

**„Am Ende wird alles gut! Wenn es nicht
gut ist, ist es nicht das Ende.“**

**Eine qualitative Studie zum Thema Abschied im
Leben von substanzabhängigen Männern.**

Masterthesis

Im Studiengang Suchthilfe/Suchttherapie, M.Sc.

**Vorgelegt von
Ira Boltz
Aachener Straße 456
50933 Köln
Matr. Nr.: 513847**

**Erstleser: Dipl.-Sozialarbeiter Wolfgang Scheiblich
Zweitleser: Prof. Dr. med, M. A. Wolfgang Schwarzer**

Köln, April 2017

Zusammenfassung /Abstract

Fragestellung: Besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Abschiednehmen von der stationären Therapie und ein Rückfall in alte Verhaltensweisen bei drogenabhängigen Männern und wie erleben Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung Abschiede vor und während der Therapie und wie müssen sie auf den Abschied von der Therapie vorbereitet werden?

Methode: Anhand einer qualitativen Studie wurden mithilfe eines Leitfadeninterviews sechs Patienten einer stationären Therapieeinrichtung für drogenabhängige Männer zum Thema Abschied befragt. Drei der befragten Patienten befanden sich in den ersten vier Wochen ihrer Therapie und drei in den letzten vier Wochen der stationären Entwöhnungsbehandlung. Die Interviews wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring transkribiert, analysiert und ausgewertet.

Ergebnisse: Die Auswertung der Interviews hat vor allem gezeigt, dass Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zunächst keine Abschiede aus ihrem Leben unabhängig von ihrem Drogenkonsum nennen, wenn sie das Thema Abschied im Allgemeinen beschreiben. Sie alle beschreiben unterschiedliche Vermeidungsreaktionen bei Abschieden und führen vor allem die Verdrängung von negativen Gefühlen durch Substanzkonsum an. Innerhalb der Therapie heißt es für abhängige Menschen, Abschied ohne Konsum zu nehmen und sich vor allem auch von dem Konsum selbst zu verabschieden. Dieser Abschied hängt zusammen mit vielen weiteren Abschieden, wie die von der alten Umgebung, Freunden, Musik und Verhaltensweisen.

Diskussion: Durch die Zusammenführung des Theorieteils und der Ergebnisse aus der eigenen Studie wurde festgestellt, wie bedeutsam das Thema Abschied für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist. Sie haben ein Vermeidungsschema beim Abschiednehmen entwickelt, welches innerhalb der Therapie herausgefunden und zu verändert werden muss. Es ist herausgefiltert worden, dass das Ende der Therapie genauso bedeutsam ist wie der Beginn einer therapeutischen Beziehung, da es sich um eine intensive intrapsychische Trennungssituation handelt. Insgesamt konnten durch die Arbeit Rückschlüsse auf den Umgang mit dem Abschied von der Therapie gezogen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Kasuistik	3
3	Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen	8
3.1	Zusammenhänge zwischen Abschiednehmen und Therapie	10
3.2	Das Ende einer Therapie	11
4	Einführung in die Schematherapie	13
4.1	Maladaptive Schemata	14
4.2	Schemamodi	18
4.3	Maladaptive Bewältigungsmodi	23
4.3.1	Überkompensation	24
4.3.2	Erduldung/Unterwerfung	25
4.3.3	Vermeidung	25
4.4	Mögliche maladaptive Schemata und Modi von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung	27
5	Weitere Referenztheorien	30
5.1	Bindungstheorie nach Bowlby	30
5.1.1	Bindungsmuster	32
5.1.2	Bindungsmuster in Bezug auf drogenabhängige Männer und deren Entwicklung von Substanzabhängigkeit	33
5.1.3	Zusammenhänge zwischen Schematherapie und Bindungstheorie	35
5.2	Die Konsistenztheorie nach Grawe	36
5.2.1	Zusammenhänge zwischen Schematherapie und den Grundbedürfnissen nach Grawe	39
6	Methode	42
6.1	Methodologie	42
6.2	Forschungsdesign	44
6.2.1	Entwicklung des Forschungsdesigns	45
6.2.2	Begründung der Auswahl der Patientengruppe und deren Beschreibung	47
6.2.3	Durchführung des Forschungsdesigns	50
6.2.4	Begründung des Forschungsdesigns	52
6.3	Datenerhebung	53
6.4	Datenanalyse	55
7	Ergebnisse und Hypothesen	59
8	Diskussion	67

9	Fazit und Ausblick	72
	Literaturverzeichnis	75
	Zeitschriftenartikel.....	77
	Anhang A: Interviewvorbereitung	78
	Leitfadeninterview.....	78
	Einverständniserklärung	81
	Zusicherung der Anonymität der Aufzeichnungen – Information für die Befragten .	82
	Anhang B: Transkripte	83
	Legende und Hinweise zur Transkription.....	83
	Transkripte der Interviews.....	84
	Postscriptum	165
	Anhang C: Datenanalyse der Interviews	167
	Eigenständigkeitserklärung	179

1 Einleitung

Mithilfe der Forschungsfrage der Masterthesis gilt es genauer zu analysieren, ob ein Rückfall in alte Verhaltensweisen in den letzten Wochen der Therapie mit dem bevorstehenden Abschiednehmen von der Einrichtung zusammenhängt und wie der Abschied von der Therapie vorbereitet sein sollte, um diese Rückfallgefahr ausschließen zu können.

Die Studie wird durch qualitative leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Das genaue Vorgehen, die Entwicklung und die Begründung der Auswahl dieses Forschungsdesigns wird in Kapitel 6 „Methodologie“ ausführlich dargestellt. Zu Beginn ist zu sagen, dass sechs Patienten einer stationären Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige Männer befragt wurden. Der Leitfaden ist untergliedert in drei Themenblöcke, die auf verschiedene Abschiede von Menschen innerhalb der Therapie eingehen. Der Leitfaden ist dieser Masterthesis angehängt (s. Anhang A, S. 78-80). Letztlich konnte durch die Thesis festgestellt werden, welche Abschiede von drogenabhängigen Menschen innerhalb der Therapie bearbeitet werden müssen und wie zum Schluss der Abschied von der Therapie positiv erlebt werden kann.

Schwartz und v. Flowers (2015) sagen, dass der Abschied sowohl für Patienten als auch für Therapeuten gleich bedeutsam wie der Anfang einer Therapie ist. Daher sollten das Ende der Therapie und der Abschied von Mitpatienten, Therapeuten sowie der Abschied von der Therapie selbst einen gleich hohen Stellenwert haben, wie der Anfang der Therapie und der therapeutischen Beziehung. Schwartz und v. Flowers (2015) stellen zudem fest, dass das Thema Therapieabschluss ein wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Prozesses darstellt (S. 137). Dass ein nicht gut vorbereiteter Therapieabschluss auch ein Grund zum Abbruch einer Therapie sein kann, wird nach meinen Recherchen in keiner Studie belegt. Eine Studie von Martens et al. (2014) unterteilt die Abbrecher in die Kategorien Früh- und Spätabbrecher. Sie führen in dieser Studie Abbruchgründe auf. Auch Seiffge-Kranke und Cinkaya (2017) nennen beispielsweise Unzufriedenheit mit der Behandlung, mangelnde Motivation oder gruppendynamische Probleme mit Mitpatienten als Gründe für den Abbruch der Therapie seitens des Patienten (S. 19). Der Abschied von der Therapie wird jedoch auch in der neuesten Forschung von 2017 nicht berücksichtigt, was die Fragestellung der Masterthesis zusätzlich berechtigt (S. 243). Die persönliche

1 Einleitung

Begründung für die ausgewählte Thematik dieser Masterthesis wird in der nachfolgenden Kasuistik ersichtlich.

Nach dieser Erläuterung folgt der Theorieteil der Thesis, der sich aus drei Schwerpunkten zusammensetzt: Zunächst wird in den Unterkapiteln des Kapitels 3 „Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen“ beschrieben, nach welchem Konzept stationäre Therapien vorgehen und weshalb sie für Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung sein können. Außerdem wird hier bereits ein Überblick darüber gegeben, welche Prozesse des Abschiednehmens innerhalb der Therapie stattfinden. Die besondere Bedeutung des Therapieendes wird ebenfalls thematisiert und hinterher in der Diskussion bestärkt.

An dieses Kapitel anschließend erfolgt ein Exkurs in die Schematherapie. Dies war für die Auswertung der Interviews von besonderer Bedeutung. Denn auf Basis der Schematherapie und den im Kapitel 4.4 „Mögliche maladaptive Schemata und Modi von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung“ aufgeführten Schemata wurde bei der Auswertung der Interviews darauf geachtet, welche Schemata die Probanden in Bezug zu Abschied entwickelt haben. Dieses Wissen führt zu weiteren Überlegungen für den Therapieprozess, welche in der Diskussion und im Fazit aufgeführt werden.

Der letzte Schwerpunkt des Theorieteils sind weitere Referenztheorien, die in Verbindung zu der Schematherapie gezogen werden können. Hier wurde sich für die Bindungstheorie nach Bowlby und die Konsistenztheorie nach Grawe entschieden. Diese beiden Theorien lassen sowohl eine Verbindung zur Schematherapie als auch eine Begründung für eine Abhängigkeitsentwicklung zu. Daher wurden sie als passende Theorien für die Masterthesis erachtet.

Anhand der Studie konnten einige Hypothesen generiert werden. Diese werden in Kapitel 7 „Ergebnisse und Hypothesen“ mithilfe der Datenanalyse begründet und anschließend in Kapitel 8 „Diskussion“ diskutiert. Wie mit diesen Hypothesen weiter verfahren werden könnte, wird im Kapitel 9 „Fazit und Ausblick“ geschildert.

Insgesamt wird in dieser Masterthesis bei Patienten immer in der männlichen Form geschrieben, da es sich um eine qualitative Studie handelt, die anhand von Interviews ausschließlich mit männlichen Patienten geführt wurde. Ebenso wird bei der Interviewerin und Therapeutin immer die weibliche Form eingehalten, da ich selbst die Interviews durchgeführt habe und in der Kasuistik die Co-Therapeutin war.

2 Kasuistik

Im Folgenden wird anhand eines Fallbeispiels beschrieben, wie die Themenauswahl für diese Masterthesis getroffen wurde. Dieses Fallbeispiel beschäftigte mich während meiner Tätigkeit in einer Fachklinik für Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung von illegalen Suchtmitteln.

Vorgeschichte des Patienten

Der Patient sei als drittes Kind einer Familie in Kasachstan in einem kleinen Dorf geboren und aufgewachsen. Der Vater habe sehr viel getrunken und sei mit 53 Jahren an einem Schlaganfall verstorben. Seine beiden älteren Brüder seien auch drogenabhängig, wobei einer seit 2014 abstinent sei und der andere sich zurzeit in Haft befinde. Zwei jüngere Brüder haben mit Drogen nichts zu tun und der eine arbeite in einer Anwaltskanzlei. 1991 sei die Familie nach Deutschland übergesiedelt. Dort habe er überwiegend mit anderen Gleichaltrigen, die ebenfalls aus den ehemaligen GUS-Staaten übergesiedelt seien, den Kontakt gepflegt. Seine Integration in Deutschland sei durch Kriminalität und Drogenkonsum ziemlich misslungen, wohingegen die beiden jüngeren Brüder in Deutschland geboren seien und daher leichteren Zugang zu deutschsprachigen Gleichaltrigen fanden. Bereits auf der Hauptschule in der sechsten Klasse sei der Patient auffällig gewesen und die Kriminalität und der Drogenkonsum hätten bereits zu diesem Zeitpunkt begonnen. Die neunte Klasse brach er ohne Abschluss ab und begann in einem Lager zu arbeiten. Nach wenigen Monaten sei er dort jedoch wegen seines Drogenkonsums gekündigt worden und seitdem kenne er nur noch den sogenannten „Drehtüreffekt“ von Drogenkonsum, Drogenbeschaffung, Kriminalität und Haftaufenthalt. So habe er bis zu seinem ersten Therapieaufenthalt bereits 12 Jahre in Haft gesessen. Zurückblickend habe er den „Knast“ als sein Zuhause erlebt und verfügte zum Antritt der Therapie über keine sozialen Kontakte (außer der Mutter) außerhalb des kriminellen und drogenbelasteten Milieus. Der Patient kam aus der Haft direkt in die Therapie und wurde in Haft stabil substituiert.

Die erste Therapie in der Fachklinik Wendepunkt

Der Patient verbrachte die erste Therapie in der Fachklinik Wendepunkt während ich dort als Nachtdienstlerin arbeitete. Das bedeutet, ich habe an Wochenenden und unter der Woche an Abenden und Nächten in der Einrichtung als studentische Aushilfe gearbeitet und

2 Kasuistik

größtenteils die Freizeitgestaltung mit den Patienten organisiert und durchgeführt. Dieser Patient ist mir persönlich in Erinnerung geblieben, weil er zunächst sehr motiviert wirkte und eine Änderungsbereitschaft zeigte. Er war aufgeschlossen neue Freizeitgestaltungen anzugehen und sprach mir gegenüber offen über seine Sucht. Dennoch zeigte sich bei diesem Patienten eine große Ambivalenz zwischen Sehnsucht, endlich auch ein bürgerliches Leben führen zu können auf der einen Seite und der hohen Verfügbarkeit von maladaptiven Lösungsstrategien auf der anderen Seite. Der Patient kam unter Methadonsubstitution in die Rehabilitation und konnte nicht bis zum Ende seiner Therapie ganz herunterdosiert werden. Während eines Dienstes in der Anfangszeit seiner Therapie kam er mir auf dem Flur entgegen und ich nahm Alkoholgeruch wahr. Der Patient setzte sich draußen auf die Bank neben einen Mitpatienten woraufhin dieser zu mir kam und bat mich, einen Alkoholtest mit besagtem Patienten durchzuführen. Dies verweigerte dieser jedoch und es stellte sich heraus, dass er gemeinsam mit zwei Mitpatienten soeben auf dem Zimmer eine Flasche Wodka getrunken hatte. Ich rief die Rufbereitschaft und den leitenden Arzt hinzu, die eine disziplinarische Entlassung durchführten.

Die zweite Therapie in der Fachklinik Wendepunkt

Circa ein Jahr nach seiner disziplinarischen Entlassung wurde der Patient auf eigenen Wunsch erneut unter Substitution in der Fachklinik Wendepunkt aufgenommen. Zu dieser Zeit war ich bereits als Co-Therapeutin in der Einrichtung tätig. Der Patient fand sich sehr schnell in den Behandlungsalltag ein und zeigte auch eine angemessene Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Abdosierung des Substituts. Wiederum zeigte er sich interessiert für neue Erfahrungen, insbesondere auch für Hintergrundinformationen der Suchterkrankung. Doch circa acht Wochen vor seiner Entlassung stagnierte die Behandlung und der Patient war kaum noch im Prozess der Gemeinschaft involviert. Erneut kamen Anteile seiner dissozialen Persönlichkeitsstruktur zum Vorschein, die von Mitarbeitern und Mitpatienten als ausgesprochen unangenehm erlebt wurden. Etwa vier Wochen vor Ende wurde der Patient erneut in meinem Beisein disziplinarisch entlassen, da er den Drogenkonsum in der Einrichtung fortgesetzt und Mitpatienten, die zu dieser Zeit erst die Therapie angetreten hatten, zum Mitkonsum angestiftet hatte.

2 Kasuistik

Abschließende Überlegungen und Begründung der Themenauswahl

Im Laufe meiner Arbeitszeit in der Fachklinik Wendepunkt ist mir immer wieder aufgefallen, dass Patienten während ihrer Therapie verschiedene Stadien der Verhaltensänderung durchlaufen. Sie kommen meist mit bestimmten Verhaltensauffälligkeiten, die sie gerne verändern oder ablegen möchten. Ein Hauptgrund ist bei einer stationären Rehabilitationseinrichtung für illegale Drogen die Überwindung der Abhängigkeit von solchen illegalen Substanzen.

Abhängigkeit wird durch die WHO (Weltgesundheitsorganisation) als Krankheit definiert und kann durch Veränderung des Verhaltens behandelt werden. Denn durch Veränderung des Verhaltens und Erlebens findet ein „Umbau des Gehirns“ (Grawe 2004) statt. Allerdings ist dieser Prozess der Verhaltensänderung sehr aufwendig, langwierig und kann im Zusammenhang mit therapeutischen Angeboten letztlich nur vom Kranken selbst bewältigt werden (Böning 2002, S.40f.).

Hinzu kommen bei einer Abhängigkeitserkrankung noch weitere Verhaltensauffälligkeiten wie aggressives Verhalten bzw. Auftreten, unangepasste Sprache - die sogenannte Szenesprache - unangemessenes Konfliktverhalten und Kriminalität. Während meiner Arbeit in einer solchen Therapieeinrichtung mit Drogenabhängigen ist es vermehrt vorgekommen, dass die Patienten ihre Verhaltensauffälligkeiten zu Beginn der Therapie deutlich zeigten, sie sie gespiegelt bekamen und durch Reflexion und Anpassung des Verhaltens im Verlauf der Therapie ablegen konnten. Doch kurz vor Ende der Therapie traten diese Verhaltensauffälligkeiten wieder vermehrt auf. Einige Patienten waren erneut uneinsichtig in Bezug zu ihrem Fehlverhalten, sie provozierten ihre Mitpatienten oder es traten wieder vermehrt Konflikte auf. Am auffälligsten war jedoch, dass einige kurz vor Therapieende mit illegalen Drogen oder Alkohol rückfällig wurden.

Auch Doris Simonsen (1990), die einen Bericht über ihre Tätigkeit als Gruppentherapeutin in einer Einrichtung für Alkohol- und Medikamentenabhängige geschrieben hat, sind Verhaltensrückfälle in den letzten Wochen der Therapie aufgefallen (S.79).

Zu Beginn konnte ich nicht verstehen, wie sie kurz vor Ende der Therapie das neu erlernte und reflektierte Verhalten wieder zum alten Verhalten umlenken konnten und die Therapie abbrachen, um wieder in ihr altes bekanntes Umfeld zurückzugehen.

Die oben beschriebene Kasuistik soll darstellen, wieso mir dieses Thema aufgefallen und

2 Kasuistik

für wichtig erachtet wurde. Der beschriebene Patient kam beide Male mit dem Wunsch der Verhaltensänderung in die Fachklinik Wendepunkt. Bei der ersten Therapie schaffte er es schon in den ersten Wochen nicht, sein Verhalten angemessen zu verändern und musste disziplinarisch entlassen werden. Beim zweiten Aufenthalt in der Fachklinik gelang ihm eine Verhaltensänderung und das Team sprach ihm eine positive Prognose aus, doch kurz vor Ende der Therapie, kam es zu einem Verhaltensrückfall und der Patient musste erneut entlassen werden.

Die biografische Anamnese des oben beschriebenen Patienten hat gezeigt, dass dieser Mensch schon häufig in seinem Leben Abschied nehmen musste und diese Abschiede durch sein Drehtürverhalten und mehreren Haftaufenthalten meist unerwartet kamen. Der Patient musste schon früh Abschied von seiner alten Heimat nehmen und konnte dies nur kompensieren, indem er in Deutschland Kontakt zu Gleichgesinnten suchte. Durch sein kriminelles und dissoziales Verhalten entfernte er sich von der Gesellschaft und eine Integration fand nicht statt.

Zum Zeitpunkt seiner zweiten Entlassung war auch bei mir das Thema Abschied von Therapie gegeben. Der Wendepunkt wurde nicht mehr genügend belegt und ihm drohte die Schließung. Ich war zu diesem Zeitpunkt nur als Co-Therapeutin vor Ort und mir wurde innerhalb von einer Woche der Wechsel in eine Substitutionsambulanz nahegelegt. Die Möglichkeit mich von der Therapieeinrichtung, den Patienten und Mitarbeitern in einem angemessenen Maße verabschieden zu können, wurde mir teilweise verwehrt. So kam der Abschied der Therapie für mich sehr plötzlich und ich spürte, wie sehr dieses Thema meine Aufmerksamkeit einnahm. Da ich nicht die Möglichkeit hatte, über den Abschied selbst zu entscheiden, glich er einem Therapieabbruch, der unvorhersehbar und überraschend kam.

Da der beschriebene Patient zu diesem Zeitpunkt kurz vor Ende seiner Therapie stand, habe ich überlegt, ob es einen Zusammenhang zwischen dem bevorstehenden Abschied und dem Verhaltensrückfall geben kann. Diese Beobachtungen machte ich auch bei anderen Patienten und aufgrund meines eigenen Abschieds von der Fachklinik Wendepunkt, bekam das Thema Abschied für mich eine größere persönliche Bedeutung.

Die Theorie besteht nun darin, dass Patienten mit dem Abschied so umgehen, wie sie es in ihrem Leben bisher gemacht haben. Es wird davon ausgegangen, dass sie Abschiede

2 Kasuistik

nicht geplant, sondern abrupt durchgeführt haben. Ein geplanter Abschied, wie der Abschied von der Therapie ist demnach gegebenenfalls schwerer zu verkraften bzw. eine neue Erfahrung, mit der nicht alle gleichermaßen positiv umgehen können.

Mit dem Einbezug der Schematherapie wird also in dieser Arbeit eine qualitative Studie von Menschen mit einer Substanzabhängigkeit ausgewertet. Anhand dieser Studie wird versucht herauszufinden, wie diese Menschen mit ihren Abschieden bisher umgegangen sind und wie die Therapie sie auf den Abschied von der Therapie vorbereiten kann.

3 Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen

Stationäre und ambulante Therapien für drogenabhängige Menschen dienen der Wiederherstellung einer selbstständigen Lebensführung ohne Drogen. Im stationären Setting ist die Intensität der Behandlung höher als bei der ambulanten Therapie. Im Rahmen der stationären Therapie erfolgt die Behandlung mithilfe eines Behandlungsteams bestehend aus Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegern, Bewegungs-, Arbeits-, Ergo-, Kunst- und Musiktherapeuten und Sozialarbeitern, während in der ambulanten Therapie meist ein einzelner Therapeut in die Behandlung des Patienten involviert ist. Des Weiteren werden bei der stationären Therapie Gruppenbehandlungen durchgeführt, mit denen gleichzeitig ein Zusammenleben in der Gemeinschaft stattfindet (Reusch & Valente 2015, S. 15f.).

Durch die hohe Handlungsfrequenz innerhalb der stationären Therapie ist eine therapeutische Beziehung leichter zu realisieren. Der Therapeut ist über mehrere Stunden vor Ort verfügbar und kann daher schneller, sicherer und strukturierter bei emotionalen Krisen Hilfe leisten. Auch wenn der Einzeltherapeut selbst nicht zur Verfügung steht, so ist mindestens ein Mitarbeiter aus dem oben aufgezählten professionellen Team als kompetenter und fürsorglicher Ansprechpartner für den Patienten anwesend. Diese dauerhafte Anwesenheit eines professionellen Helfers bietet dem Patienten das Gefühl von Sicherheit (Reusch & Valente 2015, S. 17). Auf die Bedeutung von Sicherheit wird in dieser Thesis noch genauer eingegangen.

Des Weiteren bietet die stationäre Therapie eine räumliche Trennung und Distanzierung von der alten sozialen Umgebung, welches die Symptomatik verstärkt oder aufrechterhalten hat (Reusch & Valente 2015, S. 15).

Im Kapitel 4.3 „Maladaptive Bewältigungsmodi“ wird erläutert, welche Arten von Bewältigungsstrategien entwickelt werden, wenn in der Kindheit negative Erfahrungen gemacht werden. Eins sei dem jedoch in diesem Kapitel schon vorweggenommen: Der Patient erhält in einer stationären Therapie die benötigte engmaschige und aktive Unterstützung beim Erlernen alternativer Bewältigungsformen. Dies beinhaltet Notfallstrategien zur Stressregulation, eine gesunde Form der Selbstberuhigung und eine akzeptierende und annehmende Haltung gegenüber aversiven Emotionen (Reusch & Valente 2015, S. 18).

3 Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen

Im Folgenden werden weitere Vor- und Nachteile einer stationären Therapie kurz dargestellt.

Vorteile sind die bereits erwähnte Befreiung aus der aversiven Lebenssituation und dem pathogenen Milieu. Durch diese Gegebenheit kann außerdem eine Lebensbilanz und Lebensplanung aus der Distanz vollzogen werden. Aufbau erwünschter und Kontrolle über unerwünschte Verhaltensweisen, sowie die Erfahrung, emotionale Situationen oder auch Langeweile ohne Substanzkonsum ertragen zu können. Die eben genannte Möglichkeit, Krisen unmittelbar aufzufangen. Es besteht im stationären Setting zudem die Möglichkeit die Patienten in den verschiedenen Lebenslagen detaillierter zu beobachten und auf die maladaptiven Schemata, die in dieser Thesis noch genau beschrieben werden, und auch auf die Ressourcen einzugehen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Gemeinschaft mit Gleichgesinnten zu erleben. Das Gefühl, nicht alleine mit diesen Problemen zu sein und durch die Problemlösungsstrategien von anderen auch eigene entwickeln zu können, ist ein wesentlicher Bestandteil stationärer Therapie (Aichmüller & Soyka 2013, S. 22 & Bühringer 2004, S. 40).

Nachteile sind zum einen die begrenzte und meist im Vorfeld vereinbarte Länge des Aufenthaltes, durch das Prozesse teilweise unterbrochen oder abgebrochen werden, bzw. auf ein Minimum gekürzt werden müssen. Außerdem wird von Patienten häufig der geschützte Rahmen und die damit verbundene geringe Erprobungserfahrung im eigenen Milieu kritisiert.

Laut Bühringer (2004) muss bei der stationären Behandlung von substanzabhängigen Menschen auf drei wesentliche Aspekte eingegangen werden:

„(1) die Einsicht in das Störungsbild und die Notwendigkeit einer Lebensstilveränderung, (2) die Motivation in Hinblick auf Änderung des Verhaltens und (3) die Kompetenzförderung, um die Zielsetzung umsetzen und Rückfälle vermeiden zu können“ (S. 41).

Diese Umsetzung erfolgt in stationären Therapien durch die Integration mehrerer psychotherapeutischen Methoden oder Schulen (Aichmüller & Soyka 2013, S. 22).

3 Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen

3.1 Zusammenhänge zwischen Abschiednehmen und Therapie

Schon der erste Schritt in eine Therapie ist verbunden mit Abschiednehmen. Abschied vom Suchtmittel, „einem meist langjährigen Begleiter der Süchtigen in allen Lebenslagen“ (Lehner und Sirch 1998, S. 38).

Lindner (1991) geht davon aus, dass es bei der Abschiedstrauer des Süchtigen nicht

„um das verlorene Objekt gehen kann, sondern um einen diffusen, unerträglichen Schmerz, der nicht das Ende einer Beziehung zu einem anderen Menschen, sondern einen Teilverlust des Selbst meint“ (S.183f.).

Yablonsky (1990) vergleicht den Abschied vom Suchtmittel mit dem Verlust eines wirklichen Freundes, auf den man sich in schwierigen Zeiten verlassen konnte (S. 154).

Des Weiteren bedeutet Therapie Abschied von alten Verhaltensweisen und Lebensbewältigungsstrategien, die, wie im Kapitel 4. „Schematherapie“ beschrieben, schon in der Kindheit und Adoleszenz gelernt und verinnerlicht werden und meist zu dieser Zeit auch überlebenswichtig waren.

Viele abhängige Patienten kommen in die Therapie und lassen dadurch ihr gesamtes soziales Umfeld hinter sich. Denn meist haben sie ihr soziales Umfeld an den Konsum angepasst und dadurch überwiegend andere Konsumenten in ihrem nahen Umfeld (Lehner & Sirch 1998, S. 49). Durch die konsumierenden Bekannten sind sie besonders gefährdet rückfällig zu werden, so dass sie auch von diesen Bekannten Abschied nehmen müssen. Das Suchtmittel wurde in der Vergangenheit auch dazu eingesetzt, sich nicht verabschieden zu müssen, bzw. die damit verbundenen Gefühle von Trauer und Verlustängsten zu verdrängen (Lehner & Sirch 1998, S. 46).

Für Suchtmittelabhängige ist es ohne die Hilfe und Unterstützung von professionellen Helfern nicht möglich, sich von Situationen, Haltungen, Denkweisen oder Beziehungen zu verabschieden, die tief mit dem eigenen Selbst verbunden sind. Diese Menschen haben solche Abschiede nur mithilfe von Substanzkonsum und somit Verdrängung von negativen Gefühlen, die mit dem Abschied verbunden sind, erlebt. Durch diese Handlung konnte der Trauerprozess nicht durchlebt werden, da die Gefühle vermieden oder weggedrückt wurden (Lehner & Sirch 1998, S. 47).

Abschiede ziehen sich somit durch die gesamte Therapie, bis hin zum Ende, wo es heißt,

3 Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen

Abschied von der Therapie zu nehmen (Lehner & Sirch 1998, S. 38). Durch die durchgeführte qualitative Studie werden in dieser Thesis die erlebten Abschiede innerhalb einer Therapie von Patienten bestätigt und ergänzt.

3.2 Das Ende einer Therapie

„Ein gutes Ende ist genauso wichtig wie ein guter Anfang. Trotzdem wird das Thema Therapieabschluss oft sehr kurz abgehandelt“ (Schwartz & v. Flowers 2015, S.137). Mit diesem Zitat ist die Einleitung für das folgende Kapitel treffend formuliert.

Das Ende einer Therapie sollte gut vorbereitet sein und dem Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, sich von Therapeuten, Mitpatienten und anderen professionellen Helfern verabschieden zu können.

Während der Therapie ist es für den Patienten wichtig, korrigierende Erfahrungen zu machen. So ist auch eine positive Abschiedserfahrung von der Therapie bedeutsam, die bewusst vollzogen werden sollte. Um diese korrigierende Erfahrung machen zu können, muss der Patient während der Behandlung die Fähigkeit „entwickeln, Trennungen durchzustehen, Abschiede zu bewältigen und zu trauern“ (Lehner & Sirch 1998, S. 51). Dadurch wird er befähigt, „ein zufriedenes Leben außerhalb der Therapie neu zu gestalten“ (edg.).

Dennoch gibt es unterschiedliche Arten des Therapieendes. Sie kann zum einen regulär beendet werden. In diesem Fall ist der Zeitpunkt des Endes bereits zu Beginn der Therapie terminiert und nur noch geringe Veränderungen durch beispielsweise einen Verlängerungs- oder Verkürzungsantrag können vorgenommen werden.

Bei dieser Form ist es sowohl dem Behandlungsteam als auch dem Patienten möglich, sich von Beginn an auch auf das Therapieende vorzubereiten.

Doch es kann auch zu Abbrüchen seitens des Patienten oder der Therapeuten kommen. Missachtet der Patient beispielsweise alle Regeln der Therapie, kann der Therapeut entscheiden, die Therapie vorzeitig zu beenden und den Patienten zu entlassen (Lehner & Sirch 1998, S. 51). Bei dieser Form des Abschieds sind laut Schwartz & v. Flores (2015) folgende Bedingungen zu erfüllen:

„1. Es besteht ein triftiger Grund für die Beendigung der Therapie

3 Stationäre Therapien von drogenabhängigen Menschen

2. *Die Gründe für die Beendigung werden gründlich mit dem (...) [Patienten] besprochen*
3. *Der (...) [Patient] wird umfassend über Möglichkeiten der Weiterbehandlung aufgeklärt“ (S. 144).*

Zum anderen ist auch der Patient immer in erster Linie freiwillig in der Therapie und kann diese jederzeit auf eigenen Wunsch beenden. Diese Art von Beendigung ist meist für den Therapeuten schwierig, da Zweifel an der eigenen Arbeit auftreten können und der Prozess mit diesem Patienten bleibt aus Sicht des Therapeuten unverarbeitet (Aurora 2003, S. 11).

Jeder Abbruch ist jedoch individuell zu reflektieren, da sie immer in einem anderen Kontext stattfinden. So ist sicherlich die therapeutische Beziehung, die Therapieerwartung des Patienten aber auch die äußeren Umstände von Patient zu Patient verschieden (Aurora 2003, S. 10f.).

Die reguläre Abschiedsphase hingegen lässt Raum für Gefühle wie Wut und Trauer über Verlusterlebnisse. Sie bietet Platz über die Zukunft mit den zusammenhängenden Ängsten zu sprechen, aber auch um die Stärken und die Kraft zu reflektieren, die durch die Therapie gesammelt wurden, um nun wieder auf eigenen Beinen stehen zu können (Aurora 2003, S. 11). Sie ist gleichzeitig Teil der korrigierenden Erfahrung, die am Ende der Therapie prägend für die Zukunft ist. Ohne diese Abschiedsphase ist die Therapie zwar beendet, aber nicht abgeschlossen und somit wie gerade beschrieben, als Abbruch zu bezeichnen (Rieber-Hunscha 2005, S. 2).

Doris Simonsen bezeichnete schon 1990 die Abschiedsphase als gelungen, „wenn Abgrenzung und Aggression spürbar werden und Trauer über das Ende erlebt und ausgedrückt werden kann“ (S.76).

4 Einführung in die Schematherapie

Die Schematherapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie und beinhaltet neben allen kognitiven und verhaltenstherapeutischen Techniken auch Elemente aus der Tiefenpsychologie, der Bindungstheorie, der Gestalttherapie und emotionsaktivierende Interventionen (Reiss, Vogel & Knörschild 2016, S. 26). Außerdem misst sie der Erforschung der Ursprünge psychischer Probleme in der Kindheit und Adoleszenz, emotiven Techniken, der Therapeut-Patient-Beziehung und den maladaptiven Bewältigungsstilen mehr Bedeutung bei. (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 34).

Die Einführung der Schematherapie im deutschsprachigen Raum wurde durch Heinrich Berbalk in Gang gebracht (Berbalk & Young 2009, S. 646).

Durch die Fallkonzeptualisierung mit Schemamodi weist sie nebenbei noch enge Bezüge zur Transaktionsanalyse oder der Arbeit mit dem inneren Team auf (Jacob & Arntz 2014, S. 3).

Sie geht davon aus, dass Menschen in ihrer Kindheit und Jugend bestimmte Kernbedürfnisse erfüllt bekommen müssen. Diese Kernbedürfnisse werden im Kapitel 5.2.1 „Zusammenhänge zwischen Schematherapie und den Grundbedürfnissen nach Grawe“ beschrieben. Geschieht dies nicht oder nicht ausreichend, entwickeln diese Menschen maladaptive Schemata und maladaptive Bewältigungsmodi, worauf in den nachfolgenden Kapiteln genau eingegangen wird. Aus diesen Vorgängen entwickelt sich ebenso häufig eine psychische Erkrankung. Die Schematherapie versucht mit den Patienten die Kernbedürfnisse, die in der Kindheit und Adoleszenz nicht ausreichend erfüllt wurden, herauszuarbeiten und in der Therapie zu erfüllen. Dies ist das übergeordnete Ziel der Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 34).

Das bedeutet für die Arbeit im therapeutischen Setting, dass zunächst die Symptomatik und problematischen interpersonellen Schemata mit dem biografischen Hintergrund in einem Moduskonzept zusammengefasst und dann mit kognitiven, behavioralen und emotionsfokussierten Techniken die Bewältigungsmodi reduziert werden. Dabei sollten die dysfunktionalen Eltern-Modi geschwächt und die dysfunktionalen Kind-Modi geheilt werden (Jacob & Arntz 2014, S. 4). Die genaue Beschreibung der dysfunktionalen Modi findet sich im Kapitel 4.2 „Maladaptive Bewältigungsmodi“.

4 Einführung in die Schematherapie

Eine große Rolle bei der Behandlung mithilfe der Schematherapie spielt das „limited re-parenting“, was so viel bedeutet wie „begrenzte Nachbeeltern“. Es findet immer wieder ein Rückblick in die Kindheit und Adoleszenz statt und durch diese Biografiearbeit können maladaptive Schemata und Bewältigungsmodi aufgedeckt und durch eine gute therapeutische Bindung aufgelöst bzw. verändert werden (Jacob & Arntz 2014, S. 4).

Schematherapie kann daher bei vielen psychischen Erkrankungen wirksam eingesetzt werden und ist ebenfalls für chronische psychische Störungen wie die Zwangsstörungen oder Substanzabhängigkeit indiziert (Jacob & Arntz 2014, S. 13).

Bei Substanzabhängigkeit sollte bei Beginn der Schematherapie mindestens eine dreimonatige Abstinenzphase vorliegen, so dass sie sich mehr für die Rückfallprävention bei der Behandlung von Substanzmissbrauch bewährt hat (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 34). Diese Vorgabe ist bedeutsam, da unter aktuellem Substanzkonsum der Transfer neuer Erfahrungen in den Alltag verhindert wird und daher die Ausbildung neuer Fertigkeiten im Erwachsenenmodus nicht möglich ist. Außerdem wird das Erleben neuer emotionaler Erfahrungen durch Substanzkonsum, der auch als Vermeidungsstrategie gesehen wird, behindert oder sogar künstlich verändert (Zens & Jacob 2014, S. 51). Des Weiteren stellt die Abhängigkeit einen eigenen Störungsattraktor dar, wobei zunächst durch spezielle suchtspezifische Interventionen eine Nachreifung der Persönlichkeit stattfinden muss (Roediger 2009, S. 253). Inwiefern Substanzkonsum als Vermeidungsstrategie gesehen werden kann, wird im Kapitel 4.3.3 „Vermeidung“ behandelt.

Insgesamt wurde die Effektivität und Effizienz der Schematherapie durch umfassende Wirksamkeitsstudien deutlich belegt (Zens & Jacob 2012, S. 153).

4.1 Maladaptive Schemata

Der Begriff Schema wurde in der Psychologie von zwei Autoren geprägt. Jean Piaget (1937/1974) setzte sich detailliert mit Schemata in unterschiedlichen Stadien der kognitiven Entwicklung des Kindes auseinander. Bartlett (1932) befasste sich mit den Rollen von Schemata beim Lernen neuer Informationen und beim Abrufen von Erinnerungen. Schemata werden in der Kindheit und Adoleszenz angelegt und bleiben ein Leben lang relativ stabil. Die Wissenschaft geht davon aus, dass das Denken, Fühlen und Handeln

4 Einführung in die Schematherapie

mit bestimmten Gehirnvorgängen einhergeht und sich Schemata im Verhalten und in Verknüpfungen zwischen Nervenzellen des Gehirns widerspiegeln und speichern (Roediger 2014, S. 10).

Somit prägen Schemata die Bewertungen einer Situation und damit auch das Verhalten eines Menschen, ohne dass dieser davon Notiz nimmt. Sie entlasten die unbewussten Denkprozesse indem sie wie ein „Autopilot“ funktionieren (Roediger 2014, S. 14f.). Daher können Schemata sehr nützlich im Alltag sein, indem sie Handlungen unbewusst steuern.

Bei der Schematherapie wird jedoch von maladaptiven Schemata ausgegangen, die sich, wie in Kapitel 1 „Einführung in die Schematherapie“ angedeutet, durch dauerhafte Nichterfüllung einzelner oder mehrerer Kernbedürfnisse in der Kindheit und Adoleszenz entwickeln (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 27).

Young, Klosko und Weishaar (2008) definieren maladaptive Schemata folgendermaßen:

- „▶ *ein weitgestrecktes, umfassendes Thema oder Muster*
- ▶ *das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht*
- ▶ *die sich auf den Betreffenden selbst und seine Kontakte zu anderen Menschen beziehen,*
- ▶ *ein Muster, das in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist,*
- ▶ *im Laufe des weiteren Lebens stärker ausgeprägt wurde und stark dysfunktional ist“ (S. 37).*

Diese maladaptiven Schemata erwirbt ein Mensch im Leben und sie stellen ein übergeordnetes Lebensthema oder Lebensmuster dar, an das der Mensch sein Verhalten anpasst und sich kontinuierlich weiterentwickelt (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 27).

Ein Schema ist demnach ein Konglomerat aus Erinnerungen, Gefühlen, Gedanken und Körperwahrnehmungen und wirkt sich auf das aktuelle Denken, die Gefühle, das Handeln und die Beziehungsaufnahme zu anderen Menschen aus (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 37).

Ist ein Schema einmal entwickelt, kann es nur schwer wieder verändert werden. Es ist vergleichbar mit einer Eigenschaft eines Menschen, die ihn meist ein Leben lang begleitet. Durch Schemata fühlen sich Menschen von Ereignissen angezogen, die ihre Schemata aktivieren (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 37).

4 Einführung in die Schematherapie

Frühe maladaptive Schemata und dysfunktionale Methoden sind häufig die Ursache für chronische Symptome wie beispielsweise Substanzgebrauch (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 37).

Im Folgenden werden die 18 Schemata, die Young entwickelt hat, kurz skizziert. Diese lassen sich in fünf ähnliche „Domänen“ untergliedern, die anhand der nicht erfüllten Kernbedürfnisse gebildet wurden. Um dies übersichtlich darstellen zu können, wird Tabelle 1 erstellt, die sich an der Tabelle von J. Young (2008) orientiert.

Schemadomänen	Bedürfnisse	Schemata
Abgetrenntheit und Ablehnung → entsteht durch Frustration des Bedürfnisses	Sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	<p>Verlassenheit/Instabilität: Bezugspersonen als nicht dauerhaft fürsorglich, schützend und liebend erlebt</p> <p>Misstrauen/Missbrauch: psychische, physische oder sexuelle Erfahrungen in der Kindheit. Umwelt als gefährlich, unberechenbar und misshandelnd erlebt</p> <p>Emotionale Entbehrung: fehlende Empathie, Fürsorge und Liebe wodurch ein nie zu stillendes Bedürfnis nach Liebe und Zuneigung im Erwachsenenalter resultiert.</p> <p>Unzulänglichkeit/Scham: von Bezugsperson vermitteltes Gefühl sich als minderwertig, unterlegen und nicht liebenswert zu erleben.</p> <p>Soziale Isolierung/Entfremdung: Nichtzugehörigkeitsgefühl, tiefe Isolation in Bezug auf Mitmenschen</p>
Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung → entsteht durch Frustration des Kontroll- und Sicherheitsbedürfnisses der Umwelt gegenüber	Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	<p>Abhängigkeit/Inkompetenz: durch Bezugsperson emotional oder in Realität abhängig gehalten und daraus resultiert das Gefühl nichts ohne fremde Hilfe schaffen zu können.</p> <p>Verletzbarkeit: durch überängstliche, protektive und kontrollierende Bezugsperson die Furcht entwickelt, dass jederzeit ein schlimmes Unheil passieren könnte.</p> <p>Verstrickung/Unentwickeltes Selbst: Verschmelzungsgefühl mit Bezugsperson, da diese bei Autonomiebestrebungen mit dem Erzeugen von Schuldgefühlen reagiert hat.</p> <p>Unzulänglichkeit/Versagen: die Bezugsperson ist wenig motivierend und unterstützend wodurch das Gefühl entsteht, nicht erfolgreich sein zu können.</p>

4 Einführung in die Schematherapie

<p>Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen → Mangel an Grenzsetzung und infolgedessen Mangel an zu geringer Selbstkontrolle</p>	<p>Realistische Grenzen und Selbstkontrolle</p>	<p>Anspruchshaltung/Grandiosität: durch fehlende Grenzsetzung in der Kindheit das Gefühl entwickelt, anderen immer überlegen zu sein und besondere Rechte zu haben. Dabei geht es primär um Macht und Kontrolle. Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin: meist keine ausreichende Grenzsetzung erfahren und dadurch wenig Durchhaltevermögen bei eigenen Zielen entwickelt.</p>
<p>Fremdbezogenheit → führt zu einer Frustration des Bedürfnisses</p>	<p>Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen: Selbstwerterhöhung</p>	<p>Unterwerfung: durch strenge, kontrollierende und strafende Bezugsperson eigenen Bedürfnisse immer zurückstellen und anderen Menschen Entscheidungen und Meinungen etc. überlassen. Selbstaufopferung: durch schwache Bezugsperson entstand eine Parentifizierung und eine ausgeprägte Sensitivität für das Leiden anderer wodurch die eigenen Bedürfnisse zurückgestellt werden, um das Gefühl von Egoismus zu vermeiden. Streben nach Zustimmung und Anerkennung: durch verhaltensabhängige Belohnung der Bezugsperson hängt das Selbstbewusstsein stark von Reaktionen der anderen ab.</p>
<p>Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit → führt zu einer Unterdrückung des Bedürfnisses</p>	<p>Spontanität und Spiel</p>	<p>Negativität/Pessimismus: hat die Bezugsperson durch überängstlicher und katastrophisierender Weise ein negatives Klima geschaffen, liegt der Fokus auf allen negativen Dingen, Katastrophen und Schwierigkeiten im Leben. Emotionale Gehemmtheit: durch kalte und gefühllose Bezugsperson, die Gefühlsausdrücke abgewertet oder bestraft hat, fällt es aus Angst vor Scham und Missbilligung schwer Gefühle und Bedürfnisse offen zu zeigen Unerbittliche Ansprüche: haben Bezugsperson übermäßig hohe Ansprüche gestellt, liegt eine Neigung zum Perfektionismus vor. Ein unermüdliches Bestreben den eigenen überhöhten Standards gerecht zu werden und keine Fehler zu machen. Strafneigung: durch strafende Bezugsperson sind auch später Fehler nicht erlaubt und müssen hart bestraft werden.</p>

Tabelle 1: Schemadomänen und Schemata mit Entstehungsmöglichkeiten (vgl. Reiss, Vogel & Knörschild 2016, S. 27-29 und Young 2008)

4.2 Schemamodi

Das Konzept der Schemamodi ist erst entstanden, als das Konzept der Schematherapie bei Patienten mit schweren Störungen angewendet werden sollte. Dennoch wird es heutzutage bei vielen Patienten auch mit besserer Funktionsfähigkeit angewandt. Es handelt sich hierbei häufig um Dialoge zwischen den im Anschluss aufgeführten Modi. Die Modi bekommen jeweils Namen, dies hilft den Patienten, ihn zu externalisieren und ihn ich-dystonisch werden zu lassen (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 339f.).

Es wurden von Young et al. (2008) vier Hauptarten von Schemamodi identifiziert:

Kind-Modi, der in drei maladaptive und einem adaptiven Modi unterteilt wurde, maladaptive Bewältigungsmodi, die den drei allgemeinen verhaltenstherapeutischen Bewältigungsstrategien zugeordnet werden, der dysfunktionale Eltern-Modi, der in zwei maladaptive Modi unterteilt wurde und der gesunde Erwachsenen-Modus (S. 340ff.).

Nachdem in diesem Kapitel die Kind-Modi, dysfunktionalen Eltern-Modi und der gesunde Erwachsenen-Modus kurz beschrieben werden, wird den maladaptiven Bewältigungsmodi ein gesondertes Kapitel gewidmet. Im Anschluss daran werden im Kapitel 4.4 „Mögliche maladaptive Schemata und Modi von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung“ alle Schemata und Modi mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in Verbindung gebracht.

Insgesamt ist zu Modi zu sagen, dass sie auch als „Selbstanteil“ eines jeden Menschen bezeichnet werden können. Es sind zu einem bestimmten Zeitpunkt vorherrschende Affektzustände und damit ein Anteil der gesamten Persönlichkeit. Dieser steht zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund und dominiert damit die Gedanken, Gefühle, das Verhalten und die Körperwahrnehmung (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 30).

Die dysfunktionalen Modi sind demnach dysfunktionale Verhaltensweisen, die in der Kindheit und Jugend funktional und häufig überlebenswichtig gewesen sind und sich in Reaktion auf ein Schema entwickelt haben (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 36).

Kind-Modi

Wie oben erwähnt, lässt sich der Kind-Modus in drei dysfunktionale und einen funktionalen Modus unterteilen. Young et al. (2008) gehen davon aus, dass all diese Modi angeboren sind und jeder Mensch grundsätzlich die Fähigkeit hat, diese auszudrücken. Der

4 Einführung in die Schematherapie

Unterschied der Intensität dieser Modi entsteht erst durch die Förderung oder Unterdrückung dieser Modi (S. 342). Die Gefühle Minderwertigkeit, Traurigkeit, Schwäche oder intensivem Ärgers, Zorn oder Wut werden den Kind-Modi zugeordnet. Wenn ein Mensch diese Gefühle im Erwachsenenalter hat, fühlt er sich meist wie ein Kind (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 13).

Diese dysfunktionalen Kind-Modi treten demnach im Erwachsenenalter dann auf, wenn die Menschen sich in der aktuellen Situation intensive, negative, belastende, überwältigende Gefühle ausgesetzt fühlen, die dieser Situation nicht angemessen sind. Weitere Gefühle, die diesen Modus auslösen, können sein: Angst, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Verlorenheit. In einem der Kind-Modi ist es typisch, dass Menschen ihre Gefühle und auch Reaktionen auf die Umwelt nur schwer kontrollieren können. Patienten, die sich in einer Behandlung in einem Kind-Modus befinden, sagen häufig, dass sie sich wie ein Kind fühlen und können dieser Aussage meist auch eine Altersangabe hinzufügen (Jacob & Arntz 2014, S. 8).

Modus des verletzbaren Kindes

Menschen, die sich in diesem Modus befinden, haben häufig ein intensives, subjektiv nicht beherrschbares und oft als bedrohlich empfundenen Gefühl von Verletzlichkeit, Verlassenheit, Traurigkeit oder Hilflosigkeit. Dadurch wirken sie verängstigt, traurig, überwältigt oder hilflos und fallen durch Weinen, Rückzug und eine in sich zusammen gesunkene Körperhaltung auf (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 31 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 342).

Menschen, die sich häufig in diesem Kind-Modus befinden, können sich im Erwachsenenalter selbst in Gesellschaft anderer einsam und verlassen fühlen. Dies tritt auf, wenn sie zum Beispiel in ihrer Kindheit von einer wichtigen Bezugsperson verlassen wurden. Außerdem können sie sich ausgeschlossen fühlen, wenn sie in ihrer Kindheit beispielsweise häufig umgezogen sind und dadurch nie ein Zugehörigkeitsgefühl erleben konnten. Sie erleben ein großes Gefühl von Misstrauen und ständiger Bedrohung, wenn sie in ihrer Kindheit ein bedeutsames Erlebnis mit einer wahrhaftigen Bedrohung durchlebt haben. Sind sie in ihrer Kindheit Opfer von demütigenden Behandlungen gewesen, werden sie selbst im Erwachsenenalter das Gefühl haben, es nicht wert zu sein, geliebt zu werden (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 22).

4 Einführung in die Schematherapie

Die meisten der oben aufgeführten 18 Schemata sind dem verletzbaren Kind zuzuordnen, daher sehen Young et al. (2008) ihn für die Schemaarbeit als zentral an und das oberste Ziel ist die Heilung dieses Modus (S. 342).

Modus des ärgerlichen/wütenden Kindes

Die Patienten in diesem Modus haben in dieser Situation ein Gefühl von nicht oder nur schwer zu beherrschendem Ärger, Wut, Frustration und Trotz. Wenn sie sich ungerecht behandelt fühlen und sie merken, dass ihre Bedürfnisse nicht erfüllt werden, reagieren sie sofort mit erkennbarem Ärger, der durch Aufspringen, Schreien und Brüllen gekennzeichnet ist oder sie entwickeln Gewaltphantasien und dementsprechende Handlungsimpulse (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 32 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 342).

Modus des impulsiven/undisziplinierten Kindes

Menschen in diesem Modus gelingt es nicht, ihre Bedürfnisse aufzuschieben und nicht unmittelbar und ohne Rücksicht auf Verluste oder auf andere zu erfüllen. Ihre Frustrationstoleranz ist erschwert und Langeweile kann nur ganz schwer ausgehalten werden. Sie handeln impulsiv, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen und sich zu vergnügen und achten dabei weder auf ihre eigenen noch auf die Grenzen anderer. Sie können auch ihre kurzfristige Befriedigung nicht aufschieben, um langfristige Ziele zu erreichen. Sie können verzogen, rücksichtslos, unruhig, ungeduldig oder unbeherrscht wirken (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 32 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 342f.).

Modus des glücklichen Kindes

Wenn zu einem Zeitpunkt alle Kernbedürfnisse erfüllt sind und sich der Betroffene unbeschwert fühlt, befindet er sich im Modus des glücklichen Kindes. In welcher Situation alle Bedürfnisse erfüllt sind, ist für jeden Menschen individuell, es kann beispielsweise in einer eher albernen oder ganz verträumten Situation der Fall sein. In diesem Modus sind keine frühen maladaptiven Schemata aktiviert, da alle Bedürfnisse adäquat erfüllt sind und der Mensch sich geliebt und zufriedengestellt fühlt (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 41f. & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 343).

4 Einführung in die Schematherapie

Eltern-Modi

Auch dieser Modus lässt sich in weitere Modi unterteilen und beinhaltet zwei maladaptive und einen adaptiven Modus. Es sind früh im Leben des Patienten entstandene Internalisierungen von Elternfiguren. Hierbei ist besonders wichtig zu betonen, dass es sich um Elternfiguren und nicht unbedingt um die Eltern an sich handelt. Es kann auch von den Eltern mitgegeben werden, doch ebenso sind Lehrer, Verwandte oder andere Vorbilder zu berücksichtigen (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 43f.). Befindet sich ein Mensch in einem dieser Modi behandelt er sich selbst auf die Art und Weise, wie es in seiner Kindheit und Adoleszenz der betreffende Elternteil bzw. die betreffende Bezugsperson getan hat (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 345).

Die dysfunktionalen Eltern-Modi werden wie die dysfunktionalen Kind-Modi durch negative Gefühle ausgelöst. Bei den Eltern-Modi sind es Gefühle von Selbsthass, Selbstvorwürfen und extrem übertriebene Anforderungen an sich selbst (Jacob & Arntz 2014, S. 8).

Modus des fordernden Elternteils

Befinden sich Menschen in diesem Modus, wird ihnen eine internalisierte Stimme einer oder mehrerer Bezugspersonen wieder in überfordernde moralische oder leistungsbezogene Situationen bringen, die sie unter Druck setzen. Sie setzen sich selbst sehr hohe Maßstäbe und treiben sich dann dazu an, diese zu erfüllen. Der fordernde Elternteil erwartet zwar viel, aber straft nicht unbedingt, doch das Kind spürt seine Enttäuschung und schämt sich deshalb. Daraus entsteht das Gefühl ein Versager zu sein. Dieser Modus entwickelt sich bei fordernden Eltern oder auch Trainern, wie Klavierlehrer oder Leistungssporttrainer. Wird eine Leistung immer wieder belohnt und kommt es zu einer Art Liebesentzug, wenn keine guten Leistungen erbracht werden, so wird dies internalisiert (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 54).

In der Behandlung fallen sie durch eine angespannte Körperhaltung, wenig Ruhezeiten und durch zu hohe Ansprüche an sich selbst auf (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 33 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 346).

Erwachsene in diesem Modus wirken zudem häufig aufopfernd und stecken oftmals ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten anderer zurück bzw. unterdrücken diese, da sonst Schuld-

4 Einführung in die Schematherapie

gefühle auftreten. Diese Verhaltensweisen treten auf, wenn sich der fordernde Eltern-Modus durch Parentifizierung entwickelt. Das bedeutet, ein Kind musste sehr früh die Rolle des Erwachsenen einnehmen, um diesem zu helfen und hat so sehr früh gelernt, auf die Bedürfnisse des anderen einzugehen und sich für das Wohlergehen anderer mehr verantwortlich zu fühlen als für das eigene (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 59).

Modus des strafenden Elternteils

Dieser Modus entsteht durch eine strafende, demütigende oder auch schuldzuweisende Bezugsperson, die das Kind immer wieder kritisiert oder es daran hindert, seine eigenen Bedürfnisse auszudrücken und Fehler zu machen. Häufig geht dies einher mit emotionalem, körperlichem oder sexuellem Missbrauch in der Biografie (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 60). Menschen in diesem Modus werten sich stark selbst ab und gehen hart, unversöhnlich und geprägt durch Selbsthass mit sich um. In der Behandlung sind sie meist mit gesenktem Kopf, vermeiden den Blickkontakt und bestrafen sich selbst oft durch selbstschädigendes Verhalten (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 34 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 345f.).

Der gesunde Erwachsenenmodus

Jeder Mensch besitzt diesen funktionalen Modus, wenn auch sehr stark unterschiedlich ausgeprägt. Bei manchen ist er extrem unterentwickelt, so dass die Hauptaufgabe der Schematherapie darin besteht, ihn massiv zu verstärken. Dieser Modus sorgt beim erwachsenen Menschen dafür, dass die grundlegenden Bedürfnisse des Kindes gestillt werden. Befindet sich ein Mensch in diesem Modus, ist er in Gedanken und Gefühlen flexibel und kann aus verschiedenen Verhaltensweisen frei wählen. Das bedeutet, im Modus des gesunden Erwachsenen können die Menschen Situationen, Beziehungen und Gefühle angemessen erleben und einschätzen (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 92). Er ist fähig, Empathie für andere zu empfinden und Selbstfürsorge für sein verletzbares Kind auszuüben. Er besitzt die Fähigkeit, eigene Rechte durchzusetzen und seine Grenzen zu verteidigen, aber dabei auch die Grenzen und Rechte anderer zu respektieren (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 41 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 346).

4.3 Maladaptive Bewältigungsmodi

Maladaptive Bewältigungsmodi werden entwickelt, wenn Kinder und Jugendliche belastende Situationen erleben und gleichzeitig keine Bewältigungsstrategien durch eine gelungene Bezugsperson erlernen können. Das bedeutet, sie haben nicht die Möglichkeit durch Modelllernen funktionale und adaptive Bewältigungsstrategien einzuüben und entwickeln daher eigenständig Bewältigungsstrategien, die in den damaligen Situationen funktional und oft auch überlebensnotwendig waren. Im Erwachsenenalter sind diese Bewältigungsstrategien jedoch nicht mehr funktional und werden zu maladaptiven Bewältigungsmodi. Sie haben aber weiterhin die Aufgabe, den Menschen in seinem verletzbaren Kind-Modus zu schützen. Je ausgeprägter die Not in den Kindheitserlebnissen war, desto ausgeprägter sind die maladaptiven Bewältigungsmodi im Erwachsenenalter (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 34).

Durch die Bewältigungsmodi werden eine emotionale Verarbeitung und ein tiefergehender Kontakt zu Bezugspersonen verhindert. Dies war in der damaligen Situation hilfreich, ist aber im neuen Kontaktaufbau zu Partnern, Freunden oder Therapeuten eher hemmend und schädigend (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 35).

Wie in Kapitel 4.2 „Schemamodi“ bereits erwähnt, werden die Bewältigungsmodi den drei allgemeinen verhaltenstherapeutischen Bewältigungsstrategien zugeordnet. Wobei es in der Schematherapie darum geht, wie der Patient in bestimmten Situationen mit den hervorgerufenen maladaptiven Schemata umgeht. In Tabelle 2 wird dies veranschaulicht. Der jeweiligen Bewältigungsstrategie werden wiederum weitere Bewältigungsmodi zugeordnet, die im Weiteren erörtert werden.

Verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien	Maladaptive Bewältigungsmodi	Umgang mit Schemata
Fight = Angriff	Überkompensation	Das Gegenteil dessen tun, was dem eigentlichen Schema entsprechen würde
Flight = Flucht	Erduldung/ Unterwerfung	Den maladaptiven Schemata nachgeben
Freeze = Erstarren	Vermeidung	Menschen oder Situationen meiden, die die eigenen Schemata auslösen würden

Tabelle 2: Übersicht über die Eingliederung der Modi in verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien (vgl. Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 340 & Jacob & Arntz 2013, S. 35)

4 Einführung in die Schematherapie

4.3.1 Überkompensation

Menschen in diesem Modus handeln, als ob das Gegenteil des Schemas zutreffen würde. Das bedeutet zum Beispiel, dass sie versuchen dem anderen vollkommen überlegen zu wirken, wenn sie sich minderwertig fühlen oder andere beschuldigen, wenn sie sich selbst schuldig fühlen (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 344f.).

Reiss et al. (2016) haben diesen Bewältigungsmodus in weitere Modi unterteilt:

Modus des narzisstischen Selbstüberhöbers

Menschen in diesem Modus versuchen andere zu dominieren, um sich vor vermeintlichen oder tatsächlichen Verletzungen zu schützen. Sie werten das Gegenüber ab oder Überhören ihre eigene Person. Im Kontakt fällt dies durch spöttisches oder abwertendes Lächeln, Augenrollen oder ausladende Gestik, wie verschränkte Arme, auf (S. 38).

Modus des schikanierenden Angreifers

Menschen geraten in diesen Modus, wenn sie eine akute drohende Gewalt wahrnehmen, die sie vermeintlich nur durch „Ausschalten“ des Gegenübers verhindern können. Sie drohen in diesem Modus dem Gegenüber mit physischer oder verbaler Gewalt, so dass sich das Gegenüber tatsächlich bedroht fühlt (S. 38f.).

Modus des betrügenden Manipulierens

In diesem Modus tricksen, betrügen, belügen oder manipulieren die Menschen, um bestimmte Bedürfnisse erfüllt zu bekommen. Dies tun sie oft auf charmante und gerissene Art und Weise, indem sie beispielsweise charmant dabei lächeln, dem Gegenüber nach dem Mund reden oder zuzwinkern. Dabei haben sie ein Gefühl von Überlegenheit und Macht bis hin zu freudiger Erregtheit (S. 39).

Modus des kaltblütigen Kämpfers

Aus diesem Modus heraus schädigen Menschen ihr Gegenüber kalt und skrupellos um ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen und zu erfüllen. Menschen in diesem Modus empfinden meist gar nichts oder sadistische Freude darüber, dem Gegenüber Qualen zuzufügen (S. 40).

4 Einführung in die Schematherapie

Modus des übermäßigen Kontrollierers

In diesem Modus versuchen Menschen andere Menschen ganz genau zu beobachten, um sie dadurch kontrollieren zu können. Sie sind misstrauisch und immer auf der Hut, wodurch sie wachsam und vorsichtig im Kontaktaufbau sind (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 40).

4.3.2 Erduldung/Unterwerfung

Menschen in diesem Modus verhalten sich so, als seien die Botschaften der dysfunktionalen Eltern- und Kind-Modi vollkommen wahr und als gäbe es dazu keine Alternative außer der Unterwerfung (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 67).

Sie wirken passiv und abhängig. Sie tun alles, was andere Menschen von ihnen verlangen bzw. von ihnen wünschen. Sie sind gehorsam und lassen manchmal zu, dass andere sie schlecht behandeln, herumkommandieren oder vernachlässigen, um den Kontakt aufrecht zu erhalten (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 343).

Reiss et al. (2016) haben diesem Modus folgenden Namen und Beschreibung gegeben.

Modus des bereitwilligen Erduldens

In diesem Modus sind die eigenen Bedürfnisse des Menschen untergeordnet, er gilt als „Ja-Sager“ und Mitläufer. In Beziehungen werden Menschen, die sich häufig in diesem Modus befinden oft ausgenutzt und sind dem hilflos ausgeliefert. Sie sind sehr angepasst und äußern nie Widerspruch (S. 35f.).

4.3.3 Vermeidung

Menschen in Vermeidungsmodi verschließen sich anderen gegenüber meist emotional, um sich selbst zu schützen. Verhaltensauffälligkeiten sind

„sozialer Rückzug, übertriebenes Streben nach Unabhängigkeit, suchtartige Selbstberuhigungsaktivitäten, Phantasieren, zwanghafte Ablenkung und Suche nach immer neuer sensorischer Stimulation“ (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 343f.).

4 Einführung in die Schematherapie

Von Vermeidung spricht man also immer dann, wenn die Betroffenen gezielt Dinge tun, die von ihren emotionalen negativen Gefühlen der Eltern- und Kind-Modi ablenken (Jacob, van Genderen & Seebauer 2011, S. 68).

Modus des distanzierten Beschützers

In diesem Modus fühlen sich die Menschen häufig leer und gelangweilt. Sie bilden eine „unsichtbare Mauer“ wodurch sie keinen Kontakt zu anderen aufbauen können und ihre Gefühle wie abgestellt sind. Menschen, die diesen Modus aufbauen, waren häufig in einer traumatisierenden Umgebung gefangen, in der es gut war, sich gefühlsmäßig zu distanzieren, um das Leiden nicht zu spüren. Dabei wird häufig Hilfe anderer zurückgewiesen und durch Schulterzucken und unverbindliches Lächeln das Gefühl vermittelt, es sei ihnen alles egal (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 36 & Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 344).

Modus des distanzierten Selbstberuhigers

Dieser Modus ist eine Variante des *distanzierten Beschützers* in dem die Menschen sich als unangenehm aufgeregt empfinden oder durch schmerzhaft Gefühle aus Kind- und Eltern-Modi heraus belastet fühlen. Durch die Einnahme von Medikamenten, Drogen, übermäßigen Essen oder Kaufen oder durch das Spielen von PC-Spielen versuchen sie sich selbst zu beruhigen (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 36f.)

Modus des distanzierten Selbststimulierers

Dieser Modus ist ebenfalls eine Variante des *distanzierten Beschützers*. Dieser Modus ist gekennzeichnet durch die Einnahme von stimulierenden Substanzen oder anderen risikoreichen Verhaltensweisen, die dem Ziel dienen, sich von schmerzhaft erlebten Zuständen zu entfernen (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 37).

Modus des vermeidenden Beschützers

Menschen, die häufig in diesem Modus sind, vermeiden schwierige Situationen, in dem sie nicht erscheinen oder kurzfristig absagen und dies meist aus banalen Gründen. Das können wichtige Termine beim Amt, Arzt oder ähnliches sein. Durch das Nichterscheinen, vermeiden sie ebenfalls die mit dieser Situation verbundenen schmerzhaften Gefühle und Modi (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 37).

4 Einführung in die Schematherapie

Kommen Überkompensation und Vermeidung gemeinsam vor, reicht es für den Menschen nicht aus, in den Modus des *distanzierten Beschützers* zu gehen, sondern die Gefahr der Verletzung ist so groß, dass sie in Gegenangriff übergehen, welcher sich in verbalen Anfeindungen oder Antworten in zynischer Art und Weise widerspiegelt (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 37).

4.4 Mögliche maladaptive Schemata und Modi von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung

Da für diese Arbeit besonders wichtig ist, welche Schemata und Bewältigungsmodi Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung prägen, wird dies in diesem Kapitel versucht zusammenzutragen. Schematherapie wird, wie im Kapitel 4 „Einführung in die Schematherapie“ bereits erwähnt, ebenfalls bei Patienten mit einer Substanzabhängigkeit angewandt. Dennoch findet sich in der Literatur bisher noch nicht sehr viel zum Zusammenhang zwischen maladaptiven Schemata, Bewältigungsmodi und einer Abhängigkeitserkrankung. Deutlich wird jedoch, dass Menschen, die den Bewältigungsmodus *distanzierter Beschützer* ausgeprägt haben, zwei Unterformen diesen Modus entwickeln können, die ebenso wie der *distanzierte Beschützer* selbst zu suchtartigem Verhalten führen können.

Die in Kapitel 4.3 „Maladaptive Bewältigungsmodi“ erwähnten Varianten des *distanzierten Selbstberuhigers* und *distanzierten Selbststimulierers* sind zwei Bewältigungsmodi, die mit einer Abhängigkeitserkrankung gepaart werden können. Bei der ersten Variante versucht der Patient seine unangenehmen und schmerzhaft empfundenen Gefühle in einer Situation durch die Einnahme von Substanzen zu unterdrücken und eine aktive Ablenkung von Symptomen zu erzielen. Durch die stimulierende Wirkung von Substanzen gelingt ihm dies auch, so dass die gefundene Bewältigungsstrategie in der Situation als funktional und wirksam erlebt wird (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 36f. & Zens & Jacob 2014, S. 53).

In der Anamnese kann außerdem durch Verhaltensweisen wie Arbeitssucht, Glücksspiel, Extremsport, Promiskuität oder übermäßiges Computerspielen, Fernsehen, Essen oder auch Tagträumen ein selbstberuhigender Bewältigungsmodi diagnostiziert werden (Zens & Jacob 2014, S. 51).

4 Einführung in die Schematherapie

Auch der *distanzierte Selbststimulierer* wird mit seiner Bewältigungsstrategie zunächst in der schmerzhaft erlebten Situation Erfolge erzielen und einen positiven Verstärker erleben. Denn durch die Einnahme von Drogen erhält er einen Kick und auch durch anderes Risikoverhalten erfährt er eine vermehrte Dopaminausschüttung. Menschen in diesem Modus und bei diesen Verhaltensweisen erleben

„ein angenehmes Gefühl der Begeisterung, eine Art Rausch oder Taubheit, das die leidvollen Gefühle abblockt. Auch bemerken sie nicht wie die Zeit vergeht und vergessen vorübergehend ihre Probleme“ (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 37 & Rafaeli, Bernstein & Young 2013, S. 61).

Diese beiden Bewältigungsmodi werden eher aktiv zur Verbesserung und Überlagerung möglicher negativer Gefühle eingesetzt, wohingegen der *distanzierte Beschützer* versucht die Gefühle mithilfe der beschriebenen Verhaltensweisen zu unterdrücken bzw. abzuschalten. Doch eine genaue Zuordnung zum *distanzierten Beschützer* bzw. *distanzierten Selbstberuhigers* ist aufgrund von starken Überschneidungen nur sehr schwer möglich (Zens & Jacob 2014, S. 54).

Young et al. (2008) setzen die in der Tabelle 1 des Kapitels 4.1 „Maladaptive Schemata“ aufgeführten Schemata wie folgt in Verbindung mit einer Abhängigkeitserkrankung: Eine Bewältigungsstrategie bei den Schemata *emotionale Entbehrung, Misstrauen/Missbrauch, Unzulänglichkeit/Scham* ist die Einnahme von dämpfenden Substanzen, wie Alkohol. Auch die Suche nach neuartigen Stimulationen dient dazu, Emotionen nicht zu spüren. Wie in Kapitel 4.3.3 „Vermeidung“ beschrieben, ist ein Anzeichen für den Modus des *distanzierten Beschützers* die verspürte Leere. Menschen mit einer Abhängigkeit versuchen diese Leere durch die eingenommenen Substanz zu füllen (Young, Klosko & Weishaar 2008, S. 348).

Weitere Zusammenhänge können gezogen werden, wenn die verschiedenen maladaptiven Modi hinzugezogen werden. Im Modus des *impulsiven/undisziplinierten Kindes* werden häufig süchtige Verhaltensauffälligkeiten beobachtet. Diese dienen in diesem Modus jedoch der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung und dabei werden langfristige negative Konsequenzen ihres Verhaltens übersehen (Zens & Jacob 2014, S. 54 & S. 217). Auch Reiss et al. (2016) fanden heraus, dass der Modus des *impulsiven* und *undisziplinierten Kindes* besonders häufig bei Suchtpatienten zu finden ist (S. 32).

4 Einführung in die Schematherapie

Im Modus des *wütenden Kindes* können durch süchtige Verhaltensweisen anderen Personen die Frustration und der Ärger demonstriert werden und Sätze ausgedrückt werden wie „mir ist sowieso alles egal“ (Zens & Jacob 2014, S. 54).

Zu guter Letzt können diese Verhaltensweisen auch im Kontext des *strafenden Elternmodus* gezeigt werden. In diesem Fall dienen sie dazu, sich selbst zu schädigen und zu bestrafen (Zens & Jacob 2014, S. 54).

Roediger (2009) geht davon aus, dass bei Patienten mit einer Substanzabhängigkeit in der Regel ein starker innerer Konflikt zwischen einem *Unbefriedigt-bedürftigen* bzw. *Gehemmt-aggressiven Kind-Modus*, dem rigide Fordernde, nach innen gerichtete *Innere-Eltern-Modi* gegenüberstehen besteht. Dies führt zunächst zu einem *Überangepasst-unterordnenden Bewältigungsmodus*. Indem Frustration oder emotionale Belastung zunimmt, geht der Patient in den *distanzierten Selbstberuhiger-Modus* und befriedigt meist exzessiv sein vorher vernachlässigtes Lustbedürfnis (S. 253).

5 Weitere Referenztheorien

Die Schematherapie hat sich, wie in Kapitel 4 „Einführung in die Schematherapie“ beschrieben, aus verschiedenen Therapieformen zusammengesetzt und wurde dadurch zu einer einzigartigen Therapieform, die verschiedene Sichtweisen berücksichtigt. Es können zwei weitere Theorien in Verbindung mit der Schematherapie gebracht werden: Die Bindungstheorie nach Bowlby (1969) und die Theorie der Grundbedürfnisse nach Grawe (1998, 2004). J. Young hat diese beiden in seiner Schematherapie zusammengefügt. Im Folgenden werden diese erläutert und mit der Schematherapie in Verbindung gebracht.

5.1 Bindungstheorie nach Bowlby

Die Bindungstheorie wurde in den 1950er- und 60er Jahren von dem Kinderarzt und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) entwickelt (Hartmann & Urban 2005, S. 7).

Diese Theorie besagt, dass Menschen in der Kindheit geprägt durch ihre Bezugspersonen einen Bindungstyp bzw. ein Bindungsmuster entwickeln, welches den einzelnen Menschen ein ganzes Leben lang begleitet und in zwischenmenschlichen Beziehungen bis ins Erwachsenenalter erkennbar ist (Aronson, Wilson & Akert 2008, S. 334).

Die Bedürftigkeit nach Bindung ist, laut der Bindungstheorie, zunächst eine Funktion, die der Herstellung von Nähe dienen soll (Mentzos 2009, S. 58). In Gefahrensituationen wird diese Bedürftigkeit und somit ein Muster eingeschaltet. Bei dem Gefühl von Sicherheit ist es deaktiviert (Mentzos 2009, S. 58).

„Einer zentralen Annahme der Bindungstheorie zufolge wird das menschliche Bindungsverhalten durch einen im Zentralnervensystem lokalisierbaren Regelkreis gesteuert“ (Bowlby 2008, S. 100).

Dies lässt sich mit der Regulierung physiologischer Kreisläufe, wie beispielsweise des Blutdrucks vergleichen.

„Ähnlich wie bei der physiologischen Homöostase steuert der für das Bindungsverhalten zuständige Regelkreis, über zunehmend verfeinerte Kommunikationsmethoden, die individuelle Nähe bzw. Distanz zur jeweiligen Bindungsfigur und stellt damit eine Art Umwelt-Homöostase her“ (Bowlby 2008, S. 100).

5 Weitere Referenztheorien

Das bedeutet wiederum, dass Bindung eine elementare und eigenständige Motivation ist, die auf einen Sekundärtrieb reduziert werden kann. Unter Sekundärtrieb kann die Suche nach Anerkennung und Sicherheit verstanden werden.

Jeder Mensch strebt nach Bindung, um Unterstützung zu erhalten und auch in widrigen Erlebnissen überleben zu können. Diesem Bestreben folgt jeder Mensch ein Leben lang und in allen zwischenmenschlichen Beziehungen.

Laut Flores (2013) können die eigenständigen Entwicklungsstufen, die die Bereitschaft zu affiliativen – sprich zu wechselseitigen Beziehungen – darstellen, erst erreicht werden, wenn das Selbst vollständig entwickelt ist. Woraus hervorgeht, dass auch im Erwachsenenalter erst eine Beziehung zu anderen möglich ist, wenn der Mensch sein Selbst bereits voll entwickelt hat (S. 37).

In der Bindungstheorie werden Bindungspersonen eine entscheidende Rolle in der Entwicklung des Selbst zugeschrieben. Bindungspersonen sind meist vertraute Menschen, die einer Person Schutz und Sicherheit bieten. Hartmann (2005) spricht von einem „sicheren Hafen“, zu dem sich eine bindungssuchende Person bei Bedrohungen flüchten kann (S. 48). Sie bietet ihr zudem eine sichere Basis von der aus sie sich in der Welt frei bewegen und diese erkunden kann. Bei einer unfreiwilligen Trennung protestiert die bindungsbedürftige Person gegen diese, da sie Kummer und Trennungsschmerz erleidet. Außerdem sucht sie regelmäßig die Nähe der Bindungsperson (Hartmann 2005, S. 48).

Laut der Bindungstheorie beeinflussen Dauer und Stärke frühester Bindungserfahrungen die Fähigkeit eines Menschen, seine Emotionen zu steuern. Dies wird anhand der Bindungsmuster deutlich, die im nachfolgenden Punkt 5.1.1 „Bindungsmuster“ beschrieben werden. Insgesamt hat sich die Brauchbarkeit der Bindungstheorie in vielen Praxisbezügen zu menschlichen Beziehungen bewährt (Lugt 2004, S. 109) und kann wie in dieser Masterthesis aufgeführt in Zusammenhang mit der Schematherapie gesetzt werden.

5.1.1 Bindungsmuster

„Bindungsmuster beschreiben im Kleinkindalter die Qualität der Beziehung des Kindes zu einer bestimmten Bindungsfigur“ (Schindler 2013, S. 17). Durch diese Qualitätsbeschreibung kann festgelegt werden, wie sich das Kind entwickelt und ob es einen sicheren, unsicher-vermeidenden oder unsicher-ambivalenten Bindungsstil aufbauen wird. Bindungsmuster können auch als Bindungstypen oder Bindungsstile bezeichnet werden, die ein Kind durch verschiedene Bindungen zu seinen Bezugspersonen entwickelt. Sie sind Denk-, Fühl-, Handlungsmuster und ein Motivationssystem, das von Angst, Kummer und Schmerz aktiviert wird (Trost; Bochynek; Kreutz & Weisleder 2014, S. 197).

Ist die Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson stabil, fühlt sich das Kind geliebt und angenommen. Es besteht demnach eine sichere Bindung, die Sicherheit gewährleistet. Das Kind entwickelt in dieser Beziehung einen sicheren Bindungstyp (Aronson; Wilson & Akert 2008, S. 334). Dieser ist mit einer adäquaten Stressregulation und einem positiven Bild von sich und von anderen verbunden. Er ist gekennzeichnet durch offenes Kontakt- und Sozialverhalten und durch das Erlangen und Erfragen von Unterstützung bei der Bezugsperson (Trost; Bochynek; Kreutz & Weisleder 2014, S. 197). Die sicher gebundenen Menschen sind offen für Neues und haben ein hohes Selbstwertgefühl (Kawallek 2015). Sie können ebenfalls zwischen Nähe und Distanz wechseln und können, wie bereits in 5.1 „Bindungstheorie nach Bowlby“ beschrieben, von der sicheren Basis bzw. dem „sicheren Hafen“ aus die Welt erforschen.

Ein Kind entwickelt einen unsicher-vermeidenden Bindungstyp, wenn die Beziehung zur Bezugsperson eher reserviert und distanziert ist. Die Kinder haben den Wunsch nach Nähe, lernen jedoch, diesen zu unterdrücken, da sie Angst vor der Enttäuschung haben, abgewiesen zu werden. Das bedeutet, dass das Bindungssystem deaktiviert und das Nähe- und Hilfsbedürfnis unterdrückt wird. Menschen, die mit einer solchen Bindung aufgewachsen sind, haben im Erwachsenenalter Schwierigkeiten, enge und intime Beziehungen einzugehen. Sie vermeiden jegliche Emotionen und betonen ihre eigene Autonomie sehr deutlich (Trost, Bochynek, Kreutz & Weisleder 2014, S. 197).

Ein unsicher-ambivalenter Bindungsstil wird entwickelt, wenn die Bezugspersonen das Kind zwar nicht schlecht behandeln, aber auch nicht verlässlich und sicher verfügbar sind oder wenn sie ihre eigene Befindlichkeit dem Kind aufdrängen. Als Erwachsene mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil neigen sie dazu, ein anklammernd-abhängiges

5 Weitere Referenztheorien

Verhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit an den Tag zu legen und agieren eher unterordnend und konfliktvermeidend (Roediger 2009, S. 42).

Bindungsmuster können aufgefasst werden als ein bestimmtes Maß an Bindungssicherheit, ein Bewältigungsstil und das System der Affekt- und Beziehungsregulation. Diese drei Punkte sind bei allen Menschen unterschiedlich ausgeprägt, wodurch jeder Mensch ein individuelles, aber doch annähernd gleiches Bindungsmuster entwickelt (Schindler 2013, S. 17).

In belastenden Situationen werden Menschen auch im Erwachsenenalter ihre Bindungssysteme aktivieren, wobei in den meisten Fällen besonders der Partner als sicherheitsspendende Bezugsperson fungiert (Asendorp et. al. 1997, S. 291).

Die Bindungsmuster werden zwar zunächst in der Kindheit entwickelt, sind jedoch auch im Erwachsenenalter noch veränderbar. Ein Mensch kann in neuen Beziehungen unterschiedliche Erfahrungen machen und Unterschiede zur Beziehung zu den Eltern feststellen. Daher kann die Art der Beziehung zu den Eltern Beziehungen im Erwachsenenalter zwar beeinflussen, aber durch korrigierende oder neue Erfahrungen kann jeder Mensch auch mehr als ein Bindungsmuster entwickeln (Aronson, Wilson & Akert 2008, S. 334).

5.1.2 Bindungsmuster in Bezug auf drogenabhängige Männer und deren Entwicklung von Substanzabhängigkeit

Da sich die Forschungsfrage auch um den Abschied von Drogen innerhalb der Therapie dreht, wird in diesem Kapitel verdeutlicht, welche Bedeutung die Drogen für Abhängigkeitserkrankte Männer haben. Dies wird anhand der Bindungsmuster veranschaulicht. Wie oben beschrieben, steht die Fähigkeit oder Unfähigkeit, enge Beziehungen einzugehen, im unmittelbaren Zusammenhang mit der Qualität früherer Bindungserfahrungen. Drogenabhängige Männer machen in ihrer Kindheit oft die Erfahrung von Zurückweisung, woraus eine Angst vor erneuter Zurückweisung resultiert. Sie konnten zu dieser Zeit ihre „Angst und andere Affekte nicht hinreichend mit Hilfe (...) [ihrer] Bindungsfiguren regulieren“. Aus diesen Erfahrungen entwickelte sich ein unsicherer Bindungsstil (Schindler 2013, S. 15).

Die negativen Bindungserfahrungen werden, wie bereits im Kapitel 5.1 „Bindungstheorie nach Bowlby“ erwähnt, bei dem Menschen internalisiert, so dass auch im späteren Leben

5 Weitere Referenztheorien

Affekte nicht hinreichend reguliert werden können. Daraus entwickelt sich eine pathologische Konfluenz. Hierunter versteht Funk (1985) die

„Unfähigkeit, sich nach außen gegen Einflüsse der Umwelt und nach innen gegen die Erinnerungen, Gefühle und Phantasien der Innenwelt angemessen abgrenzen zu können.“ (S. 36).

Es ist erwiesen, dass Leute, die Schwierigkeiten haben, Bindungen einzugehen, unter Umständen anfälliger für zwanghaftes Suchtverhalten sind. Der psychoanalytische Ansatz der Theorien der Suchtentstehung geht davon aus, dass frühkindliche Störungen in Objektbeziehungen eine Ursache für die Entstehung von Sucht ist. Es kommt zu einem emotionalen Defizit, wenn es dem Menschen an Kontakt zu anderen Mitmenschen fehlt. Erlebt ein Kind diese Defizite während der oralen Phase, so versucht es diese halluzinatorisch zu kompensieren. Solche Tendenzen der Ersatzbefriedigung wirken laut dem psychoanalytischen Modell bei der Suchtentstehung weiter (Elmer & Hellwig 2004, S. 103). Für suchtkranke Menschen stellt der Konsum von Substanzen eine Ersatzfunktion dar. Die Droge dient in diesem Fall als „tröstende Ersatzmutter“ (Elmer & Hellwig 2004, S. 103) oder als sogenannte „Selbstmedikation“ oder „chemische Affektregulation“ (Schindler 2013, S. 15). Mit diesem Verhalten versuchen die Konsumenten ihre Defizite zu kompensieren und

„einen Zustand pathologischer, jedoch lustvoll erlebter Konfluenz zu erreichen und aufrechtzuerhalten, um Angst, Schmerz, Trauer und Realitätsforderungen zu entgehen“ (Flores 2013, S. 39 und Funk 1985, S. 36).

Menschen mit einer Suchtstörung haben oft eine geringe Selbstregulation und sind anfälliger für Störungen und affektive Destabilisierung. Auch dies ist auf die frühe Bindung zurückzuführen. Je sicherer und stabiler eine frühe Bindung ist, desto besser ist die Selbstregulation im Erwachsenenalter. Durch die Art von Bindung können Menschen ein positives Selbstmodell und ein positives Modell der Bindungsfigur entwickeln (Schindler 2005, S. 98f.).

Das Fehlen einer sicheren Bindung hingegen führt zu Destabilisierung und Störungen bei der Selbstregulation (Flores 2013, S. 51).

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass der Drogenmissbrauch „die Folge von Bindungsstörungen und von Reaktionen auf Verletzungen des Selbst“ (Flores 2013, S. 50) ist. Denn

5 Weitere Referenztheorien

je weniger ein Mensch imstande ist, eine gesunde Vertrautheit mit anderen aufzubauen, desto größer ist die Gefahr, Drogen anstelle von vertrauten Beziehungen zu setzen und zu akzeptieren. Die Sucht kann daher als eine Form von Bindungsstörung betrachtet werden, bei der der Substanzmissbrauch als ein Bewältigungsversuch von Bindungsunsicherheit dient (Schindler 2013, S. 26).

Für den Süchtigen ist das Suchtmittel in gewisser Hinsicht ein Beziehungsobjekt, welches zwei Seiten hat. Zum einen hat es die für ihn positive Seite, das Trösten, Beruhigen, Berauschen und Anregen und zum anderen hat es als negative Seite das Herbeiführen von Leid, Schuldgefühlen, körperlicher und seelischer Zerstörung (Mentzos 2009, S. 172). Enge zwischenmenschliche Kontakte dienen als Beziehungsobjekt und somit als wirksame Alternative zum Drogenkonsum. Eine sichere Bindung gilt deshalb als Schutzfaktor gegen Substanzgebrauch (Flores 2013, S. 55 und Schindler 2013, S. 17).

Unsichere Bindungen stellen dagegen einen Risikofaktor für den späteren Substanzgebrauch dar und diese risikogefährdeten Menschen verwenden die „Sucht als Schutz gegen eine unerträgliche intrapsychische Spannung“ (Schindler 2013, S. 17 und Mentzos 2009, S. 172).

5.1.3 Zusammenhänge zwischen Schematherapie und Bindungstheorie

Insgesamt ist bei der Bearbeitung und Ausführung der Kapitel zu Schematherapie und zur Bindungstheorie aufgefallen, dass einige Beschreibungen in Verbindung zueinander gesetzt werden können. Deutlich wurde, dass die Bindungsmuster und Schemata ähnlich beschrieben werden. Bindungsmuster sind wie in Kapitel 5.1.1 „Bindungsmuster“ beschrieben Denk-, Fühl-, Handlungsmuster und ein Motivationssystem, das von Angst, Kummer und Schmerz aktiviert wird (Trost; Bochynek; Kreutz & Weisleder 2014, S. 197). Sie werden durch unterschiedliche Bindungsarten in der Kindheit und der Adoleszenz gebildet und bleiben ohne Bearbeitung ein Leben lang relativ stabil. Das gleiche gilt, wie im Kapitel 4.1 „Maladaptive Schemata“ beschrieben, für Schemata, die auch in der Kindheit, durch Bezugspersonen geprägt, gebildet und in bestimmten Situationen auch im Erwachsenenalter aktiviert werden. Laut der Bindungstheorie beeinflussen Dauer und Stärke frühester Bindungserfahrungen die Fähigkeit eines Menschen, seine Emotionen zu steuern (Lugt 2004, S.109). Auch die Schematherapie sagt, dass Schemata im Erwachsenenalter die Emotionen steuern und in emotionalen Situationen immer aktiviert werden.

5 Weitere Referenztheorien

Sowohl Schemata als auch Bindungsmuster sind jedoch im Erwachsenenalter mithilfe von Nachbeelterung veränderbar (Aaronson et. al. 2008, S. 334). Die Schematherapie versteht diese Schemata in ihrem Entstehungszusammenhang und integriert sie nachträglich in ein kohärentes Selbst (Roediger 2009, S. 43). Das kann unter dem Begriff Nachbeelterung verstanden werden. Auch Young et al. (2008) erwähnen, dass die Bindungstheorie von Bowlby die Schematherapie stark beeinflusst hat. Insbesondere die Idee der Nachbeelterung und somit nachträgliche elterliche Fürsorge, die die Patienten durch die Schematherapie erfahren, sei durch das Hintergrundwissen über eine sichere Basis aus der Bindungstheorie entstanden (S. 92).

Im Zusammenhang mit der Fragestellung, wie sich nach diesen Theorien die Sucht entwickelt, haben sie weitere ähnliche Erkenntnisse. Die Schematherapie spricht davon, dass Drogen konsumiert werden, um die negativen Gefühle zu unterdrücken. Der Mensch hat einen maladaptiven Bewältigungsmodus entwickelt, aus dem heraus er seine Situation durch die Einnahme von Drogen versucht zu verändern bzw. zu vergessen (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 36f. & Zens & Jacob 2014, S. 53). Unter Berücksichtigung der Bindungstheorie wird diese Art der Bewältigungsstrategie als „Selbstmedikation“ bezeichnet. Die dazu dient, Angst, Trauer, Schmerz und Realitätsanforderungen zu entgehen (Flores 2013, S. 39 und Funk 1985, S. 36).

Die Sucht kann laut der Bindungstheorie als eine Form von Bindungsstörung betrachtet werden, bei der der Substanzmissbrauch als ein Bewältigungsversuch von Bindungsunsicherheit dient (Schindler 2013, S. 26). Laut der Schematherapie ist der Bewältigungsmodus „Vermeidung“, wie in Kapitel 4.4 „Mögliche maladaptive Schemata und Modi von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung“ bereits erläutert, ausschlaggebend für den Substanzkonsum bei negativen Entwicklungschancen in der Kindheit.

5.2 Die Konsistenztheorie nach Grawe

Psychische Grundbedürfnisse sind nach Grawe

„Bedürfnisse, die bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens führen“ (Grawe 2004, S. 185).

5 Weitere Referenztheorien

In seinen Ausführungen bezüglich der Grundbedürfnisse bezieht er sich auf die von Epstein (1990) genannte Cognitive-experiential self theory. Diese beinhaltet die Grundbedürfnisse: Bindung; Orientierung, Kontrolle und Kohärenz; Lust; Selbstwerterhöhung (Grawe 2004, S. 185f.).

Grawe (2004) verändert jedoch das Grundbedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz und sagt, dass man Kohärenz nicht einfach den vier Grundbedürfnissen zuordnen kann, da es aber essentiell sei, ist aus diesem die Konsistenztheorie entstanden (S. 186).

Von Konsistenz ist die Rede, wenn eine „Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse“ (Grawe 2004, S. 186) herrscht. Menschen streben nach Konsistenz und versuchen Inkonsistenz zu vermeiden, aber dennoch kann bei diesem Prozess nicht von einem Grundbedürfnis gesprochen werden. Vielmehr ist es ein grundlegendes Prinzip der innerorganischen Regulation, welches allen Einzelbedürfnissen übergeordnet ist (Grawe 2004, S. 186).

Grawe bezeichnet Konsistenz als das Grundprinzip psychischen Funktionierens und gleichzeitig ist es die Anforderung oder Bedingung für psychisches Funktionieren. Durch diese Funktion ist Konsistenz die Bedingung für eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse (Grawe 2004, S. 187).

Um die Anforderung für psychisches Funktionieren und damit die Befriedigung der Grundbedürfnisse erfüllen zu können, muss die Konsistenzregulation immer im Zusammenhang mit den zielorientierten Aktivitäten betrachtet werden. Deshalb hängen Bedürfnisbefriedigung und Konsistenzregulation eng miteinander zusammen (Grawe 2004, S. 187).

Werden die motivationalen Ziele näher betrachtet, so müssen die Wörter Diskordanz und Inkongruenz genauer beschrieben werden. Von Diskordanz ist die Rede, wenn zwei oder mehrere gleichzeitig aktivierte motivationale Tendenzen nicht miteinander vereinbar sind. Inkongruenz tritt auf, wenn die realen Erfahrungen nicht mit den aktivierten motivationalen Zielen übereinstimmen. Grawe spricht davon, dass diese beiden Zustände wichtig für die psychische Gesundheit sind, weil sie eng mit der Aktivierung motivationaler Ziele verbunden sind (Grawe 2004, S. 190).

5 Weitere Referenztheorien

Diese Aktivierung führt wiederum dazu, dass eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse erreicht werden kann und dies kann nur geschehen, wenn der Mensch flexibel erfolgreiche Mechanismen der Konsistenzregulation entwickelt (Grawe 2004, S. 191).

Die Bedürfnisse nach Grawe in Anlehnung an Epstein, die gleichwertig nebeneinander stehen und für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung alle in ausreichendem Maße und in ausbalancierter Weise befriedigt werden müssen, werden im Folgenden aufgeführt (Roediger 2009, S. 46).

Das Bedürfnis nach Bindung, welches das am besten empirisch abgesicherte Grundbedürfnis ist, da es durch Forschung, wie die oben beschriebene Bindungstheorie nach Bowlby, ausreichend belegt wurde. Dieses Bedürfnis ist, wie in Kapitel 5.1 „Bindungstheorie nach Bowlby“ beschrieben, das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit bei mindestens einer Bezugsperson, so dass der Mensch das Gefühl bekommt, die Welt erkunden und sich dabei in Sicherheit wiegen zu können.

Das Bedürfnis nach Orientierung und „Kontrolle ist ein pervasiver, unabdingbarer Aspekt des psychischen Geschehens“ (Grawe 2004, S. 231). Es dient aber nicht nur der Kontrolle in bestimmten Situationen, sondern der Mensch strebt auch nach einem großen Handlungsspielraum. Wenn die Umwelt für einen Menschen durchschaubar und vorhersagbar ist, wird das Kontrollbedürfnis befriedigt (Roediger 2009, S. 46).

Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung ist ein spezifisch menschliches Bedürfnis, welches Tiere nicht aufweisen. Es setzt Qualitäten voraus, die ein Tier nicht hat. So zum Beispiel das „Bewusstsein seiner selbst als Individuum und die Fähigkeit zu reflexivem Denken“ (Grawe 2004, S. 250). So kann aber auch ein Mensch dieses Bedürfnis erst entwickeln, nachdem er ein bewusstes Selbst, welches über diese Qualitäten verfügt, entwickelt hat. Hier bezieht Grawe die vorangegangenen Grundbedürfnisse mit ein, denn ein Kind im Kleinkindalter hat zwar das Grundbedürfnis nach Selbstwerterhöhung noch nicht, allerdings können positive oder negative Bindungs- und Kontrollbedürfniserfahrungen sich positiv oder negativ auf die Entwicklung des Selbst auswirken (Grawe 2004, S. 251).

Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung ist laut Grawe das offensichtlichste aller Bedürfnisse. Es geht darum, angenehme Zustände anzustreben und unangenehme zu vermeiden. Alle Erfahrungen werden demnach automatisch und unbewusst hinsichtlich ihrer Qualität bewertet. Diese Bewertungen hängen jedoch nicht nur von objektiven Merkmalen ab, sondern auch von Vorerfahrungen und momentanen Zuständen des

5 Weitere Referenztheorien

bewertenden Individuums (Grawe 2004, S. 262). Daher ist Lust und Unlust nicht nur auf lustvolle körperliche Erfahrungen bezogen, sondern allgemein, ob etwas als positiv oder negativ erlebt wird (Grawe 2004, S. 265).

Wird ein Reiz oder eine Situation als positiv oder negativ bewertet, werden automatisch Annäherung- oder Vermeidungstendenzen aktiviert. Hier wird im folgenden Kapitel beim Vergleich der Schematherapie mit den Ausführungen von Grawe genauer drauf eingegangen.

5.2.1 Zusammenhänge zwischen Schematherapie und den Grundbedürfnissen nach Grawe

J. Young (2008) spricht von fünf Kernbedürfnissen, die ein Kind hat und die es von den Bezugspersonen zu erfüllen gilt. Diese werden im Nachfolgenden aufgeführt und gleichzeitig mit den Grundbedürfnissen nach Grawe in Bezug gesetzt.

1. Bindung, Sicherheit, Stabilität und Vorhersehbarkeit

Bei diesem Kernbedürfnis ist die Verlässlichkeit der Bezugspersonen das Entscheidende. Dadurch erhält der Mensch ein Gefühl dauerhaft geliebt und gestützt zu werden (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 26). Auch dieses Grundbedürfnis führt Grawe an und bezieht sich in seinen Erläuterungen stark auf die Bindungstheorie nach Bowlby.

2. Autonomie, Kompetenz und Identitätsgefühl

Bei diesem Kernbedürfnis dürfen die Bezugspersonen nicht zu ängstlich und protektiv agieren, so dass das Kind eine Freiheit erfährt, eigene Entscheidungen treffen zu können, Fehler machen zu dürfen und es sich daraus ein Zutrauen in eigene Stärken und Entscheidungen entwickeln kann. Die Bezugspersonen haben die Aufgabe, das Kind in seinem Autonomiebestreben zu unterstützen und zu fördern, so dass es das Gefühl von eigener Kontrolle über seine Lebensumgebung erfährt (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 26 & Roediger 2014, S. 32).

Auch Grawe betont das Kontrollbedürfnis als wichtiges Bedürfnis für die psychische Gesundheit. Psychische Störungen hingegen werden als nicht kontrollierbar erlebt und stellen immer eine Verletzung des Kontrollbedürfnisses dar (Grawe 2004, S. 233).

5 Weitere Referenztheorien

3. Freiheit eigene Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken zu können

Kinder benötigen ein Umfeld, indem sie sich ermutigt fühlen, ihre Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken. Dadurch haben sie die Möglichkeit, früh zu lernen, dass es normal ist, Gefühle zu empfinden und auszudrücken (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 26). Wird dieses Bedürfnis durch die Bezugspersonen ausreichend gefördert, gelingt es dem Kind ein gutes Selbstwertgefühl zu entwickeln (Roediger 2014, S. 32). Menschen mit einem schlechten Selbstwertgefühl haben ein stark entwickeltes Vermeidungsschema, wie es in Kapitel 4.3.3 „Vermeidung“ erörtert wurde. Dieses steht der Realisierung der Selbstwerterhöhung entgegen (Grawe 2004, S. 254).

4. Spontaneität und Spiel

Young (2008) misst diesem Kernbedürfnis eine große Bedeutung für ein seelisch gesundes Heranwachsen bei. Spaß und Unbeschwertheit sind wesentliche Voraussetzungen für den Aufbau von Lebensqualität. Wenn ein Mensch als Kind nicht die Möglichkeit erfährt, sein Kindsein ausleben zu können, so hat dieser auch im Erwachsenenalter oft Schwierigkeiten, diese Komponente in sein Leben zu integrieren (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 26f.).

Dieses Bedürfnis nach Young (2008) ist mit dem Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung zu vergleichen. Wie eben erwähnt spricht Grawe davon, dass bei einer positiv oder negativ bewerteten Situation oder einem Reiz automatisch Annäherungs- oder Vermeidungstendenzen aktiviert werden. Durch die positiven Situationen und somit durch die Annäherungstendenzen bzw. -ziele entwickelt der Mensch adaptive Schemata. Diese Annäherungsziele dienen dazu, die Diskrepanz zu positiv bewerteten Zielen zu verringern. Auch die adaptiven Schemata führen dazu, sich seinen positiv bewerteten Zielen zu nähern, so dass sich die Ansätze von Young und Grawe in Bezug setzen lassen. Ebenso ist es bei den Vermeidungstendenzen, durch die versucht wird die Diskrepanz zu negativ bewerteten Zielen zu maximieren. Auch die in Kapitel 4.1 „Maladaptive Schemata“ beschriebenen maladaptiven Schemata dienen der Maximierung der Entfernung zu negativ bewerteten Zielen.

5 Weitere Referenztheorien

5. Realistische Grenzen gesetzt bekommen

Kinder müssen lernen, Regeln einzuhalten und Langeweile und Frustration aushalten zu können. Es ist bedeutsam, dem Verhalten Grenzen zu setzen und die Grenzen anderer Menschen respektieren zu lernen (Reiss, Vogel & Knörnschild 2016, S. 27). Das Kind erfährt Kontrolle über seine eigenen Impulse zu haben und dies gilt als Grundlage für eine gelungene Sozialisation (Roediger 2014, S. 32). Dieses Bedürfnis greift Grawe nicht auf.

Vergleicht man weiterhin die Grundbedürfnisse nach Grawe mit den Ansätzen der Schematherapie, so ist festzustellen, dass sich jeweils zwei Grundbedürfnisse mit einem in der Schematherapie entwickelten Modi zuordnen lassen. Lust und Selbstwerterhöhung können dem „inneren Kind“ zugeordnet werden. Das Kind versucht sich tendenziell in selbstzentrierter Weise auszuleben und zu entwickeln. Kontrolle und Bindung hingegen lassen sich den Elternmodi zuordnen, durch die versucht wird, Sicherheit und Stabilität im Leben zu garantieren, wofür auf Lust und Selbstwerterhöhung verzichtet werden kann. Kontrolle und Bindung sind generell nur durch Einbezug der Erwartungen und des Verhaltens der Umgebung möglich, so dass der Elternmodus dies repräsentieren kann (Roediger 2009, S. 47).

Um den Bezug zu den im Titel genannten substanzabhängigen Männern zu schaffen, ist abschließend noch zu erwähnen, dass jeder Mensch altersgemäße Entwicklungsbedürfnisse hat, die durch die Bezugsperson erfüllt werden müssen. Bei substanzabhängigen Menschen wurden diese meist nicht erfüllt und daher suchen sie sich einen Ersatz, den sie anstelle dessen einnehmen können. Durch den Konsum von Drogen, umgehen sie ihre Entwicklungsbedürfnisse und stellen diese für den Moment der Einnahme ruhig (Flores 2013, S. 40).

Daher wird die Bedeutung der Schematherapie, die sich auf die Erfüllung der Bedürfnisse spezialisiert hat, auch für Drogenabhängige ersichtlich. Der Therapeut hat in der Therapie die Möglichkeit durch bedürfnisbefriedigende Handlungen, das Bindungsbedürfnis, das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und das Bedürfnis nach angenehmen Erfahrungen ohne Drogenkonsum zu stillen. Durch die positiven Erfahrungen findet eine Förderung der Motivation und Veränderungsbereitschaft statt und bietet die Grundlage für eine erfolgreiche Problembearbeitung (Stucki & Grawe 2007, S. 18). Anhand dieser Ausführung wird die Bedeutsamkeit der Grundbedürfnisse innerhalb einer Therapie verdeutlicht.

6 Methode

Im folgenden Kapitel wird die Vorgehensweise der empirischen Forschung dieser Thesis beschrieben. Es findet eine Begründung und Beschreibung des gewählten Forschungsdesigns und dessen abschließende Auswertung statt. Außerdem wird die Patientengruppe, die für die Forschung herangezogen wurde und deren Auswahl begründet dargestellt.

6.1 Methodologie

Ein zentraler Unterschied zwischen qualitativer und quantitativer Sozialforschung wird laut Kruse (2014) so definiert, dass

„die Logik und das Ziel im qualitativen Sozialforschungsprozess nicht darin bestehen, mit einem theoretisch vorab ausgearbeiteten Konzept in die Datenerhebung einzusteigen, um dieses im Hinblick auf seine Häufigkeitsverteilung und weitere statistische Zusammenhänge zu untersuchen“ (S. 45f).

Quantitative Sozialforschung hingegen hat dieses Ziel. Sie möchte die eigene Datenerhebung im Hinblick auf Häufigkeit und Zusammenhänge untersuchen. Dies gelingt ihr durch eine große Fallzahl, die bestimmte Merkmale aufweisen, damit die Ergebnisse „im Sinne des quantitativen Induktionsschlusses ‚verlängerbar‘ sind“ (Kruse 2014, S. 242). Die qualitative Forschung interessiert sich hingegen „primär für das >Wie< dieser Zusammenhänge und deren innere Struktur vor allem aus der Sicht der jeweils Betroffenen“ (Kiefl & Lamnek 1984, S. 474).

Daher sollen bei qualitativen Interviews die Probanden auf wenige Fragen hin frei erzählen, so dass nicht die Fragen im Vordergrund stehen, sondern die ausführlichen Antworten der Befragten (Kruse 2014, S. 261). Ein weiterer bedeutender Unterschied zwischen qualitativer Forschung durch Interviews und quantitativer Forschung durch Fragebögen besteht darin, dass bei der quantitativen Forschung Reliabilität verlangt wird. Das bedeutet, für eine Forschung müssen bei einer Wiederholung mit den gleichen Personen und dem gleichen Fragebogen dieselben Ergebnisse erzielt werden (Helfferich 2011, S. 154).

Bei einem qualitativen Interview sind die Erzählungen jedoch immer kontextabhängig und somit sind die Wiederholungen nie identisch mit den ersten Ergebnissen. Helfferich

6 Methode

(2011) geht so weit zu sagen, dass man sich in der standardisierten Forschung aufgrund der Kontextunabhängigkeit der Ergebnisse berechtigt fühlt, „den Kontext, in dem die Daten entstanden sind, bei der Diskussion der Ergebnisse als irrelevant zu vernachlässigen“ (S. 155).

Die qualitative Forschung bietet Raum für die Äußerung eines differenzierten Sinns. In der quantitativen Forschung kann nur davon ausgegangen werden, dass jeder Leser des Fragenkatalogs hinter den einzelnen Fragen denselben Sinn versteht; bei einer qualitativen Forschung kann dieser Sinn genauer definiert und differenziert werden (Helfferich 2011, S. 22).

Dieser Unterschied war für die Auswahl der Forschungsmethode im Fall der Masterthesis entscheidend. Denn durch eine offene Fragestellung kann genau differenziert und interpretiert werden, welchen Sinn die Patienten einer stationären Entwöhnungsbehandlung dem Abschied geben und wie sie selbst Abschied definieren.

Die quantitative Forschung untersucht deduktiv - also von einer Theorie ausgehend - die Realität, wohingegen die qualitative Forschung induktiv vorgeht und eine Theorie von der Realität ausgehend formuliert (Lamnek 2010, S. 106). Durch die genaue Definition und Differenzierung des Sinns eines bestimmten Themas wird es bei einer qualitativen Forschung ermöglicht, eine Forschungsfrage dahingehend zu beantworten, dass am Ende Hypothesen generiert werden können. Diese Hypothesen bieten eine Grundlage für weitere Forschungen und es kann ein Ausblick geschaffen werden (Lamnek 2010, S. 81).

Diese Methode der qualitativen Forschung hat zudem - im Gegensatz zur quantitativen Forschung - die Besonderheit, sich während des Interviews und der Durchführung an die Eigenheiten des Forschungsfeldes und die jeweiligen Bedürfnisse der Interviewpartner anpassen zu können (Lamnek 2010, S.82). Da Patienten einer Rehabilitationsstation durch Einzeltherapie mit längeren Gesprächen vertraut sind, bietet sich die Form des Interviews als Forschungsmethode an.

In einem Interview spielt zudem die Forscherin selbst eine entscheidende Rolle, so dass diese Methode ihren Reiz hat. Ebenso bei der Auswertung und Dateninterpretation ist der Einfluss der Forscherin nicht bedeutungslos. Die Exploration erlangt laut Lamnek (2010) in der Forschung eine eigene Qualität. Durch die Einwirkungen der Forscherin muss diese einer angemessenen hermeneutischen Deutungskompetenz obliegen und die Dateninterpretation geht stets aus dem zu untersuchenden empirischen Leben hervor (S. 83).

6.2 Forschungsdesign

Die Forschungsfrage wurde anhand von Leitfadeninterviews mit sechs Patienten einer stationären Entwöhnungsbehandlung versucht zu beantworten. Leitfadeninterviews können einerseits das Interview weniger strukturieren, so dass die Befragten den Gesprächsfluss selbst steuern können. Andererseits besteht die Möglichkeit die Fragen von Leitfadeninterviews differenzierter auszuarbeiten. Die zweite Variante beinhaltet dezidierte und unterschiedliche Fragen an den Interviewpartner. Bei diesem Verfahren wird das Interview mehr gesteuert, dennoch müssen die vorformulierten Fragen offen und „erzählgenerierend“ sein (Kruse 2014, S. 207).

Bei der sehr offenen und unstrukturierten Form des Leitfadens muss dennoch sichergestellt werden, dass bestimmte Themen im Interview behandelt werden, jedoch obliegt dem Interviewpartner der Zeitpunkt und die Art und Weise, wie sie behandelt werden (Kurse 2014, S. 207).

Es ist auch möglich eine Mischform zu verwenden, so dass beispielsweise der Beginn des Interviews eher offen und unstrukturiert gestaltet wird und zum Ende dazu übergegangen wird, stärker zu strukturieren, um spezifische Fragestellungen zu verfolgen. Dies wird häufig im Laufe des Interviews deutlich, so dass die Forschende einschreiten kann, falls sie ihre spezifischen Fragen noch nicht beantwortet sieht (Kruse 2014, S. 210).

Dennoch gilt insgesamt in offenen qualitativen Interviews den Relevanzsetzungen der Befragten so umfassend wie möglich zu folgen. Das bedeutet, nicht die Interviewerin führt das Interview, sondern diese wird vom Interviewpartner geführt (Kruse 2014, S. 216).

Der Leitfaden muss demnach aus „offenen Erzähl-/Explikationsaufforderungen oder offenen Fragestellungen besteh[en], die zwar thematisch fokussieren, aber keine schließende Wirkung haben“ (Kruse 2014, S. 217).

Wie anhand des beigefügten Leitfadens ersichtlich wird, wurde bei der Vorbereitung der Interviews darauf geachtet, die Eingangsfragen der drei Themenblöcke erzählgenerierend zu formulieren (s. Anhang A, S.78-80). Durch weitere offene Nachfragen wird der jeweilige Themenblock und somit die Ausgangsfrage durch Unterpunkte erweitert und es findet ein einseitiger Erzählfluss statt, der sich, wie unten genauer erklärt wird, von der Alltagskommunikation abgrenzt.

6 Methode

Es sind sogenannte Stimuli, die den Interviewten auffordern bzw. anregen, seine Erzählungen fortzuführen oder zu detaillieren. Bei der Entwicklung von Stimuli für den Interviewleitfaden gilt es, einige Regeln zu beachten. Es sollten beispielsweise kurze verständliche Fragen gestellt werden und diese sollten offen und prozessorientiert formuliert sein. Bei der Formulierung muss ein besonderer Wert darauf gelegt werden, keine präsuppositiven Formulierungen zu wählen.

„Präsuppositionen sind Satz-, Sinn- und Äußerungsvoraussetzungen, die im Rahmen einer Kommunikation mit einer Äußerung implizit mitgeteilt und als allgemein bekannt unterstellt werden“ (Kruse 2014, S. 220).

Des Weiteren wird empfohlen, Fragen durch sogenannte Abtönungspartikel wie „eigentlich“, „mal“, „vielleicht“, „doch“, „denn“, „so“, „eventuell“ etc. zu entschärfen (Kruse 2014, S. 221). Das ist nur eine kleine aber gezielte Auswahl an Kriterien, die bei der Formulierung von Fragen bzw. Stimuli zu berücksichtigen sind, um ein Interview qualitativ durchführen zu können. Weiterhin gilt zu beachten, dass eine Abgrenzung zur Alltagskommunikation stattfindet. Während bei beiden Kommunikationsarten eine Person die Auskunftsperson und die andere Person diejenige ist, welche Auskunft erhalten möchte, so muss bei einem qualitativen Interview deutlich mehr und expliziter berichtet werden, da nicht von gemeinsamen Vorerfahrungen ausgegangen werden kann. Aus diesem Grund sollten sich die Interviewpartner im Vorfeld nicht kennen, so dass während des Interviews keine Suggestivfragen gestellt werden, die im Rahmen qualitativer Interviews dysfunktional wirken (Helfferrich 2011, S.47). Dieses Kriterium wird in der Durchführung der Interviews berücksichtigt und mithilfe eines „Türstehers“, wie in Kapitel 6.2.2 „Begründung der Auswahl der Patienten und deren Beschreibung“ genau erläutert, umgangen.

6.2.1 Entwicklung des Forschungsdesigns

Der Interviewleitfaden wurde mit Hilfe des SPSS-Verfahrens von Claudia Helfferrich entwickelt. Dieses Verfahren wurde in ironischer Anspielung auf das Statistikprogramm „SPSS“ gleich benannt. Die einzelnen Buchstaben stehen in diesem Fall für vier Arbeitsprozesse, in denen der Forscher seinen Leitfaden entwickelt. „S“ steht für das Sammeln von ganz vielen Fragen, die während eines Brainstormings zusammengefügt werden. Das

6 Methode

„P“rüfen der Fragen auf ihre Geeignetheit und das Streichen derer, die für die Forschung nicht nötig sind, ist der nächste Arbeitsschritt. Die übrigen Fragen müssen inhaltlich „S“ortiert werden und in Hinblick auf offene Erzählaufforderungen, Aufrechterhaltungsfragen und konkrete Nachfragen geordnet werden. Der letzte Schritt besteht darin, die geprüften und sortierten Fragen in den Leitfaden zu „S“ubsumieren (Kruse 2014, S. 231). Das Verfahren dient nicht nur dem Erstellen eines Leitfadens sondern gleichzeitig auch der Auseinandersetzung mit dem eigenen Vorwissen zu diesem Thema und den impliziten Erwartungen an die Erzählungen der zu Interviewenden (Helfferich 2011, S. 182).

Jeder Leitfaden umfasst Themenblöcke, die es gilt, innerhalb des Interviews zu bearbeiten. Begonnen werden die einzelnen Themenblöcke, wie bereits beschrieben, mit einer offenen Frage, so dass es dem Interviewten ermöglicht wird, seine „eigenen Perspektiven und Relevanzsetzungen“ darzustellen und zu zeigen (Kruse 2014, S. 217f.).

Der für die Masterthesis entwickelte Leitfaden besteht aus drei Themenblöcken, die jeweils in einer Tabelle dargestellt werden (s. Anhang A, S. 78-80).

Der erste Themenblock behandelt das Thema Abschied im Allgemeinen. Was verstehen die Patienten persönlich unter diesem Thema und welche Abschiede wurden bereits in ihren Leben erlebt und wie wurden sie verarbeitet?

Der zweite Themenblock verbindet das Thema Abschied mit Therapie und soll klären, welche Abschiedsprozesse innerhalb der Therapie wahrgenommen und bearbeitet werden. Im letzten Themenblock wird zwischen den Patienten, die am Anfang der Therapie und denen, die am Ende der Therapie stehen unterschieden und es wird die Vorbereitung auf das Ende der Therapie thematisiert. Unterschieden wurde dahingehend, dass sich die Patienten am Anfang vorstellen sollen, wie sie gerne auf das Ende der Therapie vorbereitet werden möchten und die Patienten am Ende der Therapie sollen ihr subjektives Empfinden schildern, wie sie sich schon vorbereitet fühlen.

Die Komposition eines Leitfadens sollte dabei den Erzählfluss folgen und nicht zu abrupten Themenwechseln oder Sprüngen führen. Daher sollten zu Beginn des Interviews Fragen gestellt werden, die eine ausführliche und frei zu erzählende Beantwortung vorsehen und Einstellungs- bzw. Bewertungsfragen sollten gesondert und möglichst am Ende des Interviews erfolgen. Hier ist bereits eine vertrautere Atmosphäre geschaffen (Helfferich 2011, S. 180).

6 Methode

Des Weiteren beinhaltet ein guter Leitfaden sogenannte Aufrechterhaltungsfragen. Es gibt zwei Arten von Aufrechterhaltungsfragen. Zum einen Fragen, die in der erzählten Situation bleiben, z.B.: „Wie war das für Sie?“, „Können Sie das noch etwas ausführlicher beschreiben?“ und zum anderen die Fragen, die den Erzählgang vorantreiben, z.B.: „Wie ging es dann weiter?“, „Und dann?“. Doch auch Steuerungsfragen dienen zum Aufrechterhalten des Erzählflusses und gleichzeitig können mit solchen Fragen die Richtung und Intensität eines Themas festgelegt bzw. gesteuert werden. Beispiele für Steuerungsfragen sind: „Das interessiert mich noch genauer, würden Sie zu diesem Thema bitte noch etwas mehr berichten?“ oder „Können Sie ein Beispiel für ... nennen?“ (Helfferich 2011, S. 104).

Anhand des angefügten Leitfadens wird gezeigt, welche Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen in den zu führenden Interviews verwendet werden.

Am Ende eines Leitfadeninterviews ist es erforderlich, noch eine letzte abschließende Frage zu stellen, die noch einmal hinterfragt, ob außer den bisher gestellten Fragen und Themengebieten noch weitere Ausführungen für den Interviewten von Bedeutung sind. Viele Interviewpartner nutzen diese Gelegenheit, um noch weitere Themengebiete anzusprechen oder das bisher Gesagte noch einmal zu resümieren (Kruse 2014, S. 269).

6.2.2 Begründung der Auswahl der Patientengruppe und deren Beschreibung

Um eine Auswahl an Fällen für die Forschungsfrage zu treffen, wurde die Strategie des qualitativen Samplings angewandt. Diese Strategie

„verfolgt andere Erkenntnisziele und soll sicherstellen, dass durch die Analyse der herangezogenen empirischen Fälle (Fallauswahl, Datenkorpus) spezifische Aussagen entwickelt werden können, die valide sind“ (Kruse 2014, S. 241).

Außerdem soll durch diese Fallauswahl sichergestellt werden, „dass sie in abstrahierter Weise eine Reichweite der Ergebnisse begründen können“ (edg.).

Die Auswahl der Patienten im Falle der Masterthesis beschränkte sich auf die Patienten der Fachklinik „Aggerblick“. Diese Klinik ist eine Rehabilitationseinrichtung für Männer, die aufgrund einer Abhängigkeit von illegalen Drogen für sechs Monate eine Therapie antreten. Mit dieser Einschränkung kann bereits gesagt werden, dass am Ende dieser For-

6 Methode

schung keine Aussagen über die Auswirkung des Abschieds bei Frauen oder bei Abhängigkeitserkrankten von legalen und/oder nicht stoffgebundenen Substanzen getroffen werden kann (Kruse 2014, S. 241).

In diesem Kapitel werden die Auswahlkriterien beschrieben, anhand derer die Patienten für diese Studie ausgewählt wurden. Da die Patienten mir durch den leitenden Arzt der Fachklinik Aggerblick zugänglich sind und ich mit ihm die Patienten gemeinsam ausgewählt habe, ohne dass ich die Patienten selbst kenne, wurde meine Objektivität nicht beeinflusst. Dennoch konnte die Wahl der Patienten durch die Zusammenarbeit mit dem leitenden Arzt speziell auf meine Thematik getroffen werden. Helfferich (2011) wählt für dieses Vorgehen den Begriff des „Türstehers“, der den Vorteil mit sich bringt, dass eine vertraute Person den Kontakt herstellt und somit den Erstkontakt erleichtert.

Um die Objektivität der Interviewerin auch während der Interviews beibehalten zu können, wurden Hintergrundinformationen, die anhand des Interviews nicht zwingend gegeben wurden, aber für die Auswertung auch von Bedeutung sein werden, wie andere Therapieerfahrungen, genaue Beschreibung des Substanzkonsums oder Haftzeiten erst nach den Interviews von dem leitenden Arzt weitergegeben.

Des Weiteren kann dieser nach dem Interview auch davon berichten, welche Verhaltensweisen dem Team anfangs aufgefallen sind und welche die Patienten vielleicht während der Therapie abgelegt haben oder vorhaben abzulegen. Durch diese Funktion des Türstehers ist nicht nur eine Kontaktaufnahme möglich, sondern es werden auch Zusatzinformationen mitgeteilt, die für die anschließende Auswertung interessant sein können.

Zunächst wurde entschieden, insgesamt sechs Leitfadeninterviews durchzuführen. Dies ist eine übliche Stichprobengröße bei einer hermeneutischen Interpretation (Helfferich 2011, S. 175). Drei der Interviews wurden mit Patienten innerhalb der ersten vier Wochen der Therapie durchgeführt und drei mit Patienten innerhalb ihrer letzten vier Wochen der Therapie.

Durch diese Methode kann anhand dieser Befragungen eine Tendenz erkennbar werden, welche Erwartungen die Patienten am Anfang der Therapie an sich und ihre Verhaltensänderung haben und welche sie am Ende einer Therapie haben. Genauso können die Patienten, die am Ende der Therapie stehen, reflektieren, welche Erwartungen sie vielleicht am Anfang der Therapie hatten, aber im Laufe der Therapie wieder verworfen haben.

Bei der Vorauswahl wurde nicht gezielt darauf geachtet, welche Abschiede die Patienten

6 Methode

in ihrem Leben bereits erlebt haben und wie sie heutzutage mit Abschieden umgehen. Wenn diese Vorauswahl gezielt auf Patienten gerichtet gewesen wäre, die in ihrem Leben schon schwere Abschiede erlebt haben, hätte dies die Auswertung der Ergebnisse verfälschen bzw. in eine Richtung lenken können, die keine allgemeine Gültigkeit mehr aufweisen kann.

Dennoch kann zusätzlich durch die Abklärung und Vorauswahl mit dem leitenden Arzt die sprachliche Kompetenz und Selbstreflexions- und Introspektionsmöglichkeit der Patienten berücksichtigt werden, so dass nur Patienten ausgewählt wurden, bei denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie auf die genannten Fragen auch Antworten geben werden. Die Antworten wurden dadurch jedoch keinesfalls vorgegeben oder mitbestimmt. Im Folgenden erfolgt nun eine kurze Beschreibung der einzelnen Patienten. Hierzu ist zu sagen, dass die Namen durch P1-P6 (P=Patient) ersetzt wurden. P1-P3 sind alle Patienten, die in den ersten vier Wochen ihrer Therapie stehen und P4-P6 die, die sich in den letzten vier Wochen ihrer Therapie befinden.

P1: Der Patient ist am Tag des Interviews 19 Jahre alt, er habe bisher keine Therapieerfahrungen und mache die jetzige Therapie aufgrund einer gerichtlichen Auflage nach §35 StGB. Er konsumiere seit fünf Jahren Cannabis und Zigaretten und habe mit 14 Jahren seinen erstmaligen Konsum gehabt. Er gibt als weitere Verhaltensauffälligkeit an, nicht mit Geld umgehen zu können und alles sofort auszugeben. Er habe keinen Schulabschluss und sei bisher 12 Monate inhaftiert gewesen.

P2: Der Patient ist am Tag des Interviews 28 Jahre alt, er habe bisher keine Therapieerfahrungen und mache die Therapie ohne gerichtliche Auflage. Er konsumiere seit 14 Jahren Zigaretten, seit 11 Jahren Alkohol und seit 6 Jahren Amphetamine. Er gibt ansonsten keine weiteren Verhaltensauffälligkeiten an. Sein höchster Abschluss sei Abitur und er habe keine Hafterfahrungen.

P3: Der Patient ist am Tag des Interviews 24 Jahre alt und habe bisher keine Therapieerfahrungen. Für die jetzige Therapie habe er eine gerichtliche Auflage nach §35 StGB. Er konsumiere seit 12 Jahren Opioiden, seit 10 Jahren Kokain und seit 12 Jahren Tabak. Demnach war sein Erstkonsum im Alter von 12 Jahren. Weitere Verhaltensauffälligkeiten gibt er nicht an. Er habe keine Haftzeiten hinter sich und habe einen Abschluss von der Sonderschule.

6 Methode

P4: Am Tag des Interviews ist der Patient 22 Jahre alt und habe bisher keine Therapieerfahrungen. Er sei nicht aufgrund einer gerichtlichen Auflage in Therapie. Amphetamine konsumiere er seit drei Jahren, Cannabis seit sieben Jahren und Tabak ebenfalls seit sieben Jahren und habe somit mit 15 Jahren angefangen zu konsumieren. Neben dem Konsum beschreibt er zunächst keine weiteren Verhaltensauffälligkeiten. Er habe einen Abschluss der höheren Handelsschule und keine Haftzeiten hinter sich.

P5: Der Patient ist am Tag des Interviews 35 Jahre alt und hatte keine weiteren Therapieerfahrungen. Er konsumiere seit 27 Jahren Tabak, seit 20 Jahren Cannabis, seit 14 Jahren Amphetamine und seit 13 Jahren Kokain. Außerdem habe er bereits Suizidversuche hinter sich. Er habe einen Abschluss der Sonderschule und keine Zeit in der Haft verbracht.

P6: Der Patient ist am Tag des Interviews 36 Jahre alt und habe noch keine Therapieerfahrungen. Die jetzige Therapie mache er ohne gerichtliche Auflage. Seit 25 Jahren konsumiere er Cannabis und begann diesen Konsum somit mit seinem 14. Lebensjahr. Weitere Verhaltensauffälligkeiten hat er nicht angegeben. Er habe nicht in Haft gesessen und einen Abschluss mit mittlerer Reife.

Durch die Beschreibung wird die Unterschiedlichkeit der Patienten deutlich. Alle Bereiche wie Substanz, Dauer des Konsums, Therapie aufgrund einer gerichtlichen Auflage, Schulabschluss und Haftaufenthalten weisen eine hohe Differenzierung zwischen den einzelnen Patienten auf. Hieraus ergibt sich eine geringe Fallzahl, die dennoch viele Bereiche abdeckt. Sie haben jedoch alle noch keine Therapieerfahrung, woraus sich, wie in dieser Thesis ausgeführt, auch Schlüsse ziehen lassen. Dennoch kann dies nicht mit Menschen verglichen werden, die bereits vorher eine Therapie abgeschlossen oder angetreten haben.

6.2.3 Durchführung des Forschungsdesigns

Die Durchführung erfolgt nach Absprache mit dem leitenden Arzt in der Fachklinik Aggerblick. Somit fanden die Interviews in einem für die Patienten vertrauten Raum statt, so dass eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden konnte. Wie in Kapitel 6.2.1 „Entwicklung des Forschungsdesigns“ beschrieben, muss eine vertraute Atmosphäre geschaffen werden, um eine gute Interviewqualität zu gewährleisten. Nicht zuletzt wird diese vertraute Atmosphäre durch die Methode des aktiven Zuhörens geschaffen. Aktives

6 Methode

Zuhören ist eine Art der Gesprächshaltung, bei der es darauf ankommt, seine eigenen Gedanken, Gefühle und Mitteilungsbedürfnisse zu unterdrücken und sich vollkommen auf die Gedanken, Gefühle und Mitteilungen des Gegenübers zu konzentrieren. Hierbei gilt es, spontane Reaktionen zu kontrollieren und eine Haltung der Offenheit einzunehmen (Helfferrich 2011, S. 91).

Weiterhin von Bedeutung sind die Rückmeldungen, die der Zuhörer dem Erzählenden gibt. Es ist darauf zu achten, kurze Zusammenfassungen des Erzählten zu machen ohne das Erzählte in irgendeiner Weise zu kommentieren oder zu bewerten (edg.).

Auch das Einhalten von Pausen muss von Seiten des Interviewers streng beachtet werden. Hier erfährt der Erzählende, seinen Raum nutzen zu können und nicht durch direkte Interventionen in seinem Rede- oder Gedankenfluss unterbrochen zu werden (Helfferrich 2011, S. 94)

Dennoch ist es hin und wieder erforderlich, den Interviewten nicht nur durch das aktive Zuhören zum Fortfahren zu ermuntern, sondern durch die eben erwähnten Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen zum Weitererzählen zu animieren.

Im obigen Abschnitt wurde die Haltung der Offenheit bereits erwähnt; diese sollte die Interviewerin durch nonverbale Gesprächssignale verstärken. Schwierig wird es, wenn nonverbale Signale nicht mit verbalen Äußerungen übereinstimmen. Hier ist es Aufgabe der Interviewerin, strengstens darauf zu achten, welche nonverbalen Signale sie mit welchen verbalen Äußerungen vermischt. Nonverbale Signale können über den Blickkontakt, die Körperhaltung, die Gestik, die Mimik und die Stimmlage zum Ausdruck gebracht werden.

Diese nonverbalen Signale sind entscheidend für den Interviewverlauf. Eine fehlende Reaktion auf eine mitleiderregende Passage kann beim Erzählenden zu Irritationen führen. Die beeinflusst den Interviewverlauf negativ, da sie die Erwartungen des Erzählenden verletzt (Helfferrich 2011, S. 99).

Vor der Durchführung der Interviews wurde der Interviewleitfaden im Rahmen eines Pretest getestet. Hierfür wurde mit einem Patienten ein Interview unter Verwendung des Leitfadens testweise durchgeführt. Dabei war es wichtig, alle Rahmenbedingungen gleich aufzubauen, so dass es exakt so stattgefunden hat, wie die darauffolgenden zu evaluierenden Interviews (Kruse 2014, S. 261).

Durch den Pretest wurden Fehler oder Lücken im Leitfaden festgestellt und somit in den

6 Methode

daraufliegenden Interviews ausgeschlossen bzw. minimiert. Es ist deutlich geworden, dass die Fragen insgesamt verständlich und offen gestellt wurden, so dass sie erzählgenerierend waren. Jedoch wurde bemerkt, dass eine wichtige Frage zur Beantwortung der Forschungsfrage in den Interviews für die Patienten, die am Ende der Therapie stehen, fehlte. Es handelt sich um die Frage, ob den Patienten in den letzten Wochen eine Verhaltensweise aufgefallen ist, von der sie sich eigentlich während der Therapie schon verabschiedet geglaubt hatten und ob sie bei Bejahung dieser Frage einen Grund dafür kennen. Durch den Pretest konnten auch weitere organisatorische Ziele festgelegt werden. Zum Beispiel wurde ein Zeitrahmen festgelegt. Dieser richtet sich nach dem Probeinterview +/- 15 Minuten. Somit konnten die weiteren Interviews auf eine Dauer von ca. 30 bis 60 Minuten terminiert werden. Es sollten für die Interviewerin selbst nicht zu viele Interviews hintereinander stattfinden, so dass die Konzentration während der Interviews voll und ganz gegeben ist. Daher wurden pro Interviewtag jeweils zwei Interviews geführt. Im Vorfeld wurden auch weitere Störfaktoren, wie beispielsweise Unterbrechungen durch das Telefon oder durch Anklopfen von Mitpatienten oder Angestellten, ausgeschlossen, so dass die Interviews in Ruhe und ungestört durchgeführt werden konnten (Kruse 2014, S. 261).

6.2.4 Begründung des Forschungsdesigns

Bei der Wahl des Forschungsdesigns wurde die qualitative Forschungsmethode gewählt. Wie in Kapitel 6.1 „Methodologie“ beschrieben, kann bei einer qualitativen Forschung der Sinn eines Wortes genau vom Befragten differenziert und benannt werden. Aufgrund von unterschiedlichen Auffassungen zum Begriff Abschied ist für die folgende Masterthesis eine qualitative Studie bevorzugt worden. Hier lässt sich durch ein Leitfadeninterview genau feststellen, welche Bedeutung die Befragten dem Begriff Abschied beimessen. Hierbei wird als interessant erachtet, sechs unterschiedliche Personen einer Einrichtung im Hinblick auf die Forschungsfrage zu interviewen. Die genaue Auswahl dieser Personen wurde bereits Kapitel 6.2.2 „Begründung der Auswahl der Patientengruppe und deren Beschreibung“ beschrieben.

Ein Leitfadeninterview wurde nicht nur aufgrund der genauen Interpretation des Begriffs

6 Methode

Abschied gewählt, sondern es waren folgende weitere Gründe für diese Forschungsmethode ausschlaggebend: Zum einen eignet sich ein Leitfadeninterview, um Alltagswissen und -theorien zu rekonstruieren und dabei Offenheit zu gewährleisten; zum anderen können durch den Interviewenden weitere Themen in den offenen Erzählfluss eingeführt werden, ohne diesen zu behindern (Kruse 2014, S. 217).

Des Weiteren können durch den Leitfaden Erzählungen leichter anhand von Regeln ausgewertet werden und er ermöglicht so eine Art Standardisierung und Kategorisierung in den Interviews. Lamnek (2010) unterscheidet den Kommunikationsstil in einem „weichen“ und einem „harten“ Interview. Bei dem weichen Interview wird die spezielle Situation des Befragten berücksichtigt und durch sympathisierendes Verständnis die widerstrebende Haltung des Interviewpartners abgebaut. Wie in Kapitel 6.2.3 „Durchführung des Forschungsdesigns“ beschrieben, wurde die Methode des aktiven Zuhörens während des Interviews angewandt. Hierdurch konnten gleichzeitig Verständnis gezeigt und Sympathien geschaffen werden, so dass die Form des weichen Interviews eingehalten wurde. Diese unterscheidet sich von der harten Interviewform durch das nicht autoritäre und Druck ausübende Auftreten der Interviewerin. Dieses Einfühlen in die Situation und das Schaffen von Vertrauensverhältnissen mithilfe der weichen Interviewform sind wesentliche Voraussetzungen für verlässliche und gültige Befunde, so dass sie als Methode für die kommende Forschung unabdingbar geworden ist (Lamnek 2010, S. 313).

6.3 Datenerhebung

In der qualitativen Forschung ist die Materialaufbereitung von großer Bedeutung, um die Daten nach den Interviews erheben zu können. Die Ergebnisse, die in irgendeiner Weise mit geordnetem Material zusammenhängen, können im qualitativen sowie im quantitativen Verfahren mit grafischen Darstellungsmitteln wie Tabellen oder Modellen dargestellt werden (Mayring 2002, S. 86).

Üblicherweise werden Leitfadeninterviews allerdings in geschriebener Sprache (einem Text) dargestellt. Vor allem komplizierte Sinnzusammenhänge sind als Text im direkten Zitat am besten darzustellen (edg.).

Zunächst spielt also die Datenerfassung eine entscheidende Rolle. Hierzu wurden die Interviews alle mithilfe eines Tonbandgeräts aufgezeichnet. Dies widerspricht meist den

6 Methode

Alltagssituationen und hindert zunächst den Interviewverlauf. Es wurde eine gute Argumentation benötigt, in der die Aufzeichnungen als unabdingbar und notwendig für die Auswertung dargestellt wurden. In Anlehnung an Lamnek (2010) wurde den Patienten zu Beginn des Interviews mitgeteilt, dass die Interviewerin und alle Mitarbeiter der Studie der Schweigepflicht unterliegen, alle Daten geschützt sind und eine Anonymisierung von Orts-, Straßen- und Personennamen stattfinden wird (S. 356).

Hierzu erhielten die Patienten anschließend an das Interview den im Anhang angefügten Informationsbogen (s. Anhang A, S. 82).

Die Natürlichkeit der Situation ist ein entscheidendes Kriterium für ein realitätsnahes Interview. Lamnek (2010) geht so weit zu sagen, dass die Datenerhebung nur zulässig und gültig ist, „wenn die Atmosphäre tolerant, permissiv und sanktionsfrei ist“ (S. 358).

Erfahrungen haben gezeigt, dass kleine und unauffällige Aufzeichnungsgeräte nach einer kurzen Anlaufphase vergessen werden und das Gespräch einen normalen Verlauf annimmt (Lamnek 2010, S. 356). Die Tonbandaufzeichnungen wurden bei Wunsch des Interviewpartners diesem zur Verfügung gestellt.

Um die Daten der Tonbandaufzeichnungen erheben zu können, erfolgte eine Transkription der Interviews. Im Falle der Masterthesis wurde eine literarische Umschrift gewählt. Bei dieser Art der Transkription wird auch der Dialekt im gebräuchlichen Alphabet wiedergegeben. Dadurch wird es bei der Auswertung ermöglicht, den Sprachgebrauch wieder genau hervorzurufen und auch die zwischenmenschlichen und unausgesprochenen Wertungen rekonstruieren zu können (Mayring 2002, S. 91).

Die Rekonstruktion der gesamten Interviewsituation wird vereinfacht, indem die Transkription zusätzlich kommentiert wurde und ein Postskriptum unmittelbar nach dem Interview erstellt worden ist. Die kommentierte Transkription hält in Klammern im Text Kommentare zu der ursprünglichen Transkription fest. Dies sind zusätzliche Informationen, die über das Wortprotokoll hinausgehen. Beispiele für solche Kommentare sind Pausen, Betonungen durch Anheben oder Senken der Stimme, Sprachbesonderheiten oder Kommentare zur Mimik und Gestik des Interviewten (Mayring 2002, S. 91-94). Für die Transkripte wurde eine Legende angelegt, um Pausen und Unterbrechungen und ähnliches durch Zeichen ersetzen zu können.

Ein Postskriptum sind wichtige Zusatzinformationen zu dem Interview, die durch das Interview selbst nicht gegeben wurden, beispielsweise Angaben zum Befragten, die dem

6 Methode

Interview nicht zu entnehmen sind (Persönlichkeit und Verhalten) und Besonderheiten der Interviewsituation, die der Interviewerin direkt nach dem Interview als bedeutsam aufgefallen sind (Lamnek 2010, S. 358). Sowohl die Legende der Transkripte als auch das Postskriptum sind dieser Thesis angehängt (s. Anhang B, S. 83 & S. 164f.).

Die transkribierten Texte werden anschließend, wie im folgenden Kapitel 6.4 „Datenanalyse“ beschrieben, anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert. Durch die genauen Angaben der Vorgehensweise sowohl bei der Vorbereitung und Durchführung der Interviews als auch bei der Analyse der Interviews wird anderen Sozialforschern die Möglichkeit gegeben, die Interpretation nachvollziehen zu können und damit wird eine Intersubjektivität des Forschungsergebnisses geboten. Dieses Prinzip nennt sich Explikation, welches sich laut Lamnek (2010) jedoch kaum vollständig erfüllen lässt. Er geht davon aus, dass das Regelwissen des interpretativen Paradigmas meist implizit und dem Anwender nicht bewusst ist, so dass die Forderung der Explikation schwierig umzusetzen sei (S. 23).

6.4 Datenanalyse

Die Analyse der Daten wurde, wie im vorherigen Kapitel erwähnt, anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Qualitative Inhaltsanalysen werten alle menschliches Verhalten oder Handeln repräsentierendes Material aus, um daraus Regelmäßigkeiten des sozialen Lebens ableiten zu können (Lamnek 2010, S. 445).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring unterscheidet sich von anderen Methoden, die auch mit der Analyse von Kommunikation, Sprache und von Texten zu tun haben in folgenden Punkten: Sie geht strikt systematisch vor und läuft dadurch nach expliziten Regeln ab. Durch die Einhaltung dieser Regeln wird es anderen ermöglicht, die Analyse zu verstehen, nachvollziehen und überprüfen zu können. Die Systematik sollte auch in der Auswertung so beschrieben sein, dass ein weiterer Auswerter sie ähnlich durchführen kann (Mayring 2015, S. 51). Des Weiteren wird der Text unter einer theoretischen Fragestellung analysiert und die Ergebnisse werden vom jeweiligen Theoriehintergrund interpretiert (Mayring 2015, S. 12f.).

Bei der Interpretation muss die Interpretin sich zunächst über das eigene Vorverständnis

6 Methode

und die eigene Vormeinung bewusst sein. Sie muss sich verdeutlichen, mit welcher Fragestellung sie den Text interpretiert und welche impliziten Vorannahmen sie hat (Mayring 2015, S. 30). Hierzu dient die vorherige Aneignung von Wissen durch gute Literatur- und Theorierecherche. Zudem wird die Analyse immer mit dem Hintergrund des Kommunikationszusammenhangs gesehen. Das wiederum bedeutet, dass das Material auch auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht wird (Mayring 2015, S. 50).

Durch ein vorheriges Eingliedern in ein Kategoriensystem, welches das zentrale Instrument der Analyse darstellt, wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse und eine Abschätzung der Reliabilität ermöglicht (Mayring 2015, S. 51f.).

Bei dieser Art der Interpretation werden nach Lamnek (2010) vier allgemeine Auswertungsphasen durchlaufen. Zunächst die in Kapitel 6.3 „Datenerhebung“ beschriebene Transkription, die relativ zeitaufwändig, jedoch notwendig für alle weiteren Analyseschritte ist. Als nächstes erfolgt eine Einzelanalyse, bei der alle Interviews einzeln einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen werden (S. 368). Diese wird im Anschluss an die vier allgemeinen Phasen detailliert beschrieben.

Die generalisierende Analyse erfolgt nach der Einzelanalyse und bezieht sich auf alle geführten Interviews. Es wird nach Gemeinsamkeiten in den Interviews gesucht und erste Schritte einer typisierenden Generalisierung können durchgeführt werden. Die Unterschiede sind gleich bedeutsam wie die Gemeinsamkeiten und somit müssen auch die Differenzen herausgearbeitet werden. Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben bei weiterer Analyse gegebenenfalls Grundtendenzen, die für einige oder alle Befragten typisch erscheinen (Lamnek 2010, S. 368f.).

Zum Schluss erfolgt die Kontrollphase. Es kann im Laufe der Interpretation zu induktiven Fehlschlüssen kommen; darunter wird eine falsche Ableitung von Einzelfällen auf das Ganze verstanden. Um diese Fehlschlüsse am Ende noch einmal zu überprüfen, werden erneut die gesamten Transkriptionen herangezogen und schon bei geringen Zweifeln ist es angebracht, die Originalaufnahmen noch einmal abzuhören und mit den Ergebnissen zu vergleichen (Lamnek 2010, S. 369).

Die in der zweiten Phase erwähnte inhaltsanalytische Auswertung erfolgt in der Masterthesis anhand der Techniken einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Mayring untergliedert den Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Schritten, die in der folgenden Abbildung 1 skizziert und im Anschluss genau dargestellt werden.

6 Methode

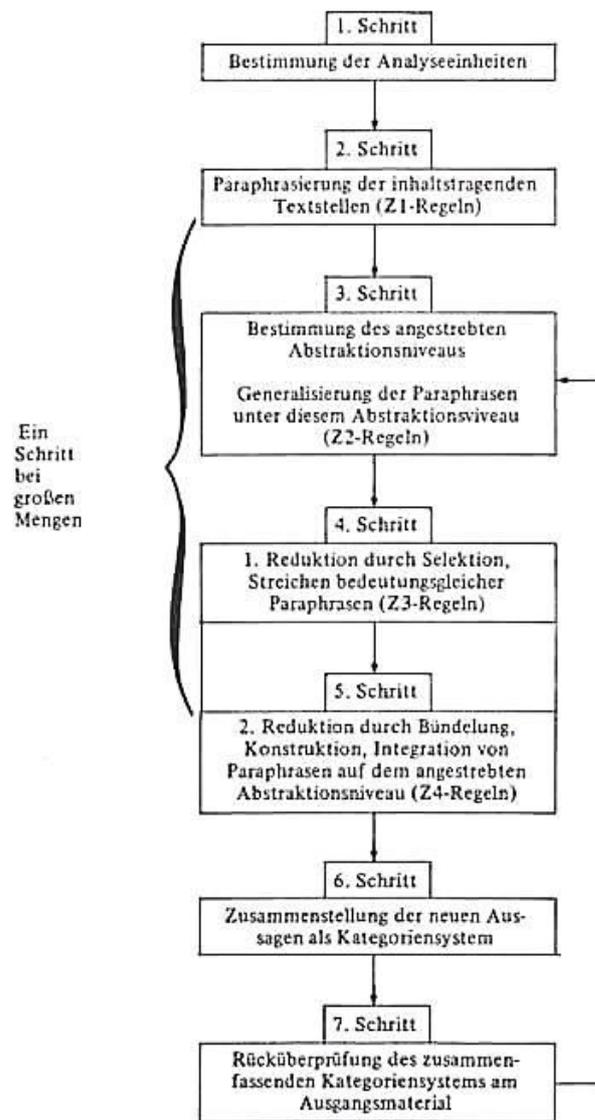


Abbildung 1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring 2015, S. 70)

Nachdem wie in Kapitel 6.3 „Datenerhebung“ die Materialerhebung genau beschrieben wurde, müssen im ersten Schritt der Inhaltsanalyse nach Mayring die Analyseeinheiten bestimmt werden. Hier wird in drei Analyseeinheiten unterschieden:

- „•Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.

6 Methode

- Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring 2015, S. 61).*

Im nächsten Schritt müssen die inhaltstragenden Textpassagen paraphrasiert werden. Dabei werden zunächst, wie in der ersten allgemeinen Auswertungsphase bereits beschrieben, alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile gestrichen. Das bedeutet, alle ausschmückenden, wiederholenden oder verdeutlichenden Redewendungen werden weggelassen. Die übrigen Textteile werden in eine einheitliche Sprachebene übersetzt und in eine grammatikalische Kurzform transformiert (Mayring 2015, S. 72). Im dritten Schritt der Inhaltsanalyse wird ein Abstraktionsniveau für verschiedene Paraphrasen festgelegt. Alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, müssen verallgemeinert und auf die gleiche Weise generalisiert werden. Im Zweifelsfall werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen. Als nächstes können bedeutungsgleiche und nichtssagende Paraphrasen gestrichen werden. Dann erfolgt in einem zweiten Reduktionsschritt eine Bündelung der Paraphrasen, die sich im gesamten Material verstreut aufeinander beziehen und durch eine Kernaussage wiedergegeben werden können. Dabei ist am Ende darauf zu achten, ob die entstandenen Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentieren. Das bedeutet, alle ursprünglichen Paraphrasen müssen im entstandenen Kategoriensystem aufgehen (Mayring 2015, S. 71).

Je nach der Menge des Ausgangsmaterials werden diese Schritte erneut wiederholt, indem das Abstraktionsniveau auf einer noch höheren Ebene festgelegt wird. Durch dieses Vorgehen bleiben am Ende nur noch die Kernaussagen übrig, die es gilt genauer zu erforschen und woraus Hypothesen generiert werden können (edg.). Diese Vorgehensweise in der vorliegenden Forschung wird anhand einer Tabelle dargestellt, die im Anhang angefügt wird (s. Anhang C, S. 166-177).

7 Ergebnisse und Hypothesen

Da die Daten durch frei berichtete Interviews erhoben wurden und nicht mithilfe eines systematischen Antwortkatalogs, können die Ergebnisse lediglich Aufschluss darüber geben, ob die Patienten der zwei Gruppen „sich hinsichtlich ihrer Nennungshäufigkeit in bestimmten inhaltsanalytisch ermittelten Kategorien unterscheiden“ oder gleichen. Anhand dessen ist es möglich Hypothesen aufzustellen, die wiederum wissenschaftlich überprüft werden können (Barghaan, Lang, Lotz-Rambaldi, Koch & Schulz 2005, S. 21f.).

In der Schilderung der Auswertung werde ich systematisch vorgehen und mich an die Themenblöcke halten, die ich in den Leitfadeninterviews gewählt habe. Der erste Themenblock behandelt das Thema „Abschied im Allgemeinen“, der Zweite das Thema „Abschied innerhalb der Therapie“ und der Dritte den „Abschied von der Therapie“.

Zunächst fiel bei der Auswertung auf, dass alle Patienten beim Thema Abschied nur die Abschiede beschrieben und aufzählten, die sie während ihrer Konsumzeit erlebt haben. Keiner der Patienten berichtete von Abschieden aus seiner Kindheit. Einer der Patienten berichtet jedoch von dem Abschied von seinem Vater, der ihn und seine Familie ohne Vorankündigung verlassen hat, wodurch der Patient kriminell und abhängig geworden ist (P1: S. 85f., Z. 83-104). Daher steht auch dieser Abschied des Patienten im Zusammenhang mit seiner Zeit des Konsums.

Aus diesem Ergebnis lässt sich schließen, dass Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung die Abschiede aus ihrer Kindheit und ohne Konsum nicht in den Vordergrund stellen. Für sie sind die Abschiede unter Drogeneinfluss entscheidende Abschiede, an die sie sich beim allgemeinen Thema Abschied erinnern.

Bei allen Patienten heißt es schon im ersten Themenblock, dass das Thema Abschied für sie auch im Zusammenhang mit Abschiednehmen von den Drogen und den damit verbundenen Verhaltensweisen steht. Wie aus dem Leitfaden entnommen werden kann, war die erste Frage ganz allgemein auf das Thema Abschied bezogen. Vier von den Patienten beantworteten bereits diese erste Frage mit folgenden Beispielen: Patient 1 antwortete: „Abschiednehmen von seiner Stadt oder irgendwas, ja oder Abschied von seinen Verhaltensmustern nehmen“ (S. 84, Z.13f.) oder Patient 5, der unter Abschied vieles auffasst „Abschied vom alten Leben, Abschied von in Anführungszeichen Kollegen, Abschied

7 Ergebnisse und Hypothesen

von Verhalten“ (S. 132, Z.5-7). Aus diesen Aussagen geht hervor, dass Menschen innerhalb der Therapie viele Abschiede angehen und verarbeiten möchten.

Drei der Patienten beschreiben auch die Trennung von Menschen als Abschied, worauf im Folgenden noch weiter eingegangen wird.

Von den Patienten wird Abschied als endgültig und schmerzhaft erlebt. Sie sagen außerdem, dass positive Erlebnisse den Abschied erschweren.

Die Patienten, die am Ende ihrer Therapie von mir interviewt wurden, haben alle unter dem Wort Abschied im ersten Themenblock auch den Abschied von ihrer jetzigen Therapie verstanden. Sie fassen den Abschied von der Therapie als schweren Abschied auf. Zum einen, weil sie sich meist an keinen Abschied erinnern können, den sie ohne den Einfluss von Drogen erlebt haben und somit keine angemessene Strategie entwickelt haben, mit Abschieden umzugehen. Zum anderen sagten sie, dass die positiven Erlebnisse in der Therapie am Ende überwiegen, wodurch der Abschied noch schwieriger werde. Daraus lässt sich schließen, je mehr positive Erlebnisse innerhalb der Therapie erfahren werden, desto schwieriger wird der Abschied aufgefasst.

Patient 4 beschreibt die Funktionalität seines Drogenkonsums als Mittel zur Verdrängung negativer Gefühle und Erleichterung bei Kontaktabbrüchen (S. 123, Z. 125 und Z. 131-140). Den Konsum zur Verdrängung negativer Gefühle setzt er in Zusammenhang mit dem momentanen Abschied von den Menschen, mit denen er positive Erlebnisse in der Therapie hatte (P4: S. 123, Z. 113-125). Durch diese Aussage können Rückschlüsse darauf gezogen werden, dass Menschen am Ende der Therapie, den negativen Gefühlen, die mit diesem Abschied einhergehen, wieder mit ihrer alten Strategie verdrängen bzw. bewältigen möchten.

Zudem war im ersten Themenblock auffällig, dass alle Patienten Formen von Vermeidungsreaktionen bei Abschieden beschrieben haben. Sie sind zu Beerdigungen nicht gegangen, bezeichnen Abschiede als unausgesprochen, gehen ihnen aus dem Weg, brechen Kontakte einfach ab. Letzteres wird von den Patienten bereits als Gewohnheit wahrgenommen und sie halten sich durch diese Vermeidungsreaktion ebenfalls die Möglichkeit offen, immer wieder zurückkehren zu können.

7 Ergebnisse und Hypothesen

Ganz deutlich wird diese Vermeidungsreaktion oder schon Vermeidungsstrategie bei Patient 4 Seite 121, Zeile 43-50:

„mich bei andern Leuten nicht mehr zu melden, das is irgendwann zur Gewohnheit geworden (...) den Abschied nich genommen hab, also halt ich mir noch n Hintertürchen offen“.

Daraus lässt sich schließen, dass Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung keine angemessenen Erfahrungen im Abschiednehmen gesammelt und sich durch den Konsum eine eigene Bewältigungsstrategie entwickelt haben.

Im zweiten Themenblock wurde das Thema Abschied mit der momentanen Therapie in Verbindung gebracht, in dem die Patienten im Interview gefragt wurden, welche Zusammenhänge sie zwischen ihrer jetzigen Therapie und dem Thema Abschied ziehen (s. Anhang A, S. 78-80).

Wie bereits im ersten Themenblock, führten die Befragten direkt das Thema Abschied von Drogen, alten Verhaltensweisen und Kriminalität an. Hinzu kam, dass sie Gründe nannten, wieso sie sich genau davon verabschieden wollen. Einige nannten die sportliche Leistung, die sie wieder erbringen möchten, andere wollten den Kontakt zu ihren alten Freunden wieder herstellen, die nichts mit Drogen zu tun haben und sie wollten ein zweites Leben beginnen.

Dieser Abschied bedeutet für alle Patienten aber nicht nur der Abschied von den oben aufgeführten Dingen, sondern zudem Abschied von ihrem alten konsumierenden Umfeld. Einige wollen die Stadt wechseln und andere waren im Zwiespalt, weil sie versuchten, die Leute getrennt von den Drogen sehen zu können. Patient 2 sagte: „es is ja auch in dem Sinne kein Abschied von den Personen, sondern eher von den Drogen (...) aber da die Droge und die Person einhergehen (...)“ (S. 103, Z. 265-274) oder weiter „So mit der Freundschaft is ja nichts, aber der Konsum is halt das Problem“ (S. 104, Z. 307f.).

An diesen Aussagen ist zu erkennen, wie schwer der Abschied von konsumierenden Freunden für die Menschen in der Therapie ist und wie zwiespältig sie diesem Punkt entgegensehen. Einerseits wollen sie den Kontakt zu konsumierenden Personen abbrechen, da sie befürchten, durch diese wieder rückfällig zu werden, andererseits sehen sie auch den Verlust einer häufig langjährigen Freundschaft.

Dieser Zwiespalt spiegelt sich auch in dem Abschiedsverhalten der Patienten gegenüber ihrer konsumierenden Kontakte wieder. Alle Patienten haben sich nicht aktiv von ihrem

7 Ergebnisse und Hypothesen

alten Umfeld und Bekannten verabschiedet, sondern den Kontakt einfach abgebrochen. Sie haben ihnen nicht geschildert, wieso sie keinen Kontakt mehr haben möchten. Nur ein Patient hat den Leuten gesagt, wieso der Kontakt beendet ist, wenn die nachgefragt haben. Auch das ist eine Vermeidungsreaktion bei Abschieden, die darauf hinweist, dass die Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung auch ohne Konsum während der Therapie noch keine angemessene Strategie zum Abschiednehmen entwickelt haben. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sie sich auch hier ein Hintertürchen offen halten, um noch einmal zu diesen Leuten zurückkehren zu können (S. 121, Z.43-50).

Eben wurde bereits erwähnt, dass einige Patienten unter dem Wort Abschied die Trennung von Menschen verstehen. Während der Therapie treten demnach immer wieder Abschiede für sie auf. Die Patienten leben mit vielen anderen Patienten für einen langen Zeitraum zusammen. Während dieser Zeit beenden gleichzeitig viele Patienten die Therapie. Daher müssen sie sich gegenseitig immer wieder voneinander verabschieden. Ein Patient sagte: „es is immer komisch, wenn dann einer von den, mit denen man eigentlich die ganze Therapie über hier war, vor einem geht“ (P5: S. 137f., Z. 273-288). Genauso treten während der Therapie auch abrupte Abschiede auf, wenn Patienten die Therapie abbrechen oder disziplinarisch entlassen werden. Bei disziplinarischen Entlassungen kommt es vor, dass die Patienten, die weiterhin in der Therapie bleiben, sich von den entlassenen Patienten nicht verabschieden dürfen, da der Kontakt durch das Personal unterbunden wird. Dies hat zur Folge, dass das Thema Abschied von Menschen innerhalb der Therapie beinahe ständig präsent ist.

Die Patienten am Ende der Therapie berichteten, sie wollen mit neuen Mitpatienten nicht mehr zu vertraut werden, um sich ihren eigenen Abschied von der Therapie zu erleichtern (P4: S. 127, Z. 313-325). Auch das kann als eine Art Schutzmechanismus bzw. Vermeidungsreaktion bei Abschieden gesehen werden.

Im zweiten Themenblock kam auch das Therapieende zur Sprache. Diesem sehen die Patienten, die am Anfang der Therapie stehen mit Freude und Neugier entgegen und die, die am Ende sind, mit Unsicherheit und Traurigkeit, aber auch mit guten Gefühlen. Ein Patient sagte: „ aber inzwischen (...) seh ich das ja als mein Zuhause mit an und ä ja wer verlässt schon gern sein Zuhause“ (P5: S. 140f., Z. 424-430). Hieraus geht die Traurigkeit über den bevorstehenden Abschied hervor. Der Großteil der Unsicherheit wird begründet aus der Angst, noch nicht alles erledigt zu haben und nicht zu wissen, was die Zukunft

7 Ergebnisse und Hypothesen

bringen wird. Die Unsicherheit bezüglich der Abstinenz ist ebenfalls ein bedeutsames Thema für Menschen in der Therapie. Alle Patienten beschreiben auf unterschiedliche Art und Weise, dass sie noch unsicher sind, ob sie wirklich abstinent bleiben können. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen: P2 stellte sich die Frage, ob das der konkrete Abschied von den Drogen ist, ob er da für immer die Finger von lässt (S. 106, Z. 426f.). P3 sagte deutlich, dass er Angst hat wieder die falschen Leute kennenzulernen und dann wieder rückfällig zu werden (S. 117, Z. 167f.). P4 wählte die Worte „Abschied wenn es klappt vom Konsum“, woraus auch seine Unsicherheit hervorgeht (S. 125, Z. 213). Die Worte von P5 waren deutlicher gewählt „Ich weiß, dass ich suchtkrank bin und das´ chronisch und deswegen mach ich mir nich allzu viele Hoffnungen und seh erst den kurzen Zeitraum (S. 143, Z. 556f.).

Das bedeutet, auch die Unsicherheit bezüglich der abstinenten Zukunft lässt den Abschied von der Therapie schwieriger werden. Die Therapie wird als geschützter Rahmen wahrgenommen, so dass eine Rückfallgefahr während der Therapie als geringer eingeschätzt wird. Dieses Thema überschneidet sich stark in den Themenblöcken 2 und 3. Alle Patienten äußerten in unterschiedlichen Kontexten, dass sie die Therapie als einen vor äußeren Einflüssen schützenden Rahmen wahrnehmen. Es wurde deutlich, dass es ihnen dadurch leichter gelingt, während der Therapie abstinent zu bleiben.

Die meisten sagten, dass sie auch nach der Therapie erst einmal weiter in einem etwas geschützteren Rahmen leben möchten. Sie fühlen sich noch nicht stabil genug, die Abstinenz ohne diesen Rahmen aufrecht zu erhalten.

Alle Patienten die am Ende der Therapie standen, hatten bereits die Anschlusslösung Adaption für sich entdeckt, geplant und die notwendigen Vorbereitungen dafür getroffen. Doch auch die Patienten am Anfang der Therapie hatten genauere Vorstellungen, wie sie den geschützten Rahmen beibehalten können. Einer wollte sich beispielsweise um einen Betreuer vom Jugendamt kümmern, um mit diesem nach der Therapie über seine Probleme sprechen zu können (P1: S. 94, Z. 500-504).

Wie bereits erwähnt, ist es den Patienten in der Therapie wichtig, in Gesprächen ihre Probleme besprechen und lösen, sowie ihre Gedanken sortieren zu können. Wie anhand des aufgeführten Beispiels ersichtlich, sind diese Gespräche selber Teil des schützenden Rahmens und möchte von den Patienten im Nachhinein weiter beibehalten werden. Dies äußerten sie ebenfalls im dritten Themenblock.

7 Ergebnisse und Hypothesen

Insgesamt haben die Patienten innerhalb der Therapie alle ziemlich genaue Vorstellungen davon, wie es nach der Therapie für sie weitergehen soll. Sie wissen, was sie in der Therapie erreichen müssen, um neu anfangen zu können. Die Hauptthemen hierbei sind Arbeit, Wohnung und Ortswechsel. Viele sehen der Arbeitsperspektive positiv entgegen. Sie haben genaue Vorstellungen davon, in welchen Arbeitsbereich es gehen soll und einige auch schon Vorerfahrungen durch Praktika oder ähnliches.

Alle von mir Interviewten gaben an, nicht zurück in ihr altes Umfeld gehen zu wollen und sich in einer neuen Stadt ein Wohnung suchen zu wollen. Diesen Gedanken hatten sowohl die Patienten, die erst am Anfang der Therapie standen, als auch die, die bereits am Ende interviewt wurden. Da wie in Kapitel 6.2.2 „Begründung der Auswahl der Patientengruppe und deren Beschreibung“ bereits ausgeführt, keiner der Patienten bereits Therapieerfahrung hatte, lässt sich folgende Erkenntnis aus diesen Aussagen ableiten: Egal wie viel Therapieerfahrung Patienten bereits haben bzw. wie lange sie sich bereits in Therapie befinden, sie wissen, dass ihr altes Umfeld sie wieder zurück in ihre alte Lebensweise bringen würde und sie sich dem Risiko aussetzen würden, rückfällig zu werden. Diese Themen bereits begonnen oder teilweise auch erledigt zu haben, helfen dabei, einen positiven Abschied von der Therapie gestalten zu können. So dass sich die Hypothese aufstellen lässt: Wenn die Zukunftsperspektive nicht mehr unsicher ist, dann ist ein gelungener Abschied von der Therapie möglich.

Wie bereits erwähnt, haben alle Patienten am Ende der Therapie entschieden, in Adaption zu gehen und auch die Patienten am Anfang der Therapie waren zwar noch nicht entschlossen, aber auch nicht abgeneigt, sich eine Anschlusslösung zu suchen.

Im Bezug zu den Verhaltensweisen, die die Patienten bereits im ersten Themenblock erwähnten, ergänzten sie in dem dritten Themenblock, dass sie den Abschiedsprozess von diesen Verhaltensweisen bereits von Anfang an begonnen haben.

Hierzu haben sie auch gewisse Strategien, die dabei helfen, die Verhaltensweisen zu verändern. So erwähnt ein Patient beispielsweise die Religion, zu der er sich nun bekannt hat. Diese unterstütze ihn, sein Moralbild zu verändern und durch Beten könne er entspannen und zur Ruhe finden (P1: S. 96, Z. 580-613).

Im dritten Themenblock trat bei zwei Patienten noch ein weiterer möglicher Abschiedsprozess zu Tage. Durch die Worte der Patienten, fiel mir auf, dass sie selbst über diese Erkenntnis überrascht und zugleich unsicher über den weiteren Umgang damit waren.

7 Ergebnisse und Hypothesen

Ihnen ist deutlich geworden, dass sie sich auch von ihrer Lieblingsmusik verabschieden müssen. Patient 1 sagte, er habe sich durch die Musik selbstmanipuliert und der Konsum wurde dadurch angeregt (S. 95, Z. 549-558). Auch Patient 2 wird durch die Musik in Gedanken um Konsum versetzt und kommt zu der Erkenntnis, dass er sich eigentlich sogar von der Musik und den Partys, auf denen diese Musik gespielt wird, verabschieden muss (S. 110, Z. 581-583). Durch die emotionale Beteiligung der Patienten in diesen Textpassagen wird die Intensität deutlich und ich habe wahrgenommen, dass das ein neues und sehr schwieriges Thema für diese Patienten ist. Wenn also ein Mensch im Zusammenhang mit bestimmter Musik konsumiert hat, dann führt diese zu Suchtdruck und es muss ein Abschied von der Musik stattfinden.

Über die Vorbereitung auf den Abschied von der Therapie waren die Patienten sich gar nicht einig und auch hier wird die Wichtigkeit dieses Themas deutlich. Denn da scheinbar gar keine zeitliche Regelmäßigkeit in der Abschiedsvorbereitung innerhalb der Therapie herrscht, sind die Patienten unschlüssig, wann die Vorbereitungen auf das Ende stattfinden sollen. In den Aussagen der Patienten waren von „nach den ersten sechs Wochen“ bis hin zu „in den letzten vier Wochen“ alle Zeitangaben vertreten. In der anschließenden Diskussion wird anhand von Literatur genau diese Unschlüssigkeit versucht zu strukturieren.

Auch im dritten Themenblock wurde das Thema Abschied als Trennung von Menschen erneut angesprochen. Dieses Mal aus der Perspektive derjenigen, die die Therapie verlassen und nicht die von Mitpatienten verlassen werden. Die Patienten haben Angst, das Gefühl von Geborgenheit zu verlieren. In der Therapie haben sie die Erfahrung gemacht, dass sich Menschen ernsthaft Sorgen um sie machen und das gibt ihnen ein Gefühl von Geborgenheit, welches sie nach der Therapie nicht verlieren möchten (P3: S. 119, Z. 275-279). Außerdem machen sie sich auch Gedanken darum, dass die Menschen, mit denen sie sich während der Therapie gut verstanden haben, die Abstinenz vielleicht nicht schaffen werden und sie sich dann von ihnen trennen müssen (P6: S. 164, Z. 731-737).

Außerdem geht aus den gesamten Interviews hervor, dass die Gespräche, die sie in der Therapie sowohl mit ihren Therapeuten als auch mit Mitpatienten führen, sehr wertvoll sind und sie einerseits ihren Gesprächsbedarf stillen können und andererseits auch gelernt haben, nach Hilfe zu fragen und über Probleme zu reden. Diese Gespräche bezeichnet ein Patient sogar als Abschiedsprozess von den Drogen (P2: S. 101f., Z. 185-190).

7 Ergebnisse und Hypothesen

Zum Schluss der Ergebnisse möchte ich gerne noch die Abschlussgedanken von den Patienten aufführen, die am Ende der Therapie stehen. Diese halte ich für sehr aussagekräftig. Sie wurden jeweils formuliert, nachdem die Hauptfragen des Leitfadeninterviews beendet waren und sie gegebenenfalls noch etwas ergänzen konnten. Sie sind alle drei auf unterschiedliche Bereiche von Abschieden bezogen und das macht sie so besonders und aussagekräftig. Zusammengefasst sind alle Abschiede aufgeführt, die mithilfe der Interviews durchleuchtet werden sollten.

Patient 4 sagte allgemein zu Abschieden:

„Abschiede wird's immer geben (-) uund ich sollt mir dessen bewusst sein (-) und die lieber mit einem lachenden und nem weinenden Auge entgegensehen als die komplett zu ignorieren“ (S. 131, Z. 509-511).

Patient 5 sprach vom Abschied von der Sucht, indem er sagte:

„Es is n harter Kampf, diese Sucht unter Kontrolle zu kriegen, aber (-) wenn man halbwegs diesen Schritt geschafft hat, kann ich's jedem nur raten, durchzugehen (-- es lohnt sich“ (S. 148, Z. 776-778).

Zu guter Letzt hat Patient 6 den Abschied von der Therapie aufgegriffen und gesagt:

„Ja ich sollte hier meinen Abschied jetzt mal in Angriff nehmen, glaub ich. Ich glaub, dann könnt ich auch zur Ruhe komm'“ (S. 164, Z. 746f.).

8 Diskussion

Dieses Kapitel dient der Zusammenführung des Theorieteils und der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung. Außerdem werden die eigenen Ergebnisse kritisch hinterfragt und mit weiterer Literatur untermauert.

Zunächst wurde im Kapitel 7 „Ergebnisse und Hypothesen“ deutlich, dass die Interviews vor dem Hintergrund der Schematherapie analysiert wurden. Um Zusammenhänge zwischen den Interviews zu verstehen, muss schließlich das Gesamtbild eines jeden Menschen betrachtet werden, was Ziel eben dieser ist.

Der Theorieteil diene unter anderem dazu, einen Einblick in die Schematherapie zu erlangen. Dadurch kann ein Verständnis von der Persönlichkeit der Patienten hervorgerufen werden. Von besonderer Bedeutung sind jedoch die Rückschlüsse über die Schemata der Patienten in Bezug zu Abschieden, die durch dieses Wissen gezogen werden können.

Bei der Analyse der Interviews wurde deutlich, dass die Patienten bei Abschieden ein Vermeidungsschema internalisiert haben. Sie haben durch ihre Abhängigkeitserkrankung die - in dem Theorieteil genannten - maladaptiven Bewältigungsmodi auch beim Thema Abschied aktiviert. Insbesondere konnten bei den Beschreibungen der Abschiedssituationen der Patienten Rückschlüsse auf den *distanzierten Selbstberuhiger* gezogen werden: Wie in Kapitel 4.4 „Mögliche maladaptive Schemata und Modi von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung“ beschrieben, versucht der Mensch in dem Modus des *distanzierten Selbstberuhigers* seine unangenehmen und schmerzhaft empfundenen Gefühle in einer Situation durch die Einnahme von Substanzen zu unterdrücken und eine aktive Ablenkung von Symptomen zu erzielen. Beispielsweise Patient 4 bestätigt diese Aussage, indem er sagt: „Konsumiert hab ich um negative Gefühle zu verdrängen“ (S. 123, Z. 125). Durch die Interviews wurde deutlich, dass Patienten eine Abschiedssituation als eine schmerzhaft und endgültige Situation empfinden. Sie bestätigten daher die Theorie des *distanzierten Selbstberuhigers* auch im Zusammenhang mit Abschieden, indem sie alle ihre Abschiede durch Konsum kompensierten, auch wenn sie dies teilweise bewusst und teilweise unbewusst vollzogen. In den Interviews war auffällig, wie bereits in Kapitel 7 „Ergebnisse und Hypothesen“ beschrieben, dass alle Patienten bei dem Thema Abschied nur an die Abschiede dachten, die sie während der konsumierenden Zeit erlebt haben. Kein Patient hat von Abschieden aus der Kindheit oder vor seiner Konsumzeit berichtet.

8 Diskussion

Hieraus lässt sich folgende Hypothese aufstellen: Wenn Menschen Abschiede viele Jahre durch Drogenkonsum kompensiert haben, dann haben sie diesen Abschiedsprozess internalisiert und einen maladaptiven Bewältigungsmodus für Abschiede entwickelt. Dieser wird unbewusst gesteuert und führt zur Ausführung von internalisierten Verhaltensweisen. Mit diesem Wissen ist eine Beantwortung der Frage, ob der bevorstehende Abschied von der Therapie mit Verhaltensrückfällen in Zusammenhang steht, möglich: Die Patienten äußerten, dass sie den Abschied von der Therapie als einen schwierigen Abschied auffassen, wenn die Therapie mit positiven Erinnerungen verknüpft ist. Auch Rieber-Hunscha (2005) beschreibt die Beendigung der Therapie als intensive intrapsychische Trennungsreaktion und Trennungsvorgang, wie bei anderen wichtigen Trennungssituationen (S. 1). Für solche Situationen haben Menschen durch die Konsumjahre ihren Modus des *distanzierten Selbstberuhigers* internalisiert und dieser hat ihnen immer geholfen, schwierige Abschiede zu verdrängen.

Beim Abschiednehmen von der Therapie werden sie an dieses Verhalten und dieses Schema erinnert. Sie wissen, dass es ihnen leicht gefallen ist, Abschiede mithilfe von Drogenkonsum zu verkräften bzw. zu verdrängen. Patient 5 beschreibt dies auf Seite 133f. in den Zeilen 84-112. Er kann sich an keinen Abschied erinnern, den er ohne Drogenkonsum erlebt hat und wollte Abschiede nie wahrhaben, „geschweige denn drüber reden oder es verarbeiten“ (S. 134, Z.109). Dieser Patient geht so weit zu sagen, dass für ihn die Drogen sein Therapeut waren (S. 134, Z.126).

Demzufolge kann von einem Zusammenhang zwischen dem Verhaltensrückfall und dem bevorstehenden Abschied gesprochen werden.

Mit dem Wissen um dieses Ergebnis kann eine Reduzierung der Verhaltensrückfälle von Patienten am Ende der Therapie erzielt werden. Indem die Therapeutin während der Therapie mit den Patienten den Fokus auch auf Abschiede aus der Konsumzeit legt und diese mit ihnen bearbeitet, können die Patienten korrigierende Erfahrungen machen und lernen, wie sie ohne Drogenkonsum mit schweren Abschieden umgehen können. Wie bereits im Kapitel 3.2 „Das Ende einer Therapie“ beschrieben, müssen Patienten während der Behandlung die Fähigkeit „entwickeln, Trennungen durchzustehen, Abschiede zu bewältigen und zu trauern“, um diese korrigierenden Erfahrungen machen zu können (Lehner & Sirch 1998, S. 51).

8 Diskussion

In der Mittelphase der Therapie soll laut Rieber-Hunscha (2005) zwar das Ende der Therapie in den Hintergrund rücken, da nur dann ein Einlassen auf sich selbst, ihre psychischen Funktionen, Störungen, Konflikte und die therapeutische Beziehung möglich sei, aber auch in dieser Phase sollten die Abschiede aus der Vergangenheit und weitere bevorstehende Abschiede nicht außer Acht gelassen werden (S. 3).

Es ist durch die qualitative Studie deutlich geworden, dass alle Menschen innerhalb der Therapie viele Abschiede nehmen müssen. Wenn Menschen in Therapie das Wort Abschied hören, fassen sie darunter wie in Kapitel 7 „Ergebnisse und Hypothesen“ beschrieben, viele Abschiede. Für sie heißt es, sich auch von Verhaltensweisen, Drogen, Kriminalität, ihrer Stadt beziehungsweise alten Umgebung, Musik, Freunden bzw. „Kollegen“ und manchmal auch vom Partner trennen zu müssen. Außerdem zählen sie auch die Abschiede von ihren Mitpatienten auf, die vor ihnen die Therapie verlassen.

Hier wird deutlich, dass die Therapie mit vielen Abschieden verbunden ist und diese innerhalb der Therapie bearbeitet werden müssen. Während der Interviews ist aufgefallen, dass weder die Patienten am Anfang, noch die Patienten, die am Ende der Therapie standen, sich viel mit dem Thema Abschied im Allgemeinen und mit dem Abschied von der Therapie befasst haben.

Diesem Thema und dem Ende der Therapie werde ich in meiner zukünftigen Arbeit in einer Therapieeinrichtung für drogenabhängige Menschen mehr Zeit widmen. Denn auch das Ende einer von Anfang an zeitlich begrenzte Therapie, wie sie durch die Kostenträger bei Therapien für Drogenabhängige vorgegeben ist, kann von Patienten als Abbruch wahrgenommen werden, wenn nicht genügend Raum für eine Abschlussphase gegeben ist (Rieber-Hunscha 2005, S. 2).

Rieber-Hunscha (2005) schreibt, dass häufig erst in der Abschlussphase die Trennungs- und Verlustthematik aktiviert wird und dadurch mit früheren Trennungserfahrungen beispielsweise in Träumen oder Phantasien assoziiert werden. Dies führt dazu, dass auch die Affekte der damaligen Verlusterfahrung in der Abschlussphase zu Bewusstsein kommen, auch wenn sich die Patienten eigentlich an diese Verlusterfahrung nicht mehr erinnern konnten (S. 5). Dies beschreibt den Vorgang eines Schemas, welches sich früh entwickelt hat und in bestimmten Situationen wieder aktiviert wird. Den Patienten sollte demnach schon frühzeitig das Ende der Therapie und die damit verbundenen Gefühle und Affekte angekündigt werden, so dass mit der Bearbeitung rechtzeitig begonnen werden kann.

8 Diskussion

In diesem Zusammenhang sollte es den Patienten auch gelingen, von Menschen während der Therapie nicht nur durch Kontaktabbruch Abschied zu nehmen. Alle Interviewten schilderten, keinen angemessenen Abschied von Menschen genommen zu haben, die sie nach der Therapie auch aus Selbstschutz nicht mehr treffen möchten. Freunde und Kollegen, mit denen sie in ihrer Konsumzeit gemeinsam konsumiert haben oder von denen sie die Drogen beschaffen haben. Hier wiesen alle interviewten Patienten Vermeidungsreaktionen auf. Dieses Verhalten muss durch professionelle Unterstützung sowohl thematisiert als auch verändert werden. Denn wie in Kapitel 3.1 „Zusammenhang zwischen Therapie und Abschied“ erwähnt, ist es für Suchtmittelabhängige ohne die Hilfe und Unterstützung von professionellen Helfern nicht möglich, sich von Situationen, Haltungen, Denkweisen oder Beziehungen zu verabschieden, die tief mit dem eigenen Selbst verbunden sind. Außerdem lassen sich, wie in Kapitel 7 „Ergebnisse und Hypothesen“ beschrieben, die Patienten durch diesen unausgesprochenen Abschied noch ein „Hintertürchen“ offen und das nicht nur zu den Freunden, sondern auch zur Sucht.

Anhand des Leitfadeninterviews wurden die Patienten, die am Ende der Therapie standen, zusätzlich dazu befragt, ob sie sich selbst an einen Verhaltensrückfall in der letzten Zeit erinnern können. Darauf antworteten alle drei Patienten, dass sie während der Therapie in alte Verhaltensweisen zurückgefallen sind, die sie bereits abgelegt oder verändert hatten. Jedoch hat keiner der Patienten einen Zusammenhang zu dem bevorstehenden Abschied gezogen, so dass sich die Ausgangsfrage, ob Verhaltensrückfälle den Abschied von der Therapie beeinflussen, anhand dieser Aussagen nicht beantworten lässt.

Dennoch wurde bereits ausführlich berichtet, dass der bevorstehende Abschied sehr schwer für die Patienten ist und sie Abschiede bisher immer durch ihre alten Verhaltensweisen bearbeitet haben und sich auch an keinen Abschied erinnern können, den sie ohne diese Verhaltensweisen erlebt haben. Dadurch liegt ein Zusammenhang äußerst nahe.

Doch auch auf eine weitere Hypothese, die in der Studie aufgestellt wurde, sollte ein größeres Augenmerk gelegt werden. Die Hypothese lautet: „Wenn die Zukunftsperspektive nicht mehr unsicher ist, dann ist ein gelungener Abschied von der Therapie möglich“. Durch die Interviews wurde mir bewusst, welch hohen Stellenwert auch die Zukunftsperspektive der Patienten hat. Alle äußerten gewisse Unsicherheit, was die Zukunft betrifft. Sie haben Angst, wieder in ihr altes Leben zurückzugehen und wieder zu scheitern. Die Patienten, die am Ende der Therapie standen, äußerten, noch keinen felsenfesten Plan für

8 Diskussion

ihre Zukunft zu haben, was sie verunsichere. Sie fühlten sich noch nicht bereit, die Therapie zu verlassen und einen neuen Schritt zu gehen. Die Angst vor der Unwägbarkeit der Zukunft kann die Entschiedenheit über den Neubeginn und den Abschied von der Therapie verringern (Rieber-Hunscha 2005, S. 93). Dadurch wird der Abschied selbst erschwert und ein Gefühl, die Therapie unvollendet zu verlassen, tritt ein.

Wenn die Ergebnisse der Datenanalyse mit dem Theorieteil auf weitere Übereinstimmungen untersucht werden, so fällt eine weitere Komponente ins Auge, die ich nicht unerwähnt lassen möchte. Im Kapitel 5.1.2 „Bindungsmuster in Bezug auf drogenabhängige Männer und deren Entwicklung von Substanzabhängigkeit“ wird die Droge als eine Art Bindungsfigur beschrieben. Menschen, die in ihrer Kindheit keine angemessene Bindung erfahren haben, erleben den Konsum von Substanzen als eine Art „Ersatzmutter“. Hieraus lässt sich schließen, dass für die Patienten der Abschied von den Drogen einem Abschied von einer engen Bezugsperson gleichkommt. Diese Erkenntnis ermöglicht es, sowohl den Patienten als auch deren Angehörigen, einfacher zu beschreiben, wieso der Abschied von der Sucht so schwierig ist. Verbunden mit genannter Unsicherheit bezüglich der Abstinenzenerwartung ist dies ein weiteres Thema, welches den Abschied von der Therapie erschweren lässt.

Insgesamt gehören die Themen „Bindung“ und „Bedürfnisse“, so wie sie in ihren jeweiligen Kapiteln beschrieben wurden, zum Abschiednehmen dazu. Wie der Abschiedsprozess bei unterschiedlichen Personen jeweils verläuft, wird durch die Schematherapie verdeutlicht.

Abschließend ist zu diesem Kapitel zu sagen, dass die Auswertung der Interviews nur unter der Berücksichtigung bestimmter Themenbereiche des theoretischen Parts gelingen konnte. Somit wurde es ermöglicht, bestehende Theorie mit neuen Erkenntnissen zu verknüpfen.

9 Fazit und Ausblick

Durch diese Masterthesis wurde deutlich, welche Abschiede innerhalb einer Therapie für drogenabhängige Männer berücksichtigt werden müssen und wieso der Abschied von der Therapie einen viel höheren Stellenwert einnehmen sollte.

Eine besondere Voraussetzung ist die gesicherte Zukunft, um einen positiven Abschied von der Therapie ermöglichen zu können. Menschen, die sehr unsicher sind, wohin es gehen soll und welche Zukunftsperspektive sie anstreben, können keine Stabilität in ihrer Abstinenzentscheidung erreichen. Alle Patienten gaben an, dass es ihnen, egal ob sie am Anfang oder am Ende der Therapie standen, äußerst wichtig ist, eine Wohnung und eine Arbeit zu haben. Sie benötigen eine gesicherte Unterkunft und Zukunft, um ihren Abstinenzgedanken zu festigen und um letztendlich die Therapie mit einem positiven Gefühl verlassen zu können.

In diesem Zusammenhang lässt sich auch das in der Überschrift der Masterthesis genannte Sprichwort sehr gut unterbringen „Das Ende ist immer gut und wenn es noch nicht gut ist, ist es noch nicht das Ende“ (Oscar Wilde). Menschen, die eine positive Zukunftsperspektive haben und sich auf das Leben nach der Therapie freuen können, sehen die Therapie als gelungen und können sich somit auch mit dem Ende der Therapie anfreunden. Sie sind bereit, den nächsten Schritt zu gehen und können die Therapie positiv beenden. Die Patienten, die sich über ihre Zukunft noch unsicher sind verhalten sich gemäß dem Sprichwort. Für sie ist es noch nicht das Ende, da sie sich unsicher sind, wie es weitergeht. Somit müsste für diese Patienten die Therapie noch weitergehen und nicht beendet werden.

Demnach sollte den Patienten ein individueller Abschluss der Therapie gegeben werden. Dies passt auch mit den Ergebnissen von Rieber-Hunscha (2005) zusammen, die wie in Kapitel 8 „Diskussion“ beschrieben, herausgefunden hat, dass auch die von den Kostenträgern vorgegebene Zeitbegrenzung einer Therapie für den Patienten als Abbruch wahrgenommen werden kann.

Für die genauere Erforschung dieser Hypothese wäre eine Langzeitstudie der Therapiebeendigung und der Rückfälle nach Beendigung der Therapie nützlich. Hierbei könnte zum einen ein Fokus darauf gelegt werden, wie sicher sich die Patienten auf ihr Zukunft vorbereitet fühlen und wie sich dieses individuelle Gefühl auf das Ende der Therapie und

9 Fazit und Ausblick

eventuelle Rückfälle auswirkt. Zum anderen könnte versucht werden, durch individuelle Anpassung des Therapieendes ein gelungeneres Ende zu erzielen. Um diese Studie durchführen zu können, müsste sich jedoch auch der Kostenträger dazu bereit erklären, diese Forschung zu unterstützen.

Es kann also festgehalten werden, dass schon jetzt dem Beginn der therapeutischen Beziehung eine besondere Bedeutung beigemessen wird, damit eine funktionierende Therapie stattfinden kann. Nicht zuletzt durch diese Masterthesis muss jedoch ergänzt werden, dass dem Abschied von der Therapie und auch von der Therapeutin eine gleich hohe Bedeutsamkeit beigemessen werden muss, um die funktionierende Therapie auch am Ende zu einem gelungenen Abschluss bringen zu können.

Neben der Bedeutung der Abschlussphase ist mir persönlich durch den ausführlichen Einblick in die Schematherapie bewusst geworden, wie wichtig es ist, auf die Schemata von Patienten in der Therapie zu achten und diese mit ihnen zu besprechen. In diesem Zusammenhang kann auch das Thema Abschied und das damit verbundene Schema besprochen und bearbeitet werden. Dem Patienten muss verdeutlicht werden, dass er auch dieses Schema zum Abschied internalisiert hat. Wodurch es immer wieder zu Rückfällen kommen kann, wenn in der Therapie nicht auf dieses Thema eingegangen wird.

Wie in der Diskussion schon deutlich erörtert, muss dem Thema Abschied insgesamt eine viel größere Bedeutung beigemessen werden. Dies gilt für alle im Leitfadeninterview aufgeführten Themenbereiche im Bezug zu Abschied „im Allgemeinen“, „innerhalb der Therapie“ und „von der Therapie“.

Wie bereits erwähnt, werde ich dank dieser Masterthesis in meiner zukünftigen Arbeit einen großen Wert darauf legen, wie die Patienten mit dem Thema Abschied bisher umgegangen sind und wie ich mit ihnen gemeinsam den Abschied von der Therapie individuell auf sie ausgerichtet, vorbereiten kann.

Hierfür wäre eine weitere Studie interessant, in der durch Fokussierung auf Abschiede während der Therapie versucht wird, eine Verringerung der Abbruchquote am Ende der Therapie zu erzielen. Doch auch ohne eine weitere Studie wird es für mich in meiner zukünftigen Arbeit interessant sein, auf das Thema Abschied im Allgemeinen und auf den Abschied von der Therapie einen größeren Fokus zu legen und zu evaluieren, ob daraus wirklich eine Verringerung der Verhaltensrückfälle am Ende der Therapie zu beobachten ist.

9 Fazit und Ausblick

Während der Bearbeitung dieser Masterthesis ist mir außerdem ein weiteres Forschungsthema eingefallen, welches sich im Bezug zu Abschiednehmen und Therapie sinnvoll ergänzen ließe. Hierbei handelt es sich um die Forschungsfrage, „Was machen disziplinarische Entlassungen oder Abbrüche von Mitpatienten mit den Patienten, die in der Therapie bleiben?“. Während meiner Arbeit in einer Therapieeinrichtung habe ich die Erfahrung gemacht, dass gerade bei Konsum in den Räumen der Einrichtung eine sofortige disziplinarische Entlassung folgt. Dies bedeutet für die Patienten eine sofortige Kontaktsperre zu Mitpatienten und sie müssen die Therapie auf direktem Wege verlassen.

Die Patienten, die die Therapie nicht verlassen, haben ebenfalls Kontaktverbot. Dies gleicht also dem Kontaktabbruch, den sie mit ihren alten konsumierenden Kontakten ebenfalls pflegen. Dies wurde in dieser Thesis als Vermeidungsreaktion und Offenhalten eines „Hintertürchens“ offenbart. Müsste den Patienten dann in diesem Fall nicht auch ein anderer Abschied voneinander geboten werden? Die Beantwortung dieser Frage, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und wäre somit für eine weitere Forschung interessant.

Insgesamt ist zu der Arbeit zu sagen, dass mir persönlich das Thema Abschied näher gebracht wurde und ich diesem in meiner Arbeit mit drogenabhängigen Menschen einen höheren Stellenwert beimessen werde. Dies gilt zum einen für die Abschiede, die die Patienten bereits in ihrem Leben genommen haben oder auch noch neu und ohne Konsum erleben müssen. Zum anderen sind auch die Abschiede gemeint, die sie in der Therapie machen müssen. Vor allem werde ich dem Abschied von der Therapie in Einzel- und Gruppentherapie einen höheren Stellenwert geben und ihn mit den Patienten gut vorbereiten. Ob es dadurch gelingen wird, die Rückfälle in die Sucht oder in andere Verhaltensweisen zu verhindern, ist zwar noch nicht bewiesen, doch es ist deutlich geworden, dass dieses Thema äußerst bedeutend für ein gelungenes Therapieende ist.

Literaturverzeichnis

- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: An experimental and social study*. New York: Cambridge University Press.
- Berbalk, H. H. & Young, J. E. (2009) Schematherapie. In J. Magraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 646-667). New York: Springer.
- Böning, J. (2002). Neuropsychobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Therapiekonzepte. In A. Heigl-Evers, I. Helas, H. Vollmer & U. Büchner (Hrsg.), *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (S.29-45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Helffferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2014). *Schematherapie. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Jacob, G., van Ganderen, H. & Seebauer, L. (2011). *Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern – ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch*. Basel: Beltz Verlag
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lindner, W.-V. (1991). Trennung, Abschied, Trauer. In A. Heigl-Evers et al. (Hrsg.), *Suchttherapie*. (S. 181-189). Göttingen: Vandenhoeck.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Piaget, J. (1937/1974). *The child's construction of reality*. London: Routledge and Kegan

- Paul.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. & Young, J. E. (2013). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Reiss, N., Vogel, F. & Knörnschild, C. (2016). *Schematherapie bei Patienten mit aggressivem Verhalten. Ein Therapieleidfaden*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Reusch, Y. & Valente, M. (2015). *Störungsspezifische Schematherapie. Anwendung im stationären Setting*. Basel: Beltz Verlag.
- Rieber-Hunscha, I. (2005). *Das Beenden der Psychotherapie. Trennungen in der Abschlussphase*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Roediger, E. (2009). *Praxis der Schematherapie. Grundlagen – Anwendung – Perspektiven*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Roediger, E. (2014). *Wer A sagt muss noch lange nicht B sagen. Lebensfallen und lästige Gewohnheiten hinter sich lassen*. 2. Auflage. München: Kösel-Verlag.
- Schwartz, B. & v. Flowers, J. (2015). *Was Therapeuten falsch machen. 50 Wege, ihre Klienten zu vergraulen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. 2. Auflage. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Seiffge-Kranke, J. & Cinkaya, F. (2017). *Behandlungsabbrüche: Therapeutische Konsequenzen einer Metaanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Simonsen, D. (1990). *Abhängigkeit und Loslösung. Psychodramatische Ansätze in der stationären Langzeittherapie mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Yablonsky, L. (1990). *Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit*. Basel: Beltz Verlag
- Zens, C. & Jacob, G. (2012). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In H. H. Stavelmann (Hrsg.), *KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie*. (153-178). Basel: Beltz Verlag.
- Zens, C. & Jacob, G. (2014). *Schwierige Situationen in der Schematherapie*. Basel: Beltz Verlag.

Zeitschriftenartikel

- Aichmüller, C. & Soyka, M. (2013). Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen. Behandlungskonzept der Spezialstation der Privatklinik Meiringen. Suchtmedizin, S. 21-32.
- Aurora, E. (2003). Therapieabbruch. Musiktherapeutische Umschau, 24, S. 10-18.
- Barghaan, D., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U. & Schulz, H. (2005). Therapieabbrüche in der stationären Psychotherapie. Eine kontrollierte Interviewstudie zu Verlauf, Motiven und Behandlungsergebnis. Psychotherapeut, S. 16-23.
- Kiefl, W. & Lamnek, S. (1984). Qualitative Methoden in der Marktforschung. Planung und Analyse, 11/12, S. 474-480.
- Lehner, A. & Sirch, S. (1998). Sucht – Abschied – Neubeginn. Sozialtherapeutische Ansätze zum Erleben und Bewältigen von Abschiedsprozessen in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen. Teil I. Therapie kreativ, 20, S. 38-57
- Martens, U., Rempel, I., Zipfel, S., Enck, P. & Teufel, M. (2014). Behandlungsabbrüche während einer stationären Psychotherapie. Zeitung Psychosom Med Psychother, 60, S. 238-250.
- Strucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. Psychotherapeut, 52, S. 16-23.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. & Beutel, M. (2008). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Auf welche Art und wann beenden Patienten vorzeitig eine stationäre Psychotherapie?. Zeitung Psychosom Med Psychother, 54, S. 241-262.

Anhang A: Interviewvorbereitung

Leitfadeninterview

1. Themenblock

Abschied: Offene Fragestellung: Als erstes interessiert es mich, was Sie unter „Abschied“ verstehen. Können Sie mir bitte erzählen, was Sie als Abschied auffassen?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Abschied und Kummer	Was bringen Sie mit Abschied gedanklich noch in Verbindung?	Haben Sie schon einmal Abschied nehmen müssen, ohne sich verabschieden zu können?
Abschied und Abbruch	Was geht Ihnen bei dem Thema Abschied noch durch den Kopf?	Wie schwer fällt es Ihnen Abschied zu nehmen?
Abschied und Verarbeitung	Gibt es sonst noch etwas?	Wie haben Sie Abschiede bisher erlebt?
Pos. und neg. Abschiede	Können Sie das noch etwas genauer schildern?	Wie sind Sie mit Abschieden in Ihrem Leben bisher umgegangen?
Abschied für begrenzte Zeit	Und sonst?	Welche Gefühle kommen bei dem Thema Abschied in Ihnen auf?
Abschied für immer	Das interessiert mich noch etwas mehr? Können Sie es noch etwas ausführen?	
Abschied ohne Abschied zu nehmen		Versetzen Sie sich doch bitte noch einmal in die damalige Situation. Erzählen Sie doch mal, wie war das?

Anhang A: Interviewvorbereitung

2. Themenblock

Abschied und Therapie: Als nächstes würde ich gerne von Ihnen erfahren, wie Sie Abschied und Therapie in Verbindung bringen. Was bedeutet für Sie Therapie im Zusammenhang mit Abschied?

Abschied von alten Verhaltensweisen	Das würde ich gern noch etwas genauer von Ihnen hören.	Welche Verhaltensweisen möchten Sie nach der Therapie abgelegt haben?
Abschied am Ende der Therapie		Welche Gedanken und Gefühle kommen in Ihnen auf, wenn Sie an den Abschluss der Therapie denken?
Abschied von alten „Freunden“ und „Bekanntem“		Haben Sie Menschen in Ihrem Leben, zu denen Sie nach der Therapie besser keinen Kontakt mehr haben möchten? Haben Sie während der Therapie schon Kontakt zu Menschen beendet?

3. Themenblock (für Patienten am Anfang der Therapie)

Vorbereitung auf Abschied: Als letztes würde ich gerne noch wissen, wie Sie sich die Vorbereitung auf das Ende der Therapie vorstellen?

Zeitplan der Vorbereitung		Ab wann sollte die Vorbereitung auf den Abschied stattfinden?
Abklärungen vor Beendigung der Therapie		Was sollte alles geklärt sein, um leichter Abschied nehmen zu können?
Bereitschaft Abschied zu nehmen		Woran würden Sie merken, dass Sie noch nicht bereit für den Abschied sind?

3. Themenblock (für Patienten am Ende der Therapie)

Vorbereitung auf Abschied: Als letztes würde ich gerne noch von Ihnen wissen, wie Sie sich bisher auf das Ende der Therapie vorbereitet fühlen?

Zeitplan der Vorbereitung		Ab wann fand die Vorbereitung auf das Ende der Therapie statt?
Abklärungen vor Beendigung der Therapie		Was wurde bereits alles für den Abschied von der Therapie geklärt? Was muss unbedingt in den

Anhang A: Interviewvorbereitung

		letzten Wochen noch geklärt werden?
Bereitschaft Abschied zu nehmen		Fühlen Sie sich momentan bereit die Therapie zu beenden?
		Was hilft Ihnen Abschied von der Therapie zu nehmen?

Schlussfrage:

Ja, nun haben wir einiges besprochen! Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Anhang A: Interviewvorbereitung

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am __.__.2016 von Frau Boltz geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und verschriftlicht werden darf im Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Masterthesis.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftlichte Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ort, Datum,

Unterschrift.....

Zusicherung der Anonymität der Aufzeichnungen – Information für die Befragten

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Die Interviewerin und alle Mitarbeiter der Studie unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet, d.h. Sie dürfen außerhalb der Studiengruppe mit niemandem über die erhobenen Interviews sprechen.

Der Datenschutz verlangt, dass wir Sie über unser Vorgehen informieren und Ihre ausdrückliche Genehmigung einholen, um das Interview auswerten zu können.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen ohne Angaben von Gründen verweigern.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir zeichnen das Gespräch auf, weil man sich so viel nicht auf einmal merken kann. Die Aufnahme wird abgetippt und Sie können die Abschrift bekommen, wenn Sie dies möchten. Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Ausschnitte werden nur zitiert, sofern eine Identifikation der Person ausgeschlossen ist.
- Wir anonymisieren, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts-, Straßennamen, sofern Namen während des Interviews erwähnt werden.
- Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird gesondert aufbewahrt. Sie dient einzig und allein dazu, bei einer Überprüfung durch den/die Datenschutzbeauftragte/n nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht in Verbindung gebracht werden.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, mir ein Interview zu geben! Bei Fragen, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir – Ira Boltz – auf.

Datum:

Unterschrift durch die Interviewerin:

Anhang B: Transkripte

Legende und Hinweise zur Transkription

- Es wurde vollständig und wörtlich transkribiert, dh. es wurde auch nach Gehör transkribiert und weggelassene Buchstaben oder Wörter wurden nicht hinzugefügt. Teilweise aber durch ein Semikolon erkenntlich gemacht
- „äh“ und ähnliches wurde mit transkribiert, um die Gedankengänge auch beim Lesen besser nachvollziehen zu können
- Bei Pausen, Stockungen und Ähnlichem wurden Gedankenstriche in Klammern verwendet → (-) = kurze Pause unter 3 Sekunden; (--) = längere Pause bis zu 5 Sekunden; (-6-) = Angabe der Pausenlänge in Sekunden
- Auch andere Auffälligkeiten, wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnlichem wurde in Klammern angegeben
- Alle anderen nonverbalen Merkmale, die zum inhaltlichen Verständnis wichtig sind, wurden ebenso in Klammern geschrieben
- Ausdrücke wie mhmh = zustimmend, emem = verneinend, hmm = nachdenkend, wurden dementsprechend immer gleich verwendet
- Wenn die Interviewerin gesprochen hat, wurde das I: für Interviewerin verwendet und für den Interviewpartner, sprich den Patienten, wurde ein P: für Patient verwendet.
- Unterbrechungen oder abgebrochene Worte und Sätze wurden mit / gekennzeichnet

Transkripte der Interviews

Interview am 08.11.16 Patient 1

1. Themenblock

- I: Also es geht um das Thema Abschied, hatte ich ja Ihnen schon eben gesagt.
P1: mhm
- 5 I: und als allererstes würde mich interessieren, was sie persönlich in Ihrem Leben unter Abschied verstehen, also was fassen sie darunter auf?
P1: Ja Abschied ä da versteh ich jetzt Trennung drunter zum Beispiel
I: mhmh
P1: ähmm, joa, unter Abschied, ja unter Abschied versteh ich jetzt selber halt nur das
10 Wort Trennung sag ich mal. Vom Lebenspartner trennen oder sonstiges von Freunden trennen
I: mhmh
P1: Abschiednehmen von seiner Stadt oder irgendwas,(-) ja oder Abschied von seinen Verhaltensmustern nehmen
- 15 I: mhmh, können Sie mal, wenn sie mal so Ihr Leben so Revue passieren lassen mal ne Situation überlegen, wo Sie persönlich Abschied nehmen mussten?
P1: hmmm von meiner verstorbenen Oma musst ich Abschied halt nehmen. Äm (--)
I: Können Sie die Situation vielleicht mal etwas genauer beschreiben? Wie das war für Sie, was Sie/
20 P1: Ja ich musste das, äh ja also morgens hat mir meine Mutter das erzählt halt, dass meine Oma verstorben ist über Nacht. Und äh, erst hab ich das gar nicht realisiert also mir kam das nicht echt vor und dann halt mit der Zeit äh ein zwei Wochen hab ich erst mal nachgedacht und dann hab ich halt immer so Stück für Stück weiter davon Abschied genommen, joa, zur Beerdigung bin ich hingegangen, ja,
25 dann war das eigentlich vorbei. Oder von Verhaltensmustern jetzt, jetzt besonders ä (schnalzt mit der Zunge) in der Zeit wo ich in Haft saß, hab ich halt Abschied immer mehr von so von so Gedanken und so genommen halt von Kriminalität et cetera sowas
I: Zum Beispiel?
30 P1: Ja ich hab vorher immer sehr viel Wert auf Geld und Status gesetzt und von diesen Gedanken halt nehm ich jetzt langsam immer mehr Abschied so dass ich hab realisiert für mich, dass man nicht Geld zum Glückhsein brauch halt. So was davon von diesen Verhaltensmuster leg ich ab, nimm Abschied.
I: Wie, wie ist dieser Prozess für Sie? Der findet im Moment noch statt?
35 P1: Ja, der findet im Moment noch statt ja.
I: und wi wie ist das?
P1: (atmet tief ein) ja ist nicht einfach, weil doch einige Sachen wieder dagegen sprechen und äm ist halt, sss sind so zwei Stimmen in meinem Kopf und diese Abschiedsphase wird dadurch die ganze Zeit unterbrochen.
- 40 I: Inwiefern?
P1: Ähm. Ja manchmal halt durch Stimmung, durch meine Stimmung. So wird das halt dann wieder sag ich mal als gut dargestellt obwohl das nicht gut ist und so.

Anhang B: Transkripte

- halt kriminell zu sein und alles mögliche. Nja
- I: Was, was für ne Stimmung kommt da in Ihnen auf?
- 45 P1: puhhh, ja je nach je nachdem ob ichs gut oder schlecht sehe, wenn wenn ichs gut sehe dann halt dann denk ich mir auch so ja bald biste draußen, dann kannst weitermachen, aber wenn ichs ähh halt negativ sehe so wie ichs eigentlich die meiste Zeit sehe, dann halt äh das so nicht weitergehen kann, wohin mich das gebracht hat und alles, dann kommt halt son Gefühl von Trauer und äh wie nennt
- 50 man das von ähm (-), man ärgert sich halt darüber ne?! Das man sowas gemacht hat
- I: mhmh
- P1: joa
- I: Und wie schwer würden Sie sagen fällt es Ihnen son Abschied zu nehmen?
- 55 P1: (atmet tief ein und aus) ja jetzt von dem Thema Kriminalität und sowas (-) sehr schwer eigentlich. Also das schon nicht leicht. Von Drogen als mit Drogen hab ich eigentlich schon für mich abgeschlossen, weil ich hab andere Sachen im Fokus und da hindern mich nur diese Drogen dran. Nur halt ääh, was schnelles Geld und sowas angeht (atmet tief ein) den Abschied von zu nehmen, das fällt mir noch
- 60 nicht ganz leicht, (-) weil da halt zu viel passiert ist, was was das auch unterstützt wieder. So der Bezug zu Geld ist verloren gegangen und ähm es ich sehe halt keinen Sinn darin lange arbeiten zu gehen, wenn alles schneller gehen kann.
- I: mhmh
- P1: Das isset halt das was immer diesen diese Phase unterbricht, obwohl ich nicht
- 65 weiß das es halt gut ist. Für mich, für meine Zukunft.
- I: Das heißt durch die Kriminalität ham s sind sie schnell an Geld ran gekommen?
- P1: Ja
- I: Und das ist das was Ihnen so schwer fällt
- P1: Ja genau, das ist halt immer dieser, ich weiß nicht wenn man 10000€ hat,
- 70 innerhalb von weiß ich nicht zwei Stunden oder so, dann muss man erstmal wieder lernen halt so hart verdientes Geld zu schätzen und das fällt mir halt noch schwer.
- I: mhmh
- P1: Ich geh immer noch mit meinem Geld um, was ich jetzt noch von meiner
- 75 Entlassung bekommen hab, als ob das halt (-) nichts wär so. Ich geb das direkt aus.
- I: Also können Sie sich von Geld eigentlich schnell verabschieden?
- P1: Ja
- I: Im Sinne von /
- 80 P1: Ja genau von Ausgeben.
- I: Okay. (-) Wenn Sie nochmal so über Ihr Leben nachdenken, mussten Sie schonmal Abschied nehmen ohne sich wirklich verabschieden zu können?
- P1: ähmm ja einmal bei der Trennung meiner Eltern. Als mein Vater morgens
- 85 gegangen is, äm, da konnt ich mich nicht verabschieden und ja das war ne ziemlich harte Phase, weil danach fehlte auch der Kontakt. Weil halt von beiden Seiten wurde also von meiner Mutter und von meiner Schwester aus wurde das halt n bisschen schlecht geredet, das mein Vater halt gegangen ist und so und ähm ja dann hatsch zwei Jahre (wie verschluckt) erstma kein Kontakt mehr (räuspert sich) und dann hab ich halt mit dem über alles geredet und um darauf
- 90 zurückzukommen, da konnt ich halt kein Abschied nehmen.

Anhang B: Transkripte

- I: Ja, (P1 räuspert sich wieder) das heißt der war morgens plötzlich weg?
- P1: Ja genau
- I: Okay. Wie alt waren Sie da und wie war was war das für Gefühl?
- 95 P1: Ich war da, elf war ich da glaub ich und (atmet tief ein und spricht laut) ja war komisch, so auf einmal was ganz anderes. Ich hab auch erst mal geweint, ne ziemlich lange Zeit und ähm ja hat mich halt schon so aus meiner Bahn geschmissen. Also erst kam dieser Schockmoment, da hab ich geweint, dann auf einmal war das wieder gut. Hab ich mir so gedacht, ja is egal und ähm dann halt mit der Zeit hat das so wie so ne Leere in mir ausgelöst. Joa und da fing das auch
- 100 alles an (-) zu passieren mit Kriminalität und sowas und ja, das war halt das Gefühl zu der Zeit.
- I: Würden Sie sagen, das hatte einen Zusammenhang, dieses Gefühl von Leere und das die Kriminalität?
- 105 P1: Ja auf jeden Fall. Weil das war auch n bisschen zu dieser Zeit. Meine Mutter, die war selber sehr stark belastet dadurch. Ähm, weil die haben sich auch vorher schon immer gestritten und etliche Male über Tennung und sowas geredet und äh ja dann war das dann war das auf einmal da, meine Mutter kam da selbst gar nicht mit klar, die war auch überfordert, mit Wohnungsuche und so wir mussten ausm Haus ausziehen und äähm dann zu der Zeit war meine Mutter halt nicht mehr äh
- 110 so aufmerksam und fürsorglich äh und ja dann hat das halt angefangen, dann wollt ich glaub ich durch Anerkennung hab ich erst gehandelt und ja mein Freundeskreis hat sich dann auch geändert, also sehr starke Anerkennung hab ich gesucht, ja, das hat dann auch am Anfang geklappt, aber mit der Zeit halt gings nur noch um Geld.
- 115 I: mhmh
- P1: Joa
- I: Und wie kam es dann das der Kontakt wieder stattfand?
- 120 P1: Äähm, das wurd ausgelöst, ich bin in Haft gegangen mit äh 15 ja mit 15 bin ich in Haft gegangen und danach hab ich meinen Vater halt wiedergesehen und ja dann ham wir halt erstmal lange geredet und ähm ich hab dem alles erzählt was passiert ist und et cetera und ja dann ham hat der mir mal aus seiner Sicht alles genau erzählt. Ja und jetzt hab ich so zwei Ansichten die jetzt auch mit der Zeit, ist ja schon Jahre her, die sich dann auch jetzt nochmal verändert haben und äh eigentlich hab ich mit diesem Thema jetzt schon für mich selber Ruhe gefunden.
- 125 I: mhmh
- P: Durch Ich äm ja, (lauter) meine Mutter kann da immer noch nicht so mit umgehen (räuspert sich), die redet manchmal noch halt schlecht dann so über meinen Vater aber lässt die mittlerweile auch sein weil ich der halt gesagt hab, dass mich das stört. Genau dasselbe bei meinem Vater auch und ähm ja, die müssten eigentlich ihr Problem eigentlich mal klären
- 130 I: mhmh
- P1: dann wär glaub ich alles komplett vorbei
- I: Also hab ich das richtig verstanden, dass Sie jetzt nicht mehr wollen, dass Ihre Mutter schlecht über Ihren Vater redet /
- 135 P1: Ja genau
- I: genauso wie Ihr Vater dann nicht mehr schlecht über Ihre Mutter redet, so dass Sie mit beiden /
- P1: Ja genau harmonieren.

Anhang B: Transkripte

- I: Okay (--) und das war dann unmittelbar nach de nach Ihrer ersten Haftzeit, nach
140 der Haftzeit?
P1: Ja genau, hmhm. Die Trennung war auch nich, die war nich mit elf, die war zwölf
zwölfhalb so.
I: Okay
P1: Wenn ich jetzt nochmal zurückbr ä blicke, weil da war da hatten wir zwei Jahre
145 keinen Kontakt und mit fünfzehn oder ja mit fünfzehn bin ich inhaftiert worden.
I: Jaa und dann nach der Haftzeit
P1: Ja genau hatten wir dann wieder Kontakt
I: Okay. (--) Okay. (-)Fällt Ihnen sonst noch etwas dazu ein, so zum Thema
Abschied, wenn Sie jetzt drüber nachdenken, in Ihrem Leben, wie Sie Abschiede
150 erlebt haben. (-) Im Allgemeinen.
P1: Ja Freundeskreis auch so, Freundeskreis hat sich distanziert, da ich mehrere
Schulen gewechselt hab und ä ja das war halt auch immer so ein kleiner Abschied.
I: mhmh
P1: Aber das, da ich hab schnell immer wieder neue Freunde gefunden. Deswegen hat
155 mich das jetzt nicht so mitgenommen sag ich mal.
I: Okay (P im Hintergrund mhmh), das heißt langjährige Freundschaften existieren
aber bei Ihnen oder?
P1: Ja, ja
I: Das schon
160 P1: Ja ja genau, da da gabs auch nie wirklich n Abschied, zu meinen besten Freunde
halt, die ich schon acht Jahre oder so kenne.
I: Jaha
P1: Da gabs noch nie nen Abschied.
I: Die haben Sie auch über die Haftzeit hinweg begleitet und /
165 P1: Ja über alles
I: Okay, sind die dann auch aus der also haben die auch was mit der Kriminalität zu
tun oder sind das /
P1: Ja am Anfang, ich hab die n bisschen mitgerissen und äh, aber die die ham dann
damit aufgehört und so aber haben trotzdem noch zu mir gestanden. Ähm joah
170 und sonst jetzt halt während meiner Haftzeit waren die immer für mich da und so
I: mhmh
P1: Deswegen
- 2. Themenblock**
- I: Okay (-). Dann komm wir mal zum nächsten Themenblock sozusagen
175 P1: Ja
I: Da würd ich gerne von Ihnen erfahren, wie Sie Abschied und Therapie in
Verbindung setzen, also vor allem Ihre jetzige Therapie, was verbinden Sie da mit
dem Thema Abschied?
P1: Ja (-) also generell von meinem alten von meinem von meinem alten
180 Tagesstruktur und allem möglichen. Von meinen Ansichten ähm (-) ich möchte
halt hier mich von allen komplett distanzieren und halt verabschieden.
I: mhmh
P1: joa
I: Was ist alles? Also von allem
185 P1: Den Bezug zu Geld möcht ich wieder herstellen, den hab ich verloren. Und halt

Anhang B: Transkripte

von diesem von dieser Denkweise halt, dass ähm ja dass das halt, ich hab das für ne zeitlang halt als gerecht empfunden so, wenn ich Einbrüche oder so was gemacht hab und so, ähm von dieser Denkweise will ich mich halt auch verabschieden.

- 190 I: mhmh
P1: joa (Lauter) und halt von von Drogen und alles dass ich glaub ich war jetzt fünfzehn Monate weg, da hab ich schon für mich den Abschied geschafft, der Hauptgrund eigentlich warum ich keine Drogen mehr nehmen will, is wegen meiner sportlichen Leistungen. Also ich hab ne Zeit lang sehr viel Trainiert, Parcour Freerunning gemacht
- 195 I: Ah ja
P1: und äh das lässt sich halt nicht vereinbaren
I: mhmh
P1: und das ist eigentlich der Hauptfaktor auch, weswegen ich keine Drogen mehr nehmen will.
- 200 I: mhmh
P1: Der Sport. So
I: Wie würden Sie sagen, ist der Abschiedsprozess? Was was geht da so in Ihnen vor? (-)
- 205 P: Ja es, es is sehr schwer zu beschreiben.
I: Versuchen Sie`s mal
P: Puuh, ähm, (-) ja ich denk halt ich hab schon sehr viel nachgedacht, als ich weg war fünfzehn Monate und da hat das schon so angefangen, aber da war immer noch das Problem, dass ähm (-) dass immer jemand dazwischen gequatscht hat.
- 210 Sozusagen immer jemand ähm irgendwas erzählt hat irgendwelche Geschichten und so dann hat halt dieser dieser Prozess ausgesetzt wo ich eigentlich immer mehr dachte also denke, dass das schlecht ist und dann ging das immer wieder so`n Stück zurück
I: Fünfzehn Monate weg, heißt Sie waren in Haft /
- 215 P1: Ja genau
I: Jetzt die letzten fünfzehn Monate und da war jemand /
P1: Ja so halt mehrere Leute die sag ich mal halt Geschichten da erzählt ham und dann hat halt wieder wenn dieser Prozess jetzt am laden ist, sagen wa ma dann ging der immer wieder so`n Stück zurück (Zeigt dies auf der Tischplatte mit den Fingern).
- 220 I: Ja
P1: Ich komm also ich komm immer schon näher nur manchmal is es halt schwer weil es is einfach so einfach. Also ich saß auch nich in Haft wegen ähm wegen irgendwelchen ähm Einbrüchen oder so, ich saß nur wegen Körperverletzung, das war auch was Persönliches.
- 225 I: Okay
P1: Das hatte nichts mit Geld zu tun und es ist einfach so einfach halt (leise →) gewesen. Das is dieses Problem, das` der große Fokus.
I: mhmh
P1: Weil ich halt nicht erwischt wurde. Bei diesen Sachen
- 230 I: Okay, also das machts Ihnen schwer /
P1: Ja
I: das
P1: Ja

Anhang B: Transkripte

- I: komplett abzuschließen
- 235 P1: Ja genau
- I: Okay. Und wenn der Prozess vorangeschritten is, wie weit würden Sie sagen, wie weit warn sie schon?
- P1: Ich also ich bin jetzt aktuell bei 65%
- I: mhmh
- 240 P1: Würde ich sagen ungefähr, da würde ichs einschätzen. (nimmt tief Luft) und ähm es geht eigentlich jetzt auch mittlerweile wieder bergauf weil ja ä ich kann noch mehr zu Abschied erzählen. Eigentlich noch voll viele Sachen. Weil mit meiner Freundin das war auch so ne Geschichte, jetzt bin ich wieder mit der zusammen halt.
- 245 I: Jaha
- P1: und die stärkt mich halt auch extrem.
- I: Okay
- P1: Was das angeht und ähm joa (-) (lauter→) das ist halt so ne Stütze, dann ist nochmal die Religion ne Stütze für mich, die mir die mir auch davon abhält und so halt geht das halt immer weiter.
- 250 I: mhmh
- P1: voran jetzt
- I: Das heißt Ihre Freundin mit der sind Sie jetzt hier in Therapie wieder zusammengekommen?
- 255 P1: Ja genau, da gabs vorher äähm auch mehrere Abschiedsmomente eigentlich, wo ich dachte es ist endgültig vorbei, aber irgendwie ham wir immer wieder so zueinander zurück gefunden.
- I: mhmh
- P1: und ähm ja wir ham jetzt auch n klärendes Gespräch am Wochenende gehabt und äh ja das freut mich auf jeden Fall also (kleines lachen) macht mich extrem glücklich schon, weil ich hatte jetzt in den ganzen fünfzehn Monaten zwei mal Besuch von der
- 260 I: Jaha
- P1: und kein Kontakt über Brief, weil das halt äähm auch schwer für sie war, weil sie is ers öhm so also in den letzten fünf Monaten Haft hab ich das ers angefangen zu realisieren, dass ich eigentlich ähm dass das das das nuch ihre Schuld is und so, wenn die nich kommt und so, weil das ist ja eigentlich meine Schuld, dass ich da bin.
- 265 I: mhmh
- P1: und äh dass ich der halt nichts vorwerfen kann, am Anfang war ich nämlich erst sauer auf die und alles mögliche, wir waren auch während der ganzen Zeit jetzt also getrennt, schon vorher ham wir uns getrennt halt, wegen auch wegen dieser kriminellen Lebensweise
- I: mhmh
- 275 P1: ja und ähm (-) ne jetzt is halt alles so ich fühl mich halt so sauber von den ganzen Problemen von diesem ganzen Trennungsschmerz und alles.
- I: Wie fühlt sich das an? Also können Sie das genauer beschreiben?
- P1: Am Wochenende war ich die ganze Zeit am grinsen. (Lacht) Also extrem glücklich bin ich halt damit ne? So, kann man gar nich in als ob ich so neu verliebt bin oder so, so fühlt sich das an.
- 280 I: Okay

Anhang B: Transkripte

- P1: Ja (-6-)
- I: Wenn Sie jetzt nochmal das Thema Abschied und Therapie in Verbindung setzen,
- P1: mhmh
- 285 I: Falln Ihnen da noch mehr Dinge ein?
- P1: (Atmet hörbar) (-7-) Ja das was ich halt jetzt gesagt hab, mehr fällt mir da eigentlich nich zu ein. Von Drogen Abschied nehmen is klar
- I: mhmh
- P1: sonst wär ich ja nich hier, aber auch halt von diesen Sachen die eigentlich die
- 290 Drogen ausgelöst haben, so dieses Gel Geld machen und dann dieses paranoide dass man halt kiffen muss um klar zu kommen. So was halt davon möcht ich halt auch Absch /
- I: Inwieweit
- P1: Ja
- 295 I: können Sie's n bisschen beschreiben?
- P1: Ja ich war sechs Monate auf Flucht bevor ich halt inhaftiert wurde und zu der Zeit war extremer Konsum. 5-6 Gramm manchmal auch 7 Gramm am Tag hab ich halt geraucht weil ich (lauter →)so unter Verfolgungswahn litt, obwohl das ja eigentlich nicht durch kiffen ausgelöst wird, sondern durch andere Drogen, aber
- 300 bei mir war das halt so.
- I: mhmh
- P1: Ähm, dass ich halt den Tag nur noch stoned ertragen konnte. Und ich konnt auch nicht mehr richtig schlafen und alles, dann kam das noch mit Freundin und alles dazu. Ja puhh, das das is halt auch zum Thema Abschiednehmen hier in der
- 305 Therapie, weil da will ich auf keinen Fall wieder hin.
- I: mhmh. Sie sind ja jetzt noch rela also ganz am Anfang der Therapie
- P1: mhmh
- I: Wenn Sie aber jetzt schonmal überlegen, wie das Ende der Therapie wird.
- P1: mhmh
- 310 I: Was für Gefühle kommen da in Ihnen auf? Was was denken Sie so über das Ende der Therapie?
- P1: (atmet kurze Pause, leises jah) Also ich denk dass äh das zum Ende der Therapie werden hoffentlich all meine Probleme, all meine Verhaltensmuster und sonstiges davon werd ich mich verabschiedet haben und ähm ich freu mich auch schon aufs
- 315 Ende also nicht dass ich jetzt will, dass die Zeit hier schnell umgeht, ich bin hier auch extrem glücklich eigentlich weil ich mal endlich jemanden zum Reden hab.
- I: mhmh
- P1: Das hat ich vorher nich, vorher konnt ich auch gar nich mit jemanden reden, vorher hätten wir niemals dieses Interview führen können oder so.
- 320 I: Okay
- P1: und ja äh da bin ich jetz eigentlich drüber glücklich, weil dann (leicht lachend) meine Mutter hat immer gesagt, nur redenden Menschen kann geholfen werden, ja und das stimmt auch, das hab ich mir jetz zu Herzen genommen. Ja (Lauter →) und ich seh halt, ich seh halt ja das Ende seh ich positiv, ich seh die ganze Zeit
- 325 hier jetzt die nächsten paar Wochen und Monate seh ich nur positiv es kann auch nur besser werden.
- I: mhmh
- P1: ja
- I: Das heißt sie haben n positives /

Anhang B: Transkripte

- 330 P1: Ja
I: Gefühl, wenn sie an das Ende der Therapie auch schon denken
P1: Ja
I: mhmh. Würden Sie denn auch sagen, dass Sie jetzt während der Therapie, noch
335 von andern Dingen Abschied nehmen müssen oder von andern Menschen
Abschied nehmen müssen? Wo Sie sagen, dass weiß ich, dass ich da noch mehr
Distanz zu brauche?
P1: hmm (-) also von Dingen fällt mir jetzt ähm nichts mehr ein, von Menschen ähmm
ja mein Freundeskreis is eigentlich jetzt durch diese Zeit halt als ich weg war, ham
die sich auch äh gefangen, ich hab auch am Wochenende kam n paar Freunde,
340 dann hab ich auch ähm mit denen geredet und äähm da is eigentlich schon so
weit äm dass ich da da keinen Abschied von nehmen will, ich will eher dahin
kommen, wo die jetzt sind, so, weil die ham alle nen Führerschein, gehen arbeiten
und ich hab halt gar nichts.
I: Okay
345 P1: und äh deswegen, das is halt wo ich wo ich von Dingen wo ich von Abschied
nehmen will, ich will aufhörn zu Rauchen, das kann man auch sagen, äm (-) joa
aber sonst fällt mir da jetz eigentlich nich mehr zu ein.
I: Also Ihre alten Freunde werden auch noch weiterhin /
P1: ja
350 I: weil die schon /
P1: von dem anderen Freundeskreis ähm, den ich vor vorher hatte, also der größere
Freundeskreis (symbolisiert zwei unterschiedlich große Kreise mit seinen Händen
auf dem Tisch) nicht der enge Kreis, der is in meinem Kopf schon gestrichen, den
weil die Leute will ich nich mehr sehn, denen will ich nich mehr die Hand geben,
355 weil da hab ich n im Gefängnis halt auch lange drüber nachgedacht, alles
mögliche und ähm halt nur die Loyalsten bleiben.
I: Okay, das heißt von denen würden Sie sagen, haben Sie sich schon verabschiedet?
P1: Ja,ja
I: Okay (-7-) Wie war da so der Abschiedsprozess? Wenn Sie sagn, haben sie vorher
360 wie war wie war der Kontakt vorher /
P1: also
I: wie muss ich mir das vorstellen?
P1: hmm (-) ja der Kontakt vorher war halt auch das sin halt dieser enge
Freundeskreis, die Leute kenn ich alle schon lange
365 I: mhmh
P1: und dieser weite Freundeskreis die kenn ich (-) auch schon lange aber mit denen
hab ich nich immer so was zu tun gehabt. Immer nur ab und zu mal, so ne Phase
für ein zwei Monate was mit denen gemacht und so und äh dieser
Abschiedsprozess halt ähm, der hat sich eigentlich so durch Wut entwickelt. Hat
370 das angefangen, weil halt keiner sich gemeldet hat nur meine loyalen Freunde halt
sag ich mal, der engere Kreis und äh ja un dann hab ich mir irgendwann so
gedacht ja dann egal, lass die einfach machen, was die wolln, joa. Draußen gibse
denen nich mehr die Hand so denk ich mir das halt ne.
I: Aber sie ham bisher noch keinen von denen gesehen, wo Sie /
375 P1: nene
I: ne?
P1: ne ich zieh auch ganz andere Stadt, da werd ich auch keinen von mehr sehn.

Anhang B: Transkripte

- I: Ah okay
380 P1: Ich zieh zu meinem loyalen Kreis, also ich komm aus Viersen, Mönchengladbach da die Ecke
I: mhmh
P: Da sind halt diese da is der große Kreis
I: mhmh
P1: Und Essen is halt der kleine Kreis und ich zieh halt nach Essen.
385 I: Ah okay
P1: Das perfekt
I: das steht für sie schon fest /
P1: genau
I: dass das Ende Therapie auf jeden Fall nich mehr in die alte /
390 P1: ne
I: Heimat zurückgeht /
P1: nene auf keinen Fall
I: Okay
P1: mhmh
395 I: Würden Sie sagen, dass Sie sich von der Stadt auch verabschieden müssen?
P1: Ich hab da so schlechte Erinnerungen und ich geh da glaub ich gar nich mehr hin.
I: Okay
P1: Ich muss da gar kein Abschied von nehmen (-) wenn ich da nur durchlaufe denk ich nur an alte Zeiten und so und ich will nach vorne gucken und nich mehr an
400 alte Zeiten denken
I: Jaha
P1: nja (-6-)
I: Fällt Ihnen im Zusammenhang Therapie und Abschied sonst noch irgendwas ein?
P1: (-9-) hmm nä.
405 I: ne?
P1: ne nix

3. Themenblock

- I: Okay (-) Dann würde ich gerne als letztes noch von Ihnen wissen, wie Sie sich
410 denn das die Vorbereitung auf das Ende der Therapie vorstellen, also Sie sind jetzt noch recht am Anfang
P1: mhmh
I: aber wie würden Sie sagen müssen Sie vorbereitet werden, dass Sie am Ende der Therapie auch sagen, jetzt kann ich gehen und hab alles
P1: Ja ich brauch auf jeden Fall noch n paar Einzelgespräche mit meinem
415 Einzeltherapeuten dem Herrn T.. ä der kann mir auch, der hat mir auch schon pa gute Tipps gegeben, also beziehungsweise nich mehr Tipps, der hat mir so als wir geredet ham, hat der halt unbewusst Tipps gegeben, sag ich mal der hat mir schon der hat mir schon so paar Sachen mitgeteilt und ähm
I: Zum Beispiel?
420 P1: (Laut) JAA, also zum Beispiel, jetzt mit meiner Freundin, ähm, ich bin der fremdgegangen und während meiner Haftzeit ist die mir fremdgegangen.
I: mhmh
P1: und ähm (-) mich mich hat das aber nicht weiter jetz irgendwie bedrückt, am Anfang natürlich war das n Schock als sie mir das gesagt hat, aber mich hat das

Anhang B: Transkripte

- 425 nich weiter bedrückt ähm un dann hat der Herr T. halt schon direkt gesagt ja dann
stehts ja jetzt sozusagen eins zu eins, so denken Sie sich das halt ja. Das mein ich
halt so mit Tipps bzw. der hilft mir meine Gedanken zu fassen.
- I: mhmh
- P1: joa
- 430 I: Und sonst?
- P1: ääähm ja auf Vorbereitungen, ja halt so Papierkram alles Mögliche. Da brauch ich
auch Hilfe.
- I: Was verstehen Sie unter Papierkram?
- P1: Jobcenter, Kindergeld, Ummelden alles sowas
- 435 I: mhmh
- P1: Obwohl das kann ich eigentlich zum großen Teil auch schon selbs. Un ich zieh
sehr wahrscheinlich in ne eigene Wohnung oder mit ä meiner Freundin
zusammen. Ja das steht noch so'n bisschen in den Sternen. Äm (-) ja un sonst auf
Vorbereitung aufs Ende brauch ich eigentlich nich viel. Weil diese Adaptionphase
- 440 und so was man hier machen kann ähh, das werd ich nich machen, weil ich find,
ich war jetz lang genug weg und äm (-) das langsam reichs also ich brauch auch
wieder mal ich muss wieder mal rauskommen. Vorbereitung was Arbeit und
sonstiges angeht äh ich werd mich bewerben in äh zu ner Ausbildung zum
Fachlagerist
- 445 I: mhmh
- P1: in der Nähe von Essen. Ä da hab ich auch schon mehrere Praktika gemacht.
- I: Ah
- P1: Deswegen wird das sehr wahrscheinlich auch klappen, wenn nich geh ich da halt
nochma n Praktika machen, aber die müssten mich eigentlich nehm. Joa soweit
- 450 das is eigentlich alles schon so gut geklärt joa, ich hab ja jetz auch in Haft hab ich
auch ne module Ausbildung zum Fachlageristen gemacht und deswegen kann ich
die Ausbildung dann um ein Jahr verkürzen.
- I: mhmh
- P1: Gabelstaplerführerschein hab ich auch in Haft gemacht
- 455 I: Ah okay,
- P1: Deswegen hab ich ja gute Voraussetzungen, genommen zu werden denk ich ma.
- I: Jah
- P1: (leise) ja
- (-)
- 460 I: Sollte sonst noch irgendetwas geklärt sein, bevor Sie hier Abschied nehmen
können.
- P1: (atmet tief ein): mmmh, joa gute Frage, eigentlich hat sich jetzt ich hab auch in
diesen fünfzehn Monaten viel Besuch von meiner Mutter und von meinem Vater
bekommen und da hat sich dieses Problem mit der Trennung und so von meinem
- 465 Eltern das hat sich jetzt schon zum größten Teil geklärt. Ähm, mit Freundin das
hat sich jetzt auch geklärt, also eigentlich (-) muss nichts mehr so, was mich
psychisch belastet geklärt werden, halt nur noch diese Denkweise und so.
- I: mhmh
- P1: Dieses halt mit dem Kriminellen das muss das muss ich für mich selber aber
klärn, da kann mir auch keiner reinreden, das schaff ich glaub ich nur halt durch
eigene Disziplin und ja ich denk halt sehr oft darüber nach.
- 470 I: Jaha. Sie sagen Sie sind hier ja jetzt schon bei 65%

Anhang B: Transkripte

- P1: mhmh
- 475 I: Was sollte noch geklärt werden oder wie muss der Prozess noch voranschreiten, dass er am Ende bei 100% ist? Am Ende der Therapie
- P1: Ja dieses Rechtseinempfinden, so Recht und Unrecht trennen, so bei den meisten Sachen, die ich gemacht hab, da dacht ich, ich hab eigentlich recht so, also ich kann mir das rausnehm, ich kann das machen, aber wenn man sag ich mal, irgendwo einbricht äh in n Kiosk oder so sonstiges, der Besitzer hat dann ja auch
- 480 nen enormen Schaden und der hat dafür ja hart gearbeitet, deswegen. Ja sowas, das fällt mir manchmal noch schwer zu trennen, ähm dann halt den Bezug zu Geld, ne? Das is ganz wichtig, das is eigentlich das Wichtigste so, ähm weil ich krieg das halt nicht hin so mir mein Geld einzuteilen.
- I: mhmh
- 485 P1: Deswegen, wenn ich das nich schaffe dann klar werd ich wieder kriminell. (Atmet hörbar ein) ja.
- I: Ja (--) Könnten Sie sich auch vorstellen, dass das Ende der Therapie, der Abschied für Sie schwierig wird? Wenn Sie jetzt noch ganz am Anfang sind, wo glauben Sie, dass es schwer werden wird, am Ende hier Tschüss sagen zu müssen?
- 490 P1: ne ich glaub nich
- I: nich?
- P1: nää. (-) Weil ich mach das ja für mich und hier die Leute werd ich ja nich vermissen, im Endeffekt hab ich das ja dann für mich gemacht und ich bin dann sowieso am Ende der Therapie so glücklich, dass ich halt ä komplett endlich mal
- 495 draußen rumlaufen kann ohne (leichtes grinsen) irgendwie um äh sechs Uhr wieder hier zu sein oder sonstiges halt, ne? Da freu ich mich dann halt richtig drauf. Natürlich bestimmt werd ich das im Nachhinein irgendwann ma vermissen, wenn dann halt wieder so ne Phase is, wo ich dann kein kein richtigen zum reden hab und halt meine meine Freunde könn mir auch nich manchmal die Tipps
- 500 geben, die ich mal brauche, aber da werd ich vielleicht auch selbst noch was machen mit ambulanter Nachsorge ab nich Adaption, dann werd ich mir vielleicht vom Jugendamt oder sonstiges n Betreuer halt zur Seite nehmen, mit dem ich mich einmal in der Woche treffe, vielleicht mach ich sowas. Weil dann kann ich halt mit dem reden un so, is ja auch nich schlecht.
- 505 I: mhmh. Also das glauben Sie werden Sie vermissen, so die Einzelgespräche?
- P1: Ja
- I: Das könnte schwer werden.
- P1: joa
- I: Okay (-) und wenn sie ma an so'n Zeitplan denken, ab wann würden Sie sagen, müsste hier die Vorbereitung auf das Ende der Therapie stattfinden?
- 510 P1: Ja je nachdem wie das jetzt läuft, ich weiß noch nicht ganz genau also. Ich wollte mit meiner Freundin zusammenziehen, die kriegt ä also die wollte nach Essen auch dann ziehn halt.
- I: mhmh
- 515 P1: und ähm das is eigentlich sicher aber, es kann ja immer noch was dazwischen kommen, man weiß nich, es könn ja jetzt auch plötzlich sein auf einmal sein, dass sich unsere Wege trennen oder so, ich weiß nich und deswegen, wenn ich halt ne eigene Wohnung haben will, dann müsste das ja schon so drei Monate früher anfangen, weil
- 520 I: jaha

Anhang B: Transkripte

- P1: das dauert ja auch alles Wohnungssuche, ja (-) da müsste dann halt diese Vorbereitung stattfinden was wohnen angeht. Jo
- I: Und was die andern Themen angeht?
- 525 P1: Ja das findet jetzt das muss jetzt auf jeden Fall schon stattfinden, das fängt jetzt auch schon langsam an, weil äm das is ja das is ja viel das is das sin das sin ja diese zwei Sachen, die ich jetz diese kriminelle halt
- I: mhmh
- P1: und dieses Recht für Unrecht und ja halt mit krimineller auch diesem Geld zum Bezug ä Bezug zum Geld und das sind halt viele einzelne Unterthemen, die muss ich viel bequatschen und ja das muss jetzt schon anfangen.
- 530 I: Was für Unterthemen?
- P1: Boa jaa (-) zum Beispiel, ja (-) das keine Ahnung, ich hab jetzt schon so viel gesagt, ich weiß gar nichts da jetzt noch genau was ich dazu noch sagen soll, mhh mir fällt da jetzt grad nichts zu ein, aber das is ja, der Herr T. der (-) der hilft mir dabei, da auch dann zu formulieren und so.
- 535 I: mhmh
- P1: Deswegen ja
- I: nehmen Sie sich ruhig Zeit, um mal drüber nachzudenken
- P1: Okay
- 540 I: was Ihnen so fürn Thema einfällt also
- P1: mhmh (-) Ja halt Bezug zu Geld, diese dieses ich hab son (-) ne zeitlang son richtigen Marken, Markenfetisch gehabt, also ich hab nur Sachen von keine Ahnung Ralph Laureen oder so gekauft, so teure Sachen, die irgendwo eigentlich zu der Zeit war ich sechzehn und n sechzehn-jähriger eigentlich nicht mit rumläuft und so und das hat sich halt so in mein Kopf gebracht, so dieses man muss teure Sachen tragen, um was zu sein, man muss n teures Auto fahrn. Joa. Das is halt dieses (atmet tief ein) dieser so ein Unterthema was auch ziemlich wichtig is. Mh
- 545 I: Okay
- P1: Dann Bezug zu Recht und Unrecht zum Beispiel also ich glaub die ganzen Jahre über eigentlich so ziemlich von mir selbst manipuliert, weil durch diese also ich hör deutschrapp sehr vielleicht
- 550 I: mhmh
- P1: und das is ja auch nochma son Thema, das ja klar dass wenn man, wenn man jung is und dann also wenn man 11 12 und 13 und natürlich man denkt, dass´ cool alles und man denkt das is echt und äh das is halt auch nochmal so ne Sache. Mittlerweile kann ich mich davon äh distanzieren und auch differieren was richtig und was also echt is und was nicht echt is und ähm (-) ja, das aber auch nochma son Thema was ich auch nochma bequatschen will.
- 555 I: mhmh
- 560 P1: joa
- I: Heißt ob Sie vielleicht sogar Abschied nehmen müssten von Ihrer Lieblingsmusik?
- P1: Ja. Sowas zum Beispiel.
- I: Ja
- 565 P1: Weil das je nach Stimmung zieht mich das auch runter. Gibt ja nich nur so diesen Gangstarap, es gibt ja auch so äähm so depri ja ich weiß nich wie man die Richtung jetzt nennt (-) so halt was alles schief gelaufen is, wenn die Rapper eigentlich selber ihr Leben reflektiern in dem Lied

Anhang B: Transkripte

- I: Ja
570 P: un das zieht mich halt auch runter
I: Okay
P: weil da find ich so halt Übereinstimmungen. (leise →) joa
- Abschließende Frage**
- I: Okay. (-10-) Ja, ich glaub dann ham wir jetz schon einiges besprochen, einige
575 Themen. Fällt Ihnen insgesamt noch etwas ein wo Sie sagen möchten, da möcht ich noch etwas zu sagen, das ähm war jetz noch keine Frage, die von mir kam, aber das würde für Sie noch zu dem Thema passen?
P: hmmm, ja eben hat ich irgendwas. Ähm, moment ich muss kurz überlegen.
I: Jaa (-11-)
580 P: Ach ja genau mit Religion.
I: mhmh
P1: ä Religion is halt auch son son großer Schritt, der mir halt hilft, also ich bin konvertiert zum Islam halt.
I: mhmh
585 P1: ähm ers wegen meiner Freundin und jetz mit der Zeit auch äh hab ich gemerkt, dass das gut für mich is, das mir das gut tut. Ähm das is halt auch nochma son wichtiger Punkt ähm wo viele viele Leute eigentlich da könnten die stark was mit bewirken halt wenn man mehr gläubig is, egal ob jetz Moslem Christ oder hauptsache man is gläubig, weil das für mich auch n ganz wichtiges Thema. Weil
590 das unterstützt nochmal so das Moralbild und das hilft einem auch zu unterscheiden was Recht und Unrecht is.
I: Okay
P1: Je nachdem wie man wie mans denn jetzt interpretiert, denken Sie jetz nich irgendwie äh ne radikal Islam oder so, nene so nich. Halt schon friedlicher Islam.
595 I: mhmh
P1: so denk ich.
I: Könn sie den Prozess n bisschen beschreiben? Wie das bei Ihnen stattgefunden hat, dass Sie sich überlegt haben
P1: Ja
600 I: zu konvertieren?
P1: Ja ers wegen meiner Freundin, weil ich die heiraten wollte. Und äh joa der Vater is halt auch sehr gläubig und ähm dann bin ich erst deswegen konvertiert, da hat ich noch gar keine Ahnung so von der Religion wirklich und jetz eigentlich kurz vor der Haft und in der Haft hab ich halt viel gelernt, viel gelesen auch den Koran und
605 ähm ja ich hab genau das Richtige gemacht also im Endeffekt is das das Beste was ich machen konnte.
I: mhmh
P1: ja weil, dadurch dass das halt auch so dann kann ich ruhe mit mir selbst finden, wenn ich bete oder sonstiges danach bin ich halt entspannt.
610 I: Okay
P1: joa, (-) und ja halt der Prozess hat angefangen dadurch halt, dass ich meine Freundin heiraten wollte hab, aber jetzt für mich selbst is das auch hat sich das so weiterentwickelt. Das mach ich für mich selbst halt.
I: Okay
615 P1: (leise) jo

Anhang B: Transkripte

I: Also erst n bisschen Fremdeinwirkung

P1: mhm ja genau

I: und dann

P1: Joa

620 I: Okay (-7-) Sonst noch irgendetwas wo Sie sagen, das

P1: (schmunzelt) ne sonst hab ich leider nix mehr

I: (leicht lachend) macht ja auch gar nix. Okay, dann würde ich das ä Interview auch beenden.

P1: Ja

Interview am 15.11.2016 Patient 2

1. Themenblock

- I: So, und dann würde mich als erstes interessieren, was Sie persönlich in Ihrem Leben unter dem Thema Abschied verstehen, was Sie darunter auffassen?
- 5 P2: äähm Abschied, ja (-) ja Abschied is ne traurige Sache, ne? Kann ne traurige Sache sein. Zum Beispiel der Tod oder (-) ja n Abschied kann aber auch was gutes sein, ne? Man kann sich auch wiedersehen.
- I: Führen Sie's einfach mal aus, was Sie /
- P2: Ja Abschied (-) ja Abschied is immer das Ende ne? von irgendwas. Ja
- 10 I: Ham se vielleicht ne Situation an die Sie, wo Sie sagen das war n Abschied für mich oder
- P2: äm ja konkret nich eigentlich, man verabschiedet sich nach der Arbeit zum Beispiel, ne? Man sieht sich am nächsten Tag wieder. Ähm, (lauter →) ja Abschied von Drogen, ne (-) is ja hier n Thema
- 15 I: mhmh
- P2: Joa, joa
- I: (-) Führen Sie's was aus, was was fällt Ihnen so zu dem Thema noch ein?
- P2: Abschied, ja. Das wars eigentlich schon
- I: (-) Überlegen Sie mal (leichtes Lachen)
- 20 P2: (--) hmm (--) Da fällt mir gar nix konkret ein.
- I: Wenn Sie so an Ihr Leben mal denken
- P2: Ja
- I: Wann haben Sie schonmal wirklich Abschied von jemandem genommen? Ne konkrete Situation oder
- 25 P2: (-) Puuh (--) war gar nich, jetz konkret fällt mir da jetz nur so falln mir da so Alltagssituationen ein wie wie nach der Arbeit oder oder (holt tief Luft) ja von Freunden halt, ne? Wenn man, wenn man sich verabschiedet halt ne? Aber so, aber sonst fällt mir da jetz gar nichts zu konkret zu ein.
- I: Haben Sie schon mal Abschied für immer nehmen müssen?
- 30 P2: mmh ne, nich dass ich wüsste ne. hmm ne. (-)
- I: Keine Situation gehabt, wo Sie sich von jemanden verabschieden mussten, den Sie, wo Sie wussten den sehen Sie nie wieder.
- P2: (-) ne fällt mir jetzt nichts ein.
- I: hm
- 35 P2: emem (--) ne konkret fällt mir da nichts ein
- I: oder jemand der verstorben is in Ihrer Familie vielleicht?
- P2: Jaa da hat man ja ja da gibt's Situationen aber da hab ich kein Abschied genommen, das is dann meistens plötzlich passiert
- I: Okay
- 40 P2: ne? Da also nie so, dass ich da Abschied vorher nehmen konnte
- I: Okay, dass heißt Sie haben, mussten Abschied nehmen ohne wirklich Abschied nehmen zu können?
- P2: Genau ja, ja so ja
- I: mhmh

Anhang B: Transkripte

- 45 P2: nicht bewusst
I: Gibts da ne konkrete Situation?
P2: hmm (-7-) ja also wenn, es gibt mehrere Leute die verstorben sind ne? Aber, also die Situation wo ich dann unbewusst Abschied genommen hab, die fällt mir jetzt gar nicht ein. (-) also es is ja immer das letzte Mal wo man sich dann gesehen hat,
50 ne? (--)
I: Wenn Sie sagen, es sind Leute verstorben und von denen konnten Sie sich aber nicht verabschieden
P2: Ja
I: Hat es dann danach irgendnen Prozess gegeben?
55 P2: Ja ne Beerdigung, ne?
I: mhmh
P2: Ja gut ne Beerdigung is dann nomma so der letzte Abschied. Ja das stimmt. Klar da gabs mehrere, ne? Beerdigungen
I: Ham Sie so eine, wo Sie sagen, da erinner ich mich (-) gut dran?
60 P2: Ja ne Tante von mir is ä vor zwei Jahrn glaub ich is das, is se verstorben. (holt tief Lust) Ja da kann ich mich ganz gut dran erinnern, an die Beerdigung ne? Das war so der Abschied. Ja, ja... oder n Freund von mir is mit 18 verstorben. Ja, da kann ich mich auch gut dran erinnern. (holt Luft) an die Beerdigung. Ja gut, dass is dann aber nich der Abschied persö ja gut, das' schwierig ne? (holt Luft) das' schwierig. Aber klar, das is dann der Abschied. Die Beerdigung ja
65 I: Wie war das so für Sie?
P2: Ja ziemlich traurisch ne? Wenn man genau weiß, man sieht diejenige oder denjenigen nie wieder
I: mhmh
70 P2: (leise) mhmh
I: Wenn Sie nochmal so an die zwei Situationen jetzt zurückdenken, was kommen Ihnen dann im Moment für Gefühle, Gedanken?
P2: Also die Situation des Abschieds war ziemlich traurich aber die Erinnerung an die Person war sind eigentlich recht gut. Also die sind positiv, aber der Abschied an sich war schon traurich ne?
75 I: mhmh
P2: Weil man ja auch von beiden nich äh sich persönlich verabschiedet hat, sondern dass immer ganz plötzlich passiert is
I: mhmh
80 P2: (leise) mhmh,(-) joa, (-) achso so ne Mischung aus ä Trauer und (-) positiven Erinnerungen. Ja
I: Auch im Moment?
P2: jo (-) ja da überwiegt eher das Positive, ne? Die Erinnerung an die Leute, die man hat. Der A-Abschied an sich war ja eher eher für den Moment traurich, aber ä an sich überwiegn schon die positiven Erinnerungen. Ja
85 I: mhmh (--) würden Sie sagen, dass Sie gut Abschied nehmen können?
P2: Jein, also kommt drauf, kommt drauf an (-) eigentlich schon, eigentlich schon, aber (--) naja in soner Situation wie ner Beerdigung kann man das schon gut eigentlich ne? Aber ä wenn ich das persönlich jetzt machen müsste, das könnt ich gar nich, ich glaub da wär ich nich für gemacht. Das wär schwierig für mich.
90 (schmunzelt)
I: Inwiefern?

Anhang B: Transkripte

- 95 P2: Naja, man weiß ja gar nicht wie man sich verabschiedet und das is wenn man,
wenn man jetzt wüsste man sieht die Person nie wieder is das, is das schwierig.
Ich wüsst nich wie ich da wie ich ich da verabschiede
- I: Wenn Sie mal überlegen, Sie müssten's jetzt machen
- P2: Puuh ja, (-5-) ja dann hätt'ch ja keine Wahl, dann müsst ichs ja (lacht)
- I: Wie würden Sie's dann machen?
- 100 P2: (immer noch grinsend) boar das weiß ich nich, das würd ich dann spontan
machen. Das weiß ich, weiß ich nicht. Keine Ahnung, ne. (-10-)
- I: Würden Sie sagen, dass Sie diesen Abschiedn, diese Abschiede meiden?
- P2: (-) Ja (-) ja auf jeden Fall. (-) Weil ich ja nicht wüsste, wie ich's wie ich's machen
soll, dann würd ich's vermutlich eher meiden. Ja (-) Sie meinen jetzt den Tod zum
Beispiel
- 105 I: oder Abschiede von Personen wo Sie grad sagten, ich muss denen tschüss sagen
für immer, da wüsst ich nich wie.
- P2: Da wüsst ich nich wie, das würd ich vermutlich eher meiden, ja, weil ich nich
wüsste, wie ich da rangehen soll (-)
- I: und haben Sie es auch schon mal gemieden? (--)
- 110 P2: hmm nein... nich dass ich, nein, ne. (lauter →) ne ich hatte so ne Situation noch
nie, dass ich äh (-) (etwas stotternd) ja ich, doch ich hab mal ne Situation (lacht)
doch (räuspert sich) also ne Beerdigung, da bin ich mal nich hingegangen, ne?
Und ich wusste das is ja quasi der letzte Abschied und da bin ich mal nich
hingegangen, einfach ä (-) ja den Grund den weiß ich auch gar nich mehr, aber (-)
- 115 ja da tatsächlich, da bin ich nich hingegangen. Obwohl ich die Möglichkeit gehabt
hätte.
- I: Was genau war da, was war das für ne Situation, wie muss ich mir die vorstellen?
- P2: Ja das war n Onkel der verstorben ist, in Bayern und ä (-) da hätt ich die
Möglichkeit rein theoretisch gehabt äh hin hinzugehen, aber ä ja es
- 120 wahrscheinlich, weiß ich nich, ich wollte wahrscheinlich auch gar kein Abschied
nehmen, ne? Weil weil das' auch plötzlich passiert und ä das war auch ne sehr
traurige Situation für mich und ja das da bin ich tatsächlich nich hingegangen. Ja.
(schnell hinzugefügt→) Bereu ich auch jetzt im Nachhinein. (-) Ja
- I: Haben Sie für sich anders Abschied genommen?
- 125 P2: joa, ja alleine halt ne? (-) Ja
- I: Wie? (--)
- P2: Ja ich, ich ich hab mich zurückgezogen und ä war in Gedanken halt bei der
Person, ne? Joa (-- ja das war traurich. (-) Als ich das erfahren hab, ja. So hab ich
da Abschied genommen. (-) (leise→) Genau.
- 130 I: Sie sagen son richtiger Grund son richtigen Grund hatten Sie damals nich, wenn
Sie jetzt nochmal drüber nachdenken, fällt Ihnen irgendwas ein.
- P2: Weshalb ich da nich hingegangen bin?
- I: mhmh
- P2: ne, also da gabs auch eigentlich gar keinen konkreten Grund, ich wweiß mir war
- 135 das unangenehm. Ich wollte auch gar nich wahrscheinlich Abschied nehmen,
deshalb bin ich da auch nich hingegangen. (holt Luft) aber so im Nachhinein
bereu ich's schon, weil das is halt ja wirklich der letzte Abschied ne? Den man
nehmen kann von der Person und (-) ja, ne n konkreten Grund gabs gabs es war
war einfach. Ich mag auch Beerdigungen gar nich. Ich ä geh da nich gern hin.(-)
- 140 Ich mag auch diesen Leichenschmaus danach nich,

Anhang B: Transkripte

- I: mhmh
P2: wie man das nennt ne? (holt tief Luft) ja ich äh weiß nich, ich kann das nich. Joa bin ich ganz schlecht drin
I: mhmh (-) Das heißt n wirklicher Grund /
145 P2: (lauter →) n wirklichen Grund gabs nich mir war das einfach unangenehm ich wollte nich ä wahrscheinlich war der Grund dass ich einfach nich Abschied nehmen wollte, ne?
I: mhmh
P2: Dass ich ä ja genau, ja
150 I: Wie lang is das her?
P2: (-) Puuuh zwei drei Jahre, ja so so um den Dreh
I: mhmh
P2: vielleicht n bisschen länger (-10-)
I: Wenn Sie jetzt so generell an das Thema Abschied denken, was für Gefühle kommen da so bei Ihnen hoch? (-)
155 P2: Ja es is alles ungewiss, irgendwie ne? Man weiß ja nich was kommt, also das is für mich eher so so so 'ne so ne spontane Sache. Weil man ä also ich so so so 'n Abschied von jemanden der nich mehr wiederkommt is ist ja auch meist nicht geplant
160 I: mhmh
P2: ne und ä (-) ja ich kann mir das gar nich so vorstellen von jemanden Abschied zu nehmen, der nich mehr wiederkommt. Ich fänd das schwierig, ich wüsst nich wie ich mit der Situation umgehen soll. Joa (-)
I: und wenn Sie an einen Abschied denken von Menschen, wo Sie eigentlich
165 denken, ok vermutlich seh ich die nie wieder, aber es könnte doch sein. Also /
P2: Das fällt mir nich schwer, also (holt Luft) ja weiß ich nich von zum Beispiel Exfreundinnen, ne? Da weiß man ja auch nich
I: mhmh
P2: Das das fällt mir gar nich schwer, ne? Das is ja, das hat ja auch nichts mit dem
170 Tod zu tun, erstmal.
I: mhmh
P2: und da hab ich eigentlich gar keine Probleme mit.
I: Okay
P2: Das fällt mir gar nich schwer eigentlich. Ja (-8-)
175 **2. Themenblock**
I: mmmhh Dann würd ich als nächstes gerne von Ihnen erfahn, äm wie Sie Abschied und Theraie in Verbindung bringen, also Ihre jetzige Therapie
P2: mhmh
I: Wie verbinden Sie mit dem Thema Abschied?
180 P2: Ja das könnte man ja mit dem Abschied von den Drogen verbinden, ne? Und äh,(-) das fällt mir eigentlich auch nich schwer, weil äh ich da ich klar ich hatte auch positive Erlebnisse mit den Drogen, aber die negativen überwiegen letztendlich (holt Luft) und von daher fällt mir das auch nich schwer. Davon Abschied zu nehm, ne? Joa so könnt ich das in Verbindung bringen
185 I: Wenn Sie den Prozess mal beschreiben müssten (--)
P2: den, wie meinen Sie jetzt?
I: Den Prozess des Abschiednehmens von der Droge oder von den Drogen

Anhang B: Transkripte

- 190 P2: Ja den, also (-) durch die Therapie halt hier, ne? Mit den mit den Gesprächen mit den Therapeuten und mit den Patienten und ja dieser Prozess der Therapie einfach. Is dann der Abschied von den Drogen, würd ich sagen
- I: mhmh
- P2: ja
- I: Wie erleben Sie den bisher?
- 195 P2: Bisher klappt das ganz gut eigentlich (holt Luft) klar ich bin jetzt auch am Anfang und man hat ä (-) hin und wieder auch so gedanklich (macht mit den Händen Anführungszeichen in die Luft) Rückfälle. Wo man dann denkt, wofür mach ich das hier alles eigentlich, ne? Aber ä ich bin da optimistisch und denk, dass das ganz gut wird. So die nächste Zeit
- I: mhmh
- 200 P2: mhmh
- I: Gibt es noch weitere Verhaltensweisen oder Verhaltensauffälligkeiten, wo Sie sagen, da möcht ich mich gern auch noch in der Therapie von verabschieden?
- P2: Von meinen persön /?
- I: mhmh
- 205 P2: hmm (-) puh eigentlich nich, also (-) ich war ja auch immer der Meinung, dass ich gar nich, dass meine Verhaltensweisen gar nich so (holt tief Luft) dass ich mich da gar nich so verändert hab, im Bezug auf die Drogen jetz, weil äh ich war nie irgendwie, dass ich, ja wie soll ich das sagen? Wie soll ich das erklärn? Ne da würd ich eigentlich würd ich nich sagen ne, dass ich mich da von irgendwelchen
- 210 Verhaltensweisen von mir verabschiede. Ne emem. Die könn ruhich alle so bleiben (Beide fangen an zu lachen)
- I: Im Bezug auf Drogen, gibt es da irgendwelche Verhaltensweisen, die Sie sich antrainiert haben? (--)
- P2: Wie meinen Sie jetzt durch, wie wie meinen Sie das?
- 215 I: Ähm die Sie um den Konsum der Drogen (-)ähm um den Konsum der Drogen ähm standzuhalten oder so oder (--)
- P2: Ähm jaa (-) meinen Sie jetzt, wenn ich Drogen nehme oder um die nicht mehr zu nehmen?
- I: Wenn Sie Drogen nehmen, Verhaltensweisen, die Sie dafür sozusagen antrainiert haben, die Sie jetzt auch ablegen müssen, um keine Drogen mehr zu nehmen
- 220 P2: (-) ne
- I: emem?
- P2: ne, eigentlich nich, (-) ne eigentlich nich emem
- I: Und gibt es in Ihrem Freundeskreis Leute von denen Sie sagen müssen, da müssen Sie sich jetzt verabschieden?
- 225 P2: Ja von allen (schnell geantwortet)
- I: Von allen?
- P2: Ja also ich hab eigentlich ä so gut wie niemanden der ä nich auch konsumiert. (holt Luft) und ä für mich is das schon also ich hatte vorher drei Entgiftungen und ä am bin immer auch optimistisch aus den Entgiftungen raus und hab gedacht, so
- 230 jetz ne? Das krisse hin. (holt Luft) aber äh ich bin jedes Mal eigentlich durch Freunde wieder rückfällig geworden, weil das nich funktioniert mit ä konsumierenden Freunden,(-) ein drogenfreien Umgang ä das funktioniert einfach nich. Da muss ich mich definitiv von (kurze Pause) also ersmal auf jeden Fall von
- 235 denjenigen von allen eigentlich verabschieden. So ne bis ich da so weit gefestigt

Anhang B: Transkripte

- bin, dass ich mal sach ok wir ne? Ich hab da kein Problem mit wenn du jetzt konsumierst (Zungenschmalzer) aber so dieser (holt Luft) ständige Umgang mit denen, das funktioniert auch auf Dauer nicht mehr, das weiß ich, das hab ich jetzt auch verstanden. Es sei denn da ändert sich bei denen auch was, ne?
- 240 I: mhmh
P2: Ansonsten äh ja wahrscheinlich von allen (lacht leise)
I: von ALLEN, was kommt da für so'n Gefühl hoch, wenn man /
P2: eigentlich eher n positives, weil äh das für mich auch ganz gut is. Ja ich hab, ich bin auch eigentlich nicht so derjenige der da irgendwie Probleme hat neue
- 245 Kontakte zu knüpfen, ich bin da eigentlich ä,(-) ja das fällt mir nicht schwer und von daher ä seh ich das ganze eher positiv
I: mhmh
P2: Also nicht traurich oder ja, also es fällt mir nicht schwer
I: Und wie wollen Sie sich von denen verabschieden? (-)
- 250 P2: Das mach ich eher für mich, das mach ich konkret gar nicht von den Personen
I: Okay
P2: (holt Luft) also man man kann ja schon hin und wieder nochmal quatschen oder sich ä auch mal treffen. Erstmal auf jeden Fall nicht mehr, also reden am Telefon kein Problem, aber so ä persönlich treffen ersmal nicht mehr und dann schon kann
- 255 man das ja schon hin und wieder nomma machen, aber ä un ich denke mal bei dem ein oder andern wird sich da auch was ändern. Das kann ja bei denen auch nicht so weitergehn und wenn nicht, dann is das halt so. (holt tief Luft) aber für mich is das auf jeden Fall das Beste, wenn da erstma jetzt ä (-) kein Kontakt mehr herrscht.
I: Das heißt, das machen Sie ohne es Ihnen wirklich zu sagen
P2: Ja,(-) ja weil ich wüsst jetzt nicht, wie ich mich da von denen, ich kann denen ja ich kann den Leuten ja kein Ultimatum stellen, ne? Wenn ich jetzt kuma, ich komm jetzt heut vorbei und dann dürft ihr alle nicht oder konsumiert dann bitte nichts oder so (schmunzelt) ja ne das (holt Luft) dann geh ich lieber nicht hin. Ja (-) ne ich
- 265 würd's eher für mich machen ich würd mich konkret von den Leuten nicht verabschieden, ja
I: Weil Ihnen das Abschiednehmen schwer fällt?
P2: Ja,(-) ja definitiv (-5-) joa ja kann man so sagen (kurze Pause) ey, ich wüsst auch gar nicht was ich da sagen soll, oder wie ich das machen soll. Ich mein das is, es is ja auch in dem Sinne kein Abschied von von den Personen, sondern eher von von den Drogen wieder, ne? Das hat ja mit der Person an sich nichts zu tun, aber da die Droge und die Person ja einhergehen, äh ja,(-) ja es is ja auch ersma, erstmal es is ja auch kein Abschied für immer, es is ja ersmal nur so, ich würd sagen ne Pause. Mhmh
- 270 I: Warum glauben Sie, fällt Ihnen das so schwer? Sie ham ja am Anfang gesagt, dass Ihnen Abschiede Abschiednehmen eigentlich nicht schwer fallen
P2: Ja (-) (schmunzelt) ja das is ne gute Frage (holt Luft) ja vermutlich weil man auch so viele positive ääh Erlebnisse und Situationen mit den Leuten verbindet, ne? Das is ja dann wieder n Abschied wo man (holt tief Luft) den man ungern macht, ne? Weil man halt eben auch gute Erlebnisse mit den Leuten und (-) ja auch mit den Drogen hatte, ne? (Zungenschmalzen) Nur für mich überwiegen letztendlich die negativen (-) Erlebnisse mit den Drogen, aber bei den Leuten is das eher so, dass die positiven ä ää Erlebnisse halt überwiegen und da will man ja eigentlich
- 280

Anhang B: Transkripte

- 285 I: kein Abschied von nehmen, ne? (mehr zu sich selbst →) Ja, genau
Sie sagten eben n Beispiel, dass s der Abschied von ner Exfreundin beispielsweise auch Ihnen eher leicht fällt
- P2: Ja
- I: Mit ner Freundin haben Sie wahrscheinlich auch positive Erlebnisse
- 290 P2: Ja das stimmt, (lacht leicht), das stimmt ja, nur ähm (-) das is, ja das is was anderes, ne?
- P2: Ne Freundschaft und ne ne ne Partnerschaft sind ja zwei zwei paar Schuhe und äh wenn man einfach merkt, dass das mit der Partnerschaft nicht funktioniert, dann muss man da ja Abschied nehmen, das geht ja so nich weiter un bei ner Freundschaft das is ja nomma was andres. Das is ja eher was, was für immer
- 295 bleibt, ne? Meistens ja, ne Partnerschaft ist einfach auf ner andern Ebene würd ich sagen, von daher is das mit dem Abschiednehmen leichter. (holt Luft) meistens.
- I: Und ne Freundschaft unter Konsum (-7-)
- P2: (Atmet aus) ja is schwierig (-) weil meistens geht's ja in ner Freundschaft nich nur um den Kon auch natürlich, das ää hängt natürlich zusammen, aber nicht nur,
- 300 von daher ä (-) ja das is schwierig das (schmunzelt) das is echt schwierig (lacht leise) (-6-) Ja obwohl so also ja is schwierig
- I: Was macht es da so schwierig? (-)
- P2: Ja man wei also bei ner bei ner bei ner Beziehung bei ner Partnerschaft is es ja so man man man macht dann Schluss, ne? Und dann ä hat sich das aber bei ner also
- 305 man kann ja nich mit Freunden Schluss machen, das geht ja also wiwiwie macht man mit Freunden Schluss? Vor allen Dingen weil's ja weil's ja ääh nur nur mit dem Konsum zusammenhängt, ne? Das sind ja auch wieder zwei paar Schuhe. So mit der Freundschaft an sich is ja nichts, aber der Konsum is halt das Problem, ja pfhh (--)
- 310 ja irgend ja schwer fällt mir's nich, aber (-) es is es is irgendwie es is anders einfach als als mit ner Partnerschaft, ja
- I: Glauben Sie, dass Sie an sich Veränderungen spürn, wenn Sie nich mehr konsumiern?
- P2: Ja definitiv
- I: Welche?
- 315 P2: Ja die ganzen, also die ganzen nega man is so viel klarer im Kopf, man ä sieht Sachen anders, ne? Die man vorher oder man sieht Sachen die man wo man sich vorher überhaupt kein keinen Kopf drüber gemacht hat, man legt andere Prioritäten. (Zungenschmalzer) Ja man erlebt das Leben irgendwie n bisschen anders, komplett. (-)
- 320 I: und glauben Sie, dass wenn Sie bei ihrn alten Bekannten sind, die das Leben sozusagen noch aus Ihrer vorherigen Brille sehn, dass da Schwierigkeiten auftreten könnten?
- P2: Ja, definitiv (atmet ein) meinen Sie jetzt aus der Sicht von von von denjenigen, die von Ihnen
- 325 I: von von mir? Ja schon, schon weil man wahrscheinlich äh Dinge anders sieht, wie also vo vorher war man sich in gewissen Hinsichten einich in in manchen Situationen oder oder Punkten und ä dann sieht man's auf einmal anders ne? Und das könnte natürlich n n Grund sein, warum der Abschied dann nicht mehr schwer fällt, ne? Wenn man merkt, ok das is ja doch irgendwie das is halt nich mehr wie vorher, ne? Ja (-) Ja vermutlich würde mir dann der Abschied nicht so schwer
- 330 fallen, wie (-) wie vorher, also wenn ich clean bin, mit mit den Leuten, die

Anhang B: Transkripte

- nochmal wiederseh
- I: mhmh
- 335 P2: Vermutlich würde mir dann der Abschied ä leichter fallen, ja (-) aber so hat man ja diese Erinnerung die man (-) ja wo man sich einisch war in den Situationen mit den Leuten. Da fällt's dann eher schwieriger. (-)
- I: Sie sagen, Sie ähm erleben das Leben jetzt wieder anders, ist das auch ne Art Wesensveränderung, die bei Ihnen, (-) jetz /
- 340 P2: Eher nich nein, also Wesensveränderung würd ich nich sagen, aber äh (-- ja es geht mir einfach besser ohne ohne Drogen ne? Wie ge, wie gesagt, die negativen Eigenschaften war'n halt ää nachher so ausgeprägt, dass das nich mehr viel mit äh positiven (-) ja positiven Erlebnissen oder oder Eigenschaften zu tun hat. (-) Aber so die ä mein mein meine Charaktereigenschaften oder so die ä (räuspert sich) die würd ich nich sagen, dass die sich verändert haben. Jo (-) oder dass ich sie anders erlebe, eigentlich nich (--)
- 345 I: hmm, was hat denn ihr sag ich mal nicht konsumierendes Umfeld dazu gesagt, als Sie mit dem Konsum begonnen haben?
- P2: Ja am Anfang ham sie's ja gar nich mitbekommen
- I: mhmh
- 350 P2: eigentlich und äh eigentlich auch bis zum Schluss ä gar nich so, dass das so extrem war, klar wussten die schon, dass ich ä mal hin und wieder was rauche oder mal auch was anderes nehm und so oder viel zu viel trinke, ja gut, dass wussten se von Anfang, aber äm so konkret ham ses ja gar nich so mitbekommen, aber natürlich war'n die davon nich begeistert, ne? Und äh ham mich auch immer
- 355 so'n bisschen versucht in die richtige Richtung zu schubsen, aber (-) ja da war ich viel zu festgefahrr
- I: Wie meinen Sie die ham das nicht mitbekommen? (-)
- P2: Naaaja, also das Ausmaß ham se nicht mitbekommen, die ham schon mitbekommen, dass das da was is, ne? Dass ich wahrscheinlich irgendwas nehme, aber das Ausmaß von von der Menge her und so ham se ham se nicht mitbekommen, weil ich ja ... meistens wenn ich äh zum Beispiel mit den Eltern oder so ne? Da eh, war ich auch nich so auf Drogen oft, wenn ich da war
- I: mhmh
- 365 P2: Da hat man ja immer versucht so'n bisschen äh klarer zu wirken, aber ne? Den Eltern macht man nichts vor (hehe) ja (-) ja die war'n natürlich nicht begeistert, ne? Ham sich ja auch wahrscheinlich gefragt, wie das kommt und warum und ja. Ja und selber streitet man das dann immer gerne ab, ne?
- I: Sie sagen, Sie machen den Eltern ja nichts vor, woran ham Sie's gemerkt?
- 370 P2: Ja an der Art einfach. Oder oder wenn wenn ja ich wurd ja auch ich wurd auch drauf angesprochen, ne? Aber man, man bestreitet das dann und sacht, ne und ä nur ganz selten oder wenn überhaupt dann hin und wieder mal n Joint oder so, aber ä ja an der Reaktion wenn wenn ich dann die Antwort gegeben hab, an der Reaktion hab ich einfach gemerkt, dass mir da kein Wort geglaubt wird, ne? Und ä (atmet scharf ein) ja dann ham se's meistens auch dabei belassen, weil sie genau
- 375 wussten, da komm se dann nicht weiter, ne?
- I: mhmh
- P2: Ja
- I: Und woran glauben Sie, ham sie's gemerkt? (--)
- P2: Ja oft oft glaub ich nur an der Optik.(-) Rote Augen, ne? Man is blasser, man wird

Anhang B: Transkripte

- 380 dünner vom Amphetaminkonsum und äh (-) ja man sieht einfach nicht gut aus. Ja gut, klar wenn man dann nichts hatte, auch an an Verhaltensweisen, ne? Man wird nervös, man (-) is schneller gereizt. mhmh joa
- I: Wie äußert sich bei Ihnen die Gereiztheit? (--)
- 385 P2: Ja ich werd schnell laut, ja ich werd also durch Kleinigkeiten eigentlich, werd ich dann durch Sachen, die ich ä die man ä in nem Gespräch klärn kann, versuch ich dann ä oder da lass ich mich gar nich drauf ein, ne? Ja (-) das war nur ganz selten der Fall eigentlich, das war nur in Extremsituationen, oder ähm ja wenn ich n paar Tage mal wach war oder so, ja aber ansonsten ä glaub ich eher an der Optik, dass das ja
- 390 I: Wenn Sie jetzt drüber nachdenken, so an so ne konkrete Situation wo Sie gereizt war'n und laut war'n, is Ihnen das unangenehm
- P2: Ja, auf jeden Fall, weil es meist immer, es war'n immer nur Kleinigkeiten,(-) kannste ma hier anpacken oder da und ä ja eigentlich überhaupt kein Problem, ne? Aber in dem Moment stellt man auf stur oder ä hat ganz andere Sachen im Kopf und ja, natürlich das is mir sehr unangenehm ne? Weil das, das war äh also die Konfliktsituationen war'n meist nie irgendwie ä was großes, es war immer war'n immer Kleinigkeiten
- 395 I: mhmh
- P2: Joa,(-) oder ich krich das schon hin und so ne? Aber ja (-) ja es war eher so auf stur stellen immer (atmet ein) ja und ä (-) ja
- 400 I: Und würden Sie sagen, dass Sie diese Charaktereigenschaft gar nicht haben, wenn Sie nicht konsumieren?
- P2: Ja, definitiv. (atmet tief ein) definitiv ja, ja klar Konfliktsituationen gibt's immer, aber die werden dann äh normal geklärt (schmunzelt dabei) in nem Gespräch oder man man ä ne? Kann dann mit mir gut reden eigentlich und aber wenn (-) ja das hab ich gemerkt, doch wenn ich nich konsumier dann hab ich solche Situationen gar nich, dann kommt das gar nich mehr, jo (-8-)
- 405 I: Also is das schon ne Verhaltensweise, die Sie auch während der Therapie dann ablegen
- 410 P2: (zögerlich) jaaa (atmet scharf ein) ja gut die Verhaltensweise hat ich aber auch nich, wenn ich ä wenn ich.(-) die hat ich immer nur, wenn ich auf Entzuch war meistens, ne? Wenn ich nichts mehr hatte
- I: mhmh
- 415 P2: Wenn ich, wenn ich äh (-) ja wenn ich auf Droge war, dann hat ich die, die Eigenschaft auch nicht
- I: mhmh
- P2: Immer nur in dem Moment wo ich dann ä im Entzuch war, eigentlich ja. Klar aber die legt man dann natürlich auch ab, weil das ja nich mehr äm das kommt ja nich mehr. Es gibt keine Situation mehr wo man entzöglich is und von ja das kann man schon so sagen, legt man dann auch ab, ja
- 420 I: mhmh (-8-) Wenn Sie, sie sind jetzt noch relativ am Anfang der Therapie, wenn Sie jetzt schon an das Ende der Therapie denken, kommen Ihnen da im Bezug auf Abschied noch Gedanken? (--)
- P2: Ja vermutlich, also ich frag ich frag mich im Moment, ob das wirklich ääh (-) der konkrete Abschied von den Drogen is, jetzt noch ne? Ich bin auch grad noch am Anfang, aber im Moment kann ich mir das noch nich so richtich vorstellen, (-) dass ich da äh, für immer die Finger von lasse. Das is schwierig für mich im
- 425

- 430 Moment noch, aber äh, (-) ja gut und natürlich also was für mich feststeht ist der
Abschied von äm meiner alten Umgebung und n Teil der alten Freunde, das ä das
steht fest, da bin ich auch, das find ich auch nich traurich oder, da bin ich eher
zuversichtlich, dass das Neue besser wird.
- I: mhmh
P2: (-9-) joa
I: Und sonst noch Gedanken, am Ende der Therapie, was da so
435 P2: Ja es is alles n bisschen ungewiss ne? Im Moment noch, weil ich gar nich so weiß,
wie sich das jetz auch entwickelt, ich mein es is ne lange Zeit mit 24 Wochen, ich
bin jetz zwei Wochen hier und äh, ja is eher Ungewissheit, ne? N- Neugier
vielleicht auch
- I: mhmh
440 P2: Wie das alles (-) wie das alles wird und was ja (--) ja (-8-)

3. Themenblock

- I: Dann würde mich als letztes jetzt noch intressiern ähm was Sie sich für die
Vorbereitung auf das Ende gerne wünschen. Also wenn Sie jetzt an das Ende der
Therapie denken und Sie sagen es ist noch u- ungewiss, aber auch Neugier, was
445 muss so während der Therapie passiern, dass zum Beispiel das Ungewisse am
Ende weg ist?
- P2: na ich müsste auf jeden Fall ne Wohnung haben, ne? Ich wohn im Moment bei der
Schwester und das müsste auf jeden Fall in´ trockenen Tüchern sein und dann bin
ich da auch echt optimistisch eigentlich, aber wenn, das müsst ich hinkriegen, ne
450 eigene Wohnung und äh (-) ja ne eigene Wohnung, das wär schon das wär schon
ganz ganz gut. Zum Ende der Therapie (-) joa, das wär so das Einzige was mir
einfällt eigentlich
- I: Sonst (-) nichts an Vorbereitungen?
P2: Nein eigentlich nicht, also klar die, ich ich denke mal, dass die Therapie mich
455 ganz gut vorbereitet, ne? Die im Laufe der Therapie, dass ich da ganz gut
vorbereitet werde, auch für
- I: Wie denn?
P2: Na durch die Gespräche, durch ä die Gespräche vor allen Dingen mit den
Patienten auch ne? Dass man auch mal sieht, was was andere so hier hin hier
460 hinbefördert hat (lachend) sozusagen, ne? Und ä, ja und auch die Gespräche mit
den Therapeuten, ne? Dass man das vielleicht alles so´n bisschen aufdröselst,
wieso des zu was kam.(-) Joar aber ansonsten brauch ich eigentlich keine
Vorbereitung.
- I: Wann wollen Sie denn damit anfangen?
465 P2: Na ich bin ja schon dabei, ne? (-) Joa
I: Also Sie sagen eigentlich werden Sie von Anfang an auch auf das Ende
vorbereitet?
P2: ja; joa würd ich sagen. Ganz gut eigentlich, also mein e erster Eindruck der letzten
zwei Wochen
- 470 I: mhmh
P2: joar würd ich so sagen (-6-)
I: Könn´ Sie sich vorstellen, dass Sie am Ende, dass es Ihnen am Ende hier schwer
fällt Abschied zu nehmen?
P2: Nein gar nich, ne gar nich also weil ä da geht´s für mich (räuspert sich) da geht´s

Anhang B: Transkripte

- 475 für mich erst los dann ne? In ins Leben halt und von daher fällt mir das gar nicht schwer,(-) absolut nich, (-) vor allen, ich ich denke dass hier is eher Mittel zum Zweck, ne? Von daher fällt mir das eigentlich gar nich, würd mir das gar nich schwer falln. Obwohl das ja auch n Abschied für immer sein wird, wahrscheinlich (grinst) ne? ja,(-) aber das wird mir gar nich schwer fallen
- 480 I: Da sind Sie ganz sicher
P2: Da bin ich mir ganz sicher, ja, da bin ich mir ganz sicher, ja!
I: Was macht Sie da so sicher?
P2: Ja danach geht's los ne? Dann ä is man hoffentlich ä soweit, dass man wieder ä ins normale Leben starten kann und das is ja eher positiv und von daher das ich ja
- 485 das fällt mir nich schwer, gar nich
I: Könnten Sie sich ne Situation vorstellen, in der es dann vielleicht doch schwer sein könnte?
P2: Ja vielleicht von Leuten, die man kennenlernt hier ne? Wo man sich v wo,wo vielleicht Freundschaften auch entstehen oder äm ja, die man doch näher
- 490 kennenlernt, die dann aber noch hier bleiben oder wo sich die Wege dann trennen, das könnte n bisschen schwieriger werden (holt Luft) joa, das is, das könnt schwieriger werden, aber ä (--) ja doch das könnte schwieriger werden. Schwieriger als der Abschied von hier jetz, ne? Von von allen hier halt, von den einzelnen Leuten, die man dann doch (-) mag am Ende, ja das könnt n bisschen
- 495 schwieriger werden (-)
I: Können Sie sich vorstellen, wie sie's sich erleichtern könnten?
P2: (-) Ja es müsste ja kein Abschied für immer sein. Man könnte sich wiedersehen, grade weil das ja auch dann ä Leute sind, die wahrscheinlich auch nichts mehr mit dem Konsum zu tun haben, ne? Da wird's einem ja leicht fallen oder leichter, sich
- 500 von den Leuten zu verabschieden mit nem mit nem ä ja mit nem mit ner Hinsicht auf Wiedersehen, ne? Das würde einem das schon erleichtern, jo
I: hmm also Sie sagen, von Personen, die Sie hier ähm ich sag mal lieb gewonnen haben
P2: mhmh
- 505 I: wird es schwer fallen, könnt es noch ne andere Situation geben, wo Sie sagen, dann wird's mir schwer fallen, hier Abschied zu nehmen? (-)
P2: hmm (-) nicht dass ich, ne mir fällt nichts ein, ne (atmet ein) ja gut hier hat man auch halt auch nen geschützten Rahmen, ne? Den hat man draußen nich mehr,(-) draußen is die Wahrscheinlichkeit größer, dass man ä auf konsumierende Leute
- 510 wieder trifft, ne? Und ä, die einen dann also die Möglichkeit besteht ja hier eigentlich eher nicht. Das is so'n Punkt, wo's dann vielleicht doch schwieriger werden könnte, Abschied zu nehmen, aber (-) hoffentlich is man dann so gefestigt, dass das auch kein Problem is. Mhmh, ja, aber das könnte, das könnt schwierig werden, dieser dass dieser geschützte Rahmen halt ausbleibt. (atmet tief ein)
- 515 schwierigER, sagen wir schwieriger.
I: Was wäre, wenn Sie keine Wohnung finden würden?
P2: Die Option fällt weg, dass ä ja (lacht) nee ne Wohnung werd ich finden und das ä jaja, das werd ich schon hinkriegen, das is ja auch eigentlich kein Problem ja, von daher da da mach ich mir gar kein Kopf drüber.
- 520 I: Okay (--) Woran würden Sie selbst denn merken, dass Sie noch nicht bereit sind für den Abschied hier?
P2: (atmet ein) Wenn ich gedanklich noch nich so gefestigt bin, dass ich zumindest

Anhang B: Transkripte

- 525 sagen kann ääh erstmal is jetzt schluss mit Drogen (Zungenschmalzer) dann bin ich hier noch nicht fertig auf jeden Fall oder ich hab keine Wohnung, aber (lachend) die Option fällt ja weg, von daher ja (räuspert sich) also gedanklich muss ich schon soweit sein, dass ich sach ich ä, fühl mich jetzt im Moment so wohl, dass ich (-) keine Drogen mehr brauch, jetzt, ja. Wenn das noch nicht der Fall ist, dann ä (-) ja dann bin ich hier noch nicht fertig
- I: Das heißt, wenn Ihre Gedanken immer noch um die Drogen kreisen?
- 530 P2: (-) Ja das ist schwierig, weil das das wird wahrscheinlich noch ne ganze ganz lange Zeit so sein, weil man ä ja es ist halt einfach auch ein Teil von meinem Leben jetzt ne? und ä das wird nie wieder so sein, dass ich nie wieder an Drogen denken werde (atmet ein) weil man eben auch viele positive Erlebnisse mit den mit den Drogen hatte, ne? Aber äh, (-) ja dass ich da ein Abschluss finden kann, dass ich sach okay das war jetzt ne gute Zeit (räuspert sich) aber ä (-) das war's jetzt auch, also weil ä so kann's nicht weitergehen. Ja, wenn ich da so den Abschluss finde, dass ich sach okay, war ne gute Zeit aber jetzt hier ist auch dann mal gut (-)
- 535 I: Sie sagen, wenn Sie aber diesen Abschluss noch nicht gefunden haben, sind Sie noch nicht fertig hier, was käme dann?
- 540 P2: Vermutlich, ja vermutlich ne Verlängerung, Adaption oder so, wo ich dann äh, (-) ja aber ich geh mal davon aus, dass das ä der Fall sein wird am Ende, aber wenn nicht dann ich, weiß ich konkret nicht, aber da gibt's ja ne, da gibt's ja Optionen
- I: mhmh
- 545 P2: Adaption zum Beispiel. Oder sowas wo's einfach dann noch wo noch ä ein gewisse Zeit drangehängt wird (räuspert sich) ja, (-) aber ich bin mal optimistisch und sach ä das wird reichen, die Zeit hier.
- I: Werden Sie's auch körperlich merken oder nur gedanklich?
- 550 P2: nur gedanklich, also körperlich gar nicht eigentlich (--), nö würd ich nicht sagen körperlich. Wahrscheinlich geht's mir körperlich viel besser, ne? Weil ä ja ich wieder regelmäßiger Sport mache als vorher und von daher werd ich das schon merken ne? aber eher im positiven Sinne. Ja (-)
- I: Und so das Verlangen doch wieder zu konsumieren, merken Sie auch nur gedanklich?
- 555 P2: Ja ja das hab ich nur gedanklich, aber das kann, das ist kann auch schwierig sein, das hab ich jetzt auf jeden Fall immer noch in manchen Situationen, da (-) ja denkt man schon noch daran (-) ja oder irgend körperlich man kriecht manchmal schon noch schwitzige Hände ne? Und ä aber das' so das einzige, aber das ist dann auch nur wenn man sich wirklich reinsteigert
- I: mhmh
- 560 P2: joa (-) aber ansonsten gedanklich, klar (-)
- I: Können Sie sich vorstellen, dass Sie am Ende der Therapie immer noch schwitzige Hände bekämen?
- 565 P2: ... nein, ja gut, das hab ich jetzt auch eigentlich gar nicht mehr, das war in der Entgiftung, so in der ersten Zeit, aber das so, jetzt hab ich das auch eigentlich gar nicht mehr, aber ä ja doch wenn die Gedanken kreisen schon darum und ä körp- körperliche Erscheinungen hab ich gar nicht aber die Gedanken sind schon die können auch schwierig sein
- I: mhmh
- 570 P2: Ja grad wenn man sich irgendwie äh (-) ja da festfährt ne? In den Gedanken auf gewisse Situationen die, (-) die man erlebt hat. Ja

Anhang B: Transkripte

- I: Wie meinen Sie das festfahren?
P2: naja wo man dann gar nicht mehr aufhören kann an an auch die positiven Erlebnisse durch die Drogen dann, ne? Wenn man dann gar nicht mehr aufhören kann, daran zu denken. (holt Luft) oder äh (-) ja sich da irgendwie hochpusht in Gesprächen mit
575 andern (-) ne? (-) da denkt man da dann blendet man die negativen ä Eigenschaften oder (-) ja die negativen Eigenschaften einfach aus und ist dann wieder in dem Kick. Den man dann in dem Moment hat, ne? Joa
- I: Wann passiert das so?
P2: (-) Ja hauptsächlich eigentlich in Gesprächen mit ä mit anderen Patienten wenn
580 man dann über über den Konsum halt spricht über bestimmte Situationen oder (-) ja oder oder manchmal auch wenn man Musik hört, also das ne? (-) Bestimmte Musik die bringt mich dann auch in manche gedankliche Situationen wo ich mir ä (-) ja wo's wieder auch um den Konsum geht.
- I: Was ist das bei Ihnen für Musik?
585 P2: Goa
I: mhmh
P2: mhmh (-) ja goapartys (-)
I: Wenn Sie sagen goapartys auch, müssen Sie sich davon verabschieden?
P2: (schnell→) nein (-) Puuh das' schwierig (lacht) ja also besser wär das schon
590 glaub ich, ja wahrscheinlich schon weil ä ja de der Konsum auf Goapartys is halt so verbreitet, dass das ja das man da nicht drum rumkommt, ne? Wenn man ä dann auf ne Party geht, auf Konsumenten zu treffen, da kommt na nicht drum rum. (atmet scharf ein) (lauter →) deswegen wahrscheinlich erstmal schon ja, erstma schon, aber ich denk nicht für immer, dafür mag ich die Musik einfach viel
595 zu, zu gerne (wird zum Ende immer leiser) (dann wieder laut) aber ich ich hör im Moment auch gar nicht gar nicht so (atmet ein) ja gut das is halt schwierig die, also die Musik, die muss man auch laut hörn ne? Also das muss auch die Atmosphäre, die die das is alles spielt alles zusammen. (atmet ein) ja und von daher wär das schon ä (schmunzelt) das Beste, wenn ich mich davon auch
600 verabschiede, ja. (schmatzgeräuch) jo. (--) weil das schwierig wird wahrscheinlich (-) ja das wird sehr schwierig.
- I: mhmh
P2: mhmh (--) vermutlich schon, aber das soweit bin ich noch nicht (-) das weiß ich
605 noch nicht, (lauter) aber wahrscheinlich müsst ich das dann irgendwann mal einfach testen, ne?
- I: Wie meinen Sie das?
P2: ja ich müsste einfach mal auf ne Goaparty gehen und (-) nichts nehmen
I: Sie sagten eben, es spielt so alles ineinander
P2: mhmh
610 I: Die Drogen auch? (-)
P2: Wie meinen Sie das?
I: Also Sie sagten eben, die Musik, die Lautstärke, die Atmosphäre, die Drogen?
P2: Ja nicht unbedingt eigentlich. (-) Aber doch, doch auch ich ich kann mich jaa, es is
615 is halt schwierig ich mein ich kann mich an keine Situation erinnern können, wo ich da mal nüchtern war, von daher ä werd ich das dann auch komplett anders erleben, wahrscheinlich ne? (-) Ja un wenn ich Pech hab fehlt mir dann was und dann ää (-) ja dann wird's schwierig, aber es kann ja auch sein, dass es trotzdem gut is. Nur anders. Aber das weiß ich ja (lacht) das weiß ich ers, wenn ä (-) ja das

Anhang B: Transkripte

- 620 kann ich so gar nicht sagen ne? Weil ich weil ich wie gesacht noch nie nüchtern
auf ner Goaparty war
- I: mhmh
- P2: ja
- I: aber das ist so das, was Ihnen am schwersten fallen wird, glauben Sie? Sich von
Goapartys oder Goamusik zu verabschieden?
- 625 P2: Nein, nein (holt tief Luft)(-) nee, ne meinen Sie jetzt im Bezug auf die Drogen?
- I: Ne in Bezug auf Abschiednehmen
- P2: mhmh (-) ja am schwersten wird mir glaub ich der, also ja doch doch doch könnte
man so sagen. Jo im Moment schon. Mhmh. Ich werd den Kick auch vermissen.
In Bezug auf Abschiednehmen jetzt
- 630 I: Was meinen Sie?
- P2: Ja den Kick von den Drogen. Joa also jetzt im Moment noch ne?
- I: mhmh
- P2: Da sind auch viele diese Ge- diese Gedanken, die da rumkreisen, ja. (--) ja aber
das wird schwierig mit den Goapartys ja (-)
- 635 I: wenn Sie jetzt nochmal ans Ende der Therapie denken, was müsste dann im
Bezug auf Goapartys in welche Richtung sollte das bis zum Ende der Therapie
gehen? Für Sie, was meinen Sie? (-6-)
- P2: Ja vermutlich, dass ich da einfach die Finger von lass, dass ich da nicht mehr
hingeh, das wär glaub ich das Beste, ja (--) aber ich weiß auch gar nicht ob ich da
- 640 hier hier ä irgendne Vorbereitung drauf bekomm. In der Hinsicht (räuspert sich) ja
- I: Wieso glauben Sie nicht?
- P2: (holt tief Luft) naja, weil's schwierig ist, weil weil das weil das ähm das hat
nichts konkret mit den Drogen, das ist wieder so ne Situation, ne? Wo alles
zusammenspielt und ich glaub nicht, dass man da hier drauf vorbereitet wird (--)
- 645 I: Was glauben Sie denn, könnten Sie dafür tun, dass Sie hier darauf vorbereitet
werden?
- P2: (schnauft leise) puuh (-) ja mich gedanklich festigen - soweit, dass ich da sach ä
(-) ja das weiß ich nicht, das ist schwierig.
- I: Wie festigen Sie sich denn gedanklich?
- 650 P2: Mit Ablenkung zum Beispiel, (lauter→) jaa oder oder (räuspert sich) dass ich für
mich halt feststell äh, welche welche positiven anderen Sachen ohne Drogen (-) es
gibt.
- I: mhmh
- P2: mhm und die dann halt irgendwie festige. Ja zum Beispiel (--)
- 655 I: Und weil Sie sagen, sie müssten darauf vorbereitet werden, auch von Goapartys
oder Goamusik Abschied zu nehm', wann und wie sollte diese Vorbereitung
stattfinden? (-)
- P2: Puuh, das weiß ich nicht, keine Ahnung (--) ja wahrscheinlich müsste das noch in
ner anderen Hinsicht passieren, dass ich mir (-) ja oder ich müsste einfach ne
- 660 Alternative finden. Ja (-) dazu (-) aber wie konkret w kann ich Ihnen nicht sagen.
Is schwierig (--)
- I: Sie ham eben gesagt, dass Ihnen so Einzelgespräche auch ganz gut tun, um Dinge
zu festigen.
- P2: mhmh
- 665 I: Im Bezug auf das Thema, könnte das auch helfen? (-)
- P2: Ja (-) ja wenn man von anderen hört, wie wie die das vielleicht machen (atmet

Anhang B: Transkripte

- ein) oder äh, Erfahrungen ne? Von anderen, das könnte schon auch helfen, klar (-)
ja man kriecht Einblicke halt, wie das bei andern is. Ja (-)
- 670 I: Und wann glauben Sie, muss die Vorbereitung ähm beginnen?
P2: Ja das is auch schwierig das, also ich glaub nich das es dafür n konkreten
Zeitpunkt gibt. (-) Hmm, (-) das is schwierig (schmunzelt) es (leichtes Lachen)
weiß ich nich. Keine Ahnung
I: Erst die letzten vier Wochen?
P2: Na am besten
- 675 I: oder
P2: wär am besten jetzt schon ne? Von anfang an. Das wär nich schlecht (-) und dann
über den kompletten Zeitraum ja
I: mhmh (-) Und was könnten Sie dafür tun, dass Sie darauf vorbereitet werden?
P2: Ja mich drauf einlassen (holt Luft) un vielleicht auch ä, das Gespräch suchen
- 680 I: mhmh
P2: aber das fällt mir schwer, sowas, ne? Ja (-) aber das wär so das Beste mich drauf
einlassen und das Gespräch halt suchen (zieht die Nase hoch) mhmh
I: Was genau fällt Ihnen daran schwer, das Gespräch zu suchen?
P2: Ja auf andere zuzugehen grundsätzlich und äh über über solche Sachen zu reden
- 685 I: mhmh
P2: Das mach ich immer ganz gern mit mir selber ne? Und alleine, ja von daher, das
fällt mir einfach schwer. Bei anderen Hilfe zu suchen auch, das da bin ich nich so
das mach ich eher so mit mir selber alles
I: mhmh
- 690 P2: ja, da hab ich halt auch dementsprechend dann nich so die Erfahrung (holt Luft) ja
(--)
I: Sie haben sich ja eigentlich schon Hilfe gesucht
P2: mhmh
I: Indem Sie hier sind
- 695 P2: Ja, (-) ja man muss sich halt auch dann drauf einlassen
I: mhmh
P2: Der erste Schritt klar, der is gemacht, aber (-) drauf einlassen muss man sich ja
dann auch letztendlich. Ja, ich denk da bin ich aufm guten Weg.
I: Woran würden Sie denn merken, dass Sie sich wirklich drauf eingelassen haben?
700 Oder woran merken Sie gerade, dass Sie sich noch nich ganz drauf eingelassen
haben?
P2: Naja, indem ich mich in Gesprächen noch nich so ganz öffnen kann
I: mhmh
- 705 P2: joa, (-) weil es is man is ja auch also man kennt die Leute ja noch nich, ne? Man
sind alles erstmal Fremde, man muss sich kennenlernen, ne? Das dauert alles ne
Zeit und ä jetzt im Moment ä (räusper sich) kann ich mich definitiv noch nich so
ganz, kann ich nich so ganz so frei frei sprechen
I: mhmh
P2: Das fällt mir schwer, ja (räusper sich)
- 710 I: Würden Sie sagen, dass das auch ne Verhaltensweise is, die Sie noch erlernen
wolln (-)
P2: jein, weil ja doch doch könnte man sagen ja, das wär vielleicht nich schlecht
(schmunzelt)
I: Wieso das jein?

Anhang B: Transkripte

- 715 P2: (-) na weil ich im Moment für mich noch nich so den, also ich kann da noch kein Sinn hinter irgendwie sehn, dass mir das wirklich auch helfen kann. Die Erfahrung muss ich halt erst machen
- I: mhmh
- P2: ne? Und bis dahin ä das jein (lacht verlegen) (-- ja (--)
- 720 I: Okay, ich glaub das reicht

Interview am 29.11.2016 Patient 3

1. Themenblock

- I: Dann würd es mich als allererstes interessieren, was Sie unter dem Thema Abschied verstehen? Was fassen Sie persönlich darunter auf?
- 5 P3: Abschied von ä Drogen jetzt? (-) Ja ä, dass ich ä Abschied nehme, dass ich von den Drogen Abschied nehme, weil ich nich mehr so weiterleben kann, wie früher. Und ääh dass ich einfach ä geregelten Lebenslauf habe, dass ich Arbeiten gehe, für mein Kind da bin, dass ich für meine Exfreundin auch da bin auch und für meine Familie. Weil ich ä kein´Kontakt mehr hatte mit der Familie, wegen den ganzen
- 10 Drogen und alles und ziemlich tief abgestiegen bin.
- I: Okay. So allgemein, wenn Sie das Wort Abschied hörn, was komm Ihnen da für Gedanken?
- P3: Ja Abschied ä wenn man jetzt so Abschied nimmt ä, dass man ausm Leben weg is, dass man nich mehr da is. So würd ich Abschiednehmen denken jetzt.
- 15 I: Gibt's ne Situation wo Sie schonmal Abschied nehmen mussten?
- P3: Ä ich hab mich einmal versucht komplett abzukuppeln, da bin ich nach ä Münster gezogen, ja und dann bin ich erstma in Münster auch geblieben. Bis ich dann irgendwann wieder zurückgekommen bin.
- I: Können Sie die Situation n bisschen beschreiben? Wie das war, nach Münster zu
- 20 gehen, haben Sie sich von Leuten verabschieden müssen? Ham Sie/
- P3: Ää, ich hab einfach, ich bin einfach gegangen, hab meine Sachen gepackt und bin einfach gegangen, einfach abgehauen.
- I: Okay. Wie war das genau für Sie? Was war da los?
- P3: Ää ich kam mit der ganzen Situation nich mehr klar, ä jeden Tag ä konsumiert und
- 25 alles und so wollt ich nich mehr weiter machen und dann bin ich abgehaun.
- I: Das heißt, Sie haben weder Ihren Eltern tschüss gesagt noch Fre/
- P3: Niemandem,
- I: Bekannten
- P3: Niemandem, hab komplett ä Kontakt abgebrochen, war spurlos verschwunden.
- 30 I: Okay
- P3: Ja
- I: Wie war das für Sie?
- P3: Ä etwas traurisch, aber ä hat mir geholfen. Erstma Kopf frei zu bekomm´ und so und erstmal um zu überlegen, was ich überhaupt mit meinem Leben ä anfangen
- 35 will. Ja.
- I: Wie lang ging die Phase, in der Sie keinen Kontakt hatten, oder wann kamen Sie zurück?
- P3: Äää halbes Jahr war das, ja. Halbes Jahr hat'sch mit niemanden Kontakt, gar nich. Auch keine Briefe oder über Handy oder so. Gar keine Kontakt
- 40 I: Okay. (--) Wie würden Sie das beschreiben? Was äm was hat das mit Ihnen gemacht? Dieser Prozess des Abschiednehmens ohne Abschied zu nehmen (lachend) sag ich mal.
- P3: ää kann ich jetzt eigentlich nichts so zu sagen. Wie mich das genommen hat. Ich fand's erstmal ä gut, weil ich war erstma für mich alleine. Konnte erstmal ä

Anhang B: Transkripte

- 45 überlegen, was ich überhaupt machen will. Ja und dann hab ich mich entschieden, ja und das ging dann aber auch wieder ä falsch rum
- I: Inwiefern?
- P3: Ä, Wo ich wieder zurückgegangen bin ä hab ich ä bin ich nach ä Wuppertal gezogen, ja und da gings dann komplett runter. Falsche Leu Leute kennengelernt, ja und dann gings komplett Berg runter bei mir.
- 50 I: Okay (-6-) Wenn Sie nochmal so das Wort Abschied für sich nehmen, was was fällt Ihnen da noch zu ein?
- P3: Ja eigentlich nur ä Verwandten oder so ä Abschiednehmen, wenn die nich mehr da sind oder wenn ich nich mehr da bin, einfach Abschied nehm´.
- 55 I: Haben Sie eine konkrete Situation noch? Von wem mussten Sie sich schonmal verabschieden?
- P3: Ä von meinem Onkel und von meiner Oma, weil die gestorben sind. Mein Onkel der hatte ä Leberzirrhose, hab ich ä Endstadium den nochma das letzte ma gesehn. Ja von dem hab ich Abschied genomm´ und ä von meiner Oma. Die wusste auch nix mehr, die hatte ä Herzan ä Herzanfall ja und war nich mehr richtisch da. Die hat auch fast niemanden mehr erkannt und so, trotzdem wollt ich mich abschied, Abschied nehmen von ihr und hab mich auch verabschiedet. War zwei Stunden bei der, hab mit der auch mich unterhalten. Sie wusste ja leider nich mehr wer ich war und so, aber für mich war das schon ne leichte ä (-) Entscheidung. Dass ich mich ä von der noch abschieden konnte.
- 60 I: mhmh (-) und (--) was was ging da so in Ihnen vor beim Abschiednehmen?
- P3: Ja ich war traurisch ä meine Oma war sehr alt schon, deswegen war´s nich so schlimm. Sie hat schon genug ä erlebt und alles, aber trotzdem schon traurisch wenn ä einer von ner Familie ä sterben tut. Dass man die dann auch gar nich mehr sehen kann.
- 65 I: mhmh
- P3: Das tut schon etwas im Herzen weh.
- I: Wie haben Sie das verarbeitet?
- P3: ää ja mit meiner Mutter drüber geredet und so. Dat ging schon.
- 70 I: Okay
- P3: Ja
- I: Wie lang is das jetzt her?
- P3: Das jetzt vier Jahre her. Weil meine Oma is gestorben vor vier Jahrn und vor drei Jahrn mein Onkel dann.
- 75 I: Okay
- P3: Der Sohn von meiner Oma dann
- I: Und zu der Zeit warn Sie aber nicht in Münster?
- P3: Ne.
- I: Wann war das?
- 80 P3: Das war vor fünf Jahren. Ja mit neunzehn bin ich nach Münster abgehaun.
- I: Okay, also warn Sie dann in Wuppertal als/
- P3: Ja wo meine Om, Oma gestorben is.
- I: Ja (-8-) Fallen Ihnen noch mehr Dinge ein zum Thema Abschied?
- P3: Jetzt so konkret ne.
- 85 I: Mussten Sie denn schonmal Abschied nehmen, ohne Abschied nehmen zu können? Also Sie sagen jetzt bei Ihrer Oma warn Sie vorher nochmal da, bei Ihrem Onkel auch, hatten Sie auch schonmal den Fall, dass sie sich nicht
- 90

Anhang B: Transkripte

- verabschieden konnten?
- 95 P3: Eigentlich nicht
I: Ne
P3: Ne (-) da fällt mir jetzt nix bei ein.
I: Außer Ihre eigene Entscheidung nich/
P3: Ja (-6-)
I: Würden Sie generell sagen, dass es Ihnen leicht fällt Abschied zu nehmen?
100 P3: Ja
I: Ja?
P3: Ja
I: Woran machen Sie das fest?
P3: ä (--) kommt auf die Situation an.
105 I: (-) Nennen Sie ma n Beispiel
P3: Fällt mir jetzt grad nicht mehr ein (grinst)
I: Also woran äm würden Sie für sich merken, mir fällt's eigentlich leicht Abschied zu nehmen?
P3: Es geht schon n bisschen an Herzen und so, wenn ich Abschied nehme, aber nicht so stark eigentlich. Deswegen kann ich eigentlich leicht ä Abschied nehmen.
110 I: Das heißt, Sie machen sich nicht lange Zeit noch Gedanken darüber oder
P3: Ne gar nicht
I: (-) Haben Sie in Ihrem Leben auch schon einen positiven Abschied erlebt?
P3: (-6-) In welche Richtung jetzt?
115 I: Irgendwas, wo Sie sagen, das war n schöner Abschied.
P3: (-12-) Eigentlich, nee. Fällt mir jetzt grad nix ein.

2. Themenblock

- I: Okay. (-11-) Dann würde ich gern als nächstes von Ihnen erfahren, wie Sie Abschied und Therapie in Verbindung bringen. Also welchen Zusammenhang hat Ihre jetzige Therapie mit dem Thema Abschied?
120 P3: Ja das ich ä wenn ich die Therapie ä schaffe und alles, was ich auch will ää, dass ich den Abschied ä von den ganzen Sachen, die ich damals gemacht habe, ä Abschied nehme und ä besseres Leben habe, dann. Ohne kriminell zu sein, ohne ähm Drogen zu nehmen und alles. Das ich davon Abschied nehme und ä einfach besser leben kann ohne die Sachen, die ich früher gemacht habe.
125 I: Was sind die Sachen, die Sie früher gemacht haben?
P3: ä
I: Könn Sie Beispiele nennen?
P3: Ja Diebstahl, Einbruch, andere Leute abgezogen. Ä einfach faul war, einfach nicht arbeiten gegangen bin. Dass ich das ä alles hinter mir lasse und jetzt ää (-) dann Schule zuende mach, Ausbildung zuende mache. Ä meine Freundin, die ich jetzt kennengelernt habe, mit der besser leben kann ohne ä was ich vorher alles gemacht habe. Das ich einfach mit der n schönes Leben haben kann ohne Stress.
130 I: Das heißt bei Ihnen spielt die Kriminalität auch ne große Rolle?
135 P3: Ja
I: Von der Sie sich verabschieden müssen?
P3: Ja. Seitdem ich ä zwölf bin, bin ich nur kriminell geworden und alles. Bin sogesehen auf ä Straße aufgewachsen und so. Wollte zuhause gar nicht mehr sein. Ja und so bin ich dann kriminell geworden.

Anhang B: Transkripte

- 140 I: Okay, das heißt, Sie haben auch gar nicht zuhause geschlafen?
P3: Ä manchmal gar nich ja. (-) Vielleicht bin ich mal kurz vorbeigegangen zuhause, um zu zeigen, ja ich lebe noch und so, aber ich geh meinen Weg und ihr geht euern Weg.
- 145 I: Okay (-) Das heißt, das wird schon auch n schwerer Abschied, weil das einfach viele Jahre in Ihrem Leben warn oder glauben Sie, dass Ihnen der Abschied auch leicht fallen wird?
P3: Ä ich hab lange drüber ge ää drüber nachgedacht und alles. Ich bin froh, dass ich davon Abschied nehme und mir wird's auch leicht falln ä leicht falln, den Abschied zu nehm', weils einfach ää keine guten Erinnerungen sind und so. Weil wenn ich nachdenke, hab ich schon ziemlich viel scheiße gebaut. Und ich bin einfach froh, davon Abschied zu nehmen. Und so schnell wie möglich.
- 150 I: mhmh. Was für Erinnerungen kommen hoch, wenn Sie so darüber nachdenken?
P3: ä (--) ja wie ich einfach unterwegs war. Einfach nich wie ein normaler Mensch, sondern einfach nur im Kopf gedacht habe, was kann ich jetz machen, was kann ich klar machen und das einfach durchgezogen habe, dann. Und immer den falschen Weg
- 155 I: (-8-) hmm. Wie weit würden Sie sagen ist dieser Abschiedsprozess schon vorangeschritten? Dass Sie sich von der Kriminalität verabschiedet haben?
P3: (--) äm dass ich soweit dann ä passiert ä wo ich dann ä verhaftet wurden bin und dann für sechzehn Monate weg war. Und da is mir dann, da hatt ich genug Zeit in den sechzehn Monaten ä um nachzudenken, was ich gebaut habe, welche scheiße und deshalb hab ich mich auch hier für die Therapie angemeldet, dass ich von den ä Drogen und von der Kriminellität wegkomme und hoffe auch, ä das so bleibt.
- 160 I: mhmh (-7-) Wenn Sie, Sie sind ja jetz noch ganz am Anfang von Ihrer Therapie, wenn Sie jetz aber schon mal ans Ende der Therapie denken, was kommen da so für Gefühle und Gedanken in Ihnen auf?
P3: ää. Das ich Angst habe ä wieder die falschen Leute kennenzulernen und ä wieder ä rückfällig werde. Aber da hoff ich ä dass meine Freundin jetz mit der ich zusammen bin äm, dass sie mir ä dabei helfen tut. Das ich nich mehr ä rückfällig werde. (-)
- 170 I: Also Sie haben Befürchtungen vor dem Ende? Auch
P3: Ja
I: Angst oder?
P3: Angst, dass ich ä wieder rükk rükkfällig werden kann, wenn ich wieder ä in die gleiche Stadt ziehe wo ich ä aufgewachsen bin, aber das versuch ich ja zu vermeiden, da ich jetz in eine andere Stadt ziehe, aber (-) in jeder Stadt gibt's ja Kriminelle und ich hab Angst wieder in die Kreise ä reingezogen zu werden. Das ich wieder in ä anderen Stadt andere Leute kenne, die aber genau das gleiche machen und davor hab ich Angst.
- 175 I: (-) würden Sie sagen, dass Sie sich auch von Ihrer alten Stadt richtig verabschieden müssen?
P3: (-) ä verabschieden schon, aber ä nich so, dass ich ä zu jeden hingeh, sondern einfach ä da wegbleibe, weil wenn ich dort wieder zurückgehe, dann und mich verabschiede, dann weiß ich nich, ob ich wieder anders nachdenke und dann doch dort bleibe. Deswegen einfach nix machen und einfach geh'n
- 180 I: Also auch von alten Bekannten, die Sie dort kennengelernt haben, da haben Sie den Kontakt einfach abgebrochen oder/
- 185

- P3: Ja. Einfach nich mehr hingegangen
I: Gibt es noch irgendjemanden, wo Sie sagen, da muss ich mich aber doch noch
190 von verabschieden, oder dem muss ich sagen, ich hab jetzt aufgehört mit
Drogenkonsum und ich kann deshalb auch den Kontakt nicht mehr weiterhalten?
P3: ää, zu jemanden geh'n und mich verabschieden will ich nich, weil ich hab die B-
Be ä Befürchtung, dass der mich dann überredet oder so doch da da zu bleiben
und in diese Situation will ich gar nich ä reinkomm. Deswegen am besten gar nix
195 tun und einfach nur geh'n.
I: (-) Das heißt auch, dass Sie Handynummer löschen oder wie stell ich mir den
Kontaktabbruch vor?
P3: ä Handynummer hab ich mir schon neue besorgt und alles. Die ä meisten, die
200 wissen auch, dass ich Therapie jetzt mache ä zwei Freunde, aber die wohnen
bisschen weiter ä dort weg wo ich aufgewachsen bin. Mit denen halt ich auch
noch Kontakt, weil die haben auch ä den andern Weg eingeschlagen.
I: Ah okay.
P3: Ja und mit denen werd' ich noch Kontakt halten und die sind zum Glück aber
auch weggezogen und ää bei denen hats auch gut geklappt und das will ich auch
205 schaffen.
I: Ah okay, also das sind zwei Leute mit denen Sie engen Kontakt hatten und mit
denen Sie auch konsumiert haben, die aber jetzt auch ne Therapie gemacht haben
und nich mehr konsumieren oder?
P3: Der, einer von den beiden hat keine Therapie gemacht, der hat zum Glück so
210 geschafft
I: mh
P3: Der hat ää irgendwann gemerkt, dass es auch nich mehr so weitergeht. Hat
Ausbildung abgeschlossen und geht jetzt auch arbeiten und alles. Ja und bei den
hats so geklappt
215 I: und der andere?
P3: Der andere, der hat ä fr auch so geschafft, sogesehen. Der hat neue Freundin
kennengelernt, die sind weggezogen und alles
I: Ah
P3: und das hat der extra für sie gemacht, weil er für sie dasein will und nicht für ä
220 Kriminellität und so. Und das hat der für sie und für ihre beiden Kinder dasein
kann. Das der nich dann auch irgendwann in den Knast wandert und so
I: Okay. Und das is auch so'n bisschen Ihr Ziel? Zusagen, mit Ihrer Freundin in ne
andere Stadt. Abschied von den Leuten, die Ihnen nich gut tun
P3: Ja (-10-)
225 **3. Themenblock**
I: Dann würde ich gerne noch von Ihnen wissen, wie Sie sich denn jetzt schon auf
das Ende der Therapie vorbe ä bereitet fühlen?
P3: (-) Was ich jetzt ä schon mache, wenn ich nach der Therapie rausgehe? Ä ich will
230 gucken, nach der Therapie, dass ich erstmal ä Adaption mache, für drei vier
Monate. Ich will jetzt ää nach Köln oder nach Bonn ziehn. Weil ich hab von
meiner ä Chefin Angebot bekommen, dass ich ä Ausbildung machen kann als
Schneider ää. Da weiß ich nur noch nich ä ob ich vorher Schule machen muss,
oder nich. Aber das werd'ch äh noch mit der alles abklärn. Weil ich hab kein
Hauptschulabschluss, den muss ich noch nach machen, dann.

Anhang B: Transkripte

- 235 I: mhmh
P3: Ja und ää da auch dann ne Wohnung ä suche, dass ich ä weit genug weg bin.
I: (--) Äm ab wann sollte denn von der Therapie aus, auch so'n bisschen Ihr Abschied vorbereitet werden? Was würden Sie da sagen?
- 240 P3: ä (-) ja dass ich erstmal die Adaption, dort in die Adaption reinkomme. Und dann ab da dann auch alles kläre ä wie's ä weiterläuft, wenn das zuende is. Das ich eigene Wohnung habe und alles. Und ich will auch gucken, dass ich vielleicht nach der Adaption auch ä jedeWoche mindestens zwei Gespräche habe. Und drüber reden kann, wie's mir geht, was ich mache und alles. Das mir trotzdem äm dann weiterhelfen, dass ich nich wieder in die falsche Bahn reinlenke.
- 245 I: mhmh. Und so während der Therapie, was sollte da schon an Vorbereitungen für das Ende getroffen werden?
P3: (--) ää
I: gibt's da irgendwas, wo Sie sagen, dann wird mir das Abschiednehmen hier leichter fallen?
- 250 P3: Ja mit den ganzen Gesprächen, die wir hier führn und so. Auch mit den Gruppen und so, da wird dann ä geredet ä was man früher flasch gemacht hat, was man ändern kann und ä wo man sich auch Hilfe holen kann. (-6-)
I: Was sollte denn alles geklärt sein, damit Sie hier später gut Abschied nehmen können?
- 255 P3: ää (--) ja hier sollte schonmal geklärt werden, ä wegen Wohnung, Arbeit, dass die mir helfen, dass ich eine Arbeit finde. (--) Ja mehr fällt mir jetzt nich ein
I: Wann sollte das beginnen?
P3: Ä einen Monat bevor ich ä hier die Therapie ä beende.
I: mhmh
- 260 P3: Die letzten vier Wochen etwa.
I: Okay. (--) Woran glauben Sie denn, dass Sie merken würden, dass Sie noch nicht bereit sind, hier von der Therapie Abschied zu nehmen?
P3: (--) Ä (-6-) Ja wenn ich merke, dass ich trotzdem vielleicht ä rückfällig werden könnte. Dass ich dann versuch ä die Therapie noch zu verlängern. Das sie mir ä noch dabei helfen könn' noch weiter dran zu arbeiten.
- 265 I: Woran würden Sie das merken, was glauben Sie?
P3: (--) fällt im mom, weiß ich jetzt nich. Die Situation hatt'ch ja noch nich.
I: (--) überlegen Sie mal, was könnten so Gedanken sein, wo Sie merken, ich bin noch gar nicht bereit den nächsten Schritt zu gehen.
- 270 P3: (-13-) fällt mir jetzt nix ein
I: ne
P3: ne
I: (-13-) Glauben Sie denn, dass es Ihnen leicht fallen wird, hier Abschied zu nehmen?
- 275 P3: (--) von den Therapeuten und so schon, aber ä ich fühl mich hier gut aufgehoben und alles und das macht mir n Gefühl, dass ich äm dass ich Leute um mich habe, die auch sich Sorgen um mich machen ä was mit mir passieren könnte. Und das gibt mir n gutes Gefühl, dass ich merke, dass ä Leute doch sich Sorgen um mich machen. (-) Das würd mir schwer fallen (--)
- 280 I: Dann sich von den Leuten zu verab verabschieden zu müssen?
P3: Ja, weil die ja für mich da sind und ä das Beste für mich wollen und wenn ich ja hier Abschied nehme und komplett weg bin, dann bin ich ja auch von den Leuten

Anhang B: Transkripte

- weg und dann ä hat man ja auch nich mehr so viel Kontakt und das macht mir schon n bisschen Sorgen dann, Angst.
- 285 I: (-7-) Gibt es da (--) schon welche, wo Sie jetzt auch merken, mit denen werd' ich aber nach der Therapie noch in Kontakt bleiben?
- P3: Ja. Ä drei Leute hier, die auch Therapie machen. Mit den versteh ich mich richtig gut. Die werden jetzt auch ä paar Monate früher geh'n als ich, die sind ja schon länger hier. Aber mit denen will ich Kontakt halten, wenn ich mal Probleme habe
- 290 oder so, dass ich mich auch ää bei den' melden kann und sagen kann, kommt könnt ihr mir helfen oder so? Ich hab Angst ä wieder rückfällig zu werden. Das die dann auch für mich da sind, dass die mir dann helfen.
- I: Okay, also da wüssten Sie auch wo Sie sich Hilfe holen würden bei wem
- P3: Ja
- 295 I: (-10-) Wenn Sie sagen, Sie fühlen sich hier gut aufgehoben und äm, Sie wissen, dass es hier Leute gibt, die sich Sorgen machen würden, wenn Sie im (räuspert sich) wenn's wenn Ihnen wieder etwas passieren würde oder wenn Sie wieder rückfällig werden würden. Äm Würden Sie sagen, dass Sie das vorher noch nicht erlebt haben? Also dass Sie das hier zum ersten Mal erleben so ne Art?
- 300 P3: Ja größten Teils schon, nur äh meine Mutter ä mit der hab ich engen Kontakt jetzt wieder. Und die macht sich auch Sorgen um mich und alles. Is ja auch verständlich, is ja meine Mutter. Ä ja sonst merk ich das eigentlich so gar nich.
- I: Und zu Ihrer Mutter hatten Sie aber ne zeitlang auch gar keinen Kontakt, ne?
- P3: ne, wegen den ä Drogen und alles und meine Mutter wollte mir helfen. Ja, aber
- 305 ich hab mich nicht ä helfen lassen
- I: Okay
- P3: Ja
- I: Wie sah das aus? Wie hat Ihre Mutter das versucht?
- P3: Sie wollte mit mir reden, sie wollt mir helf Hilfe geben, dass ich zur
- 310 Drogenberatung gehe, dass ich auch ä so wie jetzt in Therapie mach und alles. Aber da hab ich einfach nein gesagt, wollt ich einfach nich machen.
- I: mhmh
- P3: Weil's für mich einfach normal war, so zu leben.
- I: (--) Wie is das, wenn Sie jetzt rückblickend dahinschaun, was komm' da für
- 315 Gedanken auf?
- P3: (-)Das ich in meinem Leben ziemlich viel ä falsch gemacht habe, dass ich das anders machen hätte könn'. Ja und schade ää das 'ch so einen Weg gegangen bin und ä einfach kriminell geworden bin. Und nicht einfach vernünftig aufgewachsen bin.
- 320 **Abschließende Frage**
- I: (-15-) Dann ham wir glaub ich schon einiges besprochen. Und dann würd ich nur noch als letztes fragen, ob Ihnen noch irgendetwas einfällt im Allgemeinen, wo Sie sagen, da ham wir jetzt noch nicht drüber gesprochen, das Ihnen aber zu dem Thema auch noch einfällt.
- 325 P3: (--) ne
- I: Keine Gedanken, Ideen mehr?
- P3: Ne
- I: Nichts? Okay, dann bedank ich mich bei Ihnen.

Interview am 08.11.016 Patient 4

1. Themenblock

- I: Dann würde mich als erstes interessieren, was Sie persönlich in Ihrem Leben unter dem Wort Abschied auffassen, was Sie sagen, das hat für mich was mit
5 Abschied zu tun.
- P4: Ja Abschied is für mich äähm wenn ich ne Person für ne gewisse Zeit oder für immer nich mehr sehe.
- I: mhmh
- P4: Also für mich sind Abschiede (-) ja meistens unausgesprochen. Also so äähm ja zu
10 dem Anfang als ich konsumiert hab, hab ich im Grunde genommen auch Abschied genommen, indem ich mich nicht mehr gemeldet hab, von vielen Leuten.
- I: Okay
- P4: So
- I: Unausgesprochen können Sie das noch n bisschen verdeutlichen oder deutlicher /
15 P4: Jaa ich hab halt nich gesagt was mit mir is oder warum wieso weshalb halt keine Begründung genannt einfach ja gar nichts mehr gesagt. (-) Das war dann im Grunde genommen der Abschied von meinem alten Umfeld, so hab ich mich jetzt auch aus meinem andern Umfeld da hab ich mich im Grunde genommen doch schon verabschiedet.
- 20 I: Inwiefern?
- P4: Da hab ich gesagt, dass ich da ne ne Therapie mache und da hat ich anfangs auch noch den Gedanken, ja gehse wieder zurück zu den andern Leuten, das sich jetzt mit der Zeit auch geändert hat, also da is das für mich jetzt klar, dass ich nich mehr ins alte Umfeld geh.
- 25 I: Und das ham Sie dem alten Umfeld gesagt?
- P4: Ne das hab ich nich gesagt
- I: Achso
- P4: Ne das werd ich denen auch nich sagen, das is auch wieder so ne andere Sache.
(grinst)
- 30 I: Was heißt andere Sache?
- P4: Ähm ja dass ich das dann den' auch nich wieder sag halt auch so vor vollendete Tatsachen stelle im Grunde genommen.
- I: Okay (-) Das heißt, wenn Sie jetzt an Abschiede in Ihrem Leben denken, was kommt Ihnen da so als erstes in den Sinn? (-)
- 35 P4: mhh Freundeskreis.
- I: mhmh. Habn Sie da ne bestimmte Situation auch, die Sie n bisschen genauer beschreiben können?
- P4: (-) leises puuh. Äähm (-) nee, ne bestimmte Situation eigentlich nich wirklich, weil'sch halt den Abschieden ausm Weg gegangen bin
- 40 I: mhmh, wie würden Sie sagen haben Sie sie dann verarbeitet oder wie sind Sie damit umgegangen?
- P4: Ja verarbeitet hmm nich ganz (-) wie ja wie ich damit umgeh ich komm damit zurecht ich hab da nich das große Problem mit, mich bei andern Leuten nich mehr zu melden, das is' irgendwann zur Gewohnheit gewordn. Und dann die

Anhang B: Transkripte

- 45 Gewissensbisse hörn irgendwann auch auf. Wie sich die andere Person dabei
fühln könnte.
- I: Jaa, wenn Sie sagen, Sie ham sie aber nicht ganz verarbeitet, was heißt das?
- P4: nja, dass ich halt das den im Grunde genommen den Abschied nich genommen
hab, also halt mir noch n Hintertürchen offen gelassen hab. Das man nochmal
- 50 wiederkommen kann.
- I: mhmh
- P4: Diese Richtung (-)
- I: Das heißt Sie haben bisher in Ihrem Leben noch nie Abschied für immer nehmen
müssen? Oder gabs da auch schon eine Situation?
- 55 P4: Ähh von meinem Opa, der is gestorben.
- I: Jaa
- P4: 2003
- I: Wie war das?
- P4: Ja das war traurich. War schon da war´sch ja noch gutes Stück jünger. Ähm ja es
- 60 war schwer für mich das zu begreifen. Anfangs, aber irgendwann ja konnt man,
hab ich mich damit abgefunden.
- I: mhmh
- P4: Das war dann auch Normalität, dass er halt nicht mehr da is.
- I: Habn Sie da einen Abschiedsprozess erlebt?
- 65 P4: nja die letzte Verabschiedung war vor der Beerdigung da ham wir den (-) ja
Leichnam nochmal gesehen.
- I: mhmh
- P4: und das war dann nochmal so (-) ja tschüss zu sagen. (-)
- I: Okay
- 70 P4: Is halt auch sehr endgültig
- I: mhmh
- P4: ne? Ansonsten ja wenn ich ma im Urlaub war, da hat man sich ja auch mit andern
Leuten immer gesehen hat man auch sich verabschiedet (holt tief Luft) ja
heutzutage kann man sich ja auch leichter mit den Leuten in Kontakt wieder
- 75 setzen über Facebook oder so, aber das´s ja auch noch nichma (-) ja sind auch
wieder zwei paar Schuhe das was man sagt und was man tut.
- I: mhmh (-7-) das heißt wie würden Sie für sich Abschied definieren? Wenn Sie..
- P4: unangenehmes Thema. (-) eigentlich. Doch doch schon ziemlich unangenehm
weils (-) für mich ziemlich endgültig is. Also wenn ich mich von jemandem
- 80 verabschiede dann is das halt man sieht sich nie wieder. Also weil ich das die
Erfahrung gemacht hab.
- I: Ja
- P4: und das die Hoffnung halt die Person nochma wiederzusehen, sehr gering is (-) un
das hab ich auch mit beim letzten Mitpatienten mitbekomm. (Atmet ein) weil ich
den dann verabschiedet hab, das war dann schon. War schwer danach
- 85 I: Ja
- P4: nich in dem Moment woer gegangen is, sondern (-) als er weg war
- I: was kam da so in Ihnen auf? Was was warn so die Gedanken, die Gefühle?
- P4: mmh ja hier das jetzt alleine durchmachen zu müssen jetzt halt das die
- 90 Bezugsperson die man hatte jetzt auch weg is.
- I: Ja (-) wie verarbeiten Sie das?
- P4: äh ich hab mit ihm gestern telefoniert

Anhang B: Transkripte

- I: Okay
- 95 P4: das war ganz gut, die ersten Tage warn (-) ja warn schon n bisschen schwierig, aber man hat ich hab hier auch Unterstützung von der Gruppe bekommen und
- I: mhmh
- P4: dann war das auch gut
- I: Das heißt das war jemand, der Sie, weil Sie ja auch jetzt am Ende der Therapie stehn der Sie die ganze Zeit hinweg begleitet hat.
- 100 P4: Ja
- I: (-) und das fiel Ihnen schwer, dann zu sagen, den Abschied zu nehmen
- P4: hmm den Abschied selber war das war mhm das konnt'ch gut (-) über die Bühne bringen nur was halt danach kam das war dann schon schwierig.
- I: Jaha. Was war das genau?
- 105 P4: (schmunzelt ein wenig) jaa, unangenehme Gefühle, Tränen in die Richtung
- I: Ja. Fällt Ihnen das schwer, darüber zu reden?
- P4: Ja, (-) ja, ja weil ich passiert nicht oft
- I: Was passiert nicht oft?
- P4: Das ich weine
- 110 I: Okay
- P4: sehr selten (-) das war dann auch nochma (-) ja die Bestätigung für mich, dass die Person sehr wichtig für mich war.
- I: mhmh (-8-) Also würden Sie für sich sagen, dass es Ihnen insgesamt schwer fällt Abschied zu nehmen?
- 115 P4: Ja, ja auch wenn ich an meinen Abschied wenn ich hier bin denke würd ich auch am liebsten Koffer rein in 'n Bus und runter in die Adaption also ohne großes Tamtam
- I: Jaha
- P4: das wär mir am liebsten
- 120 I: Okay(-12-) Könn Sie beschreiben oder wissen Sie wieso das bei Ihnen so ist? Wieso Ihnen das so schwer fällt? Haben Sie da ne Idee?
- P4: ääähm ja weils n sehr emotionaler Moment is.
- I: Ja
- P4: äm (-) weil alles Gute was man mit den Personen erlebt hat nochma hochkommt und ja (-) konsumiert hab ich um negative Gefühle zu verdrängen
- 125 I: mhmh
- P4: dabei sind die positiven auch mit auf der Strecke geblieben und das wird halt auch nochma son Gefühlsausbruch, den man eigentlich, den ich nicht wahrhaben möchte.
- 130 I: mhmh
- P4: Das is dann (-) wieder verdrängen dann is das isses wieder leichter der Situation schnell zu entgehen. (--)
- I: Das heißt, Sie ham eigentlich konsumiert um auch Abschiede verkraften zu können? (-)
- 135 P4: nja, nich direkt also es ist damit leichter gefallen aber ich habs in den Momenten nich bewusst gemacht
- I: und wenn Sie jetzt drüber nachdenken? (--)
- P4: hmm (-) ich konnte damit auf jeden Fall leichter Abschied nehmen, also was für mich halt Abschied bedeutet. Als ääh ja den Kontakt abubrechen, (-) das war
- 140 damit ganz leicht

Anhang B: Transkripte

- I: mhmh (-) Wenn Sie sagen, sie haben immer wieder Kontakte einfach abgebrochen ohne sich wirklich zu verabschieden, fällt Ihnen da Person ein, was ganz extrem war? Oder ein Beispiel oder
- 145 P4: bei meiner Mutter ne zeitlang.
- I: Okay
- P4: das war (-) ja ich hab dann hin und wieder ma ne Nachricht von ihr bekomme das hat auch irgendwann aufgehört. Mhh (-) das war schon unangenehm aber ich hab auch nicht auf die Nachricht reagiert. (-) Anfangs
- 150 I: Wenn ich nachfragen darf, was was war das für ne Situation dass Sie sagten, sie ham den Kontakt abgebrochen.
- P4: äähm, da bin ich rausgeflogen bei meiner Mutter
- I: mhmh
- P4: hab dann bei meinem Kollegen gewohnt und da gings dann erst richtig los im Grunde genommen und dann als es ja mit der Zeit wurde dann hab ich mich
- 155 weniger gemeldet und irgendwann gar nicht mehr aber auch nicht erklärt warum (-)
- I: bis heute?
- P4: nene, nene (Schmunzelt dabei)
- I: kleines Lachen
- P4: bis ich ähm n leichten Autounfall hatte und dann hab ich mir gedacht, so geht's
- 160 nicht weiter. (-)
- I: was was was war da, was den Schalter umgedreht hat?
- P4: ähm dass ich keinen Menschen verletzt hab weil das hätte auch anders passieren können und ich hab mir gedacht (atmet tief ein) dass ich jetzt irgendwann mal nen Schlusstrich ziehen muss und dass es so nicht weitergehen kann, weil ansonsten es hätte ja sonst was passieren können
- 165 I: äm das heißt wie hat der Autounfall stattgefunden, unter Einfluss von Drogen?
- P4: (leise) ja
- I: mhmh das hat dann wozu geführt, dass?
- P4: dass ich dann wieder zurück zu meiner Mutter gegangen und dann in die Entgiftung und dann alles in die Wege geleitet hab für die Therapie
- 170 I: Okay, wie viel Zeit war dazwischen
- P4: das war Anfang des Jahres, am 22. Januar bin ich wieder zurückgegangen
- I: ähm ich mein davor die Zeit zwischen dem
- P4: Achso das warn
- 175 I: Kontaktabbruch
- P4: das warn drei Monate ungefähr
- I: okay (-12-) und dann haben die (-) während der drei Monate haben Sie den Abschied verdrängt
- P4: ja (-) ja (-) ja auch die Schuldgefühle, das kam ja auch mit dazu (-) beides
- 180 I: Was für Schuldgefühle? Was
- P4: Ja mich nicht zu melden einfach, dass meine Mutter totale Sorgen hat und ich sie im Unklaren lasse darüber was mit mir is
- I: mhmh
- P4: hätt ja auch sonst was passieren könn. In dem Moment war mir das einfach gar
- 185 nicht bewusst.
- I: Okay (--)-wann ist Ihnen das bewusst geworden? (-)
- P4: Als'ch mit meine Mutter später mal darüber geredet hab (atmet ein) ähm (-) ja auch als ich von andern gehört hab, ja dass ich mich ma in ihre Lage versetzen

190 sollte, weil für mich war das in der Zeit wo ich konsumiert hab war das ihr geht's
schon gut (-) aber so direkte Gedanken hab ich mir nie darüber gemacht
I: mhmh (-7-)

2. Themenblock

I: mh (-) wenn Sie jetzt im Moment an die Therapie denken und an das Thema
Abschied, inwieweit würden Sie sagen, stehn die in einer Verbindung, also
195 Therapie und das Thema Abschied, was bedeutet Ihre jetzige Therapie im
Zusammenhang mit Abschied, ham Sie da ne Idee?
P4: Ja Abschied von alten Verhaltensmustern von mir und von meiner alten
Umgebung
I: Könn Sie da Beispiele nennen?
200 P4: äh Verhaltensmuster mich nich zu melden, beispielsweise das is ähm (-) mit eins
der Hauptthemen ähm über meine eigenen Gefühle zu sprechen, (atmet tief ein)
also im Grunde genommen Abschied davon zu nehmen, dass ich nicht darüber
rede
I: mhmh
205 P4: dann ja Abschied von meinem ja konsumierenden Umfeld komplett und bei ein
paar Leuten muss ich noch so aussortieren, ob die noch konsumieren oder auch
aufgehört haben, ein guter Freund von mir, der hat auch nen Therapeuten
mittlerweile
I: Okay
210 P4: und (-) ja der is auch aufm richtigen Weg dann find ichs eigentlich falsch da
Abschied zu nehm
I: mhmh
P4: ähm (-- ja auch Abschied von ja wenss klappt vom Konsum (-) komplett
I: Sie sagen so wenss klappt, was sind Ihre Zweifel?
215 P4: Die Statistik im Grunde genommen, dass es halt keine 100%ige Chance gibt und
dass ich mir das immer vor Augen halte, dass ich lieber sage, wenss klappt halt (-)
ja das'ch mir dass nie zu sicher sein sollte, weil wenn ich mir ganz sicher bin,
dass's klappt, geh kanns genauso gut auch in die Hose gehen.
I: mhmh (-6-) was würden Sie sagen, was sind Gründe bei Ihnen, dass Sie davon
220 nicht genügend Abschied nehmen können? (-6-)
P4: äääh, ich glaub wenss mir wieder gut geht?
P4: (laut übertönt dabei I) Also wenn ich alles geregelt hab. Ähm, dass ich mich im
Grunde genommen damit belohne
I: mhmh
225 P4: das is es, weil mittlerweile ja weiß ich die negativen Folgen und dass das alles
nichts bringt, aber ich weiß noch nicht wie es is, wenn (-) ich wieder stabil bin
und wieder alles seinen geregelten Lauf hat.
I: mhmh
P4: leise → ja (-7-)
230 I: und wovon würden Sie sagen welche Verhaltensweisen weil Sie eben schon
sagten, dass Sie von Verhaltensweisen Abschied nehmen müssen was was kommt
Ihnen noch so in' Kopf wovon Sie Abschied nehmen müssen? Oder wovon Sie
vielleicht auch während der Therapie Abschied genommen haben.
P4: äh von Zigaretten hab ich Abschied genommen.
235 I: mhmh

Anhang B: Transkripte

- P4: War auch (-) schwierig, aber der ich hatte auch kein' Druck von außen das war ne eigene Entscheidung.
- I: Okay
- 240 P4: Und ich hab das auch viel zu lange vor mir hergeschoben.
- I: Ja
- P4: und dann irgendwann kam der Punkt wo ich dann gesagt hab, so (leise →) reicht
- I: wie lang is das her?
- P4: Das is jetzt (--) vier Monate her
- 245 I: ah also relativ am Anfang ham Sie sich dafür entschieden. (-) Und wie geht's Ihnen damit?
- P4: gut (-) wirklich gut (-) is halt schon ja (-) mmh man, ich hab mir auch Gedanken darüber gemacht, wieso weshalb warum ich angefangen hab zu rauchen.
- I: mhmh
- P4: und ich hab bis jetzt noch kein' triftigen Grund gefunden es weiterhin zu tun
- 250 I: Was kam dabei heraus, wieso weshalb warum Sie angefangen haben?
- P4: äähm Zugehörigkeit zur Gruppe, dann noch um wegen Langeweile, Stress (--) ja
- I: mhmh
- P4: und n Gefühl von Freiheit war auch mit dabei. In der Anfangszeit
- I: Wie muss man sich das vorstellen, ein Gefühl von Freiheit
- 255 P4: Ja was halt einem im Grunde genommen mitgeteilt wird, (-) dass wenn man raucht dass man wie der Marlboromann zum Beispiel. Dieses Gefühl was da vermittelt wird, dass man das halt in sich aufnimmt
- I: Wie war das bei Ihnen?
- P4: Ja ich hab ja unter achzehn angefangen zu rauchen und das war dann halt schon
- 260 sehr teilweise erwachsen fühlen
- I: Okay (-6-) und falln Ihnen noch weitere Verhaltensweisen ein?
- P4: Ähm ja wovon ich Abschied genommen hab is noch dass ich die oder keine Verantwortung übernomm hab früher
- I: Für?
- 265 P4: Andere und für mich selbst, für mich selbst halt da hab ich auch schon aber für andere das war ja hm war früher mm schwer für mich, das konnt ich hier ja erproben
- I: Können Sie das n bisschen ausführen, dass ich mir da was drunter vorstellen kann?
- 270 P4: äh ich hab die
- I: Verantwortung für andere
- P4: Ich war der Küchenmanager und hab da dann alles geplant gekocht eingekauft
- I: hier jetzt mhmh (-) und wie wars vorher also wenn Sie sagen, sie haben hier gelernt Verantwortung für andere zu übernehmen, was was haben Sie vorher
- 275 gemacht, wo Sie gemerkt haben da hab ich nie Verantwortung für andere übernommen?
- P4: ich hab andere eher entscheiden lassen. Was gemacht wird oder so, das war mir relativ egal
- I: Ham Sie n Beispiel?
- 280 P4: ähm ja wohin man weggeht zum Feiern zum Beispiel, da war ich jetzt nie irgendwie so der in Führungszeichen Leitwolf oder so
- I: mhmh und in welchem Zusammenhang setzen Sie das mit Verantwortung für andere übernehmen?

Anhang B: Transkripte

- 285 P4: Ähm ja das man halt ja sagt wo's hingeht und was man was gemacht wird () ja is keine direkte Verantwortung (--)(setzt sich anders hin) äähm ja mir würde sonst auch direkt nichts anderes einfallen
- I: und wann übernehmen Sie jetzt Verantwortung für sich selbst?
- 290 P4: ähm (--)(ja dafür dass ich jetz noch in die Adaption geh, das is auch meine Entscheidung und dass ich mir bewusst geworden bin alles was ich jetz mache, dass ich das nich für irgendwen mache, sondern für mich selber
- I: mhmh
- P4: und (-) ja dass ich die Verantwortung dafür habe aber auch wenns nicht klappt die Konsequenzen austragen muss, (-) un dass ich dann wieder ganz von vorn fast von vorne anfangen kann
- 295 I: Ja (-) Wenn Sie (-) nochmal den Zusammenhang zwischen Ihrer jetzigen Therapie und Abschied die Verbindung nochmal ziehen, ähm welche Gedanken und Gefühle kommen da bei Ihnen auf, wenn Sie an das Ende der Therapie denken? (-) Was ja jetz bevorsteht
- P4: mhhhm ja beim Abschied, dass diiiiee (-) ganzen guten Momente, die ich hatte dass die auf jeden Fall wieder hochkommen werden und dass die dann dafür sorgen eigentlich dass man das ja das'ch bleiben möchte
- 300 I: mhmh
- P4: Dass die negativen Aspekte, die mich eher (-) ja weggeschickt hätten, dass die egal komplett in'n Hintergrund geraten, halt nur noch dass das Positive da is, dass man (sehr leise →) dass ich eigentlich gar nich gehen will, ja
- 305 I: Was für Negative
- P4: ähm ja ne Zeitlang war die Gruppe nich so gut, da gabs dann halt son paar Leute, wos wirklich schwierig war mit denen klarzukommen
- I: mhmh
- 310 P4: und (--)(ja
- I: Wie is es im Moment?
- P4: Im Moment (--)(räuspert sich)äähm es war vorn paar Wochen besser, (-) aber es is noch für die letzten Wochen is es noch auszuhalten. Dadurch auch, dass ich mich dem Ende näher, hab ich mit den Neuen gar nich mehr so viel zu tun, ich interessier mich auch nich mehr dafür
- 315 I: Okay
- P4: Weil damit da auch keine persönliche Beziehung irgendwie zueinander entsteht, dass dann ja (-) ich bin ja nur noch ne Woche hier
- I: mhmh
- 320 P4: und dann muss ich mich jetzt nicht noch mit allen anfreunden, (sehr leise →) das is nich wichtich für mich
- I: Versuchen Sie dadurch sich den Abschied etwas zu vereinfachen?
- P4: Ja bestimmt, dann sinds ja nur noch weniger Leute von denen ich mich verabschieden muss (schmunzelt) (-6-)
- 325 I: Wenn Sie jetz an die letzten drei vier Wochen denken der Therapie und an Ihre Verhaltensweisen, die Sie während der Therapie geändert haben, is Ihnen bei der ein' oder andern Sache aufgefalln, dass die jetz zum Ende (-) wieder aufgetreten is, die Verhaltensweise, die sie eigentlich ablegen wollten.
- 330 P4: ja
- I: Wann und was?

- 335 P4: äähm (--) die letzten zwei Wochen hat 'ch mich nich mehr so oft bei meiner Mutter gemeldet, weil (-) ich mich jetz nochma irgendwie ja sehr auf das Hier und Jetz bezogen hab und dabei die Umwelt um mich herum auch andere Freunde, die außerhalb sind komplett abgeschaltet hab, (-) weil ich halt hier in dieser Käseglocke wie man so schön sagt ääm war
- I: Das war jetzt in den letzten zw /
- P4: zwei Wochen
- 340 P4: ja zwei drei Wochen ungefähr, jetz das Wochenende war ich zuhause und jetz versuch ich das wieder in die andere Richtung zu lenken (-)
- I: Haben Sie ne Erklärung dafür? Dass das jetz am Ende
- P4: ne
- I: nochmal kam
- P4: ne
- 345 I: auch mal ins Blaue hinein überlegt
- P4: mmh (-9-) ne (--) ne wird mir nix direkt einfallen, warum das passieren könnte, (-) nö beziehungsweise warum das passiert is
- I: mhmh (-) sonst noch was? Wo Sie merken, das is jetz in den letzten Wochen irgendwie hatt ich das während der Therapie während der ganzen Zeit schon mich davon verabschiedet und jetzt in den letzten Wochen is es dann doch nochmal
- 350 aufgetreten
- P4: hmm ne gewisse Unsicherheit was die Zukunft betrifft, weil während der Therapie hatt ich ja viel Abstand davon, es is ja noch ziemlich in weiter Ferne gewesen.. hmm jetzt rückt das halt immer n bisschen näher
- 355 I: mhmh
- P4: Das is auch dieses Belohnungssystem (-) im Grunde genommen da aber ähm (-) jetz weiß ich noch dass es der falsche Weg is, weil ich ja und deshalb geh ich auch runter in die Adaption um da drei Monate zu verlängern
- I: mhmh, was meinen Sie wäre der falsche Weg?
- 360 P4: ääh ja das Konsum, (-) sich zu belohnen, weil ich weiß noch in der Anfangszeit als ich ähm in der Entgiftung war hab ich gesagt, meinen Rückfall mach ich nach der Therapie. (-) Das war damals noch ganz klar für mich. Da hat 'ch auch noch keine Vorstellung davon, was Therapie eigentlich bedeutet.
- I: mhmh
- 365 P4: Das hat sich dann jetz in der Zeit hat sich das dann gewandelt, aber trotzdem is der Gedanke immer noch im Hinterkopf manchmal da (-18-)
- I: Fällt Ihnen noch etwas ein dazu, zu dem Thema Therapie in Verbindung mit Abschied?
- P4: emem
- 370 **3. Themenblock**
- I: ne? Dann würde ich gerne noch von Ihnen ähm etwas darüber erfahren, wie Sie sich denn jetzt auf das Ende der Therapie vorbereitet fühlen, wenn Sie sagen, Sie haben jetzt noch eine Woche, wie gut oder wie schlecht fühlen Sie sich vorbereitet?
- 375 P4: Ich fühl mich gut vorbereitet, weil ich n klares Ziel vor Augen hab, was danach kommt und auch schon was dafür getan hab. Also (-) ähm (-) ja ich hab ne gute Anschlussmöglichkeit auch wo ich die Leute kenne und (-) ja und in der Zeit halt gucken kann, was danach kommt und auch nochmal genug Zeit habe um meinen

Anhang B: Transkripte

- weiteren Lebensweg zu planen
- 380 I: Wie sieht das genau aus, ihre Anschlussmöglich.
- P4: äh Adaption drei Monate und danach würd ich wieder zu meiner Mutter gehen, aber dann währenddessen auch arbeiten gehen. (-) Bis September nächstes Jahr und dann ne Ausbildung anfangen.
- I: Wieso genau bis September nächsten Jahres is
- 385 P4: Weil die meisten Ausbildungen dann anfangen und ich bis Februar in der Adap ä in der Adaption bin
- I: Okay (-) und Sie sagten, dass Sie Leute dort schon kennen, dass heißt in der Adaption
- P4: Ja
- 390 I: wissen Sie schon wer auf Sie wartet. Okay. (-) Ab wann würden Sie sagen fand denn die Vorbereitung auf das Ende der Therapie für Sie statt hier?
- P4: Vor vier Wochen ungefähr. Da hatt'ch nochma andere Überlegungen was ich nach der Therapie mache. Da war auch ja der Gre der Gedanke normal arbeiten zu gehen (-) den hab ich dann aber wieder verworfen
- 395 I: mhmh
- P4: weil ich gemerkt hab, dass es dass ich noch n bisschen Zeit brauche
- I: Okay
- P4: und mich dann mal neu zu stabilisieren halt um nochma n anderen geschützten Rahmen erleben zu können, weil hier in der Therapie ist man ja sehr geschützt vor äußeren Einflüssen
- 400 I: mhmh
- P4: und äh in der Adaption wird das nochma (-) ja n bisschen anders sein
- I: (-) und was warn so die Gedanken vor vier Wochen als das so losging mit der Vorbereitung auf das Ende was?
- 405 P4: ähm (-) ja der Gedanke war auf jeden Fall da, dass ich schon fast geschafft hab, dass ich jetzt nur noch die letzten Wochen nur noch durchhalten muss un dann (-) is die Sache gegessen
- I: mhmh
- P4: und dass das ganz (-) leicht über die Bühne geht, hab ich mir da vorgestellt, war n bisschen schwieriger (-)
- 410 I: Was genau?
- P4: ähm.. ja es geht zum Ende zu, (-) die sechs Monate sind (-) ja fast schon viel zu schnell zu vorbeigegangen und dass ich auf der einen Seite denke, dass'ch noch nich alles bearbeitet hab, (-) aber auch wiederum sage, dass ich schon viel ja viel geschafft hab und das was ich jetzt nur noch übrich hab, dass ich das auch draußen schaffe.
- 415 I: mhmh (-) was würden Sie sagen, was is noch übrig?
- P4: ähm (-) mich mehr zu öffnen, das braucht noch viel Überwindung zur Zeit (-)
- I: und Sie sagen Sie glauben, dass Sie das auch draußen schaffen?
- 420 P4: joa, dauert aber noch n bisschen (-)
- I: Wolln Sie das alleine schaffen?
- P4: äh ne mit meiner Familie auf jeden Fall
- I: mhmh
- P4: daa (-) also den is auch schon aufgefallen, dass ich mehr rede auch darüber, was in mir vorgeht und nich was um mich herum passiert
- 425 I: mhmh

Anhang B: Transkripte

- P4: Früher war, ja da hab ich gar nichts erzählt. (-) Dann jetzt wird das halt immer mehr
- 430 I: mhmh (-) würden Sie denn sagen, dass jetzt in jetzt is ja nur noch eine Woche aber dass noch etwas unbedingt geklärt werden muss in dieser letzten Woche, (-) bevor es dann heißt hier Abschied zu nehmen. Also haben Sie sich son Abschiedsritual schon vorgestellt oder?
- P4: (atmet tief ein) äähm (-) Ne. Wie gesagt, am liebsten Koffer packen und schnell runter. (-) Das wär mir eigentlich am liebsten.
- 435 I: Das wäre ja, wie Sie sonst Abschied genommen haben.
- P4: (Schnallst mit der Zunge) Ja (-) und ich weiß auch, dass es nich so passiern wird, ähm (-8-) ja, schwierig
- I: Wie wird's denn passiern, was glauben Sie?
- 440 P4: Dass sich n paar mit denen ich mich gut verstanden hab, dann auch vorne stehen und ja mir beim Einladen helfen und ja (-) dann erstma tschüss sagen, auch wenn ich nur bis nach unten ziehe. Aber trotzdem ja, man sieht sich jeden Tag und danach dann nur noch paar mal die Woche. Wird schon großer Unterschied
- I: mhmh (-) und sonst so die letzte Woche, wie wird die ablaufen. Werden Sie da schon Veränderung merken?
- 445 P4: puuh (-) ne, die Woche ich glaub nich (-)
- I: Also stellen Sie sich den Abschied wirklich nur am Abschiedstag vor?
- P4: Ja
- I: und sollte auch nich länger?
- P4: ne auch nich länger, das is schon lang genug (leicht grinsen)
- 450 I: gibt es hier irgendeine Art Abschiedsritual?
- P4: nich dass ich wüsste ne
- I: könnten Sie sich eins vorstellen?
- P4: nein auch ne nie bloß nich (schmunzelt) emem ds is ne ne ne
- I: (-) Würden Sie denn sich sagen, dass Sie sich im Moment bereit fühlen Abschied zu nehmen von der Therapie?
- 455 P4: Jetzt im Moment? (--) Ne noch nich, jetzt kommt noch das Wochenende wo man nomma wo ich mit den andern nomma n bisschen Zeit verbringe (-) und (--) nächste Woche Montag vielleicht, dann. (-) Dienstag geh ich ja, (eher genuschelt →) nein ich glaub das so früh noch nich
- 460 I: Was macht das also. Können Sie das Gefühl beschreiben, was sagt ich bin im Moment noch nich bereit?
- P4: hmm.. Raus aus der Gewohnheit und rein in das Neue zu gehen und auch zum Teil (-) ja (-) n bisschen Angst vor'm Ungewissen, wies in der Adaption laufen wird
- I: mhmh
- 465 P4: ja der ganze Tagesablauf, hier hab ich mich dran gewöhnt, ich komm damit zurecht (-)
- I: Und was sind das für Gefühle? (-)
- P4: hmm ähm (-10-) hm (-10-) ja isn bisschen bedrückend (--) vor der Zukunft (-)
- I: Bedrückend heißtim Körper, wo spür'n Sie's?
- 470 P4: Hier so (zeigt auf sein Sternum)
- I: So'n Druck (--) Können Sie sich irgendwas vorstellen, was diesen Druck lösen könnte?
- P4: hmm ja das Allheilmittel is ja darüber reden (-) m
- I: Für Sie auch?

Anhang B: Transkripte

- 475 P4: Für mich, vielleicht, glaub ich aber nich
I: Was würde Ihnen helfen?
P4: Ablenken, (-) dann würde das bis Dienstag würde das dann klappen und dann wär die Situation die Vorstellung davor ja is immer noch schlimm, auch beklemmend n bisschen, weil's (--) äh unangenehm is für mich so im Mittelpunkt zu stehn auch
- 480 I: mhmh
P4: uund (-- dann tschüss zu sagen (-) aber auf der einen Seite bin ich auch froh manche nich mehr zu sehn, das kommt ja auch noch dazu, fällt mir grad noch so ein. Aber die werd ich dann auch vorn nich mehr sehn, da bin ich dann auch froh drüber
- 485 I: Vorne heißt?
P4: ääh vorne vor der Tür
I: Achso beim richtigen Verabschieden dann (--) Jetzt weiß ich immer noch nich, was Ihnen hilft das Bedrückende bisschen zu lösen
P4: Ich auch nich (-10-)
- 490 I: Was glauben Sie oder wie glauben Sie würden Sie das denn in der letzten Woche herausfinden? (-)
P4: mmh (--) ich könnte einen alten Mitklienten anrufen und fragen, wies für ihn war
I: mhmh
P4: (-) ja ich weiß auch noch, dass der es auch ganz schnell über die Bühne gebracht hat. Zwar auch alle nochmal umarmt, tschüss gesagt und dann auch ins Auto und (-) weg war er
- 495 I: Okay (-)
P4: und was davor noch, was ich davor noch machen könnte is (-6-) ja wenns nochma dazu kommen sollte, dass ich Redebedarf hab dann könnt ich auch wen fragen, aber das passiert eher selten
- 500 I: Wen wen würden Sie denn fragen?
P4: ähm den Herrn K. mit dem versteh ich mich gut
I: Also auch nem Mitpatienten (-12-) Das heißt so wirklich wissen, was Ihnen helfen kann hier Abschied von der Therapie zu nehmen is Ihnen das klarer?
- 505 P4: (zögernd) nein noch nich, es gehört halt einfach dazu un ich versuch das halt so weit es geht nach hinten hinaus zu rücken (-19-)
I: Fällt Ihnen noch irgendwas ein, was Sie zum Ende der Therapie (-) und Thema Abschied noch zusätzlich sagen möchten?
P4: mmh (-) ja Abschiede wird's immer geben (-) uund ich sollt mir dessen bewusst sein (-) und die lieber mit nem lachenden und nem weinenden Auge entgegen sehen als die komplett zu ignorieren.
- 510 I: mhmh (-)
- Abschließende Frage**
- I: Okay, dann ham wir jetz eigentlich auch schon einiges besprochen. Äm gibt es noch irgendetwas was Sie gerne erzähl'n möchten zu dem Thema oder
- 515 P4: ne
I: noch etwas was ich jetzt nicht gefragt habe, wo Sie aber sagen, dass is vielleicht auch noch auch noch interessant zu dem Thema?
P4: ne fällt mir nichts ein
- 520 I: Fällt Ihnen nichts ein
P4: emem

Interview am 15.11.16 Patient 5

1. Themenblock

- I: So, dann würd es mich als erstes interessieren, was Sie persönlich in Ihrem Leben unter dem Thema Abschied verstehen, was fassen Sie darunter auf?
- 5 P5: (-) Vieles, Abschied vom alten Leben, Abschied von in Anführungszeichen (zeichnet die auch mit den Händen in die Luft) Kollegen (langes Ausatmen) Abschied von Verhalten, da passt im Grunde sehr viel rein
- I: mhmh
- P5: Das jetzt genau aufzulisten, ich glaub das würde ewich dauern
- 10 I: Fangen sie ruhig mit an. (leichtes Lachen)
- P5: (-) ääh Abschied von alten Gewohnheiten, Abschied von ja ich sag mal alten Gedankengang
- I: Was zum Beispiel, was für Gewohnheiten und was für Gedankengänge
- P5: Ähm, der Konsum selber als Gewohnheit, ähm das Verhalten sprich, (-) der
- 15 Tagesablauf, äähm der Freundeskreis, also es is n sehr weiträumiges Feld, also
- I: Wie muss ich mir den Tagesablauf vorstellen?
- P5: Früher war der so, ich bin aufgestanden hab erstma was konsumiert und dann hab´ch mein ä Haushalt gemacht.
- I: mhmh
- 20 P5: Das hat sich ja jetzt komplett geändert, jetzt steh ich auf und konsumier nich mehr
- I: mhmh
- P5: zum Glück (beide lachen ein wenig) ao, puncto Freunde ja ä ich hab mit den meisten Kontakt abgebrochen
- I: mhmh
- 25 P5: Weil in mein´ Augen das nicht sinnvoll is den Kontakt weiterzuführen, das würde mich eher wieder auf die alte Schiene bringen
- I: Okay, das is jetzt ähm Thema Abschied im Bezug auch auf Ihre jetzige Therapie, wenn Sie oder? Ham Sie vorher (-) /
- P5: pfuuhh (-) also ich hab im Grunde mit dem Abschied schon inne Entgiftung
- 30 angefangen
- I: mhmh und wenn Sie das Thema Abschied erst mal alleine stehen lassen, was würden sie da so noch drunter fassen? (-)
- P5: Im Großen un Ganzen Abschied vom alten Leben
- I: mhmh
- 35 P5: Ein neuer Lebensabschnitt beginnt
- I: mhmh und (-) insgesamt auf ihr ganzes Leben bezogen
- P5: joa
- I: Wenn Sie da mal an Abschiede denken
- P5: (atmet kräftig aus) ähm ja wie soll ich´s ausdrücken, generell Abschied kein
- 40 Problem, Todesfallabschied hab ich früher mit Drogenkon ä konsum verarbeitet
- I: mhmh
- P5: ähm ja wie mein erster Sohn gestorben is, bin ich komplett abgerutscht
- I: Okay
- P5: und wie mein zweiter dann geboren wurde, hab ich gemerkt, ich kann gar nich

Anhang B: Transkripte

- 45 mehr clean werden
I: mhmh
P5: joa und dat war für mich im Grunde der Auftakt um das alte Leben hinter mir zu lassen (-)
I: okay also Sie haben Ihren Sohn verloren und
50 P5: mit vier n halb Monaten
I: (etwas mitgenommen) okay
P5: Kindstod
I: ganz plötzlich
P5: mhmh (sehr traurig)
55 I: und da war an Abschiednehmen
P5: ich konnt das gar nicht verarbeiten
I: mhmh
P5: Ich hab das, ich hätte mir früher Hilfe holen solln, das ham auch alle gesacht, ich wollt das selber nich wahrhaben, hab das ganze mit den Drogen dann kompensiert
60 I: mhmh
P5: uuund joah (-) ich mein dat warn meine ersten vier n halb Monate seit zwanzisch Jahrn wo ich clean war
I: mhmh
P5: und wie dann mein zweiter Sohn gewor geboren wurde, hab ich gemerkt, ich kann gar nicht mehr clean werden
65 I: okay (-) das heißt Sie warn früher (-) hab ich das jetzt richtich verstanden, dass Sie abhängig warn, dann clean warn
P5: ich bei der Geburt von meinem ersten Sohn bin ich von heut auf morgen clean geworden
70 I: Okay
P5: Da hab ich´s geschafft, aber w w wie der dann gestorben ist, bin ich ja komplett alo runtergerutscht
I: Jaa
P5: Hab mehr und härter konsumiert
75 I: Jaa
P5: und bei m der Geburt von meinem zweiten Sohn hab ich´s immer wieder versucht clean zu werden, hab´s aber selber nicht geschafft
I: mhmh
P5: und das war dann für mich der Auftakt wo ich dann nachher gesacht hab, ne das geht so nicht weiter und hab mir dann ne Entgiftung gesucht
80 I: okay
P5: und in der Entgiftung hab ich mich dann weiter entschlossen auf ne am ä stationäre Therapie, weil ich der Meinung war ambulant würde nicht gutgehn.
I: mhmh (-) und wenn Sie das Thema Abschied nochmal auf ihr Leben so zurückführn, gab es in Ihrem Leben insgesamt mehrere Abschiede, die Sie
85 nehmen mussten?
P5: (-) Ja, (-) gab es
I: mhmh, wie warn wenn Sie so darüber nachdenken, wie warn die für Sie?
P5: (atmet tief ein und aus) ja ich kann das jetzt schlecht beschreiben, weil ich hab
90 mich halt mit den Drogen kompensiert
I: Immer
P5: Ja, zwanzisch Jahre

Anhang B: Transkripte

- I: mhmh (-) das heißt Sie haben Abschiede eigentlich immer /
P5: verdrängt
- 95 I: verdrängt, okay (-) haben Sie dann noch mehr Beispiele, also haben Sie da noch (-) die Ihnen so ein /
P5: meine Oma is gestorben, mein Opa is gestorben väterlicherseits vor n paar Jahrn noch n bisschen länger her is meine mütterlicherseits gestorben und mein Opa
- I: mhmh
- 100 P5: (-) und da hab ich dat da generell ja damals schon damit kompensiert.
I: mhmh, (-) das heißt zu Beerdigungen sind Sie gegangen?
P5: Ja
I: Ja?
P5: Aber äh ich bin nie zu Reussen geblieben, da hab ich mich schon verzogen und
105 aufn Rückweg hab ich schon konsumiert
I: mhmh
P5: (-) weil ich wollt dat einfach nich wahrhaben
I: mhmh
P5: geschweige denn drüber reden oder es verarbeiten
- 110 I: mhmh (-) das heißt können Sie sich an einen Abschied erinnern, den Sie ohne Drogenkonsum/
P5: nein
I: nein?
P5: keinen so, das war ja mein Problem
- 115 I: mhmh
P5: (-) Also ich hätte mir ja in dem Moment schon damals auf meine Eltern hörn sollen, wie's angefangen hat, aber man will's ja nich wahrhaben
I: Was haben Ihre Eltern gesagt, was /?
P5: mhh die wollten damals, dass ich zum Psychologen gehe
- 120 I: mhmh
P5: und das richt' zu verarbeiten, aber ich wollt's nie wahrhaben, das ham die schon bei meiner Oma gesacht
I: also schon bei Ihrer bei dem ersten Abschied, den Sie nehmen mussten
P5: Ja
- 125 I: (-) okay
P5: also (-) im Grunde ja warn die Drogen mein Therapeut
I: mhmh
P5: ob das so richtig war neeein (schmunzelt dabei) aber man wusste es nich besser
I: mhmh (-10-) das heißt insgesamt würden Sie sagen, wie schwer fällt es Ihnen
130 Abschied zu nehmen?
P5: (atmet tief ein) jetzt oder?
I: Insgesamt
P5: jetzt würd ich sagen ä da ich einiges dazugelernt habe, krieg ich das garantiert besser auf die Reihe als vorher
- 135 I: mhmh
P5: ich hab jetzt auch mit dem Tod von meinem Sohn abgeschlossen, (-) ich war inzwischen auch schon wieder an sein Grab
I: Okay
P5: das hab ich wunderbar hingekricht
- 140 I: Während der Therapie jetzt

Anhang B: Transkripte

- P5: Ja
- I: Wie war denn der Abschiedsprozess? Was haben Sie gemacht? Wenn ich fragen darf?
- 145 P5: (-) hmm (-6-) im Endeffekt hab ich ja zwei gemacht, bei meinem Sohn, einmal die normale Beerdigung, da war ich allerdings ja (-) bissz zur Beisetzung relativ clean
- I: mhmh
- P5: da hab ich nur wenig konsumiert, weil aba bei Beerdigung bin ich halt zusammengebrochen, hab mich dann auf Seite ä verzogen, ja und nach ner viertel Stunde hab ich mich zgedröhnt vom feinsten
- 150 I: Okay
- P5: jetzt während der Therapie (-) war ich an sein Grab ähm ja hört sich manchmal n bisschen blöd an, aber ähm im Endeffekt (atmet ein) mit ihm geredet
- I: mhmh
- P5: so konnt ich´s für mich besser jetz im Endeffekt abschließen uuund (-) ja
- 155 I: Sind Sie alleine hingefahrn?
- P5: nein, (-) ich hatte Angst dass ich zusammenbrech, also dass ich irgendwie rückfällich oder sonst was
- I: mhmh
- P5: ich hatte mir zur Sicherheit noch jemand mitgenommen
- 160 I: von hier?
- P5: nein
- I: Privat?
- P5: Ja
- I: Okay
- 165 P5: jemand der mich auch jetzt in der Therapie die ganze Zeit begleitet hat und auch clean is
- I: mhmh
- P5: uuund der aber auch weiß wie ich bin und mich gut einschätzen kann
- I: Okay
- 170 P5: das war für mich selber so ne eingebaute Sicherheit, weil äm ich bin jetz gut sechs Monate clean
- I: mhmh
- P5: und die will ich nicht riskieren, die sechs Monate, weil dat für mich selber nach zwanzich Jahr n sehr großes Stück is
- 175 I: Ja
- P5: (-) und sehr wertvoll in meinen Augen, weil ich´s endlich mal geschafft habe weiterzukommen
- I: mhmh, (-) das heißt der zweite Abschiedsprozess, Sie sagen ja Sie haben zwei gemacht, ist der für Sie positiver Verlaufen?
- 180 P5: ja auf jeden Fall
- I: mhmh
- P5: ich hab äähm kein Suchtdruck gespürt, ich war jedoch sehr traurich, aber ich konnte für mich selber im Kopf, was ich bei der ers beim ersten Prozess nich konnte ähm im Endeffekt abschließen und sagen okay, er ist tot, du kannst nix dafür, gönn ihm seine Ruhe (bekommt leicht Tränen in den Augen)
- 185 I: mhmh
- P5: das war für mich selber sehr wichtisch
- I: ja (-16-)

Anhang B: Transkripte

- P5: hm welche Frage? (schmunzelt)
- 190 I: Ich wollt das einfach nochma so ´n bisschen sackn lassen (lacht)
- P5: (lacht leicht mit)
- I: Wie geht's Ihnen jetzt damit?
- P5: gut
- I: gut?
- 195 P5: ja ich hab kein Problem mehr damit äh darüber zu reden
- I: mhmh
- P5: ähm, ich kann offen darüber reden, das konnt ich am Anfang au nich, da hab ich das eher so ja grob gesacht aber niemals so offen drüber geredet
- I: mhmh
- 200 P5: das kann ich inzwischen ja auch längst
- I: Ja
- P5: das hab ich nach knapp drei n halb Monaten hier endlich hingekricht
- I: okay (--) hmm (--) würden Sie sagen, dass Ihnen jetzt auch insgesamt leichter fällt Abschied zu nehmen?
- 205 P5: (atmet tief ein und aus) (-) hmm sag'n mas ma so ähm leicht fällt's einem garantiert nie
- I: mhmh
- P5: aber im schlimmsten Fall, weiß ich ja was ich zu machen habe und nicht wieder wenn es falsch läuft oder sonstiges wieder auf die falsche Bahn zu rutschen, sondern einfach mich selber überwinden mir Hilfe holen
- 210 I: mhmh
- P5: das hab ich inzwischen besser drauf
- I: Okay
- P5: Also an dem Punkt bin ich schon abgesichert, zum Glück (grinst dabei)
- 215 I: Das heißt Sie wissen, was Sie in solchen Situationen tun müssen
- P5: (lacht leicht) äähm sagn was ma so wissen is einerlei (-) es is ne reine Reaktion, (-) weil das Wissen allein reicht nich
- I: mhmh
- P5: man muss es auch, ich mein man kann Ordnerweise durchlesen, das bringt einem gar nichts, wenn man´s nicht verinnerlicht
- 220 I: mhmh
- P5: und da muss man sich selber (-) erstma an einem Punkt haben wo man´s schafft aus dem alten Verhalten rauszukommen und andere um Hilfe zu bitten
- I: Ja
- 225 P5: das muss man erstma schaffen, das dat schwerste
- I: Ja (-) und Sie glauben aber für sich, dass Sie's mittlerweile schon verinnerlicht haben?
- P5: ja ich hab's auch schon mehrfach genutzt, ähm es gab schon ne Zeit da hat ich Heimwochenende
- 230 I: mhmh
- P5: da bin ich ä vormittags an ner Gruppe Jugendlicher am Bahnhof vorbeigegangen, die haben konsumiert, kein Probelm, (-) abends hab ich dann aber extremen Suchtdruck bekommen, da hab ich dann dementsprechend gehandelt und hab ä ne Bekannte, die bei mir war klipp und klar gesacht, ich muss drin bleiben ansonsten geht's schief, geh du ma raus und hol ma Zigaretten
- 235 I: mhmh

Anhang B: Transkripte

- P5: und dementsprechend hab ich auch g ä zum Glück mir auf die Schulter geklopft
I: Ja
P5: Weil ich diesen Punkt überwunden habe und hab mir Hilfe genommen
240 I: Sehr gut
P5: deswegen, dat Wissen alleine ich wusst es vorher schon, aber ich habs niemals ä angesetzt
I: mhmh
P5: deswegen sag ich ja man muss es verinnerlichen
245 I: mhmh
P5: weil wenn man´s nur weiß, geht dat schief
- ### 2. Themenblock
- I: ja (-) okay (räuspert sich) dann würd ich gerne als nächstes von Ihnen erfahren, wie Sie Ihre jetzige Therapie in Verbindung setzen mit Abschied, da ham Sie eben schon gesagt, da gibt´s ne Liternei an Liste
250 P5: ich habe gelernt, wie ich ä zu reagieren habe (-) mit dem Abschied selber das heißt im schlimmsten Fall mir immer noch psychologische Hilfe holen
I: mhmh
P5: ich habe aber auch gelernt wie ich im engeren Kreis damit umgehen kann, äm anstatt zusammenzubrechen und einfach da ich sag ma dem Schicksal ergeben und zu konsumieren äm zusammenbrechen gut schön und gut kann passiern, is nich dat schlimmste, aber dann muss ich den Punkt überwinden und mir Hilfe holen
255 I: mhmh
P5: den Mund aufmachen, das isses, das hab ich hier gelernt
260 I: Okay, das heißt Sie haben vorher alles eher mit sich selbst ausgemacht und
P5: richtig
I: Sie haben jetzt gelernt zu sagen was Sache ist
P5: den Punkt zu überwinden und zu sagen ah ich bin zwar schwach, aber ich brauche das
265 I: Ja
P5: und (-) das kostet mehr Kraft als wenn man sich alles reinfrisst
I: mhmh
P5: aber im Endeffekt is es das Beste
270 I: mhmh
P5: so hab ich´s zumindest hier bisher gelernt
I: Ja (-) und wenn Sie noch an weitere Themen denken, Abschied Therapie
P5: jaaa ich hab hier einige gut kennengelernt, ja mit denen werd ich auch garantiert den Kontakt halten, allerdings es is immer komisch, wenn dann einer von den, mit denen man eigentlich die ganze Therapie über hier war, vor einem geht
275 I: mhmh
P5: Das so (-) komiges Gefühl innerlich
I: Was is das, was is das für´n Gefühl?
P5: (holt Luft) Demut
280 I: Inwiefern?
P5: Weil man die Person mit der man außer den Therapeuten ä im Endeffekt seine ganze Geschichte die Therapie über erzählt hat, in Gruppensitzungen oder so zwischendurch, die gehen und man hat dann neue und muss sich denen wieder

Anhang B: Transkripte

- neu öffnen
- 285 I: Okay (-)
P5: Das is ja is ne Mischung aus Demut und (-) Angst vor Angreifbar
I: mhmh
P5: das muss man aber überwinden. So is das das ganze Leben
I: Ja (-) das heißt Ihnen fällt es schwer Abschied von den Leuten zu nehmen, die
290 Sie hier die ganze Therapie über begleitet haben?
P5: (atmet aus) was heißt schwer, eh der Kontakt wird ja bleiben
I: Ja
P5: ähm es fällt mir eher schwer ähm bei manchen von den neueren denkt man sich
hmm kann man denen wirklich vertrauen, weil man gibt doch ne ganz große
295 Angriffsfläsche mit dem was man da preisgibt
I: mhmh
P5: das ist das Problem eher, aber man kommt im Endeffekt da rein
I: Ja
P5: deswegen auch die Gruppensitzungen, das man sich dran gewöhnt drüber zu reden
300 I: Jaha
P5: Das is n entscheidener Teil der Therapie und sollte man auch ernst nehmen
I: Ja (-) hmm wenn Sie (-) das haben Sie am Anfang, haben Sie ganz viele Punkte
aufgezählt, Abschied von Gewohnheiten Abschied äm von alten Freunden, was
fällt Ihnen dazu ein was sich so hier während der Therapie, wovon haben Sie
305 Abschied genommen oder?
P5: (grinst) äähm ja, (-) vom alten Verhalten im puncto Konsum selber, Freunde ja
ich sach setz ich jetzt in Anführungszeichen (zeigt diese auch in der Luft) nur, weil
das war im Endeffekt nur Konsumkollegen, aber keinen wirklichen Freundeskreis
I: Okay
310 P5: So seh ich das heutzutage
I: das heißt von denen haben Sie sich verabschiedet?
P5: Ja
I: Wie ham Sie's gemacht?
P5: Kontakt komplett abgebrochen
315 I: Abgebrochen heißt, es gab kein, ich bin jetzt in Therapie, wir sehn uns nich mehr?
Oder gab's n Abschied?
P5: nein, es gab keinen Abschied. Ähmm, die die gefragt haben, wo ich bin hab ich
klipp und klar gesagt, ich bin in Therapie und ähm, ich werde auch mein Leben
nich mehr so fortführn
320 I: mhmh
P5: äähm (-) es gibt unter den ganzen Leuten drei Leute, denen mit den hab ich auch
mehr gesprochen, aber allen andern hab ich nur diese Nachricht geschickt
I: mhmh
P5: mit den andern hab ich klipp und klar geredet, weil die kenn ich jetzt schon über
325 zehn Jahre
I: Okay
P5: äähm, da weiß ich auch, dass die Rücksicht nehmen werden ä zu denen hab ich
klipp und klar gesagt, wir könn den Kontakt halten, aber ich möchte nicht, dass
ihr in meiner Gegenwart konsumiert
330 I: mhmh
P5: Ansonsten wird der Kontakt auch komplett abgebrochen oder das wenn wir uns

Anhang B: Transkripte

- mal sehen, dass ihr zugehörnt seid bis zum geht nicht mehr will ich einfach nicht
I: mhmh
- 335 P5: Diese Personen ham das auch klar respektiert und auch ham eher gesacht auch die
Therapie Therapie über ham se sich eher so ausgedrückt von wegen, dass se stolz
sind, dass ich das so durchziehe ähm, die ham Respekt davor und werden das auch
achten
I: mhmh
- 340 P5: aber wie gesacht mit allen andern woll ich einfach keinen Kontakt mehr
I: Okay, also da ham Sie aber schon gesagt, also die Leute die sich gemeldet haben,
denen haben Sie zumindest gesagt, ich will keinen Kontakt mehr
P5: Ja
I: Okay
P5: Das hab ich klar gesacht
- 345 I: Jaa
P5: Weil ähm auch wenn's nur Kollegen warn, im Endeffekt ähm man sollte schon
direkt die Meinung sagen, ansonsten kann das passiern, dass man irgendwann ma
rumläuft und sacht oh guck ma da is der und dann komm die an und sind dann
vielleicht zugehörnt vom feinsten
- 350 I: Jaha
P5: und darauf hab ich einfach keine Bock
I: ja
P5: dat is nix, ich muss erstma für mich selber klar komm' und meine Mauer weiter
aufbauen, damit ich diese Situation richtich meistern kann
- 355 I: mhmh
P5: deswegen hab ich auch den Kontakt soweit äh abgebrochen nur noch mit den
Leuten, die wirklich wo ich weiß, dass Sie Rücksicht drauf nehm` den Kontakt
gehalten
I: Okay
- 360 P5: alles andere emem (-)
I: Das (-) sehen viele als guten Schritt, den Sie vielleicht selbst hier noch nich geh
oder gegangen sind, oder? (-6-)
P5: hmm inwiefern, den Abbruch der ä Kontakte
I: mhmh
- 365 P5: Diejenigen, die ähm mich schon wat länger kenn' ham es verstanden
I: mhmh
P5: finden es auch gut, weil se ganz genau wissen, dass ich sonst gefährdet wäre
I: mhmh
P5: uund von daher, (-) kann ich gut damit Leben
- 370 I: Okay
P5: Die, die es nicht akzeptiert haben, sag ich ganz ehrlich, die gehen mir am A
vorbei.
I: Okay
P5: weil dat sind die, die mich nur immer wieder runterziehen
- 375 I: mhmh
P5: und das brauch ich nich
I: Wenn Sie, dass haben Sie ja eben auch schon mal gesagt, dass Sie auch
Verhaltensweisen hatten, die Sie ablegen müssen, oder abgelegt haben
P5: mhmh

Anhang B: Transkripte

- 380 I: was warn das so für welche?
P5: der Tagesablauf, (-) meine Aggressivität ich war teilweise doch recht aggressiv, wenn's drauf ankam
I: Wie muss ich mir das vorstellen?
P5: hmm (-- tja, wie soll ich das vorstellen? Ich hatte kein Problem damit jemand aus dem fünften Stock ausm Fenster zu halten
- 385 I: Okay
P5: Wenn's drauf ankam (-) doch diese Zeiten (fängt leicht an zu lachen) ich muss zwar n bisschen Grinsen, aber es is ja n ernstes Thema, aber diese Zeiten sind hinter mir
- 390 I: mhmh
P5: Ich will einfach nicht mehr so aus der Haut fahrn, weil's n Kontrollverlust is, der zum alten Leben gehörte
I: jaha
P5: und ich will ja n neues Leben haben
- 395 I: also Sie sprechen da wirklich von Kontrollverlust?
P5: Ja dieses aggressive Verhalten äm das b (-) bin nich ich gewesen, das is Szeneverhalten in meinen Augen
I: mhmh
P5: inzwischen und das will ich nicht, ich will genau da weg
- 400 I: mhmh
P5: (-) also (-) im Endeffekt will ich ruhiger sein ähm mein Tagesablauf ohne Drogen haben ähm ja, (-) neues Leben im Endeffekt
I: Was sind das, was sagen Sie gibt's vielleicht noch an Verhaltensweisen Aggressivität, Drogenkonsum
- 405 P5: Dass ich mir inzwischen Hilfe hole
I: mhmh
P5: Das ist (-) entscheidend
I: Ja
P5: und n Sprung der sehr hart für mich war, weil es schwer war sich hinzustellen und zu sagen, ich brauche Hilfe
- 410 I: mhmh
P5: Das eingestehen, aber auch dementsprechend sich Hilfe zu holen, das war der schwerste Schritt
I: Okay (-) wenn Sie mal an das Ende der Therapie denken, was ä für Gefühle oder Gedanken kommen da in Ihnen auf, wenn Sie an das Abschied hier denken
- 415 P5: Einerseits gute, andererseits (etwas zögernd) ja n bisschen Traurichkeit schon, aber ich weiß ich hab hier genug gelernt und (-) wenn ich das halbwegs weiter fortsetze, n gutes Leben zu haben
I: Was für gute Gefühle und was für traurige?
- 420 P5: (-) Gute Gefühle, weil ich genau weiß ähm, dass ich es schaffen kann mein Verhalten so wie es jetzt ist, zu halten äähm mir machts selber auch mehr Spaß jetzt wo ich ä nich mehr so hochfahre wenn's drauf ankommt
I: mhmh
P5: Ich versuch mich eher unter Kontrolle zu halten, jaa (atmet aus) Traurigkeit in dem Punkt, es ist ja schon n geschützter Rahmen und am Anfang war es schwer diesen Rahmen zu akzeptieren, aber inzwischen hab ich, seh ich das ja als mein Zuhause mit an
- 425

Anhang B: Transkripte

- I: mhmh
430 P5: und ä ja wer verlässt schon gern sein Zuhause, das ist (-) nicht die Natur des Menschen
(-)
I: Das heißt, weil Sie sich einfach auch hier wohlfühlen, wird's schwer fallen?
435 P5: Ja, (-) ich hab mir mein Zimmer eingerichtet, so dass ich et gemütlich habe, ähm (-) ich hab nach knapp anderthalb Monaten angefangen, mich nicht mehr gegen die Therapie zu währen und akzeptiert, dass das erst ma für die nächsten Monate mein Zuhause ist, dementsprechend hab ich mich auch eingerichtet (atmet tief aus) (-) wenn man diesen Punkt erreicht hat, dass man sich nicht mehr dagegen währt, dass man nicht zuhause ist und machen kann was man will ähm, is das eigentlich n sehr schönes Leben hier
440 I: mhmh
P5: Ab und zu knallt es zwar mal hier aber (atmet tief ein) meine Güte, wenn da zwanzich Mann aufeinander hängen ä kocht auch ma das Testosteron über un dann knallts auch ma
I: mhmh
445 P5: un da muss man durch, das genauso wie draußen, da komm auch immer Konflikte auf
I: Ja
P5: Man gewöhnt sich dran. Man lernt aber auch damit besser umzugehen. Das is ja im Endeffekt n zweites Leben, was man beginnt
450 I: mhmh (-- Sie sind ja jetzt schon fast am Ende, ne? Ich glaub zwei Wochen sind's noch?
P5: Zwanzich Tage
I: Zwanzich Tage fast drei Wochen ähm ham Sie Verhaltensweisen, die Sie am Anfang der Therapie halt mitgebracht haben, wo Sie jetzt zum Ende hin merken, die Sie dann vielleicht abgelegt hatten, wo Sie jetzt zum Ende hin merken, da kommt das ein oder andere nochmal raus?
455 P5: hmm vor knapp anderthalb Monaten war's noch so, da bin ich schon ma einmal komplett zurückgefallen, vom Verhalten her für zwei Tage
I: Wie war das, was war da?
460 P5: (atmet hörbar aus) ja ich hab mich im Endeffekt isoliert ähm aber (-) das zum Schutz der Gruppe und zum Schutz von mir selber
I: Wie muss ich mir das vorstellen?
P5: ähm anstatt meine Aggressionen, meine Wut die ich hatte, rauszulassen hab ich mich auf mein Zimmer verzogen und hab zwei Tage erst ma geblockt
465 I: Okay
P5: Hab komplett alles dicht gemacht äähm (-) dabei hat mir nachher geholfen, dass ich so'n bisschen nachgedacht habe und mir aufgefallen ist was ich falsch mache. Im ersten Moment war es aber gut, dass ich so reagiert habe, weil wär ich in der Gruppe geblieben wä wärs wahrscheinlich zu ähm Handgreiflichkeiten
470 gekommen
I: Okay, (-) was meinen Sie mit was Sie falsch machen
P5: ähm, ich hab nicht ordentlich nachgedacht, ich habe mich von mein Verhalten her wieder ins alte Schema gesetzt uund anstatt nachzudenken und ein Gespräch zu führen, um das zu klären, bin ich ähm innerlich aggressiv geworden
475 I: Okay

Anhang B: Transkripte

- P5: aber um diesen, ich sag ma Gewaltausbruch ausm Weg zu gehen, hab ich mich isoliert
- I: mhmh
- 480 P5: von der Gruppe, inzwischen, wenn ich merke, dass es halbwegs so in die Richtung geht, ich hab mir zwei Listen erarbeitet, an die denk ich dann meistens und dann komm ich auch relativ schnell wieder runter
- I: Was sind das für Listen, wenn ich fragen darf?
- P5: Punkte die mir gut tun
- I: Okay
- 485 P5: Die ich nich mehr haben will oder die ich haben will im Leben, positive und negative L ä Punkte
- I: und deshalb zwei Listen, die eine Liste sind die (-) /
- P5: Ne das (-) zwei Listen, die eine hab ich ä nachher erarbeitet und dann im Endeffekt eine erweiterte Liste, wo nomma zusätzlich Punkte draufstehn
- 490 I: Okay
- P5: Die helfen mir halt jedes Mal, wenn ich daran denke nicht wieder zurückzufallen, sondern diesen neuen Weg zu gehen
- I: mhmh
- 495 P5: Zu reden und ich auch ma im Notfall n Therapeuten zum beiseite zu nehmen und sagen ähm ich brauch n drei n klärendes Gespräch mit n Therapeuten dabei damit ich schaffe ruhig zu bleiben oder sonstiges
- I: mhmh
- P5: das is im Endeffekt ja ich sach mal mein stärkstes Gerüst was ich im Moment habe
- 500 I: Okay (-) das heißt, das is jetzt anderthalb Monate her, dass das das letzte Mal passiert ist, dass Sie nochma so'n bisschen, wo Sie sagen, dass war meine alte Verhaltensweise
- P5: Ja
- I: und seitdem jetzt zum Ende
- 505 P5: gar nix mehr
- I: Okay
- P5: Weil ich halt mehr an mir selber auch gucke, die Fehler zu finden
- I: mhmh
- 510 P5: und nicht nur ähm oh der macht n Fehler und dann gibt's vielleicht ne Diskussion, da fahr ich hoch, das gibt's nicht mehr so
- I: mhmh
- P5: Die Zeit ist zum Glück abgeschafft, (-) bin ich selber froh drüber
- I: Ja
- 515 P5: (-) weil so ruhich zu bleiben hat auch den Vorteil, dass man innerlich nicht immer am kochen is oder guckt wo man irgendwo vielleicht noch n ich sach ma Ast herkriegt um das Feuer noch n bisschen anzuschürn und esss tu einem gut diese Ruhe
- I: mhmh
- 520 P5: (-) Die hat ich vorher nur nach der Geburt von meinem ersten Sohn, da hab ich diese Ruhe immer gehabt, aber wie der dann gestorben is, hat ich die ja nich mehr
- I: mhmh (--) w wie alt is jetzt Ihr zweiter Sohn?
- P5: ein Jahr und zwei Monate
- I: Okay

Anhang B: Transkripte

- 525 P5: wie gesacht, ich hab am Anfang versucht selber clean zu werden, das ging jedes Mal voll in die Hose (grinst dabei)
- I: und dann ham se den Schritt hier her geschafft
- P5: Ja
- I: gefunden
- 530 P5: Ja in der Entgiftung hat mich mein ähm Betreuer (-) ab und zu mal beiseite genommen und mir n paar Sachen an´ Kopf geknallt, wo ich dann nachher doch angefangen hab nachzudenken
- I: Okay, was war´n das so für Sachen?
- P5: Tja, dat Durchmogeln bringt dir nix, da hab ich mich noch versucht zu in der Entgiftung durchzumogeln, das hat mir im Endeffekt wirklich nix gebracht, dann
- 535 is es irgendwann soweit gekommen, da sind n paar Probleme aufgetreten während der Entgiftung, ja (atmet hörbar aus) (-) und dann bin ich auch da drei vier Mal ins alte Schema zurückgefallen. Allerdings ja in der Entgiftung hat ich nich viel Wahl, da hab ich mir nachher meinen Betreuer beiseite genommen und dann hab ich von ihm zu hören bekommen, dass is das wodrauf ich die ganze Zeit gewartet habe
- 540 und das hat mir dann auch wiederum an demselben Abend noch richtig zu Denken gegeben, dieser Satz und da hab ich dann auch erst wirklich angefangen richtig an mir zu arbeiten
- I: mhmh
- P5: nachzudenken, da hab ich mich auch erst entschieden, wirklich stationäre
- 545 Therapie zu machen, nahtlos
- I: Wenn Sie sagen in Ihr altes Schema, was genau is das für´n Schema?
- P5: Schnell hochkochen, laut werden joa wenn sich was in´ Weg stellt, dann notfalls auch n bisschen körperlich zu werden
- I: mhmh
- 550 P5: das (-) ja (-) Szeneverhalten
- I: mhmh
- P5: Da muss man sich auch körperlich durchsetzen, wenn´s drauf ankommt, aber genau dieses Leben wi hab ich ja zum Glück erstma hinter mir gelassen, hoffentlich lange
- 555 I: mhmh
- I: (-) Ich weiß, dass ich suchtkrank bin und das´ chronisch und deswegen mach ich mir nich allzu viele Hoffnungen und seh erst den kurzen Zeitraum
- I: Ja (--) und wenn Sie jetzt so in drei Wochen sagen, Sie verabschieden sich hier (-) /
- 560 P5: Freude
- I: Freude kommt?
- P5: Ja, ich seh meinen Sohn öfters, ähm ich hab mich vor knapp drei Wochen dazu entschieden, dass ich Adaption mache. Diese Zeit nehm ich mir noch, die wollt ich am Anfang auch nicht eingestehen, aber inzwischen äm ja bin ich der Meinung
- 565 das´ einfach das Beste für mich ist. Dass ich Schritt für Schritt weitergehe
- I: mhmh
- P5: ich hab auch schon Planung für nach der Adaption gemacht
- I: Okay
- P5: Da werd ich BeWo machen. Bei mir zuhause. Ich hab mir n gesetzlichen Betreuer
- 570 beantragt, damit ich erstmal ja diese Zeit habe um wirklich mich an dieses normale Leben zu gewöhnen

Anhang B: Transkripte

- I: mhmh
P5: Im Notfall auch wirklich genug Anlaufstellen habe um mir Hilfe zu holen
I: mhmh
575 P5: Damit ich nicht anfangen, mir mich reinzufressen oder ä alles versuch alleine zu klären
I: mhmh
P5: Das würde nicht gut gehen von heute auf morgen
I: Das klingt nach nem guten Plan
580 P5: (fängt an zu lachen) ich hoffe es, man kann's ja nie voraussagen
I: Ja
P5: Das hab ich auch gelernt, als Suchtkranker bleibt man sein Leben lang krank
I: mhmh
P5: man darf nicht zu weit voraussehen, sonst wird der Kampf zu hart (--)
- 585 **3. Themenblock**
- I: hmm kommen wir noch zu meiner meinem letzten Themenbereich, da würde ich gerne noch von Ihnen wissen, wie Sie sich auf das Ende der Therapie vorbereitet fühlen?
P5: Gut
590 I: Gut?
P5: Ja, ich hab von den Therapeuten genug äähm ja ich sag ma Möglichkeiten bekommen alles vorzubereiten, ich hab genug Hilfestellungen bekommen, ich hab (atmet aus) angefangen meine Wohnung zu ä ändern, um weniger ans alte Leben erinnert zu werden, da mach ich mir jetzt schon positive Gedanken.
595 I: Das heißt, Sie sind nach Hause gefahren und ham dort umgeräumt und
P5: Möbel rausgeschmissen, neue rein
I: Okay
P5: Damit komplett dieses alte Bild nicht mehr so da is
I: mhmh
600 P5: weil damit will ich ja komplett abschließen, dazu gehörn auch die Möbel
I: mhmh
P5: auch wenn's sich komisch anhört, aber n bisschen umstellen, man denkt ja immer noch o wat hattste vielleicht ma da drin oder wat haste gemacht oder das will ich alles gar nich mehr
605 I: mhmh
P5: deswegen bin ich bei mir am Wechseln
I: Okay (-6-) wann ab wann fand denn für Sie die Vorbereitung auf das Ende der Therapie hier statt?
P5: (-) angefangen hats im Endeffekt würd ich mal sagen vor zwei Monaten schon
610 I: mhmh
P5: Da wurd ich (-) ja (-) drauf aufs auf die Außenorientierung g ä hingewiesen, auf die (-) Adaption hingewiesen, generell auf die Zukunftsplanung, wat ich vorhabe und so. Das war'n langer Prozess mit vielen Gedankengängen
I: mhmh (-5-) so vor zwei Monaten ungefähr sagen Sie (--) und was glauben Sie
615 muss in den letzten zwanzich Tagen jetzt noch passieren (-)
P5: so viel muss eigentlich gar nich mehr passieren, (-) das was kommt, da bin ich drauf vorbereitet, ich muss halt nur drauf achten, dass ich auch dementsprechend immer handel

Anhang B: Transkripte

- I: Wenn Sie sagen, so viel muss es nicht, gibt's irgendwas?
- 620 P5: Abschlussgespräch äähm Abschlussuntersuchung, (-) Amtsgänge n paar, aber sonst ist nicht mehr viel. Ich hab das meiste am Anfang und in der Mitte bearbeitet, mein Rucksack is sehr klein geworden
- I: mhmh
- 625 P5: Ich habe während der Therapie nachher auch angefangen mit n paar Probleme ausm Weg zu räumen, (-) dank Hilfestellung
- I: Was, was für Probleme?
- P5: hmm durch meinen Drogenkonsum hab ich auch viele Freundschaften kaputt gemacht, wo kein Konsum bestand
- I: mhmh
- 630 P5: da hab ich dran angefangen äm Gespräche zu führen, die war'n joa ich sach ma zu fünfundneunzich Prozent positiv. Die andern Prozente ja bin ich selber Schuld, damit kann ich auch leben. Weil unbedingt wie ich reagiert habe damals äm ja, Eigenverschulden, was man nich mehr kitten kann, kann man nich mehr kitten
- I: mhmh (-) und die fünfundneunzich Prozent sagen Sie aber, da sind noch positive
- 635 Gespräche draus entstanden und
- P5: Ich hab ää von den fünfundneunzich Prozent mit neunzich Prozent wieder regelmäßigen Kontakt
- I: Okay
- 640 P5: mit den anderen fünf Prozent hab ich mich ausgesprochen. (-) Die sagen klipp und klar sie finden's gut, dat ich das Gespräch gesucht habe, war'n auch positiv überrascht über mein Verhalten und wie ich inzwischen drauf bin und reagiere und alles, allerdings is das Misstrauen noch so groß, dass se ein direkten regelmäßigen persönlichen Kontakt sehr misstrauisch sind und das erst mal so auf Nachrichten oder kurze versehentliche Treffen, sag ich mal, wenn man sich so sieht positiv ä
- 645 auswirken, aber direkte Treffen noch nicht so ganz gewollt sind
- I: Okay
- P5: Aber (-) man kann nich erwarten, nach was man in all den Jahren kaputt gemacht hat, dass es von heut auf morgen gut geht (-)
- I: Ja (-7-) würden Sie dann auch sagen, dass Sie im Moment sich bereit fühlen
- 650 Abschied zu nehmen, hier?
- P5: (-) (leise→) Ja
- I: Ja?
- P5: Auf jeden Fall. Ich hab gelernt, damit umzugehen, wie ich selber ja mir Gedanken drüber mache über den Abschied selber äähm (--) Abschied selber nehmen, ja es
- 655 ist ja kein direkter Lebewohlabschied, sondern nur n Abschied, wo man sacht, ja wir hörn uns. (-) Alle zwei Jahre oder so is ja hier Ehemaligentreffen, wenn ich schaffe so lang clean zu bleiben, kann ich ja immer wieder hier hinkommen dann sieht man auch die Leute wieder, mit denen man weniger Kontakt hat, weil die weiter weg wohnen oder so, von daher seh ich das positiv
- 660 I: Okay
- P5: (-) ja doch
- I: Könnte noch irgendwas schwer werden?
- P5: (-) Ja mit meinem Sohn
- I: Was da genau?
- 665 P5: Ich hab meinen Sohn in ne Pflegefamilie getan, weil ich's nicht geschafft hab, clean zu werden, ja Jugendamt natürlich, ja ein Suchtkranker (etwas ins

Anhang B: Transkripte

- Lächerliche gezogen, von der Stimmlage und auch die Arme wie ein Gefangener nach oben gestreckt) die reagieren natürlich sehr misstrauisch, müssen sie auch auf der einen Seite, weil sie sind ja zum Schutz des Kindes egal was ist, (-) aber da ich diesen Weg von mir aus gesucht habe, sehe ich das sehr positiv, dass ich das hinkriege
- 670 I: Dass Sie ihn wieder zurück zu sich holen?
P5: Ja, ich hab ihn von mir aus in die Pflegefamilie getan, (-) weil die Mutter ist, ja, adieu, die gibt's nicht, die ist abgehaun
- 675 I: Okay
P5: Die wollte sich nicht um den Kleinen kümmern, so und ich hab ihn dann in die Pflegefamilie getan, weil ich (grinst) Therapie und Kind, wie soll das gehen
I: mhmmh
P5: Ja und das Jugendamt ist natürlich misstrauisch, aber das sehe ich ganz positiv, da mach ich mir weniger Sorgen
- 680 I: Okay (-) das heißt Sie haben in Ihrer Wohnung auch ein Zimmer für den
P5: Ja komplett eingerichtet
I: Aahh
P5: Kinderbett, alles eigentlich muss ich das jetzt inzwischen größtenteils schon umbauen
- 685 I: (Lachend) wird schon größer
P5: Ja
I: Und Sie haben durch die Pflegefamilie aber auch
P5: Ich hab
I: Kontakt
- 690 P5: Ja, ich hab Kontakt
I: Okay
P5: Regelmäßigen Besuchskontakt, den kann ich auch wahrnehmen von hier aus. Da hat ja nach drei Monaten hat mein Therapeut gesagt, ich wäre soweit
I: mhmmh
- 695 P5: von der Psyche her, dass ich stabil genug wäre, das hinzukriegen und seitdem geht's aufwärts
I: Okay
P5: ich hab den kleinen fast vier Monate nicht gesehen und das erste Treffen war schon sehr schön (grinst)
- 700 I: Da mussten Sie ja auch Abschied nehmen dann für vier Monate, ne?
P5: Ja, es war das auch das Problem was ich am Anfang hatte, weil ich vom Kopf her mit bei mehr bei meinem Sohn äh am hantieren war und mich weniger auf die Entgiftung und therapie konzentriert habe, deswegen hab ich auch versucht am Anfang mich einfach durchzumogeln
- 705 I: mhmmh
P5: Das hat ja der Betreuer gemerkt und die Gespräche, die ich da angefangen habe, nachher, das war ja der ausschlaggebende Punkt, wo ich dann gemerkt habe, Moment, du musst das machen, sonst hat das ganze keinen Sinn
I: mhmmh
- 710 P5: Daraufhin hab ich auch ein Eilantrag gestellt, wegen nahtlosen Übergang
I: Okay
P5: (-) Ich wollte am Anfang nur ambulant machen, aber eben
I: Ambulant damit Sie eigentlich Ihren bei sich hätten haben können
P5: Richtig. (-) aber eben, ich bin froh, dass ich diesen Weg gewählt habe

Anhang B: Transkripte

- 715 I: Okay und sind jetzt auch bereit weiterzugehen
P5: Ja, deswegen mach ich ja die Ada
I: mhmh
P5: Weil ich für mich selber der Meinung bin, diese Vorbereitungsstufe auf das BeWo, weil im BeWo bin ich im Endeffekt draußen, hab zwei mal die Woche meinen
720 Betreuer bei mir, aber bin sonst alleine, so schön und gut, ich hab mir zwar ne Mauer aufgebaut, aber (-) diese drei Monate mit ner ich sach ma gelockerten Kontrolle seh ich für mich selber noch sehr sinnvoll an
I: mhmh
P5: Damit ich meine Mauer, die ich habe, im Endeffekt auf ne zweite Schicht setzen
725 kann, damit die nicht so leicht kippen kann
I: mhmh
P5: Das im Endeffekt diese Zeit (-) klar, ich vermisse meinen Sohnemann tierisch, aber ähm, es is auch besser für ihn, wenn ich stärker rausgehe (sehr eindringlich gesagt, die letzten Worte)
730 I: mhmh
P5: (-) umso mehr Kraft ich habe, umso weniger is die Rückfallgefahr und umso mehr kann ich mich auf meinen Sohn konzentrieren und muss weniger kämpfen mit mir selber
I: Gibt es denn da jetzt noch irgendwas, was sie jetzt äm im Bezug auf Ihren Sohn, weil Sie sagten, dass das noch schwierig werden könnte, was Sie jetzt innerhalb
735 der letzten drei Wochen noch regeln müssen?
P5: Ähm, (-) dat mach ich jetzt selber nicht, sondern die Anwältin
I: Okay
P5: da wird jetzt ne ä Anhörung ä b bei Gericht gefordert, weil´s Jugendamt da n
740 bisschen komisch is (-) und joa, wenn dat dann bei Gericht gefordert is, dann wird's losgehen, hoffentlich so schnell wie möglich
I: An- Anhörung oder Annä
P5: Annäherung
I: Annäherung heißt?
745 P5: äm im Moment ist der Besuchskontakt auf einmal im Monat
I: mhmh
P5: Ähm in der Annäherung wird der Besuchskontakt auf anfänglich ää ich glaub alle zwei Wochen gesetzt und dann runtergestaffelt
I: Okay, dass Sie den dann häufiger einmal pro Woche, zwei pro /
750 P5: Dass er sich wieder mehr an mich gewo gewöhnt und äm dadurch einfacher wird, ihn aus der Pflegefamilie wieder rauszuholn
I: Okay
P5: Weil man kann so`n kleinen Wurm nich einfach sagen,(macht mit den Händen eine Bewegung ein Kind abzusetzen) hier biste, dat geht nicht
755 I: mhmh
P5: auch wenn man´s noch so gerne hätte oder so, aber das is ne Sache, die kann man ihm einfach nich zumuten
I: mhmh
P5: Weil jetz, die Monate, die er da war, hat er sich schon an die Pflegefamilie
760 gewohnt
I: Ja
P5: Also das wäre äm psychisch für ihn in diesem Alter nicht zumutbar

Anhang B: Transkripte

I: mhmh

P5: Also muss man das langsam angehen

765 I: Ja, okay (-) wenn Sie jetzt noch einmal an das Ende in zwanzich Tagen denken, was glauben Sie, was wird Ihnen helfen hier Abschied zu nehmen?

P5: (atmet laut) der Gedanke, dass ich mit den meisten noch Kontakt haben werde

I: mhmh

770 P5: Dat ich hier viel gelernt habe, (-) äm, dass ich erst mal in die Ada geh, das wird mir auch den Kontakt sehr viel leichter machen, weil ich seh ja die meisten wieder (-) und joa, dann wird's weitergehen

Abschließende Frage

775 I: Okay, (--) jetzt ham wir schon einiges besprochen, gibt es von Ihnen aus jetzt noch irgendetwas, was Sie sagen, das möcht ich gern noch zu dem Thema anbringen, noch sagen?

P5: (-) Es is n harter Kampf, diese Sucht unter Kontrolle zu kriegen, aber (-) wenn man halbwegs diesen Schritt geschafft hat, kann ich's jedem nur raten, durchzugehen (--) es lohnt sich (--)

I: Okay, dann bedank ich mich

780 P5: Kein Problem

Interview am 29.11.2016 Patient 6

1. Themenblock

- I: Dann würde mich als allererstes von Ihnen interessieren, wie Sie persönlich in Ihrem Leben das Thema Abschied auffassen, was Sie darunter auffassen und (-)
5 was Ihnen einfällt, wenn Sie das Wort Abschied hören
- P6: Ich probiers eigentlich immer kurz zu handhaben, meistens immer schmerzhaft, (-) also mein letzter Abschied, der mir eigentlich einfällt, bin ich n halbes Jahr Außeneinsatz gegangen, sind mir doch schon die Tränen gekommen, also fällt mir schwer
- 10 I: Ja
- P6: Abschiede sind immer schwer, ich will jetzt auch nicht gehen, ich will noch länger bleiben (lacht ein wenig)
- I: Okay, äm wenn Sie nochmal weil weil Sie sagen Sie hatten einen Abschied an den Sie sich erinnern, können Sie das n bisschen beschreiben, die Situation? Was ist da genau passiert?
- 15 P6: Ja ich war neunzehn Jahre alt. Ich bin als Soldat freiwillig in n Kosovo gegangen ähm und mir war klar, dass ich sechseinhalb Monate meine Eltern nicht sehe, ich war vorher nie von zuhause weg und (holt tief Luft) wa war doch schon sehr schwer, war auf dem achtzehnten Geburtstag von meinem jüngeren Bruder und naja, Katastrophe halt.
- 20 I: Was war genau an dem achtzehnten Geburtstag Ihres/
P6: Der Abschied, ich bin genau an dem achtzehnten von meinem kleinen Bruder gegangen
- I: Achso
- 25 P6: Ich hatte noch n Antrag gestellt, ich wollt n Tag später fliegen, aber das ham die wieder wegen ihrem Bürokratieblödsinn ging das nicht
- I: Okay. Und das war so der letzte Abschied an den Sie sich wirklich erinnern?
- P6: (atmet tief ein und aus) Ja der wichtig war
- I: mhmh
- 30 P6: Da hat meine Mutter noch gelebt
- I: Okay
- P6: Jetzt mei mein älterer Bruder is schon tot, meine Mutter is schon tot. (-) Seitdem hab ich auch schon wieder Abschiede gehabt, aber dieses mal zum Beispiel bei meinem Vadder, ich hab ihm nicht erzählt, dass ich in n Drogenklinik gehen
- 35 I: Ja
- P6: Weil der hat jetzt auch schon zwei Herzinfarkte gehabt und deswegen bin ich offiziell auf ner Reha hier und der weiß das gar nicht so genau, dass das genau ne Drogenklinik is, ich hab Angst, dass der noch n dritten Herzinfarkt kriegt, das nicht überlebt, dass der sich wieder Sorgen macht, weil ein Sohn schon tot is, äh Frau is schon tot, deswegen hab ich, ich hab ja noch Schilddrüsenprobleme und andere Probleme und deswegen bin ich hauptsächlich wegen dem hier, offiziell, alle andern wissen das, aber mein Vadder nicht so genau, weil ich Angst habe, dass der sich dann vielleicht doch dann noch was einbaut und dann (atmet ein) den nächsten Herzinfarkt hinlegt und dann (-) (Stimme senkt sich) das nicht überlebt
- 40

Anhang B: Transkripte

- 45 I: Okay, (-) das heißt Sie mussten auch schon Abschied für immer nehmen?
P6: Ja. Ja das Schlimmste war auf einmal sechs Beerdigungen in sechs Wochen gehabt
- I: Ach herrje
P6: Das war schon sehr depressiv, ja das macht einen schon depressiv. Da war auch
50 mein Bruder dabei, mein älterer is mit dreißich gestorben
- I: Okay
P6: (Stimme lauter) Ja war n bisschen unerwartet, hatte schweren Verkehrsunfall, wurde als Fußgänger angefahren und dann ähm, war der schon erst Intensivstation sechs Wochen, dann schon Frührehabilitation und ist dann an Herzversagen doch
55 verstorben. Hat ja keiner mit gerechnet eigentlich nur dass er, dass er n Pflegefall wird, aber er stirbt, hat ja keiner mehr mit gerechnet.
- I: mhmh (--) und sechs Beerdigungen in sechs Wochen?
P6: Ja.
- I: Was war'n, wer war'n so die Andern?
60 P6: Ähm zwei warn Kollegen, die warn zusammen im Auto drinne, dann wars vom guten Freund die Mutter und der Couseng, die warn auch zusammen im Auto drin, die kannt ich auch und mein Bruder war halt dabei und das andere warn flüchtiger Bekannter, war ich aber auch noch gewesen
- I: Ah das war ein großer Autounfall?
65 P6: Nene, zwei saßen also die saßen jeweils zu zweit drinne, zwei Kollegen einmal und dann einmal auch von ää von n guten Freund die Mutter und auch der Couseng, aber die kannt ich auch ganz gut, weil ich hab ich hab da auch immer mit gegessen und ich kannt die auch ganz gut deswegen kannt ich die auch
- I: Wie würden Sie sagen, haben Sie die Abschiede verarbeitet?
70 P6: hmm
- I: Was haben Sie gemacht für sich?
P6: Ich mach das immer alleine, ich hasse diese Trauerfeiern immer, ich mu muss nochma alleine ans Grab
- I: mhmh
75 P6: Jaa, das is ja eh immer ähm man man kann das eh nich ändern, also das sind ja so Sachen, die ich nich beeinflussen kann. (-) Das kommt ja und ich muss ich brauch Zeit und ich geh dann nochma alleine hin, weil ich hass diese Trauerfeiern, also das bei bei meinem Bruder und meiner Mutter war Katastrophe, weil man muss ja dahin und dann komm die noch an und geben alle die Hand. Ich mag das gar nich, eigentlich will ich bei der Trauerfeier alleine sein
- 80 I: mhmh
P6: (-) Ich muss da nochmal (hat einen Klos im Hals) und das braucht nochmal viel Zeit also, das geht nich von heute auf morgen (-6-)
- I: Gibt es bei Ihnen im Leben auch schöne Abschiede?
85 P6: (-14-) ja doch einen wie ich ausgezogen bin, erste Wohnung, war doch schon schön (beginnt zu lachen) War in der Nachbarstadt, die Wohnung von meiner Oma, doch das war eigentlich ganz schön ja.
- I: Was, was war da schön dran?
90 P6: Ich kam grad vomAußeneinsatz zurück und hatte keine Lust mehr zuhause zu bleiben, weil ich hatte sechs'n halb Monate selber meine Wäsche und so gewaschen und plötzlich wollt meine Mutter mir erklärn wie ich Wäsche wasche. Ich wollt endlich in die Unabhängigkeit, ich hatte genug Geld, ich hatte auch Lust

Anhang B: Transkripte

- drauf und ich wollt nich mehr zuhause bleiben. Ich hab mich schon gefreut endlich (-) auszuziehen.
- 95 I: Ja (-7-) was geht Ihnen noch so durch den Kopf, wenn Sie an das Thema Abschied denken?
- P6: (-12-) (atmet tief aus) ja so meine Abschiede ham sich verändert. Also früher hab ich Abschiede oft alkoholisiert verbracht und heute mach ich das eher nüchtern (-)
- 100 I: Wie würden Sie das beschreiben, wenn Sie die früher alkoholisiert verbracht haben?
- P6: Ja es waren ja ä viele viele Tode und da hab ichs doch schonmal, bei ner Trauerfeier mal mit n paar Bierchen angefangen und dann, ist halt ätzend, man trifft sich mit allen und das war (räuspert sich) sehr unerwartet, mein Bruder is mit dreißisch gestorben, meine Mutter mit zweiunfuffzisch
- 105 I: mhmh
- P6: Das war alles viel zu früh. Jetzt meine Oma oder so da das war ja gar nich schlimm, die is ja mit jetzt muss ich lügen, siebenachtzisch gestorben. Das war ja irgendwie nich schlimm, weil die hatte Streukrebs und da hat man sich gefreut, dass sie es hinter sich hatte. Die hatte ihr Leben erlebt (atmet ein). Die wollt auch nich mehr, aber ich sach ja, da war ich hab zu früh zu viele Todesfälle gehabt un (-) das war dann früher irgendwie normal dann. Es fing eigentlich ja, bei der Trauerfeier an, danach wenn man sich mit Kollegen noch getroffen hat, dann is das so n bisschen aggressiver geworden.
- 110 I: Und wenn Sie jetzt sagen, Sie erleben die jetzt nüchtern, was is daran anders?
- 115 P6: (-7-) is ne gute Frage, eigentlich nich viel, (-) also ich bin jetzt meistens alleine. Früher war das meistens in Gesellschaft. Also ich trinke generell nich alleine (holt tief Luft) weil eigentlich ich will die Trauer für mich alleine ausmachen un was will man inner Gesellschaft machen? Da fehln einem eh die Worte, also was will man auf ner Beerdigung vom Bruder was will man vernünftige sagen? Was will man auch machen mit dem besten Kollegen vom Bruder? (atmet tief ein) Also mir is da nichts Besseres eingefallen, also so ich probiers zu verarbeiten, vorher, weil man die Zeit eh nich ausgehalten hat. Was, was will man da sagen? Außer scheiße? Ich würd sagen, weil weil ich in ner Gruppe war, das andere war mir dann konnte man schon trauern also. Ich schaff das in ner Gruppe nich zu trauern
- 120 I: Ja (--)- das heißt der Alkohol, hatte was für ne Funktion in der Gruppe?
- P6: hmm ich denke, keine wusste was er was soll man anderes machen, also man hat sich abends getroffen, was will man den ganzen Abend machen also. Ich denke, das war schon so ne Art Trauerbewältigung. (-) Das war ja für alle ne schlimme Situation
- 125 I: mhmh
- P6: (-) Hat eigentlich keiner mit gerechnet, bei meinem Bruder, war viel zu früh. Der hatte grad Studium fertich, er hatte erste Freundin, ersten festen Job (-) und damit hat ja keiner gerechnet. Ich sach jetzt bei meiner Oma war das voll einfach, weil ich glaub siebenachtzisch is die geworden
- 130 I: Wann war das?
- P6: Das war jetzt auch vor sechs Jahrn
- I: (-) und das haben Sie nüchtern erlebt?
- P6: (länger gezogen →) jjja fast, äähm, es sind auch noch viele Verwandte gekommen. Bei der Feier Bierchen noch getrunken (?) bei meinen Eltern noch getroffen, die hat ja zuletzt auch bei meinen Eltern gewohnt. Ham wa uns bei
- 140

Anhang B: Transkripte

- meinen Eltern auch noch getroffen irgendwie, bissn was gegessen. Noch n paar Bierchen getrunken, bissn erzählt.
- I: mhmh
- 145 P6: Ich hab da auch Verwandte getroffen, die ich schon Jahre nich mehr gesehn hab, die Sache mi mit der, das war okay, also ich habs ihr eigentlich gegönnt, weil die hatte Streukrebs gehabt, die sah auch nich mehr gut aus. Die hatte schon Morphium bekommen, wegen den Schmerzen und di die wollt auch nich mehr. Wo die angerufn ham vom Krankenhaus, bin ich schnell hingefahrn und (-) die wollt auch nich mehr also und die war bereit zu gehen
- 150 I: mhmh (-11-) wenn Sie insgesamt an das Thema denken, welche Gefühle kommen da bei Ihnen hoch? Beim Thema Abschied?
- P6: Meistens Trauer son bisschen. (--) oder ja is Trauer kein Gefühl ne? (--) Ja bisschen Enttäuschung, ich hab mich am Anfang mit meinem Bruder noch gezofft und dann wollt ich eigentlich noch hingehen und dann is er noch gestorben, also ich ich hätt aber noch hingehen solln, das vorher klärn solln. Das hängt jetzt immer noch so zwischen uns. (-)
- I: Okay, das heißt, das hat den Abschied nochma schwieriger gemacht, dass Sie
- P6: Ja
- I: Das Gefühl hatten sich nich aussprechen zu könn'?
- 160 P6: Ja (--)
- I: Wie gehen Sie da jetzt mit um?
- P6: Is gelaufen. Hab ich kein Problem mehr mit (Stimmlage sagt das Gegenteil → traurig) is halt schade, aber das kann ich eh nich ändern (-)
- I: Wie lang is das jetzt her?
- 165 P6: (holt tief Luft) boar, meine Oma war sechs Jahre, das war n Jahr vorher sieben Jahre.
- I: Sieben Jahre? (-14-) Wenn Sie generell an die Abschiede denken, würden Sie sagen, dass Ihnen Abschiednehmen generell eher schwer fällt oder eher leicht?
- 170 P6: (redet sehr leise und verwaschen →) Schwer, grad vor andern, (-) weil ich will das eigentlich immer alleine machen Trauerfeiern oder andere vor andern is immer n Problem, weil typisch männlich, ich wein nich gern vor anderen und (atmet tief ein) das fällt mir doch ganz schön schwer, grad vor andern und so.
- I: und für sich alleine?
- 175 P6: Ja eigentlich (-) eigentlich is es normal, das braucht n bisschen Zeit, ich geh dann nomma alleine zum Grab und dann halt ich das auch nüchtern aus, kein Problem. (-) Weil in ner Gruppe, irgendwie, is es schwer nüchtern zu bleiben für mich.
- I: (-) Das heißt Sie müssten sich abschotten, um nüchtern zu bleiben oder wie is
- 180 P6: (Holt tief Luft) Also es fällt mir jetzt im zunehmenden Alter immer leichter. Also ich hab ja keine Lust mehr, ich hab mir abgewöhnt, wenn irgendwas schlecht läuft, das das zu betäuben. Ich hab letztens hab ich auch n Verfahrn gegen Eon verloren, kurz bevor ich hier hingekommen bin. Früher hätt ich da einen geraucht, also ich bin ja Kiffer und hab ich dann auch nich, also mach ich schon länger nich mehr. Also ich hab mir das abgewöhnt.
- I: Okay
- 185 P6: (--) es fällt mir zwar schwer, aber ja ich hab mir das abgewöhnt, weil das is das wird eher problematisch. Weil ich damals die sechs Todesfälle hatte, da war ich, das war schon kurzzeitig problematisch m m mit meinem Alkoholgang und dann hab ich das hab ich das nochmal gedreht, hab ich gesagt, ich mach das nich

190 mehr. Oder ich probier's zu vermeiden. Ja in Gesellschaft so auf auf Trauerfeiern ham halt, wenn's da Alkohol gibt, das is ja immer unterschiedlich, auf was für einer ich bin, dann kanns schon passiern mal zwei drei Bier, aber Abschießen ver versuch ich zu vermeiden. Das klappt eigentlich auch ganz gut.

2. Themenblock

195 I: Okay (-9-) Wenn Sie mal versuchen, das Thema Abschied mit Therapie in Verbindung zu bringen, was bedeutet Ihre jetzige Therapie im Zusammenhang mit Abschied, was würdn Sie sagen?

P6: Ja, Abschied von vielen Angewohnheiten. Man muss vieles ändern.

I: Könn Sie

200 P6: Oder auch Abschied von Freunden, ich hat mich ja schon früh entschieden, dass ich nich zurückgehe.

I: Können Sie das beides ma n bisschen ausführen? Was das für Sie heißt persönlich?

P6: Jetzt hab ich die Frage schon wieder vergessen

I: Was bedeutet für Sie Ihre jetzige Therapie im Zusammenhang mit Abschied?

205 P6: Ja, dass ich äm viele Angewohnheiten ändern muss, aber auch mein Umfeld. Ich geh ja auch gar nich mehr zurück. Ähhm (--) ja eigentlich Abschied von den alten Kollegen, die ich noch habe. (-)

I: Beschreiben Sie das mal n bisschen genauer, was heißt das Abschied von alten Kollegen nehmen und wie sieht das aus für Sie?

210 P6: Ich fahr gar nich mehr hin. Ich hab ja mich von den meisten schon verabschiedet. Ich bin da schon vooooor drei Jahrn hab ich für n Neuanfang bin ich schon nach Herfordt gezogen. (atmet tief ein) Das hat dann aber alles nich ganz so geklappt, wie es sollte. Ich wollt ja eigentlich ja dann noch andere Therapie und dann bin ich ja schlussendlich hier gelandet, wegen meinen Depressionen hab ich in die Arbeit nich geschafft, ich wollt eigentlich sozial-zychiatrische Rehaklinik. (Atmet ein) Mein Psychiater meinte, obwohl ich schon n halbes Jahr aufgehört hatte, vor auch nur noch einmal konsumiert, ich wär noch süchtig und deswegen, ham wa uns geeinigt, dass ich dann vorher noch ne Suchttherapie mache.

215 I: Okay, also Sie wollten eigentlich ne andere Therapie, haben Sie angestrebt?

220 P6: Sozial-zychiatrische Rehaklinik hatt ich mich auch beworben, aber wegen dem zuweisenden Gutachten hat das nich geklappt, weil die Sucht steht ja auf eins, Depression nur auf fünf.

I: Okay

225 P6: Das geht ja immer nach Katalog wird das ja behandelt. (-) Dann hab ich mich neun Monate mit dem gestritten und dann ham wir uns geeinigt, dass ich hier hingehe. Pech. Ich wär da auch lieber hingegangen.

I: Okay. Und wenn Sie jetzt sagen, Sie ham dann vorher, sind Sie schon nach Erfurt

P6: Herfordt

230 I: gezogen, um Abschied zu nehmen von den alten Kollegen, alten Freunden, wie is das abgelaufen?

P6: Ich (-) ich hab meine Wohnung aufgelöst und bin gegangen.

I: Das heißt, Sie haben sich verabschiedet?

235 P6: Nein. Ich hab eigentlich Wohnung aufgelöst, ich bin danach sieben Wochen obdachlos gewesen, hin und her gezogen und mir dann irgendwann gesagt, Herfordt kennste keinen, hier bleiste. Dassss war sehr plötzlich, war auch sehr

Anhang B: Transkripte

- unerwartet. Ich hab mich auch gar nich richtig verabschiedet
- I: (-- Hatten Sie dann gar keinen Kontakt mehr zu denen?
- P6: Selten, ich bin nur noch. (Atmet tief ein) Meine Eltern wohn ja noch da und die meisten meiner Kollegen warn auch von meinem kleinen Bruder, der bei
240 meinem Vadder noch wohnt auch. Ich hab die dann nur ab und zu gesehn, wenn ich meinen Vadder besucht habe, aber sonst nich ne. (-) Nur noch auf Beerdigungen.
- I: Okay
- P6: (ganz leise→)Ich hab irgendwann n Schnitt gemacht
- 245 I: Und wie würden Sie das beschreiben, wie war das für Sie?
- P6: War ne Notlösung. Ich hatte zum ersten Mal Selbstmordgedanken, war hochgradisch depressiv, bin nich mehr klargekommen, ich hab mich nich verstanden gefühlt und ich konnt die Miete nich mehr bezahlen, mein Vermieter meinte irgendwann Miete, wenn ich jetzt geh, muss ich die Miete für einen Monat nich mehr bezahl. Dann hab ich meinen Bruder angerufen, hab da die Sachen
250 hingebracht und bin einfach gegangen.
- I: Wusste Ihr Bruder wohin Sie gehen?
- P6: (→ leise und traurige Stimme) hmm, ja der wusste, dass ich kein Obdach hab und dass ich selber planlos bin. Wie gesacht, ich wollt n Neuanfang machen, ich weiß noch nich wo, ich weiß noch nich wie (-7-)
- 255 I: Ham Sie jetzt drüber nachgedacht, den alten Leuten auch wirklich mal zu sagen, der Kontakt ist definitiv für mich beendet? Also wirklich Abschied zu nehmen?
- P6: hmm. Ich seh die ja immer noch. Ich sach ja auf Beerdigungen. Ich war im Februar letzte Beerdigung, war ich da mein ich sach ja mein kleiner Bruder wohnt noch bei meinem Vadder, der wird da auch wohnen bleiben und die meisten mit denen ich rumgegangen hab, die seh ich da ja noch ab und zu. Ich fahr ja einmal im Monat runter und besuch die noch. Ich hab so nichts gegen die, aber weil die meisten von denen konsumieren noch
- 260 I: mhmh
- P6: Und da hab ich kein Bock mehr drauf. Also wir ham schonmal drüber geredet, ich hab so auch gar nichts gegen irgendeinen also irgendwas, aber es macht keinen Sinn, wenn ich nich mehr konsumieren will, mit denen rumzuhängen.
- I: (-) Das heißt, Sie haben sich für sich persönlich verabschiedet, (-) aber also dass Ihnen der Kontakt nicht gut tut oder?
- 270 P6: Ja, also ich bin da schon zwei Mal wegen Job weggewesen und jedes Mal wenn ich zurückgekehrt bin, hab ich maximal nach ner Woche war ich im selben Konsumverhalten (atmet ein) und deswegen, hat ich mich auch entschieden, ich kann nich im selben Ort bleiben. (-) Ich merkt das auch jedes Mal auf Beerdigungen und so, weil da wird ja meistens viel konsumiert. Verdrück ich mich dann ziemlich schnell.
- 275 I: Okay. (-- Wenn Sie dann nochmal versuchen, Ihr am Ihre jetzige Therapie mit dem Thema Abschied zu verbinden, was fällt Ihnen da noch ein?
- P6: Ja is ja schon wieder n Abschied, ich geh ja schon wieder fort, gehn. Ich hab das Rauchen hab ich auch noch aufgehört.
- 280 I: Okay
- P6: Hier. Ich war im Gegensatz zu andern war ich schon vorher Suchtmittel frei, außer Zigaretten n halbes Jahr
- I: ah

Anhang B: Transkripte

- 285 P6: (--) Ja ich per probier noch n paar Verhalten zu verändern, aber was mir hier schwergefallen is, ähm, ich bin ja hier selber, ich war ja hier hochgradich depressiv, also ich ich hab es äm wenig oder wenig zu reflektiern, ich war ja selber depressiv und sehr aggressiv. Deswegen, ich hab ja gar kein Normalverhalten gezeit, das war ja für mich schon, absolute Extremsituation.
- I: Okay. Würden Sie sagen, dass Sie Ihr Ihre Aggressivität hier abgelegt haben?
- 290 P6: Nein, die is ja hier ers entstanden.
- I: Die is hier entstanden?
- P6: Ja
- I: Okay. Wie hat sich das geäußert, was was kam/
- 295 P6: ja ich bin sehr gereizt und bei mir war das so, ich äm, ich ich sollt ja vorher in Entgiftung gehen und dann bin ich Entgiftung gegangen und da wollten die mich aus Entgiftung rausschmeißen, weil ich da sauber hinkam. Die meinten, das zahlt die Krankenkasse nich. Da ham wa uns drauf geeinigt, dass ich n neues Medikament kriege und daaann ääm hab ich n neues Depressiva bekommen, Quetiapin. Das hab ich gar nich vertragen, ich hab von den ersten zwei Wochen
- 300 nur phasenhaft, bruchstückweise in Erinnerung. (-) Ich bin hier fast im Gehen eingeschlafen. Und dann fing es ja an wo ich dann aufgewacht hab, seh ich hier plötzlich Leute, die sich drüber freuen a einen reinzudrücken mit Minuspunkten, sich drüber gefreut haben. Ich dachte mir von Anfang an boar, du bis hier falsch, du gehörst hier nich hin. Ja und äm, ich hab dann ja auch angefangen, hier zu
- 305 schreien, nein ich will nich mehr und so. Ich bin da gleich in den ersten zwei Wochen bin ich glaub ich schon zusammengebrochen hier.
- I: Okay
- P6: Ähm. Ich hab das ja auch so. Gerade auch mit meinen Depressionen, zum Beispiel das Blitzbuch, ich benutz das gar nich, will nich selber schreiben, ich hab ja auch
- 310 mal n Brandbrief geschrieben, der wurd aber leider erst Wochen später, nachdem ich schon zusammengeklappt war und so, gelesen, weil eigentlich schreiben ja immer andere rein, aber bei mir is es so, wenn andere schreiben, ich will denen das nich zumuten. Hier sin ja viele, die kein deutsch sprechen können oder schwer. Wenn ich selber schreibe, würd ich das nie benutzen als als System, aber
- 315 I: Was is n Brandbrief?
- P6: Ja, dass es mir nich gut geht, dass ich kurz vorm zusammen ä klappen stehe. Bei eigentlich dieser Blitz, sacht man zu nem andern, aber ich würd das andern nie zumuten, dass sie für mich meine Probleme aufschreiben. Deswegen hab ich dann
- 320 n Brief geschrieben und weil der auch über anderthalb Dinavierseiten ging und dann wurd der da reingelegt, aber wohl n paar Seiten weiter und dann wurd der erst Wochen später gelesen und so.
- I: Okay
- 325 P6: Ich hab hier auch nich das erreicht, was ich wollte, weil ich eigentlich meistens nur depressiv bin, komm ich zu fast gar nix
- I: (--) Was hätten Sie gerne erreicht?
- P6: Ich wär gern mal zur Ruhe gekommen. Ich hab noch äm, ich hab noch ä unerledigte Post immer noch von Sachen bevor ich gekommen bin
- I: (-) Okay (-8-) Wenn Sie sagen, Sie haben auch noch Verhaltensweisen, die Sie schon abgelegt haben, Gewohnheiten, was was für Gewohnheiten warn das, die
- 330 Sie schon abgelegt haben?

Anhang B: Transkripte

- P6: (--) Auf jeden Fall das Rauchen (-11-) is ne gute Frage (-22-) ich frag doch schon eher nach Hilfe ma. (-) Hab ich früher gar nich gemacht.
- 335 I: (-) Das heißt, wenn Sie bei egal was Hilfe brauchen oder haben Sie ne bestimmte Situation, wo Sie sagen, da hab ich hier nach Hilfe gefragt, das hätte ich früher nich gemacht?
- P6: Ne generell also ich hab das, ich war ja zehn Jahre nich ääh war nich krankenversichert. Ich war mal ne zeitlang so depressiv, ich habs nich, ich bin ins Arbeitsamt nich reingekommen.
- 340 I: Okay. Und da haben Sie sich hier jetzt Hilfe geholt und sind jetzt/
P6: Ja ich war schon kurz vorher, wo ich den Neuanfang gemacht hab, mir ne Sozialarbeiterin gesucht
- I: mhmh
- 345 P6: Also jetzt kann ich ja nich sagen, dass das hier jetzt, das war ja vorher schon wo ich den Neuanfang gemacht habe, war das schon so, deswegen is schwer zu trennen. Weil ich hab ja da schon, ich hab ja schon vieles angefangen, das war ja dann hier nur der letzte Schritt.
- I: mhmh
- 350 P6: Ich hatte da auch schon phasenweise mal sieben mal zehn Wochen vorher aufgehört zu rauchen. Das hat aber nie längerfristig geklappt. (-)
- I: Wie war der Abschiedsprozess von Nikotin hier?
- P6: War kein Problem. Das Problem is immer, wenn i nach Hause fahre. Hab ich totale Schmach. Ich hab das erste Wochenende auch geraucht.
- I: Das heißt, Sie haben von anfang an aufgehört?
- 355 P6: Ja ich hab meine Sozialarbeiterin hat mich nach hier gebracht, die hat mir zwei Zigaretten hier gelassen, die hab ich noch geraucht, dann hab ich hier komplett aufgehört.
- I: Ach, direkt am Anfang
- 360 P6: Ja, wenn am Anfang. Ich hab meistens immer wenn ich ää Wohnwechsel oder Arbeitsplatzwechsel gehabt hab, hab ich meistens aufgehört, weil das vieles da leichter fällt. Weil dann kenn die mich alle als Nichtraucher hier und bieten dir keine an und wo ich zuhause war. Ich sach ich hab meinen Nachbar getroffen, dann ham wa Kaffee getrunken, ich hab ich hab erst nach ner halben Zigarette gemerkt, dass ich wieder am Rauchen bin.
- 365 I: Ach
- P6: Deswegen hab ich auch gesagt, ich geh nich zurück, weil wegen wegen Drogen mach ich mir weniger Probleme, aber (holt Luft) okay ich meine, Nikotin is ja auch ne Droge, es is halt nur. Das wird hier als Rückfall ja nich gewertet. Eigentlich is es ja n Rückfall. Es sind ja alle als Raucher hier hingekommen. Egal welche Sucht, hier ham die meisten als ihre Einstiegsdroge ja immer Alkohol oder
- 370 Nikotin, weil die immer sagen Cannabis. (holt Luft) Eigentlich mindestens fünfundneunzig Prozent der Cannabisraucher haben voher Zigaretten geraucht und auch etliche vorher Alkohol getrunken. Wenn das nich Zucker is, dann würde ich sagen, es is Nikotin und Alkohol. Aber wahrscheinlich würde ich schon
- 375 Zucker als Einstiegsdroge bezeichnen
- I: Inwiefern?
- P6: hmm ja die meisten haben damit auch n problematischen Umgang. Also ich bin mir nich sicher, ob äm Zucker nich auch sehr süchtig machend is.(?) der Konsum is ja jetzt nich gesund, ich glaub einfach bei einem Kilo, sind wa gleich bei sieben

Anhang B: Transkripte

- 380 oder acht Kilo. Ich hab (?) Würfelzucker gegeben, am Ende kamen die an, also hat schon ziemliche Anziehungskraft auf die gehabt.
- I: mhmh
- P6: Ich bin mir da nicht sicher, es könnte auch sein, ich bin da kein Fachmann, ob ob Zucker nicht auch ein Angriff auf das Belohnungssystem ist, könnte ich mir gut vorstellen.
- 385 I: (--). Wenn Sie jetzt an die letzten Wochen hier denken, haben Sie das Gefühl, der Suchtdruck wird mehr nach Nikotin oder hatten Sie nochmal in der letzten Zeit die Phase wo Sie/
- P6: Ich hatte hier gar keinen.
- 390 I: Gar keinen Suchtdruck?
- P6: Nein (--)
- I: Aber wenn Sie zuhause waren?
- P6: Nur zuhause, (-) wenn ich aus dem Bahnhof aussteige fängt das schon an. Bin da ja als Raucher gegangen. Hier gar nicht, obwohl ich sehr viele Stresssituationen gehabt hab, gar kein'.
- 395 I: Okay. Wie äußert sich der, wenn Sie am Bahnhof aussteigen?
- P6: Ich hab richtig Schmach, ich würd am liebsten eine Raucher. Ich bin die ganze Zeit am überlegen, ob ich mir nicht Tabak kaufe. Schon sehr stark (--)
- I: Auch jetzt in den letzten vier Wochen, waren Sie/
- 400 P6: Ich war nicht zuhause. Ich
- I: Okay
- P6: will eigentlich hier hinziehen. Deswegen, jede Heimfahrt, ich war jetzt dreimal zuhause, jede Heimfahrt
- I: Okay
- 405 P6: Die erste hab ich noch geraucht. Es ist direkt wenn ich aussteige und es ist auch wieder weg, wenn ich wieder in Zuch einsteige. (fängt leicht an zu lachen) Es ist ganz komisch, sehr wahrscheinlich, ich bin als Raucher abgehauen, ich (--)
- I: Gibt es noch andere Verhaltensweisen, wo Sie sagen, die haben Sie jetzt hier wieder abgelegt, wenn Sie sagen, beispielsweise Sie sind hier aggressiv geworden, hat das zum Ende hin nachgelassen?
- 410 P6: Ja, ist weniger geworden.
- I: Woran merken Sie das?
- P6: (-8-) Ja ich drehe mich nicht mehr so oft ab, also ich war schon oft (-) aggressiv, als es zu viel wurde. Ich nicht vorangekommen bin
- 415 I: Wie hat sich das geäußert bei Ihnen? Wie muss ich mir das vorstellen?
- P6: (-) Ja ich war schon auch sehr frech, wenn jemand meinte „Räum dein Zimmer auf“ und so hab ich, war ich halt sehr stur, hab ich gesagt „ne mach ich nicht“
- I: Und die Aggressivität?
- P6: Ist ein bisschen weniger geworden, bei mir ist das ich bin ja ein sehr höflicher Mensch und ich aah, es ist ja mein Problem, andere nicht mit reinzuziehen. (--). Aber ich glaub, mein Hauptproblem sehe ich, dass ich meine unerledigten Aufgaben, das macht mich sehr unzufrieden. Ich schaff es auch nicht, mich hier zu strukturieren. Also ähm es ist immer sehr viel Arbeit da und ich ähm tu meine eigene Arbeit immer zurückstellen. (?) noch sehr in den depressiven Zuständen bin. Ich bin sehr langsam hier, also ich brauch für ein Antrag, für den andere fünf Minuten brauchen, brauch ich eine Stunde.
- 425 I: Haben Sie da ein Beispiel für?

Anhang B: Transkripte

- P6: Ja n einfacher Antrach
I: Ach Antrag
- 430 P6: Wenn ich n Antrach mal wegen Urlaub oder so und dann aus Zeitmangel, schreib ich keine Anträge wegen Ausgängen oder so. Ich ich schaff es zeitlich gar nich. Ich hab ja n Hund auch noch hier.
- I: Ah
- 435 P6: Ich hab ja heut auch schon widda, sibzehn Uhr is Programm, danach geht's direkt raus, neunzehn Uhr, dann is kurz Abendbrot, dann is Plenum, dann is zwanzich Uhr (Atmet) ich weiß nich, ich muss eigentlich dringend mal son Antrach schreiben, aber heut werd' ich das widder wahrscheinlich nich schaffen. Dann bin ich um zwanzich Uhr feddich, dann geh ich mim Hund raus oder es is nach zwanzich Uhr und dann is es kurz vor zehn bis überhaupt Zeit is und dann bin ich
- 440 meistens schon zu müde.
- I: mhmh (--)
- P6: Ich müsste eigntlich mal zwei drei Tage rauskommen, dann würd ich das abarbeiten und dann würd sich das Ganze auch beheben. (-) äm aber, ' glaub das Problem is, es sin hier sehr viele fünfundreißiger hier und deswegen is das in der Regel sehr sehr, wird das sehr genau genommen. Ich hab schon zwei drei Mal ins Blitzbuch geschrieben, ich brauch unbedingt Auszeit, ich muss das mal abarbeiten. Da hab ich direkt später gehabt, „Ah Sie wolln die Arbeitstherapie verweigern, das geht ja wohl gar nich“ und dann hab ich bin ich wieder eingeknickt und wieder Programm durchgezogen und das ich denke, ich werde mit unerledigter Arbeit hier rausgehn. Befürchte ich. Kann i in Ruhe in der Adaption abarbeiten.
- 445
- I: (-) Was is das noch für Arbeit?
- P6: Ich hab noch Briefe, ich hab, hmm ich hab noch Briefe. (Holt tief Luft) Ich muss noch ähh eigentlich Jobcenter, die wolln dreihundert Euro zurückhaben, aber ich war letzte Mal sogar mal da wo ich einmal da war. Die konnten mir nich sagen, weswegen und ich muss endlich mal n Brief schreiben, weil ohne Nummer konnten die mir das nich sagen, dieser Bescheuerte. Ähm da haben sich noch einige Briefe angehäuft, die ich mal dringend bearbeiten muss.
- 450
- I: (--)
- 460 I: Würden Sie sagen, dass is ne Angewohnheit von Ihnen, die Sie vorher auch schon mitgebracht haben und die Sie hier nicht umgelernt haben, oder hatten Sie anfangs ne Phase, wo Sie das ganz gut hinbekommen haben und jetzt zum Ende hin is das wieder mehr geworden?
- P6: Das war immer schon n Problem. Immer, wenn ich depressiv geworden bin, si is sind Briefe liegen geblieben und ne das von Anfang an is das hier liegen geblieben.
- 465
- I: Also Sie ham am Anfang nich mehr getan als jetzt?
- P6: Weniger
- I: Weniger noch?
- P6: Ich hab am Anfang klar, ich bin ja hier alle zwei drei Wochen bin ich hier
- 470 zusammengeklappt.
- I: mhmh (-)
- P6: Jetz wird das halt weniger, jetz nur noch so alle vier Wochen, schaff immer ein bisschen mehr (-7-)
- I: Wenn Sie jetzt an das Abschluss, an den Abschluss der Therapie denken, was
- 475 kommen Ihnen da für Gedanken und Gefühle?

Anhang B: Transkripte

- P6: Ich hab noch voll viele Sachen, die ich erledigen muss. Ich kann eigentlich noch nich gehen
- I: Was is das für'n Gefühl? Oder (--)
- P6: Ich muss noch voll viele Sachen erledigen, stresst mich schon wieder.
- 480 I: Und wie äußert sich der Stress, irgendwie körperlich oder wo merken Sie das?
- P6: Ich bin (-) depressiv.
- I: (-) Wie äußert sich das?
- P6: Wie das äußert, also äm ic ich bin oft in Gedanken. Ich hab das oft, teilweise, ich geh mim Hund da lang, plötzlich weiß ich von zwei dreihundert Metern mehr, 485 dreh ich mich um, wo is der Hund? Also ich hab wirklich auch Aussetzer. Ich hab viel Gedankenkreisen (-) und deswegen komm ich dann noch zu noch weniger. Wenn die Gedanken kreisen, dann schaff ich irgendwie nichts. Das is immer in meinem Kopf und dann (?) nur am zu denken und komm gar nich zum starten. (- 7-) Wahrscheinlich ich spiel nich mit den andern, ich guck gar kein Fernseh, weil ich die Zeit nich hab, ich will irgendwas machen und dann dann zerdenk ich 490 wieder schlaf dabei ein und (-)
- I: Das heißt, wenn Sie an das Ende hier denken, gehen Sie eher mit was für Gefühl?
- P6: (atmet lange aus) ja n bisschen ungewiss. Ich hab ja, ich hab keine Freunde hier 495 (atmet tief) drüben hab ich auch keine richtigen, aber ich hab die Sozialarbeiterin, ich weiß wo ich Hilfe kriegen kann und das is ja alles sehr ungewiss. Ich müsste eigentlich zunächst, ich will eigentlich n Wohnungswechsel machen, meine Wohnung wechseln (atmet tief) ich bin da noch sehr unsicher. Das 's alles alles sehr ungewiss. BeWo wird nicht werden, weil ich n Hund habe.
- 500 I: Okay. Das heißt, das wissen Sie jetzt schon, dass Sie da nich hinkönnen?
- P6: Also Brühl wird's darauf hinauslaufen, hier würde es theoretisch gehen, aber die Plätze sind alle aktuell voll, es plant zurzeit keiner n Auszug ähm, wenn jatz 505 keiner irgendwie auszieht da, dann wird da nichts werden. (-) Das is sehr unwahrscheinlich. (-) Is ja eigentlich auch die andere Therapie, da hätt man neue Arbeit gesucht und neue Wohnung, das wär alles schon in Therapie gewesen. Das wärn auch zwölf Monate gewesen. Zum Beispiel. Ich hätt da auch viel mehr Gesprächsbedarf gehabt, also mit zwei Mal die Woche, ich hab noch so viel unerledigte Themen. Bei mir is das ja schon fünf Mal ausgefallen, da wird's 510 wahrscheinlich um die Weihnachtszeit wieder ausfallen. Also, Sorge, ich geh mit sehr viel unerledigten Sachen hier raus. Ich denk, ich brauch danach noch Therapie ä bedarf, ich hab jatz hmm auf keine Warteliste gesetzt. Sind ja auch Wartezeiten, aber ich weiß nich wie's hier is, bei uns in der Gegend teilweise von neun Monaten. Da wird ne riesen Lücke entstehen (-6-)
- I: Das heißt für Sie steht aber fest, dass Sie hier nach weiter mit Therapie machen?
- 515 P6: Ja wahrscheinlich ja auf jeden Fall. Also mit meinen Depressionen bin ich gar nich so weit gekommen. Das is eher schlimmer geworden. Das is ja schon normal gewesen. Depressive Zustände, was ich vorher nur phasenweise habe. In der Hinsicht hab ich eher Rückschritte gemacht.
- I: Während der gesamten Therapie oder eher zum Ende hin?
- 520 P6: Die gesamte Therapie. Also es is zum Anfang leicht besser gewo ä zum Ende hin besser geworden, aber ich sach, ich glaub das erste Mal bin ich hier nach zwei Wochen zusammengeklappt.
- I: mhmh

- P6: Weil bis dahin Katastrophe
- 525 I: Können Sie die Situation n bisschen genauer beschreiben?
- P6: Ich hab nur noch Bruchstücke Erinnerung. Also ich weiß mir gings gar nich gut, ich lag am Ende lag ich auch in meinem Hundekäfig, wo mich die andern gefunden haben. Ich war antriebslos, ich konnt gar nich mehr (-). Die Vorgeschichte weiß ich gar nich mehr so sehr, weil ich die ersten knapp drei
- 530 Wochen, dat falsche Medikament gehabt, da hab ich nur so kurze Phasen der Erinnerung. Also ich weiß wieder, dass ich da ä ich lag im Hundestall. Dann kam Herr Doktor R. Ham wa noch n bisschen geredet.
- I: Und wie Sie da hingekommen sind wiss/
- P6: Ich weiß es nich. Ersten zwei Wochen, weiß ich fast gar nichts. Ich weiß vom
- 535 Aufnahmegespräch nichts, ich weiß noch wie ich hier ausgestiegen bin, ich hab sonst eigentlich keine Erinnerung, die ersten Wochen. (-) Ich weiß von den Andern, dass ich im Gehen eingeschlafen bin.
- I: mhmh (-- und jetzt sind Sie wieder umgestellt wurden auf n anderes/
- P6: Ja ich hab wieder mein altes
- 540 I: Ah das alte wieder?
- P6: (-) Das war ja nur, weil ich in Entgiftung gegangen bin und weil ich da sauber reinkam und dann (holt tief Luft) ich dachte, ich brauch das unbedingt, um hier anzukommen, hätte man mir erklärt, dass das auch ohne gegangen wär, dann wär ich direkt hier hingekommen.
- 545 I: mhmh
- P6: Ich hatte ja sechs Monate nicht konsumiert. Tests wärn da kein Problem gewesen.
- I: Ja
- P6: Nich ma Haare.
(-13-)
- 550 **3. Themenblock**
- I: Dann würde mich jetzt als letztes noch interessieren, wie Sie sich denn auf das Ende der Therapie jetzt vorbereitet fühlen?
- P6: Ich müsste mir jetzt ein Praktikumsplatz suchen, ich bin immer noch nich sicher, ich wollt eigentlich Industr Industriemechani ich will am liebsten ne Ausbildung
- 555 zum Industriemechaniker machen. Ob das überhaupt noch geht? Ich hab schwere Arthrose im rechten Gelenk (-) ähm ja ich wollt dann auch mit Fr. S. reden. Ja schau ma mal. Is alles noch sehr wackelich. Ich will ja am liebsten noch länger bleiben.
- I: (-6-) hmm, was wurde denn bereits alles geklärt für den Abschied von der
- 560 Therapie hier?
- P6: (-7-) Ja also was ich inner Nachsorge mache, ich geh in ne Adaption, das is schon klar. Das is eigentlich auch schon geklärt. Aber äm ich weiß nich, was man sonst so klärt. Is meine erste Therapie.
- I: Und für Sie einfach für den Abschied an sich (-) was da/
- 565 P6: Ja ich würd gern noch vorher zu Ruhe kommen. Ich bin jetzt seit, ich bin gar nich richtig arbeitsfähig. Ich würd wahrscheinlich es Praktikum verkacken. Ich bin ja letztes Mal auch, bin ich direkt, letztes Praktikum bin ich mit De Depression´ in der Psychiatrie aufgewacht. (-) äähm (-) ich müsst auf jeden Fall stabiler werden. Normales Praktikum glaub ich, würd ich nich reißen, ä würd ich voll reißen.
- 570 I: (-- Das heißt, für Sie so Abschied von der Therapie Vorbereitung hat für Sie

Anhang B: Transkripte

persönlich eigentlich nur die äm Findung der Nachsorge stattgefunden?

- 575 P6: Ich sach ja, ich weiß nich ma was man da machen müsste. Ich wollt ja letztes Mal über äh über ähm äh ähm weitergeht mit meiner Therapie mit meinem Therapeuten reden, aber er hat n anderes Thema angeschlagen, ich guck ma. Freitag hab ich mein nächstes Einzel, ob ich da dieses Mal zu komm. Nö zurzeit bin ich da noch (--)
580 I: (--)
P6: Ich hatte mir ja schon früh festgelegt, dass ich nich zurückgehe, jetz muss ich überlegen, ich glaub schon nach sechs Wochen. Deswegen war das, also für mich war von vornerein klar, eigentlich wollt ich ja auch BeWo machen. Aber irgendwann hats sich ergeben, weil die meinen ja, ich soll überlegen, ob ich nach Brühl gehen würde und dann erzählt mir der andere Hun nach Brühl, da kannse ja kein Hund mitnehmen. Dann hab ich mal nachgefragt und ich glaube, BeWo wird nur mit Hund ich glaub in Frankfurt gehen.
585 I: Okay
P6: Das kann man ziemlich knicken, das Angebot. Das's sehr gering (atmet tief ein) Also könnte man schon sagen, hier ich hab mich schon recht früh festgelegt.
590 I: (-) und dann für sich auch schon Vorbereitungen getroffen? In die Richtung oder informiert?
P6: (atmet lange aus) Wohnung künd, ich kündige erst zum Ende, weil da gibt's so Probleme mit dem Amt. Also kündige i erst zu Anfang Januar, weil ich dann Adaption gehe. Weil hier is ne Katastrophe mit dem Amt. Das andere man weiß ja nie, man könnt ja immer nomma rausfliegen (--)
595 I: Das heißt Sie sind unsicher? (leise→)Ob Sie/
P6: äm, dass ich nich zurückgehe bin ich mir sicher, aber halt das andere, ich hätte schon mir überlegt, ne Zweittherapie zu machen, hätt ich überlegt in Adaption. Äh kann ja einiges passiern. Kann sein, dass ich ä ich sach ja beim letzten Praktikum bin ich in der Psychiatrie aufgewacht mit Depression'. (atmet tief ein) na das könnte mir wieder in der Adaption passiern. Es könnt auch sein, dass ich dann nich schaff mich um ne neue Wohnung zu kümmern. Dasss ich ähm oder so, ich bin mir nich sicher. Also,es könnt passiern, dass ich hochgradich depressiv werde und dann in der Psychiatrie aufwache, mich nich mehr um ne neue Wohnung kümmere un dann kann das in nem halben Desaster enden.
600 I: Das wär so das schlimmste Szenario was Sie sich vorstellen?
605 P6: Ja (-7-) Es macht mich einfach unsicher beim Wechsel, weil da in Herfordt kenn ich Sozialarbeiter, ich weiß überall wo ich Hilfe kriegen kann. Ich sach ma, ich war fast zehn Jahre nich krankenversichert. (-) War auch viel wegen meinen Depressionen und so. Mein geringes Selbstwertgefühl. Ich bin da von ner Abwärtsschule reingekommen, ich bin eigentlich, ich hatte eigentlich mit einunzwanzich schon das Geld für ne Eigentumswohnung gehabt, hat ich selber erarbeitet. Danach, jetz bin ich zerrissen. Da bin ich immer noch bei, das aufzuarbeiten. (-) Seit der Therapie, ich denke eigentlich, ich denke eigentlich, Sucht is bei mir nachgelagert. Bei mir is es glaub ich meistens, also mein
610 Sozialarbeiter an der ich theor, i-ich werd' schon flattrich, wenn ich irgendwo n Vorstellungstermin hab' oder irgendwas, mir sieht man das Tage vorher schon an. Dann bin ich schon völlig flatterich. Ich weiß nich ganz sicher, ob ich nich ne Angsterkrankung habe und dann die Angst bei mir die Depression immer auslöst.
615

Anhang B: Transkripte

- 620 Weil ich deswegen nich schaff in ne Arbeit zu kommen. Ich hab mehrfach schon, kurz Stellen eigentlich haben wollte, völlig verkackt mit so Kleinigkeiten wie nich getraut reinzugehen oder und (atmet tief ein) das dann Quasi, eigentlich war im Nachhinein gesehen die Sucht immer nur nachlagernd. Weil ich's dann nicht geschafft habe und dann ja jahrelang nur nutzlos rumgehangen hab, bin ich so in die Sucht reingeraten. (-) und weil ich auch innerlich unruhich bin, bin ich auch immer beim Kiffen gelandet. War vielleicht der Versuch von Selbstmedikation.
- 625 Ich bin n unruhiger Mensch und andere Drogen für mich bedeuten gar nichts. Also ich hab von Heroin, Benzos, ich hab alles ausprobiert, aber das is nichts für mich. Wenn ich einen Tach gesoffen hab, n zweiten könnt ich mir gar nicht vorstelln. Oder ich hab Extacy, geh ich ab wie n Flummi.
- 630 I: mhmh
P6: Ja, könnt ich mir auch nich vorstelln. (-) und ich hab ja viele kennengelernt, die nehm' immer jede Drogen, wenn die irgendwas nich kriegen, dann. Ich sach ich hab einmal Heroin ausprobiert, also könnte man hier hinlegen und wüsst ich gar nich, was ich damit sollte. (-6-) Also bei mir is das so. Ich will eigentlich arbeiten gehen, aber ich bin mir nich sicher, ob ich den Job machen kann. Halt wegen meinem Fuß und mei wegen mein' Depression' kann ich nich zu viel aufn Rechner zu viel Rechner macht mich gleich wieder depressiv. Zu viel geh'n und stehn kann ich wegen meinem Fuß nich, ich hab schwere Arthrose schon drinne. (holt tief Luft) Aber ich wollt ja heut mit der Fr. S. reden, weil die meinten hier auch, die kennt sich am besten aus und ich kann mich da beraten
- 640 I: mhmh (-) aber Sie sagten ja, dass Sie zuerst hier her gekommen seien, um anschließend noch in eine psychosomatische Therapie oder is das jetzt gar nich mehr Thema bei Ihnen?
P6: Vielleicht, ich bin mir nich sicher. Also ich überlege auch ähm, weil das wird wieder n Jahr geh'n (atmet ein) wenn ich schaffe, hier ne Arbeit zu bekommen, würd ich mir eigentlich überlegen, ob ich das dann nich ä äm ambulant mache.
- 645 I: Ah okay.
P6: Also w-wenn ich mich wieder zerlege iinn dder Adaption, dann wird das auf jeden Fall in Frage kommen. Ich bin mir unsicher, wegen meiner Wohnung kündigen. (Räuspert sich) Wenn ich mich aber soweit stabilisiert kriege, dass ich's in ner Arbeit schaffe, dann würd ich das auf jeden Fall ä ambulant machen, sonst wär ja wieder ein Jahr und dann wieder nach Bünnae, jetz kenn ich mich ja da aus, das wär da wo ich herkomme. Das würd auch n ganzes Jahr dauern, Monate drauf warten bis n Platz frei is.
- 650 I: A die Therapie geht ein Jahr lang?
P6: Die geht zwölf Monate
I: Ah okay.
P6: (--)) Ich weiß es nich, also würd ich stabiler laufen, würd ich das so probieren, dann würd's in der Adaption zeigen
- 660 I: mhmh
P6: Das war das Problem, ich muss aber schon zu Beginn der Adaption meine Wohnung kündigen, macht mich sehr unsicher. Weil, ich halt beides für möglich. Wenn ich gut laufe, dann bin ich auch n guter Arbeitnehmer, wenn ich das in meiner Arbeit schaffe. Ich war noch nie in meiner Arbeit depressiv, immer nur in meinen nicht arbeitenden Zeiten.
- 665 I: Okay (-11-) würden Sie denn insgesamt sagen, dass Sie im Moment bereit sind

Anhang B: Transkripte

hier Abschied zu nehmen?

P6: (--) Ja ich komm Momentan eh nich voran. Ich guck mich hier noch zu strukturieren und das geht in nem Schnecken tempo voran

670 I: (-) das heißt?

P6: Ich bin halt unsicher, also, ich würd einerseits noch gerne bleiben, aber andererseits seh ich, dass ich hier nur wenich vorankomme. Ich hatte ja schon überlegt, ob ich ne Woche in ne Psychiatrie gehe. Ich glaub, da könnt ich springen bevor die mich rauschmeißen. Da würd ich zur Ruhe kommen. Ich bin da jedes Mal nach zwei Tagen bin ich schon völich ruhich. Was ich hier nich, was ich hier neunzehn oder zwanzich, ne neunzehn Wochen nich geschafft habe. Dann könnt ich aus' er inneren Ruhe dann auch in ne Arbeit gehen. (-) Ich bin ja immer nur in ä warte, ich muss das noch erledigen, ich muss dies noch erledigen. Das noch nich fertich, has noch keine Praktikumsstelle (--). Ich k komm so nich zur Ruhe und wenn ich sag'n wa ma in Ruhe ä in Praktikum reingehen würd, würd ich das wahrscheinlich schon schaffen. Ich bin da eigentlich sehr leistungsbereit, ich kann auch mitdenken (atmet ein) ich hab auch Vorerfahrung mit Maschinen, glaub ich, das würd ich schaffen. (-) Aber wenn ich jetzt sogn wa ma schon sehr depressiv reingehe, dann hätt ich Probleme pünktlich aufzustehn, da pünktlich zu erscheinen, dann würd ich's reißen, das würde mich noch weiter runterziehn, das ich's wieder verkackt hätte. Das könnte mich bis in ne Psychiatrie wieder bringen.

675

680

685

I: (-) Aber Sie sagten, eingangs, dass Sie noch Urlaubstage hier auch haben?

P6: Ja ich glaub, ich glaub zwei kann man nehm'. Hab ich gehört.

690

I: (--) Und Sie sagen, sie müssten, um hier wirklich Abschied nehmen zu könn' mal n paar Tage Ruhe/

P6: Ja, dass ich mal alles abarbeite und das muss eben sein, muss da n Praktikum jetzt vorbereiten, ich wollt ja heute auch mit Fr. S. reden, dass ich mal abkläre, ob das überhaupt der richtige Beruf is (-). Jetzt hat mich ja gestern einer noch auf die Idee gebracht, man könnt ja noch ne extra Beratung noch beim Jobcenter machen. (-) Das man da für gewisse Krankheiten, gibt's da ne extra Beratung. Bin ich vielleicht am überlegen, ob ich nich auch, ich bin mir ja nich sicher, ob das der richtige Beruf is. Also ich könnt mir das so vorstellen, aber Schichtarbeit is auch nich gut mit Depression'. Das halt der Krankheit entsprechend is. Ich seh aber grad auch keine anderen Ideen, aber einer von außen, die ham ja oft andere Ideen (lachend) man is ja immer so vernagelt (holt tief Luft). Deswegen bin ich am überlegen, ob weil ich muss das dringend auch jetzt mal mit dem Job mal klärn und dann, dann könnt ich was in Angriff nehm'.

695

700

I: mhmh

705

P6: Was so, ich bin ja so unsicher. Ob ich das jetzt machen soll, aber mir fällt ja nichts anderes ein. (-) Da komm schon wieder die Gedanken, ich muss die mal klärn, dann könnte man auch Schritte unternehm'.

I: (-) Das heißt, dass sind Dinge, die Sie auf jeden Fall noch vor Ende der Therapie/

710

P6: Ja auf jeden Fall, ich wollt mir vorher schon ne Praktikumsstelle suchen. Ich müsste mir dringend eine suchen, weil Weihnachten wird nichts laufen. (Räuspert sich) Eigentlich wollt ich ja diese Woche mich bewerben, deswegen muss ich ja heut dringend mal mit der Fr. S. reden.

I: Okay

P6: Dass ich mir dringend mal Klarheit über meinen Job verschaffe (--). Weil so will ich nich zur Ruhe kommen, dann mach ich mir immer Gedanken, du hast noch

Anhang B: Transkripte

- 715 keine Stelle, arbeit war mir eigentlich immer sehr wichtig. Ich sach ja, wenn ichs in ne Arbeit schaffe, wärn ich bin in arbeitenden Phasen nie in Depressionen versunken. Das ging meistens in arbeitslosen Phasen schwerer nach unten.
- I: Ganz am Anfang sagten Sie einmal, dass Sie hier eigentlich noch gar nicht gehen wollen, was könnte Ihnen denn helfen, hier einen guten Abschied zu erleben?
- 720 P6: Die Arbeit immer zu beenden, ähm und ne Praktikumsstelle suchen. Mir übern Job klar werden, wo ich jetzt hingeh und dann am besten auch schon ne Praktikumsstelle von hier aus suchen, oder wenigstens schonma bemüht zu haben. Wenn die jetzt über Weihnachten da liegen bleibt und dann nach Weihnachten erst Bescheid weiß, das is so auch okay, aber wenigstens schon ma in Angriff
- 725 genommen zu haben.
- I: (--) Okay, also das wäre was was /
- P6: Wenn das (?) würde, das wär okay
- I: mhmh (-) und glauben Sie, dass es Ihnen auch schwer fallen könnte, hier von manchen Leuten Abschied zu nehmen, oder wird da, werden Sie da keine
- 730 Probleme haben?
- P6: Ich hab gar nicht so viel Kontakt, ähm hmm ja schade, der einzige, der hier noch wohnt, der hat ne Freundin in Unterechbach, der zieht jetzt auch weg. Is halt schade, also ich würd die meisten selten wiedersehen, glaub ich. Und da die meisten ja eh rückfällig werden (-) werd' ich die meisten sowieso, ich hab mit
- 735 drei mit denen ich ab und zu so rumhänge (holt tief Luft) aber ich befürchte (--) ich befürchte, dass ich die nicht oft sehen werde. Ich sach der eine zieht jetzt schon um. Bei zwei hab ich halt die Befürchtung, dass die rückfällig werden.

Abschließende Frage

- I: Okay (-9-) Ja ich glaub, dann ham wir einiges besprochen.
- 740 P6: Ja (lacht ein wenig) ich hoff, hat Ihnen weitergeholfen.
- I: Ja, fällt Ihnen sonst noch irgendwas ein, was Sie zu dem Thema Abschied ä noch sagen möchten, was wir vielleicht noch nicht besprochen haben oder?
- P6: Oar. Das' ne gute Frage. Ich mein (lachend) ich neige immer zum zerdenken, also brauch ich nochmal ne halbe Stunde zum nachdenken. Ääh
- 745 I: Nehm se sich Zeit (lacht)
- P6: (-7-) Ja ich sollte hier meinen Abschied jetzt mal in Angriff nehm, glaub ich. Ich glaub dann könnt ich auch zur Ruhe komm'. (--)
- I: Was schwebt Ihnen vor?
- P6: Ja ich sach ja äm heute ein Gespräch mit der Fr. S., dass ich meine
- 750 Ausbildungsstelle fertich hab und dann muss ich ma am besten heut noch n Antrach schreiben, wenn ich's schaffe, mein Urlaub und dann noch mein Papierkram erledigen und dann, dann ma zur Ruhe kommen. Ja, (leise→) würd ich sagen, das wär am Besten.
- I: Okay.
- 755 P6: Ich wollt ja eigentlich schon wieder Freitach machen, aber jetzt hab ich Freitag denke ja noch Einzel und dannach lohnt sich ja nicht mehr. Hab hier erst Gruppe und danach noch Einzel und was soll ich dann für eine Stunde noch Urlaub nehmen? (lacht) ich hab nur zwei Urlaubstage (lacht) das wär n bisschen bescheuert eigentlich.
- 760 I: Okay, dann bedank ich mich.

Postscriptum

1. Interview

- Anfangs zurückhaltend
- Etwas überrumpelt → eher auch Nachfragen nötig
- Dann offen
- Auffällig im Vergleich zum Pretest, beide durch Geld und Statussymbole auffallen wollen → sonst ist man nix
- Haftzeit wird irgendwie nicht als Abschied aufgefasst (wundert mich)
- Leere durch Trennung der Eltern zu Kriminalität geführt
- Mich persönlich hat das Tropfen im Hintergrund (es kam erst mitten im Interview und kam von der Heizung des Zimmers nebenan) gestört und nervös gemacht, den Patienten schien es aber nicht zu stören (zumindest habe ich davon nichts gemerkt)
- Therapie wird direkt in Verbindung mit Abschied von alten Verhaltensweisen gezogen

2. Interview

- Eine sehr bedrückende Stimmung
- Thema Abschied fiel ihm sichtlich schwer
- Hat keine Vorstellung, wie er einen schönen Abschied erleben kann
- Fühlt sich nicht gut auf das Ende der Therapie vorbereitet → Thema Abschied scheint so noch kein Thema in der Therapie gewesen zu sein
- Das beklemmende Gefühl kam irgendwie auch in mir auf
- Er hatte die ganze Zeit leicht feuchte Augen
- Hat zwischendurch aber auch geschmunzelt
- Viele Nachfragen, nicht viel von sich aus erzählt, aber dennoch interessant

3. Interview

- Zunächst eher unsicher
- Dann lockerer
- Noch nicht gefestigt in Meinung
- Erst keine Idee was unter Abschied verstanden wird
- Hat häufig gelächelt
- Angenehmes Gespräch
- Zunächst nicht viele Ziele
- Dann kamen nach und nach noch welche
- Ich dachte, wir hätten noch nicht lange gesprochen, doch dann waren es doch schon über 50 Minuten
- Hab vergessen die abschließende Frage zu stellen

4. Interview

Anhang B: Transkripte

- War aufgeschlossen
- Anfangs etwas schwer, weil es mir schwer fiel über den Kindstod zu sprechen pder ich nicht wusste inwieweit ich da nachfragen kann
- Anfangs direkt auf meinen zweiten Themenblock eingegangen, konnte ich aber noch ein wenig umleiten
- Verhaltensweise vor 1,5 Monaten zuletzt nicht in letzten Wochen
- Angenehmes Gespräch
- Offener Umgang
- Man hat gemerkt, dass er am Ende der Therapie steht

5. Interview

- Irgendwie ein schweres Gespräch mit vielen Wiederholungen
- Häufig Aussprache nicht verstanden
- Hat schon viele Abschiede erlebt
- Depression steht klar im Vordergrund, aber redet irgendwie auch ein wenig wie ein manischer Patient
- Nach Gespräch (Interview) viel lockerer: Er könne sich gut ins Negative reden, aber auch genauso gut zu hoch ins Positive
- Keine Verhaltensweisen zum Ende wieder neu aufgetreten
- Aggressivität wurde mir nicht ersichtlich
- Hat sich häufig die Stirn massiert / Schwere / Anspannung / Stress wurde deutlich

6. Interview

- Das für mich schwerste Interview
- Patient hat nur auf Nachfrage jeweils einen Satz geantwortet.
- War nach dem vorherigen Interview sehr schwer aushaltbar, da der Vorgänger eher zu viel als zu wenig geantwortet hat
- Habe häufig auch das Gefühl gehabt, dass er meine Fragen gar nicht richtig verstanden hat
- Hätte im Nachhinein zu dem ein oder anderen Thema noch eine Frage, die ich nicht gestellt habe → ärgert mich. Zum Beispiel, ob er, wenn er in Wuppertal ja so abgestürzt war und dort wohnte, als seine Oma verstorben ist, diesen Abschied unter Drogeneinfluss erlebt hat.

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

1. Themenblock

Patient	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P1	9-10	Unter Abschied versteh ich das Wort Trennung. Vom Lebenspartner oder Freunden trennen.	Sich von Menschen zu trennen wird als Abschied verstanden	<p>Drei Patienten beschreiben die Trennung von Menschen als Abschied</p> <p>Auffällig: jeder Patient hat Vermeidungsreaktionen von Abschieden beschrieben und genannt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht zur Beerdigung gegangen • Abschiede sind unausgesprochen • Abschieden aus dem Weg gehen • Kontakt abgebrochen • Abschiede mit Drogen kompensiert → Drogen waren der Therapeut • Abschiede verdrängt • Erst heute nüchtern werden Abschiede richtig erlebt • Vermeidungsreaktion bei Abschieden zur Gewohnheit geworden • Durch Vermeidungsreaktion immer noch die Möglichkeit zurückzukehren <p>Jeder Patient hat unter dem Wort Abschied auch den Abschied von Drogen und/oder damit verbundene Verhaltensweisen aufgefasst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsum selber wird als Gewohnheit angesehen, die es auch gilt abzulegen • Schwerer Abschied von Kriminalität, da dies zur Identität gehört
P1	12 und 23-26	Abschied von seinen Verhaltensmustern nehmen	Abschied von alten Verhaltensweisen	
P1	28-30	Wert auf Geld und Status gesetzt	Identitätsfindung durch materielle Werte	
P1	52-56	Sehr schwer fallen, von Kriminalität Abschied zu nehmen	Schwerer Abschied von Kriminalität	
P1	88-91	Abschied vom Vater: mit der Zeit hat das ne Leere in mir ausgelöst	Trennung führt zu Leere und Kriminalität	
P1	102-103	Durch Anerkennung hab ich erst gehandelt. Also sehr starke Anerkennung hab ich gesucht	Identitätsfindung durch Anerkennung	
P2	9	Abschied ist immer das Ende von irgendwas	Abschied wird als Ende aufgefasst	
P2	12	Abschied von Drogen	Von Drogenkonsum muss man sich verabschieden	
P2	89-95	Persönlich Abschied nehmen wäre schwierig für mich, man weiß ja gar nicht, wie man sich verabschiedet	Keine angemessenen Erfahrungen im persönlichen Abschiednehmen	
P2	107	Persönliche Abschiede würd ich vermutlich meiden	Vermeidungsreaktion bei persönlichen Abschieden	
P2	112-115	Zu einer Beerdigung nicht hingegangen, obwohl die Möglichkeit dagewesen wäre	Vermeidungsreaktion bei Abschieden	
P2	118-119	Ich wollte wahrscheinlich keinen Abschied nehmen	Vermeidungsreaktion bei Abschieden	
P3	5-6	Von den Drogen Abschied nehmen	Von Drogenkonsum muss man sich verabschieden	
P3	9-10	Kein Kontakt mehr zur Familie durch die Drogen	Durch Drogenkonsum Kontakt zu nahestehenden Personen abgebrochen	
P3	13-14	Das man aus dem Leben weg ist, nicht mehr da ist	Abschied als endgültig erlebt	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P3	16-22	Versucht mich komplett abzukuppeln und in eine andere Stadt gezogen. Ich bin einfach gegangen, einfach abgehauen	Kein Abschiedsritual internalisiert	<p>Abschied wird von den Patienten als endgültig und schmerzhaft erlebt</p> <ul style="list-style-type: none"> Zu viele Abschiede machen depressiv <p>Kein Abschiedsritual internalisiert und keine angemessenen Erfahrungen im Abschiednehmen</p> <p>Durch Drogenkonsum Kontakt zu nahestehenden Personen abgebrochen</p> <p>Positive Erlebnisse erschweren den Abschied</p> <p>Alle Patienten, die am Ende der Therapie sind, haben unter dem Wort Abschied auch den Abschied von der jetzigen Therapie aufgefasst</p> <ul style="list-style-type: none"> Positive Erlebnisse in der Therapie überwiegen am Ende und erschweren den Abschied Das Therapieende wird als schwerer Abschied aufgefasst Abschied am liebsten ohne großes Tamtam An keinen Abschied erinnern können, der ohne Drogen erlebt wurde → daher der Abschied von der Therapie einer der ersten
P3	65-69	Wenn jemand älteres stirbt, nicht so schlimm, aber es tut schon etwas im Herzen weh	Abschiede sind schmerzhaft	
P4	5-6	Abschied, wenn man eine Person für eine bestimmte Zeit oder für immer nicht mehr sieht	Sich von Menschen zu trennen wird als Abschied verstanden	
P4	8	Abschiede sind unausgesprochen.	Vermeidungsreaktion bei Abschieden	
P4	9-10	Anfang des Konsums auch bei vielen Leuten nicht mehr gemeldet und dadurch Abschied genommen	Durch Drogenkonsum Kontakt zu nahestehenden Personen abgebrochen	
P4	34-35	Ich bin den Abschieden aus dem Weg gegangen	Vermeidungsreaktion bei Abschieden	
P4	39-41	Das ist irgendwann zur Gewohnheit geworden, dann hören auch die Gewissensbisse auf	Vermeidungsreaktion bei Abschieden – wird internalisiert	
P4	44	Dadurch hab ich mir immer ein Hintertürchen offen gelassen	Vermeidungsreaktion bei Abschieden – dadurch die Möglichkeit gelassen, doch wieder zurückzukehren	
P4	72-74	Definition Abschied: unangenehmes Thema, weil es für mich ziemlich endgültig ist	Abschied als endgültig erlebt	
P4	108-109	Abschied von der Therapie am liebsten ohne großes Tamtam	Vermeidungsreaktion bei Abschieden	
P4	116	Beim Abschied kommt nochmal alles Gute hoch, was man mit dem Menschen erlebt hat	Positive Erlebnisse erschweren den Abschied	
P4	125-126	Mit Konsum sind Abschiede leichter gefallen, aber ich habe es in den Momenten nicht bewusst gemacht	Konsum zur Verdrängung negativer Gefühle, auch bei Abschieden → Vermeidungsreaktion	
P4	129	Den Kontakt abubrechen, war mit Konsum ganz leicht	Konsum zur Verdrängung negativer Gefühle, was Kontaktabbrüche vereinfacht → Vermeidungsreaktion	
P5	5	Abschied von alten Leuten	Sich von Menschen zu trennen wird als Abschied verstanden	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P5	6-11	Abschied von Verhalten, alten Gewohnheiten, Gedankengängen	Abschied von alten Verhaltensweisen
P5	13	Konsum selber als Gewohnheit	Konsum wird als Gewohnheit angesehen
P5	21	Kontakt zu alten Freunden abgebrochen	Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	38	Todesfallabschied hab ich früher mit Drogen kompensiert	Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	67-70	Als Sohn gestorben, komplett abgerutscht, hab mehr und härter konsumiert	Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	88-89	Abschiede immer verdrängt	Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	96-104	Nach Beerdigungen konsumiert, weil es nicht wahrhaben wollen, geschweige denn darüber zu reden oder es zu verarbeiten	Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	105-106	Kann mich an keinen Abschied erinnern, den ich ohne Drogenkonsum erlebt hat	Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	120	Im Grunde waren die Drogen mein Therapeut	Drogen als Therapeuten verstanden → Vermeidungsreaktion bei Abschieden
P5	174-176	Clean Abschied vom Sohn genommen: konnte im Endeffekt abschließen und sage, okay, er ist tot, du kannst nix dafür, gönn ihm seine Ruhe	Abschied ohne Konsum richtig erlebt und nicht gemieden
P5	213-216	Erst einmal schaffen, aus dem alten Verhalten rauszukommen und sich Hilfe zu holen, das ist das schwerste	Abschied von alten Verhaltensweisen und lernen sich Hilfe zu holen ist die große Herausforderung
P6	6	Abschiede meistens immer schmerzhaft	Abschiede sind schmerzhaft
P6	10-11	Abschiede sind immer schwer, ich will jetzt auch nicht gehen, ich will noch länger bleiben	Das Therapieende wird als schwerer Abschied aufgefasst
P6	43-45	Das Schlimmste waren sechs Beerdigungen in sechs Wochen, das macht einen schon depressiv	Zu viele Abschiede machen depressiv
P6	92-93	Meine Abschiede haben sich verändert. Früher hab ich die oft alkoholisiert verbracht, heute mach ich das eher nüchtern	Früher: Vermeidungsreaktion bei Abschieden, heute Abschiede richtig erlebt und nicht gemieden

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P6	120-121	Alkohol war denke ich , eine Art Trauerbewältigung	Vermeidungsreaktion bei Abschieden → Trauerbewältigung durch Konsum	
P6	169-175	Ich hab mir abgewöhnt etwas zu betäuben, wenn es schlecht läuft. Es fällt mir zwar schwer, aber ja ich hab mir das abgewöhnt	Konsum zur Gewohnheit geworden, die man lernen muss abzulegen	

2. Themenblock

Patient	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P1	171-174	Als gerecht empfunden, wenn ich Einbrüche gemacht habe, von dieser Denkweise will ich mich verabschieden	Abschied von gewohnten Denkweisen nehmen	<p>Therapie bedeutet: Abschied von Kriminalität, Drogen und Verhaltensweisen nehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um sportliche Leistungen wieder zu erbringen • Sind Ziele der Therapie • Von Zigaretten Abschied (2 Patienten) genommen oder nehmen wollen (1) • Abschied von den Drogen heißt auch Abschied von konsumierenden Freunden • Es beginnt ein zweites Leben <p>Abschied von der alten Umgebung und alten Kontakten nehmen äußerten alle Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine nicht konsumierenden Kontakte • Angst vor Rückfall durch Freunde • Dennoch Kontakt aufrechterhalten wollen (Zwiespalt) <p>Therapieende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit Freude entgegesehen • Schwerer Abschied • Mit Ungewissheit verbunden • Mit Neugier verbunden • Positive Erlebnisse erschweren den Abschied
P1	175-180	Hauptgrund, sich von Drogen zu verabschieden ist der Sport, das lässt sich halt nicht vereinbaren	Abschied vom Konsum, um sportliche Leistungen wieder zu erbringen	
P1	264	Von Drogen Abschied nehmen, aber auch von den Sachen, die die Drogen ausgelöst haben, das Geld machen	Von Kriminalität und Drogen Abschied nehmen	
P1	285-287	Ziel von allen Problemen und Verhaltensmustern am Ende der Therapie verabschiedet zu haben	Abschiednehmen von Verhaltensmustern ist Ziel der Therapie	
P1	287	Ich freu mich auch schon aufs Ende	Ende wird mit Freude entgegesehen	
P1	288-289	Hier glücklich, weil endlich jemand zum Reden da ist	Therapie bedeutet den Gesprächsbedarf stillen können	
P1	297-298	Das Ende seh ich positiv, ich seh die ganze Zeit hier nur positiv, es kann nur besser werden	Ende wird mit Freude entgegesehen → es kann nur besser werden	
P1	311-313	Will dahin kommen, wo seine alten Freunde schon sind. Führerschein, arbeiten gehen	Will erreichen, was Freunde schon erreicht haben	
P2	175	Therapie könnte man mit dem Abschied von den Drogen verbinden	Therapie bedeutet Abschied von Drogen nehmen	
P2	183-185	Gespräche mit Therapeuten und Mitpatienten ist der Abschiedsprozess von den Drogen	Therapie bedeutet den Gesprächsbedarf stillen können	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P2	221	Ich hab eigentlich so gut wie niemanden, der nicht auch konsumiert	Keine nicht konsumierenden Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Zuversicht in die Zukunft • Mit Traurigkeit verbunden • Therapie als Zuhause angesehen • Sorge noch nicht alles erledigt zu haben <p>Therapie bedeutet den Gesprächsbedarf stillen zu können → haben hohen Gesprächsbedarf</p> <p>Erreichen wollen, was Freunde bereits geschafft haben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führerschein • Arbeit <p>Vermeidungsreaktion bei Abschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich nicht offiziell von konsumierenden Kontakten verabschieden • Kontakt abgebrochen • Angst überredet werden zu können • Vor dem Ende neuen Mitpatienten nicht mehr nahestehen wollen, um Abschied einfacher zu machen <p>Schwere Abschiede während der Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immer wieder von Mitpatienten verabschieden müssen <p>Unsicherheit bezüglich der Abstinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frage, ob das der konkrete Abschied von der Droge ist • Angst wieder falsche Leute kennenzulernen und rückfällig zu werden
P2	224-225	Bin jedes Mal durch konsumierende Freunde wieder rückfällig geworden	Rückfall durch konsumierende Freunde	
P2	243-244	Man kann ja schon hin und wieder mal quatschen oder sich treffen. Erstmal nicht mehr, aber reden am Telefon ist kein Problem	Den Kontakt trotz Gefährdung nicht ganz abbrechen wollen	
P2	254-255	Ich würde es eher für mich machen, ich würde mich konkret von den Leuten nicht verabschieden	Vermeidungsreaktionen bei Abschieden: Sich nicht offiziell von konsumierenden Kontakten verabschieden	
P2	258-260	Es ist ja auch kein Abschied von den Personen, sondern von den Drogen, aber da die Drogen und die Personen einhergehen, ist es auch ein Abschied von ihnen	Abschied von den Drogen heißt automatisch auch Abschied von konsumierenden Freunden	
P2	399-402	Ich frag mich, ob das schon der konkrete Abschied von den Drogen ist, ob ich da für immer die Finger von lasse	Unsicherheit bezüglich der Abstinenz	
P2	403	Feststeht der Abschied von meiner alten Umgebung	Abschied von der alten Umgebung	
P2	409	Ende der Therapie: Ist alles noch etwas ungewiss. Ungewissheit aber auch Neugier	Das Ende der Therapie ist mit Ungewissheit und Neugier verbunden	
P3	142-144	Mir wird es leicht fallen, davon Abschied zu nehmen, weil das keine guten Erinnerungen sind	Abschiednehmen ohne positive Erinnerungen leichter	
P3	161	Habe Angst wieder die falschen Leute kennenzulernen und wieder rückfällig zu werden	Unsicherheit bezüglich der Abstinenz. → Angst vor Rückfall und Umgang mit falschen Leuten	
P3	168-170	Ich ziehe jetzt in eine neue Stadt, aber in jeder Stadt gibt es Kriminelle	Abschied von der alten Umgebung	
P3	180	Kontakt zu alten Bekannten abgebrochen indem ich einfach nicht mehr hingegangen bin	Vermeidungsreaktion bei Abschieden.	
P3	184-186	Zu jemanden gehen und mich verabschieden, möchte ich nicht, weil ich die Befürchtung habe, dass der mich dann über-	Vermeidungsreaktion bei Abschieden → aus Angst überredet werden zu können	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

		redet und in diese Situation möchte ich gar nicht reinkommen		<ul style="list-style-type: none"> Suchterkrankung ein Leben lang → immer wieder ein Kampf <p>Abschied ohne positive Erinnerungen leichter</p> <ul style="list-style-type: none"> Drogen Therapie mit pos. Erinnerungen verknüpft daher schwerer <p>Lernerfahrungen durch Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstwerterhöhung Abschiedsprozesse erlernt Konfliktlösungsstrategien <p>Rückfall zum Ende in alte Verhaltensweisen: - ja</p> <p>Therapie wird als geschützter Rahmen verstanden, den es auch nach der Therapie gilt, aufrechtzuerhalten</p>
P3	196-210	Freunde, die es geschafft haben, den anderen Weg einzuschlagen, das will ich auch schaffen	Will erreichen, was Freunde schon geschafft haben	
P4	184	Abschied von meinen alten Verhaltensmustern, mich nicht zu melden, über meine Gefühle offen zu sprechen	Abschied von alten Verhaltensweisen Therapie bedeutet den Gesprächsbedarf stillen zu können	
P4	190	Abschied von meinem konsumierenden Umfeld	Abschied von der alten Umgebung	
P4	197	Abschied wenn es klappt vom Konsum	Unsicherheit bezüglich der Abstinenz	
P4	218	Von Zigaretten hab ich Abschied genommen	Abschied von alten Verhaltensweisen, Konsum	
P4	245-265	Abschied davon genommen, keine Verantwortung für sich und andere zu übernehmen	Abschied von alten Verhaltensweisen	
P4	267-269	Alles was ich jetzt während und nach der Therapie mache, mache ich nicht für irgendwen sondern für mich selber	Stärkung des Selbstbewusstseins durch die Therapie	
P4	277-283	Der Abschied von der Therapie kann noch einmal alle positiven Momente der Therapie hochbringen, so dass ich bleiben möchte, dass ich eigentlich gar nicht gehen möchte	Positive Erlebnisse erschweren den Abschied auch den von der Therapie	
P4	290-300	Zu den neuen Leuten keine persönliche Beziehung mehr aufbauen, dann sind es nur noch weniger Leute von denen ich mich verabschieden muss	Vermeidungsreaktion bei Abschieden → schon schützend vor Abschied	
P4	307	Rückfall in alte Verhaltensweisen: Letzten zwei Wochen nicht mehr so oft bei meiner Mutter gemeldet	Rückfall in alte Verhaltensweisen: ja	
P4	326	Gewisse Unsicherheit was die Zukunft betrifft	Das Ende der Therapie ist mit Unsicherheit verbunden	
P5	240-241	Ich habe gelernt, wie ich mit dem Abschied umzugehen habe, im schlimmsten Fall mir psychologische Hilfe zu suchen	Durch Therapie Abschiedsprozesse gelernt	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P5	248	Den Mund aufmachen, das hab ich hier gelernt	Therapie bedeutet den Gesprächsbedarf stillen können
P5	261-262	Immer komisch, wenn einer mit dem man die ganze Therapie über zusammen war, vor einem geht	Schwere Abschiede während der Therapie
P5	299-302	Kontakt komplett abgebrochen, es gab keinen Abschied	Sich nicht offiziell von konsumierenden Kontakten verabschieden
P5	318-319	Einige sind stolz, dass ich es so durchziehe und haben Respekt davor und werden es auch achten	Selbstwerterhöhung durch Anerkennung
P5	360-369	Tagesablauf und Aggressivität verändern, ablegen; ich will einfach nicht mehr so aus der Haut fahren, weil es ein Kontrollverlust ist, der zum alten Leben gehörte	Abschied von alten Verhaltensmustern
P5	394-396	Gute Gefühle und Gedanken, wenn an Abschied von Therapie gedacht wird. Ein bisschen Traurigkeit schon, aber ich weiß, ich hab hier genug gelernt und wenn ich das halbwegs weiter fortsetze, n gutes Leben zu haben	Gute Gedanken an den Abschied von der Therapie → Zuversicht in die Zukunft
P5	402-404	es ist ja schon ein geschützter Rahmen und am Anfang war es schwer, diesen Rahmen zu akzeptieren	Therapie ist ein geschützter Rahmen
P5	402-406	Traurigkeit in dem Punkt, inzwischen sehe ich das als mein Zuhause an und wer verlässt schon gern sein Zuhause	Das Ende der Therapie ist mit Traurigkeit verbunden → Therapie wird als Zuhause angesehen
P5	421	Man lernt mit Konflikten anders umzugehen	Konfliktlösungsstrategien werden in der Therapie erlernt
P5	421-422	Das ist im Endeffekt ein zweites Leben, was man beginnt	Abschied vom gesamten alten Leben
P5	444-445	Habe mich wieder ins alte Schema gesetzt und anstatt nachzudenken und ein Gespräch zu führen, bin ich innerlich aggressiv geworden	Rückfall in alte Verhaltensweisen: ja
P5	521-522	Ich weiß, dass ich suchtkrank bin und das ist chronisch und deswegen mach ich mir nicht allzu	Unsicherheit bezüglich der Abstinenz

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

		viele Hoffnungen und sehe erst den kurzen Zeitraum	
P5	526-527	Vor knapp drei Wochen dazu entschieden, dass ich Adaption mache	Geschützten Rahmen noch aufrechterhalten
P5	533-534	Danach werde ich BeWo machen und habe mir einen gesetzlichen Betreuer bestellt, damit ich Zeit habe, mich an das normale Leben zu gewöhnen	Geschützten Rahmen noch aufrechterhalten
P5	544-546	Das hab ich auch gelernt, als Suchtkranker bleibt man ein Leben lang krank. Man darf nicht zu weit voraussehen, sonst wird der Kampf zu hart	Unsicherheit bezüglich der Abstinenz → ein Leben lang
P6	187	Abschied von vielen Angewohnheiten	Abschied von alten Verhaltensweisen
P6	189	Abschied von Freunden	Abschied vom alten Umfeld
P6	199 und 221-225	Ich fahr gar nicht mehr hin. Ich hab mich auch gar nicht richtig verabschiedet	Vermeidungsreaktion bei Abschied → Kontaktbruch
P6	253-254	Ich hab auch so gegen keinen irgendetwas, aber es macht keinen Sinn mit denen rumzuhängen, wenn ich nicht mehr konsumiere	Abschied von den Drogen heißt automatisch auch Abschied von konsumierenden Freunden
P6	654	Ich hab das Rauchen aufgehört	Abschied von alten Verhaltensweisen
P6	454-455	Ich habe auch noch voll viele Sachen, die ich erledigen muss. Ich kann eigentlich noch nicht gehen	Das Ende der Therapie ist mit Unsicherheit verbunden
P6	470-474	Das Ende ist alles noch ein bisschen ungewiss, will eigentlich meine Wohnung wechseln, ich bin da noch sehr unsicher.	Das Ende der Therapie ist mit Unsicherheit verbunden
P6	482-483	Hätte auch noch mehr Gesprächsbedarf gehabt, so viele unerledigte Themen	Das Ende der Therapie ist mit Unsicherheit verbunden
P6	485	Also Sorge, ich geh mit sehr vielen unerledigten Sachen hier raus	Das Ende der Therapie ist mit Unsicherheit verbunden

3. Themenblock

Patient	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
P1	392-393	Einzelgespräche helfen meine Gedanken zu fassen	Einzeltherapie hilfreich	Einzeltherapie hilfreich
P1	401-402	Zieh in eigene Wohnung oder mit Freundin zusammen	Zukunftsvorbereitung/-ziele	<p>Zukunftsvorbereitung/-ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Aussichten im Bezug zu Arbeitsperspektiven • In eine andere Stadt ziehen • Wohnung suchen • Ausbildung beginnen • Anschlussmöglichkeit in Form von Adaption → die damit verbundene Kündigung der Wohnung verunsichert auch <p>Strategien um Verhaltensweisen zu ändern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriminalität durch Disziplin und Nachdenken verhindern • Religion unterstützt das Moralbild und beten entspannt • Hilfesuchen fällt noch schwer <p>Gesprächsbedarf auch nach der Therapie stillen wollen</p> <p>Der Abschiedsprozesses von alten Verhaltensweisen muss von Therapiebeginn an stattfinden</p> <p>Musik ist mit Konsum verbunden → Selbstmanipulation → Suchtdruck → Abschied auch von Musik und Partys sehr schwer</p> <p>Therapie wird als geschützter Rahmen gesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der will beibehalten werden • Geschützt vor äußeren Einflüssen <p>Positive Gedanken beim Thema Abschied von der Therapie</p>
P1	407-409	Bewerben zum Fachlagerist, gute Voraussetzungen wegen Praktika und module Ausbildung in Haft und Gabelstaplerführerschein	Positive Aussichten im Bezug zu Arbeitsperspektiven → Zukunftsvorbereitung/-ziele	
P1	431-432	Mit dem Kriminellen muss ich für mich selbst klären, schaff ich nur durch Disziplin und ich denk viel drüber nach	Strategien um Verhaltensweisen zu ändern	
P1	457-459	Therapie vermissen, wenn ich keinen mehr zum Reden hab	Gesprächsbedarf auch nach der Therapie stillen wollen	
P1	482-484	Vorbereitung auf Abschied von kriminellen Sachen muss jetzt schon anfangen	Beginn des Abschiedsprozesses von alten Verhaltensweisen ab Therapiebeginn	
P1	509	Ich wurd die ganzen Jahre von mir selbst manipuliert, weil ich hör deutschrap	Musik ist mit Konsum verbunden	
P1	547-548	Religion unterstützt das Moralbild und hilft zu unterscheiden was Recht und Unrecht ist	Strategien um Verhaltensweisen zu ändern	
P1	564-565	Wenn ich bete kann ich ruhe mit mir selbst finden, danach bin ich entspannt	Strategien um Verhaltensweisen zu ändern	
P2	420	Ich müsste auf jeden Fall eine Wohnung haben	Voraussetzungen für positiven Abschied	
P2	429	Vorbereitung durch Gespräche	Voraussetzungen für positiven Abschied	
P2	435	Bin schon bei der Vorbereitung auf das Ende	Vorbereitung auf das Ende	
P2	444-456	Der Abschied von Therapie wird nicht schwer fallen, denn da geht's erst los. Das hier ist eher Mittel zum Zweck	Positive Gedanken beim Thema Abschied von der Therapie	
P2	474-475	Hier hat man auch einen geschützten Rahmen, den hat man draußen nicht	Therapie ist ein geschützter Rahmen	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P2	504	Wenn Abschluss von Therapie noch nicht gefunden, dann vermutlich eine Verlängerung oder Adaption	Geschützten Rahmen beibehalten wollen	<p>Voraussetzungen für einen positiven Abschied:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Gespräche • Zukunftsziele schon angegangen sein (Wohnung haben)
P2	541-542	Bestimmte Musik bringt mich auch in gedankliche Situationen	Musik ist mit Konsum verbunden	
P2	549-552	Abschied von Goapartys? Besser wäre das schon, weil der Konsum dort so verbreitet ist, dass man da nicht drum herumkommt. Auch nicht auf Konsumenten zu treffen	Abschied auch von Musik und damit verbundene Partys	<p>Beginn der Vorbereitung auf das Ende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sollte die letzten 4 Wochen beginnen • Bereits vor Beginn der letzten 4 Wochen • Nach den ersten 6 Wochen • Ca. in der Mitte der Therapie
P2	559	Der Abschied wird sehr schwierig, aber soweit bin ich noch nicht	Abschied von Musik sehr schwer und noch nicht bereit	
P2	637-639	Bei anderen Hilfe zu suchen, das fällt mir schwer, das mach ich lieber mit mir selber aus	Strategien um Verhaltensweisen zu ändern	<p>Abschied von Mitpatienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gefühl von Geborgenheit mit Leuten, die sich Sorgen machen • Angst vor Abschied von Mitpatienten • Angst, dass diese rückfällig werden
P3	218	Adaption machen	Geschützten Rahmen beibehalten wollen	
P3	219	In eine andere Stadt ziehen	Zukunftsvorbereitungen/-ziele	<p>2 von 3 am Ende sagen ganz deutlich, dass sie noch nicht bereit sind für den Abschied von der Therapie</p>
P3	225	Wohnung suchen	Zukunftsvorbereitungen/-ziele	
P3	230-233	Weitere Gespräche, mindestens zwei Mal die Woche, damit trotzdem noch weitergeholfen werden kann	Gesprächsbedarf auch nach der Therapie stillen wollen	<p>Abschlussgedanken von den Patienten, die am Ende der Therapie stehen, sehr aussagekräftig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschiede wird es immer geben und ich sollte mir dessen bewusst sein und die lieber mit einem lachenden und einem weinenden Auge entgegen sehen als sie komplett zu ignorieren • Es ist ein harter Kampf, diese Sucht unter Kontrolle zu kriegen, aber wenn man halbwegs diesen Schritt geschafft hat, kann ich´s jedem nur raten, durchzugehen, es lohnt sich • Ja ich sollte hier meinen Abschied jetzt mal in Angriff nehmen, glaub ich
P3	239	Die Gespräche in der Therapie helfen, den Abschied zu erleichtern	Vorbereitung auf das Ende	
P3	249	Vorbereitung sollte die letzten vier Wochen etwa beginnen	Wann beginnt Zukunftsvorbereitung	
P3	263-266	Fühl mich hier gut aufgehoben mit Leuten um mich herum, die sich Sorgen um mich machen	Gefühl von Geborgenheit in der Therapie	
P3	270-272	Von den Leuten sich später verabschieden zu müssen, macht mir schon ein bisschen Angst	Angst vor Abschied von Menschen aus der Therapie	
P4	347-349	Ich hab ein klares Ziel vor Augen, eine Anschlussmöglichkeit wo ich auch schon Leute kenne	Zukunftsvorbereitungen bereits getroffen	

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P4	353-354	Nächstes Jahr möchte ich eine Ausbildung anfangen	Zukunftsvorbereitung
P4	362	Vor vier Wochen hat ungefähr die Vorbereitung auf das Ende angefangen	Wann beginnt Zukunftsvorbereitung
P4	369	Hier in der Therapie ist man sehr geschützt vor äußeren Einflüssen	Geschützter Rahmen
P4	421	Jetzt im Moment noch nicht bereit Abschied von der Therapie zu nehmen	Noch nicht bereit für den Abschied
P4	470-472	Abschiede wird es immer geben und ich sollte mir dessen bewusst sein und die lieber mit einem lachenden und einem weinenden Auge entgegen sehen als sie komplett zu ignorieren	Abschlussgedanke
P5	569-572	Vor zwei Monaten auf die Außenorientierung hingewiesen, auf die Adaption, generell auf die Zukunftsplanung	Wann beginnt Zukunftsvorbereitung in der Therapie
P5	613-614	Bereit Abschied zu nehmen, denn es ist ja kein Lebewohlabschied, sondern nur ein Abschied, wo man sagt, wir hören uns	Positive Gefühle beim Gedanken an den Abschied von der Therapie
P5	679-680	Adaption, damit ich meine Mauer auf eine zweite Schicht setzen kann, damit die nicht so leicht kippen kann	Geschützten Rahmen beibehalten wollen
P5	727-728	Es ist ein harter Kampf, diese Sucht unter Kontrolle zu kriegen, aber wenn man halbwegs diesen Schritt geschafft hat, kann ich´s jedem nur raten, durchzugehen, es lohnt sich	Abschlussgedanke
P6	528-529	Ich will am liebsten eine Ausbildung zum Industriemechaniker machen	Zukunftsvorbereitungen/-ziele
P6	531	Ich will am liebsten noch länger bleiben	Noch nicht bereit für den Abschied
P6	534	Ich geh in die Adaption	Zukunftsvorbereitungen/-ziele

Anhang C: Datenanalyse der Interviews

P6	551-552	Erste Gespräche über Therapieende begonnen: Ich hatte mich ja schon früh festgelegt, dass ich nicht zurückgehe, ich glaub schon nach sechs Wochen	Wann beginnt Zukunftsvorbereitung in der Therapie	
P6	632-633	Muss zu Beginn der Adaption schon meine Wohnung kündigen, das macht mich sehr unsicher	Zukunftsvorbereitungen/-ziele	
P6	651-654	Ich bin eigentlich sehr leistungsbereit, ich kann auch mitdenken und ich hab Vorerfahrungen mit Maschinen, ich glaub, das würde ich schaffen	Positive Aussichten im Bezug zu Arbeitsperspektiven → Zukunftsvorbereitung/-ziele	
P6	703-705	Ich hab hier drei Leute mit denen ich rumhänge. Einer zieht um und bei den anderen hab ich die Befürchtung, dass die rückfällig werden	Abschied von Mitpatienten schwer	
P6	714	Ja ich sollte hier meinen Abschied jetzt mal in Angriff nehmen, glaub ich	Abschlussgedanke	

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Hausarbeit mit dem Titel:

**„Am Ende wird alles gut! Wenn es nicht gut ist, ist es nicht das Ende.“
Eine qualitative Studie zum Thema Abschied im Leben von substanzabhängigen
Männern.**

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe.
Die Stellen die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden,
habe ich in jedem einzelnen Fall durch die Angabe der Quelle, auch der benutzten
Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Datum:

.....

Ira Boltz