

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Elternarbeit – wichtig in der ambulanten
Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden
Jugendlichen?**

Diplomarbeit

zur Erlangung des Grades
Diplom-Sozialarbeiter / Diplom-Sozialpädagoge (FH)

vorgelegt von: Steffi Schröder

Erstgutachter: Prof. Dr. Werner Freigang
Zweitgutachter: Prof. Dr. Claudia Gottwald

Neubrandenburg, den 27.07.2010

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0305-2

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Jugendliche	4
1.1 Merkmale der Jugendphase	4
1.1.1 Pubertät.....	5
1.1.2 Adoleszenz.....	5
1.1.3 Postadoleszenz	7
1.2 Risikoverhalten Jugendlicher	7
1.3 Entwicklungsaufgaben Jugendlicher.....	9
1.3.1 Entwicklungsaufgaben	9
1.3.2 Entwicklungsaufgabe Suchtmittelkonsum	10
2 Sucht	13
2.1 Definition Sucht.....	13
2.2 ICD-10 Klassifikation.....	14
2.3 Besonderheiten des Gebrauchs und Missbrauchs von Drogen im Jugendalter.....	14
2.4 Phasen der Abhängigkeitsentwicklung	15
2.5 Süchte.....	17
2.5.1 Alkohol	17
2.5.1.1 Substanz.....	17
2.5.1.2 Wirkung	17
2.5.1.3 Risiken.....	17
2.5.1.4 Jugendlicher Alkoholkonsum	18
2.5.2 Cannabis	19
2.5.2.1 Pflanze.....	19
2.5.2.2 Konsum	19
2.5.2.3 Wirkung	20
2.5.2.4 Folgen.....	20
2.5.2.5 Jugendlicher Cannabiskonsum.....	21
2.6 Das Suchtdreieck.....	21
2.7 Erklärungsmodelle zur Abhängigkeitsentwicklung	23
2.7.1 Lerntheoretisches Modell	23
2.7.1.1 Klassisches Konditionieren.....	23
2.7.1.2 Operantes Konditionieren	23

2.7.1.3	Modellernen	24
2.7.2	Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze	24
2.7.3	Neurobiologische Erklärungsansätze	25
2.7.3.1	Das Gehirn.....	25
2.7.3.2	Toleranz.....	26
2.7.3.3	Genetik	26
2.7.4	Soziokultureller Ansatz	26
2.7.5	Psychoanalytische Erklärungsansätze	27
2.7.5.1	Triebpsychologischer Ansatz	27
2.7.5.2	Ich-Psychologischer Ansatz.....	28
2.7.5.3	Objektpsychologischer Ansatz.....	28
3	Einflussfaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung und – aufrechterhaltung	29
3.1	Familiäre Einflüsse	29
3.1.1	Genetik.....	29
3.1.2	Erziehungsstil	29
3.1.3	Elterlicher Suchtmittelkonsum	31
3.1.4	Elterliche Substanzmittelabhängigkeit.....	31
3.1.5	Eltern-Kind-Beziehung	33
3.1.6	Trennung der Eltern und Familienstruktur	33
3.1.7	Co-Abhängigkeit.....	35
3.1.8	Hochrisikofamilie	37
3.2	Psychosoziale Belastungen	37
3.3	Peergroup.....	38
3.4	Person	39
3.4.1	Dispositionelle Faktoren	39
3.4.2	Verhaltensauffälligkeiten	40
3.5	Zusammenfassung	41
4	Elternarbeit.....	44
4.1	Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe	44
4.1.1	Elternkreise	44
4.1.2	Elterncoaching	46
4.1.3	Systemischer Ansatz.....	47
5	Modelle/Konzepte	49

5.1	Auswahl der Modelle und Konzepte	49
5.2	FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten	49
5.2.1	Das Konzept.....	49
5.2.2	Die Umsetzung in der Kö16a	50
5.2.3	Ausführungen zum Thema	51
5.3	Elternarbeit im Jugendhaus Dishley	52
6	Interviews	53
6.1	Ziel des Interviews	53
6.2	Wahl des Erhebungsverfahrens.....	53
6.3	Inhalt und Struktur der Interviews	54
6.4	Auswertungsverfahren.....	55
6.5	Auswertung.....	56
6.5.1	Einrichtungen/Interviewpartner.....	56
6.5.2	Informationen der Interviews	59
6.5.3	Auswertung der Interviews	64
7	Zusammenfassung	72
	Quellenverzeichnis	75
	Eidesstattliche Erklärung	83

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVEK	Bundesverband der Elternkreise
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzgl.	bezüglich
ders.	derselbe
dis.	dieselbe/n
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
EDSP	Early Developmental Stage of Psychopathology
FrëD	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten
JGG	Jugendgerichtsgesetz
ICD-10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
lat.	lateinisch
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
SGB VIII	achtes Sozialgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
THC	Delta-9-Tetrahydrocannabinol
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regelmäßiger Alkoholkonsum bei den 12- bis 17-Jährigen (nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 4), S. 19

Abbildung 2: Binge-Trinken bei den 12- bis 17-Jährigen (nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 5), S. 20

Abbildung 3: Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums (nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 11), S. 22

Abbildung 4: Regelmäßiger Cannabiskonsum (nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 12), S. 22

Abbildung 5: Suchtdreieck (nach Wille 1997, S. 15), S. 17

Abbildung 6: Befindlichkeitskurve der Eltern von drogenkonsumierenden Jugendlichen (nach Arbeitsschuss BVEK e.V. 1993, mod. Fassung 2008, vgl. Reitz 2009, S. 446), Anlage 1

Einleitung

Laut Angaben des statistischen Bundesamtes, gaben im Jahre 2008 rund $\frac{3}{4}$ der Jugendlichen zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr an, schon einmal Alkohol konsumiert zu haben. Ein Fünftel trank regelmäßig und 56% der 16 und 17-jährigen sagten aus, im letzten Jahr mindestens einen Alkoholrausch gehabt zu haben. In der Altersgruppe der 12-17-Jährigen hatten 9 % schon einmal Cannabis konsumiert, bei den 12-25 Jährigen 28%. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2009, S. 4ff)

Zugenommen hat vor allem die Häufigkeit der Trinkexzesse. Der Trend zum riskanten Konsum scheint zuzunehmen. Über 6,2% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren zeigten riskanten, 2% einen gefährlichen Hochkonsum. (vgl. ders. S. 5)

Aktuell werden diese Zahlen wieder vermehrt öffentlich diskutiert.

Fest steht, dass jugendlich exzessiv betriebener Alkoholkonsum in vielfältiger Weise schädlich für die weitere Entwicklung ist. Auch der Cannabiskonsum, der allerdings noch nicht gleichwertig erforscht wurde, wirkt sich negativ aus.

Biologische Faktoren begünstigen eine Suchtentwicklung im Jugendalter. Deshalb ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit Substanzmitteln unabdingbar.

Jugendliche haben viele Entwicklungsaufgaben in der Zeit der Adoleszenz zu bewältigen. Für Jugendliche ist der Konsum von Drogen häufig funktional und wird als Strategie zur Bewältigung dieser Aufgaben eingesetzt. Wenn diese Entwicklungsaufgaben aufgrund von mangelnder sozialer und personaler Kompetenzen stark verzögert erfüllt werden, besteht die Gefahr, Suchtmittel dauerhaft als Lösung zu verwenden. Somit wird das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung erhöht. Vor allem die Eltern haben einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung ihrer Kinder. So können aus Fehlverhalten in ihrer Erziehung schwerwiegende Entwicklungsdefizite resultieren. Präventionsmaßnahmen zur Aufklärung über den Drogenkonsum Jugendlicher werden vor allem in der Schule angeboten. Diese sind sinnvoll und wichtig zur allgemeinen Aufklärung. Doch Jugendliche, die durch massive Risikofaktoren belastet sind, werden durch diese Angebote kaum erreicht.

Jugendliche, die aufgrund Verhaltensauffälligkeiten oder familiärer Defizite gefährdet sind, benötigen auf längere Sicht individuelle Hilfe. Um einschlägige

Erfolge zu erzielen müssen die Eltern einbezogen werden. Nur eine systemische Arbeit bietet eine Nachhaltigkeit.

In meinem 20-Wöchigen Praktikum in der Suchtberatung der „Kö16a - Kinder Jugendliche Angehörige -“, in Hamburg erhielt ich praxisnahen Einblick in die Problematik der suchtmittelkonsumierenden, suchtgefährdeten und süchtigen Jugendlichen.

Die Beratungsstelle ist zuständig für Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre, die Probleme im Umgang mit Drogen, vor allem Alkohol und Cannabis haben.

In der Beratungsstelle habe ich die Erfahrung gemacht, dass durch die Einbeziehung der Eltern in die Arbeit mit den Jugendlichen positivere und langfristige Ergebnisse erzielt werden, denn die Jugendlichen haben in der Regel wenig Eigenmotivation zur Veränderung entwickelt. Die Fremdmotivation durch die Erziehungsberechtigten hilft den Jugendlichen anfängliche Hemmschwellen bzgl. der Kontaktaufnahme zu überwinden. Im systemisch geführten Erstgespräch mit dem Jugendlichen und den Eltern entwickelt sich zudem ein ganzheitliches Bild des Problems. Zudem erfuhr ich in den Gesprächen, dass viele Eltern verzweifelt und hilflos im Umgang mit ihren konsumierenden Kindern sind und ein großer Beratungsbedarf besteht.

Angeregt durch dieses Praktikum und meine Beobachtungen werde ich mich in dieser Diplomarbeit mit der Fragestellung auseinandersetzen, wie wichtig die Einbindung der Eltern in die ambulante Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen ist.

Die vorliegende Arbeit beginnt mit der begrifflichen Klärung des „Jugendlichen“. Insbesondere wird auf die Frage eingegangen, was die Jugendzeit kennzeichnet und warum sich der Umgang mit den Eltern in dieser Phase schwierig gestaltet. In diesem Zusammenhang werden die Entwicklungsaufgaben genannt, die der Jugendliche zu bewältigen hat und hinterfragt welche Rolle Suchtmittel dabei spielen.

Anschließend befassen sich diese Ausführungen mit dem Thema Sucht. Was ist Sucht und wie entsteht sie? Im Speziellen wird auf das die Themen Alkohol- und Cannabisabhängigkeit eingegangen. Diese sind neben dem Nikotin die zwei verbreitetsten Süchte im Jugendalter und spielen wie oben erwähnt, schon bei Jüngeren eine bedeutende Rolle.

Nachdem beschrieben wird, wie eine Abhängigkeit entstehen kann, werden die verschiedenen Einflussfaktoren geklärt, die eine Abhängigkeitsentwicklung im Jugendalter begünstigen um vor allem die Rolle der Eltern dabei zu klären.

Dann wird ein Überblick über die bereits vorhandenen Maßnahmen der verschiedenen Möglichkeiten der Elternarbeit aufgeführt.

Des Weiteren werden verschiedene Präventionsmodelle und Handlungskonzepte vorgestellt, um zu sehen welche Zugangswege zu Eltern möglich sind und wie die konkrete Arbeit aussehen könnte.

Um zu klären welchen Stellenwert die Elternarbeit mit suchtfährdeten und süchtigen Jugendlichen für Praktiker hat, wie die konkrete Umsetzung aussieht und welche Probleme dabei auftreten, werden Interviews mit verschiedenen ambulanten Suchteinrichtungen geführt und ausgewertet.

1 Jugendliche

1.1 Merkmale der Jugendphase

Der Begriff Jugendlicher kann auf vielfältige Weise definiert werden. Zum einen bezeichnet die Jugendphase einen Lebensabschnitt, zum anderen ist die Jugend eine Definition einer eigenständigen Menschengruppe. Sie stellt die Phase zwischen der Kindheit und dem Erwachsensein dar. (vgl. Szafranski 2009, S. 25) In der Jugendphase sind neue, nicht mehr kindgerechte Entwicklungsaufgaben zu erfüllen. Das Bewusstsein für das eigene Selbst soll gestärkt werden. Zudem kommt es zu einer qualitativen Veränderung der Persönlichkeitsentwicklung. (vgl. Hurrelmann 2007, S. 28)

Je nach Betrachtung, wird die Altersbegrenzung für Jugendliche unterschiedlich definiert: Nach deutschem Recht ist, nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII, ein Jugendlicher jemand, der mindestens 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist. (vgl. Stascheit 2007, S. 1117)

Die Soziologen der Shell-Jugendstudie gingen im Jahre 2002 bei der Definition von Jugendlichen von 12- bis 25-Jährigen aus, die UN-Generalversammlung von Personen, die zwischen 15 und 24 Jahren alt sind, wobei noch einmal in Teenager zwischen 13 und 19 und jungen Erwachsenden zwischen 20 und 24 unterschieden wird. (vgl. Szafranski 2009, S. 25f)

Betrachtet man die individuelle Reife des Heranwachsenden, können der Beginn und das Ende der Jugendphase nicht eindeutig bestimmt werden, da es gravierende entwicklungs- und persönlichkeitsbedingte Unterschiede gibt. Zudem sind die Übergänge von der Kindheit zur Jugendphase sowie zum Erwachsensein fließend. Zu beobachten ist, dass die Jugendphase immer früher eintritt und später beendet wird. (vgl. Haushahn 1996, S. 66f)

Nach traditioneller Ansicht erreichen Jugendliche den Erwachsenenstatus sobald die Suche und das Austesten der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung vorläufig beendet sind. Zudem ist die „Sturm- und Drangphase“ vorüber und die Bedürfnisse und Interessen zunächst geklärt. (vgl. Erikson 1981, zit. nach Hurrelmann 2007, S. 29)

Ein weiteres Merkmal für die Beendigung der Jugendphase ist das Erlangen von Autonomie und die Ablösung vom Elternhaus, nachdem die Beziehung zueinander neu definiert und gleichberechtigt ist. Allerdings sind die Übergänge fließend und

es kann nicht genau definiert werden, wann eine Lebensphase endet und eine neue beginnt. (vgl. Flammer und Alsaker 2002, zit. nach Hurrelmann 2007, S. 29)

1.1.1 Pubertät

Die Pubertät (lat. pubertas - Geschlechtsreife) stellt die biologisch-physiologische Geschlechtsreifung dar. Diese umfasst die Ausbildung der Fortpflanzungsfähigkeit und das Auswachsen des Körpers. (vgl. Hurrelmann 2007, S. 26)

In dieser Phase werden hormonelle Signale an den Körper gesendet; bei Männern Testosteron, bei Mädchen Östrogene. (vgl. Haushahn 1996, S. 67)

Normalerweise beginnt die Pubertät bei Mädchen in Deutschland zwischen dem 9. und 11. Lebensjahr, bei Jungen in der Regel etwa zwei Jahre später. (vgl. ders., S. 67)

Jedoch gibt es auch geschlechterspezifische Unterschiede bezüglich des Eintritts der Pubertät. (vgl. ders, S 71)

Die Zeit der Pubertät stellt eine große Veränderung dar. Die körperliche sowie die hormonelle Veränderung wirken sich auf die soziale und psychische Ebene aus. Um mit den physischen und psychischen Veränderungen umgehen zu können, müssen die Pubertierenden soziale Regulierungs- und Bewältigungsstrategien entwickeln. (vgl. Hurrelmann 2007, S. 26)

Die Pubertät ist gekennzeichnet von Stimmungsschwankungen, die ein Resultat aus der Kombination der hormonellen Veränderungen aber auch von situativen Faktoren sind. Aufgrund der vermehrten Hormonausschüttung reagieren Jugendliche emotionaler auf Situationen. (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 396)

Typisch für die Zeit der Pubertät sind zudem vermehrte Konflikte mit den Eltern. Zunächst kommt es zu einer emotionalen Entfernung. Hingegen nimmt der Einfluss der Peergroup immer mehr zu. Jugendliche wollen aufgrund ihrer körperlichen Reife wie Erwachsene behandelt werden. Zudem gewinnen sie in dieser Zeit an emotionaler Reife und schätzen Situationen selbstständig ein, was zu Streitigkeiten mit den Eltern führen kann. (vgl. dis., S. 397)

1.1.2 Adoleszenz

Die Adoleszenz (lat. Adolescere - „heranwachsen“) bezeichnet die zweite Phase der Jugendzeit, die nach der Pubertät stattfindet. (vgl. Baacke 2000, S. 36f)

In dieser Zeit ist die Person biologisch schon erwachsen, die emotionale und soziale Reife ist jedoch noch nicht vollständig abgeschlossen.

(vgl. Asanger/Wenninger 1999, S. 333f)

In Deutschland wurde definiert, dass die Adoleszenzphase in der Zeit zwischen dem 16. und 24. Lebensjahr stattfindet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hingegen definiert die Adoleszenz zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr. (vgl. dies. 1999. S. 333f)

In dieser Zeit verändern sich der Körper und die Psyche drastisch. Die Jugendlichen durchlaufen einen Selbstfindungsprozess, der mit einer großen Verunsicherung verbunden ist. Sie lösen sich langsam von der Kindheit, sind aber auch noch nicht erwachsen und befinden sich daher in einer unsicheren Position. (vgl. Szafranski 2009, S. 27)

Die Jugendlichen müssen neue Bewältigungsmechanismen entwickeln, die sie bisher in der Kindheit nicht brauchten. Dabei spielt die emotionale Ablösung von den Eltern und die Entwicklung von Selbstständigkeit eine bedeutsame Rolle. In der Kindheit imitierten sie die Eltern, müssen nun jedoch eigenständig ihre Identität definieren. (vgl. Hurrelmann 2007, S. 26)

Die ersten Schritte zur Selbstständigkeit werden unternommen.

Nach soziologisch traditionellen Werten ist die Adoleszenz beendet sobald ein Jugendlicher den Bereich der Schule und der beruflichen Ausbildung beendet und eine eigene Berufstätigkeit aufgenommen hat. Der zweite Faktor beinhaltet den Auszug aus dem Elternhaus und das Eingehen einer festen Partnerschaft sowie einer Familiengründung. (vgl. ders., S.36)

Jedoch hat sich das soziologisch typische Bild des Erreichens des Erwachsenenstatus verändert. Viele Jugendliche treten erst viel später in die Berufstätigkeit ein, einige schaffen es nie. Auch das Bilden einer Partnerschaft und die anschließende Familiengründung ist nicht mehr Maßstab für den Erwachsenenstatus. Viele Erwachsene leben allein oder entscheiden sich als Paar gegen Kinder. Daher ist eine Bewertung des Erwachsenseins nach diesen Kriterien nicht mehr angemessen. (vgl. ders., S. 40)

Eine Altersgrenze bzgl. der Beendigung der Adoleszenz kann nicht festgelegt werden. In unserem Kulturkreis liegt die traditionelle Vorstellung bei 18-21 Jahren. Allerdings erfüllt ein großer Teil der Jugendlichen diese Aufgaben erst vollständig zu einem späteren Zeitpunkt. (vgl. Fend 2000, S. 413)

In der Phase der Adoleszenz ist die Wahrscheinlichkeit des Drogen- und Alkoholmissbrauches erhöht. (vgl. ders. S. 413)

1.1.3 Postadoleszenz

Die Postadoleszenz (lat. post „nach“, adolescere „heranwachsen“) stellt die Phase zwischen der klassischen Jugendphase und dem Erwachsenenalter dar. (vgl. Haushahn 1996, S. 72)

In der Postadoleszenz wird aufgrund immer längerer Ausbildungszeiten der Schüler und Studenten aber auch durch Arbeitslosigkeit nach der Schule oder der Ausbildung eine Selbstständigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt erreicht. (vgl. ders., S. 73)

Die Jugendlichen sind noch nicht ökonomisch unabhängig, trotzdem besitzen sie schon die Rechte und teilweise Pflichten eines Erwachsenen. (vgl. Asanger, Wenninger 1999, S. 332)

1.2 Risikoverhalten Jugendlicher

„Die Entwicklung Jugendlicher ist mit vielfältigen Herausforderungen und Risiken verbunden. Auf der einen Seite bestehen soziokulturelle Gefährdungslagen in Form von Globalisierung, Wandelung und der Arbeitsmarktsituation und Veränderung im Familiensystem und auf der anderen Seite entwicklungsbedingte Anforderungen der Individuation und Integration. Gerade hierbei sind viele Risiken und Gefährdungen durch eigenes Verhalten verursacht.“ (Raithel 2001, S. 11)

Jugendliche gehen durchschnittlich schneller ein Risiko ein als andere Altersgruppen. Daher ist vor allem die Jugendzeit geprägt durch riskantes Verhalten. (vgl. ders 2001, S. 11)

Ein Risiko bezieht immer eine Gefahr und die Wahrscheinlichkeit eines Schadens mit ein. Jedoch muss eine Unterscheidung bzgl. des Attributionsvorgangs vorgenommen werden, nämlich von wem der Schaden zugeführt wird. Im Falle von Selbstzurechnung, wird von einem Risiko gesprochen, im Falle einer Fremdeinwirkung von einer Gefahr. Gefahren werden negativ bewertet, Risiken können eine Bedrohung darstellen, jedoch auch eine Chance bedeuten. (vgl. Raithel 2001, S. 11f)

„Ein Risiko ist ein Wagnis, das bewusst begangen wird, für dessen Folgen der Handelnde verantwortlich gemacht werden kann“. (Bonß 1991 zit. nach Raithel 2001, S. 12) Was ein Risiko darstellt, ist definitionsabhängig. So beinhaltet der jugendliche Risikobegriff einen anderen Kontext als der der Pädagogen. (vgl. Raithel 2001, S. 12f)

„Das Risiko für das Leben Jugendlicher besteht neben einer akuten Lebensbedrohlichkeit in einer problematischen Weiterentwicklung der Persönlichkeit oder Schwierigkeit der sozialen Integration.“ (Raithel 2001, S. 13) Zum Risikoverhalten Jugendlicher gehören z.B. gesundheitsbeeinträchtigende, delinquente oder finanzverbrauchende Verhaltensweisen aber auch entwicklungsbezogene Risiken wie finanzielle Verschuldung, massive Lebenseinschnitte sowie Vorbestrafung. (vgl. ders. S. 13)

Riskantes Verhalten ist in der Regel für einen Jugendlichen funktional. (vgl. Engel/Hurrelmann 1994, S. 17)

Ein Risiko kann aus verschiedenen Gründen eingegangen werden:

- demonstratives Vorwegnehmen des Erwachsenenverhaltens
- bewusste Verletzung elterlich gesetzter Grenzen
- Ausdruck für gesellschaftlichen und sozialen Protest
- Hilfsmittel zur Suche nach bewusstseinsweiternden und grenzüberschreitenden Erfahrungen
- Mittel für Entspannung, Genuss oder Verdrängung von Langeweile
- Zugangsmöglichkeit zu Gleichaltrigen
- Teilhabe am subkulturellen Lebensstil
- jugendtypischer Ausdruck für wenig ausgeprägte Selbstkontrolle
- Antwort auf ausweglose Situation aufgrund scheinbar unlösbarer Konflikte und Spannungen im sozialen Umfeld
- Entgegenwirken der Frustrationen aufgrund von Leistungsversagen
- Reaktion auf psychische und soziale Entwicklungsstörungen

(vgl. Silbereisen/Kastner 1985 zit. nach Engel/Hurrelmann 1994, S. 18)

Die Bereitschaft ein Risiko einzugehen hängt vor allem von den Charaktereigenschaften des Jugendlichen ab. Eine impulsive Persönlichkeit mit einem hohen Aktivitätsdrang kann dazu führen, sich schneller in riskante Situationen zu begeben und im Umgang mit anderen aufzufallen. (vgl.

Engel/Hurrelmann 1994, S. 11) Besonders in Bezug auf das Aggressionsverhalten und Drogenkonsum gibt es Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsdynamik und das Temperament eine erhebliche Rolle spielen. (vgl. Techmann, Barnea & Ravav 1989 zit. nach. Engel/Hurrelmann 1994, S. 11)

Im Unterschied dazu dient eine zurückhaltende, abwägende Persönlichkeit als Schutz vor riskantem Verhalten (vgl. dies. S. 11)

1.3 Entwicklungsaufgaben Jugendlicher

1.3.1 Entwicklungsaufgaben

Jugendliche in der Pubertät befinden sich in einem schwierigen Entwicklungsabschnitt, in dem verschiedene psychische und soziale Erwartungen an sie gestellt werden, bevor sie den Erwachsenenstatus erreicht haben. (vgl. Farke 2008, S. 207)

Zu den zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben gehören:

- Emotionale Ablösung vom Elternhaus und Gewinnung eigener Unabhängigkeit
- Entwicklung eines eigenständigen Normen- und Werteempfindens
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven und einer eigenen beruflichen Karriere
- Entwicklung einer eigenen Identität
- Akzeptanz und effektive Nutzung des eigenen sich verändernden Körpers
- Findung der eigenen Geschlechterrolle
- Sammeln erster intimer sexueller Erfahrungen
- Aufbau eines Freundeskreises mit Gleichaltrigen
- Entwicklung von Vorstellungen über Partnerschaft und Familie
(vgl. Dreher u. Deher 1985 zit. nach Farke 2008, S. 207)

Diese Entwicklungsaufgaben sind kulturelle und gesellschaftliche Anforderungen, die in der Zeit der Adoleszenz an die Jugendlichen gestellt werden. Sie berühren sich gegenseitig und gehen ineinander über. (vgl. Hurrelmann 2007, S. 26f)

Jugendliche sollen bzw. wollen sich von der Kindheit loslösen, Grenzen ausloten und Neues erfahren. Nicht jeder ist in der Lage, die an ihn gestellten

Anforderungen zum gewünschten Zeitpunkt zu erfüllen. Die Suche nach der eigenen Identität und die Bewältigung der gesellschaftlichen Anforderungen kann eine Krise des Selbstwertgefühls und der Orientierung auslösen. (vgl. Haushahn 1996, S. 77)

Ein wichtiger Schritt zum Erwachsen werden ist die Ablösung vom Elternhaus. Die Eltern prägten vor allem die Normen und Werteorientierung ihrer Kinder und legen Grundsteine für die weitere Entwicklung. In der Pubertät verlieren sie zunehmend an Einflussnahme. Die Peergroup rückt stattdessen immer mehr in den Mittelpunkt der Orientierung. Dies löst Ambivalenzen in den Pubertierenden aus. Sie sind immer noch abhängig von den Eltern, doch wollen vermehrt ihre Selbstständigkeit umsetzen. Sie testen Grenzen aus, rebellieren gegen die Vorschriften der Eltern und wollen sich eigene Freiräume schaffen. Die Phase der Ablösung ist auch schwierig für die Eltern, da sich ihr Kind nun emotional von ihnen distanziert, sie nur vermindert an den Erfahrungen und Gefühlen ihres Kindes teilhaben können. Vielen Eltern fällt es schwer, die Distanz zu ihrem Kind, den gewünschten Freiraum und die verlorene Einflussnahme zu akzeptieren. Im Prozess der Ablösung kann es zu Fehlanpassungen kommen. Diese sind vermehrt zu erwarten, wenn die Entwicklung durch innerfamiliäre Probleme gestört ist. (vgl. ders., S. 207f.)

1.3.2 Entwicklungsaufgabe Suchtmittelkonsum

Alltagsdrogen wie Alkohol und Tabak haben eine wichtige Bedeutung beim Reifungsprozess und der Identitätsbildung Heranwachsender. Die Jugendlichen übernehmen aufgrund des Prinzips des Modell-Lernens Konsumgewohnheiten der Eltern und machen häufig erste Probiererfahrungen im elterlichen Rahmen. Bei der Ablösung vom Elternhaus kommt es zum eigenen Experimentieren mit der Droge und zur individuellen Meinungsbildung zum Konsum. Die Erprobung des Umgangs mit Alkohol und dessen Grenzüberschreitung gehört zur Entwicklung und Identitätsbildung eines Heranwachsenden und wird in dieser Zeit häufig als Hilfsmittel zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben genutzt, stellt aber auch selbst eine Entwicklungsaufgabe dar. (vgl. Haushahn 1996, S. 74f)

Die Entwicklung einer Ich-Identität schließt den bewussten Umgang mit Suchtmitteln ein. Dazu müssen im Jugendalter Erfahrungen und Kompetenzen

erworben werden, die einen kontrollierten Genusskonsum ermöglichen. (vgl. Engel/Hurrelmann 1994 S. 18f)

Zu Entwicklungsproblemen kann es durch das Misslingen der Bearbeitung der Entwicklungsziele, aufgrund des Fehlens von Kompetenzen oder einer Überforderung durch zu hohen Druck der zeitnahen Erfüllung, kommen. In diesen Fällen erfahren Jugendliche, dass kurzfristig eine Balance bei emotionalen Schwierigkeiten durch den Konsum von Alkohol oder anderen Drogen hergestellt werden kann. (vgl. Silbereisen/Reese 2001, S. 139) Dies birgt allerdings die Gefahr einer Gewöhnung mit sich, die die Wahrscheinlichkeit erhöht, die psychotrope Substanz als Alltagsbewältigung zu benutzen. Wenn Drogen über einen längeren Zeitraum zur Bewältigung von Entwicklungsschritten genutzt werden, zeigt dies ein Scheitern an den Entwicklungsaufgaben. Eine Suchtgefährdung bzw. eine Abhängigkeit kann die Folge sein. (vgl. Haushahn 1996. S. 74f) Die Entstehung einer Sucht ist allerdings multifaktoriell und wird in den Kapiteln 2.4, 2.5, 2.7 und 3 näher erklärt.

Die BZgA befragte 2008 in einer Studie Jugendliche zu ihren Konsumgründen von Alkohol und Cannabis. Zwischen 30 und 40% der Befragten gaben an, die Substanz als Stimmungsaufheller zu benutzen. Eine weitere Funktion des Konsums ist das Überwinden von Hemmungen und ein leichter Kontaktaufbau zu anderen. Jedoch gaben 75% der Befragten als Hauptgrund die Neugier und die stimmungshobende bzw. entspannende Wirkung an. Ein Fünftel nutzte die Substanzen zur Selbsterfahrung wie Bewusstseinsweiterung und Kreativitätsausbau. Rund ein Drittel berichtete, mit Drogen Probleme des Alltags vergessen zu wollen. (vgl. Silbereisen/Reese 2001, S. 143f)

Insgesamt wurde festgestellt, dass beim Konsum von Alkohol die soziale Funktion im Vordergrund steht, bei illegalen Drogen, meist Cannabiskonsumenten, die Grenzerfahrung. (vgl. ders., S 143)

Die Mehrheit der Jugendlichen, die in der Jugendphase Alkohol oder Cannabis konsumieren, entwickelt jedoch keine Abhängigkeit. Auch nur ein geringer Teil, dessen Substanzmittelkonsum problematische Ausmaße annehmen, behält diese im Erwachsenenalter bei. Häufig verändert sich der kritische Konsum zu einem verantwortungsbewussteren, wenn eine Ausbildung beendet, eine Berufstätigkeit aufgenommen oder eine Familie gegründet wurde. (vgl. ders. S. 145)

Für die Mehrheit ist daher der übermäßige Substanzmittelkonsum eine Begleiterscheinung des Jugendalters, der mit der Bearbeitung von Entwicklungsproblemen einhergeht. (vgl. Leppin 2000, S. 66)

Trotzdessen kann ein exzessiv betriebener Umgang mit Drogen massive Folgen haben. Zum einen erhöht sich das Risiko, einen Unfall zu haben, erheblich. Stark alkoholisierte Mädchen sind häufiger Opfer sexueller Übergriffe und Gewaltdelikten. Eine durch einen Rausch bedingte Bewusstlosigkeit, schaltet die Funktion lebenswichtiger Reaktionen aus. Dies kann dazu führen, dass es zum Tod durch das Ersticken am Erbrochenen kommt. Des Weiteren werden jugendliche Organe viel schneller geschädigt als die eines Erwachsenen, auch werden sie schnell von einer Substanz abhängig. Ein massiv betriebener Drogenkonsum belastet die Psyche der Jugendlichen. (vgl. Jordan/Sack 2009, S. 129ff)

Nur eine Minderheit von 10% entwickelt eine lebenslange Suchtproblematik. Diese muss als Antwort auf Anpassungsstörungen verstanden werden, die schon seit der Kindheit vorhanden sind und zu Beeinträchtigungen im weiteren Leben führen. In diesen Fällen sind neuropsychologische Auffälligkeiten in der Kindheit nachweisbar, speziell bezogen auf das Temperament des Kindes und Störungen der Verhaltensanpassung, die wiederum Interaktionen in Institutionen wie Kindergarten und Schule und die Bindung zu den Eltern negativ beeinflussen. (vgl. Silbereisen/Reese 2001, S. 139)

2 Sucht

2.1 Definition Sucht

Der Begriff „Sucht“ wird abgeleitet vom hochdeutschen Wort „siech“ und bedeutet „Krankheit“ oder „Kranksein“. In der heutigen Zeit werden Synonyme wie Krankheit oder Laster dafür verwendet. (vgl. Sack/Petersen/Thomasius 2009, S. 3f)

Im offiziellen Sprachgebrauch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde der Begriff „Sucht“ 1964 durch „Missbrauch“ oder „Abhängigkeit“ ersetzt, da er in Wörtern wie Sehnsucht, Habsucht oder Eifersucht vorkommt und so zu einer unklaren Definition führt. Trotzdem wird er häufig gleichbedeutend als Synonym für Abhängigkeit genutzt. (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010 (Internetquelle))

„Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums.“ (vgl. Wanke 1985, S. 20)

Es wird zwischen stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten unterschieden. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit kategorisieren stoffgebundene Süchte. Zu den stoffungebundenen, den sogenannten Verhaltenssüchten, gehören u.a. Glücksspielsucht, Kaufsucht, Fernsehsucht, Internetsucht, Sexsucht und Essstörungen. (vgl. Sack/Petersen/Thomasius 2009, S. 4)

Von psychischer bzw. seelischer Abhängigkeit wird gesprochen, wenn nach ein- oder mehrmaligem Konsum einer Droge ein starker Drang besteht, sie erneut zu konsumieren. (vgl. Asanger/Wenninger 1999, S. 753)

Bei einer körperlichen Abhängigkeit, die auch immer eine psychische Abhängigkeit beinhaltet, kommt es durch mehrfachen Konsum zu einer Gewöhnung. Diese bewirkt eine Toleranzentwicklung, die wiederum zu einer Dosissteigerung führt.

Beim Absetzen der Droge kommt es zu Entzugserscheinungen. (vgl. dies. S. 753)

Die Entwicklung einer Sucht verläuft nicht linear, sondern vollzieht sich in einem interaktiven Prozess. Die Übergänge des experimentellen, gelegentlichen, riskanten, schädlichen und abhängigen Konsums sind fließend.

(vgl. Asanger/Wenninger 1999, S. 753)

2.2 ICD-10 Klassifikation

Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene ICD-10-Klassifikation umfasst im Kapitel F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Hier wird nicht zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden. (vgl. Northoff 1996, S. 449)

Das ICD-10 nennt verschiedene Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung von denen mindestens drei einen Monat lang erfüllt sein müssen um von einer Abhängigkeit zu sprechen:

- starker Wusch bzw. Zwang, die Substanz zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Körperliche Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz
- Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung
- Fortschreitende Vernachlässigung früherer Interessen zugunsten des Substanzmittelgebrauches; ein erhöhten Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanz
- Der Substanzmittelmissbrauch wird nicht, trotz Bewusstsein über eingetretene körperliche oder seelische Schäden, eingestellt.
(vgl. ders., S. 449)

2.3 Besonderheiten des Gebrauchs und Missbrauchs von Drogen im Jugendalter

Für die Diagnose Abhängigkeit wurden verschiedene Kriterien festgelegt. (siehe Kapitel 2.2). Auf Jugendliche kann diese Diagnose jedoch nicht in vollem Umfang übertragen, sondern muss differenziert betrachtet werden, da sie im Vergleich zu Erwachsenen physiologische Unterschiede, andere psychologische Bedingungen und Konsumerfahrungen aufweisen. (vgl. Hays/Ellickson 1996 zit. nach Silbereisen/Reese 2001, S. 131)

Newcomb und Bentler (1989) unterscheiden vier Kriterien bezüglich des Gebrauchs und Missbrauchs psychoaktiver Substanzen: „Substanz- und Konsumumstände (unmittelbare physiologische und psychologische Effekte der Substanz, Konsummenge, -dauer und -situation), Person (Entwicklungsstand und Lebensumstände des Konsumenten), Reaktion (körperliche und psychische

Abhängigkeit) und Konsequenzen (kurzfristig negative Folgen wie Blackout, Vandalismus, Verkehrsunfälle, Aggression und ungeschützter Geschlechtsverkehr sowie langfristige juristische, finanzielle und gesundheitliche Folgen.“

(Silbereisen/Reese 2001, S. 131)

Jeglicher Konsum psychotroper Substanzen von Kindern vor der Pubertät ist als Missbrauch zu bezeichnen, da ihnen die physischen und psychischen Voraussetzungen für einen gesunden Umgang fehlen. (vgl. Silbereisen/Reese 2001, S. 132)

Für Jugendliche ist eine Abgrenzung zwischen Gebrauch und Missbrauch schwieriger. Sie müssen noch einen verantwortungsbewussten Umgang mit den Substanzmitteln lernen. Dies bedeutet nach Newcom und Bentler (1987), dass Wissen über die Wirkungsweise der Substanz besteht, eine kritische Einstellung zu legalen und illegalen Drogen gebildet und Verzicht in bestimmten Situationen und von bestimmten Substanzen geübt wird. Der Konsum darf keine negativen Konsequenzen wie Schulschwierigkeiten, Konflikte mit der Polizei oder Gewalttaten hervorrufen um als Gebrauch definiert werden zu können. Allerdings kann ein kurzfristiger Missbrauch auch dazu beitragen, einen verantwortungsbewussten Umgang mit der Substanz zu erlernen. (vgl. dies. S. 132f)

2.4 Phasen der Abhängigkeitsentwicklung

Eine Abhängigkeit entwickelt sich in einem längeren Prozess.

In der ersten Phase, dem experimentellen bzw. gelegentlichen Konsum, wird der Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln erprobt. (vgl. Scherbaum 2009, S. 171) Häufig machen Jugendliche ihre ersten Alkoholerfahrungen bei sozialen Anlässen in Gegenwart der Eltern. Dieser Alkoholkonsum wird akzeptiert und ist bei solchen Anlässen selbstverständlich. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 51) Daher entwickelt sich der Konsum meist zu einem Gelegentlichen. Erste Erfahrungen mit der Substanz wurden gesammelt. Nun werden Alkohol oder auch andere Drogen wie Cannabis vermehrt zu sozialen Gelegenheiten konsumiert und in dem Zusammenhang für Kontakt- und Kommunikationsprozesse genutzt. (vgl. Northoff 1996, S. 451)

Weitere Konsumerfahrungen machen sie meist in der Peergroup. In dieser Gruppe wird die „Trinkfestigkeit“ beschleunigt, in denen die Jugendlichen immer wieder mit dem Thema Drogen konfrontiert und durch den Gruppendruck beeinflusst werden. Zudem testen sie gemeinsam Grenzen aus, nutzen die Suchtmittel aber auch um ihre eigene Unsicherheit zu überdecken. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 15f)

In der dritten Phase wird ein regelmäßiger Konsum betrieben. Dieser wird auch als riskanter Konsum bezeichnet und ist bei Männern bei einer Alkoholkonsummenge zwischen 24 und 60 g reinem Alkohol am Tag, bei Frauen zwischen 12 und 40g, definiert wurden. Die psychotropen Substanzen werden bewusst zur Verstärkung der Sinne eingesetzt. Auch zur Linderung affektiver Zustände wird die Droge nun genutzt. (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001)

In der vierten Phase wird ein missbräuchlicher Konsum betrieben.

Die psychotrope Substanz dient dem Hervorrufen von Gefühlserlebnissen. Dieser Konsum kann sich negativ auf die soziale, psychische und körperliche Ebene auswirken. Er wird trotz der aufgetretenen Schädigungen nicht eingestellt. Eine Störung muss allerdings nicht zwangsweise erfolgen. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 15f)

In der letzten Phase, der Anhängigkeit, wird der Konsum exzessiv betrieben, um die starken Entzugserscheinungen zu mildern. Dieser kann nach den ICD-10 Kriterien bestimmt werden. Es sind bereits Schädigungen der Organe eingetreten, der Körper ist stark gesundheitlich beeinträchtigt. (vgl. Northoff 1996, S. 452)

Die Persönlichkeit des Abhängigen hat sich verändert. Er zeigt starke Stimmungsschwankungen, ist unberechenbar und gewalttätig. Meist kommt es zur Isolation des Abhängigen. Ein alleiniger Ausstieg ist fast nicht mehr möglich.

(vgl. ders. S. 452)

2.5 Süchte

2.5.1 Alkohol

2.5.1.1 Substanz

Alkohol bzw. Äthanol ist eine klare, farblose Substanz, die durch Vergärung von Zucker entsteht. Zur Alkoholgewinnung werden u.a. Getreide, Früchte und Zuckerrohr verwendet. Der Alkoholanteil eines Getränkes variiert je nach Art. Alkohol wird in Form alkoholischer Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen konsumiert. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2000 a, S. 2f)

2.5.1.2 Wirkung

Die Wirkung des Alkohols ist von verschiedenen Kriterien abhängig. Eine Rolle spielen dabei die aufgenommene Menge, die Alkoholkonzentration des Getränkes und die individuelle, körperliche und seelische Verfassung. Des Weiteren sind die Trinkgewohnheit und die Toleranzentwicklung des Konsumierenden entscheidend. In geringen Mengen wirkt Alkohol anregend, steigert die Stimmung und die Kontaktfreudigkeit. In größeren Mengen führt Alkohol zu Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Koordinations- und Sprachfähigkeit werden zunehmend beeinträchtigt. Bei sehr hohem Promillegehalt kann es zum Koma, aber auch zum Tod kommen. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2000 a, S. 3f)

2.5.1.3 Risiken

Die Risiken des Alkoholkonsums ergeben sich vor allem aus der verminderten Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit der Wahrnehmung. Daraus ergibt sich eine erhöhte Unfallgefahr, die zu Verletzungen, aber auch zum Tod führen kann. Bei erhöhtem Alkoholkonsum kann es außerdem zu Aggressionen und Gewalt kommen, die die Bereitschaft für Straftaten fördern können. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2000 a, S.4f)

Häufiger Alkoholkonsum kann zu einer psychischen und physischen Abhängigkeit führen. Bei länger andauerndem Missbrauch kommt es zur Schädigung der inneren Organe, des Gehirns und des peripheren Nervensystems. Neben der

Verschlechterung der Konzentrations- und Gedächtnisleistung kann eine Persönlichkeitsveränderung folgen. (vgl. Blum 2002, S. 80)

2.5.1.4 Jugendlicher Alkoholkonsum

Nach der Drogenaffinitätsstudie von 2008 zum Thema „Verbreitung von Alkoholismus bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland“ der BZgA, ist Alkohol die am weitesten verbreitetste psychotrope Substanz unter Jugendlichen.

Diese Studie ergab, dass drei Viertel der 12- bis 17- Jährigen schon einmal Alkohol getrunken hatten. Außerdem ging daraus hervor, dass der Anteil der regelmäßig konsumierenden männlichen Jugendlichen von 26 % im Jahre 2004 auf 17,4% im Jahre 2008 zurückging, bei Mädchen von 16,1% auf 12,8% (siehe Abbildung 1). Von regelmäßigem Konsum wird gesprochen, wenn im Zeitraum eines Jahres wöchentlich mindestens einmal Alkohol getrunken wurde.

Aus der Studie geht hervor, dass der regelmäßige Konsum innerhalb der untersuchten 4 Jahre bei Jugendlichen, in erster Linie bei den Jungen, kontinuierlich abgenommen hat.

(vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2009, S. 40-44)

Über die Gründe dieser Veränderungen sagt die Studie jedoch nichts aus. Zu vermuten ist, dass Suchthilfeprogramme Erfolge erzielt haben.

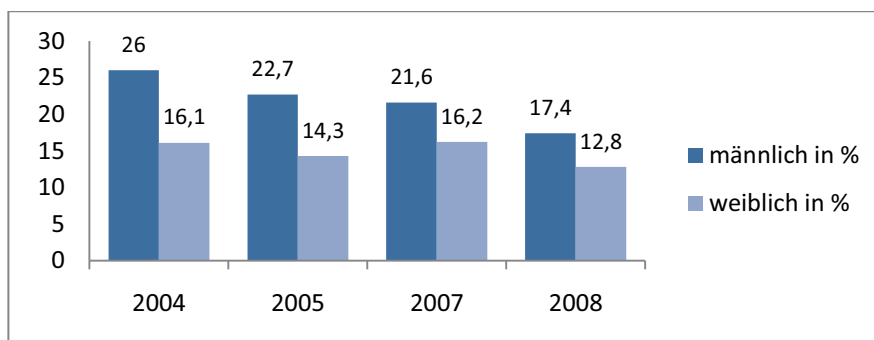


Abbildung 1: Regelmäßiger Alkoholkonsum bei den 12- bis 17-Jährigen
(nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 4)

Jedoch hat die Intensität der Trinkessesse zugenommen.

Jeder fünfte Jugendliche praktizierte Binge-Drinking. Der Begriff Binge-Trinken bedeutet, dass innerhalb den letzten 30 Tage bei mindestens einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander verzehrt wurden. Dieses Trinkverhalten wird als riskanter Konsum bezeichnet.

2004 betrieben 26,3% der männlichen Jugendlichen Binge-Trinken (18,7% der weiblichen Jugendlichen). Dieser Wert stieg im Jahre 2007 bei den Jungen auf 30,7% (bei Mädchen auf 20,1%) an und sank im Jahre 2008 von 23% bei den männlichen Befragten und bei den weiblichen auf 17,7%. (siehe Abbildung 2) (vgl. ders., S. 40-44)

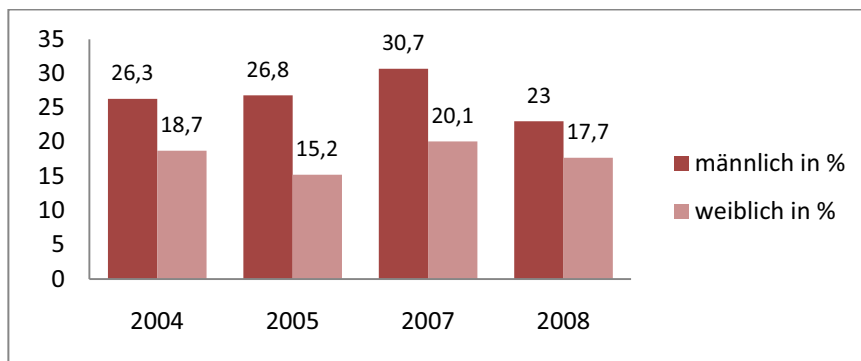


Abbildung 2: Binge-Trinken bei den 12- bis 17-Jährigen
(nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 5)

2.5.2 Cannabis

2.5.2.1 Pflanze

Cannabis gehört zu der botanischen Gattung der Hanfgewächse mit psychoaktiven Wirkstoffen. Die stärkste psychoaktive Substanz ist das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). (vgl. Kuntz 2002, S. 20f)

2.5.2.2 Konsum

Am häufigsten wird Cannabis in Formen von Marihuana und Haschisch, selten als Haschischöl konsumiert. Marihuana wird aus den getrockneten Blüten und Blättern der Hanfpflanze (TCH-Gehalt zwischen 1 und 5%) gewonnen, Haschisch aus dem Harz der Blütenstände (THC-Gehalt zwischen 3 und 10%). (vgl. Kuntz 2002, S. 22f)

Die häufigste Konsumform ist das Rauchen in Form von Joints. Dabei wird das zerbröselte Haschisch oder Marihuana mit Tabak zu einer Zigarette gedreht. Des Weiteren können Cannabisprodukte mit Wasserpfeifen geraucht, in Keksen gebacken („Spacecake“) und im Tee aufgelöst konsumiert werden.

Der Zeitpunkt des Wirkungseintrittes hängt von der Konsumform ab. Bei der Aufnahme über die Atemwege setzt die Wirkung unmittelbar ein. Nach 15 Minuten hat sie ihr Maximum erreicht, klingt nach 30 bis 60 Minuten wieder ab und endet nach 2 bis 3 Stunden. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2000 b, S. 3f)

2.5.2.3 Wirkung

Die Wirkung des Cannabis wird sehr unterschiedlich wahrgenommen und hängt von verschiedenen Faktoren ab: von der aufgenommenen Wirkstoffmenge, der Konsumsituation, der Grundstimmung und der psychischen Stabilität des Konsumierenden. (vgl. Kuntz 2002, S. 73)

Zu einer angenehm erlebten Wirkung gehören eine Anhebung der Stimmung, Entspannungsgefühl, gesteigertes Kommunikationsbedürfnis, Intensivierung der akustischen und visuellen Sinneswahrnehmung. Unangenehm erlebte Gefühle sind eine niedergedrückte Stimmung, psychomotorische Erregung, Unruhe, Angst, Panikreaktionen, Verwirrtheit bis hin zu Wahnvorstellungen. (vgl. ders., S. 73 ff)

2.5.2.4 Folgen

Die inhalierten Fremdstoffe belasten die Atemwege stark, so dass das Cannabisrauchen häufig zu Bronchitis und Entzündungen der Nasen- und Rachenschleimhaut führt. Bei Dauerkonsumenten kommt es zu Verschlechterung der Lern- und Gedächtnisfähigkeit, die Merk- und Reaktionsfähigkeit nehmen ab. Nachweislich enthält der Cannabisrauch mehr Teer als eine vergleichbare Menge Tabakrauch und verbreitet somit auch mehr krebserregende Stoffe.

Durch dauerhaften Cannabiskonsum kann sich eine psychische Abhängigkeit entwickeln. Außerdem kann der dauerhafte Konsum zu Entzugerscheinungen führen. Daraus lässt sich schließen, dass die Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit durch andauernden Konsum möglich ist. Psycho-soziale Risikofaktoren erhöhen eine Abhängigkeitsentwicklung. Cannabisprodukte werden häufig zur Selbstmedikation bei psychische und körperlichen Probleme missbraucht. (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2000 b, S. 5f)

2.5.2.5 Jugendlicher Cannabiskonsum

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum Thema Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugend und jungen Erwachsenen ergab, dass der Anteil der 12- bis 17-Jährigen Jugendlichen, die Erfahrungen mit Cannabis gesammelt hatten, von 1979 von 4,9% bis 2004 auf 15,1% deutlich anstieg. 2008 konsumierten nur noch 9,6% der Jugendlichen Cannabis (siehe Abbildung 3). (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 11)

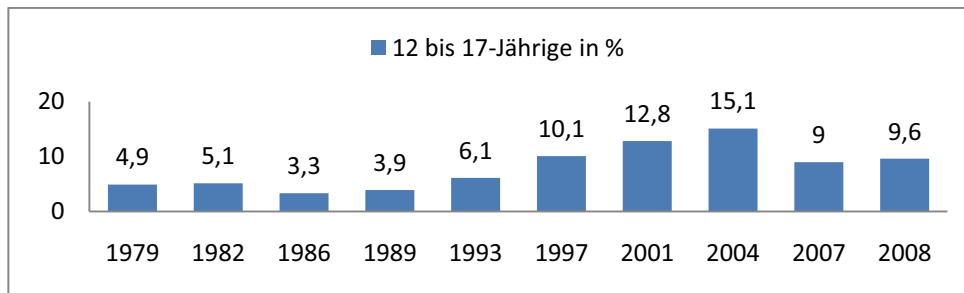


Abbildung 3: Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums
(nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 11)

1,1% der 12 bis 17-Jährigen konsumierten 2008 regelmäßig Cannabis, das heißt mindestens zehnmal im Jahr, im Vergleich zu 2004 eine Verringerung um 0,5% (siehe Abbildung 4). (vgl. ders. S. 12)

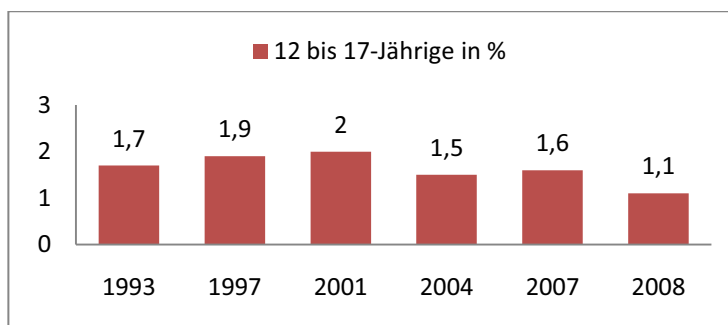


Abbildung 4: Regelmäßiger Cannabiskonsum
(nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008, S. 12)

2.6 Das Suchtdreieck

Eine Sucht ist nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen. Sie ist das Zusammenspiel aus verschiedenen Faktoren der Bereiche Person, Droge und Umwelt (Abbildung 1). (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 21)

Zu den Persönlichkeitsmerkmalen, die eine Abhängigkeitsentwicklung begünstigen zählen z.B. ein geringes Selbstwertgefühl, ein Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, emotionale Labilität, eine geringe Frustrationstoleranz,

geringe Belastbarkeit, wenig Konfliktlösungsstrategien, geringe Konflikt- und Beziehungsfähigkeit und eine positive Einstellung gegenüber Drogen. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 21; Wille 1997, S. 15)

Entgegen dieser Persönlichkeitsmerkmale stellen ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein, Strategien zur Problembewältigung und eine hohe Eigenaktivität Schutzfaktoren dar. (vgl. Wille 1997, S. 15)

Zu den Risikofaktoren der Umwelt, die eine Abhängigkeit begünstigen, zählen Personen der näheren Umgebung. Das sind in erster Linie die Eltern. Eine problematische Eltern-Kind-Beziehung, eine positive Einstellung zum Drogenkonsum sowie ein ambivalenter Erziehungsstil können sich ungünstig auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Auch die Peergroup beeinflusst den Jugendlichen in seiner Einstellung zum Konsum. Eine Rolle spielen die Einbindung in eine Peergroup und die Akzeptanz durch die Mitglieder. (vgl. Wille 1997, S. 15)

Zudem tragen unwürdige Wohnverhältnisse, soziale Isolation und Misserfolge in der Schule ebenfalls zu einer schwierigen Entwicklung bei, die eine Abhängigkeit begünstigen kann. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 21)

Die Droge selbst stellt einen Risikofaktor dar, wenn Verfügbar und Nähe gegeben sind, sie eine starke Wirkung erbringt und ein hohes Abhängigkeitspotential hat. Ein früher Einstieg in den Suchtmittelkonsum steigert die Entwicklung einer Abhängigkeit erheblich, ebenfalls der regelmäßige unkontrollierte Gebrauch von psychotropen Substanzen. (vgl. dies. S. 21)

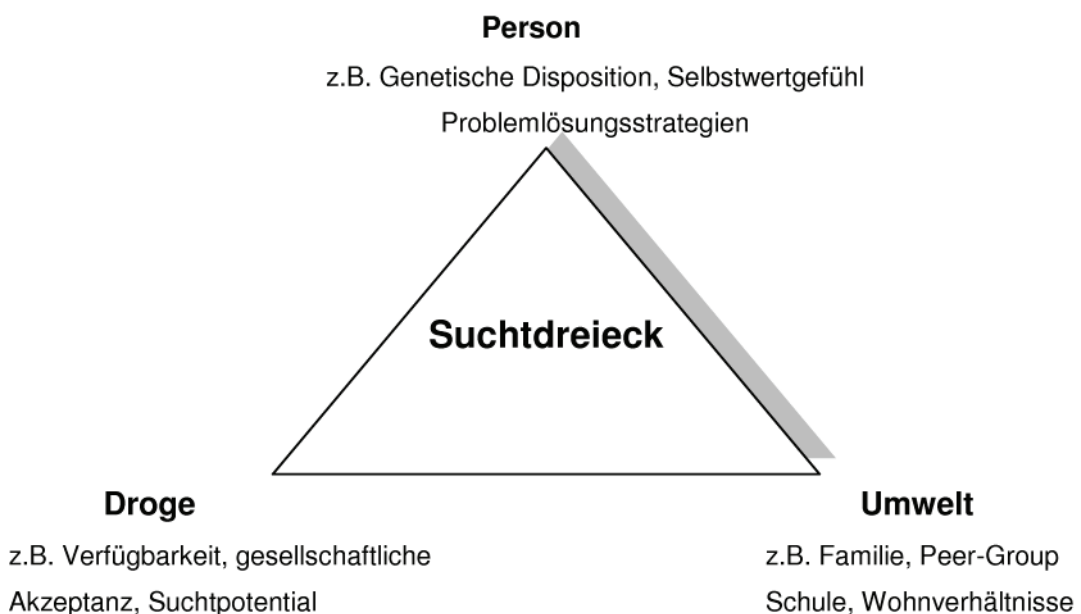


Abbildung 5: Das Suchtdreieck (nach Wille 1997, S. 15)

2.7 Erklärungsmodelle zur Abhängigkeitsentwicklung

2.7.1 Lerntheoretisches Modell

2.7.1.1 Klassisches Konditionieren

Nach dem Grundsatz des Klassischen Konditionierens nach Pablow lernen Menschen aufgrund von Assoziationen. Durch einen Auslösereiz kommt es zu einer bestimmten Reaktion. Wenn dieser mehrmals mit einem neutralen Reiz gepaart wird, löst dieser neutrale Reiz eine ähnliche Reaktion aus. (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 197)

Bezogen auf den Suchtmittelkonsum bedeutet das: Eine psychotrope Substanz wird mehrmals mit bestimmten Settings wie Stresssituationen, Orte, Personen, Stimmungslagen gekoppelt. Beim erneuten Auftreten dieser Begleitumstände stellt sich der Körper physiologisch auf die Drogeneinnahme ein. Dies wiederum löst einen Drang aus, die Substanz erneut zu konsumieren. Ein wiederholter Konsum bzw. Rückfall ist zu erwarten. (vgl. Grundmann 1998, S. 37)

2.7.1.2 Operantes Konditionieren

Die Theorie des operanten Konditionierens nach Skinner beinhaltet das Lernen durch Verstärker. Ein Individuum verändert sein Verhalten auf Grund von Beeinflussungen der Umwelt. (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 208)

Folgt ein positiver Verstärker, d.h. ein angenehmer Reiz bzw. eine Belohnung auf eine Reaktion, ist davon auszugehen, dass dieses Verhalten nun häufiger gezeigt wird. Gleiches geschieht bei negativen Verstärkern. Dabei wird ein aversiver Reiz, der auf ein Verhalten folgt, entfernt. (vgl. dies. S. 209)

Der Einstieg in einen Drogenkonsum wird von positiven und negativen Verstärkern bestimmt. Psychotrope Substanzen können als positive Verstärker wirken, indem sie das Belohnungssystem durch die Ausschüttung von Dopamin beeinflussen. Alkohol kann Entspannung hervorrufen oder die Kommunikationsfreudigkeit erhöhen. Diese positiv erlebten Erfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Konsums. (vgl. Rist 2009, S. 118)

Negative Verstärker entstehen bei der Wegnahme eines aversiven Zustandes. Sie werden im Falle einer negativen Verstärkerwirkung zur Selbstmedikation verwendet. Unangenehm erlebte Reize, wie depressive Stimmungen, Entzugserscheinungen oder Gehemmtheit können durch die Einnahme

psychotroper Substanzen gemildert werden. Dadurch erhöht sich die Wiederholung des erneuten Konsums in ähnlichen Situationen. (ders., S. 118)

2.7.1.3 Modellernen

Nach dem Modelllernkonzept von Bandura lernen wir durch Identifikation und Nachahmung anderer Personen wie Familienmitgliedern, Freunden und Medienfiguren. (vgl. Rist 2009, S. 121f)

So spielen der Konsum und die Einstellung der Eltern bei der Meinungsbildung der Kinder eine entscheidende Rolle. Die konsumierende Peergroup, mit der sich Jugendliche identifizieren oder angehören möchten, hat Einfluss. Aber auch Spielfilme, in denen der Umgang mit Drogen positiv thematisiert wird, lenkt Jugendliche in ihrem Tun. (vgl. ders. S. 121)

Untersuchungen zeigen, dass durch das Lernen am Modell der Beginn des Substanzmittelgebrauches verfrüht werden kann, was wiederum ein Risikofaktor für eine Suchtentwicklung darstellt. (vgl. ders., S. 122)

2.7.2 Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze

Studien zur Folge ist der missbräuchliche Substanzmittelgebrauch psychotroper Substanzen wie Cannabis zu 90% auf die Jugendzeit beschränkt. Nur ein geringer Teil der konsumierenden Jugendlichen entwickelt Missbrauchs- und Abhängigkeitsformen. Diese Fälle stehen im Zusammenhang mit Auffälligkeiten im Kindesalter wie Aggression, Aufmerksamkeitsdefizite und Impulskontrollstörungen. (vgl. Thomasius/Stolle/Sack 2009, S. 142)

Immer früher sind Jugendliche in den westlichen Industrieländern zwiegespalten zwischen ihrer abgeschlossenen biologischen Reife und den noch zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben, um den gesellschaftlichen Status eines Erwachsenen zu erreichen. Ursache hierfür ist u.a. die immer später erreichte ökonomische Unabhängigkeit. Der Substanzmittelgebrauch wird demonstrativ als Pseudo-Erwachsensein benutzt. Die Peergroup wird zunehmend wichtiger für den Jugendlichen. Der Substanzmittelgebrauch dient der Abgrenzung von den elterlich gesetzten Normen. (vgl. Weichold 2007, S. 84 f)

Der Erstkontakt mit Alkohol erfolgt meistens im Elternhaus bei festlichen Anlässen und wird von den Erwachsenen toleriert. Auch innerhalb der Peergroup hat der Substanzmittelgebrauch eine Funktion. Er verschafft dem Jugendlichen einen

höheren Status, gibt ihm mehr Sicherheit im Umgang mit Gleichaltrigen und dem anderen Geschlecht. Darüber hinaus bietet der Konsum psychotroper Substanzen die Möglichkeit des leichteren Umganges mit Konflikten in der Schule, den Eltern oder anderen Personen bzw. Situationen. (vgl. dies. S. 84)

Mit dem Status des Erwachsenenalters verlieren die Substanzen ihre ursprünglichen Funktionen, falls keine psychischen Beeinträchtigungen der Kindheit den Entwicklungsprozess beeinflusst haben. (vgl. dies. S. 85)

2.7.3 Neurobiologische Erklärungsansätze

2.7.3.1 Das Gehirn

Das jugendliche Gehirn zeichnet sich durch hirntypische Besonderheiten aus und unterscheidet sich stark von dem eines Erwachsenen bzw. eines Kindes. Es vollzieht zahlreiche Veränderungen in dieser Zeit. Daher ist davon auszugehen, dass Jugendliche besonders empfänglich für den Substanzmittelkonsum sind. (vgl. Weichold 2009, S. 83)

Das Zentralnervensystem rekonstruiert sich massiv, Hirnstrukturen und Funktionsweisen verändern sich. Das Zellkörpervolumen im Neokortex vergrößert sich, wobei die Neuronendichte abnimmt und ca. 30000 Synapsen pro Sekunde gelöst werden. (vgl. ders. S. 83)

Im mesolimbischen System, dem so genannten Belohnungssystem des Gehirns, spielen sich die Phasen der Sucht ab wie Rauschzustände und erneutes Konsumverlangen. Nervenzellen schütten Botenstoffe, vor allem Dopamin aus. Bei der Einnahme psychotroper Substanzen werden diese Stoffe vermehrt freigesetzt. (vgl. Rommelspacher 2009, S. 98f)

Das Gehirn ist in der Jugendzeit von neuronalen Reifungsprozessen betroffen. „So steigt die Sensitivität des Hippocampus auf neuartige Stimuli an und die Amygdala (emotionale Reizverarbeitung) ist stärker aktiviert. Außerdem reorganisieren sich verschiedene neuronale Systeme wie das dopaminerge oder serotonerge System. Dabei kommt es zur Erhöhung der Zelldichte dopaminergischer Zellen und Rezeptoren im präfrontalen Kontext (...).“ (Weichold 2009 S. 83)

Durch diese Vorgänge im Gehirn können pubertätstypische Verhaltensmuster wie Überreaktionen und –empfindlichkeiten sowie die verstärkte Empfänglichkeit für den Substanzmittelgebrauch erklärt werden. (vgl. ders. 2009, S.83)

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein exzessiv betriebener Suchtmittelkonsum während der neuronalen Entwicklung in der Jugendzeit strukturelle und funktionale Schädigungen des Gehirns verursachen kann. (vgl. Tapert 2009, S. 58ff)

2.7.3.2 Toleranz

Bei einer Toleranzentwicklung nimmt die Wirkung des Suchtstoffes bei gleich bleibender Dosis ab. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Dosis zu erhöhen, um den gleichen Effekt zu erzielen. (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 746)

Bei der reversen Toleranz bzw. Sensitivierung tritt gegenüber einzelner Wirkungen des Suchtstoffes eine Überempfindlichkeit auf, wie den starken Drang, die Substanz erneut zu konsumieren. (vgl. Rommelspacher 2009, S. 105)

2.7.3.3 Genetik

In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass Alkoholismus familiär gehäuft auftritt. Diese Ergebnisse lassen sich aber nicht allein auf genetische Ursachen zurückführen. Auch Umweltfaktoren und Lebensbedingungen können eine Abhängigkeitsentwicklung fördern. Zwillings- und Adoptionsstudien weisen jedoch auf eine Vererbungskomponente hin. (vgl. Lieb 2008, S. 8)

Es wurden höhere Konkordanzen bezüglich einer Alkoholabhängigkeit zwischen monozygoten als zwischen dizygoten Zwillingen festgestellt. Der Anteil der genetischen Ätiologie wird auf 50-60% geschätzt. Die Vererbung tritt bei Verwandten ersten Grades nicht wesentlich häufiger auf als bei Verwandten zweiten Grades. (vgl. Rommelspacher 2009, S. 109)

Auch für Hinweise auf die Heredität anderer substanzbezogener Störungen wurden Hinweise gefunden. (vgl. Lieb 2008, S. 9)

Detailliertere Angaben zur Genetik in Kapitel 3.1.1.

2.7.4 Soziokultureller Ansatz

Die Toleranz einer Gesellschaft gegenüber dem Konsum legaler Drogen erhöht die Wahrscheinlichkeit des eigenen Gebrauchs. Dabei spielen vor allem die Verfügbarkeit der Substanz und die Akzeptanz eine ausschlaggebende Rolle. Die Medien, aber auch das soziale Umfeld vermittelt Neugier und prägt die Einstellung bezüglich des eigenen Konsums. (vgl. Grundmann 1998, S. 39f)

Sucht kann auch als Antwort einer psychischen und sozialen Verunsicherung gesehen werden. Jugendliche stehen schon sehr früh unter enormen Leistungsdruck. Ihnen wird u.a durch die hohen Arbeitslosenquoten vermittelt, dass ihre Zukunftschancen bei geringen Schulleistungen oder Schulversagen ungewiss aussehen. (Jordan/Sack 2009, S. 130)

Der Schultyp steht im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen. Jugendliche, die kein Gymnasium besuchen, haben ein 3-fach erhöhtes Risiko, regelmäßig Tabak zu konsumieren. (vgl. dis., S. 135)

2.7.5 Psychoanalytische Erklärungsansätze

2.7.5.1 Triebpsychologischer Ansatz

Nach dem Triebpsychologischen Ansatz ist die Ursache der Sucht in einer frühen Störung der Persönlichkeitsentwicklung zu suchen.

Die Entwicklung der Persönlichkeit ist eng verknüpft mit Sozialisationsprozessen. Vor allem spielt die Beziehungsstruktur zwischen Kind und Eltern eine entscheidende Rolle, wobei die mütterliche bedeutsamer ist.

Werden die Bedürfnisse des Kindes nach emotionaler Nähe und Nahrungszufuhr gestillt, entsteht eine lebenslange Frustration mit einer Fixierung auf die Bedürfnisse in der oralen Phase. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 23)

Die Droge stellt die Befriedigung des Mangels in der oralen Phase dar.

Dies geschieht mit dem Organ Mund. Es ist das primäre Überlebensorgan, denn das Saugen dient der Nahrungsaufnahme, der Beruhigung und ist Hilfsmittel beim Einschlafen. Offensichtlich ist, dass der Konsum psychotroper Substanzen, wie das Rauchen oder der Alkoholgenuss und die Benutzung des Mundes im Zusammenhang stehen. (vgl. ders. S. 41f)

Eine Suchtentstehung wird mit dem Ausgleich eines frühen Mangels in der oralen Phase erklärt. Aber auch mit einer oralen Verwöhnung kann eine Abhängigkeitsentwicklung erklärt werden, oder auch als erlernter „Tröstungsversuch“ im Zusammenhang mit kindlicher Angst, Trauer oder Schmerz z.B. mit Süßigkeiten. Diese Oralität wird im Erwachsenenalter aufrecht erhalten. (vgl. ders. S. 41)

Die psychoanalytische Theorie besagt des Weiteren, dass die Sucht zur Lustsuche und Unlustvermeidung genutzt wird. Der Süchtige hat ein ausgeprägtes

Bedürfnis Lust zu erleben und jegliche Art von Unlust zu vermeiden. Diese Bedürfnisse werden mit der Droge gestärkt bzw. gemildert. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 24)

2.7.5.2 Ich-Psychologischer Ansatz

Bei dem Ich-Psychologischen Ansatz wird davon ausgegangen, dass einer chronischen Suchterkrankungen eine Entwicklungsstörung zugrunde liegt. Das „Ich“ wurde als die zentrale Instanz der Persönlichkeit erkannt, dass zwischen den Triebansprüchen des Es und den gesellschaftlichen und moralischen Ansprüchen des Über-Ichs vermittelt. Grundlage vieler Formen von Abhängigkeit scheint eine Schwäche dieser zentralen Instanz des Ich zu sein dessen zentrale Funktion oft ausgefallen sind und durch den Missbrauch der Droge ersetzt werden.“ (Rost 2008, S. 43)

Der Konsum dient der Kompensation der Funktionen des schwachen Ichs. Diese Defizite werden durch den Missbrauch einer psychotropen Substanz ersetzt und dienen dem Selbstheilungsversuch. (vgl. ders, S. 43)

Durch den Suchtmittelkonsum hat der Konsumierende das Gefühl, seine Defizite auszugleichen und so erst richtig funktionieren zu können. (vgl. ders., S. 43)

2.7.5.3 Objektpsychologischer Ansatz

Der Objektpsychologische Ansatz besagt, dass die Drogeneinnahme zum Zwecke der Selbstzerstörung genutzt wird. Diese Menschen haben in frühesten Kindheit Ablehnung oder traumatische Erlebnisse wie den Verlust eines Elternteils, Vernachlässigung oder Misshandlungen erlebt. Sie hinterfragen selbst immer wieder den Sinn ihrer Existenz und nutzen das Suchtmittel um ihre Aggressionen gegen sich selbst zu richten. Durch eine Verletzung des Urvertrauens in frühester Kindheit sind das Selbstvertrauen und ihr Überlebenswille massiv gestört. Daher nutzen sie die Substanz um sich selbst zu zerstören. (vgl. Haushahn 1996, S. 54f/Schaake 2003, S. 13)

3 Einflussfaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung und –aufrechterhaltung

3.1 Familiäre Einflüsse

3.1.1 Genetik

Die genetische Forschung hat in den letzten Jahren bzgl. der Untersuchung der Entstehung einer Suchtabhängigkeit große Fortschritte gemacht. U.a führte Maier 1997 Zwillings-, Adoptions- und Geschwisterstudien durch. Diese erbrachten vor allem eine Transmission für Söhne alkoholabhängiger Väter.

In dem Zusammenhang wurden Zwillingsstudien zur Heredität des Alkoholismus durchgeführt. Um mögliche Umweltfaktoren auszuschließen, wurden Zwillingspaare getestet, die seit der Geburt getrennt aufwuchsen. Die Konkordanzrate bzgl. einer Alkoholabhängigkeit lag zwischen 26 und 59% bei männlichen monozygoten und zwischen 12 und 36% bei männlichen dizygoten Zwillingspaaren. Bei den weiblichen Probanden lagen die Werte zwischen 8 und 26% für monozygote und zwischen 5 und 13% für dizygoten Probandinnen. Das heißt, dass von einer stärkeren Gefährdung für Söhne auszugehen ist. (vgl. Klein 2008, S. 114)

3.1.2 Erziehungsstil

Prozesse innerhalb der Familie beeinflussen bestimmte Erziehungsabläufe. Erfolg, d.h. eine gesunde emotionale Entwicklung, versprechen Umgangsformen, die von Liebe und Wärme geprägt sind. An das Kind müssen Herausforderungen gestellt und dabei Unterstützung angeboten werden. (vgl. Sack, Thomasius 2009, S. 148)

Zu den wenig förderlichen Erziehungsstilen gehören der autoritär-repressive, der permissive und der inkonsequente Erziehungsstil. (vgl. Hallmann 2008, S. 302)

Der autoritär-repressive Erziehungsstil zeichnet sich durch Strenge, Verbote und das Fehlen von emotionaler Zuwendung aus. Die Selbstständigkeit und sozialen Fähigkeiten des Kindes werden nicht gefördert. Aufgrund dieses Erziehungsstils kann es zu Aggressionen und Gewaltausbrüchen des Kindes als Ausdruck von Widerstand gegen die Eltern kommen. Der Substanzmittelkonsum wird als

Ausgleich für die abweisenden Erlebnisse und als Rebellion gegen die Eltern genutzt. (vgl. ders. S. 303)

Der permissive Erziehungsstil ist durch eine Gleichgültigkeit der Eltern gegenüber dem Kind geprägt. Es hat viele Freiheiten, lernt nicht Regeln und Normen einzuhalten und erfährt keine Kontrolle. Dies wiederum bewirkt eine Orientierungslosigkeit des Kindes. Weder emotionale Zuwendung noch Aufmerksamkeit werden dem Kind zuteil. Daraus folgen Probleme bei der Unterordnung im späteren Leben, das Nichtvorhandensein von Konfliktlösungsstrategien, woraus wiederum ein vermeidendes Verhalten resultieren kann. Die Schwierigkeiten können durch Substanzmittelkonsum kurzfristig kompensiert werden und zu einem Missbrauch bis hin zur Abhängigkeit führen. Bei einer besonderen Ausprägung dieses Erziehungsstils setzen Eltern ihr Kind unter einen hohen Leistungsdruck. Dabei fehlt es an emotionaler Zuwendung, die wiederum mit materieller kompensiert wird. Die Folge ist, häufig resultiert eine schnelle Ablösung vom Elternhaus. Emotionale und kommunikative Bedürfnisse werden anderweitig gestillt, z.B. in Jugend- und Drogenszenen. (vgl. ders. S. 304)

Der inkonsequente Erziehungsstil ist von Schwankungen des Elternverhaltens geprägt. Die erzieherischen Impulse eines bzw. beider Elternteile sind widersprüchlich. Des Weiteren fehlen Klarheit und Konsequenzen des Handelns. Dies erschwert eine Orientierung des Kindes. Es ist verwirrt und unsicher. Der Suchtmittelkonsum stellt in den Augen des Jugendlichen eine Möglichkeit dar, diese Frustrationen auszugleichen. (vgl. ders. S. 305)

Förderlich für die Entwicklung eines Kindes ist ausschließlich der autoritative Erziehungsstil, der sich durch eine verlässliche Struktur, entwicklungsangepasste Herausforderungen, emotionale Wärme und Geborgenheit auszeichnet. Die zuvor genannten Erziehungsstile bieten dem Kind keine Herausforderungen, es erfährt kaum Zuwendung und Orientierung. Durch diese Entwicklungsdefizite der Heranwachsenden wird ein späterer Substanzmittelmissbrauch begünstigt. (vgl. Radziszewska, zit. nach Sack, Thomasius 2009, S. 148)

3.1.3 Elterlicher Suchtmittelkonsum

Aufgrund des Modelllernens kann es bei Jugendlichen zu einer Nachahmung der elterlichen Konsumgewohnheiten kommen. In verschiedenen Studien wurde belegt, dass der elterliche Gebrauch von Alkohol und Nikotin einen stärkeren und früheren Konsum des Jugendlichen bedingen kann. (vgl. Brook zit. nach Pinquart/Silbereisen 2008, S. 16)

Der mütterliche Substanzmittelgebrauch hat einen stärkeren Einfluss als der des Vaters. Erklärt wird dies durch die primäre Erziehungsaufgabe. Zudem wird der weibliche Konsum von der Gesellschaft stärker als abweichendes Verhalten bewertet und tritt somit stärker in den Vordergrund. Ob eine Nachahmung des Suchtmittelmissbrauchs stattfindet, ist vorwiegend von der Eltern-Kind-Beziehung sowie der Persönlichkeit des Jugendlichen abhängig. Eine geringe Bindung an die Eltern motiviert den Heranwachsenden weniger, es den Eltern gleich zu tun. Außerdem trägt eine unausgeprägte Selbstreflexion zur Nichtnachahmung bei. (vgl. Andrews zit. nach Pinquart/Silbereisen 2008, S 16.)

Auch ein Suchtmittelkonsum, gepaart mit einem harten aber inkonsequenten Erziehungsstil, steht im Zusammenhang mit einem erhöhten Konsum des Jugendlichen. (vgl. Conger und Rueter zit. nach Pinquart/Silbereisen 2008, S. 16)

3.1.4 Elterliche Substanzmittelabhängigkeit

Ein wesentlicher Risikofaktor, eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln, ist das Leben in einer suchtkranken Familie. (vgl. Silbereisen/Weichhold 2009, S. 144)

In den meisten Fällen ist es der Vater, der ein Alkoholproblem hat. Hinzu kommt häufig eine psychische beeinträchtigte oder erkrankte Mutter. Diese Einschränkungen der Eltern nehmen einen entscheidenden Einfluss auf die Dynamik des Familienlebens. Die Eltern können ihren erzieherischen Aufgaben nicht ausreichend gerecht werden. Die Aufmerksamkeit des Vaters richtet sich ausschließlich auf die Substanzmitteleinnahme und –beschaffung. (vgl. Klein 2008, S 122f)

Dem Kind fehlt die emotionale Wärme und Zuwendung der Eltern. Diese reagieren gefühllos, respektlos und zeigen nur wenig Interesse für die Bedürfnisse ihres Kindes. (vgl. Silbereisen/Weichhold 2009, S. 144) Dadurch entwickelt sich eine

kindliche Frustration, die einen enormen Stress auslöst. Aus dieser misslichen Situation können unzählige Risiken für die Entwicklung der Kinder resultieren. Zudem wird die Unterstützung des Kindes bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben massiv vernachlässigt. Stattdessen muss das Kind altersunangemessene Aufgaben und übermäßige Verantwortung für die familiären und alltäglichen Abläufe übernehmen. Sie lernen, dass ihre Familie keine Verlässlichkeit ausweist. Der Erziehungsstil ist inkonsequent und die Eltern zeigen ein ambivalentes Verhalten. Außerdem lernen die Kinder keine positiven Problembewältigungsstrategien in ihrer Familie. (vgl. Klein 2008, S. 122)

Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung leidet und die Familie bietet nur wenig Stabilität. Die Kinder geraten in Loyalitätskonflikte und sind der Unberechenbarkeit, der Impulsivität und den Stimmungsschwankungen des Substanzmittelabhängigen ausgesetzt. Zudem sind sie vermehrt Opfer von Vernachlässigungen, körperlicher und psychischer Gewalt und sexuellen Übergriffen. (vgl. ders., S. 122)

Die Eltern haben ein disharmonisches Verhältnis und es herrscht eine konfliktbelastete Stimmung in der Familie, was insgesamt eine negative Familienatmosphäre bewirkt, die geprägt ist von Vorwürfen, Wut und Verzweiflung. (vgl. ders., S. 123)

Alle Familienmitglieder sollen den Schein einer heilen Familie nach außen wahren. Niemand darf mit Außenstehenden darüber sprechen, was wirklich in der Familie vor sich geht. Damit unterstützen die Familienmitglieder unwillkürlich die Sucht des Abhängigen. (vgl. Silbereisen/Weichhold 2009, S. 144)

Die Zustände in einer suchtblasteten Familie haben starke negative Auswirkungen auf ein Kind, welche mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen verbunden sind. Sehr viele Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten und haben Defizite im Sozialverhalten. Auch von Depressionen, Angst- und psychosomatischen Störungen sind Kinder Suchtmittelabhängiger stärker betroffen. Viele haben eine verminderte Aufmerksamkeitsspanne oder sind hyperaktiv. Des Weiteren können sich kognitive Funktionsstörungen verfestigen. (vgl. Klein 2008, S. 123)

3.1.5 Eltern-Kind-Beziehung

Im Zusammenhang mit einer späteren Substanzmittelabhängigkeit steht die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung. Jugendliche, die ein problematisches Trinkverhalten zeigen oder illegale Drogen konsumieren, haben vermehrt eine niedrige Bindung zu ihren Eltern. Im Zusammenhang damit steht häufig eine ungünstige Persönlichkeitsentwicklung aufgrund fehlender Wärme, Zuwendung und Anforderungen. (vgl. Böhnisch/Schille 2002, S. 199)

Ein gutes Verhältnis zu den Eltern begünstigt eine problemlösungsorientierte Kommunikation und Offenheit, die die Verbundenheit mit den Eltern fördert und die Informationsvermittlung über den eigenen Suchtmittelgebrauch erhöht. (vgl. Pinquart, Silbereisen 2008, S. 17) Des Weiteren verfügen Kinder und Jugendliche mit sicherem Bindungsverhalten vermehrt über soziale Kompetenzen und Sicherheiten im emotionalen Umgang mit Gleichaltrigen.

(vgl. Zweyer 2008, S. 96 f)

Kinder und Jugendliche mit unsicheren Bindungen haben häufig Probleme, ihre Impulse zu kontrollieren, neigen zu problemvermeidendem Verhalten. Zudem haben sie ein erhöhtes Risiko, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. (vgl. ders. S. 97)

Gleichgültigkeit der Eltern gegenüber ihren Kindern behindert, bedingt durch die fehlende familiäre Unterstützung, die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. (vgl. Böhnisch/Schille 2002, S. 199)

Nicht nur die Eltern-Kind-Beziehung beeinflusst den zukünftigen Substanzmittelgebrauch. Auch das Verhältnis zu den Geschwistern lenkt das Verhalten der Jugendlichen. Ein vermehrter Alkoholkonsum der Geschwister fördert die Trinkgewohnheiten der Jugendlichen. Im Zusammenhang damit steht, dass der Jugendliche in die Peergroup der Geschwister eingebunden und dort mit dem Umgang psychotroper Substanzen kontaktiert wird. (vgl. Pinquart/Silbereisen 2008, S. 17)

3.1.6 Trennung der Eltern und Familienstruktur

Strukturell gestörte Familien beeinträchtigen die Sozialisation ihrer Kinder. Störungen der Familien werden oft als „Broken-home-Situation“ benannt und zeichnen sich durch die Unvollständigkeit der Familie durch Trennung bzw.

Scheidung der Eltern oder den Tod eines Elternteils aus. (vgl. Hallmann 2008, S. 302)

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes stieg der Anteil der in Deutschland lebenden Einelternfamilien mit Kindern von 8% im Jahre 1970 auf 25% im Jahre 2008; 80% der Alleinerziehenden waren Müttern davon wiederum 39,4% geschiedenen, 14,6% getrennt, 39,9% ledig und 6% verwitwet. In Deutschland leben 22% der Kinder unter 18 in einer Einelternfamilie (vgl. Franz 2008, S. 149)

Vor der Entstehung einer Einelternfamilie folgt häufig eine Trennung bzw.

Scheidung der Eltern. Nicht primär die Scheidung stellt die größte Belastung für die Kinder dar sondern die konfliktreiche Zeit vor und nach der Trennung.

Es kommt zu zahlreichen Veränderungen, die das Kind zusätzlich zu den eigenen Entwicklungsaufgaben bewältigen muss. In vielen Fällen wird der Kontakt zum außerhalb lebenden Elternteil vermindert, der mit einer eingeschränkten Verfügbarkeit verbunden ist. Häufig kommt es zu einem Umzug, der mit einem Schulwechsel und dem Abbruch sozialer Kontakte für das Kind einhergeht. Des Weiteren ist die Trennung in den meisten Fällen mit einer ökonomischen Verschlechterung des erziehenden Elternteils verbunden. Die Disharmonie der Eltern bleibt in vielen Fällen bestehen. (vgl. ders. S. 150f)

Viele Kinder entwickeln in dieser Zeit Angst- und Schuldgefühle und zeigen Verhaltensauffälligkeiten. Sie geraten in Loyalitätskonflikte und werden durch Parentifizierungsprozesse überfordert. Vor allem in der Nachscheidungsphase benötigen Kinder vermehrt die elterliche Zuwendung um keine erheblichen Entwicklungsdefizite mit Langzeitfolgen zu bilden. Doch der verbleibende Elternteil, meist die Mutter, beansprucht selbst viel Zeit für sich, um mit der neuen Situation fertig zu werden. So ist ein negativer Effekt auf die soziale und psychische Entwicklung des Kindes wahrscheinlich. (vgl. ders., S. 152)

Epidemiologische Studien belegen, dass eine Scheidung der Eltern Langzeitfolgen mit sich bringt. Scheidungskinder erreichen statistisch gesehen einen schlechteren Schulabschluss und arbeiten später in einem Beruf, in dem sie durchschnittlich geringer verdienen als Nichtscheidungskinder. Sie haben als Erwachsene instabilere Beziehungen und entwickeln zu ihren Eltern öfter ein gestörtes Verhältnis. Das Risiko für Kinder aus Einelternfamilien, eine psychische Störung oder eine Alkohol- und Drogenabhängigkeit zu entwickeln, ist erhöht. Das Fehlen

der väterlichen Rolle begünstigt, epidemiologisch gesehen, ebenfalls eine psychische Beeinträchtigung im Erwachsenenalter. (vgl. ders. S. 152ff)
Studien zur Psychosozialen Gesundheit Alleinerziehender ergaben, dass sie ein erhöhtes Risiko haben, psychisch und körperlich zu erkranken.

Alleinerziehende haben einen niedrigeren Sozialstatus, sind ökonomisch schlechter gestellt, erkranken häufiger an Depressionen oder Angststörungen.

Zudem haben sie ein erhöhtes Risiko eine Sucht zu entwickeln.

Die Nikotinabhängigkeit ist doppelt so hoch wie bei verheirateten Müttern. Aus den Defiziten der Mutter können sich negative Konsequenzen für die Kinder entwickeln. Die Wahrnehmung der Mütter ist eingeschränkt für die kindlichen Entwicklungs- und Bindungsbedürfnisse. Daraus können wiederum Verhaltensauffälligkeiten des Kindes resultieren. (vgl. ders. S. 151)

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine „Broken-home-Situation“ einen Risikofaktor für die Entstehung einer späteren Suchtmittelabhängigkeit darstellt. Nicht nur die Unvollständigkeit der Familie allein, sondern die Familienatmosphäre spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung einer Störung. Der erziehende Elternteil muss entsprechende Bewältigungsstrategien entwickeln, um die Defizite emotional auszugleichen. (vgl. Hallmann 2008, S. 302)

3.1.7 Co-Abhängigkeit

Eine Co-Abhängigkeit können Menschen entwickeln, die einem Abhängigen nahe stehen – Familienmitglieder wie der Partner, die Eltern oder Kinder, aber auch andere Personen wie Arbeitskollegen oder Personen in helfenden Berufen. (vgl. Schmieder 2002, S. 16)

In den meisten Fällen entwickelt ein Angehöriger eine Co-Abhängigkeit. Dieser trägt durch sein Tun bzw. sein Unterlassen dazu bei, dass der Süchtige bzw. Suchtgefährdete, süchtig oder suchtgefährdet bleibt – und unterstützt ihn so ungewollt bei der Aufrechterhaltung bzw. Weiterentwicklung seiner Sucht. (vgl. ders. S. 16f)

Eine Sucht entwickelt sich langsam und unmerklich. Die Person verändert sich, wird unzuverlässig, ihr Handeln ist nicht berechenbar. Dies verunsichert die Angehörigen und sie sind überfordert mit der Situation, denn zunächst wird das Verhalten meist nicht als Sucht identifiziert. Die Angehörigen passen sich der

neuen Situation an, reagieren wie in anderen Extremsituationen. In der Regel managt die Frau bzw. die Mutter das Familienleben. Bei der Suchtentwicklung eines Familienmitgliedes handelt sie vermehrt durch Kontrolle und Überfürsorglichkeit. (vgl. Rennert 2008, S. 47f)

Der Suchtmittelabhängige verliert die Kontrolle über sich und seinen Konsum, leugnet dies aber stets. Er will es sich und seinen Familienmitgliedern nicht eingestehen. Die Angehörigen, denen die Erscheinung des Kontrollverlustes nicht bekannt ist, bezeichnen das Verhalten als Willensschwäche und versuchen die Rolle des Kontrollierenden einzunehmen. Die Substanz und der Konsum gewinnen immer größere Bedeutung für den Abhängigen. Gleichzeitig verlieren die Familienangehörigen ihren Stellenwert. Der Abhängige leugnet sich und den anderen gegenüber die Problemhaftigkeit der Situation – das wiederum wird von den Angehörigen als Unwahrheit und Lüge gewertet. Diese ständige Konfrontation mit dem Abhängigen, der weiterhin leugnet und verdrängt, führt zu einer Verwirrung der Angehörigen selbst. Sie zweifeln an der eigenen Einschätzung der Situation. (vgl. ders. S. 48f)

Der Süchtige leidet unter Schuldgefühlen und projiziert diese auf sein Umfeld bzw. auf seine Familienangehörigen. Vor allem Frauen neigen dazu, aufgrund ihrer geschlechterspezifischen Erziehung die Schuld für das Verhalten des Abhängigen bei sich zu suchen. Diese Schuldgefühle werden von außen noch bestärkt. Ihnen wird die Verantwortung für die Substanzmittelabhängigkeit des Mannes oder des Kindes übertragen. Eltern tragen die Verantwortung für ihr Kind. Besonders die Mütter werden mit Vorwürfen belastet, denn sie tragen die Hauptlast der Erziehung. Häufig zeigen Mütter Co-Verhalten, indem sie sich die Schuld für die Entgleisung des Kindes geben. Dieses Gefühl wird meist noch durch den Partner und das Umfeld verstärkt. Besonders belasten diese Vorwürfe Frauen, die große Ängste bezüglich ihrer nicht ausreichenden Erziehungskompetenzen haben oder das Gefühl einer Minderstellung aufgrund des alleinerziehenden Zustandes. Schuld- und Schamgefühle entstehen bei den Angehörigen, die bei großem Leid sogar zu Todeswünschen gegenüber dem Suchtkranken führen können. Ob und wie stark sich eine Co-Abhängigkeit Angehöriger entwickelt, ist abhängig von den in der Herkunftsfamilie gemachten Erfahrungen und der Persönlichkeitsstruktur. Gelernte Bewältigungsstrategien und traditionell

verinnerlichteten Rollenmuster sind entscheidend für den Umgang mit dem angehörigen Familienmitglied. (ders. S. 48ff)

3.1.8 Hochrisikofamilie

Ein hohes Risiko, eine Substanzmittelabhängigkeit zu entwickeln, haben Kinder und Jugendliche, die in Familien aufwachsen, in denen seit mehreren Generationen gestörte Familienverhältnisse herrschen und antisoziales Verhalten aufweisen. „Die an einer Allgemeinpopulation in Deutschland durchgeführte EDSP-Studie (Early Developmental Stage of Psychopathology) zeigte, dass Jugendliche mit elterlicher Alkoholbelastung über verschiedene Lebensalter hinweg höhere Inzidenzraten hinsichtlich späterer Alkoholabhängigkeit aufwiesen als solche ohne diese Belastung; dabei ergaben sich keine Interaktionen zwischen dem Geschlecht des betroffenen Elternteils und dem des betroffenen Jugendlichen.“ (vgl. Lieb et al. Zit. nach Sack, Thomasius 2009, S. 149)

Hochrisikogruppen für eine Suchtmittelabhängigkeit sind meist auch gefährdet für Delinquenz und Verhaltensstörungen. Daher sollten sich Präventionsprogramme auf alle drei Bereiche beziehen. Diese Familien sind allerdings in der Regel nur schwer für Präventionsprogramme motivierbar. (vgl. Sack/Thomasius 2009, S. 149)

3.2 Psychosoziale Belastungen

Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Jugend können sich negativ auf die Entwicklung auswirken und damit zu einem erhöhten Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung führen. Zu psychosozialen Belastungen gehört der Tod eines nahestehenden Angehörigen oder die Scheidung der Eltern. Aber auch Vernachlässigung und Ablehnung durch ein Elternteil beeinträchtigen die Persönlichkeitsentwicklung stark, wenn diese Erlebnisse unverarbeitet bleiben. (vgl. Stachowske 1994, S. 69f)

Vor allem Misshandlungen auf physischer, psychischer und sexueller Ebene wirken sich extrem negativ auf die Entwicklung aus. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass vor allem drogenabhängige Frauen in der Kindheit oder Jugend sexuell missbraucht wurden. Die Opfer nutzen die psychotropen Substanzen zur

Überlebensstrategie um die negativen Gefühle und Erlebnisse durch den Drogengebrauch erträglicher zu machen. (vgl. dies. S. 47)

3.3 Peergroup

Mit Beginn der Pubertät beginnt die Ablösung vom Elternhaus und eine neue wichtige Phase des Reifeprozesses der Jugendlichen beginnt. Sie richten ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf Gleichaltrige und bauen Freundschaften zu ihnen auf. In der Peergroup sammeln die Jugendlichen identitätsfördernde Erfahrungen. Der Kontakt zu Gleichaltrigen stellt eine Chance zur Weiterentwicklung ihrer sozialen Kompetenzen dar. (vgl. Farke 2008, S. 207)

Die Peergroup hilft den Jugendlichen, ihre individuellen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Sie können neue Rollen einnehmen und Kommunikationsformen ausleben bzw. neu erfahren. Die Peergroup gibt den Jugendlichen Halt und eine neue Orientierung. (vgl. Trautmann 2002, S. 156 f)

Die Peergroup hat einen entscheidenden Einfluss auf den Alkoholkonsum Jugendlicher. Zur Erklärung werden zwei Modelle herangezogen:

Das Einflussmodell von Urberg 1997 besagt, dass Jugendliche durch Modell-Lernen, durch Imitation der Gruppe sowie über Gruppendruck zum Substanzmittelkonsum kommen. Sie werden durch Mitglieder ihrer Peergroup zum Substanzmittelkonsum angeregt. (vgl. Farke 2008, S. 210)

Die Selektionshypothese von Baumann und Ennett 1994 geht davon aus, dass sich Jugendliche aktiv Peergroups suchen, die mit ihren grundsätzlichen Verhaltenstendenzen harmonieren. Bezogen auf Alkohol bedeutet diese Theorie, dass Jugendliche sich aus übereinstimmenden Beweggründen zum Konsum zusammenfinden. (vgl. ders. S. 210)

Die Peergroup zeigt den Jugendlichen neue Möglichkeiten auf. Sie können ohne elterliche Kontrolle gemeinsam erste Alkoholerfahrungen sammeln und bei einem Alkoholrausch Grenzerfahrungen machen. (vgl. ders., S. 210)

Die Ablehnung durch eine Peergroup erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Substanzmittelmissbrauchs. (vgl. Reinherz et al zit. nach Pinquart/Silbereisen 2008, S. 18) Der Konsum psychotroper Substanzen kann aber wiederum auch hilfreich bei der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen sein. Jugendliche, die konsumieren, haben einen größeren Freundes- und Bekanntschaftskreis und

knüpfen schneller Kontakte. Zudem haben sie ein höheres Ansehen und eine größere Beliebtheit bei Klassenkameraden und sind sozial integrierter als nicht konsumierende Jugendliche. (vgl. Farke 2002, S. 210 f)

3.4 Person

3.4.1 Dispositionelle Faktoren

„Der Beginn des Konsums scheint von den Umfeldbedingungen bestimmt zu werden, hingegen die Entwicklung bestimmter Konsummuster wie Abhängigkeit von den genetischen Voraussetzungen.“ (Jordan/Sack 2009, S. 131)

In verschiedenen Studien (z.B. Siebert 1988) konnte nachgewiesen werden, dass Alkoholranke tendenziell häufiger in der Jugend depressive Symptome, Aggressionen sowie ein geringes Selbstwertgefühl und eine geringere Selbstkontrolle aufwiesen als Nichterkrankte. (vgl. Leppin 2000, S. 75)

Zu den in der Kindheit häufig sichtbaren Problemen gehören „eine mangelnde Ich-Kontrolle (gekennzeichnet durch Impulsivität, emotionale Labilität, niedrige Frustrationsschwelle, geringe Fähigkeit Belohnungen aufzuschieben) und eine geringe Ich-Stabilität (geringe Vitalität, geringes Selbstvertrauen, defizitäre Stressverarbeitung).“ (Leppin 2000, S. 75) Weitere festgestellte Faktoren sind aggressives, antisoziales Verhalten, Hyperaktivität sowie Konzentrationsstörungen. (vgl. Leppin 2000, S. 77f)

In einer Zwillingsstudie von Slutske et al. von 1998 wurde ein Zusammenhang zwischen Verhaltensstörungen und einer sich später manifestierenden Alkoholabhängigkeit festgestellt. (vgl. ders. S. 76)

Wenn Jugendliche über keine Problemlösungsstrategien verfügen, lernen sie in der Adoleszenz häufig, dass Alkohol und illegale psychotrope Substanzen das Unwohlsein und die Anspannung reduzieren können. Darin besteht die Gefahr, sich ganz von seinen Problemen zu distanzieren und Substanzen als Lösungsstrategie zu missbrauchen. Der durch Leistungsversagen und Schulängste verursachte Stress wurde von den alkoholabhängigen Jugendlichen ebenfalls häufiger durch Substanzen kompensiert. (vgl. ders. 2000, S. 78)

3.4.2 Verhaltensauffälligkeiten

Das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol wird als Entwicklungsaufgabe des Jugendalters gewertet. Epidemiologische Untersuchungen in Deutschland (u.a. Wittich et. al 1999), ergaben, dass 12 bis 18 Prozent der Jugendliche, die beim Erfüllen von Entwicklungsaufgaben scheitern, Störungen im Umgang mit Suchtmitteln aufweisen. (vgl. Koglin/Petermann 2008, S. 61)

Suchtstörungen treten nicht plötzlich auf. In den meisten Fällen zeigten Jugendliche schon in der Kindheit Verhaltensauffälligkeiten, sogenannte Vorlaufsymptome. Diese tragen zum Scheitern der Entwicklungsaufgaben bei. (vgl. Silbereisen/Reese 2001, S. 141)

Jugendliche mit Suchtstörungen fallen gehäuft durch Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit auf. Mehrfach haben sie ein schwieriges Temperament, zeigen aufsässiges und antisoziales Verhalten, sind hyperaktiv oder haben emotionale Probleme. Schulversagen und Konflikte mit Gleichaltrigen durch Ablehnung aufgrund ihrer Verhaltensprobleme sind häufig zu beobachten. Dies wiederum verstärkt das abweichende Verhalten. (vgl. Koglin/Petermann 2008. S. 62)

Diesen Auffälligkeiten liegen häufig familiäre Probleme zu Grunde. Durch ein schwieriges Temperament des Kindes wird die Eltern-Kind-Beziehung negativ beeinträchtigt, was sich wiederum negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirkt und sein Verhalten verstärkt. Die Eltern benutzen häufiger körperliche Gewalt und sind inkonsequenter in ihrer Erziehung. Vermehrt treten Probleme bei

Alleinerziehenden und missbräuchlichem Konsum der Eltern auf. Negativen Einfluss auf die Entwicklung haben finanzielle Schwierigkeiten und eine schlechte Schul- und Berufsausbildung bzw. Arbeitslosigkeit der Eltern. Störungen des Substanzmittelgebrauches treten vermehrt bei Jugendlichen auf, die in armen Verhältnissen und im kriminellen Milieu aufwachsen. (vgl. ders. S. 62f)

Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen gehen zudem einher mit einem verfrühten Suchtmittelbeginn. (vgl. des. S. 65)

Kinder mit psychischen Symptomen haben laut der Pittsburgh Youth Studi von Loeber et al. von 1999 ein deutlich höheres Risiko, eine Substanzmittelabhängigkeit zu entwickeln. (vgl. ders. S. 66)

Dagegen konnte ein Zusammenhang zwischen einer ADHS-Erkrankung und einem chronischen Substanzmittelkonsum nicht signifikant bestätigt werden.

Der Zusammenhang zwischen internalisierten Verhaltensproblemen und einer Substanzmittelabhängigkeit wurde in der Bremer Jugendstudie von Essau et. Al 1998 untersucht. Dies ergab, dass 27,6% der Jugendlichen an depressiven Störungen und 17,3% an Angststörungen litten. (vgl. ders. S 66f)

3.5 Zusammenfassung

Anhand der Gliederungspunkte 2.7 und 3, ist zu erkennen, dass viele verschiedene Einflussfaktoren eine Abhängigkeitsentwicklung fördern. Eine Suchtentstehung ist jedoch multifaktoriell. Ein Faktor allein löst keine Abhängigkeit aus. Nur das Zusammentreffen verschiedener Einflüsse kann zu einer Suchtentwicklung führen. Wiederum muss sich aber nicht zwingend im Erwachsenenalter eine Sucht manifestieren obwohl in der Jugend mehrere Faktoren eine Abhängigkeit begünstigten.

Fest steht, dass Jugendliche ein erhöhtes Risiko haben, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Biologisch betrachtet finden in dieser Entwicklungsphase Prozesse statt, die eine schnelle Abhängigkeitsentwicklung begünstigen.

Der Tatsache, dass massiver Konsum psychotroper Substanzen im Jugendalter immer mit schwerwiegenden Folgen für den Körper einhergeht, ist eine erhöhte Aufmerksamkeit auf das Problem geschuldet.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen fördern den Konsum, zum einen aufgrund der Toleranz und Verfügbarkeit von Alkohol und zum anderen durch den enormen Leistungsdruck und dadurch entstehende Zukunftsängste.

In der Zeit der Adoleszenz werden viele Erwartungen an die Jugendlichen gestellt. Sie machen erste eigene Erfahrungen mit dem Konsum und überschreiten elterlich gesetzte Grenzen. Nicht jeder Jugendliche bewältigt die Entwicklungsaufgaben im gewünschten Zeitrahmen. Dies führt zur Frustration und zu Selbstzweifeln. Zum Ausgleich dieser Defizite entdecken viele Jugendliche den Alkohol- oder Drogenkonsum. Ein weiterer Risikofaktor ist eine labile Persönlichkeitsstruktur und massive Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit. Einen besonders großen Einflussfaktor haben die Eltern.

Zunächst spielt die genetische Disposition eine Rolle. Kinder Alkoholkranker haben ein 6-fach höheres Risiko, selbst abhängig zu werden. Aber nicht nur aufgrund genetischer Aspekte haben diese Kinder ungünstigere Voraussetzungen.

Das negative Vorbild der Eltern im Umgang des Konsums kann durch Modell-Lernen übernommen werden.

Auch Eltern, die nicht abhängig sind, können die Einstellung ihrer Kinder zum Konsum prägen. So verleitet deren positive Meinung bzgl. der Substanzmitteleinnahme zum frühzeitigen Einstieg.

Der Erziehung durch die Eltern kommt bei der Suchtentwicklung große Bedeutung und Verantwortung zu.

Ein Erziehungsstil, der nicht von Wärme, emotionaler Zuwendung und entwicklungsgerechten Herausforderungen geprägt ist, wirkt sich defizitär auf die Entfaltung des Kindes aus. Des Weiteren ist eine enge Eltern-Kind-Beziehung wichtig, um einen Zugang in der ablösenden Adoleszenzphase zu bewahren. Jugendliche benötigen Unterstützung und Orientierung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, denn nur so entwickeln sie eine stabile Persönlichkeit, die von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit geprägt ist.

Vor allem eine seit mehreren Generationen gestörte Familienstruktur prägt sich negativ auf die Entwicklung aus. Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind und unklare Grenzen in der Erziehung verursachen Verunsicherung und führen zu einer Orientierungslosigkeit des Kindes. Ein mit Störungen verbundenes Aufwachsen kann Verhaltensauffälligkeiten verursachen.

Bis zur Pubertät haben die Eltern einen großen Einfluss auf ihre Kinder. Danach wird der Kontakt und damit die Beeinflussung durch die Peergroup bedeutender. Aber familiäre Prägungen können die Wahl der Peergroup beeinflussen. Gestörte Familienverhältnisse gehen in der Regel mit dem Zusammenschluss einer extremen Gruppe einher.

In der Peergroup werden vermehrt Alkohol, aber auch andere Drogen konsumiert. Dies ist ein normaler Prozess in der Ablösungsphase und gehört zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben.

Die Kinder lösen sich vermehrt von den Eltern, leben aber i.d.R. noch in einem gemeinsamen Haushalt, sind daher immer noch ein Teil ihres Lebens und beeinflussen sich gegenseitig.

Somit bedingen sich die verschiedenen Faktoren und es kann in der Regel nicht im Einzelnen nachvollzogen werden, aufgrund welcher Einflüsse eine Sucht entstanden ist.

Die Familie hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung eines Jugendlichen: auf seine Persönlichkeitsentwicklung, die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten, Konsumeinstellungen und auch die Wahl der Peergroup. Diese familiäre Prägung vollzieht sich vorwiegend in jüngeren Jahren. Daher sind frühzeitige Präventionsmaßnahmen sinnvoll, die allerdings nicht ausreichen. Es ist ebenso wichtig, Interventionen zu Beginn einer Problemstehung sowie bei einer Problemmanifestierung einzuleiten.

4 Elternarbeit

4.1 Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe

Die Familie stellt die erste und wichtigste Sozialisationsinstanz für ein Kind bzw. Jugendlichen dar. Daher kann sie schon früh auf die Suchtentwicklung einwirken. Die Arbeit mit Angehörigen in der Suchthilfe ist nicht neu. Doch die Umsetzung wird unterschiedlich gehandhabt.

Die Arbeit mit Eltern suchtmittelkonsumierender Jugendlicher wurde das erste Mal Ende der 60er Jahre durch die Entstehung von Elternkreisen praktiziert.

Im Laufe der Zeit zeigte sich die Wichtigkeit der Arbeit mit diesen, da sie die primäre Sozialisationsinstanz und ein großer Einflussfaktor auf die Kinder darstellen. (vgl. Reitz 2010, S. 6f (Internetquelle))

Heute finden primäre Präventionen, wie Informationsveranstaltungen für Eltern statt, in denen sie über die Wirkung und Gefahren der psychotropen Substanzen aufgeklärt werden und erfahren wie eine Abhängigkeit entstehen kann und wie dieser vorzubeugen ist. Diese Veranstaltungen finden häufig im schulischen Rahmen.

Elternberatung als Kurzintervention, aber auch längerfristige Beratungen in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, ohne den Jugendlichen einzubinden, und in Form von Familiengesprächen sind Teil der Arbeit mit den Eltern substanzmittelkonsumierender Jugendlicher. Bei der Arbeit mit den Eltern ohne die Einbeziehung des Jugendlichen wird dieser häufig als Symptomträger betrachtet, dessen Probleme behandelt werden müssen.

In Verbindung mit einer Beratung der Eltern wird häufig ein sogenanntes Elterncoaching durchgeführt, in dem die Eltern ihre Erziehungskompetenzen stärken sollen.

Die jüngste Variante der Elternarbeit mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen ist der systemische Ansatz, in dem der Blick nicht auf den Jugendlichen als Symptomträger gerichtet, sondern ganzheitlich betrachtet und das Familiensystem in die Arbeit einbezogen wird.

4.1.1 Elternkreise

Ende der 60er Jahre breitete sich der Missbrauch von illegalen Drogen in Deutschland aus. Drogenberatungsstellen und Therapiemöglichkeiten gab es zu

diesem Zeitpunkt noch nicht. Die Erfahrungen mit Alkoholikern konnten auf das jugendliche Klientel nicht übertragen werden. Eltern der konsumierenden Jugendlichen suchten verzweifelt nach Hilfe. (vgl. Reitz 2010, S. 5 (Internetquelle)) Die Fachleute waren meist überfordert. Zudem wurden die Eltern als Verursacher und schuldig für die Entwicklung der Abhängigkeitsentwicklung ihrer Kinder dargestellt. Aus dieser Verzweiflung heraus entstand 1969 in Bonn der erste Elternkreis; weitere folgten in Bremen, Stuttgart, Kassel und Frankfurt. Die Eltern trafen sich, um gemeinsam über ihre Probleme zu sprechen. Es entstanden Kontakte unter den Elternkreisen, so dass sich im Jahre 1973 15 Elternkreise zum Bundesverband der Elternkreise (BVEK e.V.) zusammenschlossen um Erfahrungen auszutauschen. Des Weiteren kämpften sie für Therapiemöglichkeiten für ihre Kinder und um Beachtung der Arbeit mit den Eltern und Angehörigen. Heute gehören ca. 150 Elternkreise zum Bundesverband. Seitdem treffen sich diese Selbsthilfegruppen regelmäßig. (vgl. ders, S. 1ff) Ein Elternkreis besteht aus einer kleinen Gruppe von 6-10 Personen und in großen Kreisen aus bis zu 50 Mitgliedern. Jedoch müssen die Mitglieder nicht an jedem Gespräch teilnehmen. Teilweise werden sie von Drogenberatern oder Therapeuten angeleitet, andere Gruppen von den Eltern selbst. Viele Elterngruppen sind eingetragene Vereine oder nur Gesprächsgruppen. Es besteht die Möglichkeit jederzeit den Kontakt zur Elterngruppe zu beenden. Ziel ist es, dass sich Eltern untereinander austauschen, ihre Erfahrungen und Sorgen miteinander teilen. Sie sollen sich von ihren Schuldgefühlen und Ängsten befreien, mit Verständnis behandelt werden und lernen, mit dem suchtkranken Angehörigen umzugehen. Zudem sollen sie verstehen, dass sie nicht allein mit ihrem Problem dastehen und dass einer Abhängigkeitsentwicklung vielfältige Ursachen zu Grunde liegen. (vgl. Reitz 2010, S. 4f (Internetquelle))

„Eltern helfen sich gegenseitig und damit jeder sich selbst, sich mit klarem Kopf Situationen zu stellen, vom Klagen zum Lernen und aus Hoffnungslosigkeit und Resignation zu selbstbewusstem Handeln zu finden.“ (Reitz 1997 zit. nach Reitz 2009, S. 445) (siehe Anhang, Abbildung 1)

Die Angehörigen sollen lernen zu erkennen, dass sie sich in einer Co-Abhängigkeit befinden, in dem sie durch ihr eigenes Verhalten die Sucht fördern. Vor allem sollen sie begreifen, dass sie sich wieder intensiver um eigene Bedürfnisse und um die der anderen Familienmitglieder kümmern müssen und

dem Abhängigen die Verantwortung für sein Leben übertragen – ohne die Liebe zum Kind aufgeben zu müssen. (vgl. Reitz 2010, S. 3f (Internetquelle))

Die Veränderungen und die Stärkung der Eltern wirken sich auf den Jugendlichen aus. Durch neuen Lebensmut sind die Eltern fähig ihre Kinder loszulassen und selbstverantwortlich handeln zu lassen. Dies wiederum gibt dem Jugendlichen die Chance sein Selbstwertgefühl zu steigern, da dies nun nicht mehr durch die Überfürsorglichkeit und Vorwürfe der Eltern beeinträchtigt ist.

Gestärkte Eltern sind nun in der Lage ihre Kinder produktiv zu unterstützen und sie ermutigen eine Therapie zu beginnen aber auch sich bei Rückfällen ihrer Kinder nicht verantwortlich zu fühlen. (vgl. Reitz 2009, S. 444f)

4.1.2 Elterncoaching

Viele Eltern haben einen hohen Anspruch an sich selbst und ihre Erziehungsmöglichkeiten. Der gesellschaftliche Druck, der vor allem durch die Medien vermittelt wird, verursacht Verunsicherung und schwächt das Selbstvertrauen vieler Eltern. Aus Angst, ihre Kinder zu schädigen beziehen sie keine klare Position und zeigen einen ambivalenten Erziehungsstil. (vgl. von Froreich 2008, S. 31)

Besonders der Eintritt der Pubertät überfordert viele Eltern. Zum einen wünschen sie sich Selbstständigkeit für ihre Kinder, zum anderen wollen sie ihre Kinder steuern und kontrollieren. Dieses Paradoxon entkräftet viele Eltern und sie wünschen sich Hilfe – für diese Eltern ist ein Elterncoaching sinnvoll.

Zunächst ist den Eltern begreiflich zu machen, dass sie einen großen Eigenanteil an der schwierigen konfliktreichen Situation tragen. Im Fokus ihrer Aufmerksamkeit steht ihr schwieriges Kind. Durch diesen Blick wird die positive Wahrnehmung ausgeblendet. Daraus folgt eine problematische Beziehungsdefinition. Den Eltern muss vermittelt werden, dass sie ihre Muster verändern müssen, bevor sich das Verhalten ihres Kindes ändern kann. Daher soll zunächst das eigene Handeln und die Motive analysiert werden, um dann Verhaltensänderungen einzuleiten bzw. anzudenken. (vgl. dis., S. 32f)

Elterncoaching kann das Ziel haben, Eltern zu Experten für den Umgang mit ihren Kindern auszubilden. Beim systemischen Elterncoaching geht es jedoch vielmehr darum, dass die Eltern ihre Position in der Familie ändern. So kann es sein, dass ein Elternteil seine Stellung wieder finden muss um z.B. nicht mehr als Freund

gesehen und behandelt zu werden. Eltern müssen ihre dysfunktionalen Verhaltensweisen verändern um die Dynamik des Familiensystems neu zu gestalten. (vgl. von Schlippe 2006, S. 15f)

Elterncoaching ist in der Regel ein Anliegen der Eltern, die auf freiwilliger Basis an ihren Erziehungskompetenzen arbeiten wollen. Damit wird ein hohes Maß an Eigenmotivation vorausgesetzt. (vgl. dis., S. 15)

4.1.3 Systemischer Ansatz

Der systemische Ansatz betrachtet den Klienten in seinem System, in dem alle aufeinander Bezug nehmen und sich gegenseitig beeinflussen. Das System besteht aus den Familienmitgliedern, aber auch aus Nachbarn, Institutionen und Vereinen. (vgl. Gemeinhardt, 2008, S. 421)

Das bedeutet, dass die Blickrichtung nicht mehr nur auf das Individuum gelenkt wird. Dieser Ansatz betrachtet weniger die Entstehungsgeschichte der Sucht und ergründet nicht primär die Ursachen des Symptoms. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Familie, deren Beziehung und Dynamik mit betroffen sind von dem süchtigen Verhalten des Jugendlichen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Familienmitglieder zur Aufrechterhaltung des Problems beitragen. Der Ansatz geht der Frage nach, durch welche Mechanismen die Abhängigkeit aufrecht erhalten wird, aber auch verändert werden kann. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 30)

Der Blick soll auf Ausnahmen und Ressourcen gelenkt werden, auf Bereiche, die funktionieren. Die Geschichte des Problems soll mit Hilfe des Beraters oder Therapeuten umgedeutet werden. Zudem soll der Süchtige von seiner Rolle des Symptomträgers befreit werden. Verfestigte Muster sollen aufgebrochen und neue Handlungsalternativen aufgezeigt werden. (vgl. von Sydow, 2007, S. 15ff)

Sucht wird aus systemischer Sicht als ein Verhalten verstanden, das durch familiäre Interaktionen aufrecht erhalten wird. Die Familienmitglieder sehen den Abhängigen zwar als krank, er erfüllt für sie aus systemischer Sicht aber eine Funktion. Das Symptom ist das Ergebnis der Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Interaktionspartnern. (vgl. Cierpka 1995, S. 32f)

So kann es z.B. sein, dass Jugendliche ein Symptom zeigen, damit die Eltern nicht die Möglichkeit haben, ihre problembehaftete Paarbeziehung zu bearbeiten und nur Energie verwenden, sich dem Symptom des Kindes zu widmen. Aufgrund

der Sichtweise, dass der Abhängige durch sein Verhalten die Familie zusammenhält, werden Rückschlüsse auf eine dysfunktionale Beziehungsstruktur vermutet.

(vgl. Gemeinhardt 2008, S. 421)

Im ersten Teil der Arbeit mit der Familie wird das Problem aus Sicht aller Familienmitglieder definiert. Danach wird besprochen, welche Erklärungsmodelle die Familie selbst für die Situation und die Entstehung der Probleme hat.

Anschließend wird der Blick auf bisherige Lösungsversuche gelenkt und analysiert, was funktioniert und was aus welchen Gründen nicht zum Erfolg geführt hat. Zudem wird mit jedem Familienmitglied das individuelle, dann das allgemeine Ziel formuliert. (vgl. von Sydow 2007, S. 421f)

Die systemische Familienberatung und Therapie zeichnet sich durch eine Methodenvielfalt aus. Diese werden in der systemischen Beratung bzw. Therapie angewendet um starre Verhaltensmuster aufzubrechen und Veränderungen des Verhaltens, aber auch der Einstellung zu bewirken. (vgl. dies. S. 421f)

5 Modelle/Konzepte

5.1 Auswahl der Modelle und Konzepte

Im Folgenden werden zwei verschiedene Modelle bzw. Konzepte der Arbeit mit Eltern vorgestellt. Diese behandeln bewusst unterschiedliche Thematiken, da bei der Elternarbeit vielfältige Ansätze zu betrachten sind.

Das FreD Konzept zeigt eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu Eltern substanzmittelkonsumierender Kinder und Jugendlicher und einer weiterführenden systemischen Arbeit.

Das Konzept der stationären Einrichtung in Dishley steht als Beispiel für die stationäre Arbeit mit Eltern abhängiger Jugendlicher um evtl. Parallelen auf den ambulante Bereiche zu ziehen.

5.2 FreD – Frühintervention bei erstauffälligen

Drogenkonsumenten

5.2.1 Das Konzept

„Frühintervention bei Erstauffälligen Drogenkonsumenten“, kurz FreD, ist ein sekundärpräventives Angebot für cannabiskonsumierende Jugendliche. Die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) entwickelte 2000 dieses Konzept, da heranwachsende Konsumenten illegaler Drogen mit den Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe bisher nur wenig erreicht wurden. Das Modellprojekt wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) in Kooperation mit acht Bundesländern durchgeführt. (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003, S. 38f)

Das Projekt befasst sich mit der Zielgruppe der 14 bis 21-Jährigen, zum Teil auch jungen Erwachsenen bis 25, die durch den Besitz von Cannabis erstmalig polizeilich auffällig geworden sind (vgl. ders. S. 39), „ (...) in Verbindung mit §31a BtMG (Absehen von Verfolgung) und § 153 Abs. 1 StPO (geringes Verschulden) auf freiwilliger Basis oder auch im Zusammenhang mit §§ 45 Abs. 2 JGG bzw. §153 a Abs. 1 StPO nach Weisung“. (ders. S. 39)

Nach einer Erstvernehmung durch die Polizei bzw. Mitteilung durch die Staatsanwaltschaft wird dem Jugendlichen bzw. dem Erziehungsberechtigten

durch eine schriftliche Mitteilung auf freiwilliger Basis angeraten, an dem Programm teilzunehmen um einen günstigeren Verlauf des Verfahrens für den Jugendlichen zu bewirken. (vgl. ders. S. 41f)

In einer der am Projekt teilnehmenden Suchtberatungen wird dann ein Erstgespräch, das sogenannten In-Take-Gespräch durchgeführt.

Bei Minderjährigen sollen nach Möglichkeit auch die Eltern eingeladen werden. Der Berater beurteilt anhand der Aussagen des Jugendlichen den individuellen Bedarf des Hilfsangebotes. So entscheidet er nach seinem Ermessen, welche Maßnahme sinnvoll wäre. Eine häufige angeregte Maßnahme ist die Teilnahme am dem einmal stattfindenden mehrstündigen Gruppenkursangebot. In diesem werden Informationen über die Droge, die Wirkung und die Risiken vermittelt. Des Weiteren werden sie angeregt werden, ihren eigenen Konsum zu reflektieren. So sollen die Jugendlichen zu einer Verhaltensänderung motiviert werden.

Ziel ist es, einen missbräuchlichen bzw. abhängigen Drogenkonsum und eine erneute Straffälligkeit zu verhindern. (vgl. ders. S 41f)

Der Berater hat die Möglichkeit, mit dem Jugendlichen eine sogenannte „andere Maßnahme“ zu vereinbaren, z.B. weitere Einzelgespräche. In diesen kann der Sozialpädagoge individuell auf den Jugendlichen eingehen. Sinnvoll ist dies bei dem Wunsch des Klienten den Konsum zu reduzieren oder bei einer multifaktoriellen Problemlage. (vgl. ders. S 39f)

5.2.2 Die Umsetzung in der Kö16a

Die Suchtberatung Kö16a - Kinder - Jugendliche – Angehörige - strebt an, beim ersten telefonischen Kontakt zusätzlich die Eltern der unter 16-jährigen zu dem Take-In-Gespräch einzuladen. In der Regel leben die Jugendlichen noch bei den Eltern, diese sind daher wahrscheinlich über den Konsum des Kindes informiert. Zudem sind die Jugendlichen zu diesem Zeitpunkt noch minderjährig – die Eltern sollten über das weitere Vorgehen bzw. die Folgen des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz und die gesundheitlichen Risiken informiert werden. Viele Eltern haben Fragen bzgl. des Verfahrens oder der Risiken für ihr Kind. Auch andere Konflikte können angesprochen werden. Insgesamt kann sich der Berater einen ganzheitlichen Überblick über die Situation des Jugendlichen machen. Daraus folgt eine bessere Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs und somit eine fachlichere Beurteilung der Vermittlung in eine weiterführende Maßnahme. In der Regel führt eine Einbeziehung der Eltern mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu,

dass Folgetermine oder der Kurs wahrgenommen werden. Für zukünftige substanzmittelbezogene Probleme mit dem Jugendlichen ist die Hemmschwelle der Eltern eine Beratungsstelle aufzusuchen herabgesetzt. Des Weiteren hat die Kö16a die Erfahrung gemacht, dass Jugendliche bzw. auch die Eltern weiterhin zur Beratung kommen, wenn die Eltern in das In-Take-Gespräch eingebunden wurden. Somit ist die Hilfe auf einen längerfristigen Zeitrahmen angelegt. Daraus folgt, dass die Probleme nachhaltig behandelt werden und somit größere Erfolge in der Arbeit mit dem Klienten erzielt werden.

5.2.3 Ausführungen zum Thema

Das Konzept befasst sich mit auffällig gewordenen Jugendlichen, die im Besitz von Cannabis waren. Dabei wird auf freiwilliger Basis angeregt, eine bestimmte Suchtberatung aufzusuchen um einen günstigeren Verlauf des Verfahrens zu bewirken.

Dies ist allerdings nur durch eine gute Kooperation und die damit verbundene Vermittlung der Jugendlichen zwischen Beratungsstelle und Polizei möglich. Die Schwierigkeit, Kontakte zu konsumierenden Jugendlichen aufzubauen, ist damit wesentlich erleichtert.

Die Hauptpunkte von FreD sind frühzeitig, kurzfristig und freiwillig.

Das bedeutet, dass keine längerfristige Betreuung vorgesehen ist sondern im Vordergrund stehen die Informationsvermittlung und die Reflexion des Einzelnen bzgl. seines Konsums. Dies ist wichtig und sinnvoll und erzielt auch vorzeigbare Erfolge. Doch die Jugendlichen, die ein massives Risiko haben eine Abhängigkeit zu entwickeln, erreichen diese kurzfristig angelegten Maßnahmen nur wenig, denn nur durch Informationen und Reflexionen verändern besonders gefährdete Jugendliche nicht dauerhaft ihre Konsumgewohnheiten. Die einzige Möglichkeit, diese Jugendlichen zu erreichen, ist die Arbeit an den individuellen Problemen. Dafür sind Einzelgespräche notwendig. Das Konzept von FreD sieht nur eine kurzfristige Hilfe (höchstens 2 Monate bzw. Betreuung) vor. Jedoch ermöglicht diese Kurzintervention dem Berater, den Kontakt zu besonders gefährdete Jugendliche aufzubauen um langfristige Hilfemaßnahmen einzuleiten.

Um dem Jugendlichen individuell zu helfen, ist es in der Regel notwendig, systemisch zu arbeiten um seine persönliche Problemlage besser zu verstehen und an den Ursachen auch mit der ganzen Familie zu arbeiten.

5.3 Elternarbeit im Jugendhaus Dishley

„Das Jugendhaus Dishley ist eine vollstationäre Jugendhilfeeinrichtung mit 16 Plätzen für suchtmittelmissbrauchende und suchtmittelabhängige Kinder, Jugendliche und junge Volljährige im Alter von 12 bis 21 Jahren (SGB VIII §§ 34, 35a, 41).“ (URL1: Diakonie Stargard 2010)

Das Betreuungs- und Behandlungsangebot beinhaltet medizinische, therapeutische und sozialpädagogische Angebote. (vgl. ders.)

Das Jugendhaus befindet sich in dem Ort Friedland (Ortsteil Dishley, im Osten von Mecklenburg-Vorpommern. (vgl. ders.)

In der Einrichtung wird die Familie des konsumierenden Kindes bzw. Jugendlichen in die Arbeit mit dem Abhängigen eingebunden. (vgl. Haaß 2009, S. 1)

Das Familiensystem steht im Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass sich alle Familienmitglieder gegenseitig beeinflussen und zur Entwicklung des Jugendlichen beitragen. Ziel ist es, die entwicklungshemmenden Kreisläufe zu unterbrechen und neue Handlungsalternativen aufzuzeigen. (vgl. ders. S. 1)

Die Beziehung zwischen dem Jugendlichen und den Eltern soll verändert und verbessert werden. Des Weiteren ist Ziel, den Familienzusammenhalt und die elterlichen Erziehungskompetenzen zu stärken. Das bisherige Handeln soll reflektiert und neue Bewältigungsmuster entwickelt werden. (vgl. ders. S. 1)

Die Einrichtung unterstützt die Eltern dabei, ihre eigenen Probleme zu lösen, sollen aber auch in ihrem Bewusstsein gestärkt werden und ein Teil der Verantwortung übernehmen. (vgl. ders., S. 1)

In allen Formen der Familienarbeit stehen ressourcenorientierte Gespräche im Vordergrund, Gelungenes wird hervorgehoben und analysiert und verschiedene Möglichkeiten des Handelns besprochen. Neue Kommunikationsmuster zwischen den Eltern und den Jugendlichen sollen gefunden und entwickelt werden.

Gleichzeitig findet ein Austausch über die Erwartungen und Wünsche jedes Einzelnen statt und nach Lösungen wird gemeinsam gesucht. So soll eine Stärkung der Eltern- Kind-Beziehung angestrebt werden. (vgl. ders. S. 2)

Die Gespräche finden sowohl mit den Jugendlichen als auch mit den Eltern statt. Des Weiteren werden Eltern zu Fortbildungen, zum Coaching oder zur Elternhospitation eingeladen. Dabei wird vor allem das Erziehungsverhalten analysiert. (vgl. ders. S. 2)

6 Interviews

6.1 Ziel des Interviews

Im Folgenden werden drei Experteninterviews mit Mitarbeitern aus verschiedenen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen für Jugendliche in Hamburg geführt.

Diese sollen einen Einblick in die Praxis der Elternarbeit mit substanzmittelkonsumierenden Jugendlichen geben.

Um die aktuelle Situation einschätzen zu können wird zunächst in Erfahrung gebracht wie groß der Anteil der Elternarbeit in den verschiedenen Einrichtungen ist und welche Einschätzung die Experten bzgl. des Bedarfes der Eltern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben. In dem Zusammenhang soll herausgefunden werden, aufgrund welcher Hürden es nicht zu einem Kontakt zwischen Beratungsstelle und Eltern kommt.

Außerdem wird thematisiert, wie sich die Situation der Eltern substanzmittelkonsumierender Jugendlichen in der Praxis darstellt. Das heißt welche Probleme sie mit dem Jugendlichen aber auch selbst haben.

Anschließend wird der Fokus auf die konkrete Umsetzung der Elternarbeit in der Praxis gelenkt. In dem Zusammenhang spielt der Zugang bzw. die Kontaktaufnahme eine Rolle, das konkrete Hilfsangebot sowie die Kooperation mit anderen Institutionen. Dabei werden Schwierigkeiten hinterfragt, die in der Arbeit mit den Eltern auftreten.

6.2 Wahl des Erhebungsverfahrens

Um einen Einblick in die konkrete Umsetzung der Elternarbeit in der Praxis zu erhalten, möchte ich im Folgenden drei geführte Experteninterviews auswerten. Ich habe mich für ein qualitatives Interview entschieden, da die Tiefgründigkeit und der Inhalt des Gespräches und nicht die Auswertung von Mengenangaben im Mittelpunkt stehen. In dem Zusammenhang werde ich drei Experten befragen, die repräsentativ zum Thema Elternarbeit mit süchtigen und suchgefährdeten Jugendlichen Auskunft geben können.

Die formale Gestaltung der Interviews sieht folgendermaßen aus:

Anhand eines Fragebogens, der als Leitfaden dient, werden die Interviews mündlich geführt, mit einem Tonbandgerät aufgenommen um anschließend eine wörtliche Transkription der verbalen Gesprächserfassung anzufertigen.

Die Gespräche werden teilstrukturiert ablaufen. Der schriftlich festgehaltene Interviewleitfaden dient der Strukturierung und der einheitlicheren Befragung der Experten. Die Abfolge wird offen gestaltet, Zwischen- bzw. Nachfragen sind möglich. Dadurch wird dem Interviewer die Chance gegeben bei Unklarheiten oder dem Wunsch nach Vertiefung nachzufragen.

(vgl. Atteslander 2008, S. 71ff)

6.3 Inhalt und Struktur der Interviews

Der Interviewleitfaden (siehe Anlage 2) ist in drei Abschnitte eingeteilt. Dieser strukturiert das Interview anschaulicher und bietet dem Interviewer eine bessere Übersicht bzgl. der Fragestellungen und der Themenabhandlung im Gesprächsverlauf. Der erste Abschnitt der Befragung befasst sich mit der Einrichtung. Ziel ist es, allgemeine Informationen über die Beratungsstelle zu erhalten und eventuelle Besonderheiten festzustellen. Zudem soll ein lockerer Einstieg in das Gespräch erleichtert werden.

Der zweite Abschnitt befasst mit dem Klientel der Einrichtung, zum einen welches Klientel beraten bzw. betreut wird, zum anderen welche Suchtmittel vorwiegend von den Klienten konsumiert werden und welche Probleme die Jugendlichen neben der Suchtproblematik haben.

Der dritte Abschnitt befasst sich mit der Elternarbeit.

Dabei sind zentrale Themen:

- Anteil der Elternarbeit in der jeweiligen Einrichtung
- Zugang/Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle
- Hilfebedarf/-wunsch der Eltern
- Probleme mit den konsumierenden Kindern/eigene Probleme
- Hilfsangebote der Einrichtung für Eltern
- Stellenwert der Elternarbeit mit substanzmittelkonsumierenden Jugendlichen
- Schwierigkeiten in der Arbeit mit den Eltern
- Institutionen/Kooperationen

Das Interview beginnt mit geschlossenen Fragen um eine Übersicht über die Einrichtung und das Klientel zu gewinnen. Anschließend werden hauptsächlich offene Fragen an die Experten gestellt um Individualität, Befindlichkeiten und Probleme zu erfassen und keine Pauschalisierungen zu riskieren. Dadurch können unerwartete Bezugssysteme entdeckt und Themen angesprochen oder vertieft werden, die in der theoretischen Behandlung noch nicht sichtbar wurden. Außerdem weckt dieses Vorgehen das Interesse des Befragten am Interview, da es sich ähnlich wie ein Alltagsgespräch gestaltet.

Das Stellen offener Fragen hat allerdings zur Folge, dass die Interviews nicht eins zu eins ausgewertet werden können. Die Antworten lassen sich während des Gespräches in keine Antwortkategorien unterteilen, da die Befragten ihre Antworten selbständig formulieren. Erst später bei der Auswertung kann dieses teilweise vorgenommen werden. (vgl. Atteslander 2008, S. 71ff)

6.4 Auswertungsverfahren

Die Interviews werden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Anlage 6 – mobS; Anlage 7 - Kö16a; Anlage 8 – JuKO; Anlage 9 - Zusammenfassung der Interviews). (vgl. Mayring 2002, S. 114)

Das schriftlich festgehaltene Interview wird systematisch analysiert und die Aussagen der Experten auf das wesentliche reduziert. Ziel ist es, das vorhandene Material auf verschiedenen Abstraktionsebenen zusammenzufassen. In den drei Abstraktionsebenen wird schrittweise verallgemeinert. (vgl. ders. S. 114)

Zunächst werden zentrale Themen bzw. Fragekategorien festgelegt und als Überschriften in die Tabellen eingefügt.

Einzelne Texteinheiten des Interviews werden den Fragestellungen zugewiesen und anschließend in eine knappe inhaltlich beschränkte Form umgeschrieben, also paraphrasiert. Nichtinhalts tragende Textbausteine werden weggelassen. Die Sprache wird vereinheitlicht und in eine Kurzform transformiert.

Der nächste Schritt der Zusammenfassung ist die Generalisierung. In diesem werden die Gegenstände der Paraphrasen auf eine definierte Abstraktionsebene generalisiert. (vgl. Mayring 2008, S. 59 ff)

Im dritten Schritt, der Reduktion, werden bedeutungslose Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit weggelassen. Auch Paraphrasen, die nicht als

inhaltstragend angesehen werden können, werden gestrichen, ähnliche und inhaltsgleiche Paraphasen zusammengefasst. Durch den Schritt der Reduktion entstehen Hauptaussagen. (vgl. ders. S. 61)

Diese Reduktion wird bei allen drei Interviews vorgenommen. Anschließend werden die Hauptaussagen der Reduktion der jeweiligen Interviews in einer zusammenfassenden Auswertung schriftlich festgehalten um einen allgemeinen Überblick über die Aussagen zu gewinnen. Die Hauptaussagen werden nun wieder den jeweiligen Fragestellungen zugewiesen und mit römischen Zahlen gekennzeichnet um weiterhin sichtbar zu machen, welche Aussagen aus welchem Interview stammen.

Anschließend werden die reduzierten Aussagen schriftlich ausgewertet. Zunächst findet eine Vorstellung der interviewten Einrichtungen statt, auch in Bezug auf Besonderheiten in der Arbeit, dem Klientel und dem Anteil der Elternarbeit.

Ergänzend werden die Aussagen der Interviewten zusammengefasst. Falls Unterschiede aufgrund einer differenten Arbeitsweise auftauchen, findet ein Vergleich der Aussagen bzw. eine Gegenüberstellung statt. Ansonsten gelten die Experten als gleichrangig. Die Aussagen dieser werden zusammengefasst und in einem weiteren Schritt, vor allem in Verbindung mit dem aus der Theorie gewonnenen Hintergrundwissen bzgl. substanzmittelkonsumierender Jugendlichen und der Elternarbeit mit diesen analysiert und Ansätze für eine effektive Elternarbeit beschrieben.

6.5 Auswertung

6.5.1 Einrichtungen/Interviewpartner

Das erste Interview (Anlage 3) fand in der mobS, der mobilen Suchtberatung für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche und deren Angehörigen statt. Der Träger ist „therapiehilfe e.V.“.

MobS ist ein Projekt, das vorerst auf die Dauer von fünf Jahren angelegt ist und sich z.Zt. im dritten Jahr befindet. mobS hat zwei Standpunkte: Hamburg Nord und Hamburg Harburg. Beide Teams bestehen aus drei Mitarbeitern, vier Diplom-Sozialpädagogen einem Gesundheitswissenschaftler und einem Soziologen.

Das Besondere an der Beratungsstelle ist, dass sie neben der klassischen Beratung vor allem aufsuchende, also mobile Arbeit leistet. Die Mitarbeiter suchen die Klienten auf, in Jugendhäusern, auf der Straße oder machen Hausbesuche. Das Klientel der Einrichtung sind 14 bis 27-Jährigen (14-18-Jährige Deutsche, 14-27-Jährige Migranten) und deren Angehörige. Die Jugendlichen sind vorwiegend Schüler, Schulabbrecher, zudem vermehrt Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber.

Das Interview wurde zusammen mit jeweils einem Mitarbeiter der Einrichtungen Nord und Harburg am 30. Juni 2010 geführt.

Das zweite Interview (Anlage 4) fand in der Suchtberatung Kö16a - Kinder, Jugendliche, Angehörige - in Altona statt.

Der Träger der Einrichtung ist die freie Hansestadt Hamburg. Das Team besteht aus fünf Diplom-Sozialpädagogen.

Die Klienten kommen aus allen Stadtteilen von Hamburg.

Der Hauptschwerpunkt der Arbeit sind Cannabis und Alkohol konsumierende Kinder und Jugendliche. Die Einrichtung arbeitet mit einer Komm-Struktur. Dies funktioniert vor allem durch Auflagen. Der häufigste Zugang erfolgt über das FreD-Projekt (siehe auch Kapitel 5.2). Bei diesem bekommen polizeilich auffällig gewordene Jugendliche i.V.m. Cannabisprodukten die Auflage die Beratungsstelle der Kö16a zu einem Gespräch aufzusuchen und ggf. auch an andere Maßnahmen teilzunehmen.

Seit kurzem führt die Beratungsstelle das Halt-Projekt durch, wobei es um Jugendliche geht, die aufgrund einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert wurden.

Das Klientel der Beratungsstelle umfasst 12-21-Jährige. Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,5%; im Alter zwischen 15 und 17 Jahren tritt eine Häufung auf.

$\frac{3}{4}$ der Klienten sind männlich, $\frac{1}{3}$ weiblich. $\frac{1}{4}$ der Klienten haben einen Migrationshintergrund. Die Einrichtung besuchen Schüler aus allen Schulreformen, teilweise auch Jugendliche ohne Ausbildung.

Das Interview fand am 01.07.2010 statt.

Das dritte Interview (Anlage 5) wurde in der Einrichtung der JuKOs – Jugendberatung der KODROBS Altona durchgeführt.

JuKO ist ein Projekt, das auf die Dauer von fünf Jahren angelegt ist und sich z.Zt. im vierten Jahr befindet. Das Team besteht aus einem Diplom-Sozialpädagogen, einem Erzieher und einer Soziologin.

Der Träger der Einrichtung ist „jugend hilft jugend“.

Die Zuständigkeitsbereiche sind Bahrenfeld, Osdorf und Lurup.

Zum einen finden die Klientengespräche in den Räumen der Einrichtung statt, der größte Anteil der Arbeit ist jedoch aufsuchend. Sie haben viele Kooperationspartner, in dessen Institutionen bzw. Räumlichkeiten die Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen stattfindet.

Die Beratungsstelle ist zuständig für Jugendliche von 14 bis 27 Jahren (14-18 Jährige Deutsche, 14-27 Jährige Migranten) und deren Angehörige.

Hier werden viele Schulabbrecher und Jugendliche ohne Ausbildung, wenig Schüler und Auszubildende beraten.

Das Interview fand am 02.07.2010 statt.

Die drei Beratungsstellen sind zuständig für Jugendliche; die Kö16a auch für Kinder, die Substanzmittel konsumieren, suchtgefährdet oder abhängig sind. Alle drei beraten auch Angehörige.

Die Beratungsstellen mobS und JuKO haben bestimmte Zuständigkeitsbereiche, die Kö16a arbeitet stadtteilübergreifend, d.h. die Klienten kommen aus ganz Hamburg. mobS und JuKO arbeiten vorwiegend aufsuchend. Sie nehmen mit den Jugendlichen im Sozialraum Kontakt auf, dort wo sie sich aufhalten. Zu diesem Zweck arbeiten sie mit verschiedenen Kooperationspartnern zusammen, wie die Häuser der Jugend, Jugendclubs oder Straßensozialarbeit. Die Kö16a unterscheidet sich von den beiden anderen Einrichtungen durch die Komm-Struktur die vor allem aufgrund von Auflagen durch das Projekt FreD besteht. Durch diese unterschiedlichen Zugänge ist das differenzierte Klientel zu erklären. mobS und JuKO arbeiten in sogenannten Brennpunkten, in denen Schulabbrüche, keine Ausbildung, Arbeitslosigkeit und Migration weit verbreitet sind. Die Kö16a hingegen bekommt Klienten aus ganz Hamburg geschickt, die sich nicht unbedingt in diesen Brennpunkten aufhalten.

Die drei Einrichtungen setzen die Elternarbeit in unterschiedlicher Intensität und Inhalt um. Jedoch könnten die Beratungsstellen von der Arbeit der anderen neue

Erkenntnisse gewinnen. Daher wäre es sinnvoll sich in einem gemeinsamen Gespräch über die Effektivität und den Inhalt einer guten Elternarbeit auszutauschen um von der jeweils anderen Einrichtung zu profitieren.

6.5.2 Informationen der Interviews

Die Reduzierungen der Interviews befinden sich im Anhang: mobS – Anlage 6; Kö16a – Anlage 7; JuKO – Anlage 8; Zusammenfassende Auswertung – Anlage 9.

Die in der Theorie besagte Häufung des Konsums von Alkohol und Cannabis in der Jugendzeit wurde auch von den Experten bestätigt. Diese verwiesen zudem darauf, dass es in der Regel eine Primärdroge gibt, die die Jugendlichen konsumieren. Zusätzlich würden sie jedoch fast immer auch die andere Substanz zeitweise konsumieren. Das bedeutet, meist geht es um Mischkonsum.

Die Zugänge zu den Jugendlichen erfolgen auf unterschiedlichen Wegen. Bei mobS und JuKOs entsteht der Kontakt in der Regel durch aufsuchende Arbeit. Sie begegnen den Jugendlichen dort, wo diese sich aufhalten: in Jugendhäusern, auf der Straße. Diese Beratungsstellen haben demzufolge Kooperationspartner mit denen sie zusammenarbeiten und sind in diesen Einrichtungen präsent. Ziel ist es, erste Kontakte aufzubauen, sich gegenseitig kennen zu lernen, aber auch Jugendliche für das Thema Sucht zu sensibilisieren. Bei Bedarf sind Einzelgespräche möglich. Hilfe wird angeboten, wenn deutlich wird, dass eine Problematik vorliegt oder ein Interesse bzgl. der Aufklärung über Suchtstoffe besteht.

JuKO pflegt Kontakte zur Straßensozialarbeit um über diesen Weg Kontakt zu den Jugendlichen herzustellen.

Auch die mobS nimmt Kontakt zu Jugendlichen auf der Straße auf, macht sich bekannt und verteilt Flyer, damit Bedürftige Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen können. Hinzukommend machen sie Werbung für ihre Einrichtung in Zeitungen, auch in Fremdsprachen, um auch Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen.

Jede Einrichtung hat mehr oder weniger Verbindungen zu Schulen, denn dort besteht ein großer Hilfebedarf. Vor allem die mobS pflegt engen Kontakt zu Lehrern, die Schüler mit einer Auflage in die Beratungsstelle vermitteln.

Alle drei Beratungsstellen haben Verbindungen zur Jugendgerichtshilfe, die Jugendliche mit einer Auflage vermitteln.

Klienten, die polizeilich in Verbindung mit Cannabis auffällig geworden sind, werden gehäuft zur Kö16a mit einer Auflage vermittelt. Zum Teil sind es auch die Eltern, die Kinder in die Beratung schicken bzw. mit ihnen zur Beratung kommen, weil der Leidensdruck schon sehr hoch ist.

Ein Kooperationsbedarf zwischen Wohngruppen und Beratungsstellen besteht, befindet sich jedoch noch im Aufbau.

JuKOs macht darauf aufmerksam, dass ihr Bekanntheitsgrad sehr hoch ist und aufgrund der guten Internetpräsenz Klienten auf die Einrichtung aufmerksam werden.

Probleme der Jugendlichen, die die Experten beobachten, beziehen sich vor allem auf die Bereiche Schule bzw. Ausbildung und Familie.

Aus den schulischen Schwierigkeiten entwickelt sich eine Perspektivlosigkeit aus der wiederum Frustration resultiert. Hinzu kommen unrealistische Zukunfts- und Ausbildungsvorstellungen, die aufgrund von mangelnden Qualifikationen nicht erreichbar sind. Viele Klienten haben die Schule oder Ausbildung abgebrochen bzw. keine begonnen und sind arbeitslos.

Alle drei Beratungsstellen berichten von familiären Problemen und Konflikten. Häufig fehlt der Vater in der Familie. Die Mutter ist mit der Erziehung überfordert. Fragwürdige Erziehungsmethoden geben den Kindern wenig Orientierung. Insgesamt herrscht ein angespanntes Familienklima.

Die mobS betreut viele Migranten. Diese haben verstärkt Zukunftsängste, haben im Heimatland die Schule abgebrochen um mit den Eltern nach Deutschland einzuwandern. Sie sind ohne Schulabschluss, ohne Ausbildung und kennen sich zudem nicht mit dem deutschen Schulsystem aus. Hinzu kommen mangelnde Sprachkenntnisse, die einen Schulbesuch bzw. eine Ausbildung zusätzlich behindern. Außerdem haben sie Angst, wieder ins Heimatland zurück kehren zu müssen, da es Probleme mit der Aufenthaltsgenehmigung gibt.

Bei schwer konsumierenden Jugendlichen liegt häufig zusätzlich eine psychische Störung vor.

Die elterliche Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle erfolgt über die Bekanntmachung in Zeitungen, dem allgemeinen Bekanntheitsgrad aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit, der Internetpräsenz, häufig auch über Mundpropaganda. Dennoch finden Eltern selten eigenständig den Weg in die Beratungsstelle. Insgesamt leisten alle Einrichtungen Elternarbeit in unterschiedlichem Umfang und in unterschiedlicher Umsetzung.

Bei der Kö16a entstehen zusätzlich Elternkontakte durch die Jugendlichen, die aufgrund des FreD-Projektes kommen. Die Berater versuchen zu veranlassen, dass die Eltern der Jugendlichen unter 16 Jahren aber auch teilweise älter, zu dem Erstgespräch hinzukommen. Dadurch entstehen vermehrt Kontakte zu Angehörigen.

Insgesamt unterteilen alle Einrichtungen die Arbeit in zwei Gruppen. Einmal sind es Eltern, die beraten werden, ohne dass Kontakt zu ihrem Kind besteht. Die zweite Gruppe sind Eltern, deren Kinder bereits in der Einrichtung betreut werden.

Bei der mobS besteht zu $\frac{1}{5}$ der Eltern Kontakt deren Kinder in Betreuung sind. Zusätzlich werden auch Eltern beraten, ohne dass Kontakt zum Jugendlichen besteht.

Die Kö16a betreut jährlich ca. 30 Eltern langfristig und ca. 100 Eltern in Einmalberatungen (bei ca. 600-700 Klienten).

JuKO hatte 2009 85 Klienten, davon waren 11 Eltern. Zusätzlich beraten sie ca. 5-10 Angehörige in Informationsveranstaltungen im Frauencafé.

Insgesamt schätzen allein Einrichtungen den Bedarf der Eltern hoch ein; zum einen, da Eltern aktiv Hilfe suchen und zum anderen ein großer Aufklärungsbedarf bzgl. Drogen, Drogenkonsum und dem Umgang mit dem eigenen konsumierenden Kind besteht.

Diesen großen Hilfebedarf bestätigte der ASD des Jugendamtes in Gesprächen mit der Kö16a, jedoch fand bisher kaum eine Vermittlung dieser Eltern statt.

Der Wunsch der Eltern nach Hilfe scheint größer zu sein, als die Hilfe, die bisher geleistet werden konnte.

Dieses kann vor allem damit erklärt werden, dass Eltern der Begriff SUCHT-Beratung abschreckt. Mit Sucht assoziieren sie stigmatisierende, negativ belastete Szenarien, die sie nicht mit ihrem Kind verbinden. Zudem sind die Jugendlichen in den meisten Fällen nicht süchtig sondern nur gefährdet.

Des Weiteren haben Eltern Scham und das Gefühl versagt zu haben, auch Angst mit ihren Fehlern konfrontiert zu werden.

Häufig wollen Eltern nicht wahr haben, dass ein Problem besteht und versuchen es erst selbst zu händeln bis der Leidensdruck zu stark wird.

Die Eltern berichten von Schulproblemen ihrer Kinder, die sich im Leistungsabfall zeigen. Verstärkt klagen sie über eine emotionale Entfremdung. Die Beziehung zueinander hat sich verändert. Sie kommen nicht mehr an das Kind heran, wissen nicht mehr genau was es bewegt und was es tut. Die Peergroup wird immer wichtiger.

Des Weiteren berichtet die Kö16a über ihre Erfahrung, dass die Jugendlichen sich den Anweisungen der Eltern verweigern, entweder passiv oder aggressiv.

Unsicherheiten der Eltern in Erziehungsfragen kommen hinzu. Sie haben Probleme im Umgang mit ihrem pubertierenden Kind, sind überfordert. Zudem stellen sie unangemessene Ansprüche an das Kind. Der ambivalente Erziehungsstil ist geprägt von Inkonsequenz.

Häufig ist die Gesamtsituation in der Familie angespannt. Es herrscht wenig Kommunikation, die Eltern vermeiden es Konflikte auszutragen.

Die Eltern sind meist uninformiert über Suchtmittel, dessen Wirkung und Risiken. Zudem sind sie hilflos im Umgang mit den eigenen konsumierenden Kindern. Die Experten berichten, dass Eltern häufig selbst feste Konsummuster haben, die problematisch bezüglich einer Vorbildfunktion für das Kind zu betrachten sind. Selten liegt jedoch eine eigene Suchtmittelstörung vor.

Zu den Hilfsangeboten für Eltern gehören Informationsveranstaltungen in denen die Eltern über das Thema Sucht, das Suchthilfesystem und den Umgang mit dem eigenen konsumierenden Kind aufgeklärt werden.

Zum einen wird eine klassische Beratung angeboten, die kurz- oder langfristig angelegt sein kann. Beraten werden Jugendliche, Angehörige separat, aber auch

in gemeinsamen Gesprächen. Berater vermitteln auch in spezifische Institutionen, falls eine weiterführende Hilfe notwendig ist.

MobS arbeitet gemeinsam mit Jugendlichen und Eltern, indem sie als Moderatoren und Vermittler zwischen den Parteien tätig werden.

JuKOs sprechen mit Eltern und Kindern parallel bei verschiedenen Beratern.

Gegebenenfalls finden anschließend gemeinsame Gespräche mit den Eltern/dem Elternteil und dem Jugendlichen statt, in denen sich die jeweiligen Berater parteilich verhalten unter der Berücksichtigung der Gesamtsituation.

Die Kö16a arbeitet vor allem systemisch, betrachtet den Jugendlichen mit Einbeziehung der Eltern/des Elternteils als Ganzes und versucht eine Veränderung der Situation und der Einstellung durch die Arbeit mit der ganzen Familie zu erzielen.

In die Arbeit der Beratungsstellen werden verschiedene Institutionen einbezogen. Zum einen bekommen die Einrichtungen Klienten über die Jugendgerichtshilfe als Auflage. Verschiedene Jugendeinrichtungen werden integriert, in denen eine aufsuchende Arbeit stattfindet. Dieses passiert ebenfalls mit der Straßensozialarbeit. Der ASD ist außerdem ein Kooperationspartner der Klienten teilweise an die Beratungsstellen vermittelt. Eine gegenseitige Vermittlung findet zwischen Adelante (Hilfe zur Erziehung) und der JuKO statt. In Planung sind Kooperationen mit Jugendwohngruppen.

Schwierigkeiten in der Arbeit mit den Eltern sind vor allem die hohe Erwartungshaltung an den Berater und einer schnellen Veränderung. Zudem zeigen die Eltern selbst nur wenig Bereitschaft für eine Mitarbeit. Sie haben die Hoffnung, die Berater können das Kind verändern oder ihnen konkrete Anweisungen für den Umgang mit ihrem Kind liefern.

Häufig sind Eltern nicht bereit eigene Aufwendungen in einen Wandel der Situation zu investieren. Zudem kommen bei Migranteltern erhebliche Sprachschwierigkeiten hinzu.

Insgesamt bewerten alle befragten Experten die Bedeutung der Elternarbeit mit substanzmittelkonsumierenden Jugendlichen hoch. Sie äußern, dass eine Nachhaltigkeit und langfristige Erfolge nur durch die Einbindung der Eltern möglich

sein. Zudem ergibt sich für die Familie eine Chance, ein neues Problembewusstsein zu entwickeln und somit Veränderungen innerhalb der Familie zu ermöglichen.

Die Kö16a äußert, dass vor allem der Stellenwert der Elternarbeit bei jüngeren Jugendlichen groß ist, da diese noch im Haushalt der Familie leben und sich gegenseitig beeinflussen.

Die Elternarbeit bleibt immer wichtig, denn sie kann auch in einem Ablöseprozess eine Unterstützung zu einem besseren Verlauf und einer gesunden Entwicklung führen.

Zu der Frage der unausgeschöpften Möglichkeiten äußerte mobS, dass das Thema Sucht kein Tabu-Thema mehr sein sollte, thematisiert werden muss und Präventionsveranstaltungen stattfinden sollten.

Die Kö16a berichtet von einer Hausparty in NRW. Ausgangspunkt sind Eltern, die in der Beratung von anderen hilfesuchenden Bekannten berichten und ein Hilfebedarf festgestellt wird. Diese werden zu den betreuten Eltern eingeladen, ein Mitarbeiter der Suchtberatung kommt zum Gespräch hinzu. So wird die Hürde, in eine Beratungsstelle zu gehen, übersprungen.

Die JuKO berichtet von Nachbarschaftstreffs, eine Art Selbsthilfegruppe für Angehörige im Frauencafé, die sich allerdings ohne Anleitung treffen.

Von der mobS wird angemerkt, dass weitere Schutzfaktoren gefördert werden müssen um Jugendliche trotz familiärer Risikofaktoren vor einer Suchtentwicklung zu schützen. Zudem ist es wichtig den Fokus nicht nur auf den Risikofaktor Familie zu lenken, sondern auch andere Einflüsse zu betrachten.

6.5.3 Auswertung der Interviews

In der Praxis weisen die Experten im Zusammenhang mit suchgefährdeten und süchtigen Jugendlichen vor allem auf schulische und familiäre Probleme hin.

Diese Diplomarbeit behandelt das Thema Schule nicht ausführlich aber ohne Frage stellen Misserfolge in der Schule einen Risikofaktor dar, der eine Suchtentwicklung fördern kann. Aber auch umgekehrt hat Suchtverhalten Einfluss auf die Schule. Süchtige entwickeln eine Gleichgültigkeit, auch gegenüber den Schulanforderungen, Leistungsversagen bis hin zu Schulabbrüchen ist die Folge.

Die Berater sprechen von einer Frustration die sich bei den Jugendlichen aufbaut. Lehrer aber auch Eltern üben Druck aus; überhöhte Forderungen entsprechen häufig nicht dem Leistungsvermögen. Eltern sollten ihrem Kind Hilfe und Unterstützung geben, ihnen Mut machen und ihnen das Gefühl geben trotz Misserfolgen in der Schule über Kompetenzen zu verfügen die sie liebenswert machen.

Der Großteil der Elternarbeit in Beratungsstellen betrifft alleinerziehende Mütter. Diese sind häufig überfordert mit der Erziehung des pubertierenden Kindes. Manchmal fällt es ihnen schwer, vor allem bei Jungen, eine Ablösung vom Kind zu akzeptieren. Die Mütter fühlen sich allein und überfordern das Kind indem sie dem Partnerersatz dienen und mit Erwachsenenproblemen konfrontiert werden. In anderen Fällen schenken die Mütter ihrem Kind zu wenig Aufmerksamkeit, da sie stark mit ihrem eigenen Leid beschäftigt sind und die Bedürfnisse des Jugendlichen nicht wahrnehmen.

Bei Mädchen nimmt die Mutter manchmal die Rolle der Freundin ein und verliert dabei die Mutterrolle. Das führt dazu, dass die Mädchen die Mütter nicht mehr als Autoritätsperson betrachten, die Grenzen setzen und Freiräume gewähren muss. Alleinerziehende Mütter haben statistisch betrachtet ein stärkeres Risiko eine psychische Störung zu entwickeln. Falls der Berater dieses vermutet, sollte er ihr zu einer weiterführenden Hilfe raten.

Wenn Eltern in die Beratung kommen, haben sie häufig große Probleme mit der emotionalen Entfremdung zwischen ihnen und ihren pubertierenden Kindern und versuchen diesen entgegenwirken.

Auch kommt es vermehrt zu Konflikten zwischen Kind und Eltern aufgrund der pubertären Stimmungsschwankungen, die ein Resultat aus der Kombination von hormonellen Veränderungen und situativen Faktoren ist. Zudem gewinnen sie an emotionaler Reife, die eine eigenständigere Einschätzung von Situationen zur Folge hat. Dieses selbstbestimmte Denken und Handeln und der Wunsch nach Abgrenzung von den Erwachsenen, lässt viele Streitigkeiten entstehen.

Mit dieser Entwicklung sind viele Eltern überfordert, fühlen sich handlungsunfähig und haben Schwierigkeiten die neue Situation zu akzeptieren.

Zudem herrscht in den Familien häufig ein ambivalenter Erziehungsstil, der dazu führt, dass die Eltern keine klaren Positionen beziehen, inkonsequent in ihren Entscheidungen sind oder Uneinigkeit zwischen den Eltern herrscht, was eine Verunsicherung des Jugendlichen zur Folge hat bzw. von ihm ausgenutzt wird. Daher ist es sinnvoll die Eltern in ihren Erziehungs Kompetenzen und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken.

Die Rolle des Beraters sollte zunächst sein, in Gesprächen den Eltern die Hintergründe der pubertären Reaktionen der Jugendlichen zu erklären und verdeutlichen dass verstärkte Spannungsverhältnisse aber auch die emotionale Entfremdung voneinander ein normaler Prozess sind. Ein weiteres Thema, ist die Wichtigkeit in dieser Zeit trotz der vermehrten Konflikte für die Kinder da sein und einen einheitlichen konsequenten Erziehungsstil zu verfolgen. Regeln und Grenzen sollten eingehalten und gleichzeitig dem Jugendlichen Freiräume gewährt werden. Dies ist für viele Eltern ein schmerzlicher Prozess.

Zusätzlich sollte daran gearbeitet werden, dass die Eltern eine entspannte Einstellung gegenüber den überhitzten Reaktionen ihres Kindes erlangen.

Trotz der Ablösung der Kinder müssen die Eltern weiterhin für den Jugendlichen da sein, ihm ermöglichen die Entwicklungsaufgaben selbstständig zu bewältigen, aber auch Hilfestellungen geben um eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten. Ein Thema, das ergänzend in der Beratung angesprochen werden sollte, ist der Konsum der Eltern. Es ist relevant zu erklären, dass der eigene Substanzmittelgebrauch Einfluss auf den des Pubertierenden hat und Eltern sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sein sollten; ggf. kann der eigene problematische Konsum besprochen und eine Veränderung angedacht werden.

Liegt jedoch eine Abhängigkeitserkrankung in der Familie vor, sollten die Beteiligten darauf hingewiesen werden, dass für die Jugendlichen ein verstärktes Risiko einer Suchtentwicklung besteht. Ist ein Elternteil selbst betroffen, sollte dieser motiviert werden, selbst Hilfe in einer Suchthilfeeinrichtung für Erwachsene aufzusuchen.

Liegt eine Abhängigkeit beim Jugendlichen vor, sollte der Berater darauf achtgeben, ob sich eine Co-Abhängigkeit bei den Eltern oder einem Elternteil manifestiert hat. Dann ist es sinnvoll mit den Eltern daran zu arbeiten, dass die Erkenntnis reift, dass sie durch ihr Handeln bzw. Unterlassen zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen. Der Berater muss weiterhin den

Angehörigen die Schulgefühle nehmen, um sie wieder handlungsfähig zu machen und aktiv etwas zu verändern.

Auch Migranten haben ein erhöhtes Risiko eine Sucht zu entwickeln, wenn sie kaum positive Zukunftsperspektiven haben, die Schulen/Ausbildung abgebrochen und wenige Chancen haben diese wieder aufzunehmen bzw. zu bestehen, vor allem aufgrund ihrer mangelnden Sprachfähigkeiten.

In Beratungsstellen, in denen Migranten einen Großteil der Arbeit ausmachen, ist es sinnvoll Mitarbeiter zu beschäftigen, die über gute Fremdsprachenkenntnisse verfügen. Jedoch kann der Bedarf nicht abgedeckt werden. Daher wird es schwierig bleiben mit Migranteneltern zu arbeiten.

Sie nehmen aufgrund ihrer mangelnden Sprachkenntnisse seltener Kontakt zu einer Beratungsstelle auf. Laut der mobS besteht jedoch ein großer Hilfebedarf.

Daher ist es sinnvoll Angebote außerhalb der Beratungsstelle zu integrieren.

Die Hilfe kann innerhalb des Stadtteiles, in Nachbarschaftstreffs oder Hauspartys stattfinden. Dort können sie, unter Anleitung eines Suchtberaters, Probleme unter Gleichgesinnten in ihrer Heimatsprache austauschen.

Um eine positive Entwicklung der Jugendlichen zu fördern, ist es wichtig die Migranteneltern über ihre Möglichkeiten wichtiger Ämterbesuche aber auch über das deutsche Schulsystem aufzuklären, um Nachteile für ihre Kinder aufgrund der defizitären Sprachkenntnisse der Eltern zu vermindern und einen Schulbesuch oder Ausbildungsbeginn zu ermöglichen.

Der Zugang der Eltern zur Beratungsstelle erfolgt durch eine eigenständige Kontaktaufnahme oder durch den Jugendlichen, der sich bereits in Beratung befindet. Eine weitere Möglichkeit ist, dass Eltern vom Jugendamt oder der Schule geschickt werden oder Eltern ihre Kinder zur Beratungsstelle aufgrund einer Auflage begleiten.

Nehmen die Eltern selbst den Kontakt auf, findet dies in der Regel telefonisch statt. Da es verschiedene Beratungsstellen in Hamburg für suchtmittelkonsumierende Jugendliche und dessen Angehörige gibt, teilweise mit Einschränkungen für bestimmte Stadtteile, ist es wichtig die eigene Beratungsstelle auf unterschiedlichen Wegen anzupreisen.

Das geschieht durch die Präsentation in den Stadtteilen in Form von Informationsveranstaltungen im Stadtteil und in Schulen um den allgemeinen

Bekanntheitsgrad zu erhöhen. Darüber hinaus können Hinweise in Anzeigen in Zeitungen inseriert werden. Besonders die Internetpräsenz ist wichtig, da viele Eltern über diesen Weg nach Kontaktdaten der Einrichtungen suchen. Um die Hemmschwelle eines Erstkontaktes über das Telefon herabzusetzen bietet sich eine Onlineberatung für Angehörige an. Sie erhalten unverbindlich Informationen bzw. Hilfe, können bei Bedarf ein Beratungsgespräch vereinbaren.

Nimmt der Elternteil dann persönlich Kontakt zur Beratungsstelle auf, ergibt sich die Möglichkeit eines informativen Gespräches über Suchtmittel und den Umgang mit dem eigenen konsumierenden Kind.

Bei Bedarf kann der Elternteil auch längerfristig beraten werden. Daher sollte im Erstgespräch aktiv ein Beratungsangebot gemacht werden.

Der Berater sollte versuchen den Jugendlichen ebenfalls in die Beratung einzubinden um ein ganzheitliches Bild der Situation zu erhalten und gemeinsam Lösungsansätze für das Problem zu erarbeiten.

Wenn der Jugendliche dies jedoch verweigert, kann auch nur mit den Eltern bzw. dem Elternteil eine längerfristige Beratung erfolgen. Hier spielt dann in erster Linie der Umgang mit dem konsumierenden Kind eine Rolle der im Zusammenhang mit einer Veränderung der eigenen Verhaltensweisen steht.

Weitere Hilfsangebote könnten Informationsveranstaltungen für Eltern zum Thema Sucht und dem Umgang mit dem eigenen konsumierenden Kind sein.

Diese Angebote können in Beratungsstellen stattfinden, wobei fraglich ist wie erfolgreich solch eine Veranstaltung besucht würde, da dies aus Sicht der Eltern als Geständnis für eine Substanzmittelstörung ihres Kindes gedeutet werden könnte. Für diese Art von Veranstaltungen bietet sich eine regelmäßige Zusammenarbeit mit den Schulen an, da hier optimale Voraussetzungen zur Kontaktaufnahme gegeben sind. Alle Kinder gehen in die Schule, alle Eltern sind über die Schule erreichbar. Schule könnte der Hauptzugang zu den Eltern sein. Das erfordert eine enge, kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Beratungsstelle und Schule.

Thematische Elternversammlungen zu Sucht und Drogen könnten regelmäßig einmal im Jahr in bestimmten Klassenstufen angeboten werden.

Die erste Veranstaltung sollte in einem Alter, in dem die Kinder kaum Erfahrungen mit Suchtmitteln gemacht haben, vor dem 14. Lebensjahr, also in Klasse 7, stattfinden.

Die Eltern werden über einen „normalen“ Umgang der Kinder mit Suchtmitteln aufgeklärt, aber auch darauf hingewiesen welche Aufgaben und Einflüsse sie als Eltern haben, dem Kind einen verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln beizubringen.

Etwa zwei, drei Jahre später, wenn Jugendliche schon Drogenerfahrungen gesammelt haben und evtl. ein problematischer Umgang erfolgt, sollte eine zweite Veranstaltung erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt kann explizit auf Probleme im Umgang mit dem konsumierenden Kind eingegangen werden. Eltern werden sich in dieser Runde aus Scham nicht outen, doch falls sie das Thema persönlich tangiert, ist die Hemmschwelle, Kontakt zu einer Beratungsstelle aufzunehmen, herabgesetzt. Daher ist es wichtig, dass der Berater den Eltern ein konkretes Hilfsangebot unterbreitet und die Möglichkeiten und Verfahrensweisen der Beratung erklärt.

Um Eltern Hemmungen, eine Sucht- und Drogenberatungsstelle aufzusuchen zu nehmen, können die Berater in den Elternversammlungen die „Phasen der Elternbefindlichkeiten“ erläutern (siehe Anhang, Abbildung 1) und den Eltern zeigen, dass alle Betroffenen die einzelnen Abschnitte, wie z.B. Leugnung, Vertuschung, Verhandlungen, Schuldgefühle durchleiden und am Ende die Bemühungen in der Kapitulation enden.

Ziel ist, die Eltern davon zu überzeugen, dass sie diesen Prozess ganz bewusst verkürzen können und sich so früh wie möglich Fachleuten anvertrauen. Das erspart viel Leid und Zeitverlust und die Erfolgchancen sind wesentlich höher. Dieses Vorgehen, gepaart mit der Erläuterung, dass es vielfältige Ursachen für den Drogenkonsum Jugendlicher gibt und nicht zwingend auf das Versagen der Eltern zu reduzieren ist, bietet eine wesentliche Grundlage dafür, die Eltern als Partner zu gewinnen.

Die Gestaltung der Elternberatung ist vor allem abhängig von dem Ziel, das der Berater verfolgt. Sollen die Probleme des Jugendlichen und der Eltern/des Elternteils separat besprochen werden, bietet sich eine parallele Beratung an.

Eine gemeinsam gestaltete Beratung ermöglicht jedoch Erkenntnisse der Situation breiter zu erfassen, ein ganzheitlicheres Bild der Problematik zu erstellen. So wird der Jugendlichen als Teil eines Systems betrachtet, in dem sich sein Handeln und das der Eltern gegenseitig beeinflussen. Dieser Ansatz hat das Ziel, verfestigte Muster aufzubrechen, das Problem neu zu betrachten. So können gemeinsam neue Lösungsansätze vereinbart werden, die nachhaltig zu einer Veränderung der Situation führen. Daher erzielt der systemische Ansatz langfristige Erfolge.

Es gibt jedoch auch Fälle in denen die Jugendlichen nicht zu einer gemeinsamen Beratung bereit sind. Dann bietet es sich an, mit den Eltern allein zu sprechen und evtl. ein Informationsgespräch zu führen.

Zeigen diese Eltern Eigenmotivation, kann ein Elterncoaching angeboten werden. In diesem soll das Selbstvertrauen der Eltern in die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden. Unter systemischen Gesichtspunkten wird der Blick auf positives Seiten der Problemgeschichte gelenkt, auf das bisher gelungene um so ein neue Beziehungsdefinition zu ermöglichen. Ziel ist es mit den Eltern daran zu arbeiten ihr eigenes Verhalten zu verändern, verfestigte Muster aufzubrechen damit sich das Verhalten des Kindes ändern kann.

Die Berater einer Suchthilfeeinrichtung können Eltern aufzeigen welche Möglichkeiten und Veränderungen sie in ihrer Erziehung vornehmen können. Wenn jedoch gravierende Defizite bestehen, die die Aufgaben des Beraters übersteigen, sollten diese versuchen, die Eltern in eine Erziehungsberatung zu vermitteln oder sie dazu motivieren, eine Hilfe zur Erziehung beim ASD zu beantragen um speziellere Hilfe zu bekommen.

Wichtig ist aber auch Kinder bzw. Jugendliche zu fördern, sodass sie Schutzfaktoren gegen eine Sucht entwickeln, wie z.B. eine hohe Eigenaktivität, positives Klassenklima, Freundschaften zu Gleichaltrigen und Informationen über Risiken des Drogenkonsums.

Der Stellenwert der Elternarbeit ist sehr hoch und der Bedarf in großem Umfang vorhanden.

Eltern sind die primäre Sozialisationsinstanz und haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung ihres Kindes, können jedoch auch einen Risikofaktor für die Suchtentwicklung des Jugendlichen darstellen.

Die Bedeutung der Elternarbeit ist vom Alter des Kindes abhängig. Je jünger der Jugendliche ist, desto mehr Einfluss haben die Eltern noch. Sie leben in der Regel zusammen, das Kind orientiert sich noch stark an den Eltern, die Peergroup hat noch nicht so einen hohen Nachahmungswert.

Jedoch bleibt die Arbeit mit den Eltern substanzmittelkonsumierender Jugendlicher auch bei älteren Jugendlichen wichtig. Konflikte zwischen Eltern und Kindern wirken sich auch weiterhin negativ auf das Wohlbefinden und die Entwicklung des Jugendlichen aus. Daher sind eine Vermittlung zwischen den Parteien und die gemeinsame Suche nach Lösungen in einem Beratungsgespräch ratsam.

Fakt ist, dass nachhaltigere Erfolge erzielt werden, wenn Eltern in die Beratung einbezogen werden. Jedoch bedeutet es nicht, dass eine gute Elternarbeit eine Garantie für die Lösung der Suchtproblematik des Kindes ist, denn die Familie stellt nicht den einzigen Risikofaktor dar. Daher ist es wichtig den Blick auch auf andere Einflüsse zu lenken um ein ganzheitliches Betrachtung der Problematik zu entwickeln.

Es gibt Familien bzw. Eltern die nicht erreicht werden können, dessen muss man sich bewusst sein.

Einige Eltern wollen keine Hilfe annehmen. In gravierenden Fällen ist es dann Sache des Jugendamtes, Maßnahmen zu vollziehen, wenn die Entwicklung des Kindes gefährdet ist.

Wenn Eltern die Zusammenarbeit verwehren ist es notwendig, nur mit dem Jugendlichen zu arbeiten, nach Lösungswegen zu suchen, damit er mit der Situation umzugehen lernt bzw. um sich vom Elternhaus abzulösen.

7 Zusammenfassung

Der Konsum von Drogen, wenn er in den Missbrauch übergeht, ist immer problematisch.

Jugendliche sind besonders gefährdet eine Anhängigkeit zu entwickeln.

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen körperlichen Reife und der massiven Veränderungen im Gehirn, haben Jugendliche ein schnelleres

Abhängigkeitspotential. Zudem verursacht exzessiv betriebener

Suchtmittelkonsum strukturelle und funktionale Schädigungen des Gehirns.

Viele Jugendliche betreiben Alkohol- und Cannabismissbrauch.

Daher sind Maßnahmen, die einen gesunden Konsum fördern, wichtig.

Die Jugendzeit ist gekennzeichnet durch vielfältige Entwicklungsaufgaben, die bewältigt werden müssen. Schwierigkeiten bei der Bearbeitung wirken sich negativ auf das Wohlbefinden und die Entwicklung des Jugendlichen aus, was eine Abhängigkeitsentwicklung fördert.

Das Erlernen des verantwortungsvollen Umgangs mit Suchtmitteln ist selbst auch eine Entwicklungsaufgabe. Die Jugendlichen machen erste Erfahrungen, testen ihre Grenzen aus, wollen sich damit von den Erwachsenen abgrenzen. Dabei lernen sie, welchen Nutzen der Konsum für sie haben kann, machen häufig aber auch negative Erfahrungen. Daraus resultiert der zukünftige Umgang der Jugendlichen mit Suchtmitteln.

Es gibt zudem verschiedene Risikofaktoren, die eine Suchtentwicklung fördern.

Zu denen gehören z.B. Persönlichkeitsmerkmale, genetische Ursachen, die Peergroup, die Verfügbarkeit der Droge, gesellschaftliche Akzeptanz und die Schule, großen Anteil haben die Eltern.

Die Familie ist die primäre Sozialisationsinstanz.

Eltern haben großen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Kinder. Je jünger die Jugendlichen sind, desto größer ist dieser. Mit zunehmendem Alter orientieren sie stärker nach außen, die Peergroup wird wichtiger. Jedoch haben die Eltern auch später noch Einfluss, da sie mit dem Jugendlichen in einem gemeinsamen Haushalt leben und sich gegenseitig beeinflussen.

Verschiedene familiäre Gegebenheiten können das Wohlbefinden und die gesunde Entwicklung des Kindes positiv oder negativ beeinträchtigen, also als Risiko- oder Schutzfaktoren wirken und damit eine Substanzmittelabhängigkeit fördern bzw. davor schützen.

Im Risikofall brauchen Eltern Hilfe und Unterstützung um eine störungsfreie Entwicklung ihres Kindes zu gewährleisten. Diese können sie durch Fachleute in Beratungsstellen erhalten.

Alle befragten Experten bestätigen, dass die Zusammenarbeit mit den Eltern suchtmittelgefährdeter Jugendlicher in jedem Alter äußerst wichtig ist und auch ein Bedarf der Eltern besteht. Die Expertenbefragung zeigt, dass in Hamburg auf diesem Gebiet Angebote existieren. Die Aufklärung der Eltern erfolgt über Informationsveranstaltungen und in Einmalberatungen. Angebote für Eltern in Form von kurz- und langfristiger Beratung bestehen, werden aber zu wenig wahrgenommen.

Wenn die Eltern den Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen, haben sie über Presse, Flyer, Mundpropaganda oder auch Informationsveranstaltungen von dieser Einrichtung erfahren. Eine immer größere Rolle spielt das Internet, Angebote hier sollten unbedingt ausgebaut werden.

Häufiger gelingt es Beratungsstellen, Eltern über den schon betreuten Jugendlichen zu erreichen, der über Auflagen, aufsuchende Angebote oder selbst hilfesuchend in die Beratungsstelle gekommen ist.

Einen optimalen Erfolg für eine langfristige Veränderung der Konsummuster des Jugendlichen, ist immer die systemische Arbeit. Diese ermöglicht dem Berater eine ganzheitliche Betrachtung des Problems und eine gemeinsame Suche nach effektiven Lösungsansätzen. Aus diesen Gründen ist die Einbindung der Eltern unverzichtbar.

Ein weiterer wichtiger Bereich der Elternarbeit sind außerhalb der Beratungsstelle stattfindenden Aktionen, wie z.B. Nachbarschaftstreffs, sogenannte Hauspartys oder Selbsthilfegruppen für Angehörige konsumierender Jugendlicher, die unbedingt von einer Fachkraft angeleitet werden sollten.

Es ist nicht möglich alle Eltern zu erreichen, denn es gibt Sorgeberechtigte, die eine Beratung ablehnen oder kein Problem wahrnehmen. Dann ist es notwendig mit dem Jugendlichen allein nach Lösung seiner Probleme zu suchen.

Nach wie vor ist die Elternarbeit vor allem quantitativ nicht befriedigend. Die Frage, wie bekomme ich Zugang zu den Eltern, ist ein Hauptproblem. Für Eltern scheint es eine große Überwindung zu sein eine Suchtberatung aufzusuchen. Vor allem schreckt sie der Begriff Sucht ab, da dieser stigmatisierend wirkt und nicht mit dem eigenen Kind assoziiert wird. Vorteilhafter wäre daher ein allgemeinerer Begriff wie Jugendberatung.

Eltern sind am effektivsten über die Schule zu erreichen. Für Schüler gibt es Unterrichtsprojekte zum Thema Sucht- und Drogen, für Eltern kaum Angebote. Hier wären thematische Elternversammlungen durch Fachleute der Beratungsstelle angebracht. Diese könnten dazu beitragen die Hemmschwelle der Eltern für eine Kontaktaufnahme herabsetzen.

Solch ein Zusammenwirken der Suchtberatungsstellen mit den Schulen beinhaltet primäre Prävention, die für Beratungsstellen meist nicht vorgesehen ist, aber von Vorteil wäre, weil sie von Fachkräften und auf direktem und kurzem Weg geschehen würde. Dies müsste in Zukunft strukturell geklärt werden.

Quellenverzeichnis

Asanger, Roland/Wenninger, Gerd (Hrsg.): Handwörterbuch Psychologie. Weinheim 1999.

Atteslander, Pater: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin 2008.

Baacke, Dieter: Die 13- bis 18jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters. Weinheim und Basel 2000.

Blum, Cornelia: Drogenarten. In: Arnold, Helmut/ Schille, Hans-Joachim (Hrsg.): Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder – Handlungskonzepte – Praxisschritte. Weinheim und München 2002, S. 79-99.

Böhnisch, Lothar/Schille, Hans-Joachim: Familienstruktur und Drogengebrauch. In: Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder- Handlungskonzepte-Praxisschritte. Weinheim und München 2002, S.199-207.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Alkohol? Kenn dein Limit. Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Toisdorf-Spich 2009.

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Köln 2008.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung Alkoholismus bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Köln 2009.

Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung: Sucht. URL: <http://www.drugcom.de/?uid=0e7cb0bb3c5ad63f937a346bc3e9bd32&id=drogenle&sub=19%20&idx=119#eintrag> [Stand 30.03.2010]

Cierpka, Manfred: Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin 1995.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.(Hrsg.): Alkohol. Sucht und ihre Stoffe. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe. Hamm, 2000 a.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.(Hrsg.): Cannabis. Sucht und ihre Stoffe. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe. Hamm 2000 b.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Die Drogenaffinität in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Köln 2009.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Informationen zur Suchtkrankenhilfe. Selbsthilfe Sucht. Möglichkeiten-Grenzen-Perspektiven. Hamm 2001.

Engel, Uwe/Hurrelmann, Klaus: Was Jugendliche wagen. Eine Langzeitstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim und München 1994.

Farke, Walter: Alkohol – Einflüsse der Peergroup. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 207-213.

Fend, Helmut: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Wiesbaden 2000.

Franz, Matthias: Kinder mit alleinerziehenden Eltern, In : Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 149-158.

Gemeinhardt, Brigitte: Familienbezogene Interventionen. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 421-430.

Gerrig, Richard J./Zimbardo, Philip G.: Psychologie. München 2008.

Grundmann, Antje: Drogenkonsum und Suchtprävention bei Jugendlichen. Sinngehalt von Prävention und Intervention an einem ausgewählten Beispiel. Frankfurt am Main 1998.

Haaß, Christoph: Konzept der Familienarbeit im Jugendhaus Dishley. Dishley 2009.

Hallmann, Hans-Jürgen: Problematische Sozialisation. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 300-307.

Haushahn, Hermann: Jugendalkoholismus. Möglichkeiten der Prävention und der Sozialpädagogischen Intervention. Frankfurt am Main 1996.

Heckmann, Wolfgang: Drogentherapie in der Praxis. Weinheim 1991.

Hurrelmann, Klaus: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim und München 2007.

Hurrelmann, Klaus/Bründel, Heidrun: Drogen Gebrauch, Drogen Missbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. Darmstadt 1997.

Jordan, S./Sack, P.-M.: Schutz- und Risikofaktoren. In: Thomasius, Rainer/Küstner/Markwort (Hrsg.): Suchtstörungen im Kinder- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 127-138.

Klein, Michael: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 114-124.

Koglin, Ute/Petermann, Franz: Vorlaufsyndrome von Suchtstörungen. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 61-69.

Kuntz, Helmut: Cannabis ist immer anders. Haschisch und Marihuana: KonsumWirkung-Abhängigkeit. Weinheim und Basel 2002.

Landschaftsverband Westphalen-Lippe, Gesundheitsabteilung Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.): Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD. Ein (sekundär-)präventives Konzept zur Frühintervention und seine Umsetzung in Kooperation von Drogenhilfe, Polizei, Staatsanwaltschaft und Jugendamt. Münster 2003.

Leppin, Anja: Alkoholismus und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Determinanten. In: Leppin, Anja/Hurrelmann,

Lieb, R.: Genetische Disposition und familiärer Kontext. In: Thomasius, Rainer/Küstner, Udo J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen Therapiepraxis Prävention. Stuttgart 2008, S. 3-12.

Mayring, Philipp: Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel 2002.

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel 2008.

Northoff, Robert: Rechtspsychologie. Anwendungsorientierte Grundlagen der Arbeits- und Konfliktbewältigung für Rechtswesen Sozialwesen Polizeiwesen. Bonn 1996.

Sack, P.-M./Petersen, K.U./Thomasius/R.: Der Suchtbegriff. In: Thomasius u.a. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 3-20.

Sack, P.-M./Thomasius, R.: Aus der Praxis C: Besondere pathogenetische Aspekte. In: Thomasius u.a. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 147-151.

Schaake, Jessica: Alkoholismus: Ursachen – Krankheitsverlauf – Behandlung. Norderstedt 2003.

Scherbaum, Norbert: Jugend und Suchtmittel – Intervention und Therapie der Zukunft. In: Mann, Karl/Havemann-Reinecke, Ursula/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen. Freiburg im Breisgau 2009, S.170-178.

Schmieder, Arnold: Alkohol & Co. Mitgefangen in der Sucht. Sicht aus der Verstrickung lösen. Stuttgart 2002.

Silbereisen, Rainer K./Reese, Anneke: Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erkrankungen, Präventionen. Opladen 2001, S. 131-152.

Silbereisen, Rainer K./Weichold, Karina: Beziehungen des Substanzmittelgebrauchs und –missbrauchs zwischen Eltern und Jugendlichen. In: Mann, Karl/Havemann-Reinecke, Ursula/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen. Freiburg im Breisgau 2009, S.140-169.

Stachowske, Ruthard: Familienorientierte stationäre Drogentherapie. Geesthacht 1994.

Stascheid, Ulrich: Gesetze für Sozialberufe. Frankfurt am Main 2007.

Szafranski, Nadine: Jugendalkoholismus und Suchtprävention. Frankfurt am Main 2009.

Tapert, Susan F.: Substanzgebrauch und Hirnfunktion bei Jugendlichen. In: Mann, Karl/Havemann-Reinecke, Ursula/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen. Freiburg im Breisgau 2009, S.58-76.

Thomasius, R./Stolle, M./Sack, P.M.: Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Thomasius, Rainer u.a. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kinder- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 140-146.

Trautmann, Ralf: Drogengebrauch in Jugendcliquen. In: Arnold, Helmut/ Schille, Hans-Joachim (Hrsg.): Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder – Handlungskonzepte – Praxisschritte. Weinheim und München 2002, S. 155-164.

Pinquart, M./Silbereisen, R.K.: Personale Disposition und familiärer Kontext. In: Thomasius, Rainer/Küstner, Udo J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen Therapiepraxis Prävention. Stuttgart 2008, S. 13-20.

Raithel, Jürgen: Risikoverhaltensweisen Jugendlicher – ein Überblick. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhalten Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen 2001. S. 11-30.

Reitz, Britta: Arbeit der Elternkreise. In: In: Thomasius, Rainer u.a. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kinder- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 444-447.

Reitz, Britta: Elternkreise – Eltern helfen Eltern, aber wie? Stellenwert und Möglichkeiten der Selbsthilfegruppen. URL: <http://www.elternkreisulm.de/reitz.pdf> [Stand: 15.05.2010]

Rennert, M.: Co-Abhängigkeit. In: Thomasius, Rainer/Küstner, Udo J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen Therapiepraxis Prävention. Stuttgart 2008, S. 45-51.

Rist, F.: Psychologische Modelle. In: Thomasius, Rainer/Küstner/Markwort (Hrsg.): Suchtstörungen im Kinder- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 113-126.

- Rommelspacher, H: Neurobiologische Modelle. In: Thomasius, Rainer/Küstner/Markwort (Hrsg.): Suchtstörungen im Kinder- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009, S. 97-112.
- Rost, Wolf-Detlef: Süchtige Grundhaltung – fact oder fiction? In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 40-48.
- von Foreich, Sylvia: Systemisches Elterncoaching. In: Unerzogen. Nr. 4. 2008, S. 30-35.
- von Schlippe, Arist: Von der Familientherapie zum systemischen Elterncoaching – Einführung in ein Spannungsfeld. In: Tsirigotis, Cornelia, von Schlippe, Arist, Schweitzer-Rothers, Jochen: Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr „Job“, Heidelberg, 2006.
- von Sydow, Kirsten u.a.: Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen
- Wanke, K.: Normal-abhängig-süchtig- zur Klärung des Suchtbegriffs. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Süchtiges Verhalten, Grenzen und Grenzzonen im Alltag. Hoheneck und Hamm 1985.
- Weichold, Karina: Aufwachsen mit psychotropen Substanzen – entwicklungspsychologische Risiken. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 81-87.
- Wille, Rolf: Sucht und Drogen und wie man Kinder davor schützen kann. München 1997.
- Zweyer, Karen: Eltern-Kind-Bindung – Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. In: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken-Prävention-Hilfen. Stuttgart 2008, S. 90-100.

URL1: <http://www.diakonie-stargard.de/index.php?id=6> [Stand 13.05.2010]

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Arbeiten entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Hamburg, den 27.07.2010

.....
(Steffi Schröder)

Anhang

- Anlage 1:** Abbildung 6
(Befindlichkeitskurve der Eltern von drogenkonsumierenden Jugendlichen)
- Anlage 2:** Interviewleitfaden
- Anlage 3:** Interviewprotokoll: mobs – mobile Suchtberatung
- Anlage 4:** Interviewprotokoll: Suchtberatung Kö16a
- Anlage 5:** Interviewprotokoll: Juko – Jugendberatung der KODROBS
- Anlage 6:** Reduktion der Aussagen des Interviews:
mobs – mobile Suchtberatung
- Anlage 7:** Reduktion der Aussagen des Interviews:
Suchtberatung Kö16a
- Anlage 8:** Reduktion der Aussagen des Interviews:
JuKo – Jugendberatung der KODROBS
- Anlage 9:** Reduzierte Aussagen der drei Interviews - Überblick

Anlage 1

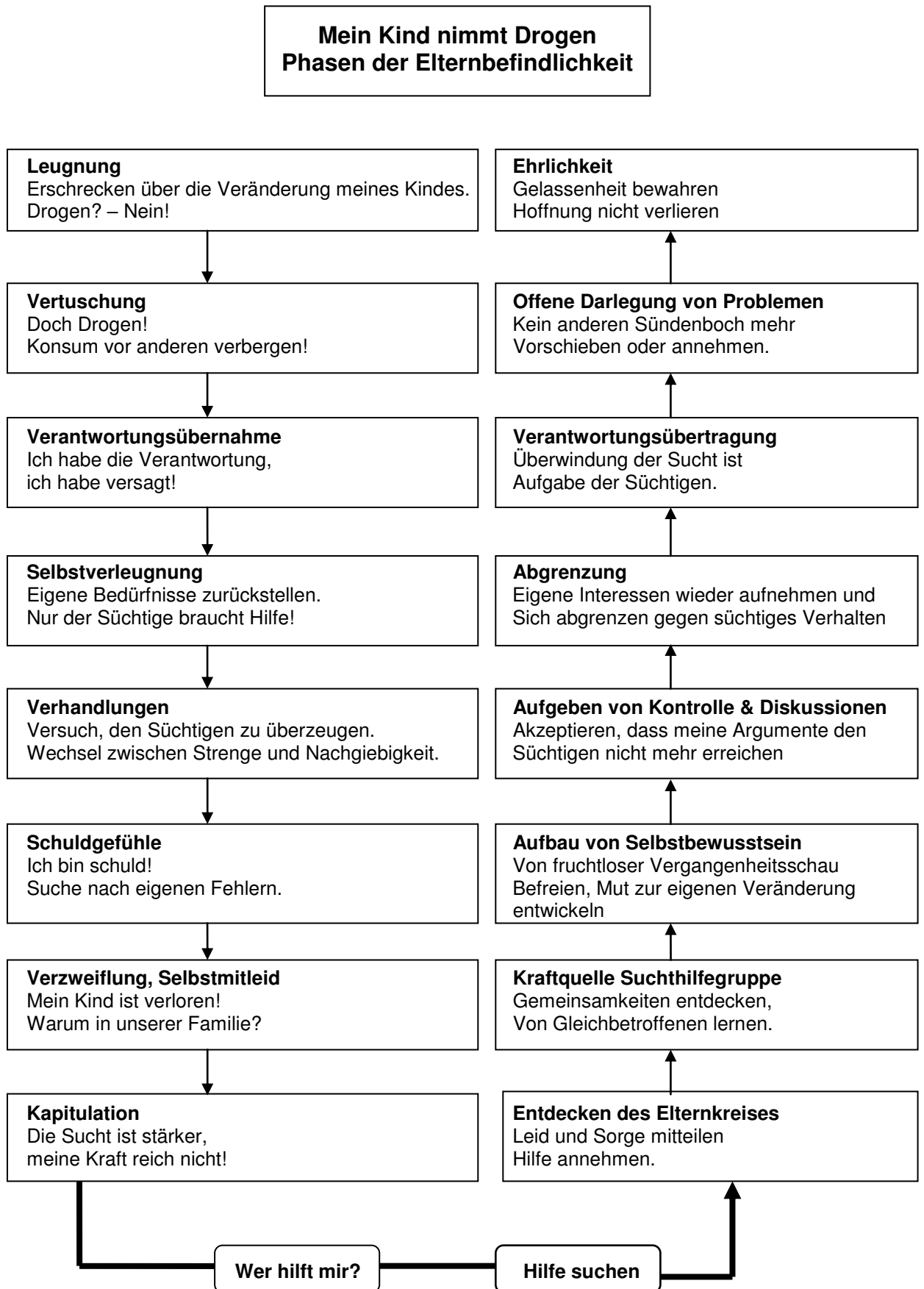


Abbildung 6: Befindlichkeitskurve der Eltern von drogenkonsumierenden Jugendlichen
(nach Arbeitsausschuss BVEK e.V. 1993, mod. Fassung 2008, vgl. Reitz 2009, S. 446)

Anlage 2

Interviewleitfaden: Expertenbefragung zum Thema „Elternarbeit – wichtig in der ambulanten Arbeit mit süchtigen und suchtgefährdeten Jugendlichen?“

Vorstellung des Ablaufes – Rahmenklärung

- Persönliche Vorstellung
- Worum geht es:
 - Für welchen Zweck wird das Interview durchgeführt?
 - Was passiert mit den Informationen?

I. Einrichtung

- Art der Einrichtung:

- Anzahl der Mitarbeiter:

- Berufe/Ausbildungen:

II. Klientel

- Wie setzt sich Ihr Klientel zusammen?
 - Alter:
 - Personengruppen:
 - Tätigkeit:

- Wie erfolgt der Zugang zu Ihren Klienten?

- Welche Suchtmittel werden vorwiegend konsumiert?

- Welche Probleme haben die Jugendlichen nach Ihren Beobachtungen außerdem?

Anlage 2

III. Elternarbeit

- Wie ist der zahlenmäßige Anteil der Eltern mit denen Sie zusammenarbeiten?
- Wie groß ist der Bedarf/Wunsch der Eltern nach Hilfe durch Sie?
- Über welche Wege finden die Eltern Zugang zu Ihrer Beratungsstelle?
- Von welchen Problemen berichten die Eltern mit ihren Kindern?
- Welche Probleme haben die Eltern selbst?
- Welcher Stellenwert hat für Sie die Arbeit mit Eltern substanzmittelgestörter Jugendlicher?
- Welche Hilfe bieten Sie den Eltern an?
- Welche Schwierigkeiten haben Sie in der Arbeit mit den Eltern?
- Welche unausgeschöpften Möglichkeiten sehen Sie bzgl. der Elternarbeit?
- Welche Institutionen binden Sie in Ihre Arbeit ein?

Anlage 3

Interview I

2

Einrichtung:

4 ***mobS – Mobile Suchtberatung für 14-27 jährige Suchtmittelgefährdete und
Suchtmittelkranke und deren Angehörige***

6 in Hamburg

8 mobS ist ein drei Jahre altes Projekt, das vorerst auf die Dauer von fünf Jahren
angelegt ist.

10

Träger: therapiehilfe e.V.

12

Mitarbeiter: Die mobile Suchtberatung besteht aus zwei Teams: dem Team Nord
14 und dem Team Harburg. Diese haben jeweils drei Mitarbeiter. Die Teams
bestehen aus einem Soziologen, einem Gesundheitswissenschaftler und vier
16 Sozialpädagogen

18

20

22

24

26

28

Interview:

30 Aufgenommen am 30. Juni 2010

A: Interviewer Steffi Schröder

32 B: interviewter Mitarbeiter der mobS Nord

C: interviewte Mitarbeiterin der mobS Harburg

Anlage 3

34 **A.**

Erzählt bitte was für eine Einrichtung ihr seid und was das Besondere an euch ist.

36

B.

38 Es handelt sich um eine Einrichtung für suchtkranke und suchtgefährdete Jugendliche und deren Angehörige. Es ist zum einen eine klassische
40 Beratungsstelle, zum anderen eine mobile Beratungsstelle. Hauptsächlich betreuen wir Jugendlichen mit Cannabis- und Alkoholproblemen, aber auch
42 andere illegale Drogen. Stoffungebundene Süchte kommen bei uns nicht vor.

A.

44 ***Wie sieht die mobile Arbeit konkret aus?***

B.

46 Das Besondere ist, dass wir aufsuchende Arbeit machen und nicht nur im Büro sitzen und beraten. Wir suchen die Jugendlichen auf in Jugendhäusern, zu Hause
48 oder überall wo der-/diejenige sich gerade aufhält, aber auch deren Angehörigen.

C.

50 Die normale Beratungsstelle hat eine klassische Komm-Struktur, das heißt Büro – eine Schlange vor der Tür... Wenn wir so arbeiten wurden, dann kommt zu uns
52 kein Jugendlicher. Wir sind überall dort, wo sich die Jugendlichen aufhalten, auf der Straße, Häusern der Jugend, zu Hause.

54 **A.**

Wie setzt sich das Klientel zusammen bzgl. des Alters oder der Personengruppe?

56

C.

58 Unsere Klienten sind zwischen 14 und 27 Jahren alt. Allerdings bestehen sie aus drei Gruppen. Zum einen die Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren ohne
60 Migrationshintergrund. Und die zweite Gruppe zwischen 14 und 27 mit Migrationshintergrund - und deren Angehörigen. Also drei Gruppen von Menschen
62 die wir beraten.

A.

64 ***Gibt es bei eurem Klientel Tätigkeitstendenzen, d.h. berätet und betreut ihr vorwiegend Schüler/Schulabbrecher/Auszubildende/Arbeitslose oder ähnliches?***

66

Anlage 3

68 **C.**

Die 14 bis 18 Jährigen sind noch in einem Alter, in dem man zur Schule geht.

70 Unsere Klienten sind überwiegend Schüler die noch zur Schule gehen. Aber es
gibt auch Fälle, in denen sie die Schule längst nicht mehr besuchen, abgebrochen
72 haben.

B.

74 Wir haben zusätzlich noch viele Migranten, Flüchtlinge, Asylanten, Asylbewerber.

A.

76 ***Wie erfolgt der Zugang zu den Klienten?***

C.

78 Indem wir sie aufsuchen. Das heißt an bestimmten Tagen, zu einer bestimmten
Zeit, in einer bestimmten Jugendeinrichtung. Damit die Jugendlichen wissen,
80 mobS kommt immer dienstags von – bis, oder mobS kommt immer donnerstags
von - bis. So können wir die Jugendlichen kennenlernen, Kontakt zu ihnen
82 aufbauen, Ängste abbauen die sie haben. Bei uns dauerte es sehr lange, bis die
Jugendlichen uns akzeptierten. Sie hielten uns für... die männlichen Kollegen, das
84 waren die Cops, ich war angeblich eine Tante vom Jugendamt, die schnüffelt und
so weiter.

86 Zum einen sind wir präsent in Jugendhäusern. Zum zweiten verteilen wir unseren
Flyer auf der Straße hier im Stadtteil. Wir wissen mittlerweile wo wir Jugendlichen
88 treffen meistens – wir verteilen Flyer, stellen uns vor. Mittlerweile sind wir überall
bekannt, auch in den Schulen. Wenn z.B. jemand in der Schule gekifft hat oder
90 eine Klasse auf Klassenfahrt viel Alkohol getrunken hat rufen uns die Lehrer an,
dann kommen wir in die Schule und führen dort Gespräche. Wir verteilen Flyer,
92 machen ständig Werbung in den Zeitungen auch z.B. in Russisch sprachigen
Zeitungen. Dann schalten wir eine Anzeige und dann reagieren Eltern schon sehr
94 häufig und melden sich telefonisch.

B.

96 Wir haben Kooperationspartner, die verpflichtet sind ihr suchtgefährdeten,
suchtbelasteten, suchtkranken Klientel uns zu überweisen oder zu übermitteln –
98 über diese Vereinbarungen bekommen wir auch Klientel vermittelt.

Anlage 3

102 **C.**

Am Anfang des Projektes haben wir Kooperationsverträge mit Einrichtungen im
104 Stadtteil geschlossen. Mittlerweile sind viele hinzugekommen, die sich verpflichtet
haben mit uns zusammen zu arbeiten. Die Häuser der Jugend, wie schon erwähnt
106 sind auch unserer Kooperationspartner.

A.

108 ***Welche Suchtmittel werden nach euren Beobachtungen vorwiegend
konsumiert?***

110 **B.**

Vorwiegend Cannabis und Alkohol. Und zweitrangig dann harte Drogen, Herion
112 drittrangig.

A.

114 ***Hat sich nach euren Beobachtungen etwas am Konsumverhalten der
Jugendlichen verändert?***

116 **B.**

Bei uns hat sich das nicht verändert. Ab und zu konsumieren Jugendliche mehr
118 Cannabis, im anderen Jahr wieder Alkohol. Das sind die vorwiegenden
Suchtmittel.

120 **A.**

***Außer der Suchtproblematik, welche Probleme oder haben die Jugendlichen
122 sonst noch?***

B.

124 Ich beobachte hauptsächlich Perspektivlosigkeit, familiäre Konflikte,
Aufenthaltsgenehmigungskonflikte.

126 **C.**

Ich berate vorwiegend Personen aus der ehemaligen Sowjetunion. Die
128 Geschichten ähneln sich sehr. Egal woher sie kommen, z.B. sie haben in
Kasachstan die Schule besucht, die Eltern kriegen eine Erlaubnis nach
130 Deutschland zu kommen – sie lassen alles stehen und liegen. Die Schule wird
nicht beendet, die Ausbildung abgebrochen. Und hier versuchen sie dann mit
132 mangelnden Sprachkenntnissen neu anzufangen. Für Jugendliche ist dies fatal –
sie sind keine Schüler mehr, haben keine Ausbildung beendet. Sie kommen nach
134 Deutschland, werden von einer Maßnahme in die andere geschickt, machen diese
nicht zu Ende aus verschiedenen Gründen – weil die Sprache nicht ausreicht,

Anlage 3

136 kennen sich nicht mit dem Schulsystem aus - alles funktioniert anders. Daher sind
sie total frustriert und sehen keinen Sinn – warum bin ich hier, warum sollte ich
138 hierher? Jugendliche, die schon eine Ausbildung abgeschlossen hatten, sind hier
arbeitslos – noch ein Grund zu trinken. Wenn sie dann Familie haben, kriegen sie
140 automatisch Probleme mit Partnern, Eltern, Schulden, sehr oft verlieren sie ihre
Wohnung und landen auf der Straße.

142 **B.**

Es treten auch häufig gesundheitliche Probleme auf. In erster Linie bei
144 Jugendlichen unter 18 ist meine Beobachtung.

Viel Magersucht, vorwiegend bei weiblichen Klienten. Schlafstörungen,
146 Magersucht... darüber hinaus kann man aber häufig nicht einschätzen welche
Probleme sie haben, solange sie uns dies nicht mitteilen.

148 **A.**

Wie groß ist der Anteil der Eltern mit denen ihr zusammenarbeitet?

150 **B.**

Da muss man zwei Gruppen unterscheiden.

152 Es gibt Jugendliche mit deren Eltern wir arbeiten. Es gibt auch Eltern mit deren
Kindern wir nichts zu tun haben, die sich nur beraten lassen oder Tipps haben
154 wollen, wie sie mit ihren konsumierenden Jugendlichen umgehen.

Für die Eltern, bei denen die Jugendlichen bei uns in Beratung sind, würde ich
156 sagen pie mal Daum ein Fünftel. Also angenommen 100 Klienten, davon dann 20
Angehörige.

158 **C.**

Bei uns ist das anders. Das Verhältnis ist 1:2 oder nicht, sogar gleich viele
160 Klienten wie Angehörige.

A.

162 ***Das heißt aber nicht, dass du jeweils einen Angehörigen zu einem
Jugendlichen betreust?***

164 **C.**

Das sind entweder Freunde von den Klienten oder Angehörige, also Eltern. Diese
166 kommen entweder allein und wollen Tipps oder eine Beratung haben. Dann haben
wir nur mit diesen Eltern/Freunden zu tun – aber die Betroffenen kommen aus
168 irgendwelchen Gründen zu uns doch nicht. Vielleicht haben wir sie so gut beraten,

Anlage 3

170 dass sie ihre Probleme gelöst haben oder es gibt keinen Bedarf. Das kann man
nicht so nachvollziehen.

A.

172 ***Bauen Eltern zuerst den Kontakt zu euch auf oder entstehen die Kontakte
häufiger über den schon betreuten Jugendlichen?***

174 **C.**

Es ist so... aus meinen Erfahrungen rufen die Angehörigen zuerst an. Oft wissen
176 die Betroffenen selbst, dass die Eltern anrufen und Kontakt zu uns aufnehmen.
Nur sie trauen sich nicht zu den Hörer selbst in die Hand zu nehmen. Es sind
178 meist die Eltern, die anrufen. Selten machen es die Klienten selbst.

B.

180 Im Bezirk Nord ist es eine Besonderheit, dass wir die Eltern mit ins Boot nehmen.
Die Jugendlichen kommen erst zu uns. Wir schlagen ihnen vor, dass wir auch
182 gern mit den Eltern arbeiten würden. In den meisten Fällen stimmen sie dem zu.
Aber wir haben auch Angehörige mit deren Kindern wir nichts zu tun haben.

184 **C.**

Wir haben auch festgestellt, man kann keinem Menschen helfen wenn seine
186 Familie nicht mit uns zusammenarbeiten will. Für Migrantenfamilien ist es
selbstverständlich, dass die Familie eingeschaltet wird, egal wie alt es ist. Unter
188 18, über 20... die Familie ist immer dabei. Daher ist es schon eine Besonderheit.

A.

190 ***Das heißt also, große Erfolge werden nur erzielt, wenn Angehörige in die
Beratung einbezogen werden?***

192 **C.**

Genau, wenn sie einbezogen werden.

194 **A.**

***Wie groß ist überhaupt der Bedarf der Eltern Hilfe in Anspruch zu nehmen
wenn ihre Kinder Substanzen konsumieren?***

196 **B.**

198 Sehr groß. Besonders bei den Migranteneltern.

Das erkenne ich daran, dass die Eltern unsere Hilfe aktiv suchen. Manchmal
200 klappt es, dass wir auch mit den Kindern zusammen kommen können, manchmal
auch nicht. Aber der Bedarf ist sehr groß. Das beobachte ich.

202

Anlage 3

C.

204 Ich kann das bestätigen. Von der Schule z.B. hört man von den Lehrern sehr oft,
den Migranteneletern sei alles gleichgültig. Und wir erleben hier total besorgte
206 Eltern, die den eigenen Kindern wirklich helfen wollen. Das ist dann das komplette
Gegenteil von dem was die Schule berichtet.

208 **B.**

Es zeigt sich auch daran, dass die Eltern sich melden, von Jugendlichen mit
210 denen wir nichts zu tun haben – daher kann mich mit Überzeugung sagen, dass
der Wunsch nach Hilfe groß ist.

212 **A.**

Von was für Problemen berichten die Eltern?

214 **B.**

Die Kinder werden auffällig, schwach, Leistungen lassen nach, Kontakte werden
216 abgebrochen. Die Eltern haben keinen Zugang mehr zu ihren Kindern,
Schulprobleme tauchen auf, Gewalt nimmt zu bei vielen.

218 **C.**

Häufig rufen sie an und sagen: Ich bin mir nicht sicher, aber ich glaube mein Sohn
220 kiff. Ich bin mir nicht sicher, wie kann ich dieses Thema bei ihm überhaupt
ansprechen? Wie kann ich es ansprechen ohne dass es großen Krach gibt? Ich
222 bin mir nicht sicher aber wie kann ich mit ihm darüber reden?

A.

224 ***Welche Probleme haben die Eltern selbst?***

C.

226 Viele Eltern sind stark Co-Abhängig von den eigenen Kindern.
Sie haben Probleme, Arbeitsplatz, gesundheitliche Probleme. Aber alles dreht sich
228 nur um das Kind. Das ist das Hauptthema. Beim Erstgespräch, ist Thema mein
Kind, mein Kind, mein Kind... das ist das Hauptthema.

230 **B.**

Einige Eltern möchten auch präventiv unterstützt werden. Sie möchten
232 Informationen über die Suchtmittel und deren Wirkung oder wissen nicht über
welche Wege sie Zugänge zu ihren Kindern kriegen. Sie sind schwankend. Sie
234 haben keine Ahnung pädagogisch gesehen die Sachen anzusprechen oder sind
auch selbst suchtselastet oder suchtkrank oder suchtselährdet.

236

Anlage 3

A.

238 **Wie groß ist der Anteil der Eltern die selbst substanzmittelabhängig sind?**

B.

240 Also ich kann da keine Zahlen angeben. Aber es sind nicht so viele.

C.

242 Sie sehen da immer nur die Probleme beim Kind. Wenn sie selbst heftig Nikotin
konsumieren und Alkohol meinen sie, ich hab damit kein Problem. Aber mein
244 Kind, das hat Probleme ich nicht. Daher muss man schon tief bohren um das
überhaupt zu erfahren. Anfänglich sagen sie, sie hätten gar keine Probleme, wenn
246 man tiefer bohrt erfährt man, dass sie auch süchtig sind.

A.

248 **Welche konkrete Hilfe bietet ihr den Eltern an?**

C.

250 Erstens die klassische Beratung zu allen Themen die bei den Eltern auftauchen.
Wir bieten aber auch Infoveranstaltungen an für Eltern – zu verschiedenen
252 Themen.

B.

254 Ja, Aufklärung über das Suchthilfesystem, Informationen, wie sie Zugänge zu
ihren Kindern kriegen können. Oder was ist überhaupt Sucht ist und wie geht man
256 damit um? So etwas, oder dass wir moderatorisch in der Familie tätig werden. Das
heißt, Vater, Mutter und betroffenes Kind setzen sich gemeinsam an einen Tisch
258 und wir als Moderatoren versuchen bei der Lösung des Problems zu vermitteln um
ein Thema auf den Tisch zu bringen und Kontakt herzustellen.

C.

260 Danach erzählen sie häufig, dass sie seit Jahren das erste Mal gemeinsam an
262 einem Tisch sitzen und einigermaßen ruhig miteinander kommunizieren können.
Wenn wir diese Mediation betreiben, bieten wir Hilfe an im Gespräch zu vermitteln.

A.

264 **Wie häufig macht ihr das, als Moderatoren tätig sein?**

C.

266 Das kommt regelmäßig vor. Wir gestalten das so, dass wenn es z.B. Mutter, Vater
268 und Kind sind, dass weibliche Kollegen und männliche Kollegen dabei sind und
das Kind unbedingt selbst.

270

Anlage 3

A.

272 ***In der Arbeit mit den Eltern – welche Schwierigkeiten tauchen da auf?***

C.

274 Sie kommen mit der Vorstellung, dass bin ich, das ist mein Kind. Reparieren sie
mein Kind und zwar sofort! Wenn man sie aufklärt, dass es ein langer Prozess ist
276 und wir nicht nur mit dem Kind arbeiten werden, wir brauchen dabei die Eltern
oder die ganze Familie, dann sind sie meistens sehr oft enttäuscht. Und das ist
278 was Schwierigkeiten bereitet. Die denken, heute waren wir bei der mobS, ab
morgen wird was anders. Das sagen die auch so.

280 **B.**

Es gibt auch Klienten, mit deren Eltern wir nicht arbeiten können, obwohl sie es
282 gerne möchten, weil wir die Sprache nicht können. Afghanisch, ich kann kein
Afghanisch. Oder Polnisch. Also sprachliche Probleme gibt es da.

284 Oder die schätzen uns so hoch ein, die Eltern, die Angehörigen, dass sie denken,
wenn sie uns ihre Kinder geben, dass wir sie in kürzester Zeit reparieren. Also die
286 Unterstützung fehlt zum größten Teil bei den Eltern, die kontinuierliche
Unterstützung, dass sie immer wieder präsent sind, kommen nicht zu jedem
288 Termin oder sind nicht so offen wie man es erwartet.

C.

290 Meistens ist es so, die Jugendlichen öffnen sich, wenn nicht bei ersten, dann beim
zweiten. Sie werden ganz offen, reden über alles. Und die Eltern... die nicht so.
292 Da braucht man länger.

B.

294 Sie erzählen uns auch nicht alle Tatsachen, oder du bekommst keine Antwort.

A.

296 ***Insgesamt betrachtet, welcher Stellenwert hat für euch die Arbeit mit den
Eltern substanzmittelkonsumierender Jugendlicher?***

298 **C.**

Unsere Erfahrung: Ohne Familie, ohne Angehörige ist das kaum zu schaffen.
300 Wir arbeiten so ausstiegsorientiert. Daher ist es nicht möglich ohne Eltern, ohne
Angehörige Erfolge zu erzielen, längerfristig.

302 **B.**

Das sehe ich auch so. Die Klienten, die wir haben, kommen vorwiegend aus
304 Problemfamilien. Wenn wir die Eltern ins Boot holen, dann fängt die Familie auch

Anlage 3

an über eigene Probleme zu reden oder sich damit auseinander zu setzen. Das
306 hilft dann auch bei der Lösung anderer Probleme ... was dann zum reduzierten
oder aussteigenden Konsum führen kann.

308 **C.**

Was ich nach drei Jahren denke, wovon ich überzeugt bin. Sie werden nicht
310 suchtmittelabhängig, sie probieren alle. Die Jugendlichen würden nicht
suchtmittelkrank, wenn die Umstände in der Familie anders wären. Wenn man
312 eine Anamnese macht, wie entwickelte sich das Kind, wie entwickelte sich das
Verhältnis zu den Eltern... Wenn die Beziehung zur Mutter oder zum Vater ganz
314 schlecht war oder keine Zeit oder kaum Zeit für das eigene Kind da war... alles
was versäumt wurde seitens der Eltern... die Kinder haben nur fern gesehen und
316 es gab keine Rituale in der Familie, keine Ausflüge oder Ähnliches... Schon ganz
früher... diese Zeichen zeigen früh... da kann etwas schief gehen. Da muss man
318 sehr früh drauf achten. Wenn wir diese Infoveranstaltungen anbieten. Dann fragen
die Eltern immer: Wie können wir unser Kind schützen? Was kann ich tun, damit
320 er keine Drogen nimmt?

A.

322 ***Seht ihr ansonsten noch unausgeschöpfte Möglichkeiten, wie man effektiver
mit den Eltern arbeiten kann?***

324 **C.**

Ja, wenn das Thema Sucht kein Tabuthema mehr ist. Wenn man eine
326 Veranstaltung zum Thema Schulreform anbietet, kommen vielleicht 50 Personen.
Wenn man aber eine Veranstaltung zum Thema „Mein Kind ist süchtig, wie helfe
328 ich meinem Kind“ anbiete... Wer möchte sich schon outen? Das ist das Problem!
Wir wollen gern mit den Eltern darüber sprechen, auch mit denen die vielleicht
330 noch nicht betroffen sind... aber wenn sie hingehen, bedeutet das, mein Kind ist
süchtig... und sie wollen nicht, dass es jemand erfährt.

332 **B.**

Ja und außerdem... meinen Beobachtungen nach ist viel Unwissenheit bei den
334 Eltern zu beobachten. Es gibt große Lücken. Eltern haben überhaupt keine
Ahnung, warum ihr Kind immer stärker kifft oder trinkt. Sie haben überhaupt keine
336 Ahnung und sind in erster Linie unschuldig oder zeigen sich unschuldig. Deshalb
denke ich ist Prävention sehr wichtig, um die Eltern zu informieren.

338

Anlage 3

C.

340 Es könnte z.B. im Kindergarten schon anfangen. Das heißt nicht, dass im
Kindergarten über die einzelnen Suchtstoffe gesprochen werden soll. Das mein
342 ich gar nicht, aber wenn die Kreativität bei Kindern gefördert werden würde...
Wenn die Fantasie freien Lauf bekommt. Das ist der Beste Schutz für später.
344 Wenn man die Jugendlichen fragt, warum kiffst oder trinkst du? Dann sagen
99,9% Langeweile. Sie können nichts mit sich anfangen. Das ist eine Katastrophe.
346 Wenn das Internet ausfällt... Dann sind sie absolut... wissen gar nichts mit sich
anzufangen. Die haben nie gelernt sich langfristig mit irgendetwas zu
348 beschäftigen. Das wäre vielleicht auch ein Rezept. Wenn die Jugendlichen mehr
gefördert werden... mehr Sport machen, Musik treiben... aber das kostet viel
350 Geld. Das können sich die meisten Eltern nicht leisten.

Anlage 4

Interview II

2

Einrichtung:

4 ***Suchtberatung Kö16a - Kinder, Jugendliche, Angehörige -***
in Hamburg

6

Träger: Freie Hansestadt Hamburg

8

Mitarbeiter: Das Team der Kö 16a besteht aus fünf Mitarbeitern, die alle Dipl.
10 Sozialpädagogen sind.

12

14

16

18

20

22

24

26

28

30 **Interview**

Aufgenommen am 01.07.2010

32 A: Interviewer Steffi Schröder

B: interviewter Mitarbeiter der Kö16a

Anlage 4

34 **A.**

Bitte erzähl erst mal etwas über eure Einrichtung. Was macht ihr und was ist das Besondere an euch?

B.

38 Die Suchtberatung Kö16a gibt es seit ewigen Zeiten. Früher hießen wir aber
anders: „Drogenberatung Kö16a“. Seit etwa zwei Jahren heißt sie „Suchtberatung
40 Kö16a – Kinder, Jugendliche, Angehörige – „. Der Hauptschwerpunkt ist die Arbeit
mit Cannabis- und Alkohol konsumierenden Jugendlichen. Im Rahmen dieser
42 Arbeit haben wir verschiedene Projekte: Das FreD-Projekt, wir machen realize it
und das Halt Projekt für trinkende Jugendliche, die mit einer Alkoholvergiftung ins
44 Krankenhaus eingeliefert wurden. Zudem machen wir eine intensive
Elternberatung. Wir arbeiten mit fünf Kollegen und sind optimal ausgestattet mit
46 riesigen Räumen, die wahrscheinlich keine andere Einrichtung in Hamburg hat.

A.

48 ***Wie setzt sich euer Klientel zusammen bezüglich des Alters und der Personengruppe?***

50 **B.**

Unsere Altersspanne beginnt etwas bei 12 Jahren und endet bei 21 Jahren. Der
52 Hauptschwerpunkt sind 15 bis 17 Jährige. Unser Altersdurchschnitt liegt bei 16,5.
 $\frac{3}{4}$ der Klienten sind männliche Jugendliche, logischerweise $\frac{1}{3}$ weibliche
54 Jugendliche und etwa $\frac{1}{4}$ Migranten. Der Anteil der Eltern ist nicht so genau
festzuhalten, weil man dies nicht auswerten kann. Aber ich schätze, dass es pro
56 Jahr etwa 100 Elternberatungen gibt, zumindest einmalige Beratungen.

A.

58 ***Welche Tätigkeitstendenzen der Jugendlichen Klienten beobachtet ihr? Damit meine ich, berätet ihr mehr Schüler/Schulabbrecher/Auszubildende etc.?***

B.

62 Der überwiegende Anteil sind Schüler, und zwar aus völlig unterschiedlichen
Schulformen, von Sonderschülern bis hin zu Gymnasiasten. Es sind allerdings
64 auch viele die ohne Ausbildung sind. Aber weniger Lehrlinge.

A.

66 ***Wie erfolgt der Zugang zu den Klienten?***

Anlage 4

68 **B.**

Der eine Zugang ist über das FreD-Projekt. Der andere Zugang ist über die
70 Jugendbewährungshilfe, über Jugendgerichte. Dann gibt es den Zugang über
Schulen, wo sie geschickt werden oder Eltern schleifen ihre Kinder hier an. Die
72 wenigsten Jugendlichen kommen wirklich freiwillig. In der Regel gibt es immer
jemanden, der sagt, so geht das nicht weiter.

74 **A.**

Welche Suchtmittel konsumieren eure Klienten vorwiegend?

76 **B.**

Alkohol und Cannabis. Und natürlich Nikotin. Der Zugang zu uns erfolgt meist über
78 Cannabis, allerdings konsumieren fast alle auch Alkohol.

A.

80 ***Welche Störungen bzw. Probleme haben die Jugendlichen sonst noch?***

B.

82 Schulprobleme, Probleme mit der Tagesstruktur, Probleme mit den Eltern. Dann
gibt es noch bei wirklich problematisch konsumierenden psychische Probleme.

84 Das können sein: traumatische Erfahrungen, Depressionen...

A.

86 ***Wie ist der zahlenmäßige Anteil der Eltern die in die Beratungsstelle
kommen?***

88 **B.**

Es gibt einmal die Gruppe wo die Jugendliche nichts machen und die Eltern am
90 Rad drehen und wir in der Phase sind, dass wir die Eltern dahin bewegen, dass
die Jugendlichen auch was unternehmen oder die Eltern ein entspannteres
92 Verhältnis dazu kriegen. Und da schätze ich mal, dass das pro Jahr 30 sind, die
wirklich eine längere Beratungszeit in Anspruch nehmen.

94 Und dann gibt es die, die ihre Kinder hier anschleppen oder mitkommen, weil die
Jugendlichen über das FreD-Programm her kommen. Das sind sicherlich 100
96 Eltern. Das ist dann meistens eine einmal Beratung.

A.

98 ***Über welchen Weg finden die Eltern den Kontakt zur Beratungsstelle bzw.
wie erfolgt die Kontaktaufnahme?***

100

Anlage 4

102 **B.**

Zum einen über das Jugendamt, den ASD. Andere haben sich selbst schlaugemacht. Aber der überwiegende Teil kommt, aufgrund der polizeilichen Auffälligkeit in irgendeiner Art und Weise von uns gehört haben oder wir uns an die Eltern gewendet haben. Also ganz oft geht der Weg über die Polizei, im Bereich der Justiz. Das sind wirklich die meisten. Jugendamt oder im Bereich der Justiz. Die wenigsten kommen aus sich heraus hierher. Sie kommen eher zum Informationsgespräch um einschätzen zu können. Diese bleiben dann aber eher nicht zu einer längerfristigen Beratung.

A.

112 ***Und wie kommt es dann zu längerfristigen Beratungen?***

B.

114 Was oftmals deutlich wird in diesen Gesprächen ist, dass Eltern vieles probiert haben, um ihre Kinder auf einen ordentlichen Weg zu bringen und merken, dass sie gescheitert sind. Das Scheitern machen sie häufig daran fest, dass das Kind nicht zur Schule geht, keine Ausbildung hat, schläft den ganzen Tag und hält sich nicht an das, was sie richtig finden. Und dann muss man schauen, wie alt sind diese Jugendlichen. Wenn sie in einer Altersspanne sind um die 17, 18, 19... dann geht es um etwas anderes in einer Beratung, als wenn sie 14, 15, 16 sind. Weil dann leben sie meistens noch zusammen mit den Eltern. Obwohl in der Regel muss man sagen Mütter. Meistens sagt man Eltern, doch meistens ist es nur ein Elternteil... wissen einfach nicht weiter und suchen Rat und Unterstützung und wollen wissen was sie tun können, wie sie sich anders verhalten können. Und sind daher heil froh, dass sie einen Platz haben wo nicht sofort das Jugendamt in der Tür steht oder jemand anderes, der etwas von ihnen will sondern dass Zeit ist, es sich anzuhören, was ihre Probleme sind, wo sie mit Rat und Tat Unterstützung kriegen können. Und sie entscheiden sich dafür: Ich nehme ein Beratungsangebot an. Das muss man ihnen aber schon direkt anbieten. Das machen sie nicht von alleine.

A.

132 ***Nach deinen Beobachtungen: Wie groß ist überhaupt der Bedarf der Eltern Hilfe in Anspruch zu nehmen?***

134 **B.**

Anlage 4

Das ist natürlich eine Spekulative Frage. Wenn ich schätze, dass wir im Jahr 600
136 bis 700 Klienten haben, könnte ich mir vorstellen, dass $\frac{1}{3}$ davon Eltern haben, wo
der Kontakt schwierig ist, wo ein Problem vorliegt, wo aber die Eltern nicht bereit
138 sind. Nicht, liegt das an mir, kann ich was anderes machen? Sondern schieben es
auf die Jugendliche ab... Die müssen sich ändern, da muss was passieren. Die
140 ihre Kinder, in der Hoffnung, dass wir das denn hier richten, hier abgeben. Also
von den Klienten die wir hier haben denke ich haben 200 Beratungsbedarf.

142 Das erfasst allerdings nur die Klienten die hier auflaufen. Wir wissen, dass es
ganz viele Nachfragen beim ASD gibt. Eltern, die im Jugendamt nach Hilfe fragen
144 aber eine Vermittlung zu uns irgendwie nicht stattfindet. Also vermuten wir, dass
es einen großen Hilfebedarf gibt.

146 **A.**

***Aber wie kann der Kontakt dann zu den Eltern entstehen, die bisher nicht
148 erreicht werden?***

B.

150 Das ist eine spekulative Frage. Dafür gibt es zur Zeit das Programm eltern.aktiv,
dass sich mit dieser Frage beschäftigt. Das ist nicht nur das Problem der Kö16a,
152 sondern das gilt im Grunde für alle Einrichtungen, die mit Jugendlichen zu tun
haben die Rauschmittel konsumieren. Die Eltern sind ganz schwer zu erreichen.
154 Es gibt kein Patentrezept dafür.

A.

156 ***Was sind deiner Meinung nach Gründe, die Eltern daran hindern sich in
einer Beratungsstelle zu melden?***

158 **B.**

Ich glaube man muss sagen was für eine Beratungsstelle. Dann heißt es nämlich
160 Suchtberatungsstelle. Und die meisten dieser Kinder und Jugendlichen haben kein
Suchtproblem. Sucht wird assoziiert mit Abhängigkeit, mit dem Menschen der auf
162 der Parkbank wohnt, der verwaorlost ist und so weiter. Und das haben die in der
Regel nicht. Es steht immer Sucht dran. Alles läuft über Sucht. Das Ergebnis der
164 Elternbefragung in dem Projekt ist, dass das eins der größten Hindernisse ist. Sie
würden in eine Beratungsstelle gehen, wo einfach dran steht Jugendberatung –
166 völlig unspezifisch. Wenn dran steht Suchtberatung: Mein Kind ist doch nicht
süchtig!

168

Anlage 4

A.

170 ***Von welchen Problemen berichten die Eltern, die sie mit ihren Kindern haben?***

172 **B.**

Die Eltern sagen in der Regel, dass sich die Kinder verweigern, sei es in der
174 Schule, in Haushalt, sein es Regeln einzuhalten. Sie verweigern sich. Das
Verweigern kann unterschiedlich aussehen. Einmal kann es sein, dass sie es
176 passiv tun, nichts machen, im Bett bleiben, nicht aufstehen, einfach abtauchen.
Und es kann sein, dass sie hoch aggressiv werden wenn die Eltern sie zu etwas
178 bewegen wollen und es so zu Aggressionen kommt. Das Wesentliche ist, der
Kontakt zu den Jugendlichen reist einfach ab und die Eltern wissen nicht mehr
180 genau was sie eigentlich tun und haben auch keinen Einfluss mehr darauf.

A.

182 ***Welche Erklärung hast du wie es zu dieser Situation gekommen ist?***

B.

184 Meine Vermutung ist... Es ist nur eine Vermutung. Im Einzelfall ist es immer etwas
anders... Wir können einfach feststellen, dass der überwiegende Teil der Eltern
186 die herkommen, alleinerziehende Mütter sind. In den seltensten Fällen kommen
Vater und Mutter. Entweder sind diese Mütter überfordert, also gerade wenn sie
188 Jungs haben sich um alles zu kümmern, um Schule, Arbeit. Ne ganze Zeit lang
finden sie ihre Jungs noch toll, wenn sie noch so klein sind, die süßen Prinzen.
190 Plötzlich kommen sie in die Pubertät und entwickeln eine eigene Dynamik. Und
mit dieser Veränderung kommen sie häufig nicht zurecht und versuchen ihre
192 Jungs auf dem Stand zu halten als sie noch so klein und nett waren. Dies führt
dann nochmal dazu, dass es wieder Konflikte gibt weil die Jugendlichen etwas
194 anderes wollen. Mit Mädchen ist es etwas anders. Dabei geht es eher um
Konkurrenz. Dass sich die Mädels abgrenzen wollen von ihren Müttern, sie wollen
196 einfach anders sein. Wenn es um Eltern geht, wo beide kommen, geht es ganz oft
darum, dass sie unterschiedliche Vorstellungen haben davon, wie mit den
198 Problemen des Jugendlichen umzugehen ist – der Vater klassischer Weise streng
– die Mutter ist gewährend oder auch anders herum. Und dann geht es einfach
200 darum, dass sie eine Plattform finden, von der aus sie eine Strategie entwickeln
können, wie sie mit ihren Kindern umgehen, also in gleicher Art und Weise
202 umgehen.

Anlage 4

A.

204 ***Nach deinen Beobachtungen: Welche Probleme haben die Eltern selbst?***

B.

206 Das ist Spekulation. Weil um das geht es hier nicht. Es geht darum sie in eine
Situation zu bringen, dass sie wieder handlungsfähig sind gegenüber ihren
208 Kindern. Das ist eine Variante. Die andere Möglichkeit ist, wenn es wirklich eine
längerfristige Beratung ist, sie zu fragen, was sie eigentlich von ihren Kindern
210 wollen und ob die Ansprüche, die sie an ihre Kinder haben wirklich angemessen
sind. Und ob das, wenn man sieht sie sind unangemessen, sie wollen zu viel von
212 ihren Kindern vielleicht etwas mit ihrer eigenen Situation zu tun hat. Das heißt
alleinerziehende Mutter fühlt sich allein auf der Welt, dann macht es keinen Sinn
214 mit dem Sohn zu arbeiten. Dann muss man schauen, dass sie Mutter in eine
andere Situation kommt und sie etwas daran ändert. Der Sohn wird sich freuen,
216 weil er nicht mehr mit Mami ins Kino gehen muss.

A.

218 ***Welche Hilfe bietet ihr den Eltern an?***

Eine längerfristige Beratung, mit dem Jugendliche, Vater, Mutter, was auch immer
220 alles zusammengehört... Oder auch, wenn deutlich wird, dass die Eltern eigentlich
ein Problem haben, eine Zeitlang eine Beratung bis deutlich wird, es ist so ein
222 umfassendes Problem, dass man eigentlich verweisen muss, z.B. eine
Paartherapie oder eine Psychotherapie in irgendeiner Form, wenn das wirklich so
224 massiv ist. Interessant ist es auch immer noch zu fragen was eigentlich mit dem
Suchtmittelkonsum der Eltern ist. Das muss nicht heißen, dass sie ein massives
226 Suchtproblem haben. Aber wenn es normal ist, dass sie jeden Abend ihr
Feierabendbierchen oder zu jedem Essen ein Glas Wein trinken ist es nicht
228 verwunderlich, dass Jugendliche quasi so etwas nachmachen. Und dann ist das
Thema: Wie können sie ihr Konsummuster verändern? Wenn es sich aber um
230 eine Abhängigkeitsproblematik handelt, werden sie in eine
Erwachsenenberatungsstelle verwiesen. Das heißt, es gibt eine Grenze: bis dahin
232 gehen wir und ab da sind wir einfach nicht mehr zuständig.

A.

234 ***Wie häufig stellt ihr fest, dass Eltern selbst ein Suchtmittelproblem haben?***

236

Anlage 4

B.

238 Das passiert relativ selten – also wirklich ein Problem wo man sagen muss, da
muss man was tun. Wenn es ein Konsummuster ist, das man nicht als
240 Abhängigkeit bezeichnen kann, wo es einfach zum Leben dazu gehört kommt
relativ oft vor.

242 **A.**

Welche Schwierigkeiten habt ihr in der Arbeit mit den Eltern?

244 **B.**

Die Kunst dabei ist zu verstehen, dass die Eltern immer versuchen das
246 bestmögliche zu machen. Wenn man ihnen versucht deutlich zu machen: Das war
alles Mist; das hilft nicht weiter. Oft geht es dahin, dass die Eltern zu einer Balance
248 finden in der es darum geht mehr Freiraum zu geben, gleichzeitig aber zu wissen
was passiert. Das ist oft nicht einfach. Wenn eine Mutter ganz eng mit ihrem Sohn
250 gelebt hat, würde das auch bedeuten, dass sie auch etwas verliert, wenn sie ihm
jetzt mehr Freiraum gibt. Das heißt, die Eltern müssen erkennen, dass es ein
252 Leben für sie gibt über ihre Kinder hinaus. Und als ist manchmal nicht einfach weil
sie plötzlich merken, ich bin allein, ich kenne niemanden – und das produziert oft
254 Wiedestände. Die Kinder sollen wieder so sein wie sie mal waren.

Die Eltern brauchen zudem manchmal Unterstützung zu erkennen, dass sie nicht
256 weiterkommen so wie sie es machen. Dass sie über die Hürde kommen, ich gehe
jetzt mal zum ASD und lass mich beraten, ob vielleicht eine Hilfe zur Erziehung
258 sinnvoll wäre. Und dagegen wehren sie sich häufig. Das ist eine große Hürde aber
vollkommen nachvollziehbar.

260 **A.**

Welcher Stellenwert hat für dich die Arbeit mit Eltern

262 ***substanzmittelkonsumierender Jugendlichen?***

B.

264 Je jünger sie sind, desto größer ist der Stellenwert, da die Eltern noch größeren
Einfluss haben, die Peergroup noch nicht so im Vordergrund steht, die
266 Jugendlichen meist noch zu Hause leben, die meiste Zeit zusammen verbringen,
außer in der Schule. Daher hat es so einen großen Stellenwert. Je älter die
268 Jugendlichen werden, desto niedriger wird auch der Stellenwert.

A.

270 ***Ab wann ist es nicht mehr wichtig?***

Anlage 4

B.

272 Es bleibt immer wichtig, weil auch in so einer Ablösephase in der wir sie
unterstützen... es gut ist, wenn diese positiv verläuft. Damit nicht solche
274 Katastrophen passieren, dass sie 10 Jahre nicht mehr miteinander reden. Daher
bleibt es immer wichtig.

276 **A.**

***Welche unausgeschöpften Möglichkeiten siehst du bezüglich der
278 Elternarbeit mit substanzmittelkonsumierenden Jugendlichen?***

B.

280 Ich glaube es gibt ganz viele Möglichkeiten, wenn man diese denn erreicht. Es gibt
z.B. die Idee der Hausparty in Nordrhein-Westfalen. Das ist so ähnlich wie eine
282 Tupperparty. Sie lassen sich beraten und es kommt heraus, dass sie Freunde
oder Bekannte haben, die auch Probleme mit ihren Kindern haben. Dann gibt es
284 so ein Modell, wo es heißt, diese laden wir nach Hause zu so einer Party ein.
Dann geht dort jemand von der Suchtberatung hin und spricht mit denen zu Hause
286 vor Ort. Das heißt sie müssen nicht diese Hürde machen, ich gehe jetzt in eine
Suchtberatungsstelle.

288 Ich glaube, dass man davon Abstand nehmen muss, dass sich mit noch so einer
guten Elternarbeit sich in hohem Maße etwas verändert. Das ist immer eine
290 einzelfallbezogene Arbeit. Mit so einem Anspruch... dann lösen sich alles
Probleme und alles wird gut... das glaube ich nicht. Das heißt wenn man alle
292 Eltern erreichen würde von suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen und mit
ihnen arbeitet, dann würde alles gut werden... das glaube ich nicht. Es gibt für die
294 Jugendlichen noch ganz viele andere Einflüsse. Wichtig ist zu definieren was ist
das Ziel bei der Elternarbeit. Wenn es heißen würde, sie sollen ihren Konsum
296 radikal einschränken und ganz brav sein, das funktioniert nicht. Was man
erreichen kann, ist dass die Eltern gucken, wie sie besser damit umgehen können
298 und auch selbst ihre eigenen Grenzen setzen und sagen können ich will das nicht
mehr, wenn du weiter so leben willst kannst du ausziehen oder was auch
300 immer...Und dass die Eltern quasi auch befähigt werden das auch umzusetzen.

A.

***Mit welchen Institutionen arbeitet ihr zusammen oder würdet ihr in Zukunft
gern zusammenarbeiten bzgl. der Elternarbeit?***

304

Anlage 4

B.

306 Also eine Zusammenarbeit gibt es mit der Jugendbewährungshilfe. Das ist quasi
ein Selbstgänger, weil Jugendliche die Auflage kriegen oder auch Jugendrichter,
308 wo es um Auflagen geht. Es gibt ein großes Feld, da laufen Meldungen bei ASD
auf, das sind in der Regel Polizeimeldungen wo aber in erster Linie der ASD
310 zuständig ist. Wir wissen, dass viele Jugendliche dabei sind wo Jugendliche
Rauschmittel konsumiert haben und die Eltern Schwierigkeiten haben. Einfach von
312 der Gesetzeslage ist es nicht möglich, dass er ASD diese an uns vermittelt. Der
ASD ist immer verpflichtet diese Eltern einzuladen und dem Verdacht auf
314 Kindeswohlgefährdung nachzugehen. Wir fangen jetzt gerade an mit dem ersten
Jugendamt, haben einen Gesprächstermin vereinbart um zu schauen wie man zu
316 einer Kooperation kommen kann, weil wir schon denken, da laufen die meisten
auf. Und dort besteht auch am ehesten eine Bereitschaft zu einer
318 Zusammenarbeit. Wir wissen auch, dass auch die Schule ein riesen Problem
damit hat, nach jeder Klassenfahrt ist es ein Thema. Aber dort gibt es auch
320 irgendwelchen Gründen eine riesige Hürde, dass aus den Schulen nichts kommt.
Es ist viel schwieriger mit der Schule eine Zusammenarbeit zu schaffen als mit
322 dem Jugendamt. Aber ich denke schon Jugendamt und Schule sind die
Wesentlichen. Kinderärzte oder Jugendpsychiater, das sind alles
324 Randerscheinungen.

Anlage 5

Interview III

2

Einrichtung:

4 **JuKO – Jugendberatung der KODROBS Altona**
in Hamburg

6

JuKo ist ein Projekt, das seit vier Jahren existiert und zunächst auf die Dauer von
8 fünf Jahren angelegt ist.

10 **Träger:** jugend hilft jugend

12 **Mitarbeiter:** 1 Dipl. Sozialpädagoge, 1 Erzieher, 1 Dipl. Soziologin

14

16

18

20

22

24

26

28

Interview

30 Aufnahmedatum: 02.07.2010

A: Interviewer Steffi Schröder

32 B: Interviewte Mitarbeiterin der JuKO Altona

Anlage 5

A.

34 ***Erzähle bitte erst mal etwas über Einrichtung. Was macht ihr, was ist das
Besondere an euch?***

36 **B.**

Wir machen Jugendberatung. Die gestaltet sich so, dass wir Einzelberatungen
38 machen, dass die Leute hier her kommen, dass wir auch langfristige Betreuungen
anbieten und auch Weitervermittlung leisten, falls z.B. der Bedarf auf Therapie
40 besteht. Weil wir ja keine Psychologen sind. Wir selbst machen nichts in Richtung
ambulante Therapie aber eben Begleitung und Betreuung und wir gehen auch in
42 die Sozialräume. Wir sind jetzt zuständig für Bahrenfeld, Osdorf und Lurup. De
facto kommen die Klienten aus ganz Hamburg. Aktiv dürfen wir nur in diesen
44 Stadtteilen... Dort haben wir dann eben spezielle Kooperationspartner,
Straßensozialarbeit, Jugendclubs wo wir dann wöchentlich vor Ort sind. Wir
46 machen uns bekannt, dass die Jugendlichen uns sehen, kennen lernen und bei
Bedarf auch ansprechen. Versuchen erste Gespräche einzuleiten und sie zu
48 sensibilisieren für die Thematik. Wir machen auch ganz viele Infoveranstaltungen
in den Schulen die in den Stadtteilen sind und versuchen so den Bekanntheitsgrad
50 zu erhöhen und die Jugendlichen die sich in dem Alter befinden, wo entweder
Erstkonsum stattfindet oder regelmäßiger Wochenendkonsum, dass sie davor
52 gefeit sind völlig abzugleiten. Und eben mit den Kooperationspartnern
verschiedene Aktionen... Wir haben jetzt gerade im Sommer „Fußi, Grill'n und
54 Chill'n“ und sowas, weil in Osdorf Konsum eben stark verbreitet ist unter den
Jugendlichen diesen Alters, die wir dann auch ansprechen und dann machen wir
56 eben auch so's Fußballturnier und versuchen auch mit ihnen ins Gespräch zu
kommen. Solche Aktionen machen wir dann eben auch.

58 **A.**

Wer ist euer Klientel bzgl. Alter und Personengruppe?

60 **B.**

Also die behördliche Vorhabe sagt, dass wir Deutsche im Alter von 14 bis 18 und
62 Jugendliche mit Migrationshintergrund im Alter von 14 bis 27 beraten und deren
Angehörige und quasi diese drei Gruppen nochmal auf die Stadtteile Bahrenfeld,
64 Osdorf und Lurup zusammengeschrumpft.

66

Anlage 5

A.

68 ***Wieso ist die behördliche Vorgabe für Migranten bis 27 festgelegt und bei
den Deutschen nur bis 18?***

70 **B.**

Ich bin der Meinung, weil deutsche Jugendliche ab 18 können in die
72 Erwachsenenberatung und das war eher eine Reaktion darauf, dass Jugendliche
über 18 es selbst besser organisiert bekommen sich Hilfe in einer
74 Erwachsenenberatung zu suchen und das ist das Problem bei denen mit
Migrationshintergrund, dass da größere Hemmungen bestehen und daher der
76 Ansatz, dass die Jugendberatung sich empfiehlt. Daher wurde dort das Alter nach
hinten versetzt.

78 **A.**

***Welche Tätigkeitstendenzen beobachtet ihr bei euren Klienten? Beratet ihr
80 mehr Schüler/Schulabbrecher/Auszubildende etc.?***

B.

82 Also eigentlich ist unser Klientel... Wir haben schon Schüler und Auszubildende...
Der größte Anteil sind eher Schulabbrecher oder Hauptschulabschluss, wenn
84 überhaupt. Keine Ausbildung, auch keine Ausbildung in Sicht. So richtige
Problemklaster, in jedem Bereich hapert es. Das sind dann eben auch die, die zu
86 uns kommen, dann brennt es bei denen auch. Die Jugendlichen sind dann mit
illegalen Drogen, meist Cannabis auffällig geworden, werden dann geschickt von
88 der Jugendgerichtshilfe. Aber es gibt Tage an denen wir in die Schulen gehen und
daher `nen bestimmten Bekanntheitsgrad haben. Dann haben wir
90 dementsprechend auch mehr Schüler. Das ist eben auch der Sinn der Sache,
dass eben auch die Schüler zu uns kommen.

92 **A.**

Wie erfolgt der Zugang zu den Jugendlichen?

94 **B.**

Wie gesagt, einmal über die ständige Anwesenheit im Sozialraum. Dann über
96 solche Infoveranstaltungen wie in der Schule, dass wir eben auch mit den Lehrern
sehr intensiv im Kontakt stehen und auch wenn denen etwas auffällt, z.B. auf
98 Klassenreisen uns das melden. Manchmal werden die Leute dann auch zu uns
geschickt, so als kleine Auflage, dass sie Gespräche bei uns wahrnehmen
100 müssen. Dann haben wir Leute von der Jugendgerichtshilfe. Dann engagieren wir

Anlage 5

102 uns jetzt auch in Wohngruppen weil da auch offensichtlich ziemlich viele Probleme
vorliegen und schlichtundergreifend weil wir einen relativ hohen Bekanntheitsgrad
haben. Eben KODROBS und „jugend hilft jugend“ selbst ist ziemlich bekannt in
104 Hamburg, haben eine gute Internetpräsenz. Also in so fern kommen die Leute
auch darüber.

106 **A.**

***Welches sind die Suchtmittel, die am häufigsten von euren Klienten
108 konsumiert werden?***

B.

110 Alkohol und Cannabis. Weit abgeschlagen aber auch relativ gleichwertig. Ich sehe
hier gerade: 40% Cannabis und 43% Alkohol - Kokain fällt komplett mit 5,4% raus
112 - ganz häufig in Kombination. Du hast es ganz selten, dass jemand nur kifft oder
nur trinkt. Aber bei den meisten ist es denn schon so, dass nur eine Substanz
114 täglich konsumiert wird, meinerwegen es wird täglich gekifft und am Wochenende
wird dann noch täglich dazu gesoffen. Dann kann man schon meist ganz gut die
116 Primärdrogen herausfinden.

A.

118 ***Was beobachtest du, welche Probleme haben die Jugendlichen sonst noch?***

B.

120 Am häufigsten haben sie schulische und familiäre Probleme. Also mit schulischen
meine ich auch Ausbildung und sowas. So eine gewisse Perspektivlosigkeit
122 zeichnet sich ab. Ist aber nicht das Einzige. Dazu kommt dann eben auch eine
Haltung, dass einige eine sehr geringe Frustrationstoleranz haben oder ganz
124 merkwürdige Vorstellungen davon haben, was sie im Leben erreichen wollen und
das ist denen alles nicht gut genug und dann kann es eben dazu kommen, dass
126 sie vor sich hin dümpeln und gar nichts haben oder möchten eben auch nicht
irgend einen Ausbildungsplatz oder Maler und Lackierer werden oder so. Haben
128 aber leider auch nichts anderes vorzuweisen um etwas anderes in Angriff zu
nehmen. Bei familiären Problemen, also das ist eher nur ein Eindruck weil wir
130 teamintern darüber gesprochen haben. Häufig fehlt der Vater... so der Klassiker.
Da wir es aber eben auch häufig mit Leuten mit Migrationshintergrund zu tun
132 haben, sind da glaube ich auch noch andere Probleme. Da ist der Vater dann
eben da, die Ehe läuft mehr oder weniger. Der Vater glänzt aber eher durch
134 Abwesenheit oder die Erziehungsmethoden sind ein bisschen strange oder es gibt

Anlage 5

Spannungsverhältnisse oder Identitätsprobleme. Sie kommen ja auch aus
136 bestimmten Stadtteilen die einige soziale Probleme bergen. Da ist es dann eben
auch schwierig Perspektiven zu entwickeln und dann entwickeln sich eben auch
138 Kulturen, eben auch so'n bisschen dieses Gangsterimage was so gepflegt wird
und wir versuchen ein bisschen gegen anzuarbeiten mit Projekten mit inhaftierten
140 Jugendlichen um sie auch dafür zu sensibilisieren. Es hat gar keine Romantik im
Knast zu sein. Das wären so die typischen Probleme.

142 **A.**

Wie ist euer zahlenmäßiger Anteil der Elternarbeit?

144 **B.**

Also ich kann jetzt nur von 2009 sprechen. Da hatten wir insgesamt 85 Klienten
146 und davon waren 11 Angehörige dabei, die hier waren. Wir machen aber auch
extra Veranstaltungen für Angehörige in Ohlsdorf. Da gibt es ein internationales
148 Frauenfrühstück und da machen wir immer mal wieder Infoveranstaltungen um sie
zu sensibilisieren: Kifft mein Kind vielleicht? Also ganz viele haben gar keine
150 Berührungspunkte und anhand welcher Merkmale man den Verdacht
konkretisieren kann. Und nicht nur das zu erkennen und sie vielleicht dazu
152 befähigen das Kind darauf anzusprechen in einer bestimmten Art und Weise,
damit überhaupt ein Dialog stattfindet. Auch was das bedeutet, Konsum in diesem
154 Alter. Die meisten haben dann immer die Vorstellung vom Junky und werden total
panisch und ängstliche – was ja auch klar ist, sind ja deren Kinder... aber das
156 wieder ein wenig zu relativieren, das machen wird dann auch. Und da sind dann
auch in der Regel so 10 Angehörige, zwischen 5 und 10 Angehörige. Aber die
158 zählen wir nicht extra. Die sind auch relativ schwer rein zu kriegen in die Beratung.
Also entweder weil die Angehörigen nicht möchten oder das ist der häufigste Fall:
160 weil die Jugendlichen nicht möchte, dass die Angehörigen wissen, dass sie hier
sind. Doch häufig würde es sich empfehlen die Eltern mit ins Boot zu holen, also
162 gerade wenn sie minderjährig sind, wo der Konsum echt schwierig wird. Und da
wir aber in erster Linie für den Klienten arbeiten, müssen wir absolute
164 Verschwiegenheit wahren. Also werden wir dann natürlich auch nicht tätig.

A.

166 ***Also passiert es nicht so häufig, dass Eltern hier anrufen und um ein
Beratungsgespräch bitten?***

168

Anlage 5

B.

170 Doch, das passiert schon. Das wären dann eben eher diese 11 Angehörigen. Da
sind dann zwei oder drei drin, die quasi über einen Klienten gekommen sind. Bei
172 denen klar war, dass der Jugendliche hier her kommt und die wollten dann auch
mal. Und dass man dann eben mal so als Mediator fungiert zwischen denen. Der
174 Rest sind dann eben besorgte Mütter und Väter – meist Mütter – also Väter haben
wir nicht ganz so häufig. Und da sind die Probleme von Computerspielsucht, über
176 Kiffen, über Trinken.

A.

178 ***Wie erfolgt der Zugang zu den Angehörigen?/ Wie gestaltet sich die
Kontaktaufnahme?***

180 **B.**

Das passiert tatsächlich meist über die Öffentlichkeitsarbeit. Entweder über die
182 KODROBS oder eben dass die hier durchrufen... Wir sind auch in den Stadtteilen
bei Nachbarschaftsfesten unterwegs. Eben um das auch zu erreichen, dass auch
184 eben die Angehörigen von uns erfahren. Ganz aktiv sind wir eben in erster Linie
da unterwegs wo die Jugendlichen sind und nicht die Angehörigen. Bis auf eben
186 dieses internationalen Frauencafé. Da wollen wir uns aber noch ein bisschen mehr
anstrengen, damit die Angehörigen mehr von uns wissen. Ganz häufig ist es auch
188 eher so, dass die Angehörigen erst recht spät merken was eigentlich los ist.
Wahrscheinlicher ist, dass der Jugendliche schon bei uns ist, weil er selbst weiß
190 was er tut. Und ein Angehöriger, wenn er das nicht mitbekommt. Klassischer Fall:
berufstätige alleinerziehende Mutter... da kriegt sie nicht ganz so viel mit. Und
192 wenn sie es dann mitkriegt ist das Kind auch schon relativ in den Brunnen
gefallen. Das heißt zu einem relativ späten Zeitpunkt. Es sei denn sie hat zufällig
194 ein bisschen Gras gefunden, dann ist natürlich die Hölle los.

A.

196 ***Was stellt ihr fest: wie groß ist überhaupt der Bedarf der Eltern Hilfe in
Anspruch zu nehmen?***

198 **B.**

Groß. Extrem groß. Das beginnt damit, dass eine große Verunsicherung herrscht
200 bei den Angehörigen. Erstens, einzuordnen: Wie schlimm ist der Konsum meines
Kindes? Häufig Kommunikationsstrukturen relativ gestört - sie funktionieren eben
202 nicht. Wenn ich die Eltern frage: Haben Sie Ihr Kind schon mal gefragt warum es

Anlage 5

kifft? „Nee“... da wundert man sich... Weil das wäre ja die erste Frage die einen in
204 den Kopf stoßen würde. Es gibt also große Unsicherheiten den Konsum überhaupt
einzuschätzen, was bedeutet das für die Zukunft. Gibt es Befürchtungen, dass das
206 Kind immer mehr abrutscht? Und dann gibt es eben ein großes Problem mit dem
Kind in Kontakt zu treten und das zu thematisieren und so darauf zu reagieren,
208 dass sich das Kind nicht komplett zurückzieht sondern vielleicht den Konsum dann
auch in moderaten Maßen hält. Und das ist dann eben unsere Aufgabe das so
210 hinzukriegen.

A.

212 ***Was denkst du, was hindert die Eltern daran Kontakt zu einer Suchtberatung
aufzunehmen?***

214 **B.**

Bestimmt ein bisschen Scham. Das Gefühl des Versagt habens, viel auch
216 Verleugnung bzw. es nicht mitzubekommen. Beim Kiffen geht es noch, da kriegen
sie es relativ schnell mit... Bei Alkohol ist schon schwieriger, weil es eben
218 gesellschaftlich so gut verankert ist. Wenn das Kind ein gewisses Alter erreicht
hat, es häufig auch als normal gilt, häufig auch von den Eltern initiiert wird. So
220 nach dem Motto... du bist doch jetzt 16... Hier hast du auch ein Bier, oder
teilweise noch jünger. Beim Computer ist es noch extremer. Es ist zwar eigentlich
222 nicht unser Themengebiet, doch werden häufig damit konfrontiert. Wo die Eltern
erst dann reagieren, wenn das Kind stundenlang vor dem Computer sitzt, die
224 Schule schon vernachlässigt wird und es eigentlich zu Hause nur noch eine
ständig gespannte Atmosphäre ist. Und das ist dann so'n... da ist der Punkt des
226 nicht einordnen Könnens aber auch die Frage: Was habe ich als Elternteil falsch
gemacht? Viele versuchen es erst mal im privaten Rahmen zu regulieren und erst
228 wenn sie überhaupt nicht weiter kommen, dann überwinden sie sich. Also so ganz
allgemeine Infogespräche haben wir wirklich selten.

230 **A.**

232 ***Welche Ideen hast du: wie können die Eltern erreicht werden, die bisher
nicht den Kontakt zu einer Beratungsstelle gefunden haben?***

B.

234 Wir haben vor kurzem ein Gespräch gehabt... Es gibt diese Nachbarschaftstreff
vor allem in Bahrenfeld... Ich weiß nicht ob du die ganzen Hochhäuser kennst...
236 Aber da gibt es eben diese klassische, auf relativ kleinem Raum Mietparteien. In

Anlage 5

den Stadtteilen, in Ostorf ist das ähnlich, etablieren sich Nachbarschaftstreffe um
238 gemeinschaftlichen Austausch. Und ich denke das ist ein ganz gutes Forum.
Wenn sich das ein wenig etabliert hat und die Leute dies auch nutzen, dass man
240 dort Infoveranstaltungen macht. Das man dort die Leute, die in diesen Cafés
arbeiten... oder das ganze am Leben halten... dass man die nochmal instruiert...
242 Es gibt da eine Stelle und es ist anonym und es ist kostenlos und vertraulich und
man geht überhaupt keine Verpflichtungen ein wenn man uns aufsucht. Dass das
244 einfach kursiert, dass es uns gibt als Angebot und dass man eben im Zweifel `ne
Sprechstunde anbietet. Das ist immer ein bisschen zwiespältig, weil einerseits ist
246 es schwierig die Leute hier her zu bekommen, also vor allem wenn die sich
innerhalb des Stadtteils so `ne kleine Enklave gebildet haben, andererseits ist es
248 auch schwer dort eine SUCHT-Beratung anzubieten und derjenige dann ein
Gespräch wahrnimmt, dann ist die Hemmschwelle natürlich auch größer... meine
250 Nachbarn könnten sehen, dass ich da hingehere... Daher müsste man dann sehen,
ob man sich vielleicht als allgemein als Jugendberatung etabliert.

252 **A.**

Also der Begriff SUCHT-Beratung schreckt ab?

254 **B.**

Ja genau, das versuchen wird auch in den Einrichtungen der Jugendlichen zu
256 vermeiden. Dass wir dann sagen AUCH Sucht und Drogenkonsum behandeln wir,
aber das ist zu stigmatisierend und damit assoziieren die Leute einfach ganz
258 eindeutige Bilder und das hemmt unglaublich.

A.

260 ***Von welchen Problemen berichten die Eltern mit ihren Kindern?***

B.

Um das mal ganz lapidar zu sagen: Weil die nicht tun was sie wollen, also das sie
262 nicht mehr an die Kinder herankommen, dass sie aufsässig sind, dass sie nicht
genau wissen in welcher Form sie dem Kind gewisse Verpflichtungen im Haushalt
264 übertragen. Das sind so ganz banale Dinge die sich von selbst verstehen. Also
innerhalb einer Wohngemeinschaft – auch zwischen Eltern und Jugendlichen -
266 bestimmte Rechte und Pflichten bestehen und die Eltern häufig darüber klagen,
268 dass die Kinder die Rechte in Anspruch nehmen, die Pflichten vernachlässigen
und immer mehr von ihnen abdriften, sich immer mehr nach außen orientieren und
270 gar nicht mehr an die Kinder rankommen. Das ist so das Hauptproblem. Und dass

Anlage 5

sie nicht genau wissen wie sie das Händeln sollen, also in wie fern sie die Rechte
272 einschränken sollen. Wie hart sie dabei vorgehen sollen...

A.

274 ***Was beobachtet ihr, welche Probleme haben die Eltern selbst?***

B.

276 Also da würde ich auch sagen: das zentrale Problem ist Inkonsequenz. Das ist
eher ein Gefühl bezüglich der Probleme die die Eltern schildern. Und dass da
278 wenig Gespräche stattfinden und dass die Eltern häufig geben und auch
nachgeben um Konflikte zu vermeiden und dann zu einem etwas späterem
280 Zeitpunkt die Kosten dafür tragen müssen. Weil sie eigentlich nie eine Struktur,
eine liebevolle Struktur... manchmal hapert es auch da weil die Eltern zu viel mit
282 Vorwürfen arbeiten, mit Bewertungen des Verhaltens, mit Negativbewertungen,
die Eltern selbst... ja... hin und wieder auch konsumierend. In der Regel anders
284 oder etwas anderes konsumierend. Aber klar... es fällt schwer einem
Jugendlichen zu vermitteln nicht zu trinken, wenn man das selbst zelebriert. Ganz
286 klassisch...

A.

288 ***Welche Hilfe bietet ihr den Eltern an?***

B.

290 Vom ganz allgemeinen Informationsgespräch, wenn vielleicht noch gar nichts los
ist zu einzelnen Substanzen, Suchtentwicklung, Jugend und Konsum bis über
292 langfristige Betreuungen. Bei Angehörigen ist es selten der Fall, dass eine
Vermittlung der Angehörigen im Raum steht weil es manchmal schon Bereiche
294 erreicht, dass Erziehungshilfen sehr viel notwendiger wären. Aber da geht es ja in
erster Linie darum die Eltern hier anzubinden, dass sie sich aufgehoben fühlen. In
296 der Regel sind das dann wöchentliche Gespräche und das so lange wie Bedarf
besteht. Im Zweifel... wir ermutigen dann auch immer wieder die Angehörigen die
298 Jugendlichen hier in die Beratung zu bringen, zu einem anderen Berater natürlich,
damit da keine Probleme entstehen wenn man als Berater die Informationen von
300 beiden Seiten bekommt ist das manchmal ein wenig schwierig. Wir haben auch
eben festgestellt, dass die Angehörigen dazu neigen uns zu instrumentalisieren.
302 Dass sie dann dazu neigen uns Aufträge zu geben, was wir dann dem
Jugendlichen und dessen Berater sagen sollen... Also da ist das mit der
304 Abgrenzung schon ein wenig schwierig. Hin und wieder setzten wir uns dann auch

Anlage 5

zu viert hin. Dann fungiert der jeweilige Berater als Sprachrohr für die jeweilige
306 Partei, verhält sich auch parteilich aber eben auch unter der Berücksichtigung der
Gesamtsituation, was das Ganze dann eben extrem entschärft. Das passiert aber
308 nicht so häufig. Weil meist sind die dann schon `ne Weile bei uns in Betreuung.

A.

310 ***Was ist das Ziel das ihr verfolgt wenn ihr mit Eltern arbeitet?***

B.

312 Natürlich eine Stärkung des Bewusstseins. Was passiert da eigentlich gerade mit
meinem Kind? Und im besten Fall sie zu befähigen wieder in Kontakt mit ihrem
314 Kind zu treten. Und wir gucken wie eine eventuelle Abhängigkeit schon
fortgeschritten ist. Häufig haben wir auch Angehörige bei denen man sagen kann,
316 ok es handelt sich um experimentellen Konsum. Da muss man ein Auge drauf
haben, aber nicht dramatisieren. Das einfach versuchen... eine Anamnese
318 erstellen, was schwierig ist weil die Angehörigen auch nicht alles mitbekommen.
Häufig kann man aber auch ein Gefühl dafür entwickeln, also wie viel sie wirklich
320 mitbekommen oder nicht und dass der Konsum schon problematischer ist als sie
einen. Und dann eben eine Einschätzung zu liefern, und zu sagen in welcher Form
322 sie sich dem Kinder nähern könnten oder im Zweifel dann auch weiterführende
Hilfe wie z.B. Erziehungshilfe.

324 **A.**

Welche Schwierigkeiten tauchen in der Arbeit mit den Eltern auf?

326 **B.**

Die größte Schwierigkeit ist eigentlich, dass Angehörige mit der Hoffnung nicht
328 unbedingt Erwartung, aber Hoffnung kommen, dass wird denen ganz strikte
Werkzeuge an die Hand liefern. Kommen hier her, schildern das Problem und ich
330 kann ihnen dann sagen dann und dann verhalten sie sich so und so, dann
verhalten sie sich so und so, Dann wird das schon. Das ist natürlich völlig
332 utopisch. Das ist dann so der erste Dämpfer den sie bekommen weil natürlich
vorher schon so viel passiert ist im Umgang mit dem Kind. Das muss jetzt gar
334 nicht so problematisch sein aber das kann man nicht mit Werkzeugkasten
auffangen. Einige springen dann auch ab oder belassen es beim ersten
336 Informationsgespräch. Sind dann eben auch beruhigt wenn es sich um
experimentellen Konsum handelt. Melden sich dann bei Bedarf wieder. Anderen
338 geht die Komplexität des Problems dann erst auf und die bleiben dann auch

Anlage 5

längerfristig und das kann dann auch über ein paar Monate gehen, dass man mit
340 ihnen zusammenarbeitet.

A.

342 ***Welche unausgeschöpften Möglichkeiten seht ihr bezüglich der
Elternarbeit?***

344 **B.**

Soweit wie wir an die Angehörigen kommen läuft es von den Plänen her. Was ich
346 ganz gut finde... Es gibt dieses Selbsthilfegruppensystem für Angehörige. Häufig
aber nur für Angehörige die wirklich schwer abhängige Kinder haben. Die sind
348 dann meist auch schon in einem etwas höheren Alter. Die Erfahrungswerte sind
ganz andere und viel dramatischer als bei denen mit denen wir zu tun haben.
350 Deshalb hoffen wir, dass sich das ein wenig innerhalb dieser Nachbarschaftstreffe
etabliert. Dass einfach ein Austausch zwischen ganz normalen Eltern stattfindet
352 und dabei vielleicht auch gegenseitige Unterstützung stattfindet. Wir können zwar
auch wöchentlich Gespräche anbieten. Wenn es ganz krass läuft auch zwei Mal
354 wöchentliche. Aber auch nicht auf Dauer, weil wir begrenzte Ressourcen haben.
Und so ein Nachbarschaftstreff wäre etwas viel kontinuierlicheres was einen auch
356 begleiten kann.

A.

358 ***Diese Nachbarschaftstreffe werden aber nicht professionell angeleitet, die
Angehörigen organisieren sich also selbst?***

360 **B.**

Normalerweise ist es ein Café was bei diesem Hochhäusern angesiedelt ist. Ein
362 ganz kleines, kuscheliges Café. Da können dann die ganzen Muttis tagsüber ein
Kaffee da trinken, mit ihren Kindern da sein. Die werden dann auch da betreut. Die
364 haben wohl auch andere Angebote. Wir haben mit einer Frau dort gesprochen, die
auch in den Hochhäusern lebt, die auch genau so eine Art einer
366 Selbsthilfegruppe/Beratung vor Ort anbieten möchte in Absprache dann auch mit
uns, uns da auch ein bisschen bekannter machen möchte. Insofern sind wir da
368 sehr zuversichtlich, dass das funktionieren kann.

A.

370 ***Mit welchen Institutionen arbeitet ihr zusammen oder würdet ihr gern
zusammenarbeiten?***

372

Anlage 5

B.

374 Wir arbeiten jetzt schon zusammen mit der Jugendgerichtshilfe. Die arbeiten leider
Hamburg übergreifend also nicht regionalisiert. Wir haben ja den sogenannten
376 Kifferkurs. Ganz viele Jugendliche die mit Cannabis aufgegriffen werden, haben
vom Richter die Auflage an diesem Kifferkurs teilzunehmen. Das sind sechs
378 Termine und das muss bescheinigt werden. Da haben wir eine Kooperation mit
der Jugendgerichtshilfe. Und dadurch, dass wir den Kifferkurs machen vermitteln
380 die auch so relativ häufig na uns. Mit Jugendeinrichtungen, klar Jugendclubs
kooperieren wir. Mit der Straßensozialarbeit in den jeweiligen Stadtteilen für die
382 wir zuständig sind, mit den Schulen der Stadtteile kooperieren wird. Dann mit
Adelante. Das ist eine Hilfe zur Erziehung. Da ist ja auch ganz häufig eine
384 Suchtproblematik vorhanden. Trotzdem bräuchte es weiterführende Maßnahmen.
Dann vermitteln wir an Adelante und umgekehrt. Dass man da so ein Paket
386 schnürt. Mit den Jugendwohngruppen läuft es gerade an. Das ist noch nicht ganz
fest, aber läuft an, dass wir uns erst mal vorstellen und dann auch bei Bedarf
388 gerufen werden.

Wir sind auch in relativ vielen Gremien. Diese Stadtteilarbeit ist auch relativ
390 wichtig, dass man weiß was ist da vor Ort. Wir werden auch relativ häufig
angesprochen wenn Jugendliche dort auffallen. Meistens trinken sie dann in den
392 Stadtteilen so halb versteckt und dann doch sichtbar. Wenn sie einigermaßen
einen im Tee haben sind sie auch laut und sorgen dann für Unruhe. Dann werden
394 wir auch angesprochen und gefragt ob da nicht auch was möglich ist an
Interventionen. So alles was im Stadtteil ist und mit Jugendlichen zu tun hat
396 versuchen wir dann auch abzugraben. Mir würde spontan nichts einfallen was
unbedingt noch nötig wäre. Es gibt bestimmt noch die eine oder andere
398 Einrichtung die uns in Zukunft noch auffallen wird mit der wir dann kooperieren
werden.

Anlage 6

Interview I: Reduktion der Aussagen der Interviews - mobS – mobile Suchtberatung für Jugendliche

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Einrichtung		
37	Einrichtung für suchtkranke und suchtgefährdete Jugendliche und deren Angehörige	Ambulante Einrichtung für suchtkranke und suchtgefährdete Jugendliche und deren Angehörige	ambulante Einrichtung für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche und deren Angehörige
40	Klassische Beratung	Klassische Beratung	
41	es ist zum einen eine mobile Beratungsstelle	mobile Beratungsstelle	klassische Beratung mobile Beratungsstelle
48	Wir suchen den Jugendlichen überall wo er sich gerade aufhält auf, auf der Straße, Häusern der Jugend	aufsuchende Arbeit	aufsuchende Arbeit
	Klientel		
59	Unser Klientel ist zwischen 14 und 27 Jahre alt	Klientel: 14 bis 27 Jahre	Klientel: 14-27 Jährige
59	Besteht aus drei Gruppen: 14 bis 18 Jahre ohne Migrationshintergrund 14 bis 27 mit Migrationshintergrund und deren Angehörige	Drei Gruppen: 14 bis 18 Jahre Deutsche 14 bis 27 Jahre ohne Migrationshintergrund Angehörige	Drei Gruppen: • 14-18 Jährige Deutsche • 14-27 Jährige Migranten • Angehörige
70	Klienten überwiegend Schüler, aber auch Fälle in denen sie die Schule längst nicht mehr besuchen, abgebrochen haben	Hauptsächlich Schüler, Schulabbrecher	Personengruppen: Schüler, Schulabbrecher Migranten, Flüchtlinge, Asylbewerber
75	Wir haben noch Migranten, Flüchtlinge, Asylbewerber	Migranten, Flüchtlinge, Asylbewerber	

Anlage 6

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Zugang zu den Jugendlichen		
79	Indem wir sie aufsuchen	aufsuchende Arbeit	Aufsuchende Arbeit
80	Zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Jugendeinrichtung, damit die Jugendlichen wissen mobS kommt dienstags	Präsenz in Jugendeinrichtungen	Präsenz in Jugendeinrichtungen
82	So können wir die Jugendlichen kennen lernen, Kontakt zu ihnen aufbauen, Ängste abbauen	Kontaktaufnahme zu Jugendlichen	Kontaktaufnahme zu Jugendlichen in Jugendhäusern, auf der Straße
87	Zudem sind wir präsent in Jugendhäusern	Jugendhäuser, Präsenz in Jugendeinrichtungen	
88	Zum zweiten verteilen wir unsere Flyer auf der Straße hier im Stadtteil, stellen uns vor	Straßensozialarbeit – Kennenlernen der Jugendlichen, Flyer verteilen	Straßensozialarbeit, Verteilung von Flyern
90	Mittlerweile sind wir überall bekannt, auch in den Schulen	Kooperationen mit Schulen	Werbung in Zeitungen, auch in Russisch
93	Wir machen Werbung in den Zeitungen – auch in Russisch sprachigen Zeitungen	Werbung für Einrichtung in Zeitungen, auch in Russisch	
94	Wir haben Kooperationspartner, die verpflichtet sind ihre suchtbelasteten Klienten uns zu überweisen	Kooperationspartner im Stadtteil	Kooperationspartner im Stadtteil:
104	Haben Kooperationsverträge mit Einrichtungen in Stadtteilen, wie die Häuser der Jugend	Kooperationspartner im Stadtteil	Schulen, Häuser der Jugend

Anlage 6

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Vorwiegend konsumierte Suchtmittel			
112	Vorwiegend Cannabis und Alkohol	vorwiegend Alkohol und Cannabis	Hauptkonsumdrogen: Alkohol und Cannabis
112	Zweitrangig harte Drogen	zweitrangig harte Drogen	
Probleme der Jugendlichen			
127	Ich beobachte hauptsächlich Perspektivlosigkeit, familiäre Konflikte, Aufenthaltsgenehmigungskonflikte	Perspektivlosigkeit, familiäre Konflikte, Aufenthaltsgenehmigungskonflikte	Frustration, Perspektivlosigkeit, familiäre Konflikte
132	Sie haben in Kasachstan die Schule besucht – Eltern bekommen die Erlaubnis nach Deutschland zu kommen, die Schule wird abgebrochen	Migranten: Abbruch der Schule im Heimatland aufgrund der Einreiseerlaubnis nach Deutschland	Migranten: Mangelnde Sprachkenntnisse
134	hier versuchen die dann mit mangelnden Sprachkenntnissen neu anzufangen	Mangelnde Sprachkenntnisse	Schulabbruch im Heimatland
136	Für Jugendliche ist das fatal, sie sind keine Schüler mehr, haben keine Ausbildung	Keinen Schulabschluss, keine Ausbildung, Perspektivlosigkeit	Mangelnde Kenntnis über das deutsche Schulsystem Aufenthaltsgenehmigungskonflikte
139	Kennen sich nicht mit dem Schulsystem aus	Unkenntnis über Schulsystem	Keine Ausbildung Arbeitslosigkeit
141	Daher sind sie total frustriert und sehen keinen Sinn	Frustration, Perspektivlosigkeit	Magersucht
142	Jugendliche die schon eine Ausbildung abgeschlossen hatten sind hier arbeitslos	Arbeitslosigkeit	Schlafstörungen
148	Magersucht, Schlafstörungen	Magersucht, Schlafstörungen	

Anlage 6

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Anteil der Elternarbeit		
154	Muss zwei Gruppen unterscheiden: es gibt Jugendliche mit deren Eltern wir arbeiten. Es gibt auch Eltern mit deren Kindern wir nichts zu tun haben.	Zwei Gruppen: Elternberatung in Fällen in denen Jugendlicher auch in Beratung ist Elternberatung ohne Jugendlichen	Bei 1/5 der Jugendlichen besteht Beratungskontakt zu den Eltern
158	Eltern, bei denen die Kindern bei uns in Beratung sind pie mal Daum 1/5	bei 1/5 der Jugendlichen besteht auch Beratungskontakt zu den Eltern	Jedoch auch Beratungen nur mit Eltern, ohne Kontakt zum Kind
	Zugang zu den Eltern		
179	Aus meinen Erfahrungen rufen die Angehörigen erst an. Oft wissen die Betroffenen Selbst, dass die Eltern Kontakt aufnehmen	Eltern kontaktieren Beratungsstelle telefonisch, auch mit Wissen der Jugendlichen	Selbstständige Kontaktaufnahme der Eltern
189	Die Jugendlichen kommen erst zu uns. Wir schlagen ihnen vor, dass wir auch gern mit den Eltern arbeiten würden	Kontaktaufbau zu Eltern über den Jugendlichen	Kontaktaufnahme über den betreuten Jugendlichen
93	Dann schalten wir eine Anzeige und dann reagieren Eltern schon sehr häufig und melden sich telefonisch	Eltern rufen aufgrund der Werbung in der Zeitung an	Telefonische Kontaktaufnahme z.B. aufgrund Anzeige in der Zeitung

Anlage 6

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Bedarf der Eltern auf Hilfe		
202	Sehr groß. Besonders bei den Migranteneitern	Sehr großer Bedarf	Sehr großer Bedarf
203	Das erkenne ich daran, dass Eltern unserer Hilfe aktiv suchen	Eltern suchen aktiv Hilfe	Viele Eltern suchen aktiv Hilfe
207	Von der Schule hört man, den Migranteneitern sei alles gleichgültig und hier erlebt man total besorgte Eltern	Schule erkennt Hilfebedarf/-wunsch bei Migranten nicht	
212	Es zeigt sich auch daran, dass Eltern sich melden von Jugendlichen mit denen wir nichts zu tun haben	Eltern suchen aktiv Hilfe	Schule erkennt Hilfebedarf der Migranten nicht
234	Einige Eltern möchten auch präventiv unterstützt werden	Eltern haben Wunsch nach Aufklärung über Substanzen, Wirkung, Umgang mit Kind	Wunsch nach Aufklärung
	Probleme der Eltern mit Kindern		
218	Kinder werden auffällig, schwach, Leistungen lassen nach, Kontakte werden abgebrochen, Eltern haben keinen Zugang zu ihren Kindern mehr, Schulprobleme tauchen auf, Gewalt nimmt bei vielen zu	Leistungseinbrüche, Schulprobleme, Verhaltensauffälligkeiten, Abbruch von Kontakten, Gewalt Kein Zugang mehr zum Kind	Leistungseinbrüche, Schulprobleme, Abbruch von Kontakten, Gewalt Emotionale Entfremdung zu den Eltern

Anlage 6

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Probleme der Eltern		
222	Häufig sagen sie: ich bin mir nicht sicher aber ich glaube mein Sohn kiff Wie kann ich dieses Thema bei ihm ansprechen?	Unsicherheit bzgl. des Konsumverhaltens des Kindes und des Umgangs mit diesem Problem	Unwissenheit über Suchtmittel; Unsicherheit im Umgang mit eigenem konsumierenden Kind
229	Viele Eltern sind Co-Abhängig	Co-Abhängigkeit der Eltern	Eigene Substanzmittelstörung, eigenes nicht einsichtiges/unreflektiertes Konsumverhalten
234	Einige Eltern möchten präventiv unterstützt werden, wissen nicht über welche Wege sie Zugang zu ihren Kindern kriegen	Unwissenheit über Suchtmittel, Wirkung, Risiken und Kontaktaufnahme zum Kind	Eigene Substanzmittelstörung
236	Sie sind schwankend, sie haben keine Ahnung pädagogisch gesehen	Erzieherische Unsicherheiten	Co-Abhängigkeit
238	Oder sie sind selbst suchtblastet oder suchgefährdet	Eigene Substanzmittelstörung	Erzieherische Unsicherheit
244	Wenn sie selbst heftig Nikotin und Alkohol konsumieren meinen sie „ich hab damit kein Problem“	Unreflektiertes, uneinsichtiges Konsumverhalten	
	Hilfe für Eltern		
252	Die klassische Beratung zu allen Themen	Beratung	Info-Veranstaltungen zu Themen Suchthilfesystem, Wirkung und Risiken von Drogen, Zugänge zum konsumierenden Kind
253	Wir bieten auch Informationsveranstaltungen an für Eltern	Info-Veranstaltungen für Eltern	Klassische Beratung; Moderatorische Tätigkeit als Vermittler
256	Aufklärung über das Suchthilfesystem, Informationen wie sie Zugänge zu ihren Kindern kriegen, was ist Sucht, wie geht man damit um	Themen: Suchthilfesystem, Aufklärung über Drogen, Wirkung und Risiken; Zugänge/Umgang zum substanzmittelkonsumierenden Kind	
258	Oder dass wir moderatisch in Familien tätig werden	Moderatorische Tätigkeit – Vermittlung zwischen den Parteien	

Anlage 6

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Schwierigkeiten in der Elternarbeit		
278	Sie kommen mit der Vorstellung: das ist mein Kind. Reparieren Sie es und zwar sofort!	Unrealistische Vorstellungen über Arbeit der Berater	zu hohe Erwartungen der Eltern bzgl. der Schnelligkeit einer Veränderung
282	Die denken, heute waren die bei der mobS, morgen wird alles anders	Erwarten schnelle Veränderung ihres Kindes	Unrealistische Vorstellungen bzgl. der Arbeit der Berater
285	Es gibt auch Klienten mit deren Eltern wir nicht arbeiten könne, obwohl sie es gern möchten, weil wir die Sprache nicht können	Keine Hilfe möglich aufgrund von Sprachschwierigkeiten	Unrealistische Vorstellungen über eigenen Anteil der Veränderung
288	Die schätzen uns so hoch ein, dass sie denken, wenn sie uns ihre Kinder geben, dass wir sie in kürzester Zeit reparieren	Zu hohe Erwartungshaltung gegenüber der Einrichtung	Fehlende kontinuierliche Unterstützung seitens der Eltern
290	Also die Unterstützung fehlt zum größten Teil bei den Eltern, die kontinuierliche Unterstützung, dass die immer wieder präsent sind oder sie sind nicht offen.	Kontinuierliche Unterstützung der Eltern fehlt sind verschlossen wenig eigene Veränderungsbereitschaft	Sprachschwierigkeiten Wenig eigene Veränderungsbereitschaft

Anlage 6

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Stellenwert der Elternarbeit		
189	Wir haben festgestellt, man kann keinem Menschen helfen, wenn seine Familie nicht mit uns zusammenarbeiten will	Keine nachhaltigen Erfolge ohne Einbeziehung der Eltern	Nachhaltigkeit nur die Einbindung der Eltern möglich
303	Unsere Erfahrung: Ohne Familie, ohne Angehörige ist es kaum zu schaffen.	Keine nachhaltigen Erfolge ohne die Einbindung der Eltern	Familie kann Risikofaktor darstellen der die Suchtentwicklung eines Jugendlichen fördert
304	Wir arbeiten ausstiegsorientiert. Daher ist es nicht möglich ohne Eltern Erfolge zu erzielen, langfristig	Keine nachhaltigen Erfolge ohne die Einbindung der Eltern	Durch Einbeziehung der Familie verändert sich dessen Problembewusstsein – Veränderungen innerhalb der Familie sind möglich
208	Die Klienten, die wir haben kommen vorwiegend aus Problemfamilien. Wenn wir die Eltern ins Boot holen, dann fängt die Familie auch an über eigene Probleme zu reden oder sich damit auseinander zu setzten	Klienten kommen vorwiegend aus Problemfamilien, durch die Einbeziehung der Eltern verändert sich das Problembewusstsein der Familie – Veränderungen sind möglich	Die Familie kann einen Risikofaktor darstellen, der die Suchtentwicklung eines Jugendlichen fördert,
314	Jugendliche würden nicht suchtmittelkrank, wenn die Umstände in der Familie anders wären	Die Familie kann einen Risikofaktor darstellen, der die Suchtentwicklung eines Jugendlichen fördert,	

Anlage 6

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Unausgeschöpfte Möglichkeiten		
329	Wenn das Thema Sucht keine Tabu mehr ist	Sucht nicht mehr als Tabuthema manifestieren	Thema Sucht sollte keine Tabu-Thema mehr sein
331	Veranstaltungen zum Thema „mein Kind ist süchtig“ werden nicht besucht – wer möchte sich schon outen?	Hemmschwelle der Eltern substanzmittelkonsumierender ist hoch sich zu outen	um Hemmschwelle für Eltern herunterzusetzen
339	Viel Unwissenheit bei den Eltern. Prävention ist sehr wichtig um die Eltern zu informieren	Prävention um Unwissenheit der Eltern entgegen zu wirken	Präventionsveranstaltungen um Unwissenheit entgegen zu wirken
341	Es könnte im Kindergarten schon anfangen... wenn die Kreativität der Kinder gefördert werden würde	Kreativität der Kinder im Kindergarten fördern Schutzfaktorenentwicklung der Kinder fördern	Schutzfaktoren der Kinder fördern
352	sie haben nicht gelernt sich langfristig mit etwas zu beschäftigen	Jugendliche wissen nichts mit sich anzufangen	

Interview II: Reduktion der Aussagen der Interviews - Suchtberatung Kö16a – Kinder, Jugendliche, Angehörige -

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Einrichtung		
40	Hauptschwerpunkt ist die Arbeit mit Cannabis und Alkohol konsumierenden Jugendlichen	Hauptschwerpunkt der Arbeit: Cannabis und Alkohol	Hauptschwerpunkt: Alkohol, Cannabis
42	Im Rahmen dieser Arbeit haben wir verschiedene Projekte: das FreD Projekt, wir machen realize it und das Halt Projekt für trinkende Jugendliche die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden	<p>Projekte: FreD (für polizeilich auffällig gewordene Jugendlichen i. V.m. Cannabis) Halt (für Jugendliche die aufgrund einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert wurden) Realize it: Programm zur Konsumreduzierung von Cannabis</p>	<p>Projekte: FreD Halt Realize it</p> <p>Intensive Elternberatung</p>
44	Zudem machen wir eine intensive Elternberatung	Intensive Elternberatung	
	Klientel		
51	Unsere Altersspanne beginnt bei 12 und endet bei 21 Jahren	Klientel: 12-21 Jahre	Klienten: 12-21 Jahre
52	Der Hauptschwerpunkt sind 15 bis 17 Jährige	Gehäuft 15-17 Jährige	Gehäuft 15-17 Jahre Altersdurchschnitt 16,5 Jahre
53	Unser Altersdurchschnitt liegt bei 16,5	Altersdurchschnitt 16,5	$\frac{3}{4}$ männlich, $\frac{1}{3}$ weiblich, $\frac{1}{4}$ Migranten
52	$\frac{3}{4}$ der Jugendlichen sind männlich, $\frac{1}{3}$ weiblich, $\frac{1}{4}$ Migranten	$\frac{3}{4}$ männlich, $\frac{1}{3}$ weiblich, $\frac{1}{4}$ Migranten	$\frac{3}{4}$ männlich, $\frac{1}{3}$ weiblich, $\frac{1}{4}$ Migranten
61	Der überwiegende Anteil sind Schüler aus unterschiedlichen Schulreformen von Sonderschüler bis hin zu Gymnasiasten. Es gibt auch viele ohne Ausbildung	Hauptsächlich Schüler unterschiedlicher Schulreformen von Sonderschülern bis hin zu Gymnasiasten Klienten ohne Ausbildung	Schüler aller Schulreformen, teilweise Jugendliche ohne Ausbildung

Anlage 7

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Zugang zu den Jugendlichen		
69	Der eine Zugang erfolgt über das FreD Projekt	Über das FreD-Projekt als Auflage von der Polizei/dem Staatsanwalt	<ul style="list-style-type: none"> • FreD-Projekt
70	Der andere Zugang ist über die Jugendgerichtshilfe, über Jugendgerichte	Jugendgerichtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendgerichtshilfe
71	Dann gibt es den Zugang über Schulen, wo sie geschickt werden	Zugang über Schulen als Auflage	<ul style="list-style-type: none"> • Schulen
72	oder Eltern schleifen ihre Kinder hier an	Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern
72	Die wenigsten Jugendlichen kommen wirklich freiwillig.	Selten Eigenmotivation, eigener Antrieb	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern
73	In der Regel gibt es immer jemanden der sagt: so geht das nicht weiter	i.d.R. durch jemanden auferlegt	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern <p>Selten aus eigenem Antrieb, meist Auflage</p>
	Konsumierte Suchtmittel		
77	Alkohol und Cannabis und natürlich Nikotin	Alkohol, Cannabis, Nikotin	Alkohol, Cannabis, Nikotin
77	Der Zugang erfolgt meist über Cannabis, allerdings konsumieren fast alle auch Alkohol	Zugang in Beratungsstelle meist über Cannabis meist aber auch i.V.m. Alkohol	Zugang meist über Cannabis, meist i.V.m. Alkoholkonsum
	Probleme der Jugendlichen		
	Schulprobleme, Probleme mit der Tagesstruktur, Probleme mit den Eltern	Schulprobleme, familiäre Probleme, Probleme mit Tagesstruktur	Schulprobleme Familiäre Probleme
	Dann gibt es noch bei wirklich problematisch konsumierenden psychische Probleme. Das können sein: Depressionen, traumatischer Erfahrungen	Psychische Probleme (wie traumatische Erlebnisse, Depressionen)	Probleme mit der Tagesstruktur Psychische Probleme

Anlage 7

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Anteil der Elternarbeit		
89	Es gibt einmal die Gruppe (...) dass wir die Eltern dahin bewegen, dass die Jugendlichen auch was unternehmen oder die Eltern ein entspanntes Verhältnis dazu kriegen – das sind pro Jahr 30	Langfristige Beratung: 30 Eltern pro Jahr Ziel: Veränderung der Situation des Jugendlichen und /oder Veränderung der Einstellung der Eltern	Langfristige Beratungen: 30 Eltern pro Jahr Ziel: Veränderung d. Situation u./o. Einstellung der Eltern
94	Und dann gibt es die, die ihre Kinder hier anschleppen oder mitkommen, weil der Jugendliche über das FreD-Projekt her kommt. Das sind sicherlich 100. Das sind meistens Einzelberatungen	Einmalberatungen Beratungen: ca. 100 pro Jahr Kontakt über FreD oder Eltern selbst	Einmalberatungen: ca. 100 pro Jahr Zugang durch Eltern selbst oder FreD-Projekt
	Zugang zu den Eltern		
103	Zum einen über das Jugendamt, den ASD	Jugendamt, ASD	Vor allem aufgrund der polizeilichen Auffälligkeiten des Kindes (FreD)
103	Andere haben sich selbst schlaue gemacht	Eigenständige Kontaktaufnahme	Jugendamt, ASD
104	Der überwiegende Teil kommt aufgrund der polizeilichen Auffälligkeit	Aufgrund polizeilicher Auffälligkeiten des Kindes – als Auflage	Selbstständige Kontaktaufnahme eher selten, dann zum Infogespräch
105	Ganz oft geht der Weg über die Polizei – das sind wirklich die meisten	Über Polizei	Selbstständige Kontaktaufnahme eher selten, dann zum Infogespräch
106	Die wenigsten kommen von sich aus, sie kommen eher zum Informationsgespräch	Nur wenige nehmen selbst Kontakt auf, eher für Infogespräch	Selbstständige Kontaktaufnahme eher selten, dann zum Infogespräch

Anlage 7

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Bedarf an Hilfe		
138	Könnte mir vorstellen , dass $\frac{1}{3}$ davon, Eltern haben, wo der Kontakt schwierig ist, wo ein Problem vorliegt	Vermutlich $\frac{1}{3}$ der Klienten hätten Hilfebedarf bzgl. der Elternarbeit	Vermutlich $\frac{1}{3}$ der Eltern der Klienten hat einen Hilfebedarf
139	Wo aber die Eltern nicht bereit sind	Viele Eltern wären aber nicht bereit	Viele Eltern wollen keine Hilfe in Anspruch nehmen
143	Also von den Klienten die wir haben, denke ich haben 200 Beratungsbedarf	Vermutlich 200 Eltern der 600-700 Klienten hätten einen Hilfebedarf	Laut ASD Hilfebedarf vorhanden – aber Schwierigkeiten bei Vermittlung
145	Es gibt viele Nachfragen bei ASD, die beim Jugendamt nach Hilfe fragen, aber eine Vermittlung zu uns irgendwie nicht stattfindet	Laut Angaben des Jugendamtes, gibt es viele Anfragen auf Hilfe – aber Schwierigkeiten bei Vermittlung	Laut ASD Hilfebedarf vorhanden – aber Schwierigkeiten bei Vermittlung
	Gründe für Kontaktschwierigkeiten		
162	Man muss sagen was für eine Beratungsstelle – dann heißt es nämlich Suchtberatung	Name der Beratungsstelle spielt Rolle: Suchtberatung	Name der Beratungsstelle hat großen Einfluss
163	Und die meisten Jugendlichen haben kein Suchtproblem	Bezeichnung trifft auf meiste Jugendliche nicht zu	Begriff „Sucht“ stigmatisiert – meisten Jugendlichen sind nicht süchtig
165	Sucht wird assoziiert mit Abhängigkeit, mit Menschen die auf der Parkbank wohnen und verwahrlost sind	Sucht mit stigmatisierenden Merkmalen assoziiert	Hemmungen aufgrund des Begriffs Sucht bestätigte Elternbefragung von Eltern.aktiv
166	Ein Ergebnis der Elternbefragung in den Projekt ist, dass das eins der größten Hindernisse ist	Elternbefragung der Eltern.aktiv bestätigte dass das eins der größten Hindernisse ist	Würden in allgemeine Jugendberatung gehen
166	Sie würden in eine Beratungsstelle gehen wo dran steht Jugendberatung	Bezeichnung Jugendberatung wäre weniger abschreckend	Würden in allgemeine Jugendberatung gehen

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Probleme der Eltern mit Kindern		
175	Die Eltern sagen in der Regel, dass sich die Kinder verweigern, sei es in der Schule, im Haushalt, sei es Regeln einzuhalten	Jugendlicher verweigert sich	Jugendlicher verweigert sich – reagiert entweder passiv oder aggressiv auf Anweisungen und Pflichten durch die Eltern
176	Es kann einmal sein, dass sie es passiv tun, nichts machen, im Bett bleiben, nicht aufstehen	Reagierten passiv auf Anweisungen/Pflichten	emotionale Entfremdung zwischen Eltern und Kind
179	Und es kann sein, dass sie hoch aggressiv werden wenn die Eltern sie zu etwas bewegen wollen	Reagiert Aggressiv auf Anweisungen/Pflichten	Eltern verlieren an Einflussnahme, haben keinen Überblick über Aktivitäten des Kindes
180	Das Wesentliche ist, der Kontakt zu den Jugendlichen reist einfach ab und die Eltern wissen nicht mehr was sie tun und haben keinen Einfluss mehr darauf	Emotionale Entfremdung zwischen Eltern und Kind Eltern wissen haben keinen Überblick mehr über Aktivitäten des Kindes, haben keinen Einfluss darauf	

Anlage 7

	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Probleme der Eltern		
187	Überwiegende Teil der Eltern in Beratung sind alleinerziehende Mütter	Häufig alleinerziehende Mütter	Alleinerziehende Mütter
189	Mütter sind überfordert sich um alles zu kümmern um Schule, Arbeit	Sind überfordert	Überforderung
190	Eine Zeit lang waren Jungs noch toll, kleine Prinzen – plötzlich sind sie in der Pubertät und entwickeln eine eigene Dynamik	Probleme bei Akzeptieren der Veränderung des Kindes in der Pubertät	Probleme bei der Akzeptanz der Veränderung des Kindes in der Pubertät
191	Mit dieser Veränderung kommen sie nicht zurecht	Haben Probleme mit dieser Veränderung	Entgegen steuern wollen gegen diese Veränderung
194	Versuchen ihre Jungs auf dem Stand zu halten als sie noch so klein und nett waren – gibt Konflikte	Versuchen gegen diese Veränderung anzusteuern, wollen diese nicht akzeptieren, wahr haben	Ambivalenter Erziehungsstil der Eltern/Uneinigkeit in der Erziehung
199	Wenn es um Eltern geht: Es geht ganz oft darum, dass sie unterschiedliche Vorstellungen haben davon mit den Problemen des Jugendlichen umzugehen	Elternpaar häufig unterschiedliche Ansichten/Vorstellung bzgl. der Erziehung und des Umgangs mit Problemen	Unangemessene Ansprüche an das Kinder
210	Bei langfristigen Beratungen sinnvoll zu fragen was sie von ihren Kindern wollen und ob die Ansprüche angemessen sind	In längerfristigen Beratungen: sinnvoll zu schauen ob Ansprüche ans das Kind angemessen sind	Selten eigene Suchtproblematik
211	Wollen viel zu viel vom Kind	Überforderung der Kinder	
239	Konsummuster, die man nicht als Abhängigkeit bezeichnen kann, wo es zum Leben dazugehört kommt häufig vor	Feste Konsummuster	Feste Konsummuster
240	Selten eigene Suchtproblematik	Selten eigene Suchtproblematik	

Anlage 7

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Hilfe für Eltern		
219	Eine längerfristige Beratung mit dem Jugendlichen und den Eltern	Langfristige Beratung mit Eltern und Jugendlichen	Langfristige Beratung für Jugendlichen mit Eltern
220	Wenn deutlich wird, dass die Eltern eigentlich ein Problem haben, eine zeitlange Beratung für die Eltern	Falls Problem bei Elternteil/bei den Eltern vorliegt zeitlange Beratung dieser	Bei Problem des Elternteils auch zeitlange Beratung diesem
224	Wenn deutlich wird, dass es ein umfassendes Problem ist, muss man verweisen z.B. eine Paartherapie oder eine Psychotherapie	Bei umfassenderen Problemen Verweise an speziellere Einrichtungen	Ggf. Bearbeitung der eigenen Konsummuster
231	Fragen, was ist mit eigenem Suchtmittelkonsum – Thema Konsummuster verändern	Ggf. daran arbeiten eigene Konsummuster der Eltern zu verändern	Bei Suchtproblemen verweis in Erwachsenenberatungsstelle
232	Wenn es sich um ein Suchtproblem handelt in eine Erwachsenenberatungsstelle verweisen	Bei Suchtproblem des Elternteils in Erwachsenenberatungsstelle verweisen	Bei umfassenderen Problemen verweise in speziellere Einrichtung

Anlage 7

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Schwierigkeiten in der Arbeit		
245	Die Kunst ist zu verstehen, dass Eltern immer versuchen das bestmögliche zu machen	Eltern versuche immer ihr bestmögliches zu geben	Eltern versuchen bestmögliches zu tun – daher sollte man ihnen nicht sagen, sie hätten versagt
247	Wenn man ihnen versucht deutlich zu machen: „Das war alles Mist“ - das hilft nicht weiter	Keine Lösung, ihnen deutlich zu machen, dass sie versagt haben	müssen Balance finden – ihren Kindern Freiräume lassen, gleichzeitig wissen was passiert
249	Oft geht es dahin, dass die Eltern zu einer Balance finden in der es darum geht mehr Freiräume zu geben, gleichzeitig aber zu wissen was passiert	Eltern müssen Balance finden in der sie ihrem Kind Freiräume lassen können und gleichzeitig wissen was passiert	Das gewähren von Freiräumen bedeutet, dass Mutter etwas verliert
250	Wenn die Mutter ganz eng mit ihrem Sohn gelebt hat würde das bedeuten, dass sie etwas verliert wenn sie ihm mehr Freiraum gibt	des gewähren von Freiräumen ist damit verbunden, dass die Mutter etwas verliert	Müssen erkenne, dass ein Leben über ihre Kinder hinaus gibt
251	Eltern müssen erkennen, dass es ein Leben für sie gibt, über ihre Kinder hinaus	Eltern müssen erkennen, dass es für sie ein Leben über ihre Kinder hinaus gibt	Brauchten Unterstützung, zu erkennen, dass sie etwas verändern müssen
253	Sie merken plötzlich, ich bin allein, ich kenne niemanden – und das produziert oft Widerstände	Sie merken, dass sie allein sind, sonst niemanden haben –produziert Widerstände	Brauchten Unterstützung, zu erkennen, dass sie etwas verändern müssen
255	Die Eltern brauchen zudem oft Unterstützung zu erkennen, dass sei nicht weiterkommen, so wie sie es machen	Brauchten Unterstützung zu erkennen, dass sie etwas verändern müssen um weiterzukommen	Brauchten Unterstützung sich in anderen Institutionen Hilfe zu holen (z.B. ASD)
256	Dass sie über die Hürde kommen, ich geh jetzt zum ASD und lasse mich beraten	Brauchten Unterstützung beim Erkennen, dass andere Hilfen wie der ASD eine geeignete Institution ist	

Anlage 7

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
Stellenwert der Elternarbeit			
264	Je jünger sie sind, desto größer ist der Stellenwert	Je jünger die Jugendlichen sind desto größer ist der Stellenwert	Je jünger die Jugendlichen desto größer der Stellenwert
265	Da die Eltern noch größeren Einfluss haben, die Peergroup noch nicht so im Vordergrund steht	Die Eltern haben noch einen großen Einfluss – die Peergroup steht noch nicht so stark im Vordergrund	Eltern haben noch großen Einfluss; Peergroup steht noch nicht so stark im Vordergrund; verbringen viel Zeit miteinander
266	Die Jugendlichen meist noch zu Hause leben, die meiste Zeit zusammen verbringen	Sie leben meist noch in einem gemeinsamen Haushalt, verbringen viel Zeit miteinander	
268	Je älter die Jugendlichen werden, desto niedriger wird auch der Stellenwert	Je älter die Jugendlichen werden desto niedriger der Stellenwert	Je älter desto niedriger der Stellenwert
272	Es bleibt immer wichtig	Es bleibt immer wichtig	ABER es bleibt immer wichtig:
273	Weil auch in einer Ablösephase unterstützen wir sie	Müssen auch in der Ablösephase unterstützt werden	Sinnvoll auch im Ablöseprozess zu unterstützen um eine positive Entwicklung zu begünstigen
274	Es ist gut wenn diese positiv verläuft – damit nicht solche Katastrophen passieren, dass sie 10 Jahre nicht miteinander reden	Ein positiver Verlauf wirkt sich vorteilhaft für auf die Entwicklung aus	

Anlage 7

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
Unausgeschöpfte Möglichkeiten			
281	Idee der Hausparty in NRW, ähnlich wie eine Tupperparty	Idee der Hausparty in NRW – ähnlich wie Tupperparty	Idee der Hausparty in NRW: In Beratungsstelle wird festgestellt: Eltern haben Freunde/Bekannte, die auch Probleme mit ihrem Kind haben
282	Lassen sich beraten und es kommt heraus, dass Freunde oder Bekannte auch Probleme mit ihren Kindern haben	In Beratung wird festgestellt: Eltern haben Bekannte/Freunde die auch Probleme mit Kind haben	Freunde/Bekannte, die auch Probleme mit ihrem Kind haben
284	Diese laden wir nach Hause ein zu einer Party	Laden diese nach Hause zu einer Party ein	→ Laden diese nach Hause ein
285	Dann geht dort jemand von der Suchtberatung hin uns spricht mit denen vor Ort	Jemand von einer Suchtberatung spricht mit den Eltern dort vor Ort	→ Jemand von der Suchtberatung kommt, spricht mit ihnen vor Ort
286	Sie müssen nicht diese Hürde machen, ich geh in eine Suchtberatung	Hürde in Suchtberatung zu gehen wird genommen	→ Hürde in Beratungsstelle zu gehen wird genommen
288	Man muss davon Abstand nehmen, dass mit noch so einer guten Elternarbeit sich in hohem Maße etwas verändert	Elternarbeit allein muss keinen Erfolg versprechen	→ Beratung kommt, spricht mit ihnen vor Ort
291	Wenn man alle Eltern erreichen würde von substanzmittelkonsumierenden Jugendlichen und es würde alles gut, das glaub ich nicht	Elternarbeit allein muss keinen Erfolg versprechen	Gute Elternarbeit allein verspricht noch keinen Erfolg
294	Es gibt für Jugendliche noch ganz viele andere Einflüsse	Viele Einflüsse die Jugendlichen Suchtmittelkonsum beeinflussen	Viele Einflüsse beeinflussen Jugendlichen bei Suchtentwicklung
295	Wenn es heißt sie sollen ihren Konsum radikal einschränken und brav sein, das funktioniert nicht	Ziel für Jugendlichen: Abstinenz und brav sein erzielt keine Erfolge	Ziel: Abstinenz und brav sein: kein Erfolg
297	Was man erreichen kann ist, dass die Eltern gucken wie sie besser damit umgehen, auch selbst ihre eigenen Grenzen setzen	Eltern müssen lernen mit Situation anderes umzugehen, eigene Grenzen setzen	Eltern müssen lernen mit Situation umzugehen, eigene Grenzen setzen → Berater
300	Dass sie befähigt werden das umzusetzen	Berater soll sie befähigen dies umzusetzen	Befähigt dies umzusetzen

Anlage 7

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Institutionen		
306	Eine Zusammenarbeit gibt es mit der Jugendgerichtshilfe	Zusammenarbeit mit der Jugendgerichtshilfe	Kooperationen: Jugendgerichtshilfe, Jugendrichter (durch Auflagen)
306	Das ist quasi ein Selbstgänger, weil Jugendliche die Auflage kriegen	Jugendlichen bekommen Auflage	
307	Oder auch Jugendrichter wo es um Auflagen geht	Jugendrichter, Jugendliche bekommen Auflage	
308	Es gibt ein großes Feld, da laufen Meldungen beim ASD auf, das sind in der Regel Polizeimeldungen wo in erster Linie der ASD zuständig ist	Bedarf des ASD ist vorhanden	Wunsch für zukünftige Kooperationen: ASD Schulen (Kooperation gestaltet sich schwierig)
314	Wir fangen jetzt gerade am mit dem Jugendamt um zu schauen wie man zu einer Kooperation kommen kann	Kooperation befindet sich in den Anfängen	
318	Wir wissen auch, dass die Schule ein riesen Problem damit hat	Schule hat großen Bedarf	
318	Aber auch dort gibt es aus irgendwelchen Gründen eine Hürde, dass aus den Schulen nichts kommt	Kooperation gestaltet sich schwierig	

Interview III: Reduktion der Aussagen der Interviews - JuKO – Jugendberatung der KODROBS

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Einrichtung		
37	Wir machen Jugendberatung	Jugendberatung	Jugendberatung
38	Die gestaltet sich so, dass wir Einzelberatung machen, dass die Leute hier her kommen und wir auch langfristige Betreuungen anbieten	Einzelberatung Lang und kurzfristige Beratungen	Einzelgespräche Kurz- und langfristige Beratungen
39	Und wir auch Weitervermittlung leisten	Weitervermittlung zu anderen Institutionen	Weitervermittlung in andere Institutionen
41	begleiten und betreuen und gehen auch in die Sozialräume	Aufsuchende Arbeit, im Sozialraum	
42	Wir sind zuständig für Bahrenfeld, Osdorf und Lurup	Zuständigkeitsbereiche: Bahrenfeld, Osdorf, Lurup	Zuständigkeitsbereiche: Bahrenfeld, Osdorf, Lurup
44	Wir haben dort spezielle Kooperationspartner, Straßensozialarbeit, Jugendclubs, wo wir wöchentlich vor Ort sind	Kooperationspartner: Straßensozialarbeit, Jugendclubs	Informationsveranstaltungen in Schulen
47	Wir machen uns bekannt, dass die Jugendlichen uns sehen, kennen lernen und bei Bedarf auch ansprechen	Dort Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen	Aufsuchende Arbeit
47	Versuchen erste Gespräche einzuleiten und sie zu sensibilisieren für die Thematik	Ziel: Kontaktaufnahme und Sensibilisierung für das Thema Sucht	Kooperationspartner wie Straßensozialarbeit, Jugendclubs
48	Wir machen auch ganz viele Informationsveranstaltungen in den Schulen	Informationsveranstaltungen in Schulen	
49	Und mit den Kooperationspartnern verschiedene Aktionen	Aktionen mit Kooperationspartner	Dort Kontaktaufnahme mit den Jugendlichen, Sensibilisierung für das Thema Sucht
55	Fußi, Grill'n und Chill'n ... die wir dann auch ansprechen ... und wir versuchen auch mit ihnen ins Gespräch zu kommen	Kontaktherstellung innerhalb dieser Aktionen	Aktionen mit Kooperationspartnern

Anlage 8

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	Klientel		
61	Deutsche im Alter von 14 bis 18	14-18 Jährige Deutsche	<ul style="list-style-type: none"> • 14-18 Jährige Deutsche • 14-27 Jährige Migranten • Angehörige
62	Migranten im Alter von 14 bis 27	14-27 Jährige Migranten	
63	Und deren Angehörige	Angehörige	
63	Auf die Stadtteile Bahrenfeld, Osdorf und Lurup zusammengeschrumpft	In den Stadtteilen Bahrenfeld, Osdorf, Lurup	In den Stadtteilen Bahrenfeld, Osdorf und Lurup
82	Wir haben schon Schüler und Auszubildende	Wenig Schüler und Auszubildende	Viele Schulabbrecher, keine Ausbildung, wenig Schüler, Auszubildende
83	Der größte Anteil sind eher Schulabbrecher, Hauptschulabschluss, wenn überhaupt, keine Ausbildung	Viele Schulabbrecher, keine Ausbildung	
	Zugang zu den Jugendlichen		
95	Durch die ständige Anwesenheit im Sozialraum	Ständige Anwesenheit im Sozialraum	Anwesenheit im Sozialraum
96	Über solche Infoveranstaltungen in der Schule wo wir mit den Lehrern intensiv im Kontakt stehen	Informationsveranstaltungen in Schulen, intensive Kontakte zu Lehrern	Infoveranstaltungen in Schulen, intensive Kontakte zu Lehrern (schicken Schüler als Auflage)
98	Manchmal werden die Leute auch zu uns geschickt, als Auflage	Schüler werden als Auflage geschickt	Jugendgerichtshilfe
100	Dann haben wir Leute von der Jugendgerichtshilfe	Über die Jugendgerichtshilfe	Wohngruppen
101	Dann engagieren wir uns jetzt auch in Wohngruppen	Kontakt zu Wohngruppen	
103	Haben einen hohen Bekanntheitsgrad Durch KODROBS/"jugend hilft jugend"	Hohen Bekanntheitsgrad durch KODROBS und "jugend hilft jugend"	Hoher Bekanntheitsgrad durch KODROBS
105	Gute Internetpräsenz	Gute Internetpräsenz	gute Internetpräsenz

Anlage 8

Z.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Vorwiegend konsumierte Suchtmittel			
110	Alkohol und Cannabis – weit abgeschlagen	Alkohol und Cannabis	40% Cannabis
111	40% Cannabis, 43% Alkohol	40% Cannabis, 43% Alkohol	43% Alkohol
112	Ganz häufig in Kombination – du hast es ganz selten, dass jemand nur kifft oder nur trinkt	In der Regel in Kombination	In der Regel in Kombination
Problem der Jugendlichen			
120	Am häufigsten haben sie schulische und familiäre Probleme	Schulische, familiäre Probleme	Schulische Probleme
121	Eine gewisse Perspektivlosigkeit zeichnet sich ab	Perspektivlosigkeit	- Perspektivlosigkeit - Geringe Frustrationstoleranz
123	Geringe Frustrationstoleranz	Geringe Frustrationstoleranz	- Unrealistische Ausbildungswünsche und Zukunftsvorstellungen
124	Merkwürdige Vorstellungen davon was die im Leben erreichen wollen	Unrealistische Zukunftsvorstellungen	- Keine ausreichende Qualifikationen
126	Und dann kommt es, dass sie vor sich hin dümpeln und gar nichts haben	Keinen Ausbildungsplatz, Arbeitslosigkeit	- Kein Ausbildungsplatz
126	Oder gar nichts machen und wollen eben auch nicht irgend einen Ausbildungsplatz	Unrealistische Vorstellungen bzgl. der beruflichen Zukunft	Familiäre Probleme
128	Sie haben aber leider nichts anderes vorzuweisen	Haben keine/nicht ausreichende Qualifikationen	- Häufig alleinerziehende Mütter
130	Häufig fehlt der Vater	Häufig alleinerziehende Mütter	- Fragwürdige Erziehung
134	Erziehungsmethoden sind strange	Fragliche Erziehung	- Spannungsverhältnis Innerhalb der Familie
135	Spannungsverhältnisse	Spannungsverhältnisse in der Familie	- Identitätsprobleme
135	Identitätsprobleme	Identitätsprobleme	- Identitätsprobleme
137	Schwierig Perspektiven zu entwickeln	Perspektivlosigkeit	

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Anteil der Elternarbeit		
145	2009, da hatten wir insgesamt 85 Klienten und davon waren 11 Angehörige	2009: 85 Klienten, davon 11 Angehörige	2009: 85 Klienten, davon 11 Angehörige
146	Wir machen aber auch extra Veranstaltungen in Osdorf für Angehörige	Infoveranstaltungen für Angehörige in Osdorf	Infoveranstaltungen in Osdorf
147	Da gibt es das internationale Frauenfrühstück – da machen wir immer wieder Infoveranstaltungen um sie zu sensibilisieren	Internationales Frauenfrühstück: Infoveranstaltung um Angehörige zu sensibilisieren	Internationales Frauenfrühstück
150	Ganz viele haben gar keine Berührungspunkte und anhand welcher Merkmale man den Verdacht konkretisieren kann	Häufig Unwissenheit und Unsicherheit bzgl. des Suchtmittelgebrauches des eigenen Kindes	Häufig große Unsicherheiten Und Unwissenheit bzgl. des Suchtmittelgebrauches des eigenen Kindes → 5-10 Angehörige
157	Da sind dann in der Regel auch 5 bis 10 Angehörige aber die zählen wir nicht extra	ca. 5-10 Angehörige	
158	Die sind auch relativ schwer rein zu kriegen in die Beratung	Schwierig Eltern in Beratung zu bekommen	Schwierig Eltern in Beratung zu bekommen
159	Weil die Jugendlichen nicht möchten, dass die Angehörigen wissen, dass sie hier sind	Jugendlichen verweigern meist, dass Angehörige einbezogen/informiert werden	Jugendliche verweigern, dass Angehörige informiert werden
161	Häufig würde es sich empfehlen die Eltern mit ins Boot zu holen	Wäre wichtig Eltern einzubeziehen	Wäre oft wichtig Eltern einzubeziehen
163	Da wir in erster Linie für den Klienten arbeiten müssen wir absolute Verschwiegenheit wahren	Verschwiegenheit muss gewahrt werden	aber Verschwiegenheit muss gewahrt werden

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Zugang zu den Eltern		
181	Hauptsächlich über die Öffentlichkeitsarbeit	Hauptsächlich über Öffentlichkeitsarbeit	Hauptsächlich über Öffentlichkeitsarbeit über KODROBS oder eigenständige Kontaktaufnahme
182	Entweder über KODROBS oder eben dass sie hier durchrufen	Über KODROBS oder rufen selbst an	
183	Wir sind auch in den Stadtteilen bei Nachbarschaftsfesten unterwegs	Stadtteilstufe	
184	Eben um das auch zu erreichen, dass auch die Angehörigen von uns erfahren	Damit Angehörige JuKOs kennen lernen	Bekannt machen auf Stadtteilstufen
185	Ganz aktiv sind wir da unterwegs wo die Jugendlichen sind und nicht die Angehörigen	Aktiver Zugang wird eher zu Jugendlichen als zu Angehörigen gesucht	Wenig aktive Kontaktaufnahme zu Angehörigen
186	Bis auf eben dieses internationale Frauencafé	Internationales Frauencafé – aktiver Zugang	Aktive Zugang: internationales Frauencafé
187	Wir wollen uns aber noch ein bisschen anstrengen damit die Angehörigen mehr von uns erfahren	Kontaktaufnahme zu Angehörigen soll verbessert werden	Kontaktaufnahme soll verbessert werden
	Bedarf an Hilfe		
199	Extrem groß	Extrem großer Bedarf	Extrem großer Bedarf
200	Eine große Verunsicherung herrscht	Große Verunsicherung	Große Verunsicherung
201	Kommunikationsstrukturen sind gestört	Gestörte Kommunikationsstrukturen	Gestörte Kommunikationsstrukturen
203	Unsicherheit Konsum einzuschätzen	Unsicherheit Konsum einzuschätzen	Unsicherheit Konsum einzuschätzen
206	gibt Befürchtungen, dass das Kind immer mehr abrutscht	Haben Ängste	haben Ängste
207	Probleme mit dem Kind in Kontakt zu treten	Problem mit Kind in Kontakt zu treten	Problem in Kontakt zu treten

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Gründe für Kontaktschwierigkeiten		
215	Ein bisschen Scham. Das Gefühl versagt zu haben	Scham, Gefühl versagt zu haben	Scham, Gefühl versagt zu haben
216	Viel auch Verleugnung bzw. es nicht mitzubekommen	Verleugnung, nicht wahr haben wollen	Verleugnung, nicht wahr haben wollen
219	Wenn das Kind ein gewisses Alter erreicht hat, es häufig auch als normal gilt	Problem wird nicht wahrgenommen	Problem wird nicht oder erst spät wahrgenommen
222	Die Eltern reagieren erst, wenn das Kind stundenlang vor dem Computer sitzt	Spätes erkennen des Problems	
227	Viele versuchen es erst im privaten Rahmen zu regulieren und erst wenn sie gar nicht mehr weiter kommen, dann überwinden sie sich	Versuch Problem erst selbst zu regeln Bei großer Verzweiflung erst Kontaktaufnahme	Versuchen Problem selbst zu regeln Erst bei großer Verzweiflung Kontaktaufnahme
255	Es ist schwer dort eine SUCHT-Beratung anzubieten	Begriff „Sucht“ schreckt ab	Begriff „Sucht“ schreckt ab

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Probleme der Eltern mit ihren Kindern		
262	Weil sie nicht tun was sie wollen, dass sie nicht mehr an ihre Kinder herankommen	Emotionale Entfernung	Emotionale Entfernung Peer-Group wird wichtiger
263	Dass sie aufsässig werden	Aufsässigkeit	Kommen nicht mehr an Kind heran
264	Dass sie nicht wissen in welcher Form sie dem Kind gewisse Verpflichtungen im Haushalt übertragen	Unsicherheit in der Erziehung	Unsicherheit in der Erziehung
268	Dass die Eltern oft darüber klagen, dass die Kinder ihre Rechte in Anspruch nehmen, die Pflichten vernachlässigen	Unsicherheit in der Erziehung	Aufsässigkeit der Kinder
269	Und immer mehr von ihnen abdriften, sich immer mehr nach außen orientieren	Emotionale Entfernung Peer-Group wird wichtiger	
270	Und gar nicht mehr an die Kinder herankommen	Emotionale Entfernung	
271	Und dass sie nicht wissen wie sie das Handeln sollen	Unsicherheit in der Erziehung	
	Probleme der Eltern		
276	Das zentrale Problem ist Inkonsequenz	Inkonsequenz	Inkonsequenz
278	Dass da wenig Gespräche stattfinden	Wenig Kommunikation	Wenig Kommunikation
278	Die Eltern geben häufig nach und vermeiden Konflikte	Konfliktvermeidendes Verhalten Inkonsequenz	Konfliktvermeidendes Verhalten
281	Nie eine liebevolle Struktur	Wenig emotionale Nähe	Wenig emotionale Nähe
282	Zu viele Vorwürfe, Negativbewertungen	Vorwürfe, Negativbewertungen des Kindes	Vorwürfe, Negativbewertung des Kindes
283	Die Eltern selbst konsumieren hin und wieder selbst	Konsum der Eltern selbst	Konsum der Eltern selbst

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Hilfe für die Eltern		
290	Vom allgemeinen Informationsgespräch zu einzelnen Substanzen, Suchtentwicklung, Jugend und Konsum	Informationsgespräche	Informationsgespräche Langfristige Betreuungen
292	Bis hin zu langfristigen Betreuungen	Langfristige Betreuungen	
297	Bei Angehörigen ist es selten der Fall, dass eine Vermittlung im Raum steht	Selten Vermittlung in andere Institutionen	Selten Vermittlung in anderer Institutionen
297	Wir ermutigen dann auch immer den Jugendlichen, den Angehörigen hier in die Beratung zu bringen	Jugendlicher wird angeregt Angehörige mitzubringen	Jugendlicher wird angeregt Angehörigen mitzubringen
299	Zu einem anderen Berater natürlich damit keine Konflikte entstehen wenn man als Berater Informationen von beiden Seiten bekommt	Dieser wird von anderem Berater beraten um nicht in Loyalitätskonflikte zu geraten	Dieser wird von einem anderen Berater betreut um nicht in Loyalitätskonflikte zu geraten,
303	Hin und wieder setzen wir uns auch zu viert hin	ggf. gemeinsames Gespräch mit Jugendlichen, Angehörigem und beiden Beratern	ggf. gemeinsames Gespräch mit den zwei Betreuern,
304	Der jeweilige Berater fungiert als Sprachrohr für die jeweilige Partei, verhält sich auch parteilich, aber unter Berücksichtigung der Gesamtsituation	Jeweilige Berater fungiert als parteilicher Vermittler unter Berücksichtigung der Gesamtsituation	Jugendlichem, Angehörigen, jeweiliger Berater fungiert als parteilicher Vermittler unter Berücksichtigung der Gesamtsituation
309	Das passiert aber nicht so häufig, weil meist sind die dann schon `ne Weile in Betreuung	Selten, eher bei Langzeit Klienten	Berücksichtigung der Gesamtsituation (findet eher selten statt)

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Schwierigkeiten		
327	Die Angehörigen kommen mit der Hoffnung, dass wir denen ganz strikte Werkzeuge an die Hand liefern	Unrealistische Vorstellungen bzgl. der Beratung Hoffnung strikte Anweisungen zu bekommen	Unrealistische Vorstellungen bzgl. der Beratung Hoffnung strikte Anweisungen zu bekommen
	Unausgeschöpfte Möglichkeiten		
345	Soweit wir an die Angehörigen können läuft es von den Plänen her	Zufrieden mit Plänen und Umsetzung für Elternarbeit	Zufrieden mit Plänen und Umsetzung der Elternarbeit
346	Es gibt dieses Selbsthilfegruppensystem für Angehörige, aber nur für Angehörige wo die Kinder wirklich schwer abhängig sind	Selbsthilfegruppensystem für Angehörige schwer abhängiger Kinder	Selbsthilfegruppen für Angehörige für schwer abhängige Jugendliche - nicht Klientel der JUKOs
349	Die Erfahrungswerte sind ganz andere und viel dramatischer als bei denen mit denen wir es zu tun haben	Erfahrungswerte sind dramatischer als beim Klientel der JUKOs	Hoffnung, dass sich Selbsthilfegruppe aus Nachbarschaftstreffe etabliert, Austausch zwischen normalen Eltern stattfindet
350	Wir hoffen, dass es sich innerhalb dieser Nachbarschaftstreffe etabliert	Hoffnung, dass eine Art Selbsthilfegruppe aus Nachbarschaftstreffe wird	Frau will Selbsthilfegruppe anbieten in Absprache mit JuKOs, diese bekannt machen
351	Dass ein Austausch zwischen ganz normalen Eltern stattfindet und dabei auch eine gegenseitige Unterstützung stattfindet	Austausch zwischen normalen Eltern gegenseitiger Unterstützung	Frau will Selbsthilfegruppe anbieten in Absprache mit JuKOs, diese bekannt machen
364	Eine Frau will so eine Art Selbsthilfegruppe/Beratung vor Ort anbieten in Absprache mit uns	Kontakt zu einer Frau, die eine Art Selbsthilfegruppe anbieten will – in Absprache mit den JuKOs	Frau will Selbsthilfegruppe anbieten in Absprache mit JuKOs, diese bekannt machen
367	Uns dann auch ein bisschen bekannt machen	JuKOs bekannt machen	JuKOs, diese bekannt machen

Anlage 8

Z.	Paraphrasieren	Generalisieren	Reduktion
	Institutionen		
374	Wir arbeiten jetzt schon zusammen mit der Jugendgerichtshilfe	Jugendgerichtshilfe	Kooperationen: Jugendgerichtshilfe (Auflage) Jugendclubs
377	Wir haben einen sogenannten Kifferkurs	Durch Vermittlung/Auflage Kifferkurs zu besuchen	Straßensozialarbeit Adelante – Hilfe zur Erziehung Verschiedene Gremien
377	Jugendliche, die mit Cannabis aufgegriffen werden, haben von Richter die Auflage an diesem Kifferkurs teilzunehmen	Auflage vom Richter	
380	Mit Jugendclubs kooperieren wir	Jugendclubs	
381	Mit der Straßensozialarbeit in den jeweiligen Stadtteilen für die wir zuständig sind	Straßensozialarbeit	
385	Mit Adelante... das ist eine Hilfe zur Erziehung	Adelante – Hilfe zur Erziehung	Zukünftige Kooperationen: Jugendwohngruppen
386	Mit den Jugendwohngruppen läuft es gerade an	Jugendwohngruppen – läuft an	
389	Dann sind wir auch in relativ vielen Gremien	In verschiedenen Gremien	

Anlage 9

Reduzierte Aussagen der drei Interviews - Überblick

I) mobS	II) Kö16a	III) JuKO
1) Einrichtung		
<p>ambulante Einrichtung für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche und deren Angehörige</p> <p>Aufsuchende Arbeit klassische Beratung</p> <p>Mobile Beratungsstelle</p> <p>Kurz- und Langfristige Beratungen</p> <p>Einsatzgebiet: a) Harburg b) HH Nord</p>	<p>Ambulante Einrichtung für suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche und deren Angehörige</p> <p>Komm-Struktur</p> <p>Projekte: FreD Halt Realize it</p> <p>Kurz- und Langfristige Beratung</p> <p>Intensive Elternarbeit</p> <p>Klientel aus ganz Hamburg</p>	<p>Ambulante Einrichtung für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche</p> <p>Aufsuchende Arbeit klassische Beratung</p> <p>Viele Kooperationspartner</p> <p>Kurz- und Langfristige Beratung</p> <p>Zuständigkeitsbereiche: Bahrenfeld, Osdorf, Lurup</p>
2) Klientel		
<p>14-27-jährige</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14-18-jährige Deutsche • 14-27-jährige Migranten • Angehörige <p>Schüler, Schulabbrecher Migranten, Flüchtlinge, Asylbewerber</p>	<p>12-21 Jährige</p> <p>Gehäuft 15-17 Jahre Altersdurchschnitt 16,5 Jahre</p> <p>$\frac{3}{4}$ männlich, $\frac{1}{3}$ weiblich, $\frac{1}{4}$ Migranten</p> <p>Schüler aller Schulreformen, teilweise Jugendliche ohne Ausbildung</p>	<p>14-27 Jährige</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14-18 Jährige Deutsche • 14-27 Jährige Migranten • Angehörige <p>Viele Schulabbrecher/ keine Ausbildung, wenig Schüler und Auszubildende</p>
3) Anteil der Elternarbeit		
<p>Bei $\frac{1}{5}$ der Jugendlichen besteht Beratungskontakt zu den Eltern</p> <p>Jedoch auch Beratungen nur mit Eltern, ohne Kontakt zum Kind</p>	<p>Langfristige Beratungen: 30 Eltern pro Jahr</p> <p>Einmalberatungen: ca. 100 pro Jahr</p>	<p>2009: 85 Klienten davon 11 Angehörige</p> <p>zusätzlich 5-10 Eltern bei Infoveranstaltung im Frauencafé</p>

*I) mobS, II) Kö16a, III) JuKO

Anlage 9

4) Vorwiegend konsumierte Suchtmittel*

- Alkohol und Cannabis (I, II, III)
- in der Regel in Kombination (I, II, III)

5) Zugänge zu Jugendlichen*

- Aufsuchende Arbeit (I, III)
- Präsenz in Jugendeinrichtungen (I, III)
- Anwesenheit im Sozialraum (I, III)
- Verteilung von Flyern auf der Straße(I)
- Straßensozialarbeit (I, III)
- Werbung in der Zeitung, auch in Fremdsprechen (I)
- Über Kooperationspartner, z.B. Jugendhäuser (I, III)
- Schulen (I, II, III)
- Informationsveranstaltungen in Schulen (III)
- Jugendgerichtshilfe (I, II, III)
- FreD-Projekt (II)
- Als Auflage (I, II, III)
- Eltern (II)
- Wohngruppen (III)
- Allgemein hoher Bekanntheitsgrad (III)
- Gute Internetpräsenz (III)
- selten eigener Antrieb (II)

6) Probleme der Jugendlichen*

- Frustration (I)
- Perspektivlosigkeit (I, III)
- Geringe Frustrationstoleranz (III)
- Schulprobleme (I, II, III)
- Keine Ausbildung (I, III)
- Arbeitslosigkeit (I)
- Unrealistische Zukunftsvorstellungen und Ausbildungswünsche und keine geeigneten Qualifikationen(III)
- familiäre Konflikte/Probleme (I, II, III)
- häufig alleinerziehende Mutter (II, III)
- fragwürdige Erziehung (III)
- Spannungsverhältnisse innerhalb der Familie (III)
- Probleme mit der Tagesstruktur (II)
- Identitätsprobleme (III)
- Migranten:
Mangelnde Sprachkenntnisse, Schulabbruch im Heimatland, mangelnde Kenntnis über das deutsche Schulsystem, Aufenthaltsgenehmigungsprobleme (I)
- Psychische Probleme (II)
- Magersucht (I)
- Schlafstörungen (I)

*I) mobS, II) Kö16a, III) JuKO

Anlage 9

7) Zugang zu den Eltern*

- Selbstständige Kontaktaufnahme (I, II, III)
- Kontaktaufnahme über den betreuten Jugendlichen (I)
- Telefonische Kontaktaufnahme z.B. aufgrund Anzeige in der Zeitung (I)
- Aufgrund polizeilicher Auffälligkeiten des Kindes (FreD) (II)
- Jugendamt, ASD (II)
- Über Öffentlichkeitsarbeit (III)
- Kontaktaufnahme über Stadtteilstefte (III)
- Internationales Frauencafé (III)

8) Bedarf der Eltern auf Hilfe*

- Sehr großer Bedarf (I, II, III)
- Suchen aktiv Hilfe (I)
- Wunsch nach Aufklärung (I)
- Schule erkennt nicht, dass Wunsch nach Hilfe vorhanden ist (I)
- Vermutlich $\frac{1}{3}$ der Eltern der Klienten hat Hilfebedarf (II)
- Nicht alle wollen sich helfen lassen (II)
- Laut ASD Hilfebedarf vorhanden (II)

9) Gründe für Kontaktschwierigkeiten*

- Sprachprobleme (I)
- Name der Beratungsstelle: SUCHT-Beratung schreckt ab, wirkt stigmatisierend (II, III)
- Scham, Gefühl versagt zu haben (III)
- Verleugnung, nicht wahr haben wollen (III)
- Problem erst selbst händeln wollen (III)

10) Probleme der Eltern mit ihren Kindern*

- Leistungseinbrüche, Schulprobleme (I)
- Abbruch von Kontakten (I)
- Gewalt (I)
- Aufsässigkeit des Kindes (III)
- Emotionale Entfremdung zwischen Kind und Eltern (I, II)
- Eltern verlieren Einflussnahme, haben keinen Überblick mehr über Aktivitäten ihres Kindes (II, III)
- Kommen nicht mehr an das Kind heran (III)
- Peergroup wird wichtiger (III)
- Jugendliche verweigern sich, reagieren entweder passiv oder aggressiv auf Anweisungen und Pflichten durch die Eltern (II)
- Unsicherheit in der Erziehung (III)

*I) mobS, II) Kö16a, III) JuKO

Anlage 9

11) Probleme der Eltern*

- Unwissenheit über Suchtmittel (I)
- Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema Sucht und im Umgang mit konsumierendem Jugendlichen (I)
- Eigener unreflektierter und uneinsichtiger Konsum (I, II, III)
- Eigene Suchtmittelstörung (eher selten) (I, II, III)
- Co-Abhängigkeit (I)
- Erzieherische Unsicherheiten (I, III)
- Überforderung (II)
- Alleinerziehende Mutter (I, II, III)
- Ambivalenter Erziehungsstil (II)
- Unangemessene Ansprüche an das Kind (II)
- Inkonsequenz (III)
- Wenig Kommunikation (III)
- Konfliktvermeidendes Verhalten (III)
- Wenig emotionale Nähe (III)
- Vorwürfe, Negativbewertungen (III)
- Probleme mit der Veränderungsdynamik des Kindes, Akzeptanz der Veränderung in der Pubertät (II)

12) Hilfeangebote für Eltern*

- Info-Veranstaltungen zur Aufklärung zu Thema Sucht, Suchthilfesystem und Umgang mit konsumierendem Jugendlichen (I, III)
- Klassische Beratung (I, II, III)
- Moderatorische Tätigkeit als Vermittler zwischen Eltern und Kind (I)
- Langfristige Beratung und Betreuung für Jugendliche mit Eltern (I, II, III)
- Längerfristige Beratung von Eltern (I, II, III)
- Weitervermittlung an speziellere Einrichtungen bei Bedarf (II, III)
- Parallele Beratung von Eltern und Jugendlichen bei verschiedenen Beratern, ggf. gemeinsames Gespräch mit beiden Beratern, Jugendlichen und Eltern/Elternteil (III)

13) Schwierigkeiten in der Elternarbeit*

- Zu hohe Erwartungshaltung der Eltern bzgl. der Schnelligkeit einer Veränderung (I)
- Unrealistische Vorstellungen bzgl. der Arbeit des Beraters (I, III)
- Wenig Bereitschaft für eigene Veränderung (I)
- Fehlende kontinuierliche Unterstützung Seitens der Eltern (I)
- Sprachschwierigkeiten (I)
- Müssen Balance finden, ihren Kindern Freiräume zu lassen und gleichzeitig zu wissen was passiert (II)
- Muss lernen, dass es noch Leben über Kind hinaus gibt (II)
- Müssen erkennen, dass sie etwas verändern müssen (II)

*I) mobS, II) Kö16a, III) JuKO

Anlage 9

14) Stellenwert der Elternarbeit*

- Sehr groß (I, II, III)
- Nachhaltigkeit nur durch die Einbindung der Eltern möglich (I, II)
- Familie kann Risikofaktor darstellen, der die Suchtentwicklung eines Jugendlichen fördert (I)
- Durch Einbeziehung der Familie verändert sich dessen Problembewusstsein – Veränderungen innerhalb der Familie sind möglich (I)
- Wenig eigene Veränderungsbereitschaft (I)
- Je jünger die Jugendlichen, desto größer der Stellenwert, da Eltern noch großen Einfluss haben und die Peergroup noch nicht so strukturiert im Mittelpunkt steht (II)
- Je älter, desto niedriger der Stellenwert (II)
- Elternarbeit bleibt immer wichtig (II)
- Sinnvoll auch im Ablöseprozess zu unterstützen um eine positive Entwicklung zu begünstigen (II)

15) Unausgeschöpfte Möglichkeiten*

- Thema Sucht sollte keine Tabu-Thema mehr sein um Hemmschwelle für Eltern herunterzusetzen, Hilfe in Anspruch zu nehmen (I)
- Verstärkt Präventionsveranstaltungen um Unwissenheit entgegen zu wirken (I)
- Schutzfaktoren der Kinder fördern (I)
Idee der Hausparty in NRW: in Beratungsstelle wird festgestellt, beratene Familie hat Freunde/Bekannte, die auch Probleme mit ihren Kindern haben
 - ➔ Laden diese nach Hause ein
 - ➔ Jemand von Suchtberatung kommt, spricht vor Ort mit den Eltern
 - ➔ Hürde in Beratungsstelle zu gehen wird genommen (II)
- Weitere Einflussfaktoren, die eine Suchtentwicklung fördern müssen beachtet werden, nicht nur Elternarbeit allein verspricht Erfolg (II)
- Eltern müssen lernen mit Situation umzugehen, eigene Grenzen setzen
 - ➔ Berater muss sie dazu befähigen (II)
- Selbsthilfegruppen für Angehörige in Frauencafé, etabliert aus Nachbarschaftstreffs, selbst organisiert ggf. angeleitet (III)

16) Institutionen*

- Jugendgerichtshilfe (I, II, III)
- ASD (II)
- Schule (II)
- Häuser der Jugend (I, III)
- Straßensozialarbeit (III)
- Hilfe zur Erziehung (III)
- Jugendwohngruppen (III)

*I) mobS, II) Kö16a, III) JuKO