



Gesundheit  
Österreich GmbH



# Remissions- bzw. Spontanremission bei Suchterkrankungen

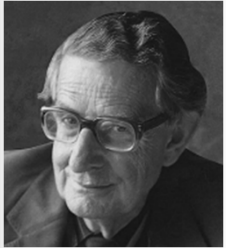
(Illusion der Kliniker vs. Illusion der Epidemiologen)

Alfred Uhl

Gesundheit Österreich & Sigmund Freud Privatuniversität

# **Hohe oder niedrige Spontanremission ?**

# Spontanremissionsstreit in der Psychotherapie

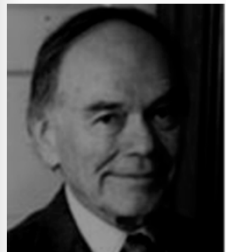


Eysenck (1952):

Remissionsrate von psychisch Kranken

- 72% bei Allgemeinmedizinern,
- 44% von psychoanalytisch behandelten Patienten.

Der Vergleich ist problematisch –  
aber der Autor diskutiert das Problem seriös!



Luborsky (1954):

Eysencks Stichproben sind für den Vergleich ungeeignet.



Kiesler (1966):

Spontanremission in der Psychotherapie ist Mythos.

- Eysenck, H-J (1952): *The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology*, 16, 5, 319-324
- Luborsky, L. (1954): *A Note on Eysenck's Article „The Effects of Psychotherapy: An Evaluation“.* *British Journal of Psychology*, 45, 129-131
- Kiesler, D.J. (1966): *Some Myths of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm. Psychological Bulletin*, 65, 2, 110-136

# Spontanremission im Suchtdiskurs



Winick (1962):

„Maturing Out“

- 2/3 überwinden Opiatsucht innerhalb von 1 bis 2 Jahren ohne Behandlung

Diese Interpretation ist absurd !



Robins et al. (1966):

- 2/3 überwinden Opiatsucht nach Vietnam spontan
- 1/3 nach einer stationärer Suchtbehandlung

Diese Interpretation ist absurd !

- Winick, Charles (1962): *United Nations Bulletin on Narcotics. Maturing out of Narcotic Addiction*, 14, 1-7
- Robins, L.N.; Davis, D.H.; Nurco, D.N. (1974): *How Permanent Was Vietnam Drug Ad-diction? American Journal of Public Health*, 64, 38-43

# Spontanremission im Suchtdiskurs

RESEARCH REPORT

doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01327.x

## The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model

Carla de Bruijn<sup>1</sup>, Wim van den Brink<sup>2,3</sup>, Ron de Graaf<sup>4</sup> & Wilma A. M. Vollebergh<sup>4</sup>

### Repräsentative Panelerhebung in der Normalbevölkerung

- 2/3 Alkoholabhängige nach einem Jahr remittiert
- 1/3 nach stationärer Suchtbehandlung remittiert

Diese Interpretation ist absurd !

- De Bruijn, C.; Van den Brink, W.; de Graaf, R.; Vollebergh, W. (2006): *The Three Year Course of Alcohol Use Disorders in the General Population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model*. *Addiction*, 101, 385-392

# Spontanremission

Wie erklärt man  
eine hohe Remissionsrate ohne Behandlung  
und  
eine geringe Remissionsrate nach Behandlungen  
bei identischen Diagnosen?

Indem man auf  
**methodologische Probleme** hinweist,  
die diese Widersprüche verursachen !!!





Psychotherapiewissenschaft  
in Forschung, Profession und Kultur

Band

Anna Jank-Humann, Reinhold Popp (Hrsg.)

**Kultur, Psyche und Desaster.  
Beiträge aus Europäischer Ethnologie,  
Psychotherapiewissenschaft,  
Katastrophenforschung und Frisistik.  
Festschrift für Bernd Rieken**

**Uhl (2024): Probleme bei der Messung des Therapieerfolgs:  
Spontanremission und andere artifizielle Scheinveränderungen.  
S. 453-468**

WAXMANN

## Zwei diametral wirkende Artefakte

### (A) „Illusion der Kliniker“

(eine Form des **Berksons-Bias** bzw. **Attrition-Bias**)  
(verzerrte Stichproben / systematische Ausfälle beim Feedback)



systematische **Unterschätzung** der Remissionsrate  
(Therapieerfolgsraten) bei klinischen Erhebungen

### (B) „Illusion der Epidemiologen“ (Regressions-Bias)

(messfehlerbedingte Scheinveränderungen)



systematische **Überschätzung** der Remissionsrate  
bei epidemiologischen Erhebungen

*Cohen, P.; Cohen, J. (1984): The clinician's illusion. Archives of General Psychiatry, 41, 1178–1182*  
*Campbell, D.Th.; Kenny, D.A. (1999): A Primer on Regression Artifacts. The Guilford Press, New York*

# Illusion der Kliniker – Typ 1

„**Berksons-Bias**“ bei wissenschaftlichen Katamnesen



**Verlaufs-Typ 1**  
**vollständige Remission**  
nach einer Behandlung  
(maximal ein Jahr)

Angenommen:  
Beide Verläufe sind **gleich häufig**  
(50% vollständige Remissionsrate)



In **Behandlungseinrichtungen**  
nur **2%** mit **Verlaufs-Typ 1**



scheinbar **nur 2% Remissionsrate**



**Verlaufs-Typ 2**  
**Chronifizierung**  
(Im Beispiel z.B.:  
durchschnittlich 49 Jahre)



**wahre Remissionsrate 50%**  
**gemessene Remissionsrate 2%**  
**enorme Unterschätzung der Remissionsrate**



## Illusion der Kliniker – Typ 2

„Attrition-Bias“ in klinischer Praxis



**Verlaufs-Typ 1**  
**vollständige Remission**  
nach einer Behandlung

Erfolge kommen **seltener** wieder,  
Misserfolge kommen **öfter** wieder  
in die Einrichtung!



**Verlaufs-Typ 2**  
**Chronifizierung**  
(durchschnittlich 49 Jahre)



↓  
auch hier deutliche  
Unterschätzung der Remission

# Illusion der Epidemiologen – Typ 1

„starker Regressions-Bias“ bei Umfragen  
(Voraussetzung: Sensitivität und Spezifität zu verstehen)

**AUDIT** (Metaanalyse, 2020 – hier günstigste Werte gewählt)

**Sensitivität:** starker Alkoholkonsum  $se = 84\% - \underline{85\%}$

**Spezifität:** starker Alkoholkonsum  $sp = 77\% - \underline{84\%}$

**gemessene Prävalenz ( $p_g$ ) problematischer Alkoholkonsum USA = 14%**

- Kranzler, H.R.; Soyka, M. (2018): *Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. JAMA, 320, 8, 815–824*



„subtiler Statistikerwitz“

Wenn die Angaben stimmen würden  
wäre die **wahre Prävalenz:  $p_w = -3\%$**

$$p_g = p_w * sp + (1 - p_w) * (1 - se)$$
$$p_w = (p_g + sp - 1) / (se + sp - 1)$$

# Illusion der Epidemiologen – Typ 1

„starker Regressions-Bias“ bei Panel-Umfragen

fiktives Beispiel mit Krankheit „x“

Sensitivität:  $se = 98\%$

Spezifität:  $sp = 96\%$

wahre Prävalenz (in der Stichprobe)  $p_w = 1,25\%$

→ gemessene Prävalenz:  $p_g = 3,2\%$

wahre Remission:  $rr_w = 0\%$

(stochastische Unabhängigkeit der Messungen  $t_1$  und  $t_2$ )



wahre Remissionsrate:  $rr_w = 0\%$

gemessene Remissionsrate:  $rr_g = 74\%$

d.h. enorme Überschätzung der Remissionsrate



## Illusion der Epidemiologen – Typ 2

„starker Regressions-Bias“ bei Panel-Umfragen

fiktives Beispiel mit Krankheit „x“

Sensitivität:  $se = 98\%$

Spezifität:  $sp = 96\%$

wahre Prävalenz (in der Stichprobe):  $p_w = 1,25\%$

→ gemessene Prävalenz:  $p_g = 3,2\%$

**wahre Remission:  $rr_w = 50\%$**

(stochastische Unabhängigkeit der Messungen  $t_1$  und  $t_2$ )



**wahre Remissionsrate:  $rr_w = 50\%$**

**gemessene Remissionsrate:  $rr_g = 85\%$**

**„nur“ 35 Prozentpunkte zu viel,**

**d.h. 70% Überschätzung der Remission**



## Illusion der Epidemiologen – Typ 3

„starker Regressions-Bias“ bei Panel-Umfragen

fiktives Beispiel mit Krankheit „x“

Sensitivität:  $se = 98\%$

Spezifität:  $sp = 96\%$

wahre Prävalenz (in der Stichprobe):  $p_w = 1,25\%$

→ gemessene Prävalenz:  $p_g = 3,2\%$

**wahre Remission:  $rr_w = 100\%$**

(stochastische Unabhängigkeit der Messungen  $t_1$  und  $t_2$ )



Wenn **100%** tatsächlich **remittieren**,  
bleibt kein Raum für ein  
**Regressionsartefakt.**  
d.h. **0% Überschätzung** der Remission



# Zusammenfassung

Die fiktiven Beispiele ergaben folgende Illusionen (systematischen Fehler)



|  | wahre Remission | gemessene Remission    |
|--|-----------------|------------------------|
| Illusion der Kliniker – Katamnese – 1<br>(Berksons-Bias)             | 50%             | 2%                     |
| Illusion der Kliniker – klinische Praxis – 2<br>(Attrition-Bias)     | x%              | viel kleiner als<br>x% |
| Illusion der Epidemiologen – Umfragen – 1<br>(Regressions-Bias)      | 0%              | 74%                    |
| Illusion der Epidemiologen – Umfragen – 2<br>(Regressions-Bias)      | 50%             | 85%                    |
| Illusion der Epidemiologen – Umfragen – 3<br>(kein Regressions-Bias) | 100%            | 100%                   |





Empirische Forschung geht nicht ohne  
**Speck-Uhl-ation**,  
aber alles sollte kritisch hinterfragt werden !