

# Das 5-Punkte-Beratungsparadigma

Otto Schmid & Thomas Müller

Dieses Dokument stellt einen Auszug aus dem Buch  
*Empfehlungen zum Beratungssetting in Substitutionsbehandlungen*  
von Otto Schmid & Thomas Müller,  
erschienen im Herbert Utz-Verlag GmbH, München, 2015 dar  
(ISBN 978-3-8316-4462-9)

## **1. Das 5-Punkte-Beratungsparadigma**

Die vorliegenden Empfehlungen gründen auf folgenden fünf übergeordneten Paradigmen:

1. Humanistische Grundhaltung
2. Recht auf Selbstbestimmung des Patienten
3. Anerkennung des Akzeptanzparadigmas
4. Restriktionsfreies Setting – Restriktion als Ultima Ratio
5. Regelmässiger persönlicher Kontakt mit Vertrauensperson

## 2. Humanistische Grundhaltung

Grundlegend in der Beratung ist ein humanistisches Menschenbild. Dazu gehört, dass jeder Mensch aktiver Gestalter seiner eigenen Existenz ist. Er trägt die Ressourcen in sich, die es ihm ermöglichen, selbstverwirklichend zu handeln und durch die Verwirklichung dessen, woran er glaubt, sein Leben mit Sinn zu erfüllen.

Die Beratung erfolgt grundsätzlich in einem non-konfrontativen Setting. Konfrontative und autoritäre Beratungsmethoden haben sich nicht etabliert, sondern in ihrer Gesamtbetrachtung als ineffizient erwiesen. Sie führen, insbesondere bei Menschen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl (Annis & Chan 1983), oftmals zu unerwünschten oder gar schädlichen Ergebnissen (Lieberman et al. 1973; Schneider & Casey, 2000).

Jeglicher Patientenkontakt findet im Rahmen eines wertschätzenden, emphatischen und respektvollen Gegenüberstehens statt. Den Patienten wird stets mit den allgemein gültigen Regeln der Höflichkeit, des Anstandes und Respektes begegnet. Ein korrekter Umgang bedeutet, auch in schwierigen Situationen oder wenn der Patient aufgebracht oder aggressiv ist, die Ruhe zu bewahren, freundlich zu bleiben und den Patienten mit seinen Anliegen ernst zu nehmen.

Im Gespräch ist darauf zu achten, eine klare Ausdrucksweise zu wählen, so dass der Patient nicht mit fachterminologischen Begriffen überfordert wird. Andererseits sollte man sich von der umgangssprachlichen Form (Slang) abzugrenzen. Dies ist wichtig, um sich bei dem Patienten nicht anzubiedern, aber auch um abwertende Begriffe wie z.B. „clean“ (engl. sauber) oder „Junkie“ (engl. Müll, Abfall) zu vermeiden.

### **EMPFEHLUNG:**

- Die Beratung erfolgt in einem non-konfrontativen Setting.
- Der Patientenkontakt gestaltet sich wertschätzend, emphatisch und respektvoll.
- Im Gespräch wird auf eine klare und adressatengerechte Ausdrucksweise geachtet.

### 3. Recht auf Selbstbestimmung des Patienten

#### 3.1 Empowerment

Unter Empowerment versteht man einen erreichten Zustand von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung und somit die Selbstkompetenz. In diesem Zusammenhang sind Strategien und Massnahmen wichtig, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen erhöhen und ihnen ermöglichen sollen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten (Rappaport & Hess, 1984). Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ein Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit (powerlessness) zu überwinden und ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wieder wahrzunehmen und zu nutzen. Unter diesem Gesichtspunkt gelten die die Erhaltung resp. die Wiedererlangung von Gesundheit und Autonomie sowie die Verbesserung der Lebensqualität als wichtigste Beratungsziele. Im Rahmen des Beratungsprozesses wird der Patient aktiv vom Berater in seiner Selbstwirksamkeit unterstützt.

#### **EMPFEHLUNG:**

- Die Beratung zielt darauf ab, den Patienten (wieder) darin zu befähigen, auf seine Gesundheit, Lebensqualität und Autonomie Einfluss zu nehmen.

#### 3.2 Die Rolle des Beraters

Der Beratungsbeginn erfolgt im Idealfall schnellstmöglich, Motivationsprüfungen (z.B. in Form von mehreren Vorgesprächen) haben sich als kontraproduktiv erwiesen (Bell & Chan, 1995; Maddux & Desmond, 1995).

Die beraterische Hilfe besteht darin, den Fokus zu verändern und dadurch die inneren Suchprozesse anzustossen, die beim Patienten wieder zu einer erhöhten Selbstwahrnehmung führen. Daraus resultiert ein Selbstverständnis des Beraters, der sich nicht in der Rolle des Problemlösers sieht, sondern als Moderator von Entwicklungen und Veränderungen (Hermer, 1996) sowie als Mitgestalter sinnstiftender Alternativen zum Problemverhalten (Ludwig, 1992).

Während des Beratungssettings wird auf Verbindlichkeit und Pünktlichkeit geachtet. Für eine wertschätzende Beratung ist das gegenseitige Einhalten von verbindlichen Vereinbarungen unabdingbar und ein wesentlicher Bestandteil der Beratung.

#### **EMPFEHLUNG:**

- Der Beratungsbeginn erfolgt schnellstmöglich ohne vorgängige Motivationsprüfungen.
- Der Berater ist nicht „Problemlöser“, sondern unterstützt den Patienten bei der Entwicklung, Veränderung und Verwirklichung seiner Ziele.
- In der Beratung wird auf eine verbindliche Einhaltung gegenseitiger Vereinbarungen geachtet.

### 3.3 Zielsetzung

Die Beratungs- und Behandlungsziele werden in Absprache und mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten individuell definiert. Dabei wird beachtet, dass die Ziele des Patienten und seine Ansprüche an sich selbst teilweise nicht jenen entsprechen, die der Berater als erstrebenswert erachtet. Die Zielerreichung wird regelmässig evaluiert, die Zielsetzung bei veränderter Situation angepasst. Die Priorisierung der Ziele erfolgt nach den Bedürfnissen des Patienten sowie nach den Kriterien Dringlichkeit und Erreichbarkeit.

Als oberste Ziele der substitutionsgestützten Behandlung gelten insbesondere:

- Überleben sichern
- Erzielen von Verbesserungen im psychischen, im somatischen und im sozialen Bereich
- Distanzieren von der „Drogenszene“ und der Beschaffung illegaler Substanzen
- Reduktion von risikoreichem Substanzkonsum
- Reduktion von (Drogen)kriminalität, -prostitution und sozial auffälligem Verhalten
- Wiedererlangen von Grundkompetenzen im Bereich Gesundheit, Ernährung und Hygiene unter Berücksichtigung der Grunderkrankung
- Wiedererlangung sozialer Kompetenzen, Autonomie und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung
- Erreichen einer Unabhängigkeit von illegalen und legalen Substanzen
- Schrittweise (Re-)Integration (gesellschaftliche Einbindung, soziales Umfeld, Familie, etc. ) unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten

#### **EMPFEHLUNG:**

- Der Beratungsauftrag definiert sich über die von jedem Patienten individuell für sich formulierten Ziele
- Die Beratungsziele werden regelmässig mit dem Patienten zusammen auf ihre Aktualität überprüft
- Die Ziele werden priorisiert, grosse Ziele werden in mehrere kleinere Teilziele unterteilt

### 3.4 Nichterreichen von Zielen

Bei einer Abhängigkeitsstörung bestehen bei einer hohen Anzahl der Patienten gravierende Belastungen auf verschiedensten Ebenen. Das Behandlungsteam ist gefordert, die komplexen und mehrdimensionalen Problemstellungen des Patienten möglichst umfassend zu erkennen und in motivierenden und aufklärenden Gesprächen so anzugehen, dass weiterführende psychosoziale und medizinische Interventionen überhaupt möglich werden (Schmid, Strasser & Fehr, 2014).

Das Nichterreichen eines Ziels oder das Abweichen von einer Vereinbarung wird nicht als „Versagen“ gewertet und sanktioniert, sondern in einem vertrauensvollen Setting mit dem Berater aufgearbeitet. Ansonsten besteht die Gefahr, zum Beispiel verpasste Termine mit schlechter Compliance oder mangelnder Motivation gleichzusetzen und die Behandlung ohne Einleitung zusätzlicher Interventionen als für nicht durchführbar zu erklären. Ebenso besteht die Gefahr von unverhältnismässigen Reaktionen aufgrund der Enttäuschung des Beraters bei Nichterreichen der Ziele, nicht erwünschtem Verhalten oder generell nicht erwartungsgemässen Veränderungen im Behandlungsverlauf des Patienten.

Dringend abzuraten ist von einer obligatorischen Beteiligung an psychosozialen Massnahmen wie Gruppenangeboten, sozialen Trainingsprogrammen oder Arbeitsabklärungen, da sich diese mit grosser Wahrscheinlichkeit kontraproduktiv auf den weiteren Beratungsprozess auswirken und das Vertrauensverhältnis zwischen dem Betreuenden und dem Patienten massiv behindern kann (Schmid, 2009).

Patienten in einer substitutionsgestützten Behandlung stehen oftmals in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zur Institution, aber auch zur Betreuungsperson. Auf dieses Machtgefälle ist ein besonderes Augenmerk zu richten. Um eine fachliche Reflektion sicherzustellen und eine persönlicher Überlastung zu verhindern, bietet es sich an, dem Personal entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten wie Supervision, Intervention und Fallbesprechungen (Kasuistiken) zu ermöglichen.

**EMPFEHLUNG:**

- Das Nichterreichen eines Ziels oder das Abweichen von einer Vereinbarung wird nicht als Versagen oder als Mangel an Motivation gewertet.
- Mögliche Hindernisse zur Zielerreichen werden identifiziert und Strategien zur Überwindung erarbeitet.
- Das Personal von Substitutionseinrichtungen benötigt zur Überprüfung der Fachlichkeit entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten.

## 4. Anerkennung des Akzeptanzparadigmas

### 4.1 Akzeptanz versus Abstinenz

Im Rahmen des Abstinenzparadigmas wird der dauerhafte Verzicht auf die entsprechenden Substanzen als höchstes Behandlungsziel angesehen. Da dieser Behandlungsansatz jedoch eine hohe Rückfallquote mit den damit verbundenen Gefahren wie zum Beispiel einer Überdosierung bei Wiederaufnahme des Konsums nach der Entzugsbehandlung aufweist, hat sich vor allem unter dem Namen Akzeptanzparadigma eine Gegenposition herausgebildet. Darunter wird die Befürwortung von Massnahmen verstanden, die zu einer Verringerung schädlicher Auswirkungen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Drogen führen, zum Beispiel Kontakt- und Anlaufstellen oder Substitutionsbehandlungen.

Das wichtigste Ziel der Substitutionsbehandlung ist das Überleben des Patienten und die Verbesserung der Lebensqualität und somit des Wohlbefindens des Patienten. „Die Abstinenz ist kein Ziel, sondern trägt allenfalls zum Wohlbefinden bei, vielleicht schädigt sie es aber auch. Qualitativ ist dies nicht voneinander trennen, Abstinenz an sich ist kein Wert“ (Stohler, 2008). Bei beiden Varianten, der abstinenzorientierten Beratung wie auch der substitutionsgestützten Beratung, handelt es sich um gangbare Wege hin zu einer subjektiv zufriedenen, selbstbestimmten Lebenserfahrung, wobei sehr genau abzuwägen ist, welcher dieser beiden Wege zu welchem Zeitpunkt für den Patienten der erfolgversprechendere ist.

#### **EMPFEHLUNG:**

- Im Vordergrund der Beratung steht nicht per se die Abstinenz, sondern das Verringern schädlicher Auswirkungen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch und die Erhöhung der individuellen Lebensqualität.
- Es ist abzuwägen, zu welchem Zeitpunkt welche Zielsetzung die erfolgversprechendere ist.

### 4.2 Beikonsum

Die Reduktion des Beikonsums nicht verschriebener Substanzen ist ein zentrales Ziel von Substitutionsbehandlungen. Illegal beschaffte Substanzen (Heroin, Kokain, Amphetamine) sind in Bezug auf Reinheit und Dosis schwer einzuschätzen und können allenfalls die Gesundheit beeinträchtigen. Benzodiazepine haben ein grosses Missbrauchspotential, wenn sie nicht unter kontrollierten Bedingungen verschrieben und eingenommen werden. Somit wird in der Behandlung grundsätzlich angestrebt, dass der Patient auf den schädigenden Gebrauch von Substanzen verzichten kann. Hingegen soll im Rahmen des Akzeptanzparadigmas toleriert werden, wenn ein Patient aktuell nicht in der Lage ist, diesen Beikonsum zu sistieren. Solche Vorfälle und Rückfälle stehen am Ende einer Kette von Ereignissen und Entscheidungen (Körkel, 1998). Hierbei ist es bei einer Beratung im Sinne des Akzeptanzparadigmas wichtig, zwischen einem isolierten Konsumvorfall (Ausrutscher) und einem bereits länger andauernden Rückfall in alte Konsummuster zu unterscheiden. Bei einem isolierten Konsumvorfall kann der Patient durch eine rasche Intervention mit wenig Aufwand wieder den Zustand der Freiheit von Beikonsum erreichen. Bei einem länger andauernden Rückfall müssen gemeinsam mit dem Patienten längerfristige Strategien erarbeitet werden, um erneut eine Veränderungsbereitschaft zu erzielen.

In diesem Zusammenhang wird auch das von Barth (2011) postulierte selbstbestimmte Recht und die Freiheit auf eine Bewusstseinsänderung oder einen Rausch durch psychotrope Substanzen, die jedem Menschen zuzubilligen sind, gesellschaftlich diskutiert.

Aus verschiedenen Gründen wie Schuld oder Schamgefühlen (zum Beispiel im Zusammenhang mit der Beschaffung und Finanzierung der Substanzen), sind die Angaben zum Beikonsum oft unvollständig oder inkorrekt. Um Missverständnisse zu minimieren, wird auf transparente Information und empathisch-zugewandtes, nicht (ab)wertendes Verhalten geachtet (US Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Toxikologische Urinalysen oder gar Urinproben unter Sicht sollen wenn möglich vermieden werden. In der Regel sprechen Patienten offen über den Beikonsum, wenn damit keine negativen Konsequenzen verbunden sind. Falls Patienten offensichtliche Falschangaben zum Beikonsum machen, sollte das Setting überprüft werden.

Allfällige aufgrund des Beikonsums resultierende Massnahmen, so zum Beispiel Sicherheitsbedenken was die Abgabe von zusätzlichen Substituten betrifft, müssen gut überdacht und dem Patienten eingehend und verständlich erklärt werden. Solche Massnahmen sind sogleich wieder aufzuheben oder anzupassen, wenn das risikoreiche Verhalten reduziert wurde. Beikonsum ist ausschliesslich als eine potentielle Gefährdung der Gesundheit des Patienten zu betrachten und darf keinesfalls moralisch bewertet oder als Hinderungsgrund für eine Beratung oder deren Weiterführung gesehen werden.

**EMPFEHLUNG:**

- Die Reduktion des Beikonsums nicht verschriebener Substanzen ist ein zentrales Ziel von Substitutionsbehandlungen
- Es muss toleriert werden, wenn ein Patient aktuell nicht in der Lage ist, seinen Beikonsum zu sistieren
- Toxikologische Urinalysen oder gar Urinproben unter Sicht sollen wenn möglich vermieden werden.
- Beikonsum darf keinesfalls moralisch bewertet oder als Hinderungsgrund für eine Beratung oder deren Weiterführung gesehen werden.

## 5. Restriktionsfreies Setting – Restriktion als Ultima Ratio

### 5.1 Regeln und Restriktionen

Der Patient wird als Auftraggeber betrachtet. Da sich die Beratung daher in erster Linie an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wird das Beratungssetting so wenig restriktiv wie möglich („least restrictive setting possible“) gestaltet (Mirin & Batki, 1995). Dabei ist darauf zu achten, dass der Patient unabhängig von seinem Verhalten die auf seine Situation zugeschnittene bestmögliche Beratung und Betreuung erhält, auch wenn dies ein individuelles Abweichen von den geltenden Regelungen und Grundsätzen bedeutet.

Bei groben Verstößen der Hausregeln werden geeignete Massnahmen, die der Lösung oder Verhinderung des unerwünschten Verhaltens dienen, ergriffen. Diese Massnahmen sollen keinen erzieherischen Charakter haben. Aufgestellte Regeln sollen ausschliesslich der Sicherheit des Patienten und des Personals sowie des betrieblichen Ablaufs dienen. Massnahmen, die im Zusammenhang mit der Änderung der Substitutionsmedikation oder gar deren Verweigerung stehen, sind Ultima Ratio und dürfen nur erfolgen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, eine massive gesundheitliche Gefährdung des Patienten zu erwarten ist, und er diesbezüglich keine Einsicht zeigt oder er diese Gefährdung aufgrund seines psychischen Zustandes nicht erkennen kann oder aber die Abgabe aus betrieblichen Gründen nicht mehr durchführbar ist.

Auf keinen Fall dürfen Massnahmen angewandt werden, die den Patienten demütigendem Verhalten aussetzen, ihn stigmatisieren, ausgrenzen oder deren Ziel es ist, den Patienten in erzieherischer Absicht zu „bestrafen“.

#### **EMPFEHLUNG:**

- Das Beratungssetting wird so wenig restriktiv wie möglich gestaltet.
- Es sollen nur wenige, für alle verständliche und durchsetzbare Regeln aufgestellt werden.
- Massnahmen im Zusammenhang mit der Substitutionsmedikation sind wenn immer möglich zu vermeiden.

## 5.2 Auftragsabgrenzung

Die Behandlungseinrichtung ist einzig dem Patienten verpflichtet. Im Vordergrund steht eine professionelle qualitativ hochstehende Behandlung und Beratung. Die Patienten werden als eigenständige, selbstverantwortliche Menschen unter Berücksichtigung der vorliegenden Störungen und der allenfalls damit einhergehenden Einschränkungen ihres Verhaltens beraten. Pädagogische Massnahmen sollen höchstens im weitesten Sinne der Gesundheitsvorsorge und Prävention angewandt werden. Ebenso kann kein ordnungspolitischer Auftrag wahrgenommen werden.

### **EMPFEHLUNG:**

- Die Beratung richtet sich in erster Linie nach den Bedürfnissen des Patienten.
- Ein ordnungspolitischer Auftrag kann nicht wahrgenommen werden und müsste allenfalls delegiert werden.

## 6. Regelmässiger persönlicher Kontakt mit Vertrauensperson

Die psychosoziale Beratung stellt oftmals die intensivste Begleitbehandlung zur Substitution dar. Grundlage der Beratung ist eine tragfähige Beziehung.

### 6.1 Inhalt und Frequenz

Die psychosoziale Beratung beinhaltet einen aufsuchenden und nachgehenden Aspekt, ist lösungsorientiert, gründet auf wechselseitiger Toleranz und Akzeptanz aller Beteiligten und orientiert sich an den individuellen Ressourcen und Einschränkungen des Patienten.

Alle psychosozialen Behandlungen umfassen sowohl allgemeine als auch spezifische Faktoren oder Wirkmechanismen. Die allgemeinen Faktoren sind jene Dimensionen der Behandlung, die den meisten Psychotherapien gemeinsam sind: eine edukative Wirkung, eine überzeugende Begründung der Behandlung, die Erhöhung der Erwartungen auf Verbesserung, die Erbringung von Unterstützung und Förderung und insbesondere die Qualität der therapeutischen Beziehung (Rozenzweig, 1936; Castonguay, 1993). Zu den spezifischen Faktoren zählen jene Techniken und Interventionen, die eine bestimmte Beratung kennzeichnen oder in denen sie sich von anderen unterscheidet.

Klinische Erfahrungen aus der diacetylmorphingestützten Behandlung zeigen, dass sich nebst den periodischen Beratungsgesprächen ein regelmässiger, im besten Fall täglicher Kurzkontakt positiv auf die Beziehung zwischen Patient und Berater und somit auf die Behandlung als Ganzes auswirkt. Auch der regelmässige Kurzkontakt während der Abgabe der Substitutionsmedikation stellt einen wichtigen Aspekt der Beziehung zwischen Institution und Patienten dar und soll, wenn immer möglich, in einer angenehmen und empathischen Atmosphäre stattfinden. Zudem können bei regelmässigen Kontakten bereits geringe Veränderungen sofort wahrgenommen werden und es kann rasch und zielgerichtet interveniert werden (Schmid, Strasser & Fehr, 2014).

Besonders zu Beginn der Behandlung sowie in Krisensituationen kann eine intensive Beratung mit täglichen Kontakten notwendig sein und zu einer raschen Stabilisierung des Patienten führen. Auch wenn intensive Gespräche vermieden werden, reagieren die Patienten meist positiv darauf, wenn man nach ihnen fragt, sich um sie kümmert und äussert, dass man sich um sie sorgt.

#### **EMPFEHLUNG:**

- Ein regelmässiger Kontakt wird angestrebt, da sich dieser positiv auf die Beziehung zwischen Patienten und Berater auswirkt.
- Hoher Stellenwert wird dem täglichen Kurzkontakt beigemessen, bei welchem bereits geringe Veränderungen in der Befindlichkeit des Patienten wahrgenommen und Kurzinterventionen durchgeführt werden können.
- Die Frequenz des Kontaktes wird im weiteren Beratungsverlauf grundsätzlich den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst.

## 6.2 Zuweisung der fallführenden Beratungsperson

Die Zuweisung an die fallführende Beratungsperson, die die Betreuung im eigenen Berufsverständnis und in Eigenverantwortung durchführt und für den Patienten als erste Ansprech- und Vertrauensperson gilt, erfolgt grundsätzlich nach den für den Patienten aktuell notwendigen Fachkompetenzen unter der Berücksichtigung von Querschnittsthemen wie zum Beispiel Gender und Migrationshintergrund. Bei Aufgaben ausserhalb der eigenen Kompetenzen holt sich diese Fachperson die notwendige Unterstützung bei den anderen Berufsgruppen.

### Interkulturelle Aspekte

Mit steigender Tendenz sind etwa 20% der substituierten Patienten in der Schweiz Migranten oder haben Migrationshintergrund. Neben sprachlichen und soziokulturellen Hindernissen bestehen oftmals auch soziale Isolation und mangelndes Selbstvertrauen. (BAG, 2013).

Für eine erfolgreiche Beratung ist eine gemeinsame Sprache zwischen Patienten und Beratenden von zentraler Bedeutung. Die Benützung der Muttersprache sowie allenfalls der Einbezug einer definierten Schlüsselperson mit Kenntnis des sozio-kulturellen Kontexts werden angestrebt. Zu diesem Zweck dienen spezialisierte und interkulturelle Übersetzungsdienste (BAG, 2013).

### Geschlechtsspezifische Beratung

Aufgrund von teilweise traumatischen und schambesetzten Erlebnissen (sexueller Missbrauch, Prostitution) wird auf eine geschlechtsspezifische Beratung geachtet. Die persönliche Erfahrung zeigt jedoch, dass viele Männer sich eine weibliche Beratungsperson wünschen oder umgekehrt. Aus diesem Grund ist eher auf eine themenspezifische als grundsätzlich auf eine geschlechtsspezifische Beratung Wert zu legen.

### **EMPFEHLUNG:**

- Bei interdisziplinär durchgeführten Substitutionsbehandlungen empfiehlt sich die Benennung einer fallführenden Fachperson (Case Manager), die für die Gesamtbehandlung der zugewiesenen Patienten verantwortlich ist.
- Wenn immer möglich wird die Fallführung unter Berücksichtigung von Querschnittsthemen wie Gender und Migration zugewiesen.

## Literatur

- Annis H.M., & Chan, D. (1983). The differential treatment model – Empirical evidence from a personality typology of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 159-173
- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (2012). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Thieme
- Barth, V. (2011). *Sucht und Komorbidität - Grundlagen für die stationäre Therapie*. Heidelberg, Hüthig Kehle Rehm GmbH.
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose, Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 562-571.
- Bell, J., Chan J. (1995). Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. *Addiction* 90, 823-830
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Springer Verlag
- Berking, M. & Znoj, H.-J. (2007). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (2), 141-152
- Blöschl, L. (2011). In: M. Hautzinger & M. Linden (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual* (2011). Springer
- Brückner, E. (2004). *Entwöhnungsbehandlung und stationäre Psychotherapie*. In: Krausz, M. & Haasen, C. (2004) *Kompendium Sucht*. Thieme
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013). *Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit. Empfehlungen Revision 2013 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)*
- Carrol, K.M. (1996). Relapse Prevention as a Psychosocial Treatment: A Review of Controlled Clinical Trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 4, 46-54
- Castonguay, L.G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *J Psychother Integration*, 3, 267-286.
- Demmel, R. & Beck, B. (2004). Anticipated outcome of shortterm treatment for alcohol-dependence: Self-efficacy ratings and beliefs about the success of others. *Addict Dis Their Treat* 3, 77-82
- Demmel, R., Nicolai, J. & Jenko, D.M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, prediction of treatment outcome. *J Stud Alcohol* 67, 637-641
- de Shazer, S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Carl Auer
- Dürsteler-MacFahrland, K.M., Schmid, O., Strasser, J. & Wiesbeck, G.A. (2009) *Therapiemanual Kokainabhängigkeit. Grundlagen und Arbeitsmaterialien zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung*. Kohlhammer
- Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: The Julian Press
- Elvy, G.A., Wells, J.E. & Baird, K.A. (1988). Attempted referral as intervention for problem drinking in a general hospital. *British Journal of Addiction*, 83, 83-89
- Gordon, T. (1970). *Parent Effectiveness Training, The "No-Lose" Programm for Raising Responsible Children*. Peter H. Wyden, Inc., New York

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2012). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Hogrefe
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz/PVU
- Higgins, S.T. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: a brief review. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior* 57, 419-427
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 1, 91-111
- Hunt G. M. & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer: Berlin, Heidelberg, S. 36 ff
- Kidorf, M. & Hollander, J. (1998). Increasing employment of opioid dependent outpatients: an intensive behavioral intervention. *Drug and Alcohol Dependence* 50, 73-80
- Klos, H. & Görgen, W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm*. Hogrefe
- Körkel, J. (1998). Grundlegende Ergebnisse und Überlegungen für ein neues Verständnis von Rückfällen. In: Körkel, J. (Hrsg) *Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer*, Blaukreuz, Wuppertal, 13-63
- Körkel, J. & Schindler, C. (2014). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer
- Lange, W., Reker, M. & , Driessen, M. (2008). Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht* 54 (6), S. 20-30
- Leonhardt, H.R. & Mühler, K. (2010). *Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke*. Lambertus
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D. & Miles, M.B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books
- Ludwig, K. (1992). *Systemische Therapie: Grundlage klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Heather, N., Whitton, B. & Robertson, I. (1986). Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six month follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 19-34
- Hermer, M. (1996). Erlernte Inkompetenz – Von der defizitfixierten zur ressourcenorientierten Psychotherapie. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (3), 377-392
- Maerker, A. (2009). Operante Verfahren. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, 3. Auflage). Heidelberg: Springer
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds., 1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press
- Maddux, J.F., Desmond, D.P. (1995). Rapid admission and retention on methadone. *Am J Drug Alcohol Abuse* 21, 533-547
- Miller, W.R. & Sovereign, R.G. (1989). The Check-up. A model for early intervention in addictive behaviors. In: Loberg, T., Miller, w.r., Nathan, P.E., & Marlatt, G.A. (Eds). *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*, 219-231. Amsterdam:Swets & Zeitlinger

- Miller, W.R., Gribskov, C.J. & Mortell, R.L. (1981). Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addictions*, 16, 1247-1254
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford
- Mirin S.M. & Batki, S.L. (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry* 152, 1-57
- Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88
- Najavits, L.M. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm «Sicherheit finden»*. Hogrefe
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*, New York – Wiley
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. William Morrow & Company Inc., New York
- Prue, D.M., Keane, T.M., Corell, J.E. & Foy, D.W. (1979). An analysis of distance variables that affect aftercare attendance. *Community Mental Health Journal*, 15, 149-154
- Rappaport, J. & Hess, R. (1984). *Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action*. Routledge Member of the Taylor and Francis Group
- Reinecker, H. (1978). *Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden*. Salzburg: Müller
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.
- Rounsaville, B.J., & Carroll, K.M. (1992). Individual psychotherapy for drug abusers. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P. & Millman, R.B., Hrsg. *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*, 2. Edition, New York: Williams and Wilkins. S. 496-508.
- Rozenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Sanchez-Craig, M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems. An approach based on client choice. *British Journal of Addiction*, 85, 169-177
- Schmid, O. (2009). Psychosoziale Betreuung in einer Substitutionsbehandlung mit pharmazeutischem Heroin, resp. Diacetylmorphin. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hg). (2009). *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Lambertus, 291-297
- Schmid, O., Strasser, J. & Fehr, S. (2014). Behandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung. *Suchtmagazin* 1, S. 30-33
- Schneider, R., Casey, J. (2000). Motivational versus Confrontational Interviewing: A Comparison of Substance Abuse Assessment Practices at Employee Assistance Programs. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 27, 60-74
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012). *Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012*. Verfügbar unter: [http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Empfehlungen%20SGB\\_2012\\_FINAL\\_05%2003%202013.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Empfehlungen%20SGB_2012_FINAL_05%2003%202013.pdf) [22.04.2013]
- Silverman, K. & Higgins, S.T. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry* 53, 409-415
- Sisson, R.W. & Mallams, J.H. (1981). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholics Anonymous and Al-Anon meetings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 371-376

Specka, M., Böning, A. & Scherbaum, N. (2011). Kontingenzmanagement in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Fortschr Neurol Psychiat* 79, S. 395–403

Stavemann, H.H. (2002). Sokratische Gesprächsführung in der Therapie und Beratung. Beltz

Stavemann, H.H. (2006). Differenzialindikation für Disputationstechniken und Sokratische Dialoge in der Kognitiven Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 38 (2), 337-349

Stitzer M, Petry N. (2006). Contingency management for treatment of substanceabuse. *Annu Rev Clin Psychol* 2, S. 411–434

Stohler, R. (2008). In: Schmid, O. & Müller, T. (2008). Heroin - von der Droge zum Medikament; Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994 – 2008, Pabst Science Publishers

US Center for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocols 10 and 33 (<http://www.treatment.org/Externals/tips.html>)

Yalom, I. (1974). *Gruppentherapie*. München: Kindler