

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN  
*University of Applied Sciences*

**Agnes Linda Senkel**  
**Matr.-Nr. 036146**

## **Mögliche Auswirkungen der Doppeldiagnose ADHS und Sucht auf das Selbstkonzept betroffener Jugendlicher**

Bachelor-Arbeit zur Erlangung des Akademischen Grades  
„Bachelor of Arts“(B. A.)

im Studiengang “Soziale Arbeit” an der  
„Alice Salomon” - Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin  
University of Applied Sciences

eingereicht im Wintersemester 2010/2011  
am 25.11.2010

Erstgutachter/in: Bert Krause-Lanius  
Zweitgutachter/in: Dr. Silke Gahleitner

---

## INHALT

|           |   |          |
|-----------|---|----------|
| 1.        | Einleitung .....  | 6        |
| <b>I.</b> | <b>Theorieteil .....</b>  | <b>8</b> |
| 2.        | ADHS .....  | 8        |
| 2.1.      | Klassifikation .....  | 8        |
| 2.2.      | Persistenz ins Jugend- und Erwachsenenalter.....                                  | 10       |
| 2.3.      | Ätiologie.....  | 10       |
| 2.4.      | Prävalenz.....  | 11       |
| 2.5.      | Therapiemöglichkeiten.....  | 12       |
| 3.        | Sucht.....  | 13       |
| 3.1.      | Klassifikation .....  | 13       |
| 3.2.      | Ätiologie.....  | 16       |
| 3.3.      | Prävalenz.....  | 16       |
| 3.4.      | Besonderheiten im Jugendalter.....  | 17       |
| 3.5.      | Therapiemöglichkeiten.....  | 18       |
| 4.        | Komorbidität von ADHS und Sucht.....  | 19       |
| 5.        | Selbstkonzept .....   | 20       |
| 6.        | Auswirkungen psychiatrischer Diagnosen auf das Selbstkonzept von KlientInnen..... | 21       |
| 6.1.      | Stigmatisierung.....  | 21       |
| 6.2.      | Ursachen und Funktion von Stigma.....   | 22       |
| 6.3.      | Labeling-Approach .....   | 23       |
| 6.4.      | Folgen von Stigmata.....  | 24       |
| 6.5.      | Selbststigmatisierung.....  | 24       |
| 6.6.      | Bewältigungsstrategien.....   | 25       |
| 6.7.      | Wahrnehmung von ADHS und Sucht in der Gesellschaft.....                           | 27       |

---

|  |    |
|--|----|
| <b>II. Empirischer Teil</b> .....                                  | 30 |
| 7. Methodischer Teil.....  | 30 |
| 7.1. Repertory Grid Technik.....                                   | 31 |
| 7.2. Rekonstruktive Interviewanalyse .....                         | 37 |
| 7.3. Grenzen der Methoden .....                                    | 42 |
| 8. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse .....             | 43 |
| 8.1. Nico .....  | 43 |
| 8.1.1. Repertory Grid.....   | 44 |
| 8.1.1.1. Selbst-Identitäts-Grafik.....                             | 44 |
| 8.1.1.2. Slater-Analyse .....                                      | 46 |
| 8.1.1.3. Interpretation (Repertory Grid) .....                     | 47 |
| 8.1.2. Interviewanalyse .....                                      | 49 |
| 8.1.2.1. Darstellung der Analyseergebnisse.....                    | 49 |
| 8.1.2.2. Interpretation.....                                       | 54 |
| 8.1.3. Fazit Nico .....  | 56 |
| 8.2. Tobias.....   | 57 |
| 8.2.1. Repertory Grid.....   | 57 |
| 8.2.1.1. Selbst-Identitäts-Grafik.....                             | 58 |
| 8.2.1.2. Slater-Analyse .....                                      | 59 |
| 8.2.1.3. Interpretation (Repertory Grid) .....                     | 62 |
| 8.2.2. Interviewanalyse .....                                      | 63 |
| 8.2.2.1. Darstellung der Ergebnisse.....                           | 63 |
| 8.2.2.2. Interpretation.....                                       | 70 |
| 8.2.3. Fazit Tobias.....   | 74 |
| <b>III.Diskussionsteil</b> .....                                   | 76 |
| 9. Diskussion.....   | 76 |
| 9.1. Gesellschaftliche Deutungsprozesse und Labeling Approach..... | 76 |
| 9.2. Selbstbild und gesellschaftliche Zuschreibungen .....         | 78 |

---

|   |           |
|---|-----------|
| 9.3. Folgen der Stigmatisierung.....                      | 79        |
| 9.4. Bewältigungsstrategien.....                          | 81        |
| 9.5. Zeitpunkt des Interviews/Therapie.....               | 83        |
| 9.6. Reflexion des Forschungsprozesses.....               | 84        |
| <b>IV. Schluss.....</b>                                   | <b>86</b> |
| 10. Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit..... | 86        |
| Literaturverzeichnis.....                                 | 89        |
| Anhangsverzeichnis.....                                   | 96        |

### **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Klassifikation der ADHS nach ICD-10 (nach Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 25)...   | 9  |
| Abbildung 2 – Selbst-Identitäts-Grafik, Nico (Indifferenzbereich = 0.8-1.2).....   | 45 |
| Abbildung 3 Slater-Analyse , Nico (Achsenkalierung -9.19 bis 9.19). ....   | 47 |
| Abbildung 4: Selbst-Identitäts-Grafik, Tobias ( Indifferenzbereich = 0.8-1.2). ....  | 59 |
| Abbildung 5 Slater-Analyse Tobias, Dimension 1 vs. 2 (Achsenkalierung -7.84 bis 7.84)....  | 60 |
| Abbildung 6 Slater-Analyse Tobias, Dimension 1 vs. 3 (Achsenkalierung -7.84 bis 7.8) .....   | 61 |
| Abbildung 7 Slater-Analyse, Tobias, Dimension 2 vs. 3 (Achsenkalierung -7.84 bis 7.84)....   | 61 |
| <br>   |    |
| Tabelle 1 Missbrauchsdefinitionen in ICD-10 und DSM IV nach Haasen et al., 2010.....   | 14 |
| Tabelle 2 Diagnosekriterien Abhängigkeitssyndrom (ICD-10) bzw. Substanzabhängigkeit<br>(DSM-IV), nach Haasen; Kutzer, Schäfer, 2010..... | 15 |
| Tabelle 3 Diagnoseschlüssel Substanzen, ICD-10 nach Krausz, 2004 .....   | 15 |
| Tabelle 4 Fünf Formen der mangelnden Integration des Selbst (nach Bartholomew,1993)..  | 36 |
| Tabelle 5: Transkriptionsregeln .....  | 41 |
| Tabelle 6: Bezeichnung der Quadranten der SIG nach Böker, 1999, S. 83.....   | 45 |
| Tabelle 7 Eigenwert Varianzen nach Slater – Grid Nico.....   | 46 |
| Tabelle 8 Eigenwert Varianzen nach Slater – Grid Tobias .....  | 59 |

---

## Abkürzungsverzeichnis

|          |   |
|----------|---|
| a. a. O. | am angegebenen Ort  |
| ADHS     | Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom<br>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung  |
| DSM      | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders   |
| ebd.     | ebenda  |
| et al.   | et alii/et aliae (dt. und andere)   |
| f., ff.  | folgende, fortfolgende Seiten   |
| GAT      | gesprächsanalytisches Transkriptionssystem  |
| ICD      | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/<br>Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter<br>Gesundheitsprobleme |
| S.       | Seite   |
| s.       | siehe   |
| vgl.     | vergleiche  |
| WHO      | World Health Organization /Weltgesundheitsorganisation  |
| Z.       | Zeile   |
| z.B.     | zum Beispiel  |
| zit. n.  | zitiert nach  |

## 1. Einleitung

Die Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) tritt im Jugend- und Erwachsenenalter häufig gemeinsam mit schädlichem Konsum oder Abhängigkeit von psychogenen Substanzen auf. In der Fachliteratur werden Komorbiditätsraten von Substanzmissbrauch und adulter ADHS von etwa 50% genannt (Biedermann et al., 1993, zit. n. Edel; Vollmoeller, 2006, S. 106).

Sowohl die vieldiskutierte Diagnose ADHS als auch Suchterkrankungen sind psychische Störungsbilder, die in der Gesellschaft mit bestimmten Vorstellungen verknüpft, mit denen die Betroffenen konfrontiert werden. So wird ADHS beispielsweise als Erklärung für „überforderte Eltern“ (Townson, 2004) oder Ergebnis der „Überforderung minderbegabter Kinder“ (ebd.) gesehen. Sucht wird in der Öffentlichkeit häufig als selbstverschuldetes Übel und gesellschaftliches Versagen (Drexler; Köhler, 2008) wahrgenommen.

Als Auswirkung der Konfrontation mit diesen Vorurteilen kann eine Stigmatisierung auftreten. Die Diagnosen werden dabei zu Merkmalen, die die Betroffenen herabwürdigen (Goffmann, 2008/1967). Dieser Stigmatisierungsprozess wirkt sich negativ auf das Selbstkonzept der Betroffenen aus und soziale Isolation, Scham oder ein vermindertes Selbstbewusstsein nach sich ziehen.

In meinem Praxissemester, das ich in einer stationären Therapieeinrichtung für süchtige und suchtgefährdete Jugendliche absolvierte, lernte ich mehrere Jugendliche mit der Doppeldiagnose ADHS und Sucht kennen. Dadurch hatte ich die Möglichkeit sie in ihrem Alltag und in Interaktion mit anderen zu erleben. Ich nahm an den Sitzungen der Gruppentherapie im Rahmen der Suchtbehandlung teil, außerdem begleitete ich die Jugendlichen regelmäßig zur Kinder- und Jugendpsychiaterin, wodurch in einen guten Einblick in die medikamentöse Behandlung von ADHS gewann.

Der Umgang mit der Doppeldiagnose sowohl seitens der Jugendlichen und ihren Familien aber auch seitens SozialarbeiterInnen und PsychologInnen in der Einrichtung erweckte mein Interesse. Ich wollte mehr darüber erfahren, inwieweit sich die Jugendlichen von den Diagnosen ‚betroffen‘ fühlen und ob sie sich dadurch beeinträchtigt fühlen. Daraus ergab sich für mich die zentrale Fragestellung, welche möglichen Auswirkungen die Doppeldiagnose ADHS und Sucht auf das Selbstkonzept betroffener Jugendlicher haben kann.

Um die Jugendlichen selbst zu Wort kommen zu lassen und ‚Daten aus der Praxis‘ zu generieren, entschied ich mich für eine empirische Arbeit. Dabei wollte ich zwei Methoden, die

Repertory Grid Methode nach Kelly und die rekonstruktive Interviewanalyse nach Kruse miteinander kombinieren.

Im ersten Teil dieser Arbeit sollen zunächst die wichtigsten theoretischen Grundlagen bezüglich der Fragestellung dargestellt werden.

Das erste Kapitel befasst sich mit der Diagnose ADHS, wobei insbesondere Klassifikation, ätiologische Faktoren, Prävalenz und Therapiemöglichkeiten vorgestellt werden. Darüber hinaus wird die Thematik von ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter erläutert.

Im zweiten Kapitel wird mit ähnlichem Aufbau auf das Thema Sucht eingegangen. Hier wird außerdem auf Besonderheiten von Substanzabhängigkeit im Jugendalter eingegangen.

Anschließend wird die häufig auftretende Komorbidität beider Diagnosen dargestellt.

Im vierten Kapitel erfolgt eine Klärung des Begriffes Selbstkonzept. Aufgrund des beschränkten Umfangs der Arbeit wird hier ausschließlich der Begriff des Selbstkonzepts in der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers vorgestellt.

Das letzte Kapitel des theoretischen werden Stigmatisierungsprozesse aufgrund psychiatrischer Diagnosen und deren Auswirkungen sowie die gesellschaftlichen Zuschreibungen bezüglich der Diagnosen ADHS und Sucht erläutert.

Der empirische Teil stellt das Kernstück der Arbeit dar. Zunächst werden die beiden Methoden, die Repertory Grid Technik und die rekonstruktive Inhaltsanalyse vorgestellt. Hier erfolgt auch die Darstellung des Samplings. Für die Arbeit wurden exemplarisch zwei Fälle ausgewählt. Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt und interpretiert.

Im Diskussionsteil sollen Bezüge zwischen Literatur und Ergebnissen hergestellt werden. In diesem Teil wird auch der Forschungsprozess reflektiert.

Abschließend wird in einem Fazit erörtert, welche Folgerungen sich aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Praxis der sozialen Arbeit ergeben.

In dieser Arbeit möchte ich eine geschlechtergerechte Schreibweise nutzen. Zugunsten des Leseflusses habe ich mich dabei für die Verwendung des ‚Binnen-I‘ entschieden.

Da ich in meiner Erhebung ausschließlich männliche Probanden befragen konnte, sind empirische Textabschnitte die sich konkret auf die Befragten beziehen in der maskulinen Sprachform verfasst.

## I. Theorieteil

### 2. ADHS

Die Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung oder synonym -syndrom (ADHS) gehört zu den am meisten diagnostizierten und auch am meisten diskutierten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Das Syndrom zeigt eine ganze Bandbreite von Symptomen, wie eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Impulsivität und verstärkte motorische Aktivität. ADHS tritt häufig komorbide mit anderen Störungsbildern auf, weshalb eine genaue Differentialdiagnose unabdingbar und eine klare Definition schwierig ist (Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 22).

#### 2.1. Klassifikation

Die Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom erfolgt nach den beiden etablierten Klassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und der American Psychiatric Association (DSM-IV). In beiden Manualen müssen die Störungen von Aktivität, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle mindestens 6 Monate lang auftreten und *„in einem Ausmaß vorhanden sein, dass es zu einer Fehlanpassung kommt und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist“* (ebd., S. 24). Die Auffälligkeiten treten in mehreren Lebensbereichen auf, können in einzelnen Bereichen aber unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

Das ICD-10 unterscheidet zwei Diagnosen, die einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.0) und, wenn zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt werden, die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) (Abb.1).

Für die Diagnose der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung müssen sowohl Störungen der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle sowie eine Hyperaktivität vorhanden sein, die in mehreren Situationen und Lebensbereichen wie Familie, Kindergarten oder Schule, nachweisbar sein müssen. Die Symptome treten bereits während der ersten fünf Lebensjahre auf.

Als charakteristische Symptome werden ein Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen; die Tendenz, zwischen Tätigkeiten zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; desorganisierte, mangelhaft regulierte Aktivität und impulsives Verhalten genannt<sup>1</sup>. Im Wortlaut des ICD-10 wird versucht auf den komplexen Charakter des Syndroms einzugehen.

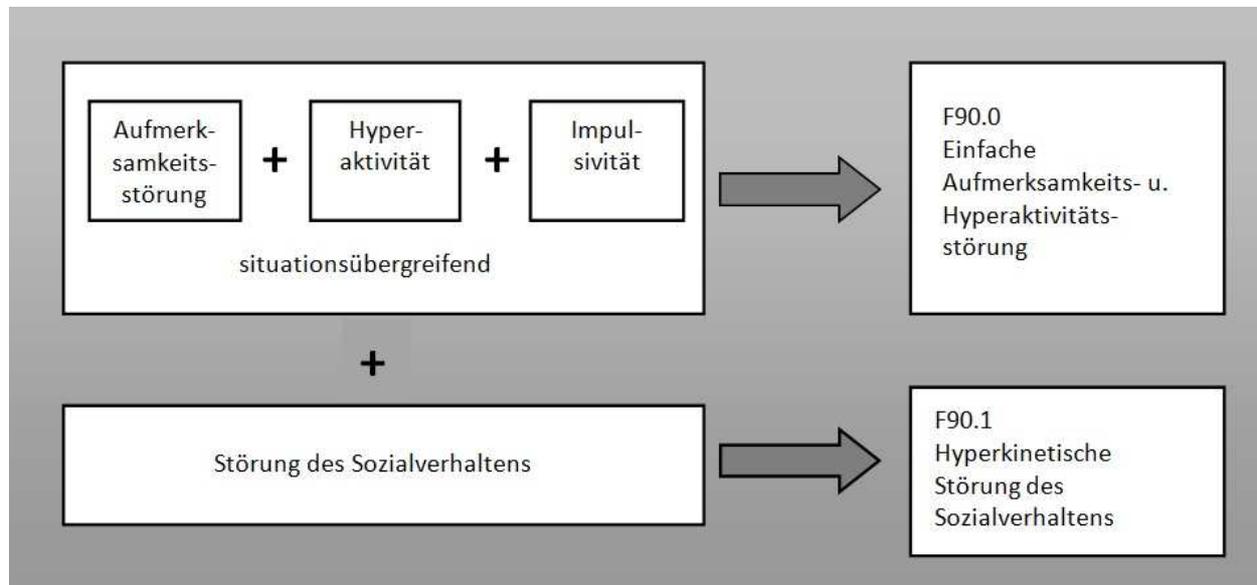


Abbildung 1: Klassifikation der ADHS nach ICD-10 (nach Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 25)

Im DSM-VI werden drei mögliche Diagnosen unterschieden, je nachdem, welche Kriterien anteilig situationsübergreifend überwiegen:

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Mischtyp
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Vorwiegend unaufmerksamer Typ<sup>2</sup>
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich darin, dass „das ICD-10 fordert, dass für die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sowohl Aufmerksamkeitsstörung als auch Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen müssen, während das DSM-IV drei unterschiedliche Diagnosen vorsieht.“ (Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 27).

<sup>1</sup> vgl. dazu ICD-10, F90.x z.B. unter

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f90-f98.htm#F90>

<sup>2</sup> Die entsprechende Diagnose ‚Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität‘ (ADS) fällt im ICD-10 unter F98.8, Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Da sich die Diagnosekriterien Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität in unterschiedlichen Symptomen zeigen können und ADHS zudem häufig gepaart mit anderen Störungen auftreten kann, ist die Diagnosestellung oft schwierig. Verschiedene Lebensbereiche des/der PatientIn müssen betrachtet und einbezogen werden (Brandau; Kaschnitz, 2008, S.28).

## **2.2. Persistenz ins Jugend- und Erwachsenenalter**

Lange galt ADHS als eine Erkrankung, die häufig, aber ausschließlich bei Kindern und Jugendlichen auftritt. Eine im Erwachsenenalter auftretende (adulte) Form der ADHS war im deutschen Sprachraum lange nicht bekannt. Inzwischen ist durch Studien (Krause; Krause, 2009, S. 9ff.) nachgewiesen, dass die Symptome der ADHS bis ins Erwachsenenalter persistieren, also überdauern können. Als Symptome der adulten ADHS gelten Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsstörungen, Desorganisiertheit, Impulsivität, emotionale Instabilität und Hyperaktivität (Hesslinger, 2004).

Das bedeutet auch, dass es Fälle gibt, in denen die Diagnose ADHS erst im Jugend- bzw. Erwachsenenalter gestellt werden kann. Die Diagnosekriterien beider Klassifikationssysteme beschränken sich derzeit auf das Kindes- und Jugendalter (Edel, 2006, S.25). Die Diagnose im Erwachsenenalter ist zudem durch „jahrelange Anpassungsprozesse an die Symptomatik“ (Krause; Krause, 2009, S. 93) und auftretende Komorbiditäten erschwert. Oft stehen andere Störungen im Vordergrund und die ADHS wird nicht direkt erkannt. Eine umfassende Anamnese ist daher wichtig. Entsprechende Instrumente dazu sind neben einem klinischen Interview z. B. Selbstbeurteilungsskalen (a.a.O., S. 96 ff.). Ebenso sind altersspezifische psychotherapeutische Konzepte für die adulte ADHS entwickelt worden (z.B. Hesslinger et al., 2004; Krause; Krause, 2009, S. 228ff.).

Die Medikation mit Stimulantien wie Methylphenidat oder Amphetaminsulfat ist in Deutschland offiziell auf das Kinder- und Jugendalter begrenzt. Für Erwachsene können entsprechende Medikamente nur als „off label use“ (also zulassungsüberschreitend) (Krause; Krause, 2009, S. 192 f.) verschrieben werden.

## **2.3. Ätiologie**

In der Forschung werden verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung der ADHS postuliert. Zum einen gibt es Modelle, die genetische Faktoren, die strukturelle und biochemische Veränderungen verursachen, in den Fokus rücken. Hierzu zählt auch die Hypothese einer

Störung im Neurotransmitterhaushalt im Frontallappen (insbesondere Dopamin) als Auslöser der Beeinträchtigungen (Krause, 2006, S. 14).

Modelle der Inhibitionskontrolle hingegen stützen sich auf die Vermutung, „*dass Menschen mit ADHS unter einem unteraktivierten Verhaltenshemmsystem leiden und deshalb schlechter auf konditionierte Reize hemmen, die mit Strafe oder fehlender Verstärkung assoziiert sind*“ (Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 46 f.). Nach diesem Modell entstehen die Symptome des ADHS aus einer Interaktion zwischen einer Unterfunktion im Dopaminsystem und verstärkenden Umgebungsfaktoren (ebd., S. 47).

Ein weiteres Modell geht davon aus, dass die Symptome, die Personen mit ADHS aufweisen, evolutionär eine wichtige Rolle gespielt haben. Das Modell sieht Menschen mit ADHS als moderne Steinzeitjäger oder Nomaden (Walckhoff, 2008, S. 66). So kann die Hyperaktivität als körperliche Ausdauer beim Jagen, die Ablenkbarkeit als „Abtasten (Scannen)“ (Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 49) einer potenziell gefährlichen Umgebung und die Impulsivität als Angriffs- und Fluchtreflex gesehen werden.

Eine einfache kausale Ursache kann also nicht genannt werden. Vielmehr kann ADHS als „biopsychosozial vernetztes Interaktionsphänomen“ (ebd., S. 53) betrachtet werden, bei dem genetische Disposition, Veränderungen im Neurotransmitterhaushalt und der Selbstregulation, Umweltfaktoren, entwicklungspsychologische und soziale Faktoren miteinander verknüpft sind.

## **2.4. Prävalenz**

Mit der Klassifikation in beiden Manualen wurde versucht, das große, zahlreiche Symptome umfassende Krankheitsbild ADHS zu fassen. Wie oben beschrieben, wurde es in unterschiedliche Subtypen (DSM-IV) bzw. verschiedene Diagnosen (ICD-10<sup>3</sup>) aufgeteilt.

Diese „*unterschiedlichen Kriterien bei der Diagnostik*“ (Krause; Krause, 2009, S. 7) führen zu sehr variablen Angaben zur Prävalenz der Störung.

Krause und Krause (2009, S. 8) beziehen sich auf verschiedene Studien zur Prävalenz von ADHS im Kindesalter nach DSM-IV-Kriterien, die Prävalenzraten variieren dabei von 2,4 - 16,4 %. Brandau und Kaschnitz (2008, S. 27f.) geben eine Prävalenz von 8,8-17,8 % an, wobei Jungen, insbesondere beim hyperaktiven Subtyp, signifikant häufiger betroffen sind als

---

<sup>3</sup> Bei Prävalenzangaben nach ICD-10-Kriterien werden rein aufmerksamkeitsgestörte Patienten nicht berücksichtigt, so dass die entsprechenden Zahlen niedriger ausfallen (Krause; Krause, 2009, S.7).

Mädchen. Edel (2006, S. 24) nennt eine Prävalenzrate von 11-16% für das ADHS im Kindesalter (nach DSM-IV). Allein hier wird deutlich, wie unterschiedlich die Ergebnisse einzelner Erhebungen sind. Dies ist vermutlich in der durch viele mögliche Begleitstörungen schwierigen Diagnostik begründet (Brandau; Kaschnitz, 2009, S.28). Auch die Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente trägt dazu bei (Edel, 2006, S. 27).

Ebenso problematisch ist es, eine eindeutige Aussage über die Häufigkeit von adulter ADHS zu machen, da hier exakte epidemiologische Daten fehlen (Krause; Krause, 2009, S. 7). Edel (2006, S. 27) vermutet eine ADHS-Lebenszeitprävalenz für Erwachsene von ca. 4 %. Eine US-amerikanische Studie (Kessler et al., 2006, zit. n., Krause; Krause, 2009, S. 11) mit einer Stichprobe von 3199 Erwachsenen nennt mit 4,4 % eine ähnlich hohe Prävalenzrate.

## **2.5.      Therapiemöglichkeiten**

Es gibt zahlreiche Ansätze zur Behandlung von ADHS. Die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien, insbesondere Methylphenidat, ist dabei die umstrittenste.

Der Wirkstoff Methylphenidat ist bei ADHS mittlerweile das Mittel erster Wahl und kann bei fachgerechter, durch medizinisches Fachpersonal begleiteter Anwendung eine Verbesserung der Symptome erzielen. Die Medikation sollte dabei stets von ergänzenden therapeutischen Maßnahmen begleitet werden (s. Kapitel 3). Es bestehen aber ‚Mythen‘ über mögliche Gefahren des Medikaments, insbesondere über ein Abhängigkeitspotenzial – vermutlich durch die chemische Verwandtschaft zu Amphetamin – und mangelnde Eignung des Präparats für den Einsatz bei Kindern (Barkley, 2005, S.395 ff).

Ein weiterer Grund für die Ablehnung von Methylphenidat sind die verschiedenen Erklärungsmodelle des Störungsbildes. Aus einer medizinisch geprägten Sicht, die ADHS durch ein neurobiologisches Ungleichgewicht von Botenstoffen verursacht sieht, liegt die medikamentöse Behandlung nahe.

Wenn ADHS aber als ‚Modediagnose‘, als Auswirkung einer „beschleunigten Gesellschaft, die süchtig nach Abwechslung und Erregung“ (DeGrandpre, 2002, S. 14) gesehen und per se angezweifelt und als „eine Art Verkaufsgarantie für Ritalin“ eingeschätzt (ebd., S. 133) wird, stellt die Medikation keine Lösung dar.

Bei Ablehnung einer Medikation oder zu ihrer Ergänzung, gibt es zahlreiche nicht-medikamentöse Therapieangebote. Neben einer Verhaltenstherapie können beispielsweise Coachings, als Einzel- oder Gruppenprogramm, eingesetzt werden, in denen verschiedene

Kompetenzen (Problemlösung ohne Aggression, Selbstorganisation, Lernstrategien, emotionale Sicherheit etc.) trainiert werden (Kohns, 2007, S. 200). Auch familienorientierte Maßnahmen wie systemische Familientherapie oder Familienhilfe werden häufig umgesetzt (ebd.).

### **3. Sucht**

Der Suchtbegriff war historisch starken Veränderungen unterworfen. Bis heute gibt es keine einheitliche Begriffsnutzung. Die Gründe dafür liegen in der Verschiedenheit der Suchtmittel und in einer fehlenden interkulturellen Einigkeit über Drogen und Sucht. Darüber hinaus stellen unterschiedliche Disziplinen, z. B. Medizin und Sozialwissenschaften, unterschiedliche begriffliche Aspekte in den Vordergrund (Krausz; Haasen, 2004, S. 12).

Ursprünglich stammt der Begriff ‚Sucht‘ nicht von ‚suchen‘ sondern vom Verb ‚siechen‘ ab (Haasen et al., 2010). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte den Suchtbegriff im ICD<sup>4</sup> erstmals im Jahre 1950, wobei hauptsächlich stoffgebundene Süchte mit körperlicher Abhängigkeit gemeint waren (ebd.). Die Definition wurde mehrfach überarbeitet.

1964 wurde die Bezeichnung ‚Sucht‘ durch die Begriffe ‚Abhängigkeit‘ und ‚schädlicher Gebrauch bzw. Missbrauch‘ ersetzt und differenziert (ebd.) Der Begriff ‚Sucht‘ ist zwar unscharf, aber heute im umgangssprachlichen wie auch im therapeutischen Sprachgebrauch noch stark verbreitet.

Es werden sowohl in der Definition der WHO (ICD-10) als auch in der der American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) verschiedene Formen von Abhängigkeit unterschieden, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

#### **3.1. Klassifikation**

Die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV sind durch eine enge Zusammenarbeit weitgehend kongruent (Krausz; Haasen, 2004, S. 14). Unterschiede in der Klassifikation in Bereich der Störungen durch psychotrope Substanzen, zeigen sich aber dennoch. Beide Systeme sehen eine klare diagnostische Trennung zwischen Abhängigkeit und schädlichem Konsum bzw. Missbrauch vor. Im ICD-10 wurde das Konzept des Substanzmissbrauchs

---

<sup>4</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

durch den des schädlichen Konsums ersetzt, im DSM-IV hingegen wird der Missbrauchsbe-  
griff noch genutzt (ebd.).

Der ICD-10 zielt mit dem Begriff des schädlichen Konsums vor allem auf die Identifizierung  
manifester physischer und psychischer Störungen ab und soll spezifischer auf konkrete ge-  
sundheitliche Auswirkungen eingehen (Krausz; Haasen, 2004, S. 15). Der Missbrauchsbe-  
griff im DSM-IV berücksichtigt explizit auch soziale und zwischenmenschliche Faktoren  
(ebd.).

Verhaltenssüchte, also stoffungebundene Suchtformen, sind in den letzten Jahren zwar zu-  
nehmend in den wissenschaftlichen Fokus gerückt, haben aber (noch) keinen Einzug in die  
beiden Klassifikationssysteme gehalten. Eine Ausnahme bildet hier die Spielsucht, die als  
Diagnose ‚Pathologisches Spielen‘ bei den Störungen der Impulskontrolle eingegliedert wird  
(Haasen; Kutzer; Schäfer, 2010, S.268).

| ICD-10 „Schädlicher Gebrauch“ (F1x.1)  | DSM-IV „Substanzmissbrauch“   |
|--|---|
| Fortgesetzter Substanzkonsum trotz nachweislicher physischer oder psychischer Probleme, einschließlich eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder gestörten Verhaltens, deren Konsequenzen soziale oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten sind. | Ein unangepasstes Konsummuster psychotroper Substanzen, wobei mindestens eins der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein muss:  |
| Die Art der Schädigung sollte klar bezeichnet werden   | -Wiederholter Konsum, der häufig zu Versagen bei der Pflichterfüllung führt, bezogen auf Arbeit, Schule oder Familie  |
| Das Gebrauchsmuster besteht seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf   | -Wiederholter Substanzgebrauch trotz möglicher körperlicher Gefährdung aufgrund des Konsums<br>-Wiederkehrende Gesetzeskonflikte im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch<br>-Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Substanzgebrauch verursacht oder verstärkt werden |
| Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung, bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt, nicht zu (außer akute Intoxikation)  | Die Kriterien für eine psychotrope Substanzabhängigkeit wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt.   |

Tabelle 1 Missbrauchsdefinitionen in ICD-10 und DSM IV nach Haasen; Kutzer; Schäfer, 2010

Um die Diagnosekriterien eines Abhängigkeitssyndroms (ICD-10) bzw. einer Substanzabhängigkeit (DSM-IV) zu erfüllen, müssen mindestens drei der jeweiligen Punkte (Tabelle 2) in einem Zeitraum von zwölf Monaten auftreten.

| ICD-10 Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)  | DSM-IV Substanzabhängigkeit   |
|--|---|
| -starker Wunsch/Zwang psychotrope Substanzen zu Konsumieren  | -anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Verringerung oder der Kontrolle  |
| -verminderte Kontrollfähigkeit bezgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums   | -Substanzkonsum häufig in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum   |
| -körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Beendigung des Konsums (substanzspezifische Entzugssymptome)                       | -charakteristische Entzugssymptome  |
| -Toleranzentwicklung (--> Dosissteigerung)   | -Toleranzentwicklung (-->Verlangen nach Dosissteigerung, deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis)   |
| -einengendes Verhaltensmuster, fortschreitende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums | -Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten (sozial, beruflich); hoher Zeitaufwand, um psychotrope Substanzen zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von Auswirkungen zu erholen |
| -anhaltender Substanzgebrauch trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen  | -fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Erkennens anhaltender oder wiederkehrender sozialer, psychischer oder gesundheitlicher Probleme verursacht oder verstärkt durch Substanzkonsum  |

Tabelle 2 Diagnosekriterien Abhängigkeitssyndrom (ICD-10) bzw. Substanzabhängigkeit (DSM-IV), nach Haasen; Kutzer, Schäfer, 2010

Im ICD-10 wird die verursachende Substanz mit im Diagnoseschlüssel definiert (Tabelle 3), die Stellen hinter dem Punkt beschreiben das klinische Erscheinungsbild.

| Diagnoseschlüssel | Störungen durch...   |
|-------------------|--|
| <b>F10.x</b>      | Alkohol  |
| <b>F11.x</b>      | Opioide  |
| <b>F12.x</b>      | Cannabinoide   |
| <b>F13.x</b>      | Sedativa/Hypnotika <sup>5</sup>                                    |
| <b>F14.x</b>      | Kokain   |
| <b>F15.x</b>      | andere Stimulanzien, einschl. Koffein                              |
| <b>F16.x</b>      | Halluzinogene  |
| <b>F17.x</b>      | Tabak  |
| <b>F18.x</b>      | flüchtige Lösungsmittel  |
| <b>F19.x</b>      | multiplen Substanzgebrauch/ Konsum anderer psychotroper Substanzen |

Tabelle 3 Diagnoseschlüssel Substanzen, ICD-10 nach Krausz, 2004

Als Schwächen der Klassifikationssysteme werden vor allem die fehlende Möglichkeit einer Schweregradbestimmung der Diagnosen und die unzureichende Verankerung des Komorbi-

<sup>5</sup> Beruhigungs- und Schlafmittel

ditätsprinzips genannt. Für die Therapie- und Interventionsplanung müssen die Systeme also durch weitere Befragungen ergänzt werden (Krausz, 2004, S. 16).

### **3.2. Ätiologie**

Verschiedene Erklärungsmodelle versuchen die Frage nach den Ursachen von Suchterkrankungen zu beantworten. Krausz (2004) unterscheidet dabei Ansätze aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen.

Die naturwissenschaftliche Modellbildung fokussiert neurobiologische und genetische Faktoren bei der Suchtentwicklung (Kiefer, 2010), vor allem Anpassungsprozesse der neurobiologischen Verstärkungsmechanismen werden hier genannt.

Die von Krausz (2004) aufgeführten Ansätze klinisch-psychiatrischer Modellbildung sehen Sucht von mehreren vernetzten Faktoren verursacht. Dabei wird die neurobiologische Ebene (Neurotransmitterhaushalt) zwar berücksichtigt, der Fokus liegt aber auf sozialen, kulturellen und entwicklungspsychologischen Aspekten. Sucht wird als „sozialer, interaktioneller Prozess“ (ebd., S. 3) gesehen. Die sog. Selbstmedikationshypothese, versteht Sucht als „Versuch der Erhaltung oder Wiedergewinnung von Selbstbestimmung, der abhängig von Zeit und Kontext in sein Gegenteil umschlagen kann.“ (ebd.) und geht davon aus, dass Menschen mit psychischen Störungen versuchen ihr Befinden durch den Substanzkonsum zu beeinflussen. Dabei wird der Konsum als ‚Reaktionsweise‘ auf psychische Belastungs- und Krisensituationen gesehen, er stellt also einen Bewältigungsversuch dar (ebd., S. 5).

Sozialwissenschaftlich ausgerichtete Modelle sehen Sucht eng mit der individuellen Entwicklung und sozialen Bedingungen verknüpft. Die Entwicklung einer Abhängigkeit wird als Prozess gesehen, der Drogenkonsum als Karriere (Dollinger, 2002, S. 30 ff.), wobei die soziale Umgebung einen großen Einfluss ausübt. Eine Karriere kann als „Kontingenznetz im Lebenslauf“ (Groenemeyer, 1990, zit. n. Krausz, 2004, S. 6) verstanden werden. Der Konsum wird nicht isoliert, sondern im biografischen und sozialen Bezug gesehen. Auch der Labeling Approach (s. 5.3.) spielt in der sozialwissenschaftlichen Perspektive eine Rolle.

### **3.3. Prävalenz**

Die angegebenen Häufigkeiten von Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch in der Literatur sind häufig nach Substanzen aufgeschlüsselt und variieren stark, so dass keine pauschale Aussage über die Anzahl ‚Süchtiger‘ in Deutschland möglich ist. Häufig werden Literaturüberblicke gegeben, in denen verschiedene Erhebungen hinzugezogen werden (z.B. Küf-

ner, 2010 sowie Ujeyl; Haasen 2004). Problematisch zeigt sich hier die heterogene Begriffsverwendung bei der Beschreibung von Missbrauchsverhalten.

Besonders in Bezug auf Jugendliche wird häufig lediglich die Konsumhäufigkeit oder -bereitschaft angegeben, da umfassende flächendeckende Erhebungen zur Abhängigkeit fehlen (Thomasius, 2005, S. 14 f.).

Aufgrund des Schwerpunkts dieser Arbeit werden im Folgenden nur Angaben zu Abhängigkeitssyndrom und Missbrauch von Substanzen bei Jugendlichen genannt. Die folgenden Angaben beziehen sich auf eine Studie mit 3021 zufällig ausgewählten Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14-24 Jahren im Großraum München (Perkonigg et al., 2004, 22 ff.). Demnach haben 49,1% der befragten Jugendlichen mindestens einmal bis zum Erhebungszeitpunkt illegale Drogen konsumiert. 3,1% der Befragten erfüllten die DSM-IV-Kriterien einer Abhängigkeit, 14,7 % zeigten einen problematischen Konsum. Bei allen Konsumformen ist Cannabis die am häufigsten verwendete Droge. Bei Abhängigkeit wird häufig Mischkonsum mit drei oder mehr Substanzen betrieben (68,1%) (a.a.O., S. 26).

### **3.4. Besonderheiten im Jugendalter**

Das Jugendalter stellt in der Entwicklung eine sensible Lebensphase dar, in der Entwicklungsaufgaben (z.B. Abgrenzung vom Elternhaus, Suche nach Identität) zu bewältigen sind. Diese Zeit kann für die Heranwachsenden verunsichernd und überfordernd sein (Nika; Brien, 2004, S. 133). Treten in dieser sensiblen Phase Problemlagen (z.B. Konflikte, Schulprobleme) auf, könnten Jugendliche dazu verleitet werden, Substanzkonsum gezielt als Lösungsstrategie einzusetzen (ebd. sowie Berger, 2000, S.21).

Ein frühzeitiger Beginn des Substanzkonsums im Jugendalter begünstigt eine spätere Abhängigkeitserkrankung (Laucht, 2007, S. 53). Dabei ist allerdings nicht abschließend geklärt, ob es sich um einen kausalen Zusammenhang handelt, oder ob die Entwicklung der Abhängigkeit von weiteren Faktoren abhängig ist.

Im Jugendalter befindet sich das menschliche Gehirn in einem aktiven Umbauprozess, der es leistungsfähiger machen soll. Synaptische Verbindungen reifen aus, das Volumen der weißen Substanz<sup>6</sup> nimmt zu (Tapert, 2007, S. 59 f.; Brandau; Kaschnitz, 2008, S.18 ff.). Durch diesen Reifungsprozess ist das Gehirn in dieser Phase anfälliger für Schäden und Veränderungen durch den Substanzkonsum.

---

<sup>6</sup> Teile des Zentralnervensystems, die aus Nervenfasern bestehen.

### 3.5.      **Therapiemöglichkeiten**

In der Suchthilfe gibt es zahlreiche unterschiedliche Behandlungsansätze, die auch auf den verschiedenen Entstehungsmodellen der Erkrankung basieren. Auf diese Ansätze kann aus Umfangsgründen nicht eingegangen werden.

Traditionell galt Abstinenz als oberstes Ziel der Suchttherapie, also ein absoluter Verzicht auf den Substanzkonsum. Daneben hat sich auch das Konzept des kontrollierten Konsums etabliert, das niedrigschwellig und akzeptierend angelegt ist (Kleinemeier, 2004, S.36 f.).

Es gibt Verfechter des Abstinenzparadigmas, die betonen, dass in der Suchttherapie Abstinenz oberste Priorität haben muss. Programme zum kontrollierten Konsum können aber auch eine Ergänzung darstellen.

Sie sollen die Autonomie der KonsumentInnen bewahren, die Erreichbarkeit der Zielgruppe vergrößern und den therapeutischen Prozess verbessern (ebd., S. 37). An eine akzeptierende Maßnahme kann eine abstinenzorienteerte Therapie durchaus anschließen.

Wichtig ist für die Behandlung, egal auf welchem Ansatz sie basiert, dass sie aus einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise heraus geschieht, nur so kann sie den Bedürfnissen der KlientInnen gerecht werden. Die Lebenssituation des Menschen muss umfassend in Betracht gezogen werden. Neben gesundheitlichen Aspekten ist auch die soziale Situation zu berücksichtigen. Generelles Ziel sollte die Steigerung der Lebensqualität sein (ebd.).

Eine mögliche stationäre psychische Entwöhnungsbehandlung schließt sich an eine körperliche Entgiftung an. Je nach Konzeption kann die Dauer sechs Wochen bis 18 Monate betragen (Brückner, 2004, S. 62). Häufig werden dabei gruppen- und einzeltherapeutische Angebote mit „*verschiedenen Elementen der ‚Therapieschulen‘*“ (ebd., S. 63) kombiniert. Zu den verhaltenstherapeutischen Interventionen gehört auch die sog. Rückfallprävention, die eine sehr häufige Anwendung in der Praxis findet. Unter diesem Begriff, werden verschiedene Übungen zusammengefasst, die der Stabilisierung des abstinenten Verhaltens dienen (ebd.), wie beispielsweise das Erstellen von Notfallplänen, Motivations- und Suchtdruckkurven, Trainings und Übungen zu alternativen Verhaltensweisen.

Für die erfolgreiche Therapie ist es auch wichtig, Sucht aus systemischer Perspektive zu betrachten (Gemeinhardt, Farnbacher, 2004, S. 71). Die Einbeziehung des soziale Umfelds und insbesondere der Familie ist in der Suchttherapie essenziell, denn „*Sucht ist ein Problem, das die gesamte Familie angeht und betrifft*“ (ebd.). Gerade auch die Reflektion von innerfamiliären Konflikten und Co-Abhängigkeiten ist wichtig. Die Entscheidung darüber, inwie-

weit diese Einbeziehung stattfindet, sollte aber der Entscheidung dem/der Betroffenen überlassen werden (Brückner, 2004, S.69).

#### **4. Komorbidität von ADHS und Sucht**

ADHS und Substanzmissbrauch treten häufig gemeinsam auf. In der Literatur werden hohe Komorbiditätsraten angegeben: „Bis zu etwa 50% der Erwachsenen mit ADHS-Symptomen oder dem Vollbild der Störung sind substanzabhängig“ (Biedermann et. al., 1993, zit. n. Edel; Vollmoeller, 2006, S. 106). Weitere Studien (Mannuzza et al., 1993, zit. n. Krause; Krause, 2009, S. 155) kommen auf übereinstimmende Ergebnisse. Ohlmeier et al. (2005) untersuchten in einer Studie 152 erwachsene PatientInnen mit Alkohol- (n=91) bzw. multipler Substanzabhängigkeit (n=61) in Hinblick auf ADHS. Bei den alkoholabhängigen ProbandInnen gab es bei 23,1 % Hinweise auf ADHS im Kindesalter (nach DSM-IV), in der Gruppe der Substanzabhängigen waren es sogar 54,1 %, bei 65,5% lag eine Persistenz der ADHS in das Erwachsenenalter vor.

Die ADHS gilt damit als Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit bzw. eines schädlichen Konsums (Edel, Vollmoeller, 2006, S. 108).

Als Erklärung wird neben neurobiologischen Übereinstimmungen – Veränderungen im dopaminergen Transmittersystem liegen bei beiden Störungen vor (ebd., S. 114) – die Selbstmedikationshypothese angeführt (Krausz, 2004, S. 3 f.). Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen mit psychischen Störungen versuchen, durch den Substanzkonsum eine Verbesserung ihrer Symptomatik zu erlangen. Der Drogengebrauch stellt dabei eine Möglichkeit der Konfliktregulation dar. Die Person nutzt dabei Verhaltensmöglichkeiten die sie „sich teilweise in der Entwicklung angeeignet hat, die ihm aufgrund seiner Disposition zur Verfügung stehen oder die für sein soziales und familiäres Umfeld typisch sind.“ (S. 4).

Sowohl für ADHS als auch für Abhängigkeitserkrankungen gibt es eine große Bandbreite von Therapieansätzen und –angeboten. Für Hallowell und Ratey (2005) ist es unabdingbar, dass bei Komorbidität entsprechend beide Erkrankungen berücksichtigt und behandelt wird: „Durch die Behandlung der ADD verringert man die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in die alte Sucht.“ (S. 577).

In Bezug auf das gehäufte komorbide Auftreten beider Störungen wird auch diskutiert, welches Missbrauchsrisiko eine medikamentöse Behandlung von ADHS mit Stimulantien wie

---

<sup>7</sup> ADD= Attention Deficit Disorder / Aufmerksamkeitsdefizitstörung

Methylphenidat oder Amphetamin birgt. Bei der Behandlung von Kindern konnte kein Abhängigkeitspotenzial von Methylphenidat nachgewiesen werden (Barkley, 2005, S. 396). Bei der Behandlung von ADHS-Betroffenen mit komorbider Suchterkrankung ist vor allem darauf zu achten, dass das Medikament wie verordnet eingenommen wird und es zu keinen selbstverabreichten Überdosierungen kommt. Besonders Präparate mit retardierter Wirkung haben sich hier bewährt (Edel und Vollmoeller, 2006, S.121).

## 5. Selbstkonzept

Der Begriff des Selbstkonzepts ist Teil verschiedener Persönlichkeitstheorien und wird dort unterschiedlich definiert (Pervin, 2000, S. 38f.). Aufgrund des beschränkten Umfangs dieser Arbeit wird an dieser Stelle ausschließlich der Selbstkonzeptbegriff in der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers vorgestellt.

Rogers Persönlichkeitstheorie, die die humanistische Psychologie prägte, beinhaltet ein positives Menschenbild: *„der Mensch bewegt sich grundsätzlich auf Selbstverwirklichung, Reife und Sozialisation hin“* (ebd., S. 174).

Der Ansatz ist phänomenologisch, Schwerpunkt ist die phänomenologische Welt des Individuums, also wie es sein Selbst und die Außenwelt wahrnimmt und erfährt. Das Verhalten eines Menschen wird dabei aus einem inneren Bezugssystem heraus verstanden, das sich aus den (subjektiven) Erfahrungen zusammensetzt, die in ihrer Gesamtheit das *„individuelle Wahrnehmungsfeld“* (ebd., S. 176) ausmachen.

Das Selbstkonzept stellt ein *„organisiertes Wahrnehmungsmuster, das die Teile des Wahrnehmungsfeldes enthält, die vom Individuum als ‚selbst‘, ‚mein‘ oder ‚ich‘ bezeichnet werden“* (ebd., S. 176). Es entwickelt sich durch Interaktionen mit der Umwelt, insbesondere durch zwischenmenschliche Erfahrungen (Rogers, 2009/1959, S.58). Das Selbstkonzept beinhaltet die Wahrnehmungen, die eine Person auf sich selbst und die Beziehungen zwischen sich und anderen Personen bzw. Lebensaspekten bezieht (ebd., S. 31). Das Selbstkonzept ist dabei keine autonom handelnde Einheit, welche das Verhalten des Individuums kontrolliert, es wird viel mehr als *„organisierte Vielfalt von Wahrnehmungen“* (Pervin, 2000, S. 176) verstanden.

In Bezug dazu steht das Ideal-Selbst, das ein Selbstkonzept darstellt, *„das eine Person am liebsten besäße, worauf sie für sich selbst den höchsten Wert legt“* (Rogers, 2009/1956, S. 31).

Die Selbstverwirklichung, zu der eine beständige Offenheit gegenüber Erfahrungen sowie die Fähigkeit, diese in das Selbst zu integrieren<sup>8</sup>, gehören, sieht Rogers als zentrales menschliches Motiv. Für diese Selbstverwirklichung benötigen Menschen positive Zuwendung (Pervin, 2000, S. 195).

## **6. Auswirkungen psychiatrischer Diagnosen auf das Selbstkonzept von KlientInnen**

Als mögliche Auswirkungen von psychiatrischen Diagnosen werden in der Literatur vor allem Stigmatisierung und Selbststigmatisierung genannt. Die landläufig negative Wahrnehmung einer Diagnose wird internalisiert und kann so das Selbstwertgefühl einer Person verringern. In der Fachliteratur werden die konkreten Auswirkungen der Diagnosen ADHS und Sucht eher selten genannt, der Stigmatisierungsbegriff wird vor allem in einem soziologischen Diskurs unabhängig von der Art des Stigmas (Crocker; Major, 1989) oder auf ‚psychische Krankheit‘ im Allgemeinen (Gaebel et al., 2005; Byrne, 2001; Watson et al, 2007) bezogen. Byrne (2001) äußert, dass in der Ausbildung von (psychiatrischem) Fachpersonal, als auch in der Fachliteratur, der Stigmabegriff häufig zu kurz kommt: *„it is surprising that psychiatric textbooks omit stigma as either subject or indexed item. This may be partly explained by the fact that psychiatric articles adressing the same range of problems do not mention stigma directly.“* (S.281).

### **6.1. Stigmatisierung**

Der Fachausdruck Stigma im Sinne eines herabwürdigenden Merkmals wurde von Goffmann (2008/1967) in den soziologischen Diskurs eingebracht. Goffmann definiert Stigma als eine Eigenschaft mit stark diskreditierender Wirkung, durch die eine Person *„zu einer befleckten, beeinträchtigten [Person] herabgemindert wird.“* ( S. 11).

Eine Stigmatisierung, also der Prozess in dem ein Individuum mit einem Stigma gekennzeichnet wird, kann nur in sozialer Interaktion stattfinden und ist damit ein sozialer Zuschreibungsprozess (Hohmeier, 1975, S. 7).

---

<sup>8</sup> Rogers spricht hier vom Konzept der „Kongruenz von Selbst und Erfahrung“ (2009/1956, S. 38). Ein Individuum überprüft ständig sein Selbstkonzept um es in Einklang mit seiner wahrgenommenen Erfahrung zu bringen. Können die Selbsterfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden, spricht Rogers von einem Zustand der Kongruenz.

Das Individuum wird aufgrund negativ bewerteter Attribute (Stigmata) einer Randgruppe zugeordnet. Ein vorhandenes Merkmal wird in einer negativen Weise definiert, außerdem werden dem Individuum über das Merkmal hinaus weitere negative Eigenschaften zugeschrieben.

Goffmann (2008/1967, S. 10) geht davon aus, dass jeder Mensch unbewusst normative Erwartungen daran stellt, wie Individuen sich verhalten, leben oder sein sollen. In dem Moment, in dem man einem anderen Individuum gegenüber tritt, werden diese „Forderungen“ (ebd.) überprüft. Goffmann nennt diese Erwartungen die Zuschreibung einer „*virtualen sozialen Identität*“ (ebd.). Im Gegensatz dazu beinhaltet die „*aktuale soziale Identität*“ (ebd.) die Eigenschaften und Merkmale, die ein Individuum tatsächlich besitzt. Ein Stigma „*konstituiert eine besondere Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität*“ (ebd., S. 11). Bei einer stigmatisierten Person unterscheiden sich also Anspruch und Wirklichkeit voneinander.

Bis heute werden nach Goffmann (ebd., S. 12 f.) drei Typen von Stigmata unterschieden:

- physische Deformationen (z.B. Körperliche Behinderungen)
- Individuelle Charakterfehler (Geistesverwirrung, Sucht, Homosexualität etc.)
- Phylogenetische Stigmata (Rasse, Nation, Religion).

## **6.2. Ursachen und Funktion von Stigma**

Hohmeier (1975, S. 20ff.) hat verschiedene Hypothesen über die Entstehung von Stigmata aufgestellt.

In seiner ersten Hypothese sieht er die Interessen globaler gesellschaftlicher Institutionen als Ursachenkomplex. Die Diskreditierung von Individuen bezieht sich hier auf die Herrschaftsstrukturen einer Gesellschaft. Grausgruber (2005) gibt entsprechende Beispiele: „*So bringt etwa die Institution Privateigentum den ‚Dieb‘, die christliche Kirche den ‚sexuell Devianten‘ hervor*“ (S. 24).

Die zweite Hypothese Hohmeiers zielt auf die Dynamik gesellschaftlicher Differenzierungen ab. Hierbei spielen insbesondere Leistungsnormen und Normen, die die sozialen Beziehungen zwischen Gruppen regulieren eine Rolle, denn „*jede Norm bietet die Möglichkeit, abweichende Personen zu stigmatisieren*“ (ebd.). Zur Stigmatisierung müssen dabei aber zusätzliche Faktoren wie Machtdifferenzen oder Interventionen von Kontrollinstanzen hinzukommen.

Die dritte Hypothese bezieht sich auf die „*anthropologische Grundausstattung*“ (Hohmeier, 1975, S. 22) des Menschen, die ein Bedürfnis nach Unterscheidung von anderen, Triebentladung von Aggressionen und Projektion belastender Ansprüche beinhaltet (Grausgruber, 2005, S. 24).

Bei der Funktion von Stigmata bezieht sich die Literatur vor allem auf eine „*Orientierungsfunktion innerhalb von sozialen Interaktionsgefügen*“ (ebd.). Durch die Erwartungen an das Gegenüber werden Situationen im Voraus strukturiert, Unsicherheit wird verringert und Entscheidungen werden erleichtert (Hohmeier, 1975, S.10).

### **6.3. Labeling-Approach**

In der Literatur wird in Bezug auf Stigmatisierungsprozesse als Erklärungsmodell häufig die Theorie des ‚Labeling Approach‘ (auch Etikettierungs- oder Reaktionsansatz) genannt (vgl. Grausgruber, 2005, S. 27 ff., Trojan, 1978, Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 67 f.).

Seine Ursprünge findet der Labeling Approach als interaktionistischer Erklärungsansatz für Devianz in der Kriminalsoziologie. Interaktionistische Ansätze nehmen an, dass abweichendes Verhalten durch das Entstehen und Anwenden von Normen konstruiert wird. Bei Devianz handelt es sich demnach um einen Zuschreibungsprozess (Trojan, 1978, S. 6).

Der Etikettierungsansatz wurde von Scheff (1999/1966) auf psychiatrische Erkrankungen übertragen, wobei er von zwei wesentlichen Annahmen ausgeht. Zum einen nimmt er an, dass in der Gesellschaft bestimmte, Vorstellungen über psychisch Kranke bestehen, die vor allem durch negative Stereotype charakterisiert sind und bereits in der frühen Kindheit angeeignet werden. Zum Zweiten nimmt Scheff an, dass es, durch verschiedene Umstände und Ursachen, zu sog. „*residualen Regelüberschreitungen*“ (Grausgruber, 2005, S. 28), das heißt „*Verhaltensweisen, die man bei vielen Menschen in psychischen Krisen oder mit chronischen Erkrankungen feststellen kann*“ (ebd.), kommt.

Durch diese Regelübertretungen können Menschen mit dem Etikett ‚psychisch krank‘ versehen werden. Mit dieser Zuschreibung ist die Person den „*einheitlichen Interaktionsmustern seiner Mitmenschen*“ (ebd.) ausgesetzt. Die Umwelt reagiert nach den Vorstellungen und Erwartungen zum Verhalten ‚psychisch Kranker‘. Diese gesellschaftlichen Reaktionen führen letztlich im Stigmatisierungsprozess dazu, dass die betroffene Person die ihm/ihr gesellschaftlich zugeschriebene Rolle des/der ‚psychisch Kranken‘ übernimmt und verinnerlicht. Dies führt zu einer „*Umorganisation seiner persönlichen Identität*“ (ebd., S. 29) hinsichtlich dieser Rolle, was eine Chronifizierung der Erkrankung auslöst.

## 6.4. Folgen von Stigmata

Die Zuschreibung eines Stigmas kann negative Auswirkungen auf die betroffene Person haben. Hohmeier (1975, S. 12 f.) beschreibt Folgen von Stigmata auf drei Ebenen:

### **Stigmatisierung auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe**

Eine Stigmatisierung auf dieser Ebene geht mit einem Verlust der bisher ausgeübten Rolle einher, es kommt zu Verlust von Kontakten, Isolation und Ausgliederung (Bsp. Ausschluss im beruflichen Bereich).

### **Stigmatisierung auf der Ebene der Interaktionen**

Auf dieser werden die Person und ihre Biographie umdefiniert und auf das Stigma reduziert. Die Person hat Schwierigkeiten von Nicht-Stigmatisierten als vollwertiger Interaktionspartner anerkannt zu werden. Interaktionen werden schwierig, *„das etikettierte Subjekt weiß nicht, wie sein Merkmal eingeordnet und beurteilt wird; der Nicht-Stigmatisierte fühlt sich dem Kontakt nicht gewachsen“* (Nüesch, 2002, S. 31).

### **Stigmatisierung auf Ebene der Identität**

Gemeint ist die für Betroffene häufig nötige *„Rekonstruktion ihrer Biografie“* (Grausgruber, 2005, S. 33), die *„Neubestimmung der Persönlichen Identität“* (ebd.). Stigmatisierungen stellen grundsätzlich einen Angriff auf das Selbst des Stigmatisierten dar, dem er mit Abwehrmechanismen gegenüber treten muss (Nüesch, 2002, S. 33). Die Persönlichkeitsentwicklung kann dadurch beeinträchtigt werden, die Folgen der Stigmatisierung zeigen sich auch im Selbstkonzept der Betroffenen, welche sich oft nur noch über das anhaftende Stigma definieren (ebd.).

In der Literatur wird aber auch beschrieben, dass Stigmatisierungsprozesse nicht zwangsläufig negative Auswirkungen wie ein geringes Selbstwertgefühl oder negatives Selbstkonzept nach sich ziehen (Crocker; Major, 1989).

## 6.5. Selbststigmatisierung

Als weitere Folge von Stigmatisierungen gilt die Selbststigmatisierung, die daraus resultiert, dass ein Stigma *„seine Wirkungen auch nach innen, auf Selbstbild und Selbstwert der betroffenen Menschen“* (Rüesch, 2005, S. 203) entfaltet. Selbststigmatisierung beruht auf einer Internalisierung der Stigmatisierung (von außen) und wird durch ein negatives Selbstbild wirk-

sam für die Lebensqualität der Betroffenen. Das Stigma-Identitätsmodell von Frey (1983, zit. n. Nüesch, 2002, S. 34f.) geht ausführlich auf Selbststigmatisierung als ein.

Als Folgen werden vor allem sozialer Rückzug und Isolation aufgrund des geschädigten Selbstbildes genannt (Watson et al., 2007, S. 1). Lipp (1975) hingegen sieht in der Selbststigmatisierung auch eine Bewältigungsstrategie: *„Individuen, die sich selbst stigmatisieren, greifen selbst nach den Stigmata: sie wenden Stigmatisierungsprozesse, die sie in Gang setzen, damit ins Manifeste, Kalkulierbare. Sie sehen sie voraus, stellen sich auf sie ein und gehen mit ihnen um.“* (S. 52).

Selbststigmatisierung läuft in einem mehrstufigen Prozess ab (Hözlner, 2008, S. 8).

Zunächst müssen die Betroffenen die Vorurteile, mit denen ihr stigmatisierendes Merkmal belegt ist kennen (Stereotypenwahrnehmung). Im zweiten Schritt stimmt die Person diesen Vorurteilen inhaltlich zu (Stereotypenzustimmung). Wenn die betroffene Person diese Vorurteile nun im dritten Schritt konkret auf sich selbst bezieht (Self-Concurrence), resultiert daraus eine Verminderung von Selbstwert und Lebensqualität.

## 6.6. Bewältigungsstrategien

Um sich vor einer Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes zu schützen, entwickeln von Stigmatisierung Betroffene verschiedene Bewältigungsstrategien.

Tröster (2008, S. 142 f.) nennt fünf Strategien im Umgang mit Stigma:

Um die **Attraktivität als Partner im Sozialen Austausch zu steigern**, können Stigmatisierte versuchen die entsprechenden Merkmale zu kaschieren bzw. zu verheimlichen und sich öffentlich von der stigmatisierten Gruppe distanzieren.

Eine weitere Umgangsstrategie ist die **Vermeidung stigmatisierender sozialer Kontakte und Situationen**. Die betroffene Person meidet insbesondere Kontakte, Situationen und Beziehungen in denen sie Stigmatisierungen erwartet.

Durch die **Zurücknahme der persönlichen Engagements** distanzieren sich Stigmatisierte von den Erwartungen und Zielen in den Lebensbereichen, in denen sie sich diskriminiert werden. Als Beispiel dafür gelten z. B. SchülerInnen, die sich im Schulkontext diskriminiert fühlen und als Folge daraus die Mitarbeit im Unterricht verringern oder ganz fernbleiben, da sie keine Besserung der Situation mehr erwarten oder Menschen, die sich aufgrund von Diskriminierung aus dem beruflichen Umfeld zurückziehen.

Auch die **Pflege alternativer Beziehungen** kann eine Bewältigungsform darstellen. Stigmatisierte Personen wenden sich sozialen Gruppen zu, in denen es Menschen gibt, die ebenfalls betroffen sind. So können sie Wertschätzung und Unterstützung erfahren und alternative Sichtweisen auf ihr Stigma kennen lernen.

Als **externale Attribution** wird eine Strategie beschrieben, mit der Stigmatisierte versuchen, ihr Selbstwertgefühl zu schützen, indem sie Abwertung und Ausgrenzung, die sie erfahren, nicht auf eigene Merkmale, sondern auf Vorurteile gegenüber der diskriminierten Gruppe beziehen. Als Beispiel nennt Tröster (2008, S. 143) Frauen, die berufliche Benachteiligungen nicht auf sich selbst und persönliche Unzulänglichkeiten, sondern einen sexistischen Vorgesetzten beziehen.

Auch Goffmann (2008/1967, S. 56 ff.) beschreibt Techniken, mit denen Betroffene versuchen, Abwertung zu bewältigen und ihre „*beschädigte Identität zu heilen*“ (Nüesch, 2002, S. 32) – das sog. Stigma-Management – wobei er sich vor allem auf die Stigmatisierung auf der Ebene der Interaktion bezieht. Dabei spielt die Sichtbarkeit des stigmatisierenden Merkmals (Visualität) eine große Rolle, Goffmann unterscheidet zwischen diskreditierten Person, bei der das Merkmal bekannt oder offensichtlich ist und diskreditierbaren Personen, bei denen die Andersartigkeit nicht unmittelbar sichtbar ist (Goffmann, 2008/1967, S.56).

Eine diskreditierte Person hat laut Goffmann hauptsächlich die Möglichkeit, so zu handeln „*als ob ihre bekannte Andersartigkeit irrelevant und nicht beachtet wäre*“ (ebd.). Eine diskreditierbare Person hat dazu die Möglichkeit, das Stigma zu vertuschen und darüber hinweg zu täuschen, also zu verhindern versuchen, dass „*Normale ihr Stigma erfahren*“ (Nüesch, 2002, S. 32). Die Betroffenen versuchen die Information über ihre stigmabehafteten Merkmale zu steuern. Als Folge können sie sich in komplexe Lügenkonstrukte verwickeln, die wiederum zu Angst vor Bloßstellung und Schamgefühlen führen können. Goffmann sieht das Täuschen aber als Phase der moralischen Entwicklung der stigmatisierten Person, die letztlich durch freiwillige Enthüllung überwunden werden kann (Goffmann, 2008/1967, S. 128).

Um Stigmatisierungsprozessen und den beschriebenen Folgen entgegenzuwirken, gibt es zahlreiche Antistigma-Programme, die vor allem Aufklärungsarbeit leisten (Baumann; Gaebel, 2004, S. 249 ff.).

## 6.7. Wahrnehmung von ADHS und Sucht in der Gesellschaft

Die gesellschaftliche Wahrnehmung der Störungsbilder ADHS und Abhängigkeit ist von stigmatisierenden Vorurteilen geprägt.

Wie oben beschrieben, ist ADHS ein kontrovers diskutiertes Störungsbild, dessen Ursachen durch verschiedene Modelle erklärt werden sollen. Dieser Diskurs schlägt sich auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung wieder, wobei vor allem die Symptome im Verhalten der Betroffenen eine Rolle spielen.

Zum einen wird ADHS als psychische Störung und damit als Krankheitsbild gesehen. Ein großer Teil der Ratgeber- und Fachliteratur bezieht sich auf medizinische Erklärungsmodelle (Krause; Krause, 2009; Barkley; Petermann, 2005). Das bedeutet auch, dass die generellen Vorurteile, die zur Ausgrenzung psychisch Kranker führen auch ADHS betreffen. Zäske et al. (2005, S. 62 f.) geben als Laienvorstellungen über psychische Erkrankungen unter anderem „*komisches Verhalten und Aussehen*“, „*Denkstörungen*“, „*kriminelles, delinquentes Verhalten*“, „*Aggressivität*“ und „*eingeschränkte soziale Funktionsfähigkeit*“ an. Die Betroffenen werden als „*nicht normal*“ (ebd.) wahrgenommen.

Auf der anderen Seite wird das ADHS als Krankheitsbild angezweifelt und die Auffassung vertreten, es handle sich um eine „*Biologisierung abweichenden Verhaltens*“ (Mattner, 2006). Auch in diesem Zusammenhang gibt es Vorurteile. Die Betroffenen erhalten eine Rückmeldung darüber, dass ihr Verhaltensweise nicht einem „*wünschenswerten, normalen, adäquaten*“ (ebd., S. 57) Verhalten entsprächen. Auch die in den Medien häufig genutzte Bezeichnung ‚Zappelphilipp-Syndrom‘ zeigt einen unsachlichen, teils herabsetzend konnotierten Sprachgebrauch bezüglich ADHS. Townson (2004, S. 102 f.) hat gängige Klischee, wie sie von populären Medien dargestellt werden, aufgezeigt. Dazu gehören u.a. folgende:

- „*Für überforderte Eltern ist ADHS eine bequeme Erklärung*“
- „*ADHS ist eine Erscheinung unserer Zeit, weil immer weniger Eltern willens und in der Lage sind, Kinder richtig zu erziehen*“
- „*ADHS ist in Wirklichkeit zumeist das Ergebnis von Überforderung bei minderbegabten Kindern*“ (ebd.)

Die Auswirkungen dieser Stigmatisierung zeigen sich, wie oben beschrieben, in einem verringerten Selbstwertgefühl bei ADHS-PatientInnen (Brandau; Kaschnitz, 2008, S. 67 f.; Krause; Krause, 2009, S. 67 f.).

Bei der öffentlichen Wahrnehmung von Sucht ist zwischen Abhängigkeitserkrankungen und Substanzkonsum zu differenzieren. Gerade bei letzterem stehen gesellschaftlich-kulturelle Aspekte im Vordergrund.

Dabei ist zwischen legalen und illegalen Rauschmitteln zu unterscheiden, wobei die Grenze hier entlang von kulturellen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen verläuft. Legale Suchtmittel (Tabak, Alkohol) sind „*Teil unseres Kulturkreises*“ (Weiser, 1998, S. 24), relativ einfach in der Beschaffung und gesellschaftlich toleriert. Ihnen werden eher positive Eigenschaften wie Förderung von Entspannung, Geselligkeit, aber auch von Mut und Selbstvertrauen zugeschrieben (Gerhard, 2002, S. 55; Weiser, 1998, S. 26 f.). Dies wird auch durch entsprechende Werbung in Massenmedien verstärkt.

Illegalen Drogen werden eher mit negativen Merkmalen, wie Abhängigkeit, Verelendung, Kriminalität, Prostitution assoziiert (ebd.). Für Jugendliche kann der Konsum von illegalen Rauschmitteln aber auch andere, positivere Bedeutungen haben. In der Literatur werden psychosoziale Funktionen des Drogenkonsums angegeben, die auf die positive Konnotation hinweisen (Gerhard, 2003, S. 148, Weiser, 1998, S. 14). Der Drogenkonsum ist dabei z. B.

- eine demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenalters
- eine bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen
- Ausdrucksmittel für sozialen Protest
- ein geeignetes Mittel bei der Suche nach Grenzerfahrungen
- ein Mittel, um sich auf einfach Weise zu entspannen
- eine Gelegenheit, Zugang zu Gleichaltrigen und/oder subkulturellen Lebensstilen zu bekommen und zu symbolisieren

Weiser (1998, S. 29 ff.) nennt als Motivationsaspekte für Suchtmittelkonsum als jugendliches Risikoverhalten unter anderem den Drang nach Selbstinszenierung: „*Der Aspekt der Selbstinszenierung erhält bei Jugendlichen eine weitreichende Bedeutung, da sie in Bezug auf ihre Persönlichkeitsentwicklung noch über kein abgeschlossenes Selbstkonzept verfügen.*“ (S. 29). Jugendliche haben ein Streben nach Individualität und Originalität, wobei der Konsum eines Suchtmittels für viele Jugendliche ein Mittel zur Inszenierung und zum Aufbau eines Images dient.

Weiterhin verdeutlicht Weiser (1998) die Bedeutung des sozialen Umfelds, insbesondere von Peergroups (bzw. Cliques). Der Erstkonsum findet fast ausschließlich gemeinsam mit Gleichaltrigen statt (ebd., S. 31). Dabei spielen die Suche nach Zugehörigkeitsgefühl und Anerkennung eine große Rolle.

Dollinger (2002) geht zudem auf geschlechtsbezogene Aspekte der Konsumwahrnehmung ein:

*„Der Konsum psychotroper Substanzen wird als symbolisiertes Darstellungsmedium eingesetzt, um so eine bestimmte Selbstrepräsentation als Frau oder Mann unterstreichen zu können. Die Darstellung von Männlichkeit - hier wirken sich geschlechtsbezogene Stereotype aus –ist stärker assoziiert mit sichtbar riskantem Verhalten“ (S. 73).*

Obwohl Sucht rechtlich als Krankheit anerkannt und klassifiziert ist, gelten Abhängigkeits-erkrankungen in der Gesellschaft als vorsätzliches, selbstverschuldetes Übel (Drexler; Köhler, 2008). Abhängigkeit wird als Laster oder Charakterschwäche angesehen, betroffene Personen gelten als gesellschaftliche Versager, die ihr Umfeld im Stich lassen (Schneider, 2009, S. 245 ff.). Als Folge leiden die Betroffenen vor allem unter Schamgefühlen (Drexler; Köhler, 2008).

## II. Empirischer Teil

In der Literatur zur Doppeldiagnose ADHS und Sucht werden häufig nur epidemiologische Fakten und vermutete gemeinsame Ursachen beschrieben. Hinweise darauf, wie die KlientInnen damit umgehen werden selten gegeben.

Als mögliche Auswirkung psychiatrischer Diagnosen auf das Selbstkonzept von Betroffenen haben, werden häufig Stigmatisierungsprozesse genannt, deren Folge auch eine Selbststigmatisierung sein kann (u.a. Watson 2007; Rüschi 2006). Allerdings sind entsprechende Beiträge oft allgemein gehalten und beziehen sich nicht konkret auf die Diagnosen ADHS oder Abhängigkeit.

Im empirischen Teil dieser Arbeit soll den Fragen nachgegangen werden welche Einflüsse die Doppeldiagnose ADHS und Sucht auf das Selbstkonzept betroffener Jugendlicher haben kann und wie diese damit umgehen. Die dabei verwendeten Methoden, deren Anwendung und die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

### 7. Methodischer Teil

Da im empirischen Teil dieser Arbeit insbesondere der Fragestellung nachgegangen werden soll, welche subjektiv empfundene Rolle die Doppeldiagnose für die KlientInnen spielt und welche individuellen Auswirkungen sie auf deren Selbstbild hat, schien eine explorative, idiographische Untersuchung sinnvoll.

Die Repertory Grid Methode nach Kelly eignet sich sehr gut dazu, persönliche Einschätzungen der ProbandInnen zu (diagnosebezogenen) Selbstbildern und dem sozialen Umfeld zu erfragen, wodurch es möglich war aussagekräftige Daten zur Problemstellung zu erhalten.

Dadurch, dass die befragte Person die Elemente größtenteils und die entsprechenden Konstrukte vollständig selbst bestimmt, wird ihre subjektive Einschätzung in den Vordergrund gerückt. Zum Anderen kann beim Ausfüllen des Repertory Grid der/die ProbandIn auf spielerische Weise aktiv einbezogen werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit gewonnene Informationen schnell grafisch darzustellen und auszuwerten.

Als Ergänzung wurde ein kurzer Leitfaden entwickelt um im Anschluss an die Bearbeitung des Repertory Grid in einem Interview weitere Informationen zu gewinnen. Diese sollen mit der sog. rekonstruktiven Interviewanalyse ausgewertet werden. Dieses Verfahren setzt eine offene Herangehensweise bei der die zu interviewende Person im Vordergrund steht voraus.

Die Entscheidung zwei Methoden zu kombinieren entstand aus Neugier darüber, ob sich die Ergebnisse ergänzen und/oder widersprechen würden. Bei den beiden Methoden wird unterschiedliches Datenmaterial erhoben: Zahlen zur computergestützten Verarbeitung zu Graphiken bei der Repertory Grid Methode gegenüber einem Transkript, das durch eine textthermeneutische Analyse ausgewertet wird. Beide Methoden stützen sich aber auf ein konstruktivistisches Wirklichkeitsverständnis (vgl. Kruse, 2009, S.45 und Catina; Schmitt, 1993, S 14 ff.) und haben somit einen gemeinsamen theoretischen Nenner, weshalb sich eine Kombination besonders anbot. Die Kombination verschiedener Methoden, insbesondere die Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden wird als Between-Methods-Triangulation (vgl. Flick, 2000, S. 313) bezeichnet.

## 7.1. Repertory Grid Technik

Die Repertory Grid-Methode wurde von George A. Kelly aufgrund seiner Theorie der persönlichen Konstrukte entwickelt. Er veröffentlichte 1955 seine „Psychologie der Persönlichen Konstrukte“ in einer Zeit in der die sich die verschiedenen konkurrierenden Schulen in der Psychologie entwickelten und nahm mit seiner „*integrativen Denkweise*“ (Catina, Schmitt 1993, S. 11) eine „*theoretische Zwischenposition*“ (ebd.) ein. Eine Verortung in den psychologischen Denkrichtungen fällt daher schwer, „*auch Kelly selbst wehrte sich dagegen, seine Theorie bestehenden Kategorien (...) zuzuordnen.*“ (ebd. S. 22). Sein Werk fand erst spät Beachtung, die erste deutschsprachige Übersetzung gab es erst 30 Jahre nach Veröffentlichung. In der Literatur wird seine Theorie als eine Vorreiterin der kognitiven Wende bezeichnet (vgl. Pervin, 2000, S. 334).

Die philosophische Basis von Kellys Theorie ist der konstruktive Alternativismus. Dieser stützt sich auf die Annahme, dass es zwar absolute Wahrheit bzw. objektive Realität gibt, der Mensch sie aber nur durch seine Interpretation begreifen kann (Catina, Schmitt, 1993, S. 12 und Pervin, 2000, S. 337). Es gibt dabei mehrere Alternativen unter denen der Mensch wählen kann um Phänomene zu interpretieren. Die Entscheidungen, die dabei zwischen den Alternativen getroffen werden sind individuell unterschiedlich. Dabei hat der Mensch eine freie, aktive Rolle, da „*er der Realität Bedeutung gibt*“ und „*weil er sich selbst und seine Realität permanent zu re-konstruieren strebt*“ (Catina; Schmitt., 1993, S. 12). Kelly selbst formuliert es drastisch:

„*Weil das Lebewesen sein Umwelt abbildet, kann es der Umwelt alternative Konstruktionen überstülpen und tatsächlich etwas tun, wenn ihm die Umwelt nicht gefällt.*“ (Kelly, 1986, S. 22).

Er sieht in seiner Theorie den Menschen als Wissenschaftler, „*der immer den Lauf der Dinge in die er verwickelt ist, vorherzusagen und zu kontrollieren sucht*“ (Kelly, 1986, S.19) und geht davon aus, dass der Mensch in den Wiederholungen von Erfahrungen Unterschiede und Ähnlichkeiten wahrnimmt und aufgrund dessen Konstrukte schafft um Eindrücke zu ordnen und Ereignisse für sich vorhersehbar zu machen (vgl. Pervin, 2000, S.336). Die wissenschaftliche Herangehensweise zeigt sich dabei in der ständigen Formulierung von Hypothesen über Ereignisse, die er in deren Verlauf überprüft. Dieser Prozess dient dazu, die Angemessenheit der Konstrukte und damit die Wahrnehmung der Realität stetig zu verbessern (Catina; Schmitt 1993, S. 13). In diesem Konstruktionsprozess liegt nach Kelly „*der Kern psychischer Existenz*“ (ebd., S.14).

Der Theorie nach ist ein Konstrukt eine Art „*Schablone*“ (Kelly, 1986, S. 22), die der Mensch entwirft und sie an die Welt anzupassen versucht um sie zu deuten. Der Mensch kategorisiert Ereignisse und untersucht sie auf Regelmäßigkeiten und Muster, Erfahrungen werden interpretiert und strukturiert und so mit einer Bedeutung versehen. Dabei fällt auf, dass einige Ereignisse oder Dinge (nach Kelly Elemente) ähnlich sind und sich von anderen unterscheiden. Durch diese Bildung von Ähnlichkeit und Gegensatz entsteht ein Konstrukt (Pervin, 2000, S. 339). Zur Bildung eines Konstrukts sind also mindestens drei Elemente zu vergleichen: Zwei die sich ähnlich sind und sich von einem dritten unterscheiden.

Wichtig für Kelly ist dabei die Dichotomie von Konstrukten. Seiner Ansicht nach, gibt es nur die dichotome Denkweise, da die Feststellung von Ähnlichkeit „*immer auch die Heranziehung eines differenzierenden Kriteriums (Gegenteil)*“ (Catina; Schmitt, 1993, S.14) bedeute.

Kritiker waren der Auffassung, die Theorie sei zu kognitiv ausgerichtet. Kelly erklärt aber, dass für ihn Kognition und Emotionen nicht zu trennen seien und der Konstruktionsprozess deshalb permanent emotional begleitet werde (vgl. Catina; Schmitt, 1993, S.21).

Kelly formulierte seine Theorie in einem Grundpostulat, und 11 Hilfssätzen, auf die ich aufgrund des Eingeschränkten Umfangs dieser Arbeit hier nur verweisen möchte. Das Grundpostulat

„*Die Prozesse eines Menschen werden psychologisch durch die Mittel und Wege kanalisiert, mit deren Hilfe er Ereignisse antizipiert*“ (Kelly, 1986, S. 59)

fasst die wesentlichen Annahmen der Theorie zusammen und lässt sich folgendermaßen verstehen: Das Verhalten des Menschen ist nicht in fremden, von außen wirkenden Kräften verursacht, sondern durch den Konstruktionsprozess im Menschen selbst hervorgerufen. Der Mensch ist kein Objekt, das dem Prozess unterliegt sondern ist eine Form des Prozesses

an sich. Der Mensch hat also eine aktive Rolle. Der Konstruktionsprozess hat also den Zweck, die Welt für den Menschen begreifbar zu machen, also „*sich selbst und seine Beziehungen zur Umwelt in einer Weise zu konstruieren, die ihnen Sinn und Bedeutung gibt.*“ (Catina; Schmitt, 1993, S. 15.).

Wichtig für den Menschen als Wissenschaftler ist es, Ereignisse und Phänomene vorhersehbar zu machen, also zu antizipieren. Das Konstruktsystem, das sich der Mensch aufgebaut hat, soll diese Antizipation ermöglichen und bestimmt so den Prozess. In der Theorie von Kelly stellt das Konstruktsystem, das „*die Weise in der man denkt, fühlt oder sich verhält*“ (Catina, Schmitt, 1993, S. 15) gestaltet, die Persönlichkeit des Menschen dar.

Kelly (1986) geht auf die Persönlichkeitstheorie Rogers' ein, bezeichnet ihn aber eher als Praktiker, der durch seine klientenzentrierte Therapie eine neophänomenologischen Theorie vorweggriff: „*Hier ist jedoch die Situation gegeben, das Erfindungen auftauchen, bevor die Theorie formuliert wurde.*“ (S. 54).

Um die Konstruktsystem von Menschen untersuchen zu können, erarbeitete Kelly ein geeignetes Verfahren, die Repertory Grid- Methode. Repertory für das Repertoire an Konstrukten, dass der Mensch zur Deutung verschiedener Elemente nutzt, Grid nach dem englischen Wort für Gitter oder Raster, da die Daten meist in eine zweidimensionale Tabelle eingetragen werden. Durch Fragen nach Ähnlichkeiten und Unterschieden von ausgesuchten oder vorgegebenen Elementen (z. B. Personen, Situationen, Rollen o.ä.), werden Konstrukte (Konstruktpol und Kontrastpol) erfragt. Anschließend wird der/die Probandin gebeten, die Elemente hinsichtlich der Konstrukte mithilfe einer mehrstufigen Skala zu bewerten. Die Repertory Grid Technik verbindet also die Generierung qualitativer Daten mit einer statistischen Auswertung, wodurch sie sich im Methodenstreit zwischen qualitativer und quantitativer Forschung nicht eindeutig einordnen lässt. Rosenberger und Freitag (2009) bezeichnen die Technik daher als Verfahren, „*das quantitative Heuristiken in qualitativer Verfahren einfließen lässt.*“ (S. 477).

### **Durchführung**

Da die Befragung nicht computergestützt durchgeführt werden sollte, wurde im Vorfeld ein Arbeitsbogen mit einem Grid vorbereitet um diesen von den Probanden ausfüllen zu lassen. Außerdem wurden den Probanden schriftliche Datenschutz- und Einverständniserklärungen vorgelegt, um die rechtlichen Rahmenbedingungen einer solchen Untersuchung weitestgehend wahren zu können.

### **Theoretisches Sampling**

Im Rahmen der Untersuchung wurden zwei männliche Jugendliche befragt, die sich in einer stationären Einrichtung einer Suchttherapie unterziehen, Nico<sup>9</sup> (17 Jahre) und Tobias (19 Jahre). Bei beiden Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Befragung kurz vor dem Abschluss ihrer Therapie befinden, wurde bereits im Kindesalter ADHS diagnostiziert, wobei nur einer mit Methylphenidat behandelt wird. Beide Jugendliche konnte die Autorin bereits in meinem Praxissemester kennenlernen, wodurch ein Vertrauensverhältnis vorhanden war und sich beide Probanden einverstanden erklärten ihr ihre Erfahrungen und Einschätzungen mitzuteilen. Es war nicht möglich, eine weibliche Probandin mit der Doppeldiagnose zu akquirieren, weshalb in den folgenden Kapiteln die männliche Sprachform benutzt wird.

### **Befragung**

Da für diese Arbeit die Diagnosen ADHS und Sucht besonders interessant waren und für die Auswertung unter anderem die Selbst-Identitätsgraphik nach Bartholomew (1993) genutzt werden sollte, waren bei der Erhebung die vier Elemente Selbst (für das aktuelle Selbst bei Bartholomew), Idealselbst, ADHS-Selbst und Suchtselbst vorgegeben. Beim Element ‚Selbst‘ wurden die Probanden gebeten sich darauf zu beziehen, wie sie sich zum Zeitpunkt des Interviews selbst sehen, das Idealselbst sollte einer subjektiven idealen Vorstellung der eigenen Person entsprechen.

Bei den diagnosebezogenen Elementen ADHS- und Suchtselbst wurden die Probanden gebeten, sich ihre Diagnosen als Personen vorzustellen. Dabei kann es zu einer externalisierten, also von ihrem Selbst getrennten, Betrachtung der Diagnosen kommen, was in der Auswertung berücksichtigt werden muss. In der Therapieeinrichtung wird allerdings häufig mit diesen Begriffen gearbeitet, so dass deren Verwendung sinnvoll erschien.

Die Probanden hatten beim Interview zunächst die Möglichkeit die Liste der Elemente um ihnen wichtige Personen zu ergänzen. Beide Probanden nannten dabei Familienmitglieder, Freunde und Personen, mit denen sie im Rahmen der Therapie umgeben waren.

Auch wenn es nicht ganz Kellys Theorie entspricht, wurde bei der Erarbeitung der Konstrukte eine dyadische Befragung, also einem Vergleich zwischen nur zwei Elementen hinsichtlich ihrer Unterschiedlichkeit, gewählt. Dieses Verfahren wird in der Literatur z.B. für die Befragung von Kindern empfohlen um das Verfahren zu vereinfachen (Rosenberger;

---

<sup>9</sup> Die Namen der Probanden sowie der von ihnen genannten Personen, Orte und Einrichtungen wurden zur Anonymisierung geändert.

Freitag, 2009, S. 483). Da die Anwendung Repertory Grid-Methode für diese Arbeit in einem Probeinterview mit einer ADHS-Patientin getestet werden konnte, und dort Schwierigkeiten, insbesondere bei der Einschätzung der verschiedenen vorgegebenen Selbstbilder, auftraten, schien die dyadische Befragung sinnvoll.

In der ersten Frage nach der Unterscheidung von zwei Elementen kommt der Kontrastpol zustande, anschließend wurde die Frage nach dem persönlichen empfundenen Gegenteil gestellt, um den entgegengesetzten Pol des Konstrukts zu erfahren.

Nachdem ausreichend viele Konstrukte gefunden waren, wurden die Jugendlichen gebeten, die Elemente anhand einer auf ganze Zahlen beruhenden Skala von -3 bis 3 zu bewerten, wobei die emergenten Pole mit den positiven und die impliziten mit den negativen Werten eingeschätzt werden sollten. Beide Probanden verstanden die Skaleneinschätzung schnell und hatten keine größeren Probleme damit.

Die Auswertung der Repertory Grids erfolgte mit der Software Idiogrid, wobei die Slater-Analyse und der Self-Identity Plot als Analyseverfahren gewählt wurden.

### **SIG (Bartholomew)**

Bartholomew (1993) beschreibt die Darstellung des von Makhlof-Norris und Jones (1976) entwickelte Konzept der Selbst-Identitäts-Graphik. Demnach setzt sich das Selbstkonzept eines Menschen aus verschiedenen Selbstelementen zusammen. Die drei wichtigsten Elemente sind dabei das aktuelle Selbst (ich, wie ich jetzt bin), das ideale Selbst (ich, wie ich gerne sein möchte) und das soziale Selbst (ich, wie andere mich sehen). Die Identität ergibt sich aus der Überprüfung dieser Selbstelemente auf Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit mit anderen Personen (Bartholomew, 1993, S. 30). Die räumliche Formation dieses Systems lässt sich in der sog. Selbst-Identitäts-Graphik darstellen. Die Elemente werden in einem Koordinatenkreuz, dessen Achsen für die Ähnlichkeit der Nicht-Selbst-Elemente mit dem aktuellen Selbst bzw. dem Idealselbst stehen, nach ihren Distanzen zu den beiden Selbstelementen angeordnet. Die Distanzen variieren zwischen 0 (sehr ähnlich) und 2 (sehr unähnlich). Da Elemente mit einem Abstand von 1 weder als ähnlich, noch als unähnlich empfunden werden, wurde ein Indifferenzbereich zwischen 0.8 und 1.2 festgesetzt. Makhlof-Norris und Norris (1976) haben bei Untersuchungen mit PatientInnen mit psychischen Störungen herausgefunden, dass diese eines der beiden Selbstelemente oft sehr einseitig abgrenzen, es also allen Elementen als unähnlich oder ähnlich definieren (vgl. Bartholomew, 1993, S. 33).

Makhlouf-Norris und Norris formulierten fünf Formen der mangelnden Integration des Selbst, je nachdem wie die Elemente voneinander abgegrenzt werden.

| Bezeichnung   | Darstellungskriterien   | Implikation  |
|---|---|--|
| <b>Selbst-Isolation</b>                                   | keine Elemente innerhalb eines Abstandes $\leq 0.8$ zum Selbst  | Das Individuum definiert, was es nicht ist, nicht was es ist.<br><br>Die Selbstisolierte Person sieht sich unähnlich zu ihren Bezugspersonen                             |
| <b>Idealselbst-Isolation</b>                              | keine Elemente innerhalb eines Abstandes $\leq 0.8$ zum Idealselbst   | Das Individuum definiert, wie es nicht sein möchte, gibt aber keine Definition für sein Idealselbst.   |
| <b>Doppelte Isolation</b><br><b>(Soziale Entfremdung)</b> | maximal 2 Elemente innerhalb eines Abstandes $\leq 0.8$ zum Selbst und zum Idealselbst  | Kombination aus Selbst- und Idealselbst-Isolation.<br><br>Das Individuum nimmt sich nicht nur anders wahr als alle anderen, es möchte auch anders sein als alle anderen. |
| <b>Selbst-Idealselbst-Divergenz</b>                       | Selbst und Idealselbst haben einen Abstand $> 1.2$ , es befinden sich maximal 2 Elemente weiter entfernt vom Idealselbst als das Selbst | Selbst und Idealselbst werden als sich einander ausschließend wahrgenommen.<br><br>Das Individuum sieht sich nicht so, wie es gern sein würde.                           |
| <b>Selbst-Idealselbst-Konvergenz</b>                      | Selbst und Idealselbst haben einen Abstand von $> 0.8$ , es befinden sich maximal 2 Elemente näher am Idealselbst als das Selbst        | Das Individuum sieht sich so, wie es gern sein würde und sieht keinen Anlass zur Veränderung.  |

Tabelle 4 Fünf Formen der mangelnden Integration des Selbst (nach Bartholomew,1993)

### Slater-Analyse

Die von Slater entwickelte Hauptkomponentenanalyse (PCA) bietet die Möglichkeit den wechselseitigen Zusammenhang zwischen Elementen und Konstrukten darzustellen. Die Zeilen und Spalten des Grids werden als Ortsvektoren verstanden und können so räumlich durch Koordinaten auf sog. Hauptachsen dargestellt werden. So können sowohl Elemente als auch die Konstruktpole in einer einzigen Grafik dargestellt werden (Raeithel, 1993, S.54).

Bei der Auswertung mit Idiogrid werden die Konstrukte durch ihre Raumrichtungen anhand von Linien dargestellt und die Elemente als Punkte abgebildet. So lässt sich ablesen, durch welche Konstruktpolen die Elemente von der interviewten Person beschrieben werden.

Elemente, die ähnlich wahrgenommen werden stehen dabei vom Nullpunkt ausgehend in einem spitzen Winkel zueinander, Unähnliche in einem stumpfen Winkel.

Bei der Slater-Analyse lässt ein großer Abstand der Elemente bzw. Konstrukte zum neutralen Nullpunkt auf eine starke Ausdifferenzierung des Konstrukts schließen.

## 7.2. Rekonstruktive Interviewanalyse

Für den zweiten Teil der empirischen Arbeit wurde, nach der Teilnahme der Autorin an einem Workshop bei Dr. Jan Kruse, die Methode der rekonstruktiven Interviewanalyse aus- gesucht. Diese „*integrative texthermeneutische Analyse*methode“ (Kruse, 2009, S. 139 ff.) vereint Aspekte zahlreicher Analyseverfahren<sup>10</sup>. Die Methode ist in den Bereich der rekonstruktiv-hermeneutischen Verfahren einzuordnen. Bedeutsam für die Methode ist rekonstruktive Forschungsprozess, wie er z.B. von Bohnsack (2008) dargestellt wird.

Als theoretische Hintergründe werden für die rekonstruktiven Verfahren unter anderem den phänomenologischen Ansatz nach Schütz (1974, zit. nach Kruse 2009, S. 24), als auch konstruktivistische und hermeneutische Perspektiven herangezogen (vgl. u.a. Flick et. al, 2009, S. 106; Kruse, 2009, S. 18 ff.).

Nach Helfferich und Kruse (2007) sind alle textbasierten rekonstruktiven Analyseverfahren grundsätzlich als hermeneutische, also wissenschaftlich verstehende Verfahren zu begreifen. Um die Ergebnisse nachvollziehbar zu machen, muss die Analyse einer „*methodischen Kontrolle*“ (Helfferich/Kruse, 2007, S.1) unterzogen werden, also auf einem „*ausweisbaren, regelgeleiteten Vorgehen*“ (ebd.) beruhen.

Wichtig ist es dabei die kommunikativen Aspekte der durch Interviews generierten Texte zu beachten und es sich zum Ziel zu machen, deren „*kommunikativen Sinn*“ (Kruse, 2009, S. 140) zu deuten. Laut Helfferich und Kruse (2007) sind der eigentliche Gegenstand der Analyse immer die „*sprachlich-kommunikativen Phänomene*“ (ebd.,S.2) in denen sich der kommunikative Sinn offenbart, nicht etwa die Person an sich oder der von ihr generierte Text. Deshalb die sprachliche Analyse in diesem Verfahren einen besonders hohen Stellenwert, in diesem stark linguistisch geprägten Vorgehen soll lange am Text gearbeitet werden (sog. mikro-sprachliche Analyse, Kruse, 2009, S. 144). Die sprachlichen Phänomene sollen dabei zu-

---

<sup>10</sup> Die wichtigsten von Kruse genannten Verfahren u.a. sind die Gesprächsanalyse (vgl. Deppermann, 1999), die Grounded Theory (vgl. Glaser/Strauss, 2008), objektive Hermeneutik und dokumentarische Methode (vgl. Bohnsack 2008).

nächst beschreibend, also deskriptiv analysiert werden. Dies entspricht auch dem „Prinzip der Verlangsamung“ (ebd., S.145) um vorschnelle Interpretationen zu vermeiden.

Die zentralen Grundsätze der Methode sind das das Prinzip der Offenheit<sup>11</sup> und das Prinzip des Fremdverstehens.

Ersteres bedeutet, dass die forschende Person ihr Hintergrundwissen möglichst zurückstellen muss um keine Hypothesen an den Text zu tragen. Ziel ist es, in umgekehrter Weise Sinn aus dem Text heraus zu generieren (induktives Verfahren). Deppermann beschreibt dies für seine Gesprächsanalyse folgendermaßen:

*„Besonders charakteristische für die Gesprächsanalyse ist ihr Empirieverständnis. Es verlangt vom Forscher seine Fragestellungen, Konzepte und Hypothesen materialgestützt zu entwickeln.“ (1999, S. 10).*

Theorie aus Daten heraus zu generieren ist der Kerngedanke der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (2008). Offenheit bedeutet auch, dem Text mit einer Haltung entgegenzutreten, die verschiedene Lesarten ermöglicht, um verschiedene Interpretationsmöglichkeiten zuzulassen und sich nicht zu schnell auf eine zu fixieren (Kruse, 2009, S.139). Das Prinzip der Offenheit begleitet den Forschungsprozess von Anfang an. Schon bei der Formulierung der Forschungsfrage kann das Hintergrundwissen weitgehend zurückgestellt werden, ebenso ist bei der Vorbereitung und Durchführung von Interviews darauf zu achten, Fragen offen zu formulieren um dem/der ProbandIn genügend Raum zur Entfaltung des eigenen Relevanzsystems<sup>12</sup> (Kruse, 2009, S. 18 ff.; Bohnsack, 2008, S. 21) zu geben. Diese Haltung wird als suspensive oder Verfremdungshaltung bezeichnet (Helfferich; Kruse, 2007, S.1).

Das Prinzip des Fremdverstehens beruht auf der Annahme, dass ein Prozess des Verstehens immer ein Fremdverstehen, also eine „Selbstdeutung fremden Sinns“ (Helfferich/Kruse, 2007, S.1, vgl. Schütz etc.) meint. Das heißt, jeder Mensch versteht die Botschaft eines anderen Menschen dadurch, dass er sie in sein persönliches Relevanzsystem einbettet. Entsprechend ist ein wirkliches Verstehen der Botschaft nie ganz möglich, es gibt lediglich eine Annäherung. Im Alltag beruht diese Annäherung auf dem Gebrauch gemeinsamer „akzeptierter, kommunikativer Basisregeln“ (Kruse, 2009, S. 24). Kontext- und sozialisationsbedingt haben sich Menschen auf die Bedeutung sprachlicher Begriffe geeinigt um eine reibungslose Kommunikation zu ermöglichen. Es muss als nicht nachgefragt werden, was bestimmte Begriffe

---

<sup>11</sup> Häufig wird hierzu der Aufsatz „Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn“ von Christa Hoffmann-Riem zitiert (z.B. Bohnsack, 2008, S.21 f.)

<sup>12</sup> vgl. zur Definition des Begriffs u.a. Schütz, 2003, S. 252 ff..

bedeuten<sup>13</sup>, die Kommunikation ist generell kontextabhängig (sog. Indexikalität) und so situativ verständlich. In der rekonstruktiven Forschung hingegen, soll die forschende Person versuchen, sich von diese akzeptierten Regeln zu lösen um sich so nah wie möglich an die subjektiven Sinnstrukturen des/der InterviewpartnerIn gelangen zu können. Hier zeigt sich die Notwendigkeit des Prinzips der Offenheit und der suspensiven Haltung.

Kruse beschreibt die Konsequenzen, die sich aus dem Problem des Fremdverstehens für die forschersische Praxis ergeben sehr treffend:

*„Wenn wir keine andere Möglichkeit haben, als nur mit unserem eigenen Relevanzsystem zu verstehen, ist es notwendig, soweit wie möglich zu versuchen, unser eigenes Relevanzsystem zwar nicht zurückzustellen, dies ist nicht möglich, aber zurückzunehmen“ (2009, S. 25).*

Dies wird durch Selbstreflexion ermöglicht. Die forschende Person muss sich ihr Relevanzsystem bewusst machen, um nicht vorschnellen Interpretationen aufzusitzen, aus dem Glauben heraus etwas schon zu kennen. Die Unterschiede in Sprache und den „*Interpretationsrahmen*“ (Bohnsack, 2008, S.20) zwischen ForscherIn und ProbandIn müssen sich vergegenwärtigt werden. Neben einer offenen Haltung für das fremde Relevanzsystem ist eine ständige Kontrolle (im Sinne eines reflektierten Überprüfens) der Deutungen wichtig. In der Literatur wird dies als methodische Kontrolle bezeichnet (ebd.).

Der Ansatz der Sequenzanalytischen Auswertung ist ein weiteres Grundprinzip der Methode (vgl. Deppermann, 1999, S. 53 ff.). Das heißt, dass das Material sequenziell Wort für Wort, Satz für Satz chronologische Ausgewertet wird. Die chronologische Vorgehensweise ist dabei wichtig. Kruse erklärt dies so:

*„Zu einem bestimmten Gesprächs- oder Erzählzeitpunkt weiß ich noch nicht, was ich genau zu einem späteren Zeitpunkt erzähle“ (2009, S. 139).*

Der Sinn des Erzählten entsteht also erst sukzessiv im Laufe des Interviews. Bei der Analyse können deshalb frühere nicht mit späteren Passagen erklärt werden.

---

<sup>13</sup> Garfinkel hat dies mit seinen sog. Krisen- oder Brechungsexperimenten dargestellt. In denen hat er Gespräche indexikalisch, also nach der genauen Bedeutung für das Gegenüber fragend, geführt, was für seine Gesprächspartner im Alltag als sehr verwirrend empfunden wurde (vgl. Kruse, 2009, S. 29 f.).

Im Vordergrund der Analyse steht die deskriptive, also rein beschreibende Analyse auf fünf sprachlich-kommunikativen Aufmerksamkeitsebenen (Helfferich; Kruse, 2007, S.4):

1. Interaktion (Welche Art von interaktiver Dynamik gibt es während des Interviews zwischen den GesprächspartnerInnen?)
2. Syntaktik (Welche grammatikalischen Besonderheiten gibt es? z.B. aktiv-passiv Konstruktionen)
3. Semantik (Gibt es Besonderheiten in der Wortwahl und bei sprachlichen Mitteln?)
4. Erzählfiguren und Gestalt (Gibt es Muster im Aufbau von Erzählpassagen?)
5. Inhaltliches Faktengerüst (Was ist der vordergründige Inhalt des Erzählten?)

Erst nach der deskriptiven Analyse wird das Material interpretiert und damit das Relevanzsystem der forschenden Person einbezogen.

### **Vorgehensweise**

Im Folgenden wird die Vorgehensweise anhand der grundlegenden Verfahrensprinzipien (Kruse, 2009, S. 201 ff.) vorgestellt.

### **Datenproduktion: Interviews und Transkription**

Für die Interviews wurde ein kurzer Leitfaden mit Fragen insbesondere zur subjektiven Bedeutung der Diagnosen und zur diagnosebezogenen Biografie entwickelt (siehe Anhang). Dabei wurde versucht, die Formulierung meiner Fragen bzw. Erzählaufforderungen möglichst so zu gestalten, dass sie narrative Erzählpassagen anzuregen, also z.B. „Erzähle mir doch bitte deine ADHS-Geschichte.“. Da es sich nicht um ein offenes Leitfadeninterview handelte, sondern die Fragen gezielt auf den Problemkomplex der Doppeldiagnose abzielten, sind die Interviews eher strukturierend als offen (vgl. Kruse, 2009, S. 70 ff.).

### **Transkription**

Die Interviews habe wurden (grob) angelehnt nach den Regeln des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT) transkribiert (vgl. Deppermann, 1999, S. 119 f.).

In der folgenden Tabelle sind die verwendeten Notationen kurz dargestellt.

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Betonung, Akzent</b>  | das war WIRKlich so (Großbuchstaben, alles andere kleingeschrieben)  |   |
| <b>besonders starke Betonung</b>                               | ge!NAU!  |   |
| <b>Tonhöhen</b>  | ?  | steigend                                |
|  | ,  | schwebend                               |
|  | .  | fallend                                 |
| <b>Dehnungen</b>   | u n d dann (Leerzeichen zwischen den Buchstaben)                     |   |
| <b>Pausen</b>  | (.)  | Mikropause (< 1sek.)                    |
|  | (2)  | Pause mit angegebener Dauer in Sekunden |
| <b>Gleichzeitige Rede, Überschneidungen</b>                    | eingerückter Satz.<br>I: und wie war das so für dich?<br>P: ganz gut |   |
| <b>Stottert, Verschmelzen von Wörtern, schnelle Anschlüsse</b> | ja=ja, so wa=war das   |   |
| <b>Wort- oder Satzabbrüche</b>                                 | und dann wa-   |   |
| <b>Außersprachliche Handlungen, Ereignisse</b>                 | ((hustet)), ((schreibt)), ((lacht))                                  |   |
| <b>Unverständlicher Redebeitrag</b>                            | (?so war?), (??)   |   |
| <b>Anonymisierung</b>  | (Name des Freundes), (Einrichtung 1)                                 |   |

Tabelle 5: Transkriptionsregeln

## Analyse und Interpretation

Die eigentliche Textanalyse läuft in 4 Schritten ab (vgl. Kruse, 2009, S. 201ff.).

### 1. Deskription

Zunächst wird die sog. Sinnstruktur des Textes beschrieben. Der Analyseprozess erfolgt sequenzanalytisch also Abschnitt für Abschnitt, wofür es sinnvoll ist den Text vorher zu segmentieren, also in (sinnvolle) Textstücke aufzuteilen. Bei der Analyse sind auf die oben beschriebenen Ebenen kommunikativer Inhalte (Interaktion, Grammatik, Semantik, Inhalt) zu achten, und Ergebnisse auf diesen Ebenen zu sammeln. Kruse (2009, S. 159) betont die Be-

deutung einer Analysegruppe zum Austausch über Ergebnisse. Die Nutzung einer klassischen Analysegruppe war hier nicht möglich, die Ergebnisse wurden im Laufe des Forschungsprozesses immer wieder anderen Kommilitonen vorgelegt um auf mögliche Ungeheimheiten oder Verständnisprobleme hingewiesen zu werden.

## **2. Strukturierung und Bündelung**

Die gesammelten Analyseergebnisse müssen nun gedeutet und interpretiert werden. Kruse bezeichnet die Interpretationen als verschiedene „*Lesarten*“ (Kruse 2009, S. 203) die formuliert und fixiert werden müssen. Dabei sollen möglichst verschiedene Interpretationsvarianten gesammelt werden, ohne sich zu schnell festzulegen. Hilfreich dabei sind Interpretationsleitpfade (bei Kruse „Analyseheuristiken“), die helfen, die Analysearbeit zu strukturieren. Die Leitpfade sollen nach Kruse als „*konzeptionell ,Scanner‘*“ (ebd., S. 175) verstanden werden, mit deren Hilfe im Text sprachlich-kommunikative Phänomene zu erkennen und „*mit Sinn versehen zu können*“ (ebd., S. 175). Die Interpretationsleitpfade, also Kategorien, die durch die Arbeit am Text mit Inhalt gefüllt werden, bieten also eine Hilfestellung, sich bei der Analyse des Textes zu orientieren und das Material aus verschiedenen Blickwinkeln zu untersuchen. Die Leitpfade sind keines falls als statisch zu betrachten, sie können im Laufe des Analyseprozesses der Sinnstruktur des Textes angepasst werden.

## **3. Strukturierung, Verdichtung und Sicherung der Ergebnisse**

In der Verdichtung der Ergebnisse werden die bisherigen Ergebnisse der sequenziellen Analyse gebündelt. Dazu werden alle Ergebnisse noch einmal betrachtet um sogenannte „*zentrale Motive*“ (Kruse, 2009, S. 156) erkennen zu können. Dabei ist auf die „*Konsistenzregel*“ (ebd. S. 204) zu achten, das heißt, die erarbeiteten zentralen Lesarten müssen immer wieder, auch in unterschiedlichen Zusammenhängen und Variationen im Interviewfall auftreten und lesbar sein.

## **4. Theoretisierung**

Im abschließenden Schritt der Theoretisierung wird die Erarbeitete Sinnstruktur der Einzelfälle in Zusammenhang mit bestehenden Theorien und Konzepten gesetzt und verortet.

## **7.3. Grenzen der Methoden**

Die Grenzen des rekonstruktiven Forschens liegen vor allem im oben beschriebenen Problems des Fremdverstehens. Es ist niemals vollständig möglich das Fremde zu verstehen. Dem kann ein Stück weit entgegen gekommen werden, indem die Problematik des Fremd-

verstehens und das eigene Relevanzsystem im Forschungsprozess reflektiert und akzeptiert werden. Kruse (2009) beschreibt die Notwendigkeit dieser Reflexion etwas zungenbrecherisch:

*„Während wir Forscher am Verstehen des Fremden sind, müssen wir noch zusätzlich unser eigenes Verstehen verstehen, nur wenn wir unser eigenes Forschen beforschen während wir forschen – forschen wir rekonstruktiv.“ (S. 283).*

So kann das eigene Relevanzsystem reflektiert für den Forschungsprozess genutzt werden und stellt keinen Störfaktor dar.

Bei der Repertory Grid Technik kommt hinzu, dass die Interviewperson angehalten ist, die Definitionen der Konstrukte verbal darzulegen, obwohl Kelly in der Theorie angibt, dass es auch unterdrückte oder präverbale Konstrukte gibt (vgl. Pervin, 2000, S. 508). Auch meine Probanden hatten teilweise Schwierigkeiten, die Eigenschaften für die Elemente bei der Konstrukterhebung für sich konkret und treffend zu formulieren.

Methodenunabhängig können sich Einschränkungen in der Aussagekraft der Ergebnisse ergeben, wenn sich trotz Regelgeleitetheit bei ungeübteren ForscherInnen subjektive Verfärbungen oder Unsicherheiten in der Durchführung von Methoden einschleichen.

## **8. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse beider Interviews nacheinander dargestellt und interpretiert.

### **8.1. Nico**

Nico ist 17 Jahre alt und lebt zum Zeitpunkt des Interviews in einer stationären Therapieeinrichtung für suchtgefährdete und süchtige Jugendliche. Er hat bereits mehrere Entzugs- und Therapieversuche hinter sich und lebt seit seinem 15. Lebensjahr in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen. Seine Eltern sind geschieden, seine Mutter lebt mit einem neuen Partner zusammen, seine ältere Schwester lebt bereits allein. Zu seinem Vater hat er selten Kontakt, da dieser sich beruflich im Ausland aufhält.

Die Diagnose ADHS wurde bei ihm im Grundschulalter gestellt, er wird aber erst seit seinem 16. Lebensjahr mit Methylphenidat behandelt.

Nico ist intelligent und hat eine hohe Auffassungsgabe. Ebenso zeichnet er sich durch einen sehr großen Ehrgeiz aus.

Seine Drogenkarriere beginnt nach eigenen Angaben im Alter von 11 Jahren und setzt sich ununterbrochen bis zum Entzug fort. Bei Nico liegt ein multipler Substanzkonsum vor. Während seines ersten Entzugs wird bei ihm ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert.

Während der Therapie wird Nico weiterhin mit Methylphenidat behandelt.

Beim Interview machte Nico einen entspannten und offenen Eindruck. Er interessierte sich für die Grid Technik und hatte den Ehrgeiz, die Matrix komplett auszufüllen. Es ärgerte ihn, wenn ihm bestimmte Formulierungen, insbesondere bei der Generierung der Konstrukte, nicht einfielen. Auf die anschließenden Fragen antwortete er bereitwillig und ausführlich. Das Interview fand in einem Büroraum in der Einrichtung statt.

### **8.1.1.Repertory Grid**

Der Proband wurde gebeten, sich die beiden vorgegebenen Diagnoseelemente ADHS und Sucht als Personen vorzustellen (vgl. Punkt 7.1, S. 36). Nico wählte für die Besetzung der weiteren Elemente vor allem Familienmitglieder und Personen aus seinem näheren Umfeld, wie einen anderen Jugendlichen aus der Therapie und seine beste Freundin, es wurden keine fiktiven Elemente gewählt. Viele der Konstrukte sind Eigenschaften, die in sozialen Interaktionen von Bedeutung sind. Dabei fallen vor allem Pole auf, die soziale Kompetenzen im weiteren Sinne (geben, hilfsbereit/sozial, lieb) und solche die Durchsetzungsvermögen (fordernd, bestimmt, sich behaupten können) darstellen. Diese beschreiben teilweise Gegensätze (fordernd- gebend).

#### **8.1.1.1. Selbst-Identitäts-Grafik**

In Tabelle 6 wird die Bezeichnung der vier Quadranten des Koordinatensystems der Selbst-Identitäts-Grafik dargestellt.

Bei der SIG von Nico (Abb. 3.) liegen die meisten Elemente im Akzeptanzquadranten, wobei Ideal und Selbst relativ nah aneinander liegen (Abstand Selbst – Ideal = 0.57). Weiterhin finden sich hier der Vater und der Stiefvater, wobei letzterer näher an Selbst und Ideal gelegen ist. Bei allen Elementen im Akzeptanzquadranten handelt es sich um männliche Personen bzw. Selbstanteile.

Es sind keine Elemente im Vorbildquadranten vorhanden.

| Nr. | Bezeichnung | Erklärung  |
|-----|-------------|--|
| I   | Akzeptanz   | Elemente in diesem Quadranten werden sowohl als dem Ideal ähnlich als auch dem Selbst ähnlich beschrieben. |
| II  | Vorbild     | Elemente in diesem Quadranten werden als dem Ideal ähnlich, dem Selbst hingegen unähnlich beschrieben.     |
| III | Konflikt    | Die Elemente in diesem Quadranten werden weder dem Ideal, noch dem Selbst ähnlich beschrieben.             |
| IV  | Ambivalenz  | Die Elemente in diesem Quadranten werden als dem Selbst ähnlich, dem Ideal hingegen unähnlich beschrieben. |

Tabelle 6: Bezeichnung der Quadranten der SIG nach Böker, 1999, S. 83.

Im Konfliktquadranten sind die Elemente Mutter, beste Freundin und Sucht lokalisiert. Mutter und beste Freundin liegen im Indifferenzbereich und nahe am Mittelpunkt der Graphik, das Element Sucht hingegen ist am weitesten von den Elementen Selbst und Ideal entfernt.

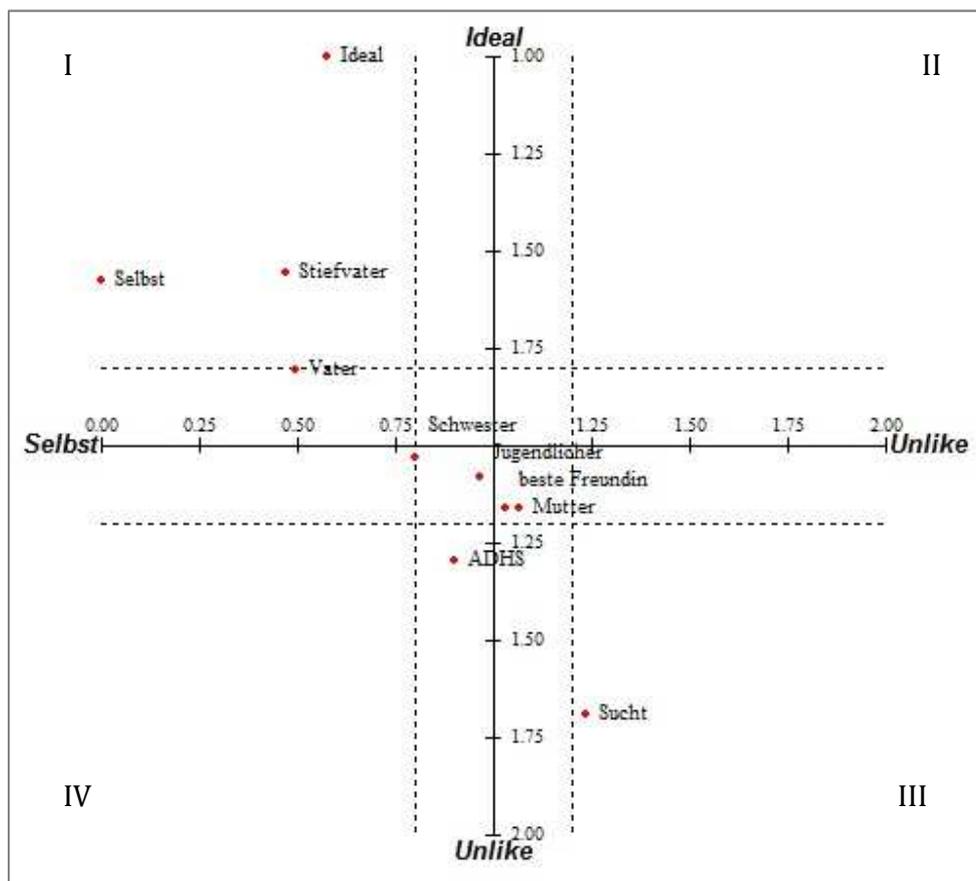


Abbildung 2 – Selbst-Identitäts-Grafik, Nico (Indifferenzbereich = 0.8-1.2).

Das Element ADHS liegt im Ambivalenzquadranten, ebenso die Schwester und ein anderer Jugendlicher in der Einrichtung. Alle drei Elemente sind aber jeweils im Indifferenzbereich (zw. Achsen und gestrichelter Linie) lokalisiert und unterliegen somit keiner überdurchschnittlich starken Bewertung.

Bei Nico ist die bei Makhoul-Norris und Norris (1976) als eine der fünf Formen der mangelnden Integration des Selbst beschriebene Selbst-Idealselbst-Konvergenz festzustellen (Abstand Selbst-Ideal = 0.57 < 0.8 und  $\leq 2$  Elemente näher am Ideal, Stiefvater=0.55, Vater = 0.81 ).

Das Element Sucht ist mit einem Abstand von 1.69 am weitesten vom Ideal entfernt, ebenso vom Selbst mit einem Abstand von 1.24.

### 8.1.1.2. Slater-Analyse

Die zweidimensionale Hauptkomponentenanalyse ist brauchbar, es konnten 75,21 % der Eigenwerte der Konstrukte kumuliert werden und gewähren eine grafische Interpretation (Abb.2).

|      | Eigenvalue | % Variance | Cumulative % |
|------|------------|------------|--------------|
| PC_1 | 157.98     | 42.98      | 42.98        |
| PC_2 | 118.50     | 32.24      | 75.21        |

Tabelle 7 Eigenwert Varianzen nach Slater – Grid Nico

8 der 10 Elemente bilden zwei größere Cluster. Zum einen werden Selbst, Vater und Stiefvater als ähnlich beschrieben, die drei Elemente liegen nahe am Ideal. Diese Gruppe von Elementen werden durch Konstrukteigenschaften wie tolerant, realistisch, nicht besorgt, sich behaupten können beschrieben.

Das zweite Cluster bilden die Elemente Mutter, Schwester, beste Freundin und Jugendlicher (ein weiterer Jugendlicher in der Einrichtung). Diese werden von Nico mit den Eigenschaften naiv, sich nicht behaupten können, lieb, gebend und überbesorgt konstruiert. Insbesondere das Element Mutter wird auch als hilfsbereit/sozial wahrgenommen. Das Element Schwester liegt dabei am nächsten zum neutralen Nullpunkt.

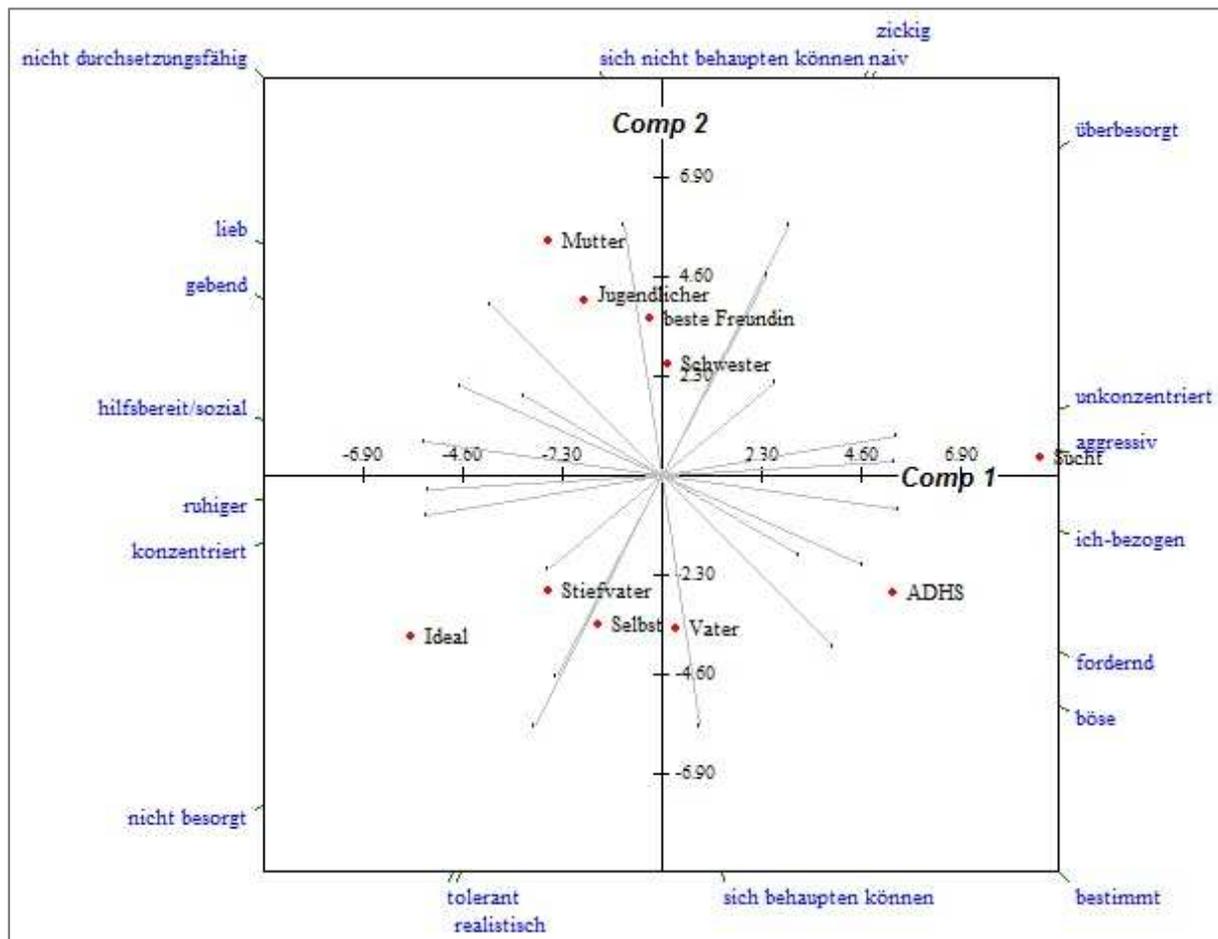


Abbildung 3 Slater-Analyse , Nico (Achsenkalibrierung -9.19 bis 9.19).

Auch hier zeigt sich in den Clustern ein geschlechtsspezifischer Unterschied (Ausnahme anderer Jugendlicher).

Die beiden diagnosebezogenen Elemente Sucht und ADHS liegen außerhalb der beiden Cluster, wobei das Element Sucht am weitesten von den beiden Selbstelementen Selbst und Ideal entfernt ist. Es liegt fast auf der ersten Hauptachse, die fast immer ein Spektrum von Akzeptanz und Abweisung darstellt (Orlik, 1980, nach Raeithel, 1993, S. 55f.). Die Distanz zum Ideal unterstreicht dies. Das Element Sucht liegt weit vom neutralen Nullpunkt entfernt, kann also sehr deutlich von Nico beschrieben werden. Das Element ADHS liegt etwas näher am Selbst, Stiefvater und Vater. Die Diagnoseelemente werden mit Eigenschaften wie aggressiv, ich-bezogen, böse, fordernd und unkonzentriert beschrieben.

### 8.1.1.3. Interpretation (Repertory Grid)

Die Selbst-Idealselbst-Konvergenz deutet laut Bartholomew (1993) darauf hin, dass sich der Proband seinem Ideal sehr nah empfindet und keinen Anlass zur Veränderung sieht, was insbesondere nach erfolgreichen Erlebnissen auftreten kann. Nico steht kurz vor dem Ende

seine Therapie, der ersten, die er nicht vorzeitig abgebrochen hat, dies stellt für ihn ein großes Erfolgserlebnis dar. Er kann sehr gut beschreiben, wer er sein möchte und sieht sich auf dem besten Weg dorthin.

Auffallend sind die geschlechtsbezogenen Gruppierungen in beiden Grafiken. Er sieht seinen Stiefvater und seinen Vater nah an sich selbst und am Ideal. Die beiden erwachsenen Männer haben zum einen eine Vorbildfunktion, zum anderen fühlt Nico sich dieser Gruppe zugehörig. Hier darf nicht vergessen werden, dass Nico sich mit seinen 17 Jahren mitten in der Pubertät und damit in einer Phase der Identitätsfindung befindet und gerade die subjektive Konzeption von Geschlechterrollen eine große Rolle spielt. Die männlichen Elemente werden auch mit landläufig entsprechend konnotierten Konstrukten beschrieben und als bestimmt, fordernd, sich behauptend beschrieben. Gerade sein Ideal ist zudem nicht besorgt und realistisch.

Das weibliche Cluster mit Mutter, bester Freundin und Schwester steht dem direkt gegenüber. Die Eigenschaften hier sind bezeichnend für landläufig schwächere (sich nicht behaupten können, nicht durchsetzungsfähig, naiv) und emotionale (zickig, überbesorgt) Charaktereigenschaften. Ebenso werden die Elemente über soziale Kompetenzen konstruiert (gebend, hilfsbereit/sozial, lieb). Diese treffen zwar auch auf das konstruierte Ideal zu, aber in weitaus geringerem Maße.

Nico zeichnet hier das Bild von starkem Mann und schwacher Frau, wobei er sich selbst als stark männlich wahrnimmt. Den anderen Jugendlichen, für den er wenig Sympathie empfindet (vgl. Transkript Z. 15), sieht er nicht als Mann, sondern als schwach und weiblich. Das dichotome Muster männlich/hart –weiblich/weich ist sehr deutlich zu erkennen.

Die Diagnosen liegen weit von Selbst und Ideal entfernt. Besonders das Element Sucht kann sehr eindeutig beschrieben werden. Ideal und Sucht sind nicht mehr vereinbar. In der fast einjährigen Therapie wurde in Einzel- und Gruppentherapiesitzungen das Thema Sucht sehr umfangreich reflektiert. Das schlechte Bild von der Sucht konnte sich so festigen und wird nun als am wenigsten erstrebenswert wahrgenommen.

Das Element ADHS liegt etwas näher am Selbst. Die Krankheit wird evtl. eher als ein Teil der Persönlichkeit akzeptiert, auch wenn das Selbst noch etwas „ruhiger“ und „konzentrierter“ werden soll.

Die Diskrepanz in der Wahrnehmung beider Diagnosen könnte darin liegen, dass das ADHS sowohl in der Kindheit und Jugend als auch in der Therapie als Krankheit, und damit als un-

verschuldet angesehen wurde. Nico wurde von Ärzten behandelt und begutachtet, durch die medizinisch ausgerichtete Behandlung ist ADHS eine körperliche Krankheit geworden. In der therapeutischen Einrichtung, in der ein absolutes Abstinenzgebot herrscht, wurde er weiter mit Stimulanzien behandelt, da diese von der behandelnden Ärztin verschrieben wurden. Nicht zuletzt wurde auch von den MitarbeiterInnen der Einrichtung ADHS als unverschuldetes Krankheitsbild kommuniziert, wohingegen die Sucht als durch die Therapie ‚steuerbares‘ Verhalten dargestellt wurde.

## **8.1.2.Interviewanalyse**

Die rekonstruktiven Interviewanalyse beschränkt sich auf die Interviewsequenzen die anhand meines Leitfadens nach dem Ausfüllen des Repertory Grids entstanden sind und kann aufgrund des beschränkten Umfangs der Arbeit nur exemplarisch erfolgen. Der Methode entsprechend wird dabei der Fokus stark auf sprachliche Phänomene gerichtet, da *„kommunikativer Sinn nicht nur über das ‚Was‘, sondern eben gerade über das ‚Wie‘ generiert wird.“* (Kruse, 2009, S. 201). Neben der Analyse wird hier auch der Interviewverlauf dargestellt.

### **8.1.2.1. Darstellung der Analyseergebnisse**

Nico wirkt während des Interviews zwar offen und ausgeschlossen, er spricht aber sehr schnell. Teilweise hat sein Sprachstil etwas Abgehacktes, Telegramartiges. Häufig zählt er Dinge auf oder stellt Abläufe und Entwicklungen chronologisch dar.

Sein Sprachmodus ist eher heterogen, er spricht Hochdeutsch, bringt vereinzelt Fachbegriffe an, zeitweise wechselt er zur Jugendsprache.

#### **ADHS Diagnose und Behandlung**

Nico benennt den Zeitpunkt der Erstdiagnose mit *„als ich in der dritten klasse war“* (Z. 306). Er berichtet von Symptomen im schulischen Zusammenhang. Er formuliert sie zunächst im Präsens indirekt auf sich selbst bezogen: *„bis dahin steht dann immer schön in meinen zeugnissen drin unkonzentriert unaufmerksam HIBbelig und sowas alles“* (Z. 307 f.). Er wertet diese schriftlichen Aussagen über sich ironisch (*„schön“*). Den Folgesatz leitet er mit ‚also‘ ein, er zeigt also eine Konsequenz. Hier formuliert er die Symptome auf sich bezogen im Indikativ: *„also war ich als kleiner junge quengelig und stressig und nervig und brauchte immer aufmerksamkeit und musste immer was machen. und hab viel rumgeschrien und wollt ich durchsetzen“* (Z.308 ff.). Durch die Verbindungen mit ‚und‘ wird hier die Menge der genannten Eigenschaften und Verhaltensweisen deutlich. Medikamente bekam er damals nicht, erst als er

sechszehn war wurde laut Nico in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erneut eine Diagnose gestellt und eine Medikation.

Erneut gibt er Beispiele für Symptome an, die Diagnose selbst wird mit „das“ (Z. 313) umschrieben. „naja, das hat sich halt auch gezeigt in irgendwelchen aktionen“ (Z. 313), die Agency (Handlungsmacht) liegt hier beim ADHS. Er konkretisiert: „schnell=schnelles ausrasten. äh einfach nicht auf eine aufgabe oder eine tätigkeit die ganze zeit konzentrieren können. tausend andere gedanken immer im kopf haben.“ (Z. 314 ff.). Nicos Ausdruck ist hier kurz und fast abgehackt, er zählt infinitive Verbformen auf, ohne diese auf sich oder eine andere Person zu beziehen.

### **Reaktionen des Umfeldes auf ADHS**

Nico beschreibt, dass sein familiäres Umfeld bis auf seine Mutter, von seiner Krankheit „gestresst“ (Z. 322) war. Dabei sind seine Sätze teilweise unvollendet und er gibt an, keine genaueren Angaben machen zu können. Seine Mutter habe „immer das gemacht was ich dann auch WOLLte.“ (Z. 318). Das ‚immer‘ betont einen dauerhaften Zustand. Als Grund nennt Nico hier die gleiche Formulierung, wie bereits bei der Beschreibung der ADHS (vgl. Z. 308): „weil ich ja der kleine junge war, der immer viel aufmerksamkeit brauchte“ (Z. 319).

Nico sagt, dass sich das ADHS auf seine Noten in der Schule auswirkte. Er formuliert dies für seine Person passiv, die Agency liegt erneut bei der nicht wörtlichen genannten Diagnose: „ähm, das hat sich auf meine NOten ausgeübt.“ (Z. 324). Als Folge beschreibt er Frustration und Unlust, darauffolgend Drogenkonsum. Die Konjunktion „weil“ (Z. 325) weist auf einen kausalen Zusammenhang hin und das mehrfach benutzte Adverb „dann“ (Z. 325, 326, 327) zeigt die darauffolgenden Vorgänge: „dann hatt ich keinen bock mehr auf schule. später dann natürlich zu den drogen gegriffen“ (Z.326).Nico nutzt hier aktive Satzkonstruktionen.

### **Bewältigung**

Noch in der Antwort auf die Frage nach der Reaktion des Umfelds auf die ADHS geht Nico auf seinen Drogenkonsum ein (Z. 326 ff.). Nachdem er „keinen bock mehr auf schule“ hatte, habe er „natürlich zu den Drogen gegriffen“(Z. 326). Als Folge aus dem Drogenkonsum gibt Nico an, „schön ruhig“ (Z. 327) geworden zu sein. Er nutzt den Begriff „SELBSTmedikation“ (Z. 327).

Darüber hinaus sagt er bereits vor dem eigentlichen Interview (Z.304), dass seine Tabletten ihm helfen. Dies wiederholt er auch im Interview auf Nachfrage: „ja. helfen IMmer noch.“ (Z. 330). Die Adverbien ‚immer noch‘ zielen hier auf eine anhaltende Zeitdauer ab.

Auf die Frage, was außer der Medikation geholfen habe, antwortet Nico „*KIFFEN! (.) Nee, eigentlich nicht wirklich.*“ (Z. 322). Die Angabe des Drogenkonsums formuliert er hier leicht ironisch-scherzhaft, und nimmt sie anschließend zurück. Die Phrase ‚nicht wirklich<sup>14</sup>‘ ist dabei von der Verneinung her nicht ganz so strikt, wie ein ‚Nein‘.

Er sagt dazu „*ich habs auch nie anders probiert also, also nich=nicht wirklich*“ (Z.332). Unklar ist, ob sich die Formulierung hier auf die Medikation oder den Cannabiskonsum bezieht.

### **Subjektive Definition von ADHS**

Nico behält auch bei der Beantwortung dieser Frage seinen abgehackten Stil bei. Er nennt dabei voll allem Adjektive, die seine Wahrnehmungen beschreiben sollen, durch weitere Angaben konkretisiert er diese. „*UNkontrolliert. teilweise. also beWegungen. sowas wie zappelfritz (so extrem?), irgendwie so nervös.*“ (Z. 344). Nico nutzt hier keine vollständigen Sätze, sondern reiht verschiedene Worte und Konstruktionen (Adjektive, Adverbien, Ellipsen) aneinander. Dieser Stil zieht sich durch den gesamten Absatz.

Anschließend nutzt Nico ein Beispiel, das er in der ersten Person Singular, also aus seiner Perspektive beschreibt: „*war ich zum beispiel die ganze Zeit ähm wenn ich mich jetzt auf irgendetwas versucht hab zu zum beispiel jetzt mal auf ein blatt, dann kommt ,oh was mach ich n morgen ähm schönes wetter‘ oder sonst was.*“ (Z.345 ff.). Nico formuliert hier seine Gedankengänge, einen inneren Monolog. Er beschreibt seine Gedankensprünge durch eine Kampfmethapher: „*und es kommen tausend neue gedanken geschossen.*“ (Z.347 f.).

### **Sucht**

Nico scheint zunächst überrascht über die Bitte seine gesamte Drogenkarriere darzustellen und gibt an, dass dies Zeit in Anspruch nehmen würde (Z. 361 ff). Seine Erzählung gliedert sich in die Phasen Erstkonsum – Sucht – Therapie und zeigt dadurch einen kurvenartigen Aufbau.

Er beginnt mit einer chronologischen Darstellung vom Erstkonsum an. Seine Formulierungen bleiben kurz und abgehackt. Für seinen ersten Drogenkonsum gibt er Gründe an, der Satzbau ist auch hier unvollständig: „*zum ersten mal hab ich das erste mal gekiff. ähm, kumpels, weil cool war, war ich noch klein und die immer was da hatten und ich wollte genauso cool sein. probleme mit der faMILIE und ich fands einfach geil.*“ (Z.367 ff.). Er beschreibt eine positive Wirkung: „*für mich liebe auf den ersten KIFF.*“ (Z.369).

---

<sup>14</sup> vergleiche dazu die Sprachberatung der Gesellschaft für deutsche Sprache:  
<http://www.gfds.de/sprachberatung/fragen-und-antworten/uebersichtsseite/nicht-wirklich/>

In der Darstellung seiner Drogenkarriere nutzt Nico insgesamt sechs Mal die Phrase ‚erstes mal‘ und genaue Altersangaben. Er beschreibt stichwortartig die Erstkonsumsituationen einzelner Substanzen, sowie damit verbundene Ereignisse wie Krankenhausaufenthalte (Z. 373 f.). Die Darstellung erfolgt weniger prozesshaft als schrittweise.

Anschließend beschreibt er sein 16. Lebensjahr das vor allem vom Drogenkonsum geprägt war und letztlich zum ersten Entzug führte: *„ja fünfzehn war dann schon gut absturz. gut verballert nur noch party gemacht. auf alles (.) n scheiß gegeben. jetzt mal so ausgedrückt. äh wollt NUR noch drogen nehmen, wollt NUR noch drauf sein um meinen spaß zu haben. so meine einzige LIEbe irgendwann nur noch. die menschen auch in meinem umfeld waren mir teilweise gleichgültig, nur noch GELD (.) zum ticker, entweder party machen, drogen nehmen, wie auch immer. irgendwie andere sachen, medikamente, ausprobieren um nen turn zu bekommen, ähm und mit fünfzehn dann war mein erster entzug.“* (Z.375 ff.). Hier verändert sich seine Formulierung, er beschreibt diese Zeit eher als Zustand. Nico nutzt zur Betonung die Gradpartikel ‚nur‘ und beschreibt sein Verhältnis zu den Drogen metaphorisch als *„einzige LIEbe“* (Z. 378).

Danach beschreibt er chronologisch die Stationen seiner Therapie: mehrere Entzugs- und Therapieversuche, Rückfälle und Obdachlosigkeit bis zur stationären therapeutischen Einrichtung in der das Interview stattfand.

### **Reaktionen des Umfelds auf die Sucht**

Nico beschreibt die Reaktionen seiner Familienmitglieder und seines Freundeskreises. Während er mit seiner Schwester und seinen Freunden vom Konsum wusste und selbst konsumierte, wusste der Vater und der Rest der Familie nichts davon (Z. 408 ff.). Mit seiner Mutter hatte er Streit und das Verhältnis litt darunter, er beschreibt sie auch als *„besorgt“* (Z. 412). In diesem Absatz zeigt sich verstärkt Jugendsprache, teilweise auch vulgäre Ausdrücke, in Nicos Sprachmodus. Er beschreibt die Reaktion seines Umfelds auf seine eigene Entwicklung bezogen: *„ich wurde immer abgefückter einfach.“* (Z. 411).

Nico beschreibt wie sich die Spannungen zu seinem Umfeld durch seine Gleichgültigkeit verstärkten, er gleichzeitig aber Rückhalt bekam: *„ja. und mir war eigentlich scheißegal was die da sagen und joa und die waren nur noch (.) gefückter auf mich. und gestresster und besorgter und wollten mir aber trotzdem noch helfen“* (Z. 417 ff.)

### Subjektive Definition von Sucht

Nicos Definition von Sucht ist substanzbezogen, er nutzt dabei auch den Fachausdruck „*STOFFgebunden*“ (Z. 421) und konkretisiert durch eine einzeln stehende Verbkonstruktion: „abhängig von einer substanz sein“ (Z. 421). Nico beschreibt Sucht bzw. süchtiges Verhalten in der zweiten Person Singular und gibt der von ihm genannten Substanz eine Machtposition: „*diese substanz hat ne kontrolle über dich, obwohl diese substanz eigentlich gar kein leben hat.*“ (Z.422). Er betont dies als außergewöhnlichen Zustand mit den Konjunktionen ‚obwohl ...eigentlich‘.

Er nutzt zur Erklärung süchtigen Verhaltens eine Bewegungsmetapher: „*und du rennst dieser substanz hinterHER.*“ (Z.423). Nico beschreibt, wie sich dieser Umstand prozesshaft intensivieren kann: „*irgendwann wirds so krass das dir auch scheißegal ist was du dafür machst oder was du dafür machen MUSST.*“ (Z.423 ff).

Letztlich schließt er seine Definition wieder durch eine Verbkonstruktion: „*einfach nicht mehr ohne diese substanz KLARKommen. egal ob jetzt körperlich oder psychisch.*“ (Z. 425 ff.) Er bestätigt am Ende, dass das Gesagte seiner subjektiven Definition entspricht (Z. 426 f.)

### Subjektive Theorien über Ursachen der Sucht

Auf die Frage nach den Ursachen für seine Sucht, geht Nico indirekt auf die Frage nach der Schuld ein: „*kanns jetzt schön auf ANDere schieben, ne.*“ (Z. 430). Anschließend bezieht er sich auf bereits in den vorherigen Antworten genannte Inhalte.

Nico erklärt seine Sucht mit zwei Hauptursachen. Zum einen die Familiensituation und die Erziehung seiner Mutter: „*aber ich glaub n teil trägt dazu bei dass meine ELtern sich als ich klein war getrennt haben. meine mutter hat wie gesagt ähm (.) gar nichts gemacht. hat sie immer äh ja okay HIER kriegste okay ja ähm das hat mir irgendwie gefehlt.*“ (Z.430 ff.). Er gibt hier in direkter Rede seine Mutter wieder.

Zum anderen nennt er ursächlich den Kontakt zu drogenkonsumierenden Jugendlichen und seinen Wunsch nach Akzeptanz und Coolness. Dabei geht er auch auf den Altersunterschied ein. „*ja. und wie gesagt meine KUMpels so, die waren alle ÄLter als ich. die waren auch dreizehn fünfzehn (...). ähm glaub ich schon ziemlich älter wirkte und sowas alles. und äh die haben halt geKIFFT und ich fand halt cool wie gesagt. also. da als ich klein war fand ich s noch cool unnd da wollt ich unbedingt das auch machen.*“ (Z. 435). Seinen Wunsch Drogen zu konsumieren formuliert er hier sehr aktiv. Nico beschreibt letztlich eine Verkettung von Umständen, die er als Grund für seine Sucht angibt: „*kam halt eins zum Anderen.*“ (Z. 440)

### 8.1.2.2. Interpretation

Nicos abgehackter, stichwortartiger Stil in dem er vor allem die Zeit vor der Therapie beschreibt, lässt vermuten, dass er mit seiner Vergangenheit abschließen möchte und nicht lange und ausführlich davon erzählen will. Die Definitionen der beiden Diagnosen formuliert er aber aus seiner Innenperspektive heraus, auf einer Empfindungsebene.

Sowohl das Thema Sucht als auch die Bewältigung der ADHS ist bei Nico sehr stark auf Substanzen bezogen, die er nimmt. Das Motiv ‚Substanz‘ zieht sich durch das gesamte Interview.

Seine ersten Erinnerungen an das ADHS verbindet Nico stark mit dem schulischen Umfeld. Er nennt als allererstes die Beurteilungen aus seinen Zeugnissen und formuliert diese in der Gegenwartsform (Z.307). Die Festschreibung von außen besteht bis heute. Er selbst folgert aus diesen Festschreibungen, dass er entsprechende Eigenschaften verkörpert. Er nennt zu nächst Eigenschaften die er hat, die nach außen wirken. Er meint für andere *„quengelig und stressig“* (Z. 308) und *„nervig“* (Z.309) zu sein. Gleichzeitig formuliert er auch Bedürfnisse, die er damals hatte: *„brauchte immer Aufmerksamkeit und musste immer was machen“* (Z. 309) und die daraus folgenden Verhaltensweisen.

Der Text deutet darauf hin, dass Nico in der Schule Probleme durch das ADHS hatte und entsprechend negative Erfahrungen hatte. Er beschreibt eine Etikettierung mit Eigenschaften durch andere Personen, die er für sich selbst übernimmt. Dies deutet auf eine Stigmatisierung hin.

Nicos Umgang mit der Diagnose ADHS sind substanzbezogen. Da er nach eigener Aussage erst im Rahmen der Therapie mit MPH behandelt wurde, nutzte er vorher (illegale) Drogen um eine für ihn positive Wirkung zu erzielen. Die Verbindung zwischen beiden Diagnosen wird von ihm selbst benannt, er gibt an, *„durch SELBSTmedikation“* (Z. 327) lindernde Auswirkungen auf seine Symptome erzielt zu haben. Auch wenn er den Cannabiskonsum als Bewältigungsstrategie etwas ironisch darstellt (Z. 332), so bestätigt er doch die beruhigende Wirkung. Da er seine stationäre Suchttherapie fast beendet hat, möchte er vermutlich seinen Drogenkonsum nicht als Lösung darstellen.

Für Nico empfindet die Behandlung mit Methylphenidat als positiv wirksam, er beschreibt die Tabletten als hilfreich und das über einen längeren Zeitraum. Er sagt, er würde darüber hinaus keine weiteren Strategien zu unternehmen, auf die Symptome einzuwirken.

Nico hat durch seinen Drogenkonsum gelernt, dass Substanzen positive Auswirkungen haben können, möglicherweise vertraut er auch deshalb ausschließlich auf die Wirkung der

Tabletten. Wahrscheinlich reicht ihm die subjektiv empfundene Verbesserung der Symptome aus, dass er keine weitere aktive Notwendigkeit der Verbesserung sieht.

Die Diagnose ADHS definiert Nico vor allem über seine Gefühlswelt. Sein abgehackter, sprunghafter Sprachstil steht für seine von ihm beschriebenen Empfindungen. Nico verbindet mit der Diagnose vor allem Hyperaktivität, nicht steuerbare Gedankensprünge und Konzentrationsschwierigkeiten.

Die Entwicklung seiner Sucht stellt Nico kurvenartig dar. Zunächst beschreibt er sehr abgehackt und schnell seine ‚Karriere‘, wobei jeder Erstkonsum einer neuen Droge bezogen auf sein Alter genannt wird. Nico erklärt hier, wie schnell er auch zu harten Drogen griff. Er nennt als Hauptgrund für seinen allerersten Drogenkonsum einen Gruppendruck, er wollte *„cool sein“* (Z. 368 f.) wie die älteren Bekannten, die bereits konsumierten. Die positive Wirkung und Familienprobleme bestärkten ihn, weiterhin Drogen zu konsumieren. In seiner Darstellung beschreibt Nico jedes weitere ‚erste Mal‘. In Zusammenhang mit den älteren Freunden könnte vermutet werden, dass der Erstkonsum für Nico eine Art Initiation bedeuten könnte. Der Konsum war das Aufnahme ritual in ein Umfeld, von dem er akzeptiert werden wollte.

Anschließend stellt er, ohne wörtlich eine Diagnose zu nennen, seine Abhängigkeit dar. Dabei steht im Vordergrund, wie er dem Drogenkonsum die Priorität vor anderen Dingen gegeben hat und ihm Familie und Umfeld gleichgültig wurden. Nico bezeichnet sich selbst als *„abgefickt“* (Z.411) und benennt die Reaktion seiner Mitmenschen mit *„die waren nur noch gefickter auf mich“* (Z. 418), er hat sein Umfeld also mehr und mehr gegen sich aufgebracht. Das Verhältnis zu seiner Mutter bezeichnet er als kaputt. Die Motivation zur Therapie musste in Nico selbst heranreifen, damit er eine längerfristige Therapie ohne Rückfall durchhalten konnte.

Im Vordergrund bei Nicos Definition von Sucht, die er ausschließlich auf Substanzen bezieht, steht die zunehmende Priorität des Drogenkonsums im Alltag. Außerdem betont er die steigende Bereitschaft, für die Drogen Opfer zu bringen und letztlich den Alltag nicht mehr ohne Drogen meistern zu können. Er formuliert, dass die Substanz *„konTROLLE“* (Z. 422) über einen hat, er selbst gibt die Kontrolle über sein Leben an eine wie er sagt leblose Substanz (Z. 422).

Nico beschreibt mit dem Drang immer mehr Drogen zu nehmen, die Kontrolle an die Droge abzugeben und sie zum Hauptinhalt des Lebens zu machen sowie der Unfähigkeit, das Leben

ohne Drogenkonsum zu meistern die Symptome eines Abhängigkeitssyndroms. Er legt sich dabei nicht auf eine bestimmte Droge fest, vermutlich da er selbst mehrere Substanzen kombiniert hat.

Nico sieht die Ursachen seiner Sucht zum Einen in seiner Familiensituation. Neben der Trennung seiner Eltern habe die wenig konsequente Erziehung durch seine Mutter dazu geführt, dass ihm etwas fehle (Z. 432 f.). Als zweiten Grund gibt er an, dass er zu seinen älteren, konsumierenden Freunden dazugehören und „cool“ (Z. 438) sein wollte. Seinen ersten Drogenrausch empfand er als positiv. Die darauffolgende Suchtentwicklung hat für ihn etwas Schicksalhafteres: „eins kam zum anderen“ (Z. 440).

### **8.1.3. Fazit Nico**

Das in der Auswertung des Repertory Grid auffällige Motiv des Spannungsfelds männlich-weiblich zeigt sich in der Interviewanalyse eher implizit. Nico möchte zu älteren, vermutlich männlichen „Kumpels“ (Z. 435) dazugehören, der Drogenkonsum verspricht Coolness, also eine eher maskulin konnotierte Eigenschaft. Der starke Gegensatz zeigt sich in der Darstellung der Mutter. In der Repertory Grid Analyse wird sie als eher schwach dargestellt, im Interview wird Nico konkret und bezieht dies vor allem auf ihren Erziehungsstil. Er macht sie mit für seine Entwicklung verantwortlich.

In der Repertory Grid Analyse wird deutlich, dass Nico sich von beiden Diagnosen eher distanziert. Das ADHS wird dabei nicht ganz so weit vom Selbst entfernt dargestellt wie die Sucht.

In den Monaten der Therapie hat Nico seine Abhängigkeit reflektieren können, ein drogenfreies Lebenskonzept ist für ihn in den Vordergrund gerückt. Er hat damit für sich eine positive Veränderung bewirkt und ein Ziel erreicht. In der Vergangenheit sieht Nico die negativen Aspekte der Sucht unter anderem darin, dass er seine Mitmenschen enttäuscht und sich selbst negativ entwickelt. Sein Verhalten seiner Mutter gegenüber bereut er heute (Z. 434 f.)

In dieser Wahrnehmung liegt vermutlich auch eine Selbststigmatisierung. Dadurch, dass er sich an seinen neuen Zielen orientiert, kann er diese womöglich ein Stück weit überwinden.

Bezüglich der ADHS liegt eine Stigmatisierung im schulischen und familiären Kontext vor. In der Repertory Grid Analyse ist auch diese Diagnose eher negativ besetzt, wenn auch nicht ganz so stark, wie die Sucht. Er sieht die Medikation als geeignete Bewältigungsstrategie an und sieht darüber hinaus keinen Handlungsbedarf in dieser Hinsicht.

## **8.2. Tobias**

Das Interview mit dem 19-jährigen Tobias findet am letzten Tag seines Aufenthaltes in der stationären Therapieeinrichtung statt. Am darauffolgenden Tag ist er in ein betreutes Wohnprojekt zur Reintegration umgezogen, wo er auch eine Berufsausbildung anfangen will.

Tobias' Mutter ist früh gestorben, der Kontakt zu seinem Vater bestand nicht immer, wurde aber im Rahmen der Therapie aufgebaut, ebenso zu seinem Bruder. Tobias hat lange in verschiedenen Unterbringungsformen (Heim, Pflegefamilie, betreutes Einzelwohnen) gelebt, bevor er die stationäre Therapie begann.

Bei Tobias wurde die Diagnose ADHS im Grundschulalter gestellt, auf eine Medikation mit MPH aber verzichtet. Während der Drogentherapie wurde die Diagnose erneut gestellt. Zu dem Zeitpunkt war Tobias bereits volljährig weshalb eine Medikation mit MPH offiziell nicht mehr möglich war. Eine Medikation, die von der Psychiaterin versuchsweise als off-label-use veranlasst wurde, hat Tobias nach wenigen Tagen abgebrochen.

Tobias hat nach eigenen Angaben von seinem 14. bis 18. Lebensjahr hauptsächlich Cannabis konsumiert. Bei ihm wurde ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert.

Vor dem Interview freute sich Tobias mich nach meinem Praktikum wieder zu sehen und berichtete mir zunächst von allen Veränderungen in der Einrichtung, seine persönlichen Therapiefortschritte und zeigte mir stolz seine neuen Graffiti-Bilder, die er auf Leinwänden in seinem Zimmer sammelt.

Er freute sich auf das Interview und war bereit mir Auskünfte zu geben. Tobias schlug vor, das Interview in seinem Zimmer durchzuführen, da es dort ruhiger sei als im Büro.

Während des Interviews war er sehr konzentriert und füllte das Grid gewissenhaft aus. Er hatte bei der Konstruktevekation Formulierungsschwierigkeiten. Bei der Bewertung der Elemente hinsichtlich der Konstrukte, versicherte er, das Skalierungsprinzip verstanden zu haben. Die Fragen im Nachhinein beantwortete er offen.

### **8.2.1.Repertory Grid**

Der Proband wurde gebeten, sich die beiden vorgegebenen Diagnoseelemente ADHS und Sucht als Personen vorzustellen (vgl. Punkt 7.1, S. 36). Tobias sucht bei der Elementauswahl vor allem Familienmitglieder, darunter auch seine verstorbene Mutter, Personen aus seinem

Freundeskreis und dem Therapiealltag aus. Zu den Elementen gehören auch seine Freundin und seine Bezugsbetreuerin. Die Konstrukte die er gewählt hat, sind zumeist verhaltens- bzw. handlungsbezogen und stellen weniger charakterlicher Zustandsbeschreibungen dar. Einige der Konstrukte sind dabei konkret auf praktische Tätigkeiten ausgelegt (handwerklich begabt - unprofessionell, hochkonzentriert - unaufmerksam, fleißig- faul) andere beschreiben Verhalten bezüglich Entscheidungen bzw. Gestaltung von Lebensweisen (zielsicher - Egalhaltung, vernünftig - unvernünftig, achtsam- vergesslich). Es sind auch Konstrukte verstreut, die soziale Interaktionen beschreiben (freundlich - unhöflich, selbstbewusst - schüchtern).

### **8.2.1.1. Selbst-Identitäts-Grafik**

Die Selbst-Identitätsgrafik für Tobias ist in Abbildung 4 dargestellt.

Die vier Quadranten des Koordinatensystems werden im Uhrzeigersinn links oben beginnend mit Akzeptanz (I), Vorbild (II), Konflikt (III) und Ambivalenz (IV) bezeichnet (vgl. 2.1.1.1.).

Neun von zehn Elementen liegen hinsichtlich der Y-Achse, also der Ideal-Selbst-Achse im Indifferenzbereich. Es gibt keine Elemente, die einen kleineren Abstand als 0.8 zum Ideal haben. Der Abstand zwischen Selbst und Ideal beträgt 0.95. Nach Bartholomew liegt bei Tobias eine Idealselbst-Isolation vor.

Die Elemente Vater (0.40), Mutter (0.56) und Bezugsbetreuerin (0.60) liegen nahe am Selbst, die Elemente Kumpel (1.22) und ADHS (1.12) sind am weitesten vom Selbst entfernt.

Die Elemente Bruder, Freundin und Sucht befinden sich im Indifferenzbereich (0.8 - 1.2) Das Element Kumpel liegt knapp im Vorbildquadranten. Das Element ADHS ist im Konfliktquadranten lokalisiert. Es ist mit einem Abstand von 1.36 am weitesten vom Ideal entfernt

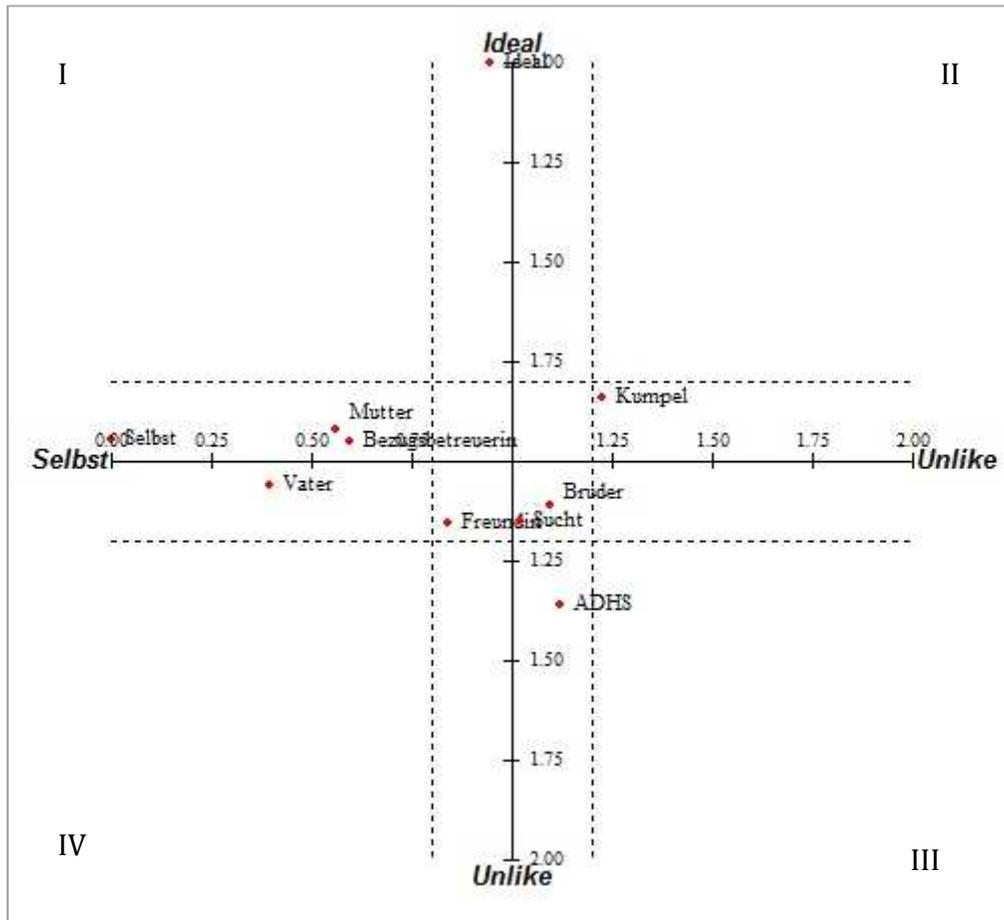


Abbildung 4: Selbst-Identitäts-Grafik, Tobias (Indifferenzbereich = 0.8-1.2).

### 8.2.1.2. Slater-Analyse

Erst ab einer Hauptkomponentenanalyse in drei Dimensionen können ausreichend viele Eigenwerte der Konstrukte kumuliert werden, um eine ausreichend gute grafische Interpretation zu gewährleisten. Bei der Analyse werden deshalb je zwei Dimensionen in einer Grafik (Abb.5-7) abgebildet.

|      | Eigenvalue | %Variance | Cumulative % |
|------|------------|-----------|--------------|
| PC_1 | 165.38     | 30.45     | 30.45        |
| PC_2 | 134.50     | 24.76     | 55.21        |
| PC_3 | 121.79     | 22.42     | 77.63        |

Tabelle 8 Eigenwert Varianzen nach Slater – Grid Tobias

Die Idealselbst-Isolation aus der SIG wird auch in den Abbildungen der Slater-Analyse deutlich: in allen drei Perspektiven ist das Ideal von anderen Elementen entfernt lokalisiert. Es

wird durch Konstruktpole wie achtsam, freundlich, (Abb. 4), egoistisch (Abb. 5), bekannt, hochkonzentriert (Abb.6) beschrieben.

Auch das Element Kumpel ist in allen Dimensionen verhältnismäßig isoliert, und dabei weit vom Selbst entfernt. Es wird als faul, chaotisch, vergesslich, unprofessionell beschrieben. Das Element Mutter liegt in allen drei Dimensionen relativ nah am neutralen Nullpunkt, es wird also nicht sehr differenziert konstruiert.

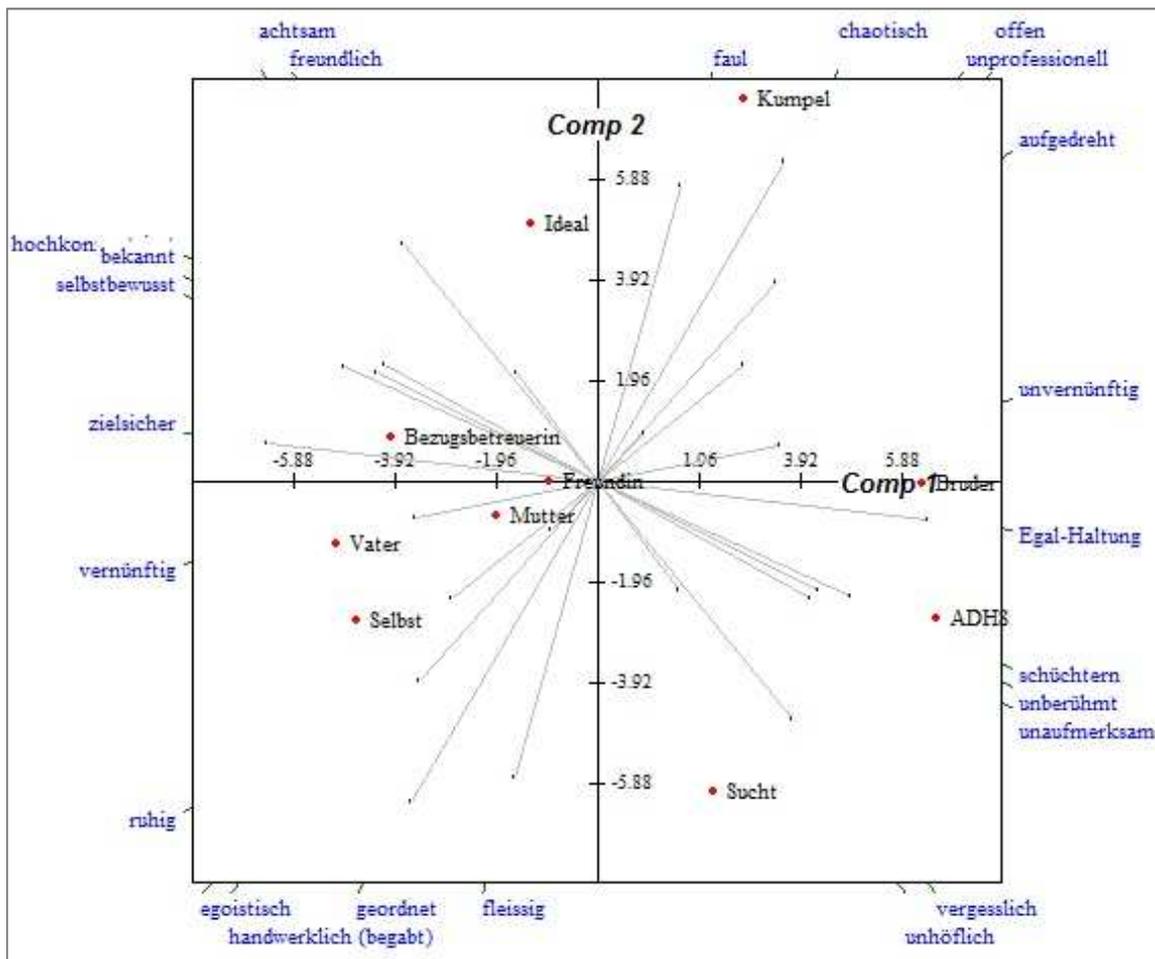


Abbildung 5 Slater-Analyse Tobias, Dimension 1 vs. 2 (Achsenskalierung -7.84 bis 7.84)

Die diagnosebezogenen Elemente ADHS und Sucht liegen ebenfalls weit von den anderen entfernt, wobei das Element ADHS (unaufmerksam, unberührt, Egal-Haltung, schüchtern) relativ nah am Element Bruder gelegen ist. Das Element Sucht (fleißig, unhöflich, vergesslich) hingegen ist isoliert.

Das Selbst liegt am nächsten zum Vater und ist damit in die Gruppe der Elemente Vater, Mutter, Freundin, Bezugsbetreuerin eingebettet.

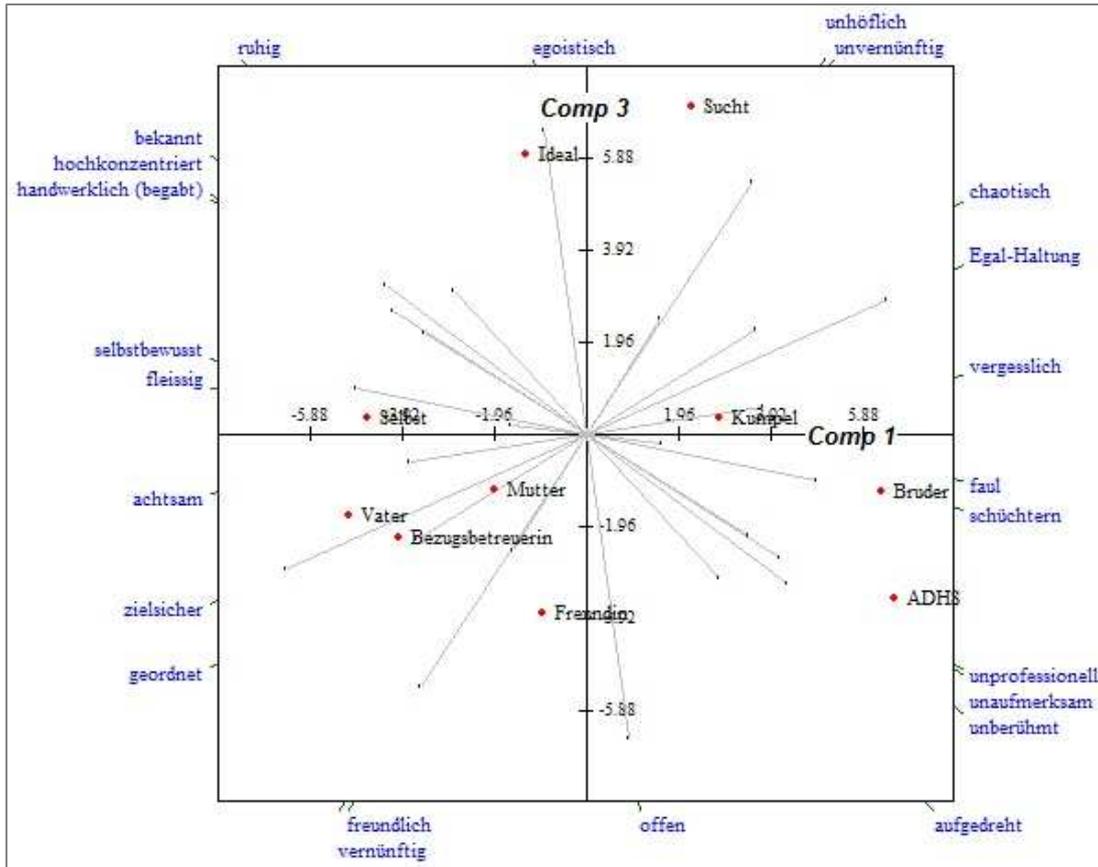


Abbildung 6 Slater-Analyse Tobias, Dimension 1 vs. 3 (Achsenkalierung -7.84 bis 7.8)

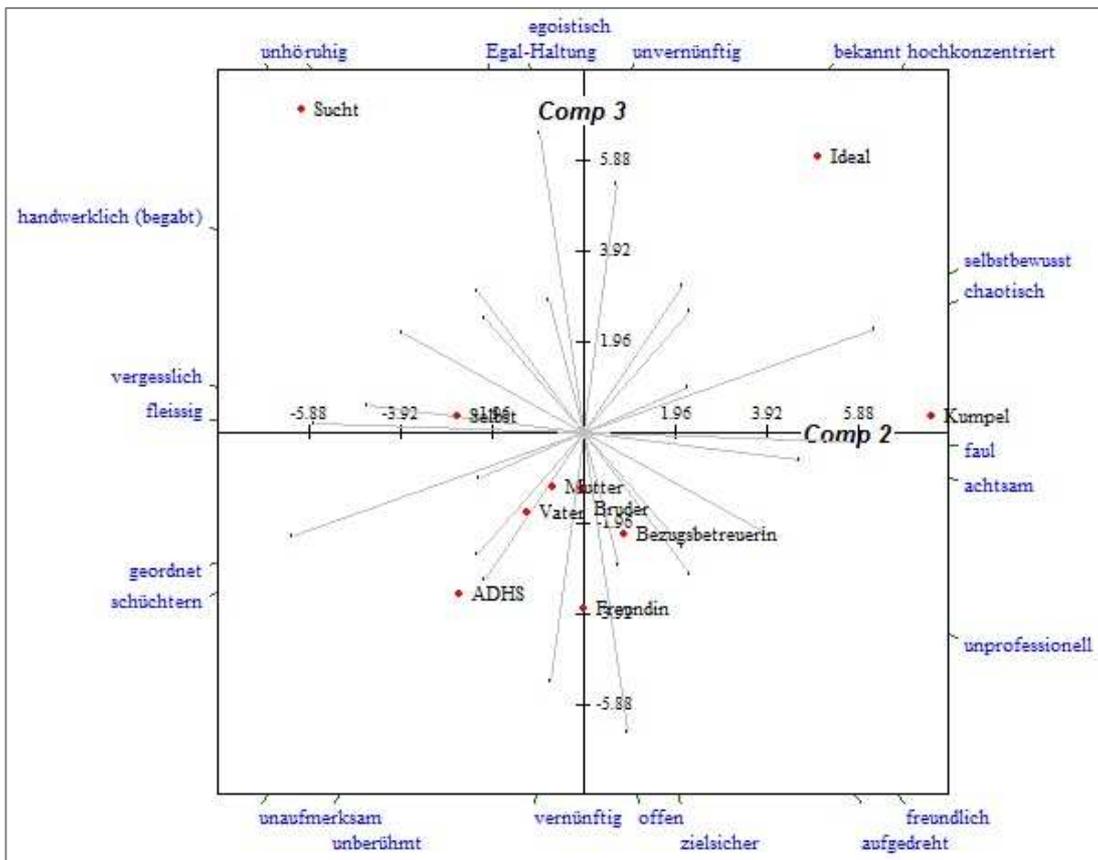


Abbildung 7 Slater-Analyse Tobias, Dimension 2 vs. 3 (Achsenkalierung -7.84 bis 7.84)

### 8.2.1.3. Interpretation (Repertory Grid)

Die Idealselbstisolation deutet darauf hin, dass Tobias sich seinem Ideal als nicht sehr ähnlich empfindet. Er gibt keine Personen an, die seinem Ideal ähnlich sind. Das Ideal selbst kann aber anhand der Konstrukte beschrieben werden.

Dies hängt vermutlich mit dem Zeitpunkt des Interviews zusammen: Tobias ist am letzten Tag seiner stationären Therapie, hängt zwischen seinem Leben als Süchtiger und einer Chance ein neues Leben zu beginnen. Damit steht er an einem wichtigen Wendepunkt, an dem seine Entwicklungsmöglichkeiten vielfältig vor ihm liegen. Neben der Neugierde auf das Leben außerhalb des geschlossenen therapeutischen Settings, kann der Ausblick auf diese wiedergewonnene Freiheit verunsichern und einschüchtern. Während der Therapie wird häufig reflektiert, dass die eigentliche Herausforderung des Genesungsprozesses das „clean-bleiben“ nach der Therapie ist. Bewältigungsstrategien für alltägliche Probleme, auf die vorher mit Drogenkonsum reagiert wurde, müssen neu gelernt und angewandt werden: Der wirklich schwierige Teil der Therapie beginnt erst.

Beide Diagnoseelemente werden eher negativ gewertet. In der SIG liegt das Element Sucht im Indifferenzbereich, Tobias kann die Sucht nur schwer bewerten, hinsichtlich der Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit zu den Selbstelementen, wahrscheinlich steht er ihnen ambivalent gegenüber. Er kann sie durch Eigenschaften gut beschreiben (vgl. Slater-Analyse), dabei haben das Selbst und die Sucht einige Eigenschaften gemein.

AHDS hingegen liegt bei der SIG im Konfliktquadranten, für ihn scheint die Krankheit ein ungeliebtes Übel zu sein, mit dem er sich selbst nicht identifizieren möchte. Dies zeigt sich auch in der Slater Analyse durch die Beschreibung des ADHS durch negativ konnotierte Eigenschaften.

Die Freundin wird von Tobias nicht eindeutig beschrieben und liegt im Indifferenzbereich bzw. nahe dem neutralen Nullpunkt. Sie scheint zum gegebenen Zeitpunkt keine große Rolle in Tobias Leben zu spielen. Der Kumpel wird als eine Person dargestellt, die sich zwar stark vom Selbst unterscheidet, aber dabei weder negativ noch stark positiv dargestellt wird.

Tobias sieht sich selbst seinem Vater am ähnlichsten, wobei dieser nicht unbedingt eine Vorbildfunktion hat. Beide haben während der Therapie Kontakt, wobei Konflikte und gutes Auskommen sich abwechseln. Durch den Tod seiner Mutter und das weniger gute Verhältnis zu seinem Bruder, stellt der Vater für den Jugendlichen eine wichtige Bezugsperson im familiären Umfeld dar. Die Nähe vom Selbst zu den Eltern zeigt, dass für Tobias der familiäre

Kontext wichtig ist, obwohl er getrennt von ihnen aufgewachsen ist (vgl. Interviewanalyse). Tobias hat Schwierigkeiten seine Mutter einzuschätzen: „*das probLEM is (.)meine MA is nich mehr.*“ (Z. 292), er beschreibt sie aber mit positiven Eigenschaften. Zu seiner Bezugsbetreuerin hat Tobias ein inniges Verhältnis, wie an der Nähe zum Selbst und zum Element Mutter zu sehen ist. Er schätzt an ihr besonders ihre Vernunft und Zielsicherheit. Die Bezugsbetreuerin ist damit in eine Gruppe von Erwachsenen integriert, die für Tobias wichtig sind und die ihm nahe stehen. Die von ihm gewählten Elemente treten in beiden Analysen tendenziell nach Alter gruppiert auf, es gibt ein Erwachsenen-Cluster, zu dem er sich zugehörig empfindet, gleichaltrige Elemente sind eher entfernt. Diese Aufteilung ist ein Hinweis darauf, dass das Ende der Therapie, also der oben beschriebene Wendepunkt für Tobias, ein wichtiger Schritt im Prozess des Erwachsenwerdens ist.

Diese Problematik ist auch in der Wahl der Konstrukte dieser Prozess nachzuvollziehen: Die Sucht, die sich durch die Egal-Haltung und Unvernunft auszeichnet liegt bereits hinter dem Selbst, das sich eine Reihe Erwachsener einreicht, deren Attribute Zielsicherheit und Vernunft sind, was besonders in Entscheidungsprozessen wichtig ist. In Zukunft wird Tobias in einem Leben nach der Therapie immer wieder alleine Entscheidungen treffen müssen und er orientiert sich in dieser Hinsicht an Erwachsenen die dies seiner Meinung nach auf eine vernünftige Weise tun.

Die Wahl der Konstrukts bekannt – unberührt zielt vermutlich auf Tobias Hobby Graffiti sprühen ab, wobei ihm die Akzeptanz und Anerkennung Anderer sehr wichtig ist.

## **8.2.2. Interviewanalyse**

Die rekonstruktiven Interviewanalyse beschränkt sich auf die Interviewsequenzen die anhand meines Leitfadens nach dem Ausfüllen des Repertory Grids entstanden sind und kann aufgrund des beschränkten Umfangs der Arbeit nur exemplarisch erfolgen.

### **8.2.2.1. Darstellung der Ergebnisse**

Die auffallendsten sprachlichen Besonderheiten im Interview sind das Erzählmuster des inneren Dialogs und der häufig wieder auftretende Wechsel zwischen Aktiv- und Passivkonstruktionen. Dabei konstruiert Tobias einzelne Absätze teils mit wechselnden Personalpronomen.

Seine Darstellungen sind häufig prozesshaft und weisen eine narrative Grundstruktur auf. Konjunktionen („dann“) deuten auf chronologischen Ablauf bzw. Zusammenhänge hin.

Tobias wiederholt sehr häufig die Fragestellung vor der Beantwortung. Dabei übernimmt er häufig den Wortlaut der Fragestellungen. Ebenso schließt er Sätze häufig mit Fragepartikeln oder bestätigt das Gesagte mit einem „ja“.

Der Proband nutzt häufig konkrete Beispiele um Sachverhalte zu erklären und bildhaft darzustellen, wie eine Unterrichtssituation und einen Konzertbesuch zum ADHS oder eine Festnahme bezüglich der Sucht. Auch Redewendungen und Metaphern treten auf.

Der Sprachmodus ist Hochdeutsch, bezüglich des ADHS versucht Tobias Fachvokabular mit anzubringen.

Im Folgenden werden die thematischen Punkte des Interviews dargestellt und sprachliche Besonderheiten aufgezeigt. Die Reihenfolge entspricht dem Ablauf des Interviews.

### **ADHS Diagnose und Behandlung**

Tobias stellt den Diagnose- und Behandlungsverlauf chronologisch dar, und beginnt mit der Diagnosestellung im Kindesalter. Damals sollte er medikamentös behandelt werden, Tobias entschied sich aufgrund des Rates seines Vaters dagegen. Vor einem dreiviertel Jahr wurde die Diagnose erneut gestellt, diesmal äußerte Tobias den Wunsch nach einer Medikation.

Dabei zeigt sich eine Veränderung in den aktiv-passiv Konstruktionen. Den früheren Diagnoseverlauf formuliert er passiv, die Akteure bleiben dabei unbestimmt „*das sollte ja schon DAMals in meinem KINdesalter äh ähm, ne? festgestellt werden. (...) und da sollt ich irgendwelche medikaMENTe nehmen damit ich RUHIGER werde.*“ (Z. 323), den Heutigen und insbesondere den Medikationswunsch aktiv: „*ja, ich hab adhs, s=on aufmerksamkeitshyperaktivdefizitsyndrom (...) ich hab dann irgendwann gesagt, ich würd gern mal diese Tabletten ausprobieren* (Z. 330-332). Auch die Verbkonstruktionen „*medikaMENTE nehmen sollen*“ (Z.323) und „*tabletten ausprobieren*“ zeigen die Veränderung von der passiven zur aktiven Konstruktion. Zum gewünschten Präparat wirkt Tobias informiert: „*medikiNET, die sollen helfen*“ (Z.332).

Auf die Anweisung Tabletten zu nehmen reagiert Tobias, der seine damalige Unkenntnis mittels einer Metapher („*damals wusste ich ja nicht was phase war*“ (Z. 326)) betont, durch eine aktive Handlung: „*dann hab ich abgesagt und hab meinen Vater zur Beratung geholt*“ (Z. 326 f.), auf dessen Rat „*er meinte ich soll die nich NEHmen*“ (Z. 327) hin handelt Tobias wieder: „*hab ich dann auch nicht gemacht*“ (Z. 328).

Aufgrund seines Alters war eine reguläre Medikation nicht möglich. Syntaktisch zeigt sich durch die Betonung der Altersgrenze und die Nutzung des Indikativ (Wirklichkeitsform) die

von Tobias wahrgenommene Unanfechtbarkeit dieser Rahmenbedingungen: „ging nich mehr, ich war zu ALT, die werden nur bis achtzehn, unter achtzehn verschrieben.“ (Z. 332 f.).

Tobias bekam ein anderes Präparat zum off-label-use verschrieben, „die hab ich dann zwei oder drei tage proBIERT“ (Z. 334). Die auftretende Appetitlosigkeit schreckte ihn ab: „ich hatte kein hunger, hab ich sofort aufgegeben. weil das is UNnormal (.) bei mir.“ (Z. 335).

Danach greift Tobias der Frage nach Bewältigungsstrategien vor und erklärt, wie er mit der Diagnose ADHS umgeht und wie er die Diagnose empfindet. Er benutzt dazu ausschließlich aktive Formulierungen, die sich direkt auf ihn als Person beziehen: „seitdem habe ich dann, ich hab mich einfach SELber aus mein.- aus meinem adhs so auseinandergesetzt“. (Z 336 f.). Die Diagnose ist mit einem Possessivpronomen besetzt.

Anschließend beschreibt er sein Bewusstsein für die Diagnose „hab so gesagt so ja, man, (1) ich ich überLEG gar nicht. ich weiß dass ich s HABE, aber ich, aber ich verdräng das sozusagen.“ (Z. 337 f.). Die Sequenz vor der Pause formuliert er als inneren Dialog. Die Diagnose wird nicht erneut wörtlich genannt.

Weiterhin sagt er „mag vielleicht bei mir DRIN ein, aber ich fühl mich wie n ganz normaler Mensch“ (Z. 339). Die Diagnose wird mit dem Modalpartikel „vielleicht“ gewertet und durch das Ortsadverb ‚DRIN‘ lokalisiert. Das Verb fühlen zeigt, dass Tobias jetzt eine emotionale Ebene beschreibt.

Tobias sagt, das ADHS „behindert mich ja nicht“ (Z. 339) und schränkt die Aussage anschließend ein „na doch. vielleicht bisschen. in der schule.“ (Z. 339 f.). Er beschreibt die subjektive Beeinträchtigung aufgrund mangelnder Konzentration und dass er dagegen vorgehe, indem er sich die Wichtigkeit des Lernstoffs wiederholt selbst ins Gedächtnis ruft: „ey, ich muss mich konzentrieren, ey das ist wichtig, ich BRAUCH DAS.“ (Z. 341). Dieser Teil ist wieder als innerer Dialog formuliert. Tobias empfindet dieses Vorgehen als erfolgreich „und nach und nach ging das. und das geht auch so.“ (Z. 342). Der Ausdruck nach und nach beschreibt einen Prozess.

### **Reaktion des Umfelds auf ADHS**

Die Frage nach der Reaktion des Umfelds beantwortet Tobias zunächst mit einem Bezug auf die eigene Person: „ich hab auf jeden Fall energie. mehr als genug energie“ (Z. 349). Von diesem Umstand weiß auch das Umfeld, das Tobias konkret im Freundeskreis ansiedelt: „das weiß, das wissen auch meine kumpels und kumpelinen, ja, dass ich immer auf achse bin.“ (Z. 351). Die Angabe „immer“ deutet auf einen dauerhaften Zustand hin. Die Redenwendung

„auf Achse sein“ ist einer technischen Sprache entlehnt. Von der Diagnose ADHS haben die Freunde früher als auch heute keine Kenntnis: *„die wusstens nich, wenn icks sage. (1) wissens nicht.“* (Z. 351 f.)

### **Bewältigungsstrategien**

Im anschließenden Abschnitt beschreibt Tobias seine individuellen Bewältigungsstrategien bezüglich der ADHS. *„mhm na ich hab ko- nur konsequenzen für mich SELBER aufgelegt“* (Z. 356). Die Betonung liegt auf dem Demonstrativpronomen ‚selbst‘. Er definiert und erklärt erneut in Form eines inneren Dialogs diesen zyklischen Prozess: *„ich wieder ruf mir immer wieder in mein gedächtnis, MANN, ich BRAUCH das, das ist WICHTIG.“* (Z. 357). Die Beschreibung ähnelt der im oben beschriebenen Textabschnitt (Z. 341f.).

Anschließend verdeutlicht Tobias seine Strategie durch das Beispiel einer Unterrichtssituation in der Schule: *„(.) ja, wenn ich irgendwie in der schule sitze und der irgendwie deutsch macht der lehrer, interesSIERT mich nicht. nehme ich irgendwelche stifte, oder n Radiergummi, schneid den auseinander.“* (Z. 358 ff.). Tobias nimmt hier den Zusammenhang zwischen Motivation und ADHS (s.o.) wieder auf. Dabei benutzt er innerhalb eines Satzes zweimal das Adverb ‚irgendwie‘. Als Folge seines Desinteresses, beschäftigt er sich mit anderen Dingen. Anschließend beschreibt er, wie er versucht sich besser zu konzentrieren: *„und dann gehts so ‚ey mann, das BRAUCH ich.‘ und irgendwann kommt es mir dann kommste ‚ich BRAUCH das mann!‘. ich so ‚mann, musste AUFpassen.“* (Z.360 ff.). Dabei ist in den ersten zwei Sätzen nur indirekt formuliert, dass Tobias selbst als appellierende Person in diesem Dialog fungiert, zunächst „gehts so“ und „kommt es“ ihm. Im dritten Satz gibt er sich selbst eine direkte Handlungsanweisung.

Tobias reagiert auf seine Anweisung: *„ich legs zur seite, ich pass auf.“* (Z. 362). Die Aufmerksamkeit hält nicht lange vor: *„und nach paar, nach ein paar minuten passiert es wieder. ich spiel wieder rum.“* (Z. 362 f.). Die verwendeten Partikel nach und wieder zeigen den zirkulären Charakter des Kreislaufs. Diesen versucht er zu durchbrechen: *„aber ich wieder ruf mit immer wieder (.) das.“* (Z. 363 f.). Das letztes „das“ bezieht sich dabei auf den inneren Dialog. Auch hier ist ein sich wiederholender Kreislauf durch das „immer wieder“ beschrieben. Eine Verbesserung stellt sich *„nach und nach“* (Z. 364) in einem Prozess ein. Der Erfolg ist für Tobias messbar und kann durch Wiederholung des Prozesses stetig vergrößert werden: *„sta=statt fünf minuten halt ich es (im moment?) ZEHN minuten aus. und so weiter. ich kann mich schon so über anderthalb, zwei stunden GUT konzentrieren.“* (Z. 362 ff.).

## Hobbies

Auf die Frage nach Hobbies, die ihm im Umgang mit dem ADHS helfen antwortet Tobias sehr schnell mit einer Aufzählung verschiedener Tätigkeiten. Zunächst gibt er handwerkliche Tätigkeiten an, die er alle mit „gerne“ attribuiert und durch ein Possessivpronomen auf seine Person bezieht: *„auf jeden FALL mein HANDwerk. äh, ich arbeite gerne mit holz und so weiter. ähm, also mit holz atbeite ich, BAU gerne, repaRIER auch gerne.“* (Z. 370 ff.). Seine oben beschriebene Energie sieht er *„da richtig eingesetzt. da brauch ich die auf jeden fall.“* (Z. 373f.). Diesen Einsatz wertet er als „richtig“ und sieht ihn zudem als Voraussetzung an.

Tobias kommt wieder auf die ursprüngliche Frage nach den Hobbies zurück und nennt einige (Einzel-)sportarten und Freizeitaktivitäten. Auch dabei kommt er wieder auf die Energie zu sprechen: *„(1) ich steck meine energie zum beispiel in ein FINGERskateboard rein. in RICHTIGES skateBOARDing. in mein BMX fahren. äh in meinen künst- äh graFFITI malen. (.) ja.“* (Z.374 f.). Bei seinen Hobbies kann Tobias sich konzentrieren. Dabei macht er Angaben über die kontinuierliche Zeitspanne, die für ihn nach oben offen ist: *„über mehrere stunden. vier fünf stunden. wenn nicht sogar noch länger. da bleib ich auch dranne.“* (Z. 377 f.).

## Subjektive Definition von ADHS

Von den beiden angebotenen Fragestimuli wählt Tobias den auf eine emotionale Ebene abzielenden aus und wiederholt die Frage vor der Beantwortung: *„Wie fühlt sich das für mich an?“* (Z. 381). Bei seiner Antwort bleibt er auf der fühlenden, wahrnehmenden Ebene und macht subjektive Aussagen: *„ähm, ich selber MERK das nicht. ich hab dis, das is äh irgendwo in mir drin. ich merk das nicht.“* (Z. 381 f.). Die Artikel ‚dis‘ bzw. ‚das‘ stehen hier stellvertretend für die Diagnose ADHS, die ausgedrückte fehlende subjektive Wahrnehmung der Diagnose wird durch die Wiederholung betont.

Tobias sucht nach einer Möglichkeit, die Frage zu beantworten: *„ähm, ja wie könnt ich dir das erKLÄRen?“*. Zunächst wählt er die Bezeichnung der Diagnose: *„ich könnt nur sagen ich hab adHS, das aufmerksamkeits- (.) aufmerksamkeithyperaktivsyndrom.“* (Z. 382 f.). Hier formuliert er im Konjunktiv und nutzt eine Einschränkung „nur“, die sich auf das Verb können bezieht.

Als Beispiel um ADHS erklären zu können nennt Tobias einen gemeinsamen Konzertbesuch. Er beschreibt die Situation konkret: *„wir sitzen irgendwie=ie äh äh in nem konzERT, ja? so mehrere reihe st- äh, so mehrere reihen von stühlen hintereinander.“* (Z. 384 f.). Tobias erklärt, wie sich sein Verhalten von dem der anderen BesucherInnen unterscheiden würde: *„so, äh,*

*alle anderen leute sitzen still da, haben ihre hände neben sich oder äh zusammengefaltet. ich würde sitzen und alle möglichen positionen ausprobieren, wie man ge- a, be- am beQUEMsten ist.“ (Z.387 f.).* Dieser Verhaltensunterschied ist auch nach außen hin sichtbar: *„und DARan kann man merken, ich kann nicht still sitzen.“ (Z. 389).* Dabei nutzt er erneut „man“ als unbestimmtes Pronomen und bezieht sich konkret auf einen Aspekt, nämlich das stillsitzen. Dieser Aspekt ist einer von mehreren: *„is zum beispiel sone sache die man er=erKENNen könnte“ (Z. 390).* Auch der zweite Teil seines Beispiels ist auf Tobias Verhalten ausgerichtet: *„irgendwann wird mir LANGweilig. dann beSCHÄFtige ich mich mit irgendwas ANderes.“ (Z.390)* Die Beschäftigung folgt als Konsequenz aus der Langeweile. Das von ihm beschriebene Verhalten sieht Tobias als äußerliche Symptome der ADHS, die er anderen möglich macht, bei ihm die Diagnose zu sehen: *„das sind so (1) die ersten anzeichen (,) dass man sehen kann, ey, der junge (.) na den nennen se alle zappelpilip“.(Z.392).* Die letzte Sequenz ist dabei als wörtliche Rede aus Sicht der Außenstehenden formuliert.

### **Suchttherapie – Verlauf und Motivation**

Tobias kommt einer Auflage vom Jugendrichter nach und besucht täglich eine Einrichtung zu Tagesstrukturierung. Dort reift auch die Entscheidung zur Therapie: *„bin ich hingegangen. so hab ich vieles über theraPIE gehört. und da sind mehrere freunde von mir auch schon gewesen, die clean sind. ah hier ah hab ich auch nur gesagt. okay (.) ich kann nicht so WEiter machen. ich scheiß auf alles, auf schule, allet, allet verkackt. ich möcht ne theraPIE machen.“ (Z.404 ff.).* Dabei bilanziert Tobias seine Situation bevor der Entschluss zur Therapie fällt. Anschließend skizziert er kurz den institutionellen Werdegang bis zur heutigen Einrichtung.

### **Erstkonsum und Drogenkarriere**

Tobias erzählt zunächst von seinem Erstkonsum. Durch einen anderen Jugendlichen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung kam er in Kontakt mit Marihuana und Graffiti. Zwischen dem Drogenkonsum und seinem Hobby sieht er eine Verbindung, ebenso zu seiner Delinquenz: *„wie bin ich denn süchtig geworden? (.) mit vierzehn hab ich das erste mal so ((räuspert sich)) GRAS kennengelernt. durch n kumpel im heim, ähm und auch das graffiti malen. denn dadurch gingen auch die ganzen strafaten los.“(Z. 412 ff.).* Den Konsum beschreibt er als „kennen lernen“, die genaue Situation beschreibt er anschließend genau. Dabei formuliert er seine Reaktion auf die situativen Umstände aktiv. Er bat selbst darum, von der Droge probieren zu dürfen. Im Absatz rekonstruiert er die Dialoge mit dem Jugendlichen. *„hat er mit irgendwann mal die drogen gezeigt und ni=im eigen- immer so gekiffte vor mir. ich so ,lass mich*

*auch mal probieren'. hab probiert, ich fands GEIL den turn.“ (Z. 415 ff.). Tobias organisiert sich eine Quelle um eigenständig Marihuana kaufen und konsumieren zu können. Seinen anschließenden Konsum beschreibt er als dauerhaften, ununterbrochenen Zustand: „und dann hab ich eigentlich ständig durch gekiff't. bis ich achtzehn jahre alt war.“ (Z. 419 f.)*

### **Subjektive Definition von Sucht**

Auf die Frage, was süchtig sein für ihn bedeutet, hat Tobias große Schwierigkeiten zu antworten. Erneut wiederholt er die Frage und konkretisiert, dass er die Sucht nicht beschreiben kann: *„wie fühlten sich das an, oah was issen das für ne frage? wie fühlten sich das an. kann man nicht beschreiben. kann ICH nicht beschreiben.“ (Z. 430 f.).*

Er versucht die Sucht zu beschreiben und formuliert dabei unbestimmt und kollektiv mit ‚man‘. Dabei definiert er Sucht zunächst als Zustand, dann hinterfragt und korrigiert er sich und nennt Sucht eine Lebensweise. Dabei bezieht er sich auf Drogensucht, also substanzbezogene Sucht: *„wenn man drogen genommen hat und abhängig davon war, dann ist man süchtig. es gibt kein gefühl. das=das is einfach n zustand. würd ich sagen, oder? nein, ich glaub eher ne LEBENSweise.“ (Z.431 ff.).* Er vergleicht die Sucht mit dem Tod: *„man nimmt das einfach so. das is genauso wie der tod, ja? leute sterben, passiert. man is süchtig, passiert.“ (Z. 434).* Zur Betonung der Ähnlichkeit wird die Satzstellung wiederholt.

Auf Nachfrage beschreibt er die Lebensweise, die für ihn viele Bereiche des alltäglichen Lebens umschreibt. Eine Rolle spielt dabei die Voraussetzung einer längeren Abhängigkeit. Tobias springt dabei zwischen den Personalpronomen du und man: *„du weisst, dass du SÜCHTIG bist. ähm (.) also man wird ja nicht einfach süchtig, wenn du sagst,ok jetzt bin ich jetzt süchtig. dazu musst du wirklich mehrere jahre von einer besonderen droge abhängig gewesen sein.“ (Z. 437 f.).* Tobias gibt an, nicht beschreiben zu können, wie genau man mit der Sucht lebt, das Wissen um die eigene Sucht spielt aber eine große Rolle. Er beschreibt die Herausforderung, auch in verleitenden Situationen nicht rückfällig zu werden: *„naja, man weiss, dass man süchtig ist. det, det WEISS man immer wieder. die gefahrenzonen sind, alles was mit drogen zu tun hat (...). man weiß, dass sobald, wenn man kurz davor steht, das zu nehmen. auf ner party oder sonstwo. dann hat man seine ((stottert)) alten hal- veralte ver-ALten verhaltensweisen ganz schnell wieder“ (Z. 441 ff.).* Einen möglichen Rückfall wertet er negativ: *„und das is nich so cool.“ (Z. 445).*

Tobias beschreibt die Kifferszene, da er angibt, selbst nur darüber eine Aussage treffen zu können. Dabei betont er erneut den Zusammenhang zwischen Marihuanakonsum und Graf-

fiti. Danach skizziert er den Alltag als Konsument. Dazu nutzt Tobias absolute Formulierungen und die dritte Person plural: *„mhm, was machen die noch, die kiffer? sitzen den ganzen tag in ihrer bude rum, kiffen, sind NUR am überlegen, wie sie das nächste geld ranbekommen für das nächste gras. det is ihr (.) tagesablauf. sitzen da und freuen sich über die volldröhnung. ja. mehr is da nich.“* (Z.470 ff.)

### **Subjektiv Theorie über die Ursachen der Sucht**

Als Ursache für seine Sucht gibt Tobias seine Kindheit im Heim an. Er betont, dass es sich dabei um eine subjektive Mutmaßung handelt. *„ich hab ne verMUTung weil, ja, wahrscheinlich weil ich damals früh in ein HEIM gekommen bin.“*(Z.478 f.). Zwischen der Trennung der Eltern und der Unterbringung, die beide als „früh“ bezeichnet werden, ist keine Konjunktion (Bindewort) vorhanden: *„meine eltern haben sich sehr damals also sehr früh getrennt (1). ähm, bin in'n heim gekommen.“* (Z.481)

Tobias beschreibt seine Gedanken nach der Unterbringung. *„ähm und hab gedacht, okay jetzt bin ick im heim, meine eltern und meine ma is sowieso nicht konsequenz zu mit, was wo mir, äh, keiner KANN mir was. ey, ich lass mir nichts von irgendjemandem sagen ausser von meiner mutter, und das noch nicht mal ganz (.) konnte machen wat ick will. (.) verbietet mir ja niemand was. hab die drogen kennengelernt und hatte das dann alles so ja. auch weil weil ich im HEIM war.“* (Z. 483 ff.). Der erste Abschnitt ist erneut als innerer Dialog formuliert. Anschließend fasst er zusammen: *„würd ich vermuten so. bin nich (bei meiner mama?) großgeworden. joa.“* (Z.486 f.).

### **8.2.2.2. Interpretation**

Die Thematisierungsregel des Interviews ist der innere Dialog. Tobias steht, wie in Punkt beschrieben, an einem Wendepunkt seines Lebens an dem er mit Entscheidungen konfrontiert sein wird. Der innere Dialog assoziiert ein Abwägen, ein ‚mit sich ausdiskutieren‘ und kann ein Hinweis auf Entscheidungsprozesse sein. Dieser innere Dialog zeigt sich auch in den Wiederholungen der Fragestellungen.

Als bei Tobias zum ersten Mal die Diagnose ADHS gestellt wurde, wusste er nicht *„was phase war“* (Z.326). Die Diagnosestellung ist mit im geschehen, er hatte eine passive Rolle. Diese wird durch die passive Formulierung betont, ebenso dadurch, dass gar nicht erwähnt wird, wer genau mit daran beteiligt war, er werden keine Ärzte oder Institutionen genannt. Auf den Rat seines Vaters, die Medikamente nicht zu nehmen, hört er. Die Entwicklung von der ersten zur zweiten Diagnose wird deutlich: Tobias wusste als Kind nicht, was genau er hat

und was das für Medikamente sind, die ihn verändern sollen. Von Hilfe ist in seiner Beschreibung keine Rede, er soll lediglich „*RUHIGER*“ (Z.326) werden.

Der zweite Behandlungsversuch hingegen, war sein eigener Wunsch, er hat sich informiert, er kannte den Namen des Medikaments, das er verschrieben bekommen wollte. Die Tabletten „*sollen HELfen*“ (Z. 332) und er wollte sie selbst „*ausprobieren*“ (Z. 332), ohne von außen dazu gedrängt zu werden. Da die Medikation aufgrund von Tobias' Volljährigkeit nicht möglich war, bekam er ein anderes Präparat off-label verschrieben.

Er hat dann aus einer auftretenden Nebenwirkung sehr schnell seine Konsequenzen gezogen. Nach diesem Versuch kommt für Tobias eine Medikation nicht mehr in Frage, so dass er eigene Strategien zum Umgang mit der Diagnose entwickelt. Das Wort „*seitdem*“ (Z. 336) kündigt dabei diesen neuen Abschnitt ab: „*seitdem hab ich dann, ich hab mich einfach SELber aus mein- aus meinem adhs so auseinandergesetzt, hab so gesagt so ja, man, (1) ich ich überLEG gar nich.*“ (Z.336 f.). Durch die vielen ich- und selbstbezogenen Formulierungen zeigt sich, dass es für Tobias hier um eine sehr persönliche, individuelle Bewältigungsform geht, die er von anderen Menschen unabhängig und selbständig aktiv aufbaut. Auch der innere Dialog „*hab so gesagt, ja, man (1)*“ zeigt, dass Tobias hier mit sich selbst ausarbeitet, wie er mit der Diagnose umgehen kann. Er bezeichnet die Krankheit mit „*meinem adhs*“ (Z. 336), was eine Annahme der Diagnose ausdrückt. Gleichzeitig formuliert er aber „*ich verDRÄNG das sozusagen*“ (Z.338). Das Verb ‚verDRÄNGEN‘, dass in der Freudschen Persönlichkeitstheorie als Abwehrmechanismus eine starke Bedeutung hat (Pervin, 2000, S. 107 ff.), kann darüber hinaus auch als ein ‚von sich wegdrängen‘ verstanden werden. Der Diagnose scheint er also sehr ambivalent gegenüber zu stehen.

Tobias ist sich der Zuschreibung der Diagnose auf seine Person bewusst: „*ich weiß, dass ich s habe.*“ (Z. 337f.), nimmt diese Festschreibung aber nicht als gottgegeben an, er relativiert sie durch ein Modaladverb: „*mag vielleicht bei mir DRIN sein.*“ (Z. 338 f.). Das Pronomen ‚drin‘ bringt eine körperliche Dimension ins Spiel, ist aber auch vage und zeigt, dass die Diagnose für Tobias nicht konkret greifbar ist.

Die aus der Diagnose resultierenden Grenzen halten sich für Tobias, zumindest auf der Gefühlsebene, nach eigenen Angaben in Grenzen: „*aber ich fühl mich wie n ganz normaler MENSCH, behindert mich nicht.*“ (Z.339). Tobias nutzt hier einen Normbegriff. Eine Diagnose kann eine Behinderung sein, ist die Diagnose und damit die Behinderung abwesend, ist ein Mensch normal. Hier findet sich ein starker Hinweis auf die Wahrnehmung von der Diagnose ADHS als Stigma. Das bereits zitierte ‚mag vielleicht‘ im Satz „*mag vielleicht bei mir DRIN*

sein“ (Z. 338 f.) zeigt aber, dass Tobias die Zuschreibung der Diagnose als von außen, von anderen stattfindet, er als von anderen mit der Diagnose etikettiert wird und somit von einer Norm abweicht. Brandau und Kaschnitz (2008, S. 67 ff.) haben das Labeling-Konzept in Bezug auf ADHS im Jugendalter angeführt.

Anschließend schränkt Tobias seine Aussage über die Abwesenheit einer subjektiv empfundenen Behinderung ein: *„na doch. vielleicht bisschen in der schule wegen der konzertion“* (Z.339 f.). Die von ihm wahrgenommene Einschränkung bezieht sich also auf einen bestimmten Kontext und einen bestimmten Aspekt.

Er hat für sich eine funktionierende Strategie entwickelt, sich dieser Einschränkung entgegenzusetzen. Die Taktik, sich wiederholt die Bedeutung des Lernstoffs ins Gedächtnis zu rufen, brauchte etwas Übung wie sich in der prozesshaften Formulierung zeigt, führt für ihn aber zum Erfolg: *„ja, und nach und nach ging das. und das geht auch so.“* (Z.342). Er gibt konkrete, messbare Angaben zur Verlängerung seiner Aufmerksamkeitsspanne an. Die Verbesserung ist sowohl quantitativ als auch qualitativ zu beobachten: *„ich kann mich schon so über anderthalb, zwei stunden GUT konzentrieren“* (Z.365 f.) Tobias beschreibt eine Verbesserung seiner Konzentrationsfähigkeit durch Selbstmotivierung.

Tobias sagt, dass sein Umfeld, in dem Fall seine Freunde zwar die Hyperaktivität bei ihm beobachten können und kennen, von der Diagnose sowohl in der Vergangenheit als auch heute nichts wissen. *„die wusstens nicht, wenn icks sage. (1) wissens nicht.“* (Z351f). Möglicherweise spielt Tobias hier auf seine Macht über die verbale Kommunikation seiner Diagnose: Er selbst kann bestimmen, ob und wie viel er von seiner Diagnose preisgeben möchte.

Tobias nimmt die Diagnose zwar für sich an, kann sie aber nicht genau greifen: *„ich hab dis, das is äh irgendwo in mir drin, ich merk das nicht.“* (Z. 381 f.). Er versucht es anhand der Fachbegriffe zu beschreiben, nutzt also die Zuschreibung von außen. Während des gesamten Interviews fällt es Tobias schwer, den Begriff korrekt auszusprechen: Die Fachsprache verwirrt ihn, es sind leere Worthülsen, die er nicht mit Inhalt füllen kann (Z. 382 ff.). Genauer beschreiben kann er die Diagnose nicht.

Tobias beschreibt als Beispiel eine konkrete Situation, so gelingt es ihm in Worte zu fassen, was ADHS für ihn bedeutet. Er beschreibt einen fiktiven Konzertbesuch, bei dem sich durch sein auffälliges Verhalten und seine motorische Unruhe von anderen BesucherInnen unterscheidet (Z.386 ff.).

Sein Verhalten ist hier für ihn in sich logisch: Anstatt sich zu langweilen, sucht er sich eine Handlungsalternative, wird aktiv um sich Abwechslung zu suchen. Sein Verhalten passt aber nicht zum situativen Kontext und entspricht nicht den erwarteten Regeln.

Genau dies ist vermutlich Tobias Konflikt: Wenn er für sich alleine ist, funktionieren seine Bewältigungsstrategien sehr gut, wie zum Beispiel bei seinen handwerklichen Tätigkeiten und Hobbies. Für die Schule hat er sich eine Möglichkeit geschaffen konzentriert zu arbeiten, da er sich auch durch die hohe Bedeutung des Lernstoffes für sein späteres Leben motiviert. Erst in einem Kontext, in dem seine Verhaltensmuster aber nicht anerkannt werden und als abweichend gelten, wird es problematisch. Tobias erhält so die Rückmeldung, dass sein Verhalten nicht normal ist, wodurch es zu einer Stigmatisierung kommt.

Er konstruiert die Definition des ADHS über seine Außenwirkung und die Wahrnehmung durch andere Personen. Durch sein Verhalten werden die Symptome nach außen sichtbar. Die Diagnose greift also erst, sobald Tobias in Kontakt mit anderen Menschen tritt und bestimmte Verhaltensregeln von ihm gesellschaftliche erwartet werden. Von außen kann er dann mit der Diagnose etikettiert werden. Dies fasst Tobias zusammen: *„das sind so (1) die ersten anzeichen, (.) dass man sehen kann, ey der junge (.) na den nennen se alle zappelphillip.“ (Z.392).*

Die Darstellung seines Drogenkonsums beginnt er mit der Beschreibung des Erstkonsums. Hier spielt das Motiv von aktiv – passiv eine Rolle. Tobias hat die Drogen in der Heimeinrichtung durch einen Freund *„kennengelernt“ (Z. 413)*. Durch diesen Freund hat wurde er zunächst in die Graffitiszene eingeführt. Tobias sieht darin den Grund für seine Delinquenz (Z. 414)

Da dieser *„Kumpel“ (Z. 413)* in seiner Gegenwart Drogen mehrfach konsumiert hatte (Z. 416), war er zunächst passiv damit konfrontiert. Den Wunsch, selbst zu konsumieren, äußerte Tobias aber aktiv (Z. 416). Da er die Wirkung der Droge positiv wertet (Z. 417), bemühte er sich selbst wieder durch eine aktive Handlung, eine Quelle für die Droge aufzutun. Seitdem habe er dauerhaft Cannabis konsumiert.

Tobias hat große Probleme eine Antwort darauf zu geben, wie er die Sucht definiert und empfindet. Zum Umgang mit der Diagnose sagt er *„man nimmt das einfach so“ (Z. 433 f.)*. Die Diagnose wird zwar akzeptiert, die Formulierung zeigt aber auch, dass es keine Handlungsalternativen gibt. Verstärkt wird diese Position durch Tobias Vergleich von Sucht mit dem

Tod. Beides passiert für ihn schicksalhaft (Z.434). So sieht er die Sucht zwar nicht als selbstverursacht an, aber eben auch als unabwendbar.

Bei der Motivation zur Therapie spielen für Tobias Einflüsse von außen eine Rolle. Den Anstoß gab eine gerichtliche Auflage, durch die er in ein Beratungsprojekt kam. Tobias rekonstruiert, wie er seine damalige Lebenssituation bilanzierte und daraus seine Konsequenz zog: „*ich kann nicht so WEIter machen.*“ (Z.406 f.). Seine damals aktuelle Lebenssituation stellt er eher negativ dar. Das „*verkackt*“ (Z.407) deutet auf ein subjektiv empfundenes Versagen hin. Letztendlich formuliert Tobias seinen Therapiewunsch aktiv: „*ich möcht ne therapIE machen*“ (Z.407 f.).

Tobias beschreibt er die Herausforderung auch nach der Therapie clean zu bleiben und Versuchungen zu Rückfällen in „*gefahrenzonen*“ (Z. 442) zu widerstehen. Wie auch bei der Repertory Grid- Erhebung ist hier der Zeitpunkt des Interviews zu berücksichtigen: bereits am nächsten Tag wird er aus der Therapie entlassen und steht genau vor dieser neuen Aufgabe. Er möchte nicht in „*alte verhaltensweisen*“ (Z.445) zurückfallen.

Tobias bezieht sich ausschließlich auf die Kifferszene, also die Szene der Cannabiskonsumenten, anderes könne er nicht beurteilen. Er hebt den Zusammenhang zwischen Graffiti und Cannabiskonsum hervor, den er erlebt hat. Heute scheint er sich von der Szene distanziert zu fühlen. Den Alltag als Kiffer beschreibt er aus einer fremden Perspektive und klingt dabei eher abwertend. Er bezeichnet Cannabiskonsumenten als „*die Kiffer*“ (Z.470), sieht sich also selbst nicht als Teil dieser Gruppe. Tobias rechnet mit seinem alten Leben ab.

Als Ursache für seine Sucht sieht Tobias die frühe Trennung der Eltern sowie die Unterbringung in einer Heimeinrichtung (Z. 481ff).

### **8.2.3.Fazit Tobias**

In beiden Auswertungsmethoden ist die besondere Situation, in der sich Tobias zum Zeit der Interviews befindet zu erkennen. Ein Prozess der Veränderung und das Treffen von Entscheidungen zum aktiven Handeln stehen im Vordergrund und sind die sich wiederholenden Motive.

Tobias fühlt sich durch die Diagnose ADHS stigmatisiert, das wird im Transkript deutlich. Er nimmt die Diagnose für sich an, sie ist für ihn aber negativ konnotiert. Dies wird auch in den Auswertungen des Repertory Grid deutlich. Im Interview erklärt er aber, wie er damit um-

geht. Durch Selbstdisziplin und eine Vorliebe für Tätigkeiten, in denen er seine Hyperaktivität sinnvoll einsetzen kann hat er eine gute Möglichkeit gefunden auch ohne Medikamente mit seiner Krankheit zurechtzukommen. Die Stigmatisierung tritt für ihn vor allem in Situationen mit gesellschaftlichem Verhaltenskodex auf,

Ebenso macht Tobias einen großen Unterschied zwischen süchtig –konsumierend und süchtig – clean. Für ihn war es wichtig sich von der Drogenszene zu distanzieren, das Negative liegt für ihn im Drogenkonsum. Seine Selbststigmatisierung ist vor allem auf diese Zeit bezogen. Die Diagnose sieht er als unabwendbares Schicksal an.

Zum Zeitpunkt des Interviews hat Tobias einen großen Teil der Therapie hinter sich. Durch ehemalige DrogenkonsumentInnen, die in der Einrichtung als BetreuerInnen arbeiten, hat er Vorbilder die ihm zeigen, wie ein cleanes Leben aussehen kann. Damit hat für ihn ein cleanes Leben als Süchtiger weniger verwerfliches. Er ist stolz auf das, was er bis jetzt geschafft hat, auch dies hilft ihm, sich weniger selbst als ‚Kiffer‘ zu stigmatisieren.

### III. Diskussionsteil

#### 9. Diskussion

Im folgenden Diskussionsteil werden die Ergebnisse der Erhebung in Zusammenhang mit den theoretischen Erkenntnissen aus der Literatur gestellt. In Bezug auf die Fragestellung, welche Auswirkungen die Doppeldiagnose ADHS und Sucht auf das Selbstbild betroffener Jugendlicher hat, ergab sich folgende Hauptannahme:

**Die Diagnosen ADHS und Sucht können als Stigma das Selbstkonzept beeinflussen**

Diese Hypothese wird anhand mehrerer Subhypothesen diskutiert:

- Stigmatisierung kann als Zuschreibungsprozess aufgrund gesellschaftlicher Deutungsprozesse verstanden werden.
- Das Selbstbild der Jugendlichen ist von äußeren Zuschreibungen geprägt.
- Als Folgen der Stigmatisierung treten Einschränkungen auf verschiedenen Ebenen auf.
- Die Jugendlichen zeigen verschiedene Bewältigungsstrategien um mit der Stigmatisierung umzugehen.

Ferner ergibt sich aus den Ergebnissen die Annahme, dass das Selbstbild sich nicht nur auf die Stigmatisierung beschränkt, sondern von weiteren Aspekten, wie beispielsweise der Lebenssituation der Jugendlichen zum Zeitpunkt des Interviews, stark beeinflusst wird.

An die Hypothesendiskussion anschließend werden die empirischen Ergebnisse bezüglich ihrer Reichweite kritisch betrachtet.

##### 9.1. Gesellschaftliche Deutungsprozesse und Labeling Approach

Die Literatur benennt Stigmatisierung als gesellschaftlichen Zuschreibungsprozess (Hohmeier, 1975, S. 7). Durch das Entstehen und Anwendungen von Normen, wird abweichendes Verhalten, auch in Form psychischer Erkrankungen konstruiert (Trojan, 1978, S. 6.). Das Stellen einer psychiatrischen Diagnose kann einen solchen Zuschreibungsprozess darstellen. Tobias beschreibt die Diagnosestellung als Prozess, in dem er selbst passiv ist (Z. 323) und sich nicht ausreichend informiert fühlt: „*damals wusste ich ja nicht was phase war.*“ (Z. 326). Die Aussage „*mag vielleicht in mir DRIN sein*“ (Z. 338 f.), insbesondere die Relativierung ‚mag vielleicht‘, deutet darauf hin, dass Tobias die Diagnose als von außen zugeschrieben wahr-

nimmt. Auch Nico versteht die Diagnose als Zuschreibung. Noch bevor er auf eine ärztliche Diagnostik eingeht, beschreibt er, wie sein Verhalten in der Schule und im familiären Umfeld bewertet wurde: *„bis dahin steht dann immer schön in meinen zeugnissen drin unkonzentriert unaufmerksam HIBbelig und sowas alles“* (Z. 307 f.). Die Eigenschaften, die Nico beschreibt, u.a. *„quengelig“*, *„stressig“*, *„nervig“* (Z. 308 ff.), sind landläufig negativ konnotiert, entsprechen aber dem öffentlichen Bild von ADHS-Betroffenen. (Townson, 2004, S. 101). Die Wahrnehmung psychiatrischer Erkrankungen in der Gesellschaft und die damit verbundenen Vorurteile haben bei Stigmatisierungsprozessen einen besonderen Stellenwert. Goffmann (2008/1967) beschreibt diese gesellschaftlichen Erwartungen als *„virtuale soziale Identität“* (S. 10). Auch bei Scheff (1999/1966), der den Labeling Approach auf psychische Krankheiten übertragen hat, sind die gesellschaftlichen Vorstellungen über psychisch Kranke im Etikettierungsprozess von essentieller Bedeutung.

Als mögliche Ursache für Stigmatisierungsprozesse führt Hohmeier (1975) die Dynamik gesellschaftlicher Differenzierungen an. Seiner Meinung nach bieten Normen die Möglichkeit zur Stigmatisierung. Tobias geht im Interview bezüglich der ADHS auf eine solche Norm ein: *„mag vielleicht bei mir DRIN sein, aber ich fühl mich wie n ganz normaler MENSCH, behindert mich nicht. na doch. vielleicht bisschen.“* (Z.338ff.). Normal und nicht ‚behindert‘ kann ein Mensch folglich dann sein, wenn die Diagnose nicht vorhanden ist. Auffallend ist dabei, dass Tobias die ‚Behinderung‘ durch die ADHS auf die Schule, also auf einen gesellschaftlichen Kontext, beschränkt (Z. 339 f.). Die Diagnose wird also erst in der sozialen Interaktion – in einer Situation, die besondere Verhaltensformen voraussetzt – als stigmatisierend empfunden.

Hohmeier (1975) gibt auch an, dass zur Stigmatisierung weitere Faktoren wie Machtdifferenzen vorhanden sein müssen. Da die ADHS-Symptomatik bei beiden Probanden im Grundschulalter auftrat, gibt es hier durchaus entsprechende Machtgefälle zwischen Kind und medizinisch-psychiatrischem Personal bei Tobias (Z.326) und zwischen Kind und LehrerInnen, sowie zwischen Kind und Elternteilen bei Nico (Z. 306 ff.). Die Symptome, die sich vor allem im Verhalten der Kinder zeigen, wurden hier zu stigmatisierenden Merkmalen.

Beide Probanden gehen in Bezug auf das Abhängigkeitssyndrom nicht explizit auf Zuschreibungen ein, die sie von außen erfahren.

## 9.2. Selbstbild und gesellschaftliche Zuschreibungen

Eine weitere Annahme, die sich aus dem empirischen Material ergibt, ist, dass das Selbstbild der Jugendlichen von gesellschaftlichen Zuschreibungen geprägt ist. Ihre Beschreibungen im Interview als auch die Konstruktevoaktion des Repertory Grids weisen darauf hin, dass soziale Erwartungshaltungen einen Einfluss auf ihr Selbstbild haben.

Beide Jugendlichen definieren die Diagnose ADHS über die Vorurteile, die gegenüber diesem Krankheitsbild bestehen. Nico beschreibt sich selbst als „*nervig*“ und „*stressig*“ (Z. 308ff.), als Junge der „*immer aufmerksamkeit*“ (ebd.) brauchte und als „*zappelfritz*“ (Z.344). Seine Familie sei von ihm genervt gewesen (Z.318 ff.). Auch in der Slater-Analyse des Repertory Grids wird das Element ADHS mit der Eigenschaft ‚fordernd‘ beschrieben.

Auch Tobias gibt an, dass aufgrund seines unruhigen, unangepassten Verhaltens andere Menschen sein ADHS erkennen könnten: „*der junge (.) na den nennen se alle zappelphillip.*“ (Z.393).

Die Vorurteile in der öffentlichen Wahrnehmung von Kindern mit ADHS, wie Townson (2004, S. 102f.) sie beschreibt, haben die Jugendlichen in ihr Selbstbild integriert und wenden diese auf sich selbst an (Self-Concurrence). Zu diesen Vorurteilen gehören z.B. die Annahmen, Kinder mit ADHS seien anstrengend und schlecht erzogen und minderbegabt.

Bezüglich des Substanzkonsums unterscheiden die Jugendlichen zwischen dem (Einstiegs-) Konsum und der späteren Abhängigkeit.

Nicos Konstruktion von Selbst und Idealselbst in der Repertory Grid Erhebung ist stark von seiner Auffassung von Männlichkeit geprägt. Er beschreibt ein maskulines Bild im Repertory Grid durch Eigenschaften wie ‚sich behaupten können‘, ‚bestimmt‘ und ‚nicht besorgt‘. Die Elemente Selbst und Ideal sind in der Slater-Analyse sichtbar durch diese Konstruktpole beschrieben. Diese Selbstauffassung als ‚starker Mann‘ harmoniert mit Nicos Konsumverhalten. Laut Dollinger (2002, S. 73) kann Substanzkonsum die geschlechtsbezogene Selbstdarstellung unterstreichen, wobei Männlichkeit stark mit sichtbar riskantem Verhalten konnotiert ist. Weiser (1998, S. 29 ff.) sieht als Motivation für jugendlichen Substanzkonsum unter anderem den Drang zur Selbstinszenierung als Teil der Persönlichkeitsentwicklung, zu der auch die Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen gehört.

Beide Jugendlichen geben an, dass ihr Erstkonsum gemeinsam oder durch andere Jugendliche stattfand (Nico, Z. 367 ff.; Tobias, Z. 413 ff.). Insbesondere Nico gibt an, dass er „*cool sein*“ (Z.368) wollte um von den älteren Jugendlichen akzeptiert zu werden. Die Zuschrei-

bung, die hier für die Jugendlichen wirkte, war, dass Drogenkonsum den Zugang zu Gleichaltrigen bzw. jugendlichen Subkulturen und deren Akzeptanz ermöglicht (Gerhardt, 2003, S. 148). Der Erstkonsum als Initiation verspricht Zugehörigkeit und Anerkennung in der Clique (Weiser, 1998, S. 31). Bei Tobias spielt zusätzlich die Graffiti-Subkultur, der er sich zugehörig fühlt (Z. 375) eine wichtige Rolle. In dieser Subkultur ist insbesondere der Konsum von Cannabioden verbreitet (Skrotzki, 1999, S. 53). Im Repertory Grid beschreibt er sein Idealselbst mit dem Konstruktpol ‚bekannt‘: *„ähm, ich würd zum beispiel gerne, ähm, ja ähm na hier n großer MALER sein, der weltbeKANNNT ist“* (Z. 69 f.). Dies deutet darauf hin, dass sein gewünschtes Idealselbst zum Teil in dieser Subkultur verankert ist und ihm vor allem die Anerkennung anderer ‚Sprayer‘ wichtig ist.

In Bezug auf die Abhängigkeit beziehen sich beide Probanden auf die gesellschaftliche Deutung von Sucht als selbstverschuldetes Versagen. Tobias gibt an *„allet verkackt“* (Z. 407) zu haben, Nico beschreibt Sucht vor allem als Kontrollverlust (Z. 422). Dies entspricht der von Drexler und Köhler (2008) beschriebenen öffentlichen Wahrnehmung von Abhängigkeitserkrankungen als gesellschaftliches Versagen und Charakterschwäche. Nico sagt, er sei immer *„abgefuckter“* (Z. 411) geworden und habe seine Mitmenschen enttäuscht, insbesondere das Verhältnis zur Mutter sei *„kaputt“* (Z. 413). Schneider (2009, S. 245 ff.) gibt an, dass das Vorurteil gegenüber Suchtkranken besteht, ihr soziales Umfeld im Stich zu lassen. Dies findet sich auch in den Beschreibungen der Jugendlichen wieder. Im Repertory Grid beschreiben sie die Sucht mit Attributen wie ‚ich-bezogen‘ (Nico) und ‚egoistisch‘ (Tobias).

Die Jugendlichen geben als Ursachen für ihre Sucht die Trennung der Eltern bzw. Fremdunterbringung in Heimeinrichtungen an (Tobias, Z. 478 f. Nico, Z. 430 ff.). Besonders Nico macht die mangelnde Konsequenz in der Erziehung durch seine Mutter mitverantwortlich (Z. 431). Auch hier könnten möglicherweise gesellschaftliche Deutungsprozesse in Form von Vorurteilen gegenüber ‚Heim- bzw. Scheidungskindern‘, verinnerlicht worden sein.

### 9.3. Folgen der Stigmatisierung

Bei beiden Probanden zeigen sich Folgen der Stigmatisierung auf verschiedenen von Homeier (1975) beschriebenen Ebenen.

Sowohl Tobias (Z. 339) als auch Nico (Z. 324) geben an, dass sie durch die Diagnose ADHS Probleme in der Schule hatten. Nico verließ die Schule aufgrund von Frustration über Misserfolge und schlechte Bewertungen (Z. 326). Hier zeigen sich Folgen Stigmatisierung auf

Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe. Die Jugendlichen werden aufgrund der Krankheit im Bildungssystem benachteiligt.

Beide Jugendlichen geben keine konkreten Hinweise auf eine Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe aufgrund ihrer Abhängigkeit. Dabei ist der Zeitpunkt des Interviews während der stationären Therapie zu berücksichtigen. Da aber Sucht in der Öffentlichkeit vor allem als selbstverschuldetes Versagen und Kontrollverlust (Dollinger, 2002, S. 249) und häufig mit Delinquenz assoziiert wird, können auch nach einer erfolgreichen Therapie Stigmatisierungen zum Beispiel bei der Arbeitsplatzsuche (Schneider, 2009, S. 381) auftreten.

Wird eine Person auf ihr Stigma reduziert und nicht mehr als vollwertige InteraktionspartnerIn anerkannt, spricht Hohmeier (1975) von der Stigmatisierung auf Ebene der Interaktion. Expliziert wird diese Form von Stigmatisierung von den Jugendlichen nicht erwähnt.

Eine Stigmatisierung auf Ebene der Identität, in Form einer ausschließlichen Selbstdefinition über das Stigma (Nüesch, 2002, S. 33), zeigt sich bei den Jugendlichen nicht unbedingt. Die diagnosebezogenen Elemente werden in beiden Fällen in der Selbst-Identitäts-Graphik als dem Selbst als unähnlich beschrieben bzw. liegen im Indifferenzbereich. Auch im Interview zeigt sich, dass die Jugendlichen sich beispielsweise auch über ihr soziales Umfeld (im Fall von Nico Stiefvater und Vater als Bezugsgruppe, vgl. SIG) oder besondere Fähigkeiten (im Fall von Tobias über handwerkliche Tätigkeiten, Z. 370 ff.) unabhängig der Diagnosen definieren.

In der Literatur wird Selbststigmatisierung sehr häufig als Folge des Stigmatisierungsprozesses genannt, die Auswirkungen auf das Selbstbild der Betroffenen hat. (Watson et al., 2007, S. 1). Dabei bezieht die stigmatisierte Person die Vorurteile, mit denen ihr stigmatisiertes Merkmal belegt ist, auf sich selbst. Dies zeigt sich bei beiden befragten Jugendlichen. Nico bezieht die Vorurteile gegenüber seines ADHS-bedingten Verhaltens in der Schule auf sich selbst. Er sagt konkret: *„also war ich als kleiner junge quengelig und stressig und nervig und brauchte immer aufmerksamkeit“ (Z.308 ff).*

Beide Probanden geben in Bezug auf ihre Sucht an, versagt und ihre Familien und Freunde enttäuscht zu haben. Nico beschreibt es wie folgt: *„ja, und mir war eigentlich scheißegal was die da sagen und joa die waren nur noch (.) gefickter auf mich.“ (Z. 417 f.).* Das Bild des gesellschaftlichen Versagers, der selbstverschuldet in die Sucht geraten ist und sein soziales Umfeld im Stich lässt, ist das häufigste Vorurteil in der öffentlichen Wahrnehmung (Drexler;

Köhler, 2008). Dass sie diese Vorstellung auf sich selbst beziehen, deutet auf eine Selbststigmatisierung hin.

#### 9.4. Bewältigungsstrategien

Beide Diagnosen gelten nach der Typisierung von Goffmann (2008/1967) als „*individuelle Charakterfehler*“ (S. 12), das heißt, die stigmatisierenden Merkmale sind nicht augenscheinlich sichtbar. Die Jugendlichen sind daher der im Stigma-Management der Gruppe der Diskriminierbaren (ebd., S. 56) zuzuordnen. Somit haben sie die Möglichkeit, die Information über ihr stigmatisierendes Merkmal beispielsweise durch Leugnen oder Geheimhaltung zu steuern (Nüesch, 2002, S. 32). Dies zeigt sich im Fall von Tobias. Er gibt an, dass seine Freunde zwar sein ADHS-bedingtes hyperkinetisches Verhalten kennen, von der Diagnose selbst aber nichts wissen, da er ihnen davon nichts erzählt habe (Z. 351 f.).

Auch die fünf Bewältigungsstrategien nach Tröster (2008, S. 142 f.) sind in den beiden Fällen sichtbar:

Die **Steigerung der Attraktivität als PartnerIn im Sozialen Austausch** ist charakterisiert dadurch, dass die betroffene Person die stigmatisierenden Merkmale zu kaschieren versucht und sich öffentlich von der stigmatisierten Gruppe distanziert. Tobias ist fast am Ende seiner Therapie angelangt, vermutlich definiert er sich selbst eher als ‚clean‘. In seiner Beschreibung der Szene, der er zugehörig war, grenzt er sich stark von den „Kiffern“ (Z. 470) ab. Er wertet diese Gruppe sogar ab, indem er ihr ein oberflächliches Leben ohne Perspektive unterstellt: „*det is ihr (.) tagesablauf. sitzen da und freuen sich über die volldröhnung. ja. mehr is da nich.*“ (Z. 470 ff.).

Das **Vermeiden stigmatisierender Kontakte** wird in Tobias Fall bezüglich der ADHS sichtbar. Er gibt als Hobbies und Freizeitaktivitäten ausschließliche Einzelsportarten an, sowie handwerkliche Tätigkeiten, die er allein ausüben kann (Z. 370 ff.). Tobias vermeidet so Situationen, in denen er mit anderen Personen in Interaktion tritt. Er sieht bei diesen Tätigkeiten seine überschüssige Energie richtig eingesetzt und erfährt dadurch subjektive Erfolge, so dass ihm diese Aktivitäten Selbstvertrauen und Motivation geben.

Zusätzlich betont Tobias seinen autonomen Umgang mit der Krankheit: „*ich hab mich einfach SELber aus mein- aus meinem adhs so auseinandergesetzt*“ (Z. 336 f.). Er hat für sich eine individuelle Umgangsform gefunden, durch die er ohne (nicht-)medikamentöse Therapie die ADHS in seinen Alltag integriert. Dadurch kann er diagnosebezogene Interaktionen mit medizinischem und/oder psychiatrischem Fachpersonal umgehen.

Nicos Schulabbruch, nachdem er durch das ADHS Misserfolge in der Schule hatte (Z. 326), ist als **Zurücknahme des persönlichen Engagements** zu verstehen. Diese Bewältigungsstrategie zeichnet sich dadurch aus, dass die Betroffenen von den Erwartungen und Zielen in dem Lebensbereich in dem sie sich diskriminiert fühlen, Abstand nehmen.

Die **Pflege alternativer Beziehungen** ist in beiden Fällen nicht explizit vorhanden. Bei dieser Strategie wenden sich stigmatisierte Personen sozialen Gruppen zu in denen sie mit ebenfalls Betroffenen in Berührung kommen (Tröster, 2008, S. 143). Auch wenn beide Probanden diese Strategie nicht explizit nennen, so ist davon auszugehen, dass die Gruppentherapie entsprechend positive Effekte fördert und sich diese zunutze macht. (Möller, 2007).

Bei der Strategie der **externalen Attribution** versuchen die Betroffenen ihr Selbstwertgefühl zu schützen, indem sie das Stigma nicht auf sich selbst, sondern auf Vorurteile gegenüber der stigmatisierten Gruppe, also äußere Faktoren, beziehen. Beide Jugendlichen wenden diese Strategie in Bezug auf ihre Sucht an, wobei sie mit der externalen Distribution insbesondere dem Vorurteil der Selbstverschuldung beikommen wollen. Tobias deutet die Entwicklung einer Abhängigkeit als Schicksal, auf das ein Individuum keinen Einfluss hat: *„das is genauso wie der tod, ja? leute sterben, passiert. man is süchtig, passiert.“* (Z. 434 f.).

In Nicos Fall ist besonders interessant, dass er, ähnlich wie Tobias, familiäre Umstände und Entwicklungsbedingungen als Ursachen für seine Sucht angibt. Tobias nennt die Heimunterbringung (Z. 478 ff.), Nico bezieht sich auf die Trennung seiner Eltern und die von ihm empfundene mangelnde Konsequenz in der mütterlichen Erziehung (Z. 431 f.). Hierdurch versuchen sich beide Jugendlichen vor dem Vorurteil der Selbstverschuldung zu schützen. Gleichzeitig bezeichnet Nico seinen Substanzkonsum als *„Selbstmedikation“* (Z. 321) des ADHS. Damit bezieht der das Stigma der Sucht auf das ADHS als möglichen ätiologischen Faktor und schützt sich auch dadurch vor dem oben genannten Vorurteil.

Darüber hinaus zeigen die Jugendlichen **weitere Bewältigungsstrategien**, die nicht in die von Tröster (2002) beschriebenen Kategorien passen.

Auch wenn Tobias sich vom Cannabiskonsum in der Graffitiszene distanziert, ist für ihn Graffiti als künstlerische Ausdrucksform nach wie vor wichtig (Z. 375). Eine Idealvorstellung seines Selbst wäre es, ein *„großer MALER“* (Z. 70) zu sein. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass Tobias nach Möglichkeiten der Anerkennung sucht, um nicht ausschließlich auf seine Stigmata reduziert zu werden.

Außerdem versucht Tobias die Diagnose ADHS nicht ‚zu nah an sich heran zu lassen‘ um sich so vor Auswirkungen auf sein Selbstkonzept zu schützen. So sagt er beispielsweise: *„ich verDRÄNG das sozusagen“* (Z. 338). Ebenso versucht er, trotz des Stigmas Normalität zu erzeugen: *„ich fühl mich wie n ganz normaler MENSCH, behindert mich nicht“* (Z. 339). Ausnahmen von dieser Normalität gibt es für ihn nur im Kontext Schule (Z. 340).

Nico hingegen zeigt eine Bewältigungsstrategie, die er bereits in seinem Leben anwenden konnte: Er gibt die Verantwortung und Kontrolle an Substanzen ab (Z. 422). Laut der Selbstmedikationshypothese (Krausz, 2004, S. 3f.) steht für Nico der Konsum von psychogenen Substanzen als Möglichkeit zur Konfliktregulation zur Verfügung. Der Gebrauch von illegalen Drogen ist für ihn nach der Therapie negativ konnotiert (Z.423 f.), die ärztlich begleitete Medikation der ADHS unterliegt gesellschaftlich keiner so stark abwertenden Deutung.

Nico macht sich das öffentliche Bild von ADHS als Krankheit (Krause; Krause, 2009) zunutze und schützt sich so vor anderen negativ konnotierten Zuschreibungen bezüglich dieser Diagnose. Als einzige für ihn wirksame und akzeptable Umgangsform mit der Krankheit sieht er die Medikation mit Methylphenidat, der er damit eine große Wirkungsmacht zuschreibt (Z. 322). Nico sieht durch die von ihm als hilfreich empfundene Medikation keinen weiteren Handlungsbedarf in Bezug auf das ADHS.

## **9.5. Zeitpunkt des Interviews/Therapie**

Zuletzt ergibt sich die Annahme, dass bei der Betrachtung der Ergebnisse des empirischen Materials eine zeitliche Komponente zu berücksichtigen ist. Der Zeitpunkt der Interviewführung ist in beiden Fällen von großer Bedeutung: Beide Jugendlichen stehen unmittelbar vor Beendung ihrer Suchttherapie.

Bei beiden Jugendlichen ist das Element ‚Sucht‘ in den Auswertungen des Repertory Grid weit von den Selbstkonzeptelementen ‚Selbst‘ und ‚Idealselbst‘ entfernt. Die Jugendlichen sehen die Sucht nicht als Teil von sich an. Die Jugendlichen definieren sich womöglich als ‚clean‘ und weniger als ‚süchtig‘ oder ‚konsumierend‘ an.

Nicos Selbst-Idealselbst-Konvergenz in der Selbst-Identitätsgraphik kann für einen subjektiv empfundenen Therapieerfolg stehen.

Für Tobias beginnt nach der Therapie ein neuer Lebensabschnitt. Zum Zeitpunkt des Interviews sieht er sein Selbst weit von seiner Idealvorstellung entfernt, wie die Selbst-

Idealselbst-Divergenz zeigt. Womöglich fühlt er sich von der bevorstehenden Herausforderung ein abstinentes Leben zu führen, verunsichert. Er thematisiert dies im Interview: *„die gefahrenzonen sind, alles was mit drogen zu tun hat (...). man weiß, dass sobald, wenn man kurz davor steht, das zu nehmen.“* (Z. 441 ff.). Tobias ist sich bewusst, wie schnell es zu einem Rückfall kommen kann: *„dann hat man seine (...) ALten verhaltensweisen ganz schnell wieder“* (ebd.). Nicht zuletzt ist deshalb die Rückfallprophylaxe ein wichtiger Bestandteil suchttherapeutischer Angebote (Brückner, 2004, S. 63). Nico muss sich zum Zeitpunkt des Interviews darüber bewusst werden, wie er seinen weiteren Werdegang gestalten möchte. Dieser interne Prozess des Bewusstwerdens wird auch durch die Thematisierungsregel des inneren Dialoges in der Interviewanalyse deutlich.

## **9.6. Reflexion des Forschungsprozesses**

Im folgenden Abschnitt soll der Forschungsprozess kritisch hinterfragt werden.

Ziel der Erhebung war es, sich exploratorisch zwei als Beispiel dienenden Fällen zu nähern und beobachtete Phänomene zu beschreiben. Die Ergebnisse sind dabei keineswegs als repräsentativ zu verstehen. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist eingeschränkt.

Die Empirie im Rahmen dieser Arbeit war von vornherein als Experiment zu verstehen, als Möglichkeit für die Forscherin beide Methoden erstmalig auszuprobieren. Nichtsdestotrotz wurde selbstverständlich nach bestem Wissen versucht, das Gütekriterium für qualitative Forschung, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke, 2009, S. 321 ff.), so weit wie möglich einzuhalten. Dazu wurden im methodischen Teil dieser Arbeit das theoretische Vorverständnis, die Erhebungs- und Auswertungsmethoden und Transkriptionsregeln dargestellt. Die Daten befinden sich als Quellen im Anhang dieser Arbeit.

Leider war es nicht möglich, die Interviewdaten in einer Analysegruppe auszuwerten um das Material aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten zu können. Bei der Auswertung mit der rekonstruktiven Interviewanalyse war es teilweise schwierig, deskriptive Analyse und Interpretation exakt zu trennen.

Da sich die exakte Fragestellung erst im Laufe des Forschungsprozesses konkretisierte, beinhaltet der Leitfaden Fragen, die auf weiterführende thematische Schwerpunkte abzielen (z.B. Bewältigung der Erkrankungen, Therapieverlauf, Umfeld). Für weitere Erhebungen wäre es interessant, konkrete Fragen bezüglich der subjektiv erlebten Auswirkungen der Diagnosen zu formulieren.

Auch bei der Repertory Grid Technik wurde versucht, die Erhebung möglichst sinnvoll und methodentreu vorzubereiten, durchzuführen und auszuwerten.

Wie im Methodenteil beschrieben, wurde hier ausschließlich die dyadische Erfragung der Konstrukte gewählt. Es wäre interessant zu sehen, inwieweit sich die Ergebnisse einer triadischen Befragung unterscheiden würden.

Beide Jugendlichen versicherten, das Prinzip der skalierten Elementbewertung verstanden zu haben. Dennoch sind die Daten im Fall von Tobias etwas schwieriger auszuwerten, z.B. weil sie in der Hauptkomponentenanalyse erst in drei Dimensionen dargestellt werden können, und dadurch nicht sehr aussagekräftig sind.

Besonders problematisch bei der Durchführung der Methode war die Definition der diagnosebezogenen Elemente. Bei der Befragung wurden die Jugendlichen gebeten, sich die Diagnosen als „ADHS-Selbst“ und als „süchtiges Selbst“ bzw. „Suchtselbst“ (Nico, Z. 25 f.; Tobias, Z. 4 f.) vorzustellen. Diese Formulierung wurde (spontan) gewählt, da diese Formulierungen auch im Rahmen der stationären Therapie häufiger gefallen sind. Problematisch dabei ist, dass diese Fragestellungen dazu führen können, dass die Probanden ihre Diagnosen externalisiert beurteilen, also von ihrem Selbstkonzept abgetrennt darstellen. Dadurch kann es zu einer starken Ergebnisverzerrung gekommen sein. Es wäre für folgende Befragungen interessant, veränderte, erweiterte Formulierungen (‘Du, wenn du Drogen konsumierst‘; ‘Du, wenn du abstinent bist‘ ‘Du, wenn du dein ADHS als sehr stark empfindest‘ etc.) zu nutzen, um verschiedene Facetten der Selbstwahrnehmung zu erfragen.

Zu der Kombination der Methoden Repertory Grid und rekonstruktiver Interviewanalyse ist anzumerken, dass beide Methoden unterschiedliche zeitliche Dimensionen erheben. Das Repertory Grid ist als gegenwärtige Momentaufnahme zu sehen, während das anschließende Interview durch die biografischen Aspekte stark an der Vergangenheit orientiert ist. Dadurch hat der Erhebungszeitpunkt des Interviews eine besondere Bedeutung erlangt.

## **IV. Schlussteil**

### **10. Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit**

Die sozialarbeiterische Praxis ist mit beiden psychiatrischen Diagnosen konfrontiert. Die Suchthilfe ist ein klassisches Feld der Sozialen Arbeit und besonders in der Kinder- und Jugendhilfe treffen Professionelle auf ADHS. Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate (q.) kommen SozialarbeiterInnen in verschiedenen Kontexten (Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe, klinische und therapeutische Settings) mit KlientInnen mit der Doppeldiagnose ADHS und Abhängigkeit in Kontakt.

Wie in dieser Arbeit dargestellt wurde, können beide Diagnosen für sich stigmatisierend wirken und entsprechende Benachteiligungen in verschiedenen Lebensbereichen nach sich ziehen. Bei KlientInnen mit beiden Diagnosen können die Stigmata kumulieren. Sozialer Rückzug und ein vermindertes Selbstwertgefühl drohen ebenso wie Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe.

Für die Soziale Arbeit ergeben sich daraus Handlungsbedarfe und -möglichkeiten auf verschiedenen Ebenen.

Wichtig ist es ein Bewusstsein für die Stigmatisierungsprozesse zu schaffen, durch die die Betroffenen zusätzlich belastet werden können. Neben den Einschränkungen durch die Diagnosen an sich, treten wohlmöglich Probleme durch die (doppelte) Stigmatisierung auf. In beiden vorgestellten Fällen kommen Entwicklungs- und soziale Faktoren (Tod eines Elternteils, Scheidung der Eltern, Fremdunterbringung etc.) erschwerend hinzu.

Durch strukturelle Gegebenheiten - die Suchthilfe können nur ‚Süchtige‘ in Anspruch nehmen, eine Therapie und evtl. Medikation sind nur bei diagnostizierter ADHS möglich - sind Diagnosen notwendig, wodurch es zu einer Etikettierung kommt. Die Soziale Arbeit muss hier versuchen, diese Diagnose(n) nicht zusätzlich zu einem stigmatisierenden Merkmal werden zu lassen.

Um diesen Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken sollte auf Ebene der von SozialarbeiterInnen eingenommenen professionellen Haltung begonnen werden. Dazu gehören die Reflexion des eigenen professionellen Verhaltens und die Bewusstmachung der Zuschreibungs- und Deutungsmechanismen. So können SozialarbeiterInnen versuchen, eigene Vorurteile abzubauen und selbst möglichst wenig zur Stigmatisierung der KlientInnen beitragen. In der täglichen Praxis sollte die soziale Arbeit ihre KlientInnen als selbstbestimmte

Menschen wahrnehmen. Wie wichtig diese Selbstbestimmung für die Betroffenen ist, zeigt sich beispielsweise in Tobias Fall bezüglich seiner Medikation (Z.323 ff.). Die KlientInnen dürfen auch im therapeutischen Sinne nicht bevormundet werden und es dürfen keine Interventionen diagnosebezogen ‚übergestülpt‘ werden.

In Bezug auf die Erhebung des Konstruktsystems eines Menschen im Rahmen der Repertory Grid Technik sagt Kelly (1986) „*Wenn du nicht weißt, was in einer Person vorgeht, dann frage sie, sie wird es dir erzählen.*“ (zit. n. Pervin, 2000, S. 249). Dies lässt sich auch auf das Handeln der SozialarbeiterInnen übertragen: Wenn es Unsicherheiten darüber gibt, ob eine therapeutische Maßnahme gewünscht wird oder abgelehnt wird, sollte der/die KlientIn angesprochen und einbezogen werden. Nur durch eine solche Transparenz über geplante Interventionen kann die Selbstbestimmung des/der KlientIn beibehalten werden, was für die Vermeidung von Stigmatisierungen unabdingbar ist.

Auf einer Ebene der Interaktion sollte die Stigmatisierung und ihre Folgen in der sozialarbeiterischen Praxis mit den KlientInnen und deren Angehörigen thematisiert und reflektiert werden, mit dem Ziel die Betroffenen zu bekräftigen und ihnen bei der Entwicklung eines starken Selbstwertgefühls zur Seite stehen.

Gleichzeitig sollten Professionelle versuchen, Benachteiligungen auf Ebene der Teilhabe abzubauen und beispielsweise ihren KlientInnen bei der Suche Ausbildungs- oder Arbeitsplatz bzw. Schulungs-/Weiterbildungsprogrammen zu unterstützen oder ihnen bei der Inanspruchnahme ihrer Rechte nach dem Sozialrecht helfen. Dabei sind Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Trägern und Netzwerkarbeit bedeutsam.

Letztendlich muss auf gesellschaftlicher Ebene ein Bewusstsein für die Gefahr der Stigmatisierung durch Vorurteile gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen geschaffen werden. Einen Beitrag dazu können Aufklärungskampagnen und Anti-Stigma-Programme leisten. Solche Maßnahmen haben das Ziel, Vorurteile gegenüber bestimmten stigmatisierenden Merkmalen abzubauen und die gesellschaftliche Wahrnehmung dieser Merkmale zugunsten der Betroffenen zu verändern. Es bestehen bereits viele solcher Kampagnen im deutschsprachigen Raum, die sich beispielsweise auf Krankheitsbilder wie Schizophrenie oder die Borderlinepersönlichkeitsstörung beziehen (Baumann; Gaebel, 2004, S. 249 f.). Es besteht der Bedarf nach entsprechenden Anti-Stigma-Kampagnen speziell zu ADHS und Abhängigkeitserkrankungen. Außerdem ist weitere Forschung zu den öffentlichen Wahrnehmungen bzw. gesellschaftlichen Deutungsprozessen bezüglich der beiden Diagnosen und deren Auswirkungen nötig. In der Literatur gibt es viele allgemeinthoretische Beiträge zur

Stigmaforschung und Stigmatisierungsprozessen, sowie spezifische Artikel bezüglich einzelner Störungsbilder. Sowohl ADHS als auch Abhängigkeitserkrankungen sind hier (noch) nicht abgedeckt. Hinweise auf die öffentlichen Wahrnehmung und gesellschaftliche Vorurteile der Diagnosen finden sich fast ausschließlich in den Massenmedien, nichtwissenschaftlicher Literatur (z.B. Ratgeberliteratur) oder sog. grauer Literatur<sup>15</sup>. Hier kann die Soziale Arbeit als Wissenschaft helfen, durch Forschung weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

---

<sup>15</sup> Publikationen, die nicht über den Buchhandel vertrieben werden.

## Literaturverzeichnis

Barkley, Russell A.; Petermann, Franz; Wengenroth, Matthias (2005): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. 2., erw. und erg. Aufl. Bern: Huber (Aus dem Programm Huber).

Bartholomew, Ursula (1993): Die Selbst-Identitäts-Graphik (SIG). In: Scheer, Jörn W. (Hg.): Einführung in die Repertory Grid-Technik. 1. Aufl. Bern: Huber, Bd. 2, S. 30–37.

Baumann, Anja; Gaebel, Wolfgang (2005): Antistigmoprogramme im deutschsprachigen Raum. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hg.): Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 249–285.

Berger, E. (2000): Umgang mit Jugendlichen Drogenkonsumenten - eine spezielle Randgruppe? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 23, H. 3/4, S. 21–32.

Bohnsack, Ralf (2008): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 7., durchges. und aktualisierte Aufl. Opladen: Budrich (UTB Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft, 8242).

Böker, Heinz (1999): Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depressionen. Untersuchungen mit der Repertory-Grid-Technik und dem Gießen-Test an 139 PatientInnen mit depressiven Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, 93).

Brandau, Hannes; Kaschnitz, Wolfgang (2008): ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und soziale Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl.

Byrne, Peter (2001): Psychiatric Stigma. In: British Journal of Psychiatry, H. 178, S. 281–284.

Catina, Ana; Gustel M. Schmitt (1993): Die Theorie der persönlichen Konstrukte. In: Scheer, Jörn W.; Catina, Ana (Hg.): Einführung in die Repertory Grid-Technik. Band 1: Grundlagen und Methoden. 1 /// 1. Aufl. 2 Bände. Bern: Huber (1), Bd. 1, S. 11–23.

Crocker, Jennifer; Major, Brenda (1989): Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. In: Psychological Review, Jg. 96, H. 4, S. 608–630.

DeGrandpre, Richard; Nohl, Andreas (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: eine Generation wird krankgeschrieben. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.

Deppermann, Arnulf (2001): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 2., durchges. Aufl. Opladen: Leske + Budrich (Qualitative Sozialforschung, 3).

Dollinger, Bernd (2002): Drogen im sozialen Kontext. Zur gegenwärtigen Konstruktion abweichenden Verhaltens. Univ., Diss u.d.T.: Dollinger, Bernd: Desintegration und deviantes Verhalten - Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit in sozialer Perspektive--Bamberg, 2002. Augsburg: Maro-Verl. (Bamberger Beiträge zur Sozialpädagogik & Familienforschung, 4).

Drexler, S.; Köhler, W. (2008): Mit alten Vorstellungen aufräumen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, H. 50, S. 2702–2703.

Edel, Marc-Andreas (2006): Epidemiologie der ADHS. In: Edel, Marc-Andreas; Vollmoeller, Wolfgang (Hg.): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 21–28.

Edel, Marc-Andreas; Vollmoeller, Wolfgang (2006): ADHS und Sucht. In: Edel, Marc-Andreas; Vollmoeller, Wolfgang (Hg.): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 103–132.

Flick, Uwe (2009): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Aufl., Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55628), S. 309–318.

Gerhard, Horst (2003): Zwischen Lifestyle und Sucht. Drogengebrauch und Identitätsentwicklung in der Spätmoderne. Gießen: Psychosozial-Verl. (Edition Psychosozial).

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L.; Paul, Axel T. (2008): Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. 1. Nachdr. der 2., korrigierten Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften Methoden).

Goffman, Erving (2008): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. [Nachdr.] 2008, dt. Erstausgabe 1967. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 140).

Grausgruber, Alfred (2005): Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hg.): Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 18–39.

Haasen, C.; Kutzner, A.; Schäfer, I. (2010): Was verstehen wir unter Sucht? In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Jg. 53, H. 4, S. 267–270.

Hallowell, Edward M.; Ratey, John (2005): Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Rororo Rororo-Sachbuch, 60773).

Häßler, Frank (Hg.) (2009): Das ADHS Kaleidoskop. State of the Art und bisher nicht beachtete Aspekte von hoher Relevanz ; Bipolare Störungen, KISS-Syndrom ... 1. Aufl. Berlin: MWV Med.-Wiss. Verl.-Ges.

Helfferrich, Cornelia/Kruse Jan (2007): Vom "professionellen Blick" zum "hermeneutischen Ohr". Hermeneutisches Fremdverstehen als eine sensibilisierende Praxeologie für sozialarbeiterische Beratungskontexte. In: Miethe, Ingrid; Fischer, Wolfram; Giebeler, Cornelia; Goblirsch, Martina; Riemann, Gerhard (Hg.): Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung ; [ ... Ergebnis der vom 12. bis 14. Januar 2006 an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt durchgeführten Tagung]. Opladen: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 4), S. 1–9.

Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald; Ebert, Dieter (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe.

Hohmeier, Jürgen (1975): Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In: Brusten, Manfred; Hohmeier, Jürgen (Hg.): Stigmatisierung. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. 2 Bände. Darmstadt: Hermann Luchterhand Verlag (1), S. 5–24.

Kelly, Goerge A. (1986): Die Psychologie der persönlichen Konstrukte. [Übers. aus d. Amerikan.: Elke Danzinger-Tholen]. Paderborn: Junfermann (Reihe innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 33).

Kiefer, F. (2010): Neurobiologie und Genetik von Suchterkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Jg. 53, H. 4, S. 284–288.

Kleinemeier, E. (2004): Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian; Andersohn, Frank (Hg.): Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme .

Kohns, Ulrich (2007): ADHS-Kinder werden erwachsen. Jugendzeit mit ADHS verlangt Geduld. In: pädiatrie hautnah, H. 4, S. 197–200.

Krause, Johanna; Krause, Klaus-Henning (2009): ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen ; mit 19 Tabellen ; [diagnostisches Interview als Download]. 3. vollst. aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Krause, Klaus-Henning (2006): Ätiologie der ADHS. In: Edel, Marc-Andreas; Vollmoeller, Wolfgang (Hg.): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 1–20.

- Krausz, Michael (2004): Zwischen Mystik und Evidenz - Zum Stand der Modellbildung in der Suchtforschung. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian; Andersohn, Frank (Hg.): Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme, S. 1–10.
- Kruse, Jan (2009): Reader. "Einführung in die qualitative Interviewforschung". Freiburg im Breisgau. Online verfügbar unter <http://www.soziologie.uni-freiburg.de/kruse>.
- Küfner, H. (2010): Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Jg. 53, H. 4, S. 271–283.
- Laucht, Manfred (2007): Besondere Wirkungen des Substanzkonsums auf junge Menschen. In: Mann, Karl; Havemann-Reinecke, Ursula; Gaßmann, Raphael (Hg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 42–57.
- Möller, Christoph (2007): Gruppentherapie im Jugendalter. In: Möller, Christoph (Hg.): Sucht im Jugendalter. Verstehen, vorbeugen, heilen ; mit 6 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 94–111.
- Nika, E.; Briken, P. (2004): Suchtbehandlung unter besonderen Bedingungen. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian; Andersohn, Frank (Hg.): Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme, S. 129–142.
- Norris, Hugh; Makhoul-Norris, Fawezeya (1976): The measurement of self-identity. In: Slater, Patrick (Hg.): Explorations of intrapersonal space. London: Wiley (The measurement of intrapersonal space by grid technique, / ed. by Patrick Slater ; Vol. 1), S. 79–92.
- Nüesch, Manuela (2002): Stigmatisierungserleben und Stigma-Management. Eine empirische Untersuchung mit ehemaligen Klienten einer Tagesklinik. Luzern: Ed. SZH/SPC (ISP-Universität Zürich, 6).
- Ohlmeier, Martin et al (2005): ADHS und Sucht. In: psychoneuro, Jg. 31, H. 11, S. 554–562.
- Perkonigg, Axel; Pfister, Hildegard; Lieb, Roselind; Bühringer, Gerhard; Wittchen, Hans-Ulrich (1994): Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. In: Suchtmed, Jg. 6, H. 1, S. 22–31.
- Pervin, Lawrence a. (2000): Persönlichkeitstheorien. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Peter; Six (Hg.) (2008): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. 1. Aufl. s.l.: Beltz PVU.

- Raeithel, Arne (1993): Auswertungsmethoden für Repertory Grids. In: Scheer, Jörn W.; Catina, Ana (Hg.): Einführung in die Repertory Grid-Technik. Band 1: Grundlagen und Methoden. 1 /// 1. Aufl. 2 Bände. Bern: Huber (1), S. 41–67.
- Rehberg, Karl-Siegbert; Giesecke, Dana; Dumke, Thomas, et al. (Hg.) (2008): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Frankfurt a.M.: Campus Verl.
- Renner, T. J. et al (2008): Neurobiologie des Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätssyndroms. In: Der Nervenarzt, Jg. 79, H. 7, S. 771–781.
- Rogers, Carl R. (2009): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. 1. Aufl. München: Reinhardt (Personenzentrierte Beratung & Therapie, 8).
- Rosenberger, Matthias; Freitag, Matthias (2009): Repertory Grid. In: Kühl, Stefan (Hg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 477–496.
- Rüesch, Peter (2005): Überwindungsversuche. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hg.): Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 196–212.
- Rüsch, Nicolas et al (2006): Self-Stigma, Empowerment and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness. In: Psychiatric Services, Jg. 57, H. 3, S. 399–402.
- Scheff, Thomas J. (1999): Being mentally ill. A sociological theory. 3. ed. New York: Aldine de Gruyter.
- Schneider, Ralf (2009): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit ; Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 14., überarb. und erw. Aufl. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (2003): Strukturen der Lebenswelt. (UTB). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783825224127/1/0>.
- Skrotzki, Aurelio (1999): Graffiti. Öffentliche Kommunikation und Jugendprotest. Stuttgart: Ed. 451.

- Steinke, Ines (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Aufl., Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55628), S. 319–331.
- Tapert, Susan F. (2007): Substanzgebrauch und Gehirnfunktion bei Jugendlichen. In: Mann, Karl; Havemann-Reinecke, Ursula; Gaßmann, Raphael (Hg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 58–75.
- Thomasius, Rainer (2005): Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Möller, Christoph (Hg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen ; mit 10 Tabellen. 3., erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–36.
- Townson, Michael (2004): Wie ADS in der Öffentlichkeit gesehen wird. In: Fitzner, Thilo; Stark, Werner (Hg.): Doch unzerstörbar ist mein Wesen ... Diagnose AD(H)S - Schicksal oder Chance? ; [Beiträge der Interdisziplinären Fachtagung "Ein Problem ist nicht genug - ADS und Hochbegabung" 21.2.2003 - 23.2.2003 in der Evangelischen Akademie Bad Boll]. Weinheim: Beltz (Beltz-Taschenbuch, 161), S. 101–103.
- Trojan, Alf (1978): Psychisch krank durch Etikettierung? Die Bedeutung des Labeling-Ansatzes für die Sozialpsychiatrie ; 16 Tabellen. 1. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg (Fortschritte der Sozialpsychiatrie, 4).
- Tröster, Heinrich (2008): Stigma. In: Peter; Six (Hg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. 1. Aufl. s.l.: Beltz PVU, S. 140–149.
- Ujeyl, M.; Haasen, C. (2004): Epidemiologie der Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian; Andersohn, Frank (Hg.): Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme, S. 23–34.
- Walckhoff, Katharina (2008): ADHS aus konstruktivistisch-systemischer Perspektive. In: *systema*, Jg. 22, H. 1, S. 64–73.
- Watson, Amy et al (2007): Self-Stigma in People With Mental Illness. In: *Schizophrenia Bulletin*, Jg. 33, H. 6, S. 1312–1318.
- Weiser, Eva (1998): Jugend und Sucht. Neue Ansätze zu einer jugendspezifischen Suchtprävention. Stuttgart: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg.

## **Internetquellen**

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f10-f19.htm>

Zugriff: 16.11.2010, 19.23 Uhr

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f90-f98.htm#F90>

Zugriff: 16.11.2010, 19.24 Uhr

Sprachberatung der Gesellschaft für deutsche Sprache:

<http://www.gfds.de/sprachberatung/fragen-und-antworten/uebersichtsseite/nicht-wirklich/>

Zugriff: 17.11.2010, 12.08 Uhr

## **Anhangsverzeichnis**

- A. Repertory Grid Matrizen
- B. Analyse Repertory Grid Nico
- C. Analyse Repertory Grid Tobias
- D. Interviewleitfaden
- E. Interviewtranskript Nico
- F. Interviewtranskript Tobias
- G. Einverständnis-/Datenschutzerklärung
- H. Eidesstattliche Erklärung

## A. Repertory Grid Matrizen

Nico (page 1)

|                       | Selbst |       |      |       |        |           |                |              |       |            |                             |
|-----------------------|--------|-------|------|-------|--------|-----------|----------------|--------------|-------|------------|-----------------------------|
|                       | ..     | Ideal | ADHS | Sucht | Mutter | Schwester | beste Freundin | Jugendlicher | Vater | Stiefvater |                             |
| überbesorgt           | -1     | -3    | 1    | 2     | 3      | -1        | 2              | -1           | 1     | 1          | nicht besorgt               |
| bestimmt              | 1      | -1    | 2    | 3     | -2     | -1        | -1             | -3           | 2     | 1          | nicht durchsetzungsfähig    |
| lieb                  | -1     | 1     | -2   | -2    | 2      | -1        | 3              | -1           | -1    | 1          | böse                        |
| sich behaupten können | 2      | 3     | 2    | 2     | -2     | -1        | 1              | -3           | 3     | 3          | sich nicht behaupten können |
| naiv                  | -2     | -3    | -1   | 3     | 2      | 1         | 2              | 2            | -2    | -2         | realistisch                 |
| unkonzentriert        | -2     | -3    | 3    | 3     | -1     | -2        | -2             | 1            | -2    | -2         | konzentriert                |
| ich-bezogen           | -2     | -3    | 1    | 3     | -3     | -1        | -2             | -2           | -1    | -2         | hilfsbereit/sozial          |
| ruhiger               | 2      | 3     | -3   | -2    | 2      | -1        | -2             | 2            | -1    | 2          | aggressiv                   |
| gebend                | -1     | 2     | -1   | -3    | 3      | 1         | 2              | 2            | 1     | 2          | fordernd                    |
| zickig                | -2     | -3    | -2   | 2     | 1      | 2         | 2              | -1           | -2    | -2         | tolerant                    |

Notes:

# Constructs: 10

# Elements: 10.

Grid Type: Rating

Scale Range: -3.00 to 3.00.

Tobias (page 1)

|                       | Selbst |       |      |       |        |        |       |        |          |                  |                 |
|-----------------------|--------|-------|------|-------|--------|--------|-------|--------|----------|------------------|-----------------|
|                       | ..     | Ideal | ADHS | Sucht | Bruder | Mutter | Vater | Kumpel | Freundin | Bezugsbetreuerin |                 |
| vernünftig            | 2      | -3    | -1   | -3    | 1      | 0      | 3     | -1     | 3        | 3                | unvernünftig    |
| handwerklich (begabt) | 3      | 1     | -1   | 3     | 1      | 3      | 3     | -3     | -2       | 2                | unprofessionell |
| bekannt               | 1      | 3     | -3   | 2     | -3     | 0      | 1     | 2      | 1        | 3                | unberühmt       |
| geordnet              | 3      | -3    | 2    | 3     | -2     | 3      | 3     | -3     | 2        | 3                | chaotisch       |
| aufgedreht            | -2     | -2    | 3    | -3    | 0      | -1     | 1     | 3      | -2       | -1               | ruhig           |
| zielsicher            | 3      | 1     | -1   | -3    | -3     | 1      | 3     | -1     | 3        | 3                | Egal-Haltung    |
| hochkonzentriert      | 1      | 3     | -3   | 2     | -2     | 2      | 3     | 3      | 2        | 1                | unaufmerksam    |
| freundlich            | 2      | 3     | 1    | -2    | 3      | 3      | 2     | 1      | 3        | 3                | unhöflich       |
| vergesslich           | -1     | -2    | 3    | 3     | 1      | -1     | -2    | -3     | -1       | -1               | achtsam         |
| faul                  | -3     | 2     | -1   | -3    | 1      | 0      | -3    | 3      | -1       | 2                | fleißig         |
| egoistisch            | 1      | 3     | -3   | 3     | -1     | -3     | -1    | -2     | -3       | -2               | offen           |
| selbstbewusst         | 3      | 3     | -1   | -2    | -2     | 2      | 3     | 1      | -3       | 3                | schüchtern      |

Notes:

# Constructs: 12

# Elements: 10.

Grid Type: Rating

Scale Range: -3.00 to 3.00.

## B. Analyse Repertory Grid Nico

### Slater Analyses for Blank Grid+

#### **Eigenvalue Decomposition**

|      | Eigenvalue | % Variance | Cumulative % | Scree |
|------|------------|------------|--------------|-------|
| PC_1 | 157.98     | 42.98      | 42.98        | ***** |
| PC_2 | 118.50     | 32.24      | 75.21        | ***** |
| PC_3 | 46.11      | 12.54      | 87.76        | ****  |
| PC_4 | 20.43      | 5.56       | 93.32        | **    |
| PC_5 | 14.17      | 3.86       | 97.17        | **    |
| PC_6 | 7.17       | 1.95       | 99.12        | *     |
| PC_7 | 2.42       | 0.66       | 99.78        | *     |
| PC_8 | 0.80       | 0.22       | 100.00       | *     |
| PC_9 | 0.01       | 0.00       | 100.00       | *     |

#### **Element Loadings**

|                | PC_1  | PC_2  |
|----------------|-------|-------|
| Selbst         | -1.48 | -3.44 |
| Ideal          | -5.80 | -3.74 |
| ADHS           | 5.34  | -2.70 |
| Sucht          | 8.76  | 0.42  |
| Mutter         | -2.61 | 5.41  |
| Schwester      | 0.13  | 2.59  |
| beste Freundin | -0.25 | 3.62  |
| Jugendlicher   | -1.79 | 4.06  |
| Vater          | 0.30  | -3.54 |
| Stiefvater     | -2.61 | -2.67 |

Note. Values for plotting elements in the component space.

#### **Element Eigenvectors**

|                | PC_1  | PC_2  |
|----------------|-------|-------|
| Selbst         | -0.12 | -0.32 |
| Ideal          | -0.46 | -0.34 |
| ADHS           | 0.43  | -0.25 |
| Sucht          | 0.70  | 0.04  |
| Mutter         | -0.21 | 0.50  |
| Schwester      | 0.01  | 0.24  |
| beste Freundin | -0.02 | 0.33  |
| Jugendlicher   | -0.14 | 0.37  |
| Vater          | 0.02  | -0.33 |
| Stiefvater     | -0.21 | -0.25 |

#### **Construct Loadings**

|                       | PC_1  | PC_2  |
|-----------------------|-------|-------|
| überbesorgt           | 2.61  | 2.15  |
| bestimmt              | 3.97  | -3.93 |
| lieb                  | -3.16 | 1.85  |
| sich behaupten können | 0.88  | -5.81 |
| naiv                  | 2.92  | 5.81  |
| unkonzentriert        | 5.44  | 0.91  |
| ich-bezogen           | 5.46  | -0.79 |
| ruhiger               | -5.40 | -0.32 |
| gebend                | -4.65 | 2.09  |
| zickig                | 2.45  | 4.64  |

#### **Construct Eigenvectors**

|  | PC_1 | PC_2 |
|--|------|------|
|--|------|------|

| überbesorgt           | 0.21  | 0.20  |
|-----------------------|-------|-------|
| bestimmt              | 0.32  | -0.36 |
| lieb                  | -0.25 | 0.17  |
| sich behaupten können | 0.07  | -0.53 |
| naiv                  | 0.23  | 0.53  |
| unkonzentriert        | 0.43  | 0.08  |
| ich-bezogen           | 0.43  | -0.07 |
| ruhiger               | -0.43 | -0.03 |
| gebend                | -0.37 | 0.19  |
| zickig                | 0.19  | 0.43  |

Note. Values for orienting (drawing) constructs in component space.

{Graph Created: Blank Grid+ / PC\_1 vs. PC\_2 (Slater)}

### Self-Identity Plot for Nico

#### Original Grid (Nico)

|                             | Selbst | Ideal | ADHS  | Sucht | Mutter | Schwester | beste Freundin | Jugendlicher | Vater |
|-----------------------------|--------|-------|-------|-------|--------|-----------|----------------|--------------|-------|
| Stiefvater                  | .      | .     | .     | .     | .      | .         | .              | .            | .     |
| überbesorgt                 | -1.00  | -3.00 | 1.00  | 2.00  | 3.00   | -1.00     | 2.00           | -1.00        | 1.00  |
| nicht besorgt               | 1.00   | -1.00 | 2.00  | 3.00  | -2.00  | -1.00     | -1.00          | -3.00        | 2.00  |
| bestimmt                    | 1.00   | -1.00 | 2.00  | 3.00  | -2.00  | -1.00     | -1.00          | -3.00        | 2.00  |
| nicht durchsetzungsfähig    | 1.00   | -1.00 | 2.00  | 3.00  | -2.00  | -1.00     | -1.00          | -3.00        | 2.00  |
| lieb                        | -1.00  | 1.00  | -2.00 | -2.00 | 2.00   | -1.00     | 3.00           | -1.00        | -1.00 |
| böse                        | 1.00   | 3.00  | 2.00  | 2.00  | -2.00  | -1.00     | 1.00           | -3.00        | 3.00  |
| sich behaupten können       | 2.00   | 3.00  | 2.00  | 2.00  | -2.00  | -1.00     | 1.00           | -3.00        | 3.00  |
| sich nicht behaupten können | 3.00   | -2.00 | 3.00  | 2.00  | 1.00   | 2.00      | 2.00           | 2.00         | -2.00 |
| naiv                        | -2.00  | -3.00 | -1.00 | 3.00  | 2.00   | 1.00      | 2.00           | 2.00         | -2.00 |
| realistisch                 | -2.00  | -3.00 | 3.00  | 3.00  | -1.00  | -2.00     | -2.00          | 1.00         | -2.00 |
| unkonzentriert              | -2.00  | -3.00 | 3.00  | 3.00  | -1.00  | -2.00     | -2.00          | 1.00         | -2.00 |
| konzentriert                | -2.00  | -3.00 | 1.00  | 3.00  | -3.00  | -1.00     | -2.00          | -2.00        | -1.00 |
| ich-bezogen                 | -2.00  | -3.00 | 1.00  | 3.00  | -3.00  | -1.00     | -2.00          | -2.00        | -1.00 |
| hilfsbereit/sozial          | -2.00  | 3.00  | -3.00 | -2.00 | 2.00   | -1.00     | -2.00          | 2.00         | -1.00 |
| ruhiger                     | 2.00   | 3.00  | -3.00 | -2.00 | 2.00   | -1.00     | -2.00          | 2.00         | -1.00 |
| aggressiv                   | 2.00   | 2.00  | -1.00 | -3.00 | 3.00   | 1.00      | 2.00           | 2.00         | 1.00  |
| gebend                      | -1.00  | 2.00  | -1.00 | -3.00 | 3.00   | 1.00      | 2.00           | 2.00         | 1.00  |
| fordernd                    | 2.00   | -2.00 | 2.00  | 2.00  | 1.00   | 2.00      | 2.00           | -1.00        | -2.00 |
| zickig                      | -2.00  | -3.00 | -2.00 | 2.00  | 1.00   | 2.00      | 2.00           | -1.00        | -2.00 |
| tolerant                    | -2.00  | -3.00 | -2.00 | 2.00  | 1.00   | 2.00      | 2.00           | -1.00        | -2.00 |

{Graph Created: Self-Identity Plot for Nico}  
 -- Selbst vs. Ideal --

## C. Analyse Repertory Grid Tobias

### Slater Analyses for Tobias

#### **Eigenvalue Decomposition**

|      | Eigenvalue | % Variance | Cumulative % | Scree |
|------|------------|------------|--------------|-------|
| PC_1 | 165.38     | 30.45      | 30.45        | ***** |
| PC_2 | 134.50     | 24.76      | 55.21        | ***** |
| PC_3 | 121.79     | 22.42      | 77.63        | ***** |
| PC_4 | 44.07      | 8.11       | 85.74        | ***   |
| PC_5 | 34.42      | 6.34       | 92.08        | **    |
| PC_6 | 19.29      | 3.55       | 95.63        | **    |
| PC_7 | 12.97      | 2.39       | 98.01        | *     |
| PC_8 | 9.55       | 1.76       | 99.77        | *     |
| PC_9 | 1.24       | 0.23       | 100.00       | *     |

#### **Element Loadings**

|                  | PC_1  | PC_2  |
|------------------|-------|-------|
| Selbst           | -4.66 | -2.70 |
| Ideal            | -1.31 | 5.02  |
| ADHS             | 6.56  | -2.66 |
| Sucht            | 2.25  | -6.04 |
| Bruder           | 6.27  | -0.03 |
| Mutter           | -1.96 | -0.69 |
| Vater            | -5.07 | -1.21 |
| Kumpel           | 2.83  | 7.47  |
| Freundin         | -0.92 | -0.01 |
| Bezugsbetreuerin | -4.00 | 0.85  |

Note. Values for plotting elements in the component space.

#### **Element Eigenvectors**

|                  | PC_1  | PC_2  |
|------------------|-------|-------|
| Selbst           | -0.36 | -0.23 |
| Ideal            | -0.10 | 0.43  |
| ADHS             | 0.51  | -0.23 |
| Sucht            | 0.18  | -0.52 |
| Bruder           | 0.49  | 0.00  |
| Mutter           | -0.15 | -0.06 |
| Vater            | -0.39 | -0.10 |
| Kumpel           | 0.22  | 0.64  |
| Freundin         | -0.07 | 0.00  |
| Bezugsbetreuerin | -0.31 | 0.07  |

#### **Construct Loadings**

|                       | PC_1  | PC_2  |
|-----------------------|-------|-------|
| vernünftig            | -3.52 | -0.72 |
| handwerklich (begabt) | -3.47 | -3.88 |
| bekannt               | -4.27 | 2.12  |
| geordnet              | -3.59 | -6.22 |
| aufgedreht            | 2.81  | 2.29  |
| zielsicher            | -6.39 | 0.74  |
| hochkonzentriert      | -4.11 | 2.29  |
| freundlich            | -1.58 | 2.11  |
| vergesslich           | 3.77  | -4.62 |
| faul                  | 1.63  | 5.75  |
| egoistisch            | -0.91 | -0.96 |
| selbstbewusst         | -4.90 | 2.24  |

#### **Construct Eigenvectors**

|                       | PC_1  | PC_2  |
|-----------------------|-------|-------|
| vernünftig            | -0.27 | -0.06 |
| handwerklich (begabt) | -0.27 | -0.33 |
| bekannt               | -0.33 | 0.18  |
| geordnet              | -0.28 | -0.54 |
| aufgedreht            | 0.22  | 0.20  |
| zielsicher            | -0.50 | 0.06  |
| hochkonzentriert      | -0.32 | 0.20  |
| freundlich            | -0.12 | 0.18  |
| vergesslich           | 0.29  | -0.40 |
| faul                  | 0.13  | 0.50  |
| egoistisch            | -0.07 | -0.08 |
| selbstbewusst         | -0.38 | 0.19  |

Note. Values for orienting (drawing) constructs in component space.

{Graph Created: Tobias / PC\_1 vs. PC\_2 (Slater)}

### Self-Identity Plot for Tobias

#### Original Grid (Tobias)

|                            | Selbst | Ideal | ADHS  | Sucht | Bruder | Mutter | Vater | Kumpel |
|----------------------------|--------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|
| Freundin                   | .      | .     | .     | .     | .      | .      | .     | .      |
| Bezugsbetreuerin           | .      | .     | .     | .     | .      | .      | .     | .      |
| 2.00 vernünftig            | 2.00   | -3.00 | -1.00 | -3.00 | 1.00   | 0.00   | 3.00  | -1.00  |
| 3.00 unvernünftig          | 3.00   | 1.00  | -1.00 | 3.00  | 1.00   | 3.00   | 3.00  | -3.00  |
| 2.00 handwerklich (begabt) | 3.00   | 1.00  | -1.00 | 3.00  | 1.00   | 3.00   | 3.00  | -3.00  |
| 2.00 unprofessionell       | 1.00   | 3.00  | -3.00 | 2.00  | -3.00  | 0.00   | 1.00  | 2.00   |
| 3.00 bekannt               | 1.00   | 3.00  | -3.00 | 2.00  | -3.00  | 0.00   | 1.00  | 2.00   |
| 3.00 unberühmt             | 3.00   | -3.00 | 2.00  | 3.00  | -2.00  | 3.00   | 3.00  | -3.00  |
| 3.00 geordnet              | 3.00   | -3.00 | 2.00  | 3.00  | -2.00  | 3.00   | 3.00  | -3.00  |
| 3.00 chaotisch             | -2.00  | -2.00 | 3.00  | -3.00 | 0.00   | -1.00  | 1.00  | 3.00   |
| -1.00 aufgedreht           | -2.00  | -2.00 | 3.00  | -3.00 | 0.00   | -1.00  | 1.00  | 3.00   |
| -1.00 ruhig                | 3.00   | 1.00  | -1.00 | -3.00 | -3.00  | 1.00   | 3.00  | -1.00  |
| 3.00 zielsicher            | 3.00   | 1.00  | -1.00 | -3.00 | -3.00  | 1.00   | 3.00  | -1.00  |
| 3.00 Egal-Haltung          | 1.00   | 3.00  | -3.00 | 2.00  | -2.00  | 2.00   | 3.00  | 3.00   |
| 1.00 hochkonzentriert      | 1.00   | 3.00  | -3.00 | 2.00  | -2.00  | 2.00   | 3.00  | 3.00   |
| 1.00 unaufmerksam          | 2.00   | 3.00  | 1.00  | -2.00 | 3.00   | 3.00   | 2.00  | 1.00   |
| 3.00 freundlich            | 2.00   | 3.00  | 1.00  | -2.00 | 3.00   | 3.00   | 2.00  | 1.00   |
| 3.00 unhöflich             | -1.00  | -2.00 | 3.00  | 3.00  | 1.00   | -1.00  | -2.00 | -3.00  |
| -1.00 vergesslich          | -1.00  | -2.00 | 3.00  | 3.00  | 1.00   | -1.00  | -2.00 | -3.00  |
| -1.00 achtsam              | -3.00  | 2.00  | -1.00 | -3.00 | 1.00   | 0.00   | -3.00 | 3.00   |
| 2.00 faul                  | -3.00  | 2.00  | -1.00 | -3.00 | 1.00   | 0.00   | -3.00 | 3.00   |
| 2.00 fleissig              | 1.00   | 3.00  | -3.00 | 3.00  | -1.00  | -3.00  | -1.00 | -2.00  |
| -2.00 egoistisch           | 1.00   | 3.00  | -3.00 | 3.00  | -1.00  | -3.00  | -1.00 | -2.00  |
| -2.00 offen                | 3.00   | 3.00  | -1.00 | -2.00 | -2.00  | 2.00   | 3.00  | 1.00   |
| 2.00 selbstbewusst         | 3.00   | 3.00  | -1.00 | -2.00 | -2.00  | 2.00   | 3.00  | 1.00   |
| 2.00 schüchtern            | 3.00   | 3.00  | -1.00 | -2.00 | -2.00  | 2.00   | 3.00  | 1.00   |

{Graph Created: Self-Identity Plot for Tobias}  
 -- Selbst vs. Selbst --

#### D. Interviewleitfaden

##### **Leitfaden (Ergänzung für Repertory Grid zum Thema ADHS und Sucht)**

###### **Bitte erzähle mir doch deine ADHS-Geschichte.**

- Diagnosestellung
- Reaktionen der Umwelt (Freunde, Familie, Schule...)
- Lebensumstände heute (Partnerschaft/Job/Kontakt zur Familie)
- Therapiemaßnahmen
  - Medikamente?
  - Was war erfolgreich? Was nicht?
  - Was hat evtl. sonst geholfen? (Sport, Hobbies etc.)

###### **Wie würdest du jemandem ohne ADHS dieses Syndrom beschreiben? Wie empfindest du persönlich ADHS?**

###### **Was bedeutet Sucht für dich? Wie ist es süchtig zu sein?**

###### **Wie bist du süchtig geworden? Erzähle mir bitte wie du hier in die Therapieeinrichtung gekommen bist.**

- Diagnosestellung
- Reaktionen der Umwelt (Freunde, Familie, Schule...)
- Therapie

###### **Was meinst du, sind die Ursachen für deine Sucht?**

## E. Interviewtranskript Nico

- 1 I: also, mir gehts darum (1) mit dir des jetzt zusammen AUSzufüllen, ähm, ich hab  
2 hier  
3 schon vier sachen vorgegeben (.) über die du dann oder über die dann NACHdenken  
4 solltest,  
5 P: ja.  
6 I: und deswegen würde ich dich, das erklärt sich so alles im laufe der zeit, ich würd  
7 dich  
8 bitten mir perSONen zu nennen die dir in deinem leben WICHTig sind.  
9 P: mhhm (.) mein BRUder,  
10 I: okay, warte, ich schreib mal schonmal, ((schreibt)) okay,  
11 P: äh. meine schwester(.), ja meine beste FREUNDin,  
12 I: das müssen auch nicht ähm nur so POSitive leute sein, können auch leute sein die  
13 du NICH magst. muss nicht faMILIE sein, kann auch genau FREUNDe haste ja schon  
14 gesagt.  
15 P: okay. äh. mehr nicht.  
16 I: fällt dir keiner mehr ein? auch jemanden den du nicht magst?  
17 P: den ich nicht mag. Äh (Name eines Jugendlichen in der Einrichtung).  
18 I: also schreib ich "ein anderer Jugendlicher" oder so?  
19 P: ja, kannst du schreiben. und sonst (2) so wichtig sind mir nicht wirklich viele men-  
20 schen glaub ich also (.) nee. Muss das voll werden?  
21 I: naja EINS wär vielleicht noch ganz gut.  
22 P: ja mein VADder vielleicht och noch. (.) und meine oma, nee, der FREUND von  
23 meiner  
24 Mutter  
25 I: der FREUND von deiner Mutter. Soll ich freund schreiben oder (.) STIEF=  
26 P: joo egal.  
27 I: ich schreib mal freund der mutter okay ((schreibt)) so. WER von denen, also hier,  
28 genau ich hab dann dein SELBST wie du jetzt gerade bist, so nico JETZT, das wie du  
29 jetzt gerade sein wollen WÜRdest (.) in deinen kühnsten träumen, ähm dein adhs-  
30 selbst (.) und dein SÜCHtiges selbst. ja, das sind auch die vier die ich vorgegeben  
31 hab. und dann hattest du mir ja eben die anderen-, WELCHE personen von denen  
32 unterSCHEIden sich denn?  
33 P: mhhm inwiefern?  
34 I: WELCHE sind unterschiedlich?  
35 P: ALLE!  
36 I: okay.  
37 P: also alles komplett verschiedene. äh also meine schwester meine mutter und  
38 sonst  
39 alles andere personen.  
40 I: weil zum beispiel weil hier (zeigt auf grid) kommen halt Elgenschaften rein.  
41 Deswegen wenn du fragst inwieFERN? du hast bestimmte Elgenschaften. Also wenn  
42 du  
43 jetzt zum Beispiel sagst wodurch unterscheidet sich jetzt zum Beispiel das (.) DU  
44 jetzt  
45 SELber von deiner mama?  
46 P: hmm. boah. schwierige Frage.  
47 I: Kannst RUhig überlegen.  
48 P: Ja mhm, muss ick ja wohl. ähm (.) meine mutter kümmert sich zuERST um alle  
49 anderen.  
50 I: Ähm. kümmert sich um alle ANderen. fällt dir da noch n anderes WORT für ein?

## E. Interviewtranskript Nico

51 P: hmm. Überbesorgt.  
52 I: Überbesorgt!  
53 P: (wenn mans so nennt?).  
54 I: okay ich schreib das mal einfach so rein wie du mir sagst.((schreibt))  
55 P:jo.  
56 I: und (.) was wärn für dich das GEgenteil von Überbesorgt?  
57 P: Gar nich besorgt. (?nehm?) ich dann  
58 I: okay (.) Fällt dir noch irgendein PÄarchen ein, das sich unterSCHEIdet?  
59 P: (2) (pfeift) also(.) der freund von meiner mutter und mein vadder.  
60 I: mhm.  
61 P:ja. jetzt wahrscheinlich auch noch ne eigenschaft dazu nennen.  
62 I:genau,wir müssen das...  
63 P: okay. das VOLL kriegen?  
64 I: naja VOLL. dass wa schon n paar haben.  
65 P: okay. ähm mein vadder is=s (1) sehr bestimmt. also na weisst wie ich das meine  
66 wa?  
67 I: erKLÄR mal.  
68 P: na, das muss gemacht werden was er sagt. Oder er hätte am liebsten dass ge-  
69 macht wird was er sagt halt.  
70 I: und das GEgenteil von bestimmt wär dann jemand?  
71 P: na nicht durchsetzungsfähig.keine ahnung.  
72 I: ((schreibt))  
73 P: jetzt noch welche aussuchen?  
74 I: jaja.  
75 P: super. äh,meine beste freundin und meine schwester.  
76 I:mhm.  
77 P:ja meine beste freundin die is ähm total LIEB und wie kann man das sagen immer  
78 da. schätz mal. ähm (.) fällt mir kein wort zu ein. ähm. denk DU dir mal was aus!  
79 I: nee,is ja, ich interVIEW ja DICH.  
80 P: achso.  
81 I: Geht mir ja darum was DU denkst  
82 P: Muss ich muss mir was aLLEIne ausdenken.  
83 I: Ja genau.  
84 P: ähm. hmm. schreib lieb hin. mir fällt keine anderes wort dazu ein.  
85 I: wie meinsten das konkret? also lieb zu anderen Leuten, oder?  
86 P: na sie is einfach n total LIEBes mädchen und sie is mmer NETT zu allen. meine  
87 schwester dagegen is dann eher hmm zickig n bisschen(.) für sich also denkt eher an  
88 sich dann, bisschen übertrieben vielleicht aber is halt eher (.) SCHWIEriger.  
89 I: hmm ähm wä=was wärn also wär das das gegenteil von lieb?  
90 P: Ja, böse! (?)  
91 I: ((prustet))  
92 P: Oder nich?  
93 I: Naja, aber würdest du deine schwester als BÖse?  
94 P: Nee aber ich würd auch nicht den freund von meiner mom als nicht durchset-  
95 zungsFÄhig-  
96 I: okay. Aber das gegenteil von lieb ist für dich?  
97 P: Böse. SCHLECHT. wie auch immer.  
98 I: okay, genau (schreibt) also das heißt jetzt nicht dass du deine schwester so findest  
99 oder so. nur dass hier die gegenteile stehen. so. (.) okay. (.) ähm. was isn zum

100 beispiel der unterschied zwischen DEInem selbst jetzt und(.) nem anderen  
101 jugendlichen?  
102 P: okay. ähm. Ein wort? eine eigenschaft?  
103 I: eine eigenschaft. Ein beispiel.  
104 P: ähm, hmm. wie heisstn das wort? sag mal. Nee warte. Mir fällts gleich ein ich bin  
105 total leer gerade.  
106 I: Du kannst in Ruhe überlegen.  
107 P: hmm, super. ähm, ich kann mich durchsetzen. das nenn ich, das nenn ich durch-  
108 setzungsfähig.  
109 I: wär das so ähnlich wie das "bestimmt" hier oben?  
110 P: nee, das is was anderes für mich.  
111 I: hmm, is was anderes für dich?  
112 P: ich kann mich DURCHsetzen, ich kann meine MEInung vertreten.  
113 I: (schreibt) Und was wär davon das Gegenteil?  
114 P: äh, was hastn du da hingeschrieben?  
115 I: ich hab jetzt hier (zeigt) durchsetzungsfähig.  
116 P: äh (.) NICHT durchsetzungsfähig.  
117 I: Aber das hast du auch schon hier oben.  
118 P: ah, achso.  
119 I: Also ist das noch was anderes als das, das mein ich.  
120 P: IS was anderes für mich, ja.  
121 I: hmm.  
122 P: Ähm beSTIMMT ist für mich ähm du MACHST das jetzt so. das mit dem durchset-  
123 zungsfähig is ich kann mich behaupten und auch meine meinung sagen. ja. verstehst  
124 du? irgendwie so.  
125 I: Soll ich dann irgendwie sich behaupten können oder so hinschreiben? also ist das  
126 nochmal anders?  
127 P: Meinung vertreten. ja, kannst machen. aber weisst was meine wa?  
128 I: Ich glaub schon. Es ist nur wichtig, dass es HIER klar wird, weisst? dass ich  
129 eben,  
130 P: okay. ja denn. hab ich falsch gemacht. tut mir leid.  
131 I: neenee, kein problem. Manchmal kommt das auch so währenddessen, während  
132 man überlegt, ne? Also ich schreib jetzt sich behaupten können.  
133 P: joa.  
134 I: und das Gegenteil?  
135 P: ähm, nicht behaupten können!  
136 I: ((schreibt)) okay. du hattest ja auch vorhin gesagt hier is es mehr so mit (.) dass  
137 sachen geMACHT werden, ganz bestimmte, ne?  
138 P: ja. halt.  
139 I: okay.  
140 P: okay. und noch,  
141 I: so. joa du kannst ja noch äh ein pärchen raussuchen.  
142 P: Ähm. meine beste freundin und ich. die is-  
143 I: deine beste freundin, ja?  
144 P: ja. sie is ähm ein bisschen naIV.  
145 I: hmm.  
146 P: manchmal, nich immer. aber ähm ich bin da eher klarer, analytischer.  
147 I: also ist das Gegenteil von naiv für dich?  
148 P: analytischer? nee, klarer. die blickt manchmal nicht (.) ganz durch. die, wie soll ich  
149 das sagen, die bleibt mehr (.) dann lieber auf dem einfachen weg und sagt sich so ist

- 150 in ORDnung. Weisst du jetzt was ich meine?  
151 I: hmm.  
152 P: ich find das voll schwierig da irgendwie immer ein gegenteil zu sagen. ähm, klarer.  
153 schon klarer. ähm, dass ich die dinge halt nochmal realistisch sehe. oder  
154 realis=realIStisch.genau.  
155 I: Also naiv versus realistisch.  
156 P: Gegenteil dann eher realistisch.  
157 I: okay. (schreibt) jetzt weiß ich auch, was du dann genau meinst.  
158 P: mhh.  
159 I: wie isn dein ahdS-selbst im gegensatz zu dir?  
160 P: aah, okay. ähm. das is ne schwierige frage. Unkonzentriert.  
161 I: ((schreibt))  
162 P: selbst-ich ist doch mit tabletten eingebunden ja gemeint, also?  
163 I: wie du dich jetzt gerade siehst. wenn dafür tabletten ne rolle für dich spielen dann  
164 ja, klar. dann ist das mit dabei.  
165 P: konzentriert.  
166 I: und konzentriert (schreibt).  
167 P: dann kann ich auch gleich mein suchtselbst und selbst-ich. mein sucht selbst ist  
168 ähm wie heißt das also dass ich auf alles scheiße. also alles egal ob ich zähle. äh  
169 warte. verdammt, warte. ICHbezogen. dankeschön ey, ich hab, bin grad irgendwie  
170 leer im kopf.  
171 I: das macht nichts. ((schreibt)) Und also das gegenteil von ichbezogen?  
172 P: also das selbstich. (.) ähm, is, HILFSbereit. Hastes da oben schon stehen hilfsbreit  
173 bei meiner MAM? Ach nee überbesorgt.  
174 I: nee, nur besorgt.  
175 P: dann eher hilfsbereit oder (.) sozialer, ne.  
176 I: ((schreibt)) strich.  
177 P: so äh. IdeALselbst (.) keine=ahnung. eigentlich hab ich schon mein ideales selbst.  
178 I: aber was isn so wenn du jetzt richtig (.) dir alles ausmalen könntest?  
179 P: auto,geld, frauen natürlich, oder?  
180 I: (lacht) so als Elgenschaft?  
181 P: ähm. Hab ich (.) für mich. Ich hab das für mich (?).  
182 I: was isn das, was das ausmacht?  
183 P: ruhiger, ähm.  
184 I: hmm. das hatten wir noch nicht. ruhiger ((schreibt))  
185 P: achso na und das gegenteil war halt aggressiv, dann.  
186 I: aggressiv. ((schreibt))  
187 P: so dann halt das alte so. Aber für mich hab ich das idealselbst schon gefunden so.  
188 I: das können wir ja später aber=s=is noch was macht n genau was isn das ideale so  
189 an dir?  
190 P: achso. Deswegen kann mans auch so-  
191 I: genau.  
192 P: reicht das?  
193 I: schaffen wir noch ein oder zwei?  
194 P: ja, klar.  
195 I: das wär cool.  
196 P: kein ding.  
197 I: weil je mehr ich hab desto besser is des für mich.  
198 P: desto bessere noten bekommst du.  
199 I: genau ((lacht)).

## E. Interviewtranskript Nico

200 P: ahh wundervoll. können wir ja natürlich gleich meinen vadder und meiner mutter.  
201 eigentlich.  
202 I: das kannste auch machen genau.  
203 P: mein vadder is äh, hmm was denn (.) er (.)nimmt viel und meine mutter gibt viel.  
204 also sozusagen nee eigentlich gar nicht. ah eh. er WILL viel und meine mutter gibt  
205 viel.  
206 I: kannste versuchen das auf EIN wort? dieses er WILL viel?  
207 P: ja. äh ja. das versuch ich ja grade ähm. och linda ((nuschelnd)) was du für fragen  
208 stellst. ähm (.) fangen wir mal bei mei- ähm bei meiner mutter an glaub ich das is  
209 besser. ähm. ((pfeift)) sie gibt-  
210 I: GANZ in ruhe.  
211 P: GEben. eben. Das is ne eigenschaft von ihr. geben. Viel geben.  
212 I: gebend. äh für andere.  
213 P: mir fällt dazu echt kein wort ein.  
214 I:hmm, und was is des Gegenteil?  
215 P: mmh=ja.  
216 I: so von anderen was=was abverlangen? oder wie wie genau meinst du das?  
217 P: ja, äh.  
218 I: was FORderndes?  
219 P: fordern, forderlich. das ist gut. ja.  
220 I: ja? Also geben, oder geBEND.  
221 P: ja. und fordernd. das is gut.  
222 I: ((schreibt))  
223 P: ähm. schwierig, immer schwierig so. eigenschaften oder so.  
224 I: wenn wa eins noch vollkriegen ham wir zehn. das wär cool  
225 P: schaff ich. schaff ich. ich krieg auch noch bis zwölf voll.  
226 I: nee (.) reicht ja. wie du magst.  
227 P: das selbst,  
228 I: hmm ja.  
229 P: das selbstich und meine hab ich meine schwester schon? (.) nee? nee ne.  
230 I: nee.  
231 P: mein selbstich und meine schwester. ich bin äh warte. oder fangen wir lieber bei  
232 ihr an. sie is hmm ZICKig. kann man das so reinschreiben?  
233 I: na KLAR, kann man ALles reinschreiben.  
234 P: ZICKig, ich sag ja sie is zickig.  
235 I: ((schreibt)) und was ist das Gegenteil von zickig?  
236 P: hmm eher (.) toleranter.  
237 I: tolerant ((schreibt)) hmm.  
238 P: okay. das reicht oder? joa.  
239 I: Gut. Ja, is okay. es sei denn es fällt dir jetzt noch jemand ein?  
240 P: nönö.  
241 I: irgendwas?  
242 P: nönö.  
243 I: okay.  
244 P: alles klar.  
245 I: jetzt kommt die eigentliche ARbeit. ((lacht))  
246 P: na super.  
247 I: okay. jetzt gehts darum, guck mal ich hab hier oben diese zahlen hingeschrieben.  
248 P: ja.  
249 I: die null ist in der mitte. (.) und jetzt gehts darum dass du bei JEdem eleMENT, also

## E. Interviewtranskript Nico

250 bei jeder person dir überlegst WIEviel trifft das zu.  
251  
252 P: mhm.  
253 I: du musst halt immer gucken, also von eins bis drei nach oben ist es DAS ((zeigt))  
254 und im Minusbereich ist es HIER ((zeigt)) also wenn du zum beispiel (.) bei dir SEL-  
255 ber, würdest du eher sagen Überbesorgt oder NICHT so besorgt?  
256 P: ja. ach soll ich das jetzt auch noch sagen?  
257 I: ja.  
258 P: achso. ähm null ist das auch? kann man das auch eintragen? son mittelding?  
259 I: besser nicht.  
260 P: okay, dann minus eins.  
261 I: okay also n BISSchen WEniger beSORGT. also versteh-? verstehste ja, ne, also  
262 du hast n bisschen, so mittel, ziemlich doll und hier auch ((zeigt)).  
263 P: okay.  
264 I: okay? cool. also das ist jetzt minus eins.  
265 P: ja.  
266 I: und dein ideALES selbst?  
267 P: äh das is natürlich minus drei, ne, gar nicht besorgt.  
268 I: ja?  
269 P: ja. is doch SCHÖN nicht besorgt zu sein.  
270 I: okay. ((schreibt))  
271 P: mein adhs selbst ja das weiß ich gar nicht. was was isn das für ne frage? ja ich  
272 weiß,ich habs mir selber gegeben. ich glaub eher plus eins.  
273 I: mhm ((schreibt)) und sucht?  
274 P: mein suchtselfst? worauf bezogen? auf die DROgen bezogen? dass ich keine  
275 drogen bekomme?  
276 I: allgeMEIN. wenn du dir jetzt dein SUCHTselfst als perSON vorstellst.  
277 P: ich glaub eigentlich auch ich glaub zwei. aber ich denk mir das jetzt aber als- auf  
278 drogen ja? weil da  
279 I: okay  
280 P: (.) mach ich mir immer viel mehr n kopf. meine MUdder drei.  
281 I: Genau, bei der hattest du es ja auch -  
282 P: Jaja. meine s c h w e s t e r minus eins.  
283 I: mhm. ((schreibt))  
284 P: meine beste freundin ähm zwei eins zwei.  
285 I: zwei?  
286 P: zwei. Was steht da?  
287 I: anderer jugendlicher, das war (Name eines Jugendlichen in der Einrichtung)  
288 P: muss ich jetzt was dazu sagen? ich sag jetzt mal minus eins, keine ahnung.  
289 I: hmm ((schreibt)) dein vater?  
290 P: mein vadder ähh eins?  
291 I: und das ist der freund von deiner mutter.  
292 P: der auch eins.  
293 I: auch eins. okay. siehste, hast das prinzip verstanden. super.  
294 P: jo. soll ich schreiben? dann kannst du vielleicht (??)  
295 I: wie du magst, also -  
296 P: dann gehts schneller glaub ich dann.  
297 I: wenn du schreibst?  
298 P: joa  
299 I: g.enau, also haste jetzt drei wär ganz doll bestimmt und minus drei nicht durchset-

- 300 zungsfähig  
301 P: genau ((füllt das grid selbstständig aus, dauer: 12:45 - 16:16))  
302  
303 I: ich bin beeindruckt wie schnell das ging. ich hab damit sehr viel mehr zeit einge-  
304 plant.  
305 P: (?)  
306 I: also das is. willst du ne kurze pause machen?  
307 P: öh, wie lange brauchen wir denn noch?  
308 I: ich stell dir jetzt nur noch (.) die paar fragen.  
309 P: nee mach mal  
310 I: Ja?  
311 P: passt schon. Aber ich hab jetzt nicht einfach hingekritzelt (?) ich hab mich echt  
312 schon (?angestrengt?)  
313 I: ich hab schon gesehen dass du es kapiert hast.  
314 P: joa. (?)  
315 I: alles klar.  
316 P: . joa. hab ja taBLETten, die mir helfen.  
317 I: womit wir zum thema kommen. ähm. erzZÄHL mir doch mal deine adhs geschich-  
318 te.  
319 P: okay äh also es wurd als ich in der dritten klasse war glaub ich diagnostiziert. ähm  
320 bis dahin steht dann immer schön in meinen zeugnissen drin unkonzentriert unauf-  
321 merksam HIBbelig und sowas alles. also war ich als kleiner junge quengelig und  
322 stressig und nervig und brauchte immer aufmerksamkeit und musste immer was ma-  
323 chen. und hab viel rumgeschrien uns wollt mich durchsetzen. bis dahin hatte ich auch  
324 keine tabletten genommen. hab die ja erst letztes jahr oder so das erste mal be-  
325 kommen. mit sechszehn zum beispiel (?hier angekommen?). dann wurde es noch-  
326 mal diagnostiziert im (Einrichtung 3). Naja das hat sich halt auch gezeigt in irgend-  
327 welchen aktionen.  
328 schnell=schnelles ausrasten. äh einfach nicht auf eine aufgabe oder eine tätigkeit die  
329 ganze zeit konzentrieren können. tausend andere gedanken immer im kopf haben.  
330 meinst du das oder okay?  
331 I: ähm und wie hat so dein umfeld darauf reagiert? Also?  
332 P: also meine Mutter halt äh immer das gemacht was ich dann auch WOLLte. weil  
333 ich ja der kleine junge war der immer viel aufmerksamkeit brauchte und (die hat sie  
334 mir dann auch gegeben?). ähm mein vater eher dann geSTRESST aufgenommen.  
335 meine schwester (.)auch. also die andern ist halt so, kann ich gar nicht großartig  
336 Sagen, also so von der familie her das oder so. das bis auf meine mutter eher alle  
337 gestresst, ja.  
338 I: und in der schule?  
339 P: SCHUle? ähm, das hat sich auf meine NOten äh ausgeübt dann irgendwann halt.  
340 auch auf dieses kein bock weil ich immer nie irgendwas richtig hinbekommen hab.  
341 dann hatt ich keinen bock mehr auf schule später dann natürlich zu den drogen ge-  
342 griffen, und dann bin ich durch SELBSTmedikation bin ich schön RUhig dadurch ge-  
343 worden.nich soviel oder? ähm ja.  
344 I: und du hast ja schon gesagt ähm haben die dir geholfen?  
345 P: ja. helfen IMmer noch.  
346 I: un äh gibts noch andere sachen die dir geholfen haben?  
347 P: KIFFen! (.) Nee, eigentlich nicht wirklich.  
348 I: kiffen.  
349 P: ich habs auch nie anders probiert also, also nich=nicht wirklich.

- 350 I: hast du irgendwelche speziellen hobbies? äh auch sportgeschichten?
- 351 P: parKOUR, äh ich spiel gitarre, schreib texte, ich RAPpe doch. äh hm ja weiß ich
- 352 gar nicht fußball äh mucke hören und machen, äh jappy chillen also internet, ZO-
- 353 CKen, see gehen, rausgehen, kumpels treffen sowas.
- 354 I: also machst du schon ganz schön viel eigentlich.
- 355 P: na klar. ich bin ja auch aktIV.
- 356 I: ähm, du hast es ja schon so n bisschen beschrieben, aber (.) äh wenn du jeman-
- 357 dem der noch NIE was von adhs geHÖRT hat das beSCHREIben müsstest, wie
- 358 würdest du erklären wie sich das ANfühlt für dich?
- 359 P: äh gute frage. UNkontrolliert, teilweise. also beWEgungen. sowas wie zappelfritz
- 360 (so extrem?) irgendwie so. nerVÖS. war ich zum beispiel die ganze zeit. ähm wenn
- 361 ich mich jetzt auf irgendetwas versucht hab zu zum beispiel jetzt mal auf ein blatt
- 362 dann kommt oh was mach ich n morgen ähm schönes wetter oder sonst was. und es
- 363 kommen tausend neue gedanken geschossen. äh ungefiltert einfach durcheinander.
- 364 (glaub das ?) und sehr (.) aktIV ne. also. ich mein das äußert sich dadurch auch.
- 365 weisst=du was=ich meine?
- 366 I: nee erklär mal.
- 367 P: schwierig. sehr (.) immer auf zack wenn du so willst. also immer (.) am machen
- 368 und tun. also immer viel energie auch. so gings mir. ob das dazugehört? ich glaub
- 369 schon.
- 370 auch immer viel energie. viel geredet auch äh (.) viel unterwegs, also so kopfmäßig
- 371 auch. und schwierig das ruhig zu stellen. aber eigentlich gar nich MACHbar wirklich
- 372 das ruhigzustellen. ich glaub so kann ich das sagen.
- 373 I: und ähm du bist ja jetzt hier im (Einrichtung 1) in der Therapie ähm erzähl mal wie
- 374 du HERgekommen bist.
- 375 P: mitm Bulli?!
- 376 I: also die geschichte (.) wie du hergekommen bist.
- 377 P: oh gott, von wann? von (Einrichtung 2)? äh.
- 378 I: NEE also mit gehts äh um deine SUCHT. also son bisschen deine suchtgeschichte.
- 379 wie isses dazu gekommen, dass du
- 380 P: von ANFANG?
- 381 I: BIS du in einer suchttherapeutischen einrichtung warst, ja.
- 382 P: das dauert. n bisschen. okay. ich verSUCHS. äh ich hab mit elf angefangen (.)
- 383 drogen zu nehmen. zum ersten mal hab ich das erste mal gekifft. ähm, kumpels, weil
- 384 cool war. war ich noch klein und die immer was da hatten und ich wollte genauso
- 385 cool sein. probleme in der faMILIE und ich fands einfach geil. für mich liebe auf den
- 386 ersten KIFF. dann WEItergemacht. alkohol glaub ich das erste mal mit zehn getrun-
- 387 ken, dann immer so weiter ähm mit elf äh mit zwölf erstes mal amphis und teile. also
- 388 amphetamin (.) und ecstasy. ähm ja halt auch gefeiert und gesoffen. u n d=auch ir-
- 389 gendwie mit zwölf dreizehn das erste mal im krankenhaus mit alkoholvergiftung (und
- 390 sowas?).wegen gebrochene nase uns sowas. und tz=vierzehn das erste mal lsd und
- 391 koks so. also das war an silvester. ja. fünfzehn war dann schon gut absturz. gut ver-
- 392 ballert nur noch party gemacht. auf alles (.) n scheiß gegeben. jetzt mal so ausge-
- 393 drückt. äh, wollt NUR noch drogen, nehmen wollt NUR noch drauf sein um meinen
- 394 spaß zu haben. so meine einzige LIEbe irgendwann nur noch. die menschen auch in
- 395 meinem umfeld waren mir teilweise gleichgültig, nur noch GELD (.) zum ticker, ent-
- 396 weder party machen, drogen nehmen, wie auch immer. Irgendwie andere sachen,
- 397 medikamente, ausprobiert um nen
- 398 turn zu bekommen, ähm und mit fünfzehn dann war mein erster entzug, kurz bevor
- 399 ich sechszehn wurde. (Einrichtung 3) ein monat ähm auf geHEISS von meiner wg,

400 weil die mich sonst rausgeschmissen hätten. dann hab ich n entzug gemacht. bin  
401 wieder RAUS. ähm bin WIEder rückfällig geworden.hab nen ZWELten entzug ge-  
402 macht (in zwei  
403 monaten?) hab mich rausgeschmissen.dann bin ich in die erste therapie in BRAN-  
404 denburg gegangen. äh bin nach zehn tagen reingehauen weil das nicht klar ging.  
405 ähm bin dann wieder in berLIN gewesen. drei monate auf der strasse gesessen. hier  
406 nur noch endlos viele DROgen genommen. äh und dann durch n paar zwischenfälle,  
407 kein essen mehr, kein geld mehr, nur noch auf droge irgendwie n paar tage durch-  
408 gemacht. und ja (.) SCHEIsse passiert. äh, dann zum JUgendamt, die wieder gesagt  
409 entweder therapie oder GAR nichts. ich wollt nicht wieder auf die strasse zurück. bin  
410 ich wieder therapie gegangen. ähm (.) war ich bei (Einrichtung 3), nee war ich erst in  
411 (Einrichtung 4) hab den dritten ent=äh=entzug gemacht. war ich bei (Einrichtung 2).  
412 ähm da hab ich nach nem MONat dann WIEder abgebrochen. bin WIEder rückfällig  
413 geworden übers  
414 wochenende. party gemacht und so. bin dann WIEDERgekommen, weil der rückfall  
415 hat mir dann irgendwie gut gezeigt d a s s=dass das GAR nicht mehr so weitergeht.  
416 d a s hat mir die augen geöffnet (.) auf jeden fall. ähm, bin zu (Einrichtung 2) zu-  
417 rück, zwei monate da gewesen ähm und ins (Einrichtung 1) gekommen. ja. seit zehn  
418 MONaten.  
419 I: und äh also (.) läuft?!

420 P: LÄUFT! läuft allet super.

421 I: ähm. du hast ja jetzt VIELso von deinem verLAUF erzählt. äh aber hat denn DA  
422 dein umfeld reagiert? auf die sucht.

423 P: uuuh. haha.

424 I: du hast ja schon son bisschen angedeutet mit dem amt.

425 P: das jugenamt kam ja erst später ins spiel. also ick hab ja bis ich 14 war, ich bin ja  
426 mit 14 ausgezogen und die immer also gewusst dass ich drogen nehme, gesehen  
427 dass ich drogen nehme. hat meine BONGS gesehen, hat mein GRAS gesehen. ähm  
428 hatte IMmer was dagegen. wollte immer was dagegen machen. hats aber nie getan.  
429 mein schwester, ich bin mit ihr FEIern gegangen. ähm meine kumpels haben auch  
430 alle drogen genommen äh mein vadder WUSSte nichts davon. (1) äh meine ANdere  
431 familie wusste eigentlich AUCH nichts davon. also daher, ich wurd immer abgefuck-  
432 ter einfach. meine mutter, ich hatte nur noch streit mit ihr jeden tag. äh (ging?) auch  
433 besorgt einfach. und äh verhältnis einfach übelst kaputt. bei meiner schwester ir-  
434 gendwann genauso. ich bin dann ausgezogen, na jugendamt, ähm äh die erste das  
435 erst ein JAHR oder so ging das da war das denen eGAL so irgendwann haben die  
436 dann gesagt is zuVIEL das geht nich mehr klar. Jugendamt dann auch gesagt pfff  
437 musst irgendwas MACHen dagegen und so. ja. und mir war eigentlich scheißegal  
438 was die da sagen und joa und die waren nur noch (.) gefickter auf mich. und ge-  
439 stresster und besorgter und wollten mir aber trotzdem noch helfen und so ja. das war  
440 mein umfeld.

441 I: ähm, was beDEUtet süchtig sein für dich?

442 P: hm FACHlich ausgedrückt glaub ich STOFFgebunden. abhängig von einer sub-  
443 STANZ sein. diese subs t a n z hat ne kontROLLE über dich obwohl diese substanz  
444 eigentlich gar kein leben hat. und du rennst dieser substanz hinterHER. irgendwann  
445 wirts so krass d a s s es dir auch scheißegal ist was du dafür machst oder w a s du  
446 dafür machen MUSST. ähm und (.) einfach nicht mehr ohne diese substanz KLAR-  
447 kommen. egal ob jetzt körperlich oder psychisch. physisch. nee psychisch. so äh.  
448 das ist für mich süchtig (.) ja.

449 I: und ähm du hast ja schon, angedeutet. WENN dus jetzt so rückblickend siehst was

450 glaubst du sind die URsachen für deine sucht?

451 P: kanns jetzt schön auf ANdere schieben, ne. aber ich glaub n teil trägt dazu bei  
452 dass meine ELtern sich als ich klein war getrennt haben. meine mutter hat wie ge-  
453 sagt ähm (.) gar nichts gemacht. hat sie immer äh ja okay HIER kriegste okay ja ähm  
454 das hat mir irgendwie gefehlt. da hab ich (.) äh (.) ach DA war schon das verhältnis  
455 einfach voll kaputt. ich hab die immer beleidigt und so. was ich heute auch ziemlich  
456 beREUE muss ich dazu noch sagen. aber (.) ja. und wie gesagt meine KUMpels so,  
457 die waren alle ÄLter als ich. die waren auch dreizehn fünfzehn, also dreizehn bis  
458 fünfzehn irgendwie so. ähm glaub ich schon ziemlich älter wirkte und sowas alles.  
459 und äh die haben halt gekIFFT und ich fands halt cool wie gesagt. also. da als ich  
460 klein war fand ichs noch cool und da wollt ich unbedingt das auch machen, aber ich  
461 fands auch total geil als ich da meinen ersten TURN hatte so und da(.) kam halt eins  
462 zum ANderen. ja. hmm. joa. ich glaub das wars.

463 I: das wars auch von mir. wir sind durch.

464 P: okay. super.

465

466 (I = Interviewende Person, P= Proband)

467

468 Genannte Einrichtungen:

469 Einrichtung 1:stationäre suchttherapeutische Einrichtung für jugendliche und junge  
470 Erwachsene

471 Einrichtung 2:stationäre Einrichtung zur Entgiftung/ Therapiemotivation/ Vermittlung  
472 in weiterführende Hilfen (im Verbund mit Einrichtung 1)

473 Einrichtung 3: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychotherapie und Psycho-  
474 somatik, Fachstation für Abhängigkeitserkrankungen

475 Einrichtung 4: Entgiftung in einem Therapiezentrum

## F. Interviewtranskript Tobias

1 I: okay (.) also, worums mir geht ist dass wir das zusammen ausfüllen. ich hab dir VIER  
2 sachen VORgegeben das ist einmal du SELBST wie du dich jetzt gerade siehst, To-  
3 bias, heute am 23. 6., dein IDEALes selbst wie du gerne wärest in deinen KÜHNsten  
4 träumen ja, wenn du dir vorstellst so wär ich wirklich gerne. dein adhs- selbst, wenn du  
5 dir das irgendWIE VORstellen kannst, und dein SUCHTselbst, dein süchtiges selbst. (.)  
6 den rest, das erklärt sich so im laufe (.) des AUSfüllens. ähm jetzt kannst mir hier  
7 ((zeigt)) noch weitere perSONEN nennen, die für dich in deinem leben WICHTig sind.  
8 P: mein bruder zum beispiel.  
9 I: kannst reinschreiben "mein bruder",  
10 P: ähm wer noch meine MA zum beispiel. (2) und mein papa auf jeden fall. hm und ich  
11 selbst hmm ähm.  
12 I: dich selbst haste hier vorne schon.  
13 P: okay.  
14 I: das müssen auch nicht nur leute sein, wo du jetzt sagst (.) die find ich ganz toll, das  
15 können auch leute sein die du NICH so magst. oder (.) können auch freunde sein, muss  
16 nich nur familie sein, kann n betruer sein, kann aus der schule -  
17 P: ja hab ich ((schreibt namen des Kumpels auf))  
18 I: wer wer is das? kannst du mir das kurz erklä-?  
19 P: n=n guter FREUND von mir is das.  
20 I: freund.okay.  
21 P: ja. den kenn ich schon ziemlich lange.  
22 I: alles klar.  
23 P: der is auch (.) nicht süchtig.  
24 I: nee, nur dass ich den NAMen zuordnen kann.  
25 P: ja. wer noch? fällt mir gar nichts weiter ein.  
26 I: noch jemand hm kann auch von FRÜHer sein, oder von hier ausm (Einrichtung 1),  
27 P: meine FREUNDin.  
28 I: mhm  
29 P: und dann schreiben wir mal (Name Bezugsbetreuerin) ((schreibt)).  
30 I: okay. (Name der Bezugsbetreuerin) is ja auch deine Bezugsbetreuerin, ne?  
31 P: genau genau.  
32 I: super. siehste das war schonmal gar nicht so schwer. (.) ähm, jetzt gehts DARum, dass  
33 wir HIER eigenschaften finden, die die leute beschreiben. und dazu stell ich dir jetzt fra-  
34 gen. ähm, wer von den ganzen personen is UNterschiedlich. (.) also fallen dir zwei per-  
35 sonen ein die so KOMPLETT unterschiedlich sind.  
36 P: meine freundin und mein bruder.  
37 I: mhm. und WIESO?  
38 P: nj=ähm weil meine freundin verNÜNftig ist, macht ihre schule, äh, baut keine schei-  
39 ße, keine straftaten, keine drogen. ähm, und ist konstanz an ihrer schule dranne.  
40 I: okay.  
41 P: im gegensatz zu meinen bruder, der keinen bock hat wirklich arbeiten zu gehen oder  
42 so.  
43 I: mhm. du hast jetzt verNÜNftig gesagt, würdest du sagen, dass deine freundin ver-  
44 nünftig ist?  
45 P: ja. auf jeden fall.  
46 I: okay, schreib mal rein "vernünftig".

F. Interviewtranskript Tobias

47 P: ((schreibt))  
48 I: und was is'n, für dich, ähm das GEGENteil von vernünftig?  
49 P: ähm vernünftig.(1) was is'n das gegenteil? na, wenn dann unvernünftig, ne?  
50 I:mhm  
51 P: wird mit v geschrieben, wa? ((schreibt))  
52 I: mhm.  
53 I: okay, fällt dir NOCH jemand ein,(.) der unterschiedlich ist?  
54 P: (3) ich und (Name des Kumpels) zum beispiel.  
55 I:mhm, und was unterSCHEIdet euch?  
56 P: ähm (1), was unterSCHEIdet uns, ui. (.) ich bin zum beispiel handwerklich begabt  
57 eher im gegensatz so na zu ihm mhm  
58 I: na dann schreib mal auf handwerklich begabt.  
59 P: kann man das so schreiben? ((schreibt)) ich hab nur handwerklich geschrie-  
60 ben.  
61 I: das is ja sone Elgenschaft die du genannt hast. mhm. jaja. und ähm das GEGENteil  
62 davon?  
63 P: ähm das gegenteil von un- äh handwerklich ähm UNprofessionell. ((schreibt)).  
64 I:mhm. okay. (2) was fällt dir NOCH ein?  
65 P: kann ich auch dit hier nehmen? ((zeigt klopfend mit stift))  
66 I: na klar. na klar.  
67 P: achso. mein (.) ideALES selbst und (2) (Name der Bezugsbetreuerin) zum beispiel.  
68 I:mhm.  
69 P: mein ideales selbst, was soll ich n DA machen? ähm, ich würd zum beispiel gerne,  
70 ähm, ja ähm na hier n großer MALER sein, der weltbeKANNT ist.  
71 I: mhm. wie wie kann man das so auf EINE eigenschaft weisste, was macht dieser maler  
72 für dich aus?  
73 P: was machtn der für mich aus? bekanntheit.  
74 I: bekanntheit? jemand der bekannt ist? gut.  
75 P: ((schreibt)).  
76 I: mhm. und das gegenteil davon?  
77 P: (3) UNberühmt.  
78 I: mhm.  
79 P: aber (das muss?) nicht auf (Name der Bezugsbetreuerin) zutreffen?  
80 I: wenn das nicht zutrifft is- aber es is ja das das gegenteil, das ist das wichtige.  
81 P: ((schreibt)). mhm. mein SUCHTselbst und mein papa.  
82 I: mhm.  
83 P: ähm. was soll ich n da sagen? hmm. meine kein bock stimmung. (.) äh scheißegal  
84 haltung, eher so.  
85 I:mhm. is das ähm versuch das mal noch so in ein wort-  
86 P: ((atmet hörbar aus)) ähm (2) was solln mir da einfallen? (3) ähm, mein suchtselbst  
87 und mein vadder. ähm.  
88 I: hast ja grad schon gesagt so scheißegal.  
89 P: ähm ähm mein vadder war zum beispiel geORdnet. also er ähm ähm der hatte ZIELE  
90 der weiß er muss arbeiten gehen sein GELD zu verdienen.  
91 I: super wort. geordnet.  
92 P: ((schreibt)) aber es trifft ja auf meinen vater zu. nich auf-

F. Interviewtranskript Tobias

- 93 I: nee das is ja egal. das is einfach nur das erste was dir einfällt sozusagen kommt da  
94 rein. genau.  
95 P: ((schreibt)) ähm. ich hoffe s- rechtschreibfehler sind nicht schlimmer oder?  
96 I: quatsch. solange ich WEISS was du damit MEINST,  
97 P: geordnet und ähm (.) chaotisch.  
98 I:mhm.  
99 P: ((schreibt)).  
100 I: ja.  
101 P: ((pfeift)).  
102 I: und wie is das ähm (1) der unterschied zwischen deinem selbst (.) JETZT und deinem  
103 ahds SELBST? gibts da n unterschied?  
104 P: mein selbst ich jetzte und mein adhs ähm (1) obs da n unterschied gibt? (1) klar gibts  
105 da n unterschied. (1) selbst ich. (2) aufgedreht und RUHIG.  
106 I: super.  
107 P: ((schreibt)). hmm. wen soll ich n noch nehmen? ähm.  
108 I: wie isses mit dir und deinem SUCHTselbst?  
109 P: dazu kann ich dir eigentlich nicht viel sagen. weil ich noch dabei bin. wie ick wie ich  
110 mich JETZT sehe und wie ich mich FRÜher gesehen habe oder was?  
111 I: mhm ja oder bei-  
112 P: ich HÄTT was.  
113 I: ja.  
114 P: jetzt bin ich ZIELstrebend. jetzt äh strebe ich ziele an, vorher war ich nur so auf fun  
115 aus. spaß.  
116 I: mhm.  
117 P: also zielsicher heute ((schreibt)).  
118 I: ja.  
119 P: zielsicher, ähm, und (.) was soll ich n noch hinschreiben? und man könnt eGAL, ähm  
120 eGALhaltung.  
121 I: mhm.  
122 P: das geht ja ne?  
123 I: joa, kannste hinschreiben. (1) also so, was GLEICHgültig ist, dass dir nichts wichtig  
124 ist?  
125 P: genau, dann hätt ich auch gleichgültig hinschreiben können (1) aber is ja auch  
126 was ich meine (.) damit.  
127 I: okay. machste gleichgültig. okay.  
128 P: joa.  
129 P: ähm (2) . dis is auch interessant?. idealisses selv-, ideALes selbst und adhS selbst.  
130 was issen DAMit? was kann ich n DA nehmen? (.) ich wäre gerne n beRÜHMTER maler.  
131 I: beRÜHMt und bekannt hatteste ja schon.  
132 P: ah naja klar. (2) adahes, adHs (1) ähm (.) ha. HOCHkonzentriert, UNaufmerksam.  
133 I: mhm.  
134 P: ((schreibt)) ich kürz mal ab, ja?  
135 I: kü- äh ich weiß haste ja gesagt (.) HOCHkonzentriert.  
136 P: und was hab ich sag ma (( stottert)) was hab ich da=de- gesagt noch?  
137 I: UNaufmerksam haste gesagt. (1) jetzt biste drin wa? merkt man richtig.  
138 P:ja.

F. Interviewtranskript Tobias

- 139 P: ähm (2) meine MA (1) und mein BRUder.  
140 I: mhm.  
141 P: (1) mhm (.) wasn meine MA? meine MA war (1) meine ma war HILFSbereit ((sto-  
142 ckende Stimme)) (1) nee. meine ma war FREUNDlich und mein bruder überHAUPT nich  
143 so. kann ich so schreiben, ne?  
144 I: kannst schreiben, klar.  
145  
146 P: ((schreibt)) Ähm äh.  
147 I: ((liest)) unhöflich, okay.  
148 P:(2) pff, dümdüdüm, das is auch schön. ähm(.) mei=meine betreuerin (Name der Be-  
149 zugsbetreuerin) und meine freundin. ähm, ja was gibts da fürn UNterschied? das is  
150 schwer. (.)aber beide sind auf jeden fall auf ihrem guten wege. mhm.  
151 I: mhm. also sagste DIE beiden sind aufm guten WEG,  
152 P: mhm, ja klar, weil (Name der Bezugsbetreuerin) HAT ja ihre arbeit und meine freun-  
153 din is daBEI.  
154 I: mhm äh,(.) wie kann man das, dieses aufm guten WEG, wie kann man das NOCH  
155 nennen? was genau meinst du damit?  
156 P: ähm, sie haben FAST ihre, ihre sache erREICHT was zu errei- also (Name der Be-  
157 zugsbetreuerin) HAT ihre sache erreicht, und sie WILLS noch erreichen (.) zum beispiel.  
158 I: ist das sowas wie ZIELsicher oder is das noch was ANderes?  
159 P: neenee, ziel hat se sch- s=is,  
160 I: mhm, is was ANderes. verSUCH mal genau, dass ich weiß was du meinst.  
161 P: ähm (1) orienTIERung (.) und verpeilt würde mir jetzt einfallen. (s eh eh aber?) be-  
162 stimmt nicht,  
163 I: mhm.  
164 P: ähm (.) is eigentlich auch, das is ei=eigentlich das gleiche, ne? orientierungssicher (.)  
165 und zielsicher, is das gleich, ne?  
166 I: wenn du meinst dass die ihr ziel erREICHT haben, dann- also ich glaub schon, dass  
167 das was ÄHnliches ist. wenn du sagst das ist was anderes musst du mir erklären. (1)  
168 is das MEHR so in richtung, ähm. also hier ZIELsicher (1) das war ja was sie jetzt errei-  
169 chen. ist sowas in richtung dass die FLEISSig sind dafür? dass die was dafür ge-  
170 MACHT haben oder wie genau meinst du das?  
171 P: kann ich dir nicht beschrei- äh erklären weil ich meine freundin lange nicht gesehen  
172 habe.  
173 I: ja.  
174 P: ((spielt mit kugelschreiber)) ähm, ah ich weiß nicht, man, ich wills, lass mal erst mal  
175 lassen.  
176 I: gut dann kannst ja noch n anderes. wenn wir noch ZWEI machen dann is auch-  
177 P: wir können auch drei, vier machen.  
178 I: wenn du magst.  
179 P: verPEILT ist eigentlich n ganz coolet wort. ähm, mein SUCHTselbst, nee ich glaub ad  
180 ah mein adhS-selbst (.) verPEILT.(1) ähm, is schon irgendwo aufmerksam?  
181 I: j a, hattest du glaub ich. nee du hattest HOCHKonzenTRIERT.  
182 P: unaufmerksam ja? vergesslich, verpeilt. ähm (.) was issen STREBenswert? was isn  
183 DAS fürn wort? wo könnt man das ZUordnen?  
184 I: mhm.

F. Interviewtranskript Tobias

185 I: STREbenswert? wa=was meinst du damit?  
186 P: naja was isn das?  
187 I: wenn jemand,  
188 P: so was VOR sich hat, so wo man auch, was er macht dann.  
189 I: (also? wie son?) ziel.  
190 P: ah ok. (.) dann würd ich auf jeden fall für mein adhS-selbst, verPEILT und für mein  
191 heutiges selbst zum beispiel ähm (2) NEHMEn. muss nur n WORT dafür finden. heute,  
192 heute wenn ich sachen vergessen WÜRDE, was ich WEISS, dann schreib ichs mir im-  
193 mer lieber auf. (is halt?) ähm  
194 I: is das so in richtung geORdnet? dass das äh, oder is das noch was anderes?  
195 P: oh, ich GLAUB das is n och was anderes. ähm, (2) jetzt würd ich ,und, ähm (.) ich  
196 kann das schlecht ausdrücken.  
197 I: nö, das is kein problem. das is...  
198 P: (ich hör das schon?) also mit fachbegriff, also n allgemeinbegriff, dann stimmt das  
199 schon, geordnet.  
200 I: also MIR is wichtig, wenn ich ähm, das meint ich mit dem es gibt kein RICHTig und  
201 falsch, weil mir is wichtig zu wissen, was !DU! damit meinst, weisste? jemand anderes  
202 würde vielleicht n ANderes wort nehmen. deswegen is das VOLLkommen, kannst du de-  
203 nen gedanken freien laus- freien LAUF lassen.  
204 P: mhm. verGESSlich und ähm, was soll ichn HIN schreiben? (2) würde jetzt (hierhin?)  
205 ACHTsam schreiben.  
206 I: okay, siehste, das is schon was anderes als geordnet. dann haste...  
207 P: adhS-SELBST und (was hatt ich?) das selbst-ich, ne? vergesslich ((schreibt)) und  
208 was hatt ich gesagt?  
209 I: ACHTsam.  
210 P: achtsam. ((schreibt)).  
211 I: da hatteste äh deine FREUNDin genannt und n kumpel von früher.  
212 P: mhm.  
213 I: wie unterscheiden DIE sich denn? weil das sind ja beides leute, die du noch von VOR-  
214 her kennst.  
215 P: ich kenn die beide JETZe. mein kumpel is ja nicht SÜCHtig, denn kenn- ich kenn den  
216 ja IMmer noch.  
217 I: ach habt ihr kontakt?  
218 P: ja klar, der is ja CLEAN, der is ne fre-, is mein BESTer.  
219 I: okay. okay.  
220 P: ähm, wie unterscheiden DIE sich? hab ich irgendwo AUFgedreht? naja, scheiße. ähm  
221 (.) er is auf jeden fall lustlos. äh, ich würd sagen eher FAUL, und sie ist fleißig.  
222 I: ja, okay.  
223 P: ((schreibt)) mit v, ne?  
224 I: ((flüstert)) mit f.  
225 P: mein papa und mein bruder, ui mhm.(.) mein bruder egoIStisch und mein papa eher  
226 so für die allgemeinheit ähm (.) offen.  
227 I: mhm. egoistisch,  
228 P: i is falsch, ne?  
229 I: nee is richtig?  
230 P: egois- is falsch geschrieben (is gleich?). isch bin

## F. Interviewtranskript Tobias

231 I: mhm, und das Gegenteil davon?  
232 P: ((nachahmend)) isch bin türke, igoischtisch.  
233 I: ((lacht)) und was is das Gegenteil davon für dich?  
234 P: ähm, (.) Offen.  
235 I: offen.  
236 P: ((schreibt)).  
237 I: fällt dir noch was ein? sonst,  
238 P: mal überlegen, hab ich eigentlich meinen bruder und MICH schonmal genommen?  
239 I: weiß nich, DOCH ich glaub, dieses hand- ach nee das war mit dir und (Name des  
240 Kumpels).  
241 P: nee, aber ich glaub ich nehm mal meinen bruder. ähm HA. SELBSTbewusst.  
242 I: okay.  
243 P: ((schreibt)) selbstbewusst und (1) ähm unachtsam würd ich jetzt nehmen, aber mhm  
244 (1), LUSTlos würd mir jetzt einfallen.  
245 I: i s LUSTlos für dich das Gegenteil?  
246 P: naja nich so unbedingt so, ne? selbstbewusst,  
247 I: was ISN selbstbewusst für dich?  
248 P: naja n- da=dass du darüber beWUSST bist was du machst, so. du siehst so,(.) keine  
249 ahnung, (.) selbstbewusst.(1) du kannst auf leute ZUgehen und sie ansprechen, so zum  
250 beispiel, hast ja n=n gutes selbstbewusstsein.  
251 I: okay.  
252 P: du kannst mit denen reden ja? and- mein bruder würd das zum beispiel vermeiden.  
253 (1) aber ich würd glaub ich eher schüchtern nehmen. ((schreibt))  
254 I: okay.  
255 P: joa.  
256 I: SUPER. ham wa echt äh FLEIssig gearbeitet, aber Tobias, (1) jetzt kommt der Elgent-  
257 lich harte teil.  
258 P: ja.  
259 I: und äh, ähm und zwar, da müssen wir n bisschen aufpassen, dass wir nichts ver-  
260 wechseln. du siehst hier oben jetzt hier ZAHLEN.  
261 P: ja.  
262 I: und da hast ja immer hier das EINE wort und das Gegenteil. und jetzt musst du (.) für  
263 jedes (.), für jede perSON immer zuordnen, inwiefern das auf den zutrifft. und zwar has-  
264 te die zahlen, also wenn du jetzt zum Beispiel-  
265 P: ich versteh schon.  
266 I: genau. n BISSchen vernünftig, ziemlich vernünftig oder ganz DOLL, (.)  
267 P: joa.  
268 I: oder n bisschen UNvernünftig, ziemlich unvernünftig oder total KRASS unvernünftig.  
269 P: ja, okay okay.  
270 I: bei der NULL, versuch die null WENIG zu benutzen wenns geht. weil das is immer so  
271 och pfff, weeste?  
272 P: okay.  
273 I: (3) also am besten fangen wir oben direkt an und gehen dann durch das gitter.  
274 P: ich SELber ja? ob ich vernünftig bin?  
275 I: du selber. genau.  
276 P: ich glaube ich würd mir ne zwei geben.

F. Interviewtranskript Tobias

277 I: also würdest du dich selbst als ziemlich vernünftig-?  
278 P: j o a. (1) mein ideALES selbst das wär auf jeden fall UNvernünftig. weiss ich jetzt  
279 schon.  
280 I: willst du lieber unvernünftig sein?  
281 P: ja. (1) mein äh adhS selbst ähm da würd ich s c h o n also ich glaube äh minus eins  
282 nehmen. (2) mein SUCHTselbst, ist das vernünftig gewesen? NEIN. ((schreibt)). es  
283 kommt drauf an auf was venünftig beZOGen auf das verHALten oder die sauberkeit? (1)  
284 mmh. GAR nicht vernünftig. drogen konsumiert. war mein BRUder vernünftig? (1) gilt äh  
285 jetzt in dem moMENT oder von früher?  
286 I: is-  
287 P: jetzt DIEse zeit oder von -?  
288 I: was äh isn dir WIChtiger? oder was isn für dich EINFacher?  
289 P: is mir egal. ich kann vergangen oder ich kann auch gegenwart.  
290 I: das kannst DU entscheiden.  
291 P: denn (.) mach ich jetzte. (1) ja. (1) das proBLEM is (.)meine MA is nich mehr.  
292 I: mhm. (.) dann versuch ähm, naja wenn du das so EINSchätzen könntest wie sie so  
293 gewesen ist oder so.  
294 P: dann würd ich ne NULL nehmen.  
295 I: dann machste ne null. is okay.  
296 P: is zulange HER. (1) mein papa auf jeden FALL oder? ja. und (Name des Kumpel) (1)  
297 ich mach jetzt einfach so, ja? ich red jetzt nich immer einfach. ((schreibt))  
298 I: ich hab noch, ne, also du hast das pronzip verSTANDen seh ich, (.) das ideale selbst  
299 ist ganz unvernünftig ja?  
300 P: joa.  
301 I: okay.  
302 P: also sowas wenn wie in meinen TRÄUmen mein mein ich wäre, oder?  
303 I: mhm, genau.  
304 P: also was ich mir denken würde wenn ich mir jetzt aussuchen könnte, (.) wär ich der  
305 könig der WELT oder irgendso assi vonner strasse.  
306 I: okay.  
307 P: (3) ja das kann ich doch schreiben, dann isses genau richtig.  
308 P: (füllt das Grid eigenständig aus, dauer 00:15:48-5 - 00:22:36-5 )  
309 I: mensch, da haste aber HART gearbeitet. (2) ähm. (2) wie alt bist du jetzt tobias,  
310 biste schon neunzehn geworden?  
311 P: ick bin neunzehn, ja.  
312 I: ((schreibt)). ähm, möchtestest jetzt ne PAUse machen oder sollen wir kurz weiter ma-  
313 chen? ich stell dir jetzt noch zwei drei fragen,  
314 P: mach weiter.  
315 I: ja?  
316 P: joa. kein problem.  
317 I: okay. ((papierrascheln) ähm, tobias, dann erZÄHL mir doch mal (.) deine adhs-  
318 geschichte. von dir persönlich.  
319 P: wie ich das SEHe oder wie? (1) oder?  
320 I: wie du das SIEHST, wie (1) es bei dir dazu geKOMMen ist, dass du die diaGNOse  
321 bekommen hast,  
322 P: stimm-, das sollte ja schon DAMals in meinem KINdesalter äh ähm, ne? festgestellt

323 werden. aber, ja, ich glaub das WAR sogar in meinem kindesalter schon so, mit sieben  
324 oder acht jahren, und da sollt ich irgendwelche medikaMENte nehmen damit ich  
325 RUHIGER werde. damals wusste ich ja nicht was phase war. dann hab ich abgesagt  
326 und hab meinen vater zur beratung geholt und er meinte ich soll die nich NEHmen. hab  
327 ich auch nicht gemacht. bis jetzt so vor nem halben jahr, drei=dreiviertel jahr ungefähr (.)  
328 zu dieser frau (Name der Ärztin), äh psychiaterin oder psychologin gegangen bin und äh  
329 die hat gesagt ja ich hab adhs, s=son aufmerksamkeitshyperaktivdefizitssyndrom. ähm,  
330 (1) und , ja was hat sie gesagt? ich hab dann irgendwann gesagt, ich würd gern mal die-  
331 se tabletten ausprobieren, medikiNET, die sollen HELfen. ging nich mehr, ich war zu  
332 ALT. die werden nur bis achtzehn, unter achtzehn verschrieben. dann hat se mir  
333 ande=andere tabletten gegeben. ähm, die hab ich zwei oder drei tage proBIERT. ich hat-  
334 te kein hunger, hab ich sofort aufgegen. weil das is UNnormal (.) bei mir. ähm, ja. seit-  
335 dem hab ich dann, ich hab mich einfach SELber aus mein- aus meinem adhs so ausei-  
336 nandergesetzt, hab so gesagt so ja, man, (1) ich ich überLEG gar nich. ich weiß dass  
337 ich s HABE, aber ich, aber ich verDRÄNG das sozusagen. (.) mag vielleicht bei mir  
338 DRIN sein, aber ich fühl mich wie n ganz normaler MENSCH, behindert mich nicht. na  
339 doch, vielleicht bisschen in der schule wegen der konzertion, aber ich äh wiederruf mir  
340 immer wieder selber so, ey ich muss mich konzentrieren, ey das is wichtig, ich BRAUCH  
341 das. ja, und nach und nach ging das. und das geht auch so. ich glaub ads is bei mir  
342 auch so, (1) adHs, ähm (.) ja so sachen die mir SPASS machen da arbeite ich auch  
343 GERne dran und konzentriert. und sachen die mir SO keinen spass machen so, ich  
344 glaub da hab ich auch keinen bock ähm, da WILL ich mich gar nicht drauf konzentrieren.  
345 ich glaub das hat auch mitm a=adhs zu tun, ja.  
346 I: mhm, du hast grad schon erzählt, inner SCHULE isses manchmal n bisschen schwie-  
347 rig. wie hatn SONST so dein umfeld darauf reagiert?  
348 P: wie mein UMFELD drauf reagiert? ähm, (1) ich hab auf jeden fall enerGIE. mehr als  
349 genug energie. das weiß, daswissen auch meine kumpels und kumpelinen, ja dass ich  
350 immer auf achse bin. äh, ja (.) wie ham dir drauf reagiert? die wusstens nich, wenn icks  
351 sage. (1) wissens nicht.  
352 I: mhm. du hast ja jetzt schon angesprochen, dass du mal die tabletten ausprobiert hast,  
353 und ähm die nichts für dich waren. (1) gabs was ANderes wo du merkst, "das hilft mir?"  
354 also, dass du so-  
355 P: mhm na ich hab ko- nur konsequenzen für mich SELber aufgelegt. was heisst kon-  
356 sequenz, (.) ich wiederruf mir immer wieder in mein gedächtnis, MANN, ich BRAUCH  
357 das, das is WICHTIG. (.) ja, wenn ich irgendwie in der schule sitze und der irgendwie  
358 deutsch macht der lehrer, interesSIERT mich nicht. nehm ich irgendwelche stifte, oder n  
359 radiergummi, schneid den auseinander. und dann gehts so "ey mann, das BRAUCH  
360 ich". und irgendwann kommt es mir dann kommste "ich BRAUCH das mann!" ich so  
361 "mann, musste AUFpassen". ich legs zur seite, ich pass auf und nach paar, nach ein  
362 paar minuten passiert es wieder. ich spiel wieder rum. aber ich wiederRUF mir immer  
363 wieder. (.) das. und nach und nach wird es besser. sta=statt fünf minuten halt ich es (im  
364 moment?) ZEHN minuten aus. und so weiter. ich kann mich schon so über anderthalb,  
365 zwei stunden GUT konzentrieren.  
366 I: mhm. (2) und du hast ja grad schon gesagt, du hast viel enerGIE. gibts da irgendwel-  
367 che äh=äh HOBBies oder sachen wo du merkst, da ist das GENAU das richtige?  
368 P: auf jeden FALL. mein HANDwerk. äh, ich arbeite gerne mit holz und so weiter. ähm,

369 also mit holz arbeite ich, BAU gerne, repaRIER auch gerne. ähm (2) ja und dafür is mei-  
370 ne energie da richtig eingesetzt. da brauch ich die auf jeden fall. konzentration is auch  
371 sehr, sehr wichtig, weil man muss auch exakt arbeiten. ähm, ja und hobbies so. (1) ich  
372 steck meine energie zum beispiel in ein FINGERSkateboard rein. in RICHTIGES skate-  
373 BOARDing. in mein BMX fahren. äh, in meinen künst- äh graFFITI malen. (.) ja.  
374 I: und da schaffstest auch dich auch zu konzentrieren?  
375 P: ja. auch über mehrere stunden. vier fünf stunden, wenn nich sogar noch länger. da  
376 bleib ich auch dranne.  
377 I: okay. u n d (.) wenn ich jetzt jemand wär, der noch NIE was von adhs gehört hat. wie  
378 würdest du mir erKLÄREn, wie das sich für dich anfühlt? was das für dich ist?  
379 P: wie fühlt sich das für mich an? ähm, ich selber MERK das nicht. ich hab dis, das is äh  
380 irgendwo in mir drin, ich merk das nicht. ähm, ja wie könnt ich dir das erKLÄREn? ich  
381 könnt nur sagen ich hab adHS, das aufmerksamkeits- (.)  
382 aufmerksamkeitsdefizitshyperaktivsyndrom. ähm, wir haben irgendwann- wir sitzen ir-  
383 gendwie=ie äh äh in nem konzERT. ja? so mehrere reihe st- äh, so mehrere reihen von  
384 stühlen hintereinander. und wir sitzen da sagenmal drei stunden drinne. so äh, alle an-  
385 deren leute sitzen still da, haben ihre hände neben sich oder äh zusammengefaltet. ich  
386 würde sitzen und alle möglichen positionen ausprobieren, wie man ge- am be- am be-  
387 QUEMsten ist. und DARan kann man merken, ich kann nicht still sitzen. is zum beispiel  
388 eine sone sache die man er=erKENNen könnte. ähm, irgendwann wird mir LANGweilig.  
389 dann beSCHÄFtige ich mich mit irgendwas ANderes, ich spiel =spiel zum beispiel mit  
390 meinem feuerzeug rum. das sind so (1) die ersten anzeichen,(.) dass man sehen kann,  
391 ey der junge (.) na den nennen se alle zappelphillip.  
392 I: mhm.  
393 P: ja.  
394 I: du bist ja hier (.) im (Einrichtung 1) in ner äh suchttherapeutischen EINrichtung, (.) wie  
395 bist du hierHER gekommen? also wie kams dazu?  
396 P: wie bin ich HERgekommen? ähm (.) von (Einrichtung 2) bin ich hierhergekommen.  
397 äh, äh ich hab mhh letztes, zweitausendacht, ne eigene WOHNung gehabt, (.) betreutes  
398 wohnen besser gesagt im (Stadtteil 1). ähm,und von da aus wurd ich, äh hab ich ne  
399 AUFlage vom gericht bekommen, hab gesagt, die haben äh, ich sollte geSPRÄCHE-  
400 besser ne strukTUR in mein rein leben bekommen. und hab dann die auflage bekom-  
401 men, ich soll zu ner ambulanten DROgenberatungstelle gehen. da (.) bin ich am tag vier,  
402 fünf stunden montag bis freitag gewesen.bin ich hingegangen, so hab ich vieles über  
403 theraPIE gehört und da sind mehrere freunde von mir auch schon gewesen, die clean  
404 sind. ah hier, ah hab ich auch nur gesagt, okay (.) ich kann nicht so WEIter machen. ich  
405 scheiß auf alles, auf schule, allet, allet verkackt. ich möcht ne theraPIE machen. dann  
406 haben sie mich vermittelt, nach (Einrichtung 2), da war ich dann fünf monate und von  
407 da aus bin ich dann ins (Einrichtung 1) gekommen. und seitdem bin ich hier.  
408 I: und davor? wie bist du süchtig geworden?  
409 P: wie bin ich denn süchtig geworden? (.) mit vierzehn hab ich das erste mal so ((räus-  
410 pert sich)) GRAS kennengelernt. durch n kumpel im heim, ähm und auch das graffiti ma-  
411 len. denn dadurch gingen auch die ganzen straftaten los. immer so gezeigt so "ey ja ich  
412 male und so". "is ne coole sache". hat er mir irgendwann mal die drogen gezeigt und  
413 ni=im eigen-, immer so gekifft vor mir. ich so "lass mich auch mal probieren". hab pro-  
414 biert, ich fands GEIL den turn. (.) naja hab ich ihn gefragt so "ja, wo kriegstes her und

415 wieviel kostet das und wieviel kriegste dafür?" und nach und nach irgendwann SELBER  
416 was gefunden, das das (was eigenes?) gehabt. und dann hab ich eigentlich ständig  
417 durch gekiff't. bis ich achtzehn jahre alt war.  
418 I: (2) und wie hat DA deine umwelt so reagiert?  
419 P: hmm, die fands UNcool. und nach und nach haben meine freunde sich von mir (.)  
420 mehr und mehr äh ähm zurückgezogen. weil die immer mehr gemerkt haben dass ich  
421 nur noch voll drauf bin und GAR keine lust hatte auf irgendwas, mit denen spazieren  
422 gehen oder irgendwas unternehmen. genau umgekehrt wollt ich auch nichts mit ihnen  
423 zu tun haben mehr.(1) ähm, ich war nur noch mit SCHEIße bauen und das geld dafür  
424 äh zu organisieren beschäftigt. und nur am kiffen. also die fandens überhaupt nicht cool.  
425 die meinten so ja, du sollst mal wieder runterkommen. und das mir war egal.  
426 I: mhm (1) wie fühlten sich das AN, süchtig zu sein?  
427 P: wie fühlten sich das an? oah, was issen das für ne frage? wie fühlten sich das an?  
428 kann man nicht beschreiben. kann ICH nicht beschreiben. wenn man drogen genommen  
429 hat, und abhängig davon war, dann is man süchtig. es gibt kein gefühl. das=das is ein-  
430 fach n zustand. würd ich sagen, oder? nein, ich glaub eher ne LEBENSweise. man  
431 nimmt das einfach so. das is genauso wie der tod, ja? leute sterben, passiert. man is  
432 süchtig, passiert.  
433 I: mhm, und wie=wie IS diese lebensweise?  
434 P: wie is diese lebensweise? du weisst, dass du SÜCHTIG bist. ähm (.) also man wird ja  
435 nicht einfach süchtig, wenn du sagst, ok jetzt bin ich jetzt süchtig. dazu musst du wirk-  
436 lich mehrere jahre von einer besonderen droge anhängig gewesen sein. ähm, ja, wie  
437 LEBT man damit? im gegensatz zu naja, CLEAN. ähm. kann ich nich beschreiben. wie  
438 LEBT man damit? naja, man weiß, dass man süchtig ist. det, det WEISS man immer  
439 wieder. die gefahrenzonen sind, alles was mit drogen zu tun hat. obs jetzt GRAS is,  
440 oder kokain oder alkohol, (.) man weiß, dass sobald, wenn man kurz davor steht, das zu  
441 nehmen. auf ner party oder sonstwo. dann hat man seine ((stottert)) alten hal- veralte  
442 ver- ALten verhaltensweisen ganz schnell wieder. und das is nich so cool.  
443 I: und was für verhaltensweisen sind das?  
444 P: (.) keen bock zum beispiel. diese scheid egal haltung, ja? kiffen macht gleichgültig.  
445 und jetzt kommt der spruch:(.) is mir doch egal. (.) diese gleichgültigkeit. du wirst vonner  
446 polizei verhaftet, durchn graffiti sprühen, du wurdest erWISCHT. bist bestimmt noch voll  
447 drauf von dem joint, den du vorher geraucht hast. bleibst irgendwo stehen, lässt dich  
448 verhaften. naaa, was soll mir passieren? is mir doch egal so, dann passiert mir nichts.  
449 und dis, "mir passiert nichts", KLAR passiert dir was. in dem moment is dir das aber  
450 scheißegal. was mit dir passiert. erst wenn du wieder n bisschen klar im kopf kommst,  
451 oder bist. dann merkst du, oh MAN, war kacke von mir. hätt ich mal nich machen sollen.  
452 und das is so, eine verhaltensweise. es gibt milliOnen, milliARden verhaltensweisen.  
453 jeder mensch hat andere.  
454 I: und (.) DIE machen dieses süchtige aus für dich?  
455 P: genau.  
456 I: okay.  
457 P: sucht is wirklich n(.) n großes netz. das sind viele sachen. (?) was steckt noch dahin-  
458 ter? mhm, wie man sich anzieht, wie man spricht, wie man wie man einfach zu leuten  
459 ist. 00:32:12-8 wenn man einfach so ankommt " du alter, ARSCHLOCH, alter, gib ma  
460 KIPPE" oder wenn du hingehst: "entschuldigung, könnten sie mir vielleicht ne zigarette

## F. Interviewtranskript Tobias

461 geben?"(1) das macht auch viel aus. 00:32:19-9 okay, es muss nicht unbedingt sein,  
462 dass er süchtig ist. aber (.), man merkt's. wenn man selber süchtig ist, (1) erkennt man,  
463 ob andere auch süchtig sind. nich immer, aber (.) geht schon.  
464 I: sone, wie du grad sagst, auch sone lebensweise, wie - meinst du sone scene?  
465 P: ja. zum kiffen, also ich sag mal so, zum KIFFen, weil ich hab jetzt zum beispiel jetzt  
466 nur geKIFFT; ähm zum kiffen gehört zum beispiel graffiti dazu. gibt sehr sehr viele kiffer  
467 die graffiti malen. mhm, was machen die noch, die kiffer? sitzen den ganzen tag in ihrer  
468 bude rum, kiffen, und sind NUR am überlegen, wie sie das nächste geld ranbekommen  
469 für das=das nächste gras. det is ihr (.) tagesablauf. sitzen da und freuen sich über die  
470 volldröhnung. ja. mehr is da nich.  
471 I: was g l a u b s t n du, bei dir persönlich was die URsachen für deine sucht sind?  
472 P: URsachen, also warum ich angefangen habe.  
473 I: warum du, ja-  
474 P: pfff. da hab ich mir auch schonmal gedanken gemacht. ziemlich lange. ähm, was  
475 könnten die URsachen dafür sein? ich hab ne verMÜtung weil, ja, wahrscheinlich weil  
476 ich damals früh in ein HEIM gekommen bin.  
477 I: mhm.  
478 P: meine eltern haben sich sehr damals also sehr früh getrennt. (1) ähm, bin in'n heim  
479 gekommen. ähm, und hab gedacht, okay jetzt bin ick im heim, meine eltern und meine  
480 ma is sowieso nicht konsequenz zu mir, was wo mir, äh, keiner KANN mir was. ey, ich  
481 lass mir nichts von irgendjemandem sagen ausser von meiner mutter, und das noch  
482 nicht mal ganz. (.) konnte machen wat ick will. (.) mir verbietet ja niemand was. hab die  
483 drogen kennengelernt und hatte das dann alles so ja auch weil weil ich HEIM war. würd  
484 ich vermuten so. bin nich (bei meiner mama?) großgeworden. joa.  
485 I: okay, das wars.  
486 P: alright.  
487 I: dann sind wir fertig.  
488  
489 (I= Interviewende Person, P= Proband)  
490  
491 Genannte Einrichtungen:  
492 Einrichtung 1: stationäre suchttherapeutische Einrichtung für jugendliche und junge Er-  
493 wachsene  
494 Einrichtung 2: stationäre Einrichtung zur Entgiftung/ Therapiemotivation/ Vermittlung in  
495 weiterführende Hilfen (im Verbund mit Einrichtung 1)

Regelung zu Vertrauens- und Datenschutz:  
Einverständniserklärung

„Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am **22.06.2010** von Frau Linda Senkel geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und verschriftet werden darf in Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit

**„ADHS und Sucht“.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke im Rahmen einer Bachelorarbeit verwendet werden darf.

Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.“

---

Ort, Datum, Unterschrift

Forschungsprojekt: „ADHS und Abhängigkeit“  
Zusicherung der Anonymität der Aufzeichnungen  
-- Information für die Befragten –

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des **Datenschutzgesetzes**.

Die Interviewer/innen und alle Mitarbeiter/innen im Projekt unterliegen der **Schweigepflicht** und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet, d.h. sie dürfen außerhalb der Projektgruppe 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 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 nehmen das Gespräch auf Band auf, weil man sich so viel nicht auf einmal merken kann. Das Band 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. Berufe werden, soweit möglich, durch andere, vergleichbare Berufe ersetzt.
- Sofern wir Ihren Namen und Ihre Telefonnummer erfahren haben, werden diese Angaben in unseren Unterlagen anonymisiert und nur bei Ihrer ausdrücklichen Zustimmung für den Projektzeitraum sicher verwahrt (für den Fall der Klärung von Rückfragen).
- Die von Ihnen unterschriebene **Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung** wird gesondert aufbewahrt. Sie dient einzig und allein dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann **mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht** werden.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, uns ein Interview zu geben!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift für das Projekt durch Interviewer/in: \_\_\_\_\_

Erklärung

**Hiermit erkläre ich, dass ich die Bachelor-Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.**

**Ich bin einverstanden, dass meine Bachelor-Arbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.**

**Datum, Unterschrift**