

# „Kein Alkohol ist auch keine Lösung.“ Kontrolliertes Trinken aus Personenzentrierter Perspektive

Clemens Hrobsky

Wien

In der Behandlung von Alkoholismus wurden neben den vorherrschenden an Abstinenz orientierten Behandlungsmodellen Konzepte mit alternativer Zielsetzung entwickelt. Programme zum kontrollierten Trinken leiten zur Konsumreduktion an und stellen eine Erweiterung des Behandlungsangebotes dar. Unter Bezugnahme bestehender Konzepte und Beiträge der Personenzentrierten Psychotherapie in Verbindung mit Erfahrung aus der ambulanten Praxis wird veranschaulicht, dass dem Personenzentrierten Ansatz in der Begleitung zum kontrollierten Konsum eine besondere Eignung zukommt. Es wird auf Möglichkeiten und Grenzen des kontrollierten Trinkens im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen und gezeigt, dass die für Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt werden können, sofern die Konsumreduktion stabil und entsprechend weitreichend gestaltet ist.

*Schlüsselwörter:* Kontrolliertes Trinken, Konsumreduktion, Alkoholabhängigkeit, Suchtbehandlung

**“No alcohol is no solution either.” — Controlled drinking from a person-centered perspective.** In the treatment of alcoholism, concepts with an alternative goal have been developed in addition to the prevailing abstinence-oriented treatment models. Controlled drinking programs guide consumption reduction and represent an expansion of the range of treatments. With reference to existing concepts of person-centered psychotherapy in connection with experience from outpatient practice, it is made clear that the person-centered approach is particularly suitable for supporting controlled consumption. The possibilities and limitations of controlled drinking in the context of psychotherapeutic treatment are pointed out and it is shown that the essential conditions for psychotherapy can be created if the reduction in consumption is stable and far-reaching.

*Keywords:* Controlled drinking, consumption reduction, alcohol dependence, addiction treatment

Nachdem in der Personenzentrierten Psychotherapie Suchterkrankungen zunächst wenig Aufmerksamkeit zukam und es keine suchtspezifischen Konzepte gab, entstand mittlerweile eine Reihe bedeutender Beiträge, die das Phänomen Sucht aus personenzentrierter Sichtweise beschreiben und Behandlungskonzepte bieten (Bensel & Fiedler, 2012; Bieber, 2012; Carmon, 2012; Finke, 2004; Keil, 2002; Müllner-Sari, 2008; Reuland, 2012; Speierer, 2012; Swildens & Pfeiffer, 1991; Tecklenburg, 2018; Wilders, 2005). In diesen wurde gezeigt, dass der Personenzentrierte Ansatz auch zur Behandlung von Suchtkranken geeignet ist. Auch kam es zur Ergänzung und Erweiterung von störungsbezogenem Wissen und Vorgehensweisen zur Arbeit mit suchtkranken Personen.

Die Behandlungskonzepte sind dabei weitgehend auf Abstinenz ausgerichtet. In der Suchtbehandlung, insbesondere bei Alkoholproblematiken entstanden jedoch auch Konzepte zum

kontrollierten Konsum, die seit ihrer Entstehung kritisch betrachtet werden. In der Personenzentrierten Psychotherapie stellt sich die Frage, inwieweit diese Konzepte mit einer personenzentrierten Haltung vereinbar sind und ob damit die für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt werden können. Da hierzu bisher keine weitreichende Auseinandersetzung entstanden ist, möchte ich meine Reflexion von Erfahrung aus der Praxis der ambulanten Psychotherapie mit bestehender Theorie in Verbindung setzen, um diese Lücke zu schließen und eine konzeptuelle Weiterentwicklung anzuregen.

## Zu den Entwicklungen in der Suchtbehandlung

In der Behandlung von Suchterkrankungen entstanden seit den 1970er Jahren Konzepte und Studien zur Konsumreduktion, die den klassischen abstinenzorientierten Ansätzen zuwiderliefen (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019). Die Notwendigkeit von Abstinenz als unausweichliches Therapieziel wurde infrage gestellt, was in der Fachwelt zu Kontroversen führte.

**Mag. (FH) Clemens Hrobsky**, 1984. Personenzentrierter Psychotherapeut, Sozialarbeiter, in freier Praxis und als Psychotherapeut im Verein P.A.S.S. tätig. Schwerpunkte im Bereich der Suchtbehandlung und Sexualität. Kontakt: Franz-Graßler-Gasse 21/2, 1230 Wien; office@praxis-hrobsky.at

Das klassische Krankheitsverständnis mit dem Ansatz der Abstinenz als oberstes Ziel basierte darauf, dass jeglicher Konsum einen Rückfall darstellt und ein Fortschreiten der Erkrankung bedeutet (Tecklenburg, 2018, S. 286). Neue Ansätze des kontrollierten Trinkens stellen rückblickend keine Revolution in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit dar, die das Ziel der Abstinenz ablösen. Vielmehr ist kontrolliertes Trinken als eine Ergänzung des Behandlungsangebotes zu verstehen und bietet einen Weg, der zwar für viele nicht gangbar ist, jedoch Personen erreicht, die abstinenzenorientierte Angebote ausschlagen.

In Österreich und Deutschland stellt Abstinenz weiterhin das gängige und vorherrschende Ziel dar, das auch von gesundheitspolitischer Seite Vorgabe der Kostenträger ist (Tecklenburg, 2018, S. 287). Anstelle von Abstinenz einen kontrollierten Konsum als Ziel der Krankenbehandlung von Alkoholabhängigkeit zu setzen, würde auf den ersten Blick paradox wirken, da das Abhängigkeitssyndrom in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)<sup>1</sup> durch eine verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch gekennzeichnet ist. Bereits die Betrachtung der Diagnosekriterien lässt schließen, dass ein kontrollierter Konsum nicht für jede Person und jedes Stadium einer Suchterkrankung infrage kommt. Für schwer alkoholabhängige Personen, die eine lange Suchtvergangenheit aufweisen und mitunter an Entzugssymptomen leiden, scheint Abstinenz besser geeignet, da hier ein kontrollierter Umgang und eine damit verbundene permanente Selbstdisziplinierung nur in seltenen Fällen gelingt. Als Zielgruppe für kontrolliertes Trinken werden insbesondere Personen mit problematischem Konsum, bei denen noch keine ausgeprägte Abhängigkeit besteht, genannt, sowie die Gruppe von „mehrfach geschädigten chronischen Alkoholabhängigen“<sup>2</sup>, für die eine Konsumreduktion schadensminimierend wirkt (Kruse et al., 2000). Die Alkoholproblematik durch kontrolliertes Trinken zu verändern, scheint insbesondere jener Gruppe mit problematischem Konsum, die zwar noch keine Alkoholabhängigkeit entwickelt hat, jedoch entsprechend der diagnostischen Kriterien dem „schädlichen Gebrauch“<sup>3</sup> zuzuordnen ist, am ehes-

ten möglich. Ein Widerspruch zwischen dem Bestreben eines kontrollierten Konsums bei Vorliegen einer Erkrankung mit einhergehendem Kontrollverlust besteht hier zumindest anhand der Diagnosekriterien nicht. Da die Grenzen zwischen Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit fließend sind, ist auch eine Zuordnung zur Zielgruppe und damit verbunden eine Prognosestellung nicht immer ohne weiteres möglich. Unabhängig von der fachlichen Einschätzung über die Realisierbarkeit eines kontrollierten Konsums, können auch Personen, die bereits eine ausgeprägte Abhängigkeit entwickelt haben, sich dieses Ziel setzen und in manchen Fällen auch erfolgreich umsetzen.

Für die Gruppe der „mehrfach geschädigten Alkoholkranken“ dient kontrolliertes Trinken zur Eingrenzung und Minimierung von mit der Erkrankung einhergehenden Folgeschäden und kann mit Substitutionsprogrammen im Bereich illegaler Drogen verglichen werden (Bensel, 2003, S. 71). Ziel ist daher weniger die Bearbeitung des Alkoholproblems hin zu einem unproblematischen Konsum als die Linderung des daraus resultierenden Leids, dass sich neben gesundheitlichen Beschwerden auch auf die Lebensführung und Lebensgestaltung auswirkt. Hier wird eine Stabilisierung angestrebt, sodass beispielsweise eine von Wohnungslosigkeit betroffene Person wieder in der Lage ist, eine Wohnung zu halten, mit finanziellen Mitteln haushalten und sich selbst versorgen zu können.

Seit der Entstehung von Programmen zum kontrollierten Trinken entstanden eine Reihe von Untersuchungen, die die Chancen und Erfolge aufzeigen. Die Ergebnisse scheinen durchaus positiv, wobei Langzeiterfolge zunächst gering waren (Körkel, 2005). Studien weisen auf eine positive Entwicklung hin und setzen Erfolge verhaltenstherapeutischer Programme zur Konsumreduktion mit jenen von abstinenzenorientierten Therapien gleich (Körkel, 2002; Haug et al., 2017). Nach einer Katamnesedauer von zumindest einem Jahr betragen Erfolgsquoten durchschnittlich 65 %, wobei die ausgewiesenen Erfolge der Untersuchungen stark schwanken (zwischen 25 % und 90 %), da sie große Unterschiede in Operationalisierung, Stichproben und der Nacherhebung aufweisen. Ein nicht unerheblicher Anteil der angeführten Erfolge (10 % – 30 %) hat sich zudem während oder nach einem Konsumreduktionsprogramm für den Weg der Abstinenz entschieden (Körkel, 2015). Vergleiche von Studien sind meist nur schwer möglich, da große Unterschiede hinsichtlich Behandlung, Zielgruppe (Schweregrad der Substanzgebrauchsstörung) und Zielsetzung bestehen (Haug, 2014).

1 Das Abhängigkeitssyndrom kennzeichnet sich durch starkes Verlangen, Toleranzentwicklung, Verlust von Kontrolle hinsichtlich Dauer oder Menge des Konsums, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und kann mit körperlichen Entzugssymptomen einhergehen (Dilling & Freyberger, 2016).

2 Kruse et al. (2000) nutzen die Bezeichnung „chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke“ für eine Personengruppe, deren Alkoholkonsum eine massive Schädigung auf hirnorganischer und/oder körperlicher Ebene bedingt und infolge auf Unterstützungsmaßnahmen durch familiäre Pflege oder sozialtherapeutische Einrichtungen angewiesen ist.

3 „Schädlicher Gebrauch“ kennzeichnet sich nach dem ICD-10 durch eine Schädigung auf körperlicher, psychischer oder sozialer Ebene. Er bedingt negative Folgen bezogen auf die Gesundheit oder soziale

Beziehungen, die durch den Konsum massiv belastet werden (Dilling & Freyberger, 2016).

Kontrolliertes Trinken stellt jedenfalls eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu abstinenzorientierten Behandlungsangeboten dar, da damit auch Personen erreicht werden, die zum Zeitpunkt der Hilfesuche nicht zu Abstinenz bereit oder in der Lage sind (Körkel, 2005)<sup>4</sup>. Die Erweiterung des Behandlungsangebotes durch Programme zum kontrollierten Trinken hat neben der Fachwelt auch die Aufmerksamkeit von Hilfesuchenden auf sich gezogen, die in ihrer Wahrnehmung eine Alternative zur Abstinenz geboten sehen. Dass kontrollierter Konsum nur einer vergleichsweise kleinen Personengruppe erfolgreich möglich ist, ist häufig schlichtweg unbekannt.

Beim Wunsch kontrolliert zu trinken bedarf es zu Therapiebeginn auch einer Klärung der Begrifflichkeit, da ihr in den letzten 30 Jahren unterschiedliche Konnotationen zukamen (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019). Nicht selten wird damit gemeint, dass nach erfolgreicher Therapie wieder „normal“ getrunken werden kann, wie es Personen ohne Alkoholproblematik tun.

### Kontrolliertes versus „normales“ Trinken

Unter kontrolliertem Trinken wird ein Konsum verstanden, der einem zuvor festgelegten Trinkplan folgt. Dieser unterliegt Regeln, die im Vorfeld bestimmt werden und Ort, Zeit, Rahmen (u. a. soziales Umfeld), Getränke und Trinkgeschwindigkeit umfassen. Außerdem können alkoholfreie Tage wie auch eine maximale tägliche oder wöchentliche Konsummenge bestimmt werden. Dementsprechend wird nach einem strikten Plan vorgegangen. In Abgrenzung dazu kann unter „normalem“ Konsum ein Trinkverhalten verstanden werden, das ohne Plan und Vorsatz erfolgt. Frei nach Bedürfnis und Situation wird entschieden, ob getrunken wird oder nicht. Auch in Bezug auf die Trinkmenge besteht im Vorfeld keine Absicht. Ein nicht geringer Anteil an Alkoholabhängigen strebt nach einem Entzug und/oder einer Therapie einen derartigen Konsum an und wünscht sich Alkohol, wie andere, problemlos konsumieren zu können. Versuche „normal“ zu trinken führen jedoch bei Personen mit Alkoholproblematik im Zuge einer Selbstüberschätzung nicht selten zu Rückfällen (Körkel & Schindler, 2003). Insbesondere bei Personen, die bereits eine Abhängigkeit entwickelt haben, ist es fraglich, ob ein derart unbeschwerter Konsum überhaupt jemals möglich ist. Von Betroffenen wird kontrolliertes Trinken häufig missverstanden und mit einem „normalen“ Konsum gleichgesetzt. Eine genaue Abklärung der Begrifflichkeit ist daher beim Treffen von Zielvereinbarungen unausweichlich.

<sup>4</sup> Umfragen zeigen, dass die Hälfte der Personen mit Alkoholproblematik keine Hilfsangebote annehmen, da sie sich ein abstinentes Leben nicht vorstellen können (Mann et al., 2017).

### Programme zum kontrollierten Trinken

Mittlerweile existieren unterschiedliche Angebote für kontrolliertes Trinken, die im Zuge eigener Programme zum Erlernen eines kontrollierten Konsums anleiten. Sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting soll es zur systematischen Entwicklung von für das kontrollierte Trinken notwendigen Kompetenzen kommen (Kruse et al., 2000). In verhaltenstherapeutisch strukturierten Programmen wird in Schritten und Modulen der Konsum begrenzt und anhand von Trinktagebüchern und Risikoeinschätzungen reflektiert (Körkel, 2005, S. 324). Im deutschsprachigen Raum sind unter anderem das „ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“ (EkT), das „ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AkT), sowie das „10-Schritte-Programm“, das ein Selbsthilfeprogramm darstellt, zu nennen (Körkel, 2002; Körkel, 2021). Weitere verhaltenstherapeutisch orientierte Programme sind das „Self Control Information Program“ (SCIP) und das Programm KISS („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“) (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019).

Es stellt sich die Frage, wie derartige Vorgehensweisen und Interventionen in Einklang mit einer personenzentrierten Haltung zu bringen sind. Ich sehe hier weniger den Zwang oder gar die Notwendigkeit sich in der Personenzentrierten Psychotherapie Manuale zu bedienen und zum kontrollierten Trinken in Form von vorstrukturierten Programmen anzuleiten. Die Auseinandersetzung mit der Thematik ist jedoch schon allein aufgrund des häufigen Bestrebens von Hilfesuchenden, kontrolliert trinken zu können, notwendig<sup>5</sup>. Wesentlich ist, dass Therapeut\*innen eine eigene Haltung gegenüber dem Ziel des kontrollierten Konsums einnehmen und diese reflektieren. Die Auseinandersetzung mit Programmen zu kontrolliertem Konsum und damit verbundene Fortbildungen können jedoch auch Personenzentrierten Psychotherapeut\*innen dienlich sein. Ein breites Wissen und eine Beschäftigung mit Behandlungskonzepten (anderer Therapierichtungen) ist auch in einem personenzentriert gestalteten Therapieprozess hilfreich und kann Therapeut\*innen in ihrem Vorgehen bestärken.

Unter Behandler\*innen in Suchthilfeeinrichtungen bestehen unterschiedliche Positionen und Zugänge zum kontrollierten Trinken. An dieser Stelle soll keine Diskussion über ein Für und Wider geführt werden. Aufgrund der Häufigkeit der Thematik in der Praxis, möchte ich meine Erfahrung in der Personenzentrierten Psychotherapie im Rahmen der ambulanten Suchtbehandlung heranziehen und aufzeigen, wie eine

<sup>5</sup> Laut Untersuchungen streben lediglich die Hälfte der Hilfesuchenden zu Behandlungsbeginn das Ziel einer dauerhaften Abstinenz an, wobei die andere Hälfte noch unschlüssig ist oder einen kontrollierten Konsum verfolgen möchte (Haug et al., 2017; Klingemann et al., 2004).

personenzentrierte Haltung und therapeutische Vorgehensweise aussehen kann und dass die Personzentrierte Psychotherapie wesentliches Potential in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit bietet. Die Begleitung zum kontrollierten Trinken folgt dabei keinem Schritte-Programm, wie es verhaltenstherapeutische Manuale oder andere Programme tun. Die Vorgehensweise und Beziehungsgestaltung richtet sich an den personenzentrierten Grundzügen und ergänzendem in den Prozess einfließenden störungsbezogenem Wissen, wie Bensel (2012, S. 52) es für die Therapie bei Alkoholabhängigkeit beschreibt, aus.

### Zum Umgang mit Zielen und Ambivalenzen

Wie bei jeder Therapie ist zu Beginn eine Anamnese und Diagnostik notwendig, die Aufschluss darüber gibt, inwieweit ein erfolgreicher kontrollierter Konsum realisierbar scheint. In der Abklärung einer Zusammenarbeit und möglichen Zielsetzung dränge ich mich nicht als Experte auf, um Klient\*innen Grenzen aufzeigen oder ihnen Fähigkeiten zu- oder abzusprechen. Im Sinne der eigenen Kongruenz, die notwendig ist, um ein hilfreiches Beziehungsangebot zu setzen, benötigen Therapeut\*innen Ziele, die sie mit ihrem Gegenüber guten Gewissens verfolgen können. In manchen Fällen ist das formulierte therapeutische Angebot schlichtweg nicht passend. Gerade bei Suchterkrankungen sind häufig auch ein stationärer Aufenthalt und eine Entgiftung notwendig, bevor ein ambulantes Therapieangebot folgen kann. Ein weiter Teil der Klient\*innen, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, wurde durch Einrichtungen der Suchthilfe zugewiesen. Bereits im Vorfeld fand eine multidimensionale Diagnostik statt und ambulante Psychotherapie wurde als geeignete Maßnahme im Behandlungsplan formuliert. Trotz Indikation für eine ambulante Behandlung, ausführlicher Diagnostik und Anamnese ist die Einschätzung über die Möglichkeiten eines erfolgreichen kontrollierten Trinkens dennoch schwierig. Studien zeigen zwar Erfolgsquoten, jedoch ist im Vorfeld nicht mit Sicherheit einzuschätzen welcher Person es gelingen mag und wer daran scheitern wird. Diese Unsicherheit besteht häufig auch bei Klient\*innen, die sich zwar wünschen, kontrolliert trinken zu können, sich jedoch unsicher sind, ob sie dazu in der Lage sind. Betroffene zeigen hier eine ausgeprägte Ambivalenz. Einerseits ist ihnen bewusst, dass ihr Alkoholkonsum ein problematisches Ausmaß bis hin zur Abhängigkeit angenommen hat und dieser verändert werden muss. Andererseits besteht neben dem Wunsch nach Veränderung auch jener, am Konsum in reduzierter Weise festhalten zu können. Beim Umgang mit dieser Ambivalenz erweist sich der Personzentrierte Ansatz mit seiner Nondirektivität als besonders geeignet. Konfrontation durch Therapeut\*innen führt im Falle von Ambivalenz bei

Alkoholproblemen eher zu Widerstand und Verweigerung, als dass Einsicht und Bereitschaft zur Veränderung erzeugt werden. Durch Reflexion kann die Ambivalenz im Therapieprozess genutzt werden, wenn neben dem Wunsch zu trinken auch die negativen Auswirkungen bewusstwerden. Wird die Ambivalenz im Therapieprozess gewürdigt und gefördert, wünschen sich Klient\*innen Eindeutigkeit und nähern sich einer Entscheidung (Lindenmeyer, 2013). Eine Entscheidung, ob Abstinenz oder kontrolliertes Trinken verfolgt wird, wird nicht ausschließlich zu Beginn der Therapie getroffen. Im Zuge von Rückfällen, wenn Versuche des kontrollierten Konsums misslungen sind, treten Ambivalenzen wieder in den Vordergrund, wobei es immer wieder zu Entscheidungsprozessen kommt. Dies ist nicht nur beim kontrollierten Trinken der Fall, sondern auch in Therapieprozessen mit dem Ziel der Abstinenz, wenn nach einem Rückfall erneut die Entscheidung getroffen wird, an die vorangegangene abstinenten Phase anzuknüpfen.

In manchen Fallverläufen werden Entscheidungsprozesse wiederholt begleitet. Stellt sich für die betroffene Person im Zuge des Prozesses heraus, dass ein kontrollierter Konsum nicht realistisch und durchführbar ist, dann wird die Entscheidung auf Basis eigener Erfahrung getroffen. Die Entscheidung zur Abstinenz wird dann frei von der Person selbst getroffen und nicht aufgrund einer Vorgabe oder Empfehlung von außen (Kruse et al., 2000, S. 265). Aus Studien zu Programmen des kontrollierten Trinkens geht hervor, dass der überwiegende Anteil an Teilnehmer\*innen sich schließlich für den Weg der Abstinenz entscheidet (Soyka & Küfner, 2008). Eine Vorgehensweise nach dem Personzentrierten Ansatz scheint hier hilfreich, da sie sich an den Bedürfnissen der Klient\*innen orientiert und abgestimmt auf die jeweilige Phase, in der sich die Person befindet, entsprechende Interventionen setzt. Dabei wird auf die Aktualisierungstendenz vertraut und diese durch Selbstexploration gefördert. Klient\*innen erhalten in diesem Prozess zunehmend Zugang zu ihren Gefühlen und Erfahrungen, benennen und symbolisieren sie und finden darin eine Quelle für Veränderung (Bensel, 2003, S. 68).

Beim Treffen von Zielvereinbarungen ist laut Körkel (2005, S. 325) Zieloffenheit eine wesentliche Voraussetzung für die therapeutische Beziehung. Die personenzentrierten Grundzüge bilden hier eine gute Basis, um auf die zu Beginn der Therapie geäußerten Wünsche und Ziele einzugehen. Häufig wird der Wunsch eines „normalen“ Konsums geäußert, wobei es hierüber eines Dialogs und einer genauen Ausformulierung bedarf, was damit überhaupt gemeint ist. Hier kann eine Informationsweitergabe zur Definition und zur Ausgestaltung von Programmen zum kontrollierten Trinken notwendig sein, um ein gemeinsames Verständnis zu erzeugen. Im Sinne der Selbsteinbringung kann auch auf Grenzen und Gefahren hingewiesen werden, die mit kontrolliertem Trinken einhergehen.

Die meisten Personen mit Suchtproblematik haben ohnehin bereits Versuche unternommen, „normal“ oder kontrolliert zu konsumieren, und haben ein Misslingen bereits selbst erlebt. Zur Beschreibung von Suchtbehandlungen wird häufig auf das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente Bezug genommen, das Phasen von der Absichtslosigkeit hin zur Absichtsbildung, zur Vorbereitung und Handlung bis zur Aufrechterhaltung und einem dauerhaften Ausstieg oder Rückfalls skizziert (Arend, 2002; Bensel, 2003; Fiedler, 2012). Anhand dieses Modells kann auch der Prozess, den Alkoholkranken mit Wunsch nach kontrolliertem Konsum durchmachen, beschrieben werden. In der Vorbereitungsphase wird ein Ziel und Rahmen festgelegt wann, wie, wo und wie viel getrunken werden darf. Dem folgt die Handlung und bei Erfolg die Aufrechterhaltung. Häufig zeigt sich jedoch in der Phase der Handlung, dass die gesetzten Regeln nicht praktikabel sind und es folgt ein Rückfall, da mehr getrunken wird als zuvor festgelegt. Wird der Rahmen eingehalten und der kontrollierte Konsum ist für Klient\*innen erfolgreich, versuchen sie diesen aufrechtzuerhalten. Auch dies kann zu einer falschen Sicherheit führen, wodurch die Gefahren des Konsums verkannt werden. Im Vorgang des Trinkens kann es geschehen, dass Betroffene das eigens auferlegte Regelwerk aufweichen, wodurch nach Erreichen der gesetzten Grenze der Plan verworfen und weiter getrunken wird, mitunter mit dem Vorhaben auch diesen Konsum noch kontrollieren zu können. Dies führt häufig zu einem Rückfall, der mit vollkommenem Kontrollverlust und Exzess einhergehen kann.

Unter Betrachtung des Phasenmodells lässt sich feststellen, dass manche Behandlungsverläufe unzählige Schleifen aufweisen und wiederholt Entscheidungsprozesse durchlaufen werden, die Absichtsbildung und Vorbereitung auf den zukünftigen Umgang mit Alkohol betreffen.

### Der Wunsch nach Rausch

Aus meiner Praxiserfahrung beziehe ich mich überwiegend auf Personen, die nach Jellinek als Gamma-Typ oder Epsilon-Typ (Periodischer Konsum)<sup>6</sup> (Dörner & Plog, 1987, S. 251) bezeichnet werden und den Wunsch nach kontrolliertem Konsum hegen. Sie suchen im Konsum Rausch und erleben in diesem Kontrollverlust. Anders als Spiegel-Trinker\*innen

<sup>6</sup> Beide Trinktypen kennzeichnen sich durch exzessiven Konsum. Der Gamma-Typ weist eine psychische und/oder körperliche Abhängigkeit samt Toleranzentwicklung auf und erleidet im Konsum Kontrollverlust. Er ist zu abstinente Phasen in der Lage, die jedoch mit Abstinenzsymptomen einhergehen. Der Epsilon-Typ trinkt episodisch und wurde früher als Quartalstrinker betitelt. Der exzessive Konsum wird dabei als Ausbruch aus einer sonst sehr angepassten und überbemühten Lebensgestaltung betrachtet (Dörner & Plog, 1987, S. 251).

erlebten sie auch bereits vor der Behandlung abstinente Phasen. Diese geben ihnen den Glauben, kein andauerndes Problem zu haben und die (manchmal auch falsche) Zuversicht, den Konsum doch kontrollieren zu können. Im Rückblick auf die Biographie und Suchtentwicklung zeigt sich häufig, dass Alkohol nur selten gemäßigt konsumiert und mit diesem meist Berausung gesucht wurde. Dem Rausch kommen dabei wesentliche Funktionen zu. Neben dem Erleben von Ausgelassenheit und Hochgefühlen dient er der vorübergehenden Bewältigung von Inkongruenz und damit verbundenen negativen Gefühlen. Durch den Rausch wird das Erleben des Selbst beeinflusst und ein vorübergehender Moment der Kongruenz empfunden (Bensel, 2012). Dieses Znutze machen der Substanz, die als Versuch einer Art Selbstmedikation verstanden werden kann, führt zu dem Drang, diesen Zustand immer wieder erzeugen zu wollen. Auch Personen, die sich vornehmen kontrolliert zu trinken, verspüren dieses Verlangen und setzen ihre Trinkgrenzen (zumindest zu Beginn) in einer Weise, die die Wirkung des Alkohols verspüren lässt und dem Rauschgefühl nahekommt. Bei derart gestalteten Versuchen, den eigenen Konsum kontrollieren zu können, scheint der Grat zum Kontrollverlust äußerst schmal, wodurch erste Versuche häufig zu Rückfällen führen.

Scheitern Versuche kontrolliert zu konsumieren wiederholt, ist dies für Klient\*innen äußerst frustrierend. Die damit einhergehende Kränkung stellt eine sekundäre Inkongruenz dar, da der Kontrollverlust im Widerspruch zum Selbstkonzept und dem Anspruch nach Selbstbestimmung steht (Bensel, 2012, S. 50). Für den therapeutischen Prozess ist es von großer Bedeutung, bereits im Vorfeld auf Rückfälle vorzubereiten, um mit ihnen bei Auftreten arbeiten zu können. Dabei bedarf es eines verstehenden, verzeihenden Umgangs, um die Selbstverurteilung der Betroffenen aufzufangen, sowie ihre Selbstempathie und Stabilität zu fördern (Bensel, 2003, S. 71). Wird diese Offenheit nicht geschaffen und es entsteht Angst in der Therapie für einen Rückfall verurteilt zu werden, kann dies einen Abbruch zur Folge haben. Die bedingungslose Wertschätzung Personenzentrierter Psychotherapeut\*innen, die auch im Umgang mit Rückfällen von einer gewissen Gelassenheit zeugt, ist hier besonders zuträglich (Barth & Schaub, 2006).

In Therapien ist häufig zu beobachten, dass wiederholte Rückfälle zur Abstinenzorientierung bewegen oder die selbst auferlegten Regeln des kontrollierten Konsums zunehmend enger gefasst werden, sodass dieser eher realisierbar erscheint.

Ist die Konsumreduktion weitreichend, der Konsum nicht mehr durch Rausch geprägt und das Erleben nicht durch Alkohol beeinträchtigt, eröffnen sich der Person Möglichkeiten in der Bearbeitung von Inkongruenz, die bisher nur im Falle

von Abstinenz angenommen wurden. Solange durch Konsum Inkongruenz und damit einhergehende innere Anspannung von der Gewährwerdung ausgeschlossen sind, sind sie einer weiteren Bearbeitung unzugänglich (Cameron, 2012).

Speierer (2012) beschreibt in der Behandlung von Suchtkranken den Entzug als notwendig, um Inkongruenzerleben wieder wahrzunehmen und damit verbundene Persönlichkeitsanteile im therapeutischen Prozess zugänglich zu machen.

### Konsum als Versuch der Inkongruenzbewältigung

Bevor näher auf die Psychotherapie bei Alkoholproblematiken und damit verbundene Chancen durch kontrollierten Konsum eingegangen werden kann, ist ein Verständnis innerpsychischer Vorgänge und der Bedeutung des Konsums für das Selbstkonzept vonnöten.

Es ist anzumerken, dass eine allgemeine und übergreifende Grundstruktur in der Persönlichkeit bei Süchtigen und Alkoholkranken nicht nachgewiesen werden konnte und daher auch keine verallgemeinernde und typische Inkongruenzkonstellation besteht. Es bestehen jedoch Gemeinsamkeiten, wie ein negatives Selbstkonzept, das infolge der Sucht durch Selbstabwertung verstärkt wird, und ein Umgang mit negativen Emotionen, die durch den Konsum versucht werden zu verdecken (Finke, 2004). Der Konsum kann als Bewältigungsversuch verstanden werden, durch den negative Gefühle durch ein positiv wahrgenommenes Erleben infolge der Alkoholeinwirkung überschattet werden. Der Konsum führt zur vorübergehenden Minderung von Spannungszuständen und Inkongruenzerleben. Während des Einflusses der Substanz werden diese ausgeblendet und durch ein Gefühl innerer Konsistenz abgelöst. Es wird eine Art Kongruenz erlebt, die allerdings an den Konsum gebunden ist und einer ständigen Wiederholung bedürfen würde. Geschieht diese ständige Erneuerung und es entwickelt sich eine Abhängigkeit, verfestigt sich durch die damit einhergehende Wahrnehmungsverzerrung die zugrunde liegende Inkongruenz. Zudem entstehen im Zuge der Suchtentwicklung sekundäre Inkongruenzen. Diese sind Folgewirkungen des Konsums, die mit dem eigenen Selbstbild unvereinbar sind. Sekundäre Inkongruenzen können wiederum zu deren Bewältigung zum weiteren Konsum anregen und zur Entwicklung oder Aufrechterhaltung der Sucht führen (Bensel, 2012).

Im Vergleich zu Personen ohne Alkoholproblem, die sich gelegentlich berauschen und durch den Konsum ebenfalls eine gehobene Stimmungslage, Euphorie und Ausgelassenheit erleben, kommt dem Konsum von Personen mit Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit neben dem Erzeugen von positiven

Gefühlen auch die Reduktion eines negativen Erlebens durch die Funktion der vorübergehenden Inkongruenzbewältigung hinzu.

Swidens und Pfeiffer (1991) beschreiben die Grundstimmung als negativ und Alkohol als „Instant-Lösung“, mit der negative Gefühle wie unter anderem Schmerz, Angst, Entfremdung, Langeweile oder Schlaflosigkeit kurzfristig aufgelöst werden. Sucht kennzeichnet er dabei als Mangel der Bereitschaft, Veränderung über andere Wege mit geeigneter Anstrengung herbeizuführen.

Bei der Betrachtung der Funktion des Alkohols, um vorübergehende Kongruenz zu erleben und negative Gefühle auszublenden, wird die Ambivalenz, in der sich Klient\*innen befinden, verständlich. Kaum ein Weg im Umgang mit negativen Gefühlen scheint für Betroffene derart mühelos und effektiv zu sein, wie mittels Konsums beinahe auf „Knopfdruck“ einem negativen Erleben, wenn auch nur vorübergehend, zu entkommen. Wird kontrolliertes Trinken angestrebt, kann es mitunter auch die Motivation sein, diese als überaus effektiv erlebte Strategie nicht aufgeben zu wollen. Nehmen wir als Beispiel eine Person mit Alkoholproblematik, die in Gesellschaft trinkt, um soziale Ängste zu unterdrücken und sich selbstsicher zu fühlen. Sie kann den Wunsch nach kontrolliertem Konsum hegen, um einerseits das vordergründige und möglicherweise auffällige Alkoholproblem zu lösen, andererseits die an den Alkohol gebundene Selbstsicherheit in sozialen Situationen nicht aufgeben zu müssen. Gelingt die Umsetzung des kontrollierten Konsums, kann dies mit Fokus auf das Alkoholproblem einen Behandlungserfolg darstellen. Auch sekundäre Inkongruenzen, die durch früheren Kontrollverlust im Trinkverhalten entstanden sind, werden minimiert. Fraglich ist, inwieweit eine weitere Persönlichkeitsentwicklung möglich ist und gefördert werden kann, wenn dahinterliegendes Inkongruenzerleben, wie in diesem Fall Angst, in sozialen Situationen nicht ausreichend zugänglich ist. Bezugnehmend auf das Prozesskontinuum nach Rogers können wir davon ausgehen, dass die hier beschriebene Person mit starker Ambivalenz und einem instabilen Konsummuster, das Inkongruenz verdeckt, nicht über Stufe 4 hinauskommt. Auf dieser Stufe entstand bereits ein Problembewusstsein und eigene Anteile werden erkannt. Emotionen werden teilweise gegenwärtig erlebt und geäußert, wobei Angst vor diesem Erleben besteht. Die Person lernt sich zunehmend in ihrem unmittelbaren Erleben kennen bzw. verstehen und stellt bisherige Konstrukte infrage. Auch wenn sich weite Teile innerhalb der Psychotherapie auf dieser Ebene abspielen, ist für eine weitere Persönlichkeitsentwicklung das unmittelbare und annähernd volle Erleben von bisher von der Gewährwerdung ausgeschlossenen Gefühlen für weitere Veränderung notwendig (Rogers, 2012/1977b).

## Die Notwendigkeit des Erlebens von Inkongruenz

Die Bearbeitung von Inkongruenz würde einen Konsum voraussetzen, der Inkongruenz zulässt und erfahrbar macht. Die Grenzen im Trinkverhalten müssten derart eng gesetzt sein, dass diesem keine Funktion mehr zukommt und das eigene Erleben kaum noch beeinträchtigt wird.

Dieses Erleben ist jedoch erst möglich, wenn stabile Konsummuster oder Abstinenz gegeben sind und es nicht mehr durch Alkoholeinwirkung blockiert wird. Der aufrechte und beeinträchtigende Konsum bedeutet eine Einschränkung der Aktualisierungstendenz. Die unangenehmen Gefühle, die durch den Substanzeinfluss verdeckt werden, würden der Person einen bedeutenden Hinweis in Richtung wesentlicher Lernprozesse liefern (Bieber, 2012, S. 155). Die Aufrechterhaltung von Konsummustern, die als Bewältigungsstrategie im Umgang mit Inkongruenzerleben verstanden werden, bedeutet daher eine Beeinträchtigung oder gar Unterbindung der Entfaltung der Aktualisierungstendenz. Die Person versucht sich durch den Konsum vor der Wahrnehmung neuer Erfahrungen und den damit einhergehenden unangenehmen Gefühlen zu schützen. Böhler (1994, zitiert nach Keil, 2002) beschreibt einen Zustand der Verschlussheit, in dem Erfahrungen von der Gewährwerdung ausgeschlossen werden, um das rigide Selbstkonzept aufrechtzuerhalten. Der Drang zur Aufrechterhaltung des Konsums ist daher auch Ausdruck der Selbsterhaltung des Selbstkonzepts, das versucht sich zu erhalten und Erfahrung abzuwehren. Alkoholismus kann daher auch als schädliche Form der Selbstaktualisierung betrachtet werden (Reuland, 2012, S. 177).

Die Ambivalenzen von Klient\*innen mit Alkoholabhängigkeit können als Entgegenwirken und Widerspruch von Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz verstanden werden. Nach Rogers spaltet sich die Aktualisierungstendenz, wenn durch Inkongruenz organismische Erfahrung mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar ist (Rogers, 2009/1959a, S. 27). Ein fragiles und negatives Selbstkonzept versucht sich demnach zu erhalten und Erfahrung abzuwehren, wodurch die allgemeine Aktualisierungstendenz, die auf Veränderung und Selbstheilung gerichtet ist, im Widerspruch steht und blockiert wird.

Für die betroffene und sich in Ambivalenz befindende Person bedeutet dies einerseits, dass Erfahrungen einen Auftrag in Richtung Aktualisierung liefern und auf Veränderung und Inkongruenzbearbeitung gerichtet sind. Andererseits versucht sich das Selbstkonzept von Suchtkranken zu erhalten und das bedrohliche Erleben abzuwehren, um nicht in Gefahr einer Desorganisation zu geraten (Lillie, 2002).

Das Wissen über diese Dynamik hilft Therapeut\*innen ein besseres Verständnis für Betroffene und ihre inneren Vorgänge

zu entwickeln, um das ambivalente Verhalten hilfreich begleiten zu können. Das Beziehungsangebot ist einerseits der Person emphatisch zugewandt, um Gefühlszustände erlebbar zu machen und das Vertrauen in die eigene Person, ihr Wachstum und ihre Potentiale zu stärken. Andererseits ist es in Bezug auf die Alkoholproblematik und das damit einhergehende Verhalten konfrontierend. Die damit einhergehende Haltung bedeutet ein Ja zur Person, jedoch ein Nein zur Sucht (Feselmayer & Beiglböck, 2013, S. 271).

## Zur Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit

Die psychotherapeutische Behandlung von Suchtkranken wird als Aufeinanderfolge zweier Therapien beschrieben. Hierbei wird von einer „Grundstörung“ gesprochen, zu der eine Abhängigkeit hinzukommt, die eine eigene Dynamik mit sich bringt, nur schwer von der zugrundeliegenden Störung zu trennen ist und mit dieser in Wechselwirkung steht. Abstinenz stellt in bisherigen Konzepten dabei eine Notwendigkeit dar, um in dem daran anknüpfenden Therapieprozess die dahinter liegende „Grundstörung“ zu bearbeiten (Feselmayer & Beiglböck, 2013; Keil, 2002). Unter dem Begriff „Grundstörung“ kann dabei eine der Sucht zugrundeliegende und vorausgegangene Inkongruenz verstanden werden, die nicht zwingend ein klinisches Störungsbild darstellt. Jedoch können neben der substanzbedingten Störung weitere psychische Störungen als Komorbiditäten auftreten (Barth & Schaub, 2006).

Um die von Alkoholismus verdeckten Inkongruenzkonstellationen in der Psychotherapie bearbeiten zu können, gelten Krankheitseinsicht und bisher ausschließlich Abstinenz als Voraussetzung. Diese Sichtweise wird auch durch Rogers untermauert, der die Akzeptanz dessen, was wir sind, als Grundlage für eine weitere Veränderung nennt (Keil, 2002).

## Kontrolliertes Trinken in der Psychotherapie

In der Suchtbehandlung gilt seit jeher Abstinenz als die notwendige Voraussetzung, um Psychotherapie im beschriebenen Sinne zu ermöglichen. Nachdem Konzepte zum kontrollierten Trinken Einzug in die Behandlung von Alkoholabhängigen genommen haben, stellt sich die Frage, inwieweit die notwendigen Bedingungen für Psychotherapie mit diesen hergestellt werden können. Feselmayer und Beiglböck (2013) führen an, dass bei einem Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD-10 eingeschränkte Möglichkeiten für die Psychotherapie bestehen könnten (S. 271). Davon ist jedenfalls auszugehen, solange Konsummuster bestehen, die das dafür notwendige Erleben von Inkongruenz beeinträchtigen oder gar gänzlich verdecken. Es

müsste eine Stabilität im Konsum gegeben sein, der die Grenzen in Bezug auf Häufigkeit und Trinkmenge derart stark herabsetzt, dass ein Erleben möglich ist, das jenem in Verbindung mit Abstinenz gleichgesetzt werden kann. Ob ein derart kontrollierter Umgang von Personen mit einer bestehenden Abhängigkeit angestrebt und erreicht werden kann, ist fraglich. In der Zusammenarbeit mit Personen, die in ihrem Konsum Rausch suchten, stellte ich fest, dass die Annäherung an immer geringere Trinkmengen dazu führte, dass entweder doch Abstinenz angestrebt wurde oder ein Konsum, der streng reglementiert war und keine Nähe zu Berauschung zuließ. Dies war meist Folge langwieriger Prozesse, die mit einer Vielzahl an gescheiterten Versuchen und einer stetigen Trinkmengenreduktion einherging. Häufig kamen Betroffene auch an einen Punkt, wo der Konsum für sie sinnlos erschien, da er die Funktion und das damit einhergehende frühere Erleben nicht mehr beförderte.

In der Zusammenarbeit mit jenen Personen, die stabile Konsummuster mit geringem Konsum entwickelten, schien mir auch die Bearbeitung dahinterliegender Inkongruenzen möglich, was wiederum zur Stabilität im Konsum beitrug.

In der therapeutischen Begleitung zum kontrollierten Trinken blicke ich auch auf Fälle zurück, die sich auf die Minderung sekundärer Inkongruenzen, wie dem Erleben von Kontrollverlust und damit einhergehenden Folgen, die unter anderem auf sozialer oder wirtschaftlicher Ebene waren, begnügten und dies für sich als Behandlungserfolg und Zielerreichung sahen. Die Therapie endete somit, ohne dass es zu einer tiefgehenden Bearbeitung von dahinterliegendem Inkongruenzerleben kam.

Insbesondere Personen mit missbräuchlichem Konsum, die im Hintergrund an keiner psychischen Störung oder Erkrankung leiden, scheint eine Einschränkung ihres Konsums durch kontrolliertes Trinken ausreichend. Die Minderung der sekundären Inkongruenzen und das Gefühl wieder Kontrolle über ihr Selbst zu erlangen, schafft ihnen bereits Erleichterung. Bei Substanzstörungen leiden viele Betroffene stärker unter den Folgen des Konsums und der damit einhergehenden Dynamik als unter den anfänglich zum Konsum geführten Gründen (Barth & Schaub, 2016). Wird eine Psychotherapie begonnen, um Auswirkungen des Konsums und der weiteren Suchtentwicklung entgegenzuwirken, kann eine erfolgreiche Kontrolle des Konsums Betroffene ausreichend entlasten. Die durch die Konsumreduktion wahrgenommenen Inkongruenzen stellen für sie keinen derart großen Leidensdruck dar, dass sie sich einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung bedienen. Das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen und Konstrukten scheint ihnen ausreichend, um den weiteren Weg ohne therapeutische Unterstützung gehen zu wollen.

Kommt es zu einer weitreichenden Konsumreduktion und Kontrolle im Konsumverhalten, scheinen die für die Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt, sofern Inkongruenzen und negative Gefühle wieder erlebbar sind. Diese therapeutischen Möglichkeiten eröffnen sich jedoch voraussichtlich nicht der bereits erwähnten Personengruppe der „mehrfach geschädigten Alkoholkranken“, denen ein kontrollierter Konsum lediglich zur Schadensminimierung dient, um noch schwerwiegendere gesundheitliche und soziale Folgen abzufedern. Es ist davon auszugehen, dass die Konsumreduktion nicht weitreichend genug ist, um Inkongruenzerleben in entsprechendem Ausmaß zuzulassen.

### Zum personenzentrierten Vorgehen

Können durch eine weitreichende und stabile Konsumreduktion die für Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt werden, stellt sich die Frage wie eine Begleitung zum kontrollierten Trinken im Rahmen der Personenzentrierten Psychotherapie gestaltet werden kann. Bezugnehmend auf die Betrachtung der Suchtbehandlung als das Ineinandergreifen zweier Therapien (Feselmayer & Beiglböck, 2013; Keil, 2002), könnte man dazu geneigt sein sich im „ersten Teil“ der Therapie eines verhaltenstherapeutisch geprägten Manuals zum kontrollierten Trinken zu bedienen. Diese Möglichkeit besteht, jedoch sehe ich hierzu keine Notwendigkeit.

Bei Betrachtung der Inhalte von Programmen zum kontrollierten Trinken wird ersichtlich, dass sich diese weitgehend mit jenen in den meisten suchtspezifischen Therapien decken. Die Entwicklung von alternativen Strategien im Umgang mit Belastungen, der Aufbau eines „Belohnungssystems“ frei von Alkohol, Rückfallprävention und Umgang mit Rückfällen, der Aufbau einer positiven Freizeitgestaltung, wie sie in Programmen vermittelt werden (Körkel, 2002; Körkel 2020), sind ebenso relevante Inhalte in abstinenzorientierten Therapien. Im Unterschied zu angeleiteten Programmen werden in der Personenzentrierten Psychotherapie Inhalte nicht nach einem festgelegten Ablauf bearbeitet. Die Auseinandersetzung mit Inhalten, wie jenen der Rückfallprävention oder Freizeitgestaltung, geschieht im Dialog unter Einbezug der Erfahrungen der Klient\*innen und der Expertise der Therapeut\*innen, die diese neben Informationsweitergabe auch durch Selbsteinbringung zur Verfügung stellen. Hierbei wird auch der Weg der Nichtdirektivität nicht verlassen, sofern Wissen und Erfahrung in Formulierung und durch dahinterliegende Absicht nicht als Ratschlag transportiert werden (Wilders, 2005).

Anders als in einem Schritte-Programm, in dem beispielsweise die Freizeitgestaltung in einem eigenen Modul thematisiert und hinterfragt wird, müssen Personenzentrierte Psychotherapeut\*innen dafür sorgen, dass diese Thematik in der Therapie ausreichend Raum erhält. Personen mit Alkoholproblematik gestalten ihre Beziehungen in einer Art und Weise, dass süchtiges Verhalten nicht eingeengt wird (Fiedler, 2011, S. 210), wodurch meist ein soziales Umfeld besteht, in dem ein problematischer Konsum nicht auffällt und geteilt wird. Die bisherige Freizeitgestaltung und die damit in Verbindung stehende Beziehungen zu reflektieren und zu hinterfragen, ist daher unerlässlich. Das Thema Freizeit- und Beziehungsgestaltung wird häufig bereits von Klient\*innen angestoßen, wodurch Therapeut\*innen es lediglich aufgreifen müssen. Sollte dies nicht der Fall sein, kann das diesbezügliche, störungsbezogene Wissen eingebracht werden, um eine Reflexion anzuregen. Relevante Themen können somit auch bei einem an das Individuum angepassten Therapieprozess bearbeitet werden.

Ebenso kann die Ausgestaltung eines Plans zum kontrollierten Konsum im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie in adäquater Weise erfolgen. Körkel (2005), Begründer von Programmen zum kontrollierten Trinken im deutschsprachigen Raum, weist darauf hin, dass eine zieloffene Vorgehensweise von besonderer Bedeutung ist, da sie Klient\*innen ehrliche Aussagen ermöglicht und zur Umsetzung selbstbestimmter Veränderungen verhilft. Die Personenzentrierte Psychotherapie scheint hier in besonderem Maß geeignet. Ihr Beziehungsangebot ist durch bedingungslose Wertschätzung und Anerkennung der Person in ihrer Individualität gekennzeichnet, wodurch auch diese ihr organismisches Erleben anerkennen und Selbsterfahrung integrieren kann (Müllner-Sari, 2008). Die Erfahrung von Akzeptanz und bedingungsloser Wertschätzung in der therapeutischen Beziehung eröffnet Klient\*innen Raum sich mit sich selbst, Unsicherheiten und Ambivalenzen auseinanderzusetzen, ohne dabei zu fürchten bewertet oder verurteilt zu werden. Die emphatische Haltung und das „Ja zur Person“, die auch bei Rückfällen spürbar sind, fördern die Selbstempathie (Bensel, 2003) und Auseinandersetzung mit realistischen Zielen, sowie die Annäherung an einen umsetzbaren Konsumplan. Der Prozess dorthin ist durch die Reflexion bisheriger Erfahrungen und das wiederholte Treffen von Entscheidungen geprägt, die Veränderung bedingen. In der Begleitung und Förderung von Veränderung weist die Personenzentrierte Psychotherapie durch ihre Grundzüge die notwendigen Voraussetzungen auf. In der Suchtbehandlung wird häufig die Motivierende Gesprächsführung angewandt, die sich an die Theorie von Carl Rogers anlehnt und auf den personenzentrierten Grundzügen aufbaut (Miller & Rollnick, 2009). Fiedler (2011) zieht sie in seiner störungsbezogenen Vorgehensweise

ebenfalls heran und zeigt die Bedeutung personenzentrierter Interventionen auf, um Widerstände abzubauen, Ambivalenzen zu lösen und Veränderungen herbeizuführen. Dieses in der Suchtbehandlung bereits etablierte Vorgehen zeichnet sich auch in der Begleitung zum kontrollierten Trinken aus, da Ambivalenzen und Widerstände über weite Teile des Therapieprozess auftreten.

Die Begleitung zum kontrollierten Trinken ist somit nicht ausschließlich unter verhaltenstherapeutisch geprägter Anleitung möglich, sondern kann auch Teil einer an das Individuum angepassten Personenzentrierten Psychotherapie sein.

### Abschließende Bemerkungen

Die Personenzentrierte Psychotherapie trägt auch im Bereich des kontrollierten Trinkens Potential in sich und bietet in ihrer Beziehungsgestaltung wesentliche Bedingungen, um den Prozess der Konsumreduktion zu begleiten. Sie eignet sich insbesondere im Umgang mit Ambivalenzen, die sowohl zu Therapiebeginn als auch im laufenden Prozess unweigerlich auftreten. Durch eine personenzentrierte Beziehungsgestaltung und Orientierung am inneren Bezugsrahmen der Klient\*innen wird ihre Selbstempathie und Offenheit gegenüber Erfahrung gefördert. Frei von der Angst vor Verurteilung, werden Ambivalenzen wahrgenommen. Es wird die Selbstbestimmung gestärkt und Klient\*innen ermutigt, eigene Entscheidungen hin zur Veränderung zu treffen.

Wird zu Beginn der Therapie kontrollierter Konsum als Ziel formuliert, führt der Prozess bei erfolgreichem Abschluss zu Abstinenz oder einem stabilen Konsummuster. Entscheiden sich Klient\*innen im Laufe der Therapie für Abstinenz, basiert diese Entscheidung auf eigener Erfahrung und Motivation. Wird hingegen kontrolliertes Trinken erfolgreich umgesetzt, können die notwendigen Bedingungen für Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung hergestellt werden, sofern die Konsumreduktion weitreichend genug erfolgt, um Inkongruenz in vollem Ausmaß erlebbar zu machen. Dies ist möglich, wenn durch Konsum weder Rausch erlebt, noch Gefühle und Inkongruenzerleben verdeckt werden.

Bleibt der Konsum trotz Reduktion und stabilem Konsummuster in hohem Ausmaß bestehen, bleiben Inkongruenzen von der Gewährleistung ausgeschlossen und einer Bearbeitung unzugänglich. Ein Psychotherapieprozess im Sinne einer weitreichenden Inkongruenzbearbeitung scheint nicht möglich. Dies bedeutet jedoch nicht zwingend Misserfolg. Betroffene können in ihrem Konsum dennoch ein Maß an Kontrolle, sowie eine Steigerung ihrer Lebensqualität, erfahren.

Konzepte zum kontrollierten Trinken sind zwar seit Beginn ihrer Entwicklung diskutiert und umstritten. Mittlerweile haben sie jedoch Einzug in die Suchtbehandlung gehalten und kommen insbesondere im ambulanten Setting zunehmend zum Einsatz (Klingemann & Rosenberg, 2009). Kontrolliertes Trinken stellt dabei keinen Ersatz für Abstinenz dar, sondern ist als Ergänzung zur abstinenzorientierten Behandlung zu verstehen (Körkel, 2005). Die Ausweitung des Behandlungsangebots scheint sinnvoll, da damit auch Personen erreicht werden, die bei Behandlungsbeginn Abstinenz ablehnen. Aufgrund der Häufung des Wunsches nach kontrolliertem Konsum und der Eignung des Personenzentrierten Ansatzes bei dessen Begleitung, ist auch für Personenzentrierte Psychotherapeut\*innen eine thematische Auseinandersetzung und Entwicklung von Behandlungskonzepten sinnvoll und erstrebenswert.

## Literatur

- Arend, H. (2002). Kontrolliertes Trinken – Behandlungskonzept und Erfahrungen aus der Praxis. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2002(59), 224–234.
- Barth, M., Schaub, M. (2006). Ressourcen der Personenzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten. *Person*, 2006(1), 55–63.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 2003(2), 67–74.
- Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.) (2012): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*. Köln: GwG
- Bieber, K. (2012). Leben in gesammelter Kraft. Personenzentrierte Suchttherapie mit dem Differenziellen Inkongruenzmodell. In W. Bensel & D. Fiedler (Hrsg.): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*, (S. 145–176). Köln: GwG.
- Cameron, R. (2012). Working with drug and alcohol issues. In J. Tolan & P. Wilkins: *Client Issues in Counselling and Psychotherapy*, (S. 115–130). London: Sage Publications.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2016). *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 8. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Dörner, K. & Plog, U. (1987). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. (4. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag. (Original erschienen 1984).
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2013). Personenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*. 2013(4), 270–276.
- 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(3), 121–127. <https://doi.org/10.1159/000210041>
- Kolte, B., Schmidt-Semisch, H. (2019). Kontrollierter Drogenkonsum. Ein prekäres Paradigma?. In R. Feustel (Hrsg.) & H. Schmidh-Semisch & U. Bröckling: *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. (S. 173–191). Wiesbaden: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6_14)
- Fiedler, D. (2011). Ein personenzentriertes Störungs- und Interventionsmodell bei Suchtproblemen. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 2011(4), 209–214.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme. (Original erschienen 1994).
- Haug, S. (2014). Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin*, 40(5), 19–23. <https://doi.org/10.5167/uzh-101319>
- Haug, S., Egli, P., Schaub, M. P. (2017). Drinking goals and their association with treatment retention and treatment outcomes among clients in outpatient alcohol treatment. *Substance Use & Misuse*, 52(3), 313–321. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1225764>
- Keil, W. (2002). Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie mit süchtigen Menschen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.): *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 533–549). Wiesbaden: Springer.
- Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L., Sobell, M. (2004). Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens. *Berner Fachhochschule HSA Bern*.
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 2002(3), 87–96. DOI. 10.1055/s-2002-28496
- Körkel, J. (2005). Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. *Psychiatrische Praxis*, 32(7), 324–326.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61(3), 147–174.
- Körkel, J. (2021). *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S. T. A. R.* Wiesbaden: Springer.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Lillie, N. (2002). Women, alcohol, self-concept and self-esteem: a qualitative study of the experience of person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research* 2002(2), 99–107.
- Lindemeyer, J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen*. Wiesbaden: Springer.
- Mann, K., Aubin, H.-J., Witkiewitz, K. (2017). Reduced Drinking in Alcohol Dependence Treatment, What Is the Evidence? *European Addiction Research* 23(5), 219–230. <https://doi.org/10.1159/000481348>
- Miller, R. M., Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. (3. Auflage). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Müllner-Sari, H. (2008). Sucht als Symbolisierungsversuch. Zum „Drang“ und zur Psychotherapie suchtkranker Personen. In: M. Tucza & G. Stumm & D. Kimbacher & N. Nemerski (Hrsg): *Offenheit & Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen*. Düsseldorf: Verlag Krammer.
- Reuland, T. (2012). Personenzentrierte Suchttherapie bei Drogenabhängigkeit. In W. Bensel & D. Fiedler (Hrsg.): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*. (S. 177–210), Köln: GwG.
- Rogers, C.R. (2009/1959). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* [A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. 1959] (Höhner, G. & Brüseke, W., Übers.; Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 8; 1., unveränd. Aufl. d. Neuausg.). München: Reinhardt.
- Rogers, C.R. (2012/1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Berlin: Fischer.
- Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. (6. Auflage). Stuttgart: Thieme (Original erschienen 1975).
- Speierer, G.-W. (2012). Das Differenzielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung. In W. Bensel & D. Fiedler (Hrsg.): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*. (S. 103–143). Köln: GwG.
- Swidens, H. & Pfeiffer, W.M. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.

## KEIN ALKOHOL IST AUCH KEINE LÖSUNG

Wilders, S. (2005). An Exploration of non-directive work with drug and alcohol users. In B. E. Levitt: *Embracing Non-Directivity: Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century*. (S. 192–202). Monmouth: PCCS Books.

Tecklenburg, H.-J. (2018). Alkoholismus. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.): *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. (2. Auflage; S. 281–300). Berlin: Springer.