupt hingehen kann. Also und dann habe ich mit der Drogenberatung, da haben wir dann länger gesucht um nach jemanden zu finden, der halt eben, nach eine Sucht
200 Kiffer schon ziemlich zwischen drin steckt. Wenn man nach so etwas, also nach Hilfe sucht.

Interviewer: Also du wolltest etwas wegen deiner Depression, primär.

Klient B: In Berlin, habe ich, ich weiß nicht mehr wie das hieß, aber da hab ich etwas gesehen, das war ambulant, da ging es um Kiffer, die auch psychischer Probleme haben. Ja, aber, da habe ich zu viel gekifft, und deswegen war ich zu high regelmäßig da hinzukommen.

205 **Interviewer:** War das eine Gruppe, wo du regelmäßig hingehen solltest?

Klient B: Mh. Und die wurde mir auch empfohlen, also die musste irgendwie echt gut gewesen sein, genau auf solche Leute zugeschnitten, aber ich hatte überhaupt nicht, ich konnte es überhaupt nicht regelmäßig irgendwo hingehen und da pünktlich erscheinen und so.

Interviewer: Also in Berlin, warst du schon Mal bei einer Drogenberatungsstelle?

210 **Klient B:** Ne, ne, bei einer Drogenberatungsstelle war ich in Berlin nicht. Nein. Es gab eine Jugendberatungsstelle, die mir geholfen hat Termine auf die Reihe zu kriegen, die mir überhaupt geholfen hat die Jobzenter Geschichte irgendwie zu packen. Die mir dabei geholfen hat in die Klinik zu kommen.

Interviewer: Und da hast du auch über dein Konsum mit denen gesprochen?

215 **Klient B:** Ja. Ja aber das war halt..., für die war es zweitrangig, die haben mir mehr dabei geholfen, dass ich diese ganzen Dinge hinbekomme, haben mich dann auch zu Hause abgeholt, und solche Sachen. Aber was den Konsum selber betrifft, habe ich in Berlin keine wirkliche Hilfe gesucht. Im Gegenteil, als ich da damals in der Tagesklinik war, von Krankenhaus selber, da war immer die Geschichte, wenn ich kiffe, werde ich rausgeschmissen und als ich da wieder rückfällig geworden
220 bin und wieder angefangen hab zu kiffen, war das Ergebnis halt das ich überhaupt nicht mit irgendwelchen Psychologen über meine Probleme reden konnte, weil ich es immer für mich behalten musste. Also ich hab eigentlich eher mehr Leute getroffen, die gesagt haben, krieg es alleine auf die Reihe und dann komm zurück und dann bieten wir dir Hilfe an.

Interviewer: Mh. Also du warst in Berlin in einer Tagesklinik, die sich auf die Depression
225 spezialisiert hat.

Klient B: Die war überhaupt psychologisch.

Interviewer: Und da bis über diese Jugendberatungsstelle gekommen?

Klient B: Ne, da kam ich gerade aus Krankenhaus. Da war ich drei Monate stationär.

Interviewer: Auch auf Grund der Depression?

230 **Klient B:** Ja. Und da war ich ja auch abstinent, über die drei Monate. Habe weder gekifft noch geraucht aber bin dann auch ohne Hilfe irgendwie entlassen worden. Ohne wirkliche Hilfsmittel oder praktischer Anwendung.

- Interviewer:** Okay. Also, hast du dort gesagt, wie du mit deiner Depression umgegangen bist, wie du gekifft hast, wurde dir dann weiterhin nichts angeboten?
- 235 **Klient B:** Im Gegenteil, Sie... gerade weil ich es gesagt hab wollten sie mir nicht Antidepressiva geben mit der Begründung ich würde nur ein Ersatzrauch suchen. Das fand ich schon ziemlich traurig.
- Interviewer:** Aber dann bist du noch in die Tagesklinik gekommen.
- Klient B:** Ja, da haben sie mich noch weitergeleitet.
- 240 **Interviewer:** Aber die sind nicht auf deine Sucht eingegangen. Auf den THC Konsum sind sie überhaupt nicht eingegangen?
- Klient B:** Nein, sobald es zur Sprache gekommen ist also. Ich habe auch auf dem Oberarzt gemerkt, er hat mich angeschaut, hat es mir auch ins Gesicht gesagt, dass er überhaupt gar nicht geglaubt hat, dass ich soweit bin und dass ich das schaff, aber ich war halt schon meine elf, zwölf Wochen da und
- 245 deswegen haben sie mich entlassen. Also mit Kliniken habe ich nicht so gute Erfahrung gemacht. Keine Ahnung.
- Interviewer:** Ja, das kann ich verstehen. Und dann warst du in der Tagesklinik, da war es schwierig mit den Rückfällen... *(unterbrochen)*
- Klient B:** Und dann bin ich nach eineinhalb Wochen rausgeschmissen worden.
- 250 **Interviewer:** Eineinhalb Wochen. Okay. Und darauf hin hast du dich entschieden...
- Klient B:** Daraufhin habe ich mich wieder zurückgezogen. Hab es nicht geschafft nochmal zurück in die Klinik zu gehen und von vorne anzufangen. Sondern dann kam halt wieder zwei drei Monate an denen ich jeden Tag gekifft hab, alle zwei Tage was gegessen hab und dann irgendwann habe ich mit meiner Mutter geredet, habe ihr gesagt ich packe es nicht und möchte zurück und dann habe ich
- 255 es auch nur geschafft weil sie aktiv geworden ist, hochgekommen ist und mir dabei geholfen hat.
- Interviewer:** Okay. Okay. Gut. Wo hast du dann in München Hilfe gesucht?
- Klient B:** Dann war ich in Pasing im Neurozentrum. Der Arzt hat mir Antidepressiva verschrieben und hat mich zu Drogenberatungsstelle Condrops weitergeleitet, die da auch war, hier am Hauptbahnhof in Pasing. Und zu der bin ich dann noch am selben Tag hingegangen und die hat
- 260 dann auch noch am, hat auch gleich sofort halt herumtelefoniert, hier angerufen. Hier habe ich dann gleich ein Vorstellungsgespräch bekommen und Termin und hab dann... ja... mit vielen Archritten von von von von meinen Eltern habe ich dann auch diese Bewerbung geschrieben um hier... ja..., die halt Pflicht war.
- Interviewer:** Okay. Und dann mit der Finanzierung war das kein Problem?
- 265 **Klient B:** Naja, also ich bin zu alt für Jugendamt gewesen. Der Bezirk übernimmt das. Also das war schon Problem. Man muss irgendwie zwei Monate lang halt schon hier wohnen in Bayern um ein Anspruch darauf zu haben und ich war erst ein Monat da und dann musste ich halt noch ein extra Schreiben hinzufügen, dass ich darum bitte meine Sondergenehmigung und so. Aber es mir mir genehmigt worden.
- 270 **Interviewer:** Okay. Hast du dann eine Entgiftung machen müssen?
- Klient B:** Also ich musste auf jeden Fall... Ich hab auf jeden Fall UK abgeben müssen bevor ich hier reingekommen bin, und und der musste negativ sein, aber ich hab es zu Hause gemacht, mit halt mit vielen Schmerzen, weil die.. ja weil ich dann wieder total unglücklich war und überhaupt ein Monat lang hinweg und die Medikamente nicht richtig eingeschlagen haben, also die haben mir
- 275 dann nicht wirklich dabei geholfen, aber ich hab es geschafft.
- Interviewer:** Okay, also du hast dann alleine zu hause entgiftet.
- Klient B:** Ich hab halt in der Zeit viel Alkohol getrunken. Alkohol geht ja anscheinend aus dem Blut wieder raus.
- Interviewer:** Mh. Wurde dir die Entgiftung angeboten? Z.B. von der Beratungsstelle aus?
- 280 **Klient B:** Ja, ja, aber ich hatte ein total ungutes Gefühl, weil ich halt wusste, das wird halt in irgendeine Klinik sein und ja deswegen konnte ich mich nicht dazu überwinden. Da hatte ich eben schon zu schlechte Erfahrung gemacht.

Interviewer: Okay. Okay. Verstanden. Hier bei Inizio wohnen ja auch Jugendliche, die andere Drogen als THC konsumieren. Weiß du, was sie den konsumieren oder Konsumiert haben?

285 **Klient B:** Zum Teil. Also ich bin nicht zu jedem hingegangen und hab ihn direkt danach gefragt, aber bei manchen habe ich das jetzt schon mitbekommen Zwecks, wenn sie ein Rückfall hatten und der Nachhinein verarbeitet wird oder wenn sie selber mit mir geredet haben und wenn sie sich in der Gruppe vorgestellt haben.

Interviewer: Okay. Wie findest du denn grundsätzlich das Zusammenwohnen mit anderen, die
290 härtere Drogen als du konsumiert haben? Wie wirkt sich das auf dich aus? Hat es eher positive oder negative Effekte?

Klient B: Also es ist schon bisschen ein Unwohlsein dabei. Also als auch als ich mich vorgestellt hab, hatte ich so ein schlechtes Gefühl, weil ich eben ja nur ein Kiffer bin. So fühlt sich das am Anfang schon an. Und Man will halt niemanden den Platz wegnehmen, der der den ihn
295 vielleicht dringender benötigt. Aber jetzt wo ich hier bin, keine Ahnung, da fühle ich schon ein bisschen mit, wie es denen geht, wenn sie ein Suchtdruck haben, auch wenn ich das nicht so nachempfinden kann. Außer halt in dieser Akutphase, wo ich wirklich nicht ohne konnte, einfach weil ich so traurig war und die Schmerzen wirklich nicht ertragen konnte. Aber hier habe ich keinen Suchtdruck... Manchen merkt man das auch schon bisschen an, dass sie neben der Spur sind etwas
300 leicht, aber im großem und ganzen kriege ich das nicht so wirklich mit. Wir sind halt eigentlich mehr eine große Wohngemeinschaft, wir putzen gemeinsam, man kann sich eigentlich mit jedem unterhalten.

Interviewer: Mh. Denkst du hat das auch positive Effekte auf dich, also im Sinne von Abschreckung oder ... ?

305 **Klient B:** Eine Abschreckung kriege ich wenig mit. Weil diese Haus sollte ja clean bleiben und wenn Jemand ein Rückfall hat, dann wird er rausgeschickt für übers Wochenende bis er wieder clean ist, dann kann er zurück kommen, wird irgendwo anders untergebracht, deswegen, ich bekomme es also kaum mit. Ab und zu hört man von versteckten Konsum, wenn dann eben Spice geraucht wird, was schwer nachzuweisen ist.... Nee, und viele Leute, manchmal wird darüber
310 geredet, obwohl darüber nicht geredet werden soll, weil wen man darüber redet, dann wird dann doch oft über lustigen Erfahrungen geredet und so was und... aber ich brauch die Abschreckung auch nicht, weil ich für mich weiß, dass ich da sofort abstürzen würde, und es gar nicht so weit kommen lassen möchte, da habe ich so schon viel zu großen Respekt vor.

Interviewer: Was denkst du, wie nehmen dich die anderen als Kiffen wahr?

315 **Klient B:** ... Also die meiste Zeit merke ich das selber gar nicht, dass man sich gegenseitig als Konsumenten wahrnimmt, so wirklich mehr als Mitmenschen und halt deswegen Mal die Menschen weniger mag oder mehr. Das ist dann höchstens komm es halt bisschen dann in den Gruppen rüber, wenn Manche über Suchtdruck reden und andere nicht. Und ich hab selber so ein bisschen Angst, wenn jetzt wenn gerade das Thema Suchtdruck ist und ich möchte etwas sagen und ich bin
320 eigentlich, ich kann eigentlich wirklich trotzdem was dazu sagen, weil ich ein guter Beobachter bin und auch nicht wirklich blöd oder so, aber ich traue mich dann irgendwie trotzdem nicht, ich hab trotzdem so Hemmungen, weil ich eben Angst hab so von Sätzen wie, du kannst doch gar nicht mitreden. Aber so die meiste Zeit merke ich davon nichts, dass man die Menschen in Konsumstufen irgendwie aufteilt.

325 **Interviewer:** Wie fühlst du dich hier insgesamt? Wie würdest du das beurteilen?

Klient B: Also mir fehlt die Struktur schwer, wegen meiner Antriebschwierigkeiten... Hab dann auch immer Probleme wenn die Teamer auf einer Seite deiner Psychologen sind und über deine Gefühle reden wollen, und auf der anderen Seite aber auch immer die Struktur aufrechterhalten wollen und dir dann irgendwelche Sanktionen aufdrängen. Das fehlt mir total schwer, beides
330 gleichzeitig zu sehen. Ich bin halt irgendwie so gepolt, dass ich die Menschen nicht mögen kann oder sie mögen kann. Und beides gleichzeitig geht irgendwie nicht, das fehlt mir dann schon schwer. Ich hab auch immer, wenn dann die die Strukturgeschichte kommt vom Teamerseite, und es

mir auch nicht so gut geht, dann habe ich auch immer so das Problem, dass denen zu sagen, weil ich in denen nur den bösen Regelboss sehe, aber ansonsten finde ich, weiß ich halt ich brauch es, ich
335 brauche diese Struktur und ich brauch es über ein längeren Zeitraum und ich brauch ich es da ich eigentlich auch keine andere Wahl hab. Das muss ich mir halt immer wieder, ich muss mich immer wieder daran erinnern.

Interviewer: Was ist eigentlich dein Ziel? Willst du dann weiter kiffen wenn du rauskommst, oder willst du abstinent bleiben?

340 **Klient B:** Ich denke ich möchte Erstmal das machen, was ich hier angefangen habe, ich möchte auf jeden Fall draußen diese Struktur wirklich hinbekommen und sie aufrechterhalten und mich um die Dinge kümmern, die mich irgendwie voran bringen. Wer weiß ob ich dann immer noch Lust darauf hab oder nicht. Aber ich weiß, erstmals möchte ich es nicht.

Interviewer: Okay. Jetzt zum Schluss würde ich gerne wissen, was dir vielleicht besser oder
345 schneller geholfen hätte von dem Kiffen weg zu Kommen. Wenn du jetzt zurückschaust auf die Zeit vorher.

Klient B: Ab welchen Zeitpunkt, das ist eigentlich die Frage. Weil man könnte bei jedem Zeitpunkt reinspringen und die Dinge irgendwie anders machen. Ich denke mal in meiner Kindheit habe ich mich halt so verhalten wie es für mich am besten war, meine Jugend denke ich mal auch, und ich
350 würde sagen dann mit 17, 18, hätte ich einfach die Hilfsangebote annehmen sollen, die mir angeboten wurden.

Interviewer: Was wurde dir denn angeboten?

Klient B: Mir wurde bei meinem ersten Klinikaufenthalt, der war vier Wochen lang mit 18 dann, auch schon angeboten, dass ich in einer, dass mir bei einem Übergang in einer Wohngemeinschaft
355 geholfen wird und auch als ich auf der FOS war und Probleme mit den Praktikas hatte, wurde mir angeboten, dass ich nochmal zurück in das andere Praktikum gehen könnte was mir leichter gefallen ist, aber ich halt bin dann immer schnell wieder in die alten Muster verfallen, hab alles abblockiert und alles abgebrochen und hat mich dann wieder zurückgezogen mit dem Kiffen.

Interviewer: Woran lag es, dass du alles abgeblockt hast?

360 **Klient B:** Ich denke mal, dass war einfach dann die niedrige Frustrationsschwelle zu dem Zeitpunkt und dass ich so schnell einfach Dinge aufgegeben habe und kein Sinn mehr drin gesehen hab, das war einfach Erfahrung, die sich halt so manifestiert hat, dass es schwer war, da gegen anzukommen und erst mit immer mehr Psychologen und immer immer mehr sich mit dem Thema beschäftigen, habe ich immer besseren Blick auf mich selber bekommen und hab erkannt, was ich da eigentlich
365 tue und, dass ich da jede Zeit eingreifen kann und dass ich das jederzeit anders machen kann. Das Bewusstsein hatte ich halt am Anfang nicht, ich war immer noch... ein Kind halt.

Interviewer: Woher denkst du kam diese niedrige Frustrationstoleranz?

Klient B: Ich war schon immer sehr sensibel, ich war auch ohne Depression schon immer sehr schnell extrem traurig oder extrem glücklich und ... ich hatte halt immer
370 Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule von Anfang an, ich hatte das Glück, dass ich immer sehr schnell verstanden hab, ich bin bin ja, lerne sehr schnell, und dann konnte ich es immer ausgleichen, aber ich hab mich immer damit schwer getan über längeren Zeitraum immer konzentriert zu bleiben, habe mich abgelenkt, habe dann Rippel dafür bekommen und hab dann zu Hause wieder Rippel dafür bekommen. Hab mich dann versucht anzustrengen, habs nicht geschafft,
375 hab dann wieder ärger bekommen. Und so hats sich einfach irgendwann so so diese Gedanke, diese Glaubenssatz manifestiert, dass egal was ich mach, es bringt nichts und es macht doch eher kein Sinn. Und ja, dann war es halt so weit, dass wenn ich Dinge angefangen habe und sie mich begeistert haben, dann bin ich halt sehr schnell sehr gekommen und als der Zeitpunkt dann kam, wo ich mich wirklich immer anstrengen musste um mehr zu erreichen, habe ich dann abgebrochen.
380 Und das habe ich dann eigentlich mit allem gemacht.

Interviewer: Denkst du das war von dem Kiffen, oder war es deine Persönlichkeit?

Klient B: ... Ich denke, das ist die Persönlichkeit aber das Kiffen... ja, hat es dann glaube ich schon

nochmal verstärkt, weil mir dann die Dinge halt auch egal waren, also, es war mir dann nicht so wichtig ob es nun klappt oder nicht.

385 **Interviewer:** Haben da deine Eltern was getan um dir zu helfen?

Klient B: Naja, zu dem Zeitpunkt nicht.

Interviewer: Auch nicht bei den Schulabbrüchen?

Klient B: Also über die Grundschul.. also meine Eltern haben sich getrennt halt, kurz bevor ich in die Grundschule gekommen bin und dann hatte ich aber schon zwei kleine Brüder, meine Mutter stand ständig unter Stress und und sie war halt meistens zu geladen, als sie sich um uns wirklich kümmern konnte, konnte auch nie mit uns irgendwie... sich zu uns setzten und mit uns Hausaufgaben machen, es hat ihr halt die Zeit gefehlt. Und ja.. als ich dann älter wurde, dann war es auch immer die Geschichte, dass immer irgendwelche Verweise, immer irgendwelche Nacharbeiten nach Hause gekommen sind und ja, ich hab eigentlich das schon gar nicht mehr erzählt und
390
395 irgendwann kam sie dann nimmer und war wegen irgendwas total sauer und habe es schon längst irgendwie vergessen.

Interviewer: Wusste sie von dem Konsum? Oder wann hast sie das erfahren?

Klient B: ... Ich denke, ich hab es irgendwann Mal mit 16 erzählt, dass ich das ich das ab und zu tue, habe es so ein bisschen heruntergespielt, es noch seltener klingeln lassen als es war und sie hat
400 es eigentlich auch, wenn ich zu hause konsumiert hat hat sie es nie wirklich gemerkt. Irgendwann... als ich dann jetzt in November nach Hause gekommen bin, dann hat sie dann immer wieder gesagt, als ich nach Hause gekommen bin, jetzt kiffst du doch, oder wenn ich mit meinem kleinem Bruder draußen war, jetzt kiffst ihr doch, und meistens waren es auch immer die Momente, wo wir nicht gekiffst haben, also sie konnte es nicht unterscheiden.

405 **Interviewer:** Okay. Okay. Was für Gründe siehst du dafür, dass du dich nicht schon früher mit deinem Konsum auseinandergesetzt hast?

Klient B: Er hat mir geholfen.
Bitte?

Klient B: Er hat mir geholfen. Ich stand ständig unter Stress. Und die Schule war eine einzige
410 reisen große Frustration und den Stress habe ich nach Hause genommen und zu hause war auch immer Stress und das Kiffen hat den Stress einfach weggefeigt. Und das habe ich auf jeden Fall gebraucht. Sehr dringend.

Interviewer: Mh. Mh. Haben wir etwas noch nicht erwähnt. Würdest du noch gerne etwas sagen über deine Erfahrungen mit dem Hilfesystem grundsätzlich?

415 **Klient B:** ... Nun, ich finde Kliniken sind nur eine Übergangslösung, vielleicht helfen sie zum Entgiften, aber um eine einzelne Person zu helfen haben die Ärzte gar keine Zeit, weil sie allen Personen helfen müssen. Und es gibt viele viele Therapeutische Wohngemeinschaften, wie ich hinausgefunden habe für für mit Substitution, ne...

Interviewer: Substitution ist, wenn du Opiate konsumierst und anstelle davon dann etwas
420 bekommst damit du irgendwie funktionierst.

Klient B: Genau, genau, das finde ich gut. Weil die Menschen haben es ja auch viel dringender Notwendig und die brauchen auch feste Regeln weil die ja, die Abhängigkeit viel stärker ist. Und ich finde schon so, dass als Kiffer steckt man schon so ein bisschen zwischen drin. Also ja, also es ist schwierig, es gibt Hilfe, aber es ist schwierig reinzukommen, weil zu einem wird davor gewarnt,
425 zu anderem habe ich da Gefühl es wird so doch auch aus ärztlicher Sicht nicht so ernst genommen, wie andere Sachen.

Interviewer: Mh. verstehe. Aber jetzt bist du im Suchthilfesystem gelandet, aber wie ist es nochmal für dich. Ich weiß, wie haben es schon bisschen angesprochen.

Klient B: Nun, ja, die, die, es gibt sehr viele Regeln und Einschränkungen, was mich schon stört,
430 wo ich auch immer wieder mehr Probleme damit krieg, aber hier kommen auch Menschen, die z.B. auf Bewährung sind oder andere Auflagen haben und ich kann das schon irgendwie verstehen, muss mich halt dran gewöhnen und schaue, dass ich schnell, in die nächste Phase komme.

Interviewer: Aber du denkst, du hättest das nicht gebraucht als Kiffer.

Ich brauch Struktur auf jeden Fall, aber ich persönlich sehe ich mich halt nicht als rückfallgefährdet.

435 So lange ich hier diesen Rahmen hab, also ich hatte hier keinen Einzigen Moment, wo ich so verzweifelt war, dass ich dachte, ich brauche es jetzt.

Interviewer: Du nimmst jetzt auch deine Medikamente.

Klient B: Ja.

Hast du das Gefühl, dass du jetzt besser eingestellt bist jetzt, oder dass dir es hilft?

440 **Klient B:** Das ist schwer zu sagen. Also, es ist total schwer sich vorzustellen, dass so sich Medikamente darauf auswirken wie man denkt, nicht wie man aktiv denkt, aber auf welche Gedanken man kommen könnte. Das ist wirklich schwer sich vorzustellen. Wenn ich im Lehrlauf bin, wenn ich nichts zu tun hab, dann werde ich auch sehr schnell wieder depressiv. Aber ich merke schon, dass ich zu mehr fähig bin, als ich es jemals war, aber ich kann noch nicht ausmachen woran
445 es liegt.

Interviewer: Okay. Dann beenden wir das Gespräch. Danke schön.

Anhang IV: Transkription Klient C

Aufnahmetag, -beginn: 4.3.2014, 15:00 Uhr

Aufnahmeort: Therapeutische Wohngemeinschaft Inizio, Gruppenraum.

Interviewdauer: 46 Minuten

Geschlecht: männlich

Alter: 20

Aktuelle Wohnsituation: Klient C wohnt seit sechs Monaten in der therapeutischen Wohngemeinschaft Inizio.

Gesprächsatmosphäre: Klient C war von Beginn an sehr freundlich. Nach dem Eindruck des Interviewer tendierte er zum Bagatellisieren seiner Probleme und tat sich schwer auf unangenehme Erfahrungen einzugehen. Diese wurden oft durch Lachen begleitet.

Aktuelles Befinden: Klient C war seinen Aussagen nach in guter Stimmung.

Interviewer: Am Anfang würde ich ganz gerne etwas darüber wissen, wie du aufgewachsen bist und wie sich grundsätzlich dein Konsum entwickelt hat. Wo kommst du her?

Klient C: Ich bin hier, also ich wurde in Dachau geboren und mein Dad ist Afroamerikaner. Meine Mum ist Münchnerin.

5 **Interviewer:** Was hast du für Schulen besucht?

Klient C: Ich war auf der Hauptschule und nach der Hauptschule habe ich versucht eine Ausbildung zu machen und die hat mir dann nicht so gefallen und dann habe ich jetzt dann nochmal angefangen die mittlere Reife zu machen. Ja, das sind so meine Schulen.

Interviewer: Okay. Da gab es kein Schulwechsel? Du warst nur auf der einer Hauptschule?

10 **Klient C:** Naja, also, ich war Erstmal auf einer Hauptschule, dann bin ich, hab ich die Schule gewechselt auf einer Realschule, dass habe ich dann nicht geschafft und dann bin ich wieder zurück auf die Hauptschule und da hab ich es erledigt, so.

Interviewer: Hast du einen Quali oder Hauptschulabschluss? (Unterbrochen)

Klient C: Ja, ich hab einen Quali.

15 **Interviewer:** Quali. Und was für Ausbildung hast du dann gemacht?

Klient C: Ich habe angefangen mit einer Konditorausbildung aber das war dann nicht so meins, beziehungsweise das war dann auch die Zeit wo ich angefangen habe zu Kiffen und dann habe ich einmal den Betrieb gewechselt und das hat dann da auch nicht hingehauen in dem neuen Betrieb und dann habe ich aufgehört.

20 **Interviewer:** Okay. Okay. Und jetzt machst du die mittlere Reife?

Klient C: Ja.

Interviewer: Bei VHS?

Klient C: (Lächeln) ja genau bei VHS.

Interviewer: Okay, was würdest du sagen, was ist grundsätzlich deine Erfahrung mit der Schule?

25 **Klient C:** Ich war immer so ein bisschen desinteressiert an der Schule, nur wo ich dann auf die Realsch... also ich hatte das Ziel in der fünften Klasse dann auf die Realschule zu kommen, da habe ich mich dann besonders angestrengt. Nur hab ich es dann auf der Realschule dann Interessensmäßig bin ich dann wieder so abgedriftet, aber wo ich dann zurück auf die Hauptschule gekommen bin ist mir alles leichter gefallen, deswegen musste ich mich dann nicht mehr so
30 anstrengen und dann... ja. Hab ich nach der Schule keine Lust mehr auf die Schule gehabt und hab mir dann gedacht, okay, jetzt mach ich eine Ausbildung.

Interviewer: Okay. Okay. Wie würdest du deine Familiensituation beschreiben?

Klient C: Meine Familiensituation war etwas schwierig, würde ich sagen, weil mit drei haben sich meine Eltern getrennt und dann bin ich bei meiner Mutter aufgewachsen bis ich dann nach der

- 35 Grundschule, also wir sind dann oft umgezogen, Mütterlicherseits und Väterlicherseits, und dann wo ich dann in die Hauptschule gekommen wäre nach der Grundschule, da wollte dann meine Mutter nicht, dass ich dann auf eine auf eine Assi-Hauptschule in München komme und dann bin ich aufs Internat gekommen und durch das Internat dann hab ich mich ziemlich von meiner Mutter so distanziert, Familienverhältnismäßig, ja.
- 40 **Interviewer:** Okay. Also bist du dann auch, also du hast gesagt, dass dein Vater auch oft umgezogen ist, hast du auch bei ihm gewohnt?
Klient C: Ja, also ich war auf den Wochenenden ab und zu bei meinem Vater und dann, ja.
Interviewer: Mh. Du hast gesagt, die Situation war schon bisschen schwierig, aber dann bist du nicht sehr darauf eingegangen, wie soll ich das verstehen?
- 45 **Klient C:** Ich hab mich immer sehr versucht anders zu orientieren, in dem Sinne dann so an Freunden und so was, weil ich mich nicht so, weil ich mich abgelenkt hab von der Familiensituation mit dem getrennt sein und mit den Streiten und so was, ja.
Interviewer: Und wie lange warst du im Internat?
Klient C: ... Fünf Jahre.
- 50 **Interviewer:** Fünf Jahre, uau, Okay. Wann hast du zum ersten Mal Zigaretten geraucht?
Klient C: Da war ich Ende der neunten Klasse.
Interviewer: Da warst du..., da musst du mir helfen...
Klient C: Da war ich ungefähr so 15, 16.
Interviewer: Mh. Rauchst du jetzt?
- 55 **Klient C:** Jetzt rauche ich immer noch, ja.
Interviewer: Und wie viele? Am Tag?
Klient C: Schon so... sieben Zigaretten.
Interviewer: Sieben Zigaretten am Tag, Okay. Wie stehst du zum Trinken, zum Alkohol?
Klient C: Ich trink kein Alkohol. Also ich... da musst man dazu wissen, meine Mutter ist dann,
- 60 meine Mutter hat sehr früh einen neuen Freund gefunden und das war ein Alkoholiker. Das war mir damals noch nicht so klar, aber auf jeden Fall war er ein Alkoholiker und mir hat das, der Alkohol auch nie so wirklich getaugt, das hat mir nicht geschmeckt und den Rauschzustand fand ich jetzt auch nicht so gut, deswegen bin ich nicht so ein Alkoholmensch.
Interviewer: Wann warst du zum ersten Mal betrunken? Warst du betrunken schon?
- 65 **Klient C:** Ja, ja (*lächeln*), ich war schon betrunken. Das erste Mal richtig betrunken war ich dann so mit 17, 16, 17, ja.
Interviewer: Und wie oft hast dann getrunken, bevor du zu Inizio gekommen bist?
Klient C: ... Vielleicht also ich hab nur auf Parties getrunken und das war vielleicht so einmal im Monat wenn es hochkommt.
- 70 **Interviewer:** Okay. Dann kommen wir jetzt zu dem Kiffen.
Klient C: (*Lächeln*)
Interviewer: Wann hast du angefangen?
Klient C: Das erste Mal gekifft habe ich mit ...17 dann, ja.
Interviewer: Mit 17, und wie war es?
- 75 **Klient C:** So die ersten Paar Male habe ich noch nicht wirklich was gespürt oder so was, weil ich nicht so sehr..Also man muss dazu sagen, ich bin Asthmatiker und ich hatte ziemlich Angst, dass ich dann einen Anfall bekomme oder so was, und dann hab ich nicht, dann hab ich die ersten drei-vier Male, habe ich nie richtig gezogen und gar nichts und dann beim fünften Mal habe ich dann bisschen übertrieben (*lächeln*), weil ich was spüren wollte, aber dann, da war ich da zum ersten Mal
- 80 high...
Interviewer: Das war im Internat?
Klient C: Nein, danach.
Interviewer: Also erst als du fertig warst?
Klient C: Ja.

85 **Interviewer:** Okay. Kannst du beschreiben, wie sich der Konsum entwickelt hat bei dir? Ab dem ersten Konsum?

Klient C: ... Das hat eigentlich so relativ lang.. also lange gedauert, bis ich ein richtiger Kiffer war. Ich würde sagen, es hat ein halbes Jahr gedauert, biss ich dann mich selber als Kiffer gezählt hab. Aber so gesehen habe ich nie, also ich hab von meinen ganzen Freunden gesehen, habe ich am

90 wenigstens gekifft und ich war auch nie so Bongraucher, war ich auch nicht. Ja.

Interviewer: Wie oft hast du denn dann gekifft, in den Phasen, wo das am intensivsten war?

Klient C: Schon jeden zweiten Tag. Ja.

Interviewer: Jeden zweiten Tag. Ein Gramm, oder... (*Unterbrochen*) weniger.

Klient C: Nene! Vielleicht ein Drittel-Gramm (*lächeln*) würde ich sagen.

95 **Interviewer:** Okay. Was hat damals das Kiffen für dich bedeutet?

Klient C: Entspannung. Ja, Entspannung, oder so mit Freunden zusammen. So wie andere Leute Bier trinken, habe wir halt dann gehillt.

Interviewer: Da warst du in der Konditorausbildung, oder, in der Zeit?

Klient C: Ja, Mh.

100 **Interviewer:** Okay. Wie kamst du eigentlich dazu?

Klient C: Zum Kiffen, das war so mein, also am Ende des Internats mein damaliger bester Freund, der hat, der hat damals schon ein bisschen angefangen zu kiffen, und dann hat er mir später gesagt, hey, [*Name von Klienten*], du trinkst ja nicht so Alkohol, aber Kiffen, das ist cool. Und da bin ich da so reingekommen.

105 **Interviewer:** Mh. Wie stehst du jetzt zum Kiffen?

Klient C: ... So gesehen... Für mich, also ich finde das Kiffen an sich ist in Ordnung, solange man sein Leben auf die Reihe kriegt, kann man ab und zu kiffen.

Interviewer: Und wie ist das in deinem Falle?

110 **Klient C:** In meinem Fall dauert es noch so, ja, zwei Jahre (*lachen*) bis ich wieder anfangen kann zu kiffen.

Interviewer: (*Lächeln zurück*) Okay. Okay. Was für andere Substanzen hast du noch probiert?

Klient C: Ich hab nur, ich hab Paar Mal Spice konsumiert, ja, aber das da bin ich nicht dabei geblieben, da war ich lieber ein Naturmensch (*Lächeln*).

Interviewer: (*Lächeln zurück*) Okay. Okay. Hat dir das Kiffen irgendwann Probleme gemacht?

115 Also zu Hause, in der Schule? Was war das dann für Probleme?

Klient C: Zu Hause hat man es gern ... (*Unverständlich*)

Interviewer: Bitte?

120 **Klient C:** Hat man, hat man, also haben sie es nicht gemocht. Wenn ich gekifft habe, das war dann, das war dann Drogen und Rauschgift. Kiffen war Rauschgift und Alkohol war Alkohol. Das hat bei mir auch das Verhältnis zu gras, hat es bei mir auch verstärkt. Aber, na ja, in der Schule hatte ich dann, in der Schule hab ich nie gekifft, ich hab nur zu Hause gekifft, aber wenn ich dann abends gekifft habe, und in der früh wieder verschlafen habe, das war halt dann, das waren halt dann so die Probleme. Aber vom Lernen hat es mir keine Probleme gemacht.

125 **Interviewer:** Also deine Mutter und dein Stiefvater, vielleicht auch dein Vater, weiß ich nicht, die haben es gewusst?

Klient C: Ja, ich bin mit so was immer sehr ehrlich gewesen, weil ich dachte, es wäre wichtig, dass ich ehrlich bin, also, aber es ist trotzdem nicht gut gewesen in der Beziehung zueinander.

Interviewer: Also du hast gesagt, sie haben es nicht gut geheißten, aber haben sie was unternommen, oder?

130 **Klient C:** So gesehen, konnten sie nichts unternehmen. Sie haben halt nur gesagt, sie wollen nicht, dass ich im Haus kiffe, sie wollen nicht, dass ich zu Hause kiffe, ich sollte lieber aufhören zu kiffen.

Interviewer: Mh. Hast du schon bevor du hier zu Inizio gekommen bist versucht aufzuhören?

Klient C: ... Nein, nee. Aber ich bin zwangsweise so ungefähr dazu gekommen, weil ich eine Psychose bekommen hab und dann in Haar eingeliefert wurde.

135 **Interviewer:** Okay. War das auch der Anlass zu der Aufnahme hier bei Inizio?

Klient C: Ja.

Interviewer: Mh. Wann war das denn? Wie alt warst du?

Klient C: Das war letztes Jahr, da war ich 19.

Interviewer: Da warst du 19, also da hast du ungefähr schon zwei Jahre gekifft, ja?

140 **Klient C:** Ja.

Interviewer: Und du hast eine Psychose bekommen.

Klient C: Ja.

Interviewer: Kannst du dazu was sagen?

Klient C: Also so gesehen, die meisten Psychosen von denen man hört und von denen ich auch hier
145 mitbekommen habe, waren so Sachen, dass man Paranoia hat und Angstzustände und so was und
das war bei mir halt nicht so, eher im Gegenteil, ich hab mich super gut gefüllt, ich hab, man kann
so sagen, bei mir ist der alltägliche Zustand so in einem träumerischen Zustand übergegangen, dass
ich dachte, mein Leben wäre ein Traum und ich habe es so gesehen dann auch genossen.

Interviewer: Aber das war schon der Psychose-zustand?

150 **Klient C:** Ja.

Interviewer: Und dann wurdest du zwangsweise eingeliefert nach Haar, oder wie ist das verlaufen?

Klient C: Das ist so verlaufen. Ich hab mich ja so exzessiv gut gefüllt, dass ich dann zum Zeil, wie
gesagt in Traumzustände übergegangen bin und dann an einem Tag, an dem Tag wo sie mich dann
eingeliefert haben, da bin ich auf die Straße gegangen mit einem Schwert, bin ich auf die Straße
155 gegangen und hab halt laut gesungen, ich bin Bus gefahren und dann ist die Polizei gekommen und
hat mich festgenommen und dann nach Haar gebracht.

Interviewer: Okay, und das haben nicht deine Eltern veranlasst, dass war weil du so aufgefallen
bist?

Klient C: Ja.

160 **Interviewer:** Und das war ein echter Schwert?

Klient C: Ja.

(Beide lächeln)

Klient C: Also meine Mutter hat mir auch später gesagt, sie wollte mich am Tag davor einliefern
lassen, aber sie hätten mich nicht genommen, weil keine Selbstgefährdung, oder keine Gefährdung
165 anderer Leute festgestanden ist.

Interviewer: Und am nächsten Tag schon?

Klient C: Also so gesehen, ich wollte niemanden was tun, also aber ja, es wäre eine Gefahr
gewesen...

Interviewer: Vielleicht ja. Okay. Und da bist du nach Haar gekommen, da warst du schon 19, also
170 in die erwachsene Abteilung. Wie war es dort für dich?

Klient C: So gesehen, war es für mich schon leicht schlimm, weil ich bin mir vorgekommen wie in
einem Gefängnis, da hatte ich Angst, das ich nie herauskomme, da ich mit dem Schwert
rausgegangen bin. Ja, so gesehen war es schlimm für mich und nach dem ich dann bisschen
heruntergekommen bin von meiner Psychose war es halt nur noch so langweilig und monoton und
175 ich wollte unbedingt raus wieder.

Interviewer: Wie lange warst du dort?

Klient C: Fünf Wochen. Sechs Wochen.

Interviewer: Okay. Und dann war die Psychose auch schon weg.

Klient C: Ja, dann war sie weg.

180 **Interviewer:** Von daher bis du dann direkt zu Inizio gekommen?

Klient C: Dann wurde mir empfohlen zu Inizio zu gehen.

Interviewer: Von Haar aus?

Klient C: Ja, von den Ärzten da. Wurde mir empfohlen eine Reha zu machen, oder eine Therapie
zu machen und weil ich dann meine ... In der Zeit wo ich die Psychose hatte, da habe schon meine

185 Mittlere Reife gemacht, in der Zeit und durch die Psychose konnte ich ja nicht an den Prüfungen teilnehmen und ich wollte ja dieses Jahr, wie ich es jetzt auch mache, die mittlere Reife dann doch nachholen, fertig machen und dann wurde mir gesagt, entweder ich gehe auf eine Reha oder ich mache eine Therapie und in der Reha, hätte ich die Schule nicht machen können, also habe ich Therapie gesagt, und ja, dann bin ich hier hergekommen. Aber zwischen drin war ich zwei, drei, 190 nee, zwei Wochen bei meinem Vater, hab dort gewohnt, in der Zeit habe ich dann auch gekiffert gehabt, aber ich bin dann clean reingekommen.

Interviewer: Hast du selbst dann Entzug gemacht sozusagen? Oder wie bist du dann clean reingekommen?

Klient C: Naja, also ich hab halt dann, in den zwei Wochen, da habe ich Paar Mal gekiffert und dann 195 wo ich, wo dann der Termin feststand, wann ich dann reingekommen wäre, hier muss man clean reinkommen, dann hab ich dann, also, habe ich dann aufgehört zu kiffen, also, dass ich dann clean reinkommen kann.

Interviewer: Mh. Das hat gepasst dann. Also deine Hauptmotivation die Therapie hier zu machen war die Schule, wenn ich es richtig verstanden habe, aber du hast auch sagen können, das mache ich 200 nicht. Du hättest sagen können ich gehe nach Hause und ich kriege es alleine hin, oder?

Klient C: Na ja, da war halt, das hätte ich natürlich gemacht, oder machen können, aber das Problem war, durch die Psychose und meine Schwertaktion habe ich, bin ich bevormundet worden, also einen gesetzlichen Vormund habe ich bekommen, und das ist dann halt alles mit geregelten Bahnen verlaufen. Dafür war halt mein gesetzlicher Vormund da, das ist dann meine Mutter 205 geworden, der Vormund und so wurde dann entschieden, dass ich dann das hier des mach ja, und dann also noch zusätzlich, ich hätte meine Schule nicht machen können, wenn ich keine Therapie gemacht hätte.

Interviewer: Das war Auflage von der Schule?

Klient C: Nee, vom Gericht, oder vom Jugendamt. So die Auflage, ja.

210 **Interviewer:** Das verstehe ich jetzt nicht. Wieso hättest du dann keine Schule machen können?

Klient C: Nee, weil eine, die Reha Kliniken, die wären alle so weit weg von München gewesen, dass ich keine Schule hätte machen können.

Interviewer: Aber nicht wenn du gar keine Maßnahme machst sozusagen.

Klient C: Neene, also gar keine Maßnahme zu machen stand irgendwie außer Frage.

215 **Interviewer:** Also das war schon relativ erzwungen...

Klient C: Ja (*lächeln*) [*gibt es ungern zu*]. So gesehen...

Interviewer: Entschuldigung, (*lächeln*) ich will es nur verstehen. Okay. Hast du vorher nur irgendwelche Auflagen gehabt? Bist du aufgefallen. Auf der Straße erwischt...

220 **Klient C:** Nee, also ich wurde einmal erwischt, wo ich nachts ... gekiffert habe während ich Fahrrad gefahren bin, da hat mich die Polizei aufgehalten und da hab ich dann einen Antrag bekommen ins ins.. wie heißt es... Jugend.. also ich hab einfach einen Antrag bekommen wegen BtMG, halt.

Interviewer: Aber dann ist nichts mehr gekommen, keine Verhandlung oder so...

Klient C: Nee, also ich hab dann eine Auflage bekommen, dass ich Dreimal zu einem, zu einer Suchtberatung gehe, das war dann auch bei Condros.

225 **Interviewer:** Wo warst du denn?

Klient C: In der Nähe vom Odeonsplatz, war ich. Das war eine Beratungsstelle...

Interviewer: Konradstraße?

Klient C: Ja.

Interviewer: Schwabing. Okay. Und da warst du dreimal.

230 **Klient C:** Da war ich drei Mal. Da war ich ja auch, was für mich ziemlich lustig war, ich hab da einen von meinen Freunden gesehen, der dort auch war. Ja. Von meiner Clique mit der ich gehillt habe, der war auch dort. Ich wusste gar nicht, dass er so was hatte, aber er meinte zu mir, das wäre schon das dritte Mal, dass er da ist. Und hab mir gedacht okay (*lachen*).

Interviewer: Ihr habt euch da einfach zufällig getroffen, aber das war keine Gruppe, das war eine

235 Einzelberatung, oder?

Klient C: Nene, das war schon in Gruppen, so sechs Leute, sieben Leute.

Interviewer: Aha, Okay.

Klient C: Aber die, ja, die waren alle wegen gerichtlichen Auflagen da.

Interviewer: Mh. Und wie war es für dich, diese Gruppe? Wie hast du dich dort als Kiffer gefüllt?

240 Oder war es nur für Kiffer, Entschuldigung?

Klient C: Das war mit Kiffen aber auch für Leute mit anderen Drogenerfahrungen oder Drogenproblemen.

Interviewer: Okay, also alles mögliche. Wie war es also für dich als Kiffer?

Klient C: ... Es war interessant. Also für mich war es interessant so zu sehen was hier.. Also
245 anfangs war es bisschen unangenehm, weil ich mir gedacht habe, so, mit was für Leuten komme ich
da jetzt hin, dann hab ich so die Leute dort kennen gelernt, beziehungsweise so erfahren, warum sie
so da sind und dann haben wir die Gruppen gemacht und es war, na ja, der Leiter der Gruppe hat
von Anfang an gesagt, es sollte jetzt keine Gruppe sein in der uns vorgesagt wird, dass das was wir
machen Scheiße ist oder so, aber es sollte uns Aufklären. Da waren aber alle Drogen dabei, da
250 waren verschiedene Drogen dabei, nicht alle, aber da war Alkohol Gras, MDMA, solche
Aufputschdrogen, und so was, das war auch alles dabei, ja, das sind halt alle Leute, alle die Leute
hingekommen, die sich erwischt haben lassen (*lachen*). Ja und mit der Einstellung sind auch alle
von denen dort gesessen, außer welche, die jetzt schon massive Probleme gemacht haben, weil sie
zu viel getrunken haben, oder Sachbeschädigung gemacht haben oder sich geschlagen haben mit
255 irgendwelchen Leuten, aber zu dem habe ich mich natürlich nicht dazu gezählt, ich hab mir gedacht,
ich bin ein friedlicher Kiffer, ich werde meine Meinung nicht ändern, ja. So war das dann.

Interviewer: Also, soll ich es jetzt so verstehen, dass du schon das Gefühl gehabt hast, dass du da nicht so wirklich hineingehörst, dass sie übertreiben alle.

Klient C: Zum Teil, ja. Es war schon auch nützliches dabei, was sie einem gezeigt haben, weil da
260 wurden zum Beispiel, die verschiedene Arten von Konsumenten wurden aufgezählt, die es so gibt
und welche Eigenschaften die verschiedenen, die verschiedenen Leute dann haben oder hätten und
dann habe ich auch selber schon bisschen darüber angefangen habe nachzudenken, wie, also zu
wem ich da dazu gehöre, okay, also schon bisschen runter schrauben sollte ich schon, sich bisschen
konzentrieren auf die wichtigen Sachen, aber ich hab mich nicht zu den süchtigen dazu gezählt. Ja.

265 **Interviewer:** Trotzdem wurdest du mit denen in einer Gruppe geschickt.

Klient C: Ja, das war halt für alle Leute die aufgefallen sind.

Interviewer: Mh. War das dann für dich auch irgendwie interessant, dass du dir gedacht hast, uau,
also das könnte ich ja auch machen, die anderen Sachen ausprobieren?

Klient C: Nein. Das nicht, das war für mich immer zu großes Risiko. Und ich mir gedacht, dann
270 würde ich im Endeffekt solche Leute, wie bei mir in der Familie, würde ich dazu ja bestätigen auch,
dass Marihuana die Einstiegsdroge ist zu den anderen Sachen, und andererseits ich hab gar kein
Interesse, hab ich auch nicht.

Interviewer: Mh. Okay. Im Gegenteil, du hast eigentlich auch gesagt, dass dich die Gruppe zum
nachdenken gebracht hat.

275 **Klient C:** Ja.

Interviewer: Also es hat doch irgendeine Wirkung gehabt. Aber danach hast du weiter gekiff't.

Klient C: Ja.

Interviewer: Wann war das eigentlich?

Klient C: ... Das weiß ich gar nicht mehr genau. Das war letztes Jahr auf jeden Fall. Im Februar
280 glaub ich.

Interviewer: Ah, okay, also ungefähr ein halbes Jahr vor der Psychose.

Klient C: Ja.

Interviewer: Hast du irgendwann versucht zu reduzieren?

Klient C: Ja..., aber nur leicht. Das war ja auch immer, das ist eigentlich von alleine entstanden das

- 285 Reduzieren, weil man wollte natürlich auch, wenn man jetzt kiff, wollte man nicht übertrieben viel dafür zahlen, und so was und dann, je nach dem wo man kriegt, wo man sich was besorgen kann, es kommt auch drauf an wie viel es da gekostet hat und wenn es zu viel gekostet hat, dann hat man einfach wenig gekiff, in der Zeit. Und in der Zeiten, wo man nichts bekommen hat, oder nur teuer, da ist dann auf jeden Fall runter gegangen, und dann wenn man halt, wenn man wirklich,
- 290 wirklich jetzt Bock darauf hat, dann hat man dann wirklich geschaut, wo man was hinkriegt. Und wenn man nicht so viel zahlen wollte, dann ist man zu irgendeinem Freund hingegangen. Ja.
Interviewer: Also das war keine bewusste Entscheidung, jetzt ist mir das zu viel, aber eher äußere Umstände.
Klient C: Also es war... Ja. Es waren äußere Umstände.
- 295 **Interviewer:** Ich frag einfach nur immer nach, damit ich es richtig verstehe. Ich will dir nichts in Mund stecken.
Klient C: Ja, klar.
Interviewer: Bist du vorher noch mit irgendwelchen anderen Hilfsangeboten in Kontakt gekommen?
- 300 **Klient C:** Meine Mutter wollte, dass ich zu so einer Beratungsstelle hingeh, aber das habe ich nicht gemacht, weil ich es nicht für angebracht gehalten habe.
Interviewer: Genau, genau. Du hast eigentlich vor der Psychose gar kein Grund gesehen, warum du aufhören sollst, oder dass es problematisch ist.
Klient C: Ja.
- 305 **Interviewer:** Okay. Mit Jugendamt? Warst du irgendwann im Kontakt oder deine Familie?
Klient C: Ich war immer wieder Mal mit dem Jugendamt im Kontakt, weil meine, meine Mutter wegen dem Unterhalt meinem Vater immer nachgelaufen ist und da gab es dann viel Stress mit Jugendamt und ja weil ich dann im Internat war, was auch vom Jugendamt teils finanziert wurde.
Interviewer: Internat, aha, Okay.
- 310 **Klient C:** So gesehen war ich schon mit Jugendamt im Kontakt.
Interviewer: Wie war es eigentlich im Internat für dich. Mich würde jetzt den Aspekt bezogen auf Kiffen und Alkohol interessieren.
Klient C: Also im Internat bin ich, also über das Internat bin ich an Alkohol, das erste Mal Alkohol Ausprobieren gekommen, aber da habe ich auch nicht, so gesehen habe ich nicht getrunken und mit
- 315 dem Kiffen, also ich hab in meiner Internatszeit habe ich noch nicht geraucht und war völlig gegen Drogen und da ich halt auch nicht geraucht hab, bin ich auch nicht wie Paar andere Leute, die ins Kiffen reingekommen sind, habe ich davon gar nicht wirklich erfahren, weil sie wussten, dass ich mich dafür gar nicht wirklich interessiere. Und das Kiffen, das Rauchen kam selbst erst ganz am Ende vom Internat und das Kiffen kam dann erst so ein halbes Jahr später.
- 320 **Interviewer:** Mh. Okay. Kennst du irgendwelche Angebote, die für THC-Konsumenten spezialisiert sind.
Klient C: Naja, Beratungsstellen bei Condrobs zum Beispiel, kenne ich jetzt.
Interviewer: Aber kennst du irgendwelche spezielle Programme für Kiffer?
Klient C: Nee.
- 325 **Interviewer:** Das nicht. Hast du vielleicht im Internet etwas gelesen oder dich informiert?
Klient C: Nein.
Interviewer: Das auch nicht. Jetzt kommen wir dann zu Inizio. Hier wohnen ja auch Jugendliche, die andere Sachen außer THC konsumieren. Wie ist eigentlich das Zusammenwohnen mit denen für dich? Welche Effekte hat es auf dich?
- 330 **Klient C:** Also man hört schon immer wieder Mal so Suchtgespräche von den Anderen. Zum Teil es ist zwar interessant was sie so sagen, über die andere Drogen, aber das man, also es ist jetzt nicht so, dass sie einen wirklich so scharf machen auf die andere Droge, sonst bezogen auf das normale Zusammenleben es ist ... es ist nicht irgendwie, es ist nichts besonderes dran. Also so gesehen, man kann ganz normal mit ihnen reden, man kann auch über Drogen reden, aber wenn es dann zu krass

335 wird, über das was sie reden, dann ist das halt einfach, also wenn jetzt zwei da sind, die die gleiche Droge konsumiert haben und ich komme und ich höre, wie die über irgendwas reden, dann gehe ich dann einfach, wenn ich nichts dazu beisteuern kann.

Interviewer: Aber eigentlich, lehnt du ja die Drogen ab. Habe ich es richtig verstanden?

Klient C: Also sagen wir mal so, ich sage ihnen nicht, ihr sollt das jetzt echt nicht nehmen, sondern ich sag halt, ihr könnt es nehmen, für mich ist es nichts so ... ja.

Interviewer: Mh. Wie ist das zum Beispiel in Gruppen für dich? Hast du das Gefühl, dass du dazu was zu sagen hast, dass du ähnliche Erfahrungen hast, oder kommst du dir dann eher so vor, ich gehöre eigentlich nicht hier hin?

Klient C: Eher ich gehöre eigentlich nicht hier hin (*lächeln*). Ja. Ist eher so. Ich würde mich selber auch als, ich würde mich selber als ... Genussmensch bezeichnen und nicht so, uau, ich muss jetzt unbedingt was durchziehen oder ich muss, ich möchte jetzt das machen, okay, das ziehe ich mich das durch, oder ich ziehe mich jetzt das durch, ich bin ein Mensch, der sich Zeit nimmt dafür, ganz bewusst und dann aber auch nur die Zeit, wenn ich die Zeit habe. Vielleicht kann ich es jetzt ernster sagen als damals, weil ich damals schon mehr gechillt habe als, man hört ja oft, man schafft sich die Gelegenheit und jetzt würde ich sagen, und jetzt würde ich es wirklich nur machen, wenn ich wirklich Zeit habe und kein Stress hab. Ja.

Interviewer: Mh. Würdest du sagen, dass du süchtig warst?

Klient C: ... Nee. Nee. ... Na ja so gesehenen, es ist ja... Man wird nicht körperlich süchtig, kann man sagen, man ist ja vom Gras geistig süchtig, glaub ich sag man, oder? Ich weiß nicht genau...

Interviewer: Psychisch

Klient C: Ja genau, psychisch abhängig. Richtig, richtig abhängig war ich nie, nee.

Interviewer: Mh. Trotzdem habe ich den Eindruck, dass du dich damit ziemlich abgefunden hast, hier zu sein.

Klient C: Ja schon. Ich hab ja anfangs auch gesagt, es ist okay zu kiffen, wenn man sein Leben auf die Reihe bringt. Und ich bin halt hier um zu lernen, mein Leben auf die Reihe zu bringen und wenn ich dann später immer noch das Bedürfnis habe mir ab und zu Gras zu konsumieren, dann werde ich es dann tun.

Interviewer: Das würdest du wagen auch trotz der Psychose?

Klient C: Ja.

Interviewer: Wieso denkst du, dass die Psychose gekommen ist? Hast du in der Zeit viel gekiffert, oder?

Klient C: Ne, das hat auch mit psychischen Sachen zu tun, die ich damals halt mit bestimmtem Problemen von meiner Vergangenheit, mit denen ich mich intensiver befasst hab und wo ich dann in der Psychose war und was man dazu sagen muss, meine Familie gibt sich nicht so wirklich ab mit den Problemen, die da sind, die befasst sich nicht richtig, sondern da wird kurz drüber geredet und dann wenn es zu unangenehm wird, dann wird es auf die Seite geschoben. Und so gesehen könnte man sagen, es kam meiner Familie und auch den Ärzten, weil die kennen mich natürlich nicht richtig, kam es gelegen, dass ich auch gekiffert hab, weil, dann konnte man es da drauf schieben. Da könnte man sagen, ah, es ist ein Kiffer, ja dann ist das eine drogeninitiierte Psychose. Ich würde sagen, von meiner Psychose, von meinem psychotischem Zustand waren vielleicht 30 % davon drogeninitiiert und der Rest war wirklich durch psychische Auseinandersetzung beziehungsweise nicht mehr klar kommen mit den Fakten, was dann die Psychose ausgelöst hat.

Interviewer: Okay. Okay. Es war nicht nur das Kiffen, sondern wie es dir einfach ging in der Zeit. Und du glaubst, wenn du das Leben jetzt besser auf die Reihe kriegst, dass du dann die Psychose nicht mehr bekommst. Also das Zusammenleben mit den anderen findest du relativ unproblematisch. Wie fühlst du dich hier insgesamt aufgehoben?

Klient C: Also es ist schon, es ist schon... ich würde sagen, hier ist er ruhiger als draußen im normalem Leben, es ist wirklich ruhiger und am Anfang, wo ich hier her gekommen bin, dann bin ich auch noch nicht in die Schule gegangen, sondern da habe ich mit den ganz normalen

385 Lebensalltag so mitbekommen und mein kriegt hier schon einen gewissen Abstand zur Außenwelt, zu normalen Welt draußen und einerseits es ist angenehm und andererseits kann es einem auch zu monoton werden.

Interviewer: Du bist eigentlich der einzige, der hier in die Schule geht, oder?

Klient C: Nein, es gibt drei Leute, die in die Schule gehen und zwei Leute, die arbeiten gehen.

390 Ich bin einer von den dreien, die in die Schule gehen.

Interviewer: Okay, gut, dann habe ich es falsch verstanden. Okay. Gut. Jetzt zum Schluss würde ich jetzt gerne wissen was du denkst was dir besser geholfen hätte. Wenn du jetzt zurück schaust auf die Zeit bevor du hier hin gekommen bist zur Inizio, wie hättest du das ganze verhindern können, wie hättest du aus dem Konsum aussteigen können, was müsste passieren.

395 **Klient C:** ... Eine bessere Aufklärung über Gras, weil das einzige, die einzige Aufklärung zur THC als Droge, die ich gehört habe war, da hat man gesagt, man kann hängen bleiben und ich konnte mir nichts vorstellen können unter hängen bleiben, wenn man mir jetzt gesagt hätte, du kannst da psychisch kaputt gehen im Sinne von, du kriegst eine Psychose und das schaut so und so aus, da hätte ich dann besser das verstehen können und hätte dann auch das Risiko besser verstanden und
400 ich hätte dann auf jeden Fall zurück geschaltet. Also ich würde sagen, der Grund also, was mich dazu bewegt hätte zurückzuschalten oder aufzuhören, wäre richtige Aufklärung gewesen.

Interviewer: Du warst aber in diesem Kurs, haben sie es da nicht gesagt, mit Psychose?

Klient C: Ne, da war ... da waren immer irgendwelche, das wurde nur so ausgelegt, es ist illegal und man kann süchtig werden, man kann hängenbleiben und... das Hängenbleiben habe ich vorher

405 schon oft gehört gehabt und ich könnte nichts damit anfangen.

Interviewer: Ich kann mir jetzt auch nichts genaueres drunter vorstellen ehrlich gesagt. Es bedeutet, dass du es einfach weiter machst, oder?

Klient C: Nene *(beide lächeln)*

Klient C: Nene, Hängenblieben wurde mir so erklärt, hängen bleiben ist eigentlich schwer zu
410 erklären, weil Hängenbleiben so ein eigener Begriff ist, Hängenbleiben war, dass man nicht mehr klar kommt mit dem, mit seinem normalen Leben und an mehr kann ich mich tatsächlich jetzt nichts mehr erinnern. Hängenbleiben war nicht mehr gerade denken, langsamer werden von Denken und wenn jetzt eine Person, die nicht hängengeblieben ist auf eine Person trifft, die hängengeblieben ist, dann würde man es dadurch merken, dass man lange braucht um sich
415 auszutauschen, dass man sich nicht richtig ausdrücken kann, solche Sachen.

Interviewer: Mh. Okay. Und was für Gründe siehst du dafür, dass du dich nicht schon früher damit beschäftigt hast schon früher aufzuhören?

Klient C: ... Weil ich mich zum Teil auch.. ich konnte mit Marihuana konnte ich auch zum Teil flüchten, bzw. so eine bestimmte Einstellung vertreten im Sinne von anti- ich sag mal Antialkohol,
420 sich einfach abkapseln vom vom Rest der Gesellschaft so ein bisschen. Aber ich weiß nicht, wie ich mich hätte.. wie ich davon weg gekommen wäre... Kann ich mir nichts vorstellen.

Interviewer: Was macht es jetzt schwierig? Weil du sagst: ich würde dann weiterhin so oder so kiffen.

Klient C: Sagen wir mal so, ich will nicht unbedingt kiffen, aber ich ... mir fällt es schwer jetzt für
425 mich zu sagen, jetzt eine Einstellung für den Rest des Lebens treffen was das betrifft. Weil so gesehen, ich kann Alkohol als Droge auf die man zurück greifen kann, das kann ich mir nicht vorstellen, weil ich Alkohol überhaupt nicht ... akzeptieren kann als Gesellschaftsdroge, weil ich zu viel gesehen hab, wie es halt schlecht sein kann und deswegen kann ich es nicht hernehmen für mich und dann... sagen wir Mal so, ich setzte Marihuana an die Stelle an der in der normalen
430 Gesellschaft Alkohol steht und für mich ist es so normal, wie für andere Leute Alkohol trinken auch normal ist. Trotzdem würde ich mich jetzt nicht als süchtigen darstellen, sowie andere als Alkoholiker dann gestellt werden und... wenn ich später Mal Lust drauf hätte Gras zu rauchen, dann würde ich dann nochmal darüber nachdenken, Okay, habe ich Zeit, passt es überall in dem Plan rein aber sonst würde ich dann nochmal rauchen, ja.

435 **Interviewer:** Weil was bedeutet es für dich? Wozu brauchst du das?

Klient C: Brauchen tue ich es eigentlich für gar nichts, es ist halt einfach auch Mal Chillen zu machen.

Interviewer: Okay. Haben wir jetzt etwas wichtiges nicht erwähnt, was zu deinen Erfahrungen mit Kiffen und den Behandlungsangeboten zusammenhängt?

440 **Klient C:** Ne. ... Also jetzt würde mir nichts einfallen.

Interviewer: Mh. Okay. Mir fällt jetzt gerade auch nichts mehr ein, deshalb können wir es beenden, denke ich.

Klient C: Okay.

Anhang V: Transkription Klientin D

Aufnahmetag, -beginn: 13.3.2014, 16:10 Uhr

Aufnahmeort: Bei Klientin zu Hause, Betreutes Wohnen von easyContact, Condrops e.V.

Interviewdauer: 46 Minuten

Geschlecht: weiblich

Alter: 18

Aktuelle Wohnsituation: Klientin D hat vor zwei Wochen vom easyContact Haus zu easyContact gewechselt.

Gesprächsatmosphäre: Klientin D war von Beginn des Gesprächs an sehr offen und freundlich. Sie erzählte frei über ihre wichtigsten Eindrücke. Ihr Partner war über die Dauer des Gesprächs im Raum anwesend und spielte am Computer Spiele. Klientin D wollte, dass er während des Gesprächs anwesend ist, da er so oder so alles weiß.

Aktuelles Befinden: Klientin D sagte, dass es ihr sehr gut geht, weil sie heute früher als üblich die Schule verlassen durfte.

Interviewer: Gut. Am Anfang würde ich einfach ganz gerne etwas wissen, wo du herkommst und dann eben, wie sich dein Konsum entwickelt hat.

Klient D: Mh.

Interviewer: Wo wurdest du geboren?

5 **Klient D:** Ich wurde hier in München geboren. Im Schwabinger Krankenhaus, das weiß ich noch (Beide lächeln).

Klient D: Genau. Also ich bin eigentlich nicht Deutsch. Meine Mutter ist Slowakin und mein Vater Sirre. Genau. Und ja. Ich habe noch ein kleines Brüderchen. Es kam sieben Jahre nach mir. Und genau. Also ich hab mich zwölf. Ich habe bei meinen Eltern gewohnt, so, und dann nach dem ich
10 dann zu meiner Mutter gezogen bin mit zwölf, habe ich das Rauchen angefangen, ganz normal Zigaretten und dann ein Jahr später mit 13 habe ich angefangen zu kiffen. Und seit dem Kiffe ich ja jetzt. Ja.

Interviewer: Ok. In welche Schulen bist du gegangen?

Klient D: Genau. Ganz normal. Grundschule eben die vier Jahre. Dann war ich auf dem Gimmi
15 fünf Jahre, dann ich musste die siebte wiederholen, hat die achte dann nicht geschafft, dann musste ich runter auf die Realschule, da musste ich aber eine Nachprüfung machen, die habe ich auch nicht bestanden und dann musste ich auf die Hauptschule. Kam dann direkt in die neunte. Hab mein Quali sehr gut bestanden, dann bin ich auf den M-Zweig gegangen, hab meine Mittlere ganz gut gemacht und jetzt bin ich auf der FOS. A genau, nein. Ich habe nach dem Quali, nach der Mittlere
20 Reife habe ich eine Ausbildung zur Erzieherin angefangen, die habe ich drei Monate gemacht, dann habe ich abgebrochen, genau, dann habe ich ein Jahr gehillt, gegammelt, nichts gemacht (Lächeln), dann bin ich jetzt seit September letzten Jahres auf der FOS. Auf der sozialen FOS.

Interviewer: Schön. Schon bisschen kompliziert.
(Beide lächeln)

25 **Interviewer:** Wie war für dich grundsätzlich Schule?

Klient D: Ich liebe Schule. Schule ist toll. Ich finde Schule toll, ehrlich. Ich gehe echt gerne hin und so, weil ich, ich weiß nicht, ich hab eben auch gearbeitet bei der Ausbildung und das, weiß ich nicht, liegt mir einfach noch nicht. Ich will studieren und so und dann... irgendwann Mal arbeiten.

Interviewer: Aber trotzdem war es nicht so einfach für dich in der Schule.

30 **Klient D:** Ja. Also ich hab schon, also die siebte musste ich wiederholen, weil ich da eben ins Heim gekommen bin weil, genau meine Eltern haben sich mit acht scheiden lassen und hab früher ganz viel so Profi-sport gemacht so zu sagen, also Tennis halt gespielt, auch international und alles und

das war halt zu viel. Genau, dann bin ich eben von zu Hause abgehauen, dann kam ich ins Heim für acht Monate, dann bin ich eben zur meiner Mutter gezogen. Genau, und da eben in dem Heim habe
35 ich halt gar nicht mehr gelernt, gar nichts, da bin ich eben durchgefallen in der siebten, genau. Ja. Das passt.

Interviewer: Wie würdest du dann deine Familiensituation beschreiben? Du hast schon bisschen was angedeutet... (*Unterbrochen*)

Klient D: Ja...Ich hab zurzeit nur noch Kontakt zur meiner Mutter und zu meinen Bruder. Die sind
40 vor zwei Jahren im Sommer nach Regensburg gezogen zu dem Freund von meiner Mutter. Genau. Und mit meinem Vater habe ich gar kein Kontakt mehr seit dem ich 14 bin...? Ja, seit fast fünf Jahren. Ich weiß auch noch wo er wohnt und alles, er wohnt auch nicht weit von meiner Schule, leider, aber, ja, kann man nichts machen.

Interviewer: Was war der Grund warum du damals ins Heim gekommen bist.

Klient D: Ja, mein Vater hat es so streng, zu eng gesehen mit dem Tennis eben und hat dann, wenn
45 ich Mal nicht eine Meisterschaft gewonnen habe, hat er mich halt geschlagen, halt in der Schule es ist denen auch aufgefallen, meine Noten sind immer schlechter geworden, ich hatte immer blaue Flecken und alles und ja, dann habe ich mich halt meine französisch-Lehrerin anvertraut und die hat dann halt mit dem Jugendamt telefoniert und auch mit der Schulsozialarbeiterin geredet und so kam
50 ich dann ins Heim.

Interviewer: Mh. Okay. Dann kommen wir jetzt zu dem Konsum. Du hast es schon gesagt, du hast mit zwölf angefangen zu rauchen, Zigaretten (*unterbrochen*)

Klient D: Ja, genau. Und mit dreizehn dann das Kiffen.

Interviewer: Wann hast du dann angefangen regelmäßig zu rauchen? Ich meine jetzt Zigaretten.

Klient D: ... Relativ schnell, ich meine so nach einem Jahr hab ich schon meine ein, zwei
55 Schachteln am Tag. Ich hab schon schnell angefangen, weil meine Mutter war Raucherin und von der hab ich mir das halt irgendwie abgeguckt. Damals, da hat sie noch ganz viel geraucht und ich auch, dann hat sie mir immer meine Kippen gekauft. Und ja, sie hat gesagt, ich sollte es ihr immer sagen, bevor sie mich erwischt und es dann ärger gibt. Dann war ich, ja, Mama, ich rauche.

Interviewer: Und wie viele rauchst du jetzt?

Klient D: Uau, ich drehe nur noch, ich rauche vielleicht, weiß ich nicht, ich drehe nur noch, eine
ganze Zigarette rauche ich so oder so nicht mehr, ich teile sie immer mit [*Name ihres Partners*] ab der Hälfte weil mehr packe ich nicht mehr. Vielleicht wenn es hochkommt zehn Zigaretten am Tag. Also ich hab schon echt reduziert auch. Ja. Ja.

Interviewer: Das war Mal mehr.

Klient D: Ja, das war auf jeden Fall Mal mehr (*lächelt*)!

Interviewer: Okay. Gut. Wie stehst du zum Alkohol?

Klient D: Ich hatte früher ein großes Alkoholproblem. Dann bin ich eben ins easyContact Hause
gezogen und halbes Jahr danach habe ich komplett aufgehört. Ich habe von Heute auf Morgen
70 einfach keine Lust mehr auf Alkohol gehabt. Dann habe ich es ein halbes Jahr, komplett, gar kein Alkohol mehr angerührt, dann habe ich ab und zu Mal was getrunken und dann wieder gar nichts mehr. Das letzte Mal habe ich nur zu Silvester getrunken, nur zum Anstoßen Paar Schlücke, also von Alkohol bin ich eigentlich komplett weg.

Interviewer: Okay. Wann warst du denn zum ersten Mal betrunken?

Klient D: ... 15 glaube ich, mit 15, ja, das war einer von meinen härtesten Abstürze auch noch. Ja.
Und dann hat es so mit dem Alkohol so angefangen. Ich habe dann jedes Wochenende dann
getrunken, dann Mal unter der Woche, dann hat sich das so gesteigert, bis ich jeden Tag angefangen
habe zu trinken und auch nach der Schule und auch schon in der früh und alles.

Interviewer: Da warst du in dem Heim?

Klient D: Nein, da habe ich bei meine Mutter gewohnt. Ja.

Interviewer: Das war vor dem Heim..., Entschuldigung.

Klient D: Nein, das war nach dem Heim. Mit zwölf bin ich eben ins Heim, mit dreizehn bin ich

dann zur meine Mutter gezogen und dann mit... kurz vor meinen 17. Geburtstag bin ich dann rausgeschmissen worden von meiner Mutter.

85 **Interviewer:** Okay. Was hat so deine Einstellung zum Alkohol so verändert?

Klient D: Ich weiß es nicht. Also ich hatte im Haus, als ich eben eingezogen bin, hatte ich auch Paar Abstürze, die extrem krass waren, wo ich mich dann an gar nichts erinnern konnte und dann haben mir halt Mitbewohner erzählt, wie ich drauf war und was ich gemacht habe und alles und dann habe ich gesagt, okay, und jetzt nicht mehr, also das geht nicht. Und dann habe ich es
90 irgendwie, weiß nicht, irgendwie habe ich es dann geschafft und mir alleine auch aus einfach aufhören zu trinken.

Interviewer: Mh. Okay. Und das Kiffen?

Klient D: Das habe ich immer gemacht. Seit dem ich 13 bin habe ich es immer mit. Also ich hab auch gerne Mischkonsum gemacht. Ich habe getrunken und gekifft gleichzeitig. Ja, es kann böse
95 enden, sehr böse sogar. Ja.

Interviewer: Was hat damals das Kiffen für dich bedeutet?

Klient D: Ja, ich habe angefangen, ich hab eben durch Freunde angefangen, die auch gekiffte haben und so und dann habe ich eben auch probiert und ja, ich hab halt gemerkt, dass ich nicht, als, das ich aus dem hier und jetzt eben weg komme, das ich auch die Vergangenheit vergesse und dass ich zu
100 dem Zeitpunkt wo ich eben bekiffte bin nicht an schlimme Sachen denke, die mich halt irgendwie geprägt haben und ich hab dann irgendwie vergessen. Und das war halt so zu sagen meine Motivation wieso ich dann auch selbst angefangen habe mir irgendwie was besorgen und auch alleine zu kiffen, weil ich einfach aus der Gegenwart fliehen wollte irgendwie.

Interviewer: Mh. Mh. Und wie stehst du jetzt zum Kiffen?

105 **Klient D:** Ja. Eben, ich habe nämlich letztes Jahr eine Entgiftung gemacht, sechs Wochen, und seit dem habe ich es mir, ich kiffe immer noch aber halt echt reduziert, vielleicht einmal in der Woche oder so. Also es ist schon echt... Von damals jeden Tag meine weiß ich nicht, 2,3,4 Gramm auf ein Joint in der Woche, da habe ich schon gut reduziert.

Interviewer: Vier Gramm am Tag?

110 **Klient D:** Ja.

Interviewer: Das ist Mal richtig was. Okay.

Klient D: Das war so meine höchste Zeit.

Interviewer: Wie lange hat es so gedauert, diese Phase?

Klient D: ... eineinhalb Jahre wenn nicht sogar länger.

115 **Interviewer:** Und wann war das?

Klient D: Das war kurz bevor ich rausgeschmissen worden bin von meiner Mutter, kurz davor habe ich Mal richtig angefangen, neben auch das Trinken und hemmungsloses besaufen und dann noch das Kiffen und alles. Und das war so meine schlimmste Zeit. Und dann auch noch bisschen im Haus. In dem Haus nämlich auch noch so, und dann eben war ich fast ein Jahr im Haus bis ich dann
120 entschlossen habe freiwillig auf eine Entgiftung zu gehen. Und ja es hat schon echt was gebracht. Es waren zwar nur sechs Wochen anstatt neun, weil ich dann noch auf die Freizeit fahren wollte und so und ja, aber es hat gewirkt.

Interviewer: Okay, cool. Also du hast jetzt wirklich deutlich reduziert und damit bist du jetzt zufrieden wie das ist. Also du strebst auch keine völlige Abstinenz an.

125 **Klient D:** Nee, so nicht, ich bin zufrieden, ich packe meine Sachen, in der Schule bin ich relativ gut und so, ich hab meine Ziele, die ich wahrnehme und auch verfolge und ab und zu Mal ein Joint finde ich persönlich echt nicht schlimm.

Interviewer: Was für andere Substanzen hast du noch ausprobiert?

Klient D: (*Lächeln*) Ja, also das schlimmste was ich von den Drogen so ausprobiert habe war halt
130 Crystal, das habe ich auch Paar Mal Monate durchgenommen, eben Ecstasy und so, MDMA halt, ja, kein Koks, kein Hero, also das waren so die zwei Sachen, wo ich gesagt habe, okay, das werde ich nie in meinem Leben ausprobieren. Und bis jetzt hat es noch, habe ich es geschafft (*lächelt*). Aber

- so auch von den chemischen Drogen oder so nehme ich gar nichts, gar nichts mehr. Auch nicht wenn ich irgendwie Mal Lust habe feiern zu gehen oder so, dann ... auch nicht.
- 135 **Interviewer:** Wie oft hast du dann Ecstasy oder was war das zweite? MDMA und Crystal probiert?
Klient D: Also Crystal habe ich, wann war das 2012, eben vor zwei Jahren im Winter, hab ich drei Monate genommen, fast regelmäßig mit einer Freundin und ja, MDMDA und Ecstasy habe ich einfach wenn ich feiern gewesen bin. Ich war damals oft im Club, fast jedes Wochenende, Freitag, Samstag und dann eben die Tage habe ich mir was geschmissen. Ja.
- 140 **Interviewer:** Mh. Okay. Aber das hast du dann auch von sich selbst gelassen (*unterbrochen*).
Klient D: Ja da war keine Abhängigkeit, so. Also das war halt einfach nur zum feiern. Irgendwie gut drauf sein, Spaß haben, ja.
Interviewer: Also zu der Zeit, wo du zu Clean.kick gegangen bist, da war es nur THC?
Klient D: Genau, da war es nur THC.
- 145 **Interviewer:** Gut. Wann hast du denn zum ersten Mal gemerkt, dass dir das Kiffen Probleme macht im Leben?
Klient D: Ja, so an sich Probleme. Ja, Probleme hat es mir gemacht nachdem ich rausgeschmissen worden bin, da habe ich gemerkt, okay, Mh. Aber das war eher der Grund Alkohol. So, und wahrscheinlich habe ich auch deshalb aufgehört, weil ich ja einfach das Verhältnis mit meiner
150 Mutter wieder bessern wollte. Und, Ja, also, weiß nicht, das war. Ich hab eben auch meine Ausbildung geschmissen, weil ich keine Motivation mehr hatte. Das war einfach nur noch Chillen und Gammeln halt und da war es irgendwie so, ich muss was ändern, ich muss es reduzieren auf jeden Fall, damit ich wieder ins Leben komme, so zu sagen. Dann habe ich es selbst probiert aufzuhören, das hat aber nicht geklappt, weil auch um mich herum auch die falschen Freude, da
155 wurde immer gekiffert wo ich war und ja, da habe ich dann so gemerkt, vielleicht bin ich doch abhängig. Ja.
Interviewer: Da warst du wie alt ungefähr?
Klient D: Da war ich... 17, ja kurz vor meinem 18. Ja.
Interviewer: Mh, hast du da mehrmals versucht zu reduzieren.
- 160 **Klient D:** Ja, ich habe es oft versucht. Ich hab eben Angebote von den Therapeuten im Haus eben angenommen mir so ein ... Konsumtagebuch anzufertigen. Wann ich kiffe, wieso und wie viel halt so. Aber das hat halt nichts gebracht. Ich hab es halt, ich hab trotzdem genauso viel gekiffert, aber ich habe es noch aufgeschrieben. Und ja, eben versucht Sport zu machen und dadurch da irgendwie weg zu kommen, aber ... Ja, das hat alles nichts gebracht und dann musste ich eben auf Entgiftung,
165 das drastische, das, ja.
Interviewer: Mh. Mh. Hast du irgendwelche Auflagen Mal bekommen?
Klient D: Nee, ich hab eben, ich hab Mal BtMG bekommen, also einmal wurde es fallen gelassen und dann wurde ich nochmal erwischt, dann habe ich eben meine erste Anzeige bekommen. Und genau, das wurde außergerichtlich geklärt, da hatte ich meine Sozialstunden, meine 16 Stück habe
170 ich bekommen und dann dachte ich mir so, wenn ich jetzt wegen Grass irgendwie Anzeige hab oder so, dann muss ich echt was ändern, da bin ich eben auf Entgiftung gegangen und so musste ich meine halt meine Sozialstunden nicht mehr machen, weil ich eben freiwillig auf Therapie so zusagen gegangen bin und ja.
Interviewer: Aha, Okay. Das war auch einer der Gründe.
- 175 **Klient D:** Ja, also das war, ich wurde noch nie erwischt und alles, es war mir relativ egal, und dann dachte ich mir, hm, ich will studieren, o scheiße, dann steht es im Führungszeugnis und vielleicht will irgendeine Stelle Mal mein Führungszeugnis haben und dann ist hat blöd wenn ich dann BtMG habe. Ja, aber.
Interviewer: Okay... Dann, du warst doch Erstmal in einem Heim hast du gesagt. Was war das für
180 ein heim?
Klient D: Es hieß Kinderschutzhaus. Es war, da konnten Kinder von 4 bis 12, nein von 4 bis 14 Jahren konnte man dann dahin, wenn es Probleme zu hause gab, ...ja. Eigentlich nur wenn es

Probleme zu Hause gab oder wenn halt das Kind, ja.

Interviewer: Da warst du schon eine von den ältesten.

185 **Klient D:** Ja, ich war die älteste (*lächeln*). Ja ich bin, war irgendwie in jede Einrichtung Mal die älteste. Als ich von zu Hause, von meiner Mutter rausgeschmissen worden bin, bin ich dann für zweieinhalb Monate in eine Mädchenschutzstelle gekommen, da war ich auch die älteste, dann im Haus war ich auch die älteste eine Zeitlang und ja. Ja.

Interviewer: Okay. Wie war das für dich in diesem Heim?

190 **Klient D:** Ja, es war, ja, nicht so, weiß ich nicht. Einerseits war es schon gut, ich konnte von meinen Vater endlich weg. Aber ich hab eben dadurch meine Schule verkackt, ich hab in zwei Wochen zwanzig Kilo zugenommen, das war schon echt hart für mich und ja.

Interviewer: Und da hast du schon gekifft eigentlich zu der Zeit.

Klient D: Ja, so eigentlich, ich hab es Mal ausprobiert, aber ich hab eher geraucht da. Nachdem ich 195 ausgezogen bin habe ich eher dann angefangen. Ja.

Interviewer: War das dort irgendwann im Heim irgendwann ein Thema?

Klient D: Das haben sie nicht mitgekriegt. Also ich hab es so gemacht, dass sie es nicht mitkriegen. Ja, ich habe es auch lange Zeit vor meiner Mutter verheimlichen können, ja aber als ich da angefangen habe, dann war mir alles scheißegal, dann bin ich halt besoffen nach hause gekommen 200 und so, und so hat sie halt gemerkt, dass ich halt ein Alkoholproblem habe. Ich habe es eigentlich schon eine lange Zeit verstecken können.

Interviewer: Wie hat denn deine Mutter so reagiert, eigentlich?

Klient D: Meine Mutter ist zwar eine Raucherin und trinkt ab und zu Mal zum Essen halbes 205 irgendwelche Abstütze oder so und die war schon wirklich geschockt wieso ausgerechnet ihr Kind und so, wieso komme ich nicht davon weg, wieso muss ich so übertreiben.

Interviewer: Was hat sie unternommen damit?

Klient D: Sie hat halt strengere Regeln dann gemacht. Ich musste dann um zwölf zu Hause sein und dann halt... Aber darauf habe ich halt dann, sie hat mir weniger Geld gegeben und so, aber das war 210 mir irgendwie egal. Ich kam irgendwie immer an Geld durch Freunde oder so, oder Freunde haben mich angerufen, ja, komm Mal her und dann feiern wir ein bisschen oder so, ja. Das hat irgendwie nichts gebracht. Bis sie mich halt rausgeschmissen hat. Ja.

Interviewer: Und dann bist du in die Schutzstelle gekommen?

Klient D: Ja. Für zwei ein halb Monate.

215 **Interviewer:** Wie war es dort?

Klient D: Ja, es war, ich war eben auch die älteste, ich wusste ich bin ewig lang dort, da habe ich auch, da habe ich meine, mein Quali glaube ich..., nee, meine Mittlere Reife habe ich dann dort beendet. Genau. Es war nämlich, genau zu dem Zeitpunkt bin ich rausgeschmissen, in die 220 Schutzstelle gekommen bin wo die Prüfungen alle waren. Dann habe ich die Prüfungen gemacht und nach den Prüfungen bin ich gleich halt Saufen gewesen. Ich habe denen halt gleich von Anfang an in der Schutzstelle gesagt, ich habe ein Alkoholproblem, ich kiffe auch und so und genau. Und es war dann halt relativ schwer für mich eine Einrichtung zu finden, wo auch toleriert wird, dass ich Alkohol trinke und eben Cannabis konsumiere, genau. Dann hatte ich das Vorstellungsgespräch im easyContact Haus und dann, ja, da dachte ich mir das Passt, ich fühle mich relativ wohl, dann bin 225 ich halt ausgezogen. In der Zeit halt in der Schutzstelle habe ich halt auch extreme Abstürze gehabt und ja.

Interviewer: Wie sind sie dann mit deinem Konsum umgegangen?

Klient D: Ja, sie konnten halt nicht viel machen. Sie haben halt, die Therapeutin hatte halt auch versucht mit mir zu reden und alles, aber ich weiß nicht, ich hatte da auch meinen eigenen Kopf und 230 mir war alles egal so lange ich es wollte, hat mir keiner irgendwas zu sagen, so ungefähr, und ja, das war dann, ja. Ich bin dann auch mit einer Wodkaflasche oder so, einfach Mal da hereinspaziert und habe gesagt ihr könnt mir alle Mal ich trink jetzt weiter und so, hole doch die Bullen, mir doch

Wurst, ja, ... sie konnten halt nicht viel machen, das war halt dieser schnell Versuch, so schnell wie möglich versucht halt eben eine Einrichtung für mich zu suchen, damit ich auf die anderen, die
235 jünger sind nicht mit herunterzuziehe und alles, aber es war eigentlich nie so, weiß ich nicht, von den jüngeren habe ich nie so irgendjemanden mit angestachelt, weil ich selbst relativ früh angefangen habe zu trinken, zu rauchen und zu Kiffen und ja, hat mir nicht viel gebracht in meinem Leben, eigentlich nur ärger.

Interviewer: Andererseits hast du da auch eben Menschen kennen gelernt, die auch härtere Sachen
240 konsumiert haben als du.

Klient D: Ja, eben, vor allem halt auch auf , also so, Freunde von mir nicht, aber halt auf Entgiftung war es halt extrem schlimm, da habe ich auch eine gehabt, die war vierzehn und hing halt an der Spritze und hat sich Heroin und Crystal gespritzt schon seit Jahren und das war schon sehr krass, zum Glück bin ich jetzt nicht so krass abgestürzt, ich war halt ein der wenigen, es waren halt Paar
245 wegen Alkohol da, aber die meisten halt wegen Kiffen und Chemie.

Interviewer: Jetzt bei der Entgiftung?

Klient D: Genau, bei Clean.Kick. Genau, also das halt eben das krasseste. Von Freunden halt nur, die nehmen halt nur Pille oder Pilze und so, aber ja. Das war jetzt nichts so.

Interviewer: Was für Effekte hatte es auf dich gehabt? Dieses, eben diese Menschen waren, die viel
250 krasser konsumiert haben als du.

Klient D: Also es war schon okay. Also entweder hatte die, weiß ich nicht, entweder hatten die, ich weiß es nicht, es war krass mitzuerleben, wie, wie fertig die Menschen halt auch sind und wie fertig ich eigentlich war, ich habe es mir aber nie eingestanden, dass ich halt echt kurz vor dem Absturz, also wirklich kurz vor dem Ende bin, und ja.

Interviewer: Also du konntest dich mit denen auch schon bisschen identifizieren.

Klient D: Ja, also wie waren halt alle wegen dem selben da, wir waren halt alle abhängig, wir wollten was ändern, Paar waren halt, krass war, was ich fand, sie hatten alle, also zwei mit mir eingeschlossen waren freiwillig dort, der Rest hatten alles eine Auflage und das war halt so ein Punkt, so okay, ich hab nichts mit der Polizei oder mit dem Gericht und so zu tun, das war noch so
260 mein Vorteil und ich bin freiwillig da, weil ich gemerkt habe, dass ich was ändern will, und ja, aber halt eben, aber dass man es auch, dass es jüngere gibt, die eigentlich schon mit dreizehn und vierzehn auf Crystal sind, es schon Jahre nehmen und auch schon wirklich kaputt sind und so, war ich relativ froh, dass ich nur bei Gras geblieben und und nur so ausprobiert hab.

Interviewer: Also es war schon eine Abschreckung?

Klient D: Auf jeden Fall, Ja.

Interviewer: Du hattest nicht das Gefühl, hey das muss ich noch ausprobieren?

Klient D: Nee, gar nicht, Ich hab eher eine panische Angst vor Spritzen und so, ich habe eigentlich eher relativ viel Chemie ausprobiert, aber ich hab mir nie so gedacht, ah, Heroin sollte ich Mal auch ausprobieren oder so, aber es war eher echt eine Abschreckung, also okay, damit will ich erst gar
270 nicht anfangen.

Interviewer: Manche reine Kiffer haben das Gefühl, dass sie in solche Einrichtungen dann gar nicht hingehören, wie war es für dich?

Klient D: Ne, also mir war schon klar, dass ich auf Entgiftung muss, das war ja auch freiwillig und alles und wir hatten alle irgendwie ein Cannabisproblem, Paar noch andere Sachen, aber die meisten
275 99 % waren halt wegen Cannabis da. Und ja.

Interviewer: Wie viele Prozent, Entschuldigung?

Klient D: Also 99 % wirklich waren von den ganzen Jugendlichen, die dort auf Entgiftung waren und so einfach wegen Cannabis.

Interviewer: Wegen Cannabis, okay.

Klient D: Und genau. Und es war schon, wir haben uns schon gegenseitig unterstützt. Also die ersten zwei Wochen waren schon echt hart, wo ich abrechnen wollte und keine Lust mehr hatte, aber dann habe ich halt gesehen, okay, ich muss echt was ändern, Schule kann ich nicht machen

oder so.

Interviewer: Mh. Mh. Also es waren auch schon deine Ziele, die dich motiviert haben.

285 **Klient D:** Ja, das war auch schon auf Entgiftung haben wir auch schon immer mit Zielen gearbeitet und jede Woche ein anderes Ziele gesetzt, dass wir es halt irgendwie erreichen und wieder merken okay, wenn wir uns Ziele setzten hat es ein Sinn und einfach zu kämpfen, es hat alles ein Sinn. Und genau. Es hat uns halt echt geholfen.

Interviewer: Aber du warst doch eigentlich in der Gruppe von den älteren, Du warst nicht bei
290 Clean.kids, sondern bei Clean.Kick.

Klient D: Genau, ich war bei den älteren.

Interviewer: Und da gab es die ganzen Kiffer, nicht bei den jüngeren?

Klient D: Genau, bei den jüngeren gab es, nämlich eine aus der WG ist gleichzeitig mit mir, die war halt 15, musste eben Clean.kids und ich war Clean.Kick bei den älteren. Und die hat mir halt
295 (*husten*), wir haben halt immer Kontakt gehabt, und sie hat mir halt erzählt, da sind 13, 14-Jährige Mädchen gekommen, die auf Crystal waren und alles, und dann wir älteren, haben halt nur, nur sage ich jetzt Mal halt, Koks, oder Ecstasy oder eben nur gekifft, und halt eben so jüngere, man hat eben nur Haut und Knochen gesehen und voll zerstört und alles und das halt schon Mal mit dreizehn und vierzehn. Und das war schon echt , das war schon mal echt krass. So, echt so, pfuu.

300 **Interviewer:** Mh. Eigentlich darf man da kein Kontakt haben zwischen den Jüngeren und älteren.

Klient D: Ja, genau (*lächelt*). Wir haben es halt immer heimlich gemacht.

(*Beide lächeln*)

Klient D: Vor allem sie haben auch vergessen, dass wir aus der selben Einrichtung sind. Weil sonst wären wir niemals gleichzeitig hingekommen. Das haben sie halt nur voll vergessen. Und dann hat
305 sich halt, und dann irgendwie, aah, ihr kommt Beide vom easyContact Haus, hm, das war schon unser Fehler. Und da haben wir halt immer Zettelchen. Weil ich hatte immer Mein Fenster da, wo sie ihren Garten hatten und wir hatten halt immer Zettelchen hoch geschmissen. Und so. Und dann hat sie mir immer so geschrieben und dann hat sie halt auch die Entgiftung abgebrochen und ist dann wieder zu ihrer Mutter gezogen und hat mich dann halt immer angerufen, hat mir dann halt so
310 erzählt, was dort abging, Also sie, ich fand schon von den Erzählungen auch von den anderen wenn wir Ausgang hatten und so, da haben wir uns auch mit den jüngeren getroffen und sie haben uns auch immer erzählt, was da drüben abgeht und, dass sie halt echt, dass sie so krass abhängig sind, dass sie Glasreiniger geschmissen haben und alles und so, das war schon echt hart. Ja.

Interviewer: Okay. Wie hast du dich dort insgesamt gefühlt?

315 **Klient D:** Eben anfangs, das waren die ersten zwei Wochen, eben die erste Woche bist du sozusagen eingesperrt, darfst kein Kontakt zu den anderen haben, weil du die sonst gefährden könntest, dass sie wieder Suchtdruck kriegen, weil du eben gerade im Entzug bist. Genau und also die ersten zwei Wochen waren schon hart. Vor allem die Entgiftungszeit die eine Woche, da war ich eben die meiste Zeit nur im Bett und hab geschlafen und gelesen und einfach nur darauf gewartet
320 bis ich anfang zu entgiften, wo ich dann eben auch körperlichen Entzug hatte und ja, Und nach der zweiten Woche, wo ich dann auch eben in die Gruppe reingekommen bin, wo ich die anderen kennen gelernt habe und auch mit den Betreuer in Kontakt gekommen bin, genau, da, ab dann ging es eigentlich schon gut. Weil wir haben auch gar nicht so viel Zeit gehabt, das war, was ich gut fand, an Kiffen oder unsere Drogen zu denken, wir haben halt immer Action gehabt, also wir waren
325 klettern, schwimmen, also halt immer Action, wir haben auch Sozialkompetenztraining gehabt und so, weil halt viele eben wegen Auflage da waren, also mit einer Auflage und ja, es ist halt, es war schon in Ordnung, du hattest halt viel Bewegung und alles und so konnte man besser entgiften und alles und ja.

Interviewer: Wie war das denn insgesamt im Haus? Weil da konsumieren eigentlich alle und die
330 nehmen auch unterschiedliche Sachen.

Klient D: Ja, aber zu dem Zeitpunkt, waren eigentlich nur noch, also echt, eigentlich waren alle nur noch Kiffer, also es gab keine andere Drogen mehr.

Interviewer: Wie lange warst du bei easyContact House?

Klient D: 20 Monate.

335 **Interviewer:** Mh.

Klient D: Also Anfangszeit, das erste halbe Jahr, hatten wir auch alles, hatten wir auch einen, der ist auf LSD und Pilze hängen geblieben, dann hatten wir eine, die ist ausgezogen in ihre eigene Wohnung dann, die hat auch Crystal genommen und so, also da war es noch gemischt, aber nachdem alle ausgezogen sind, da kamen eben nur jüngere und eigentlich nur noch

340 Cannabiskonsumenten.

Interviewer: Mh. Mh. Okay. Okay. Wie haben sie dort mit euch gearbeitet, also bezüglich dem Konsum?

Klient D: Genau. Also sie haben immer versucht uns dazu zu motivieren auf Entgiftung zu gehen, freiwillig halt auch ohne das es Erstmals zum Gericht, wenn dann irgendwie große Scheiße passiert, dass es halt zu Gericht kommt, der Richter dir das dann halt aufdrückt, sozusagen, genau, und halt dann eben die Therapiegespräche. Haben sie halt gesagt, immer irgendwie versuch an uns heranzukommen irgendwie auch. Manche haben sich komplett gesperrt, keine Entgiftung, keine Therapiegespräche, einfach möchte ich nicht, ich bin so zufrieden wie ich wohne, wie ich lebe zurzeit, und manche waren halt anders, haben halt dann Therapiegespräche gemacht und haben sich
350 ... ex... extern einen anderen Therapeuten besucht, mit dem sie nochmal reden können und genau. Oder dann halt unser Therapeut hat uns auch halt Programme angeboten von anderen Einrichtungen z.B. das Kiss-Programm oder so, genau und ja.

Interviewer: Hast du da Mal mitgemacht? Beim Kiss?

Klient D: Ich wollte, aber dann war ich in der Schule und dann habe ich Schule angefangen und das
355 war halt alles unter der Woche, und dann habe ich es, nee, unter der Woche bin ich froh, wenn ich in der Schule bin und eben war ich dann freiwillig eben freiwillig auf Entgiftung und genau. Und das hat mich halt so, das hat mir dann geholfen.

Interviewer: Du hast schon darüber nachgedacht da hinzugehen.

Klient D: Ja, ich habe gesagt, ich mach mit und so und will was ändern, aber dann war ich eben auf
360 Entgiftung und dann war ich zwei Monate geschafft nicht zu konsumieren, dann habe ich wieder angefangen eben auch durchs Haus wieder. Ja, aber ich habe es ins Griff bekommen so, sage ich jetzt Mal.

Interviewer: Hast du noch anders ausprobiert von dem Kiffen weg zu kommen? Wir haben schon irgendwie viele Sachen angesprochen.

Klient D: Ich habe es halt selbst probiert, ich habe mir dann so gesagt, jetzt Mal zwei Tage ohne, dann wieder Mal ein Joint, damit ich nicht komplett austicke oder so, dann wenn ich zwei Tage geschafft habe, dann drei Tage und so und dann immer mehr, immer mehr Tage versucht, aber dann am Ende hat es nicht geklappt. Ich wollte es immer alleine schaffen, weil ich nämlich vieles in meinem Leben alleine schaffen musste und mir alleine helfen musste und so. Dann habe ich mir
370 gedacht, das kriege ich auch alleine hin, weil ich es auch mit Alkohol geschafft habe aufzuhören und so. Aber dann ja, die Abhängigkeit von Cannabis war dann doch größer als ich gedacht habe und dann musste ich mir Hilfe holen. Ja.

Interviewer: Okay. Mh. Kennst du irgendwelche Angebote, die speziell für Cannabiskonsumenten gedacht sind?

Klient D: Eben dieses Kiss-Angebot, eben da auch, oder dieses Konsumtagebuch zu machen, das hilft bei manchen... Was hatten wir noch? Eben auch so, einfach irgendwie was ich gehört habe Sporttherapie irgendwie, mehr Sport zu machen und alles um halt auch irgendwie davon weg zu kommen und fitter zu werden und aktiv zu werden, aber sonst weiß ich nicht. Bei mir war nur das drastische, diese Entgiftung, aber das sind eigentlich bei meisten Cannabiskonsumenten okay, du
380 kannst zur Caritas gehen und halt dort Beratungsgespräche machen und so, genau. Oder auch ... ja.

Interviewer: Was ist bei den meisten so?

Klient D: Also bei den meisten ist es so, dass sie halt schon so abhängig sind heutzutage, dass

einfach nur noch eine Entgiftung hilft. Und anders halt nicht, es ist schon, vor allem das Grass, dass ist einfach ganz anders als damals, damals hieß es noch, du wirst nur psychisch abhängig, aber du
385 wirst heutzutage auch körperlich abhängig. Und das ist halt dann das schlimme, wo dann ohne Entgiftung nichts geht.

Interviewer: Mh. Mit vier Gramm pro Tag, glaube ich es (*lächeln*). Aber denkst du, ich weiß es ist jetzt rein hypothetisch, aber hätte dir so was ambulantes geholfen, hättest du das geschafft, z.B. oder Candis gibt es auch, das ist so was ähnliches. Hättest du das geschafft da regelmäßig
390 hinzukommen?

Klient D: Ich glaube nicht, ich glaube, ich wäre die ersten zwei Male hingegangen und dachte ich mir hm, relativ viel bringst mir ja eher nicht, und dachte mir so, viel bringt es eher nicht. Solange mein Körper nicht frei vom THC ist und auch mein Kopf eine längere Zeit nichts konsumiert hat und so, dann weiß ich nicht, hätte es nicht viel gebracht. Es muss echt vom Kopf her so sein, vor
395 allem halt ohne, so lange du das selber nichts willst, bringt alles, Therapie und alles, Entgiftung eher nichts. Ja. Es muss auf jeden Fall die Wille von dir selbst da sein, dass du halt echt damit aufhören kannst oder zumindest es drastisch reduzieren kannst. Ja.

Interviewer: Mh. Okay. ... In das Haus bist du damals gekommen, weil du einfach nicht mehr bei deiner Mutter bleiben konntest und bei deinem Vater auch nicht.

400 **Klient D:** Nee, also zu meinem Vater, da gab es auch lauter Gerichtsverhandlungen und alles und genau.

Interviewer: Wegen Sorgerecht?

Klient D: Nein, einfach wegen den ganzen Nötigungen und alles, Ich hatte halt Verhandlungen und dann habe ich so oder so mit ihm den Kontakt abgebrochen und dann auch wegen dem Alkohol und
405 so, eben, musste man auch einfach eine gescheite Einrichtung für mich suchen, die sozusagen toleriert, dass ich konsumiere und genau.

Interviewer: Zu dem Zeitpunkt wolltest du eben auch nicht aufhören.

Klient D: Nee, gar nicht, also...

Interviewer: Es gibt ja auch andere Einrichtungen.

410 **Klient D:** Ja genau, ich wollte einfach nicht, ich habe einfach gesagt, nee, ich möchte nicht aufhören, es hilft mir zu vergessen und anders kann ich nicht vergessen. Ja.

Interviewer: Ja. Okay. Gut. Dann wenn du jetzt zurück schaust auf die Zeit, bevor du jetzt ins Haus und dann zu Clean.Kick gekommen bist, was hätte dir deine Meinung nach irgendwie schneller oder besser geholfen aus dem Konsum herauszukommen?

415 **Klient D:** Auf jeden Fall Freundeskreis wechseln. Also das habe ich nie gemacht. Ich war, weil sie mir so zu sagen geholfen haben, ich wollte eben vergessen und sie haben mir was gegeben, was, womit ich vergessen kann und ich dachte, dass sind gute Freunde, die mir nur helfen wollen und hätte ich vielleicht auch früher gemerkt so, dass es mir eigentlich nicht viel bringt, es ist ja immer noch da, ich vergesse es immer nur so lange, so lange ich eben berauscht bin, danach sind die
420 Probleme und die Erinnerungen immer noch da. Und vielleicht hätte ich früher anfangen sollen mit meiner Mutter darüber zu reden, dass sie mir halt irgendwie, oder mit meinem Jugendamt, weil wie eher Kontakt immer mit dem Jugendamt hatten, vielleicht der mal mir anvertrauen oder auch auf jeden Fall Freundeskreis wechseln, mit den Menschen zu tun zu haben, die nicht konsumieren, weil da kommst du halt vielleicht auch viel schwieriger, du kommst zwar immer an was ran, aber so
425 lange du immer mit Leuten unterwegs bist, die nicht konsumieren, weiß nicht, aber alleine Kiffen macht jetzt nicht so Spaß. Ja und deshalb hättest du sie entweder zwingen müssen, oder sie hätten sich von mir abgewendet und dann wäre ich ständig halt alleine da, und weiß ich nicht, das war halt ein Fehler von mir, dann an meine Freunde zu glauben und hängen zu bleiben, dass sie mir halt irgendwie helfen.

430 **Interviewer:** Welche Angebote hast du z.B. damals bekommen, als du so, bevor das alles angefangen hat, weil das war eine stressige Familiensituation. Und du hast gesagt, du warst schon im Kontakt mit Jugendamt und deine Mutter wusste davon. Was gab es da für Sachen, die dir helfen

könnten sich damit auseinander zu setzten.

Klient D: ... Ja, ich hätte halt viel früher über meine Vergangenheit reden sollen, oder halt damit
435 anfangen sollen sie zu verarbeiten, das war halt auch so, wo ich halt gesagt habe, ich brauche keine
Hilfe, mir geht es gut, ich komme schon selbst klar, damit was damals passiert ist. Ich hätte einfach
die Hilfe annehmen sollen, die mir geboten worden ist.

Interviewer: Und was war das?

Klient D: Therapie.

440 **Interviewer:** Also ambulante Psychotherapie.

Klient D: Ja, also Therapie halt eben, ja, die hätte ich annehmen sollen. Vielleicht wäre ich dann
nicht so weit gekommen, wie ich damals war. Ja.

Interviewer: Mh. Okay, aber du wolltest einfach zu dem Zeitpunkt nur vergessen und es einfach
nicht (*unterbrochen*).

445 **Klient D:** Genau, ich wollte auch nicht, mir fehlt es immer noch schwer heute irgendwie das
wirklich das Thema anzusprechen und das auch wirklich analysieren und wieso, weshalb, warum,
also so grob darüber reden geht halt schon, aber dann halt wirklich ins Tiefe einzubohren so, das
fehlt mir hat immer noch schwer. Aber es geht ja schon mehr als zum damaligem Zeitpunkt. Ja.

Interviewer: Ich weiß, dass du dir das schwierig vorstellen kannst, aber wenn es diese
450 Familienkrise nicht gäbe, denkst du, hättest du gar nicht so abgerutscht mit dem Konsum?

Klient D: Ja, also ich glaube, das war halt schon viel mit Familie aber auch ich glaube früher oder
später wäre ich so oder so angefangen, wäre ich auf die falschen Leute gekommen. Aber
dadurch, dass ich ins Heim gekommen und in andere Einrichtungen und eben auch in anderen
Schulen und alles und ja. Klar, die Situation zu Hause hatte viel zu tun damit, dass ich angefangen
455 habe, aber ich weiß ich nicht, ich glaube früher oder später hätte ich so oder so angefangen. Ich
glaube aber eher viel später.

Interviewer: Du hättest später angefangen, okay.

Klient D: Und vor allem auch nicht so drastisch. Also halt gleich, ich kenne auch alte Kollegen
von mir, die relativ spät angefangen haben, mit 16, 17, was halt echt spät ist zurzeit, also
460 heutzutage, die halt auch jetzt ab und zu halt, vielleicht nur Mal, ein zwei Mal im Monat nur um
halt irgendwie runter zu kommen vom Stress. Ja, vielleicht wäre ich auch so geworden, weiß ich
nicht. Ich finde aber auch, diese ganze Verfahren was ich hatte, eben Heim und dann wieder bei
Mama und wieder weg von Mama und dann auf Entgiftung, krass konsumieren, gar nicht
konsumieren, das hat mir schon viel im Leben geholfen, das hat mir schon echt viel weiter gebracht.
465 Ich glaube nicht das ich jetzt hier stehen würde, wenn ich das nicht alles durchgemacht hätte. Also
ich glaube ich wäre nicht so selbständig, ich glaube ich wäre immer noch so bemuttert worden,
irgendwie so halt echt ja.

Interviewer: Mh. Mh. Okay. Und was für Gründe siehst du dafür, dass du dich mit dem Konsum
nicht schon früher auseinandergesetzt hast?

470 **Klient D:** Es hat mir einfach gefallen, also einfach diese berauscht sein, und von dieser, von dem
hier und jetzt weg zu kommen, dass es einfach irgendwelche Mittel gibt ohne darüber zu reden, das
Reden hat mir halt früher sehr schwer gefallen. Und ja.

Interviewer: Mh. Ja. Das ist das wichtigste. Was bedeutet dann für dich Kiffen jetzt?

Klient D: Was bedeutet es für mich? Einfach auch vom Stress runterkommen halt, nicht mehr zu
475 vergessen, weil ich eben durch die Abhängigkeit und alles konnte ich eher nicht mehr vergessen,
das war einfach jeden Tag ein Ritual für mich zu Kiffen bis zum umfallen, aber jetzt ist es halt nur,
weiß ich nicht, abends so, wenn ich alles hinter mir gebracht habe, wenn ich weiß, ich habe einen
harten Tag hinter mir gebracht und ich habe viel geschafft, einfach so zu sagen, einfach kleine
Belohnung, für die Stunde oder so berauscht zu sein und danach auch eigentlich schlafen. Ja, es ist
480 halt irgendwie, ja, eine kleine Belohnung, ja.

Interviewer: Okay. Gut. Denkst, haben wir etwas wichtiges noch nicht erwähnt zu deinen
Erfahrungen mit den Behandlungssystem?

Klient D: Nee, ich glaube nicht, ach so, auf jeden Fall halt eben, so lange keine Unterstützung, keine Therapie oder Therapeuten sich halt intensiv um einen kümmern, um einen Suchterkranken, 485 dann finde ich, hat alles kein Sinn. Und so lange halt der Wille nicht da ist. Das ist halt einfach glaube ich echt das wichtigste um überhaupt sich damit... und man muss sich eingesehen, dass man abhängig ist, weil viele im Haus eben, damals eben wo ich war, waren alle abhängig und alle haben gesagt, nein, wir sind nicht abhängig, wir kriegen das hin, es ist nur so eben so, du musst dir halt echt eingestehen, dass du abhängig bist.

490 **Interviewer:** Woran liegt es, dass es so schwierig ist?

Klient D: Du willst, du willst es dir einfach nicht eingestehen, dass du wirklich, dass du ein Problem hast, dass du halt irgendwie nicht nur zu Hause Problem hast, aber auch mit dem Konsumieren und so du siehst das Konsumieren als Fluchtweg, oder halt, dass es dir halt hilft zu vergessen oder ja so und du steht es dir nicht ein, weil von damals weiß du noch, es gibt keine 495 körperliche Abhängigkeit und so. Und das stimmt halt einfach nicht. Und heutzutage es ist einfach gestreckt und alles und ja, die ganzen Stoffe, mit denen auch, die da auch so, z.B. Hasch wird mit Schuhcreme gestreckt oder so und das halt schadet alles deinem Körper und das musst du halt, du willst es dir einfach nicht eingestehen, du hast angefangen sozusagen mit dem Gedanken, ich werde es im Griff haben, ich werde nur ab und zu und so und dann. Eben du merkst es halt gar nicht 500 selbst, dass du so schnell und so krass abrutschst und ja.

Interviewer: Denkst du, dass es mit härteren Drogen anders ist?

Klient D: Nein, also... Ich weiß nicht.

Interviewer: Das Kiffen wird halt so oft bagatellisiert, so, es ist doch nichts, das ist wie Alkohol...

Klient D: Also ich finde Alkohol schlimmer als Kiffen. Aber bei härteren Drogen ist genauso. Eben 505 auf Entgiftung habe ich gemerkt, die haben halt über ihre ganzen Sessions und Wochenenden geredet, wo sie sich eine Nase nach der anderen gezogen haben, oder ein Teilchen nach dem anderem und dann gesagt haben, nee, ich bin nicht abhängig oder so, sie haben es eben gar nicht mehr gemerkt, dass sie es gebraucht haben, sie haben es irgendwie damit, ich will jetzt was und ich nehme es jetzt, aber das sie es brauchen, haben sie sich nie eingestanden, das ist eben bei jede 510 Droge so. Es ist auch beim Rauchen, nein, ich bin nicht abhängig, ich kann jederzeit aufhören. Dann habe ich versucht aufzuhören und ging auch nicht. Also es ist halt irgendwie, du willst es dir halt irgendwie nicht eingestehen, dass du abgerutscht bist.

Interviewer: Mh. Okay. Jetzt wollte ich noch was fragen, aber ich hab es vergessen. ... Eigentlich haben wir easyContact noch gar nicht erwähnt.

515 **Klient D:** Ja genau. Ich bin jetzt von easyConatct Haus zu easyContact gezogen, genau. Und eben auch, es liegt gar nicht daran, dass ich noch konsumiere und deshalb auch bei Condrops bin und so, es war einfach, ja, es war das beste Angebot. Ich habe mir auch andere Einrichtungen, teil-betreute Einrichtungen, einzel-betreute Einrichtungen angeschaut aber da hieß es Erstmal Doppel-WG, wollte ich nicht, ich hatte zwanzig Monate genug Menschen um mir herum, ich wollte einfach echt 520 alleine sein und die anderen hatte viel zu viele Angebote gehabt, du musst einmal in der Woche mit uns frühstücken und einmal in der Woche hier und da.

[Klingel an der Tür]

Klient D: Aha, das ist [Name der Betreuerin von easyContact]. Schatz, mach mal auf [zu ihrem Freund].

525 **Klient D:** Und ja, dann habe ich eben, mein Freund ist eben von mir ausgezogen, dann habe ich es mir angeschaut, hatte auch Vorstellungsgespräch gehabt und dann warst halt echt in Ordnung, die verlangen nicht so viel von uns, eben nur die 15 Stunden in der Woche und ja. Deshalb habe ich mich für easyContact entschieden und bin halt echt zufrieden (*lächeln*) [Betreuerin kommt gerade in das Zimmer rein].

530 **Interviewer:** (*Lächeln*) Jetzt kannst du auch nichts anderes sagen. Okay, dann wäre es auch von meiner Seite alles.

Klient D: Super.

Interviewer: Danke schön.

Anhang VI: Transkription Klient E

Aufnahmetag, -beginn: 18.3.2014, 10:30 Uhr

Aufnahmeort: Kleiner Besprechungsraum, Büro von easyContact, Condrops e.V.

Interviewdauer: 1 Stunde 8 Minuten

Geschlecht: männlich

Alter: 19

Gesprächsatmosphäre: Klient E war von Beginn an sehr freundlich und hat einen fitten Eindruck gemacht. Er überlegte genau seine Antworten, schweifte jedoch öfter vom Thema ab.

Aktuelle Wohnsituation: Klient E wohnt in einem Einzimmerapartment und wird seit ca. zwei Jahren von easyContact, Condrops e.V. betreut.

Aktuelles Befinden: Klient E sagte, dass es ihm super geht.

Interviewer: Am Anfang würde ich ganz gerne etwas darüber wissen, wo du herkommst und wie sich überhaupt dein Konsum entwickelt hat. Also, wo kommst du her?

Klient E: Wie meinst du jetzt? Aus Deutschland oder aus welchen Familienverhältnissen?

Interviewer: Erst so örtlich, Erstmal.

5 **Klient E:** Ich komme aus München, bin aufgewachsen in Thalkirchen und bin, als ich sechs war aufs Land gezogen zu Freunden von meiner Mum, also mit meiner Mum auch, aber da sind wir nur ein halbes Jahr geblieben, weil meine Mum da keine, also keine gute Stelle gefunden hat zum Arbeiten und dann sind wir also zurück nach München und ja, sind wir oft umgezogen, keine Ahnung. Ja.

10 **Interviewer:** Mh. Okay. Aber in München seid ihr umgezogen?

Klient E: Ja.

Interviewer: Wie würdest du den deine Familiensituation beschreiben?

15 **Klient E:** Komisch, weil seit dem ich fünf bin, ich kann mich halt eigentlich nur dran erinnern wie sich meine Mum und Dad gestritten haben und dann haben sie sich als ich fünf oder sechs war haben sie sich halt geschieden. Dann sind wir auch da hingezogen und wieder zurück, weil für meine Mum war es auch zu viel mit der Scheidung und sie hat Freunde gebraucht, glaube ich. Und ... die Familiensituation zu meinen Tanten und Onkels. Ich mag sie nicht, sie mögen mich auch nicht, aber es ist halt Familie irgendwo. Ich kann mit denen nichts anfangen, ich weiß es nicht, es ist komisch.

20 **Interviewer:** Und wie würdest du die Beziehung zu deiner Mutter beschreiben?

Klient E: Ja, es ist halt meine Mutter, ich weiß nicht. Ich hab irgendwie keine Gefühle für meine Familie so wirklich, es ist halt echt komisch. Ich weiß nicht, aber wenn ich jetzt meine Mum ein Monat nicht sehe oder so, dann tut es mir jetzt nicht wirklich weh, das ist halt echt nicht komisch, ich denke halt ein zwei Mal an sie, melde mich dann irgendwann Mal dann, aber so tut mir das halt nicht weh, wenn ich sie längere Zeit nicht sehe. Aber, keine Ahnung, ab und zu mache ich mir auch schon sorgen, es ist halt schon Familie, meine Mum ist schon Familie, aber der Rest weiß ich halt nicht. Zu Oma und Opa auch noch, also Väterlicherseits, aber sonst, keine Ahnung, es ist alles ziemlich komisch bei uns.

Interviewer: Ja, aber du bist mit deiner Mutter im Kontakt und das ist jetzt nicht krisig, oder?

30 **Klient E:** Nee, nicht mehr (lächeln).

Interviewer: Okay.

Klient E: Hat sich gebessert auf jeden Fall. Aber auch erst seit dem ich hier bin, aber davor war es halt einfach, ich bin nach Hause gekommen und da haben wir uns gestritten, keine Ahnung, jeden Tag, seit zehn Jahren das gleiche, das war echt nicht schön.

35 **Interviewer:** Wann hat es angefangen? Die Streitereien?

Klient E: Ich kann mich nur erinnern, dass wir irgendwann Mal, als ich sechs, sieben war zur Plinganser da hinten gegangen und meine Mum so nach Hilfen, weiß ich nicht, Erziehungshilfen gefragt hat und dann war es so, dass sie noch gemeint hat, das schaffen wir noch alleine, dann ist das immer weiter ausgeartet, nur nachdem, wo wir da hingegangen sind ging es so zwei oder drei
40 Monate gut, aber danach hat es eigentlich schlimmer weiter gegangen als davor.

Interviewer: Und da warst du sechs Jahre alt?

Klient E: Oder ich weiß es nicht, vielleicht acht oder neuen, das ist schon viel zu lange her. Aber ich war auf jeden Fall jünger.

Interviewer: Noch so im Grundschulalter?

45 **Klient E:** Ja.

Interviewer: Mh. Und das Sozialbürgerhaus meinst du?

Klient E: Ja.

Interviewer: Mh. Okay. Dann kommen wir jetzt schon zu deinem Konsum (*lächeln*).

Klient E: (*Lächeln zurück*)

50 **Interviewer:** Wann hast du zum ersten Mal Zigaretten geraucht?

Klient E: ... Warte, mit sechzehn und halb glaube ich. Ja, nee, also das erste Mal, einmal habe ich mit elf oder so geraucht, da hat mich so ein komischer Kauz von meiner (*undeutlich*), der da auf dem Land gelebt hat, angestachelt. Und so bewusst halt erst mit sechzehn und halb, also gewollt.

Interviewer: Und da hast du auch schon regelmäßig dann geraucht? Oder wann hast du angefangen
55 regelmäßig zu rauchen?

Klient E: Als ich in die neunte Klasse gekommen bin, in die Realschule. Da hat eigentlich so oder so alles angefangen, da waren einfach die falschen Leute und hab mir gedacht, ich muss irgendwie dazu gehören, weil ich halt ungefähr seit der sechsten Klasse jedes Mal die Klasse wechseln musste, weil ich jedes Mal, wegen Latein, oder Schule gewechselt, oder die Lehrer mich nicht mochten,
60 keine Ahnung, aber jedes Mal irgendwas neues war. Und bei irgendeine Klasse habe ich mir gedacht, ich muss jetzt Mal dazu gehören und da waren echt die falschen Leute dabei (*lächeln*). Das waren echt die falschen Leute.

Interviewer: Wie alt warst du da so ungefähr?

Klient E: 16, 17. so, 16 und halb.

65 **Interviewer:** Ja. Das wollte ich eigentlich auch fragen, wie das mit deinen Schulen für dich so war, so grundsätzlich, die Erfahrung?

Klient E: Scheiße, ich hasse Schule.

Interviewer: Du hasst Schule.

Klient E: Ja, das ist einfach unnötig. Ich weiß nicht, ich bin seit der siebten Klasse wirklich nicht
70 mehr gerne in die Schule gegangen, weil ungefähr in jede meine Klasse, ich konnte mit keinem was anfangen ich konnte echt nicht mit keinem was anfangen und wenn du dann da allein jeden Tag drin hockst und mit niemanden redest, dann ist halt echt so demotivierend, dass es nicht wirklich, das macht kein Spaß in die Schule zu gehen, auf jeden Fall nicht. Und wenn dann die Lehrer dann, wenn du dann nur einen Muck sagst dich dann jedes Mal ermahnen, weil du nur, weil sie denken du
75 bist Scheiße so ungefähr. Ich weiß nicht, ich würde sie am liebsten erschießen, manchmal.

Interviewer: Mh. Okay.

Klient E: Es ist halt einfach halt seit, ich glaub seit der siebten Klasse war ich in keine regelmäßigen Klasse mehr.

Interviewer: Du hast einfach oft Schule gewechselt.

80 **Klient E:** Oder Klasse einfach oft, auch intern an der Schule. Auf der Klenze [*Münchner Gymnasium*], musste ich dann dreimal oder viermal die Klasse wechseln. Nur weil sie gemeint haben, weil ich, in der sechsten Klasse habe ich zum Beispiel Latein gewählt an stelle von Französisch, da musste ich in die D wechseln. Dann war ich in der zwei Jahre dann, die sechste und die siebte und in der siebten musste ich dann wieder wechseln, weil sie gemeint haben, ich sei nicht
85 gut genug für die Klasse, mit meinem besten Freund damals, der ist dann in die C gekommen und

ich in die B. Weil ich in der Leser Klasse, da habe ich mich total unwohl gefühlt, bin dann so ungefähr nach einem Jahr, nicht rauf gekommen, bin durchgefallen, musste wieder wechseln und hab ich an die Realschule gewechselt. Das war auch unnötig gewesen.

Interviewer: Nach der fünften war es Gymnasium und dann nach der achten Klasse an die
90 Realschule?

Klient E: Ja, achte Klasse.

Interviewer: Hast du einen Abschluss?

Klient E: Ja ja, ich hab ihn extern auf der Realschule dann gemacht. Weil als ich dann in die Realschulklasse gekommen bin, war es eigentlich genau wie davor, ich konnte mit keinem was
95 anfangen, bin dann irgendwann nicht mehr gekommen, hab dann halt extern, hab dann mein Schulabschluss extern gemacht, weil die Schule gesagt hat, wir übernehmen dich nicht, wenn du nicht richtig kommst, beziehungsweise im Sport wirklich nicht mitmachst oder so. Und dann habe ich gesagt, Okay, übernimm mich nicht, ich mache mein Schulabschluss extern. Und hat ihn dann extern gemacht.

100 **Interviewer:** Mittlere Reife dann?

Klient E: Nein, Quali. In der neunten Klasse halt. Mittlere Reife habe ich dann nochmal zwei Mal versucht, aber ich bin geflogen, weil... was war das, letztes Jahr, weil ich zu oft gefehlt habe und das davor, ich weiß es nicht mehr. Weiß es nicht mehr, eigentlich nur weil ich so oft gefehlt hat, weil mir die Schule eigentlich nicht gefällt. Ich fühle mich unwohl, wenn ich da reingehe, ich fühle mich
105 da nicht bestätigt, ich fühle mich da nicht angehörig, keine Ahnung, es ist einfach unnötig für mich, ich mag es nicht.

Interviewer: Das passiert.

Klient E: Ja, das hat halt irgendwann angefangen, als ich dann jedes Jahr die Klasse wechseln musste und das ist dann echt komisch, dann.

110 **Interviewer:** Mh, anstrengend auf jeden Fall.

Klient E: Sehr, psychisch vor allem.

Interviewer: Und jetzt machst du was?

Klient E: Jetzt mache ich eine Koch-Ausbildung, es macht mir sehr viel Spaß, Gott sei dank. Weil, keine Ahnung, ich gehe zum Beispiel, wenn ich frei habe, dann gehe ich in die Arbeit und mache da
115 einfach irgendwas.

Interviewer: Wirklich (*Lächeln*)?

Klient E: Ja, es ist schon echt peinlich (*Lachen*). Macht mir halt echt Spaß.

Interviewer: Wie lange bist du schon dabei?

Klient E: Jetzt seit einem drei-viertel Jahr.

120 **Interviewer:** Mh. Schön. Das ist schön. Okay. Wir waren da bei den Zigaretten.

(*Beide Lächeln*)

Interviewer: Rauchst du jetzt?

Klient E: Ja, was heißt, ich rauche gelegentlich, es ist eher so, ich kiffe halt eher. Ja.

Interviewer: Mh. Also kannst du sagen wie viele Zigaretten am Tag du rauchst?

125 **Klient E:** Gar keine bis drei Zigaretten maximal. Ja.

Interviewer: Okay. Gut. Wie stehst du zum Alkohol?

Klient E: Ich bin nicht so der Alkoholiker eigentlich. Trinke so am Wochenende wenn Freund Geburtstag hat oder wenn wir feiern gehen, aber letzte Zeit habe keine Zeit wegen der Arbeit. Da trinke ich höchstens einen Schluck Wein während der Arbeit so ungefähr, wenn sie sagen, probiere
130 Mal, der ist gut, so ungefähr, da kann man nicht nein sagen, will man auch gar nicht bei dem Schluck Wein glaube ich, also einem Teuren.

Interviewer: Ja. Wann warst du denn zum ersten mal betrunken?

Klient E: Auch so 16 und halb. Eigentlich hat es gleichzeitig mit dem Rauchen angefangen. Ja.

Interviewer: Hast du da früher mehr getrunken als jetzt? Oder war es schon immer so.

135 **Klient E:** Ich habe früher mehr getrunken als jetzt. Ich hab eigentlich jeden Tag getrunken dann, als

ich noch daheim gelebt habe. Ja, war schon echt komisch.

Interviewer: Hast du dich dann auch betrunken alleine?

Klient E: Nicht alleine eben, nicht alleine, aber ich war schon jeden Tag gut dicht, oder nicht gut dicht, aber gut angetrunken. Ja. Keine Ahnung, meine Gesamtsituation hat mir einfach echt nicht
140 gefallen. Ich war auch nicht viel daheim eigentlich, ich war nur zum schlafen daheim (*Lachen*).

Interviewer: Okay. Das war so alles eben als du 16 warst.

Klient E: Ja, schon. Da hat es alles so komplett umgesprungen, ich habe mir gedacht, ihr könnt mich alle Mal, so ungefähr. Wenn ihr mir Mal mein Leben verhaut, dann mache ich mir mein Leben selber irgendwie noch schlechter. Ich weiß nicht, was ich da gedacht habe. Es war halt so eine
145 Depri-Phase, was nur kurz angehalten hat, es war schon echt komisch, aber es ist mir erst vor kurzem wieder eingefallen.

Interviewer: Mh. Okay. Wann hast du denn dann Kiffen angefangen.

Klient E: ... Mit 17, oder? Das war halt ziemlich gleich, als ich auf die Realschule gewechselt habe, da war es alles so und dann als ich ausgezogen bin, habe ich dann eben gar kein Alkohol mehr
150 getrunken und bin dann eigentlich nur auf das Kiffen umgesprungen. Warum auch immer. Obwohl ich eigentlich damit aufhören sollte. Hey, ich weiß nicht (*lachen*). Auf jeden Fall habe ich es getan. Bei Alkohol ist es so, wenn du dann am nächsten Tag aufstehst, dann hast du einen voll angespannten Kopf, du fühlst dich halt nicht normal, vor allem wenn du jeden Tag trinkst. Du hast so eine Wolke im Kopf, die dich die ganze Zeit nicht nachdenken lässt. Ist echt komisch.

Interviewer: Beim Kiffen ist es nicht so?

Klient E: Da stehst du einfach nächsten Morgen auf, denkst dir so, Okay, ich will weiter schlafen (*lachen*), man kann irgendwie nicht, dann stehe ich halt auf, dann esse ich was und dann geht es mir eigentlich gut. Diese erste Überwindung aufzustehen, die ist immer so da, aber sonst ist eigentlich nie was.

Interviewer: Okay. Was hat das Kiffen dann damals in der ersten Phase für dich bedeutet?

Klient E: Ich weiß nicht. Das war einfach nur, das ich irgendwo zugehört habe. Ich weiß es echt nicht.

Interviewer: Und von der Wirkung her?

Klient E: Also ich kann mir noch an mein erstes Mal erinnern, das war schon krass. Das war, da
165 waren wir hinten beim Altersheim beim Fürstenried West und da haben wir halt eine geraucht, es war tiefster Winter und ich weiß nicht, ich hab nur zwei Mal daran gezogen, und auf jeden Fall, habe ich dann alles nur in einer Zeitlupe und schwarz-weiß gesehen. Keine Ahnung, Und das hat mir halt irgendwie gefallen. Ich weiß nicht warum (*lachen*). Ich weiß es nicht. Das will ich seit dem irgendwie immer wieder haben. Warum auch immer. Ich verstehe es nicht. Also wollte ich immer
170 wieder haben, jetzt nicht, Gott sei Dank, aber (*lachen*) keine Ahnung.

Interviewer: Wie hat sich dein Konsum entwickelt in der Zeit?

Klient E: Ziemlich drastisch eigentlich. Weil mein bester Freund gleichzeitig mit mir parallel angefangen hat, der hatte auch viel zu viel Geld von seinen Eltern in Arsch geschoben bekommen und wir sind dann halt dann auch jeden Tag holen gegangen, für 20, 30,- Euro, haben es dann auch
175 jeden Tag vernichtet (*lächeln*) und immer wenn ich ihn sehe, ich weiß es nicht, ich hab auch einen Zeitlang versucht mich von ihm fernzuhalten, aber das einzige was wir machen, wenn wir uns sehen ist Chillen, Zocken, Boarden oder Fahrradfahren und ich kann mit ihm nichts anderes machen, es hat sich schon so eingebürgert bei uns und so im ganzen Freundeskreis ist es echt schlimm geworden. Ich weiß nicht, überall wo ich hinschaue, ich versuche mich von meinen freunden zu
180 lösen, komme zu irgendjemanden anderen und die Verhalten sich eigentlich genau wie die. Das ist glaube ich in der heutigen, also bei der heutigen Jugend es ist nicht Mal, ich weiß es nicht, die übertreiben es einfach alle, habe ich das Gefühl. Also zumindest, mit denen ich abhänge, die ich sehe, die übertreiben einfach alle.

Interviewer: Mh. Ja. Das Bedeutet du hast deine.. relativ bald dann täglich schon gekifft und auch
185 (*unterbrochen*).

Klient E: Viel schon.

Interviewer: ... mehr als ein Gramm am Tag, oder? So klang das, oder?

Klient E: Ja, schon. Ich hab da nicht so den Überblick gehabt (*lachen*), das war halt einfach immer da (*lachen*). Keine Ahnung.

190 **Interviewer:** Du bist damit nicht sparsam umgegangen und mein bester Kumpel auch nie. Keine Ahnung.

Interviewer: Genau, Okay. Wie lange hast du denn dann so täglich gekifft.

Klient E: Bis jetzt fast eigentlich. Nur ich halt hab da zwischen durch immer Mal wieder Paar Pausen gemacht. Einmal habe ich zwei Monate Pause gemacht, einmal ein Monat, dann zwischen
195 durch immer Mal zwei Wochen. Weil ich mir da immer gesagt habe, bist du jetzt echt blöd, oder sehen es die anderen nur so. Und, dann habe ich echt Mal zwei Monate Pause gemacht, und dann habe ich gesehen, puau, hast du eigentlich viel Lebensenergie und ich kann damit nicht anfangen, hier zumindest nicht. Weiß nicht, ich fühle mich so, wenn ich normal bin, dann fühle ich mich einfach so so unterdrückt, irgendwie. Ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll.

200 **Interviewer:** Unterdrückt.

Klient E: Ich fühle mich total ich weiß nicht...

Interviewer: Aber gleichzeitig hast du viel Energie

Klient E: Ja, also ich weiß, dass ich damit was erreichen kann, aber ich weiß nicht wie ich es beschreiben soll... Ich weiß, dass ich damit was erreichen könnte wenn ich wollte, nur, es ist halt
205 auch einfach viel zu viele andere Menschen, die genauso gut sein könnten wie ich zum Beispiel, ich weiß es nicht. Und ich mag hat diese komplette Lebenssituation in Deutschland nicht. Ich mag dieses gestresste, geplante, ich weiß es nicht, es gefällt mir eigentlich schon, weil ich bin so ein strukturierte Mensch, nur es liegt mir so, so, ich weiß nicht, dieser Stress irgendwie, ich mag ihn nicht, also irgendwie auch schon.

210 **Interviewer:** Und auch die Konkurrenz, so... (*unterbrochen*).

Klient E: Das weiß ich nicht, die Konkurrenz jetzt nicht Mal unbedingt, aber so, mir gefällt die Mentalität dann untereinander, unter den Menschen einfach nicht. Ich weiß nicht, den Begriff Schikanieren ist hier schon nicht ohne Grund. Es ist halt einfach, ich mag es hier einfach nicht.

Interviewer: Und das spürst du alles mehr wenn du nüchtern bist?

215 **Klient E:** Nee, das spüre ich alles mehr wenn ich gehillt habe, deswegen, ich weiß es nicht, ich weiß es nicht. Ich weiß es gerade echt nicht.

Interviewer: Welche Funktion hat denn das Kiffen für dich?

Klient E: Ich glaube ich habe ADHS und dadurch werde ich auch bisschen ruhiger und konzentrierter auch Manchmal, das ist halt das komische. Und kann mich halt auch in Situationen,
220 die auch mich betreffen ein Kopf machen und nicht nur um Andere. Nicht nur um die Probleme der anderen, kann ich mich dann mal kümmern, weil, ... ich weiß es nicht, es ist einfach einfach so verwirrend alles bei mir in der Umgebung. Sie erzählen mir irgendwelche Geschichten, wo ich mir denke, bitte belästige deine Freunde damit, so ungefähr. Das will ich nicht haben. Ich bin natürlich auch ein Freund von ihm, aber das würde ich jetzt nicht jedem anvertrauen, so ungefähr. Dann
225 mache ich mir ein halbes Jahr ein Kopf drüber, wo der sich schon wieder... er konnte sich nicht dran erinnern, das ich ihn das erzählt habe, ich weiß nicht, keine Ahnung, ich hatte da zum Beispiel ganz am Anfang Kumpel, der erzählt mir irgendwas, dann mache ich mir Kopf darüber, dann versuche ich ihn da irgendwann den Weg zu weißen und dann kommt er mir so, habe ich dir das jetzt wirklich erzählt, dann denke ich mir so, Alter du Flachwixer, ganz ehrlich (*lachen*).

230 **Interviewer:** Okay. Du machst dir mehr Kopf, als die anderen.

Klient E: Ich kann, ich will mir kein Kopf um andere machen, das ist voll unnötig, weil die es sowieso nicht wertschätzen.

Interviewer: Aber ich verstehe es immer noch nicht, ob das das Kiffen verstärkt, oder dir das Kiffen damit besser umzugehen?

235 **Klient E:** Ich glaube, das hilft damit mir .. Ich glaube es hilft mir damit besser umzugehen, nicht das

das weg macht, aber einfach das besser verstehen kann, das ich nicht so asozial zu den anderen bin. Weil manchmal wenn ich eine Woche nichts rauche, dann sage ich denen allen so meine Meinung, weil mir alles so ungefähr, mir fällt alles was sie machen so richtig auf, wie sie sich zu ihren Freunden verhalten, dass sie denn zum Beispiel zu spät kommen, das sie halt halbe Stunde zu Spät
240 kommen. Ich weiß nicht, das sind halt auch die kleinen Dinge, die sich halt nie verbessern werden, Ich kann damit dann einfach nicht so umgehen, weiß ich nicht.

Interviewer: Wie ist das denn in der Arbeit?

Klient E: In der Arbeit, muss ich nichts rauchen, das taugt mir alles.

Interviewer: Auch vor der Arbeit musst du nicht rauchen?

245 **Klient E:** Nee, ich gehe sogar lieber nüchtern in die Arbeit. Das mich, ganz ehrlich, ich habe es versucht am Anfang, aber es geht nicht, ich kann nicht stoned in die Arbeit gehen, das macht einfach gar kein Spaß.

Interviewer: Aber eigentlich hast du gesagt, du kannst dich besser konzentrieren...

Klient E: Eigenlich schon, aber nur wenn es um Menschen und solche Dinge geht, nicht wenn es
250 um, nicht wenn es um...

Interviewer: Aufgaben.

Klient E: Wenn es um Aufgaben geht, dann gar nicht. Nur wenn ich was schreiben muss, Aufsätze und so dann geht es wieder. Da habe ich sogar in Deutsch eine zwei geschrieben letztes Jahr. Ich hatte zwei zweier. Ich hatte noch nie eine zwei in Deutsch und dann ich gehe so stoned in Deutsch
255 rein, weil ich mir denke, ich verkacke es sowieso, schreibe irgendwas hin und dann zwei, und dann dachte ich mir jetzt zwei (*lachen*).

Interviewer: Da warst du kreativer.

Klient E: Ja, ich bin viel kreativer anscheinend. Aber das bringt mir während der Arbeit nichts, weil ich halt, ich muss mir während ich was mache und schon an das nächste denken und das vorherige
260 denken und ich muss die ganze Zeit an alles denken und da kann ich nicht stoned reingehen. Es geht nicht, das ist viel zu viel. Wenn es bisschen weniger wäre, dann geht es, aber es ist einfach, Koch ist ein viel zu unter bezahlter Job finde ich (*Lachen*), aber es macht viel zu viel Spaß(*Lachen*).

Interviewer: Klar, ja, so ist das, so ist das. Was für andere Sachen hast du eigentlich noch ausprobiert?

265 **Klient E:** Ich glaube, das kann ich gar nicht alles, ich weiß es gar nicht, weil mir die meisten Leute nicht gesagt haben was es ist, weil ich ihnen gesagt habe, bitte sagst mir nicht, sonst kacke ich vielleicht darauf ab wie auf Weed. Ich hab halt nur so bisschen, ich hab halt Paar andere Sachen Mal ausprobiert, aber ... nicht öfter genommen. Ich glaub einmal, ich habe zum Beispiel einmal alles farbig gesehen, das denke ich war LSD und alles war verzogen, ich hatte so einen klaren Kopf
270 über, so echt Mal so, was mache ich hier eigentlich, wer bin ich, so was ungefähr hatte ich da und das andere war alles denke ich so Aufputzmittel oder Ecstasy irgendwie so was, keine Ahnung.

Interviewer: Okay. Aber zum Beispiel intravenös hast du nichts probiert.

Klient E: Nein, nein, nein (*lachen*)!

Interviewer: Nur so, damit ich Vorstellung habe.

275 **Klient E:** Nee, echt nicht. Mein Vater ist auch auf Heroin gestorben, das ist echt so, das was ich niemals machen würde. Das würde ich echt niemals machen.

Interviewer: Okay. Und wie oft hast du den dann so was ausprobiert? Gab es Phasen wo du zum Beispiel wöchentlich oder noch öfter konsumiert hast? Oder...

Klient E: Ich bin nach dem ich von der Schule geworfen worden bin, weil ich nicht oft genug
280 erschienen bin, anscheinend.

Interviewer: Wann jetzt?

Klient E: Letztes Jahr. Da wo ich halt auch Party so krass gemacht habe, da ging es mir echt Scheiße, da ging es mir echt Scheiße. Vor allem als ich auch dann in die andere Wohnung umgezogen bin in Februar, nach dem ich die Schule verlassen musste und bei mir zweimal
285 eingebrochen worden ist und keine Ahnung was alles mir Freude angetan haben, wie viel Geld mir

immer noch Freunde schulden... Keine Ahnung, es ist mir eigentlich alles viel zu viel, es ist mir heute eigentlich immer noch alles viel zu viel, aber ich kann damit jetzt besser klar. Also jetzt mache ich zum Beispiel gar nicht mehr, aber vor einem Jahr, ich glaube da habe ich mir schon fast jedes Wochenende ein Teil oder so was gegeben. Ja. Also da habe ich echt schon gut getrunken auf
290 jeden Fall auch noch. Das war auch so die Zeit wo ich hier einmal, ich denke einmal bin ich echt besoffen hier angekommen, habe mein Schlüssel daheim vergessen, dann bin ich einfach wieder gegangen, ich glaube, da war die ... irgendjemand hat gemeint, das ich voll die Bierfahne hatte, ich weiß nicht wer das war. Ja, das war auf jeden Fall keine coole Zeit.

Interviewer: Und wie bist du davon weggekommen?

295 **Klient E:** Keine Ahnung. Das war jetzt irgendwie nicht wirklich süchtig machendes, das war nur ... ich sage es jetzt echt oft, fällt mir auf, aber ich bei allen, eigentlich bei allen Drogen oder so bekomme ich freien Kopf, ich kann mich über mich selbst klaren Kopf machen, das ist denn dann auch spezieller Fall gewesen, nur das es immer halt bisschen anders, ich kann es nicht beschreiben, aber das ist halt dann einfach immer so und ja, das, ich hab halt immer auf das nächste
300 Wochenende gewartet so zu sagen, aber so oft, das ich mir unter der Woche oder so was gegeben hätte, nee, ich habe es eigentlich nur wegen der Musik gemacht, kann man sagen, ich weiß es nicht. Musik ist auch eigentlich richtig großer Teil in meinem Leben irgendwie, es ist halt komisch, weil, ich weiß nicht, weil Manche Leute verstehen Musik gar nicht richtig.

Interviewer: Machst du auch Musik?

305 **Klient E:** Ich habe es vor, aber ich habe kein Platz in der Wohnung.

Interviewer: Was würdest du gerne machen?

Klient E: Ich würde mir so ein Teil halt, eine, so eine Maschine so zu, wie nennt man die ... zwei CD-Player auf jeden Fall, die man so drehen kann.

Interviewer: Platten?

310 **Klient E:** So was ähnliches wie Plattenspieler nur neuer.

Interviewer: Aha.

Klient E: Das gibt es halt mit USB-Stick und echt viele verschiedene Rädchen, keine Ahnung, man kann da echt viel damit anfangen, nur ich, wollte ich mich mal damit auseinandersetzen, aber ich komme einfach nicht dazu.

315 **Interviewer:** Du hast auch jetzt viel Arbeit, oder?

Klient E: Ja. Ich habe es mal vor, wenn ich endlich ausgezogen bin, mir das alles zu holen und anzuschauen und ja, schau mal.

Interviewer: Okay. Du hast schon Mal erwähnt, dass du schon Mal immer wieder konsum- freie Phasen hattest. Das du reduziert hast, oder überhaupt nicht gekifft hast. Aus welchem Anlass war
320 das?

Klient E: Ich habe gedacht die anderen sehen wie komisch du bist, ich wurde auch echt komisch. Zum Teil auch end kindlich. Ich bin irgendwie wieder in die Kinderphase zurückgekommen manchmal, hatte ich so das Gefühl, ich habe es halt echt übertrieben gehabt, jeden Tag gekifft und so viel. Ich bin aufgestanden, eingeschlafen stoned, dann weiter gekifft und so eine Scheiße die
325 ganze Zeit, ich habe dann auch mal in den Spiegel geschaut und habe halt gesehen wie fette Augenringe ich manchmal hatte und in meinem Alter ist das echt nicht normal, das ist echt nicht normal und ich mag meinen Körper halt auch eigentlich und will ihn nicht kaputtmachen und ich will eigentlich auch nicht so früh sterben und irgendwann muss der break halt mal kommen, nur ich muss halt mal mit der Situation mit mir selber im Klaren sein, damit ich das irgendwie schaffe

330 aufzuhören, weil jetzt brauche ich es halt irgendwie bzw. es hört gerade auf damit dass ich das es brauche, aber irgendwie kann ich ohne halt auch nicht. Ich reduziere halt gerade wieder extrem, ich rauche, also ich rauche kein Gramm mehr am Tag, niemals mehr, also seit einem Monat schon wieder oder seit zwei Monaten schon wieder nicht, aber den einen Joint am Tag kann ich mir halt nicht verkneifen irgendwie, der ist halt einfach schon in meiner Gewohnheit drin, weil wenn ich
335 zum Beispiel in der Arbeit bin, so die letzte Stunde noch da ist, dann denke ich Okay ich geh nach

Hause, rauche noch einen Joint und dann kannst du einschlafen, aber wenn ich den halt nicht habe, dann bleibe ich ungefähr bis drei Uhr in der früh wach, weil ich eben diese hardcore Lebensenergie habe, wenn ich nichts kiffe, das ist einfach echt schlimm. Als ich diese zwei Monate nichts geraucht habe, da habe ich vier Stunden am Tag geschlafen und war wach. Ich war wach, das war einfach
 340 echt nicht lustig (*lachen*). Manche würden das schon cool finden. Ich fand es auch cool aber ich weiß halt einfach nicht was ich mit all dieser Kraft anfangen soll.

Interviewer: Aha.

Klient E: Ich weiß es einfach nicht. Da hat, ich weiß nicht, da hat es meine Mum auch ein bisschen verkackt, das sie mir halt weder Schlagzeug, ich habe mir halt immer gewünscht Schlagzeug zu
 345 spielen oder Gitarre. Aber sie hat es mir halt nie möglich gemacht oder keine Ahnung, einfach nur so einen Sport zu machen. Das war alles nötig.

Interviewer: Aha. Jetzt weißt du nicht wie du anfangen sollst oder es ist schwieriger einfach.

Klient E: Ganz schwierig für mich irgendwas neues anzufangen beziehungsweise halt irgendwelche Sachen zu finden, dir mir halt irgendwie Spaß machen, weil ich es halt einfach nicht ausprobieren
 350 konnte, in meiner Kindheit, es ist halt einfach scheiß. Das ich finde gehört halt schon zum Elternsein dazu, dass man den Kinder zeigt was für Möglichkeiten einem offen stehen. Ja, ja.

Interviewer: Wann war das denn so ein erstes Mal, wo du Dir gedacht hast, jetzt muss ich ein bisschen Pause machen, jetzt ist das zu viel?

Klient E: ... Weiß ich gar nicht mehr. Das merk ich eigentlich immer nur wenn ich so eine, wenn
 355 ich mich einfach nicht mehr normal verhalte, ich weiß aber nicht mehr wann es das erste Mal war, mir fällt es immer auch bisschen auch so, wenn ich mich immer zum Beispiel Kindisch verhalte, oder wenn ich so end ... wie nennt man das so, so end lethargisch, ... pedantisch, wenn man genervt von alles und allen ist. Es ist auch immer so ein Zeichen, dass es reicht irgendwann mal. Weil es können auch nicht immer die anderen an allem schuld sein (*lachen*).

360 **Interviewer:** Ja, Okay. Wenn du alle andere so dann beschuldigst.

Klient E: Ja, ja, so,so, warum hast du das da jetzt getan, verpiss dich, voll übertreiben halt. Aus der Mücke einen Elefanten machen, da habe ich halt immer so Pause gemacht, aber wann das erste Mal war keine Ahnung.

Interviewer: Okay. Und wie machst du das denn? Schaffst du das immer alleine?

365 **Klient E:** Ich sage immer, nee und dann geht es dann irgendwie. Nur wenn es dann halt ... zum Beispiel letztens da habe ich zum Beispiel, ich weiß nicht, vor zwei, drei Monaten, habe ich wieder zwei Wochen Pause gemacht und dann hat ein Kumpel gemeint, hey, du hast jetzt zwei Wochen Pause gemacht, super Aktion von dir, so, Respekt, dann sagt er so, rauche mal eine. Dann sage ich Okay. Und dann kam halt wieder der Geschmack und ich liebe den Geschmack halt auch so von
 370 Weed, das ist halt mein anderes Problem. ... Es hat halt dann gleich wieder angefangen, weil dann ein Freund gemeint hat, ja rauche halt wieder eine. Geht schon. Nach zwei Wochen. Total unnötig. Das lustige ist halt auch immer, wenn ich Pause mache, dann immer mache ich das von einem auf den anderen Tag und denke mir da gar nichts dabei, weil ich gesagt habe, ja, das ist jetzt genug gewesen und. Das muss halt sein, ich weiß nicht, da ist halt, da ist mein Kopf gut, ich bin ein
 375 Sturkopf eigentlich, wenn ich mir was in den Kopf setzte, dann bekomme ich das, aber das passiert halt viel zu selten, das ich was will, das ich auch so ein anderes Problem eigentlich, das ist gar nichts will in meinem Leben eigentlich (*lachen*). Da ist so, voll widersprüchlich alles. Ist so.

Interviewer: Okay. ...

380 **Klient E:** Zum Beispiel, das jetzt nur zu Verdeutlichen. Ich hab, ich war ein Jahr Vegetarier und danach ein halbes Jahr Veganer, nur um meine Umgebung etwas zu beweisen, ich weiß es nicht warum. Ich weiß einfach nicht warum ich es getan habe, ich habe es einfach getan. Ich habe auch in der Zeit echt kein Fleisch gegessen, das heißt ich habe nicht Mal irgendwas gegessen wo hinten drauf stand könnte Spuren von Milch oder Eiern oder irgendwas, ich habe nichts davon gegessen, nur weil ich mir gesagt habe, du schaffst das.

385 **Interviewer:** Okay, also du hast einen starken Willen.

Klient E: Wenn ich will schon, ja (*lachen*). Oder keine Ahnung auch während der Schulzeit, die fünfte, sechste Klasse, es ging super, weil ich mir immer gesagt habe, du lernst jetzt für Latein und dann hatte ich auch immer Einsen, Zweier, irgendwann hat es dann nachgelassen und ich hatte überhaupt kein Bock mehr. Es ist halt mein Problem gewesen, dass ich einfach kein Spaß dabei
390 hatte.

Interviewer: Das war so bei dir, das ist so.

(*Beide lächeln*)

Interviewer: Okay. Jetzt würde ich ganz gerne zu dem Hilfesystem kommen. Ja?

Klient E: Mh.

395 **Interviewer:** Du hast das schon irgendwie angedeutet, dass du schon in der Grundschule mit deiner Mutter zur Erziehungsberatung gegangen bist.

Klient E: Mh. Aber da haben sie nichts wirklich gemacht.

Interviewer: Da habt ihr dann sonst nichts gemacht. Wie ging es so mit dir weiter bezüglich der Hilfe auch von Jugendamt z. B. Ich weiß nicht, was du alles gehabt hast.

400 **Klient E:** Wie meinst du das? Ich hatte vor euch gar nichts.

Interviewer: Du hattest vor uns gar nichts?

Klient E: Nee. Nur dieses eine Gespräch da damals. Und da haben wir gemeint, das geht eben, irgendwann wird es schon besser. Aber danach hatte ich eigentlich gar nichts mehr, ich bin dann nur noch hier her gekommen zu den Streetworkern, weil meine Mum gesagt hat, irgendwann als ich 16
405 war, so kurz bevor ich 17 geworden bin, dass ich hier nicht mehr lange leben darf so ungefähr, also nicht mehr lange bei ihr wohnen soll und ich wollte es auch gar nicht, weil wir haben wie gesagt jeden Tag gestritten, selbst wenn ich um 10 nach Hause gekommen bin, bevor ich mich ins Bett gelegt habe, haben wir immer einen Streit gehabt so ungefähr, das war halt einfach unnötig (*lachen*). Und dann habe ich mich halt an die Streetworker gewandt und die haben mich zu euch
410 geschickt glaube ich und hier habe ich glaube ich mit der Antsche geredet. Mit wem habe ich das erste Mal geredet...?

Interviewer: Das ist egal.

Klient E: Egal. Auf jeden Fall (*lachen*).

Interviewer: Du hattest hier einfach ein Vorstellungsgespräch.

415 **Klient E:** Ja, da habe ich denen halt meine Situation erklärt und dann ging es relativ schnell.

Interviewer: Mh. Da warst du da so 17 ungefähr.

Klient E: Ja, ich glaube schon, ja 17, so 17 und ein viertel.

Interviewer: Und dein Anliegen war einfach nur von zu Hause auszuziehen.

Klient E: Ja, stimmt. Weil meine Mutter z. B. wegen Schule gar nichts gemacht hat. Ich bin von der
420 Schule gegangen, vom Gymnasium, und dann habe ich mir erstmals selber eine andere Schule gesucht, weil meiner Mum war es irgendwie so Okay, oder einfach irgendwie so scheiß egal.

Interviewer: Sie wusste davon, dass du kiffst und trinkst? Das wusste sie alles?

Klient E: Nee.

Interviewer: Nee?

425 **Klient E:** Nee. Ich glaube nicht. Das konnte ich schon einfach relativ gut verschreiben (*undeutlich*). Weil ich mein auch immer wenn ich hier her gekommen bin, ich glaube 40 % davon war ich stoned oder dicht und irgendwie hat es außer der Sigi oder die Antsche nur am Geruch immer gemerkt und ja... Meine Mum hat es irgendwie früher nie gemerkt. Ich kann mich halt relativ normal verhalten wenn ich stoned oder dicht bin, aber ich muss mich halt konzentrieren.

430 **Interviewer:** Mh. Also du hast mit deiner Mutter irgendwie nie darüber gesprochen oder sie hat... (*unterbrochen*).

Klient E: Nee, nie wirklich.

Interviewer: Warum bist du dann eigentlich zu ConAction gegangen oder zu uns, also wir sind schon ein Drogenverein.

435 **Klient E:** Ja weil... Warum ich zu euch gegangen bin? Eigentlich wollte ich... Ich wollte nur von

daheim weg und ... Ich weiß es nicht mehr warum ich zu euch wollte.

Interviewer: Vielleicht hast du uns gekannt von jemanden anderen (*unterbrochen*)?

Klient E: Ja, ich glaube von den Streetworkern halt.

Interviewer: Aha.

440 **Klient E:** Die habe ich oft am Fischbrunnen und der Isar gesehen.

Interviewer: Vielleicht deswegen.

Klient E: Ich habe mit denen schon öfter geredet, weil ich mir gedacht habe, die sind schon nicht, die sind nicht schlecht. Ich habe ja auch mit denen hinten bei der Emowiese die ganzen Bierdeckel weggeräumt und habe mich mit denen halt so Plakat gemacht. Ich wollte mich da auch bisschen
445 engagieren, weil die sind ganz cool eigentlich. Aber ... ich weiß nicht worauf ich hinaus wollte (*lachen*).

Interviewer: Wir haben eigentlich darüber gesprochen, warum du dich eigentlich an ConAction gewandt hast und jetzt kam raus, dass du sie eigentlich schon vorher, vorher kanntest.

Klient E: Ja genau, ich habe mich eigentlich an die gewandt, weil ich, genau, meine Mutter hat
450 gesagt, du zieh zu dem und dem Zeitput aus und da habe ich gesagt, ich muss jetzt irgendwas tun, frage ich mal die Streetworker weil...

Interviewer: Die kennen sich aus.

Klient E: Ja.

Interviewer: Okay. Hast du da mit denen auch über Konsum gesprochen?

455 **Klient E:** Ja, ich habe mit denen über Alkohol gesprochen und auch, dass ich angefangen habe zu kiffen, habe ich geredet.

Interviewer: Das war noch draußen oder... (*unterbrochen*).

Klient E: Ja ja. Das war das noch Draußen. Und dann haben wir hier einfach ein Gespräch vereinbart. Und dann habe ich mich mit dem Flo hingesetzt, wir haben end lange geredet über die
460 Situation. Und dann hat er gemeint, wir können da nichts großartig machen, also schickte er mir, ConAction heißt ihr? Nee, Condrobs.

Interviewer: (*lachen*) Wir heißen easyContact, ConAction heißen die Streetworkern.

Klient E: Schon. Dann habe sie mich zu easyContact geschickt.

Interviewer: Okay.

465 **Klient E:** Ja.

Interviewer: Mh. Und dann bist du relativ schnell hier eingezogen. Das Jugendamt hat zugestimmt?

Klient E: Ja, das ging echt schnell, relativ. So ein Monat hat er nicht Mal gedauert. Weil gerade die Wohnung an der Hackerbrücke frei geworden ist. Dann ging es gleich schneller los.

Interviewer: Wann war es denn? Wie lange bist du schon da?

470 **Klient E:** ... Zwei Jahre.

Interviewer: Zwei Jahre?

Klient E: Zwei Jahre, ja schon.

Interviewer: Gut, schon eine lange Zeit.

Klient E: Ja, schon komisch. Schon seit zwei Jahren (*undeutlich*).

475 **Interviewer:** Wie hat dir den die diese unsere Einrichtung geholfen sich mit deinem Konsum auseinander zu setzten, oder was gab es hier einfach für Maßnahmen.

Klient E: Also mich richtig damit auseinanderzusetzen...

Interviewer: Vielleicht hat dir das überhaupt nicht geholfen ich weiß nicht...

Klient E: Nee, also mit dem Konsum habt ihr mir nicht so wirklich geholfen, da habt ihr mich eher
480 weiter rein gebracht, glaube ich.

Interviewer: Okay.

Klient E: Also ich bin mir nicht sicher, aber es war halt alles sehr komisch, weil, ich habe halt ziemlich scheiße halt mit Charlie gemacht, also mit meiner Exfreundin damals und ich glaube sie ist an allem Schuld (*lachen*). Nee, aber keine Ahnung. Aber wir haben echt viel Scheiße gemacht. Aber
485 als es mit ihr vorbei war, ich kann mich da nicht mehr so richtig dran erinnern. Ich habe so viel

kacke gemacht danach. Ich habe ungefähr alles versucht auszuschalten. Ich kriegte sie echt nicht aus dem Kopf, das ist ein anderes Problem. Ehm... Frag mich doch noch welche Fragen.

Interviewer: Okay, dann fangen wir doch erstmal anders an. Was bedeutet für dich diese Einrichtung? Also wofür ist das gut für dich und wofür schlecht.

490 **Klient E:** Ich weiß, dass ich hier jemanden habe mit dem ich über alles reden kann. Auf jeden Fall, das ist sehr gut. Aber zum Beispiel, als ich da eine Größere Menge daheim hatte und ihr es weggeschmissen habt, hatte ich ziemlich große Probleme, echt ziemlich große Probleme. Und ich habe es über ein halbes Jahr versucht aus zu... ja, also es zu bewältigen und in der Zeit ist recht viel Scheiße passiert.

495 **Interviewer:** Und hat dich das deiner Meinung nach tiefer in den Konsum reingebracht?

Klient E: Ja, schon. Ich habe damit echt komischer Menschen kennen gelernt (*lachen*).

Interviewer: Okay, weil du irgendwie das Geld irgendwie anders organisieren musstest und dann musstest du...

Klient E: Ja ich habe dann echt... komische Menschen kennen gelernt. Zum Beispiel aus der Schweiz oder aus Prag oder... (*lachen*).

Interviewer: Okay.

Klient E: Ja. Keine Ahnung, Ich bin näher an das Ding herangekommen, und will gar nicht wissen was jetzt wäre wenn ich jetzt weiter gemacht hätte. Will ich echt nicht wissen. Aber das seit ihr auch ganz gut, dass ihr immer hinter mir seid, weil hätte ich so eine Woche oder so gefehlt, hättet ihr das bestimmt gecheckt.

(*Beide lachen*)

Interviewer: Bestimmt!

Klient E: Ich konnte mich halt nicht kriminell ausarbeiten, das kann man sagen, aber ihr wart eigentlich der Anfang zu dem ganzen, weil.. es hätte nicht sein müssen.

510 **Interviewer:** Okay.

Klient E: Also, falls ihr nochmal bei jemanden eine größere Menge findet, redet bitte erst mit dem, weil ich habe echt viel Scheiße in der Zeit gemacht. Es war viel schlimmer als hättet ihr mit mir geredet, glaub mir das (*lachen*).

Interviewer: Du hast aber auch Gespräche mit deiner Betreuerin und da geht es auch um Konsum.

515 Was macht ihr da so? Also, was gib sie dir für Hilfe, damit du, damit du damit besser umgehen kannst?

Klient E: Das Problem ist halt bei mir, ich weiß warum ich es nehme und auch beim Entzug haben sie gesagt, ja, er weiß, warum er das macht, er ist nicht dumm, keine Ahnung, auf jeden Fall haben sie gemeint, er nimmt es bewusst und nicht so zum Spaß, deswegen, es fehlt eigentlich nur so der, 520 so diese Klick-Moment, dass ich es einfach nicht brauche aber, es ist halt, für mein Kopf es ist einfach die Gesellschaft, die es nicht will und ich weiß nicht, in anderen Ländern wird es akzeptiert, aber hier halt eben nicht. Ich finde es auch besser als Alkohol, bevor ich jetzt wieder auf Alkohol, ich habe halt Angst, dass ich dann wieder auf Alkohol umsprünge und das will ich halt nicht, das mich einfach viel mehr beeinflusst und viel schrecklicher, mir ist schon viel schlimmere Dinge auf 525 Alkohol passiert als auf Weed. Auf Weed ist mir noch nie was passiert (*lachen*).

Interviewer: Aber versuch doch Mal sich daran zu erinnern was du mit der Antsche so machst.

Klient E: Also, mit der Antsche rede ich halt viel über mein Konsum. Ja, ich rede halt sehr viel mit ihr darüber, ich rede sehr viel wie ich mich dabei fühle und warum und ja... Ich rede einfach sehr viel darüber, so Hilfestellungen kann sie mir, finde ich auch, gar nicht machen, eigentlich, sie kann 530 sagen, wir können jetzt so ein UK [*Urinkontrolle*] machen oder so, aber .. ja, der zeigt jetzt mir auch nur wie viel ich konsumiert habe und ich tue ja eigentlich nichts anderes als Gras konsumieren, außer, keine Ahnung, ich bin wieder total behindert und denk mir, ich weiß es nicht, ich mach es, das andere habe ich nie so wirklich bewusst gemacht, das war immer einfach so „just for fun“. Töte dich so ungefähr, ich weiß es nicht. Ich weiß es echt nicht (*lachen*).

535 **Interviewer:** Okay. Wurde dir irgendwann was erzwungen, für Maßnahme, damit du aufhören

musst?

Klient E: Ja, der Entzug, aber der hat mir halt eigentlich nur gesagt, dass ich eigentlich klar denken kann auch wenn ich konsumiere und ich weiß es nicht.

Interviewer: Okay, ein Entzug. Von wem wurde dir das erzwungen?

540 **Klient E:** Vom Sigi [Einrichtungsleitung] glaube ich. Der hat mir halt so gesagt, wenn du das jetzt nicht machst, dann fliegst du aus der Wohnung, glaube ich, raus.

Interviewer: Von der Leitung, ja, Okay. Wie war es dort für dich, bei der Entgiftung?

Klient E: Nicht schlimm. Ich habe mich ganz normal gefühlt. Ich habe die ganze Zeit Fernsehen geschaut und DS gespielt.

545 **Interviewer:** Wo warst du denn?

Klient E: Klinikum Rechts der Isar.

Interviewer: Und wie lange?

Klient E: Eine Woche. Die haben halt gemeint, es geht nicht mich länger aufzubewahren, weil wie gesagt, die Psychologin hat gesagt, das bringt einfach nichts bei mir. Ich habe mit ihr echt über eine
550 Stunde geredet und sie war echt erstaunt. Sie war echt erstaunt!

Interviewer: (Lächeln) Über was war sie erstaunt?

Klient E: Über das was ich sage. Weil so hat sie noch anscheinend keinen Kiffer reden gehört (lachen). Weiß ich nicht, aber das ist doch nicht normal, dass eine Therapeutin zu einem sagt, ja, bei dir muss es eigentlich nur noch Klick machen. Ja. Das habe ich halt nicht so verstanden. Aber
555 eigentlich schon, weil ich ja kein dummer Mensch bin.

Interviewer: Okay. Da bei der Entgiftung, da waren auch andere Konsumenten, die eigentlich viel krassere Sachen konsumieren als du. Welche Effekte hatte es auf dich?

Klient E: Das ich niemals so werden will.

Interviewer: Okay.

560 **Klient E:** Ich will auf jeden Fall niemals „H-“ oder Alkoholabhängig werden. Das ist einfach unnötig. Weil ich, z. B. der einer Alkoholabhängiger hat die ganze Zeit so gezittert. Der hatte dann auch über die Nacht Krampfanfälle und das doch schlimmer las ein Heroinentzug, das ist einfach überhaupt, das tue ich mir doch nicht an. Ich will meinem Körper eigentlich nichts schlimmes antun, aber.

565 **Interviewer:** Hattest du einen körperlichen Entzug?

Klient E: (Hustet) Hatte ich nicht. Also, hatte ich nicht. Außer, dass ich jetzt schwitze oder so, wenn das jetzt Entzug ist... (lachen) dann keine Ahnung. Ich habe auf jeden Fall keine Schmerzanfälle in der Nacht bekommen. Doch! Aber ich kann, das kann auch am Sommer gelegen haben, dass ich so schwitz-, sehr viel geschwitzt habe ich auf jeden Fall, aber sonst eigentlich nichts. Das ich halt sehr
570 viel Energie hatte, ich habe fast nicht geschlafen, aber das war auch während der zwei Monaten Pause auch so, dass ich halt fast nicht geschlafen habe.

Interviewer: Wie haben dich dort die Anderen oder auch das System sozusagen wahrgenommen als Kiffer?

Klient E: Nicht halt schlimm. Als Mensch (lachen). Ich weiß nicht. Ich habe mich halt mit jedem
575 normal artikuliert, eigentlich, wie ich will.

Interviewer: Ja aber, also, manche, manche THC-Konsumenten sind zum Beispiel der Meinung, dass sie zur Entgiftung nicht hingehören, dass sie das nicht brauchen.

Klient E: Ja, das habe ich denen auch so indirekt gesagt, aber die haben es auch so gesehen, das ich, die sagen alle, Grass keine Droge ist, so ungefähr.

580 **Interviewer:** Die Ärzte dort?

Klient E: Nicht die Ärzte, aber die Konsumenten haben es dort gesagt. Nein, die haben mich dort sogar ausgelacht, mit Gras auf Entgiftung so ungefähr. Ja, so war es eher, es ist eher so lächerlich gewesen (lachen).

Interviewer: Wie hat sich das dann angefühlt?

585 **Klient E:** Ja, ich habe es halt so empfunden wie die, eben (lachen).

Interviewer: Okay, für dich war das erzwungen, deshalb hast du eigentlich nur gesagt, Okay, ich muss hier sein.

Klient E: Nicht Mal unbedingt, ich habe es schon als Chance gesehen, aber nach dem mir die Ärztin gesagt habe, was ich gesagt habe, war eigentlich alles für mich klar. Ich bin keine dummer Mensch und wenn ich konsumiere ich kann es einfach (*lachen*) Nein, Schmarrn. Aber ich kann es halt echt. Ich muss es zwar nicht, aber so lange ich hier bin. Weiß ich nicht. Fehlt mir halt einfach, ich weiß nicht, ich muss echt wieder eine längere Pause machen, damit ich das von, aus dem anderem Winkel beurteilen kann. Ich glaube es wäre halt besser (*lachen*). Du bringst mich viel zu viel zum Nachdenken (*lachen*). Es ist auch so ein Problem bei mir. Ich denke viel zu viel nach. Vor
595 allem wenn ich chille.

Interviewer: Hast du heute früh gekifft?

Klient E: Nee.

Interviewer: Aber gestern Abend.

Klient E: Ja. Das merkt man glaube ich auch bisschen.

600 **Interviewer:** Ja okay. Kennst du eigentlich irgendwelche Angebote die für Kiffer spezialisiert sind?

Klient E: Was meinst du für Angebote?

Interviewer: Hilfeangebote.

Klient E: Ach so, nee. Eigentlich nicht.

Interviewer: Kiss oder Candis. Sag dir das was?

605 **Klient E:** Kiss sag mir glaube ich was. Aber ich weiß gerade nicht mehr.

Interviewer: Hast du irgendwann versucht ein Konsumtagebuch zu führen?

Klient E: Ja genau das, ich habe gerade auch über den Konsumtagebuch nachgedacht, ob es vielleicht davon war.

Interviewer: Ehm.

610 **Klient E:** Ich habe es mir angeschaut, sagen wir es so.

(Beide lächeln)

Klient E: Aber ich, ich weiß nicht.

Interviewer: Mit jemanden von hier? Oder wie bist du dazu gekommen?

Klient E: Mit der Antsche habe ich es mir angeschaut. Oder mit dem Chris vielleicht sogar damals
615 auch schon. Aber das Lustige ist, ich zähle eigentlich immer selber mit, wie viel ich am Tag rauche und ich merke es mir (*undeutlich*). Und ich weiß eigentlich immer schon wie viel ich rauche. Das ist dann nicht so, dass ich das bräuchte. Deswegen habe ich es auch relativ schnell gelassen. Irgendwie so nach eine Woche oder zwei, weil mich die Antsche gebeten hat das zu machen, dann habe ich es halt gemacht, aber so, es hat sich halt auf jeden Fall nicht länger, ich habe es auf jeden
620 Fall nicht länger gemacht, weil ich auch so ein Mensch bin, der Sachen ziemlich gerne aufschiebt. Ich denke, dass kommt auch vom Kiffen, aber ich schiebe Sachen echt sehr sehr gerne auf, zum Beispiel mit Berichtsheft warte ich immer bis zum letztem Tag. Es ist halt total unnötig weil ich das alles auf Schmierzettel, den ich, wenn ich müsste einmal nur nach der Arbeit drei Minuten mich hinsetzten und drei Abschnitte da hinschreiben und fertig, das wäre es, aber ich mache mir natürlich
625 dann die Arbeit ein Tag davor drei, vier Stunden alles Perfekt zu machen und ja, Okay der Chef ist dann auch zufrieden, aber wenn ich es halt nicht mache, dann kriege ich eine Abmahnung, ich brauche halt irgendwie immer den Stress, ich brauche den Stress im Hintergrund, dass ist dann halt so das komische. Es ist halt, irgendwie kann ich mich nicht, oder ich will es auch nicht, weiß du was ich meine? Ich will es eigentlich nicht, aber ich kann auch nicht ohne irgendwas gescheites
630 erreichen. Es ist halt auch immer so alles sehr schwer für den Kopf das zu begreifen. Ich denke einfach viel zu viel nach.

Interviewer: Du bist noch ambivalent, du weiß nicht was du willst.

Klient E: Ja, genau.

Interviewer: Aber du denkst viel darüber nach.

635 **Klient E:** Sehr viel.

Interviewer: Ja. Vielleicht ist das der Weg.

Klient E: Vielleicht, oder vielleicht auch nicht. Ich muss es einfach machen.

Interviewer: Hast du irgendwann von der, vom Gericht eine Auflage gehabt?

Klient E: Wegen? Wegen Cannabis?

640 **Interviewer:** Mh.

Klient E: Ja. Drei Mal wegen dem Joint.

Interviewer: Wegen einem Joint?

Klient E: Zwei Mal wegen 0,3 und ein Mal wegen einem Joint. Also alles kleine Menge, also.

Interviewer: Also dann ist auch nichts gekommen, oder?

645 Doch, es ist aber alles fallen gelassen worden. Und wegen dem letztem eben habe ich eine Verwarnung bekommen, das ist so was wie ... eh, wie heißt es, wenn man eigentlich in den Knast kommt aber ... auf Bewährung!

Interviewer: Auf Bewährung, Okay.

Ja, so was ähnliches nur nicht so schlimm.

650 **Interviewer:** Aha, ja, im Jugendstrafrecht. Also keine Sozialstunden oder Arrest? Nie was?

Klient E: Nee, das war halt immer so 0,3. Ich weiß sowieso nicht wie man es zu Anzeige bringen kann! Ich weine immer noch deswegen, glaub mir das einfach [*verärgert*]. Es ist einfach psychischer Ballast, der einfach nicht sein muss. Wegen 0,3! Da könnte ich mir selber ins Bein schießen ganz ehrlich! Weil das sind halt wieder nur Vorfälle, die nicht wegen mir passiert sind, aber

655 wegen anderen. Zum Beispiel: [*Minute 57:30 – 1:00 ausgelassen*]

Interviewer: Was denkst du, hätte dir schneller oder besser geholfen von dem Konsum weg zu kommen?

Klient E: Ich glaube nichts. Ich glaube, ich wäre nur noch tiefer drin wenn ich nicht hier wäre, oder halt nicht, aber ich weiß es nicht, es ist einfach passiert alles, ich kann das nicht sagen (*lachen*), es

660 ist halt passiert alles. Ich weiß nicht wie es wäre, wenn ich bei meiner Mum geblieben wäre.

Vielleicht wäre es besser geworden, vielleicht nicht, wer weiß (*lachen*).

Interviewer: Was denkst du was hättest vielleicht von Außen gebraucht noch? Für Regeln, Impulse?

Klient E: Ich hätte keine Regeln gebraucht, ich hätte halt jemanden gebraucht, der hinter mir steht, der einfach Mal was mit mir macht, das hätte ich gebraucht glaube ich [*lacht verlegen*]. Halt

665 jemanden an denen ich mich verlassen kann wenn ich irgendwie Probleme habe. Ja, der was mit mir macht, wenn es mir schlecht geht. So was hätte ich voll gebraucht. Aber es hätte halt viel früher

anfangen müssen, das ist halt das. Eine Zeit war es eigentlich ziemlich schwer irgendwelche

Hobbys zu finden. Es ist halt oft so das Ding. Ich mach zwar oft so Sachen, die mir Spaß machen,

aber, die machen mir nicht lange Spaß, das ist halt so. Ich mache es solange ich es gut kann wenn

670 ich etwas nicht gut kann, höre ich es auf. Ich versuche es halt nicht besser, also noch besser zu

können. So ungefähr, das ist halt auch so wo ich mir denke warum?

Interviewer: Ist es dann zu anstrengend?

Klient E: Nein es ist nicht zu anstrengend, es ist einfach, es macht dann kein Spaß mehr und ich

will einfach was anderes machen. Es ist halt echt komisch. Weil bis zu dem Zeitpunkt wo ich es gut

675 kann, macht es übertrieben viel Spaß. Und dann, dann ist der Punkt erreicht, gar kein mehr. Dann

mache ich es gar nicht mehr. Ist nicht so, das ich es ab und zu machen würde, ich mache es einfach

gar nicht mehr. Ich höre von einem Tag auf den anderen mit Sachen auf, die mir total viele Spaß

gemacht haben. Das ist halt echt komisch.

Interviewer: Kannst du dir vorstellen, wie du vielleicht dann zu THC stehen würdest, wenn du

680 jemanden hattest, der zu dir steht? Wenn einfach deine Ausgangssituation, Familiensituation auch besser wäre?

Klient E: Ich kann mir vorstellen, dass es so nicht geworden wäre, aber das wäre auch nur

Spekulation, weil ich meine, ich habe Konsum seit meiner Kindheit mitbekommen. Als ich das erste Mal mit 17 den Cannabisgeruch in der Nase hatte, habe ich mich erinnert, ah, so hat es ungefähr die

685 ganze Zeit in meiner Wohnung gerochen die ganze Zeit als ich klein war.

Interviewer: Okay.

Klient E: Und ja, keine Ahnung, ich habe mit 14 mitbekommen, dass der Vater von meiner bester Freundin immer noch kiffte und dann habe ich mit dem Mal bisschen unterhalten über meinen Vater und der hat mir dann auch ganz lustige Dinge erzählt.

690 **Interviewer:** Der hat deinen Vater gekannt?

Klient E: Die waren auch gute Freunde. Ich habe dann auch herausgefunden, dass er von meinem Vater geholt hat, weil mein Vater auch bisschen verkauft hat. Ja ich habe viel zu viel erfahren.

Interviewer: Mh, also du kannst dir das nicht vorstellen.

695 **Klient E:** Ich kann mir alles nicht vorstellen. Ich kann mir nicht vorstellen was meiner Mum mir erzählt hat, ich kann mir gar nichts davon vorstellen. Warum man so was überhaupt macht mit Kind alles. Weil ich finde irgendwo sollte man Verantwortung haben wenn man Kind hat und man kann keine Verantwortung haben wenn man Drogen konsumiert oder eben Alkohol, das geht einfach nicht, weil ich einfach weiß wie ich mich selber verhalte ... (*Seufzt*). Und das sie das nicht verstehen, verstehe ich halt viel weniger.

700 **Interviewer:** Du hast das schon bisschen angedeutet, aber was denkst du, was bringt dich dann dazu mit dem Konsum weiter zu machen? Warum hast du dann jetzt noch nicht aufgehört?

Klient E: Weil ich mich eigentlich denke es beeinflusst mich nämlich nicht so stark, dass ich, dass ich...

Interviewer: Was fehlt dir noch, damit du aufhörst?

705 **Klient E:** Irgendwelche Freunde, die es auch nicht tun und mit denen ich dann auch normale Sachen machen kann. Das sage ich auch die ganze Zeit so, Leute bitte lass uns aufhören oder normale Sachen machen und nicht nur die ganze Zeit chillen! Und mich regt es auch auf, dass wir, also ich mittlerweile nicht mehr, aber wenn ich mit irgendjemand anderen herumgehe und der einen Plan braucht, ich glaube, die warten auch mal drei Stunden auf irgendwelche Leute, nur damit sie dann
710 was für ein oder zwei Joints haben und denen ist das dann egal ob es minus zehn Grad hat, das wäre mir halt niemals egal gewesen damals. So einer bin ich nicht. So einer bin ich einfach echt nicht. Ich gehe dann auch nach zehn, zwanzig Minuten. Wenn es mir reicht, dann reicht es einfach aber ich bin doch kein Junkie. Ich würde mich nicht als Junkie ansehen, weil ich bin immer noch ein normal denkender Mensch eigentlich, also ich bin davon eigentlich schon überzeugt eigentlich. Ich
715 weiß nicht, dass hat mir auch noch niemand gesagt, dass ich total freaky oder total krank im Kopf bin aber ... doch in der Arbeit manchmal (*lächeln*). Aber das lag auch nur daran, dass ich ein oder zwei mal stoned in die Arbeit gekommen bin und ich fand schon lustig, dass sie es gleich gemerkt haben aber das liegt auch echt an dem Job, weil den kannst du nicht stoned machen. Du musst an viel zu viel denken, das geht einfach nicht (*lachen*). Es geht einfach nicht (*lachen*).

720 **Interviewer:** Okay. Würdest du noch etwas zusammenfassend sagen oder etwas was wir noch nicht erwähnt haben zu deinen Erfahrungen mit dem System, mit dem Behandlungssystem?

Klient E: Also so ...

Interviewer: Nicht mit Deutschland (*lachen*). Nee, nee.

Klient E: Ich habe es auf den Konsum bezogen. Kannst du mir die Frage anders stellen?

725 **Interviewer:** Haben wir etwas wichtiges aus deiner Sicht nicht erwähnt, etwas was mit deinem Konsum und mit der Hilfe zusammenhängt?

Klient E: Wenn das jetzt irgendwie auf Freunde bezogen ist, weiß ich nicht, aber ja, ich habe versucht, als ich gesagt habe, ich will gerade nicht mit meinen Freunden zu tun haben, habt ihr auch versucht, diese Nulltoleranz-Ding machen mit meiner Wohnung, dass sie dann einfach gesagt habt,
730 es darf einfach keiner in der Wohnung sein. Das finde ich eigentlich nicht schlecht, nur wenn es dann meine echten Freunde sind, die ich auch schon seit Ewigkeiten kenne, dann finde ich das dann schon Kacke wieder, aber sonst eigentlich macht ihr das schon gut, nur ... Ich weiß eigentlich auch nicht was ihr da verändern könnt, ich meine, ihr seid für einem da und mehr könnt ihr eigentlich auch nicht machen, ihr seid halt ja, so was wie Eltern eigentlich, ja. Das finde ich super
735 eigentlich, ich weiß nicht, was man da noch verändern sollte, aber ...

Interviewer: Ja darum geht es nicht ganz.

Klient E: Ja, aber...

Interviewer: Okay. Ja, Danke, dann ist das alles von meiner Seite!

Klient E: Gerne!

Anhang VII: Transkription Klientin F

Aufnahmetag, -beginn: 7.3.2014, 14:10 Uhr

Aufnahmeort: Kleiner Besprechungsraum, Büro von easyContact, Condrops e.V.

Interviewdauer: 47 Minuten

Geschlecht: weiblich

Alter: 17

Gesprächsatmosphäre: Klientin F war sehr freundlich und erzählbereit.

Aktuelle Wohnsituation: Klientin F wohnt bei ihrem Freund und wird seit einem Jahr ambulant von easyContact, Condrops e.V. betreut.

Aktuelles Befinden: Ihrer Aussage nach geht es ihr heute sehr gut.

Interviewer: Gut. Am Anfang würde ich ganz gerne etwas darüber wissen, wo du herkommst, wie deine Familiensituation ist und dann wie sich dein Konsum entwickelt hat. Ja?

Klient F: Okay.

Interviewer: Okay. Also, wo kommst du her?

5 **Klient F:** Aus dem Irak.

Interviewer: Aus dem Irak. Wann bist du dann nach Deutschland gekommen?

Klient F: 2006.

Interviewer: Da warst du wie alt?

Klient F: Zehn.

10 **Interviewer:** Zehn Jahre alt, okay. Und seit dem lebst du wo?

Klient F: In München.

Interviewer: In München. Wie würdest du denn deine Familiensituation beschreiben?

Klient F: Gut eigentlich. Also ich finde mit meiner Mutter rede ich gut, mit meinem Vater habe ich wie gesagt kein Kontakt.

15 **Interviewer:** Und wie war es früher, vor ein Paar Jahren? Warum hast du eigentlich gar kein Kontakt mit deinem Vater?

Klient F: Ja, weil ich bisschen familiäre Probleme gemacht habe. Weil ich Mal einen Freund hatte, ich war schwanger und deswegen redet er einfach nicht mehr mit mir. Er will keinen Kontakt mit mir haben.

20 **Interviewer:** Okay. Welche Schulen hast du besucht?

Klient F: Ich habe Hauptschulen und Mittelschule besucht und Förderschule.

Interviewer: Da gab es auch ein Wechsel zwischen den Schulen. Hast du mehrere Hauptschulen besucht?

Klient F: Ja. Eine habe ich nur Förderschule besucht, aber Hauptschule mehrere schon.

25 **Interviewer:** Mehrere. Und auf der Mittelschule warst du wann denn?

Klient F: Bevor ich zur Förderschule gekommen bin.

Interviewer: Okay. Okay. Und was für ein Abschluss hast du denn?

Klient F: Förderschulabschluss.

30 **Interviewer:** Du hast einen Förderschulabschluss. Hast du irgendeine Ausbildung angefangen oder etwas?

Klient F: Nein, gar nicht.

Interviewer: Okay. Okay. Gut. Dann kommen jetzt so bisschen zu den Drogen und fangen mit den Zigaretten an. Wann hast du angefangen Zigaretten zu rauchen?

Klient F: Mit Zehn.

35 **Interviewer:** Zehn Jahre Alt warst du.

Klient F: Zehn oder zwölf.

Interviewer: Und wann hast du angefangen regelmäßig zu rauchen?

Klient F: Mit 14. Zwischen 14 und 15 habe ich dann angefangen viel zu rauchen.

Interviewer: Und wie viel rauchst du jetzt? Wie viele Zigaretten?

40 **Klient F:** Zwanzig.

Interviewer: Am Tag?

Klient F: Manchmal es ist halt weniger. Wenn ich Stress habe oder so rauche ich gar nicht. Wenn ich bekifft bin, rauche ich auch nicht (*lachen*).

Interviewer: Und wann warst du zum ersten mal betrunken?

45 **Klient F:** Betrunken? Das war mit meinem Vater (*lachen*). Das erste mal hatte er mir Schnaps gegeben.

Interviewer: Okay.

Klient F: Zwei Gläser. Wir waren beide betrunken.

Interviewer: Wie alt warst du da?

50 **Klient F:** 13.

Interviewer: 13. Wie stehst du eigentlich zu Alkohol.

Klient F: Ich trinke nicht so oft, selten, ganz selten. Also wenn es Silvester ist oder so, dann trinke ich schon. Aber jetzt so, gar nicht. Ich mag auch nicht so viel Alkohol.

Interviewer: Im Monat wie oft?

55 **Klient F:** Zwei mal, nicht mal zwei mal.

Interviewer: Und da bist du betrunken wenn du trinkst?

Klient F: Also, zwei Gläser Bier, ein Glas Wodka und das reicht schon.

Interviewer: Also ein kleines Glas Wodka.

Klient F: Nein ein großes (*lachen*). Aber schon mit Redbull und so alles.

60 **Interviewer:** Ach so, also gemischt.

Klient F: Ja. Also jetzt so viel das ich trinke, nee.

Interviewer: Okay. Gut. Wann hast du den angefangen zu kiffen?

Klient F: Mit 14.

Interviewer: Mit 14.

65 **Klient F:** War mein erster Joint. 14? Nee ... Doch. Mit 14.

Interviewer: Und wie war es für dich?

Klient F: Erstmal?

Interviewer: Mh.

Klient F: Ich weiß nicht, als würde ich fliegen (*lachen*). Nicht fliegen aber das war halt so komisch.

70 Man kennt das ja nicht und ich weiß nicht, ich habe mich halt so gut dabei gefühlt. Aber jetzt wenn ich einen kiffen tue, es ist ganz normal. Außer das ich halt dabei meine Probleme vergesse oder so, aber das ist jetzt normal für mich geworden. Also das erste mal das war schon echt lustig, ich musste viel lachen.

Interviewer: Kannst du dann beschreiben wie sich dein Konsum von THC entwickelt hat bei dir?

75 **Klient F:** Wie? Also das erste mal habe ich wie gesagt gekifft, dann war das ein Jahr oder...

Interviewer: Bitte?

Klient F: Ich habe dann ein Jahr glaube ich nicht mehr genommen. Kein Joint angefasst aber mit 15 durch die Freunde ist es schlimmer geworden. Also, meine ganzen Freunde waren so wie gesagt Kiffer oder so und ich bin dann auch reingekommen, ich habe auch dann gekifft, also pro Tag habe

80 ich mindestens zehn Joints geraucht oder sogar mehr.

Interviewer: Zahn Joints am Tag?

Klient F: Sogar mehr ich weiß nicht.

Interviewer: Weiß du wie viel Gramm das war?

Klient F: Ich hatte immer bei mir irgendwas (*lachen*). Ich weiß es nicht. Also ich hatte am Tag oder
85 an zwei Tagen mindestens vier Gramm. Aber wir waren halt mehrere oder wir haben es immer mit denen geteilt, ich war nie allein. Hätte ich alleine gekifft, wäre ich kaputt.

Interviewer: Was hat dann in der Zeit das Kiffen für sich bedeutet?

Klient F: Kiffen? Nach dem (*undeutlich*)

Interviewer: Bitte?

90 **Klient F:** Nach dem Freedom war das Kiffen für mich egal, uninteressant.

Interviewer: Es war dann uninteressant. Aber vorher, in der Zeit wo du so viel gekiffst hast.

Klient F: Vorher? Interessant. Also ich hatte immer meine Probleme dabei vergessen. Und das fand ich gut. Ich hatte da Probleme in meinem Kopf.

Interviewer: Was war das denn z.B. für Probleme?

95 **Klient F:** Mit Familie. Ich habe mit meiner ganzen Familie z.B. nicht geredet. Ich hatte immer Stress mit Jugendamt, ich bin nicht mehr in die Schule gegangen. Es hat mich gar nichts mehr interessiert und habe immer einen Joint geraucht und habe meine Probleme vergessen. Und ich weiß es nicht. Es war so ein schönes Gefühl. Jetzt kann man sich das gar nicht mehr vorstellen, dass man wieder anfängt Junkie zu werden. Man wäre fast ein Junkie geworden dadurch.

100 **Interviewer:** Wie stehst du jetzt zum Kiffen?

Klient F: Gar nicht mehr. Man glaubt es gar nicht (*lächelt*).

Interviewer: Was hältst du jetzt davon.

Klient F: Z.B. wenn ich jetzt, ich habe, wenn ich heute sehe, dass sie kiffen, dass sie so bekifft aussehen, dann denke ich mir, ja die sind ja voll ekelig. Wieso machen sie so was? Man gibt erst 105 mal so viel Geld dafür aus. Ein Gramm heutzutage kostet 15 Euro dafür. Und ich würde lieber für mich was kaufen oder für meinen Freund anstatt zu Kiffen. Früher wollte ich das nicht, früher wollte ich nicht mal für mich was zu kaufen, da wollte ich immer nur Drogen holen, aber jetzt. Ich ekele mich auch davon.

Interviewer: Was hat denn deine Einstellung geändert? Weißt du das?

110 **Klient F:** Vieles eigentlich. Ich hatte immer Angst, dass meine Eltern was erfahren. Ich hatte so Angst, also sie hatten alles erfahren irgendwann mal aber z.B. jetzt, dass ich, dass sie wissen, dass ich Drogen nehme, das wäre ein Weltuntergang für die. Das finde ich, das wollte ich nie für meine Eltern so was antun. Oder dass meine Familie zu mir sagt, ich bin ein Junkie oder so. Und das meiste hat mir davon weggezogen, eigentlich meine Familie, es ging gar nicht um Jugendamt. Ich 115 meine, wäre meine Familie nicht bei mir, ich würde weiter kiffen, aber so, es geht mal um meine Familie und meine Geschwister.

Interviewer: Verstehe. Was für andere Substanzen hast du sonst noch ausprobiert?

Klient F: Ich habe (*Lärm von Nebenraum*).

Interviewer: Warte kurz.

120 **Klient F:** (*Lachen*) Ich habe Speed probiert. Und ich habe Haschisch geraucht. Ich habe viele Sachen genommen, aber darüber will ich halt nicht reden. Man weiß nur, dass ich gekifft habe und Speed genommen habe und das reicht schon.

Interviewer: Wie oft ungefähr hast du dann Speed genommen?

Klient F: Nur wenn ich feiern gegangen bin. Okay, einmal war ich zu Hause und habe es trotzdem 125 genommen, aber (*lachen*). Aber so nur wenn ich feiern gegangen bin.

Interviewer: War das jede Woche?

Klient F: Nee, einmal im Monat oder so.

Interviewer: Okay, gut. Wann hat dir das Kiffen Probleme gemacht. Also, wann hast du festgestellt, dass das Kiffen nicht nur positive Seiten hat, auch negative?

130 **Klient F:** Wo ich gemerkt habe, das ich kein Sport mehr machen konnte. Ich konnte nicht mehr zum Bus laufen (*lachen*). Das war echt, das Rauchen und dann dazu das Kiffen, das ist echt, man macht seinem Körper so viel: Und meine Haut ist auch dann so komisch geworden nach der Zeit, mein ganzer Körper hat sich so anders angefühlt, das war einfach, ich kann es nicht beschreiben.

Interviewer: Das war jetzt körperlich. Und wie war es in der Schule oder in der Familie?

135 **Klient F:** Also in die Schule hatte ich überhaupt kein Bock mehr zu gehen.

Interviewer: Und das war auch wegen dem Konsum?

Klient F: Ja. Weil wenn man ein Joint in der Nacht raucht, steht man nicht mehr auf. Also, sozusagen.

Interviewer: Und zu Hause?

140 **Klient F:** Bei meinen Eltern? Wie meinst du das?

Interviewer: Ja, welche Probleme hat dir das dort zu Hause gemacht?

Klient F: Das sie immer so an mir gemeckert haben. Also wie gesagt, die wussten ja gar nicht, dass ich rauche, aber die haben immer gemeckert und gemeckert. Umso mehr nehme ich dann. Also das war immer so. Immer wenn jemand an mir herummeckern oder wenn ich jemand nervt, dann bin

145 ich immer holen gegangen. Wie ein Hund zu seinem Herren.

Interviewer: Du hast schon erwähnt, dass du bei Freedom warst. Hast du schon vorher versucht selber von dem Kiffen weg zu kommen.

Klient F: Nein, habe ich nicht. Wollte ich eigentlich nicht.

Interviewer: Wolltest du nicht, obwohl du die Probleme eigentlich gesehen hast, die dir das macht.

150 **Klientin F:** Ja.

Interviewer: Was war der Grund dafür, könntest du das beschreiben?

Klient F: Dass ich nicht damit aufhöre?

Interviewer: Dass du nicht damit aufhören wolltest, damals ja.

Klient F: Weil jeder hat mich gezwungen. Wenn jemand mich zwingt etwas zu machen, dann

155 mache ich es recht weiter. Also das war immer schwierig. Und mit Kiffen wollte ich nicht aufhören wegen Jugendamt, weil sie gesagt haben wir schicken dich dahin und dahin und wenn du nicht damit aufhörst dann bekommst du Probleme. Und irgendwann hab ich mir gedacht was wollt ihr von mir. Ich mach weiter.

Interviewer: Wurde irgendwas erzwungen, also musstest du dann irgendwas machen. Vor Freedom.

160 **Klient F:** Nein.

Interviewer: Hast du vom Gericht keine Auflagen bekommen?

Klient F: Ich glaube nicht ich weiß es nicht

Interviewer: Also dass du Urinkontrollen abgeben musstest?

Klient F: Nee bei Richter und so hatte ich das noch nicht. Also dass ich zur Polizei gehe und Urin

165 abgeben muss oder so. Musste ich nicht. In meiner WG musste ich das machen. Aber halt nicht bei Gericht oder so.

Interviewer: War das dann schon so, weil sie gewusst haben, dass du gekiffst hast? Oder war das wegen anderen Problemen?

Klient F: In der WG? Die wussten das, ich habe sogar in meinem Zimmer gekiffst. Deswegen

170 wussten sie es ja. Also die Leute haben mir da manchmal echt leid getan. Also wenn ich jetzt so nachdenke, die haben mir so leid getan. Die wollten mir immer wieder helfen und ich habe es nicht zugelassen.

Interviewer: Wie bist du in diese WG gekommen?

Klient F: Ich war erst mal Kolumbusplatz, so eine Einrichtung, so eine Schutzstelle war das. Und

175 das war Jungs und Mädchen zusammen. Und da hat jeder gekiffst. Also da bin ich echt wirklich abgestürzt. Jeder hat gekiffst, ich habe dann auch mitgekiffst. Dann habe ich dort auch Speed genommen. Und ich war aggressiv dort.

Interviewer: Wie alt warst du da?

Klient F: 15, 16, war ich dort. Ich war immer vermisst gemeldet, es hab echt einfach Probleme, wo

180 ich das gemacht hab. Ich war glaube ich 20 Mal vermisst gemeldet. Vielleicht sogar mehr. Das kam immer wegen Drogen. Und dann irgendwann mal, haben die Jugendamt da gesagt dass ist nicht gut für mich und dann bin ich zu neue Wege gekommen. An sich war es dort gut.

Interviewer: Ist das eine normale Wohngruppe?

Klient F: Nur für Mädchen.

185 **Interviewer:** Und wie ist das dort mit Konsum?

Klient F: Man durfte dort nicht kiffen oder Drogen nehmen.

Interviewer: War das ein Thema für die Betreuer?

Klient F: Für die Betreuer?

Interviewer: Haben Sie mit dir darüber gesprochen?

190 **Klient F:** Ja, oft. Ich war ja nicht allein, es gab da ja viele Mädchen. Es gab ja auch viele Gründe warum die Mädchen da waren. Die waren aggressiv. Paar Mädchen waren mit Drogen. Es gab halt verschiedene Mädchen drin. Und wenn die Mädchen kiffen, kiffen die anderen Mädchen ja auch mit. Und irgendwann hat dann das ganze Haus gekifft. Dann haben Sie es irgendwann gecheckt.

Interviewer: Und dann?

195 **Klient F:** Und dann kam so eine Frau zu uns. Die hat auch viel Drogen genommen und jetzt ist sie so eine Therapeutin. Und dann kam sie zu uns und hat mit uns darüber geredet. Und die Mädchen sind dann aggressiv geworden und die Frau wollte nie wieder dahin kommen.

Interviewer: Also die Frau hat euch etwas über Drogen erzählt. Und wie fandest du das?

200 **Klient F:** Das war schon gut, kann ich nicht sagen, also es hat mich schon interessiert, was Drogen anstellen, aber trotzdem habe ich das weitergemacht. Also es hat trotzdem nicht weitergeholfen.

Interviewer: Wie fand es du dort insgesamt bei neue Wege?

205 **Klient F:** Schön, wirklich angenehm dort. Es war kein Stress dort, keiner hat gestresst, die Betreuer waren an sich auch gut, außer das ich halt, sie hatten dann irgendwann keine Lust mehr. Sie wussten nicht irgendwann wie sie mit mir weiter machen sollen. Dann haben sie mich nach Freedom geschickt.

Interviewer: Wann war das?

Klient F: Ich bin am 29. reingekommen.

Interviewer: 29?

Klient F: 29. 4. 2012

210 **Interviewer:** Vierten? Hast du nicht November gesagt?

Klient F: Wo den? Bei Neue Wege?

Interviewer: Aha, bei Neue Wege. Ja, 29.4.

Klient F: Und ich bin dann auch nicht lang geblieben. Ich bin auch herausgekommen.

Interviewer: Ja und wer hat dich dann nach Freedom geschickt? Wie ist das dann abgelaufen?

215 **Klient F:** Ich war nicht wirklich in meiner... Ein Tag davor haben sie es mir erzählt. Also Ein Tag davor haben sie mir gesagt, es ist so so, wir wollen dass du dahingehst. Es ist gut dort. Du bleibst auch nicht lange dort. Ich sagte okay. Ich bin zu Jugendamt gegangen und Jugendamt hat mit mir geredet und die haben zu mir gesagt, du musst dort hin. Aber wir haben keinen Termin für dich frei. Also gut ich bin nach Hause gegangen. Nicht mal halbe Stunde ruft sie mich an und sagt dein

220 Termin ist am 28. 11. da muss ich reinkommen. Das war zwei drei Tage oder so. Das hat mich aufgeregt. Die wollten unbedingt dass ich dorthin gehe. Wie gesagt Rache ist süß (*lachen*).

Interviewer: Das war aber nicht durch Gericht? Das war nur so der Zwang vom Jugendamt.

Klient F: Sozusagen ja. Man kann das sagen so.

225 **Interviewer:** Hast du vorher irgendeine Entgiftung gemacht? Bevor du da ins Freedom gekommen bist?

Klient F: Entgiftung? Nicht richtig.

Interviewer: Warst du vorher in der Heckscher Klinik.

230 **Klient F:** Ich war schon, aber ich war ab und zu Mal dort. Haben mit mir geredet, haben mit mir Teste gemacht. Da war alles in Ordnung. Musste ich Drogentest abgeben und alle beiden waren positiv. Dann war mein ... das hat ein oder zwei Monate gedauert. Dann war ich schon mit Heckscher Klinik fertig.

Interviewer: Wann war das denn?

Klient F: Das war ... Bevor ich zu, bevor ich, das war vor Neu Wege, das weiß ich noch.

Interviewer: Da haben sie dich irgendwie testen lassen. Grundsätzlich.

235 **Klient F:** Genau kann man so sagen.

Interviewer: Und haben sie am Ende etwas empfohlen, weißt du da, was da rausgekommen ist

eigentlich?

Klient F: Nee, weiß ich nicht. Da war ich nicht dabei. Oder war ich dabei, ach das weiß ich nicht mehr.

240 **Interviewer:** Du hast also vor Freedom keine Entgiftung gemacht, aber du hast vorher ganz viel gekiff't.

Klient F: Ja

Interviewer: Also du musstest da nicht clean reinkommen.

Klient F: Nö, wollte ich auch nicht (*lachen*).

245 **Interviewer:** Ja das ist klar.

Klient F: Das was mich in der Heckscher Klinik erschreckt hat, war meine Freundin.

Interviewer: In der Heckscher Klinik? Okay.

Klient F: Da war eine Freundin von mir da und ich habe sie so blass gesehen. Sie haben sie voll mit Medikamente vollgepumpt. Das hat man ihr auch voll angesehen. Und ich wollte nicht dort

250 reingehen.

Interviewer: Und solltest du da reingehen? Stationär?

Klient F: Sollte ich schon, glaube ich. Aber, wir haben uns dafür entschieden, dass ich nur dort so hingeh.

Interviewer: Also ambulant? Und wie fandest du es denn in der Heckscher Klinik?

255 **Klient F:** Auf gut deutsch gesagt: Scheiße (*lachen*), da waren halt kleine Kinder und so was kann ich nicht sehen.

Interviewer: Was genau kannst du nicht sehen?

Klient F: Da waren kleine Kinder und allen waren so blass. So voll blass im Gesicht und die konnten nicht mal richtig reden, weil sie voll unter Medikamenten sind. So will ich doch nicht
260 landen. Ich bin noch jung, ich habe nur Sachen ausprobiert, aber das heißt nicht, dass ich gleich psychisch kaputt bin. Ich kann immer noch reden und alles mögliche aber dass ich gleich wegspringen geh...

Interviewer: Also du da so ambulant gegangen bist: Wie fandest du das

Klient F: Hat schon geholfen, kann ich nicht sagen. Ich habe schon viel mitgenommen.

265 **Interviewer:** Was hast du denn mitgenommen?

Klient F: Gesundheitlich, dass ich halt nicht soviel kiffen soll. Das ich nicht soviel rauchen soll. Das ich auf meine Gesundheit achten soll, das habe ich schon alles mitgenommen. Aber ich habe nicht damit aufgehört.

Interviewer: Okay, also nochmal. Du fandest die Informationen ganz interessant, aber es hat deine
270 Meinung nicht geändert.

Klient F: Nee.

Interviewer: Okay, gut. Kennst du eigentlich irgendwelche Angebote, die für THC Konsumenten speziell sind, nur für THC-Konsumenten?

Klient F: Nein.

275 **Interviewer:** Hast du davon schon gehört oder hörst du das zum ersten Mal.

Klient F: Das höre ich zum ersten Mal.

Interviewer: Ja es gibt auch ab und Gruppen wo man hingehen kann.

Klient F: Ja ehrlich gesagt, wenn man mal selber früher ein Kiffer war, sieht auch auf die Straße die Leute. Man sieht, ob die bekiff't sind oder normal sind. Dafür brauch ich das gar nicht. Ich brauche
280 keinen Raum, wo Menschen sind, dass ich das sehe dass die bekiff't sind oder Drogen nehmen. Das sieht man auch so auf die Straße, finde ich.

Interviewer: Ja darum geht es aber nicht. Es geht darum, dass du auch die Möglichkeit hast mit den anderen darüber zu sprechen und das könnte dir helfen damit aufzuhören.

Klient F: Brauch ich nicht, ich habe schon damit aufgehört.

285 **Interviewer:** Ja, genau. Das weiß ich. Gut. Aber du kennst das nicht. Gut. Dann kommen wir jetzt zu Freedom, zu der Einrichtung in die du dann gekommen bist. In der Einrichtung haben nämlich

nicht nur Jugendliche gewohnt, die gekifft haben, sondern auch solche, die andere Drogen genommen haben. Ist das wahr?

Klient F: Ja

290 **Interviewer:** Wie fandest du das Zusammenleben mit den anderen, die auch was anderes genommen haben als Cannabis?

Klient F: Ich finde das war einfach keine Einrichtung, das ging so in die Psyche rein, also die Jungs und die Mädchen, die waren ganz in Ordnung, kann ich nicht sagen. Aber die Einrichtung war eine Katastrophe.

295 **Interviewer:** Okay. Warum?

Klient F: Man konnte sich nicht zuhause fühlen. Man war immer so unter Druck gestellt, man war immer. Jeder hat dich unter Druck gestellt, die Betreuer. Wenn du das nicht machst kommst du in dein Zimmer rein und kommst den ganzen Tag nicht raus. Zum Beispiel wenn ich gesagt habe ich bin krank, musste ich den ganzen Tag in meinem Zimmer bleiben und ich durfte noch nicht mal
300 rauchen. Also es war echt, es ging so in die Psyche rein. Und ich wollte nicht. Da war auch so ein Junge drin, der war der ist seit vier Jahren drin. Und ich verstehe es immer noch nicht wie er es aushalten kann. Und ich hab so Kinder gesehen, die waren so zehn. Der ist so alt wie mein Bruder, weil er an und zu von Daheim abgehauen ist. Mein Gott, das macht jeder Mensch. Das verstehen sie nicht. Manchmal dort haben sie nie verstanden wie es uns geht. Die haben nur gesagt du musst das
305 machen, das machen und wenn du das nicht machst gehst du in dein Zimmer rein. Wie gesagt, die haben uns immer unter Druck gestellt.

Interviewer: Du hast gesagt die anderen da waren ganz okay. Die anderen Jugendliche. Mich interessiert eben dieser Aspekt des Zusammenlebens ganz besonders. Also wenn du dir mal vorstellst, dass da auch Jugendliche waren die regelmäßig Heroin genommen haben oder
310 Ampethamine oder Speed: Wie war das für dich, hatte es so, hatte es positive Effekte auf deine Abstinenzentwicklung oder negative?

Klient F: Negative. Positiv bei denen war, die waren nett drauf. Aber negativ, die waren oft immer aggressiv. z.B. ein Junge der hat Fenster kaputt gemacht, oder Fernseher kaputt gemacht. Weil er eine Sache nicht bekommt was er will. Die Jungen, also die jugenlidchen, die dort waren sind oft
315 ausgerastet. Also oft aggressiv geworden also gegenüber anderen. Und in diesem Haus ist jeden Tag was kaputt gegangen. Weil die so aggressiv sind. Es gab ja nicht nur Drogenkonsum, sondern auch Aggressionen und so. Da waren Menschen drin also wirklich, die waren aggressiv drauf. Und es gab nie einen ruhigen Tag. Deswegen war so ich weiß nicht. Also jeder war total aggressiv. Jeder war sauer ist sau schnell aggressiv geworden. Oder die haben sich dann beleidigt. Also die
320 Kleinigkeiten was jeder so hat. Das meiste war fand ich. Keiner hat sich dort geschlagen (undeutlich).

Interviewer: Keiner hat sich dort?

Klient F: Geschlagen. Aber oft Fenster kaputt gemacht, Polizei ist vorbeigekommen. Jedes Mal mussten fünf Autos kommen, also Polizeiautos kommen, dass die sehen was bei uns losgeht. Man
325 hatte schon ein bisschen Angst.

Interviewer: Denkst du dass eben eine Unterscheidung zwischen den Kiffern und den anderen Jugendlichen war. Dass die Kiffer nicht so aggressiv waren.

Klient F: Finde ich nicht, ich war auch aggressiv. Also, es hat finde ich, es hat gar nichts damit zu tun, ob man Koks zieht oder ob man kifft. Das ist ja das gleiche. Trotzdem ist man süchtig daran.
330 Außer, dass sie bisschen Macken haben. Das ist, aber ich finde, man ist gleich aggressiv. Also man wird schnell aggressiv oder, also man ist sensibler, sagen wir es mal so. Aber, ich weiß nicht, es war einfach so, es war ekelig dort, das war nicht schön, das war nicht Scheiße, das war ekelig dort. Man konnte nicht machen was man will. Da musstest du dieses Laufen, diese Berge hoch laufen! In der früh musstest du aufstehen, dich anziehen und wenn du zu spät kommt, weil bei uns da war so Haus
335 und dann kommt gleich ein Berg, wir waren in den Bergen und wir mussten wirklich in der früh aufstehen und Berge hoch laufen. Hey, die waren echt nicht normal wirklich, das war echt, das echt

die schlimmste Zeit, die ich gesehen habe, nicht mit meinen Eltern, nicht mit Drogen, sondern das war das schlimmste.

Interviewer: Okay, manche Eltern haben die Angst, wenn sie das eigene Kind in so eine
340 Einrichtung schicken, dass die Kinder dort noch auf schlimmere Gedanken kommen. Oder dass sie da eben noch andere Jugendliche kennen lernen, die noch schlimmere Sachen konsumieren. Denkst du das es berechtigt ist?

Klient F: Die Eltern sind selber schuld. Wieso schicken sie ihre Kinder dort hin? Wenn sie Angst haben, oder?

345 **Interviewer:** Nee, ab und zu gibt es keine andere Wahl. Z.B. wie du, du hast gekiff't, aber du bist in so eine Einrichtung gelandet wo alle sind.

Klient F: Natürlich hatte meine Mutter Angst davor. Sie kannte aber dagegen nicht machen, sie hatte ja nicht das Sorgerecht. Hätte sie das Sorgerecht gehabt, wäre es anders für mich, wäre es besser. Aber so die Eltern, die Sorgerecht hatten, oder haben immer noch und trotzdem haben sie da
350 ihre Kinder hingeschickt, dann ich habe keinen Mitleid mit den Eltern. Wieso schicken sie ihre Kinder dort hin? Sie haben, es gibt doch viele Möglichkeiten. Es gibt nicht nur diese Einrichtung, nur weil es in den Bergen ist und es gibt keine Busse oder so. Trotzdem findet man andere Möglichkeiten da auszukommen. Ich habe kein Mitleid mit denen Eltern. Also wäre ich selber eine Mutter würde ich nie mein Kind dort hinschicken.

355 **Interviewer:** Weil?

Klient F: Weil es dort Katastrophe ist. Man kann, für mich, ich habe es dort nicht ausgehalten, konnte ich nicht, wollte ich nicht, erstmals konnte ich mich dort nicht wie zu Hause fühlen und ich war immer schlecht drauf dort und ich war immer aggressiv.

Interviewer: Wie ist es dann weiter gegangen? Also wie lange warst du da in der Einrichtung?

360 **Klient F:** Ich bin am ... vier Monate, also drei vier Monate bin ich dort geblieben.

Interviewer: Und wie wurdest du dort entlassen?

Klient F: Ich wurde nicht entlassen (*lachen*). Ich bin abgehauen.

Interviewer: Okay.

Klient F: Wenn man was will, schafft er das auch, deswegen, geht doch.

365 **Interviewer:** Und wie war es dann weiter?

Klient F: Also meinst du hier dann? Also wo ich abgehauen bin?

Interviewer: Mh.

Klient F: Also ich bin abgehauen, ich habe mich vor der Polizei versteckt, vor meiner Vormündin und dann hat meine Vormündin gesagt, ich darf hier bleiben und dann habe ich damit aufgehört.

370 **Interviewer:** Du darfst in München bleiben?

Klient F: Ja.

Interviewer: Und womit hast du aufgehört?

Klient F: Mit den Drogen. An dem Tag, wo ich erfahren habe, ich darf in München bleiben, habe ich damit aufgehört (*lachen*). Das war eigentlich auch mein Ziel. Wenn meine Vormündin sagt, ja,
375 ich darf in hier bleiben, höre ich auf, wenn nicht, höre ich nicht auf.

Interviewer: Und warum wolltest du zu dem Zeitpunkt aufhören?

Klient F: Wieso? Ich habe nachgedacht, wieso ich damit aufhören soll, damit ich irgendeine Zukunft für mich habe. Also mit Kiffen ist es nicht leicht ein Job zu finden, zur Schule zu gehen, also allgemein halt. Man ... und also jetzt wo ich nicht mehr kiffe ist alles anders, man kann es
380 nicht mehr beschreiben. Es ist ein anderes Gefühl wenn man nicht kiff't. Und wenn man kiff't, dann ist man auch erstmals müde und man verliert einfach sein Kopf davon finde ich.

Interviewer: Wie lange kiffst du den jetzt nicht mehr?

Klient F: Ich weiß nicht. ...

Interviewer: Ungefähr?

385 **Klient F:** Seit einem Jahr. Ich bin ein ja schon hier, nee, oder? Doch, ich bin ein Jahr schon hier.

Interviewer: Also fast ein Jahr.

- Interviewer:** Okay. Also das Jugendamt hat dir erlaubt hier zu bleiben. Hast du dann noch eine andere Hilfe bekommen?
- Klient F:** Ja von... wie heißt es nochmal (*lachen*)? Ich weiß es nicht, keine Ahnung.
- 390 **Interviewer:** easyContact.
- Klient F:** Ja, genau.
- Interviewer:** easyContact, okay. Und da bist du bis jetzt.
- Klient F:** Ja, aber mit 18 bin ich nicht mehr hier (*lachen*).
- Interviewer:** Und du bist jetzt 17, oder? Also dann ist das ist dann relativ bald.
- 395 **Klient F:** Ich hoffe es. Ich habe kein Bock mehr auf so was. Ich will mein Leben selbst gestalten und nicht die anderen für mich. Okay das war aber immer so. Ich habe immer für mich entschieden, aber ich konnte nie etwas selber für mich machen, weil die anderen sich immer einmischen müssen. Müssen, deswegen, mit 18 wäre ich glücklich, dass ich mit denen ein Buch schließe, so heißt es bei uns.
- 400 **Interviewer:** Okay, also nach dem Freedom bist du nach München gekommen und als dir erlaubt worden ist, dass du hier bleiben darfst hast du aufgehört. Dann hast du auch die Hilfe von easyContact bekommen. Wie war es für dich insgesamt das auch zu verwirklichen, das umzusetzen das Aufhören.
- Klient F:** Na ja, das ist schon schwer, kann ich nicht sagen. Man wird, wenn man nicht kiff, wird
- 405 man aggressiv. Aber ich bin nicht aggressiv, ich habe meinen Freund dafür, dass er mit mir, dass ich mit ihm darüber rede und deswegen hilft es mir ja auch. Dass wenn ich einen Menschen an meiner Seite habe, dass ich mit ihm darüber reden kann. Er hat ja auch Drogen genommen und das finde ich gut. Er hat damit aufgehört, ich habe damit aufgehört und es läuft einfach gut. Also ich rede oft mit ihm darüber.
- 410 **Interviewer:** Hat dir dann easyContact dabei auch bisschen geholfen?
- Klient F:** Doch, schon, aber wenn ich sage nein, ich will es nicht, dann hilft mir gar nichts mehr, dann hilft mir kein Jugendamt, dann hilft mir kein Condors, nichts, aber ich wollte es ja selber, ich wollte ja damit aufhören. Und deswegen habe ich auch die Hilfe angenommen. Natürlich hat mir easyContact auch geholfen, aber sich selber, habe ich mich selber geholfen.
- 415 **Interviewer:** Okay. Hast du eigentlich schon irgendwann vorher versucht zu reduzieren? Wenn du jetzt zurück schaut.
- Klient F:** Nein (*lachen*), ich habe sogar mehr genommen.
- Interviewer:** Gut, jetzt noch zum Schluss würde ich gerne wissen, was dir besser oder schneller geholfen hätte aus dem Konsum auszusteigen.
- 420 **Klient F:** Hätte ich nicht die falschen Freunde gehabt. Okay, man kann sich Freunde, man kann sich Menschen, nicht aussuchen. Aber ich war bei diese Gruppe, also diese Leute, diese Jugendliche, die viel gekiff haben. Echt viel Drogen genommen haben. Sogar Sachen genommen haben, die ich nicht mal wollte. Ich habe sie auch nicht genommen. Aber es gab gar keinen Tag, wo ich nicht gekiff habe. Manchmal wusste ich nicht Mal wo ich das Gras genommen habe. Da geht man ...
- 425 (*unverständlich*). Also du hörst damit auf, du gehst durch Ende, oder du gehst gar nicht mehr.
- Interviewer:** Aber angenommen du hättest die gleichen Freunde. Könnte dir sonst etwas helfen früher damit aufzuhören.
- Klient F:** Das weiß ich nicht. Hätte ich meinen Freund nicht kennen gelernt. Er war meine Rettung, dass ich damit Aufgehört habe. Hätte ich ihn nicht gehabt, ich hätte weiter gemacht. Also ich hätte
- 430 auf Deutsch gesagt auf alles, es ging mir alles am Arsch vorbei, kann man sagen, aber durch meinen Freund habe ich gelernt wie ich damit umgehen soll. Wie ich ohne Drogen auch leben kann. Und es ist für mich eigentlich viel besser. Mann kann sich eigentlich gar nicht vorstellen, dass ich früher gekiff habe, kann ich nicht. Ich weiß nicht, wann das letzte Joint von mir war. Ich weiß echt nicht. Ich kann mir kaum an so was erinnern. Man hat es die Vergangenheit vergessen. Weil ich nicht oft
- 435 darüber rede. Über diese Leute und so.
- Interviewer:** Aber du kannst nicht sagen was anders sein müsste, damit du früher aufgehört hättest.

Klient F: Wie gesagt, hätte ich meinen Freund früher kennen gelernt. Der wäre meine Einzige Rettung. Sonst so, nicht Mal meine eigene Mutter hätte mir geholfen.

Interviewer: Ja, in der Zeit war es auch sehr schwierig mit deinen Eltern, das hast du schon gesagt.

440 Du hast auch kurz erwähnt am Anfang, dass du schwanger warst.

Klient F: Ja, und also dann nach meiner Abtreibung habe ich dann mit Drogen viel zu tun. Also danach habe ich dann wirklich über alles... Alles oder nichts. Ich habe dann einfach alles aufgegeben. Also mir war alles egal.

Interviewer: Weil du dir das Kind gewünscht hast.

445 **Klient F:** Ja natürlich, jedes Mädchen will doch ein Kind, nicht nur ich. Und wenn man Kind verliert, es ist halt anstrengend, aber mein Gott! Gott ist oben (*lachen*).

Interviewer: Okay. Und was für Gründe siehst du dafür, dass du dich selber mit dem Konsum nicht schon früher auseinandergesetzt hast?

450 **Klient F:** Wieso, die Gründe? Es gab viele Gründe! Früher konnte ich nicht Mal ohne Drogen leben. Das war auch... Gründe wieso ich nicht damit aufhören könnte? Ich konnte nicht! Das war diese Freundeskreis. Kann man sagen Teufelsreis.

Interviewer: Aber jetzt ... (*unterbrochen*).

455 **Klient F:** Ja jetzt habe ich keinen Kontakt mehr mit denen, weil ich auch die Nummern von denen nicht habe, und will ich auch nicht, jetzt habe ich dafür meinen Freund. Dann brauche ich so was nicht mehr. Wenn ich kiffen will, ich weiß wo es Grass gibt, dann hole ich mir es selber. Aber ich will es nicht. ... Heutzutage sind die Jugendlichen wie Schlangen.

Interviewer: Wie Schlangen?

460 **Klient F:** Ja, wenn du nicht gut zu denen bist, sie beißen dich sofort. Und das ist... ich bin auch so. Jeder Mensch ist natürlich so falsch. Aber es gibt Menschen, die sind falsch aber die zeigen sich nicht so und man weiß nicht ob der Mensch gut ist oder schlecht ist. Und für ... es war eher alles egal. Aber jetzt schaut man lieber hundertmal, als einmal, weil man die Fehler gelernt hat.

Interviewer: Okay. Gibt es noch etwas wichtiges was wir noch nicht erwähnt haben zu deinen Erfahrungen mit den Behandlungssystem.

Klient F: Nee, ich glaube nicht.

465 **Interviewer:** Nee? Okay. Gut, dann danke schön. Das ist alles.

Klient F: Bitte.

Anhang VIII: Kategorien

Oberkategorien	Unterkategorien
OK1 Persönliche Daten	PD1 Familiensituation PD2 Schulerfahrungen PD3 Prägende Lebensereignisse oder Komorbiditäten
OK2 Konsumverlauf und Einstellung	KE1 Konsumintensität von Alkohol, Zigaretten und anderen psychoaktiven Substanzen im Verlauf KE2 Cannabiskonsum im Verlauf KE3 Bedeutung des Cannabiskonsums KE4 Konsumziele und Einstellung zur Cannabis aktuell KE5 Abhängigkeitseinsicht
OK3 Erfahrungen mit Behandlungsangeboten	EB1 Abstinenz- und Reduktionsversuche EB2 Prävention und Frühintervention EB3 Spezielle Angebote für Cannabiskonsumenden
OK4 Zusammenleben mit Konsumenten anderer psychoaktiven Substanzen	Z1 Erfahrungen mit stationären suchtspezifischen Behandlungsangeboten Z2 Effekte des Zusammenleben mit Konsumenten von anderen psychoaktiven Substanzen
OK5 Bedürfnisse der Klienten auf dem Weg zur Abstinenz	B1 Hindernisse bei der Früherkennung B2 Was hätte besser geholfen