

3.3 Kontrolliertes Trinken

»Abstinence is controlled drinking with a limit of zero.«

Nancy Handmaker

Die Frage, ob kontrolliertes Trinken bei Menschen mit Alkoholproblemen möglich und wünschbar ist, hat über Jahrzehnte hinweg wie kaum eine andere die Gemüter von Betroffenen, Angehörigen, Therapeuten und Forschern bewegt. Die dadurch ausgelöste Hinterfragung grundlegender Annahmen über Alkoholabhängigkeit stufen BÜHRINGER und KÜFNER (1995) gar als zentralen Schritt für das heutige Alkoholismusverständnis ein. Ausgelöst wurde die »große Kontroverse« (ROIZEN 1987) durch ein Forschungsergebnis von DAVIES (1962). Davies stellte fest, dass es 7 von 93 Alkoholabhängigen gelang, 7–11 Jahre nach Behandlungsende wieder innerhalb der kulturell vorgegebenen Normen Alkohol zu trinken – und dies, obwohl ihre Therapie auf Abstinenz ausgerichtet war. Dieses später von EDWARDS (1985; 1994) in Zweifel gezogene Ergebnis löste einen wahren »Glaubenskrieg« aus, weil entsprechend der »Lehre« der Anonymen Alkoholiker und anderer Abstinenzgruppen keinem einzigen Alkoholabhängigen ein mäßiges Trinken möglich ist: »Wir wissen, dass kein Alkoholiker jemals wieder kontrolliert trinken kann« (Anonyme Alkoholiker 1992, S. 35). Wer das nicht begreife, habe noch einige unangenehme Erfahrungen als »nasser Alkoholiker« vor sich – so die feste Überzeugung der Abstinenzgruppen.

Alleine das Reden über kontrolliertes Trinken erzeugt oftmals erstaunlich viel Unmut und Gereiztheit, insbesondere wenn geäußert wird, dass kontrolliertes Trinken einigen Alkoholabhängigen möglich sei. Selbstverständlich ist es Recht und wohl auch Pflicht von Alkohol-Selbsthilfegruppen, ihren Erfahrungsschatz weiterzugeben – gerade dann, wenn für viele Konsumenten und ihr soziales Umfeld aus dem unkontrollierten Trinken viel Leid erwachsen ist, nicht selten sogar der Tod. Wir wollen auch nicht die Richtigkeit individueller Erfahrungswerte anzweifeln (»Bei mir geht das nicht!«, »Fast hätte ich mich beim Versuch des kontrollierten Trinkens um Kopf und Kragen gesoffen!«) und schon gar kein pauschales Plädoyer für kontrolliertes Trinken abgeben. Gleichwohl möchten wir im Folgenden ohne ideologische Scheuklappen den Fragen nachgehen, wie man sich kontrolliertes Trinken überhaupt vorzustellen hat, welche wissenschaftlichen Ergebnisse dazu vorliegen und für wen es in Frage kommt.

3.3.1 Kontrolliertes, normales, moderates und soziales Trinken

Eine sinnvolle Auseinandersetzung über kontrolliertes Trinken setzt eine klare Begrifflichkeit voraus. Ein nicht unerheblicher Teil der Konfusion über kontrolliertes Trinken rührt daher, dass vielfach auch in Behandlerkreisen moderates, kontrolliertes,

normales und soziales Trinken »in einen Topf geschmissen werden« (z. B. von WETTERLING & VELTRUP 1997, S. 52) und diese Begriffe für unterschiedliche Menschen nicht das Gleiche bedeuten. Alkoholabhängige scheinen prädestiniert zu sein, kontrolliertes Trinken mit normalem Trinken zu verwechseln.

3.3.1.1 Kontrolliertes Trinken

Der Begriff des »kontrollierten Trinkens« ist nur unter eng umschriebenen Bedingungen angebracht: Von kontrolliertem Trinken ist dann zu sprechen, wenn jemand sein Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet.

Dauerhaftes kontrolliertes Trinken ist beispielsweise gegeben, wenn jemand nach der Vorgabe lebt, pro Tag nicht mehr als einen Liter Bier zu trinken und zwei alkoholfreie Tage pro Woche einzulegen. Kontrolliertes Trinken kann zeitweise auch bei Nichtalkoholabhängigen vorkommen, etwa wenn sich jemand vornimmt und auch daran hält, bei einem Brunch nur ein Glas des angekündigten Champagners zu trinken, weil er anschließend noch konzentriert arbeiten muss. In den nächsten Tag geht dieser nicht abhängige Alkoholkonsument vielleicht schon wieder ohne jeden Trinkplan.

Kontrolliertes Trinken erfordert eine Festlegung der maximalen täglichen und wöchentlichen Alkoholmenge sowie der Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche. Bei der Mengenfestlegung kann man sich am bisherigen Trinkquantum orientieren oder an internationalen Standards über »nicht schädliche Alkoholmengen« (vgl. »moderates Trinken«). In Forschungsstudien wird nicht die Einhaltung individuell festgelegter Alkoholmengen für die Einstufung als »kontrollierter Trinker« zugrunde gelegt, sondern es werden für alle Personen die gleichen, aus unterschiedlichen Gründen für sinnvoll erachteten Limits definiert. In ihrer Erfolgsüberprüfung eines sechsständigen Einzelprogramms sprechen zum Beispiel GRABER und MILLER (1988) dann von kontrolliertem Trinken, wenn die wöchentlich konsumierte Alkoholmenge 233 Gramm Reinalkohol (also durchschnittlich etwa 0,8 Liter Bier täglich) nicht überschreitet, wenn die höchste Blutalkoholkonzentration nur einmal pro Monat über 0,8 Promille liegt (diese Promillezahl wird bei einem 70kg schweren Mann nach Konsum von etwa 1–1,5 Liter Bier erreicht) und wenn die Blutalkoholkonzentration im gesamten 3,5-jährigen Nachbehandlungszeitraum nie mehr als 1,5 Promille beträgt (in eine ähnliche Richtung gehen die Grenzwertvorschläge, die KUNKEL [1987] in seiner kritischen Auseinandersetzung mit der Literatur über kontrolliertes Trinken vorschlägt).

Welche Kontrollregeln über die Alkoholmengenbeschränkungen hinaus sinnvoll und umsetzbar sind, ist vom Einzelfall abhängig. REINERT und BOWEN (1968) haben in einer der ersten Definitionen des kontrollierten Trinkens auf die auch aus unserer Sicht zentralen Ansatzpunkte der Kontrolle hingewiesen. Danach muss der kontrolliert Trinkende im Gegensatz zu dem normal Trinkenden »auf der Hut sein (...), er muss sorgfältig und sogar zwanghaft die Zeit, den Ort und die Umstände seines Trinkens vorbestimmen, und er muss rigide die Trinkmenge begrenzen« (S. 286). REI-

NERT und BOWEN stellen also neben der Alkoholmenge erstens die Zeit, zweitens den Ort und drittens weitere Umstände des Konsums als die zentralen Ansatzpunkte der Kontrolle heraus.

Die zuvor angestellten Überlegungen führen zu einer wichtigen Schlussfolgerung: »Das« kontrollierte Trinken gibt es gar nicht, sondern nur ein Mehr oder Weniger an Kontrolle. Art und Menge der Kontrollregeln können beim kontrollierten Trinken sehr unterschiedlich sein.

Im Folgenden laden einige Beispiele zur Anwendung der zuvor eingeführten definitiven Überlegungen zum kontrollierten Trinken ein. Sie können bei jedem Beispiel vermerken, ob es sich dabei um kontrolliertes Trinken handelt. Die Auflösungshinweise finden sich im Anschluss an die Beispiele.

Beispiel 1: Frau Richter nimmt sich folgenden Trinkplan für die kommende Woche vor

(und hält sich daran): max. 11 Bier pro Tag, drei alkoholfreie Tage pro Woche, insgesamt max. 31 Bier pro Woche.

Beispiel 2: Herr Müller trinkt – ganz wie er sich vorgenommen hat – an diesem Abend keinen Alkohol, weil er am nächsten Vormittag einen wichtigen beruflichen Termin wahrnehmen muss und dafür einen klaren Kopf bewahren will.

Beispiel 3: Entsprechend ihrem Vorsatz trinkt Frau Zöller nach der Entgiftungsbehandlung keinen Schnaps mehr (aber weiterhin Bier).

Beispiel 4: Herr Wunder wird aus der Alkoholentwöhnungsbehandlung entlassen. Auf keinen Fall möchte er wieder so viel trinken wie zuvor, ganz dem Alkohol entsagen will er aber auch nicht. Drei Wochen später sitzt er mit seinen Sportsfreunden zusammen und fühlt sich pudelwohl. »Ein Bier wird mir nicht schaden«, denkt er sich und bestellt es. Stolz auf sich, es bei dem einen Bier belassen zu haben, kehrt er an diesem Abend nach Hause zurück.

© Sobald Frau Unger weiß, dass sie schwanger ist, nimmt sie sich vor, während der Schwangerschaft keinen Tropfen Alkohol mehr zu trinken. Das hält sie bis auf ihren Geburtstag auch ein: Am Morgen dieses Tages entschließt sie sich, ausnahmsweise mit einem Glas Sekt anzustoßen, wenn ihre Gäste abends eintreffen.

Auflösung des »Quiz«: Bei Frau Richter und Herrn Müller handelt es sich um geglücktes kontrolliertes (Nicht-)Trinken, da ein vorab aufgestellter Trinkplan eingehalten wird. Frau Richter ist von allen geschilderten Fällen derjenige, der am klarsten einen auf Dauer angelegten Plan des kontrollierten Trinkens ausdrückt; er könnte durch weitere Regeln noch spezifiziert werden (z. B. »nie vor 16 Uhr trinken«, »nach jedem alkoholischen ein nichtalkoholisches Getränk trinken«, »nicht alleine trinken« usw.). Frau Zöller lebt abstinent von Schnaps. Unklar bleibt, ob sie das Bier nach einem Trinkplan konsumiert; falls nicht, wäre auch nicht von kontrolliertem Trinken zu sprechen. Bei Herrn Wunder liegt bestenfalls für einen Abend kontrolliertes Trinken vor, aber offenbar kein längerfristiger Trinkplan. Das Trinken könnte deshalb über kurz oder lang entgleisen. Zudem wurde sein Vorsatz »Ein Bier und nicht mehr!« of-

fenbar erst am Konsumabend gefällt, von einem vorab aufgestellten Trinkplan ist deshalb nur sehr eingeschränkt zu sprechen. Im letzten Beispiel, Frau Unger, handelt es sich um einmaliges Trinken mit dem Vorsatz, nicht mehr als ein halbes Glas Sekt zu trinken. Im Hinblick auf den limitierten Konsum kann man von einmaligem kontrollierten Trinken sprechen, betrachtet man das Trinken als Bruch ihres Abstinenzvorsatzes, liegt ein »Ausrutscher« vor.

3.3.1.2 Normales Trinken

Das kontrollierte Trinken unterscheidet sich deutlich vom »normalen« Trinken. Normales Trinken lässt sich wie folgt definieren: Normales Trinken liegt vor, wenn jemand ohne vorherigen Trinkplan aus der Situation heraus entscheidet, ob er Alkohol (weiter-) trinkt oder nicht.

In diesem Sinne wäre zum Beispiel in folgenden Fällen von normalem Trinken zu sprechen: Jemand geht ohne bestimmten Trinkvorsatz auf eine Geburtstagsfeier. Dort stellt er fest, dass er im Moment Lust auf Orangensaft hat und trinkt deshalb nicht den ihm angebotenen Sekt. Oder: Jemand sitzt vor dem Fernseher und hat keinen Plan, wie viel Alkohol er an diesem Abend trinken wird. Aus Gewohnheit öffnet er eine Flasche Bier und bemerkt beim Konsum des ersten Glases, dass er einen »dicken Kopf« bekommt. Deshalb verzichtet er an diesem Abend auf weiteren Alkoholkonsum.

3.3.1.3 Moderates Trinken

In der Literatur findet sich auch der Begriff des »moderaten Trinkens«, der sich wie folgt näher bestimmen lässt: Als moderates Trinken wird ein Trinken bezeichnet, das weder auf körperlicher, psychischer, familiärer, sozialer, arbeitsbezogener, finanzieller noch juristischer Ebene Probleme und Schäden nach sich zieht.

In dieser Weise definiert auch der für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zuständige Teil der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] 1992) moderates Trinken: »Moderates Trinken lässt sich als ein Alkoholkonsum definieren, der weder bei einem selbst noch in der Gesellschaft Probleme nach sich zieht« (S. 1). Wo man die Grenzen moderaten Trinkens festlegt, hängt vom wissenschaftlichen Erkenntnisstand und sozialen Konventionen ab (vgl. HEATHER & TEBBUTT 1989). Die internationale Diskussion, bis wann noch von moderatem Trinken zu sprechen ist, orientiert sich nahezu ausschließlich an der somatischen Ebene und vernachlässigt negative soziale, finanzielle oder andere Folgen. Wie hoch die Grenzwerte im Hinblick auf einen körperlich nicht riskanten Konsum anzusetzen sind, ist umstritten. Verschiedene Vereinigungen haben voneinander abweichende, geschlechtsspezifische Mengeneempfehlungen für einen körperlich wahrscheinlich unschädlichen Alkoholkonsum ausgesprochen:

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt gegenwärtig täglich 20 g Reinalkohol

bei Frauen und 40g bei Männern als Obergrenzen für (vermutlich) nicht schädigenden Alkoholkonsum vor. Das entspricht bei Frauen etwa 0,5l Bier oder 0,2l Wein bzw. Sekt oder drei einfachen 40%igen Schnäpsen; für Männer ist die doppelte Menge anzusetzen.

Das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism setzt die unschädliche Tagesmenge an Alkohol wesentlich niedriger an: ca. 12g bei Frauen sowie Menschen über 65 Jahren und ca. 24g bei Männern (NIAAA 1995, 1999). Körperlich Vorgeschädigten, Schwangeren und »trockenen« Alkoholabhängigen wird völlige Abstinenz empfohlen (NIAAA 1995).

Die Britische Ärztevereinigung sprach 1995 Empfehlungen für wöchentliche Höchstmengen aus und bemisst diese auf 112g Alkohol bei Frauen und 168g bei Männern (British Medical Association 1995). Außerdem werden 1–2 abstinente Tage pro Woche empfohlen, sodass man eine nicht schädigende maximale Tagesmenge von etwa 20g bei Frauen und 30g bei Männern annehmen darf.

Die in den USA verbreitete Selbsthilfegruppe der »Mäßigtrinkenden« (Moderation Management) gibt als maximale tägliche Obergrenze 35g Reinalkohol (wöchentlich 105g) bei Frauen und 47g (wöchentlich 163g) bei Männern an, verknüpft mit 3–4 abstinenten Tagen pro Woche (KISHLINE 1994).

Resümierend bleibt festzustellen, dass es unterschiedliche Grenzwertfestlegungen für körperlich wahrscheinlich unschädlichen Alkoholkonsum gibt. Die Auswahl eines bestimmten Grenzwertes entbehrt somit nicht einer gewissen Beliebigkeit. Allerdings bewegen sich die Grenzwerte allesamt in einem Bereich, der von Millionen Deutschen fast täglich überschritten wird. Insofern steht die Frage, welcher Grenzwert nun der richtige ist, nicht im Mitterpunkt: Jeder von ihnen kann mit Gewinn zur Orientierung im Alltag herangezogen werden.

Audrey KISHLINE (1994), Begründerin der amerikanischen Selbsthilfebewegung »Moderation Management«, geht bei der Definition des moderaten Alkoholkonsums über die zuvor ausgeführten somatischen Grenzwertfestlegungen hinaus. Sie spricht nur dann von moderatem Trinken, wenn dem Alkohol keine zentrale Bedeutung im Lebensalltag zukommt:

»Menschen mit moderatem Alkoholkonsum

- ⊙ betrachten ein gelegentliches alkoholisches Getränk nur als kleinen, wenngleich genussvollen Teil ihres Lebens;
- ⊙ pflegen Hobbys, Interessen und andere Arten, sich zu entspannen und das Leben zu genießen, ohne Alkohol;
- ⊙ haben im allgemeinen Freunde, die nur mäßig oder gar keinen Alkohol trinken;
- ⊙ essen üblicherweise etwas vor, während oder nach dem Trinken;
- ⊙ trinken üblicherweise nicht länger als 1-2 Stunden »am Stück«;
- ⊙ erreichen in der Regel keine höhere Blutalkoholkonzentration als 0,55 Promille;
- ⊙ trinken im Allgemeinen nicht schneller als einen Drink [USA-Norm: 11,67g Reinalkohol] in einer halben Stunde;

© fühlen sich wohl mit ihrem Alkoholkonsum, d.h., sie trinken nie heimlich und verbringen wenig Zeit mit Gedanken über ihren Alkoholkonsum« (a.o. O., S. 161).

Ein »Mäßigtrinkender« ist gemäß Kishline also ein Mensch, der Alkohol genussvoll, in geringen Mengen und nur ab und zu trinkt.

Gemäß den zuvor aufgeführten Begriffsdefinitionen muss nicht jeder normal (=ohne Trinkplan) Trinkende ein moderater Alkoholkonsument sein, da normales Trinken gelegentliche hohe Promillestände (z.B. oberhalb der Kishline'schen Festlegung von 0,55 Promille) nicht ausschließt. Gleiches lässt sich in Bezug auf die Relation zwischen kontrolliertem und moderatem Trinken feststellen.

3.3.1.4 Soziales Trinken

Der Vollständigkeit halber sei noch die Definition für den in der Fachliteratur ebenfalls verwendeten Begriff des »sozialen Trinkens« aufgeführt:

Als soziales Trinken wird ein Trinkverhalten bezeichnet, das sich im Rahmen der von einer Gesellschaft für akzeptabel befundenen Trinkgepflogenheiten bewegt. In England, Irland und Schottland gehört dazu beispielsweise das abendliche Bier im Pub:

Am Montag war Charlie ganze vier Abende nicht ins Seaview gekommen, da wollten sie doch mal telefonieren, ob was wär ... am Dienstag ging Charlie ins Seaview. Die Themen: Es wird den Automobilisten zuviel Steuer abverlangt, das hat die Nation ins Unglück gestürzt. Wie kann denn im gestrigen Sturm die Olau West bei Margate auf Grund gelaufen sein, es steht doch gar nicht in der Zeitung! Flugzeugführer saufen genauso wie andere Bürger am Steuer. Wenn aber ein Schiffskapitän trinkt, so ist das Jacke wie Hose, solange nur der wachhabende Offizier auf Draht ist. Die echt feine Art ist es, wenn Charlie zu Col sagt (und dabei Joe ansieht): Would you ask the gentleman over there whether he would partake wine with me? Und im Ernst, wer sich das light ale nicht bestellt als »Shempehn«, der muß von auswärts sein. Kalt ist das heute.

Mensch ja, und zugig. Na is doch November. Ich weiß daß wir November haben, ich will da aber nichts von hören. Thanks ta. Na denn cheerio, Charlie. Be seeing you.

(Uwe Johnson, Inselgeschichten, S. 100)

Obwohl gerade der Begriff des sozialen Trinkens einigen Auslegungsspielraum eröffnet und von der herangezogenen sozialen Norm bzw. Vergleichsgruppe abhängig ist, sind doch Grenzbestimmungen möglich. Ein Trinkverhalten, das die Arbeitsfähigkeit oder familiäre Pflichten beeinträchtigt, mit Gewaltausbrüchen einhergeht oder die Kriterien der physischen oder psychischen Abhängigkeit erfüllt, wird zumindest in unserem Kulturkreis üblicherweise nicht als soziales Trinken eingestuft.

3.3. Zugangswege zum kontrollierten Trinken

Kontrolliertes Trinken erfordert die Fertigkeit, klare Festlegungen von Trinkmenge und gegebenenfalls auch Trinkumständen vorzunehmen und diese Vorgaben im Lebensalltag auch einzuhalten. Zur Aktualisierung bzw. Entwicklung dieser Fertigkeiten wurden verschiedene Interventionen entwickelt:

Schon in den 70er Jahren wurden Selbstkontrollbücher bzw. -manuale zum kontrollierten Trinken verfasst, die sich direkt an die Alkoholkonsumenten richten und ohne jede professionelle Hilfestellung bearbeitet werden können. In Deutschland erschien 1978 das schon lange vergriffene Taschenbuch *Weniger Alkohol*. Ein Programm zur Selbstkontrolle von Heil und Jaensch. In verschiedenen anderen Ländern wurden ähnliche Selbstkontrollanleitungen entwickelt: in den USA (MILLER & MUNOZ 1990: *How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking*; KISHLINE 1994: *Moderate drinking. The Moderation Management guide for people who want to reduce their drinking*), Großbritannien (HEATHER & ROBERTSON 1996: *Let's drink to your health. A self-help guide to sensible drinking*) und Kanada (SANCHEZ-CRAIG 1995: *Drink wise. How to quit drinking or cut down. A self-help book*). Bemerkenswert ist, dass auch das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism eine (Kurz-)Anleitung zur Reduktion des Alkoholkonsums zur Verfügung gestellt und damit auch politische Akzente in diese Richtung gesetzt hat (NIAAA 1992). Daneben haben SOBELL und SOBELL (1993) ein Manual für klinische Praktiker vorgelegt (*Problem drinkers. Guided self-change treatment*), ALLEMANN (1997) hat daraus für die Schweiz ein Manual adaptiert (*Strukturierte Kurzintervention bei Alkoholpatienten. Ein Handbuch mit praktischen Übungen*).

Ein anderer Interventionsansatz besteht darin, an Konsumreduktion interessierten Menschen mit Alkoholproblemen in durchschnittlich acht bis zwölf therapeutischen Einzel- oder Gruppengesprächen Kompetenzen des kontrollierten Trinkens systematisch zu vermitteln. Nicht in dieser systematisierten Weise und zeitlich unbegrenzt erfolgt die Aneignung des kontrollierten bzw. moderaten Trinkens in Selbsthilfegruppen. Während diese Gruppen in vielen Ländern (so auch in Deutschland) nicht oder so gut wie nicht existieren, hat in den USA inzwischen die in den 90er Jahren von Audrey KISHLINE ins Leben gerufene »Moderation Management«-Bewegung Fuß gefasst (vgl. KISHLINE 1994).

In den Einzel- und Gruppenprogrammen zum kontrollierten Trinken werden manchmal die zuvor genannten schriftlichen Materialien zur Unterstützung des Selbstkontrollprozesses herangezogen (vgl. z. B. HARRIS & MILLER 1990).

Neuerdings finden Elemente des kontrollierten oder moderaten Trinkens Eingang in suchtmedizinische Curricula (z. B. »Fachkunde Suchtmedizin«) und ihre Umsetzung und Wirksamkeit wird in ausgewählten Hausarztpraxen wissenschaftlich untersucht (vgl. PETRY 1997; ZWEBEN & FLEMING 1999). Für das Ziel einer Trinkmengenreduktion werden Patienten ausgewählt, die in einer kurzen Vorbefragung (screening)

Alkoholkonsum oberhalb der oben genannten körperlichen Unschädlichkeitsgrenzen angeben, aber noch nicht als schwere Alkoholkonsumenten oder chronische Alkoholiker einzustufen sind (Letzteren wird Abstinenz empfohlen). Die anschließenden Interventionen bestehen aus einem kurzen Gespräch (und manchmal auch Folgegesprächen) von 5–20 Minuten Dauer (Kurzintervention), in dem auf möglichst nicht moralisierende, sondern motivierende Weise empfohlen wird, den Alkoholkonsum unter die Unschädlichkeitsgrenze zu senken oder ganz aufzugeben.

Auch bei Kurzinterventionen im ärztlichen Sektor können unterstützende Arbeitsmaterialien ausgehändigt werden, z. B. Bögen zur Protokollierung des Trinkverhaltens und zur Festlegung individueller Reduktionsziele (z. B. FLEMING, BARRY, MANWELL, JOHNSON & LONDON 1997). In einigen, keineswegs aber allen Studien haben sich diese Kurzinterventionen (brief interventions) als wirksam erwiesen (vgl. ZWEBEN & FLEMING 1999). Wirksam werden derartige »Ratschlaggespräche« vermutlich nur dann sein, wenn sie in einen insgesamt zur Konsummotivation motivierenden Gesamtrahmen eingebettet sind. Darüber hinaus sollten die Patientinnen und Patienten in der Lage sein, anhand minimaler ärztlicher Anregungen ihr Trinkverhalten weitgehend selbstständig umzustellen. Hier liegt vermutlich die Krux von Kurzinterventionen in Arztpraxen: Patienten, deren Trinkverhalten zu »eingefahren« ist, bedürfen meist weiter gehender, individualisierter und vor allem anhaltender Unterstützung, um erfolgreiches kontrolliertes oder gar normales Trinken zu erreichen. Differenzierte Anleitungen zu kontrolliertem Trinken sind in den vorliegenden Kurzinterventionen oft nicht vorgesehen oder zeitlich nicht möglich. Zudem hat es sich bereits in den wissenschaftlichen Modellprojekten als äußerst schwierig erwiesen, bei den niedergelassenen Ärzten eine systematische Umsetzung der Kurzinterventionen zu gewährleisten (vgl. z. B. HEATHER, CAMPION, NEVILLE & MACCABE 1987).

3.3.3 Bestandteile von Programmen zum kontrollierten Trinken

Vor allem in ausführlicheren Selbst- oder Fremdanleitungen zur Alkoholselbstkontrolle, das heißt Selbsthilfebüchern oder therapeutischen Einzel-/Gruppengesprächen, werden immer wieder ähnliche Inhalte vermittelt (vgl. im Detail KÖRKELE 2000), die im Folgenden kurz vorgestellt werden:

- ⊗ Zielentscheidung: Abstinenz oder kontrolliertes Trinken
- ⊗ Selbstbeobachtung des Trinkverhaltens
- ⊗ Erwerb von Grundinformationen über Alkohol und Alkoholkonsum
- ⊗ Einschalten einer Abstinenzphase
- ⊗ Festlegung der persönlichen Trinkobergrenze
- ⊗ Festlegung von Strategien zur Konsumbegrenzung
- ⊗ Aufbau und Einsatz eines Verstärkersystems
- ⊗ Entwicklung von Alternativen zum Trinken

3.3.3.1 Zielentscheidung: Abstinenz oder kontrolliertes Trinken

Das Einüben von kontrolliertem Trinken wird in allen Programmen nur nach vorheriger Überprüfung des Abstinenzziels empfohlen. Mit anderen Worten: Indikationsbezogen wird auch das Ziel der Abstinenz in Erwägung gezogen. Insbesondere körperlich schwer Alkoholabhängigen wird von kontrolliertem Trinken abgeraten, ebenso Schwangeren, Menschen mit einer Vorschädigung (z. B. der Leber oder des Magens), die durch Alkohol verschlimmert würde, sowie Menschen, die bereits zufrieden abstinent leben.

3.3.3.2 Selbstbeobachtung des Trinkverhaltens

In jeder Anleitung, die den Namen »kontrolliertes Trinken« verdient, gehört es zu den unverzichtbaren und zentralen Programmteilen, dass die Teilnehmer Art und Menge der Alkoholika sowie Zeit, Ort, anwesende Personen, Auslöser und/oder Konsequenzen des Konsums in einem Trinktagebuch festhalten. Damit wird vor jeglicher Konsumveränderung ein differenzierter Überblick über das momentane Trinkverhalten gewonnen, getreu dem Motto: »Wer ein Problem definiert, hat es schon halb gelöst« (Julian Huxley). Abbildung 34 zeigt ein Trinktagebuch, wie es sich im Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT; KÖRKELE 2000 b) bewährt hat.

Abbildung 34 Beispiel eines Trinktagebuches

Wochentag und Datum	Uhrzeit (Beginn des Alkoholkonsums)	Art und Menge des Alkohols (Bei Schnaps auch Prozentangabe)	Anzahl der Standardgetränke*	Ort (zu Hause, im Lokal usw.)	Anwesende Personen (Partner oder Partnerin, Freunde, zufällig Anwesende usw.)	Auslöser (unangenehme oder angenehme Gefühle und Gedanken, körperliches Befinden, Gewohnheit usw.)

* Abgestimmt auf die in weiten Teilen Deutschlands, der Schweiz und Österreichs verbreiteten Trinkgepflogenheiten entspricht ein Standardgetränk der Menge von 0,5 l Bier (Alkoholgehalt 5%) oder entsprechend 0,2 l Wein / Sekt (Alkoholgehalt 12%) oder 3 »einfachen« Schnäpsen (Alkoholgehalt 40%) zu je 0,02 l (bzw. 2 cl). In den angegebenen Mengen sind jeweils 20 g Reinalkohol enthalten.

Von diesem Basisniveau ausgehend, legen die Teilnehmer realistische Konsumveränderungen für die Folgezeit fest. Die auch während des Programmverlaufs fortzusetzende Selbstregistrierung soll der kontinuierlichen Erfolgsüberprüfung und gegebenenfalls individuellen Anpassung des weiteren Vorgehens dienen.

3.3.3.3 Erwerb von Grundinformationen über Alkohol

Als Wissensgrundlage und zur Eigenbilanzierung erhalten die Teilnehmer von Programmen zum kontrollierten Trinken Informationen über den Alkoholgehalt der gebräuchlichsten Alkoholika, die Blutalkoholkonzentration bei unterschiedlichen Konsummengen, die Abbaugeschwindigkeit von Alkohol im Körper, Trinkanlässe, Alkoholfolgeschäden und anderes mehr.

3.3.3.4 Einschalten einer Abstinenzphase

In manchen Programmen wird empfohlen, eine Abstinenzphase von ein bis vier Wochen einzuschalten. Ziel derartiger Abstinenzphasen ist es, Abstand vom Alkohol zu gewinnen, die Toleranz gegenüber Alkohol abzubauen, sich körperlich zu erholen, ein realistisches Konsumziel zu bestimmen, die Situationen, die den größten Drang nach Alkohol auslösen, herauszufinden sowie die Zuversicht, auch schwierige Situationen alkoholfrei meistern zu können, zu erhöhen.

3.3.3.5 Festlegung der persönlichen Trinkobergrenze

Bleibt es auch nach der vorgeschalteten Abstinenzprobungsphase beim Ziel des kontrollierten Trinkens, wird nun konkretisiert, welche Alkoholobergrenze täglich (z. B. 2 Flaschen Bier) und wöchentlich (z. B. 8 Flaschen Bier) angestrebt wird. Das angestrebte Trinkmaximum ist in kleinere Zwischenziele zu untergliedern, falls die gegenwärtige Trinkmenge (z. B. 35 Flaschen Bier wöchentlich) und das angestrebte Ziel (z. B. 14 Flaschen Bier wöchentlich) zu sehr auseinander klaffen und eine Zielannäherung in kleinen Schritten angeraten erscheint. So oder so hat es sich als sinnvoll herausgestellt, in wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Abständen Zwischenzieladjustierungen vorzunehmen.

3.3.3.6 Festlegung von Strategien zur Konsumbegrenzung

Zur Zielerreichung wird ein Menü aus Kontrollregeln empfohlen, aus denen sich die Teilnehmer die für sie passenden auswählen können. Beispiele für derartige Regeln sind: »nie vor 18 Uhr trinken«, »einen Vorrat nichtalkoholischer Lieblingsgetränke einkaufen«, »keinen Alkohol auf Vorrat kaufen«, »nicht alleine trinken«, »auf ›harte Getränke‹ (Spirituosen wie Schnaps oder Likör) verzichten«, »nach jedem alkoholischen Getränk ein nichtalkoholisches trinken«, »vor dem Trinken eine warme Mahlzeit essen«, »sich für jedes Glas mindestens eine halbe Stunde Zeit lassen« usw. Eine »Muss-Strategie« ist das tägliche Führen des Trinktagebuchs.

3.3.3.7 Aufbau und Einsatz eines Verstärkersystems

Die Programmteilnehmer werden angehalten, sich für die Einhaltung der selbst gesetzten Konsumgrenzen bzw. der Strategien zur Konsumbegrenzung systematisch positiv zu verstärken, um die notwendige Kontrolldisziplin aufrechtzuerhalten. In diesem Sinne wird erarbeitet, was man in materieller, mentaler und sozialer Hinsicht tun kann, um sich zu belohnen (z.B. gut essen gehen, sich selbst Anerkennung hinsichtlich des Erreichten zollen, mit Freunden über Fortschritte sprechen, sich etwas Besonderes gönnen usw.).

3.3.3.8 Entwicklung von Alternativen zum Trinken

Wenn die Alkoholmenge reduziert, alkoholfreie Tage eingelegt und Konsumgewohnheiten verändert werden, kann dies bei manchen Konsumenten unangenehme Empfindungen verschiedenster Art – Ängste, depressive Verstimmungen, Langeweile, Empfindungen der Leere, Eindruck, Außenseiter zu sein usw. – nach sich ziehen. Zusätzlich kann das soziale Umfeld irritiert und alkoholverführerisch reagieren (z.B. Runden spendieren). Um seinem Kontrollplan treu zu bleiben, sind deshalb alte Kompetenzen zu aktivieren oder neue zu erwerben, wie etwa Hobbys ausüben, konsequent »nein« sagen und einen Notfallplan für den alkoholfreien Umgang mit schwierigen Situationen entwickeln.

3.3.4 Zentrale Forschungsergebnisse zum kontrollierten Trinken

Im Bereich des kontrollierten Trinkens besteht zwischen Ideologien und Mythen auf der einen Seite und Fakten auf der anderen Seite eine besonders breite Kluft. Zur Versachlichung der Diskussion werden an dieser Stelle einige zentrale Forschungstrends zusammengefasst.

3.3.4.1 Der Ausgangspunkt: Die Studie von Sobell & Sobell

Einige Wissenschaftler, vorwiegend aus Reihen der Verhaltenstherapeuten, hatten schon frühzeitig die Unmöglichkeit kontrollierten Trinkens in Zweifel gezogen. Angesichts der absolut marktbeherrschenden Stellung der Anonymen Alkoholiker in den USA – sie reicht von der Selbsthilfe über die ambulante und stationäre Therapie (Zwölf-Schritte-Programme) bis hin zur politischen Ebene – wundert es nicht, dass die Hinterfragung ihres zentralen Postulats »Einmal Alkoholiker, immer Alkoholiker« heftige Debatten ausgelöst hat (vgl. ROIZEN 1987). Die Debatten entflamten in den 70er Jahren. Das Ehepaar SOBELL (1973) machte in den USA und schließlich auch weltweit Furore, indem es neben einem Abstinenzprogramm ein verhaltenstherapeu-

tisches Programm mit dem Ziel des kontrollierten Trinkens durchführte. An beiden Programmen nahmen zwei vergleichbare Gruppen Alkoholabhängiger teil. Es handelte sich gemäß der Jellinek'schen Typologie jeweils um Gamma-Alkoholiker, d.h. körperlich abhängige Trinker mit Kontrollverlusterscheinungen.

In siebzehn Sitzungen wurde den Teilnehmern beider Gruppen über Vorträge, Rollenspiele und andere Zugangswege vermittelt, wie sie Trinkaufforderungen ablehnen und Probleme systematisch lösen konnten. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer beider Gruppen – mit der Ethik der damaligen amerikanischen Verhaltenstherapie offenbar gut verträglich – aversiv konditioniert, wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise: Die Teilnehmer mit Abstinenzziel erhielten einen elektrischen Schlag von einer Sekunde Dauer beim Bestellen eines alkoholischen Getränks und einen kontinuierlichen Elektroschock beim Berühren des Glases. Die kontrollierten Trinker bekamen einen Ein-Sekunden-Elektroschock, wenn sie Spirituosen bestellten, zu rasch tranken (z. B. mehr als ein Zwölftel des Bierglases) oder zu schnell (innerhalb von 20 Minuten) bzw. zu oft (mehr als dreimal) nachbestellten. Zwei Jahre nach Therapieende war die Gruppe mit dem Ziel des kontrollierten Trinkens der Abstinenzgruppe überlegen: mehr abstinent oder kontrolliert trinkend verbrachte Tage, weniger Tage mit Trunkenheit, Krankenhaus- oder Gefängnisaufenthalt und bessere soziale Anpassung standen zu Buche (SOBELL & SOBELL 1976). Nach zehn Jahren war die Lage der ursprünglich kontrolliert Trinkenden nicht mehr so rosig: So gut wie keiner der Behandelten trank nunmehr kontrolliert, die Mehrzahl lebte stattdessen abstinent, war schwer rückfällig geworden oder an Alkoholfolgeschäden verstorben (PENDERY, MALTZMAN & WEST 1982). Allerdings sah die Lage der Gruppe mit dem Abstinenzziel noch schlechter aus (SOBELL & SOBELL 1984), woraus man schließen kann, dass zumindest für die hier untersuchten Alkoholabhängigen Abstinenz keineswegs das humanere oder realistischere Ziel war.

3.3.4.2 ■ Neuere Forschungsbefunde

Auch im deutschsprachigen Raum wurden in den 70er Jahren einige Studien zum kontrollierten Trinken durchgeführt (CZYPIONKA & DEMEL 1976; KRAEMER 1980), sie blieben jedoch Eintagsfliegen. Anders verlief die Entwicklung im englischsprachigen Raum: Im Anschluss an den bahnbrechenden Therapiegruppenvergleich von Sobell und Sobell wurde die Möglichkeit kontrollierten Trinkens in einer ganzen Reihe weiterer Studien genauer überprüft (vgl. zur Übersicht AREND 1991; ROSENBERG 1993; SOBELL & SOBELL 1993).

In den entsprechenden Untersuchungen wird immer wieder die Gruppe der nicht bzw. nicht schwer abhängigen Problemtrinker von der der schweren bzw. chronisch abhängigen Alkoholiker unterschieden. Insbesondere der Begriff des Problemtrinkers wird sehr uneinheitlich gebraucht. Wir hatten ihn im Kapitel »Diagnose und Diagnosehindernisse« als Oberbegriff für alle Konsumenten verwendet, für die aus dem Alko-

Alkoholkonsum Probleme entstanden sind, unabhängig von der Dauer des Konsums und der Tragweite der Folgeprobleme.

In der Literatur zum kontrollierten Trinken läuft es dagegen meistens auf folgendes Begriffsverständnis hinaus: Bei Problemtrinkern sind negative Konsequenzen des Trinkens eingetreten oder drohen einzutreten, eine schwere Abhängigkeit liegt aber nicht vor. Problemtrinker konsumieren nicht dauernd Alkohol, erleben in alkoholfreien Zeiten keine Entzugserscheinungen, haben ihr Trinken zumindest zeitweise unter Kontrolle, richten ihr Leben nicht am Alkohol aus und verfügen über soziale Bindungen und wirtschaftliche Ressourcen.

Als Problemtrinker sind zunächst einmal alle Menschen einer Bevölkerung einzustufen, die Alkohol über den medizinisch definierten Grenzwerten konsumieren. Probleme können aber auch durch wiederkehrende Kraftfahrzeugfahrten oberhalb des erlaubten Promille-Limits, das Bedienen gefährlicher Maschinen in alkoholisiertem Zustand, alkoholbedingtes reduziertes Leistungsvermögen am Arbeitsplatz, Gewaltausbrüche unter Alkoholeinfluss oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft entstehen.

Bei schwer bzw. chronisch Alkoholabhängigen kreist das Leben um Beschaffung, Konsum und Regeneration von Alkohol. Bereits einige Stunden nach Aussetzen der Alkoholfuhr treten schwerere Entzugserscheinungen auf. Es sind deutliche Probleme sozialer, beruflicher, finanzieller und/oder juristischer Art und zum Teil erhebliche körperliche Folgeschäden (z. B. Hirn- und Leberschädigungen) festzustellen. Beim Versuch der Abgrenzung zwischen Problemtrinkern und chronischen Alkoholikern wird immer wieder das Phänomen der schweren körperlichen Abhängigkeit in den Mittelpunkt gerückt und durch Fragen zur aktuellen oder zurückliegenden Entzugssymptomatik zu objektivieren versucht (oft anhand des »Severity of Alcohol Dependence Questionnaire [SADQ]«, deutsche Version GABS, vgl. Kap. 1.1.4.6).

Auf den ersten Blick mag diese Unterscheidung ausreichend erscheinen. Wenn man Alkoholkonsum und negative alkoholbedingte Folgen aber als auf einem Kontinuum angesiedelt betrachtet (vgl. Kap. 1.1.4.3), dann gerät der graue Bereich zwischen den beiden Extremfällen zum Problem: Ab wann ist man noch ein Problemtrinker, ab wann schwer abhängig? Wie viele oder wie schwere Entzugserscheinungen müssen vorliegen, um von schwerer körperlicher Abhängigkeit zu sprechen? Diese Fragen sind bislang nicht beantwortet. Im Bewusstsein dieser Ungeklärtheiten seien im Folgenden die aus unserer Sicht wichtigsten Ergebnisse von Forschungsstudien zum kontrollierten Trinken referiert.

Wenn Menschen mit Alkoholproblemen, die (noch) keine schwere Abhängigkeit entwickelt haben (Problemtrinker im zuvor umschriebenen Sinne) durch Selbstkontrollbroschüren, Einzelgespräche oder Gruppenprogramme in Techniken des kontrollierten Trinkens eingeführt werden – das Therapieziel also in kontrolliertem Trinken besteht –, zieht dies im Allgemeinen deutliche Reduktionen des Alkoholkonsums nach sich. Die entsprechenden Erfolgsquoten variieren in Abhängigkeit von der Definition

des kontrollierten Trinkens, dem Behandlungsprogramm, der einbezogenen Untersuchungsstichprobe, dem Land und anderem mehr. Die vorwiegend US-amerikanischen Programme kommen nach MILLERS (1983) Übersicht für unterschiedliche Nacherhebungszeiträume und Stichproben auf 25–90% kontrolliert Trinkende (Durchschnitt 65%).

Nötigt man Problemtrinker gegen ihre Überzeugung in Abstinenztherapien, kommt es vermehrt zu Behandlungsabbrüchen (POMERLEAU, PERTSCHUK, ADKINS & BRADY 1978). Im Übrigen stellt moderates Trinken und nicht Abstinenz den häufigsten Behandlungserfolg bei Problemtrinkern im Anschluss an eine Behandlung dar – unabhängig davon, ob die Behandlung auf Abstinenz oder auf moderates Trinken ausgerichtet war (z. B. SANCHEZ-CRAIG, ANNIS, BORNET & MACDONALD 1984).

Ein Grundproblem vieler Studien zur Frage der Möglichkeit des kontrollierten Trinkens bei »wirklich« oder schwer körperlich Abhängigen liegt darin, dass im Regelfall das Trinkverhalten nach Abstinenztherapien geprüft wurde, eine reelle Chance zum Erwerb von Kompetenzen zum kontrollierten Trinken also gar nicht erst bestand. Im Gegenteil: Üblicherweise kann man – zumindest in Studien früherer Jahre – davon ausgehen, dass die Erwägung kontrollierten Trinkens von Einrichtungsmitarbeitern scharf kritisiert und gegebenenfalls sanktioniert wurde. Durch die pauschale Weitergabe der Auffassung, dass schon geringste Mengen Alkohol einen schweren Rückfall auslösen (»Schnapsralinenmythos«), wurde eher der Aufgabe vorhandener Kontrollfertigkeiten Vorschub geleistet.

Umso erstaunlicher ist es, dass nach nahezu allen Studien ein Teil der schwer alkohollabhängigen Patienten im Anschluss an eine abstinenzorientierte Behandlung in mäßigen Mengen Alkohol trinkt. Beispiel 1: NORDSTRÖM und BERGLUND (1987) haben für eine schwedische Stichprobe nachgewiesen, dass auch schwere Alkoholiker mit körperlicher Abhängigkeit (z. T. mit früherem Alkoholdelir) nach der Behandlung über längere Zeiträume sozial tranken. Beispiel 2: In der größten und bekanntesten US-amerikanischen Studie dieser Art, dem Rand-Report, ermittelten POLICH et al. (1981) einen Durchschnittswert von 12% der Ex-Patienten, die über die vier Jahre der Nachbefragung hinweg als kontrollierte Trinker zu bezeichnen waren. Außerdem war bei 12% der Schwerstabhängigen dieser Studie problemfreies Trinken während des letzten Halbjahres der 4-Jahres-Katamnese festzustellen. In einer ähnlichen deutschen Studie (MEAT-Studie) kommen KÜFNER, FEUERLEIN und HUBER (1988) auf 2,6% der Behandelten, die über die vier Jahre nach der Entlassung hinweg zwar Alkohol tranken, aber täglich nie mehr als 60 g (= 3 Flaschen Bier) im Falle der Männer bzw. 30 g im Falle der Frauen. In den USA ist vier Jahre nach Teilnahme an einem Abstinenzprogramm der Anteil der kontrolliert Trinkenden nicht geringer als der der Abstinenten (je nach Studie zwischen 5–15%). In Deutschland sind die kontrolliert Trinkenden (2,6%, s.o.) gegenüber den Abstinenten (46,4%; KÜFNER et al. 1988) deutlich in der Minderzahl.

Entsprechend dem US-amerikanischen Rand-Report (POLICH et al. 1981) und ande-

ren Studien erhöht mehrmonatiges bis mehrjähriges kontrolliertes Trinken bei schwer Alkoholabhängigen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nicht. ROSENBERG (1993) resümiert den englischsprachigen Forschungsstand: »Unkontrolliertes Trinken tritt sowohl nach Phasen der Abstinenz als auch des kontrollierten Trinkens häufig auf, und zu Rückfallphasen kommt es sehr wahrscheinlich unabhängig davon, ob der Alkoholabhängige kontrolliertes Trinken oder Abstinenz anstrebt« (S.130). Die deutsche MEAT-Studie (KÜFNER et al. 1988) kommt allerdings zu gegenteiligen Ergebnissen, sodass auch in dieser Frage noch Klärungsbedarf besteht.

Die Auffassung, wonach bei schwerer Abhängigkeit Versuche des kontrollierten Trinkens prinzipiell zum Scheitern verurteilt sind, kann nach allen zuvor ausgeführten Ergebnissen als widerlegt gelten (vgl.zusammenfassend AREND 1991; HEATHER 1995; ROSENBERG 1993; SOBELL & SOBELL 1993). Die in der deutschen Alkoholismuskonzeption meist pauschal ablehnende, mindestens aber äußerst reservierte Haltung gegenüber der Möglichkeit kontrollierten Trinkens bei Alkoholabhängigen erscheint vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes als ideologisch gefärbt und in gutem Abstand zu jahrzehntelanger internationaler Forschung (Kostproben: Bei »einer Abhängigkeitsdiagnose kann [kein] kontrolliertes Trinken in Erwägung gezogen werden« [FEUERLEIN et al. 1998, S. 294]; »Für den deutschen Sprachraum kann gesagt werden, dass Kontrolliertes Trinken aus einer Reihe von Gründen kein realistisches Therapieziel für die Behandlung von Alkoholabhängigen darstellt« [LINDENMEYER 1999, S.37]). Im internationalen Vergleich zeigt sich nicht nur eine kenntnisreichere und differenziertere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen des kontrollierten Trinkens (vgl. z.B. HEATHER 1995), sondern auch ein aufgeschlossenerer Umgang damit in Praxiseinrichtungen. So ist es in schottischen und australischen Behandlungseinrichtungen akzeptierter als in englischen, die wiederum offener mit dieser Thematik umzugehen scheinen als die kontinentaleuropäischen Länder, die USA und Kanada (vgl. z.B. DAWE & RICHMOND, 1997; DONOVAN & HEATHER, 1997; GLATT 1995).

Nichtsdestotrotz ist festzustellen: Es sprechen eine Reihe von Studien (vorwiegend mit Erfolgsüberprüfungen nach Abstinenztherapien) dafür, allerdings auch einige dagegen, dass im Großen und Ganzen mit zunehmender Schwere der Alkoholabhängigkeit kontrolliertes Trinken seltener auftritt (severity of dependence hypothesis; zusammenfassend ROSENBERG, 1993). »Im Großen und Ganzen« heißt aber auch, wie zuvor ausgeführt: Es gibt eine Minderheit unter den schwer Alkoholabhängigen, die über längere Zeiträume kontrolliertes Trinken praktizieren können. HEATHER (1995) merkt zudem an, »dass es immer noch möglich ist, durch effektivere Formen der Intervention den Grad der Abhängigkeits- oder Problemschwere, für den Mäßigungstrainings empfohlen werden können, zu erhöhen« (S. 1161).

Neben der »severity of dependence hypothesis« ist die »persuasion hypothesis« in einer Reihe von Studien bestätigt worden (z.B. ORFORD & KEDDIE, 1986a). Sie besagt im Hinblick auf das kontrollierte Trinken: Je mehr eine Person davon überzeugt ist, dass

bei ihr kontrolliertes Trinken möglich und Abstinenz nicht möglich ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit des kontrollierten Trinkens und desto geringer die der Abstinenz. Die Stärke des Selbstzutrauens, sich kontrolliertes Trinken aneignen zu können, wirkt sich gemäß der Studie von KAVANAGH, SITHARTHAN und SAYER (1996) sowohl auf den Verbleib im Behandlungsprogramm als auch den späteren Alkoholkonsum positiv aus. Die Überzeugtheit von der Wünschbarkeit und Erreichbarkeit des kontrollierten Trinkens spielt also offenbar eine große Rolle für den Verbleib in entsprechenden Behandlungsprogrammen sowie deren Erfolg.

Gemäß der Übersicht von ROSENBERG (1993) sprechen einige Studien dafür, dass kontrolliertes Trinken gehäuft mit folgenden Merkmalen einhergeht: jüngeres Lebensalter, fester Arbeitsplatz, Fehlen gravierender psychischer Auffälligkeiten, soziale Stabilität (z. B. eine feste Partner- und Lebensgemeinschaft). Zudem fanden sich unter den kontrolliert Trinkenden mehr Frauen als Männer. Da es sich dabei aber um Trendergebnisse von Post-hoc-Analysen relativ weniger Forschungsstudien handelt, sind daraus keine Indikationsentscheidungen abzuleiten (von der Art: »Bei älteren Menschen lohnt sich ein Programm zum kontrollierten Trinken nicht«).

Durch die Forschung kaum geklärt ist die Frage, ob ehemals Alkoholabhängige nach Erreichen bzw. Festigung der Abstinenz ohne Kontrollregeln und in Maßen – also im zuvor explizierten Sinne »normal« – Alkohol trinken können. Stützt man sich auf nicht näher spezifizierte Selbstaussagen von Betroffenen, scheint selbst dies möglich zu sein. MAFFLI et al. (1995) berichten in diesem Sinne, dass 16,7% der männlichen und 12,5% der weiblichen Alkoholabhängigen sieben Jahre nach ihrer Fachklinikbehandlung angaben, »normal [zu trinken], wie andere Leute auch«.

Tabelle 14 Häufigkeit normalen Trinkens bei Alkoholabhängigen (nach MAFFLI et al. 1995)

Antwortkategorien	Männer	Frauen	Gesamt	N
Ich bin abstinent.	42,4%	50,0%	44,9%	44
Ich trinke nur sehr selten Alkohol.	15,2%	18,8%	16,3%	16
Ich trinke normal, wie andere Leute auch.	16,7%	12,5%	15,3%	15
Ich trinke eher viel, aber ich habe keine Probleme deswegen.	9,1%	3,1%	7,1%	7
Ich trinke manchmal zuviel, sodass ich Probleme habe.	16,7%	15,6%	16,3%	16
	100% (N=66)	100% (N=32)	100%	98

Wir melden allerdings Zweifel an, ob es sich dabei wirklich um mühe- und anstrengungsloses normales Trinken handelte oder ob nicht vielmehr normales mit kontrolliertem Trinken gleichgesetzt wurde. Mangels systematischer Forschung ist jedoch auch hier noch nicht das letzte Wort gesprochen.

3.3.4.3 Forschungsfazit

Übergreifend betrachtet, stimmen wir ROSENBERG (1993) in seinem Resümee zur vorliegenden Forschungsliteratur zu: Es deutet sich an, dass die folgenden Merkmalskomplexe in ihrem Zusammenwirken den Erfolg des kontrollierten Trinkens beeinflussen:

- ◎ Bedingungen des Konsumenten (z. B. geringe Schwere der Alkoholabhängigkeit, Zutrauen in die eigene Fertigkeit des kontrollierten Trinkens)
- ◎ Bedingungen des Behandlungsprogramms (z. B. ausreichende Vermittlung von Kompetenzen zum kontrollierten Trinken in individuell »zugeschnittener« Form)
- ◎ Bedingungen des Lebensumfeldes (z. B. Unterstützung durch den Partner, nicht arbeitslos usw.)

Keinerlei Anhaltspunkte gibt es dafür, dass man ausschließlich aufgrund eines einzigen Merkmals eine Prognose stellen kann, wie dies in deutschen Landen in Ignoranz der Forschungsliteratur munter herausposaunt wird: »Bei abhängigen Trinkern [gibt es] im Prinzip keine Rückkehr zu einer irgendwie moderaten und kontrollierten Trinkform (...) Es funktioniert nicht« (MANN 2000, S. 65 f.). Um es klar zu sagen: Es reicht nicht, allein die Schwere der Abhängigkeit als Indikationskriterium für oder gegen kontrolliertes Trinken heranzuziehen, sondern es müssen zusätzliche Aspekte wie z. B. der psychische Gesundheitszustand und die soziale Integration mit berücksichtigt werden (HEATHER 1995).

3.3.5 Zielgruppen für kontrolliertes Trinken

Bereits die oben ausgeführte Unmöglichkeit, die Gruppen der Problemtrinker und schwer abhängigen Alkoholiker klar voneinander abzugrenzen, führt zu Indikationsproblemen des kontrollierten Trinkens im klinischen Alltag. Trotzdem wollen wir im Folgenden getrennt für diese Gruppen Konsequenzen aus den aufgeführten Forschungsergebnissen ziehen.

3.3.5.1 Problemtrinker

Zieht man als Kriterium des Problemtrinkens nur den für die Gesundheit des eigenen Körpers riskant hohen Alkoholgebrauch heran, so kommt man bei sehr vorsichtiger Abschätzung und in Anlehnung an KRAUS und BAUERNFEIND (1998) auf 4,3 Millionen (=8,8%) 18–59-Jährige Deutsche, die – ohne abhängig zu sein – mit ihrem Alkoholkonsum ein hohes gesundheitliches Risiko eingehen, d.h. täglich mehr als 20g (Frauen) bzw. 40g (Männer) Alkohol zu sich nehmen. Diese Personen stehen im Allgemeinen nicht mit dem Suchthilfesystem in Kontakt, und soweit sie in medizinischer Behandlung sind, wird eine Alkoholproblematik in der Regel nicht erkannt. Weitere 1,5 Millionen (=3%) 18–59-Jährige konsumieren ebenfalls mehr als 20g/40g Alkohol

täglich, sie sind aber als alkoholabhängig einzustufen (a.o. O., S. 45). Das Verhältnis Problemtrinker – Alkoholabhängige beträgt demzufolge für Deutschland etwa 3:1, für die USA wird es auf 4:1 geschätzt (Institute of Medicine 1990).

Für die enorm große Gruppe der Bevölkerung, die als Problemtrinker einzustufen ist, wären deshalb aus Sicht des öffentlichen Gemeinwohls (public health) praktisch umsetzbare und erprobte Hilfestellungen zur Konsumbeschränkung vonnöten (vgl. TUCKER, DONOVAN & MARLATT 1999). Das können politische Maßnahmen zur Konsumbeschränkung sein (z. B. kein Alkoholverkauf an Tankstellen, in anderen Verkaufsstellen nur zu bestimmten Öffnungszeiten, s. auch das Kap. 2. 2. 1), Aufklärungsmaßnahmen (z. B. Faltblätter in gynäkologischen Praxen), aber eben auch weitergehende Hilfen zum kontrollierten bzw. moderaten Umgang mit Alkohol, wie etwa Selbstkontrollbroschüren und Kurse zum kontrollierten Trinken, Selbsthilfegruppen mit dem Ziel des moderaten Trinkens und neuerdings auch Internet-Gruppen (vgl. z. B. die Online-Gruppen zu »Moderation Management« in den USA: www.moderation.org).

Es ist kaum zu glauben, aber wahr, dass es in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts die folgenden Hilfsangebote nicht oder nicht in nennenswertem Umfang gibt: Informationsbroschüren für alkoholtrinkende Kraftfahrer (»Wie viel Alkohol darf ich bis wann vor einer Autofahrt trinken, wenn ich unter der 0,5-Promille-Grenze bleiben will?«) und schwangere oder stillende Frauen (»Kann ein gelegentliches Glas Wein oder Sekt für mein Kind schädlich sein?«). Es fehlt an Selbsthilfegruppen für moderaten Alkoholkonsum, wissenschaftlich fundierten Materialien zur systematischen Selbstkontrolle des Trinkverhaltens und Kursen zum kontrollierten Trinken (Ausnahme: einige Nachschulungskurse für alkoholauffällige Kraftfahrer).

Zu begrüßen sind alle Maßnahmen, die Problemtrinker für ihren überhöhten Alkoholkonsum sensibilisieren und ihnen Fertigkeiten zur Konsumreduktion an die Hand geben. Dazu gehören nicht zuletzt die im Rahmen der Fachkunde Suchtmedizin angestrebten ärztlichen Interventionen, um bei Patienten Alkoholprobleme bereits im Frühstadium zu erkennen und ihnen zu verhelfen, damit angemessen umgehen zu lernen. Darüber hinaus müssen im gesamten Gesundheitssektor, nicht zuletzt in den Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen, Behandlungsoptionen für reduzierten Alkoholkonsum vorgehalten werden, die dann auch für Problemtrinker attraktiv sein und Etikettierungen (»Alkoholiker«) vermeiden helfen könnten.

In Zukunft könnte eine weitergehende Option darin bestehen, Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum zeitlich umschriebene, z. B. vierwöchige stationäre Abstinenzphasen in Fachkliniken zu ermöglichen und diese mit vorausgeschalteten und/oder nachfolgenden ambulanten Phasen des kontrollierten Trinkens zu verbinden. Bei der momentanen Rechtslage ist es ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen nicht möglich, das Ziel des kontrollierten Trinkens auf ihre Fahnen bzw. Hochglanzbroschüren zu schreiben oder gar zu praktizieren; einige wenige Kliniken »mögeln« sich geschickt um diesen Tatbestand herum.

Die Kombination aus stationärem und ambulante Anteil verspricht eine Verbesserung der Ergebnisse: Der stationäre Behandlungsteil kann den Abstand vom Alkohol erhöhen, die körperliche Regeneration fördern, die Funktionalität des Alkohols transparent machen, Abgrenzungs- und andere soziale Fertigkeiten fördern, den Aufbau von Alternativen zum Trinken begünstigen und gegebenenfalls den Anstoß zu einer neuen Lebensplanung geben. Der ambulante Behandlungskontext wäre dann vorrangig für den Aufbau von Fertigkeiten zum kontrollierten Trinken und darüber hinaus für die Umsetzung der Erkenntnisse und Kompetenzen aus der stationären Therapie zuständig. Eine Mischung aus Abstinenzphasen und angeleitetem kontrolliertem Trinken lässt gute Erfolge erwarten (vgl. SANCHEZ-CRAIG 1995).

3.3.5.2 Schwer Alkoholabhängige

Für die Mehrzahl der Menschen mit langer Abhängigkeitsdauer und schweren körperlichen Entzugssymptomen, die in Arztpraxen, Suchthilfeeinrichtungen oder den vorhandenen Selbsthilfegruppen auftauchen, ist zuallererst Abstinenz als Ziel in Erwägung zu ziehen. Bei ihnen gelingt die permanente Selbstdisziplinierung beim Versuch des kontrollierten Trinkens nur sehr selten, und selbst der kontrollierte Alkoholkonsum wirkt sich lebensqualitätsmindernd aus bzw. eine alkoholbedingte körperliche Verschädigung kann dadurch rasch verstärkt werden.

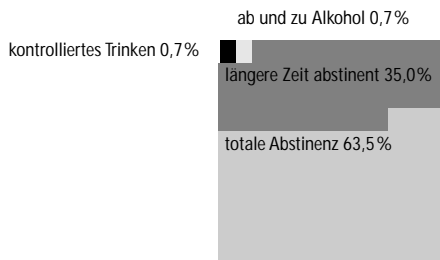
Aber auch für die Abstinenzzielsetzung ist aus ethischen Gründen die informierte, freie Zustimmung des Patienten geboten. Entweder äußert der Patient bereits von sich aus glaubhaft (und nicht aufgrund sozialer Erwünschtheit) einen Abstinenzwunsch, oder er kann durch Abwägung der positiven und negativen Auswirkungen von Abstinenz und kontrolliertem Trinken zur Abstinenz motiviert werden (Zielabklärungsprozess, KÖRKELE & SCHINDLER 1999).

Nicht selten gelingt dies aber eben nicht: Wie die Erfahrung und viele Studien lehren, strebt ein Teil der chronisch Abhängigen gemäßigt Trinken und nicht Abstinenz an – auch wenn Behandler mit Recht bezweifeln sollten, dass längerfristiges kontrolliertes Trinken bei ihnen möglich ist. Die meisten Praktiker sind mit dieser Tatsache wohlvertraut. Sie lässt sich durch Befragungen objektivieren:

KÖRKELE und SCHINDLER (1999) haben alkoholabhängige Frauen und Männer zu Beginn und am Ende ihrer abstinenzorientierten stationären Entwöhnungstherapie gefragt, wie ihre persönliche Zielvorstellung aussieht: (a) trinken wie bisher; (b) kontrolliert trinken; (c) die meiste Zeit abstinent bleiben und nur ab und zu Alkohol trinken; (d) erst einmal über längere Zeit abstinent bleiben und dann weitersehen; (e) totale Abstinenz – nie mehr Alkohol trinken. Die Befragung wurde von geschulten Praktikantinnen und nicht von Therapeutinnen durchgeführt, um die Tendenz der Patienten zu sozial erwünschten Antworten (»Mein Ziel ist hundertprozentig die lebenslange Abstinenz!«) zu minimieren. Obgleich dies vermutlich nur unzureichend gelungen sein dürfte, bekennt immerhin etwa ein Drittel aller Alkoholabhängigen zu Beginn und am

Ende der stationären Therapiemaßnahme, dass lebenslange Abstinenz nicht das Ziel ihrer Wahl ist. Zukünftiger Alkoholkonsum wird also keineswegs völlig abgelehnt.

Abbildung 35 Konsumziele Alkoholabhängiger (N = 137) am Ende einer stationären Therapie



Auch bei minimaler klinischer Erfahrung überrascht dieses Ergebnis keinen Suchttherapeuten, zumal bereits 1984 MATAKAS, BERGER, KOESTER und LEGNARO berichteten, dass 40% der von ihnen untersuchten Patienten zum Entlassungszeitpunkt gar nicht die feste Absicht hatten, abstinent zu leben.

Das Faktum, dass ein erheblicher Teil der Alkoholabhängigen kontrolliertes Trinken anstrebt oder damit liebäugelt, stellt für die momentane bundesdeutsche Alkoholismusbehandlung eine Herausforderung dar. Es ist ein gängiger Kunstfehler, während einer Alkoholismustherapie nicht über kontrolliertes Trinken zu sprechen und Äußerungen pro kontrolliertem Trinken »glattzubügeln«. Stattdessen ist es zunächst einmal notwendig, auf die Thematik des kontrollierten Trinkens offen und in angemessener Ausführlichkeit einzugehen. Es geht darum, eine Informationsbasis und Austauschmöglichkeiten zu diesem Thema zu schaffen. Diese Notwendigkeit ergibt sich unabhängig davon, ob letztendlich kontrolliertes Trinken oder Abstinenz angestrebt wird. An einen Austausch über kontrolliertes Trinken sind die folgenden Anforderungen zu stellen:

- ⊙ Er sollte sachkundig sein, d.h. dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und nicht vorherrschenden Dogmen entsprechen.
- ⊙ Er sollte umfassend erfolgen, d.h. von der Definition und Abgrenzung des kontrollierten Trinkens über die Vor- und Nachteile von kontrolliertem Trinken bzw. Abstinenz bis zu den Bestandteilen von Programmen zum kontrollierten Trinken und subgruppenbezogenen Erfolgsquoten derartiger Programme reichen.
- ⊙ Er sollte sachlich-nüchtern ablaufen, d.h. ohne Moralismen.
- ⊙ Er sollte einladend gestaltet werden, d.h. zur ehrlichen Meinungskundgabe animieren. Therapie kann dann so beginnen, wie dies lege artis der Fall sein sollte, nämlich mit klaren Zielvereinbarungen. Man therapiert an einem nicht unerheblichen Teil der Patienten vorbei, wenn dessen tatsächliche Zielvorstellungen nicht erkannt bzw.

nicht angemessen aufgegriffen werden und ungeprüft ein dauerhaftes Abstinenzstreben unterstellt wird. Ein offener Umgang mit der Zielfrage nutzt letztlich allen Seiten: Mehrere Forschergruppen – zum Beispiel ORFORD und KEDDIE (1986a,b) – haben gezeigt, dass die Therapie dann die besten Abstinenzserfolge bzw. Trinkreduktionsraten aufweist, wenn das offizielle Behandlungsziel mit dem vom Patienten bevorzugten Ziel in Übereinstimmung steht.

Ein freimütiger Zieldiskurs zieht allerdings die Konsequenz nach sich, dass sich Therapeuten und ihre Einrichtungen stärker mit anders gearteten Zielen als dem der Abstinenz auseinandersetzen und über die lapidare Position »Das geht nicht!« hinausgehen müssen. Patienten hätten dann zumindest eine gute Informationsbasis über das kontrollierte Trinken und könnten sich jetzt auch in aufgeklärter Form dagegen entscheiden (was öfters vorkommt!), müssten nicht im Zwiespalt zwischen öffentlich geäußerten und wirklich angestrebten Zielen leben, könnten die abstinente Zeit gut für sich nutzen und würden sie nicht nur »absitzen«.

Die Patienten, die letztlich kontrolliertes Trinken anstreben möchten, könnten während ihrer stationären Therapie mit ambulanten Behandlungsstellen in Verbindung treten, um anschließend in ein ambulantes Kompetenzprogramm für kontrolliertes Trinken überzuwechseln. Sollte sich das kontrollierte Trinken später als unrealistisch erweisen, sind auch diese Patienten einen Schritt weiter: Sie können nun aus eigener Erfahrung und damit leichter, als wenn ihnen dies jemand »einreden« will, vom Ziel des kontrollierten Trinkens Abstand nehmen. Zudem wird der Kontakt zum Behandlungssystem nicht abgebrochen, sondern erhalten, sodass gemeinsam neue Gensungswege begangen werden können.

3.3.5.3 Mehrfach geschädigte chronisch Alkoholabhängige

Auch bei dem Personenkreis der mehrfach geschädigten chronisch Alkoholabhängigen gilt es, nicht in Zynismus zu verfallen (»Die müssen erst noch tiefer sinken!«), wenn der Wunsch des kontrollierten Trinkens geäußert wird oder eine Konsumkontrolle mittelfristig sogar als einzig realistische Möglichkeit erscheint. Es gebieten sich zwei Dinge:

- ◎ Kontrollbemühungen zu unterstützen und
- ◎ entsprechende niedrigschwellige Angebote vorzuhalten.

Es kann fruchtbar sein, Kontrollbemühungen nicht zu verteufeln oder zu ironisieren, sondern im Gegenteil realistische Möglichkeiten der Konsumkontrolle sogar offensiv ins Gespräch zu bringen und einen konkreten, auf die Lebenssituation der abhängigen Person zugeschnittenen Umsetzungsplan zu erarbeiten (z. B. auf Schnapskonsum verzichten, für regelmäßige und gesunde Ernährung sorgen usw.). Es ist recht wahrscheinlich, dass ein obdachloser Spiegeltrinker sich schwer tun wird, einen ausgefeilten Trinkplan durchzuhalten, während er vielleicht eine Kontrollregel – z. B. keinen Schnaps mehr zu konsumieren – gut in seinen Lebensalltag einbauen kann.

Überliefert ist uns durch die Heilsarmee Nürnberg das Beispiel eines Alkoholabhängigen, der seit Jahren sein Sozialhilfegeld in den ersten Tagen nach der Auszahlung in Bierdosen umsetzte und sich in der Folge notwendige Lebensmittel nicht mehr kaufen konnte. Die lebensweltnahe Begleitung durch die Sozialarbeiter mündete schließlich in seinem Vorsatz, von der ausgezahlten Sozialhilfe zuallererst die auf einer gemeinsam zusammengestellten Einkaufsliste festgelegten wichtigsten Nahrungsmittel zu besorgen, um, wenn einmal das ganze restliche Geld in Bieräquivalente eingetauscht worden sein sollte, nicht ohne Lebensmittel dazustehen. Diese auf den ersten Blick vielleicht bescheidene, aber lebenserhaltende und Lebensqualität steigernde Selbstkontrollmaßnahme hat sich nun seit mehr als einem Jahr bewährt. Von kontrolliertem Trinken im engeren Sinne (bestand überhaupt ein Trinkplan?) ist allerdings nicht zu sprechen.

Besonders für diesen Personenkreis der obdachlosen, mehrfach geschädigten chronischen Alkoholiker müssen darüber hinaus schadensminimierende Angebote (*harm reduction*) bereitgehalten werden, um in Zeiten des unkontrollierten und körperlich gefährlichen Konsums das gesunde Überleben zu sichern (vgl. KÖRKEKEL & KRUSE 2000; LARIMER, MARLATT, BAER, QUIGLEY, BLUME & HAWKINS 1998).

3.3.6 Abschließende Überlegungen

Die vorausgegangenen Ausführungen sollten nicht so verstanden werden, als wollten wir zum kontrollierten Trinken raten. Aus unserer Sicht gibt es durchaus eine Reihe von Aspekten, die gründlich bedacht werden sollten, bevor man sich für kontrolliertes Trinken entscheidet. Diese wollen wir im Folgenden zusammenfassen.

Der vage Vorsatz, zukünftig weniger zu trinken oder besser aufzupassen, ist eine denkbar schlechte Voraussetzung für ein glückliches Konsumentenleben. Genauer besehen, handelt es sich nämlich bei derartigen vagen Vorsätzen keinesfalls um den Versuch des kontrollierten Trinkens im zuvor definierten Sinne, sondern um die Absicht, normal zu trinken wie andere auch. Unklare Kontrollregeln, z. B. in der Mengengrenzung, führen erfahrungsgemäß über kurz oder lang zu Selbstüberschätzungen (»Ein Bier mehr kann nicht schaden – das letzte Mal ist doch auch nichts passiert«) und Konsumausweitungen.

Kontrolliertes Trinken erfordert sehr viel Selbstdisziplin, Rauschtrinken ist dabei nicht vorgesehen. Es stellt sich die Frage, ob am Ende die Freude über die persönliche Leistung überwiegt (»Ich kann kontrolliert trinken!«) oder die Last angesichts der Vielzahl von Konsumreglementierungen und Anstrengungen. In der Definition von REINERT und BOWEN (1968) klingt die Zweifelhafteigkeit des mit kontrolliertem Trinken einhergehenden Vergnügens bereits an: Das Trinkverhalten wird zwanghaft und rigide. Bekannt sind uns Fälle wie der einer Lehrerin, die sich in ihrem Kontrollplan ab 18 Uhr 0,7 Liter Rotwein genehmigt hatte. Den ganzen Tag über kreisten ihre Ge-

danken um den 18-Uhr-Starttermin, und nach dem Genuss der selbst genehmigten Menge trat psychische Leere ein. Nach einem halben Jahr gab sie diesen kräftezehrenden und zu permanenter Anspannung führenden Plan schließlich auf.

Genau diese Erfahrungen sind offenkundig der Grund dafür, dass viele, die auf das Ziel des kontrollierten Trinkens zusteuern, zur Läuterung bewegt werden: Besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen den Zielen Abstinenz und kontrolliertes Trinken, wechseln viele Programmteilnehmer freiwillig vom Ziel des kontrollierten Trinkens zur Abstinenz. Wesentlich weniger Personen schlagen den umgekehrten Weg von der Abstinenz zum kontrollierten Trinken ein (vgl.z.B. HODGINS, LEIGH, MILNE & GERRISH 1997; WESSEL & WESTERMANN 1998). Auch nach Programmende sind Zielwechsel nicht selten (OJEHAGEN & BERGLUND 1989).

Kontrolliertes Trinken ist auf Dauer kein Erfolg versprechendes Mittel, um mit Angstzuständen und depressiven Verstimmungen, einem geringen Selbstwertgefühl, Belastungen am Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit zurechtzukommen. Der psychische Reizschutz ist bei der eng umschriebenen Alkoholfuhr, wie sie beim kontrollierten Trinken vorliegt, meist zu gering, um die angesprochenen psychischen Effekte zu erzielen – und dies umso weniger, je mehr in früheren Zeiten Rauschtrinken praktiziert wurde. Die diffuse Vorstellung, alleine durch das kontrollierte Trinken mit dem Leben im Allgemeinen besser zurechtzukommen, erweist sich als illusionär.

Kontrolliertes Trinken auf eigene Faust umsetzen zu wollen ist besonders schwierig. Sicherer ist die Begleitung durch eine Gruppe Gleichgesinnter oder eine Fachkraft, die einen umfassenden Kontrollplan mit auszuarbeiten und zu begleiten vermag. Das verspricht realistische Zielsetzungen, flexible Anpassungen im Vorgehen, kritische Hinterfragungen («Geht es wirklich bei mir?«, «Was ist der Preis, den ich dafür bezahle?») und einen erfolgreicherem Umgang mit Rückschlägen. Denn auch beim kontrollierten Trinken kommt der Erfolg nicht über Nacht.

Partner oder Familien können wichtige Unterstützungsquellen für kontrolliertes Trinken sein, beispielsweise wenn der Partner ebenfalls ein Trinktagebuch führt, sich einer Konsumreduktion anschließt und keine Trinkaufforderungen mehr ausspricht. Zumindest bei schwerer, länger bestehender Abhängigkeit ist aber im Regelfall davon auszugehen, dass das Umfeld schon mit vielfältigen gescheiterten Kontrollversuchen konfrontiert wurde und wenig begeistert auf erneute Kontrollvorsätze reagiert.

Im literarischen Bereich gibt es dafür vielfältige Beispiele, so z. B. bei Upton Sinclair:

Sie sprachen über das Leben, das Roger jetzt führte. Er war nicht ganz abstinent, das erlaubte ihm sein Stolz nicht; auch wäre er in Gesellschaft damit aufgefallen, und Bemerkungen darüber langweilten ihn zu Tode. Aber er wollte den Leuten beweisen, daß ein Gentleman trinken kann, ohne sich wie ein Jobber bei einer Sauforgie gehen zu lassen. Für Maggie May klang dieses Programm nicht sehr tröstlich. Das »Wie-ein-Gentleman-Trinken« war ihr von zu Hause her sattsam bekannt. Es sei zu kläglich, daß alle Trinker Programme und Pläne entwerfen, die sie dann so rasch wie Neujahrsvorsätze vergessen. Kip erzählte die traurige Geschichte seines Vaters, und Maggie

May sprach zum ersten Mal von Roger Senior und den vielen kummervollen Jahren, die sie mit ihm verlebt hatte.

(Upton Sinclair, Alkohol, S. 217)

Von fehlender Unterstützung bis zu Boykottmaßnahmen kann dann die Palette der Reaktionen im sozialen Umfeld reichen. Die Zielpassung zwischen der alkoholabhängigen Person und ihrem sozialen Umfeld ist also in jedem Falle wichtig und vorab zu prüfen (GLATT 1995; SANCHEZ-CRAIG & LEI 1986).

Last, but not least: Bestimmten Personen ist von vornherein Abstinenz zu empfehlen: Menschen, die bereits abstinent leben und damit ganz gut zurechtkommen; Menschen, die eine körperliche Vorschädigung (z. B. der Leber) aufweisen, die durch Alkohol verschlimmert würde; Männern und Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sowie Frauen, die schwanger sind bzw. ein Kind stillen. Wenn sich Totalabstinenz im Einzelfall als eine zu hoch gesteckte Zielsetzung erweist, ist selbstverständlich auch bei diesem Personenkreis eine Konsumreduktion begrüßenswert!

Resümierend lässt sich festhalten:

- ⊗ Kontrolliertes Trinken bedeutet nicht, normal zu trinken wie andere auch.
- ⊗ Darauf zu hoffen, dass man als alkoholabhängiger Mensch irgendwie irgendwann wieder normal wie andere trinken kann, gleicht einem Kamikazeflug. Falls überhaupt erneutes Trinken ins Auge gefasst wird, sollte es in Form des kontrollierten Trinkens erfolgen.
- ⊗ Kontrolliertes Trinken ist keineswegs einfacher umsetzbar als der gänzliche Verzicht auf Alkohol, denn kontrolliertes Trinken erfordert eine Menge Selbstdisziplin – und zwar über längere Zeit.
- ⊗ Kontrolliertes Trinken eignet sich nicht dazu, Probleme »hinunterzuspülen«. Probleme müssen ganz »nüchtern« angegangen werden.
- ⊗ In Krisenzeiten ist bei kontrolliert Trinkenden (wie auch bei Abstinenten!) eine erhöhte Gefahr eines schweren Rückfalls gegeben.
- ⊗ Kontrolliertes Trinken verspricht mehr Erfolge, wenn es gezielt erlernt und durch Experten fachlich begleitet wird. Als nützlich kann sich auch eine Selbsthilfegruppe für Mäßigtrinkende erweisen.

Quelle: Kruse, Körkel, Schmalz: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000, ISBN 3-88414-244-5, 384 Seiten, 49.80 DM

© Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000