

Zusammenfassung

Der Beitrag geht nach einer definitorischen Eingrenzung des Begriffs „kontrolliertes Trinken“ (kT) zunächst auf ethische, gesundheitspolitische und therapeutische Gründe für eine stärkere Berücksichtigung des kT im (Sucht-)Hilfesystem ein. Aufgezeigt werden sodann die historische Entwicklung der beim Aufbau von kT verwendeten Methoden (von aversiver Konditionierung bis zu Selbstkontrolltrainings) und die Vermittlungswege, über die die Methoden zum Einsatz kommen (einzel-/gruppentherapeutische Programme, autodidaktische Bearbeitung von Selbstkontrollmanualen usw.). Die Zusammenschau der vorliegenden empirischen Befunde belegt, dass durch kT-Programme auch langfristig das Trinkverhalten wirksam reduziert werden kann, alkoholassoziierte Probleme abgebaut und zum Teil auch Abstinenzentscheidungen gefördert werden können. Indikationen und Kontraindikationen für kT werden aufgezeigt. Alkoholabhängigkeit per se erweist sich nicht als Kontraindikation. Eine Übersicht über ältere und aktuelle deutschsprachige kT-Programme lässt auf ihre Zunahme in der Versorgungspraxis schließen. Es wird gefolgert, dass ein um kT-Angebote erweitertes Behandlungsspektrum sowie ein Überdenken der Grundannahmen des klassischen „Krankheitsmodells des Alkoholismus“ wünschenswert sind.

Schlüsselwörter

Kontrolliertes Trinken · Selbstkontrollprogramme · Alkoholismus

Abstract

Arguments why Controlled Drinking (CD) approaches could become a reasonable adjunct to the traditional abstinence oriented treatment system for alcohol and drug addicts are outlined (ethical, public health, and therapeutic concerns). A historical review shows that therapeutic methods to build up a controlled drinking behaviour have changed from aversive counterconditioning to behavioural self-control trainings. The most often used formats to teach CD skills are bibliotherapy, individual counselling, and group therapy. An overview of empirical studies shows that CD programmes result in a significant and stable reduction of alcohol intake and alcohol related problems, and sometimes in a decision for total abstinence. Indications and contraindications for CD are discussed. Alcohol dependence per se is not necessarily a contraindication for CD. An overview of the German CD trials since 1970 seems to indicate that these programmes become more accepted among practitioners in the last few years. It is concluded that CD approaches could improve the range and effectiveness of the existing health care system in Germany and stimulate a critical examination of the basic assumptions underlying the classical disease model of alcoholism.

Key words

Controlled Drinking · Behavioural Self-Control Training · Alcoholism

Kontrolliertes Trinken (kT) war und ist ein Streitbares Thema, da es Grundpfeiler des gängigen, in den Abstinenzverbänden und im professionellen Behandlungssystem offenbar sakrosankten Alkoholismusverständnisses hinterfragt. Dispute in Fachzeitschriften (z.B. *Addiction* 1995; 90, *British Journal of Addiction*

1987; 82, *Sucht* 2001; 47), im Internet (www.kontrolliertes-trinken.de) und auf Fachtagungen (z.B. der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie [2001] oder auf den Suchttherapietagen Hamburg [2002]) sowie neuerdings Fortbildungen zum kT in Deutschland und der Schweiz [1] zeugen vom Interesse,

Institutsangaben

Ev. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen

Korrespondenzadresse

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

Bibliografie

Suchttherapie 2002; 3: 87–96 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

auf das diese Thematik stößt. Im Folgenden sollen Grundzüge des derzeitigen Forschungsstandes und ausgewählte Praxisansätze zusammenfassend dargestellt werden.

Definition

In Anlehnung an die „Begriffserfinder“ Reinert und Bowen [2] wird in der Literatur von „selbstkontrolliertem Trinken“ oder kurz „kontrolliertem Trinken“ (kT) bevorzugt dann gesprochen, wenn jemand sein Trinkverhalten eigenständig an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet [3,4]. Punkt- abstinenz ist eine Variante von kT. Der bereits definitorisch geforderte Disziplincharakter des Trinkens unterscheidet das kT von „moderatem“, „normalem“ und „sozialem“ Trinken [4]. Beim fremdkontrollierten Trinken werden die Konsummenge und -bedingungen (z. B. Uhrzeit des Konsumbeginns) durch andere Personen festgelegt [5,6].

Begründungszusammenhang

Warum sollte man in Ergänzung zu abstinenzorientierten Hilfeangeboten auch solche zum kT vorhalten? Drei Gründe werden im Allgemeinen vorgebracht (z. B. [7]):

- **Autoniewahrung des Konsumenten (ethisches Argument)**
Nach einem ersten Argument erfordert es das Recht auf Autonomie des Menschen (bzw. freie Entfaltung oder Unverfügbarkeit der Person), Therapieziele nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Klienten zu verfolgen [8–10]. Daraus ergibt sich als ethische Notwendigkeit, die Behandlungszielfrage (Abstinenz oder kontrolliertes Trinken?) explizit und sanktionsfrei ins Gespräch zu bringen, das Für und Wider dieser Ziele zu erörtern und letztlich das Ziel aufzugreifen, das der Klient für sich anstreben möchte. 63% der australischen Einrichtungen, die Hilfen zum kT anbieten, arbeiten nach diesem Prinzip [11].
- **Verbesserung der Erreichbarkeit der Zielgruppe (gesundheits-/versorgungspolitisches Argument)**
Die deutsche Suchthilfe erreicht mit ihren Angeboten nur einen Bruchteil der Menschen, die Unterstützung wegen eingetretener oder drohender Alkoholprobleme bedürfen [12]: von den **Alkoholabhängigen** zwischen 1,7% (durch Fachkliniken) und 7% (durch Fachberatungsstellen), von den Personen im Vorfeld (riskanter Konsum, Missbrauch) oder im Frühstadium einer Abhängigkeit so gut wie niemanden [13,14]. Dies dürfte nicht zuletzt am Zielmonopolismus der Angebote liegen, wie schon vor 20 Jahren festzustellen war: Viele der im kT-Programm von Vollmer et al. [15,16] behandelten 19- bis 30-jährigen Alkoholabhängigen hatten die Therapie nur unter der Voraussetzung begonnen, dass kT ein legitimes Ziel darstellte. Das Institute of Medicine [17] hat vor über 10 Jahren in diesem Zusammenhang festgestellt: „Uniform goals for all individuals may be a simpler approach, but the notion of different goals for different individuals seems more consistent with the heterogeneity of alcohol problems and the individuals who manifest them.“ Die Erreichbarkeit der Zielgruppe könnte verbessert werden durch: Verzicht auf eine A-priori-Abstinenzforderung und diagnostische Etikettierungen („Alkoholiker“); zeitlich kurze und auf diese Weise attraktive Programmangebote zum kT; einen leichten Zugang zu Selbst-

hilfematerialien zum reduzierten Alkoholkonsum; die Thematisierung problematischen Alkoholkonsums im gesamten (nicht zuletzt medizinischen) Hilfesystem.

Im Übrigen kann eine höhere Nachfrage nach Behandlung durch bisher nicht erreichte Zielgruppen auch Grundlage neuer Finanzierungsquellen für die Einrichtungen sein [7].

- **Förderung des therapeutischen Prozesses und Erfolges (therapeutisches Argument)**

Gemäß einem dritten Argument ist (auch) von Suchtbehandlung zu fordern, dass sie ehrliche Zielaussagen der Klienten und ihre innere Bindung an ein Ziel („commitment“) fördert und die Therapie mit expliziten, klaren Zielabsprachen beginnt [8]. Zieloffenheit ist eine Vorbedingung dafür, Patienten in ihrer Zielambivalenz zu erreichen und den Zielentscheidungsprozess „in der Therapie und nicht gegen sie zu absolvieren“ [18] und sich als Therapeut weniger in Kontrollkämpfe („Sind Sie nun für oder gegen Abstinenz?“) und „Koabhängigkeit“ (sich gut fühlen bei „Trockenheit“ der Klienten und sich schlecht fühlen bei erneutem Alkoholkonsum) zu verwickeln [18]. Zudem: Letztlich weist diejenige Therapie das beste Behandlungsergebnis auf, bei der das offizielle Behandlungsziel mit dem vom Patienten bevorzugten Ziel in Übereinstimmung steht [19–21].

Zusammengefasst ist eine zieloffene Herangehensweise an Alkoholprobleme ethisch geboten, dem Erreichen bislang unerreichter Adressaten dienlich und hilfreiche oder gar notwendige Bedingung zum Herstellen eines psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses.

Historische Bezüge

Ausgelöst wurde die Kontroverse um das kT durch ein Forschungsergebnis von Davies [22]. Er stellte 7–11 Jahre nach einer Abstinenztherapie bei 7 der 93 behandelten Alkoholabhängigen einen Alkoholkonsum innerhalb der kulturell vorgegebenen Normen fest. In der Folge wurden von den australischen Psychologen Lovibond und Caddy [23,24] erste erfolgreiche kontrollierte Studien *mit dem expliziten Ziel des kT* durchgeführt. Die Debatte um das kT entflammte aber erst so richtig in den 70er Jahren in den USA, wo das Ehepaar Sobell [25] bei körperlich abhängigen Konsumenten mit Kontrollverlusterscheinungen („Gamma-Alkoholikern“ sensu Jellinek [26]) die Effekte von jeweils 17 Sitzungen Abstinenzprogramm versus kT-Programm verglich („IBT-Studie“). Neben diversen anderen therapeutischen Programmbestandteilen unterzogen sich die Teilnehmer beider Gruppen einer „aversiven Konditionierung“: Die Teilnehmer mit Abstinenzziel erhielten einen elektrischen Schlag von einer Sekunde Dauer beim Bestellen eines alkoholischen Getränks und einen kontinuierlichen elektrischen Schlag beim Berühren des Glases. Die kontrollierten Trinker bekamen einen Einsekunden-Elektroschlag, 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 standen bei der Gruppe mit dem Ziel des kT mehr abstinent oder kontrolliert trinkend verbrachte Tage, weniger Tage mit Trunkenheit, weniger Krankenhaus- und Gefängnisaufenthalte und eine bessere soziale Anpassung als bei der Abstinenzgruppe zu Buche [27,28]. Nach zehn Jahren war die Lage der ursprünglich kontrolliert Trinkenden nicht mehr so ro-

sig: So gut wie keiner der Behandelten trank nunmehr kontrolliert, die Mehrzahl lebte stattdessen abstinent, war schwer rückfällig geworden oder an Alkoholfolgeschäden verstorben [29]. Allerdings sah die Lage der Gruppe mit Abstinenzziel noch schlechter aus [30], woraus man schließen kann, dass Abstinenz keineswegs das humanere oder realistischere Ziel war [31].

Außerhalb dieser „Meilensteinstudien“ wurden vielfältige weitere wichtige Untersuchungen zum kT durchgeführt (exzellent zusammengefasst von Heather und Robertson [32]) und im englischsprachigen Raum ausführlich diskutiert (s. u.).

Interventionsmethoden

Die Frage, durch welche Interventionen das Ziel des kT am besten zu erreichen ist, wurde im Laufe der letzten drei Jahrzehnte je nach vorherrschendem Trend innerhalb der Verhaltenstherapie – die sich am intensivsten mit kT beschäftigt hat – unterschiedlich beantwortet. So hat man übermäßiges Trinken durch das

- **Aneignung von Grundinformationen über Alkohol ("information about alcohol")**
(z.B. zu Maß der "Standardgetränkeinheit" und Alkoholgehalt typischer Getränke, Blutalkoholkonzentration usw.)
- **Beobachtung, Registrierung und Analyse des Trinkverhaltens ("self-monitoring", "functional analysis")**
(Führen eines Trink-Tagebuchs zur Beobachtung, Registrierung und funktionalen Analyse des Verhaltens im Hinblick auf Zeit, Art, Menge, Ort, sozialem Umfeld, Auslöser und Konsequenzen des Konsums)
- **Festlegung von Konsumzielen ("goal setting")**
(Anregung zur Abwägung zwischen den Zielen der Abstinenz und des kT; im Falle des kT: zunächst kurz-, später langfristige Planung des Trinkverhaltens [Festlegung der Trinkmenge; z.B. maximale tägliche und wöchentliche Alkoholmenge, Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche])
- **Auswahl von Strategien zur Konsumbegrenzung ("rate control")**
(z.B. Abwechslung zwischen nichtalkoholischen und alkoholischen Getränken, Begrenzung der Trinkmenge pro Stunde, Trinkbeginn nie vor einer bestimmten Uhrzeit, Festlegung "alkoholfreier Zonen", klare Trink- bzw. Abstinenzvorsätze für gesellige Anlässe usw.)
- **Aufbau eines Belohnungssystems ("setting rewards")**
(Selbstverstärkung von Fortschritten in materieller [z.B. sich ein besonderes Essen gönnen], mentaler [sich eigene Erfolge bewusst machen und genießen] oder sozialer Form [z.B. exklusiven Ausflug/Reise mit Partnerin unternehmen])
- **Aktivierung alkoholfreier Formen der Freizeitgestaltung**
(z.B. früherer Hobbys)
- **Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung von Belastungen ohne Alkohol ("learning alternate coping skills")**
(z.B. bei Stress, Einsamkeit, Ängsten usw.)
- **Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen ("relapse prevention")**
(z.B. Entkatasrophierung von Ausrutschern, gezieltes Vorgehen nach "Ausrutscher-Tagen" usw.)

Abb. 1 Komponenten verhaltenstherapeutischer Selbstkontrolltrainings („Behavioral Self-Control-Trainings“) zum kontrollierten Trinken.

Name (Land)	Autoren (1. Auflage/aktuelle Auflage)	Umfang
„How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking“ (USA)	Miller & Munoz (1976/1990) [38]	159 Seiten + 6 Seiten Anhang
„Drink wise. How to quit drinking or cut down. A self-help book“ (Kanada)	Sanchez-Craig (1993/1994) [113]	79 Seiten + 14 Seiten Anhang
„So you want to cut down your drinking? A self-help guide to sensible drinking“ (Großbritannien)	Robertson & Heather (1991) [114]	78 Seiten + 21 Seiten Anhang + 1 Flyer
„Let's drink to your health. A self-help guide to sensible drinking“ (Großbritannien)	Heather & Robertson (1986/1996) [115]	127 Seiten + 24 Seiten Anhang
„Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle“ (Deutschland)	Heil & Jaensch (1978) [105]	65 Seiten
„Alles klar? Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol“ (Deutschland)	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) [92]	61 Seiten + 5 Seiten Anhang + 1 Flyer
„Das 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens“ (Deutschland/ Schweiz)	Körkel (2001) [39]	105 Seiten + 47 Seiten Anhang

Tab. 1 Selbstkontrollbroschüren/-manuale zum kontrollierten/moderaten Trinken (Auswahl)

Verabreichen leichter Stromstöße oder unangenehmer Geräusche „wegkonditioniert“ („aversive Konditionierung“, s. o.; z. B. [23–25,83]), kT durch extern gesteuerte Konsequenzen aufgebaut („Kontingenzmanagement“, z. B. Privileg einer besonders schönen Wohnumgebung bei Unterschreiten einer bestimmten Trinkmenge [33]), Disulfiram verabreicht [34], Kompetenzen zur selbstständigen Regulation des Alkoholkonsums vermittelt („Behavioral Self-Control-Training“, z. B. [35]) und Klienten instruiert, nach einer ersten Alkoholdosis dem weiteren Alkoholkonsum zu widerstehen („cue exposure and response prevention“ [36]).

Seit vielen Jahren hat sich das „Behavioral Self-Control-Training“ (BSCT) durchgesetzt. Es bildet heutzutage das „standard moderation-oriented treatment“ [36], zu dem mehr kontrollierte klinische Studien (über 30) als zu jedem anderen Behandlungsverfahren bei Alkoholproblemen durchgeführt worden sind [37]. Auch hierbei lässt sich ein Wandel verfolgen. Während beispielsweise das Training einer korrekten Selbsteinschätzung des Blutalkoholspiegels („BAC discrimination training“) früher prominent war (z. B. [24,38]), hat es – nicht zuletzt wegen unzureichender Selbsteinschätzungsergebnisse – stark an Bedeutung eingebüßt. Heutige Selbstkontrollprogramme beinhalten in der Regel die in Abb. 1 dargestellten Programmkomponenten (Details in [3,4,39]). Verschiedene Studien [37] belegen, dass das „Gesamtpaket“ dieser Komponenten wirksamer ist als der Einsatz nur einzelner seiner Bestandteile (z. B. nur eines Trink-Tagebuchs).

Interventionswege

Die im vorigen Abschnitt genannten Interventionsmethoden zum Aufbau von kT werden auf vier Vermittlungswegen umgesetzt:

- **Autodidaktisch zu bearbeitende Selbstkontrollmanuale** („Bibliotherapie“) können anonym in Anspruch genommen werden und sind in dieser Hinsicht niedrigschwelliger als therapeutische Programme. Selbstkontrollmanuale liegen bereits seit 1976 aus den USA [38] und inzwischen aus verschiedenen Ländern vor (vgl. Tab. 1). Das aktuellste und umfassendste deutschsprachige Manual ist das „10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens“ [39].

- *Therapeutisch begleitete Einzel- oder Gruppenprogramme*, wie zum Beispiel das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (Akt) [40–42], umfassen in der Regel 6–12 strukturierte Sitzungen, die von 1–2 Therapeuten durchgeführt und manchmal [19] durch eine Auffrischsitzung ergänzt werden. Die Stärke dieses Zugangs zum kT liegt in der sukzessiven Anleitung zum und Unterstützung beim kT sowie in der Möglichkeit zur ergänzenden Behandlung weiterer Problembereiche (z. B. psychischer Beeinträchtigungen). Therapeutenmanuale [43–45] erleichtern die strukturierte Durchführung der Sitzungen.
- *Selbsthilfegruppen mit dem Ziel des kontrollierten/moderaten Trinkens* sind in den USA durch den Ansatz des „Moderation Management“ (MM) von Audrey Kishline [46] prominent geworden (vgl. www.moderation.org). Reduktionswilligen Alkoholkonsumenten werden eine wöchentliche, 3–12 Monate andauernde Teilnahme an einer MM-Gruppe und ein Vorgehen nach dem „9-Schritte-Programm für mäßiges Trinken und positive Veränderungen im Lebensstil“ empfohlen. Durch eine zu Programmbeginn geforderte 30-Tage-Einstiegsabstinenz verliert das Programm allerdings an Niedrigschwelligkeit. In Deutschland existieren Selbsthilfegruppen zum kT bislang u. a. in Nürnberg und Bielefeld. Sie folgen dem Akt- bzw. PEGPAK-Ansatz (siehe unten) und nicht dem des MM.
- Schließlich sehen *ärztliche Kurzinterventionen* – zumindest in den großen US-amerikanischen Modellprogrammen TrEAT [47] und Health [48] sowie dem britischen DRAMS-Programm [49] – den Einsatz ausgewählter kT-Elemente vor, wie z. B. die Ausgabe eines Trink-Tagebuchs und die Sensibilisierung für Risikosituationen des Zu-viel-Trinkens (zusammenfassend [50]).

Wirksamkeit und Wirkkomponenten

Inzwischen liegen vielfältige Befunde zur Prävalenz von kT sowie zu (differenzieller) Wirksamkeit und Wirkkomponenten von Behandlungsansätzen zum kT vor (Übersichten: [4, 7, 31, 32, 42, 45, 51, 54–56, 109]):

- In nahezu jeder Katamnese, die das Trinkverhalten nach *abstinenzbezogener* Behandlung überprüft, sind Alkoholabhängige mit einem kontrollierten Trinkverhalten zu identifizieren – obwohl zumindest in Deutschland in Abstinenztherapien keine Hilfestellungen zum kT gegeben werden und davor in der Regel ausdrücklich gewarnt wird („one drink one drunk“). Zwei Ergebnisbeispiele: Sieber [52] stellte 12–50 Monate nach stationärer Entwöhnungsbehandlung in der Schweizer Forel-Klinik zwischen 5,8% (enge Operationalisierung von kT) und 27,2% (weite Operationalisierung) kontrolliert Trinkende fest. Selbst nach nur achttägiger stationärer Alkoholentgiftung (ohne anschließende Behandlung) ermittelten Shaw und Kollegen [53] bei einer Stichprobe schwer alkoholabhängiger Londoner Patienten 6 Monate nach der Entlassung 4,7% und weitere sechs Monate später 8,7% kontrolliert Trinkende. Die Gruppe der kontrolliert Trinkenden stand den Abstinentern im Übrigen in nichts nach, was die Reduzierung ihrer Angst- und Depressionssymptomatik sowie den Anstieg ihres Selbstwertgefühls und die Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation anbelangte.
- Nach verschiedenen narrativen [54, 55] und statistischen Metaanalysen [56] sind Interventionen *mit dem Ziel des kT* wirksam, und zwar was die Reduktion des Trinkverhaltens *als auch* die Verminderung alkoholassoziierter Probleme anbelangt. Genauer besehen sind Interventionen zum kT wirksamer als gar keine Intervention (no treatment control) und andere, nicht auf Abstinenz abzielende Interventionen (z. B. eine Alkohol-Informationsgruppe). Die kT-Studien, auf denen diese Ergebnisse beruhen, beinhalten klinisch bedeutsame Behandlungen im Sinne von Shadish et al. [57]: Sie wurden in einem klinischen Behandlungssetting durchgeführt, benutzten die üblichen Überweisungskanäle für Klienten und wurden von Therapeuten durchgeführt, die auch sonst in der klinischen Versorgung tätig sind.
- Besonders aufschlussreich ist Walters' [56] metaanalytischer Befund, dass kT-Programme abstinentenbezogenen Programmen mindestens ebenbürtig, längerfristig tendenziell sogar überlegen sind: „The results of this meta-analysis denote that, *at the very least* [Hervorhebung J.K.], behavioral self-control training is equivalent to abstinence-oriented forms of intervention in terms of overall effectiveness, stability of outcomes, and potential clientele.“ Und: „Behavioral self-control training met with greater success than abstinence-oriented intervention at a level that bordered on statistical significance in follow-ups lasting a year or longer.“
- Differenziert man die Ergebnisse zum kT nach den oben unterschiedenen vier Vermittlungswegen, so sind Selbstkontrollmanuale (z. B. [58]) – auch bei computerisierter Vorgabe [59] –, therapeutische Einzel-/Gruppenprogramme (z. B. [35, 60]) und ärztliche Kurzinterventionen (z. B. [47]) zur nachhaltigen Trinkmengenreduktion oder Förderung der Abstinenz nachweislich geeignet. Zwischen Einzelprogrammen, Gruppenprogrammen und Bibliothherapie (mit minimaler therapeutischer Anleitung) ergeben sich keine bedeutsamen Ergebnisunterschiede [61]. Für ärztliche Kurzinterventionen wurden die dadurch bewirkten Kostenersparnisse für das Gesundheitswesen geprüft und bestätigt [62]. Zur Wirksamkeit kontrollfördernder Selbsthilfegruppen liegen bislang keine aussagefähigen Studien vor.
- Programme zum kT erzielen bei einer Katamnesezeit von mindestens einem Jahr eine durchschnittliche Erfolgsquote von 65%, wobei als Erfolg sowohl ein reduzierter Alkoholkonsum (geringere Anzahl alkoholischer Getränke an Trinktagen; geringerer Wochenkonsum; oftmals auch Erhöhung der Anzahl abstinenter Tage) als auch dauerhafte Abstinenz gewertet werden ([54]; vgl. zur Erfolgsbemessung [63]). In diese Durchschnittsquote gehen Studien mit unterschiedlichen Operationalisierungen des kT, Nacherhebungszeiträumen und Stichproben ein, weshalb nicht verwundert, dass das Erfolgsspektrum zwischen den Studien von 25% bis 90% reicht [54]. Die Erfolgsraten fallen höher aus, wenn ein kT-Programm von einer oder mehreren Auffrischsitzungen (booster sessions) gefolgt wird [19].
- Die Trinkmengenreduktion durch kT-Programme beträgt im Mittel etwa 50% (z. B. [41, 58–60]).
- Durch kT-Programme werden nicht nur Trinkmengenreduktionen, sondern auch Abstinenzentscheidungen begünstigt: Bereits während der Teilnahme an Programmen zum kT gelingt es einem Teil der Personen, die mit kT nicht den gewünschten Erfolg erzielen, zur Abstinenz überzugehen (z. B. [35, 40, 42, 64]), andere Teilnehmer mit mehr Unterstützungs-

bedarf können in weitergehende abstinentorientierte Angebote vermittelt werden (z. B. [40–42]).

- Langzeitstudien demonstrieren, dass systematisch erlerntes kT über viele Jahre erfolgreich aufrechterhalten werden kann (z. B. [32,35]) und das erste Jahr erfolgreichen kontrollierten Trinkens eine gute Vorhersagemöglichkeit für die Beibehaltung dieses Verhaltens über die folgenden acht Jahre liefert [35]. Der Einwand, kT gelinge – falls überhaupt – immer nur kurzfristig und werde von Rückfällen in das alte Konsumverhalten abgelöst, ist empirisch nicht nur unbelegt, sondern nach diversen Einzelstudien (z. B. [61]) und Walters' [56] statistischer Metaanalyse der Forschungsliteratur widerlegt: „There is no evidence in the current meta-analysis to support the claim of opponents of controlled drinking that the effects of behavioral self-control training are temporary, transient, or unstable“ [56].
- Es ist kein Widerspruch zu dem zuvor aufgeführten Befund, dass mit zunehmendem Abstand vom Behandlungsende die durch kT-Programme erzielten Effekte zurückgehen [56] – gilt dies doch in mindestens gleichem Ausmaß auch für abstinentorientierte Programme, wie Rosenberg [55] in seiner Übersicht über die kT-Forschung feststellt: „Periods of relapse are likely whether an alcoholic attempts CD or abstinence.“ Dabei bleibt sogar unberücksichtigt, dass die Erfolge von Abstinentbehandlungen durch daran anschließende Selbsthilfegruppenteilnahme oder ambulante Beratung/Therapie begünstigt werden [65]. Es liegt nahe, dass die Erfolge von kT-Programmen auf diesen Wegen ebenfalls gesteigert werden könnten.
- Nicht selten wird behauptet und durch nicht verallgemeinerbare „klinische Eindrücke“, zuweilen auch durch nicht randomisierte, unkontrollierte *abstinentorientierte* (!) Behandlungsstudien zu „belegen“ versucht, Alkoholabhängigen sei nur Abstinent, nicht aber kT möglich. Eine andere Sprache sprechen verschiedene Studien mit gezielter Vermittlung von Kompetenzen zum kT [20,35,36,66], vor allem aber Walters' [56] statistische Metaanalyse aller randomisierten kT-Studien mit Vergleichsgruppendesign: „The results of the current meta-analysis suggest that alcohol-dependent subjects are just as likely to benefit from behavioral self-control training as persons classified as problem drinkers ... The extent, severity, and chronicity of problem drinking appears to have little bearing on who will and will not profit from enrollment in a program of behavioral self-control training.“ Die eingängige Schlussfolgerung, bei Alkoholmissbrauchern sei kontrolliertes Trinken möglich, bei Alkoholabhängigen dagegen kontraindiziert, ist folglich fehlerhaft. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass die gerne vorgebrachten „Killerargumente“, es handele sich in den erwähnten Studien nicht um „wirkliche Alkoholiker“ und die Angaben zum Trinkverhalten seien beschönigt gewesen, schon vor längerer Zeit entkräftet worden sind [32]. In diesem Kontext fällt ganz generell auf, in welcher Kritikermanier Studien zum kT behandelt werden und wie gleichzeitig die analoge methodologische Messlatte bei Abstinentstudien ausbleibt (etwa [67]). So werden zum Beispiel ohne jeden methodischen Skrupel die Erfolgsquoten deutscher 2- bis 6-monatiger stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlungen mit Abstinentzielsetzung US-amerikanischen kT-Ansätzen, die sich auf wenige ambulante Sitzungen oder die Aushändigung eines Selbstkontrollmanuals beschränken, gegenübergestellt

und als Belege für die Überlegenheit von Abstinenttherapien gewertet [68]. Derartige Gepflogenheiten veranlassten Robertson [69] bereits vor Jahren, von „Doppelbödigkeit“ (double standards) in der Diskussion um das kT zu sprechen.

- Mit zunehmender Schwere der Alkoholabhängigkeit gelingt dauerhaftes kT immer seltener („severity of dependence hypothesis“; z. B. [35,61,70]). Bei diesem Befund ist allerdings mehrerlei zu bedenken:
 - a) Der entscheidende Gradmesser für den Nutzen von kT-Programmen bei schwer Alkoholabhängigen sollte nicht der optimale Erfolg (dauerhaftes kT oder Abstinent), sondern der *relative* sein, d. h. der Erfolg, der im Vergleich zu gängigen Abstinenttherapien, anderen Maßnahmen oder der Nichtinanspruchnahme einer Behandlung erreicht wird. Entscheidungstheoretisch und ethisch begründet sollte also *bei einem konkreten Klienten* diejenige Interventionsmaßnahme eingeschlagen werden, bei der die Wahrscheinlichkeit günstiger Ergebnisse am höchsten ist [112]. Und hier liegt die Krux der Argumentation: Bislang gibt es keine aus randomisierten, kontrollierten Studien stammenden Belege dafür, dass Abstinenttherapien – so sie denn überhaupt angetreten werden – zum Beispiel bei schwer alkoholabhängigen „Straßenalkoholikern“ besser abschnitten als kT-Interventionen. Die zuvor genannten Ergebnisse zum geringeren kT-Erfolg bei schwer Abhängigen stammen nämlich in der Regel aus Post-hoc-Analysen von kT-Programmen, denen keine Vergleichsgruppe mit Abstinentbehandlung gegenübergestellt ist (z. B. [35]).
 - b) Nicht allen schwer Alkoholabhängigen muss kT gänzlich verbaut sein. Beispielsweise reduzierten in der schottischen Studie von Heather et al. [36] schwer Alkoholabhängige ihren Alkoholkonsum von Beginn eines verhaltenstherapeutischen Programms bis zur sechsmonatigen Nacherhebung an Trinktagen von 12,4 auf 4,2 Standardeinheiten (1 Standardeinheit = 1 Flasche Bier zu 0,5 Liter), nicht bzw. leicht Abhängige von 6,8 auf 4,5 Standardeinheiten (Abb. 2).

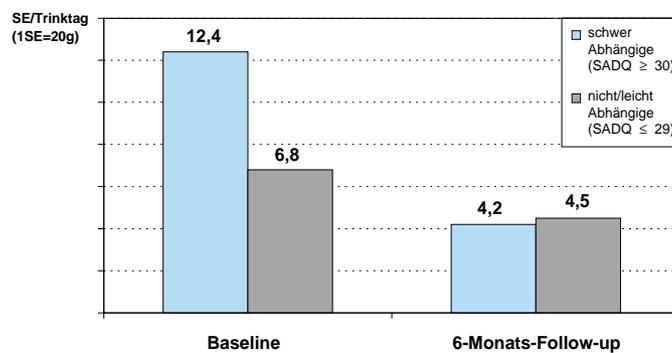


Abb. 2 Reduktion der täglichen Trinkmenge („Drinks per Drinking Day“) nach verhaltenstherapeutischer Behandlung zum kontrollierten Trinken (getrennt nach Ausmaß der Alkoholabhängigkeit).

Heather et al. [36] folgern: „On the basis of this finding, it would seem that, always assuming they prefer a moderation goal to abstinence and that it is not contra-indicated on other grounds, there is no reason why higher dependence clients should not be offered a moderation goal.“

- c) Zudem sind Optimierungsmöglichkeiten von kT-Ansätzen für die spezifische Zielgruppe der schwer Alkoholabhängigen denkbar: „It is still possible that more effective forms of intervention could raise the level of severity of dependence or problems for which moderation training is considered advisable“ [71].
- Mehrfach bestätigt werden konnte die „persuasion hypothesis“ (z. B. [20]), wonach ein hohes Selbstzutrauen (self-efficacy expectation) in die Erlernbarkeit des kT die Drop-out-Rate aus kT-Programmen, die konsumierte Alkoholmenge und die Rückfallwahrscheinlichkeit verringert [72, 73].
 - Nach der Studie von Hester und Delaney [59] wirkt sich der zusätzliche Konsum anderer psychotroper Substanzen (v. a. Cannabis, Kokain und Amphetamine) nicht auf die Erfolge von kT-Programmen aus.
 - Zur Frage, ob es beim kT geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, variieren die Befunde von Studie zu Studie [55, 59], ein einheitlicher Trend ist nicht feststellbar.
 - Im Gegensatz etwa zu den deutschsprachigen Ländern wird kT im skandinavischen und englischsprachigen Raum in breitem Umfang umgesetzt, wie Abb. 3 (aus [7]) demonstriert.

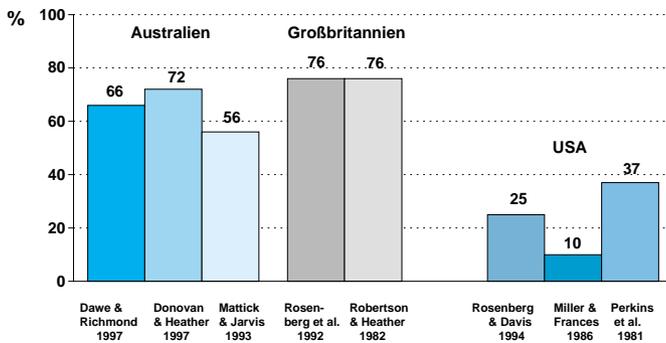


Abb. 3 Akzeptanz von kontrolliertem Trinken als Zieloption im internationalen Vergleich (aus [7]).

Beispielsweise halten nach der als repräsentativ zu bezeichnenden Studie von Dawe und Richmond [11] zwei Drittel aller australischen Einrichtungen, die Hilfen für Menschen mit Alkoholproblemen anbieten, auch strukturierte Angebote zum kT vor. Andere australische Studien kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Für Großbritannien sieht die Verbreitung von kT-Angeboten mit 76% noch günstiger aus, wie zwei unabhängig voneinander im 10-Jahres-Abstand durchgeführte Studien zutage förderten. Noch weitergehend sind kT-Ange-

Absolute Kontraindikation

- Bereits erreichte Abstinenz
- fester Entschluss zur Abstinenz

Bedingte Kontraindikationen

- Schwangerschaft/Stillzeit
- körperliche Vorschädigungen, wie Leberzirrhose (dekompensiert / Aszites), Varizenblutungen, chronischer Pankreatitis (v. a. bei gleichzeitigem Diabetes mellitus), Kardiomyopathie oder Hirnschädigung
- alkoholsensible Medikation (unerwünschte Interaktionen zwischen Alkohol und Medikamenten)
- wiederholte Gesetzesverstöße, Gewalttätigkeiten oder andere negative soziale Folgen des Alkoholkonsums (z.B. als Folge eines pathologischen Rauschs)

Abb. 4 Absolute und bedingte Kontraindikationen für kontrolliertes Trinken.

bote in den skandinavischen Ländern implementiert: „Control-training techniques and reduced consumption are a part of many treatment packages offered to individuals with alcohol problems“ [74]. Selbst in den von den Anonymen Alkoholikern dominierten Selbsthilfe- und Behandlungsangeboten der USA gibt es nach diversen Studien eine nennenswerte Anzahl von Einrichtungen mit zieldifferenzierenden Angeboten (z. B. [70]).

Indikation

Angebote zum Erlernen des kT werden in der Literatur für Menschen indiziert gehalten, denen alkoholbedingte Probleme (körperlicher, beruflicher, familiärer, juristischer oder anderer Art) entstanden sind (schädigender Konsum) oder zu entstehen drohen (riskanter Konsum) und die zu Alkoholabstinenz nicht motiviert und auch nicht motivierbar sind [4, 42, 75]. Einigkeit besteht darin, dass eine absolute Kontraindikation für kT bei Personen mit bereits erreichter und/oder dauerhaft angestrebter Abstinenz vorliegt (Abb. 4). Darüber hinaus ist eine abstinente Lebensweise zu präferieren, wenn jeglicher Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit negativer Konsumfolgen erhöhen würde, wie etwa bei Schwangerschaft/Stillzeit oder körperlichen Vorschädigungen. Die letztgenannten Kontraindikationen sind allerdings nur „bedingte“. Sollte nämlich a) Abstinenz ausdrücklich abgelehnt und eine Konsumreduktion gewünscht werden und b) die Unmöglichkeit, Abstinenz anzustreben oder einzuhalten, zu wahrscheinlich mehr negativen Folgen führen als kT, ist trotzdem eine Trinkmengenreduktion als sinnvoll anzusehen [7, 42, 75].

Die Indikationsfrage kann deshalb nicht – wie es vielfach geschieht (z. B. [76, 111]) – auf eine empirisch-wissenschaftliche reduziert werden („Welche Effekte [Haupt- und Nebenwirkungen] treten mit welcher Wahrscheinlichkeit bei Abstinenzbehandlung X [oder kT-Behandlung Y] und Klientel Z ein?“), sondern muss um die ethische Dimension ergänzt werden („Was soll getan werden, wenn Klient X das Abstinenzziel auch nach therapeutischem Dialog über die Vor- und Nachteile und Erreichbarkeit von Abstinenz versus kT ablehnt?“) [4, 77, 78]. Insofern erfordert eine ethisch legitimierte Indikationsentscheidung stets den therapeutischen Dialog und kann nicht von therapeutischer Seite verordnet werden – einmal ganz abgesehen davon, dass Patienten unabhängig vom therapeutisch für gut Befundenen recht robust an eigenen Zielentscheidungen festhalten [79, 80]. Auch empirisch betrachtet ist das Ergebnis einer fremdbestimmten Indikationsentscheidung wenig erfreulich: Vermittelt man Menschen mit Alkoholproblemen gegen ihre Überzeugung in Abstinenztherapien, kommt es gehäuft zu Behandlungsabbrüchen [81].

kT-Ansätze im deutschsprachigen Raum

In den deutschsprachigen Ländern sind seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts Einzel- [15, 16, 82, 83] und Gruppenprogramme [40, 84–86] zum kT umgesetzt worden – allerdings sehr selten und zumindest in früheren Jahren meist im Kontext von Forschungsstudien ohne anschließende Implementierung in die klinische Praxis (Übersicht: [87]).

In Österreich wandten Czipionka und Demel [83] bei 20 Alkoholabhängigen in 10–14 zweistündigen Sitzungen das Verfahren der aversiven Konditionierung an und stuften 6 Monate später – extrem konservativ – 15 davon als Misserfolge ein, da ihre Blutalkoholkonzentration in diesen 6 Monaten mindestens einmal über 0,6 Promille lag.

Vollmer et al. [15,16] behandelten mit verhaltenstherapeutischen Methoden 19- bis 30-jährige Alkoholabhängige (durchschnittlicher Tageskonsum 210 g Ethanol) je nach ihrem Wunsch und organmedizinischem Zustand entweder auf das Ziel der Abstinenz oder das des kT hin (ohne Randomisierung). Zwei Jahre nach Behandlungsende wurden 45% der kT-Gruppe als Behandlungserfolge eingestuft (deutliche Konsumreduktion oder Abstinenz), aber nur 25% der Abstinenzbehandlung.

Polli und Kollegen [84,85] setzten in der Schweiz ein Gruppenangebot zum kT um (7 Sitzungen verteilt auf 3 Monate, max. 10 Personen), das vorgegebene tägliche Konsumhöchstgrenzen (Männer 76 g, Frauen 36 g) und eine dreiwöchige Abstinenzphase während des Programms vorsieht. Zwei Jahre nach Programmende wurden 9 der 14 Teilnehmer als volle und 3 als Teilerfolge eingestuft.

Arend [82] bietet in Neunkirchen (Saarland) speziell für jüngere Alkoholkonsumenten einen verhaltenstherapeutisch strukturierten Rahmen zur kT-Behandlung an, der u. a. mit graduierten Expositionsübungen arbeitet. Sondheimer [88] behandelt in Zürich in niedergelassener ärztlicher Praxis auch Alkoholabhängige auf das Ziel des kT hin und integriert darin auch die Aufarbeitung psychodynamischer Konflikte. In Deutschland durchgeführte Nachschulkurse für alkoholauffällige Kraftfahrer gestatten teilweise ebenfalls die Wahl des kT-Ziels.

Seit mehreren Jahren praktizieren Wessel und Westermann [86] in Bielefeld das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK (Psychoedukatives Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum), das in einem Zeitraum von 4–6 Wochen 9 Gruppentermine à 120 Minuten vorsieht, zielfoffen ist und speziell auch für einen reduzierten Alkoholkonsum spezifische Kompetenzen vermittelt. Die Autoren berichten von einer hohen Attraktivität und Effektivität des Programms.

Seit 1999 wird von Körkel und Kollegen [40,41] das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AKT)“ in Nürnberg und nach Schulung von inzwischen etwa 140 AKT-Trainern auch in anderen Städten Deutschlands und der Schweiz eingesetzt. An 10 Terminen zu je 2¼ Stunden Dauer werden maximal 15 Teilnehmern die für einen BSCT-Ansatz typischen Kompetenzen vermittelt. In ähnlicher Weise ist das „Ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EkT)“ strukturiert. Die vorliegenden Evaluationen lassen auf die Effektivität des Ansatzes schließen. Abgeleitet aus dem AKT wurden weitere Materialien und Stepped-care-Algorithmen für spezifische Anwendungsfelder, wie Arztpraxen und psychotherapeutische Praxen und die betriebliche Suchtkrankenhilfe, entwickelt (z. B. ein kurzes Arbeitsheft zum kT für Patienten und eine Begleitbroschüre für den Arzt [75]).

Folgerungen

Erweiterung von Zielgruppen und Interventionsrepertoire in den Praxisfeldern

Die bislang geringe Erreichungsquote von Menschen mit eingetretenen oder drohenden alkoholbezogenen Problemen legt nahe, sich in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems vermehrt als „Dienstleistungszentren für Menschen mit Substanzproblemen“ [14] zu verstehen. Dies würde unter anderem bedeuten, auch Hilfen zum kT als attraktive Reduktionsvariante für nicht abstinenzbereite Menschen vorzuhalten und sich für diese neuen Angebote zu qualifizieren. Die Angebote sollten dort greifen, wo man mit problematischen Alkoholkonsumenten ohnehin konfrontiert ist: in der klassischen Suchthilfe, aber auch in der medizinischen und psychotherapeutischen Grundversorgung, in psychosomatischen Kliniken, den Allgemeinen Sozialen Diensten, den Justizvollzugsanstalten, der Wohnsitzlosenhilfe u. a. m.

Eine spezifische Zielgruppe für kT-Programme sind Abhängige illegaler Drogen, wenn man bedenkt, dass eine beachtliche Zahl etwa der Heroinabhängigen – auch derer in Methadonprogrammen – schwere, behandlungsbedürftige Alkoholprobleme aufweist. Bei Drogenabhängigen resultieren nicht nur die generellen Gefahren bei überhöhtem Alkoholkonsum. Bei ihnen ist das Mortalitätsrisiko durch den gleichzeitigen Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen deutlich erhöht [89] und die pharmakologische HIV-Behandlung bei hohem Alkoholkonsum kann unwirksam werden [90]. Gleichwohl streben selbst von den in stationären Abstinenztherapien befindlichen Drogenabhängigen fast 90% keine Alkoholabstinenz an [91].

Stepped care als Interventionsprinzip

Grundprinzip der Intervention in den genannten Arbeitsfeldern sollte das der „stepped care“ [45,93] sein. Das bedeutet, mit der Interventionsmaßnahme zu beginnen, die am wenigsten restriktiv ist (z. B. keinen totalen Alkoholverzicht fordert), am wenigsten in das alltägliche Leben des Klienten eingreift (z. B. ambulant abends und im Allgemeinen ohne Unterbrechung der Arbeitstätigkeit durchgeführt werden kann), kostengünstig ist, gute Ergebnisse verspricht und mit Zufriedenheit der Kunden einhergeht. Führt eine gewählte Maßnahme nicht zu den erwünschten Ergebnissen, ist schrittweise eine intensivere Maßnahmenabfolge zu wählen.

Thematisierung des kT in abstinenzorientierten Behandlungen

Abstinenzorientierter Suchtbehandlung (Entgiftung, Beratung, Entwöhnung etc.) stellt sich die Aufgabe, das Thema des kT offensiver und informierter, als es bislang oft der Fall ist, aufzugreifen. Es geht dabei darum, dogmen- und ideologiefrei einen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechende Informationsbasis und Austauschmöglichkeiten zu diesem Thema zu schaffen. Auf diese Weise könnten Patienten, die entschieden sind, nach der Behandlung kontrolliert (weiter) zu trinken oder sich später dazu entscheiden, freimütiger über ihr „wirkliches“ Ziel sprechen und in Bezug auf potenzielles kT besser unterstützt werden (vgl. [94]). Schließlich könnte kT für abstinenzwillige, aber rückfällige Patienten zumindest eine Zwischenstation sein, die vor dem resignativen, unkontrollierten Weitertrinken bewahren kann.

KT und die abstinentbezogene Selbsthilfe

Die Debatte um das kT hat vor allem in der abstinentorientierten Selbsthilfe eine Reihe von Befürchtungen und wohl auch Kränkungen ausgelöst [95,96]: Die Alkoholabstinenz verliere in der Gesellschaft an Wert; die komplette abstinentorientierte Selbsthilfe werde infrage gestellt; „trockene Alkoholiker“ könnten zum erneuten Alkoholkonsum und „nasse Alkoholiker“ zum Weitertrinken animiert werden und auf diese Weise könne ihr Leiden verlängert werden. All dies ist nicht der Fall [77,97,98]: kT-Angebote können und wollen das ausdifferenzierte und auf Abstinenz ausgerichtete Suchthilfesystem nicht ersetzen, sondern ergänzen. Kolportierte Missverständnisse und Pauschalierungen (z. B. „Alle Alkoholiker können und sollen kontrolliert trinken“) sind offenbar unvermeidbar, wenn auch nicht erwünscht. Zu hoffen ist, dass zukünftig Abstinenz- und kT-Ansätze in friedlicher Koexistenz ihren Platz im Hilfesystem finden.

Notwendigkeit theoriebezogener Weiterentwicklungen

Die Ergebnisse zum kT stellen das tradierte „Krankheitsmodell des Alkoholismus“ (vgl. [99]) infrage („[that] arose not from science but from a unique concatenation of moral, political, societal, and economic forces in American society that borrows from the 19th-century concept of dipsomania“ [4, 32, 100, 101]):

- Das Uniformitätspostulat, nach dem es „den“ typischen Alkoholiker gibt, der aufgrund eines biologischen Determinismus nach dem „ersten Glas“ weitertrinken muss und deshalb nie in Maßen wird trinken können (Irreversibilitätsannahme), ist revisionsbedürftig. Die Dichotomisierung zwischen „dem Alkoholiker“ und „dem Nichtalkoholiker“ ist empirisch nicht haltbar und nicht jeder so genannte „Alkoholiker“ ist zu einem „Kontrollverlusttrinken“ verdammt.
- Zum Zweiten ist es erforderlich, das Konstrukt „Kontrollverlust“ zu präzisieren („Ab welcher Verhaltensmanifestation soll von ‚Kontrollverlust‘ gesprochen werden?“ [32]) und Kontrollverlust nicht länger als Ja-nein-Phänomen zu konzeptualisieren, sondern von auch psychometrisch erfassbaren Abstufungen der Kontrollfähigkeit auszugehen („impaired control“ [102]).
- Die wie naturgegeben erscheinende Unterscheidung in die ICD-10- bzw. DSM-IV-Gruppen der Alkoholmissbraucher und Alkoholabhängigen lässt sich empirisch weder reliabel noch sinnvoll vollziehen [4, 103] und gibt – wie oben belegt – für die Therapiezielindikation nicht viel her. Deshalb wird vermehrt dafür plädiert, Alkoholprobleme als kontinuierlich verteiltes Merkmal anzusehen (z. B. *Ausmaß* der Kontrolleinbuße und *Ausmaß* der Alkoholfolgeschäden) und bei *jedweder* Art von problematischem Alkoholkonsum bzw. Problemtrinken ein Behandlungsangebot vorzuhalten, statt die Ausbildung einer chronischen und folgenreichen Abhängigkeit abzuwarten. Diese Strategie orientiert sich weg von einem engen Alkoholismusedenken hin zu einem Ansatz der umfassenden Förderung des öffentlichen Gemeinwohls („public health“), so wie er von der WHO [104] und in den USA [106] propagiert wird.

Zusammengefasst erweist sich das gängige Krankheitsmodell des Alkoholismus als „simply inadequate for the task of describing, understanding, and addressing alcohol problems in society“ [100] oder – schärfer – als „folk science“ [32].

Forschungsd desiderata

Eine Vielzahl Forschungsaufgaben zum kT steht an. Auf dem Weg zu einer einheitlichen Erfolgsbemessung von kT-Programmen wäre es vorteilhaft, wenn bereits vorliegende Operationalisierungsvorschläge (z. B. [63]) in Forschungsstudien stärker berücksichtigt würden. Langzeitkatamnesen mit größeren Patientengruppen wären wünschenswert, um stabilere Effektmaße zu erhalten und subgruppenspezifische Analysen zu ermöglichen. Größere Studienpopulationen würden auch komplexere statistische Auswertungen (wie Kausalanalysen) zulassen und damit das Muster einflussreicher Erfolgsprädiktoren für kT klären helfen. Weiterhin fehlen randomisierte, kontrollierte Studien zu der Frage, wer von einem abstinentorientierten und wer von einem kontrollorientierten Programm am meisten profitiert. Die vorliegende Literatur lässt allerdings schon jetzt vermuten, dass nicht das formale Behandlungsprogramm mit seinen offiziell angesteuerten Therapiezielen den Schlüssel zur Beantwortung dieser Frage abgibt. Bedeutsamer erscheinen nach gegenwärtiger Datenlage die Qualität der therapeutischen Beziehung [107, 108], die Zielpräferenz des Klienten [19] und seine Überzeugung (self-efficacy), das erstrebte Ziel auch erreichen zu können [20, 21]. Dies lässt vermuten, dass auch zukünftig nicht ein einzelnes Personenmerkmal (z. B. Abhängigkeitsschwere) die Grundlage für Indikationsentscheidungen abgeben kann.

Eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema des kT könnte nicht nur die wissenschaftliche Modellbildung in Bezug auf alkoholbezogene Beeinträchtigungen voranbringen und die Implementierung attraktiver Hilfsangebote für bisher nicht erreichte Problemkonsumenten fördern, sondern mit Odo Marquard [110] auch den Blick auf das Machbare wahren helfen: „Wer nur jene perfekte Weltverbesserung zulässt, die die absolut gute Welt herbeiführt, infernalisiert das wirklich Mögliche und das Wirkliche. Aber die Negativierung des Zugänglichen, die Schlechtmachung jenes Guten, das auch noch im vorhandenen Unvollkommenen steckt, können wir uns nicht leisten: Endliche Wesen haben nicht so viele Eisen im Feuer, dass sie auf irgendeines verzichten könnten.“

Literatur

- 1 GK Quest Akademie. Innovative Interventionen bei Suchtproblemen. (Seminaurausschreibung). Heidelberg: GK Quest Akademie (info@GK-Quest.de) 2002
- 2 Reinert RE, Bowen WT. Social drinking following treatment for alcoholism. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1968; 32: 280 – 290
- 3 Körkel J. Kontrollierter Alkoholkonsum – Strategien der Risikominimierung. In: Heudtlass JH, Stöver H (Hrsg). *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2000; 148 – 178
- 4 Kruse G, Körkel J, Schmalz U. Alkoholismus erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001
- 5 Ihlefeld U. Kontrollierte Alkoholergabe. In: Zerdick J (Hrsg). *Suchtmedizin im Dialog*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung 1999; 233 – 243
- 6 Böhlke P, Schäfer B. Darstellung eines Praxisobjektes zum fremdbestimmten kontrollierten Trinken im Pflegeheim „Haus Abendsonne“. *Suchttherapie* 2002; 3: 103 – 105
- 7 Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. *Sucht* aktuell 2001; 8: 16 – 23
- 8 Greve W. Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1993; 22: 347 – 373
- 9 Körkel J. Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe. *Abhängigkeiten* 2000; 6: 5 – 25

- ¹⁰ Kottje-Birnbacher L, Birnbacher D. Ethik in der Psychotherapie. In: Tress W, Langenbach M (Hrsg). Ethik in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1999; 36–49
- ¹¹ Dawe S, Richmond R. Controlled drinking as a treatment goal in Australian alcohol treatment agencies. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1997; 14: 81–86
- ¹² Wienberg G, Driessen M. (Hrsg). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001
- ¹³ Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, Bischof G, John U. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht* 2000; 46: 9–17
- ¹⁴ Wienberg G. Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil V: Bilanz und Perspektiven. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001; 318–332
- ¹⁵ Vollmer H, Kraemer S, Schneider R, Feldhege FJ, Schulze B, Krauthan G. Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In: Vollmer H, Kraemer S (Hrsg). Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger. München: Röttger 1982; 45–78
- ¹⁶ Vollmer H, Kraemer S, Schneider R, Feldhege FJ, Schulze B, Krauthan G. Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger unter besonderer Berücksichtigung der Therapiemotivation. *Suchtgefahren* 1982; 28: 1–15
- ¹⁷ Institute of Medicine. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy Press 1990
- ¹⁸ Lieb H. Abstinenz: Freiheit oder Bürde? In: Fachverband Sucht (Hrsg). Therapieziele im Wandel. Geesthacht: Neuland 1994; 103–119
- ¹⁹ Booth PG, Dale B, Slade PD, Dewey ME. A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol* 1992; 53: 594–600
- ²⁰ Orford J, Keddie A. Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction* 1986; 81: 495–504
- ²¹ Orford J, Keddie A. Abstinence or controlled drinking in clinical practice: Indications at initial assessment. *Addictive Behaviors* 1986; 11: 71–86
- ²² Davies DL. Normal drinking in recovered alcoholic addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1962; 23: 94–104
- ²³ Caddy GR, Lovibond SH. Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behaviour. *Behavior Therapy* 1976; 7: 223–230
- ²⁴ Lovibond SH, Caddy GR. Discriminated aversive control in the modification of alcoholics' drinking behaviour. *Behavior Therapy* 1970; 1: 437–444
- ²⁵ Sobell MB, Sobell LC. Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy* 1973; 4: 49–72
- ²⁶ Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven: Connecticut 1960
- ²⁷ Sobell MB, Sobell LC. Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behaviour Research and Therapy* 1976; 14: 195–215
- ²⁸ Sobell MB, Sobell LC. Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking. New York: Plenum Press 1978
- ²⁹ 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
- ³⁰ Sobell MB, Sobell LC. The aftermath of heresy: A response to Pendery et al.'s (1982) critique of 'individualized behavior therapy for alcoholics'. *Behaviour Research and Therapy* 1984; 22: 413–440
- ³¹ Marlatt GA. The controlled-drinking controversy: A commentary. *American Psychologist* 1983; 39: 1097–1110
- ³² Heather N, Robertson I. Controlled drinking (revised edition). London: Methuen 1983
- ³³ Cohen M, Liebson I, Faillace L. Controlled drinking by chronic alcoholics over extended periods of free access. *Psychological Reports* 1973; 32: 1107–1110
- ³⁴ Brewer C. Using disulfiram to maintain controlled drinking: A case report with a 14-year follow-up. *Addiction Research* 1996; 4: 231–235
- ³⁵ Miller WR, Leckman AL, Delaney HD, Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control-training. *Journal of Studies on Alcohol* 1992; 53: 249–261
- ³⁶ Heather N, Brodie J, Wale S, Wilkinson G, Luce A, Webb E, McCarthy S. A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol* 2000; 61: 561–570
- ³⁷ Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg). Handbook of alcohol treatment approaches: effective alternatives. Boston: Allyn and Bacon 1995; 12–44
- ³⁸ Miller WR, Munoz RF. How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking. Albuquerque 1976/1990
- ³⁹ Körkel J. Das 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens. Unter: www.kontrolliertes-trinken.de 2001
- ⁴⁰ Körkel J, Schellberg B, Haberacker K, Langguth W, Neu B. Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (Akt)“. *Suchttherapie* 2002; 3: 106–111
- ⁴¹ Körkel J, Langguth W, Schellberg W. Jenseits des Abstinenzdogmatismus: Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (Akt). In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001; 92–116
- ⁴² Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Stand der Forschung, Folgerungen für die Praxis. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (LSSH) (Hrsg). Kontrolliertes Trinken oder kontrollierter Rückfall. Kiel: hansadruk 2001; 15–54
- ⁴³ Allemann PI. Strukturierte Kurzintervention bei Alkoholpatienten. Ein Handbuch mit praktischen Übungen. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 1997
- ⁴⁴ Körkel J, Projektgruppe kT. Trainer-Manual für das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (Akt)“. Heidelberg: GK Quest Akademie (info@GK-Quest.de) 2001
- ⁴⁵ Sobell MB, Sobell LC. Problem drinkers. Guided self-change treatment. New York: Guilford 1993
- ⁴⁶ Kishline A. Moderate drinking. The Moderation Management guide for people who want to reduce their drinking. New York 1994
- ⁴⁷ Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277: 1039–1045
- ⁴⁸ Ockene JK, Wheeler EV, Adams A, Hurley TG, Hebert J. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157: 2334–2341
- ⁴⁹ Heather N, Campion PD, Neville RG, MacCabe D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1987; 37: 358–363
- ⁵⁰ Körkel J. Kontrolliertes Trinken als Weg oder Ziel: Eine Behandlungsoption für die Arztpraxis. In: Zerdick J (Hrsg). Suchtmedizin im Dialog. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung 2000; 139–156
- ⁵¹ Körkel J. Kontrolliertes Trinken. In: Silbereisen R, Reitzle M (Hrsg). Bericht über den 42. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000 „Psychologie 2000“. Lengerich: Pabst 2001; 618–626
- ⁵² Sieber M. Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Ergebnisse aus den Katamnesen der Forel Klinik. *Bulletin der Forel-Klinik* 2000; 1 (Teil 1): 45–50
- ⁵³ Shaw GK, Waller S, Latham CJ, Dunn D, Thomson AD. The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol & Alcoholism* 1998; 33: 291–303
- ⁵⁴ Miller WR. Controlled drinking: A history and critical review. *Journal of Studies on Alcohol* 1983; 44: 68–83
- ⁵⁵ Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin* 1993; 113: 129–139
- ⁵⁶ Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy* 2000; 31: 135–149
- ⁵⁷ Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, Siegle G, Crits-Christoph P, Hazlerigg MD, Jorm AF, Lyons LC, Nietzel MT, Prout HT, Robinson L, Smith ML, Svartberg M, Bahr W. Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 355–365
- ⁵⁸ Heather N, Robertson I, MacPherson B, Allsop S, Fulton A. Effectiveness of a controlled drinking self-help manual: One-year Follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology* 1987; 26: 279–287

- ⁵⁹ Hester RK, Delaney HD. Behavioral self-control program for wind-ows: Results of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 686–693
- ⁶⁰ Alden LE. Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56: 280–286
- ⁶¹ Miller WR, Baca LM. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy* 1983; 14: 441–448
- ⁶² French MT. Economic evaluation of alcohol treatment services. *Evaluation & Program Planning* 2000; 23: 28–40
- ⁶³ Heather N, Tebbutt J. Definitions of non-abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: A review and proposal. *Drug and Alcohol Dependence* 1989; 24: 83–93
- ⁶⁴ Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors* 1997; 22: 247–255
- ⁶⁵ Küfner H, Feuerlein W, Huber M. Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 1988; 34: 157–272
- ⁶⁶ Elal-Lawrence G, Slade PD, Dewey ME. Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 1986; 47: 41–47
- ⁶⁷ Petry J. Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 2000; 32: 253–269
- ⁶⁸ Rist F. Trinkmengenbegrenzung als Therapieziel – wann und warum? *Sucht* 2001; 47: 252–254
- ⁶⁹ Robertson I. Cracking the old chestnut of double standards. *British Journal of Addiction* 1987; 82: 237–238
- ⁷⁰ Miller WR. Building bridges over troubled waters: A response to „Alcoholism, politics, and bureaucracy: The consensus against controlled-drinking therapy in America“. *Addictive Behaviors* 1992; 17: 79–81
- ⁷¹ Heather N. The great controlled drinking consensus: is it premature? *Addiction* 1995; 90: 1160–1162
- ⁷² Kavanagh DJ, Sitharthan T, Sayer GP. Prediction of results from correspondence treatment for controlled drinking. *Addiction* 1996; 91: 1539–1545
- ⁷³ Sitharthan T, Kavanagh DJ. Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence* 1990; 27: 87–94
- ⁷⁴ Duckert F, Koski-Jännes , Rönning S. Preface. In: Duckert F, Koski-Jännes A, Rönning S (Hrsg). *Perspectives on controlled drinking*. (NAD-Publication No.17). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD) 1989
- ⁷⁵ Körkel J. Kontrolliertes Trinken als neue Behandlungsoption. *Neurotransmitter* 2002; 13: 63–68
- ⁷⁶ Watzl H, Olbrich R. Abstinenz oder kontrolliertes Trinken: Überlegungen zur Wahl des Therapieziels bei der Behandlung von Alkoholismus. *Prävention* 1978; 1: 17–21
- ⁷⁷ Körkel J. Replik zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum kontrollierten Trinken. *Sucht* 2001; 47: 201–203
- ⁷⁸ Toriello PJ, Hewes RL, Koch DS. Controlled drinking: A proposed model for increasing counsellor competency using an ethical framework. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1997; 15: 33–46
- ⁷⁹ Sanchez-Craig M, Lei H. Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction* 1986; 81: 505–512
- ⁸⁰ Öjehagen A, Berglund M. Changes of drinking goals in a two-year outpatient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors* 1989; 14: 1–9
- ⁸¹ Pomerleau O, Pertschuk M, Adkins D, Brady JP. A comparison of behavioral and traditional treatment for middle income problem drinkers. *Journal of Behavioral Medicine* 1978; 1: 187–200
- ⁸² Arend H. Kontrolliertes Trinken – Behandlungskonzept und Erfahrungen aus der Praxis. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (im Druck)
- ⁸³ Czypionka A, Demel I. Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkranken. Versuch einer Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Methoden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1976; 5: 92–108
- ⁸⁴ Polli E. Kontrolliertes Trinken. *Eysenck-Journal* 1997; 1: 77–102
- ⁸⁵ Polli E, Ketterer H, Weber E. Kursprogramm kontrolliertes Trinken. *Suchtprobleme & Sozialarbeit* 1989; 3: 125–133
- ⁸⁶ Woel T, Westermann H. Problematischer Alkoholkonsum – Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. *Suchttherapie* 2002; 3
- ⁸⁷ Körkel J. Controlled Drinking as Treatment Goal in Germany. *Journal of Drug Issues* (im Druck)
- ⁸⁸ Sondheimer G. Kontrolliertes Trinken als Therapiewunsch vieler Menschen mit Alkoholproblemen. *Bulletin Nr. 1/2000 (Teil 1) der Forell-Klinik* 2000; 65–80
- ⁸⁹ Püschel K, Iwersen-Bergmann S. Drogen – ihre Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen. In: Heudtlass JH, Stöver H (Hrsg). *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2000; 38–97
- ⁹⁰ Gözl J. HIV-Infektion und AIDS. In: Gözl J (Hrsg). *Moderne Suchtmedizin*. Stuttgart: Thieme 1998; C 4.2.2–1 – C 4.2.2–21
- ⁹¹ Feder S. Konsumziele von Klienten in stationärer Drogentherapie. Unveröff. Diplomarbeit: Ev. Fachhochschule Nürnberg (im Druck)
- ⁹² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Alles klar? Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Köln: BzgA 2001
- ⁹³ Sobell MB, Sobell LC. Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. In: Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA (Hrsg). *Changing addictive behavior*. New York: Guilford 1999; 331–343
- ⁹⁴ Körkel J, Schindler C. Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Ein strukturiertes Trainingsprogramm. Berlin: Springer (im Druck)
- ⁹⁵ Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum „Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AKT). *Sucht* 2000; 46: 457–458
- ⁹⁶ Schneider W. Anmerkungen zur Replik von Prof. Dr. Joachim Körkel zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum „Kontrollierten Trinken“. *Sucht* 2001; 47: 204–205
- ⁹⁷ Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Droht den Abstinenzverbänden Gefahr? *Weggefährte* 2000; 5–8
- ⁹⁸ Körkel J. Kontrolliertes Trinken: Herausforderung für das medizinische Behandlungssystem. In: Fachverband Sucht (Hrsg). *Die Zukunft der Suchtbehandlung*. Geesthacht: Neuland (im Druck)
- ⁹⁹ Miller WR. Haunted by the *Zeitgeist*: Reflections on contrasting treatment goals and concepts of alcoholism in Europe and the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1986; 472: 110–129
- ¹⁰⁰ Miller WR. Alcoholism: Toward a better disease model. *Psychology of Addictive Behaviors* 1993; 7: 129–136
- ¹⁰¹ Fingarette H. Alcoholism as a disease. In: Berkeley (Hrsg).: University of California Press 1988
- ¹⁰² Heather N, Tebbutt JS, Mattick RP, Zamir R. Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption. A preliminary report. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54: 700–709
- ¹⁰³ Miller WR. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction* 1996; 91(Supplement): S15–S28
- ¹⁰⁴ Edwards G. *Alkoholkonsum und Gemeinwohl*. Stuttgart: Enke 1997
- ¹⁰⁵ Heil KD, Jaensch HU. *Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle*. Frankfurt: Fischer 1978
- ¹⁰⁶ Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA, (Hrsg). *Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies*. New York: Guilford 1999
- ¹⁰⁷ Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabough R, Donovan DM. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 588–598
- ¹⁰⁸ Project MATCH Research Group. Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research* 1998; 8: 455–474
- ¹⁰⁹ Arend H. Kontrolliertes Trinken: Ein alternatives Therapiekonzept für die Behandlung von Problemtrinkern. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1991; 4: 305–317
- ¹¹⁰ Marquard O. Zur Diätetik der Sinnerwartung. *Philosophische Bemerkungen*. In: Marquard O (Hrsg). *Apologie des Zufälligen*. Stuttgart 1986; 33–53
- ¹¹¹ Watzl H. Kontrolliertes Trinken als Alternative für Alkoholabhängige? In: Faust V (Hrsg). *Suchtgefahren in unserer Zeit*. Stuttgart: Hippokrates 1983; 99–110
- ¹¹² Scharer S. Was kann Ethik in der Medizin leisten? *Hamburger Ärzteblatt* 1995; 49: 9–13
- ¹¹³ Sanchez-Craig M. *Drink wise. How to quit drinking or cut down. A self-help book*. Toronto 1994
- ¹¹⁴ Robertson I, Heather N. *So you want to cut down your drinking? A self-help guide to sensible drinking*. Edinburgh: Scottish Health Education Group 1991
- ¹¹⁵ Heather N, Robertson I. *Let's drink to your health. A self-help guide to sensible drinking*. Leicester: The British Psychological Society 1996