

Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption

For and Against: Controlled Drinking as Useful and Necessary Treatment Alternative

Pro

Joachim Körkel

Missverständnisse um das Konzept des kontrollierten Trinkens beginnen bei der Frage, was damit gemeint ist. Deshalb vorneweg: Kontrolliertes Trinken bedeutet nicht einfach „weniger trinken“ oder „trinken wie andere (Normalkonsumenten) auch“. „(Selbst)kontrolliertes Trinken“ steht vielmehr für einen Alkoholkonsum, der an einem *zuvor festgelegten Konsumplan* ausgerichtet ist. Pragmatisch betrachtet, heißt dies, jeweils für eine Woche im voraus (a) seine maximale tägliche und (b) maximale wöchentliche Trinkmenge sowie (c) die Anzahl abstinenter Tage festzulegen und einzuhalten. Zur Förderung einer derartigen bewussten Konsumsteuerung liegen verhaltenstherapeutisch strukturierte, manualisierte Programme vor – sowohl autodidaktische als auch einzel- bzw. gruppentherapeutische [1,2]. In zehn, in Wochenabständen aufeinander folgenden Programmmodulen lernt der Konsument durch Führen eines Trinktagebuchs, gezieltes Erkennen von Risikosituationen für Zuvieltrinken, Auswahl individualisierter Kontrollstrategien (z. B. „Vor jedem alkoholischen ein großes nichtalkoholisches Getränk trinken“) u. a. m. seinen Konsum Schritt für Schritt und dauerhaft zu begrenzen.

Eine zweite Klarstellung: Alkoholabstinenz ist ein anstrebenwertes Veränderungsziel für Menschen mit exzessivem Alkoholkonsum, denn Abstinenz bildet eine solide Basis für die Reduzierung alkoholassoziierter Probleme und Neuausrichtung des Lebens. Auf jeden Fall sollten bereits abstinent lebende und abstinentzbereite Patienten darin bestärkt werden, ein alkoholfreies Leben zu führen. Programme zum kontrollierten Trinken verstehen sich insofern nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung abstinentbezogener Behandlungsangebote – für Menschen, die zu einem abstinenten Leben nicht bereit oder nicht in der Lage sind. Es geht dementsprechend nicht um die Frage „Abstinenz oder

kontrolliertes Trinken?“, sondern um ein Plädoyer für *zieloffene Suchtarbeit*, die dem Patienten die Wahl zwischen Veränderungszielen lässt.

Mindestens vier Gründe sprechen für Zieloffenheit, also dafür, Angebote zum kontrollierten Trinken in die Behandlungspalette der Suchthilfe und die medizinische Grundversorgung einzubinden:

1. *Durch die Option einer Trinkmengenreduktion können mehr Menschen für eine Veränderung gewonnen werden, als durch die für viele Menschen abschreckende Vorabfestlegung auf Abstinenz („Nie mehr Alkohol!“).*

Die überwiegende Mehrzahl der Alkoholabhängigen – nämlich 95% – und nahezu alle Alkoholmissbraucher tauchen im Suchthilfesystem (Suchtberatungsstellen, Suchtfachkliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Krankenhäuser/Abteilungen, Selbsthilfegruppen) gar nicht erst auf [3]. Im medizinischen Behandlungssystem ist die Erreichungsquote deutlich höher (34,5% der Alkoholabhängigen werden mindestens einmal jährlich in Allgemeinkrankenhäusern und 80% bei niedergelassenen Ärzten behandelt), allerdings werden Alkoholprobleme i. d. R. nicht erkannt und/oder nicht thematisiert/behandelt.

Wesentliche Gründe für die geringe behandelte Prävalenz liegen in der Befürchtung der Konsumenten, als „Alkoholiker“ etikettiert und auf das Abstinenzziel festgelegt zu werden – und in der Erfahrung vieler Mediziner, mit diesem Ziel bei vielen Betroffenen „gegen eine Wand zu laufen“ und zu scheitern. Andere Länder sind hier weiter. Beispielsweise halten 66% der australischen und 76% der britischen Alkoholbehandlungseinrichtungen strukturierte Angebote zum kontrollierten Trinken vor [1].

2. *Eine zieloffene Herangehensweise an Alkoholprobleme wird der bioethischen Maxime gerecht, nichts gegen den Willen des Patienten zu tun.*

Diesem Grundsatz folgend, sollte die Frage von Abstinenz

Bibliografie

Psychiat Prax 2005; 32: 324 – 326 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-867047
ISSN 0303-4259

oder kontrolliertem Trinken explizit und sanktionsfrei ins Gespräch gebracht, das Für und Wider dieser Ziele erörtert und der Patient fachlich profund bei dem Ziel unterstützt werden, das er letztlich anstrebt – im Falle von kontrolliertem Trinken durch die dafür ausgearbeiteten Programme [1,2].

Unter ethischem Blickwinkel ist es zudem geboten, Menschen nichts abzuverlangen, was zu erbringen sie im Moment nicht in der Lage sind („Sollen setzt Können voraus“). Eine Trinkmengenreduktion ist deshalb in Betracht zu ziehen, wenn sich Abstinenz – zumindest temporär – als nicht realisierbar erweist.

3. Zieloffenheit ist Voraussetzung für eine kooperative Arzt-Patient-Beziehung und „geschmeidige“ therapeutische Arbeit.

Eine zieloffene Vorgehensweise bringt – im Gegensatz zur Abstinenzzielvorgabe – den erheblichen therapeutischen Vorteil mit sich, dass sich Patienten ernst genommen fühlen und zu ehrlichen Aussagen sowie aktiver Mitarbeit ermuntert werden, statt in die innere Emigration abzutauchen, im Widerstand gegen Veränderung zu verharren und „gute Miene zum bösen Spiel zu machen“. Außerdem wird durch eine zieloffene Herangehensweise der freiwillige, aus eigener Überzeugung vorgenommene Wechsel vom kontrollierten Trinken zur Abstinenz erleichtert, falls sich eine Trinkmengenreduktion als unerreichbar oder letztlich unerwünscht erweisen sollte.

4. Programme zum kontrollierten Trinken sind mindestens so wirksam wie Abstinenzprogramme.

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien belegt, dass Programme zur systematischen Konsumkontrolle – auch bei Alkoholabhängigen – Erfolgsquoten von durchschnittlich 65% erreichen und mindestens so erfolgreich sind wie Abstinenzprogramme [1,4–6]. Langzeitstudien demonstrieren, dass kontrolliertes Trinken auch über Jahre hinweg erfolgreich aufrecht erhalten werden kann bzw. das Reduktionsziel für 10–30% der Behandelten die Brücke zur Abstinenz darstellt [1]. Weitere positive Effekte von Reduktionsprogrammen sind die Verminderung alkoholassoziierter Probleme (z.B. Ängste und Depressionen) sowie Steigerung von Selbstwertgefühl und Lebensqualität.

Eine magische, etwa biologisch vorgegebene Grenze, ab der kontrollierter Konsum absolut unmöglich wäre, gibt es nach bisherigen Studien nicht [7]. Alkoholabhängige profitieren von Reduktionsprogrammen ebenso wie Missbraucher [5,6] – selbst chronisch alkoholabhängige Wohnungslose [8].

Fazit: Die Vernunft als „der Verzicht auf die Anstrengung, dumm zu bleiben“ (Marquard) gebietet es, Programme zum kontrollierten Trinken gleichberechtigt neben Abstinenzprogrammen in die Behandlungspalette einzubinden. Auf diese Weise können bisher nicht (oder nicht mehr) erreichte Menschen mit Alkoholproblemen einer Veränderung zugeführt und Chronifizierungen vermieden, verkürzt oder gelindert werden.

Prof. Dr. Joachim Körkel
Ev. Fachhochschule Nürnberg
Bärenschanzstraße 4
90429 Nürnberg
E-mail: joachim.koerkel@evfh-nuernberg.de

Kontra

Michael Soyka, Miriam Bottlender, Rainer Spanagel

Die Fähigkeit alkoholabhängiger Patienten, kontrolliertes Trinken (KT) zu erlernen, ist schon aufgrund konzeptueller Überlegungen zweifelhaft. Zur Diagnosestellung ist per definitionem (ICD-10, DSM-IV) „Kontrollminderung“ ein zentrales Abhängigkeitskriterium. Jellinek resümierte Irreversibilität der Alkoholabhängigkeit [9]. Eine Langzeitkatamnese über 60 Jahre [10] ergab einen außerordentlich geringen Anteil kontrolliert Trinkender. Die meisten Patienten waren abstinent, verstorben oder tranken weiter.

Die Erstbeschreiber [11] definierten KT als Konsum, bei dem man „sorgfältig und sogar zwanghaft die Zeit, den Ort und die Umstände seines Trinkens vorbestimmt und rigide die Trinkmenge begrenzen muss... Von KT ist dann zu sprechen, wenn jemand sein Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet“. Programme zum Erlernen von KT berichteten zunächst positive Ergebnisse [12,13]. Eine unabhängige Arbeitsgruppe zeigte aber, dass den meisten Patienten von Beginn an KT nicht gelang und im ersten Jahr nach Behandlungsende erneut stationäre Behandlung erfolgte. Nach zehn Jahren trank lediglich einer von anfangs 20 Probanden kontrolliert [14].

Wissenschaftlich besteht Unklarheit, ob und für wen KT als Behandlungsoption geeignet ist (Übersichten [9,15]). Langzeiterfolge sind nach Datenlage selten. Nach verhaltenstherapeutischem Selbstkontrolltraining tranken 10% von 140 Patienten über den Katamnesezeitraum kontrolliert [16]. Von 1289 Patienten wiesen nach 5–7 Jahren lediglich 1,6% ein stabiles, moderates Trinken ohne exzessiven Alkoholkonsum, soziale, medizinische oder juristische Probleme wegen Alkoholkonsum auf [24]. Neuere katamnestiche Untersuchungen zeigen, dass nur wenige Patienten in ambulanter oder stationärer Entwöhnungstherapie ein stabil reduziertes, aber nicht abstinentes Trinkverhalten erreichen [17,18].

Tierexperimentelle Forschung spricht ebenfalls gegen die Erlernbarkeit von KT. Labortiere, die freiwillig Alkohol tranken, entwickelten irreversibel abhängiges Verhalten: „Point of no return-Modell“ [19]. Ratten, die 50 Wochen lang Zugang zu Alkohol hatten, nahmen anfangs freiwillig Alkohol auf. Sie lernten die psychotropen Effekte des Alkohols einzuschätzen. Tage mit hohem Konsum wechselten mit fast abstinenten Tagen. Dieser kontrollierte Konsum richtete sich nach der inneren Befindlichkeit der Tiere, u.a. beeinflusst durch Dominanzgefüge und Stress. Trotz gleicher Umweltbedingungen entwickelte sich dann aber das Trinkmuster der Tiere sehr unterschiedlich. „Alkoholabhängige“ Ratten tranken auch nach einer 6-monatigen Abstinenzphase und sogar trotz Vergällung wieder Alkohol, den sie dem Wasser vorzogen. Auch äußere Bedingungen änderten das Trinkverhalten dann nicht mehr. Kontrollverlust hatte sich manifestiert, interne und externe Faktoren hatten kaum noch Bedeutung für eine kontrollierte Alkoholaufnahme. Keine der Ratten, die einmal Kontrollverlust erlitten hatten, konnte später wieder „kontrolliert“ trinken. Ein weiteres Tiermodell, das Alkoholdeprivationsmodell [20], bestätigt diese Befunde.

Für (noch) nicht abstinenzmotivierte Patienten sind „*harm reduction*“-Modelle zur Trinkmengenreduktion legitim. Dies ist nicht mit „kontrolliertem Trinken“ zu verwechseln. Für welche Patienten KT möglicherweise ein realistisches Therapieziel ist, wurde bislang auch von Protagonisten nicht definiert. Die Risiken sind enorm: Es gibt kaum einen Patienten, der im Verlauf der Erkrankung nicht schon mal versucht hätte, kontrolliert zu trinken und daran scheiterte.

Traditionell gilt in Deutschland die abstinenzorientierte Behandlung als „Goldstandard“ und wird gerade auch von Selbsthilfegruppenorganisationen propagiert [21–23]. KT bei alkoholabhängigen Patienten kann derzeit nicht als realistisches Ziel empfohlen werden. Mit abstinenzorientierten Therapien ist man klinisch immer auf der richtigen Seite.

Prof. Dr. Michael Soyka
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LMU München
Nußbaumstraße 7
80336 München
E-mail: michael.soyka@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. Rainer Spanagel
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Abt. Psychopharmakologie
J5
68159 Mannheim

Literatur

- 1 Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. Suchttherapie 2002; 3: 87–96
- 2 www.kontrolliertes-trinken.de
- 3 Wienberg G. Die „vergessene Mehrheit“ heute. Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001
- 4 Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. Psychological Bulletin 1993; 113: 129–139
- 5 Saladin ME, Santa Ana EJ. Controlled drinking: More than just a controversy. Current Opinion in Psychiatry 2004; 17: 175–187
- 6 Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. Behavior Therapy 2000; 31: 135–149
- 7 Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus. In: Fontane-Klinik Motzen (Hrsg): Willensfreiheit – eine nützliche Illusion für die Psychotherapie? Fontane-Klinik: Eigendruck: in Druck
- 8 Körkel J, Gehring U, König D, Drinkmann A. Zieloffene Suchtarbeit mit alkoholabhängigen Wohnungslosen: Das Projekt „WALK“. In: Fachverband Sucht (Hrsg): Perspektiven für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland, 2005: 197–207
- 9 Soyka M. Die Alkoholkrankheit – Diagnostik und Therapie. Weinheim: Chapman und Hall, 1995: 285–307
- 10 Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. Addiction 2003; 98: 1043–1051
- 11 Reinert RE, Bowen WT. Social drinking following treatment for alcoholism. Bull Menninger Clin 1968; 32: 280–290
- 12 Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. Behav Res Ther 1973; 11: 599–618
- 13 Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results. Behav Res Ther 1976; 14: 195–215
- 14 Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. Science 1982; 217: 169–175
- 15 Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. Suchttherapie 2002; 3: 87–96
- 16 Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control training. J Stud Alcohol 1992; 53 (3): 249–261
- 17 Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years. Drug Alcohol Depend, 2005; 5: in press
- 18 Feuerlein W, Küfner H. A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1989; 239 (3): 144–157
- 19 Woffgramm J, Heyne A. From controlled drug intake to loss of control: the irreversible development of drug addiction in the rat. Behav Brain Res 1995; 70: 77–94
- 20 Spanagel R, Hölter SM. Long-term alcohol self-administration with repeated alcohol deprivation phases: an animal model of alcoholism? Alcohol Alcohol 1999; 34: 231–243
- 21 Schneider W. Anmerkungen zur Replik von Prof. Dr. Joachim Körkel zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum „Kontrollierten Trinken“. Sucht 2001; 47: 204–205
- 22 Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum „Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“. Sucht 2000; 46: 457–458
- 23 Elal-Lawrence G, Slade PD, Dewey ME. Predictors of outcome type in treated problem drinkers. J Stud Alcohol 1986; 47: 41–47
- 24 Helzer JE, Robins LN, Taylor JR, Carey K, Miller RH, Combs-Orme T, Farmer A. The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. N Engl J Med 1985; 312: 1678–1682