

Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen

Autor(en): **Borgetto, Bernhard**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800049>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen

Für den deutschsprachigen Raum existieren bislang wenige Studien zu den spezifischen Wirkungen der Sucht-Selbsthilfe. Die bisherigen Erkenntnisse der Selbsthilfeforschung sind jedoch vielversprechend. So belegen Studien zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe salutogene und tertiärpräventive Effekte von Selbsthilfegruppen. Auch die Ergebnisse internationaler Studien zu den Wirkungen der Arbeit der Anonymen Alkoholiker zeigen u. a., dass diese – bei deutlich geringeren Kosten – vergleichbar sind mit den Ergebnissen anderer professioneller ambulanter Interventionen. Dennoch sollte die Erforschung der Wirkungsweise von Selbsthilfезusammenschlüssen – vor allem auch für den deutschsprachigen Raum – weiter vorangetrieben werden.

Bernhard Borgetto

Prof. Dr. habil., HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim/Holzminde/Göttingen, Studiendekan Lehrbereich Gesundheit/ Professur für Gesundheitsförderung und Prävention, Goschentor 1, D-31134 Hildesheim, Tel.: +49(0)5121/881-486, borgetto@hawk-hhg.de

Schlagwörter: Selbsthilfe | Forschung | Wirkung | Kosten |

Annähernd drei Millionen Menschen mit sozialen oder gesundheitlichen Problemen engagieren sich allein in Deutschland in schätzungsweise 70'000 bis 100'000 Selbsthilfegruppen und weit über 300 Selbsthilfeorganisationen,¹ davon wohl mehr als 7'500 Gruppen mit über 1500'000 Mitgliedern im Bereich der Sucht-Selbsthilfe.² Menschen mit einer Suchtproblematik, die in den Gruppen Verständnis und Motivation erlebt sowie Informationen und Beratung erhalten haben, zeigen allein durch wiederholte Teilnahme, dass offenbar Selbsthilfезusammenschlüsse einen Nutzen für sie haben. Doch wie steht es um die Objektivierbarkeit dieses Nutzens? Gibt es Wirkungen auf die Gesundheit, auf das Suchtverhalten? Wie sind die Wirkungen zu erklären? Entstehen auch Nachteile und Schäden durch die Teilnahme?

Um sich diesen Fragen zu nähern, ist es nötig, zunächst einmal zu klären, welches Verständnis von Selbsthilfe in diesem Beitrag leitend ist.

Was ist (Sucht-)Selbsthilfe?

Selbsthilfe ist ein im Alltag gebräuchlicher Begriff, der als solcher genuiner Bestandteil des Sprachschatzes der Bevölkerung ist. Er hat aber auch Eingang gefunden in Konzepte von PolitikerInnen, Ausführungsbestimmungen von Sozialgesetzen, Arbeitsplatzbeschreibungen von sozialer Arbeit, Selbstbeschreibungen von Gruppen und Organisationen und natürlich auch in die Terminologie von Wissenschaft und Forschung. Dennoch – oder vielleicht auch gerade deshalb – ist es bislang nicht gelungen, einen (wissenschaftlich) konsequenten und konsensfähigen Begriff der Selbsthilfe zu entwickeln; was

vermutlich auch auf absehbare Zeit so bleiben wird. Trotzdem werden einige Unterscheidungen und Präzisierungen für das Verständnis hilfreich sein.

Von zentraler Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen AkteurIn und Handlung.³ Das «Selbst» in dem Begriff Selbsthilfe bezieht sich auf den oder die AkteurIn, die «Hilfe» ist die Handlung, um die es geht. Hilfe kann als eine Handlungsform angesehen werden, bei der eine oder mehrere Personen eine andere oder mehrere andere Personen dabei (auch wechselseitig) unterstützen, (ggf. besser und/oder leichter als allein) eine Mängellage zu überwinden, ein Problem zu lösen oder zu bewältigen oder ein Ziel zu erreichen. Hilft man sich selbst, so kann dies als einzelne Person erfolgen (individuelle Selbsthilfe), als Person(en) innerhalb natürlicher sozialer Systeme wie Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis u.ä. (erweiterte individuelle Selbsthilfe) und innerhalb eigens zu diesem Zweck «künstlich» geschaffener sozialer Systeme wie Gruppen und Organisationen (gemeinschaftliche Selbsthilfe in Selbsthilfезusammenschlüssen).

Selbsthilfegruppen (SHG) sind Zusammenschlüsse von Betroffenen in Gruppen, deren Mitglieder sich untereinander direkt kennen. Es gibt Gruppen, die von Gruppenmitgliedern geleitet werden. Entscheidend dafür, ob es sich um eine SHG handelt, ist die eigene Betroffenheit der Leitenden – unabhängig davon, ob diese medizinische/gesundheitsbezogene Laien oder ExpertInnen/professionelle HelferInnen sind. SHG, bei denen die Anliegen und Probleme der eigenen Mitglieder im Vordergrund stehen, werden als innenorientierte Gruppen bezeichnet, SHG, die sich darüber hinaus auch der Beratung und Vertretung der Interessen anderer Betroffener widmen, als aussenorientierte Gruppen.

Selbsthilfeorganisationen (SHO) haben im Unterschied zu SHG überregionale Interessenvertretungen, meist grössere Mitgliederzahlen, formalisierte Arbeits- und Verwaltungsabläufe, bestimmte Rechtsformen und meist ausgeprägte Kontakte zu professionellen Systemen. SHO können als Zusam-

menschluss von SHG entstehen bzw. deren Gründung anregen und SHG unterstützen. SHO erbringen in der Regel weit über den eigenen Mitgliederbestand hinaus Beratungs- und Informationsleistungen.

Die Hauptaufgaben von SHO sind die Bereitstellung von Informationen für die Beratung von Betroffenen und Angehörigen, Dienstleistungen für die regionalen Selbsthilfegruppen, Forschung und Forschungsförderung, Mitwirkung im Gesundheitswesen, Bereitstellung therapeutischer Angebote, Öffentlichkeitsarbeit und überregionale Interessenvertretung der jeweiligen Betroffenen.

Sucht-Selbsthilfe in Deutschland

Die fünf wichtigsten Abstinenz- und Selbsthilfeverbände sind das Blaue Kreuz in Deutschland, das Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, der Kreuzbund und der Deutsche Guttempler-Orden. Neben den fünf genannten Abstinenzverbänden, die ihrerseits organisatorisch an die Diakonie, die Caritas und den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) angebunden sind, bilden auch die Arbeiterwohlfahrt und das Deutsche Rote Kreuz ein Dach für SHG von Suchterkrankten. Sie alle arbeiten in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zusammen. Darüber hinaus gibt es auch im Bereich der Suchtberatungsstellen und Therapieeinrichtungen Sucht-SHG. Diese verstehen sich ebenso wie viele spezielle Gruppen für junge Abhängige als «freie» Gruppen, die sich keinem Verband anschliessen wollen.⁴

Methodologische Schwierigkeiten der Selbsthilfe-Wirkungsforschung

Die Frage nach Wirkungen und Nutzen gemeinschaftlicher Selbsthilfe ist nicht einfach zu beantworten,⁵ da in der Selbsthilfeforschung ein zentrales methodologisches Problem die Aussagekraft von Studien beeinträchtigt: das Engagement in Selbsthilfeszusammenschlüssen kann nicht verordnet werden. Prospektive verblindete Wirksamkeitsstudien mit randomisierten Vergleichs- und Interventionsgruppen können daher kaum durchgeführt werden, und wenn, dann ist in der Regel fraglich, ob es sich bei den untersuchten Gruppen oder Organisationen überhaupt noch um Selbsthilfeszusammenschlüsse handelt. Die beste wissenschaftliche Evidenz ist durch so genannte quasi-experimentelle und retrospektive Beobachtungsstudien zu erzielen. Mit statistischen Methoden können «Störvariablen» ex post kontrolliert werden, aber nur in dem Masse, wie sie mit erhoben werden, d.h. bekannt sind oder antizipiert werden können. Zusätzliche Schwierigkeiten entstehen bei der Interpretation von Studienergebnissen durch uneinheitliche Operationalisierungen der Begriffe SHG und SHO sowie oftmals unzureichende Angaben zu Methoden und Studiendesign in Forschungsberichten.

Selbsthilfe-Kommunikation als Grundlage von Wirkungen

Im Zusammenhang mit dem besser gesicherten Wissen über die salutogenen und tertiärpräventiven Wirkungsweisen von Kommunikation und sozialen Bindungen kann aus dem Stand der Selbsthilfeforschung ein allgemeines heuristisches Modell der Wirkung von Selbsthilfeszusammenschlüssen begründet werden (siehe Abb. 1).⁶

Ausgangspunkt ist hierbei das Gespräch zwischen Betroffenen bei der Teilnahme an SHG, bei geselligen oder Informationsveranstaltungen einer SHG bzw. SHO, bei gemeinsamen Organisationsaufgaben oder in der Beratung. Die «Selbsthilfe-Kommunikation» beruht auf der «erlebten und erlittenen Kompetenz» der Betroffenen. Kommunikation steht dabei

nicht nur für sich selbst, sondern auch für die sozialen Bindungen zwischen den Betroffenen, die durch das Engagement in der Selbsthilfe entstehen.

Untersuchungsergebnisse zu den Arbeitsweisen und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen legen nahe, vier Dimensionen der Kommunikation zwischen Betroffenen zu unterscheiden, die in Umfang und Intensität vom Kontext der jeweiligen Selbsthilfeaktivität abhängen: Erfahrungsaustausch, Informationsvermittlung, Verbalisierung von Gefühlen und das zweckfreie Gespräch.⁸ Mit diesen Dimensionen sind unterschiedliche Wirkmechanismen verbunden, die aus der Stressforschung und der Psychotherapieforschung bekannt sind, z.B. das Modell-Lernen, die Selbsterforschung, die gegenseitige emotionale Unterstützung, die Verbreiterung der individuellen Wissensbasis, die Aufarbeitung der Vergangenheit und vieles mehr.⁹

Primäre Effekte der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sind Verhaltensänderungen, die individuelle persönliche Entwicklung und die Entlastung bzw. Stärkung sozialer Netzwerke. Von Verhaltensänderungen sind direkte Effekte auf die Gesundheit zu erwarten. Empirische Studien geben Hinweise darauf, dass dies insbesondere bei SHG von Suchtabhängigen, von PatientInnen mit Essstörungen und von DiabetikerInnen der Fall ist. Eine rationalere Inanspruchnahme von Leistungen des professionellen Versorgungssystems und eine Erhöhung der Compliance kann den bisherigen Studien zufolge unabhängig von der jeweiligen Diagnose angenommen werden. Dadurch erhöhen sich Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung. Die persönliche Entwicklung basiert auf den therapieähnlichen Wechselbeziehungen zwischen den Betroffenen. Es gibt Belege dafür, dass die Effekte von Gesprächs-SHG mit denen

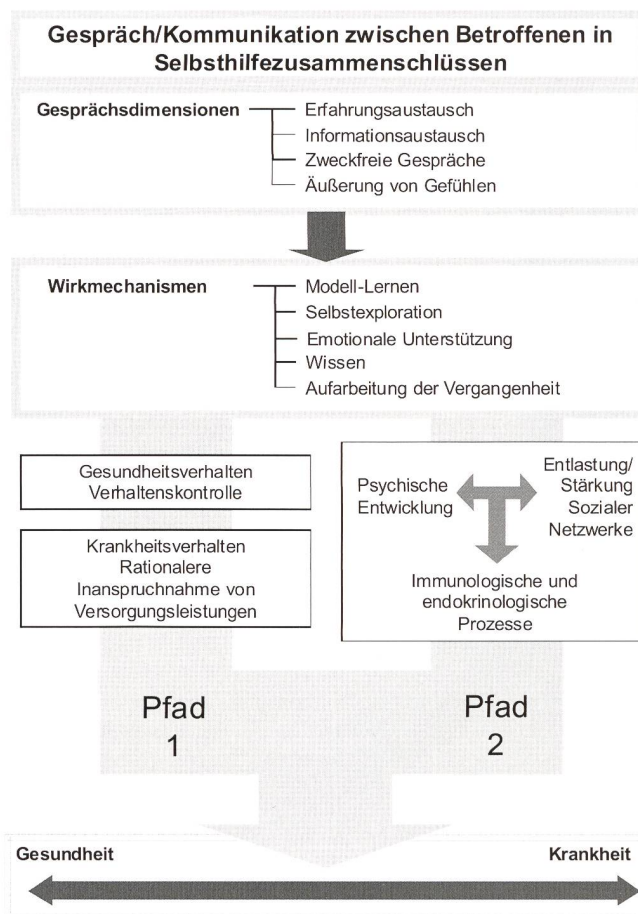


Abb. 1: Wirkungsmodell der Selbsthilfekommunikation.⁷

der Gruppenpsychotherapie vergleichbar sind. SHG verringern dementsprechend psychische Störungen und erhöhen subjektive Gesundheit und Lebensqualität.

Aus der Stressforschung ist bekannt, dass gelungene soziale Beziehungen die Krankheitsanfälligkeit allgemein herabsetzen und sich durch die Stärkung des körperlichen Abwehrsystems auch direkt auf die Gesundheit auswirken. Eine grosse Zahl von Untersuchungen hat bestätigt, dass die Teilnahme an SHG Partnerbeziehungen entlastet und stärkt, Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden verbessert, sozial aktiviert und den Umfang des sozialen Netzwerks erhöht.

Ebenso konnten direkte Belege für salutogene und tertiärpräventive Effekte von SHG gefunden werden: Verringerung und Bewältigung von Suchtverhalten u.a. gesundheitsschädigendes Verhalten, Verringerung von Depressionen und depressiven Verstimmungen, Steigerung des subjektiven Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und der Lebensqualität sowie eine bessere Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen. Indirekte Hinweise auf die Besserung psychischer Störungen ergeben sich in mehreren Studien aus einer objektiv gemessenen deutlichen Verringerung der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsleistungen durch Mitglieder von SHG für psychisch Kranke.

Wirkungen der Sucht-Selbsthilfe

Studien zu den spezifischen Wirkungen der Sucht-Selbsthilfe sind im deutschsprachigen Raum Mangelware, einzelne Ergebnisse liegen mitunter als Nebenprodukte von Studien mit eigentlich anderen Fragestellungen vor und sind meist wenig aussagekräftig.

Internationale Studien zur Sucht-Selbsthilfe liegen hingegen in deutlich grösserer Zahl vor, allerdings sind diese oftmals wegen ihrer gesellschaftlich-kulturellen Spezifität nicht ohne weiteres auf den deutschsprachigen Raum übertragbar. Am ehesten dürfte die Übertragbarkeit bei den Anonymus-Gruppen der Fall sein, da diese international nach denselben Grundsätzen arbeiten. Am intensivsten und methodologisch mit am besten untersucht sind von diesen Gruppen – wie auch von allen Sucht-SHG insgesamt – die Anonymen Alkoholiker (AA): Zudem bilden die AA geradezu einen eigenständigen Typus von SHG.¹⁰

Arbeitsweise der Anonymen Alkoholiker

Die Anonymen Alkoholiker (AA) gehen nach einem einheitlichen Arbeitsprogramm vor. Die Gruppentreffen (Meetings) finden in der Regel einmal oder mehrmals wöchentlich an von den Mitgliedern selbst organisierten Orten zu festgelegten Zeiten statt. Drei Formen von Meetings können unterschieden werden. An den geschlossenen Meetings nehmen nur die AlkoholikerInnen selbst teil. JedeR spricht nur über sich selbst, Ratschläge und Kritik an andere ist tabu. An den offenen Meetings können auch FreundInnen und Verwandte der Betroffenen teilnehmen, wodurch die Gesprächsthemen und -inhalte sich entsprechend verändern. An den öffentlichen Informationsmeetings kann und soll jedeR Interessierte teilnehmen. Oft sind Fachleute wie ÄrztInnen und TherapeutInnen anwesend und tragen aus professioneller Perspektive zu den Meetings bei. Die Meetings der AA werden von Gruppenmitgliedern geleitet. AA-Mitglieder, deren Genesung weiter fortgeschritten ist, spielen als so genannte Sponsoren eine besondere Rolle: Sie dienen anderen Mitgliedern als HelferInnen auf der emotionalen, körperlichen und spirituellen Ebene.

Metaanalyse zu den Wirkungen

Eine der wichtigsten Studien zu den Wirkungen der Arbeit der AA ist eine in den USA durchgeführte Metaanalyse aus den frühen 90er Jahren.¹¹ Die Mehrzahl der 107 englischsprachigen Arbeiten über die Anonymen Alkoholiker, die der Metaanalyse unterzogen wurden, waren retrospektive Querschnittsbefragungen. Die Ergebnisse der Metaanalyse sind dementsprechend nicht eindeutig kausal auf die Zugehörigkeit zu AA-Gruppen zurückzuführen, sondern korrelativer Natur. Die wichtigsten Ergebnisse sind, dass diejenigen Mitglieder der Anonymen Alkoholiker eine bessere Kontrolle über ihren Alkoholkonsum hatten,

- die einen Sponsor hatten, der sie unterstützt ($r = 0,26$)¹²
- die eines oder mehrere Treffen der AA leiteten ($r = 0,23$)
- die das «12-Schritte-Programm» anwendeten ($r = 0,20$) und
- die ihrerseits als Sponsor für andere AA-Mitglieder zur Verfügung standen ($r = 0,17$).

Eine nennenswerte positive Korrelation bestand auch zwischen der Häufigkeit der Besuche von AA-Treffen und der Verringerung des Alkoholkonsums ($r = 0,19$), allerdings war hier die Standardabweichung im Vergleich zur Korrelation so hoch ($SD = 0,1$), dass dieser Zusammenhang nicht eindeutig interpretierbar ist. Interessanterweise bestand praktisch kein Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten und dem Erzählen der eigenen Geschichte bei einem Meeting der AA ($r = 0,07$).

Zudem zeigte sich, dass die Teilnahme an Meetings der Anonymen Alkoholiker in einem zwar konsistenten, aber nur schwachen Zusammenhang steht mit einer geringeren Häufigkeit subjektiv wahrgenommener körperlicher Symptome ($r = -0,13$) und mit stärkeren internalen Kontrollüberzeugungen ($r = 0,13$). Ein etwas stärkerer Zusammenhang ergab sich mit der Verbesserung der psychischen Anpassung ($r = 0,25$). Darüber hinaus ist die Wahrscheinlichkeit, dass professionell behandelte PatientInnen weniger Alkohol konsumieren, etwas grösser, wenn sie gleichzeitig bzw. anschliessend ($r = 0,20 - 0,22$) an einer AA-Gruppe teilnehmen. Auch hier verweisen relativ hohe Standardabweichungen ($SD = 0,07 - 0,16$) auf widersprüchliche Zusammenhänge.

Insgesamt muss die Höhe der Korrelationen und ihre Kausalinterpretation als eher bescheiden angesehen werden. Aus den Ergebnissen der Metaanalyse ergeben sich dennoch erste Anhaltspunkte für das Verständnis der Arbeitsweise und Wirkungen der Anonymen Alkoholiker.

Weitere Studienergebnisse zu den Wirkungen

In einer späteren, quasi-experimentellen US-amerikanischen Beobachtungsstudie wurden über einen Zeitraum von drei Jahren AlkoholikerInnen ($n=201$), die aus eigener Entscheidung an AA-Meetings teilgenommen hatten, mit AlkoholikerInnen verglichen, die aus eigener Entscheidung eine professionelle ambulante Behandlung in Anspruch nahmen.¹³ Bei den AA-TeilnehmerInnen verringerten sich Alkoholkonsum, Abhängigkeitssymptome, negative Suchtfolgen, Tage mit Alkoholrausch und Depressionen signifikant und unterschieden sich nicht signifikant von den Ergebnissen der professionellen Behandlung. Allerdings waren die Kosten bei den AA-TeilnehmerInnen um durchschnittlich 45% niedriger als die Behandlungskosten der ambulant behandelten StudienteilnehmerInnen.

In einer ebenfalls in den USA durchgeführten Studie über AlkoholikerInnen nach Teilnahme an einem kurzzeitigen sta-



tionären Behandlungsprogramm (n=122) zeigte sich in den ersten 18 Monaten nach der Behandlung, dass die Abstinenz umso länger andauerte, je länger die PatientInnen an AA-Gruppentreffen teilgenommen hatten.¹⁴ Die Teilnahme verlängerte die Abstinenz deutlich mehr als die Einnahme der verschriebenen Medikation.

Weitere wichtige Erkenntnisse erbrachte eine randomisierte kontrollierte Studie, in der eine Gruppe von Suchtkranken, die nur an Treffen der AA teilnahmen, verglichen wurde mit einer Gruppe, die an AA-Treffen zusätzlich zu einer stationären Behandlung teilnahmen.¹⁵ Auch diese Studie wurde in den USA durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Gruppen signifikante und ähnliche Ergebnisse im Hinblick auf 12 auf die Erwerbsarbeit bezogene Kriterien erzielten. Im Hinblick auf die Verringerung des Alkoholmissbrauchs und der Rückfallprävention erwies sich jedoch die Kombination von stationärer Behandlung und AA-Treffen den alleinigen AA-Treffen als überlegen. Dennoch ist festzuhalten, dass auch durch die alleinige Teilnahme an AA-Treffen eine Reduktion des Alkoholkonsums und damit verbundener Probleme erreicht werden konnte.

Abschliessend stellt sich die Frage, welche Wirkmechanismen bzw. Mediatoren im Sinne einer Kausalkette den Zusammenhang zwischen der Teilnahme an AA-Gruppentreffen und der Verringerung von Alkoholkonsum und damit verbundenen Problemen vermitteln.¹⁶ So erhöht das Engagement bei den AA das Commitment für die Abstinenz, die Selbstwirksamkeit, und die Bewertung von Substanzmissbrauch als eine Ursache für Leid und Schaden¹⁷ und allgemeiner die stärkere Anwendung aktiver Coping-Strategien.¹⁸ Die Frage, welche Rolle die Internalisierung der Philosophie und des Programms der AA spielt und damit ebenfalls einen Mediator darstellt, scheint empirisch derzeit tatsächlich noch eher unklar, wenngleich dazu ein umfangreicher, vorwiegend theoretischer Diskurs stattfindet. Aber auch soziale Unterstützung durch andere AA-TeilnehmerInnen spielt eine grosse Rolle, vor allem in dreifacher Hinsicht. Zum einen finden AlkoholikerInnen bei den AA positive Rollenmodelle, sie können an sozialen Veranstaltungen der AA teilnehmen, die auf der Grundlage der Alkoholabstinenz stattfinden, und sie können selbst die Rolle des oder der Helfenden z.B. als SponsorIn einnehmen. Insgesamt passen diese Ergebnisse zu der Konzeption des bereits vorgestellten Modells der Selbsthilfe-Kommunikation.

Ausblick

Obwohl die Evidenzbasis der Selbsthilfeforschung allgemein und im Bereich der Sucht-Selbsthilfe im Besonderen noch schmal ist, sind die bislang vorliegenden Ergebnisse doch vielversprechend. Nicht nur die allgemein aufgeschlossene Haltung gegenüber der Selbsthilfe, auch die Einbindung insbesondere der AA in die Suchtkrankenhilfe sowie eine Verstärkung der Unterstützung und finanziellen Förderung der Selbsthilfe erscheinen gerechtfertigt. Dennoch sollten die Bemühungen um ein besseres Verständnis der Wirkungsweise von Selbsthilfeforschung fortgesetzt werden. Ziel der zukünftigen Forschung muss es sein, die höchstmöglichen Stufen der Evidenz zu erreichen, d.h. die Effekte möglichst direkt, objektiv und standardisiert zu messen, hochwertige qualitative Studien durchzuführen und die Ergebnisse angrenzender gesundheitswissenschaftlicher Forschungsbereiche stärker zu berücksichtigen. ●

Literatur

- Borgetto, B. (2004): *Selbsthilfe und Gesundheit – Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag.
- Borgetto, B./Kirchner, C./Kolba, N./Stössel, U. (2008): *Selbsthilfe und Ehrenamt in der rheumatologischen Versorgung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Struktur- und Prozessqualität der Selbsthilfeaktivitäten und Versorgungsangebote der Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V.* Münster: LIT-Verlag.
- Daum, K.-W. (1984): *Selbsthilfegruppen. Eine empirische Untersuchung von Gesprächs-Selbsthilfegruppen*. Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- DHS (2001): *Selbsthilfe Sucht. Möglichkeiten – Grenzen Perspektiven. Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/2001*. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Emrick, C.D./Tonigan, J.S. et al. (1993): *Alcoholics Anonymous: What is Currently Known?* In: McCrady, S./Miller, W.R. (Eds.): *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Grunow, D./Pfungsten, A./Borgetto, B. (2011): *Selbsthilfe*. S. 961-985 in: K. Hurrelmann/U. Laaser/O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 5. Auflage.
- Holz, A./Leune, J. (1999): *Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland*. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Jahrbuch Sucht 2000*. Geesthacht: Neuland.
- Humphreys, K. (2004): *Circles of recovery. Self-help organizations for addictions*. Cambridge: Cambridge University Press (International research monographs in the addictions).
- Humphreys, K./Mankowski, E. S./Moos, R. H./& Finney, J. W. (1999): *Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse?* *Annals of Behavioral Medicine* 21(1): 54-60.
- Humphreys, K./Moos, R.H. (1996): *Reduced Substance-Abuse-Related Health Care: Costs among Voluntary Participants in Alcoholics Anonymous*. *Psychiatric Services* 47: 709-713.
- Matzat, J. (1999): *Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. Therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe*. S. 105-126 in: P. Günther/E. Rohrmann (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* Heidelberg: Ed.S.
- Matzat, J. (2009): *Zum Stand der Selbsthilfe in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung der Sucht-Selbsthilfe*, *European Journal of Mental Health* 4(1): 101-114. DOI: 10.1556/EJMh.4.2009.1.6.
- Morgenstern, J./Labovvie, E./McCrady, B. S./Kahler, C. W./Frey, R. M. (1997): *Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 768-777.
- Pisani, V.D./Fawcett, J. et al. (1993): *The Relative Contributions of Medication Adherence and AA Meeting Attendance to Abstinent Outcome for Chronic Alcoholics*. *Journal of Studies on Alcohol* 54: 115-119.
- Walsh, D.C./Hingson, R.W./Merrigan, D.M./Levenson, S.M./Cupples, L.A./Heeren, T./Coffman, G.A./Becker, C.A./Barker, T.A./Hamilton, S.K. et al. (1991): *A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers*. *New English Journal of Medicine* Sep 12; 325(11): 775-82.

Endnoten

- 1 Vgl. Grunow/Pfungsten/Borgetto 2011.
- 2 Vgl. Holz/Leune 1999; Matzat 2009.
- 3 Vgl. Borgetto 2004.
- 4 Ebd.
- 5 Vgl. Borgetto 2004; Humphreys 2004.
- 6 Vgl. Borgetto 2004. Dort finden sich auch nähere Angaben zu den in diesem Abschnitt erwähnten empirischen Studien.
- 7 Borgetto 2004: 226.
- 8 Vgl. Daum 1984; Borgetto/Kirchner et al. 2008.
- 9 Vgl. Matzat 1999; Borgetto 2004.
- 10 Vgl. Matzat 2009. Zur Selbsthilfe etwa bei Benzodiazepin-abhängigkeit u. a. Suchterkrankungen sowie bei Alkoholsucht durch Nicht-AA-Gruppen siehe Borgetto 2004 und Humphreys 2004.
- 11 Vgl. Emrick et al. 1993.
- 12 Der Korrelationskoeffizient r ist ein statistisches Mass für den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. Ein Zusammenhang von weniger als 0,2 kann als sehr schwach angesehen werden, ein Zusammenhang zwischen 0,2 und 0,4 als schwach.
- 13 Vgl. Humphreys/Moos 1996.
- 14 Vgl. Pisani et al. 1993.
- 15 Vgl. Walsh et al. 1991.
- 16 Als Überblick vgl. Humphreys 2004.
- 17 Vgl. Morgenstern et al. 1997.
- 18 Vgl. Humphreys et al. 1999.

