

Kontrolliertes Trinken: Option oder Fiktion?

(Dr. Wilma Funke, Kliniken Wied)

(anlässlich des Selbsthilfetages der ELAS
und des 25-jährigen Bestehens des Freundeskreises Westerwald
am 20.10.2001 in Dernbach/Montabaur)

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Freunde,

für die **Einladung** zur heutigen Veranstaltung möchte ich mich zunächst ganz herzlich bedanken bei den Ausrichtenden und die besten Grüße und alle guten Wünsche aus den Kliniken Wied übermitteln an den **regionalen Freundeskreis**, mit dem wir seit vielen Jahren sehr erfolgreich zum Nutzen unserer Patienten und Ihrer Mitglieder gerne zusammenarbeiten.

Wenn auch eine solche Einladung – vor allem, wenn man als Vortragender geladen ist – immer Arbeit mit sich bringt, bin ich dieses Mal doch sehr froh und auch beeindruckt, dass Sie sich an das **Thema „kontrolliertes Trinken“** herangewagt haben. Sie brechen damit ein immer noch vorhandenes Tabu unter manchen langjährigen **Suchtbehandlern**, aber auch unter **Selbsthilfegruppen**, das ganz wichtig ist zu brechen: Nach dem Motto: „Was nicht sein darf, ist auch nicht“ wird diese „heiße Kartoffel“ des kontrollierten Trinkens manchmal ganz schnell ganz weit weg geworfen. Aber oft doch nicht weit genug!

Diese Reaktion auf ein wieder aktuelles Thema, das wir vor 20 Jahren in Deutschland ja schon einmal heiß diskutiert haben, mag eine ganze Menge **Gründe** haben

- sicherlich beim **Betroffenen**, der zig Versuche, sein Trinken oder seinen anderen Suchtmittelkonsum in den Griff, unter **Kontrolle** zu bringen, erlebt hat und vielfach gescheitert ist; oder auch die Weigerung, einer **Illusion**, aber doch manchmal auch einem **Wunsch**, wieder normal trinken zu können, aus dem Weg zu gehen, oder auch die Erkenntnis, dass das alkoholabstinente Leben einen solch höheren Wert hat und Zufriedenheit schafft, wie es unter Alkohol oder Medikamenten nie war; letzteres nennt man dann **zufriedene Abstinenz**, aber viele Menschen sind nicht zufrieden abstinent. D.h. nicht, dass sie wieder Alkohol einsetzen sollten, aber dass sie etwas verändern sollten und dabei brauchen viele Hilfe, Verständnis und Anteilnahme.

- ebenso beim **Behandler**, der in seinen vertrauten Kategorien denkt, die da lauten: **alkoholabhängig heißt**, nicht mehr kontrolliert trinken zu können; oder: **psychische Weiterentwicklung** und Gesundung ist nur dann möglich, wenn der Mensch „faire“ Bedingungen hat, d.h. nicht durch Suchtmiteleinfluss gehandicapt ist oder dadurch seine Potentiale nicht ausschöpfen kann; oder schlichtweg die Frage: Ich weiß als Behandler nicht, **wer** wieder Trinkkontrolle erlangen kann und **wer nicht** und das Risiko einer Fehlberatung ist mir einfach zu hoch.; oder: ich weiß gar nicht, **wie** man das macht: jemandem Trinkkontrolle beizubringen.
- oder auch bei den **Finanziers** für Therapien, die sagen könnten: der **sicherste und erfolgreichste Weg** für ein risikoärmeres, gesünderes Leben ist die Alkoholabstinenz (aber bei letzterem scheiden sich ja schon die Geister, wenn es heißt, dass kleine Mengen Alkohol gesundheitsförderlich sind). Und auch hier könnte der Versicherer ja eine **Milchmädchenrechnung** anstellen derart, dass ein „sozial verträgliches Frühableben“ immer noch besser ist, als die Kosten für Berentung, Behandlung von Folgeerkrankungen oder Spätschäden zu tragen.

Bevor die Wellen hoch schlagen, lassen Sie mich mein heutiges **Motto** nennen – einen Ausspruch von Mahatma Ghandi - , der auch mir hilft, gerade in strittigen Diskussionen manchmal auf dem Boden zu bleiben:

Wenn Du im Recht bist,
kannst Du Dir leisten,
die Ruhe zu bewahren.

Wenn Du im Unrecht bist,
kannst Du Dir nicht leisten:
sie zu verlieren.

Lassen Sie uns also in Ruhe das Thema der Trinkkontrolle unter verschiedenen **Gesichtspunkten** einmal miteinander beleuchten.

Dabei scheint es mir wichtig vorzuschicken, dass **Kontrolle** an sich ja nichts Schlimmes bedeutet und mitnichten das Gegenteil oder die Einschränkung von Freiheit. Vielmehr ist sie ein bedeutsames menschliches **Grundthema**. Wir können nur überleben, weil wir Kontrolle ausüben: über uns, unsere Umwelt, unsere Mitmenschen. Wir können nur gelobt oder unterstützt werden, wenn jemand uns bewusst wahrnimmt und uns bewertet, auch das ist Kontrolle. Lieben

bedeutet z.B. auch, soviel soziale Kontrolle auszuüben, dass ich dem anderen nahe komme, ihn wahrnehme und beeinflusse, aber ihm auch etwas geben kann.

Kontrolle ist ein **Kernthema** für jeden **Suchtmittelabhängigen** und seine Bezugspersonen und **Trinkkontrolle** eine **Vision** für viele Menschen, die zu viel und schädlich oder gar abhängig konsumieren. Allerdings beschäftigt uns dieses Thema des kontrollierten Trinkens nun seit der **Neuaufgabe** 1996/1997 wieder so ausführlich in der Fachwelt und seit den letzten beiden Jahren auch vermehrt in der Betroffenen- und Selbsthilfeszene, dass man denken könnte, inzwischen kann es keiner mehr hören! Gut, dass es nicht so ist und dass Sie sich bewusst entschieden haben, sich aktiv damit auseinander zu setzen.

Inzwischen scheint auch eine etwas sachlichere und vorurteilsfreiere Thematisierung möglich zu sein als vor ein-zwei Jahren und erst recht vor 30 Jahren, als das Thema aus den USA zu uns – wie dieses Mal auch – herüberschwappte.

Es gibt viele Fragen zu diesem Thema: vier Kernfragen möchte ich kurz ansprechen:

- **Was** ist Trinkkontrolle?
- **Warum** ist dieses Thema jetzt wieder so virulent da?
- Wie sieht der **fachliche Wissensstand** zu diesem Thema aus und **für wen** ist Trinkkontrolle ein realistisches Ziel?
- Last but not least: **Was nun?** Woran kann man sich orientieren?

1. Was ist kontrolliertes Trinken?

Wenn Sie mich jetzt fragen, was kontrolliertes Trinken ist, und ich soll Ihnen hier und jetzt eine verbindliche und auch noch **richtige** Antwort geben, dann muss ich Ihnen gestehen: Ich weiß es nicht! Aber, nur Mut – wir werden uns langsam diesem Phänomen nähern.

Kontrolle bedeutet Prozess und Ergebnis von Abläufen, Verhaltensweisen, Ereignissen usw. wahrzunehmen, zu bewerten und eventuell zu verändern. Ich übe Kontrolle aus, um mit bestimmten Mitteln ein **gesetztes Ziel** zu erreichen und es im Vergleich zur Ausgangssituation zu bewerten. Dazu gehört, dass ich schaue, was habe ich jetzt, was will ich einmal haben, wie mache ich das, es dann auch zu tun und immer wieder zu kontrollieren, ob ich noch auf dem richtigen Weg bin, der mich auch zu meinem Ziel führt.

Fragen wir einen Menschen, der gerne Alkohol trinkt, was er erreichen möchte, wird er vieles sagen können, z.B. dass er sich entspannen möchte, dass es schmeckt oder das Essen besser schmecken soll, dass er sich wohler in Gesellschaft fühlen will, dass er dazu gehören will, dass er Sorgen vergessen oder sich nicht mehr spüren will usw. Wenn dieser Mensch gesundheits-

oder sozial schädliche Mengen trinkt, wird sich an diesen Funktionen des Trinkens zunächst nichts ändern. Möglicherweise werden aber andere Zielsetzungen hinzu kommen, um negative Auswirkungen des „zuviel“ oder zur „unpassenden Zeit/Gelegenheit“ in den Griff zu bekommen, z.B. nicht mehr vor einer bestimmten Uhrzeit zu trinken, keine harten Sachen mehr zu trinken, nicht mehr als drei Gläser am Abend zu trinken oder vor dem Autofahren gar nicht zu trinken. Das nennen wir Trinkkontrolle oder Kontrollsysteme und diese sind ein manchmal glückender **Lösungsversuch** für Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum. Viele normal Trinkende, aber auch manche abstinente Lebende haben durchaus solche Kontrollsysteme eingesetzt. Weil Abstinenz aber für manchen leichter ist als Trinkkontrolle hinsichtlich der Menge, wählt der ein oder andere eine solche **Punktabstinenz** (also in bestimmten Situationen oder über bestimmte Zeiten hinweg nicht zu trinken) oder aber eine überdauernde abstinente Lebensweise, ohne dass er abhängig sein müsste.

Beim **Alkoholabhängigen** sprechen wir im Nachhinein – nämlich dann, wenn die Krankheit akut und virulent geworden ist - von gescheiterten **Trinksystemen**, die ja ein wichtiges Merkmal in der Diagnose der Alkoholabhängigkeit darstellen. Wir wissen heute – auch aus den Fortschritten der biomedizinischen und psychologischen **Grundlagenforschung**, dass es so etwas wie eine Schwelle gibt, jenseits derer eine Umkehr, eine **Rückkehr zum normalen Alkoholkonsum** – und das ist eigentlich „unkontrollierter Konsum“, weil eine gezielte, sehr bewusste Kontrolle nicht (mehr) erforderlich ist - mindestens ganz enorm aufwändig ist, wenn sie denn gelingen kann. Das hat damit zu tun, dass sich **Stoffwechselverstellungen** ergeben, bestimmte **Schädigungen** (körperliche und psychische) auftreten oder Verhaltensweisen so dominant sind, dass sie schon **automatisch**, scheinbar ohne Entscheidungs- und Beeinflussungsmöglichkeit, ablaufen und die Verhaltenskontrolle, aber auch die Trinkmengenkontrolle erheblich eingeschränkt sind. Dieses Handicap ist dann vorhanden, wenn sich eine psychische oder körperliche **Abhängigkeit** entwickelt hat.

Ziel jeder psychosozialen oder psychotherapeutischen Arbeit wird sein, dem einzelnen Menschen **mehr Kontrolle** über sein Leben zu geben und ihn in die Lage zu versetzen, für sich verantwortlich Entscheidungen zu treffen. Das heißt, die Verordnung eines Therapieziels **Abstinenz** oder **Konsumreduktion** – weniger trinken – kann zwar gestellt werden, aber es ist wie beim verschriebenen Medikament oder der angeratenen Änderung der ungesunden Lebensführung: Umsetzen kann es nur der Betreffende selbst und dazu muss er wollen oder manchmal auch nicht mehr anders können.

Kontrolliertes Trinken als Therapieziel müsste also erreichen, dass der Betreffende **Situationen**, in denen er trinkt, und die **Menge**, die er trinkt, im

vorhinein festlegt – **sich** also festlegt – und lernt, dies auch einzuhalten. Das ist bei solchen Menschen vielleicht leichter, bei denen Alkohol noch nicht so viele Lebensbereiche erfasst hat, so dass man im einzelnen gut planen und vorhersehen kann, oder dass der Betreffende erst relativ wenig trinkt, da ein erhöhter Alkoholpegel zwangsläufig die eigene **Steuerungsfähigkeit** negativ beeinflusst.

Das Argument, dann ist es ja kein **Alkoholiker**, zählt hier nicht, denn 1. ist es **nicht die Menge** des getrunkenen Alkohols und 2. nicht die **mangelnde Kontrollfähigkeit** allein, die den Alkoholiker entscheidend ausmachen, sondern der Stellenwert des Alkohols im Leben und Funktionieren der Person.

2. Warum ist Trinkkontrolle heute wieder so brisant?

Wir leben heute in einer Zeit, in der **Kontrolle** für den einzelnen oft eine enorm hohe **Bedeutung** hat, v.a. weil der technische Fortschritt, das Machbare, das Erfahrbare und die Bedrohung durch Kontrollverlust im weiteren Sinne über mein Leben bei näherem Nachdenken **Kontrollmöglichkeiten** ja sehr in Frage stellen. Andere, mächtige Menschen, selbstgeschaffene Katastrophen wie Konflikteskalationen und das Ausgeliefertsein an die Geister der Wissenschaft können das Gefühl vermitteln, keinen Einfluss auf die großen Dinge auch des eigenen Lebens mehr zu haben. So versucht manch einer, im Alltag in Familie und Beruf und für sich selbst soviel Kontrolle wie möglich auszubauen. Ich möchte nicht weiter in diese Entwicklung in unserer Gesellschaft einsteigen, aber auch hier heraus kommt **eine** Motivation von Menschen, Kontrollmöglichkeiten über sich selbst, das eigene Verhalten zu erhöhen und von Behandlern, diesen Menschen hierbei zu helfen.

Wir verfügen heute über sehr viel mehr **Wissen** und sehr viel bessere **Behandlungsmöglichkeiten** im Bereich der Alkoholabhängigkeit als vor zehn oder 20 Jahren, und Erhöhung der **Selbstkontrollfähigkeit** ist dabei ein wesentliches Ziel in der Psychotherapie, denn die Erreichung bedeutet: weniger Konflikte für den einzelnen und sein Umfeld, bessere Erreichbarkeit von Zielen, von Lebensfreude und Genuss, eine höhere Erwartung daran, was ich bewirken und erreichen kann usw. kurzum: mehr persönliche Reife, soziale Verantwortungsübernahme und Gemeinsamkeit statt Einsamkeit.

Aufpassen müssen wir nur dort, wo es scheinbar billiger, kostengünstiger ist, statt recht aufwändige **abstinenzorientierte** Behandlungen durchzuführen (lange Hinwege in die Abhängigkeitserkrankung haben ebenso lange Rückwege in eine gesunde, psychisch und körperlich stabile Situation), es also zu „**Schnellkursen**“ in Symptombeseitigung kommt, damit – wer auch immer –

zufrieden ist, eine solche kurzfristige Lösung jedoch **problemverschärfend** wirkt oder neue Probleme bringt auf längere Sicht.

Heute haben wir allerdings auch bessere, wenn auch nicht optimale Möglichkeiten der **Früherkennung** von alkoholbezogenen Störungen oder können eher erkennen, wenn ein Mensch auf dem Weg der Abhängigkeitsentwicklung ist. Wenn ich früher meinen Patienten zu sagen pflegte, wer einmal Alkoholiker wird bei den Menschen, die regelmäßig Alkohol trinken, und wer nicht, kann niemand sagen, so wissen wir heute schon mehr. D.h. wir kennen **Risikogruppen**, wir können **Schweregrade** differenzieren, wir versuchen als Fachleute, Menschen bei den **Entscheidungen** für einen optimalen Weg zu unterstützen, sind aber auch bereit, **zweitbeste** Lösungen mitzutragen und bei der Umsetzung zu helfen. Wenn früher Menschen erst in suchtspezifische Behandlungen kamen, wenn es praktisch keinen anderen Weg mehr gab als den der Abstinenz, sieht es heute anders aus: Es ist durchaus üblich, dass Menschen, die **nicht alkoholabhängig** sind, sich aus gesundheitlichen oder sonstigen Überlegungen – weil sie vielleicht abnehmen wollen oder nicht so viel Geld ausgeben wollen für Alkohol – entscheiden, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Wir haben in unserem Land ein **alkoholfreundliches Klima**, das bringt auch eine große Zahl von Menschen dazu, gesundheitsschädliches Trinken oder für ihre Befindlichkeit oder soziale Anpassung **ungünstige Trinkgewohnheiten** zu pflegen. Diese große Gruppe der früher Vieltrinker und Missbraucher genannten Personen kann durchaus sehr von einem gut konzipierten, fachlich überprüften und auf dem neuesten Stand entwickelten Programm/Training zur **Trinkmengenreduktion** profitieren.

Bei den verschlungenen Pfaden, auf denen Menschen manchmal zu uns in die Klinik zur Entwöhnungsbehandlung kommen, mag auch der ein oder andere dabei sein, dessen **Abhängigkeitsentwicklung** nicht so weit fortgeschritten ist oder der noch nicht so weit körperlich, psychisch und sozial geschädigt ist, dass er nicht auch weniger und sozial unauffällig trinken könnte. Und manche Menschen sind auch nicht zur Abstinenz als Ziel oder Lebenszustand bereit. Was mache ich dann als Fachfrau/Fachmann heutzutage?

3. Was ist vom bisherigen fachlichen „Stand der Dinge“ zu halten und für wen könnte Trinkkontrolle eine Option sein?

Dazu möchte ich Ihnen meine **persönliche Einschätzung** geben, aus dem, was ich weiß, was ich in den letzten Jahren gelesen und mir erarbeitet habe und aus meinen Erfahrungen. Ich glaube, dass das Therapieziel des kontrollierten Trinkens (wobei ich lieber von **Trinkmengenreduktion** und **Trinksituationskontrolle** sprechen würde) ein unverzichtbarer Bestandteil in der **Angebotspalette** für Menschen mit alkoholbedingten Problemen sein wird.

Viel zu viele Jahre haben wir gerade in der niedergelassenen Arbeit, psychotherapeutisch wie medizinisch, und im allgemeinen Gesundheitsversorgungsbereich die Augen davor verschlossen, dass zu viele Menschen zu viel und zu häufig Alkohol konsumieren. Manche Patienten bei uns können ein Lied davon singen, wie oft sie von Pontius zu Pilatus geschickt worden sind, falsche Diagnosen und Bewertungen bei Ärzten und Therapeuten vorkamen, empfohlen wurde, zwar weniger zu trinken, aber ihnen keiner gesagt hat, **wie** es gehen könnte und ob es speziell für sie persönlich einen **Sinn** machen würde.

Natürlich gibt es auch diejenigen Menschen jenseits der Schwelle der Abhängigkeitserkrankung, die glauben **wollen**, dass sie wieder kontrolliert trinken **können**. **Frage:** Können bereits Alkoholabhängige kontrolliertes Trinken erlernen? Eine pauschale Antwort gibt es nicht hierauf. Ich möchte zur Zeit als Behandler aber nicht die **Verantwortung** dafür übernehmen, einem Patienten, bei dem die Kriterien der Alkoholabhängigkeit – vor allem im chronischen Bereich – gegeben sind, anzuraten, kontrolliertes Trinken zu erlernen. Ich kann Ihnen dies auch begründen und das hat nichts mit einer grundsätzlichen Ablehnung dieses Therapieziels zu tun. Wenn bei uns ein Mensch durch diese **Stigmatisierungsroutine** als Alkoholkranker hindurch gegangen ist, ist es **eher unwahrscheinlich**, dass mit vertretbarem **Aufwand** und ausreichend Aussicht auf **Erfolg** eine stabile Trinkkontrolle erreichbar ist. Das heißt, ich werde dem Patienten diejenige Zielsetzung und Strategie empfehlen, bei der **Aufwand und Nutzen maximiert** sind und **mögliche Risiken minimiert** sind. Dies ist zur Zeit die abstinenzorientierte Behandlung.

In unseren seit vielen Jahren in Deutschland etablierten Nachuntersuchungen von ehemaligen Patienten nach Behandlung zeigt sich immer wieder eine wechselnd große Gruppe zwischen **3 und 12 %** Personen, die in die Kategorie des nicht abstinenten, aber auch nicht rückfälligen passen, weil es nur eine oder einige wenige Trinkepisoden gegeben hat, die sehr moderat verlaufen sind und keine Hilfe oder Intervention erforderlich war, um das Trinken wieder zu beenden oder auf einem sozial angepassten Niveau zu halten. Bei näherem Hinsehen zeigt sich allerdings, dass dies ja in der Regel nicht die Personen sind, die **kontrolliert trinken**, sondern die es **trotz Konsum** wieder zu **überdauernden Abstinenzphasen** geschafft haben. Noch häufiger findet sich ein Wechsel von kontrolliertem Trinken zu einem Zeitpunkt zu Abstinenz oder zu Rückfälligkeit zum nächsten Zeitpunkt zwischen zwei Befragungen. Die größte Gruppe nach stationärer Entwöhnungsbehandlung ist aber immer diejenige mit den Personen, die **dauerhaft abstinent** nach Behandlungsende leben.

Menschen denken zwar selten in Wahrscheinlichkeiten, wenn es um das persönliche Schicksal geht – sonst würden nicht so viele Lotto spielen oder nicht

zur Krebsvorsorgeuntersuchung gehen – aber wenn Sie die Wahl haben zwischen einem Weg der zu 60 % zum Ziel führt oder zu 20 % - entscheiden Sie selbst. Damit möchte ich nicht sagen, dass kontrollorientierte Behandlungsprogramme **weniger Erfolg** haben. Fakt ist nur, dass wir dies noch nicht wissen, weil es noch **nicht genügend Daten** dazu gibt.

Die **Frage** lautet: Gibt es aussichtsreiche **Besserungsraten/Erfolgsquoten** bei Programmen, die das kontrollierte Trinken vermitteln? Die Antwort ist recht einfach: keine Ahnung! Bislang wurden einige wenige Untersuchungen mit **handverlesenem** Klientel durchgeführt und publiziert; es gibt **methodische** Probleme, weil „kontrollierter Konsum“, „sozial unauffälliger Konsum“, „reduzierter Konsum“ oder „unschädlicher Konsum“ unterschiedlich definiert werden und ja auch verschiedene bedeuten; manchmal werden in den Erfolgsquoten diejenigen aus diesen Programmen, die dauerhaft abstinent leben, als Behandlungserfolge gezählt, obwohl sie dies im strengen Sinne ja eigentlich gar nicht sind. Die vorliegenden Daten sind keine ausreichende Basis für eine zuverlässige Bewertung.

Ist kontrolliertes Trinken eine **zweitbeste** Alternative bei **Schwerstabhängigen** oder chronisch mehrfach geschädigten Alkoholikern, für die Abstinenz nicht mehr erreichbar scheint? Ich glaube nein, denn harm reduction – wie es so schön im Neudeutsch heißt – oder **Schadensbegrenzung** sollte nicht mit psycho- oder soziotherapeutischen Strategien gleichgesetzt werden und kann darüber hinaus auch wesentlich über andere Maßnahmen erreicht werden, z.B. Versorgung mit dem Lebensnotwendigen, Ablenkung und Beschäftigung, soziotherapeutische Führung usw. Dabei wird das Trinken und die Reduktion der Trinkmenge sicher auch eine Rolle spielen müssen, schließlich besteht oft eine Indikation für Abstinenz allein aufgrund der **fortgeschrittenen körperlichen Schädigung**. Es wird aber im Fokus nicht um das Trinkverhalten als solches in psychotherapeutischem oder rehabilitativem Sinne gehen.

Frage: Wenn ein Mensch, ein Patient **nicht bereit** ist, vollständig auf das Suchtmittel zu verzichten, könnte ein erster Versuch im Erlernen kontrollierten Trinkens liegen und – falls dies scheitert – eine dann höhere Bereitschaft für Abstinenz genutzt werden? Grundsätzlich ist es immer besser, einen Patienten zu haben, der kommt und damit prinzipiell therapeutisch zugänglich ist, als einen Patienten, der die Behandlung abbricht oder nicht mehr kommt. Dennoch kann und darf weder der Arzt noch der Psychotherapeut unkritisch zum reinen **Erfüllungsgehilfen** des Patienten werden. Ich muss aufgrund meines Wissensstandes (natürlich auf möglichst aktuellem Niveau), meiner Erfahrungen und meiner therapeutischen Fähigkeiten ebenfalls eine Abwägung vornehmen, ob der Patient im Prozess erreichbar bleibt und somit eine weitere **Motivierung** in Richtung einer angemessenen Zielsetzung

möglich wird oder ob Trinkmengen- und Trinksituationskontrolle tatsächlich **realistische Behandlungsziele** sein können. Nur dann kann ich auch als Therapeut erfolgreich sein und den Patienten überzeugen, dass er es auch sein kann. Es geht also in der Behandlung nicht darum, dass der Therapeut **seinen Willen** durchsetzt, sondern dass er seine Fähigkeiten – auch der kritischen Bewertung – in den Dienst des Patienten stellt.

4. Was tut Not in der jetzigen Situation?

- a. Es ist viel Sorgfalt darauf zu verwenden, das **Ausmaß** der Abhängigkeitsstörung, die **Möglichkeiten und Grenzen** der betreffenden Person und die **Rahmenbedingungen** einzuschätzen, bevor eine Entscheidung für das Ziel Trinkkontrolle getroffen werden kann. Der Patient ist sorgfältig über **Vor- und Nachteile** aufzuklären, **Kontraindikationen** sind abzuwägen, **Aufwand und Nutzen** sind abzuschätzen. In unserer stationären Behandlung wird Trinkkontrolle erst dann eine Rolle spielen können, wenn mehr geprüfte Konzepte vorliegen und wir diese Patienten auch zugewiesen bekommen, die die Voraussetzungen erfüllen.
- b. Trinkmengenkontrolle und Trinksituationskontrolle sind sinnvolle Ziele, wenn die Abhängigkeitserkrankung **noch nicht so weit fortgeschritten** ist, wenn die Fähigkeiten des Patienten zur **Kontrolle und Selbstbestimmung** generell gut erhalten sind, wenn dem Patienten aus weiterem Trinken voraussichtlich **kein körperlicher, psychischer oder sozialer Schaden** entsteht und wenn der Behandler in der Lage ist, den Patienten bei der Zielerreichung zu **unterstützen**.
- c. Eine Reduktion des Trinkens oder eine Beschränkung auf weniger gefährliche Situationen ist bei Menschen mit **riskantem und schädlichem Konsum** sicher Methode der Wahl. Als **zweitbeste** Lösung ist sie dann auch bei Alkoholabhängigen sinnvoll, wenn der Betreffende **nicht zur Abstinenz zu motivieren** ist. Dafür müssen jedoch ausreichend geistige, körperliche und psychische Stabilität vorhanden sein und eine ausreichend lange Begeleitung, um zu verhindern, dass der Patient in krisenhaften Entwicklungen „durch die Maschen des Netzes“ fällt, sondern dass genau dann Alternativangebote da sind. In jedem Fall ist eine Aufklärung des abhängigen Patienten über die Risiken erforderlich.
- d. Das Erlernen kontrollierten Trinkens erfordert ein so hohes Ausmaß an **Kontrollfähigkeit und –bereitschaft**, an **Planungsfähigkeit und –bereitschaft**, dass es sich hier – wenn überhaupt - eher um ein

hochschwelliges Angebot für Abhängigkeitskranke handelt, bzw. eigentlich die Kompetenzen eines recht **gesunden** Menschen erforderlich sind, um dieses Ziel zu erreichen. Vorstellen kann man sich durchaus, dass **nach jahrelanger Abstinenz** mit entsprechender Reifung und Weiterentwicklung der Person die Trinkkontrolle eher gelingen wird als in den labilen Phasen nach Entgiftung oder der ersten Zeit der Abstinenz. Aber ob sich jemand dann noch einmal auf den riskanten Weg einlassen will, muss er selbst abwägen.

Es gibt solche Lebenswege, die durch Missverständnisse, Handicaps, Scheitern und Wiederaufstehen gekennzeichnet sind.

„Denken Sie einmal darüber nach ...

- Nachdem Fred Astaire seine ersten Probeaufnahmen gehabt hatte, hieß es in einer Notiz des Aufnahmeleiters von MGM aus dem Jahre 1933: 'Kann nicht spielen! Etwas kahlköpfig! Kann ein bisschen tanzen!'
- Beethoven handhabte die Violine ungeschickt und so spielte er nur seine eigenen Kompositionen, anstatt seine Technik zu verbessern. Sein Lehrer nannte ihn hoffnungslos als Komponist.
- Albert Einstein sprach nicht, bevor er vier war, konnte nicht lesen, bis er sieben war. Seine Lehrer beschrieben ihn als 'geistig langsam, ungesellig und immer in seine törichten Träume abschweifend'. Er wurde von der Schule verwiesen, und ihm wurde der Zugang zur Technischen Hochschule Zürich verweigert.
- Henry Ford scheiterte und ging fünfmal pleite, bevor er schließlich erfolgreich wurde.
- Achtzehn Verleger lehnten Richard Bachs Zehntausend-Wörter-Geschichte über eine hochfliegende Möwe, die Möwe Jonathan ab, bevor Mcmillan sie schließlich im Jahre 1970 veröffentlichte. Bis 1975 wurde sie mehr als siebenmillionenmal allein in den USA verkauft.“

(Jack Canfield & Mark Victor Hansen (1996) Hühnersuppe für die Seele. S. 168-170. München: Goldmann /Arkana)

Dies sind Menschen, die ihren Weg gegangen sind – wie viel Leid und Kummer, wie viel Verzweiflung dabei war, kann man nur erahnen. All diejenigen, die auf solchen und ähnlichen Wegen zerstört wurden und „vor die Hunde gingen“, gehen nicht in die Literatur ein. Letztendlich bleibt es die Entscheidung des Einzelnen und daran wird kein Therapeut, kein Arzt, kein Freund, kein Guru etwas ändern.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit.