

NEPTUNE

Psychosoziale Interventionen bei Partydrogen
und Neuen Psychoaktiven Substanzen

SuPraT - Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

Diese Veröffentlichung der Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE) ist durch ein Copyright geschützt. Die Reproduktion der NEPTUNE-Handlungsempfehlungen ist autorisiert, die zur Verfügung gestellten Quellen sind genehmigt.

© 2015 NEPTUNE (Novel Psychoactive Treatment UK Network) 2015

Club Drug Clinic/CAPS
Central and North West London NHS Foundation Trust (CNWL)
69 Warwick Road
Earls Court
SW5 9HB

<http://www.Neptune-clinical-guidance.com>
<http://www.Neptune-clinical-guidance.co.uk>

Die Handlungsempfehlungen basieren auf einer Kombination aus einem Konsens aus der überprüften Literatur und Expertenmeinungen und umfassen Informationen, die bis zum 15. März 2015 zur Verfügung standen. Wir übernehmen keine Verantwortung oder Haftung für jegliche Folgen, die aus der Anwendung der Informationen, die in diesem Dokument enthalten sind, entstehen.

Zur Zitierung dieses Dokuments wird Folgendes empfohlen:

Abdulrahim D; Bowden-Jones O, on behalf of the NEPTUNE Expert Group. *Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances*. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London, 2015.

NEPTUNE wird von der Health Foundation finanziert, einer unabhängigen Hilfsorganisation, die zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitswesens im Vereinigten Königreich tätig ist.

Diese deutsche Übersetzung und Adaption des Originaltexts wurde mit freundlicher Genehmigung der NEPTUNE-Gruppe erstellt.

SuPraT übernimmt keine Haftung und Garantie für die Richtigkeit von Originaltext und Übersetzung.

Für nähere Informationen zur deutschen Fassung sowie zum Erwerb einer Printversion dieses Dokuments (im Rahmen einer Schutzgebühr) kontaktieren Sie:

SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

Linsenstraße 2 in 99974 Mühlhausen/ Germany

www.suprat.de

Editorial production and page design by Ralph Footring Ltd, <http://www.footring.co.uk>
Produktion und Design der deutschen Übersetzung von SuPraT - <http://www.suprat.de>

2. Psychosoziale Interventionen bei Partydrogen und Neuen Psychoaktiven Substanzen

Es gibt eine umfassende Evidenz einschließlich nationaler Handlungsanweisungen zur Effektivität psychosozialer Interventionen (PSIs) beim Umgang mit Problemen durch Substanzmissbrauch. Aus diesem Grund ist es möglich, spezifische und solide Empfehlungen auszusprechen.

Eine effektive Behandlung von Problemen bei Substanzmissbrauch umfasst PSIs. Faktisch sind diese die primäre Form einer Behandlungsmaßnahme bei einem Missbrauch und einer Abhängigkeit von den meisten Drogen, da nur für wenige Arten eines Substanzmissbrauchs eine Pharmakotherapie anerkannt ist.¹ Es wird angenommen, dass in Fällen wie zum Beispiel einer Opiatabhängigkeit, in denen pharmakologische Interventionen eine Rolle spielen, PSIs generell die Behandlungsergebnisse verbessern.² PSIs sind wichtig, um den Menschen dabei zu helfen, sich auf eine geplante, medizinisch gestützte Entgiftung vorzubereiten und sind dann für die folgende Entgiftung essentiell, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten.

Psychologische Interventionen bei Problemen durch Substanzmissbrauch konzentrieren sich auf die Unterstützung von Verhaltensänderungen, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. PSIs könnten darauf abzielen, eine Abstinenz vom Konsum bestimmter oder multipler Substanzen zu erreichen, eine Reduktion des Konsums auf ein weniger schädliches Niveau herbeizuführen sowie darauf, Substanzen in einer weniger schädlichen Art und Weise zu konsumieren. Psychologische Interventionen werden auch angewendet, um bei auftretenden psychischen, sozialen oder physischen Problemen zu helfen - wiederum mit dem Ziel, zu einer nachhaltigen Veränderung des Substanzmissbrauchs beizutragen.

Die Evidenz für eine Effektivität von PSIs bei einer Reihe von Problemen durch Substanzmissbrauch ist sehr positiv. Allerdings wird die Ausdrucksweise "Ergebnis-Äquivalenz-Paradox" von Orford in der Hinsicht definiert, dass kein einzelner Ansatz als universell überlegen angesehen wird.³ Im Vereinigten Königreich erreichen mehrere spezifische psychosoziale Ansätze eine Evidenz, die vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE; vormals das National Institute for Health and Clinical Excellence) und von Meta-Analysen wie dem Cochrane-Review (siehe Tabelle 2.1) empfohlen wird. Bisher wurden nur wenige Berichte veröffentlicht, die sich spezifisch auf PSIs zur Behandlung von NPS beziehen. Angesichts des zunehmenden Konsums von NPS und den Bedenken hinsichtlich direkter und damit assoziierter Schäden sieht die Expertengruppe hier ein Gebiet, für das hochqualitative Forschungsanstrengungen in den Vordergrund gestellt werden müssen.

Tabelle 2.1 Zusammenfassung der Evidenz zur Effektivität von PSIs bei einem Substanzmissbrauch

Dokument	Inhalt und Schlussfolgerungen
NICE-Empfehlungen zum Missbrauch von Drogen (CG51, 2007)	<ul style="list-style-type: none">) Kurzinterventionen (motivierende Gesprächsführung)) Informationen zu Selbsthilfegruppen) behaviorale Paartherapie) Kontingenzmanagement) evidenzbasierte PSI bei zusätzlich auftretenden psychischen Problemen
Klinische Handlungsanweisungen der Regierung zum Missbrauch von Drogen (2007)5	<ul style="list-style-type: none">) NICE 51 plus:) CBT-basierte Rückfallprävention) Community Reinforcement Approach) Soziales Verhalten und Netzwerktherapie (SBNT)) Familientherapie) psychodynamische Therapie
NICE-Empfehlungen zum Missbrauch von Alkohol (CG115, 2011 und 2013)	<ul style="list-style-type: none">) motivierende Gesprächsführung) Informationen zu Selbsthilfegruppen) CBT-basierte Rückfallprävention) Verhaltenstherapie) Soziale Netzwerk- und Umwelttherapien) behaviorale Paartherapie) evidenzbasierte PSI bei zusätzlich auftretenden psychischen Problemen
Cochrane-Review: Smedslund et al. (2011)9 Knapp et al. (2007)10 zu Kokain und Psychostimulanzien	<ul style="list-style-type: none">) motivierende Gesprächsführung) Kontingenzmanagement) CBT) Community Reinforcement Approach
Nationale Behandlungs-Behörde (2005)	<ul style="list-style-type: none">) CBT – Bewältigungsstrategien) motivierende Gesprächsführung) Rückfallprävention) Community Reinforcement) Kontingenzmanagement) unterstützende Ausdruckstherapie) Familientherapie) Soziales Verhalten und Netzwerktherapie
NICE (PH 49, 2014)6	<ul style="list-style-type: none">) nachgewiesene Techniken zur Verhaltensänderung) Zielsetzung und Planung) Feedback und Überwachung) soziale Unterstützung

Im Vereinigten Königreich wird die Evidenz zur Effektivität von PSIs bei einem Drogenmissbrauch in den Handlungsanweisungen von NICE *Drug Misuse: Psychosocial Interventions*⁴ beschrieben und in dem Schriftstück *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*⁵ noch weiter ausgearbeitet. Allerdings beziehen sich diese Veröffentlichungen größtenteils auf die Opioid- und Kokain (Crack)-Behandlung.

Dieses Kapitel gibt wichtige Empfehlungen zu initialen und weniger intensiven Reaktionen bei Individuen, die sich mit dem Konsum von Partydrogen und NPS identifizieren, konzentriert sich aber größtenteils auf die psychosozialen Behandlungsoptionen bei einem problematischen Konsum (einschließlich einer Abhängigkeit). Viele NPS sind Stimulanzien und demzufolge stützt sich dieses Kapitel in hohem Maß auf Forschungsanstrengungen zur Behandlung des Stimulanzienmissbrauchs. Allerdings stützt es sich auch auf die erweiterte Literatur zu PSIs für grundsätzliche gesundheitliche Verhaltensänderungen, deren Evidenzbasis in den NICE-Empfehlungen für das öffentliche Gesundheitswesen "*Behaviour Change: Individual Approaches*"⁶ beschrieben wird. Es werden auch Empfehlungen zu häufig akzeptierten, bewährten Verfahrensweisen (good practice) mit effektiven psychologischen Interventionen im Allgemeinen gegeben.

Die NPS-Konsummuster zeigen eine nahe Verwandtschaft zu wahrgenommenen Konsummustern bei Alkohol: Das häufigste Muster ist ein unregelmäßiger, nicht-abhängiger Konsum mit einem geringen Risiko der Schwere und Wahrscheinlichkeit einer Schädigung; zu einem viel kleineren Teil gibt es aber auch einen fest gefügten, abhängigen Konsum mit dem Potential für erhebliche damit verbundene Schäden. Daher bezieht sich das Kapitel auch auf die viel ausführlichere Literatur zu PSIs bei Alkoholproblemen. Diese werden in den NICE-Richtlinien (Nummer 115, Erstveröffentlichung 2011; Neuauflage 2013) zur Diagnose, der Bewertung und dem Umgang mit einem schädlichen Gebrauch und einer Alkoholabhängigkeit beschrieben.⁷

2.1 Stufenweise Versorgung

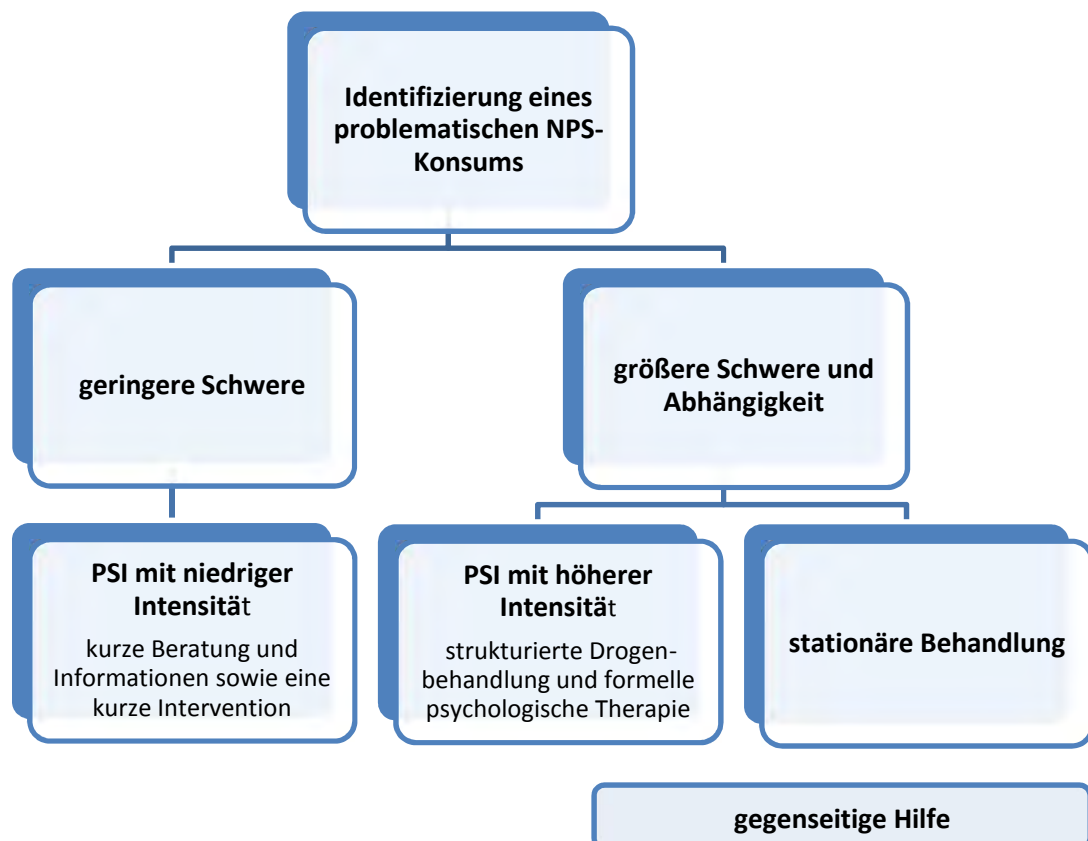
Psychologische Interventionen werden bei einem Substanzkonsum in Form eines stufenweisen Versorgungsmodells angeboten (Schaubild 2.1).^{12,13}

Innerhalb des stufenweisen Versorgungsmodells werden psychosoziale und psychologische Interventionen, die für eine effektive Behandlung erforderlich sind, dem Niveau der spezifischen psychologischen Behandlungskompetenz zufolge unterteilt. Deshalb ist es üblich, sich auf “niedrigschwellige PSIs” und “hochschwellige PSIs” zu beziehen.

Die wesentlichen Prinzipien eines stufenweisen Versorgungsmodells sind folgende:

- Zuerst wird die am wenigsten einschränkende Maßnahme versucht, die notwendig ist, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen.
- Sollte eine Maßnahme das gewünschte Ergebnis nicht erzielen, sollte den Klienten die Option eines “Upgrades” hin zu einer intensiveren Intervention angeboten werden.
- In Fällen, in denen eine intensivere Behandlung nicht länger erforderlich ist, sollte ein “Downgrade” in eine weniger intensive Maßnahme angeboten werden.
- Die Patienten sollten innerhalb des Behandlungssystems einen Zugang zu allen Behandlungsebenen haben.
- Konsumenten sollten direkten Einfluss auf die Intensität der Behandlung haben, die voraussichtlich notwendig ist, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen und nicht unnötigerweise schrittweise ein niedrigeres Niveau fortzusetzen.

Schaubild 2.1 Schrittweise PSI zur Versorgung bei einem problematischen NPS-Konsum



2.2 Identifikation eines NPS-Konsums und seines Schweregrades

Die klinische Identifikation von Individuen, die einen schädlichen NPS-Konsum, einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit aufweisen und besonders von denjenigen, die weniger dadurch beeinträchtigt sind, ist nicht immer einfach, wenn der regelmäßige Konsum mit einem durch Clubbing geprägten Lebensstil verbunden wird. Die Bestimmung der Notwendigkeit einer bestimmten psychosozialen Intervention, um eine Verhaltensänderung anzugehen, wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst. Viele Menschen verändern ihren Substanzmissbrauch substantiell auch ohne eine formelle Behandlung.³

Ein Substanzkonsum oder eine Intoxikation allein ist noch kein Grund für eine Behandlungsindikation. Im Gegensatz zu routinemäßigen Screening-Tools für Alkoholmissbrauch gibt es keine anerkannten Screening-Tools bei einem NPS-Konsum und es wurden keine routinemäßigen Screens für einen NPS-Konsum in gewöhnlichen Einrichtungen der medizinischen Versorgung empfohlen. In Fällen, in denen ein NPS-Konsum identifiziert wurde, kann allerdings jeder Kontakt zu Fachpersonal des Gesundheitswesens eine Möglichkeit sein, eine vorurteilsfreie Gesundheitsberatung zur Sicherheit und zu potentiellen Änderungen anzubieten.

Eine selbstberichtete, beiläufige oder opportunistische Erhebung könnte einen NPS-Konsum und ein Risiko aufdecken, allerdings keine Anhaltspunkte für Schäden oder die Notwendigkeit einer Behandlungsintervention erfassen. Sie bietet eine potentiell sinnvolle Möglichkeit, Informationen bereitzustellen und eine kurz gefasste Beratung zu erteilen oder auf Quellen für andere Informationen hinzuweisen. Andere Individuen bieten zumindest teilweise eindeutigeren Hinweise eines problematischen Konsums. Viele dieser problematischen Konsumenten könnten dazu in der Lage sein, ihr risikoreiches Verhalten ohne professionelle Hilfe zu ändern. Einige dieser problematischen Konsumenten profitieren vom Informationsangebot und einer Kurzberatung (und/oder den Hinweisen). Eine Kurzberatung und Information sollte auch da in Betracht gezogen werden (zusätzlich zur Überweisung in ein offizielles Behandlungsangebot), wo ein schwerer NPS-Konsum und eine Abhängigkeit identifiziert wurden. Dies würde bei jedem eine opportunistische Intervention rechtfertigen, unabhängig davon, ob er sich zu diesem Zeitpunkt eine Behandlung wünscht oder nicht. Wenn Information und Kurzberatung in dieser Art und Weise verwendet werden, um einen problematischen Konsum anzusprechen, sind sie Teil des in Schaubild 2.1 gezeigten stufenweisen Versorgungsmodells zur Behandlung.

Das moderne Denken betont Ansätze, die auf Stärken und Bedürfnissen basieren, zum Beispiel eher ein "Genesungs-Kapital-Modell" anstatt eines Ansatz, der auf Defiziten aufbaut (siehe Marsden et al.¹⁴). Ein Genesungs-Kapital-Modell schaut auf die Stärken und die Bedürfnisse, die ein Patient hinsichtlich einer Reihe von Bereichen hat, die über einen Substanzmissbrauch hinausgehen. Noch mehr Ressourcen auf diesen Gebieten würden eine größere Wahrscheinlichkeit für positive Ergebnisse bedeuten, während weniger Ressourcen auf den Bedarf ausgiebigerer und intensiverer Maßnahmen hindeuten. Vier Arten eines Genesungs-Kapitals werden genau bestimmt:¹⁵

- Menschliches Kapital – wie Skills, Beschäftigung, psychische und physische Gesundheit;
- Sachkapital – wie materielle Ressourcen, Wohnsituation, Geld;
- kulturelles Kapital – wie Werte, Überzeugungen;

- soziales Kapital – wie Beziehungen zu anderen.

Diejenigen, die mehr Stärken und Ressourcen haben (Genesungs-Kapital), erzielen mit wenigen oder ohne professionelle Vorgaben eher ihre gewünschten Ergebnisse.¹⁶ Zu den Indikatoren für intensivere Maßnahmen gehören folgende: längere Dauer des Problems, intravenöser Drogenkonsum, Substanzabhängigkeit, erfolglose Selbstversuche zur Veränderung, multipler Substanzmissbrauch, multiple begleitend auftretende Probleme, weniger individuelle Stärken und ein geringerer Zugang zu Ressourcen. Eine weitere Überlegung ist, dass Menschen eventuell substantielle Probleme durch ihren Substanzmissbrauch haben, jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nur dazu in der Lage sind, weniger intensive Interventionen in Anspruch zu nehmen (wie Spritzentausch bei einem intravenösen Drogenkonsum).

Die Intensität einer PSI sollte möglichst direkt auf die Schwere der Probleme mit dem Substanzmissbrauch bezogen werden und erst nachrangig auf die Schwere der gesundheitlichen Konsequenzen und anderer Folgen des Substanzmissbrauchs. Zum Beispiel könnte jemand dazu in der Lage sein, ohne eine offizielle Behandlung die erwünschten Veränderungen vorzunehmen, nachdem er bei einem einmaligen Substanzkonsum extreme gesundheitliche Folgen erlebt hat.

Es scheint wahrscheinlich zu sein, dass der Konsum von NPS meist unregelmäßig erfolgt, weitgehend vom Individuum kontrolliert werden kann und mit einem geringen Schadensrisiko assoziiert ist.¹⁷ Jedoch werden manche NPS intravenös konsumiert und von der Mehrheit der NPS sind schwerwiegende, damit in Verbindung stehende, akute und chronische Schäden bekannt. Der wiederholte Konsum einiger NPS kann zu einer Abhängigkeit führen und bei manchen, wie z.B. GHB/GBL, kann ein akuter Entzug sogar ein medizinischer Notfall sein.

Kasten 2.1 listet die empfohlenen und pragmatischen Indikatoren für eine Überweisung in eine Suchtbehandlung, die PSIs beinhaltet, auf.

Kasten 2.1 Indikatoren für die Überweisung in eine Suchtbehandlung und PSIs

- gegenwärtig intravenöser Konsum jeglicher Substanzen;
- selbstberichtetes Unvermögen, den NPS-Konsum zu verändern, wenn man es versucht;
- wiederholte Vorstellungen aufgrund von drogenbedingten Schäden (psychologisch, sozial oder physisch);
- Selbsterkenntnis des Bedarfes an spezialisierten Hilfestellungen oder eine Bitte für eine Überweisung in eine Suchtbehandlung.

2.3 Settings für eine PSI

Die Intensität einer PSI variiert je nach Setting, in dem sie bereitgestellt wird. Einige PSIs erfordern zusätzliche und spezialisierte Kompetenzen, um sie anzubieten, wobei zum Beispiel eine gegenseitige Hilfe eine Maßnahme ist, die von anderen Betroffenen angeleitet wird und daher nicht von bestimmten Settings abhängt (aus diesem Grund wird es in diesem Unterabschnitt nicht weiter besprochen).

2.3.1 Settings für niedrigschwellige PSIs

In nicht-suchtspezifischen Behandlungssettings, in denen ein Konsum von NPS oder ein problematischer Konsum bei einem Patienten während einer klinischen Maßnahme erkannt wurde, kann das Angebot einer Kurzberatung und Information sinnvoll sein. Solche Settings außerhalb einer Suchtbehandlung, in denen Menschen eventuell mit akuten Problemen infolge ihres NPS-Konsums vorstellig werden könnten, sind die Allgemeinmedizin, Notaufnahmen, primäre und sekundäre Betreuungsangebote im Bereich der psychischen Gesundheit sowie HIV-Dienste.

Es gibt eine Evidenz dazu, dass der Konsum von NPS bei Menschen, die sexuelle Gesundheitsdienste¹⁸ und HIV-Behandlungsdienste¹⁹ aufsuchen, eine höhere Prävalenz hat. Diese Dienste (und andere mit einer bekannten höheren Prävalenz des NPS-Konsums) bieten eine gute Gelegenheit, sich als Teil des normalen klinischen Evaluierungsprozesses aktiv nach dem Konsum von NPS zu erkundigen. Diese nicht-suchtbezogenen Behandlungsangebote, die mit Patienten arbeiten, die diese Dienste in Anspruch nehmen, gleichzeitig eine höhere Konsumprävalenz von NPS aufweisen und einen Bedarf an opportunistischen Interventionen haben, der über Kurzberatung und Information hinausgeht, sollten auch die relevanten Skills und Kompetenzen entwickeln und gezielte Kurzinterventionen (brief interventions, BI) anbieten, die Individuen, falls notwendig, zu zusätzlichen Hilfeangeboten vermitteln.

Zahlreiche Studien berichten, dass Menschen, die mit HIV leben, eine höhere NPS-Konsumprävalenz haben (wird unten weiter besprochen) und es gibt Bedenken hinsichtlich der zusätzlichen Risiken für die Gesundheit und die Virenübertragung durch den NPS-Konsum. Menschen, die mit einer HIV-Diagnose leben, haben üblicherweise immer wieder ärztliche Begutachtungstermine in HIV-Behandlungseinrichtungen. Diese Kontakte bieten neben einer wertvollen Gelegenheit für ähnlich adäquate Fragen zu einem NPS-Konsum, die routinemäßig oder, wenn passend, gezielt gestellt werden, auch die Möglichkeit, Kurzberatungen und Informationen bereitzustellen sowie, falls geeignet, auch Kurzinterventionen.

Wegen des hohen Maßes an Vorstellungen im Zusammenhang mit einem Substanzgebrauch beschäftigen einige Notaufnahmen Mitarbeiter mit entsprechenden Fähigkeiten, um eine Kurzintervention anzubieten. Analog haben diese Dienste wegen des erheblichen Umfangs eines Substanzmissbrauchs unter Menschen, die Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit in Anspruch nehmen,²⁰ oft zusätzliche Mitarbeiter mit zusätzlichen Kompetenzen ("Doppeldiagnose"), um mit hoher Intensität Interventionen wegen Drogenkonsums und psychischen Störungen bereitzustellen.

2.3.2 Settings für hochschwellige PSIs

Hochschwellige PSIs, strukturierte Suchtbehandlungen und offizielle psychotherapeutische Maßnahmen werden meist bei ambulanten oder stationären Suchtbehandlungseinrichtungen angeboten.

Es könnte von Vorteil sein, wenn PSIs mit hoher Intensität auch in bestimmten Einrichtungen angeboten werden, die nicht mit Drogen in Verbindung stehen, in denen ein NPS-Konsum aber gehäuft vorkommt und mit anderen gesundheitlichen und sozialen Problemen verbunden ist. Dies könnte durch die Minimierung jeglicher Stigmatisierung, die sich durch die Teilnahme an einer Suchtbehandlung ergibt, positiv zum Engagement in der Drogenbehandlung beitragen. Es könnte auch einen Wert bei der Entwicklung spezialisierter gemischter Angebote für spezifische Populationen mit komorbiden Bedürfnissen haben, zum Beispiel innovative Dienstleistungsangebote, wo Suchtbehandlung und Psychotherapie in einem Setting (ähnlich wie bei Angeboten im Bereich der sexuellen Gesundheit) bereitgestellt werden, das durch ein hohes Maß an Vorstellungen wegen zusätzlich auftretender sexueller Gesundheitsprobleme, wegen eines problematischen NPS-Konsums und gelegentlich wegen psychischer Probleme gekennzeichnet ist.

Diese unterschiedlichen Niveaus der Intensität von Interventionen spiegeln sich in den erhöhten speziellen Kompetenzen wider, die die anbietenden Gesundheitsexperten haben. Alle Interventionsebenen müssen innerhalb eines geeigneten Regulierungsrahmens angeboten werden, wobei intensivere Interventionen einer spezifischen Supervision bedürfen.⁸

Empfehlung: In den Behandlungssystemen sollte den Klienten ein stufenweises Versorgungsmodell mit Interventionen zur Verfügung stehen, einschließlich der Möglichkeit zur Überweisung zwischen den unterschiedlichen Diensten auf Wunsch des Klienten. Es wird empfohlen, dass die in Tabelle 2.2 aufgelisteten Settings PSI auf einer *minimalen* Ebene bereitstellen. Jede Intervention wird unten detaillierter beschrieben.

Tabelle 2.2 Minimal empfohlene PSIs in Settings, die einen NPS-Konsum behandeln

Settings	PSI auf minimaler Ebene
Allgemeinmedizin	Verfügbarkeit von Kurzberatung und Informationen
Notaufnahmen	Verfügbarkeit von Kurzberatung und Informationen
Sexuelle Gesundheitsdienste	Verfügbarkeit von Kurzberatung und Informationen plus eine Kurzintervention
HIV-Dienste	Verfügbarkeit von Kurzberatung und Informationen plus eine Kurzintervention
Dienstleistungen im Bereich psychischer Gesundheit (einschließlich primärer und sekundärer psychologischer Betreuungsdienste)	Verfügbarkeit von Kurzberatung und Informationen plus einer Kurzintervention (einige Dienste könnten Mitarbeiter für Patienten mit einer Doppeldiagnose beschäftigen, die zusätzliche Kompetenzen zur Bereitstellung einer strukturierten Suchtbehandlung haben)
Suchtbehandlungsangebote	Verfügbarkeit von Kurzberatung und Informationen, Kurzinterventionen, strukturierten Suchtbehandlungen, Psychotherapien, eines erleichterten Zugangs zu gegenseitiger Hilfe. Formeller Zugang zur Einleitung einer stationären Suchtbehandlung

Ein Behandlungsangebot außerhalb einer Drogenbehandlung sollte die Überweisung zu einer Suchtbehandlung anbieten, so wie in Kasten 2.1 angegeben.

2.4 Niedrigschwellige PSIs

PSIs mit geringerer Intensität können in zwei wesentliche Interventionen eingeteilt werden: Bereitstellung einer Kurzberatung sowie von Informationen; und Bereitstellung von Kurzinterventionen. Die veröffentlichte Datenlage, die sich auf Drogenkonsumenten bezieht, beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Bereitstellung von Kurzinterventionen. Allerdings ist die Empfehlung für die Bereitstellung einer Kurzberatung sowie von Informationen ein pragmatischer Ansatz, der die umfangreiche Evidenz zu kurzen Ratschlägen berücksichtigt und auf dem basiert, was als minimaler Ansatz in Betracht gezogen werden kann, um die grundlegenden gesundheitlichen Anforderungen von NPS-Konsumenten anzusprechen, die keine suchtspezifische Behandlung in Anspruch nehmen. Die Kurzinterventionen, die im Wesentlichen aus den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung abgeleitet wurden, werden von NICE empfohlen. Sie alle sind opportunistische Interventionen, die auch bei Menschen Anwendung finden, die keinen oder kaum Kontakt zu Angeboten der Suchtbehandlung haben. Winstock und Mitcheson empfehlen Kurzinterventionen bei der Mehrheit der NPS-Konsumenten, deren Konsum im unteren Ende des Schwerespektrums liegt. Das Angebot von Kurzinterventionen wird häufig auch bei einem riskanten Alkoholkonsum oder einem Missbrauch von Alkohol empfohlen.^{7,8,21}

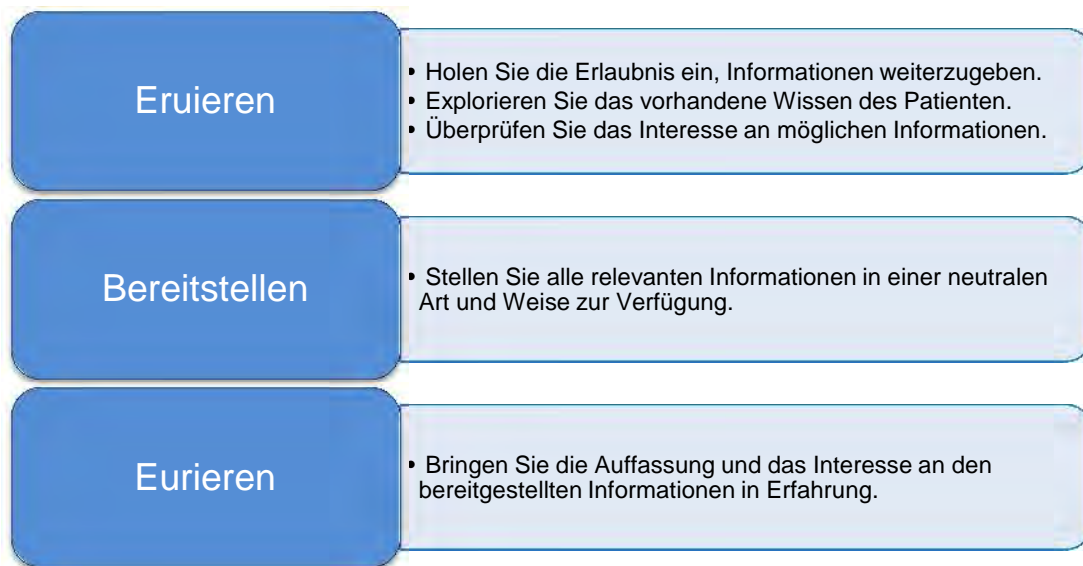
Niedrigschwellige PSIs (Kurzberatung und Informationen) können eventuell von Gesundheitsexperten außerhalb eines suchtmmedizinischen Kontextes durchgeführt werden, wenn sie im Verlauf einer Beratung wegen anderer Probleme oder bei einem routinemäßigen oder opportunistischen Screening einen problematischen Substanzkonsum identifiziert haben. Niedrigschwellige PSIs brauchen nur ein paar Minuten in Anspruch zu nehmen und können eventuell Teil eines umfangreicheren Gespräches über Gesundheitsprobleme sein. Typischerweise umfassen niedrigschwellige PSIs Folgendes:

- Identifizierung eines Substanzmissbrauchs (und aller dazugehörigen Probleme);
- personenbezogenes Feedback;
- Angebot von Informationen, wie Veränderungen erreicht werden könnten, falls sich der Patient dazu entscheidet, der Beratung nachzugehen.

Zur Information könnten eine kurze Informationsbroschüre oder Empfehlungen für verlässliche Quellen im Internet genutzt werden. PSIs mit geringerer Intensität können zur Verringerung des Risikos und der mit einem Substanzmissbrauch assoziierten Schäden effektiv sein.⁴ Das erwünschte Ergebnis des Patienten ist eher eine Verminderung der mit Drogen verbundenen Schäden als eine Abstinenz. PSIs mit geringerer Intensität sind eher effektiv, wenn Patienten erkennen, dass sie ein Problem (oder einen Grund zur Veränderung) haben und auch daran glauben, dass sie eine Veränderung vornehmen können.

Alle Gesundheitsexperten sollten bereits die erforderlichen Kompetenzen haben, um eine Kurzberatung und Informationen anzubieten. Kliniker könnten ein zentrales Element der motivierenden Gesprächsführung übernehmen, welches eine sehr starke Evidenz hinsichtlich seiner Effektivität zur Intervention bei Substanzmissbrauch hat, bekannt als Strategie des "Eruierens, Bereitstellens, Eruierens" (siehe Schaubild 2.2).²²

Schaubild 2.2 Rahmenbedingungen für Kurzberatung und Informationen



Kurzinterventionen bieten strukturierte Ratschläge für Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit einer warmherzigen, reflektierenden, empathischen und gemeinschaftlichen Vorgehensweise durch einen Arzt. Während dies wahrscheinlich auch nicht mehr als die Kompetenzen erforderlich macht, die von jedem Gesundheitsexperten erwartet werden, ist FRAMES eine häufig angewendete Struktur für eine Kurzintervention auf dem Gebiet des Substanzmissbrauchs (Kasten 2.2).²³

Kasten 2.2 FRAMES: Ein Rahmenplan für Kurzinterventionen

Die Identifizierung eines NPS-Konsums (und aller dazugehörigen Probleme) folgt durch:

- F** **Feedback:** Feedback zu persönlichen Risiken – Anhand von Screening, medizinischen Tests oder klinischen Interviews wird ein individuelles Feedback zu gegenwärtigen und möglichen substanzbezogenen Problemen einer Person gegeben.
- R** **Responsibility:** Verantwortlichkeit und Wahl – Betonung der Eigenverantwortung für und die Wahlmöglichkeit des Patienten, Veränderungen zu durchlaufen.
- A** **Advice:** Veränderungsratschläge – Geben Sie klare Ratschläge, um einen Substanzmissbrauch abzuändern.
- M** **Menu:** Handlungsoptionen – Bieten Sie eine Auswahl von Strategien oder Optionen an.
- E** **Empathy:** Empathie – Eine warme, reflektierende und verständnisvolle Art, die Kurzinterventionen anzubieten, ist besonders effektiv.
- S** **Self-efficacy:** Selbsteffizienz und Optimismus – Bauen Sie durch ein Bejahen Vertrauen in das auf, was ein Patient schon erreicht hat und auch hinsichtlich einiger Aspekte seiner Stärke.

Empfehlungen aus der Behandlung von Alkohol deuten an, dass eine Kurzintervention durch eine Zielsetzung verbessert werden kann (wie Beginn und tägliche oder wöchentliche Konsumlimits), durch schriftliche Materialien zur Selbsthilfe, die der Patient mitnehmen kann (diese könnten detailliertere Informationen zu den Konsequenzen eines Substanzmissbrauchs und Tipps für eine Verringerung des Konsums enthalten) und durch Absprachen für eine Nachsorge.²⁴

Die Weltgesundheitsorganisation hat für die medizinische Erstversorgung ein Manual für Kurzinterventionen bei einem Substanzmissbrauch entwickelt.²⁵ Das Manual stützt sich auf Komponenten der motivierenden Gesprächsführung und des FRAMES-Modells. Obwohl das Manual nicht spezifisch für NPS entwickelt oder bezüglich NPS getestet wurde, deckt es eine Reihe an Substanzen ab, einschließlich Stimulanzien vom Amphetamintyp. Das Manual stellt klare Informationen dazu bereit, wie Kurzinterventionen durchgeführt werden sollten.

Ein Beispiel für eine auf dem FRAMES-Modell basierende Kurzintervention wird in Kasten 2.3 wiedergegeben.

Empfehlung: Es wird empfohlen, dass Gesundheitsexperten, die im Verlauf eines Kontakts mit einem Patienten einen NPS-Konsum von geringerer Intensität identifizieren, eine Kurzberatung sowie Informationen oder eine Kurzintervention anbieten, die einem anerkannten Format folgt, das sich darauf konzentriert, Veränderungen hinsichtlich des Substanzmissbrauchs zu erzielen und mit dem Ziel, die gesundheitlichen Folgen zu verbessern.

Kasten 2.3 Beispiel für eine auf dem FRAMES-Modell basierende kurze Intervention

Gesundheitsexperte (GE): Alle von uns durchgeführten Tests sind gut verlaufen und ich freue mich, dass Sie jetzt gehen können. Ich habe noch ein paar Minuten Zeit. Wollen Sie mehr darüber wissen, wie Sie so etwas zukünftig vielleicht vermeiden können, bevor Sie gehen? **(um Erlaubnis bitten)**

Patient (P): Ja okay, wenn Sie meinen.

GE: Sie haben erwähnt, dass Sie G [GBL] konsumiert haben, in letzter Zeit so ziemlich jedes Wochenende? Hab ich das richtig verstanden? **(kurze Historie)**

P: Ja, in den letzten Monaten jetzt jedes Wochenende, öfter als sonst.

GE: Wie würde ein typisches Wochenende aussehen? **(offene Frage//kurze Historie)**

P: Kann variieren. Hängt davon ab, mit wem ich zusammen bin und was wir tun.

GE: Letztes Wochenende - Erzählen Sie mir über letztes Wochenende, wenn Sie wollen. **(offene Frage)**

P: Dieses Wochenende war ziemlich übel: Da war der Geburtstag einer meiner Freunde. Erst haben wir gefeiert, dann sind wir ausgegangen, dann haben wir uns mit ein paar anderen Leuten getroffen und sind weiter ausgegangen.

GE: Sie sind heute früh morgens hierher zu A&E gekommen. Also Sonntags. Wann haben Sie angefangen?

P: Am frühen Samstagabend bei einem Freund zuhause. Erst tranken wir ein bisschen, dann fingen wir mit ein paar Kappen voll an, dann, kurz bevor wir weggingen, nahmen wir noch ein paar. Ich nehme an, bevor wir gegangen sind, hab ich nochmal vier oder fünf Hübe genommen und ein paar Wodkas, also noch nicht so viel, weil ich ja wusste, dass es eine lange Nacht wird.

GE: Sie haben vorausgedacht, sich selbst eingebremst. Gut für Sie. **(versichernd)**

P: Dann im Club hatten wir immer wieder einen Hub; wir sind bis um 3 in der Früh dageblieben, vielleicht hab ich noch vier genommen. Wir sind mit den drei anderen Typen, die wir dort getroffen haben, in einen anderen Club gegangen. Wir alle haben eine Menge genommen; ich weiß nicht mehr so genau, wie viel ich genommen hatte. Als wir dann nichts mehr hatten, haben wir das Zeug von denen genommen. Dann sind fünf oder sechs von uns in die Wohnung von diesem Typen gegangen. Ich glaub, wir gingen davon aus, dass es ... dass es irgendwie eine Party wäre. Es gab andere Sachen wie Crystal Meth, die die Leute nahmen, ich wollte aber nicht wirklich was davon – mit dem Zeug hab ich schon mehrmals echt üble Dinge durchgemacht.

GE: Sie hatten mit Crystal Meth also schon schlimme Zeiten erlebt; jetzt halten Sie sich davon fern. Gut zu wissen. **(versichernd)**

P: Da nahmen wir dann auch noch mehr G und tranken einige Wodkas. Und dann ... ich weiß nicht wie, aber auf einmal war der Notarzt da.

GE: Also, von dem was Sie sagen, hört es sich an, als ob Sie in den letzten Monaten ziemlich regelmäßig G genommen haben und dass Ihr Konsum eventuell steigt. Dieses Wochenende war wohl ziemlich übel, von dem Gehörten aus, was Sie sagten. Es ist wahrscheinlich, dass die steigende Menge und die Kombination zusammen mit Alkohol zu Ihrer Bewusstlosigkeit führten. Es ist gut, dass Ihre Freunde den Notarzt riefen, der Sie hierher brachte. **(Feedback)**

Sie haben erwähnt, dass Sie sich wegen ein paar Problemen, die Sie damit hatten, von Crystal Meth fernhalten. Wären Sie daran interessiert, etwas über die Probleme zu hören, wie wir sie beim Konsum von G sehen, so wie Sie ihn beschrieben haben? **(um Erlaubnis bitten)**

P: Naja, ich dachte, dass ich eigentlich ganz gut darüber Bescheid wusste, aber vielleicht sollte ich es mir anhören.

GE: Bei G ist eines der großen Probleme, dass es selbst bei erfahrenen Konsumenten nur eine sehr kleine Menge braucht, ein oder zwei mehr Hübe, bis jemand überdosiert ist. Es gibt noch ein größeres Problem, obwohl Sie sich nicht ganz sicher darüber sind, wie stark das Zeug ist, nehmen Sie es. Eine Überdosis ist mit Erbrechen, Krampfanfällen, Orientierungslosigkeit, Gedächtnisverlust, Erregungszuständen, Stimmungsschwankungen und einem Kollaps verbunden – in schlimmeren Zuständen mit einer Bewusstlosigkeit bis hin zum Koma. Das andere Merkmal von G ist, dass es ein Potential für eine Abhängigkeit hat - wenn es regelmäßig eingenommen wird, dann kann man nicht mehr damit aufhören, es täglich zu nehmen, selbst während des Tages. Wenn sich erst einmal eine Abhängigkeit eingestellt hat, kann ein Aufhören sehr schwer sein und in manchen Fällen kann eine plötzliche Beendigung sogar zu ernsthaften medizinischen Notfällen führen. **(Feedback)** Natürlich liegt es an Ihnen, was Sie mit diesen Informationen tun, ich kläre Sie nur darüber auf, wie Ihr gegenwärtiges Muster des G-Konsums eventuell mit einem der gesundheitlichen Risiken oder Problemen in Verbindung steht, die sich entwickeln könnten. **(Verantwortung)**

P: Ich wusste einiges darüber, aber andere Dinge, wie z.B. die Abhängigkeit, lassen mich nachdenken. Ich glaub nur nicht, dass ich jetzt schon darüber hinweg komme.

GE: Klar, Sie haben Recht. Es hört sich so an, als ob Sie Ihren Konsum immer noch auf die Wochenenden beschränken können. Der beste Weg, wie Sie es vermeiden, abhängig zu werden und einige der anderen Probleme zu bekommen, wäre, wenn Sie Ihren Konsum einschränken oder ganz aufhören. **(Rat)**

Im Sinne der Sicherheit wäre es die sicherste Option, wenn Sie Ihren Konsum einstellen würden. Wenn sich das für Sie nicht realistisch anhört, dann würden Sie Probleme wie diese, die Sie hierher brachten, minimieren, wenn Sie es nicht mit Alkohol mischen würden. Wenn Sie konsumieren, wäre es hilfreich, wenn Sie weniger nehmen und wissen würden, wie viel Sie nehmen. Manche Leute benutzen Dinge, um abzumessen, wie viel G sie konsumieren, wie z.B. eine Pipette. Es ist gut, dass Sie mit Freunden zusammen konsumiert haben und dass Sie gegenseitig auf sich aufpassen, wenn es wirklich notwendig sein sollte.

(Handlungsoptionen)

P: Ich bin mir nicht sicher, ob ich jetzt schon aufhören will, aber mein regelmäßiger Konsum hat mich schon etwas besorgt.

GE: Sie könnten versuchen, einige Wochenenden nicht zu konsumieren. Hört sich an, wie etwas, das Sie früher schon erreicht haben. Außerdem haben Sie gesagt, dass Sie schon Veränderungen hinsichtlich Ihres Crystal-Konsums geschafft haben. **(Selbsteffizienz)**

P: Ja und ich habe auch Freunde, die kein G und so konsumieren und in letzter Zeit hab ich nicht viel Zeit mit ihnen verbracht, was ich aber eigentlich gar nicht wirklich will.

GE: Gibt es sonst noch Dinge, bei denen ich Ihnen helfen kann? Ich kenne eine Website, die die Informationen bereitstellt, über die ich gerade gesprochen habe – Wollen Sie die Adresse haben? Ich gebe Ihnen diese Karte mit Details einer örtlichen Beratungsstelle, nur falls Sie noch mehr Expertenhilfe möchten. Ich habe Gutes über sie gehört und darüber, dass sie Leuten helfen, die Probleme mit G haben.

2.5 PSIs mit höherer Intensität

2.5.1 Strukturierte Drogenbehandlung

Eine strukturierte Suchtbehandlung besteht aus zwei oder mehr Behandlungssitzungen, von denen jede eine halbe Stunde lang dauert und sie wendet einen einzelnen oder eine Reihe psychosozialer Ansätze an, die häufig eine motivierende Gesprächsführung enthalten. Eine strukturierte Drogenbehandlung könnte sich von einer erweiterten Form einer Kurzintervention, manchmal auch erweiterte Kurzintervention genannt,²¹ hin zu kontinuierlichen, regelmäßigen Behandlungssitzungen entwickeln. Eine strukturierte Drogenbehandlung, egal wie lange, umfasst das Setting und die Evaluierung spezifischer Ziele, die sich auf eine Veränderung des Substanzmissbrauchs beziehen.

Eine strukturierte Drogenbehandlung sollte von einer ausgiebigeren Bewertung der Bedürfnisse und Ressourcen ausgehen, die, basierend auf einem Hilfeplan, zu einer Intervention geführt hat.²⁴ Eine erweiterte Kompetenz, basierend auf einem anerkannten Standard, ist bei diesen Ansätzen für ein effektives Angebot erforderlich, verbunden mit einer Supervision und geeigneten kontrollierten Rahmenbedingungen.⁸ Eine strukturierte Drogenbehandlung könnte als individuelle Psychotherapie oder als gruppenbasierte Intervention angeboten werden.

Es gibt eine Evidenz dafür, dass das Ergebnis einer Drogenbehandlung (bezogen auf alle Drogenbehandlungen, nicht nur auf PSIs) durch die Verwendung von visualisierenden Materialien (mapping-tools) verbessert werden kann.²⁶ Mapping-Tools sind inhaltlich keine psychosoziale Intervention, aber ein Mittel, um das effektive Anbieten einer Behandlung zu verbessern. Mapping-Tools verwenden eine Struktur, die als "Node Link Mapping" bekannt ist, das aus der evidenz-basierten PSI stammt und zentrale Komponenten für eine strukturierte Konversation vermittelt. Für detailliertere Informationen und Beispiele von Mapping-Tools bei einer Suchtbehandlung siehe *Routes to Recovery via the Community*.²⁷

Die relevantesten Forschungserkenntnisse beziehen sich auf PSIs mit verschiedenen Formaten des Stimulanzienmissbrauchs. Knapp et al. berichten in einem Cochrane-Review, dass Interventionen, basierend auf einem kognitiv-behavioralen Ansatz, einem Kontingenzmanagement und einem Community Reinforcement Approach, am effektivsten zu sein scheinen.¹⁰ Knapp et al. argumentieren, dass angesichts des mehrdimensionalen Wesens der Abhängigkeit ein umfassendes Behandlungspaket für bessere Ergebnisse erforderlich ist, das sich auf diese drei Modelle stützt. Weiter argumentieren sie, dass die Behandlung im Sinne eines nachhaltigen Ergebnisses die Patienten dabei unterstützen muss, in ihrem Leben effektive Veränderungen vorzunehmen, einschließlich einer Abstinenz vom Stimulanzienkonsum, der Fähigkeit zu arbeiten und des Vermögens, erfolgreich Beziehungen zu führen. Ein Fokus, der auf enggefassten kurzzeitigen Zielen, wie z.B. der Reduktion von Konsummenge oder -frequenz, beruht, hat nur einen geringen Nutzen beim Erreichen einer nachhaltigen Veränderung.¹⁰

Empfehlung: Es wird empfohlen, dass Klienten mit "schwereren" Problemen im Zusammenhang mit einem NPS-Konsum eine strukturierte Drogenbehandlung angeboten wird. Eine strukturierte Drogenbehandlung basiert auf der Einschätzung der Bedürfnisse und der Stärken und auf einem Hilfeplan, der regelmäßig überprüft wird. Die Intervention stützt sich auf evidenzbasierte psychosoziale Ansätze und enthält mit großer Wahrscheinlichkeit eine motivierende Gesprächsführung.⁹ Als Minimum sollte eine strukturierte Drogenbe-

handlung Folgendes umfassen: eine Zielsetzung und Planung, ein Feedback sowie eine Überwachung und die Entwicklung einer sozialen Unterstützung.⁶ Die höchste berichtete Evidenz für eine strukturierte Drogenbehandlung findet sich bei einer kognitiven Verhaltenstherapien (CBT), einem Kontingenzmanagement (CM) und einem auf der Gemeinschaft basierten Stärkungsansatz (CRA).¹⁰ Zum Angebot solcher Interventionen sind spezifische Kompetenzen erforderlich, einschließlich einer Supervision und geeigneter kontrollierter Rahmenbedingungen.

2.5.2 Formelle psychologische Behandlungen

Eine formelle psychologische Behandlung ist bei Menschen mit einer erheblichen Schwere und Abhängigkeit vom Konsum von NPS eher effektiv. Eine formelle psychologische Behandlung ist besonders da relevant, wo ein Patient häufig mit auftretenden mentalen Gesundheitsproblemen⁴ oder anderen psychischen Problemen zu tun hat. Eine formelle psychologische Behandlung besteht normalerweise aus geplanten, zeitlich befristeten Sitzungen. Die Intervention fußt auf einer psychologischen Problemstellung, die aus einem Bewertungsprozess und einer Evaluierung entstanden ist und die formelle und informelle Ergebnismessungen einbezieht. Es werden fortgeschrittene Kompetenzen benötigt, um eine Behandlung dieser Intensität anzubieten, zudem wird ein professioneller anerkannter Standard und eine Kontroll- und Supervisionsstruktur erwartet.²⁸ Eine formelle psychologische Behandlung kann als Einzeltherapie oder als gruppenbasierte Intervention angeboten werden. Es ist wahrscheinlich, dass sie sich auf eins oder mehrere der unten aufgelisteten, evidenzbasierten, psychologischen Therapiemodelle stützt und bei psychischen Problemen mit anderen evidenzbasierten Therapien kombiniert werden kann.

Die Ziele einer formellen psychologischen Behandlung bestehen wahrscheinlich in einer Kombination notwendiger Veränderungen: Substanzmissbrauch, psychische Probleme, aber in artverwandten Bereichen (wie Gesundheit, soziale Funktionsweise, Justiz).

Es gibt beim Klientel von Suchtbehandlungen ein hohes Maß auftretender mentaler Gesundheitsprobleme²⁰ und es ist davon auszugehen, dass dies bei abhängigen Konsumenten von NPS ähnlich ist.

Einige NPS-Konsumenten könnten andere zusätzlich auftretende, psychische Schwierigkeiten haben; zum Beispiel gibt es Berichte über einen problematischen NPS-Konsum, der mit psychosexuellen Problemen assoziiert ist.

Die Behandlungsangebote müssen in der Lage sein, ein Screening durchzuführen, eine Bewertung vorzunehmen bei auftretenden Schwierigkeiten eine Behandlung bereitzustellen.

Während NICE⁴ eine CBT zur Behandlung auftretender mentaler Gesundheitsprobleme empfiehlt, könnte aufgrund der Komplexität der sich darstellenden psychischen Schwierigkeiten die Wirksamkeit dieser Ansätze eingeschränkt sein. Bei psychosexuellen Problemen könnten andere Ansätze erforderlich sein.

Bei Patienten mit komplexen Bedürfnissen könnte eine psychologische Behandlung durch einen ansatzspezifischen Ansatz ergänzt werden.²⁸

Eine psychologische Aufgabenstellung ist eine Hypothese über die Schwierigkeiten einer

Person, die ein breites Spektrum biopsychosozialer kausaler Faktoren einbezieht und bei der die Intervention zur Verbindung von Theorie und Praxis anleitet. Sie wird individuell festgelegt und kann eventuell auf ein Spektrum psychologischer Modelle zurückgreifen, um einen effektiven Therapieplan zu erwirken.

Eine psychologische Aufgabenstellung kann sowohl das Konsumverhalten als auch auftretende psychische Notsituationen derart berücksichtigen, dass die Funktion des Substanzmissbrauchs für den Patienten aufgedeckt werden kann. Auch andere psychische und verhaltensbedingte Faktoren, wie z.B. das Sexualverhalten, können einbezogen werden.

Ein hypothesengeleiteter Ansatz kann die subjektive Bedeutung mit einbeziehen und gemeinsam mit den Patienten und den Teams der medizinischen Grundversorgung erstellt werden.

Einige wesentliche Merkmale der Aufgabenstellung sind, dass sie:

- die grundlegenden Probleme des Patienten zusammenfasst;
- durch das Aufzeigen der psychologischen Theorien und Prinzipien andeutet, wie sich die Schwierigkeiten des Patienten eventuell aufeinander beziehen;
- darauf abzielt, die Entwicklung und Beibehaltung der Schwierigkeiten des Klienten auf Grundlage der psychologischen Theorie zu erklären - jetzt und in diesen Situationen;
- auf einen Interventionsplan hinweist, der auf den identifizierten psychologischen Prozessen und Prinzipien basiert;
- für eine Überarbeitung und Neuformulierung der Aufgaben offen ist.

Ein kennzeichnendes Charakteristikum einer psychologischen Aufgabenstellung ist ihre Perspektive für multiple Modelle. Sie integriert die Theorie und die Evidenz einer Reihe psychologischer Modelle, genauso wie biologische, soziale/gesellschaftliche und kulturelle Bereiche.

Die Aufnahme dieser Perspektive mit multiplen Modellen könnte bei der Arbeit mit Klienten aus marginalisierten und stigmatisierten Populationen einen bestimmten Wert haben, da sie kulturspezifische Probleme speziell mit einbezieht.

Zum Beispiel beschreibt ein kürzlich erschienener Bericht²⁹ den Zusammenhang zwischen dem Konsum von NPS und dem Sexualverhalten, der oftmals unter dem Begriff "Chemsex" zusammengefasst wird. Wie in Teil II dieser Veröffentlichung detailliert ausgeführt, haben gegenwärtige Forschungsbemühungen den häufigen Konsum von NPS im sexuellen Kontext bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), beschrieben. Ein Teil dieses Verhaltens wurde auch mit drogenbedingten und sexbedingten Schäden verbunden. Geschlechtsverkehr unter dem Einfluss von oder einer Intoxikation mit potentiell schädigenden Substanzen, ist allerdings keineswegs ein neues Phänomen.

Borne et al.²⁹ haben angedeutet, dass manche NPS ein spezifisches Spektrum psychischer und physischer verbessernder Effekte bezüglich Sex offerieren. In Fällen, in denen bei einem Individuum, das im Laufe der Zeit Probleme entwickelt hat, Sex und der Konsum von NPS eine starke Assoziation darstellen, ist wahrscheinlich ein kombinierter Behandlungsansatz erforderlich. Mit einer theoretisch fundierten psychologischen Aufgabenstellung, die die Motive, Bedeutungen und Werte im Zusammenhang mit einem

sexualisierten Drogenkonsum identifiziert und individuell auf den Patienten zugeschnitten ist, wird die psychologische Aufgabenstellung zur Basis einer geplanten psychologischen Intervention, beruhend auf evidenzbasierten Modellen einer Psychotherapie.

Eine kleine Anzahl von Studien in den Vereinigten Staaten hat sich die Auswirkungen psychologischer Interventionen bezüglich Sex ohne Kondome unter methamphetamin-missbrauchenden MSM angeschaut. Kombinierte kognitiv-behaviorale und CM-Interventionen hatten in dieser Gruppe positive Auswirkungen hinsichtlich einer Veränderung des Drogenkonsums und des Sexualverhaltens gezeigt.^{30,31} Allerdings deuten Rajasingham et al.³² aufgrund ihrer Arbeit mit der gleichen Population an, dass beim CM eine Berücksichtigung der Bedürfnisse der psychischen Gesundheit ebenso wie ein Präventionsplan für Rückfälle nach der Intervention fehlt. Eine Auswertung von drei randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), die die Ergebnisse von CBT-Interventionen und dem HIV-Risikoverhalten unter substanzmissbrauchenden MSM untersuchten, ergab keine eindeutigen Ergebnisse, ob eine CBT effektiver war als weniger intensive Interventionen oder alleinige Bewertungen, obwohl sie in dieser Gruppe den ungeschützten Analverkehr verringerte.³³

Empfehlung: Es wird empfohlen, dass Menschen mit einem abhängigen NPS-Konsum und einer hohem Schweregrad und insbesondere denen mit zusätzlich auftretenden psychischen Problemen eine formelle Psychotherapie angeboten wird. Die formelle Psychotherapie leitet sich ab von einer ausführlichen Bewertung, basierend auf einer psychologischen Aufgabenstellung und in Kenntnis eines oder mehrerer evidenzbasierter Psychotherapiemodelle.

Empfehlung: Es wird empfohlen, dass PSIs mit höherer Intensität (eine strukturierte Drogenbehandlung und/oder eine formelle Psychotherapie) den Patienten angeboten werden, bei denen eine medizinisch unterstützte Entgiftung Teil der empfohlenen Behandlung ist. Außer in Fällen, in denen eine Entgiftung als Notfallbehandlung durchgeführt wurde, sollten PSIs mit höherer Intensität, einschließlich einer motivierenden Gesprächsführung, vor einer Entgiftung angeboten werden. Es ist unerlässlich, dass PSIs mit höherer Intensität im Anschluss an eine Entgiftung, typischerweise ein Modell zur Rückfallprävention enthalten. Patienten, die eine Entgiftung abschließen, können wegen verschiedener auftretender psychischer Probleme, wie z.B. häufig auftretender mentaler Gesundheitsprobleme oder psychosexueller Probleme, ebenfalls von einer formellen Psychotherapie profitieren.

2.6 Stationäre psychosoziale Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist durch das kontrollierte Umfeld, in dem die Behandlung stattfindet, definiert. Generell schließt sie ein oder mehrere evidenzbasierte psychosoziale Interventionen ein und erfordert das gleiche Maß an Kompetenz und Kontrolle, wie die in Abschnitt 2.5 beschriebenen PSIs mit höherer Intensität. Eine medizinisch unterstützte Entgiftung kann eventuell einer stationären Behandlung vorausgehen, um den sicheren Entzug von bestimmten Substanzen zu gewährleisten (siehe Abschnitt 1.8).

Die Patienten leben für die Dauer der Behandlung in der Behandlungseinrichtung (oder nahe bei ihr). Eine stationäre Behandlung wird als intensivere Behandlungsform angesehen, die in der Regel eine Therapieteilnahme von mehreren Stunden am Tag über einen minimalen Zeitraum von typischerweise 12 Wochen erfordert. Der Ort der Behandlungseinrichtung ist generell ein ganzes Stück vom eigentlichen Zuhause des Patienten entfernt. Eine stationäre Behandlung wird als wichtige Option in Betracht gezogen; allerdings gibt es eine Debatte über die präzisen Indikationen für ihre Anwendung, die Faktenlage hierzu ist gegenwärtig weit von einer Transparenz entfernt. Fast ausnahmslos ist eine langfristige oder lebenslange Abstinenz von allen Substanzen explizit Ziel einer stationären Behandlung. Daher ist eine stationäre Behandlung für Menschen ungeeignet, die auf dieses Behandlungsziel nicht vorbereitet sind.

Ganz allgemein sind die Indikationen für eine stationäre Behandlung:

- ein gleichzeitiges Bestehen multipler psychologischer, physischer und/oder sozialer Probleme;
- eine Polytoxikomanie;
- eine optimierte gemeindenahere Behandlung war nicht effektiv;
- der Patient verfolgt das Behandlungsziel einer langfristigen Abstinenz.⁴

Empfehlung: Es wird empfohlen, dass Patienten mit signifikanten physischen, psychischen und/oder sozialen Problemen, die mit einer NPS-Abhängigkeit in Verbindung stehen (oder bei einem ausgesprochen schweren Konsum), die eine langfristige Abstinenz anvisieren und nicht dazu in der Lage waren, diese in einem gemeindenahen Behandlungsangebot zu erreichen (oder bei denen es unwahrscheinlich ist, dass sie diese dort erreichen würden), Zugang zu stationären Behandlungen erhalten, wobei diese im Bedarfsfall eine initiale medizinisch unterstützte Entgiftung einschließt. Bei einer erfolgreichen Beendigung einer stationären Behandlung sollte eine Rückfallprävention angeboten werden, um den Patienten dabei zu helfen, ihre Veränderungen aufrechtzuerhalten. Patienten, die eine stationäre Behandlung vorzeitig vor einem regulären Abschluss verlassen, sollte sofort Unterstützung angeboten werden, um die Rückkehr zu einem Substanzmissbrauch und das Risiko einer Überdosis zu minimieren.

2.7 Selbsthilfe (gegenseitige Hilfe)

Es gibt eine lange Tradition der Selbsthilfe auf dem Gebiet des Substanzmissbrauchs. Wahrscheinlich sind die Anonymen Alkoholiker (AA) und Narcotics Anonymous (NA) die bekanntesten, manchmal auch als 12-Schrittgruppen bekannt. In letzter Zeit sind andere Formen von Selbsthilfeangeboten entwickelt worden, einschließlich SMART-Gruppen, bei denen der Ansatz aus der CBT abgeleitet wurde. Es gibt eine starke Evidenz für die Ergebnisse von Selbsthilfeangeboten (die Forschungsanstrengungen drehten sich im Wesentlichen um die 12-Schrittgruppen).³⁴

Die Selbsthilfe ist keine professionell angebotene Behandlung. Dennoch gibt es Beweise für die Nützlichkeit von Gesundheitsexperten, die das Engagement des Patienten bei einem Selbsthilfeangebot vorausschauend unterstützen, was oftmals als Erleichterung für einen Zugang zu einem solchen Selbsthilfeangebot (FAMA) erwähnt wird; deshalb empfiehlt NICE, dass die Beratungen routinemäßig Informationen zu den Vorteilen eines Selbsthilfeangebotes für die Klienten mit einer höheren Intensität und Abhängigkeit von Suchtproblemen beinhalten.^{4,7} Public Health England hat Handlungsanweisungen für FAMA entworfen.³⁵ In einigen Großstädten im Vereinigten Königreich gibt es spezielle 12-Schrittgruppen, die vorwiegend von Menschen mit aktuellen oder zurückliegenden Problemen durch verschiedene NPS oder Partydrogen, wie Methamphetamin, aufgesucht werden.

Empfehlung: Es wird empfohlen, dass Patienten mit einem stärker ausgeprägten Konsum von NPS und einer erheblichen Abhängigkeit davon routinemäßig Informationen zu einem Selbsthilfeangebot gegeben werden. Dies beinhaltet auch Patienten, die eine stationäre Behandlung abschließen. In Fällen, in denen Patienten Interesse am Besuch eines Selbsthilfeangebots haben, wird empfohlen, dass auf ganzer Linie eine zusätzliche Unterstützung für einen erleichterten Zugang erfolgt. Die Selbsthilfe sollte in Fällen, in denen die erwünschten Ergebnisse ausbleiben, immer wieder als Behandlungsoption bedacht werden.

2.8 Modelle für spezifische psychosoziale Ansätze

PSIs mit höherer Intensität zur Behandlung von Suchtproblemen in Form einer strukturierten Drogenbehandlung, einer formellen Psychotherapie und vieler der Ansätze, die in der stationären Therapie Anwendung finden, sind von spezifischen Psychotherapiemodellen abgeleitet worden. Die wesentlichen evidenzbasierten Modelle werden hier nur kurz angerissen, jedoch werden Verweise auf Quellen zu detaillierteren Informationen und Behandlungsmanualen angegeben.

2.8.1 Motivierende Gesprächsführung

Eine Ambivalenz bezüglich Veränderungen des Konsumverhaltens kommt häufig vor, vielleicht ist sie sogar die Norm - sogar bei Menschen, die aktiv eine Behandlung suchen. Die motivierende Gesprächsführung als Ansatz bietet die Rahmenbedingungen, um Menschen dabei zu helfen, ihre Ambivalenz bezüglich jedweder Veränderung ihres Substanzkonsums zu zerstreuen. Die motivierende Gesprächsführung und seine manualisierte Variante, die motivierende Enhancement-Therapie (MET) weisen eine solide Evidenz für ein großes Spektrum von Substanzen auf.^{4,7} Die Anwendung einer motivierenden Gesprächsführung ist mit großer Wahrscheinlichkeit Teil von Kurzinterventionen und steht am Anfang einer strukturierten Behandlung. Auf die Rahmenbedingungen für eine kompetenzbasierte, motivierende Gesprächsführung wird in *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse* näher eingegangen.¹³

2.8.2 Netzwerk- und Milieutherapien

Netzwerk- und Milieutherapien umfassen eine Reihe psychologischer Ansätze, die versuchen, soziale, auf den Kontext bezogene Verstärker einzusetzen, um eine Änderung des Substanzmissbrauchs zu fördern und diese aufrechtzuerhalten. Dies beinhaltet oftmals eine Einbeziehung der (nicht-konsumierenden) Partner, der Familie oder anderer Betroffener zur Unterstützung. Zur Behandlung des Drogenmissbrauchs empfiehlt NICE eine Verhaltens-Paartherapie (BCT).^{4,7} Dabei gibt es insbesondere eine spezifische Evidenz für die BCT bei lesbischen und schwulen Patienten in der Behandlung von Alkoholproblemen.^{4,7} Die weithin anerkannte Bedeutung einer sozialen Unterstützung beim Erreichen eines positiven Ergebnisses bei Drogenproblemen wird in den Empfehlungen reflektiert, die NICE in *Behaviour Change: Individual Approaches* abgibt.

Varianten der Netzwerk- und Milieutherapien mit expliziter Anerkennung in der Behandlung des Substanzmissbrauchs sind die sozial-behavioralen Netzwerktherapien (SBNT), ein auf der Gemeinschaft basierender Stärkungsansatz (Community reinforcement approach, CRA) und die behaviorale Paartherapie (BCT). Zur SBNT siehe Copello et al.;³⁷ zur CRA siehe Miller et al.;³⁸ zur BCT siehe O'Farrell und Fals-Stewart.³⁹

2.8.3 CBT-basierte Rückfallprävention

Die Rückfallprävention (RP) findet häufig bei einem psychosozialen Ansatz der Suchtbehandlung¹¹ Anwendung und wird bei einer Behandlung von Alkoholproblemen empfohlen.^{4,7} Allerdings empfiehlt die NICE-Handlungsanweisung zum Missbrauch von Drogen keine CBT, die sich ausschließlich auf Drogen konzentriert.⁴ Die RP zielt darauf ab, den Menschen dabei zu helfen, eine Veränderung ihres Substanzmissbrauchs durch die Identifikation von Denk- und Verhaltensmustern, die typischerweise dem Substanzkonsum eines Individuums vorausgehen, zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Die RP wird als besonders relevant betrachtet, um den Menschen dabei zu helfen, die Veränderungen ihres Substanzmissbrauchs aufrechtzuerhalten, einschließlich in der Behandlungsphase nach einer medizinisch unterstützten Entgiftung, die auch als Nachsorge bezeichnet wird. Für eine Beschreibung der CBT-basierten RP-Modelle siehe Marlatt und Donovan⁴⁰ und Mitcheson et al.¹²

Zweifelsohne können innovative Entwicklungen eine Zeit brauchen, um in Meta-Analysen von hohem Niveau aufgenommen zu werden. Es ist wichtig, die gegenwärtige Aufmerksamkeit zur Kenntnis zu nehmen, mit der oftmals über "CBT-Modelle der dritten Welle" berichtet wird. Diese gegenwärtigen Entwicklungen umfassen Interventionen, die auf einer vermehrten Achtsamkeit basieren (MBIs), Akzeptanz- und Commitmenttherapien (ACT) und dialektisch-behaviorale Therapien (DBT). In einer systematischen Überprüfung der Evidenz berichten Chiesa und Serretti, dass MBIs den Konsum einer Reihe von Substanzen, einschließlich Stimulanzien, verringern können.⁴¹ Zgierska und Marcus⁴² merken an, dass die kombinierten Befunde früherer Studien über MBIs andeuten, dass diese bei Suchtproblemen effektiv sind. Erwähnenswert ist auch, dass Smout et al.⁴³ eine vorläufige randomisierte kontrollierte Studie über ACTs bei Methamphetamin-Konsumstörungen durchgeführt haben. Obwohl sie gegenüber CBT keinen Vorteil zeigte, beschreiben Smout et al. sie als sinnvolle Intervention für diese Population. Zgierska und Marcus erwähnen die Stärke der positiven Evidenz bei MBIs mit häufig auftretenden mentalen Gesundheitsproblemen und schließen daraus, dass sie aus diesem Grund für die Patienten mit einem zusätzlich auftretenden Substanzkonsum und mentalen Gesundheitsproblemen wertvoll sind.⁴²

2.8.4 Kontingenzmanagement

Das Kontingenzmanagement zeigt bei einer Reihe von Forschungsstudien, die vorwiegend in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurden und sich auf den Stimulanzienmissbrauch konzentrierten, eine starke Evidenz auf. Im Vereinigten Königreich sind Programme außerhalb randomisierter kontrollierter Studien gegenwärtig ungewöhnlich. Das Kontingenzmanagement ist eine der psychologischen Interventionen, die von NICE zur Behandlung des Drogenmissbrauchs empfohlen werden.⁴ Das Kontingenzmanagement wird angewendet, um durch die Bereitstellung konkreter Belohnungen (oft monetär oder materiell) bei Erreichen verifizierbarer Verhaltensziele (wie z.B. negative biologische Drogenscreens) den Substanzmissbrauch zu reduzieren. Die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung eines Kontingenzmanagements werden in *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse* beschrieben.¹³

2.8.5 Psychodynamische Therapieverfahren

Zur Evidenz von psychodynamischen Therapieverfahren zur Behandlung eines NPS-Problems gibt es keine spezifische Literatur. Bei Menschen, die Cannabis oder Stimulanzien missbrauchen oder denjenigen, die sich in einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung befinden, empfahl NICE⁴ keine psychodynamische Therapie, die sich auf die Behandlung des Drogenmissbrauchs konzentrierte. Das National Treatment Agency for Substance Misuse¹¹ berichtete eine Studie (von eingeschränktem Umfang), bei der eine durch die Kohorte gestärkte Beratung zu einem verringerten Kokainkonsum führte.⁴⁴

2.9 Referenzen

- 1 Strang J, Chair of the Expert Group. *Recovery-Orientated Drug Treatment. An Interim Report*. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2011.
- 2 Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD005031. doi: 10.1002/14651858.CD005031.pub4.
- 3 Orford J. Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psycho- logical treatments for addiction. *Addiction*. 2008 Jun;103(6):875–85; discussion 886–92. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x.
- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Drug Misuse: Psychosocial Interventions (Clinical Guideline 51)*. 2007.
- 5 Department of Health (England) and the Devolved Administrations. *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. Department of Health, the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007.
- 6 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Behaviour Change: Individual Approaches (PH 49)*. 2014.
- 7 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Alcohol Use Disorders: Harmful Drinking and Alcohol Dependence (Clinical Guidance 115: Evidence Update)*. 2013.
- 8 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Quality Standard for Drug Use Disorders (Quality Standard 23)*. 2012.
- 9 Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;(5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2.
- 10 Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimu- lant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003023
- 11 National Treatment Agency for Substance Misuse. *The Effectiveness of Psychological Therapies on Drug Misusing Clients*. 2005.
- 12 Mitcheson L, Maslin J, Meynen T, Morrison T, Hill R, Wanigaratne S. *Applied Cognitive and Behavioural Approaches to the Treatment of Addiction: A Practical Treatment Guide*. Wiley-Blackwell 2010.
- 13 Pilling S, Hesketh K, Mitcheson L. *Routes to Recovery: Psychosocial Interventions for Drug Misuse. A Framework and Toolkit for Implementing NICE-Recommended Treatment Interventions*. National Treatment Agency for Substance Misuse and British Psychological Society 2010.
- 14 Marsden J, Eastwood B, Ali R, Burkinshaw P, Chohan G, Copello A, Burn D, Kelleher M, Mitcheson L, Taylor S, Wilson N, Whiteley C, Day E. Development of the Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT). *Drug Alcohol Depend*. 2014 Jun 1;139:121–31. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.03.018.
- 15 HM Government. *The Drug Strategy: 'Reducing Demand, Restricting Supply, Building Recovery: Supporting People to Live a Drug Free Life'*. 2010.
- 16 Orford J. *Power, Powerlessness and Addiction*. Cambridge University Press, 2013.
- 17 Winstock AR, Mitcheson L. New recreational drugs and the primary care approach to patients who use them. *BMJ*. 2012 Feb 15;344:e288. doi: 10.1136/bmj.e288.
- 18 Hunter LJ, Dargan PI, Benzie A, White JA, Wood DM. Recreational drug use in men who have sex with men (MSM) attending UK sexual health services is significantly higher than in non-MSM. *Postgrad Med J*. 2014 Mar;90(1061):133–8. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131428.

- 19 Colfax G, Guzman R. Club drugs and HIV infection: a review. *Clin Infect Dis*. 2006 May 15;42(10):1463– 9.
- 20 Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*. 2003 Oct;183: 304–13.
- 21 Heather N, Lavoie D, Morris J. Clarifying Alcohol Brief Interventions: 2013 Update. Alcohol Academy, 2013. <http://www.alcoholacademy.net>.
- 22 Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd edition). Guilford, 2013.
- 23 Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, ed. *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. University of Notre Dame Press, 1993.
- 24 National Treatment Agency for Substance Misuse. *Care Planning Practice Guide*. 2006. http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_care_planning_practice_guide_2006_cpg1.pdf.
- 25 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V, Monteiro M. *The ASSIST-Linked Brief Intervention for Hazardous and Harmful Substance Use: Manual for Use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- 26 National Treatment Agency for Substance Misuse. *The International Treatment Effectiveness Project: Implementing Psychosocial Interventions for Adult Drug Misusers*. 2007.
- 27 Day E. *Routes to Recovery via the Community*. Public Health England, 2013.
- 28 Division of Clinical Psychology, British Psychological Society. *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. 2011.
- 29 Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P () *The Chemsex Study: Drug Use in Sexual Settings Among Gay and Bisexual Men in Lambeth, Southwark and Lewisham*. Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2014. <http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex>.
- 30 Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methampheta- mine dependence. *Drug Alcohol Rev*. 2008 May; 27(3):309–17. doi: 10.1080/09595230801919494.
- 31 Reback CJ, Larkins S, Shoptaw S. Changes in the meaning of sexual risk behaviors among gay and bisexual male methamphetamine abusers before and after drug treatment. *AIDS Behav*. 2004 Mar; 8(1):87–98.
- 32 Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, Pinkston MM, Baden RP, Mitty JA. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care STDS*. 2012 Jan; 26(1):36–52. doi: 10.1089/apc.2011.0153.
- 33 Melendez-Torres GJ, Bonell C. Systematic review of cognitive behavioural interventions for HIV risk reduction in substance-using men who have sex with men. *Int J STD AIDS*. 2013 Dec 18;25(9):627– 35.
- 34 Weiss RD, Griffin ML, Gallop RJ, Najavits LM, Frank A, Crits-Christoph P, Thase ME, Blaine J, Gastfriend DR, Daley D, Luborsky L. The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Feb 14; 77(2):177– 84.
- 35 Public Health England. *Facilitating Access to Mutual Aid: Three Essential Stages for Helping Clients Access Appropriate Mutual Aid Support*. 2013. <http://www.nta.nhs.uk/uploads/mutualaid-fama.pdf>.
- 36 Fals-Stewart W, O’Farrell TJ, Lam W. Behavioural couple therapy for gay and lesbian

- couples with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2009 Dec;37(4):379–87. doi: 10.1016/j.jsat.2009.05.001.
- 37 Copello A, Orford J, Hodgson R, Tober G. *Social Behaviour Network Therapy for Alcohol Problems.* Routledge, 2009.
- 38 Miller WR, Meyers RT, Hiller-Strumhofel S. The community reinforcement approach. *Alcohol Research Health.* 1999;23: 116–21.
- 39 O’Farrell TJ, Fals-Stewart W. *Behavioural Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse.* Guilford, 2006.
- 40 Marlatt GA, Donovan DM, eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors (2nd edition).* Guilford Press, 2005.
- 41 Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse.* 2014 Apr;49(5):492–512. doi: 10.3109/10826084.2013.770027.
- 42 Zgierska A, Marcus MT. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 2. *Subst Abus.* 2010 Apr;31(2):77–8. doi: 10.1080/08897071003641248.
- 43 Smout MF, Longo A, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Subst Abus.* 2010 Apr;31(2):98–107. doi: 10.1080/08897071003641578.
- 44 Kletter E. Counseling as an intervention for cocaineabusing methadone maintenance patients. *J Psychoactive Drugs.* 2003 Apr–Jun;35(2):271–7.