

„Selbstheilung“ bei Abhängigkeits- erkrankungen – Wie kann das gehen?

Erkenntnisse aus der Forschung

Dr. Gallus Bischof
Klinik für Psychiatrie, Universität zu Lübeck
Forschungsgruppe S:TEP
(Substanzbezogene und verwandte Störungen:
Therapie, Epidemiologie und Prävention)

Das Krankheitskonzept (1846)



Das Krankheitskonzept

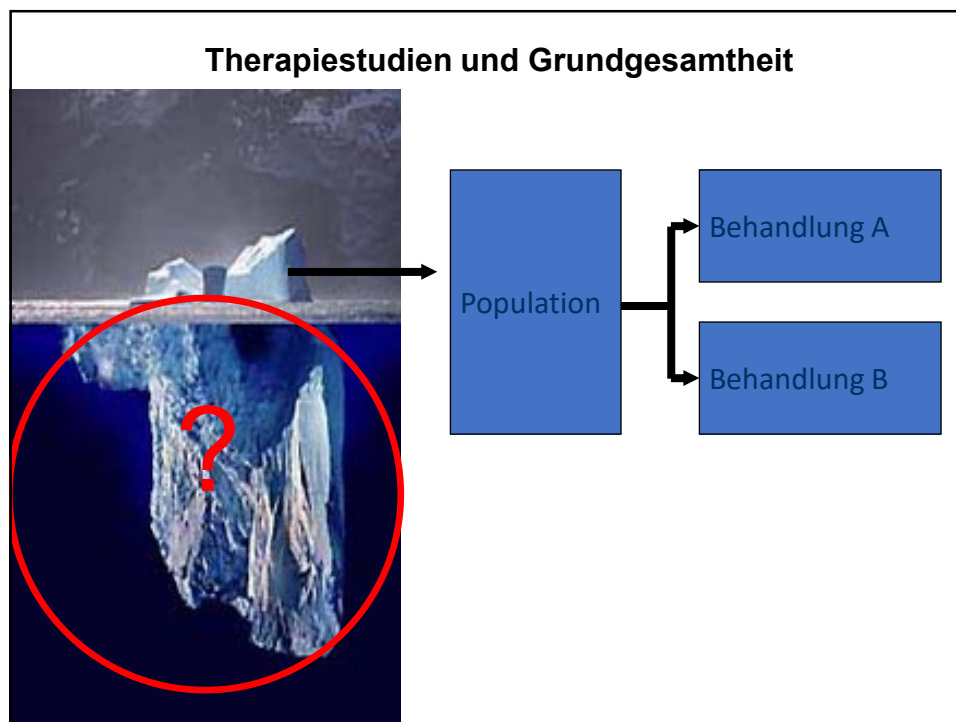
- **Alkoholismus ist eine tödliche Krankheit, sie ist zu 100% tödlich. Niemand überlebt den Alkoholismus, wenn dieser unkontrolliert bleibt. Diese Menschen werden nicht in der Lage sein, aus eigener Kraft mit dem Trinken aufzuhören. Sie sind gezwungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Tun sie es nicht, gehen sie elendig zu Grunde.**

Johnson (1980): I'll quit tomorrow

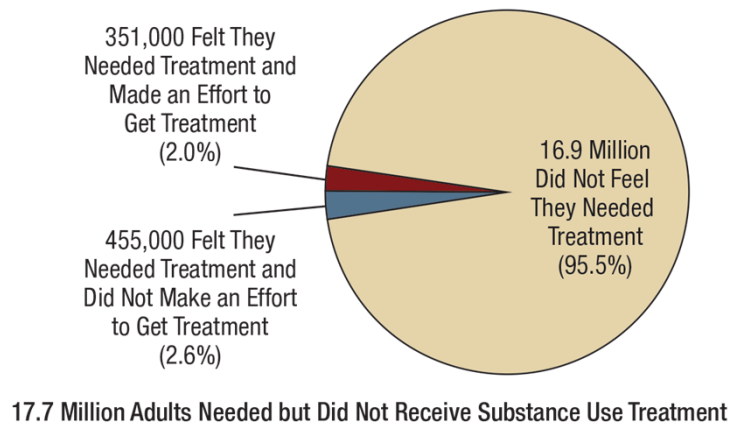
Das Krankheitskonzept

- **Sucht wächst sich nicht aus. Eine unbehandelte Sucht verschlimmert sich unweigerlich, hat nicht nur ein zunehmende Schädigung zur Folge, sondern auch Haftstrafen und letzten Endes den Tod.“**

Dupont (1993): Vorwort in Ross, G.R. „Treating Adolescent Substance Abuse“

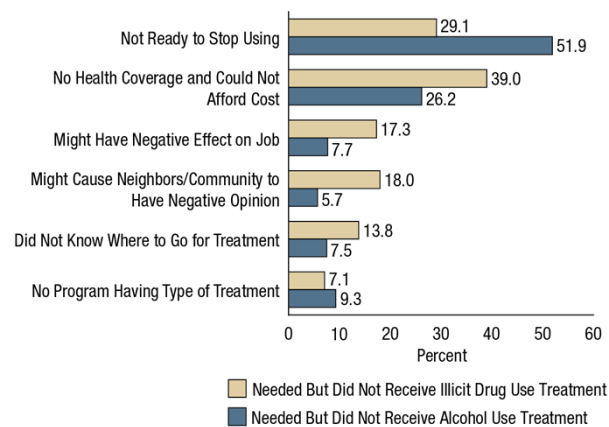


Past year Treatment Utilization in alcohol dependent individuals: USA



NSDUH-survey, Han et al., SAMSHA, 2015

Barriers to treatment



NSDUH-survey, Han et al., SAMSHA, 2015

ART-COPE: Barrieren bei Nicht-Inanspruchnehmer:innen

1. Barriere der Problem-Anerkennung
 - Normalisierung im sozialen Milieu
 - Funktionsfähigkeit
 - Temporäre Reduktion
 - Alkohol als sekundäres Problem
2. Barrieren bei Problemwahrnehmung
 - Scham und Angst vor Stigmatisierung
 - Autonomiebedürfnis
 - Strukturelle Barrieren
 - Krankheitsimmanente Barrieren

Bischof et al., 2020

Selbstheilung: The Elephant that no one sees

(Greenfield & Clowd, 1996)



Synonyme

- Spontaneous Remission
- Natural Recovery
- Self-change
- Self-regulation
- Selbstheilung
- Remission ohne formelle Hilfe
- Unbehandelte Remission

Definition

1. Die Person hat im Verlaufe des Lebens die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt.
2. In den letzten 12 Monaten lag keine Abhängigkeit mehr vor.
3. Im Lebensverlauf wurde keine suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen.

Die ersten Befunde

- **Winick (1962).** In Registern über Drogenabhängige nehmen die Zahlen im Längsschnitt ab: „Maturing-out“-Hypothese
- **Drew (1969).** Die niedrigeren Prävalenzen von Alkoholabhängigkeit in älteren Populationen sind allein durch Behandlungserfolge und Mortalität nicht erklärbar.

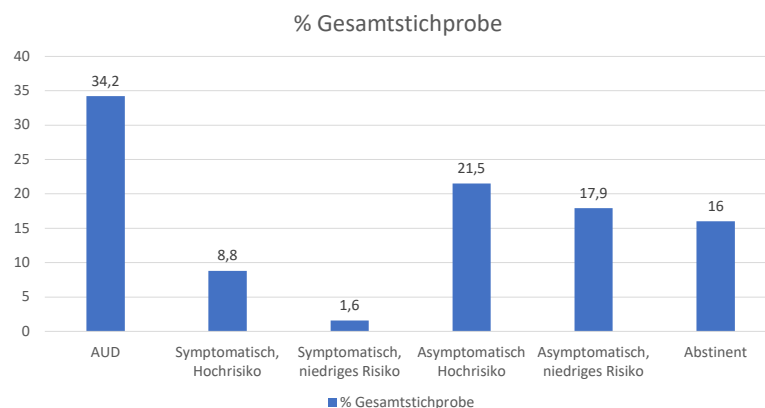
Die ersten Befunde

- **Robins (1974).** Drogenabhängige Vietnam-Veteranen haben zum überwiegenden Teil bei Rückkehr in die USA eine Remission
- Nur 2-6% nehmen Hilfe in Anspruch
- Die Rückfallraten sind gering und bei Behandelten und Nichtbehandelten gleich.
- Längsschnittstudien (40 Jahre!) von Vaillant, Cahalan und Fillmore: Abnahme des problematischen Alkoholkonsums ohne Inanspruchnahme von Hilfen.

Häufigkeit unbehandelter Remission: Epidemiologische Querschnittsdaten

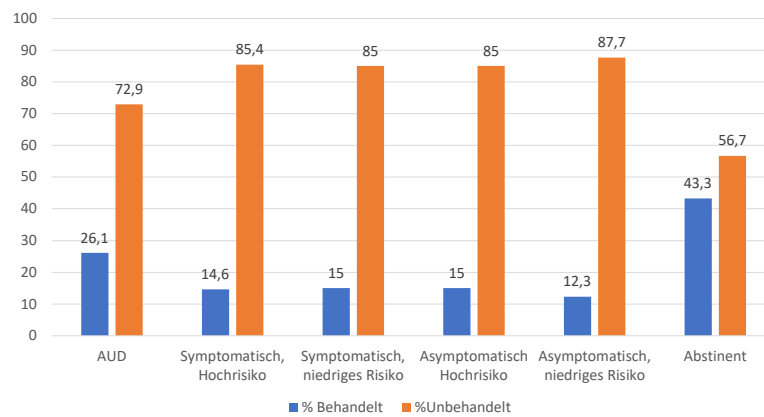
- **Alkohol**
 - **Kanada: 78% (Sobell et al. 2006)**
 - **USA: 72,4% (Dawson et al., 2005)**
 - **Deutschland: 66,4% (Rumpf et al., 2000)**
- **Patholog. Glücksspiel**
 - **USA: 89% (Slutske et al., 2010)**
 - **Deutschland: 80% (Meyer et al., 2011)**

Transitionen bei Personen mit Abhängigkeit (longitudinal: NESARC-III)



Fan et al., 2019

Prävalenz und outcome behandelte/unbehandelte Personen mit Abhängigkeit (NESARC-III)



Fan et al., 2019

Behandlungs- und Remissionsrate bei Jugendlichen

14-24jährige, 3 Follow-ups innerhalb von 10 Jahren

Kontakt zum Suchthilfesystem: 4,6%

Prävalenz Remission ohne formelle Hilfe:

Alkohol: 17,2%

Cannabis: 38,3%

Illegale Substanzen: 37,4%

Tabak: 20,4%

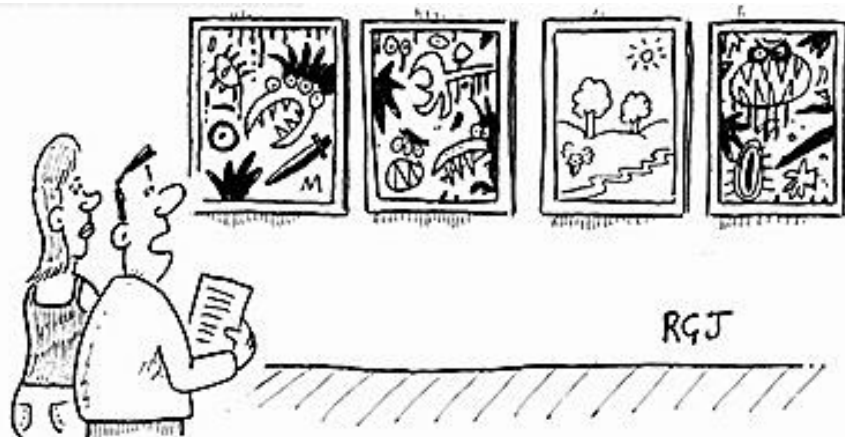
Perkonig et al. (2009)

Unbehandelten Remission bei Jugendlichen

Rate der unbehandelten Remission unter allen Remissionen

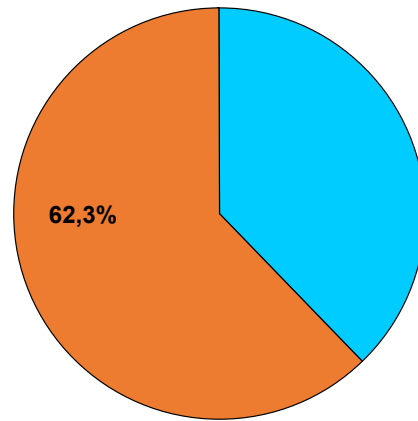
Alkohol:	86,9%
Cannabis:	85,4%
Illegale Substanzen:	95,4%
Tabak:	99,3%

Perkonigg et al. (2009)



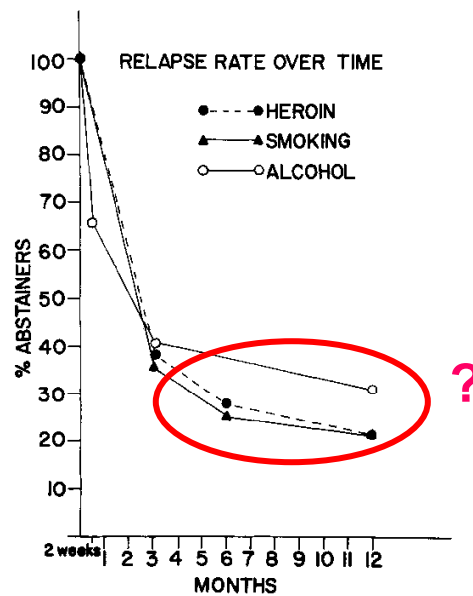
„Apparently he had occasional sober periods.“

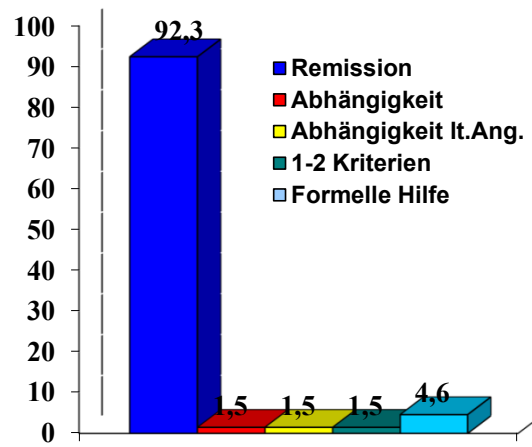
Abstinenzzeiten (mind. 3 Monate)



Schuckit et al. (1997) J Stud Alcohol, 58:581-589

FIG. 1. RELAPSE RATE OVER TIME FOR HEROIN, SMOKING AND ALCOHOL.



Stabilität von Remissionen ohne formelle Hilfen nach 24 Monaten

Rumpf et al. (2006)

Wie unterscheiden sich die Selbstremittierer von denen, die in Behandlung gehen**Insgesamt geringere Schwere der Abhängigkeit****Weniger suchtbezogene Probleme****Mehr psychosoziale Ressourcen**

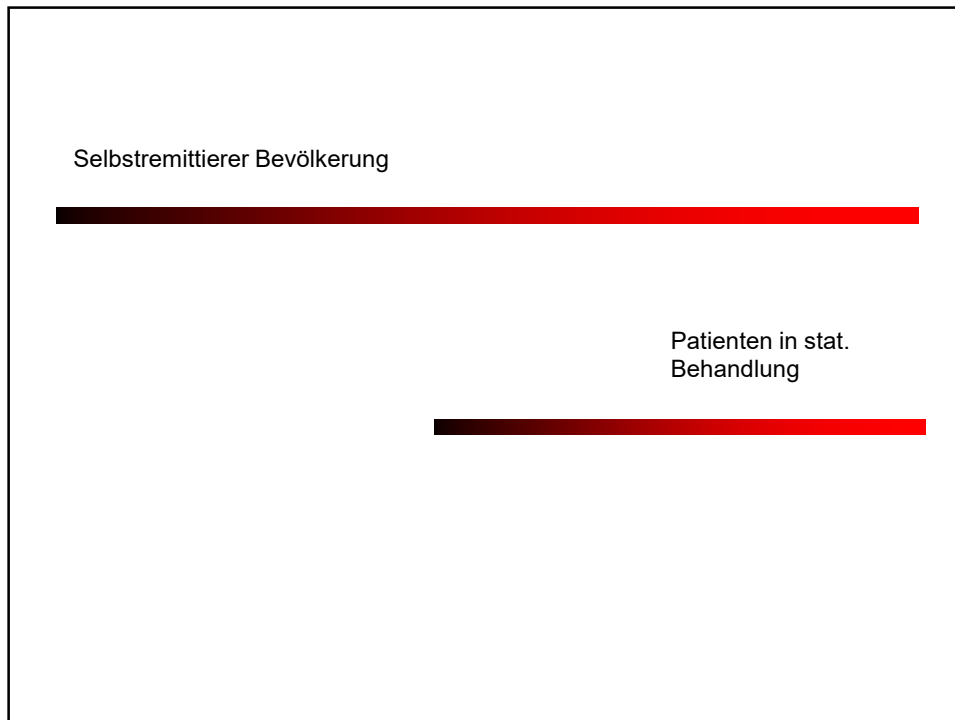


Wie unterscheiden sich die Selbstremittierer von denen, die in Behandlung gehen?

Medienrekrutierte Selbstremittierte waren schwerer abhängig als Patient:innen in stationärer qualifizierter Entgiftung (Bischof et al. 2000)

Verglichen mit weiterhin Abhängigen haben Selbstremittierte eine höhere Schwere im Bereich nicht-physiologischer Abhängigkeit (Bischof et al. 2000)

Bei der Gruppe mit dem schwersten Ausmaß an Problemen liegt die Remissionsrate ohne formelle Hilfe noch bei 54% (Cunningham et al. 2000).



Auslöser der Remission

Auslöser, Lebensereignisse

Häufigste Bereiche (Carballo, 2007)

Familiäre Probleme

Gesundheit

Finanzielle Gründe

Wichtige Bezugspersonen

Negative persönliche Folgen

Soziale Konsequenzen

Auslöser der Remission

Cave: Retrospektive Verzerrung, Attribuierungsprozesse

Bevölkerungsstudie (Dawson et al., 2006)

**Relative wenige Ereignisse prädiktiv für Remission:
Beginn/Ende einer ersten Ehe (Remission mit
moderatem Konsum), Geburt eigener Kinder
(abstinente Remission)**

Keine Unterschiede mit/ohne Hilfe

Kognitiver Abwägungs- und Evaluationsprozess

**Gegenüberstellung von negativen und positiven
Aspekten (Cunningham et al. 1995)**

**Negative Konsequenzen des Verhaltens/Konsums
gewinnen an Bedeutung (u.a. Klingemann, 1992, Sobell et
al. 1993, Sobell et al. 2001)**

**Behandlung wird prädiziert durch: Sozialen Druck,
gescheiterte Abstinenzversuche, ärztlichen Rat**

**Selbstheilung prädiziert durch gesundheitliche
Probleme**

Aufrechterhaltende Bedingungen der Remission

**Positive Änderungen in den Lebensbedingungen,
Lebensereignisse (Klingemann, 1991, Sobell, 1993)**

**Veränderungen in sozialen Rollen, die im Verlauf des
Lebens übernommen werden (Cunningham et al., 2000)**

Aufrechterhaltende Bedingungen der Remission

Häufigste Bereiche (Carballo, 2007, Sobell, 2000)

Soziale Unterstützung

Wichtige Bezugspersonen/Familie

Entwicklung nicht substanzbezogener Interessen

**Vermeidung von Situationen, die im Zusammenhang
mit dem Substanzkonsum stehen**

Aspekte im Zusammenhang mit Arbeit

Änderung des Lebensstils

... aufrechterhaltende Bedingungen

Religion

Selbstkontrolle, Willensstärke

Positive persönliche Attribute

Gesundheit

Finanzielle Aspekte

Aufrechterhaltung der Remission

Wenig Unterschiede im Vergleich zu Selbsthilfegruppenteilnehmer*innen (Bischof et al., 2000)

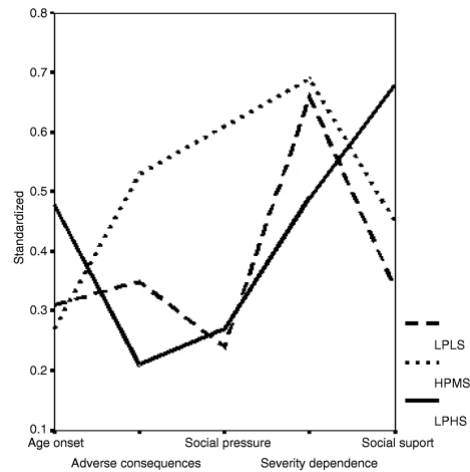
Weniger ausgeprägte Auseinandersetzung mit anderen Personen über das Thema.

Unterschiede im Social Capital finden sich nicht durchgängig in Studien mit Kontrollgruppen.

In repräsentativen Stichproben von Selbstheilern selten Abstinenz als Outcome (bei 15,6%)

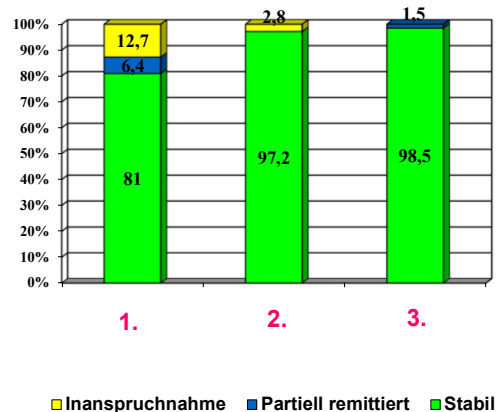
Remission ohne Behandlung: Untergruppen (Cluster)

1. Geringe Probleme - geringe Unterstützung -----(36%)
2. Viele Probleme - mittlere Unterstützung(21%)
3. Geringe Probleme - hohe Unterstützung ____ (43%)

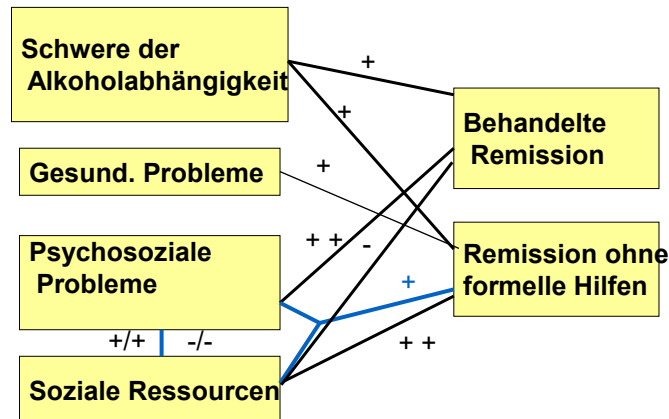


Katamnese-Status nach 24 Monaten

1. Geringe Probleme - geringe Unterstützung
2. Viele Probleme - mittlere Unterstützung
3. Geringe Probleme - hohe Unterstützung



Bedingungsfaktoren behandelter und unbehandelter Ausstiegsprozesse



Community Reinforcement Approach (CRA; Hunt & Azrin; Meyers & Smith)

- Ziel: Erhöhung Verstärkerwert abstinenter Verhaltens gegenüber Konsum
- Nutzung sozialer Verstärker aus verschiedenen Bereichen (Familie, Beruf, soziales Umfeld) zur Erreichung und Aufrechterhaltung von Abstinenz

Schlussfolgerungen

- Nur wenige suchen Behandlung auf.
- Unbehandelte Remission ist der Regelfall (Widerspruch zu deterministischen Suchtvorstellungen)
- Soziale Ressourcen spielen eine Rolle im Wechselspiel mit der Problemschwere.
- Selbstheilungsfreundliches gesellschaftliches Klima?
- Barrieren für Behandlung reduzieren

Konsequenzen für die Behandlung

- Entstigmatisierung von Behandlung
- Verminderung negativer Folgen durch Proaktivität
- Angebote für Angehörige ausbauen
- Niedrigschwellige Zugangswege schaffen
- Wahrung der Autonomie des Patienten (z.B. Zieloffenheit)
- Stärkung psychosozialer Ressourcen
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung

Schlussfolgerungen für Therapeut:innen



**“Nehmt euch nicht zu ernst,
es steht euch weder an
noch gut.” Ödon von Horvath**

www.dgsps.de

katho
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

In Kooperation mit:

 Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

 dg sps

FACHTAGUNG

anlässlich des 25-jährigen Bestehens der
Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie

**QUO VADIS,
SUCHTKRANKENHILFE?**

Freitag, 24. Oktober 2025 | katho Standort Köln



www.dgsps.de

PROGRAMM

FREITAG, 24. OKTOBER 2025

9:30 Uhr	Get together	13:15 Uhr	Psychedelika-gestützte Therapie von Abhängigkeitserkrankungen
10:00 Uhr	Grußworte		Felix Müller
	N.N. Bundesministerium für Gesundheit (angefragt)	14:00 Uhr	Gender und Sucht(behandlung)
	N.N. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (angefragt)		Irmgard Vogt
	Gallus Bischof Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie	14:45 Uhr	P A U S E
10:15 Uhr	25 Jahre dg sps – ein Blick zurück in die Zukunft	15:00 Uhr	Podiumsdiskussion: Zukunft der Suchtkrankenversorgung
	Michael Müller-Mohnssen		Moderation: Ulrich Frischknecht
10:45 Uhr	KI und Suchtbehandlung		mit Angela Buchholz, Daniel Deimel, Frank Happel, Deborah Scholz-Hehn, Wolfgang Schreck
	Martin Wallroth	16:00 Uhr	Verabschiedung
11:30 Uhr	Angehörige von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen		
	Diana Moesgen		
12:15 Uhr	P A U S E		

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Fragen, Anregungen, Wünsche.....
gallus.bischof@uksh.de