

Übersichtsarbeit

Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht

Joachim Körkel

Evangelische Hochschule Nürnberg, Institut für innovative Suchtbehandlung
und Suchtforschung, Nürnberg

Zusammenfassung: *Hintergrund:* Verhaltenstherapeutische Behandlungen zum selbstkontrollierten Trinken (KT) wurden in den letzten 50 Jahren vielfältig erforscht. Eine aktuelle Übersicht über den gegenwärtigen Status dieses Ansatzes liegt nicht vor. *Fragestellung:* Es wird ein systematischer Überblick über die Konzept- und Forschungsgeschichte des KT (Definition, theoretische Wurzeln, Behandlungsmethoden), Wirksamkeit von KT-Behandlung (inkl. Prognosefaktoren) sowie Implementierung von KT in das Behandlungssystem (Akzeptanz und Verbreitung) vorgenommen. *Methodik:* Gemäß den PRISMA Richtlinien wurde in den Datenbanken PsycINFO, Medline und Psynex nach psychologischen Behandlungen zum selbstkontrollierten Alkoholkonsum bei Menschen mit klinisch relevanten Alkoholproblemen recherchiert und 676 einschlägige Beiträge identifiziert. *Ergebnisse:* KT wird als regelgeleitet-planvoller Alkoholkonsum definiert. Seine theoretischen Wurzeln reichen von Lerntheorien bis zur Psychologie der Selbstregulation. In der Behandlung haben Behavioral Self-Control Trainings frühere Methoden (z. B. aversive Konditionierung, Kontingenzmanagement und Reizexposition) abgelöst. Einzel und Gruppenbehandlungen sowie Selbsthilfemanuale zum KT erweisen sich über das gesamte Spektrum des problematischen Alkoholkonsums als kurz- und langfristig wirksam zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme wie auch zur Förderung des Übergangs zur Abstinenz. Prognostisch bedeutsam sind v. a. der Zielentscheid des Patienten pro KT und seine Zuversicht in die Realisierbarkeit von KT. Akzeptanz und Verbreitung von KT haben in den letzten Jahrzehnten zugenommen und variieren u. a. länderspezifisch. *Schlussfolgerungen:* Angesichts der Wirksamkeit von KT-Behandlungen sowie gesundheitspolitischer, ethischer, therapeutischer und ökonomischer Überlegungen sollten Reduktionsbehandlungen gleichrangig neben Abstinenzbehandlungen in ein zieloffenes ausgerichtetes Behandlungssystem integriert werden.

Schlüsselwörter: Kontrolliertes Trinken, Reduktionsziel, Behavioral Self-Control Training, Kurzintervention, Alkoholabhängigkeit

Controlled Drinking as a Treatment Goal for at-risk Drinking and Alcohol Use Disorders: A systematic Review

Abstract: *Background:* Over the last 50 years, research on behavioural treatments aimed at controlled drinking (CD) have increased. No systematic review summarising the current empirical and theoretical status of this approach exists. *Aims:* The review addresses the history of CD (definition, theoretical roots, treatment methods), results of CD treatment (including predictors of success) and implementation of CD into the treatment system (acceptance and dissemination). *Methods:* According to the PRISMA statement a systematic search for psychological treatments of CD for people with alcohol problems (at least at-risk drinking) was carried out in the electronic databases PsycINFO, Medline, and Psynex. 676 relevant articles were identified and analysed. *Results:* CD can be defined as an alcohol consumption corresponding to self-control rules set up by the user. Theoretical roots of CD are learning theory and cognitive behavior therapy, psychology of self-regulation and research concerning Jellinek's disease model of alcoholism. Meanwhile Behavioral Self-Control Trainings have replaced other methods (e. g. aversive conditioning, contingency management and cue exposure) as gold standard in CD treatment. For the whole range of alcohol use disorders individual and group treatments as well as self-help manuals for CD are effective in reducing alcohol consumption and alcohol-related difficulties as well as fostering transitions to abstinence. For matching patients to moderation treatment, patient preference for a treatment goal of CD and CD self-efficacy are most relevant. Acceptance and dissemination of CD have increased in the last decades and vary between countries. *Conclusions:* Given the effectiveness of CD treatment and taking public health, ethical, therapeutical and economical reasons into consideration, free goal choice and availability of moderation treatment should become part of the addiction and medical treatment system.

Keywords: Controlled drinking, moderation goal, behavioral self-control training, brief intervention, alcohol dependence

Serie „Konsumreduktion psychoaktiver Substanzen als
Therapieoption“

Einleitung

Das Ziel einer Alkoholkonsumreduktion hat neuerdings vermehrt Beachtung gefunden: Es ist in die Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen nahezu aller europäischer (Rehm, Rehm et al., 2013) und vieler anderer Länder (z. B. Australien: Haber, Lintzeris, Proude & Lopatko, 2009) eingegangen – auch in die deutschen S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2015). Zudem taucht es als die Abstinenz ergänzende Zieldimension in den „Guidelines of the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence“ der European Medicines Agency (2010) auf. Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze zum selbstkontrollierten Trinken bilden neben Pharmakotherapien und mäßigungsorientierten Selbsthilfegruppen eine von drei – prinzipiell kombinierbaren – Behandlungsvarianten zur Trinkmengenreduktion. Der folgende Beitrag gibt einen systematischen Überblick über den aktuellen theoretischen und empirischen Status der Forschung und Behandlung zum selbstkontrollierten Alkoholkonsum (im Folgenden kurz „Kontrolliertes Trinken“ [KT] genannt). In drei Abschnitten werden die Konzept- und Forschungsgeschichte dieses Ansatzes dargestellt (d. h. die Definition von KT, seine theoretischen Wurzeln und die angewandten Behandlungsmethoden), ein Überblick über die Wirksamkeitsnachweise (inkl. Erfolgsprädiktoren) gegeben und die Befunde sowie Überlegungen zur Implementierung von KT in das Behandlungssystem erörtert (Akzeptanz von KT unter Behandlern und faktische Verbreitung von KT in unterschiedlichen Ländern). Durch diese, über eine Zusammenstellung von Effektivitäts- und Effizienznachweisen für KT-Behandlungen hinausgehende Darstellung sollen sowohl die theoretisch-konzeptionelle Basis von KT-Behandlungen als auch die Implikationen, die die Forschung zu KT für die Ausrichtung des Behandlungssystems haben kann, verdeutlicht werden.

Methodik

Zur Sichtung und Auswahl der publizierten Literatur zu KT wurde gemäß den PRISMA Richtlinien (Liberati et al., 2009) wie folgt vorgegangen (vgl. Abbildung 1):

- In den Datenbanken PsycINFO, Medline und Psynex wurde am 1.9.2014 (Update 1.2.2015) eine systematische Literaturrecherche nach folgenden, im Titel oder Abstract auftauchenden Begriffen vorgenommen: „controlled drinking“, „kontrolliertes Trinken“, „behavioral self control training AND alcohol*“, „moderation oriented cue exposure AND alcohol*“, „guided self change AND alcohol*“, „moderation management AND alcohol*“, „behavioral self management AND alcohol*“, „non abstinent AND alcohol*“, „drinking goal“, „moderation goal AND alcohol*“, „drinking reduction training“, „reduc* heavy drink“ AND alcohol*“, „drink*

control* strateg*“, „drinking moderation“. Auf diese Weise wurden 2574 englisch-, französisch- und deutschsprachige Beiträge identifiziert und weitere 21 Artikel über deren Literaturlisten ermittelt. Alle Dubletten (n = 526) und Arbeiten, die sich gemäß Titel und Abstract nicht mit psychologischen Behandlungen zum Aufbau eines selbstkontrollierten Trinkverhaltens bei Menschen mit klinisch relevanten Alkoholproblemen (mindestens riskanter Konsum) befassen (n = 1192), wurden ausgeschlossen. Weitere 201 Publikationen wurden aus dem zuvor genannten Grund nach einer Volltextanalyse ausgeschlossen. Bei fraglicher Relevanz einzelner Publikationen lasen zwei Personen Abstract und ggf. Volltext der Publikation und entschieden über deren Ein- oder Ausschluss. Die verbleibenden 676 Publikationen wurden nach ihrem Beitrag für die einleitend genannten Fragestellungen analysiert.

- Dabei wurden zunächst die zu KT bereits vorliegenden narrativen (Ambrogne, 2002; Bühlinger, 2008; Heather & Robertson, 1981; Hester, 2003; Klingemann, Room, Rosenberg, Schatzmann, Sobell & Sobell, 2004; Körkel, 2002a, 2002b; Marlatt, 1983; Miller, 1983; Roizen, 1987; Rosenberg, 1993, 2002; Saladin & Santa Ana, 2004; Sobell & Sobell, 1993; van Amsterdam & van den Brink, 2013) und metanalytischen (Apodaca & Miller, 2003; Miller & Wilbourne, 2002; Miller, Wilbourne & Hettema, 2003; Walters, 2000) Reviews verarbeitet und anschließend die weiteren in der Literaturrecherche identifizierten, v. a. neueren Quellen, eingearbeitet.

Ergebnisse zur Konzeptentwicklung und Forschungsgeschichte

Begriff und Operationalisierung von KT

Ausgehend von den „Begriffserfindern“ Reinert und Bowen (1968) ist der Kern der verschiedenen Definitionsvarianten von *selbstkontrolliertem* Alkoholkonsum, dass eine Person ihr Trinkverhalten an einem zuvor von ihr selbst festgelegten Konsumplan bzw. Konsumregeln ausrichtet (Körkel, 2002a; vgl. zu weiteren Definitionen z. B. Duckert, 1995, S. 1168f.; Schippers & Cramer, 2002, S. 72; Sobell & Sobell, 2004b; van Amsterdam & van den Brink, 2013, S. 988). Punktabstinenz, bei der regelhaft Alkoholabstinenz in bestimmten Situationen (z. B. im Kontext von Autofahrten) oder Lebensphasen eingeplant wird, stellt eine auf ausgewählte Zeiten/Zeiträume *limitierte Variante von KT* dar. Beim *fremdkontrollierten Trinken* – praktiziert z. B. in manchen Alten- und Pflegeheimen sowie Wohnheimen für chronisch Alkoholabhängige – werden die Konsummengen und -bedingungen (z. B. Uhrzeit und Ort) durch andere Personen festgelegt bzw. benötigen deren Zustimmung (Böhlke & Schäfer, 2002; Ihlefeld, 1999; Naumann, 1999; Rast, 2015; Wolff, 2005). Von *normalem Trinken* lässt sich in Abgrenzung zu KT sprechen, wenn jemand ohne vorherigen Konsumplan aus der Situation

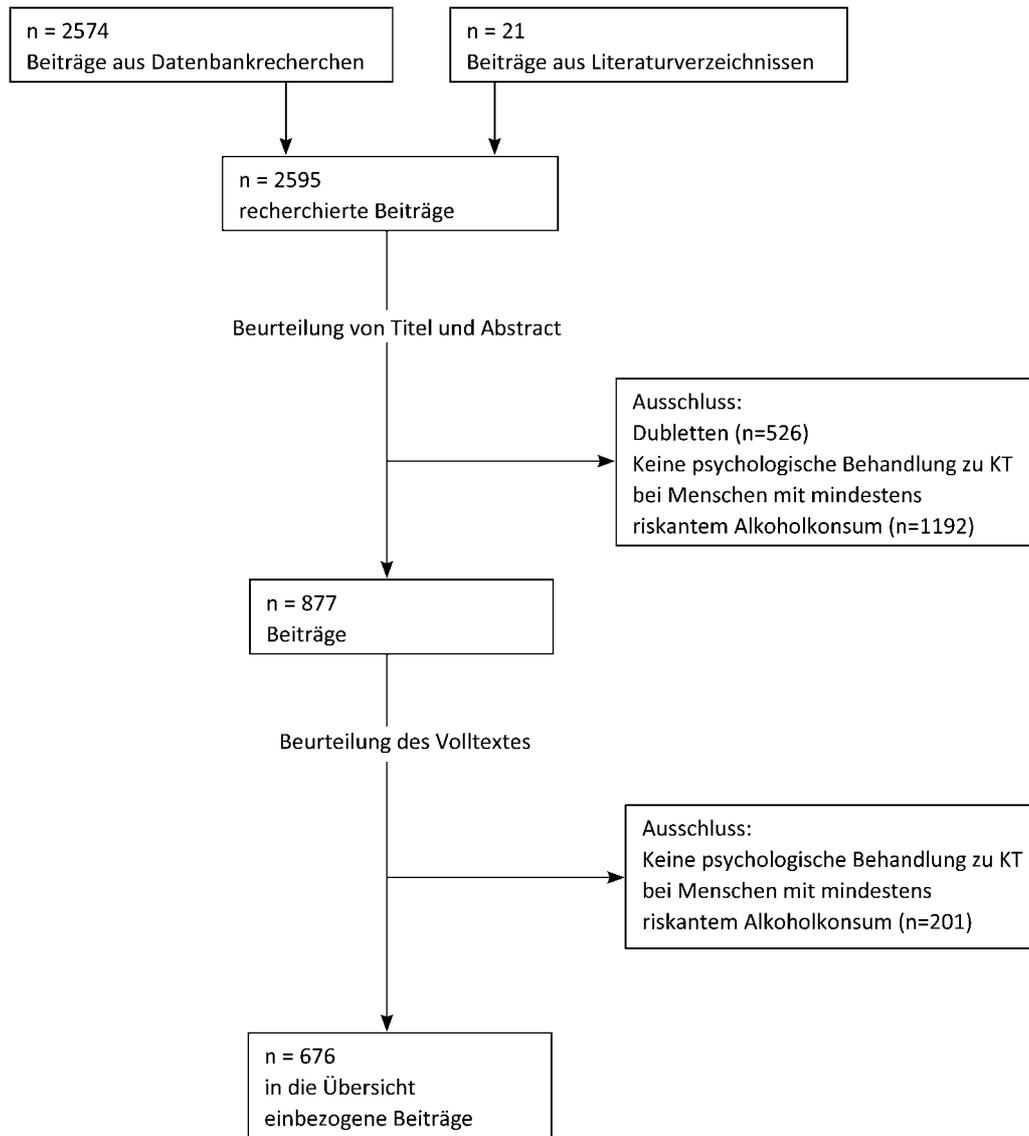


Abbildung 1. Selektionsprozess der einbezogenen Beiträge.

heraus entscheidet, ob er oder sie Alkohol (weiter) trinkt „with the knowledge and complete confidence that well before he gets into any trouble he will have simply lost his appetite for more“ (Reinert & Bowen, 1968, S. 286). Als *moderates Trinken* wird ein Alkoholkonsum bezeichnet, der weder beim Konsumenten noch in der Gesellschaft Probleme nach sich zieht (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2000, S. 1), also etwa nicht die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Schädigungen des Konsumenten erhöht (Seitz & Bühringer, 2007). Definitiv betrachtet, kann somit – muss aber nicht – selbstkontrolliertes Trinken mit moderaten Konsummengen einhergehen wie auch in „normales Trinken“ übergehen.

Die Operationalisierungen von KT variieren in der Forschungsliteratur. In der Regel wird die Realisierung eines selbstkontrollierten Alkoholkonsums über die Re-

duktion der Trinkhäufigkeit und -menge operationalisiert, z.T. auch über weitergehende Kriterien, wie die Überwindung von Abhängigkeitssymptomen und Beendigung konsumbedingter sozialer, rechtlicher oder gesundheitlicher Probleme („asymptomatic drinking“; Übersicht zur Erfolgsbemessung: Heather & Tebbutt, 1989). Die Cut-Off-Werte für KT werden meist konservativ gewählt (vgl. z.B. Foy, Nunn & Rychtarik, 1984; Shaw, Waller, Latham, Dunn & Thomson, 1998; Sieber, 2000). Beispielsweise stuft Sieber (2000) nur diejenigen als kontrolliert trinkend ein, die im Katamnesezeitraum (1.) täglich maximal 0,6 (Frauen) bzw. 0,9 (Männer) Liter Bier (bzw. ein Alkoholäquivalent) konsumierten *und* (2.) keine wiederholten Alkohorräusche *und* (3.) keine Abhängigkeitssymptome *und* (4.) maximal einen Rückfall von höchstens drei Tagen Dauer aufweisen.

Theoretische Wurzeln

In die Behandlungsansätze zum KT fließen Grundlagen aus verschiedenen Forschungs- und Theoriesträngen ein (vgl. Körkel, 2012b; Rosenberg, 2004b).

Lernpsychologie/Kognitive Verhaltenstherapie

Nach lerntheoretischer Sichtweise wird der Umgang mit Alkohol auf verschiedenen Funktionsebenen (Verhalten, Kognitionen, biologische Prozesse) erlernt und kann durch geeignete kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsmaßnahmen verlernt oder neu gelernt werden (Krasnegor, 1979; Rosenberg, 2004b). Der lern- und verhaltenstheoretische Ansatz bietet nicht nur eine Erklärung der Möglichkeit von KT, sondern er dominiert auch die Methodenpalette der Behandlungen zum KT (aversive Konditionierung, Expositionsbehandlung, Selbstkontrolltraining etc.; s. u.).

Lösungs- und ressourcenorientierte Therapie

Theoretische Annahmen zur Möglichkeit von KT wurden auch in lösungs-/ressourcenorientierten Therapieverfahren entwickelt und in Behandlungsmethoden überführt (de Shazer & Isebaert, 2003; Nelle, 2005). Der lösungs-/ressourcenorientierte Ansatz teilt grundlegende Annahmen der Verhaltenstherapie (z. B. Umlernbarkeit von Verhalten), verzichtet auf die Kontrollverlustannahme (s. u.) und nutzt zum Aufbau von KT neue Methoden (z. B. „Wunderfrage“) und solche, die denen der Verhaltenstherapie ähneln (z. B. exakte Verhaltensanalyse und Fokussierung auf Nicht-Problemverhalten, Verstärkung von Erfolgen etc.).

Psychologie der Selbstregulation

Das Konzept des KT fügt sich in eine lange, bis heute anhaltende psychologische Theorie- und Forschungstradition zur Selbstregulation, Selbststeuerung bzw. Selbstkontrolle ein (Überblick: Hofmann, Friese, Müller & Strack, 2011). Vor allem in der Motivationspsychologie (Heckhausen & Heckhausen, 2009) und Klinischen Psychologie (Kanfer, 1996; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) wurden die selbstregulatorischen Prozesse herausgearbeitet, die bei der Überwindung „festgefahrener“ Konsummuster (z. B. Essstörungen; Sommer 1977) von Bedeutung sind. Diese Prozesse stehen auch beim gezielten, therapeutisch unterstützten (Wieder-) Aufbau eines selbstkontrollierten Alkoholkonsums im Mittelpunkt: systematische Selbstbeobachtung und Registrierung des Verhaltens (mittels Trinktagebuch), realistische Anspruchsniveausetzung bei der Festlegung von Konsumzielen, Bewertung von Veränderungen in Relation zum *eigenen* Ausgangsniveau („individuelle Bezugsnormorientierung“), Stärkung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch Änderungserfolg, För-

derung erfolgsorientierter Attributionsmuster und positive Verstärkung von Erfolgen.

Forschung zum klassischen Krankheitsmodell des Alkoholismus

Der Ansatz des KT stützte sich von Anfang an auf Forschungsergebnisse, die den auf die Anonymen Alkoholiker (2011, Original 1939) und Jellinek (1960) zurückgehenden axiomatischen Grundannahmen über Alkoholismus („dispositionelles Krankheitsmodell“) widersprechen (vgl. Fingarette, 1988; Körkel, 2005, 2014a; Miller, 1993). So wurden bereits in der Mitte des letzten Jahrhunderts Studienergebnisse vorgelegt, die dem Postulat, kein „Alkoholiker“ könne jemals zu einem symptomfreien, selbstkontrollierten Trinkverhalten zurückfinden, entgegenstehen (s. u.) – eine Möglichkeit, die selbst Bill und Bob, die Begründer der Anonymen Alkoholiker, für möglich hielten: „Wenn jemand, der früher nicht kontrolliert trinken konnte, plötzlich eine Kehrtwendung zustandebringt und wie ein Gentleman trinken kann, dann ziehen wir unseren Hut vor ihm“ (Anonyme Alkoholiker, 2011, S. 36). Diese Einsicht ist im Rahmen der Ideologisierung ihres Ansatzes (z. B. durch Milam und Ketcham, 1983) ignoriert worden (vgl. Miller, 1993). Empirische Belege sprechen zudem dafür, dass abhängiger Alkoholkonsum nicht Ausdruck eines biologisch determinierten kompletten „Kontrollverlusts“ („loss of control“; Jellinek, 1960), sondern einer graduell variierenden, prinzipiell veränderbaren Kontrolleinschränkung („impaired control“; Heather, 1991) ist (Heather & Dawe, 2005; Miller, 1993). Weiterhin gibt es keine Nachweise für einen qualitativen Sprung von der Nicht-Abhängigkeit in die Abhängigkeit (Miller, 1996), weshalb diese Unterscheidung im DSM-5 aufgegeben worden ist (American Psychiatric Association 2013).

Forschungsstränge und historische Meilensteine

Kontrolliertes Trinken nach Abstinenzbehandlung

Zweifel am Abstinenzparadigma des dispositionellen Krankheitsmodells nährten seit den 1940er-Jahren Follow-Up-Studien, die von der Aufnahme eines unproblematischen Trinkverhaltens bei einem Teil der behandelten Alkoholabhängigen berichteten (vgl. Heather & Robertson, 1981, S. 28 ff; Sobell & Sobell, 1973b, S. 52). Aufsehen erregte aber erst Davies' (1962) Beobachtung, dass 7–11 Jahre nach einer Abstinenztherapie 7 von 93 Alkoholabhängigen einen Alkoholkonsum innerhalb der kulturell vorgegebenen Normen praktizierten (was sich als Irrtum herausstellte: Edwards, 1985, 1994). Spätere Studien mit größeren Patientenstichproben replizierten und erweiterten die älteren Befunde. So ermittelten Polich und Kollegen (Polich, Armor & Braiker, 1981: „Rand-Report“) an

einer großen US-amerikanischen Patientenstichprobe, dass nach stationärer Abstinenztherapie 12 % der Patienten über die gesamten vier Nachbefragungsjahre hinweg kontrolliert Alkohol tranken. Mittlerweile liegt eine Fülle an Alkoholismusstudien vor, zu denen die weltweit größten (MATCH [Project MATCH Research Group, 1998a], COMBINE [Anton et al., 2006], UKATT [Adamson, Heather, Morton & Raistrick, 2010]) und auch deutschsprachige (z. B. Sieber, 2000; Meyer, Wapp, Strik & Moggi, 2014) gehören, die fast ausnahmslos das Gleiche berichten: Ein von Studie zu Studie variierender Anteil der auf Abstinenz Behandelten geht zu einem reduzierten Alkoholkonsum über (Gastfriend, Garbutt, Pettinati & Forman, 2007; Miller, Walters & Bennett, 2001), obwohl in Abstinenztherapien keine Kompetenzvermittlung zu KT erfolgt, sondern meist strikt davon abgeraten und mit der Vorhersage versehen wird, dass der Versuch des KT unweigerlich im „Absturz“ ende. Interessanterweise wird in der internationalen Katamneseforschung – auch der dem klassischen Krankheitsmodell nahestehenden pharmakologischen (vgl. z. B. Mason & Leher, 2012; Rösner, Hackl-Herrwerth, Leucht, Vecchi, Srisuranont & Soyka, 2010) – der Erfolg von Abstinenzbehandlungen nicht bzw. nicht hauptsächlich am Prozentsatz der dauerhaft Abstinenter bemessen, sondern am Prozentsatz abstinenter Tage, dem Prozentsatz schwerer Trinktage, der durchschnittlichen Konsummenge an Trinktagen sowie der Gesamtkonsummenge pro Woche oder Monat (siehe z. B. Sobell & Sobell 2006) – also an Indikatoren eines reduzierten Alkoholkonsums, den es nach dem Kontrollverlustparadigma bei Alkoholabhängigen gar nicht geben dürfte (Gastfriend et al., 2007).

Kontrolliertes Trinken ohne Suchtbehandlung („untreated remission“)

Zweifel am Kontrollverlustparadigma nähren auch Studien, die unbehandelte Alkoholabhängige im Zeitverlauf untersucht und gezeigt haben, dass die Überwindung einer Alkoholabhängigkeit in Form eines unproblematischen Konsums nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich ist (Übersicht: Klingemann & Sobell, 2007; Rumpf, 2014). So zeigt etwa die epidemiologische Querschnittstudie („NESARC“) von Dawson, Grant, Stinson, Chou, Huang und Ruan (2005) bei N = 4422 (Ex-) Alkoholabhängigen, dass in den USA mehr Personen ihre Alkoholabhängigkeit durch den Übergang zu einem unproblematischen Trinkverhalten als durch Abstinenz überwinden.

Kontrolliertes Trinken nach Reduktionsbehandlung

Den „Frontalangriff“ auf das Abstinenzparadigma stellte die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Behandlungen mit dem expliziten Ziel des KT dar. Diese von Anfang an auf ihre Wirksamkeit untersuchten Behandlungen kamen erstmals in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts in Australien (Caddy & Lovibond, 1976; Lovibond & Caddy,

1970) und den USA (Sobell & Sobell, 1973a, 1973b) zum Einsatz. Die Debatte um das KT entflammte v. a. um die „IBTA-Studie“ der Sobells, die zeigen konnten, dass bei körperlich Alkoholabhängigen („Gamma-Alkoholiker“) eine KT-Behandlung kurz-, mittel- und langfristig (nach ein, zwei, drei und zehn Jahren) bessere Effekte als eine Abstinenzbehandlung erzielte (Caddy, Addington & Perkins, 1978; Sobell & Sobell, 1973a, 1973b, 1976, 1978, 1984), woraus Marlatt (1983) folgerte, dass Abstinenz keineswegs das realistischere oder humanere Behandlungsziel sei. Auch in Deutschland (Heil & Jaensch, 1978; Vollmer, Kraemer, Schneider, Feldhege, Schulze & Krauthahn, 1982a, 1982b), Österreich (Czypionka & Demel, 1976) und der Schweiz (Noschis, Müller & Weiss, 1989; Polli, Ketterer & Weber, 1989; Polli, 1997; Sondheimer, 2000) wurde schon vor Jahrzehnten von positiven Erfahrungen mit dem Einsatz und der Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen zum KT berichtet (vgl. Körkel, 2002b).

Im Laufe der inzwischen fast 50-jährigen Geschichte des KT haben sich die Behandlungsformen zum Aufbau eines selbstkontrollierten Trinkverhaltens gewandelt. Waren früher – der damaligen Methodenentwicklung und -präferenz der Verhaltenstherapie entsprechend – v. a. aversives Konditionieren (Verabreichen leichter Stromstöße bei übermäßigem Alkoholkonsum [Caddy & Lovibond, 1976; Lovibond & Caddy, 1970; Sobell & Sobell, 1973b]), Kontingenzmanagement (z. B. Erhalt von Vergünstigungen [Wohnung, Geld etc.] bei Einhalten von Trinkobergrenzen [Cohen, Liebson & Faillace, 1973]), Blutalkoholdiskriminationstraining (Foy et al., 1984) und Reizexposition (dem weiteren Alkoholkonsum nach einer ersten Alkoholdosis widerstehen lernen: „Moderation-Oriented Cue Exposure“ [MOCE; Heather et al., 2000]) üblich, sind heutzutage Selbstkontrolltrainings Standard.

Unter den Selbstkontrolltrainings sind im englischsprachigen und deutschen Sprachraum „Behavioral Self-Control-Trainings“ (Hester, 2003; Miller, 1977) führend (Heather et al., 2000: „Goldstandard“). Sie kommen über das gesamte Spektrum an Alkoholkonsumstörungen zum Einsatz und wurden häufig auf ihre Wirksamkeit untersucht (s. u.). Daneben wurde im französischsprachigen Teil Kanadas und der Schweiz das ebenfalls behavioral ausgerichtete Selbstkontrollprogramm „Alcochoix+“ entwickelt (Simoneau, Landry & Tremblay, 2004, 2005) und verbreitet (Cournoyer, Simoneau, Landry, Tremblay & Patenaude, 2009). Es richtet sich an Personen mit riskant hohem Alkoholkonsum und kann eigenständig (in Form eines Selbsthilfemanuals) oder therapeutengestützt umgesetzt werden. In der Schweiz kommt es auch bei Alkoholabhängigen zum Einsatz (Klingemann, Dampz & Perret, 2010).

Sobell und Sobell (1993; 2005a) haben unter dem Namen „Guided Self-Change Treatment“ (GSC) eine zieloffene Kurzintervention mit variabler Sitzungsanzahl für nicht-abhängige Problemtrinker entwickelt, bei der die Patienten entscheiden, ob sie Konsumreduktion oder Abstinenz anstreben. GSC ist durch einen „geschmeidigen Gesprächsstil“ i. S. d. Motivational Interviewing (Miller &

Rollnick, 2013) charakterisiert und kombiniert Elemente von BSCTs (z.B. systematische Selbstbeobachtung des Konsums, Nutzung von Selbsthilfematerialien), kognitiver Verhaltenstherapie und Rückfallprävention.

Behavioral Self-Control Training (BSCT)

„Behavioral Self-Control Training“ ist der auf Miller (1977) zurückgehende Sammelbegriff für eine Klasse lerntheoretisch und motivationspsychologisch begründeter Trinkmengenreduktionsprogramme, bei denen dem Konsumenten Kompetenzen zur Selbstkontrolle des Konsums vermittelt werden. Zu diesen Kompetenzen gehört, vom aktuellen Konsumniveau ausgehend wöchentlich drei Ziele festzulegen (Anzahl alkoholfreier Tage, Maximalkonsum pro Tag und pro Woche) und diese Ziele durch Beobachten, Zählen und Registrieren des Konsums (Trinktagebuch), Einsatz individualisierter Kontrollstrategien (z.B. „vor und nach jedem alkoholischen Getränk ein großes nichtalkoholisches Getränk trinken“), Vorbereitung auf und Umgang mit Risikosituationen und „Ausrutschen“, Aktivierung alkoholfreier Formen der Problembewältigung/Freizeitgestaltung u.a.m. zu erreichen (vgl. detaillierte Inhaltsauflistung der BSCTs bei Hester, 2003; Körkel, 2012b). Für Forschung und klinische Anwendung haben Bonar et al. (2011; Kraus et al., 2012; Hoffmann et al., 2013) einen Fragebogen zur Erfassung der Zuversicht, jede von 31 vorgegebenen Konsumreduktionsstrategien in Risikosituationen einsetzen zu können, entwickelt und psychometrisch geprüft („Alcohol Reduction Strategies—Current Confidence [ARS-CC] questionnaire“).

Viele der in BSCTs vermittelten Selbstkontrollstrategien sind identisch mit denen, die Menschen intuitiv zur Konsumlimitierung einsetzen (vgl. Schippers & Cramer, 2002) und zwischen den in Abstinenz- und KT-Behandlungen vermittelten Kompetenzen gibt es viele Parallelen (z.B. Befähigung zum Umgang mit Verlangen, sozialem Druck zum Mittrinken und „Ausrutschen“; Duckert, 1995, S. 1168). Zudem nimmt Abstinenz auch in BSCTs eine gewichtige Bedeutung ein, indem bei den wöchentlichen Zielfestlegungen angeregt wird, abstinente Zeiten (Tage) in Erwägung zu ziehen/einzuplanen und ggf. zu einer abstinenter Lebensweise überzuwechseln, falls sich das gewünschte Ausmaß an Reduktion als nicht erreichbar bzw. zu „kontrollaufwändig“ erweist und erste Reduktionserfolge die Abstinenzbereitschaft und -zuversicht genährt haben sollten.

BSCTs bzw. Elemente aus diesen kommen in den folgenden, miteinander kombinierbaren Anwendungsvarianten zum Einsatz.

Selbsthilfemanuale („Bibliotherapie“)

Anleitungen zum selbstständigen Erlernen eines kontrollierten Alkoholkonsums liegen seit 1976 aus den USA (Miller & Muñoz, 1976; neueste Auflage 2013) und in-

zwischen aus vielen anderen Ländern vor (Übersicht: Körkel, 2002a; 2013). Auch im Internet sind strukturierte Selbsthilfeprogramme zum KT vielfältig verfügbar (z.B. www.downyourdrink.org.uk; www.minderdrinken.nl; www.moderatedrinking.com; www.selbsthilfealkohol.de), oftmals mit interaktiven Komponenten und Online-Foren. Andere Internetseiten enthalten Elemente von BSCTs (z.B. Trinktagebuch mit Wochenzielfestlegung: www.mydrinkcontrol.ch).

Einzel- und Gruppenbehandlungen

Seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts kommen Einzel- und Gruppenbehandlungen zum KT zum Einsatz, die eine intensivere Unterstützung als Selbsthilfemanuale ermöglichen (Übersicht: Körkel, 2002a, 2002b). Sie umfassen in der Regel 6–12 manualisierte, strukturierte Sitzungen von 1–2 Stunden Dauer mit den für BSCTs typischen Inhalten (Führen und Auswerten eines Trinktagebuchs, wöchentliche Zielfestlegungen etc.) und werden zum Teil durch Auffrischungssitzungen, Selbsthilfemanuale (z.B. zur eigenständigen „Nachsorge“ nach Behandlungsende; Körkel, 2013) oder reduktionsorientierte Selbsthilfegruppen ergänzt.

Selbsthilfegruppen

Die bekannteste Selbsthilfevereinigung mit dem Ziel des moderaten/kontrollierten Trinkens ist „Moderation Management“ (MM) (Lembke & Humphreys, 2012; Rotgers, Kern & Hoeltzel, 2002; www.moderation.org). MM wurde 1994 in den USA als Alternative zu den Anonymen Alkoholikern v.a. für die Zielgruppe der nicht-abhängigen „Problemtrinker“ gegründet. MM liegt ein nicht-sprituell ausgerichtetes „9-Schritte-Programm“ mit Inhalten wie in BSCTs und fester Ablaufstruktur zugrunde. Neben der Vor-Ort-Teilnahme an MM-Gruppen gibt es die Möglichkeit der Teilnahme an Online-Meetings und Online-Foren, der Nutzung eines Online-Trinktagebuchs u.a.m. Die vorliegenden, nicht-repräsentativen Studien zum Mitgliederprofil von MM zeigen, dass auch Alkoholabhängige MM-Angebote wahrnehmen und im Vergleich zu Gruppen der Anonymen Alkoholiker die Abhängigkeitsschwere und Abbruchquoten geringer ausfallen und der Frauenanteil höher liegt (Humphreys, 2003; Humphreys & Klaw, 2001; Klaw, Luft & Humphreys, 2003; Kosok, 2006). 19% der Nutzer von MM geben an, bei MM Unterstützung bei der Zielentscheidung (Abstinenz oder KT) zu suchen (Kosok, 2006), was die Annahme stärkt, dass Reduktionsangebote die Aufnahme einer Abstinenzbehandlung fördern können.

Im deutschsprachigen Raum haben sich Selbsthilfegruppen zum KT aus Teilnehmern des „Ambulanten Gruppenprogramms zum Kontrollierten Trinken“ (Körkel, Schellberg, Haberacker, Langguth & Neu, 2002) gebildet.

Ärztliche Kurzinterventionen

Schon vor Jahrzehnten waren Elemente von BSCTs (z. B. Trinktagebuch, Anregungen zum Festlegen von Reduktionszielen, Tipps zum Umgang mit Risikosituationen etc.) Bestandteil vieler ärztlicher Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen (z. B. TrEAT [Fleming, Barry, Maxwell, Johnso & London, 1997], Health [Ockene, Wheeler, Adams, Hurley & Hebert, 1997], DRAMS [Heather, Champion, Neville & MacCabe, 1987]; Noschis et al., 1989; Sondheimer, 2000) und sind dies bis heute (vgl. AWMF, 2015; Kaner et al., 2013).

Stepped Care

Bei der Umsetzung von KT-Interventionen wird die Anwendung des Prinzips „stepped care“ (Sobell & Sobell, 2000) empfohlen. Das bedeutet, mit der Reduktionsmaßnahme zu beginnen, die am einfachsten umzusetzen ist, am wenigsten in Alltagsabläufe eingreift, kostengünstig ist, gute Ergebnisse verspricht und mit Nutzerzufriedenheit einhergeht. Führt eine entsprechende Maßnahme – z. B. die Bearbeitung eines Selbsthilfemanuals oder eine ärztliche Kurzintervention – nicht zum gewünschten Erfolg, ist schrittweise eine intensivere Maßnahme (z. B. eine Einzel- oder Gruppenbehandlung) zu empfehlen.

Wirksamkeit von Behandlungen zum KT

Gemäß einer Sichtung aller zur Wirksamkeit von Alkoholismusbehandlung veröffentlichten RCTs (Projekt „MESA Grande“: Miller & Wilbourne, 2002; Miller, Wilbourne & Hettema, 2003) liegen die meisten RCTs zu BSCTs vor (bei der letzten MESA Grande Aktualisierung 46 Studien), die zudem eine überdurchschnittlich hohe methodologische Qualität aufweisen (a.a.O.). Die Wirksamkeitsnachweise von KT-Behandlungen sind inzwischen in verschiedenen narrativen Reviews (Heather & Robertson, 1981; Klingemann et al., 2004; Körkel, 2002a; Miller, 1983; Rosenberg, 1993; Saladin & Santa Ana, 2004) und statistischen Metaanalysen (Apodaca & Miller, 2003; Miller & Wilbourne, 2002; Miller et al., 2003; Walters, 2000) zusammengefasst worden. Deren Ergebnisse, ergänzt durch neuere Studien, werden im Folgenden dargestellt.

Gesamtergebnisse

Trinkmengenreduktion

Nach den vorliegenden narrativen Reviews wird durch eine KT-Behandlung der Alkoholkonsum signifikant und klinisch bedeutsam reduziert. Auch nach Walters' (2000) statistischer Metaanalyse der 17 bis 1997 publizierten RCTs,

die fast ausschließlich Einzel- und Gruppenbehandlungen zum KT umfassen, sind BSCTs insgesamt wirksam ($n = 17$ Studien, $d = .33$, $SE = .08$, 95% CI $.17-.49$), wirksamer als keine Intervention (no treatment control, $n = 4$ Studien, $d = .94$, $SE = .16$, 95% CI $.63-1.25$) und wirksamer als andere, nicht auf Abstinenz ausgerichtete Interventionen (z. B. eine Alkohol-Informationsgruppe, $n = 11$, $d = .20$, $SE = .10$, 95% CI $.01-.39$). BSCTs sind abstinenzbezogenen Programmen mindestens ebenbürtig ($n = 6$, $d = .28$, $SE = .16$, 95% CI $-.03-.59$), längerfristig (Katamnesezeitraum ≥ 1 Jahr) tendenziell überlegen ($n = 5$, $d = .35$, $SE = .18$, 95% CI $.00-.70$). Auch die größte Alkoholismusstudie Großbritanniens („United Kingdom Alcohol Treatment Trial“; UKATT Research Team, 2001) illustriert dies: Unabhängig davon, ob man die Reduktion der Trinkmenge, den Zuwachs an alkoholfreien Tagen oder den Rückgang der Abhängigkeitssymptomatik als Erfolgskriterium zugrundelegt, schneiden Patienten ohne Abstinenzziel im einjährigen Nacherhebungszeitraum genauso gut ab wie diejenigen mit Abstinenzziel (Adamson et al. 2010).

Die Erfolgsquote von KT-Behandlungen liegt nach verschiedenen Ergebnisübersichten (Körkel, 2002a; Miller, 1983) bei einer Katamnesezeitdauer von mindestens einem Jahr bei durchschnittlich 65%. Bezogen auf den Alkoholkonsum werden als Erfolg eine Trinkmengenreduktion und der Übergang zur Abstinenz, zu dem es bei 10–30% der Patienten während oder nach einer KT-Behandlung kommt, gewertet. In die summarischen Erfolgsquoten gehen Studien mit unterschiedlichen Operationalisierungen von KT, Nacherhebungszeiträumen und Stichproben ein, weshalb nicht verwundert, dass das Erfolgsspektrum zwischen den Studien von 25% bis 90% reicht.

Die in manchen KT-Programmen geforderte Eingangsabstinenz (z. B. von 3 Wochen: Sanchez-Craig, 1980) fördert nach manchen Studien den Behandlungserfolg (z. B. Elal-Lawrence, Slade & Dewey, 1986), nach anderen nicht (z. B. Sanchez-Craig & Lei, 1986). Auffrischsitzungen (booster sessions) nach einer KT-Behandlung verbesserten bei Booth, Dale, Slade und Dewey (1992) den Behandlungserfolg, bei Connors und Walitzer (2001; Walitzer & Connors, 2007) nur bei den schweren Alkoholkonsumentinnen. Boostersitzungen förderten bei diesen schwer alkoholabhängigen Frauen zudem die Nutzung der während der KT-Behandlung vermittelten Selbstkontrollstrategien und der Strategieinsatz begünstigte den weiteren Reduktionserfolg in den ersten sechs Katamneseomonaten nach Behandlungsende (Mendoza, Walitzer & Connors, 2012). Reizexpositionsbehandlung ist vergleichbar effektiv wie BSCT, aber wesentlich aufwändiger (Heather et al., 2000; Dawe et al., 2002).

Weitere Veränderungen

Nach Walters' (2000) Metaanalyse führen BSCTs nicht nur zu einer Reduktion des Alkoholkonsums ($n = 11$ Studien, $d = .22$, $SE = .09$, 95% CI $.04-.40$), sondern auch alkoholassoziierter Probleme ($n = 7$, $d = .29$, $SE = .14$, 95% CI $.02-.56$). Ergänzend dazu berichtet eine neuere Studie als

Ergebnis von Reduktionsbehandlung den Rückgang diverser psychiatrischer Symptome (Walitzer & Connors, 2007), eine andere den Anstieg an Lebensqualität (Blankers, Koeter & Schippers, 2011). Diese Befunde liegen in einer Linie mit denen aus *abstinenzbezogener* Alkoholismusbehandlung: Nach Ende einer Abstinenzbehandlung stehen diejenigen, die zu KT übergegangen sind, den abstinent Lebenden in nichts nach, was den Rückgang der Angst- und Depressionssymptomatik, den Anstieg des Selbstwertgefühls, die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation/-qualität (Maffli, Wacker & Mathey, 1995; Shaw et al., 1998) und den Rückgang alkoholbezogener Probleme (Dunn & Strain, 2013; Maisto, Clifford, Stout & Davis, 2007) anbelangt.

Nachhaltigkeit der Veränderungen

Der häufig geäußerte Vorbehalt, KT gelinge – falls überhaupt – nur kurzfristig und werde von Rückfällen in das alte Konsumverhalten abgelöst, ist nach den vorliegenden narrativen Reviews, Walters' (2000) Metaanalyse sowie neueren Katamnese Studien (z. B. Körkel, 2006; Walitzer & Connors, 2007) nicht haltbar. Es zeigt sich vielmehr in US-amerikanischen, schwedischen und anderen Langzeitstudien, dass systematisch erlerntes KT über viele Jahre hinweg erfolgreich aufrecht erhalten werden kann – bei Nordström, Berglund und Frank (2004) über einen mehr als 15jährigen Nacherhebungszeitraum. Das erste Jahr erfolgreichen kontrollierten Trinkens lässt eine gute Prognose für die Beibehaltung dieses Verhaltens über die folgenden sieben Jahre zu (Miller, Leckman, Delaney & Tinkcom, 1992). Mit zunehmendem Abstand vom Behandlungsende gehen die durch eine KT-Behandlung erzielten Effekte zurück (Walters, 2000). Dies gilt jedoch in gleicher Weise für Abstinenzbehandlungen (Rosenberg, 1993, S. 130), bei denen zudem eine Effekstabilisierung durch den Besuch von Abstinenzselbsthilfegruppen stattfindet (vgl. z. B. Kufner, Feuerlein & Huber, 1988).

Reguläre Behandlungsbeendigung

Pomerleau, Pertschuk, Adkins und Brady (1978) stellten bei randomisierter Zuweisung zu einer Abstinenz- oder KT-Behandlung häufigere Behandlungsabbrüche bei den auf Abstinenz hin behandelten Patienten fest. Zum gleichen Ergebnis gelangen Schippers und Nelissen (2006) in einer nicht-randomisierten Studie. Innerhalb einer KT-Behandlung kam es in der Studie von Sanchez-Craig, Spivak und Davila (1991) bei erfahrenen Therapeuten zu einer geringeren Drop-out-Quote als bei unerfahrenen.

Qualität der therapeutischen Beziehung

So wie ganz generell der Erfolg von Suchtbehandlung wesentlich von der Qualität der therapeutischen Beziehung

und nicht vorwiegend von der Therapierichtung abhängt (Miller & Moyers, 2014; Project MATCH Research Group, 1998b), gibt es erste Studien, die dies auch für Interventionen mit Moderationsziel bestätigen (Wiprovnick, Kuerbis & Morgenstern, 2015).

Befunde zu unterschiedlichen Behandlungsformen

Selbsthilfemanuale

Apodaca und Miller (2003) kommen bei metaanalytischer Auswertung von 22 RCTs zum Ergebnis, dass über das gesamte Spektrum des problematischen Alkoholkonsums die autodidaktische Bearbeitung eines KT-Selbsthilfemanuals („Bibliotherapie“), kombiniert mit maximal einem persönlichen Kontakt, zu einem markanten Rückgang des Alkoholkonsums führt und die alleinige Manualbearbeitung einer Einzel- oder Gruppenbehandlung nicht generell unterlegen ist (vgl. auch Miller & Wilbourne, 2002). Dieser Effekt zeigt sich einheitlicher bei Patienten, die wegen eines Alkoholproblems ambulante Hilfe suchen („treatment seekers“), als bei Personen, die eine Reduktionsanleitung aufgrund eines positiven Alkoholscreenings erhalten („opportunistic interventions“). In einer neueren Pilotstudie bei stationär notfallbehandelten Patienten mit problematischem Alkoholkonsum förderte die Mitgabe eines Selbsthilfemanuals den Beginn einer Alkoholismusbehandlung nach Entlassung aus der Klinik (Apodaca, Miller, Schermer & Amrhein, 2007).

Zur Reduktion des Alkoholkonsums haben sich v. a. bei Risikokonsumenten auch Online-Selbstkontrollinterventionen ohne Therapeutenkontakt als wirksam erwiesen, wie die Metaanalyse von Riper et al. (2011) und Folge-RCTs (Blankers et al., 2011; Hester, Delaney & Campbell, 2011) zeigen. Dabei ist ein einzelner Kontakt mit normativem Konsumfeedback weniger wirksam als umfangreichere Programme (Riper et al., 2011). Nach den Ergebnissen von Wallace et al. (2011) führt das Internet-Programm „Down Your Drink“ zu keiner größeren Alkoholkonsumreduktion als eine Internet-Alkoholinformationsplattform. Bei Blankers et al. (2011) zieht die Bearbeitung eines Internet-Selbsthilfeprogramms zur Alkoholreduktion sechs Monate nach Studienbeginn etwas geringere Konsumrückgänge und Lebensqualitätssteigerungen nach sich als sieben reduktionsorientierte Internet-Chats mit einem Therapeuten.

Einzel- und Gruppenbehandlungen

Gemäß Walters' (2000) Metaanalyse sind Einzel- und Gruppenbehandlungen (BSCTs) zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme geeignet. Die Effekte zeigen sich auch bei Follow-Up-Zeiträumen von mehr als einem Jahr. Einzel- und Gruppenbehand-

lungen unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit nicht. Ein RCT von Miller (1978) kommt zum Ergebnis, dass die Aushändigung eines KT-Selbsthilfemanuals am Ende einer KT-Einzelbehandlung die erreichten Veränderungen stabilisiert.

Die Umsetzung des Konsumreduktionsansatzes im Rahmen des Behandlungspakets von Guided Self-Change ist nach verschiedenen Studien ebenfalls wirksam (Sobell & Sobell, 2005a).

Bei Rubio et al. (2002) erbringt die Vergabe von Naltrexon im 3-monatigen Behandlungszeitraum keinen Zusatznutzen zu einer KT-Einzelbehandlung, wohl aber im 12-Monats-Follow-Up.

Selbsthilfegruppen

Die Nutzung der Online-Ressourcen der Selbsthilfeansatzes „Moderation Management“ (MM; moderatedrinking.com) wie auch seine Kombination mit dem Online-BSCT „ModerateDrinking.com“ führen in einem 3- und 12-Monats-Follow-Up bei nicht-abhängigen „Problemtrinkern“ zu einer Reduktion des Alkoholkonsums wie auch alkoholassoziierter Probleme; die Anzahl alkoholfreier Tage erhöht sich stärker bei Kombination beider Online-Hilfen (Hester, Delaney & Campbell, 2011; Hester, Delaney, Campbell & Handmaker, 2009). Zur Wirksamkeit der Face-to-face-Teilnahme an MM-Treffen oder anderen auf Reduktion ausgerichteten Selbsthilfegruppen liegen bislang keine Studien vor (Lembke & Humphreys, 2012).

Ärztliche Kurzinterventionen

Bei Patienten mit einem *nicht-abhängigen*, aber *riskant hohen Alkoholkonsum* sind die Rückmeldung des überhöhten Alkoholkonsums (z. B. eines Screeningtest- oder Laborergebnisses) und Aushändigung einer Selbsthilfebroschüre für eine dauerhafte Trinkmengenabsenkung ausreichend; längere Gespräche erbringen keinen Zusatznutzen (Kaner et al., 2009; Kaner et al., 2013). Zur Wirksamkeit opportunistischer Kurzinterventionen bei *alkoholabhängigen* Patienten ist die Studienlage uneinheitlich (vgl. AWMF, 2015). Bei Patienten mit *Alkoholabhängigkeit*, die Hilfe wegen ihres Alkoholproblems suchen und keine Abstinenz, sondern Konsumreduktion anstreben, hat sich die Abfolge *mehrerer* alkoholbezogener Gespräche als wirksam erwiesen, wobei bei einem Teil der Patienten eine medikamentöse Unterstützung mit Naltrexon (Maisel, Blodgett, Wilbourne, Humphreys & Finney, 2012; Rubio et al., 2002) oder Nalmefen (Mann, 2014, 2015; Mann, Bladstrom, Torup, Gual & van den Brink, 2013) den Reduktionserfolg erhöhen kann. Bei Nalmefen ist das explizite Anwendungsziel die Trinkmengenreduktion (Mann, 2015). Ungeprüft ist dabei – wie bei nahezu allen pharmakologischen Studien – ob sich die Konsumreduktion durch die Kombination von Pharmakotherapie mit einer *struk-*

turierten KT-Behandlung (in Form eines BSCTs) optimieren ließe.

Differentielle Effekte/Prädiktoren

Soziodemografische und suchtbioografische Merkmale

In einer Vielzahl Studien wurde *post-hoc* geprüft, welche soziodemografischen und suchtbioografischen Merkmale den Erfolg einer KT-Behandlung vorherzusagen vermögen und sich somit für eine Indikations-/Allokationsempfehlung eignen (Übersicht: Heather & Robertson, 1981; Rosenberg, 1993, 2004a; Saladin & Santa Ana, 2004). Zu diesen Merkmalen gehören „severity of dependence, client attitudes and beliefs about controlled drinking and abstinence, previous treatment, pretreatment drinking style, psychological and social stability, demographic characteristics, family history of drinking, referral source, and posttreatment adjustment and drinking“ (Rosenberg, 1993, S. 129). Die Mehrzahl dieser Variablen eignet sich nicht zur Ergebnisprädiktion (Bühringer, 2008): Einige Studien berichten von einem positiven, andere von keinem und wiederum andere von einem negativen Einfluss des jeweiligen Merkmals auf das Erreichen eines selbstkontrollierten Trinkverhaltens. Die Studienlage zu ausgewählten Prognosevariablen wird im Folgenden eingehender dargestellt.

Alkoholmissbrauch – Alkoholabhängigkeit

Nach Walters' (2000) Metaanalyse profitieren nicht-abhängige Problemtrinker ($n = 10$ Studien, $d = .34$, $SE = .11$, $95\% \text{ CI } .12-.56$) und Alkoholabhängige ($n = 7$; $d = .32$, $SE = .14$, $95\% \text{ CI } .05-.59$) gleichermaßen von einer KT-Behandlung. Walters resümiert: „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“ (S. 145). Zum gleichen Ergebnis kommen Saladin und Santa Ana (2004) in ihrem Review und auch neuere Studien (z. B. Enggasser et al., 2015; Körkel, 2006). Für die aus dem Krankheitsmodell des Alkoholismus ableitbare Annahme, es fände sich eine biologisch vorgegebene Grenze, ab der kontrollierter Konsum unmöglich wäre, gibt es somit keine Nachweise (Bühringer, 2008). In Einklang mit dieser Befundlage sehen Schweizer KT-Behandler eine KT-Behandlung auch bei Alkoholabhängigen als sinnvoll an (Klingemann, Dampz & Perret, 2010). Diese Ergebnisse schließen, wie Miller (1983) anmerkt, nicht aus, dass „it is altogether possible (if not likely) that for some problem drinkers moderation is a permanent impossibility, whereas for others it is attainable“ (S. 71).

Schwere der Alkoholabhängigkeit

Stockwell (1986, 1988) entfachte im *British Journal of Addiction* in den Jahren 1986–1988 eine Debatte, in der er die Möglichkeit von KT bei schwer Alkoholabhängigen in Zweifel zog (eine Position, die er nach einer Fallvignette von Booth [1990] korrigierte [Stockwell, 1990]). In der Tat kommt eine Reihe *Post-hoc*-Analysen von KT-Behandlungen ohne Vergleichsgruppen Abstinenzbehandelter zum Ergebnis, dass mit zunehmender Schwere der Alkoholabhängigkeit KT *seltener* gelingt („severity of dependence hypothesis“) (Miller et al., 1992). Diese Ergebnisse, die meist weder auf einer theoretisch begründeten noch einheitlichen Schwere-Definition, sondern einem intuitiven Schwereverständnis (z. B. „chronic alcoholics“) beruhen, veranlassten Sobell und Sobell (1995a) vor 20 Jahren zu dem Resümee, dass „recoveries of individuals who have been severely dependent on alcohol predominantly involve abstinence“ (S. 1149). Diese Einschätzung wurde in den Folgejahren von ihnen (z. B. Sobell & Sobell, 2006, 2011) wiederholt und findet sich auch in anderen Reviews (Rosenberg, 1993). Eine Reihe Autoren hat daraus gefolgert, dass eine KT-Behandlung bei schwerer Alkoholabhängigkeit nicht indiziert sei. Dawe, Rees, Mattick, Sitharthan und Heather (2002) stellen dazu kritisch fest: „The current practice of reserving a CD [Controlled Drinking] goal almost exclusively for persons with relatively mild problem severity and low alcohol dependence rests on clinical convention rather than on a systematic review of the treatment outcome literature“ (S. 1045). Die Folgerung, KT sei für schwer Alkoholabhängige nicht indiziert (da relativ unwahrscheinlich) oder gar kontraindiziert, ist nach Heather (1995) und anderen Autoren (z. B. Körkel, 2001a) aus mehreren Gründen nicht gerechtfertigt:

Erstens sprechen die wenigen RCTs, in denen schwer Alkoholabhängige per Zufall einer Abstinenz- oder KT-Behandlung zugewiesen wurden, nicht für bessere Erfolge einer Abstinenztherapie. So kommt die IBTA-Studie von Sobell und Sobell (1984) bei „poor-prognosis, chronic alcoholic state hospital patients“ (S. 413; davon 37% mit schweren Entzugserscheinungen [Halluzinationen, Delirien etc.] – im Jellinekischen (1960) Sinne „Gamma-Alkoholiker“ – zum bereits berichteten Ergebnis, dass die Patienten mit KT-Behandlung besser abschnitten als diejenigen mit Abstinenzbehandlung. Differenziert man innerhalb dieser Stichprobe nochmals nach der Anzahl früherer Hospitalisierungen (als weiteren Indikator der Abhängigkeitsschwere), ergeben sich ebenfalls keine Belege für die Schweregradhypothese (Maisto, Sobell & Sobell, 1980).

Zweifel an der Bestätigbarkeit dieser Hypothese ergeben sich auch daraus, dass eine schwere Alkoholabhängigkeit auch in Abstinenzbehandlungen mit schlechteren Behandlungsergebnissen einhergeht (z. B. Foy et al., 1984; Kufner, Feuerlein & Huber, 1988).

Zweitens widerspricht eine erhebliche Zahl randomisierter und nicht-randomisierter Studien der „severity of dependence hypothesis“ (Booth, 1990, 2006; Dawe et al., 2002; Elal-Lawrence, Slade & Dewey, 1986; Heather, Ro-

bertson, MacPherson, Allsop & Fulton, 1987; Heather et al. 2000; König, Gehring, Körkel & Drinkmann, 2007; Orford & Keddie, 1986a, 1986b; Shaw et al., 1998; Sitharthan, Kavanagh & Sayer, 1996; Vogler, Compton & Weissbach, 1975). Bereits Polich et al. (1981) hatten im Rahmen des „Rand-Reports“ nachgewiesen, dass 12% der Schwerstabhängigen ihrer Stichprobe während des letzten Halbjahres einer 4-Jahres-Nachbefragung nach stationärer *Abstinenztherapie* ein problemfreies Trinken aufwiesen. Heather et al. (2000) konnten zeigen, dass schwer körperlich Alkoholabhängige (gemäß Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) ihren Alkoholkonsum von Beginn einer *KT-Behandlung* bis zur sechsmonatigen Nacherhebung sogar wesentlich stärker reduzierten als nicht bzw. leicht Abhängige, weshalb die Autoren folgern, dass „there is no reason why higher dependence clients should not be offered a moderation goal“ (S. 569). In Einklang damit spielt bei französischen Alkoholismusbehandlern die Schwere der Alkoholabhängigkeit nur eine untergeordnete Rolle bei der Indikationsstellung für eine KT-Behandlung (Luquiens, Reynaud & Aubin, 2011).

Drittens legen verschiedene Feldstudien nahe, dass Menschen mit schwerer Alkoholabhängigkeit/sehr hohem Alkoholkonsum – z. B. langjährig Wohnungslose – eine Abstinenzbehandlung erst gar nicht beginnen oder durchhalten, eine KT-Behandlung aber durchaus (vgl. Körkel, 2007).

Viertens könnten bei schwer Abhängigen mit einer intensiveren bzw. längeren KT-Begleitung ggf. größere und stabilere Erfolge erzielt werden (Heather, 1995, S. 1161). In diesem Sinne haben König et al. (2007) bei der Umsetzung von KT bei schwer alkoholabhängigen Wohnungslosen die Zahl der Behandlungstermine von 10 auf 20 erhöht und berichten von positiven Erfahrungen mit dieser Extension.

Fünftens geben verschiedene Autoren zu bedenken, dass es möglicherweise nicht die Schwere der Abhängigkeit per se ist, die schlechtere Behandlungsergebnisse bei KT- und Abstinenzbehandlungen nach sich zieht, sondern die mit einer schweren Alkoholabhängigkeit assoziierten weiteren, prognostisch ungünstigen Lebensfaktoren (Arbeits- und/oder Wohnsitzlosigkeit, psychiatrische Komorbidität, instabile soziale Netzwerke etc.; Heather, 1995, S. 1161; Sobell & Sobell, 1995a, S. 1150).

Zielvorstellungen und Zielentscheid des Patienten

Eine Vielzahl Studien kommt zum Ergebnis, dass die Zielwahl des Patienten (Abstinenz oder KT) einen wichtigen Prädiktor des Behandlungserfolgs darstellt (Adamson, Sellman & Frampton, 2009; Bujarski, O'Malley, Lunny & Ray, 2013; Rosenberg, 1993, 2004a). In den dazu durchgeführten Studien wurden der Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis von Patienten geprüft, deren Konsumziel mit dem Behandlungsziel übereinstimmte (z. B. Enggasser et al., 2015) oder nicht übereinstimmte (z. B.

Bujarski et al., 2013; im Regelfall KT-Ziel von Patienten in Abstinenzbehandlung). Vier zentrale Ergebnisse zeichnen sich ab:

Erstens: Über das gesamte Spektrum problematischen Alkoholkonsums – von Risikokonsum bis Abhängigkeit – strebt ein erheblicher Teil, meist die Mehrzahl der Betroffenen, eine Konsumreduktion und nicht Abstinenz an (vgl. z.B. Adamson & Sellman, 2001; Enggasser et al., 2015; Hodgins, Leigh, Milne & Gerrish, 1997; Orford & Keddie, 1986a, 1986b; Sanchez-Craig, Annis, Bornet & MacDonald, 1984; Sanchez-Craig, Leigh, Spivak, & Lei, 1989; Schippers & Nelissen, 2006; Vollmer et al., 1982a, 1982b). Fokussiert auf die Alkoholabhängigen, fassen van Amsterdam und van den Brink (2013) die Studienlage wie folgt zusammen: „A sizeable fraction (20–80 %) of people with alcohol dependence favour RRD [Reduced-Risk Drinking] over abstinence as a treatment goal“ (S. 994). Die Zielentscheidung treffen nach den vorliegenden Studien de facto die Patienten selbst – und diese fällt häufig gegen die Abstinenzzielvorgabe von Behandlungseinrichtungen aus. Als illusionär bezeichnen deshalb Sobell und Sobell (1995a) die Annahme, dass „treatment goals are determined by service providers“ (S. 1150).

Zweitens verfolgen Patienten das Konsumziel (Abstinenz oder Reduktion), das sie sich selbst gesetzt haben (z.B. Booth, 1990; Booth, Dale & Ansari, 1984; Chang, McNamara, Orav & Wilkins-Haug, 2006; Elal-Lawrence, Slade & Dewey, 1986; Öjehagen & Berglund, 1989; Sanchez-Craig et al., 1984; Sanchez-Craig & Lei, 1986), auch wenn dieses Ziel im Gegensatz zu dem in der Behandlung vorgegebenen Ziel steht (z.B. Al-Otaiba, Worden, McCrady & Epstein, 2008). Von dieser „normativen Kraft des Faktischen“ ausgehend, empfiehlt McMurrin (2006) KT-Behandlungen auch für Nicht-Abstinenzwillige, die aufgrund eines alkoholbezogenen Deliktes straffällig geworden sind und Rast (2015) für Subgruppen alkoholabhängiger Bewohner von soziotherapeutischen Einrichtungen und Altenheimen.

Drittens: Bessere Behandlungsergebnisse werden erzielt, wenn Patienten die Behandlung erhalten, die ihrem eigenen Konsumziel (Abstinenz oder KT) entspricht (Booth et al., 1984; Booth et al., 1992; Elal-Lawrence, Slade & Dewey, 1986; Maisto, Sobell & Sobell, 1980; Lozano & Stephens, 2010; Orford & Keddie, 1986a, 1986b; Sanchez-Craig et al., 1984; Schippers & Nelissen, 2006). Heather et al. (2006) stellen in diesem Sinne nach Sichtung der internationalen Forschungsliteratur fest: „Acceptance of a service user's ... drinking goal is likely to result in a more successful outcome“ (S. 24). Nach den Ergebnissen von Lozano und Stephens (2010) liegt dies u. a. daran, dass eine freie Zielwahl die Selbstverpflichtung zur Zielerreichung („commitment“) und die Zuversicht in die Erreichbarkeit des Ziels („self-efficacy“) erhöht. Für die Wahl eines Reduktionsziels bedeutet das: „The patient's choice to select RRD [Reduced-Risk Drinking] as the preferred treatment goal seems to be an important determinant for a successful outcome“ (van Amsterdam & van den Brink, 2013, S. 994). Es bedeutet auch, dass schlechtere Behandlungsergebnisse

zu erwarten sind, wenn sich Patienten in Abstinenzbehandlung befinden, obwohl sie keine Abstinenz anstreben (z.B. Bujarski et al., 2013; Dunn & Strain, 2013; Meyer et al., 2014; Mowbray, Krentzman, Bradley, Cranford, Robinson & Grogan-Kaylor, 2013). Das erstaunt bereits aufgrund der fehlenden therapeutischen Maßnahmen zur Förderung des Reduktionsziels und i. d. R. fehlender reduktionsorientierter Nachsorgeangebote nicht. Umso überraschender ist es, dass Al-Otaiba et al. (2008) in einer 18-Monats-Katamnese die gleichen Behandlungserfolge unabhängig davon feststellten, ob die in Abstinenzbehandlung befindlichen alkoholabhängigen Patientinnen Abstinenz anstrebten oder nicht.

Viertens nimmt meist eine beachtliche Zahl Patienten während oder nach KT-Behandlungen (z.B. Enggasser et al., 2015; Hodgins et al., 1997) oder Abstinenzbehandlungen (z.B. Meyer et al., 2014) Zielwechsel vor. Bei Hodgins et al. (1997) entschieden sich mehr Patienten während einer KT-Behandlung für Abstinenz als Patienten in Abstinenzbehandlung für KT; auch andere Studien berichten, dass KT-Behandlungen Abstinenzentscheide begünstigen (Körkel, 2006; Miller et al., 1992; Öjehagen & Berglund, 1989). Bei Sanchez-Craig et al. (1984) fanden sich hingegen die meisten Zielwechsler im Abstinenzbehandlungsarm (d.h. Wechsel vom Ziel der Abstinenz zu dem des KT), wiederum andere Studien ermittelten gleich viele Zielwechsler von Abstinenz zu KT bzw. in umgekehrter Richtung (Enggasser et al., 2015). Prognostisch entscheidend scheint das zu Behandlungsende gewählte Ziel zu sein (Hodgins et al., 1997; Meyer et al., 2014). Nach einigen Studien begünstigt ein abschließender Abstinenzentscheid einen katamnestisch günstigeren Verlauf (Adamson & Sellman, 2001; Hodgins et al., 1997), nach anderen führen KT- und Abstinenzentscheide zu Behandlungsende zu keinem anderen Katamneseergebnis (Enggasser et al., 2015; Öjehagen & Berglund, 1989).

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

In verschiedenen Studien ließ sich die „persuasion hypothesis“ bestätigen, wonach eine hohe Zuversicht bzw. Selbstwirksamkeitsüberzeugung (self-efficacy expectation), KT praktizieren zu können, die Drop-out-Rate aus einer KT-Behandlung, die konsumierte Alkoholmenge und die Rückfallwahrscheinlichkeit verringert (Kavanagh, Sitharthan & Sayer, 1996; Mackenzie, Funderburk & Allen, 1994; Orford & Keddie, 1986a) und umgekehrt Reduktionserfolge die Zuversicht erhöhen, dem schwerem Trinken widerstehen zu können (Walitzer & Connors, 2007). Unter französischen Alkoholismusbehandlern bildet die Zutrauen der Patienten in die Umsetzbarkeit von KT das zweitwichtigste Indikationskriterium für KT (Luquiens et al., 2011). Zur Erfassung der Zuversicht, in unterschiedlichen Situationen kontrolliert trinken zu können, haben Sitharthan und Kollegen (Sitharthan, Job, Kavanagh, Sitharthan & Hough, 2003; Sitharthan, Kavanagh & Sayer, 1996; Sitharthan, Sitharthan, Hough & Kavanagh,

1997) die „Controlled Drinking Self-Efficacy Scale“ (CDSE) entwickelt (20 Items, 4-faktorielle Struktur). Diverse Studien berichten, dass die Entscheidung für KT als Behandlungsziel hoch mit der Zuversicht, dieses erreichen zu können, korreliert (z. B. Pachman, Foy & Van Erd, 1978).

Geschlecht

Die Mehrzahl der vorliegenden Studien mit KT-Behandlung hat geschlechtsspezifische Effekte nicht geprüft bzw. prüfen können, weil entweder nur Männer (z. B. Mackenzie, Funderburk & Allen, 1994) oder nur Frauen (z. B. Brown, 1978; Connors & Walitzer, 2001; Walitzer & Connors, 2007) einbezogen worden sind bzw. die jeweilige Anzahl zu gering für die Prüfung von Geschlechtseffekten war. Sofern eine solche Prüfung vorgenommen worden ist, zeigt sich meistens (nicht immer: Hester & Delaney, 1997; Orford & Keddie, 1986b), dass Frauen in KT-Behandlungen besser abschneiden als Männer (Elal-Lawrence et al., 1986; Miller & Joyce, 1979; Riper, Kramer, Keuken, Smit, Schippers & Cuijpers, 2008; Robertson, Heather, Dzaldowski, Crawford & Winton, 1986; Sanchez-Craig et al., 1989; Sanchez-Craig, Spivak, & Davila, 1991) und sich Frauen häufiger als Männer für KT entscheiden (Mowbray et al., 2013). Umso erstaunlicher ist es, dass US-amerikanische Alkoholismusbehandler bei Frauen KT als Behandlungsziel für weniger geeignet halten als bei Männern (Cox, Rosenberg, Hodgins, Macartney & Maurer, 2004).

Multisubstanzkonsum

Nach der einzigen dazu vorliegenden Studie (Hester & Delaney, 1997) wirkt sich der zusätzliche Konsum anderer psychotroper Substanzen (v. a. Cannabis, Kokain und Amphetamine) nicht auf die Erfolge einer KT-Behandlung aus.

Ergebnisse zur Implementierung

Akzeptanz von Behandlungsangeboten zum Kontrollierten Trinken unter Behandlern

In verschiedenen Studien wurden ambulant und stationär tätige Behandler bzw. Einrichtungsleiter zu ihrer Akzeptanz von KT als Behandlungsziel befragt, meist unterschieden nach Diagnose der Patienten (Missbrauch – Abhängigkeit) sowie Finalität des Ziels (KT als Zwischen- oder Endziel).

Wie Tabelle 1 zeigt, gibt es in den vorliegenden Fragebogenstudien eine insgesamt hohe Zustimmung zum Behandlungsziel des KT – mit beachtlichen länder- und studienspezifischen Unterschieden. KT wird als Behandlungsziel am stärksten in Großbritannien und in hohem

Maße auch in der Schweiz akzeptiert, am geringsten in den USA (Davis & Rosenberg, 2013; Rosenberg & Davis, 2014) und Kanada (Brochu, 1990). KT findet unter ambulant Tätigen mehr Zustimmung als im stationären Bereich und wird bei Alkohol Missbrauchenden für akzeptabler gehalten als bei Abhängigen. Die starken Länderunterschiede zwischen Großbritannien und den USA zeigen sich auch in einer Studie, in der die Angemessenheit des KT-Ziels anhand standardisierter Fallvignetten zu beurteilen war (Cox et al., 2004). Nicht überraschend, hängt die Akzeptanz von KT auch vom zugrundeliegenden Krankheitsverständnis ab, wie eine Studie unter japanischen Ärzten zeigt: KT als Behandlungsziel lehnen signifikant häufiger diejenigen Ärzte ab, die dem klassischen Krankheitsmodell von Alkoholismus zuneigen (Higuchi et al. 2014).

Verbreitung von Programmen zum Kontrollierten Trinken

Seit den frühen 1980er Jahren liegen Studien vor, die nicht die Akzeptanz, sondern die faktische Verbreitung von Behandlungsangeboten zum KT ermittelt haben (vgl. Abbildung 2). Die Studien stützen sich auf Umfragen unter Einrichtungsleitern (z. B. Dawe & Richmond, 1997) bzw. Mitgliedern von Fachgesellschaften (Luquiens et al., 2011) sowie schriftliche Darstellungen des Behandlungssystems (Nabitz, 2010; Schippers & Nelissen, 2006).

Repräsentative Umfragen im australischen Bundesstaat New South Wales kommen auf 66% Alkoholbehandlungseinrichtungen mit der Behandlungsoption des KT (Dawe & Richmond, 1997), wiederkehrende Befragungen in Großbritannien auf 76% (Robertson & Heather, 1982; Rosenberg, Melville, Levell & Hodge, 1992; Rosenberg & Melville, 2005). Gemäß einer Umfrage in Frankreich unter Mitgliedern der Société Française d'Alcoologie geben 61,9% an, auf KT hin zu behandeln (Luquiens et al., 2011). Im deutschsprachigen Bereich gibt es ca. 1.400 Fachkräfte, die Einzel- und Gruppenbehandlungen zum KT im ambulanten Kontext anbieten (www.kontrolliertes-trinken.de); unklar ist, wie stark dadurch der gesamte ambulante Sektor mit KT-Angeboten abgedeckt ist. In der niederländischen Suchthilfe ist KT konzeptionell fest verankert (Nabitz et al. 2010). Schippers und Nelissen (2006) stellten bereits vor knapp 10 Jahren fest, dass „controlled drinking (and controlled use of other substances) has been broadly accepted in outpatient treatment services in the Netherlands for some time“ (S. 52). Ähnliches berichtete Duckert (1989) bereits vor über 25 Jahren aus Norwegen, wo 90% der ambulanten und 59% der stationären Alkoholbehandlungszentren Patienten Wahlfreiheit zwischen den Zielen Abstinenz und KT gewährten und auf KT hin behandelten – nicht zuletzt aufgrund eines hohen Anteils verhaltensorientiert arbeitender Psychologen und eines geringen Einflusses des 12-Schritte-Programms der Anonymen Alkoholiker (vgl. Duckert, 1995).

Tabelle 1
Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken (KT) unter Suchtbehandlern

Autoren	Land	Stichprobe	Zustimmung zu KT als Behandlungsziel (%)			
			bei Alkoholmissbrauchern		bei Alkoholabhängigen	
			als Zwischenziel	als Endziel	als Zwischenziel	als Endziel
Drinkmann & Lettl (2015) ¹	Deutschland (Bayern)	84 Leiter ambulanter Suchtberatungsstellen	65	62	55	33
Davis & Rosenberg (2013) ¹	USA	913 Suchtberater der NAADAC ²	58	51	28	16
Rosenberg & Davis (2014) ¹	USA	423 Suchtberater der NAADAC ²	44	30	28	12
Rosenberg & Melville (2005) ¹	Großbritannien (England, Schottland, Wales)	404 Suchthilfemitarbeiter	86	81	68	50
bei Alkoholmissbrauchern						
			als Zwischenziel	als Endziel	als Zwischenziel	als Endziel
ambulant stationär ambulant stationär ambulant stationär ambulant stationär						
Klingemann & Rosenberg (2009) ¹	Schweiz	138 Alkoholismusbehandler (79 % Leitungskräfte, 21 % Delegierte)	93	69	87	69
			69	66	37	39
ambulant stationär ambulant stationär ambulant stationär ambulant stationär						
Rosenberg, Devine & Rothrock (1996) ³	Kanada	178 Einrichtungsdirektoren ⁴	62	43	28	16
ambulant ambulant/stationär gemischt stationär Wohnheim						
Higuchi et al. (2014)	Japan	146 ärztliche Alkoholismusbehandler ⁵	als Zwischenziel		als Endziel	
			64,8		31,5	
Luquiens et al. (2011)	Frankreich	263 Alkoholismusbehandler ⁶	48,6			
Alho (unveröffentlicht; zit. n. Rehm, Rehm et al., (2013)	Finnland	568 ärztliche Alkoholismusbehandler ⁷	73,1			

Anmerkungen: ¹ Zustimmung zu KT umfasst die Antwortkategorien „somewhat acceptable“ und „completely acceptable“

² NAADAC = National Association of Alcoholism and Drug Addiction Counselors

³ Gefragt wurde nach „acceptance of nonabstinence goals“

⁴ Zufallsauswahl der Direktoren aller kanadischen Suchtbehandlungsprogramme

⁵ Mitglieder der Japanese Society of Alcohol-Related Problems

⁶ Mitglieder der Société Française d'Alcologie (SFA), davon 74,5 % Ärzte, 10,2 % Psychologen

⁷ Allgemeinärzte und sonstige Ärzte, die alkoholbezogene Störungen behandeln

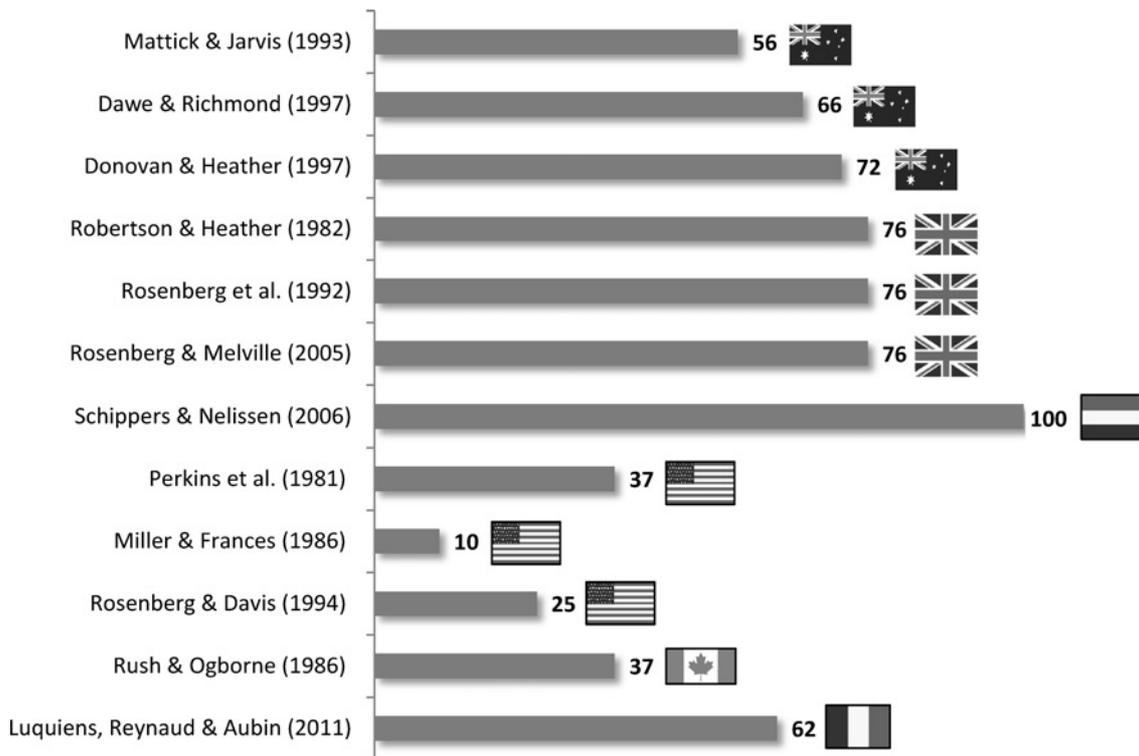


Abbildung 2. Verbreitung ambulanter Angebote zum Kontrollierten Trinken in verschiedenen Ländern (nach Körkel, 2014a).

Regional beschränkte Studien (z. B. in Ontario, Kanada; Rush & Ogborne, 1986) kommen zu abweichenden (niedrigeren oder höheren) Prozentwerten als den zuvor genannten (siehe Abb. 2). In den USA hat sich, von einigen lokalen Ausnahmen abgesehen, von den 80er Jahren über die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts (vgl. Weisner 1995, S. 1166) bis ins neue Jahrtausend offenbar nichts Grundsätzliches an der Ablehnung oder zumindest Reserviertheit gegenüber dem Behandlungsziel des KT geändert (Sobell & Sobell, 2006, S. 19).

Einbeziehung von Konsumreduktionsbehandlungen in das Hilfesystem

Länderübergreifend wird von verschiedenen Autoren konstatiert, dass ein erheblicher Teil alkoholbelasteter Menschen auch aufgrund der Abstinenzzielvorgabe eine suchtbetonte Behandlung gar nicht erst beginnt (Hodgins, 2005; Humphreys & Tucker, 2002; Mann & Körkel, 2013; Sobell & Sobell, 2011; van Amsterdam & van den Brink, 2013). Selbst unter Patienten, die sich – häufig auf externen Druck hin – in einer Alkoholentwöhnungsbehandlung befinden, streben 32–54% keine Abstinenz an, wie Studien aus Deutschland (Körkel & Schindler, 1999), Großbritannien (Booth, Dale & Ansari, 1984; Heather et al., 2010), Kanada (Hodgins et al., 1997; Sanchez-Craig, 1980), Schweden (Öjehagen & Berg-

lund, 1989), der Schweiz (Sondheimer, 1989) und den USA (Al-Otaiba et al., 2008) berichten. Gemäß Sobell und Sobell (2011) sehen sich diese Patienten zur Vermeidung negativer Konsequenzen (z. B. drohende Verweigerung der weiteren Behandlung) gezwungen „to keep their pursuit of low-risk drinking a private struggle“ (S. 1717). Für Patienten in deutschen Alkoholentzugsbehandlungen wird die Zahl derer, die keine Abstinenz anstreben oder zu Abstinenz nicht in der Lage sind, auf über 80% geschätzt (Körkel, 2014a).

Ausgehend von diesem status quo, wurden vielfältige Argumente dafür vorgebracht, dem abstinenzorientierten Gesundheits- und Suchthilfesystem Reduktionsbehandlungen gleichberechtigt zur Seite zu stellen („Zieloffene Suchtarbeit“, Körkel, 2014b; vgl. Tab. 2).

Demnach spricht für ein zieloffenes Behandlungssystem, dass es die Hürden zur Aufnahme einer Behandlung senkt und dadurch mehr Patienten und diese frühzeitiger einer Behandlung zuführen kann (Aspekte 1–3 in Tabelle 2), bioethischen Grundsätzen gerecht wird („to respect the integrity and dignity of our clients, and to not run over them in the treatment process“ [Duckert, 1995, S. 1168]; Aspekte 4 und 5), die Behandlungsqualität verbessert (Aspekte 6 und 7), zu besseren Behandlungsergebnissen führt (Aspekte 8–13), Behandlungskosten senkt (Aspekt 14) und in Einklang mit internationalen Entwicklungen des Fachgebiets steht (Aspekt 15). Unter dem Aspekt der Public Health wird besonders auf die Chance hingewiesen, durch KT- und andere Trinkmengenreduktionsbehand-

Tabelle 2

Vorteile zieloffener Alkoholismusbehandlung (Optionen Abstinenz oder Reduktion; modifiz. nach Körkel 2014a)

	Vorteil	Quellen (Auswahl)
Behandlungszugang	1. Erhöhung der Behandlungsquote bislang Unbehandelter	Ambrogne (2002); Anderson & Baumberg (2006); Gastfriend et al. (2007); Heather (2005); Hodgins (2005); Humphreys & Tucker (2002); Humphreys (2003); Mann & Körkel (2013); Marlatt (2001a); Riper et al. (2008a, 2008b); Sobell & Sobell (1995b, 2005b); van Amsterdam & van den Brink (2013)
	2. Erhöhung der Behandlungsquote der mit Abstinenztherapie vielfach „Gescheiterten“ (scheinbar „hoffnungslose Fälle“)	Dawe, Rees, Mattick, Sitharthan & Heather (2002); Heather (1995)
	3. Begünstigung einer frühzeitigeren Behandlungsaufnahme vor Chronifizierung der Alkoholproblematik	Körkel (2006)*; Sobell & Sobell (2005b); van Amsterdam & van den Brink (2013)
Ethik der Behandlung	4. Einhaltung des bioethischen Autonomiegebots (Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch bei Wahl des Behandlungsziels)	Duckert (1995); Körkel (2000)
	5. Einhaltung des bioethischen Prinzips „Sollen setzt Können voraus“ (keine Abstinenz abzuverlangen, wenn sie sich gegenwärtig als nicht erreichbar erweist)	Körkel (2000)
Behandlungsqualität	6. Begünstigung einer kooperativen Behandlungsbeziehung („adherence“)	Duckert (1995); Lieb (1994); Sobell & Sobell (1995b)
	7. Angemessene Behandlung auch der Patienten, die nicht abstinentzbereit und in einer Abstinenzbehandlung fehlplatziert sind	Rehm, Rehm et al. (2013)
Behandlungsergebnisse	8. Verringerung von Behandlungsabbrüchen	Pomerleau et al. (1978)*; Schippers & Nelissen (2006)*
	9. Verbesserung der bei ausschließlicher Abstinenzbehandlung begrenzten Behandlungserfolge	van Amsterdam & van den Brink (2013)
	10. Wirksamkeit sowohl von Abstinenz- als auch Reduktionsbehandlung	Walters (2000) *
	11. Verbesserung des Behandlungserfolgs durch Matching von Patientenziel und Behandlungsangebot	Heather et al. (2006)
	12. Reduktionsbehandlung als Etappe auf dem Weg zur Abstinenz („Brücke zur Abstinenz“)	Miller (1983) *; Hodgins et al. (1997) *
	13. Minderung der Sterblichkeit und gesundheitlicher Schäden bei Abstinenz <i>und</i> bei Reduktion des Alkoholkonsums (Harm Reduction für Betroffene und Gesellschaft)	Garfriend et al. (2007); Heather (2006); Rehm & Roerecke (2013)*; Sobell & Sobell (2011)
	14. Ökonomischer Nutzen (Reduzierung der Wiederbehandlungsquote durch Matching von Patientenziel und Behandlungsangebot)	Körkel (2014a), Rehm, Shield, Gmel, Rehm & Frick (2013)*
Internationale Behandlungsstandards	15. Anschluss an internationale Standards	Europäische Zulassungsbehörde für Medizinale Produkte (2010); Rehm, Rehm et al. (2013)

Anmerkung: * = empirische Studien/Belege

lungen die bislang äußerst geringe Behandlungsquote („treatment gap“) von Menschen mit Alkoholproblemen (Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel & Rehm, 2015; Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000) durch mehr „consumer appeal“ (Sobell & Sobell, 1995a, S. 1150) zu erhöhen (van Amsterdam & van den Brink, 2013, S. 987), nicht zuletzt durch vermehrte Kurzinterventionen in der ärztlichen

Grundversorgung (Mann, 2014, 2015). In diesem Sinne berichten verschiedene Feldstudien, dass Patienten eine Behandlung nur aufgrund der Reduktionsoption in Anspruch genommen haben (z. B. Körkel, 2006; Vollmer et al., 1982a, 1982b).

An Einwänden gegen die Öffnung des Behandlungssystems für Reduktionsangebote wurden die folgenden

formuliert (vgl. Körkel, 2001b; Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, 2000):

- Behandler könnten die Konsumzielentscheidung nicht Alkoholabhängigen überlassen, da sie – die Behandler – als Experten wüssten, was für Patienten das Beste sei: „It is the professional’s role to make an accurate diagnosis and clearly state the treatment goal“ (Owen, 2001, S. 293). Verschiedene Autoren haben dagegen eingewandt, dass Patienten ihre eigenen Zielentscheidungen treffen and daran festhalten „no matter what power therapists may perceive themselves to have over clients“ (Sobell & Sobell, 1995b, S. 1177).
- Behandlungen zum KT seien bei „richtigen Alkoholabhängigen“ kontraindiziert, da nicht wirksam (z.B. Fleischmann, 2014; Milam & Ketcham, 1983). Diesem Argument wird entgegengehalten, dass es nicht in Einklang mit der vorliegenden Forschungsliteratur stehe (z.B. Körkel, 2014a).
- Durch Reduktionsangebote würden abstinent lebende Alkoholabhängige dazu verführt, wieder mit dem Trinken zu beginnen und Alkohol konsumierende Abhängige verleitet weiterzutrinken, statt mit dem Trinken aufzuhören. Sobell und Sobell (1995b, S. 1177; 2011 S. 1715f.) und andere (z.B. Humphreys, 2003, S. 622) bemerken dazu, dass dies bis heute durch keinen empirischen Nachweis belegt sei und Alkoholabhängige seit jeher – unabhängig von Veröffentlichungen zu KT – versuchten, ein kontrolliertes Trinkverhalten umzusetzen. Hingewiesen wird auch darauf, dass das Argument der „Verführung zu KT“ keine Rechtfertigung sein sollte, der Mehrheit Alkoholabhängiger, die aufgrund der Abstinenzzielvorgabe keine Behandlung beginnt, eine ihr gemäße Behandlung vorzuenthalten (Sobell & Sobell, 2011).

Hürden bei der Dissemination von Kontrolliertem Trinken als Behandlungsansatz

Verschiedene Autoren sind der Frage nachgegangen, weshalb trotz der Evidenzen zur Wirksamkeit von KT-Behandlung und ihres Potentials, einen größeren Anteil Betroffener als bislang einer Behandlung zuzuführen, nicht bereits Bestandteil des Gesundheits- und Suchthilfesystems geworden sind. In diesem Zusammenhang werden die folgenden Hürden diskutiert (Hodgins, 2005; Klingemann et al., 2004, S. 9 und S. 23; Körkel, 2012b, 2014b; Sobell & Sobell 2006; Sobell & Sobell, 2011; Ungerer, 2014): die weiterhin vorhandene Dominanz des klassischen Jellinekschen Krankheitsmodells von Alkoholismus unter Behandlern und Forschern; die fehlende Finanzierung von Reduktionsbehandlungen (v.a. im Rehabilitationsbereich) und die entsprechende Zurückhaltung von Behandlungseinrichtungen, KT-Behandlungen anzubieten; die fehlende systematische Erforschung von Reduktionsbehandlungen bzw. Reduktionsprozessen nach Absti-

nenzbehandlungen; eine Forschungspolitik, die – v.a. in den USA – restriktiv mit Forschungsvorhaben zu KT umgeht und die Karrierechancen von Forschern, die sich mit KT beschäftigen, beeinträchtigt; die fehlende Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu KT in akademischen Grundausbildungen (in Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit etc.) und suchtbefugten Aufbaustudiengängen/Ausbildungen; Verunsicherungen auf Seiten von Behandlern, denen das klassische Denken über Sucht („Bei Abhängigen geht nur Abstinenz!“) vermittelt worden ist und die daraus Behandlungsidentität und Handlungssicherheit schöpfen; fehlende Kompetenzen in der Umsetzung von Behandlungen zum KT; ausstehende Team- und Organisationsentwicklungsprozesse, um KT-Behandlungen in die vorhandene Behandlungspalette integrieren zu können („Implementierung“).

Diskussion

Die Forschung zum KT kann auf eine inzwischen fast 50-jährige empirische Tradition zurückblicken. Die in diesem Forschungsbereich zentrale Sichtweise, dass auch Alkoholabhängige ihren Alkoholkonsum an selbst gesetzten Grenzen ausrichten und unter (Selbst-) Kontrolle halten können, steht seit jeher in Kontrast zur Jellinekschen Annahme eines unbeeinflussbaren Kontrollverlustes, der sich bei Alkoholkranken selbst bei kleinen Trinkmengen einstellte. Die Zusammenschau der zu dieser Frage vorliegenden Forschungsstudien zeigt, dass ein Teil der auf Abstinenz hin behandelten wie auch der unbehandelten Alkoholabhängigen zu einem selbstkontrollierter Alkoholkonsum übergeht und dieser durch verhaltenstherapeutische Behandlungen zum KT gezielt und mit Erfolg unterstützt werden kann.

Im Einzelnen kommen die empirischen Studien zum Ergebnis, dass verhaltenstherapeutische *Einzel- und Gruppenbehandlungen zum KT* unabhängig vom Erfolgskriterium (Rückgang des Alkoholkonsums bzw. alkoholassoziierter Probleme) und Schweregrad der Alkoholproblematik (riskanter, missbräuchlicher oder abhängiger Konsum) kurz- wie auch längerfristig wirksam und Abstinenzbehandlungen mindestens ebenbürtig sind. Selbst bei schwer Alkoholabhängigen spricht die Befundlage nicht dafür, dass diese von einer Abstinenzbehandlung mehr profitierten als von einer Einzel- oder Gruppenbehandlung zum KT. Weiterhin zeigen verschiedene Studien, dass durch den Beginn einer KT-Behandlung Abstinenzentscheidungen gefördert werden.

Die Wirksamkeit von *Selbsthilfemanualen zum KT* (auch interaktiver Online-Programme), die an den Inhalten von BSCTs ausgerichtet sind, ist v.a. für den Bereich der „Problemtrinker“ und leicht Alkoholabhängigen belegt (Apodaca & Miller, 2003; Riper et al., 2011). In Verbindung mit einer alkoholbezogenen ärztlichen oder psychosozialen Diagnostik erweisen sich Selbsthilfematerialien als meist ausreichend, um eine Trinkmengenreduktion anzustoßen (Kaner et al., 2013). Bei schwer Alkoholab-

hängigen gibt es nur wenige, wenngleich stützende Wirksamkeitsnachweise für Selbsthilfemanuale zum KT (Heather, Robertson et al., 1987). Es deutet sich an, dass über die Weitergabe eines Selbsthilfemanuals der Einstieg in eine weitergehende professionelle Behandlung gefördert werden kann (Apodaca et al., 2007).

Reduktionsorientierte Selbsthilfegruppen wurden bislang nicht auf ihre Wirksamkeit geprüft. Zumindest die Nutzung der Online-Ressourcen der Selbsthilfebewegung „Moderation Management“ scheint jedoch den Alkoholkonsum von „Problemtrinkern“ zu senken (Hester et al. 2011).

Im Hinblick auf die *prognostische Relevanz*, also die Frage, welche personenbezogenen, sozialen und sonstigen Merkmale den Erfolg einer KT-Behandlung vorherzusagen vermögen, gestattet kein soziodemografisches oder suchtbiografisches Merkmal (wie z. B. Geschlecht, Alter, Abhängigkeitsdiagnose etc.) und keine Kombination dieser Merkmale konsistent über verschiedene Studien hinweg eine Prognose über den zu erwartenden (Miss-) Erfolg einer KT-Behandlung *im Vergleich* zu einer Abstinenzbehandlung. Lediglich ein leichter Trend ist dahingehend festzustellen, dass Frauen in KT-Behandlungen besser abschneiden als Männer. Über viele Studien hinweg als bedeutsam erweist sich jedoch der Zielentscheid des Patienten und die damit einhergehende Zuversicht, sein Ziel erreichen zu können (Adamson, Sellman & Frampton, 2009): Patienten haben mehr Erfolg bei der Behandlung, die in Einklang mit ihren eigenen Zielvorstellungen (Abstinenz oder KT) steht und treten bei Wahlmöglichkeit die Behandlung an, die ihrem Ziel entspricht.

Verallgemeinerungen aus den zuvor dargestellten Forschungsbefunden zum KT unterliegen verschiedenen Einschränkungen. Generell fallen Studiendesign, Schweregrad der Alkoholproblematik der Studienteilnehmer, Behandlungsart, -intensität und -spezifika, die Operationalisierung von KT und die (soweit vorhanden) Vergleichsbehandlungen sehr unterschiedlich aus, was bei einzelnen Studien auch abweichende Interpretationen ermöglicht. Die Anzahl der RCTs zu KT ist insgesamt nicht sehr hoch, so dass zu subgruppenspezifischen Fragestellungen – z. B. zur Wirksamkeit von KT bei Multisubstanzkonsumenten oder zum Einfluss des Geschlechts auf den Behandlungserfolg – zu wenig empirische Befunde vorliegen, um daraus weitergehende Folgerungen ableiten zu können. Ein Manko besteht in der geringen Anzahl an Forschungsstudien (insbesondere RCTs) zur relativen Attraktivität und Wirksamkeit von KT- und Abstinenz-Behandlung bei schwer Alkoholabhängigen, was zu einer nur mäßigen empirischen Fundierung von Aussagen in diesem Bereich führt. Vor allem in älteren Behandlungsstudien fallen die Stichprobengrößen relativ niedrig aus, was die statistische Power und Aussagefähigkeit einschränkt. Langzeitkatamnesen mit größeren Patientengruppen sind die Seltenheit, weshalb über die Ergebnisstabilität im Langzeitverlauf wenig bekannt ist.

In Zukunft ist eine vermehrte Forschungsaktivität zu KT, die verschiedenen Anforderungen gerecht wird, wünschenswert: einheitlichere Erfolgsmessungen von KT-

Behandlungen (vgl. Heather & Tebbutt, 1989), größere Studienpopulationen, mehr Vergleichsstudien mit Abstinenzbehandlungen, Berücksichtigung des Multisubstanzkonsums der Patienten (und der Auswirkungen einer Alkoholreduktion auf den Konsum anderer Substanzen) und komplexere statistische Analysen (z. B. multifaktorielle und multivariate Analysen, Kausalanalysen etc.), um z. B. den relativen Beitrag verschiedener Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg im Längsschnitt ermitteln zu können. Besonderer Beachtung bedürfen zukünftig die Konsumziele der Patienten, die bislang einen „under-studied mechanism of change in alcohol use following treatment“ (Mowbray et al., 2013, S. 182) darstellen. Angesichts der Bedeutung von Patientenzielen für den Behandlungserfolg sprechen sich Dunn und Strain (2013, S. 1745) dafür aus, in der zukünftigen Forschung das alkoholbezogene Konsumziel des Patienten als Stratifizierungsvariable bei Behandlungsvergleichen oder als Kovariate bei der Analyse von Behandlungsergebnissen einzubeziehen.

Welche Folgerungen lassen die in der Übersicht zusammengestellten Befunde – bei allen genannten Einschränkungen – zu?

Unter dem Blickwinkel von Public Health bieten *Selbsthilfemanuale zu KT* v. a. bei nicht schwer und multipel geschädigten Alkoholabhängigen besondere Chancen, da sie nicht zuletzt über das Internet bzw. den Buchhandel leicht und kostenlos/kostengünstig erwerbbar sowie anonym und im eigenen zeitlichen Rhythmus bearbeitbar sind, was ihre Attraktivität für Personen erhöht, die ihre Alkoholproblematik nicht offenlegen und keine professionelle Behandlung in Anspruch nehmen möchten. Selbsthilfemanuale fügen sich damit gut in eine vermehrte E-Health-Ausrichtung der Gesundheitsversorgung ein (Krausz, Ramsey, Neumann, Vogel & Backmund, 2014). Speziell im Bereich der per Internet angebotenen Selbsthilfe-Interventionen sind jedoch angesichts der relativ wenigen RCTs zu reduktionsorientierten Online-Programmen viele Fragen offen, wie etwa zur relativen Wirksamkeit gegenüber Face-to-face-Interventionen, dem notwendigen Umfang der Programminhalte, der Durchführungsdauer und dem Zusatznutzen von Mail-, Skype- oder Telefonkontakten sowie ergänzenden Face-to-face-Gesprächen (White et al., 2010). Noch unklarer ist im Moment die Frage, welche Bedeutung zukünftig *Selbsthilfegruppen* beim Erreichen des Ziels einer Trinkmengenreduktion zukommen kann, da es zu diesem Bereich bislang so gut wie keine Forschung gibt.

Was den Personenkreis der *Alkoholabhängigen* betrifft, kann es nach der vorliegenden empirischen Datenbasis als unstrittig gelten, dass einem Teil von ihnen ein selbstkontrollierter Alkoholkonsum, einem anderen ein alkoholfreies Leben gelingen kann. Die Position, KT wäre Alkoholabhängigen prinzipiell nicht möglich, haben inzwischen selbst die vehementesten Gegner dieser Position aufgegeben oder relativiert (z. B. Vaillant, 2003). Auch das National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2007) verschließt sich inzwischen nicht mehr dieser Erkenntnis, auch wenn es die Zielgruppe – entgegen wissen-

schaftlichem Sachstand – auf „leicht Abhängige“ begrenzt wissen möchte: „Patients who have milder forms of abuse or dependence and are unwilling to abstain may be successful at cutting down“ (S. 13).

Auf der Basis der vorliegenden Befunde lässt sich jedoch feststellen, dass es keine wissenschaftlich belegbaren Gründe dafür gibt, *schwer Alkoholabhängige* – wie auch immer definiert – von einer KT-Behandlung auszuschließen und auch kein Cut-off-Wert der Abhängigkeitsschwere existiert, der Grundlage einer solchen Entscheidung sein könnte (Bühringer, 2008, S. 132; Dawe et al., 2002; Heather, 1995; Heather et al., 2000; Heather & Robertson, 1983). Die große Anzahl Studien, die der „severity of dependence hypothesis“ widerspricht, die Vielfalt der dort verwendeten Operationalisierungen von „Schwere der Abhängigkeit“ und die Einbeziehung unzweifelhaft chronisch schwer körperlich und psychisch Alkoholabhängiger machen es unwahrscheinlich, dass die Ergebnisse, wonach KT-Behandlung zu mindestens gleich guten Ergebnissen wie Abstinenzbehandlung führt, auf zu „laxe“ Operationalisierungen der Abhängigkeitsschwere und Stichproben ohne „wirklich“ schwer Abhängige zurückzuführen oder als statistisches Artefakt („Tendenz zur Mitte“) zu interpretieren sind (vgl. zu entsprechenden methodischen Überlegungen Rosenberg [2004a, S. 70]). Die folgende Behauptung in den S3-Leitlinien „Alkohol“, in die die Literatur zu KT keinen Eingang gefunden hat, ist insofern empirisch unbegründet: „Mit zunehmendem Grad der Alkoholabhängigkeit wird die Rückkehr zum moderaten oder kontrollierten Trinken zunehmend schwierig (Edwards & Gross 1976; Schuckit 2009)“ (AWMF, 2015, S. 341). Im Übrigen sind schwer Alkoholabhängige meist eher zu einer KT- als zu einer Abstinenzbehandlung zu gewinnen (Körkel, 2007). Erst der Beginn einer Behandlung eröffnet die Möglichkeit, Gründe für die Ablehnung der Abstinenz genauer zu erkunden und ggf. durch motivierende Gesprächsführung (sensu Miller & Rollnick, 2013) aufzulösen – oder durch KT zumindest die Mortalitätswahrscheinlichkeit zu senken (Rehm & Roerecke, 2013) und im somatischen, psychischen und sozialen Bereich eine Schadensminderung („harm reduction“; Heather, Raistrick & Godfrey, 2006) zu bewirken, was den Übergang zur Abstinenz offenhält und dazu oft erst ermutigt. Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011) hält deshalb auch bei schwer Alkoholabhängigen, die zu Abstinenz nicht bereit oder in der Lage sind, reduktionsorientierte Behandlungen für indiziert.

Die Ergebnisse zur prognostischen Relevanz der Konsumziele *der Patienten* für das Behandlungsergebnis legen die Berücksichtigung dieser Ziele sowohl bei der patientengerechten, zieloffenen Ausrichtung des Behandlungssystems als auch bei klinischen Allokationsentscheidungen nahe: „In all settings the importance of a negotiated treatment goal, recognizing the inevitability of patients exercising their own choice regardless of advice, should be noted“ (Adamson & Sellmann, 2001, S. 358). Für Alkoholismusbehandlung gilt somit damit das Gleiche, was nach

der Metaanalyse von Tryon und Winograd (2011) für Psychotherapie ganz allgemein festzustellen ist: “[There are] strong links between patient-therapist goal consensus and positive therapy outcomes, as well as between patient-therapist collaboration and positive therapy outcomes” (S. 55). Die Zielwahl des Patienten sollte deshalb wegen ihres Einflusses auf den Behandlungserfolg (Bujarski et al., 2013; Heather et al., 2006) und aus ethischen Gründen (Selbstbestimmungsrecht; Körkel, 2000) entscheidend für die einzelfallbezogene Behandlungsallokation sein (Heather et al., 2006, S. 24; Hodgins, 2005, S. 264; Sobell & Sobell, 1995b; Sobell & Sobell, 2004a), zumal Patienten bei freier Zielwahl leichter bereit sind, ihr anfängliches Ziel aufzugeben und das für sie akzeptablere Ziel anzustreben (Hore, 1988). In Einklang mit dieser Sichtweise beziehen französische (Luquiens et al., 2011), japanische (Higuchi, Maesato, Yoshimura & Matsushita, 2014) und kanadische (Rosenberg, Devine & Rothrock, 1996) Alkoholismusbehandler die Zielvorstellungen der Patienten maßgeblich in ihre Allokationsüberlegungen (für Abstinenz oder KT) ein – unter den befragten französischen Behandlern bilden sie das zentrale Indikationskriterium für eine KT-Behandlung (Luquiens et al., 2011). Die Zielabwägung sollte wesentlicher Teil des therapeutischen Dialogs sein, um Patienten beim Prozess der Zielentscheidung zu unterstützen und spätere Zielwechsel zu erleichtern (Körkel, 2002a; Orford & Keddie, 1986b; van Amsterdam & van den Brink, 2013). Entscheidend ist dabei, Patienten kein Ziel vorzugeben oder „aufzudrängen“, weil dies Widerstände auslöst, die Bearbeitung ggf. vorhandener Zielambivalenzen erschweren und Zielentscheidungen *gegen* Abstinenz begünstigen kann (Lieb, 1994; Miller & Rollnick, 2013). Die deutschen S3-Leitlinien „Alkohol“ räumen dem Patientenziel hingegen nicht diese Bedeutung ein, sondern geben Abstinenz als Behandlungsziel vor: „Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD10: F10.2) primäres Therapieziel“ (AWMF, 2015, S. 290).

Patienten, die sich letztlich für Konsumreduktion entscheiden, weil sie zu Alkoholabstinenz nicht motiviert, nicht motivierbar und/oder dazu nicht in der Lage sind, sollte eine Behandlung zur Konsumreduktion angeboten werden (Gastfriend et al., 2007; van Amsterdam & van den Brink, 2013; vgl. Tab. 3).

Sofern Patienten bereits abstinent leben oder sich für eine Abstinenzbehandlung entschieden haben, stellt Abstinenz das Ziel erster Wahl dar. Abstinenz ist darüber hinaus als Ziel erster Wahl ins Gespräch zu bringen, wenn jeglicher Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit negativer Konsumfolgen erhöht (z. B. bei Mischkonsum verschiedener Substanzen, Schwangerschaft, alkoholsensibler Medikation, körperlichen Vorschädigungen etc.; Sobell & Sobell, 2004a). Wird Abstinenz abgelehnt, stellt auch in diesen Fällen eine Trinkmengenreduktionsbehandlung eine sinnvolle Alternative dar („relative Kontraindikation“). Im Falle der Entscheidung für Reduktion stellen sich verschiedene weitergehende Entscheidungen (adaptive Indikation), wie Behandlungstyp (BSCT und/oder Pharmako-

Tabelle 3

Selektive und adaptive Indikationskriterien für Kontrolliertes Trinken (KT)

Selektive Indikation
<ul style="list-style-type: none"> – Zielentscheid des Patienten pro KT – Abstinenz nicht gewünscht – zu Abstinenz nicht in der Lage
Selektive Kontraindikation
<p>Absolute Kontraindikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bereits bestehende Abstinenz oder Abstinenzziel <p>Relative Kontraindikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mischkonsum – Schwangerschaft/Stillzeit – alkoholsensible körperliche Vorschädigungen – alkoholsensible Medikation – negative soziale Konsumfolgen (z. B. alkoholbezogene Delikte)
Adaptive Indikation
<p>Art der Reduktionsbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ausschließlich KT-Behandlung – KT-Behandlung in Kombination mit reduktionsorientierter Pharmakotherapie und/oder Selbsthilfegruppe <p>Art der KT-Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autodidaktisches Programm (Selbsthilfemanual) – Einzelbehandlung (face to face; online) – Gruppenbehandlung (geschlossene Gruppe/offene Gruppe) <p>Anzahl der Behandlungseinheiten/ Behandlungsdauer</p> <p>Booster-Sitzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Häufigkeit – Sequenz

therapie und/oder reduktionsorientierte Selbsthilfegruppe; autodidaktische oder therapeutengestützte Behandlung), Anzahl der Behandlungseinheiten sowie Notwendigkeit, Häufigkeit und zeitliche Abfolge von "Auffrischsitzungen" nach Ende der Initialbehandlung (Körkel, 2014a).

Zu vermuten ist, dass die zuvor angestellten Überlegungen zur Indikation von KT von vielen Suchtbehandlern geteilt werden. Wie die Ergebnisse zur Einstellung von Suchtbehandlern zu KT nämlich zeigen, besteht zumindest in einigen Ländern eine relativ hohe Akzeptanz für dieses Ziel. Diese Akzeptanz fällt im Falle von Patienten mit Missbrauch höher aus als bei Alkoholabhängigen (was der Wirksamkeitsäquivalenz von KT bei beiden Gruppen widerspricht, s. o.) und – damit möglicherweise korreliert – im ambulanten Bereich höher als im stationären. Dabei gibt es deutliche länderspezifische Unterschiede. Besonders in den USA existiert weiterhin eine ablehnende Haltung gegenüber dem Behandlungsziel des KT (Sobell & Sobell, 2011, S. 1715). Allerdings sind die Studienergebnisse zur Einstellung zu KT aufgrund des meist selektiven, nicht-repräsentativen Personenkreises der Befragten, Unter-

schieden in den vorgegebenen Fragen zur Akzeptanz der KT-Ziels und den z. T. weit differierenden Befragungsjahren nur mit Einschränkungen untereinander vergleichbar. So überrascht zum Beispiel die geringe KT-Akzeptanzrate in den US-amerikanischen Stichproben von Davis und Rosenberg (2013) und Rosenberg und Davis (2014) nicht, da nur Mitglieder der National Association of Alcoholism and Drug Addiction Counselors (NAADAC) befragt worden sind und 55 % (Davis & Rosenberg, 2013) bzw. 50 % (Rosenberg & Davis, 2014) von ihnen früher selbst eine Substanzgebrauchsstörung aufwiesen und 76 % (Davis & Rosenberg, 2013) bzw. 65 % (Rosenberg & Davis, 2014) nach den 12 Schritten der Anonymen Alkoholiker arbeiten. Es ist deshalb unklar, ob die Ergebnisse von Davis und Rosenberg (2013; Rosenberg & Davis, 2014) die Akzeptanz- bzw. Ablehnungsrate von KT unter US-amerikanischen Alkoholismusbehandlern insgesamt widerspiegeln. Zu bedenken ist auch, dass sich in manchen Studien ein hoher Prozentsatz der Befragten weder für noch gegen KT als Behandlungsziel festlegte, was auf Unsicherheiten bei der Wahl des Behandlungsziels oder Vor-

behalte an der Offenlegung der eigenen Meinung hindeuten könnte.

Eine Vielzahl Gründe spricht dafür, Trinkmengenreduktionsbehandlungen fest in der Behandlungspalette zu verankern und viele Länder haben das in mehr oder großem Umfang bereits getan, so die Niederlande, Großbritannien, Australien und die skandinavischen Länder: Ein zieloffenes Behandlungssystem, das Abstinenz- und Reduktionsbehandlungen umfasst, lässt eine erhöhte Erreichungsquote von Menschen mit Alkoholproblemen erwarten, respektiert ethische Standards, fördert das psychotherapeutische Arbeitsbündnis („commitment“, „adherence“) und steigert den Behandlungserfolg. Unter einer Public Health Perspektive ist die Beseitigung abstinenzbedingter Veränderungshürden zentral: Gelingt es, den Weg der Konsumreduktion als Erfolg versprechende Maßnahme zur Veränderung eines problematischen Alkoholkonsums ins öffentliche Bewusstsein zu rücken, ist nicht nur eine erhöhte Inanspruchnahme professioneller Suchtbehandlung, sondern auch eine vermehrte Initiierung eigenständiger Konsumveränderungen („untreated remission“) zu erwarten (Sobell & Sobell, 2005b). In welchem Ausmaß bislang unbehandelte, aber behandlungsbedürftige Alkoholkonsumenten zu erreichen sind, wenn man ihnen Reduktionsoptionen – v. a. kurze, wenig intrusive und somit „niedrigschwellige“, wie etwa in Form von ärztlichen Kurzinterventionen und Selbsthilfemanualen – anbietet, ist bislang ungeklärt (Sobell & Sobell, 2011). Notwendig für eine Transformation des medizinischen und des Suchthilfesystems in Richtung Zieloffenheit der Behandlung erscheinen ein Einstellungswandel bei allen „stakeholdern“, die Schaffung von Finanzierungsgrundlagen auch für Reduktionsbehandlungen, die Kompetenzerweiterung auf Behandlerseite und eine Weiterentwicklung des Behandlungsportfolios auf Einrichtungs-/Trägerebene.

De facto bestimmen jedoch derzeit noch die – empirisch vielfältig widerlegten – Grundannahmen des dispositionellen Krankheitsmodells von Alkoholismus das Denken in Selbsthilfegruppen, primärärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung, professioneller Suchtbehandlung und bei Kostenträgern wie auch Medien. Besonders ausgeprägt ist dies in den USA der Fall, wo weiterhin die auf dem dispositionellen Krankheitsverständnis aufbauenden 12-Schritte-Programme der Anonymen Alkoholiker dominieren, obwohl es für diese keine wissenschaftlichen Wirksamkeitsbelege gibt (Ferri, Amato & Davoli, 2006). Sobell und Sobell (2011) führen die geringe Resonanz von KT-Behandlungen in der US-amerikanischen Suchthilfe v. a. auf die Ignoranz wissenschaftlicher Forschungsbefunde und das „Anlernen“ neuer Suchthilfemitarbeiter durch ältere Mitarbeiter, die das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker praktizieren, zurück. Es überrascht deshalb nicht, „that moderation has not been embraced by an establishment that defines the disorder as based on powerlessness over alcohol and a key symptom of the disorder as denial that one has lost control over drinking“ (Sobell & Sobell, 2006, S. 22). Zeichen eines Wandels hin zu Zieloffenheit lassen sich aber feststellen. So finden

sich in der Literatur immer mehr Plädoyers dafür, die Alkoholkonsumziele der Patienten dezidiert zu erheben und die Behandlung auf diese Ziele abzustimmen (Bujarski et al., 2013), und das US-amerikanische Gesundheitsministerium vertritt inzwischen die Sichtweise, dass „it’s best to determine individual goals with each patient“ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007, S. 13).

Summa summarum ist Linda und Mark Sobell, den Nestoren des KT in den USA, beizupflichten, die feststellen: „It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet“ (Sobell & Sobell, 2011). Organisationsbezogen stellt sich zukünftig die Aufgabe einer Implementierung reduktionsbezogener Behandlungsangebote und damit die Transformation des bisherigen, auf Abstinenz oder „Suchtbegleitung“ ausgerichteten Behandlungssystems. Erste Umfragen unter Suchthilfemitarbeitern legen eine Bereitschaft zu einem solchen Transformationsprozess nahe (Bühler, 2015) und zeigen gleichzeitig die Schwierigkeit dieser Transformation, wenn die Leitungsebene gegenüber einer solchen Veränderung skeptisch ist bzw. diese nicht in Form einer strukturierten Organisationsentwicklungsmaßnahme („change management“) umsetzt (Ungerer, 2014). Sollte dies gelingen, kann es zur Selbstverständlichkeit werden, was Marlatt im Jahr 2001 in einer Diskussion über die Legitimität von KT als Behandlungsziel formulierte: „I am willing to work with any client, no matter what his or her goal happens to be, including abstinence or harm reduction.“ (S. 291). Diese Haltung kann auf die Behandlung anderer Substanzbereiche ausgedehnt werden, nachdem die Wirksamkeit von Reduktionsbehandlungen auch bei Abhängigen illegaler Drogen (Körkel & Verthein, 2010; Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier, 2011; Uchtenhagen, 2010) und Tabakabhängigen (Körkel, 2012a; Rüther, Eberhardt, Kiss & Pogarell, 2014) belegt ist.

Fazit für die Praxis

- Verhaltenstherapeutische Behandlungen zum Kontrollierten Trinken sind bei allen Ausprägungsgraden alkoholbezogener Störungen wirksam.
- Das Behandlungsziel – Abstinenz oder reduzierter Konsum – sollte explizit und sanktionsfrei mit jedem Patienten abgeklärt werden.
- Mit Patienten, die eine Zielentscheidung pro Konsumreduktion treffen, sollte eine Behandlung zum Kontrollierten Trinken durchgeführt werden, ggf. kombiniert mit pharmakotherapeutischen oder Selbsthilfegruppen-Interventionen.
- Im Suchthilfe- und Gesundheitssystem sollten Behandlungsangebote zur Konsumreduktion gleichberechtigt neben solchen zur Abstinenz vorgehalten werden.

Danksagung

Der Autor dankt Nick Heather für seinen konstruktiven Austausch zum Manuskript sowie Matthias Nanz für die Literaturrecherche und -aufbereitung.

Deklaration konkurrierender Interessen

Der selbstkontrollierte Substanzkonsum stellt seit 1999 ein zentrales Forschungsfeld des Autors dar. Auf Grundlage der vom Autor entwickelten Behandlungsprogramme bietet die GK Quest Akademie Ausbildungen zum KT für Fachkräfte an. Der Autor ist weder Besitzer noch Teilhaber der GK Quest Akademie. Die Erstellung des vorliegenden Beitrages wurde von keiner Seite finanziell oder in anderer Weise unterstützt.

Literatur

- Adamson, S. J., Heather, N., Morton, V. & Raistrick, D. on behalf of the UKATT Research Team (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 136–142.
- Adamson, S. J. & Sellman, J. D. (2001). Drinking goal selection and treatment outcome in out-patients with mild-moderate alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 20, 351–359.
- Adamson, S. J., Sellman, J. D. & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75–86.
- Al-Otaiba, Z., Worden, B. L., McCrady, B. S. & Epstein, E. E. (2008). Accounting for self-selected drinking goals in the assessment of treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 439–443.
- Ambrogne, J. A. (2002). Reduced-risk drinking as a treatment goal: What clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 45–53.
- American Psychiatric Association (Ed.) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anonyme Alkoholiker (2011). *Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen* (Original 1939). Markt-oberdorf: Schnitzerdruck.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M. et al. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2003–2017. doi:10.1001/jama.295.17.2003
- Apodaca, T. R. & Miller, W. R. (2003). Meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 289–304.
- Apodaca, T. R., Miller, W. R., Schermer, C. R. & Amrhein, P. C. (2007). A pilot study of bibliotherapy to reduce alcohol problems among patients in a hospital trauma center. *Journal of Addictions Nursing*, 18, 167–173.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF-Register Nr. 076–001)*. Düsseldorf: AWMF.
- Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330–341. doi: 10.1037/a0023498.
- Böhlke, P. & Schäfer, B. (2002). Darstellung eines Praxisobjektes zum fremdbestimmten kontrollierten Trinken im Pflegeheim „Haus Abendsonne“. *Suchttherapie*, 3, 103–106.
- Bonar, E. E., Rosenberg, H., Hoffmann, E., Kraus, S. W., Kryszak, E., Young, K. M., Ashrafioun, L., Pavlick, M. & Bannon E. E. (2011). Measuring university students' self-efficacy to use drinking self-control strategies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 155–161.
- Booth, P. G. (1990). Maintained controlled drinking following severe alcohol dependence: A case study. *British Journal of Addiction*, 85, 315–322.
- Booth, P. G. (2006). Idiosyncratic patterns of drinking in long-term successful controlled drinkers. *Addiction Research & Theory*, 14, 25–33.
- Booth, P. G., Dale, B. & Ansari, J. (1984). Problem drinkers' goal choice and treatment out-come: A preliminary study. *Addictive Behaviors*, 9, 357–364.
- Booth, P. G., Dale, B., Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1992). A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 594–600.
- Brochu, S. (1990). Abstinence versus nonabstinence: The objectives of alcoholism rehabilitation programs in Quebec. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 15–21.
- Brown, R. A. (1978). Controlled drinking training with a female alcoholic. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 17, 153–157.
- Bühler, S. (2015). *Verabschiedung von der Abstinenz als Königsweg. Eine empirische Studie über den Organisationsentwicklungsprozess zur Implementierung Zieloffener Suchtarbeit beim Caritasverband für Stuttgart e.V.* Unveröffentlichte Masterthesis, Evangelische Hochschule Freiburg.
- Bühringer, G. (2008). Alcohol use disorders: Abstinence versus controlled drinking. In H.-R. Kranzler & P. Korfmeier (Hrsg.), *Encyclopedia of drugs, alcohol, addictive behavior* (3rd ed., S. 129–136). Woodbridge: Macmillan Reference.
- Bujarski, S., O'Malley, S. S., Lunny, K. & Ray, L. A. (2013). The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 13–22.
- Caddy, G. R., Addington, H. J. & Perkins, D. (1978). Individualized behaviour therapy for alcoholics: A third year independent double-blind follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 345–362.
- Caddy, G. R. & Lovibond, S. H. (1976). Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behaviour. *Behavior Therapy*, 7, 223–230.
- Chang, G., McNamara, T. K., Orav, E. J. & Wilkins-Haug, L. (2006). Brief intervention for prenatal alcohol use: The role of drinking goal selection. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 419–424.
- Cohen, M., Liebson, I. & Faillace, L. (1973). Controlled drinking by chronic alcoholics over extended periods of free access. *Psychological Reports*, 32, 1107–1110.
- Connors, G. J. (1993). Drinking moderation training as a contemporary therapeutic approach. *Drugs and Society*, 8, 117–134

- Connors, G. J. & Walitzer, K. S. (2001). Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: Evaluating the contributions of life skills training and booster sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 447–456.
- Cournoyer, L. G., Simoneau, H., Landry, M., Tremblay, J. & Patenaude, C. (2009). *Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC #2008 – TO – 120890)*. Montréal: Université de Montréal.
- Cox, W. M., Rosenberg, H., Hodgins, C. H. A., Macartney, J. I. & Maurer, K. A. (2004). United Kingdom and United States healthcare providers' recommendations of abstinence versus controlled drinking. *Alcohol and Alcoholism*, *39*, 130–134.
- Czypionka, A. & Demel, I. (1976). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkranken. Versuch einer Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Methoden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *5*, 92–108.
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, *23*, 94–104.
- Davis, A. K. & Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*, 1102–1109. doi.org/10.1037/a0030563.
- Dawe, S., Rees, V. W., Mattick, R., Sitharthan, T. & Heather, N. (2002). Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 1045–1050.
- Dawe, S. & Richmond, R. (1997). Controlled drinking as a treatment goal in Australian alcohol treatment agencies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *14*, 81–86.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, *100*, 281–292.
- De Shazer, S. & Isebaert, L. (2003). The Bruges Model: A solution-focused approach to problem drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, *14*, 43–52.
- Drinkmann, A. & Lettl, B. (2014). Die Akzeptanz von kontrolliertem Konsum als Behandlungsziel unter Suchthilfeschäften in Bayern. *Suchttherapie*, *16*, 82–89.
- Duckert, F. (1989). Controlled drinking: A complicated and contradictory field. In F. Duckert, A. Koski-Jannes & S. Ronnberg (Eds.), *Perspectives on controlled drinking* (S. 39–54). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Duckert, F. (1995). The impact of the controlled drinking debate in Norway. *Addiction*, *90*, 1167–1169.
- Dunn, K. E. & Strain, E. C. (2013). Pretreatment alcohol drinking goals are associated with treatment outcome. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *37*, 1745–1752.
- Edwards, G. (1985). A later follow-up of a classic case series: D. L. Davies's 1962 report and its significance for the present. *Journal of Studies on Alcohol*, *46*, 181–190.
- Edwards, G. (1994). D. L. Davies and 'Normal drinking in recovered alcohol addicts': The genesis of a paper. *Drug and Alcohol Dependence*, *35*, 249–259.
- Edwards, G., Brown, D., Duckitt, A., Oppenheimer, E., Sheehan, M. & Taylor, C. (1986). Normal drinking in a recovered alcohol addict. *British Journal of Addiction*, *81*, 127–137.
- Elal-Lawrence, G., Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1986). Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, *47*, 41–47.
- Enggasser, J. L., Hermos, J. A., Rubin, A., Lachowicz, M., Rybin, D., Brief, D. J., Roy, M., Helmuth, E., Rosenbloom, D. & Keane, T. M. (2015). Drinking goal choice and outcomes in a Web-based alcohol intervention: Results from VetChange. *Addictive Behaviors*, *42*, 63–68.
- European Medicines Agency (2010). *Guidelines of the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence*. London: European Medicines Agency.
- Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD005032. DOI: 10.1002/14651858.CD005032.pub2
- Fingarette, H. (1988). *Heavy drinking: The myth of alcoholism as a disease*. Berkeley: University of California Press.
- Fleischmann, H. (2014). Ist kontrolliertes Trinken ein sinnvolles Therapieziel bei Alkoholabhängigkeit? *Kontra. Nervenarzt*, *85*, 889–890.
- Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K. & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, *277*, 1039–1045.
- Foy, D. W., Nunn, L. B. & Rychtarik, R. G. (1984). Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 218–230.
- Gastfriend, D. R., Garbutt, J. C., Pettinati, H. M. & Forman, R. F. (2007). Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 71–80.
- Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E. & Lopatko, O. (2009). *Guidelines for the treatment of alcohol problems* (prepared for the Australian Government, Department of Health and Ageing). Barton: Commonwealth of Australia.
- Heather, N. (1991). Impaired control over alcohol consumption. In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 153–179). Sydney: Maxwell Macmillan.
- Heather, N. (1995). The great controlled drinking consensus: Is it premature? *Addiction*, *90*, 1160–1162.
- Heather, N., Adamson, S. J., Raistrick, D. & Slegg, G. P. on behalf of the UKATT Research Team (2010). Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: I. Baseline difference between abstinence and non-abstinence groups. *Alcohol & Alcoholism*, *45*, 128–135.
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E. & McCarthy, S. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, *61*, 561–570.
- Heather, N., Champion, P. D., Neville, R. G. & MacCabe, D. (1987). Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, *37*, 358–363.
- Heather, N. & Dawe, S. (2005). Level of impaired control predicts outcome of moderation-oriented treatment for alcohol problems. *Addiction*, *100*, 945–952.
- Heather, N., Raistrick, D. & Godfrey, C. (2006). *A summary of the review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Heather, N. & Robertson, I. (1981). *Controlled drinking*. London: Methuen.

- Heather, N. & Robertson, I. (1983). What we would most like to know. Why is abstinence necessary for the recovery of some problem drinkers? *British Journal of Addiction*, 78, 139–144.
- Heather, N., Robertson, I., MacPherson, B., Allsop, S. & Fulton, A. (1987). Effectiveness of a controlled drinking self-help manual: One-year follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 279–287.
- Heather, N. & Tebbutt, J. (1989). Definitions of nonabstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 83–93.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2009). *Motivation und Handeln* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Heil, K. D. & Jaensch, H. U. (1978). *Weniger Alkohol. Ein Programm zur Selbstkontrolle*. Frankfurt: Fischer.
- Hester, R. K. (2003). Self-control training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd edition). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hester, R. K. & Delaney, H. D. (1997). Behavioral self-control program for windows: Results of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 686–693.
- Hester, R. K., Delaney, H. D. & Campbell, W. (2011). Moderate-Drinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 215–224.
- Hester, R. K., Delaney, H. D., Campbell, W. & Handmaker, N. (2009). A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 266–276. doi:10.1016/j.jsat.2009.03.001.
- Higuchi, S., Maesato, H., Yoshimura, A. & Matsushita, S. (2014). Acceptance of controlled drinking among treatment specialists of alcohol dependence in Japan. *Alcohol and Alcoholism*, 49, 447–452.
- Hodgins, D. (2005). Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? Yes, so what should we do about it? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 264–265.
- Hodgins, D. C., Leigh, G., Milne, R. & Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22, 247–255.
- Hoffmann, E., Davis, A. K., Ashrafioun, L., Kraus, S. W., Rosenberg, H., Bannon, E. E., Kryszak, E., Carhart, V., Baik, K. & Jesse, S. (2013). Evaluation of the criterion and predictive validity of the Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence (ARS-CC) in a natural drinking environment. *Addictive Behaviors*, 38, 1940–1943.
- Hofmann, W., Friese, M., Müller, J. & Strack, F. (2011). Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust. Psychologische und philosophische Erkenntnisse zum Konflikt zwischen Impuls und Selbstkontrolle. *Psychologische Rundschau*, 62, 147–166.
- Hore, B. D. (1988). Controlled drinking in the severely dependent patient: A reply. *British Journal of Addiction*, 83, 449.
- Humphreys, K. (2003). A research-based analysis of the Moderation Management controversy. *Psychiatric Services*, 54, 621–622.
- Humphreys, K. & Klaw, E. (2001). Can targeting nondependent problem drinkers and providing Internet-based services expand access to assistance for alcohol problems? A study of the Moderation Management self-help/mutual aid organization. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 528–532.
- Humphreys, K., Tucker, J. A. (2002). Toward a more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction*, 97, 126–32.
- Ihlefeld, U. (1999). Kontrollierte Alkoholvergabe. In J. Zerdick (Hrsg.), *Entwicklungen in der Suchtmedizin* (S. 233–243). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Connecticut.
- Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J. & Drummond, C. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): Pragmatic cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 346:e8501. doi: 10.1136/bmj.e8501
- Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer F. R. et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F. R. et al. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28, 301–323.
- Kanfer, F. (1996). Die Motivierung von Klienten aus der Sicht des Selbstregulationsmodells. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Serie IV, 4: Motivation, Volition und Handlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Klaw, E., Luft, S. & Humphreys, K. (2003). Characteristics and motives of problem drinkers seeking help from Moderation Management self-help groups. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 385–390.
- Klingemann, H., Dampz, M. & Perret, H. (2010). Kontrolliertes Trinken in der Schweiz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. *Suchttherapie*, 11, 18–23.
- Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L. & Sobell, M. (Hrsg.) (2004). *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens*. Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
- Klingemann, H. & Rosenberg, H. (2009). Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *European Addiction Research*, 15, 121–127.
- Klingemann, H. & Sobell, L. C. (Eds.) (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors. Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer Science and Business Media.
- König, D., Gehring, U., Körkel, J. & Drinkmann, A. (2007). Das Projekt WALK und die Ergebnisse der Begleitstudie. In Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 19)* (S. 99–118). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW/Verlag für neue Wissenschaft.
- Körkel, J. (2000). Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe. *Abhängigkeiten*, 6, 5–25.
- Körkel, J. (2001a). Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. *Sucht aktuell*, 8, 16–23.

- Körkel, J. (2001b). Replik zur Stellungnahme der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum kontrollierten Trinken. *Sucht*, 47, 201–203.
- Körkel, J. (2002a). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3, 87–96.
- Körkel, J. (2002b). Controlled drinking as a treatment goal in Germany. *Journal of Drug Issues*, 32, 667–688.
- Körkel, J. (2005). Kontrolliertes Trinken: Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus. In Fontane-Klinik Motzen (Hrsg.), *Willensfreiheit – eine nützliche Illusion in der Psychotherapie ... (Schriftenreihe der Fontane-Klinik und des Psychotherapie-Institutes Motzen, Band 9)* (S. 66–88). Fontane-Klinik: Eigendruck.
- Körkel, J. (2006). Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. *Addiction Research & Theory*, 14, 35–49.
- Körkel, J. (2007). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme Wohnungsloser: Eine Standortbestimmung. In Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band 19)* (S. 21–53). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW/Verlag für neue Wissenschaft.
- Körkel, J. (2012a). *Kontrollierter/reduzierter Tabakkonsum: Sinn oder Unsinn?* Vortrag gehalten auf der 13. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V., Frankfurt am Main, 14. März. 2012
- Körkel, J. (2012b). Wenn Alkohol das Problem ist, Abstinenz aber nicht die Lösung: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsoption. In H. Schmidt-Semisch & H. Stöver (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction und Alkoholkonsum* (S. 141–165). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Körkel, J. (2013). Verhaltensänderung durch Selbsthilfemanuale. *Suchtmagazin*, 39, 45–47.
- Körkel, J. (2014a). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmedizin*, 16, 211–222.
- Körkel, J. (2014b). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15, 165–173.
- Körkel, J. (2014c). *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. Stuttgart: Trias.
- Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Frankfurt a.M.: Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt a.M.
- Körkel, J., Schellberg, B., Haberacker, K., Langguth, W. & Neu, B. (2002). Das "Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken" (AKT). *Suchttherapie*, 3, 112–116.
- Körkel, J. & Schindler, Ch. (1999). Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Suchtbehandlung – Entscheidungen und Notwendigkeiten* (S. 174–196). Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. & Verthein, U. (2010). Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain. *Suchttherapie*, 11, 31–34.
- Kosok, A. (2006). The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking? *International Journal of Drug Policy*, 17, 295–303.
- Krasnegor, N.A. (Ed.) (1979). *Behavioral analysis and treatment of substance abuse*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie*, 16, 18–26.
- Kraus, S. W., Rosenberg, H., Bonar, E. E., Hoffmann, E., Kryszak, E., Young, K. M., Ashrafioun, L. & Bannon, E. E. (2012). Assessing self-efficacy to reduce one's drinking: Further evaluation of the Alcohol Reduction Strategies-Current Confidence Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, 47, 312–316.
- Krausz, M., Ramsey, D., Neumann, T., Vogel, M. & Backmund, M. (2014). Paradigmenwechsel als Markenkern – das Netz als Rahmen der Suchtmedizin der Zukunft? *Suchtmedizin*, 16, 167–172.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157–272.
- Lembke, A. & Humphreys, K. (2012). Moderation Management: A mutual-help organization for problem drinkers who are not alcohol-dependent. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7, 130–141.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 6(7): e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Lieb, H. (1994). Abstinenz: Freiheit oder Bürde? In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Therapieziele im Wandel* (S. 103–119). Geesthacht: Neuland.
- Lovibond, S. H. & Caddy, G. R. (1970). Discriminated aversive control in the modification of alcoholics' drinking behaviour. *Behavior Therapy*, 1, 437–444.
- Lozano, B. E. & Stephens, R. S. (2010). Comparison of participatively set and assigned goals in the reduction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 581–591.
- Luquiens, A., Reynaud, M. & Aubin, H. J. (2011). Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 586–591.
- Mackenzie, A., Funderburk, F. R. & Allen, R. P. (1994). Controlled drinking and abstinence in alcoholic men: Beliefs influence actions. *International Journal of the Addictions*, 29, 1377–1392.
- Maffli, E., Wacker, H. R. & Mathey, M. C. (1995). *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz* (Forschungsbericht Nr. 26). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Maisel, N. C., Blodgett, J. C., Wilbourne, P. L., Humphreys, K. & Finney, J. W. (2012). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: When are these medications most helpful? *Addiction*, 108, 275–293.
- Maisto, S. A., Clifford, P. R., Stout, R. L. & Davis, C. M. (2007). Moderate drinking in the first year after treatment as a predictor of three-year outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 419–427.
- Maisto, S. A., Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1980). Predictors of treatment outcome for alcoholics treated by individualized behavior therapy. *Addictive Behaviors*, 5, 259–264.
- Mann, K. (2014). Trinkmengenreduktion bei Alkoholabhängigen? Ergebnisse neuer Phase-III-Studien mit dem Opiatmodulator Nalmefen. *Suchttherapie*, 15, 174–178.
- Mann, K. (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *Sucht*, 61, 29–36.

- Mann, K., Bladstrom, A., Torup, L., Gual, A. & van den Brink, W. (2013). Extending the treatment options in alcohol dependence: A randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biological Psychiatry*, 73, 706–713.
- Mann, K. & Körkel, J. (2013). Trinkmengenreduktion: ein ergänzendes Therapieziel bei Alkoholabhängigen? *Psychopharmakotherapie*, 20, 193–198.
- Marlatt, G. A. (1983). The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist*, 38, 1097–1111.
- Marlatt, G. A. (2001). Should abstinence be the goal for alcohol treatment? Negative viewpoint. *The American Journal on Addictions*, 10, 291–293.
- Mason, B. J. & Leher, P. (2012). Acamprosate for alcohol dependence: A sex-specific meta-analysis based on individual patient data. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 497–508.
- McMurrin, M. (2006). Controlled drinking goals for offenders. *Addiction Research and Theory*, 14, 59–65.
- Mendoza, N. S., Walitzer, K. S. & Connors, G. J. (2012). Use of treatment strategies in a moderated drinking program for women. *Addictive Behaviors*, 37, 1054–1057.
- Meyer, A., Wapp, M., Strik, W. & Moggi, F. (2014). Association between drinking goal and alcohol use one year after residential treatment: A multicenter study. *Journal of Addictive Diseases*, 33, 234–242.
- Milam, J. R. & Ketcham, K. (1983). *Under the influence: A guide to the myths and realities of alcoholism*. New York: Bantam Books.
- Miller, W. R. (1977). Behavioral self-control training in the treatment of problem drinkers. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management: Strategies, techniques and outcomes*. New York: Brunner/Mazel.
- Miller, W. R. (1978). Behavioral treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 74–86.
- Miller, W. R. (1983). Controlled drinking: A history and critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 68–83.
- Miller, W. R. (1993). Alcoholism: Toward a better disease model. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 129–136.
- Miller, W. R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91(Supplement), S15–S28.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 6–18.
- Miller, W. R. & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441–448.
- Miller, W. R. & Joyce, M. A. (1979). Prediction of abstinence, controlled drinking, and heavy drinking outcomes following Behavioral Self-Control Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 773–775.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D. & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control-training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249–261.
- Miller, W. R. & Moyers, T. B. (2014). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110, 401–413.
- Miller, W. R. & Muñoz, R. F. (1976). *How to control your drinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Miller, W. R. & Muñoz, R. F. (2013). *Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you*. New York: Guilford.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping people change*. New York: Guilford.
- Miller, W. R., Walters, S. T. & Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211–220.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265–277.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L. & Hettema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R.K Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed.) (S. 13–63). Boston: Allyn and Bacon.
- Mowbray, O., Krentzman, A. R., Bradley, J. C., Cranford, J. A., Robinson, E. A. R. & Grogan-Kaylor, A. (2013). The effect of drinking goals at treatment entry on longitudinal alcohol use patterns among adults with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 182–188.
- Nabitz, U. W., Schippers, G. M. & Merckx, M. J. M. (2010). Das Stepped-Care-Modell: Von der Minimalintervention zur umfassenden Behandlung. *Sucht aktuell*, 17, 19–23.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000). *Moderate drinking*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (Alcohol Alert No. 16 PH 315 April 1992, Updated 2000).
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2007). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide* (NIH Publication No. 07–3769, 2005 edition, reprinted May 2007). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- Naumann, W. (1999). *Sozialpädagogische Betreuung von Alkoholkranken in Heimen: Unter besonderer Berücksichtigung des kontrollierten Trinkens*. Rostock: Neuer Hochschulschriftenverlag.
- Nelle, A. C. (2005). Solution and resource-oriented addiction treatment with the choices of abstinence or controlled drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, 16, 57–68.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence* (NICE Clinical Guideline 115). Manchester: NICE.
- Noschis, K., Müller, R. & Weiss, W. (1989). *Selbstkontrolle des Alkoholkonsums bei Patienten von Hausärzten: Vorstellung eines Forschungsprojekts*. Suchtprobleme & Sozialarbeit, 134–140.
- Nordström, G., Berglund, M. & Frank, A. (2004). Stability of successful long-term adjustment in alcohol dependence: A follow-up study 15 years after the first long-term follow-up. *European Addiction Research*, 10, 126–132.
- Ockene, J. K., Wheeler, E. V., Adams, A., Hurley, T. G. & Hebert, J. (1997). Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2334–2341.
- Öjehagen, A., & Berglund, M. (1989). Changes of drinking goals in a two-year out-patient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors*, 14, 1–9.
- Orford, J. & Keddle, A. (1986a). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction*, 81, 495–504.

- Orford, J. & Keddle, A. (1986b). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: Indications at initial assessment. *Addictive Behaviors*, *11*, 71–86.
- Owen, P. (2001). Should abstinence be the goal for alcohol treatment? Affirmative rebuttal. *The American Journal on Addictions*, *10*, 293–294.
- Pachman, J. S., Foy, D. W. & Van Erd, M. (1978). Goal choice of alcoholics: A comparison of those who choose total abstinence vs. those who choose responsible, controlled drinking. *Journal of Clinical Psychology*, *34*, 781–783.
- Polich, J. M., Armor, D. J. & Braiker, H. B. (1981). The course of alcoholism: Four years after treatment. New York: Wiley.
- Polli, E. (1997). Kontrolliertes Trinken. *Eysenck-Journal*, *1*, 77–102.
- Polli, E., Ketterer, H. & Weber, E. (1989). Kursprogramm kontrolliertes Trinken. *Suchtprobleme & Sozialarbeit*, *3*, 125–133.
- Pomerleau, O., Pertschuk, M., Adkins, D. & Brady, J. P. (1978). A comparison of behavioral and traditional treatment for middle income problem drinkers. *Journal of Behavioral Medicine*, *1*, 187–200.
- Project MATCH Research Group (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, *22*, 1300–1311.
- Project MATCH Research Group (1998b). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, *8*, 455–474.
- Rast, M.S. (2015). *Ist es moralisch erlaubt, alkoholkranken Menschen in einer Wohneinrichtung Alkohol abzugeben?* Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Master of Advanced Studies in Applied Ethics, Philosophische Fakultät und Theologische Fakultät der Universität Zürich.
- Rehm, J., Rehm, M. X., Alho, H., Allamani, A., Aubin, H., Bühlinger, G., Daeppen, J., Frick, U., Gual, A. & Heather, N. (2013). Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, *2*, 53–67. doi: 10.7895/ijadr.v2i2.89
- Rehm, J. & Roerecke, M. (2013). Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol and Alcoholism*, *48*, 509–513. doi: 10.1093/alcal/agt021
- Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X. & Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, *23*, 89–97.
- Reinert, R. E. & Bowen, W. T. (1968). Social drinking following treatment for alcoholism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *32*, 280–290.
- Riper, H., Kramer, J., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G. & Cuijpers, P. (2008). Predicting successful treatment outcome of web-based self-help for problem drinkers: Secondary analysis from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*, e46.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K. & Smit, F. (2011). Effectiveness of e-self-help interventions for curbing adult problem drinking: A meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *13* (2): e42, doi:10.2196/jmir.1691
- Robertson, I. & Heather, N. (1982). A survey of controlled drinking treatment in Britain. *British Journal of Alcohol and Alcoholism*, *17*, 102–105.
- Robertson, I., Heather, N., Dziedzicki, A., Crawford, J. & Winton, M. (1986). A comparison of minimal versus intensive controlled drinking treatment interventions for problem drinkers. *British Journal of Clinical Psychology*, *25*, 185–194.
- Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisuranont, M. & Soyka, M. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD001867. DOI: 10.1002/14651858.CD001867.pub3
- Roizen, R. (1987). The great controlled-drinking controversy. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, Volume 5* (pp. 245–279). New York: Plenum Press.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, *113*, 129–139.
- Rosenberg, H. (2002). Controlled drinking. In M. Hersen & W. H. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy, Vol. 1* (S. 533–544). New York: Elsevier Science.
- Rosenberg, H. (2004a). International research – Target groups. In H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell & M. Sobell (Hrsg.), *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 69–79). Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
- Rosenberg, H. (2004b). Theoretical explanations for controlled drinking. In H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell & M. Sobell (Hrsg.), *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 51–60). Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
- Rosenberg, H. & Davis, A. K. (2014). Differences in the acceptability of non-abstinence goals by type of drug among American substance abuse clinicians. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *46*, 214–218.
- Rosenberg, H., Devine, E.G. & Rothrock, N. (1996). Acceptance of moderate drinking by alcoholism treatment services in Canada. *Journal of Studies on Alcohol*, *57*, 559–562.
- Rosenberg, H. & Melville, J. (2005). Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. *Addiction Research & Theory*, *13*, 85–92.
- Rosenberg, H., Melville, J., Levell, D. & Hodge, J. (1992). A 10-year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 441–446.
- Rotgers, F., Kern, M. & Hoeltzel, R. (2002). *Responsible drinking. A Moderation Management approach for problem drinkers*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Rubio, G., Manzanares, J., Lopez-Muñoz, F., Alamo, C., Ponce, G., Jimenez-Arriero, M. & Palomo, T. (2002). Naltrexone improves outcome of a controlled drinking program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *23*, 361–366.
- Rüther, T., Eberhardt, K., Kiss, A. & Pogarell, O. (2014). Reduziertes Rauchen: Was können Interventionen erreichen und wie sollten sie gestaltet sein? *Suchttherapie*, *15*, 179–186. doi 10.1055/s-0034-1390490
- Rumpf, H.-J. (2014). *Untreated remissions versus systematic care in alcohol patients*. Invited presentation at the Conference “The future of addiction research revisited”, Mannheim, 7.–8. März 2014.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, *46*, 9–17.

- Rush, B. & Ogborne, A. C. (1986). Acceptability of nonabstinence treatment goals among alcoholism treatment programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 146–150.
- Rychtarik, R. G., Foy, D. W., Scott, T., Lokey, L. & Prue, D. M. (1987). Five–six-year follow-up of broad-spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 106–108.
- Saladin, M. E. & Santa Ana, E. J. (2004). Controlled drinking: More than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175–187.
- Sanchez-Craig, M. (1980). Random assignment to abstinence or controlled drinking in a cognitive-behavioral program: Short-term effects on drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 5, 35–39.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R. & MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390–403.
- Sanchez-Craig, M. & Lei, H. (1986). Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction*, 81, 505–512.
- Sanchez-Craig, M., Leigh, G., Spivak, K. & Lei, H. (1989). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *British Journal for Addiction*, 84, 395–404.
- Sanchez-Craig, M., Spivak, K. & Davila, R. (1991). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. *British Journal of Addiction*, 86, 867–876.
- Schippers, G. M. & Cramer, E. (2002). Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. *Suchttherapie*, 3, 71–80.
- Schippers, G. M. & Nelissen, H. (2006). Working with controlled use as a goal in regular substance use outpatient treatment in Amsterdam. *Addiction Research & Theory*, 14, 51–58.
- Seitz, H. & Bühringer, G. (2007). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Shaw, G.K., Waller, S., Latham, C.J., Dunn, D. & Thomson, A.D. (1998). The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol & Alcoholism*, 33, 291–303.
- Sieber, M. (2000). Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Ergebnisse aus den Katamnesen der Forel Klinik. *Bulletin der Forel-Klinik*, 1 (Teil 1), 45–50.
- Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2004). *Alcochoix+, manuel du participant. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)*: Montréal, Québec.
- Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2005). *Alcochoix+, manuel de l'intervenant(e). Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)*: Montréal, Québec.
- Sitharthan, T., Job, R. F. S., Kavanagh, D. J., Sitharthan, G. & Hough, M. (2003). Development of a Controlled Drinking Self-Efficacy Scale and appraising its relation to alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 351–362.
- Sitharthan, T., Kavanagh, D. J. & Sayer, G. (1996). Moderating drinking by correspondence: An evaluation of a new method of intervention. *Addiction*, 91, 345–355.
- Sitharthan, T., Sitharthan, G., Hough, M. J. & Kavanagh, D. J. (1997). Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive–behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 878–882.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973a). Alcoholics treated by individualized behaviour therapy: One year treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 599–618.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973b). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49–72.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1976). Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 195–215.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum Press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1984). The aftermath of heresy: A response to Pendery et al.'s (1982) critique of “individualized behavior therapy for alcoholics”. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 413–440.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1995a). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149–1153.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1995b). Moderation, public health and paternalism. *Addiction*, 90, 1175–1177.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573–579.
- Sobell, M. & Sobell, L. (2004a). Clinical Issues. In H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell & M. Sobell (Hrsg.), *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 130–138). Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
- Sobell, M. & Sobell, L. (2004b). Semantics and definitions. In H. Klingemann, R. Room, H. Rosenberg, S. Schatzmann, L. Sobell & M. Sobell (Hrsg.), *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens* (S. 35–40). Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2005a). Guided self-change treatment for substance abusers. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 199–210.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2005b). Time to tear down the wall: Comment on Dawson et al. (2005). *Addiction*, 100, 294–295.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2006). Obstacles to the adoption of low risk drinking goals in the treatment of alcohol problems in the United States: A commentary. *Addiction Research and Theory*, 14, 19–24.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2011). It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet. *Addiction*, 106, 1715–1717.
- Sommer, G. (1977). *Hilfe zur Selbsthilfe (Eigensteuerung)*. Funkkolleg Beratung in der Erziehung, Bd 2. Frankfurt: Fischer.
- Sondheimer, G. (1989). Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken aus der Sicht der Forel-Klinik. *Suchtprobleme & Sozialarbeit*, 3, 121–124.
- Sondheimer, G. (2000). Kontrolliertes Trinken als Therapiewunsch vieler Menschen mit Alkoholproblemen. *Bulletin Nr. 1/2000 (Teil 1) der Forel-Klinik*, 65–80.
- Stellungnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum “Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken” (AKT) (2000). *SUCHT*, 46, 457–458

- Stockwell, T. (1986). Cracking an old chestnut: Is controlled drinking possible for the person who has been severely alcohol dependent? *British Journal of Addiction*, *81*, 455–456.
- Stockwell, T. (1988). Can severely dependent drinkers learn controlled drinking? Summing up the debate. *British Journal of Addiction*, *83*, 149–152.
- Stockwell, T. (1990). An old chestnut well cracked. *British Journal of Addiction*, *85*, 323–325.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, *48*, 50–57.
- Uchtenhagen, A. (2010). Moderater Gebrauch – ein realistisches Lernziel in der Suchttherapie? *Suchttherapie*, *11*, 14–17.
- UKATT Research Team (2001). United Kingdom Alcohol Treatment Trial: Hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, *36*, 11–21.
- Ungerer, S. (2014). *Die Implementierung zieloffener Suchtarbeit. Eine Studie am Beispiel der Konsumreduktionsprogramme KISS und KT*. Unveröffentlichte Masterthesis, Evangelische Hochschule Darmstadt.
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, *98*, 1043–1051.
- Van Amsterdam, J. & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, *27*, 987–997.
- Vogler, R. C., Compton, J. V. & Weissbach, T. A. (1975). Integrated behavior change techniques for alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 233–243.
- Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.-J., Schulze, B. & Krauthan, G. (1982a). Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In H. Vollmer & S. Kraemer (Hrsg.), *Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger* (S. 45–78). München: Röttger.
- Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.-J., Schulze, B. & Krauthan, G. (1982b). Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger unter besonderer Berücksichtigung der Therapiemotivation. *Suchtgefahren*, *28*, 1–15.
- Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I. R., Thompson, S. G., Kalaitzaki, E., Godfrey, C. & Linke, S. (2011). On-line randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS ONE* *6*(3): e14740. doi:10.1371/journal.pone.0014740
- Walitzer, K. S. & Connors, G. J. (2007). Thirty-month follow-up of a drinking moderation training for women: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 501–507.
- Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, *31*, 135–149.
- Weisner, C. (1995). Controlled drinking issues in the 1990s: The public health model and specialty treatment. *Addiction*, *90*, 1164–1167.
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., Young, R. (2010). Online alcohol interventions: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *12*, 160–171.
- Wienberg, G. (2001). Die „vergessene Mehrheit“ heute. Teil V: Bilanz und Perspektiven. In G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wiprovnick, A. E., Kuerbis, A. N., & Morgenstern, J. (2015). The effects of therapeutic bond within a brief intervention for alcohol moderation for problem drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038489>.
- Wolff, S. (2005). Selbstbestimmt kontrolliertes Trinken im Altenheim. In C. Abderhalten & I. Needham (Hrsg.), *Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen* (S. 98–107). Unterostendorf: IBICURA.

Joachim Körkel

Professor für Psychologie an der Ev. Hochschule Nürnberg, Approbierter Psychotherapeut, Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie, Gründungsherausgeber der Zeitschrift „Suchttherapie“, Mitglied des Motivational Interviewing Network of Trainers.

Prof. Dr. Joachim Körkel

Evangelische Hochschule Nürnberg
Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung
Bärenschanzstr. 4
90429 Nürnberg
Deutschland
joachim.koerkel@evhn.de

Eingereicht: 16.05.2015

Angenommen nach Revision: 22.05.2015