



Angehörige sind keine Störenfriede!

Die Fachtagung der ARWED 2019 im Trialog und ihre Folgen

Für viele Profis gibt es gute Gründe, Eltern und Angehörige nur vorsichtig oder gar nicht in die Therapie der Betroffenen einzubeziehen. Unterschiedliche Bedarfe und Interessen aller Beteiligten scheinen schwer unter einen Hut zu bringen: Betroffene möchten oft nicht, dass Angehörige in ihre Behandlung einbezogen werden, umgekehrt bringen sich Angehörige dabei oft wenig hilfreich ein. Und auch für die Behandler/innen ist deren Einbindung kompliziert und aufwändig, nicht nur weil die Schweigepflicht berücksichtigt werden muss. Die Eltern- und Angehörigen-Selbsthilfeorganisation ARWED e.V. sucht jetzt gemeinsam mit allen Beteiligten nach Lösungsmöglichkeiten für Verbesserungen.

Ein ermutigender Auftakt war hierfür die trialogische Fachtagung der ARWED e.V. in Kooperation mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe, dem Landschaftsverband Rheinland und dem Paritätischen NRW/Referat Sucht im Sommer 2019. Dort konnten Eltern, Suchterfahrene und Profis miteinander die trialogische Methode ausprobieren und auf dieser Grundlage Ideen für eine bessere Eltern- und Angehörigenbeteiligung entwickeln.

Inhalt

Trialog – in der Psychiatrie längst eingeführt.....	2
Argumente für eine bessere Eltern- und Angehörigenbeteiligung.....	2
Änderung der Leitlinie S3 gefordert	3
Lästig bleiben	3
Ansichtssachen.....	3
Eine Elternperspektive: Interview mit Gerd und Kerstin aus Krefeld	3
Fachleute im Interview	6

Dialog – in der Psychiatrie längst eingeführt

Schon lange kämpfen Eltern und Angehörige Drogensüchtiger darum, in die Behandlung einbezogen zu werden. Das passiert zwar inzwischen besser und häufiger, aber ist weder Standard noch unumstritten. Auf der Suche nach Lösungswegen entdeckten die Eltern und Angehörigen der ARWED die Methode des Dialogs. Viele kennen sie aus den psychiatrischen Behandlungen, da ihre betroffenen Kinder/ Angehörige nicht selten neben der Sucht auch an weiteren psychischen Krankheiten leiden – z.B. Psychosen als häufige Zusatzerkrankung. Die dialogischen Workshops auf dem Fachtag haben gezeigt, wie groß der Nutzen sein kann, wenn man mit der richtigen Methode Angehörige, Betroffene und Professionelle an einen Tisch miteinander ins Gespräch bringt. Oder zumindest dialogische Gespräche anbietet, bei denen Eltern und Angehörige mit Fachleuten und Betroffenen auf Augenhöhe sprechen – es müssen nicht unbedingt die eigenen Söhne oder Töchter sein.

Argumente für eine bessere Eltern- und Angehörigenbeteiligung

- Die Ressourcen von Eltern- und Angehörigen können für die Behandlung genutzt werden, denn sie bauen Brücken von den Betroffenen zum Hilfesystem.
- Ihre Einbindung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene den Weg zur Hilfe finden und einschlagen.
- Kostenträger können Geld sparen durch gesunde Angehörige. Wenn sie einbezogen werden, sinkt sehr wahrscheinlich ihre Belastung, die nicht nur durch die Suchterkrankung der Angehörigen erzeugt wird, sondern mindestens ebenso stark durch die Unwissenheit über deren Behandlung.
- Es steigert die Ohnmachtsgefühle enorm, wenn Eltern außen vor bleiben. Eine geregelte Einbindung der Eltern und Angehörigen kann unnötige negative emotionale

Der Dialog ist eine Form der Beteiligungskultur in der Psychiatrie. Er wurde in Hamburg entwickelt und in der „Hamburger Erklärung“ auf dem XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 wie folgt beschrieben:

[...] Im Dialog gehen Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige als Experten in eigener Sache aufeinander zu, um voneinander auf Augenhöhe zu lernen. Sie verstehen sich als Lernende, die bereit sind zu diesem Perspektivwechsel - im Denken wie im Handeln. Behandlung/ Verhaltensweisen werden nicht einseitig vom Professionellen „verordnet“, sondern zwischen allen Beteiligten „ausgehandelt“ [...] Dies hilft Fehleinschätzungen von Krankheitsursachen und deren Behandlung zu vermeiden und führt insgesamt durch das Nutzen der Wissens-, Motivations- und Handlungsressourcen aller Beteiligten zu besseren und nachhaltigeren Hilfeergebnissen.

Aufladung der Behandlungssituation verhindern, sie wird besser planbar und verbraucht dadurch weniger Zeit und Kraft als „Chaos-Handeln“ der Eltern und Angehörigen.

- Therapie und Entlass-Management verbessern sich durch trialogische Gespräche, wenn alle Beteiligten miteinander Vereinbarungen treffen. „Rückfallschleifen“, ausgelöst durch eine schlechte Vorbereitung, können so verringert werden.

Änderung der Leitlinie S3 gefordert

Im Resümee der Teilnehmer wurde gefordert, dass bei der S3-Behandlungs-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" die Formulierung zur Einbeziehung von Angehörigen zu ändern ist – von „Kann“ auf „muss“. Das würde bedeuten, dass Berater/innen, Ärzte und Ärztinnen und Therapeut/innen wenigstens versuchen müssen, Eltern und Angehörige einzubeziehen.

Lästig bleiben

Aber engagierte Eltern und Angehörige wollen nicht auf „große“ Lösungen warten. Sie planen, mit interessierten Partnern trialogische Gespräche in Gang zu setzen, zum Beispiel auf weiteren Tagungen oder vor Ort in den Städten und Gemeinden, in denen sie leben. Sie wollen sich außerdem in der Selbsthilfe Drogensucht besser und enger vernetzen, um mehr Einfluss zu nehmen. Längst nicht alle Profis in der Suchthilfe kennen Selbsthilfe-Gruppen und deren Ansprechpartner so gut, dass sie an diese vermitteln können (oder wollen). Deshalb muss die Selbsthilfe „professioneller“ ihre Anliegen formulieren und verbreiten. Die ARWED schlägt eine „Kampagne“ vor, die den Beitrag von Eltern und Angehörigen der Suchtselbsthilfe klar macht und für ihre Einbindung wirbt.

Ansichtssachen

Stimmen von beteiligten Eltern und Fachleuten zu den Erfahrungen auf der Fachtagung zum Trialog und den möglichen Folgen daraus.

Eine Elternperspektive: Interview mit Gerd und Kerstin aus Krefeld

„Mit einer Tagung wie sie bei der ARWED erlebt haben, erreicht man zumindest positive Teilergebnisse. Es ist vielleicht wie ein Basiccamp – wo alle fit werden in ihren Argumenten, fit werden im Dialog.“

Gerd und Kerstin bekamen eher zufällig die Einladung zum Seminar. Er ist trockener Alkoholiker, war Partner einer Alkoholikerin, die nicht lange trocken blieb, lebt heute zusammen mit Kerstin, deren 19jähriger Sohn drogensüchtig ist. Sie sind aktiv in einer freien Gruppe in Krefeld, kannten die ARWED vorher nicht.

Gerd, wie haben Sie die Trialog-Tagung der ARWED erlebt?

Es gab in der Kernphase zwei Gruppen, jede Gruppe mit einer eigenen Frage, die das aus den unterschiedlichen Perspektiven - Profis, Angehörige, Betroffene - diskutierte. Leitthema der Tagung war, wie man Eltern suchtkranker Söhne und Töchter besser beteiligen kann bei der Therapie. Da scheint es einen Mangel seitens der Ärzte und Therapeuten zu geben, die es bislang nicht nötig fanden, sich den Eltern zu nähern. Ich war in der Gruppe als Angehöriger da und zugleich auch Betroffener. Was ich als suchtkranker Mensch, seit 10 Jahren trocken, erlebt habe, und was ich zu den einzelnen Problematiken sagen konnte, dafür gab es sehr offene Ohren. Die Gruppengespräche zeigten uns als Angehörige, wie ähnlich die Geschichten, Verläufe und Verhaltensweisen der drogenabhängigen Töchter und Söhne sind.

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Gerd: Neben den Gruppengesprächen der Vortrag von Dr. Steffen, Klinikarzt in Saarlouis, Beauftragter der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. Wenn ein Drogenkranker die Bereitschaft zeigt zur Therapie, dann fängt die dort sofort an. Man lädt ihn sozusagen am Montag ein, zurrt die Entscheidung fest und beginnt sofort am Dienstag mit der Therapie.

Kerstin: In Krefeld ist es eine Katastrophe. Mein Sohn hat sich, mit ein bisschen Antrieb von einem Freund, selber eingewiesen und hat die Entgiftung gemacht. Nach sieben Tagen hat er freundlich gefragt, ob wir ihn abholen könnten. Da hatte er bei uns schon nicht mehr gewohnt, sondern bei einem Freund. Wir haben ihn abgeholt und er hat erzählt, dass er jetzt drei Wochen warten müsse, bis er zur Anschlusstherapie in die Klinik zurückkann. Das hat natürlich nicht funktioniert.

Kerstin, haben Sie selbst vor diesem Wochenende eine Selbsthilfegruppe für Eltern gesucht?

Gesucht ja, aber ich habe mich lange nicht getraut, irgendwo hinzugehen und zu sagen, ich habe ein Problem. Das ist mit Scham und Schuldgefühlen behaftet.

Bei der Tagung der ARWED war es so: Egal, was wer gesagt hat, für den anderen war die Gefühlslage klar. Das ist in meiner bisherigen Gruppe schwierig. Es ist einfach ein Unterschied, ob wir über das eigene Kind sprechen oder über den Partner.

Was mich an der trialogischen Methode beeindruckt hat war das Konzept, alle drei Seiten an einen Tisch zu bekommen. Eine junge Frau aus Köln, Anfang 30, hat mich sehr begeistert. Sie war selber alkoholkrank, aber trocken, und hat in der Sitzung die Rolle des alkoholkranken Kindes übernommen. Was sie erzählte, hat mich beeindruckt. Sie war jetzt trocken, berichtete aber ganz viele Dinge, die mich zum Nachdenken gebracht haben. Zum Beispiel, dass ihr in der akuten Phase ihre Eltern einfach egal waren. Das zeigt beispielhaft die unterschiedlichen Gefühlslagen von Kind und in meinem Fall Mutter.

Warum sollte man aus Ihrer Sicht Angehörige, vor allem Eltern, in die Therapie einbeziehen?

Gerd: Jeder Angehörige verfügt über Informationen, die dazu beitragen können, die Therapie erfolgreich zu gestalten. Darum sollte man auf Seiten der Ärzteschaft die Angehörigen als Partner sehen auf dem Weg zur Besserung des Patienten. Der eine oder andere Patient kann sich nicht öffnen, um dem Therapeuten die Möglichkeit zu geben, ihm zu helfen. Das gelingt nur, dann, wenn man völlig offen ist und seine Probleme darlegen kann.

Sehen sie Unterschiede, ob es angehörige Partner sind oder Eltern?

Ja. Bei Kindern und Jugendlichen spielt die umfangreiche Verantwortung der Eltern eine Rolle. Sie haben so viele Dinge des Heranwachsens und der Drogenkarriere miterlebt – bis über das Volljährigkeitsalter hinaus. Und die Angst vor den drohenden, immer wiederkehrenden Rückfällen und den teils extremen Begleiterscheinungen führt dazu, dass sie eine große Dringlichkeit sehen, in der Therapie beteiligt zu werden. Die emotionale Bindung zu einem drogenkranken Kind, das sich im schlimmsten Fall einen finalen Schuss setzen könnte, heißt, immer den Tod eines relativ jungen Menschen vor Augen zu haben und irgendwie damit umgehen zu müssen. Es wäre wegen dieser Sorge und der Suche nach bestmöglicher Hilfe ein Leichtes für Ärzte und Therapeuten, hier die Partnerschaft zu suchen. Ich bin überzeugt, dass das die Therapie positiv beeinflussen würde.

Kerstin, warum sollte man aus Ihrer Sicht vor allem Eltern in die Therapie einbeziehen?

Ich sehe zwei wichtige Gründe: Erstens sind wir als Eltern eine Quelle von Informationen. Ich hätte den Ärzten, Therapeuten viel berichten können. Ich weiß ja, was meinem Sohn in seiner Kindheit widerfahren ist; was einer der Gründe dafür ist, warum er in der Pubertät labiler wurde. Aber er war zum Zeitpunkt der Therapie schon volljährig und ich damit außen vor. Ein Mensch im jungen Erwachsenenalter wird, selbst wenn er sich selbst zur Entgiftung einweist und zur Anschluss-therapie entscheidet, nicht von sich aus, den Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber seiner Mutter entbinden. Diese Frage müsste von den Therapeuten zu Beginn gestellt werden. Die jungen Menschen sind zu sehr mit sich beschäftigt, mit Suchtdruck, mit körperlichen Problemen, mit wirtschaftlichen Problemen.

Zweitens würde es allen helfen – den Therapeuten, den Patienten, aber vor allem vielen Eltern. Wir sind als Eltern in einer völligen Ausnahmesituation. Erst wissen wir nicht, was los ist, bis wir uns eingestehen, hier existiert ein Suchtproblem. Manchmal ist es einfacher, wenn unter dem Aspekt „Hilfe fürs Kind“ auch betroffene Eltern etwas loswerden können und sich dann auf den Weg machen. Wenn jemand sagt „für dein Kind müsste ich jetzt dieses oder jenes wissen“ - ich glaube, dass viele Eltern, vor allem Mütter, darauf anspringen. Und damit unbewusst ihre eigene Seele versuchen zu heilen. Profis sollten ein Interesse daran haben, dass Eltern nicht auch krank werden.

Wie können Selbsthilfeorganisationen wie die ARWED daran etwas ändern?

Gerd: Wir haben diskutiert, wie man vorgehen kann, um die Profis zu erreichen. In meiner Gruppe hat niemand von einem solchen Versuch oder einem Erfolg berichtet. Wenn wir aber als Angehörige der Meinung sind, dass wir zu wenig Gehör finden, dann müssen wir in die Klinik gehen, mit der Leitung zu sprechen versuchen. Damit dieses Bild, dass man Angehörige für die Therapie nicht brauchen kann, sich verändert. Mit einer solchen Tagung erreicht man zumindest positive Teilergebnisse. Auch wenn man noch nicht am Ziel ist. Es ist vielleicht wie ein Basiscamp – wo alle fit werden in ihren Argumenten, fit werden im Dialog.

Kerstin: Das Thema muss dringend enttabuisiert werden, weil es mit unglaublich viel Scham behaftet ist. Eltern verkriechen sich, schotten sich ab, aber gehen daran fast zugrunde. Auch weil es nicht bekannt genug ist, wie unglaublich viele Eltern betroffen sind.

Fachleute im Interview

Frank Schulte-Derne, LWL-Koordinationsstelle Sucht

Frank Happel, Leiter des Projektes „Partizipation Betroffener“ beim Fachausschuss Suchtselbsthilfe (FAS) NRW

Mathias Speich, Fachreferent Sucht- und Gefährdetenhilfe beim Paritätischen NRW

Ein Interview mit Frank Schulte-Derne, LWL-Koordinationsstelle Sucht

„Im nächsten Jahr gibt es eine Fortsetzung der diesjährigen ARWED Tagung, für die wir unsere Mitwirkung bereits gerne zugesagt haben. Denkbar ist es aber auch die trialogische Haltung zunächst in unseren Arbeitskreisen zu diskutieren.“

Ist die trialogische Methode in der Suchthilfe/Suchtselbsthilfe unbekannt – oder unbeliebt?

Ich gehe davon aus, dass die Methode des Trialogs in Teilen der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe bekannt ist, aber durchaus bekannter sein könnte. Sie ist allerdings meines Erachtens keineswegs unbeliebt. Festzuhalten bleibt aber, dass ein Trialog nicht regelhaft in der Suchthilfe in NRW zur Anwendung kommt.

Warum?

Die berufliche Suchthilfe als auch die Suchtselbsthilfe sind für sich genommen jeweils eigenständige Organisationsformen. Beiden ist die Zusammenarbeit in einem gemeinsamen System allerdings nicht fremd und sie sind aufeinander angewiesen. Die berufliche Suchthilfe hat sich immer weiter ausdifferenziert, individualisiert und qualifiziert um Beratung und Behandlung zu optimieren. Dies geschieht in der Regel nicht ohne dass auch zusätzliche Ressourcen gebunden

werden. In der Konsequenz fällt darum unter Umständen eine trialogische Sichtweise raus, da weiterhin die (durchaus berechnigte) Annahme besteht, dass Netzwerkarbeit nicht mal eben nebenbei geschehen kann.

Sollte man die Methode bekannter machen und forcieren?

Mit den Erfahrungen der Tagung kann man diese Frage eindeutig mit ja beantworten. Gleichzeitig braucht es aber auch Anstrengungen, die verdeutlichen, dass eine tragfähige und auf Dauer angelegte trialogische Zusammenarbeit in der Suchthilfe mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet sein muss.

Was können Sie/ die LWL-Koordinationsstelle Sucht dafür tun?

Im nächsten Jahr gibt es eine Fortsetzung der diesjährigen ARWED-Tagung für die wir unsere Mitwirkung bereits gerne zugesagt haben. Denkbar ist es aber auch die trialogische Haltung zunächst in unseren Arbeitskreisen zu diskutieren. Ich denke dabei vor allem an unsere beiden Arbeitskreise „Neu in der Suchthilfe“. Dort haben die (weitestgehend sehr jungen) Fachkräfte den Wunsch sich mit ihrer eigenen beruflichen Rolle auseinanderzusetzen. Genauso fände ich es aber auch denkbar den Aspekt der Betroffenenkompetenz in unserem Qualitätszirkel der ambulanten Suchthilfe zu diskutieren inwieweit hier Konzepte verankert sind und bei der Planung

Ein Interview mit Frank Happel, Leiter des Projektes „Partizipation Betroffener“ beim Fachausschuss Suchtselbsthilfe (FAS) NRW

„Für die Suchthilfe gilt, dass sie auch von der Suchtselbsthilfe lernt. Und in den Verbänden der Suchtselbsthilfe sind Angehörige immer beteiligt gewesen. Bedenken habe ich bei der Forderung der ARWED, in den S3-Leitlinien aus der „Kann“ eine „Muss“-Bestimmung zur Einbeziehung Angehöriger zu machen. Eine Regelfversorgung, die die Angehörigen einbeziehen muss, halte ich für kontraproduktiv“

Ist der Dialog in der Suchthilfe/Suchtselbsthilfe unbekannt – oder unbeliebt?

Nach meiner Wahrnehmung ist bei den Behandlern die Methode eher wenig bekannt. Und ob sie genutzt wird, hängt von einzelnen Personen ab. Ich glaube auch nicht, dass trialogische Methoden überall in der Psychiatrie Standard sind. Vielleicht vor allem in so genannten Psychoseseinaren. Für die Suchthilfe gilt, dass sie auch von der Suchtselbsthilfe lernt. Und in den Verbänden der Suchtselbsthilfe sind Angehörige immer beteiligt gewesen. Erhebungen aus 2010 und 2016 haben gezeigt, dass rund 25 Prozent Angehörige, in der Mehrheit Frauen, hier aktiv sind. Im weitesten Sinne arbeiten wir also trialogisch, ohne dass es so genannt wurde und wird. Es bedarf aber möglicherweise einer Unterstützung, was die Systematik angeht. Die ARWED ist zwar eine kleine Mitgliedsorganisation im FAS, aber bei diesem Thema als Angehörigenselbsthilfe ein Motor. Ich beschäftige mich gerade im Rahmen unseres Partizipationsprojektes mit kommunalen

Suchthilfekonzeptionen. Und da, wo berufliche Suchthilfe und ehrenamtliche Suchtselbsthilfe zusammenarbeiten, haben die Angehörigen, weil sie in der Suchtselbsthilfe präsent sind, ihren Stellenwert.

Sollte man die Methode bekannter machen und forcieren?

Man kann sicher vieles partiell, wenn auch nicht Eins-zu-eins, aus der Psychiatrie übernehmen. Mir scheint, dass die Methode im psychiatrischen Bereich, wo die ARWED als Elternselbsthilfe aktiv ist, viel häufiger in Betreuungskontexten genutzt wird. Und vielleicht ist der dialogische Ansatz dort wichtiger als in der Suchtselbsthilfe Erwachsener, die auf Eigenverantwortung ausgerichtet ist. Ob und wie sich der dialogische Ansatz dort sinnvoll einbinden lässt, müssen wir diskutieren. Bedenken habe ich bei der Forderung der ARWED, in den S3-Leitlinien aus der „Kann“ eine „Muss“-Bestimmung zur Einbeziehung Angehöriger zu machen. Eine Regelversorgung, die die Angehörigen einbeziehen muss, halte ich für kontraproduktiv. Aber man sollte es als Angebot bereithalten und im Einzelfall verhandeln können. Im klinischen Bereich sind zumindest Angehörigengespräche vorgesehen – das ist sicher ausbaufähig.

Wie geht der FAS weiter mit dem Thema Dialog um?

Das dialogische Prinzip wird gerade von der ARWED in den FAS eingebracht - als eine der kleineren von 16 Mitgliedsorganisationen. Unserer demokratischen Verfassung folgend werden wir diesem Impuls Raum geben. Das heißt konkret, ihn in demokratische Abstimmungsprozesse des FAS einzubringen und zur Diskussion zu stellen. Vielleicht kann er sich durchsetzen, vielleicht bleibt er eine Minderheitsmeinung. In jedem Fall wird er als Thema öffentlich. Im FAS stellen die großen traditionellen Verbände der Suchtselbsthilfe die Mehrheit. Aber wir pflegen mit alternativen Positionen zum Beispiel der ARWED oder von JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) einen respektvollen, demokratischen Umgang. Und lernen dazu: Wir haben zum Beispiel bei unserem Partizipationsprojekt die Angehörigen bisher nicht explizit genannt. Da hat uns die ARWED einen wichtigen Impuls gegeben, die Angehörigenpositionen stärker einzubringen, wenn es um politische Partizipation und Partizipation in Behandlungskontexten geht. Das dialogische Prinzip wird dabei eine Rolle spielen.

Ein Interview mit Mathias Speich, Fachreferent Sucht- und Gefährdetenhilfe beim Paritätischen NRW

„In den ambulanten Suchtberatungsstellen arbeiten Sozialarbeiter, die systemisch geschult sind. Für sie sind Gespräche mit vielen Beteiligten normal, sie nennen das nur nicht Dialog.“

Ist die Methode des Dialogs in der Suchthilfe unbekannt – oder unbeliebt?

Weder noch. Der Begriff Dialog kommt aus dem psychotherapeutischen Bereich und hat eine schillernde Vorgeschichte unter anderem als Kommunikationsform zwischen unterschiedlichen

Glaubensrichtungen. In den ambulanten Suchtberatungsstellen arbeiten Sozialarbeiter, die systemisch geschult sind. Für sie sind Gespräche mit vielen Beteiligten normal, sie nennen das nur nicht Trialog. Der systemische Ansatz ist ein Standardinstrument in der Suchthilfe seit mehr als 20 Jahren. Und wer systemische Beratung macht, der wird immer Familie einbeziehen.

Viele Eltern und Angehörige scheinen vor allem mit Ärzten unzufrieden zu sein

Therapeuten und Ärzte sind mächtige Fachgruppen. Aber in der Suchthilfe im Ganzen leisten sie nur ungefähr 10 Prozent der Arbeit. Suchthilfe ist in mehr als 75 Prozent der Fälle eine Disziplin der sozialen Arbeit. Zu der typischen langjährigen Suchtkarriere gehören eben nicht nur der Klinikaufenthalt und/oder die Therapie: Wir haben in Deutschland pro Jahr rund 330.000 Kontakte in Suchtberatungsstellen. Von da gehen weitergehende Hilfen aus –rund 26.000 im Jahr.

Was halten Sie aus Sicht der Suchtberatung von den Wünschen der Eltern und Angehörigen, besser einbezogen zu werden?

Ich habe selbst viele Jahre in der Praxis gearbeitet, wir haben viel ausprobiert, zum Beispiel eine Abendsprechstunde für berufstätige Eltern. Ich verstehe, dass Eltern eingebunden werden möchten. Wenn die Einbeziehung der Angehörigen nicht vom Betroffenen gewünscht ist, ein Angehöriger aber trotzdem Unterstützung will, wird das von einem zweiten Kollegen gemacht. Um das Vertrauensverhältnis nicht zu zerstören. Und wir müssen klären, über wen genau wir sprechen: Die ARWED-Eltern, die ich erlebt habe, sprechen von ihren „Kindern“, die oft weit in den 20ern sind. Da gilt der volle Datenschutz. Der Berater muss das akzeptieren; er kann nur vorschlagen, die Eltern dazu zu holen. Das wollen viele Eltern nicht akzeptieren, weil sie ihr Kind abstürzen sehen. Da kann man nur das Gespräch mit einem Kollegen anbieten, und der kann auch auf Selbsthilfe verweisen. Aber die haben wir nicht in jedem Ort.

Wäre die „Eltern- bzw. Angehörigenversion“ einer Suchtkarriere nicht in jedem Fall interessant?

Sie haben bei Süchtigen immer eine Blackbox vor sich. Und Sie werden nie komplett erfahren, was wozu geführt hat. Wir sagen den Klienten: „Erzähl mir vor allem die Wahrheit. Wenn du mich anlügst, kann ich dir nicht helfen.“ Das fällt vielen schwer, denn Sucht beruht auf lügen. Von Anfang an. Es dauert in der Regel 8 bis 10 Jahre, bis jemand in die Suchtberatung kommt. Die Blackbox muss einem bewusst sein - und dass es nicht den einen Auslöser gibt für eine Sucht. Die Frage für uns als Sozialarbeiter ist vor allem: Wie kommt derjenige da jetzt raus? Das können alle Beteiligten zusammen schaffen, wenn alle mitmachen.