

# **Selbsthilfe**

## **Stellenwert und Wirksamkeit**

# Selbsthilfe – keine Definition, aber: worüber spreche ich eigentlich?



# Laiensystem (Selbsthilfe und Laienhilfe)

Quelle: Borgetto, B. (2004): *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Bern: Huber-Verlag

Fließende Übergänge

- Individuelle Selbsthilfe
  - Familiäre Selbsthilfe
  - Selbsthilfe in primärsozialen Netzwerken
- } (Erweiterte) individuelle Selbsthilfe

---

### *Selbsthilfezusammenschlüsse:*

- Selbsthilfegruppen (innen-, außenorientiert)
  - Selbsthilfeorganisationen
- } Gemeinschaftliche Selbsthilfe

- 
- Laienhilfe
  - Wohlfahrtsverbände
- } Selbstorganisierte Fremdhilfe

---

### *Selbsthilfeunterstützung:*

- Selbsthilfekontaktstellen
- Selbsthilfeorganisationen, Wohlfahrtsverbände
- Unterstützungsgruppen (support groups)

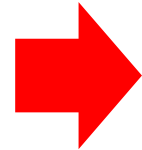
# Betroffenenwissen und -kompetenz

## Erleben und Erleiden von

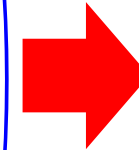
- **Mängeln**
- **Problemlagen**
- **unerreichten Zielen**
  
- selbst erprobte, erfahrene Bewältigungserfolge und auch Fehlschläge

Individuelle  
Problem-  
kompetenz

Individuelle  
Lösungs-  
kompetenz



SHG:  
Erfahrungsaustausch,  
Anregung,  
Vorbilder:  
  
für mehr  
oder weniger  
angepasste  
Lösungen  
anderer  
Betroffener



Kollektives  
Wissen  
  
Erfahrungsbasiert  
  
Kollektive  
Kompetenz

# Betroffenenwissen und -kompetenz

- **Wissen**
- **Lösungsvorschläge von nicht-betroffenen Laien und Experten**

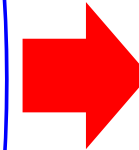
- selbst erprobte, erfahrene Bewältigungserfolge und auch Fehlschläge

Individuelle Problemkompetenz

Individuelle Lösungskompetenz



SHG:  
Erfahrungsaustausch,  
Anregung,  
Vorbilder:  
  
für mehr  
oder weniger  
angepasste  
Lösungen  
anderer  
Betroffener



Kollektives  
Wissen  
  
Erfahrungsbasiert  
  
Kollektive  
Kompetenz

# Verständnis der Selbsthilfe in der DHS\*

„Alle Suchtselbsthilfegruppen sind Gemeinschaften von Suchtkranken und deren Angehörigen, die sich zum Ziel gesetzt haben, Suchtkranken und ihrem sozialen Umfeld zu helfen, eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen.

Die Selbsthilfe ist eine Entdeckung von Betroffenen, die mit anderen die gemeinsame Suchtproblematik behandeln wollen.

Die persönlichen Beziehungen und Freundschaften geben den notwendigen Halt; die Gemeinschaft der Selbsthilfe – ob als Gruppe oder Verband – ermöglicht es, eine zuverlässige Lebensorientierung zu finden und bietet darüber hinaus eine fortwährende Neubesinnung auf die Werte an, die das Leben (wieder) lebenswert machen.

Das Prinzip, nach dem Hunderte von Suchtselbsthilfegruppen in ganz Deutschland arbeiten, lässt sich bündig formulieren:

**Hier hilft nicht einer dem anderen und der wieder ihm; vielmehr hilft jeder sich selbst und hilft dadurch dem anderen, sich selbst zu helfen.“**

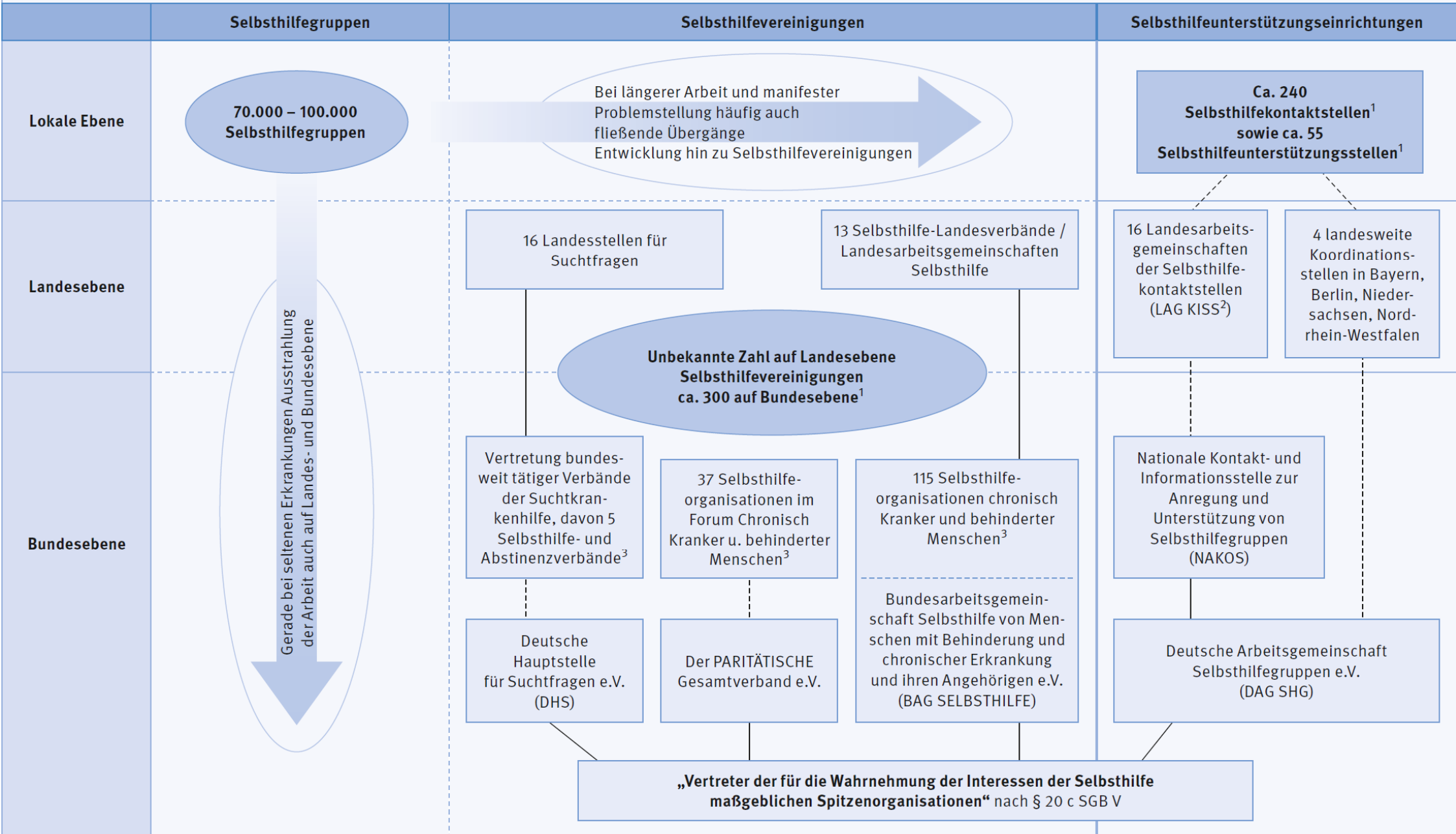
Quelle: DHS - \*Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2001): Selbsthilfe Sucht. Möglichkeiten – Grenzen – Perspektiven. Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/2001. Hamm: DHS.

# (Sucht-)Selbsthilfe: Zahlen und Fakten

(eigene Angaben der Organisationen)

- Gesamtzahl SHG D: 70.000 – 100.000 (Stand: 2000-2015)  
[80,8 Mio. Einwohner]
- Gesamtzahl SHG A: 1.700 (incl. SHO), Stand: 2014  
[8,5 Mio. Einwohner]
- Anonyme Alkoholiker
  - ca. 2.700 Gruppen in D (Stand: 2001)
  - ca. 160 Gruppen in A/Südtirol (Stand: 2015)
  - Teilnehmer\_innen D: ca. 54.000, A/Südtirol: ca. 2.000
- Al Anon Familiengruppen | Alateen
  - ca. 687 Gruppen in D (Stand 2013)
- Narcotics Anonymous Deutschsprachige Region
- ...

**Selbsthilfelandchaft in Deutschland**





# Schätzung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und ihrer Unterstützungsstrukturen in Deutschland

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Selbsthilfegruppen:        | 70.000 – 100.000<br>3 Mio. Mitglieder<br>2/3 im Gesundheitsbereich            |
| Selbsthilfeorganisationen: | ca. 365 bundesweit aktiv  |
| Selbsthilfeunterstützung:  | über 300 lokale Unterstützungsangebote<br>davon 280 Selbsthilfekontaktstellen |
| Selbsthilfeaktive:         | 1-4% der erwachsenen Bevölkerung<br>6-9% der jeweils Betroffenen              |

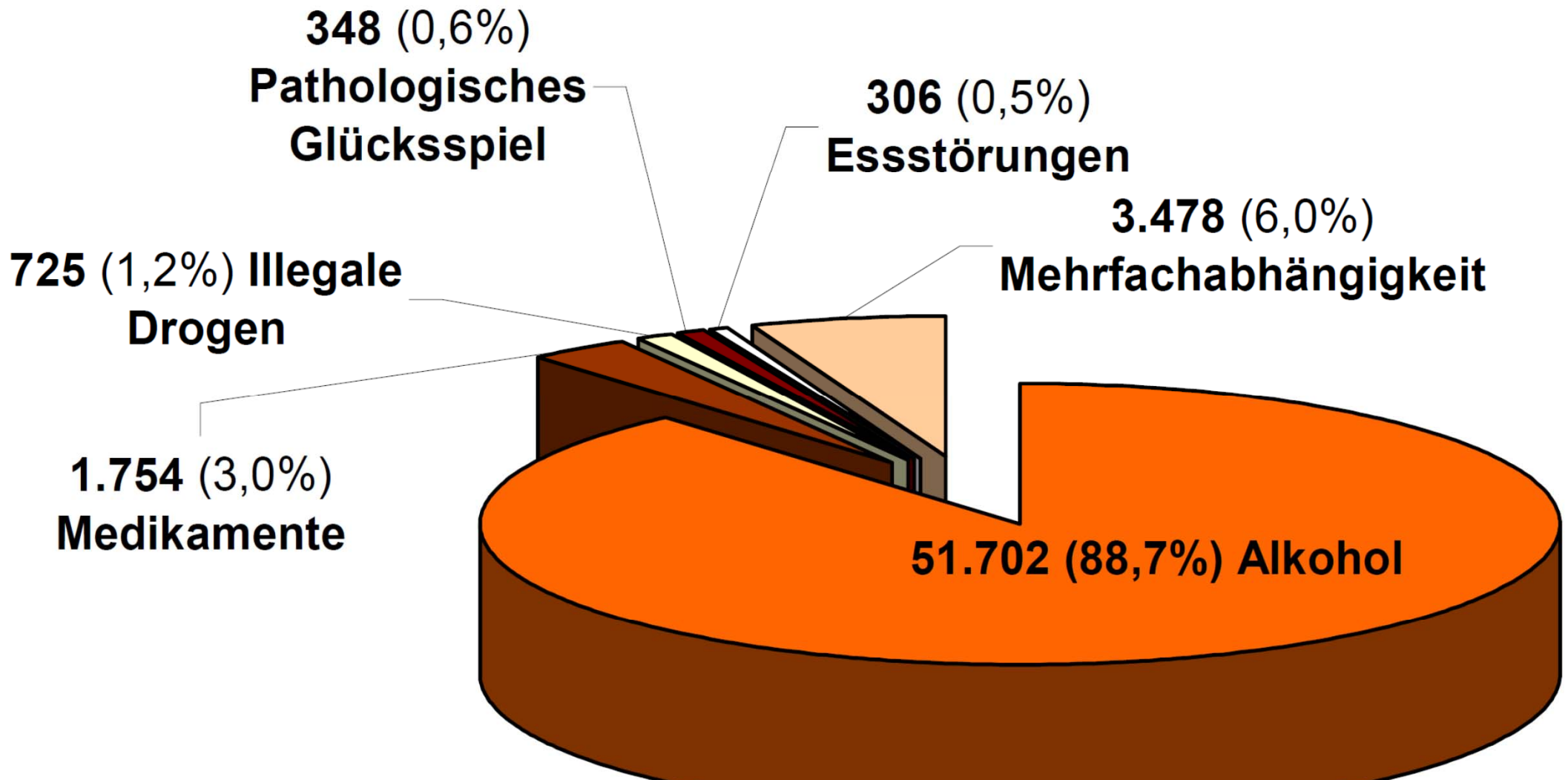
(nach: Matzat 1999b, 2000, Braun et al. 1997, Grunow 1998, Kettler/Becker 1997, NAKOS 2004)

# Sucht-Selbsthilfe: Zahlen und Fakten

(eigene Angaben der Organisationen)

- 5 Selbsthilfe- und Abstinenzverbände in Deutschland
  - Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
  - Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V.
  - Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V.
  - Guttempler in Deutschland
  - Kreuzbund e.V. – Selbsthilfe und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige
    - 4.719 Gruppen (Stand: 2006)
    - 82.635 Gruppenteilnehmer\_innen (Stand: 2006)
- Nicht-organisierte“ Gruppen?

# Sucht-Selbsthilfe: Zahlen und Fakten



**N = 58.313 Suchtkranke, Quelle:** Statistik 2006 der 5 SH-/Abstinenzverbände in D

# Aktivitäten krankheitsbezogener Selbsthilfegruppen

| Aktivitäten<br>(innenorientiert)  | Schwerpunktmäßig/<br>häufig | Nie  |
|---|-----------------------------|------|
| <i>Kommunikation</i>  |                             |      |
| „Klönen“ (nicht problemgerichtetes Gespräch)  | 66 %                        | 6 %  |
| Erfahrungsaustausch über den praktischen Umgang mit dem Problem/der Krankheit (problem-/bewältigungsbezogen, z.B. Medikamente, Versorgungssituation usw.) | 61 %                        | 14 % |
| Gespräche in der Gruppe über eigene Gefühle wie Ängste, Traurigkeit, Freude usw.  | 43 %                        | 14 % |
|   |                             |      |

Quelle: Trojan, A. (1986). Wissen ist Macht. Frankfurt/M.: Fischer, S. 165

**Querschnittsstudie | Stichprobe: n = 60 Kontaktpersonen von jeweils unterschiedlichen Gruppen | Erhebungsinstrument: Standardisierte Befragung, entwickelt in qualitativer Vorstudie, Antwortkategorien: Schwerpunktmäßig – Häufig – Manchmal – Nie**

# Aktivitäten krankheitsbezogener Selbsthilfegruppen

| Aktivitäten<br>(innenorientiert)   | Schwerpunktmäßig/<br>häufig | Nie  |
|--|-----------------------------|------|
| <i>Betätigung</i>  |                             |      |
| Verschiedene Geselligkeiten wie Ausflüge machen u.ä.                               | 30 %                        | 27 % |
| Sport  | 30 %                        | 49 % |
| <i>Gesundheits-/Krankheitsverhalten</i>  |                             |      |
| Einüben neuer Verhaltensweisen   | 10 %                        | 74 % |
| Verschiedene Übungen für Entspannung, Meditation u.a., wie z.B. autogenes Training | 4 %                         | 86 % |
|  |                             |      |

Quelle: Trojan, A. (1986). Wissen ist Macht. Frankfurt/M.: Fischer, S. 165

**Querschnittsstudie | Stichprobe: n = 60 Kontaktpersonen von jeweils unterschiedlichen Gruppen | Erhebungsinstrument: Standardisierte Befragung, entwickelt in qualitativer Vorstudie, Antwortkategorien: Schwerpunktmäßig – Häufig – Manchmal – Nie**

# Aktivitäten krankheitsbezogener Selbsthilfegruppen

| Aktivitäten (Auswahl)<br>(außenorientiert)                  | Schwerpunktmäßig/<br>Häufig | Nie  |
|---|-----------------------------|------|
| Beratung, Information (für andere Betroffene)               | 57 %                        | 25 % |
| Eigene Zeitung, Rundbrief                                   | 34 %                        | 53 % |
| Mitarbeit in anderen Gruppen/Gremien (Interessenvertretung) | 28 %                        | 47 % |
| Austausch mit Experten (für das Problem / die Krankheit)    | 24 %                        | 37 % |
| Interviews geben, Zeitungsartikel (Öffentlichkeitsarbeit)   | 18 %                        | 20 % |
| Interessenvertretung gegenüber Politik / Politikern         | 16 %                        | 57 % |
| Andere Betroffene besuchen (in Krankenhaus, Pflegeheim ...) | 14 %                        | 53 % |
| Organisation der Teilnahme an Demonstrationen               | 0 %                         | 92 % |

**Quelle: Trojan, A. (1986). Wissen ist Macht. Frankfurt/M.: Fischer**

**Querschnittsstudie | Stichprobe: n = 60 Kontaktpersonen von jeweils unterschiedlichen Gruppen | Erhebungsinstrument: Standardisierte Befragung, entwickelt in qualitativer Vorstudie, Antwortkategorien: Schwerpunktmäßig – Häufig – Manchmal – Nie**

# Anonyme Alkoholiker (AA)

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Mitglieder/<br>Teilnehmer  | Keine formalisierte Mitgliedschaft/Teilnahme an Gruppentreffen ist für jedermann jederzeit möglich  |
| Aktivitätsspektrum         | <p>Geschlossene Meetings: Nur für Alkoholiker offen. Jeder spricht nur über sich selbst, Ratschläge/Kritik an anderen ist tabu.</p> <p>Offene Meeting: Auch für Freunde und Verwandte der Betroffenen offen, Gesprächsthemen und -inhalte ändern sich entsprechend</p> <p>Öffentliche Informationsmeetings: für jeden Interessierten offen. Oft sind Fachleute wie Ärzte und Therapeuten anwesend und tragen aus professioneller Perspektive zu den Meetings bei.</p> |
| Leitung Meetings           | Betroffene („Laien“ / Experten)   |
| Rollen-<br>differenzierung | Sponsoren – AA-Mitglieder, deren Genesung weiter fortgeschritten ist. Sie helfen anderen Teilnehmern auf der körperlichen, spirituellen und emotionalen Ebene.  |
| Teilnahmemodus             | Freiwillig  |

Quelle: Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber-Verlag

# Die zwölf Schritte der AA\* (1-7)

1. Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir Ihn verstanden – anzuvertrauen.
4. Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir Ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.

Quelle: \*Anonyme Alkoholiker (2004). Die zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker.  
<http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php> vom 2.2.2004.



# Die zwölf Schritte der AA\* (8-12)

8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten und wurden willig, ihn bei allen wieder gutzumachen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut – wo immer es möglich war –, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir Ihn verstanden – zu vertiefen. Wir baten Ihn nur, uns Seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.

Quelle: \*Anonyme Alkoholiker (2004). Die zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker.  
<http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php> vom 2.2.2004.

# Thesen

- Die Selbsthilfebewegung in Deutschland ist ein inzwischen erwachsen gewordenenes ‚Kind‘ des in Teilen antiautoritären und medizinkritischen gesellschaftlichen Klimas der 1960er bis 1980er Jahre.
- Die Wissenschaft, insbesondere Psychosomatik, Soziologie und Psychologie haben maßgeblich zur Entwicklung der Selbsthilfebewegung und insbesondere einer Öffnung der Ärzteschaft beigetragen.
- Die Politik hat für die Entwicklungsprozesse durch Forschungsförderung und Sozialgesetzgebung eine wichtige und verlässliche Grundlage gelegt.

# Entwicklung des Stellenwerts

heute

Kompetente Akteure / integrativer Bestandteil des Gesundheitssystems

- Patientenorientierung
- Qualitätssicherung
- (Mit-) Steuerung der Versorgung

Bürgerschaftliches Engagement

Ergänzung der medizinischen Versorgung

Gegenmacht zu Anonymität und Fremdbestimmung

Antiprofessionalismus

psychotherapeutische Selbstbehandlung/AA-Gruppen

20.Jh.

individuelle Selbsthilfe

19.Jh.

Sicherung eines Mindestmaß an gesundheitlicher Versorgung

# Entwicklung der Forschung

heute

Stiftungsprofessur SH-Forschung, Schwerpunkt KrebsSH | DKH, Uni Freiburg

2000

BMG: Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland | Projektverbund Unis Hamburg, Köln, Hannover, assoziiert FH Hildesheim  
Projektschwerpunkt EQUALS | Uni Freiburg, mehrere Drittmittelprojekte

1990

BMFuS: Modellprogramm Selbsthilfekontaktstellen | ISAB (9 Jahre)  
Modellprojekte zur Kooperation von Ärzten und SHG | Brendan-Schmittman-Stiftung der niedergelassenen Ärzte, ZI KV & Uni Köln  
DFG Schwerpunktprogramm: Gesellschaftliche Bedingungen sozialpolitischer Interventionen: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe | Unis Hamburg, Konstanz

1980

BMFT Forschungsverbund: Laienpotenzial, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe | Unis Hamburg, Bielefeld  
Psychologisch-therapeutische SHG | Uni Gießen, Psychosomatik | BMJFG

# Entwicklung der Gesundheitspolitik

heute

SGB V: Muss-Regelung zur SH-Förderung durch GKV |  
0,55 € pro Versicherten = ca. 35 Mio. € p.a.

2000

SGB IX: Regelung zur SH-Förderung durch Reha-Träger  
SGB V: Soll-Regelung zur SH-Förderung durch GKV

1990

SGB V: Kann-Regelung zur SH-Förderung durch GKV  
Bundesregierung: Appell zur Kooperation von SH und  
professionellem Gesundheits-/Sozialsystem  
Bundesländer: Finanzielle Förderung von SHZ

1980

Berlin: Einrichtung und finanzielle Förderung der NAKOS  
GMK: Appell zur breit angelegten SH-Unterstützung  
Vereinzelte Selbsthilfeförderung durch Kommunen/Gemeinden

# Thesen

- Es waren immer auch einzelne charismatische Personen, insbesondere in der Wissenschaft (Richter, Möller, Trojan, Matzat), die institutionelle Reaktionen angeregt haben.
- Eine Unterstützung der Selbsthilfe heute würde am ehesten erfolgen können über
  - Forschungsförderung
  - eine gesetzlich abgesicherte finanzielle Förderung der Selbsthilfeszusammenschlüsse direkt und der unterstützenden Infrastruktur (Selbsthilfekontaktstellen)
  - die Förderung der Kooperation von Selbsthilfe und professionellem System, ins. Ärzten

# Forschung zu Effektivität und Effizienz

## Methodische Probleme:

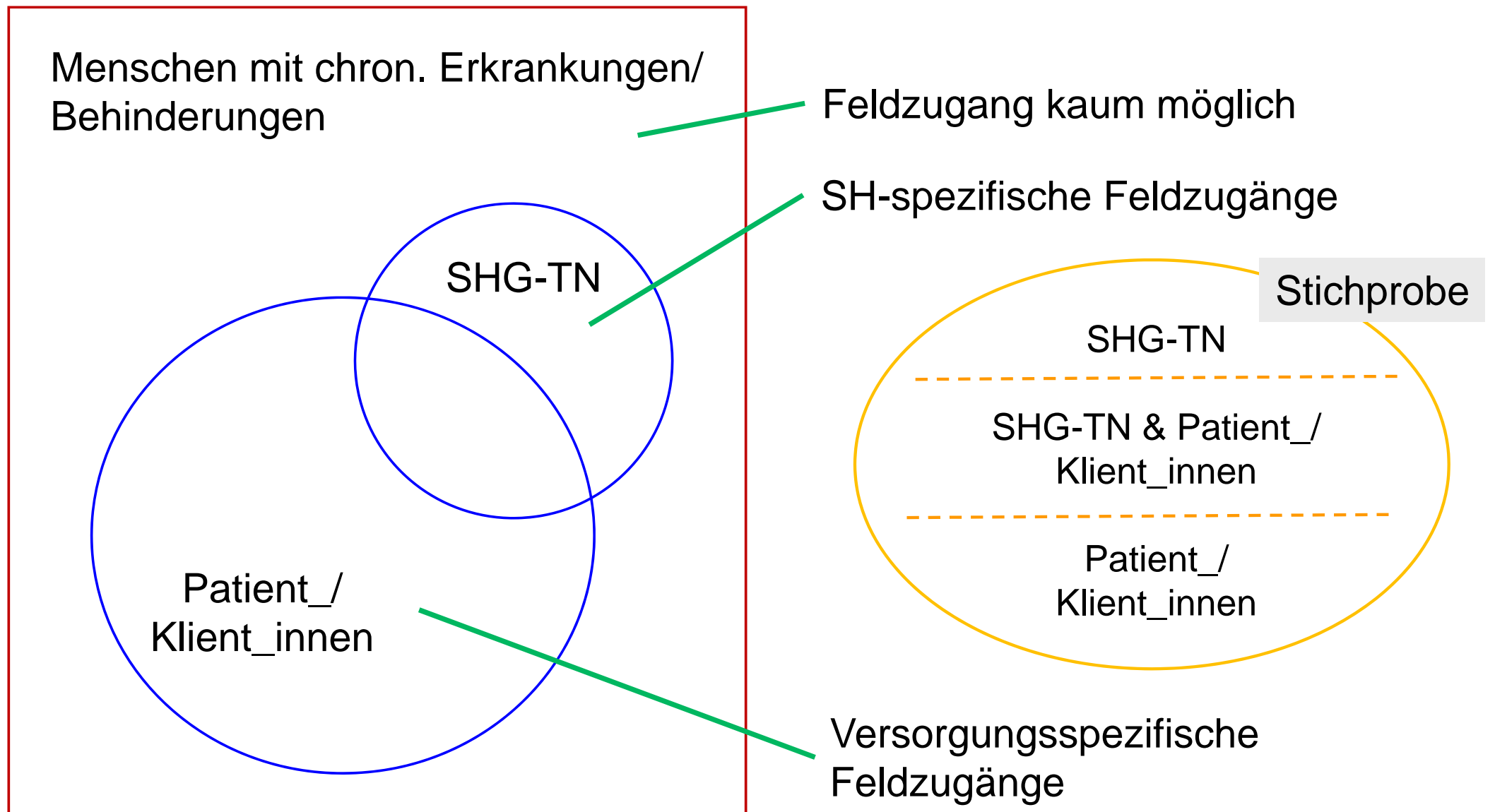
- Einschlusskriterien
- Vergleichs-/Kontrollgruppen kaum möglich (Randomisierung vs. Freiwillige Teilnahme)
- Standardisierung der „Intervention“
- Outcome-Kriterien/-Messung

## Möglich (und häufig) sind:

- Quasi-Experimentelle Studien/Beobachtungsstudien
- Befragungen von Teilnehmern/Kontaktpersonen
- Subjektive Einschätzungen

Quelle: Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber-Verlag

# Rekrutierung von Studienteilnehmer\_innen





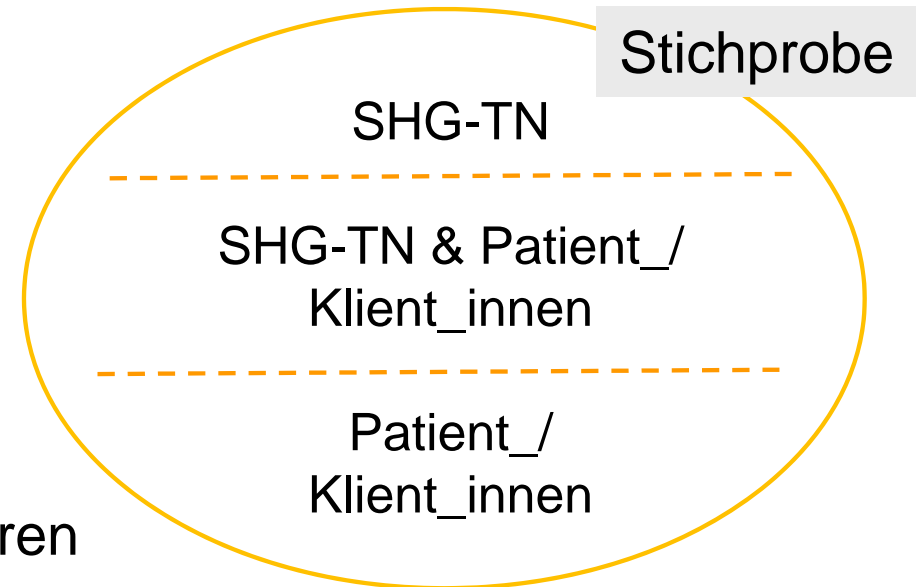
# Hypothesen und Studientypen

H1: SHG haben einen Nutzen im Vergleich zu keiner Intervention (keine SHG, keine professionelle Intervention)  
→ Kontrollgruppe nicht zugänglich  
→ **einarmige prä-/post-Studien**

H2: SHG haben einen Zusatznutzen zur professionellen Intervention  
→ Kontrollgruppe: SHG und professionelle Intervention

H3: SHG haben einen größeren/kleineren Nutzen als professionelle Interventionen  
→ Kontrollgruppe: professionelle Intervention  
→ **Beobachtungsstudien mit Vergleichsgruppe(n)**

Untersuchungsgruppe:  
SHG-TN



# „Wirkungen“ (Borgetto 2004)

- Entspannung, Gelassenheit, Optimismus (psych. Störungen)
- Selbstwertgefühl (Psychiatrische Erkrankungen, Kinder von Alkoholikern)
- Internale Kontrollüberzeugungen (AA)
- Weniger Depression/depressive Verstimmung (Alkoholiker, Diabetes, Kinder von Alkoholikern)
- Gesundheitliche Lebensqualität (Psychiatrische Erkrankungen Diabetes)
- Kontrolle von Suchtverhalten (AA, Medikamentenmissbrauch Übergewicht)
- Adäquates Coping (Alkoholiker, Krebs)
- Krankheitswissen (Diabetes, Krebs)
- Compliance (Krebs)
- Weniger Leistungsinanspruchnahme (Psychiatrische Erkrankungen, Angststörungen)
- Besserer Umgang mit Hilfsmitteln (Cochlear Implantat - CI)
- Gezieltere Inanspruchnahme (Angststörungen)
- Weniger AU-Tage (Angststörungen)

# Selbsthilfe-Kommunikation

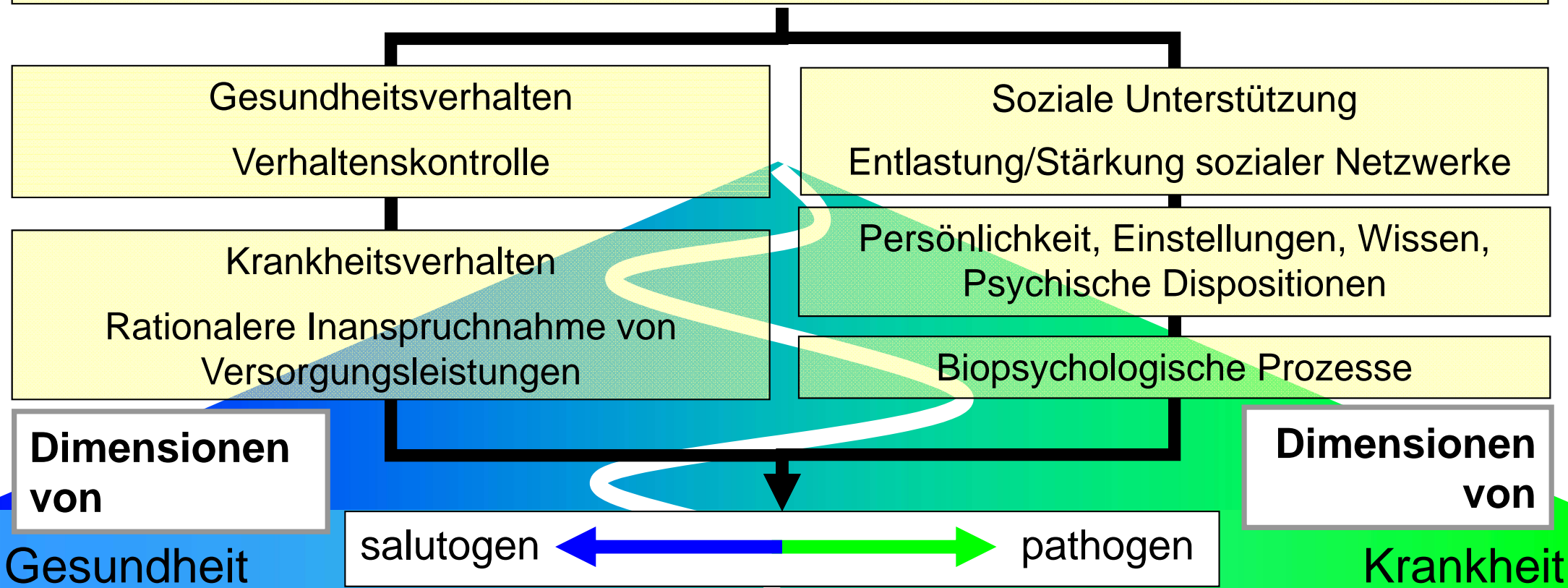
im Rahmen von Gesprächsgruppen, Geselligkeiten, Laienhilfe, Organisation

## Gesprächsdimensionen

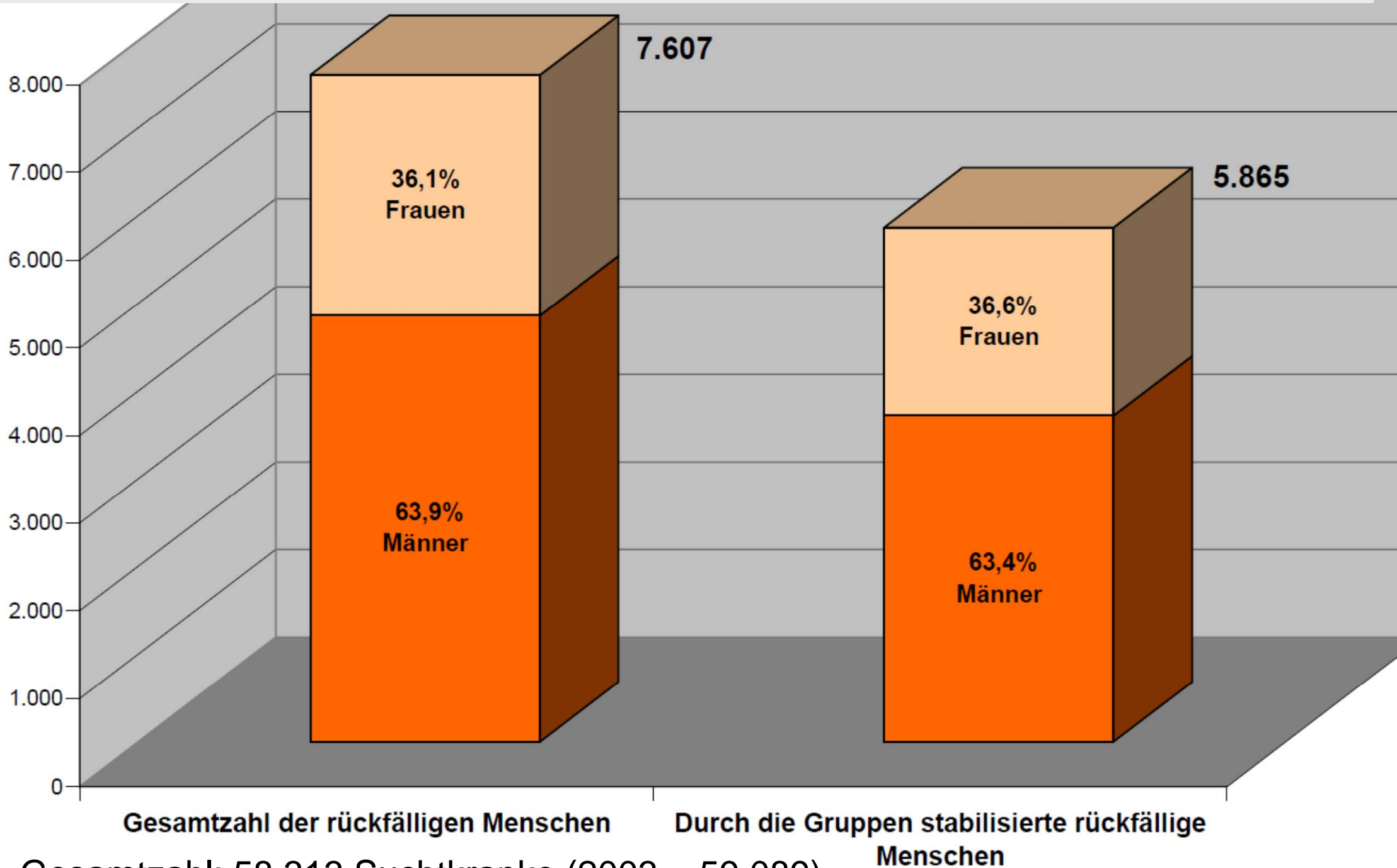
Erfahrungs- und Informationsaustausch, zweckfreie Gespräche, Äußerung von Gefühlen

## Wirkmechanismen

Modell-Lernen, Selbstexploration, Soziale Unterstützung, Wissenszuwachs, Aufarbeitung der Vergangenheit



# Statistik 2006 der 5 SH-/Abstinenzverbände in D



Gesamtzahl: 58.313 Suchtkranke (2003 = 59.089)



# Meta-Analyse: AA\*-Aktivitäten und Alkoholkonsum

Quelle: Emrick CD, Tonigan JS, Montgomery H, Little L (1993). \***Alcoholics Anonymus**: What is Currently Known? In: McCrady, S., Miller, W.R. (Hg.): Research on Alcoholics Anonymus: Opportunities and Alternatives. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, S. 41-76.

- Meta-Analyse von 107 Studien (vorwiegend retrospektive Querschnittsstudien)
- Eine Verbesserung der Kontrolle über den eigenen Alkoholkonsum ist positiv korreliert bei AA-Teilnehmer\_innen
  - die einen Sponsor hatten, der sie unterstützt (r = 0,26)
  - die eines oder mehrere Treffen der AA leiteten (r = 0,23)
  - die das «12-Schritte-Programm» anwendeten (r = 0,20)
  - die ihrerseits als Sponsor für andere AA-Mitglieder zur Verfügung standen (r = 0,17)
  - die ihre eigene Geschichte bei einem Meeting erzählen (r = 0,07)

# Meta-Analyse: AA\*-Aktivitäten und Alkoholkonsum

Quelle: Emrick CD, Tonigan JS, Montgomery H, Little L (1993). \*Alcoholics Anonymus: What is Currently Known? In: McCrady, S., Miller, W.R. (Hg.): Research on Alcoholics Anonymus: Opportunities and Alternatives. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, S. 41-76.

- Meta-Analyse von 107 Studien (vorwiegend retrospektive Querschnittsstudien)
- Die Teilnahme an Meetings der Anonymen Alkoholiker steht in einem Zusammenhang
  - mit einer geringeren Häufigkeit subjektiv wahrgenommener körperlicher Symptome (r = - 0,13)
  - mit stärkeren internalen Kontrollüberzeugungen (r = 0,13)
  - mit der Verbesserung der psychischen Anpassung (r = 0,25)
  - mit einem zusätzlich verringerten Alkoholkonsum, wenn zuvor oder gleichzeitig eine professionelle Behandlung erfolgt (r = 0,20 – 0,22)

# Studien in Deutschland: Selbsthilfe und stationäre Alkoholentwöhnungstherapie

*Quelle:* Salewsky, A., Klecker, J., Ellgring, H. (2002). Formen der Bewältigung von Alkohol-Craving bei abstinenten Alkoholabhängigen in der stationären Entwöhnungstherapie. In: 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Teilhabe durch Rehabilitation, DRV-Schriften Band 33, 457-458.

## Abstinente Alkoholabhängige in der stationären Entwöhnungstherapie

- n=47, männlich, Situationsfragebogen zu Bewältigungsformen/-akten, ausgefüllt innerhalb von 24h nach Alkohol-Craving
- Keine Unterscheidung von Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker und anderen Selbsthilfegruppen
- Patienten mit Anschluss an eine Selbsthilfegruppe setzten mehr Bewältigungsakte und einige Bewältigungsformen häufiger ein.
- Schlussfolgerung der Autor\_innen: Alkoholabhängige sollten möglichst zum langfristigen Besuch einer Selbsthilfegruppe motiviert werden.

# Studien in Deutschland: Selbsthilfe und ambulante Alkoholentwöhnungstherapie

*Quelle:* Bottlender M., Soyka M. (2005): Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. Fortschr Neurol Psychiat., 73. 150-155.

## Abstinente Alkoholabhängige in der ambulanten Entwöhnungstherapie

- n=102; 61 männlich; 41 weiblich; Outcome klassifiziert in Abstinent, Gebessert oder Rückfällig, u.a. regelmäßige Atemalkoholkontrollen
- Regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erhöht die Wahrscheinlichkeit für Abstinenz auf mehr als das 7-fache (OR 7.323 p<0.004).
- Schlussfolgerung der Autor\_innen: Alkoholabhängige sollten möglichst schon während der Therapie zum Besuch einer Selbsthilfegruppe motiviert werden. Die Bemühungen hierbei sollten intensiviert und in die Therapie integriert werden.



# Studien in Deutschland: Selbsthilfe und ambulante Alkoholentwöhnungstherapie

Quelle: John U. (1984): Alkoholiker nach Therapien: Teilnahme an Selbsthilfegruppen. In: Das Öffentliche Gesundheitswesen, 46. 306-314.

## Teilnahme von Alkoholiker\_innen an Selbsthilfegruppen

- n= 132, drei Erhebungszeitpunkte durch Fragebögen; Outcome: konstante Teilnahme an Selbsthilfegruppe und deren Auswirkung auf Abstinenz und berufliche Verbesserung
- 3 Monate nach Therapieende nahmen 50,8% an Selbsthilfegruppen teil. Alkoholiker\_innen welche innerhalb von 3 Monaten nach stationären Therapie an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, blieben konstanter und längerfristiger dabei und waren abstinenter als Nicht-Teilnehmer\_innen.
- Schlussfolgerung der Autor\_innen: Der langfristiger Besuch einer Selbsthilfegruppe hat eine positive Wirkung auf Abstinenz und berufliche Verbesserung

# Al Anon Familiengruppen – Alateen Jugendliche Angehörige Alkoholkranker

*Quelle:* Hughes, J.M. (1977). Adolescent Children of Alcoholic Parents and the Relationship of Alateen to These Children. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 5, 946–947

## Selbsthilfegruppen-Mitglieder (n=25) im Vergleich zu Nicht-Mitgliedern (n=25)

- sind häufiger in positiven Stimmungen und
- seltener in negativen Stimmungen

## Jugendliche Selbsthilfegruppen-Mitglieder im Vergleich zu Kindern von Nicht-Alkoholikern (n=25):

- haben eine gleich hohe Selbstachtung
- haben ähnliche Stimmungsscores

# Cochrane Review: AA und TSF\*-Programme

Quelle: Ferri M, Amato L, Davoli M (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 3.

- Review über 8 Studien (RCTs aus Kanada, USA)
- Interventionen
  - Teilnahme bei AA
  - TSF-Programme (\*Twelve Step Facilitation): Professionelle Intervention zur Unterstützung der Teilnahme bei den AA
  - Psychologische Interventionen: Motivational Enhancement Therapy (MET), Cognitive-behavioural coping skills training (CBT), Relapse Prevention Therapy (RPT)
  - Andere Varianten von 12-Stufen-Programmen

# Cochrane Review: AA\* und TSF\*\*-Programme

Quelle: Ferri M. Amato L, Davoli M (2009). **\*Alcoholics Anonymous** and other **\*\*12-step programmes** for alcohol dependence (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 3.

- **Analysierte Wirkungen**
  - Schwere und Konsequenzen der Abhängigkeit
  - Aufrechterhaltung oder Abbruch therapeutischer Behandlung
  - Verringerung des Alkoholkonsums
  - Abstinenz

# Cochrane Review: AA\* und TSF\*\*-Programme

Quelle: Ferri M. Amato L, Davoli M (2009). \***Alcoholics Anonymous** and other \*\***12-step programmes** for alcohol dependence (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 3.

- Ergebnisse
  - Alle untersuchten Interventionen scheinen jeweils zumindest einige der untersuchten Wirkungen zu erzielen.
  - Die durchgeführten Studien konnten nicht den Nachweis erbringen, dass die Wirkungen der AA denen der anderen Interventionen über- oder unterlegen sind.
  - Die Studien können die Wirkungen der AA nicht einhellig und sicher belegen.
- Schlussfolgerung
  - In aktiver Zusammenarbeit sollten Professionelle und Patienten/Klienten die individuell geeignetste Intervention bestimmen.

# Interventionen zur Unterstützung der Teilnahme bei den \*AA (\*\*RCT)

Quelle: Walitzer KS, Dermen KH, Barrick C(2009). Facilitating Involvement in AA During Outpatient Treatment: A **\*\*Randomized Clinical Trial**. In: Addiction. 2009 March ; 104(3): 391–401

- N = 169 ambulant behandelte Alkoholranke
- Randomisierte Zuweisung zu drei Gruppen
  - a. TSF (Twelve-Step-Facilitation)-analoge Intervention
    - ➔ häufige Gruppenteilnahme, aktivere Mitwirkung bei den AA und höhere Zahl abstinenter Tage als in Gruppe c.
    - ➔ Effekt entsteht u.a. durch die in der Intervention eingesetzten AA-Materialien und die aktive Mitwirkung bei den AA
  - b. Intervention zur Steigerung der Motivation zur Teilnahme bei AA
    - ➔ kein statistisch nachweisbarer Effekt auf Gruppenteilnahme Alkoholkonsum
  - c. Übliche Intervention ohne besonders nachdrückliche Empfehlung der **\*\*Anonymen Alkoholikern** (siehe a.)

# Patientenmerkmale und Intervention (MATCH-Project)

Quelle: Humphreys K (2004): Circles of Recovery. Self-Help Organizations for Addictions. Cambridge: Cambridge University Press

- N = 1.726 Alkoholranke in professioneller Behandlung
- Drei Behandlungsansätze → Signifikante Reduktion von Alkoholkonsum, alkoholbezogener Probleme und psychiatrischer Symptome
  - a. TSF(Twelve-Step-Facilitation)-analoge Intervention  
→ häufige Gruppenteilnahme, aktivere Mitwirkung bei den Anonymen Alkoholikern und höhere Zahl abstinenten Tag als in den Gruppen b und c.
  - b. Kognitiv-behaviourale Therapie
  - c. Motivationsstärkungstherapie
- Keine Zusammenhang (Match) zwischen Patientenmerkmalen und Interventionsansatz

# Deutsche S2-Leitlinie (2003/2006) zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen

**Empfehlung Stärke: B. Die Empfehlung ist allgemein begründet**  
(Kontrollierte Studien, Verlaufsstudien).

Nachsorge über Selbsthilfegruppen ist effektiv (McKay 2001; Gossop et al. 2003; IIb).

Teilnehmer an Selbsthilfegruppen (z.B. der Anonymen Alkoholiker, AA) haben einen geringeren Alkoholkonsum als Nichtteilnehmer (Emrick 1987; IIb; Emrick et al. 1993; IIb; Tonigan et al. 1996; III, Gossop et al. 2003; IIb; Bottlender & Soyka 2005; Ib), weshalb der Besuch von Selbsthilfegruppen empfohlen wird.

Da wegen der Selbstselektionseffekte therapie- und patientenbezogene Variable in den Studien nicht voneinander getrennt werden können, kann allerdings nicht angegeben werden, welche Patienten sich besonders eignen; wahrscheinlich ist aber die bloße Teilnahme an Selbsthilfegruppen nicht entscheidend für die Wirkung, sondern das Engagement und die Akzeptanz z.B. der AA-Prinzipien durch den Patienten selbst (Montgomery et al 1995, III), wodurch die Selbstwirksamkeit erhöht wird (Connors et al. 2001; Ia).



# Institutionalisierung einer sozialen Bewegung? oder Einbau gelungen, Selbsthilfe tot?



# Kooperation aus Sicht der Selbsthilfe

## Wer sind hier eigentlich die Profis?

- Beide Seiten sind DIE Profis, nämlich jeder in seiner Disziplin.
- Wenn ehrenamtliche Selbsthilfe und hauptamtliche Suchthilfe in Rivalität geraten, dann haben sie etwas nicht verstanden.
- Denn es braucht keine Rivalität, sondern Ergänzung.
- Und wenn diese einmal gelingt, mag man sich's „ohne den andern“ nicht mehr vorstellen.



Quelle: Breuninger R (2002): Wer sind hier eigentlich die Profis? Zur Notwendigkeit der Kooperation zwischen Sucht-Selbsthilfe und beruflicher Selbsthilfe. In: PARTNERschaftlich. Infodienst 01/12. GVS – Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland

# Klare Worte I: Professionelles Interesse

Es ist festzustellen, dass

„sich die Mehrheit der in der Suchtkrankenhilfe beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insgesamt eher desinteressiert an einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Praxis aller Selbsthilfegruppen, also nicht nur der Anonymen Alkoholiker, zeigt.“



Quelle: Appel C. (1994): Kooperation und Distanz. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 17(1/2), S. 19

# Klare Worte II: Instrumentalisierung



„Konflikthaft wird diese Ignoranz, dort wo es gleichzeitig zu einer Art Ausnutzung bzw. Ausbeutung der Selbsthilfegruppen durch professionelle Behandlungseinrichtungen kommt, die ihr Klientel während stationärer Behandlungen, als Teil „ihrer“ therapeutischen Arbeit die Teilnahme an AA-Meetings zur Pflicht machen.“

Quelle: Appel C. (1994): Kooperation und Distanz. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 17(1/2), S. 19

# Klare Worte II: Instrumentalisierung

„Insbesondere weil diese Gruppen durch ganze Busladungen von ständig wechselnden Pflichtbesuchern sich zu recht überfordert sahen, dann noch den Charakter einer freiwilligen Selbsthilfegruppe aufrechtzuerhalten.



Es wirft ein interessantes Licht auf die hierfür verantwortlichen professionellen Fachkräfte, dass nicht sie, sondern die lokalen Selbsthilfegruppen auf Abänderung solcher Praxis drängten.“

Quelle: Appel C. (1994): Kooperation und Distanz. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 17(1/2), S. 19

# Kooperation aus Sicht der Suchthilfe

- Die gute Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe wird nicht in allen Einrichtungen in gleicher Weise fortgesetzt, wenn die zuständigen Mitarbeiter(innen) die Einrichtung verlassen.
- Die Intensität und Qualität der Zusammenarbeit hängt von einzelnen Mitarbeiter(inne)n ab.
- Die Förderung und Unterstützung der Suchtselbsthilfe ist nicht in allen Einrichtungen als eigenständige Aufgabe der Mitarbeiter(innen) ausgewiesen und mit entsprechenden Zeitressourcen ausgestattet.
- Die Heranführung an und die Vermittlung in die Suchtselbsthilfe werden in manchen Einrichtungen erst am Ende der Beratung/Behandlung systematisch in den Blick genommen.

Quelle: Deutscher Caritasverband e.V. & Kreuzbund e.V. (2011): Verbandlicher Prozess zur Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe. 2007-2010. Dokumentation – Verlauf und Ergebnisse. S. 12

# Literatur zum ...

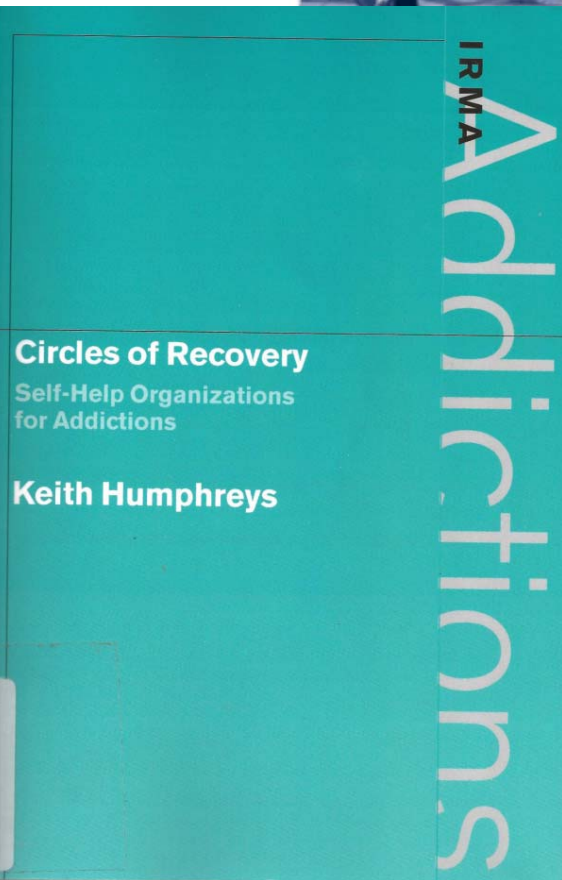


ROBERT KOCH INSTITUT  
Statistisches Bundesamt

# ... vertiefen



Heft 23  
Selbsthilfe im Gesundheitsbereich



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Bernhard Borgetto

## Selbsthilfe und Gesundheit

Analysen,  
Forschungsergebnisse  
und Perspektiven



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory