**Zeitschrift:** SuchtMagazin
**Herausgeber:** Infodrog
**Band:** 34 (2008)
**Heft:** 3

**Artikel:** Warum kontrolliertes Trinken nicht einfach ist
**Autor:** Sieber, Martin
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-800658

**Nutzungsbedingungen**
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 15.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# Warum kontrolliertes Trinken nicht einfach ist

Kontrolliertes Trinken erscheint für viele Menschen mit Alkoholproblemen als attraktive Alternative. Erfolgsentscheidend ist dabei der Umgang mit Risikosituationen, der in der Therapie einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Eine Untersuchung bei ambulanten KlientInnen zeigt, dass Kontrolliertes Trinken bei der Mehrheit weniger Erfolg hat als Abstinenz. Knapp 40% konnten jedoch das Kontrollierte Trinken erfolgreich umsetzen.

MARTIN SIEBER*

## Kontrolliertes Trinken ist gefragt

Das so genannte «kontrollierte Trinken» KT ist ein Wunsch vieler Personen, die ihren Alkoholkonsum nicht immer im Griff haben und deswegen eine ambulante Beratung aufsuchen. «Ich möchte normal trinken können, so wie die andern auch. Ich möchte Alkohol trinken, aber in einem begrenzten Rahmen», sagen viele Betroffene. Nicht selten fragen KlientInnen auch: «Ist kontrolliertes Trinken ein gangbarer Weg für mich?»

In Fachkreisen besteht schon seit längerem eine kontroverse Diskussion darüber, wie sinnvoll das KT sei und ob Alkoholabstinenz nicht das eigentliche Ziel sei, das angestrebt werden sollte. Neu werden nun auch spezielle Beratungsprogramme für das KT angeboten. Diese Hilfen stossen bei denjenigen auf ein offenes Ohr, die auf den Alkohol nicht gänzlich verzichten wollen. In unserer alkoholpermissiven Gesellschaft ist das ein beachtlicher Anteil. Für diese Menschen ist eine Reduktion im Gegensatz zur Abstinenz das bevorzugte Ziel, welches ihnen auch wesentlich leichter erreichbar erscheint als der gänzliche Verzicht auf Alkohol. Dass dem oft nicht so ist, soll in den folgenden Ausführungen skizzenhaft dargelegt werden.

## Personenspezifische Definition des KT

Allgemein kann das KT wie folgt umschrieben werden: KT ist ein Konsumverhalten, bei dem die Person die Freiheit behält, in bestimmten Situationen auf den Alkoholkonsum zu verzichten und in zuvor festgelegten Situationen im zuvor definierten Umfang trinken zu können. Bei der personenspezifischen Definition wird dies insofern genauer festgelegt, als KlientIn und Fachperson (BeraterIn) zusammen eine «Definition» des KT vornehmen, die auf die Bedürfnisse der Person zugeschnitten, wirkungsvoll und überprüfbar ist. Mit der Überprüfung ist gemeint, dass Verhaltenskriterien formuliert werden, die realistisch und von den KlientInnen beobachtbar sind. Das Einhalten resp. Nichteinhalten dieser Kriterien spielt in der Beratung eine wichtige Rolle. Es erfordert die Bereitschaft, darüber offen zu kommunizieren und Überschreitungen (Ausrutscher, Rückfälle) nicht zu verheimlichen.

Zunächst geht es darum, eine Bestandesaufnahme des Konsumverhaltens vorzunehmen, verbunden mit einer Bewertung durch den Klienten resp. die Klientin. Daraus geht hervor, welche negativen Konsequenzen vermieden werden sollen und wo das KT primär Hilfe bieten soll. Im gemeinsamen Gespräch wird dann eine Umschreibung des KT vorgenommen, welche aus der Sicht der betroffenen Person und der Fachperson realisierbar ist und keine Über- oder Unterforderung darstellt. Die Fachperson wird dabei auf die erwähnte Überprüfbarkeit achten und das KT bezüglich Menge, Ort, Zeit, Dauer und Situation definieren, so dass klar wird, wann das anvisierte Ziel erreicht worden ist und wann nicht. Eine globale Umschreibung wie z. B. «Ich will meinen Alkoholkonsum im Griff haben» ist ungenügend definiert und nicht überprüfbar. Oft können oder wollen KlientInnen ihr Verhalten nicht genauer umschreiben und durch Limiten einschränken lassen, was dem Berater zeigt, dass der «klassische Weg» zum KT wohl nicht beschritten werden kann.

## Risikosituationen

Ein weiterer Aspekt ist der Umgang mit Risikosituationen. Dadurch, dass beim KT in gewissen Situationen konsumiert werden kann, ist die mentale Auseinandersetzung mit dem Trinken viel präsenter als bei der Abstinenz. Bei letzterer ist mit der Devise «Null Alkohol» das generelle «Nein» vorgegeben und es muss keine Abwägung geleistet werden. Das Trinken zu kontrollieren impliziert, dass dem Vorgang besondere Beachtung geschenkt werden muss.

* Martin Sieber, Prof. Dr. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie FSP. Praxis: Vogelsangstr. 7, 8006 Zürich. E-Mail: msieber.zollikon@bluewin.ch

Bei der Analyse von Risikosituationen in der ambulanten Beratung können zwei Formen unterschieden werden:

**a) Antizipierbare Risikosituationen**
Von den möglichen künftigen Risikosituationen werden prioritär diejenigen besprochen, die in naher Zukunft eintreten können (Feier am Arbeitsort oder im privaten Bereich u. ä.). Es gilt zu klären, inwiefern der Klient/die Klientin der Risikosituation ausweichen oder wie sie bewältigt werden kann, ohne das festgelegte (definierte) KT zu verletzen.

**b) Nicht-antizipierbare Risikosituationen**
Das sind Situationen, in die KlientInnen unvorbereitet geraten und bei denen ein starkes Trinkverlangen entsteht. Es steht kein vorgängig überlegtes Bewältigungsverhalten zur Verfügung. Bei der Beratung habe ich oft festgestellt, dass KlientInnen in diesen Situationen auffallend schnell und unreflektiert eine zuvor festgelegte Regel durchbrechen. Da sagt ein Klient etwa: «Ich griff einfach zum Alkohol, ich dachte nicht weiter darüber nach, es ging alles sehr schnell.» Oder: «Auf dem Weg nach Hause im Auto bog ich nicht wie gewohnt nach rechts ab, sondern nach links, wo es zur Bar geht. Ich fuhr einfach nach links, ich dachte gar nicht lange darüber nach.» Oder: «Plötzlich war es mir klar, dass ich jetzt zur Tankstelle gehe und Bier kaufe.» Der trinkerlaubniserteilende Gedanke ist schlagartig präsent und wird nicht reflektiert.[1]
Wie kann der Klient/die Klientin solche Situationen in Einklang mit dem KT bewältigen? Die Person sollte sich etwas Zeit verschaffen («time out»), um einen Moment lang über folgende vier Schritte nachzudenken:

1. Wie stark ist mein Verlangen?
2. Geht das Verlangen zurück? Kann ich warten?
3. Was kann ich zur Minderung des Verlangens tun?
4. Welches sind die trinkerlaubniserteilenden und welches sind die trinkverbietenden Gedanken?

## Zu Schritt 1: Craving

Der Klient/die Klientin soll sich zu Beginn seines «time-out» über die Stärke des aktuellen Trinkverlangens, des «Cravings» in dieser Situation im Klaren werden. Das Verlangen kann auf der sog. Craving-Skala eingestuft werden. Ist das Verlangen ausserordentlich stark, wird dies auf der Craving-Skala von 0 bis 10 mit 8, 9 oder 10 eingestuft. (Der Umgang mit der Craving-Skala muss zuvor in der Beratung eingeführt und eingeübt werden).

## Schritt 2: Wartezeit

Nun soll sich die betroffene Person fragen, wie viele Minuten dieses starke Verlangen vermutlich anhalten wird und ob sie diese Zeit ohne zu konsumieren «überstehen» kann. Es ist sinnvoll, dass sie aufgrund verschiedener Situationen eine gewisse Erfahrung erlangt, wie lange das «Craving» anhält, wenn nichts getrunken wird. Sie gelangt damit zu einem Erfahrungswert, wie lange es in der Regel dauert, bis das «Craving» wieder zurück geht und verschwindet.

## Schritt 3: Bewältigung

Bei diesem Schritt wird sich die Person fragen, ob sie zur Bewältigung des

Verlangens etwas unternehmen kann, so dass sie auf der Craving-Skala in einen niedrigeren, bewältigbaren Bereich kommt (z.B. den Ort wechseln, sich ablenken, entspannen).

## Schritt 4: Trinkerlaubniserteilende und -verbietende Gedanken

Die Person soll sich fragen, welches ihre trinkerlaubniserteilenden und -verbietenden Gedanken sind. Was spricht dafür, was dagegen? Die Gegenargumente sollen für die drei Bereiche: Ich, meine Arbeit, meine Beziehungen separat formuliert werden.

Mit diesen vier Schritten wird bezweckt, dass der starke Wunsch nach Alkohol nicht sofort umgesetzt wird und vorerst eine «Mikro-Standortbestimmung» durchgeführt wird, bei der in Gedanken abwägende pro- und kontra- Argumente formuliert werden. Können die erlaubnisverwehrenden Gedanken bewusst gemacht werden, wird dem Trinkwunsch eine konfrontative Gegenposition gegenüber gestellt. Die automatische Handlung «Trinken» wird unterbrochen und das intendierte Verhalten «Trinken» kann reflektiert und evt. verhindert werden. Wenn nötig können diese vier Schritte wiederholt werden, um zu erfahren, dass die Situation ohne Alkoholkonsum gemeistert werden kann.

In der Beratung werden diese Aspekte wiederholt besprochen, so dass es den KlientInnen mit der Zeit leichter fällt, diese Schritte in der Risikosituation anzuwenden. Es gibt jedoch KlientInnen, die auch nach mehreren Versuchen nicht in der Lage sind, sich auf solche kognitiven Prozesse einzulassen, sei es, a) weil sie sehr gestresst sind und ihre Lebenssituation zu sehr in Unordnung geraten ist, was es ihnen erschwert, ihre Achtsamkeit auf diese inneren Vorgänge zu leiten, sei es, b) weil die dazu benötigte Introspektionsfähigkeit nicht zur Verfügung steht. KlientInnen jedoch, welche mit Hilfe solcher «kognitiver Barrieren» den Trinkwunsch hinauszögern oder ganz unterlassen können, sind längerfristig eher in der Lage, das Ziel des KT zu erreichen. KlientInnen, bei denen das nicht möglich ist, können vielleicht erfolgreich den Risikosituationen ausweichen, was zum gleichen Ziel führt.

Die vier Schritte sind auch hilfreich, wenn Abstinenz eingehalten werden soll. Sie erhalten aber beim KT eine grössere Bedeutung, weil das Konsumieren gemäss dem definierten KT ja «erlaubt» ist. Die KlientInnen werden dadurch häufig vor die Frage gestellt, ob dies nun mit der anvisierten Form des Trinkens kompatibel ist oder nicht. Das bedeutet einen grösseren «kognitiven Aufwand» als dies für die Abstinenzforderung zutrifft. Deshalb ist das KT nicht so einfach wie es zunächst den Anschein macht.

## Studie zum Erfolg der Ziele Abstinenz und KT

Aufgrund dieser und anderer Überlegungen erhielt ich im Kontext meiner ambulanten Beratungen den Eindruck, dass das KT im Gegensatz zur Abstinenz häufiger nicht eingehalten werden kann. Um diesen Eindruck zu überprüfen habe ich meine Klientendossiers meiner psychotherapeutischen Praxis der letzten Jahre (1991-2007) durchgesehen und alle Beratungen bei Alkoholabhängigkeit mit mindestens 3 Sitzungen herausgezogen (N=65). Dabei wurden diese Dossiers bezüglich folgenden Merkmalen codiert: Konsumziel bei Beginn der ambulanten Beratung (Abstinenz oder kontrolliertes Trinken), Anzahl der Sitzungen, Art des Behandlungsabschlusses (noch laufend, abgeschlossen oder abgebrochen), Dauer der Beratung, Geschlecht sowie das Ergebnis (Outcome) bezüglich der Alkoholproblematik bei Behandlungsende resp. Abbruch (1 = positives Outcome = Alkoholkonsum im Griff, d.h. Abstinenz oder KT werden stabil praktiziert; 2 = teilweise im Griff; 3 = eher nicht im Griff; 4 = nicht im Griff). Erst nach der Codierung erfolgte die Auswertung, wobei die beiden Gruppen A (Abstinenz als Zielvorgabe) und KT (kontrolliertes Trinken als Zielvorgabe) miteinander verglichen wurden. Die KlientInnen stammen aus sozial sehr unterschiedlichen Schichten. Das methodische Vorgehen für das KT hatte ich Mitte der 90er Jahre in Anlehnung an kognitive Ansätze festgelegt und später verfeinert. Es entspricht in vieler Hinsicht dem von Isebaert[2] formulierten Vorgehen. Das von den KlientInnen zu Beginn der Beratung gewünschte Ziel (Abstinenz oder KT) wurde zur primären Arbeitsrichtung. Im Laufe der Beratung kam es durchaus vor, dass das Ziel (z.T. mehrmals) gewechselt wurde. Auf die vorliegende Erfolgsbeurteilung hatte dies jedoch keinen Einfluss.

## Bessere Zielerreichung bei den Abstinenten

Die Ergebnisse in Tab. 1 bestätigen die Vermutung, wonach die Gruppe A ein besseres Outcome hatte als die Gruppe KT. Der Mittelwert bei Gruppe A (M=1.77) liegt näher beim positiven Pol (1.0) als der Mittelwert der Gruppe KT (M=2.40). Ebenfalls ist der Prozentanteil mit «positivem Outcome» (Code 1, 2) bei Gruppe A höher (65.4%). Die durchschnittliche Behandlungsdauer von über drei Jahren erscheint lange. Das hat damit zu tun, dass einige KlientInnen über längere Zeit begleitet und teilweise Kontaktsitzungen in jährlichem Abstand abgehalten wurden. Sitzungszahl und Behandlungsdauer sind bei der Gruppe KT grösser, was ebenfalls darauf hindeutet, dass sich bei dieser Gruppe mehr Probleme

| Tab. 1: Ergebnis (Outcome bei Beratungsende) bei den Gruppen «Abstinenz» und «kontrolliertes Trinken» (KT) als Zielvorgabe bei Behandlungsbeginn | | |
|---|---|---|
| | A = Abstinenz als Zielvorgabe (N=26) | KT = kontrolliertes Trinken als Zielvorgabe (N=39) |
| **Outcome (M)*** | 1.77 (S=0.87) | 2.40 (S=0.74) |
| **Anteil mit posit. Outcome**** | 65.4% | 38.5% |
| **Anzahl Sitzungen (M)** | 32.5 | 44.1 |
| **Dauer der Beratung (M)** | 3.04 Jahre | 3.51 Jahre |
| **Behandlung abgebrochen** | 26.9% | 17.9% |
| **Anteil Frauen in %** | 19.2% | 20.5% |

* Mittelwert der Outcome-Codes (1=positiv ... 4=negativ). S=Standardabweichung
** Anteil in % der Klienten mit Outcome-Code 1 oder 2 (positiv oder teilweise positiv)

(u.a. Rückfälle) ereignet hatten. Dass das Outcome bei der Gruppe A besser ausgefallen ist hat vermutlich auch damit zu tun, dass die KlientInnen mit Abstinenzwunsch bei Behandlungsbeginn bereits mehrfach das KT versucht haben und damit keinen Erfolg hatten.
Aus Tab. 1 geht aber auch hervor, dass 38.5% der Gruppe mit dem Ziel KT dies auch erreicht haben. Für diese Personen war das KT somit realisierbar. Der ergänzende Vergleich Männer – Frauen (52 versus 13) ergab, dass die Männer ein besseres Outcome hatten (M=2.08 versus 2.42 bei den Frauen). Auch bestand bei ihnen ein höherer Anteil mit positivem Outcome (51.9%) als bei den Frauen (38.5%). Die Dauer der Behandlung und die Sitzungszahl waren bei den Männern deutlich höher.
Die Ergebnisse dieses Gruppenvergleichs basieren nicht auf einer detaillierten Erfassung des Outcomekriteriums und entsprechen nicht den wissenschaftlichen Anforderungen einer Outcome-Messung. Die Outcome-Einschätzung ist aber die Beurteilung des Therapeuten, der die KlientInnen in der Mehrzahl über eine lange Phase begleitet hat und Einblick in die Schwere und Häufigkeit der alkoholbedingten Ausrutscher und Rückfälle erhielt. Dies ergibt ein Gesamtbild, das zwischen den Polen «Erfolg resp. Stabilisierung auf niedrigem Problemniveau» versus «keine positive Veränderung, hohes Problemniveau» eingeordnet werden kann.

## KT – nicht einfach und nicht für alle geeignet

Das Ergebnis unterstreicht die Vermutung, dass das KT nicht einfach ist. Es erfordert die Bereitschaft, sich intensiv mit dem Konsumverhalten zu befassen und Veränderungen im Leben vorzunehmen. Das kann sich zum Beispiel darin zeigen, dass vor Beginn des KT eine abstinente Phase vorgeschaltet wird. Personen, die in ihrem Leben schon verschiedentlich selbstauferlegte Verhaltensänderungen erfolgreich vornehmen konnten, sind für das KT eher geeignet. Das KT erfordert ferner die Bereitschaft, über das Trinken offen zu berichten und ein Trinkprotokoll zu führen, es erfordert Introspektionsfähigkeit, um die dabei auftretenden kognitiven Prozesse wahrzunehmen, und die Motivation, sich von Ausrutschern und Rückfällen nicht entmutigen zu lassen. In der Beratung sollten die KlientInnen über diese Aspekte orientiert werden, ohne ihre Motivation, etwas gegen den Alkoholmissbrauch zu unternehmen, zu schmälern. ■

**Literatur**


- **Beck, Aaron T./Wright, Fred D./Newman, Cory F./Liese, Bruce S. (1997):** Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- **Isebaert, Luc (2005):** Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie. Stuttgart/New York: Thieme.


**Endnoten**

1 Beck/Wright/Newman/Liese 1997
2 Isebaert 2005