

Le paradigme de la consultation en 5 points

Otto Schmid & Thomas Müller

Ce document présente un extrait du livre
Empfehlungen zum Beratungssetting in Substitutionsbehandlungen
[Recommandations pour la consultation dans les traitements basés sur la substitution]
de Otto Schmid & Thomas Müller,
paru aux éditions Herbert Utz-Verlag GmbH, Munich, 2015
(ISBN 978-3-8316-4462-9)

1. Le paradigme de la consultation en 5 points

Les recommandations faites ici se basent sur les cinq points principaux suivants :

1. L'approche humaine
2. Le droit du patient à l'autodétermination
3. La reconnaissance du paradigme de l'acceptation
4. La consultation non restrictive ou la restriction comme dernier recours
5. Le contact personnel régulier avec le soignant

2. L'approche humaine

Avoir une approche humaine des personnes est une composante essentielle de la consultation. Il s'agit de considérer chaque être humain comme l'acteur de sa propre existence. Il porte en lui les ressources lui permettant d'agir en s'épanouissant et, à travers cette réalisation personnelle à laquelle il croit, de donner du sens à sa vie.

La consultation s'inscrit par principe dans la non-confrontation. Les méthodes de consultation basées sur la confrontation ou autoritaires n'ont pas fait école, au contraire, elles se sont avérées globalement inefficaces. En particulier chez les personnes ayant une faible estime de soi (Annis & Chan, 1983), ce type de méthodes conduit souvent à des résultats indésirables voire contre-productifs (Lieberman et al., 1973 ; Schneider & Casey, 2000).

Tout contact avec le patient doit se faire dans le cadre d'une approche basée sur l'estime, l'empathie et le respect. La rencontre avec le patient observe toujours les règles générales de politesse, de bienséance et de respect. Adopter un comportement correct signifie garder son calme, rester aimable et considérer sérieusement le patient et ses demandes, même lors de situations difficiles ou lorsque celui-ci est en colère ou agressif.

Dans les entretiens, il convient d'être attentif au choix du langage, afin de ne pas submerger le patient de notions trop techniques. Il faut également prendre ses distances avec le langage familier (argot). Ce point est important pour ne pas faire du zèle auprès du patient, mais aussi pour éviter des termes péjoratifs tels que *clean* ou *junkie* (« propre » et « déchet » en anglais).

RECOMMANDATIONS :

- La consultation s'inscrit dans la non-confrontation.
- Le contact avec le patient est basé sur l'estime, l'empathie et le respect.
- La manière de s'exprimer est claire et adaptée à l'interlocuteur.

3. Le droit du patient à l'autodétermination

3.1 L'empowerment

Le terme empowerment s'emploie pour une personne qui a atteint un état d'auto-responsabilité et d'autodétermination et, par là, l'émancipation. Dans ce contexte, importantes sont les stratégies et mesures visant à augmenter le degré d'autonomie et d'autodétermination dans la vie des personnes et devant leur permettre de représenter (à nouveau) leurs intérêts par eux-mêmes, de manière responsable et déterminée (Rappaport & Hess, 1984). Empowerment désigne aussi bien le processus de renforcement individuel que le soutien professionnel apporté aux personnes pour les aider à dépasser leur sentiment d'impuissance et de manque d'influence (powerlessness), à prendre à nouveau conscience de leur sphère d'action et de leurs ressources et à utiliser celles-ci. Sous cette perspective, conserver ou retrouver une bonne santé et son autonomie ainsi qu'améliorer sa qualité de vie sont les objectifs les plus importants de la consultation. Au cours du processus de consultation, le patient est activement soutenu dans son efficacité personnelle.

RECOMMANDATION :

→ La consultation vise à rendre la personne (à nouveau) capable d'exercer une influence sur sa santé, sa qualité de vie et son autonomie.

3.2 Le rôle du soignant

Dans l'idéal, le suivi du patient doit être débuté au plus vite. Le principe d'évaluation du degré de motivation (par ex. sous forme d'entretiens préliminaires répétés) s'est avéré contre-productif (Bell & Chan, 1995 ; Maddux & Desmond, 1995).

L'aide par la consultation consiste à changer le point de focalisation, ce qui déclenche des processus de recherche intérieure amenant le patient à retrouver une conscience de soi élevée. Le soignant se voit aussi différemment : non pas comme celui qui résout le problème, mais plutôt dans le rôle d'un médiateur de développements et de changements (Hermer, 1996) et d'un co-créateur d'alternatives pleines de sens face à un comportement problématique (Ludwig, 1992).

Dans la mise en place de la consultation, la fiabilité et la ponctualité sont très importantes. Pour une consultation basée sur l'estime, le respect réciproque d'accords qui engagent le soignant et le patient est indispensable et représente un élément essentiel de la consultation.

RECOMMANDATIONS :

→ La consultation doit débiter au plus vite et sans entretiens préliminaires visant à évaluer le degré de motivation de la personne.

→ Le soignant n'a pas pour rôle de résoudre le problème du patient, mais il le soutient dans le développement, le changement et la réalisation de ses objectifs.

→ La consultation s'envisage dans le respect réciproque d'accords engageant le soignant et le patient.

3.3 La détermination des objectifs

Les objectifs de la consultation et du traitement sont définis individuellement, de concert avec le patient et avec son accord exprès. Il arrive que les objectifs du patient et ses exigences envers lui-même ne correspondent pas exactement à celles que le soignant considère comme souhaitables. L'atteinte des objectifs est régulièrement évaluée, et la détermination de ceux-ci est adaptée si la situation change. La priorité des objectifs s'établit en fonction des besoins de la personne ainsi que selon les critères d'urgence et de faisabilité.

Les principaux objectifs du traitement basé sur la substitution sont les suivants :

- Garantir la survie de la personne
- Viser des améliorations psychiques, somatiques et sociales
- Éloigner la personne du « monde de la drogue » et de l'accès aux substances illicites
- Réduire la consommation de substances impliquant des risques élevés
- Réduire la criminalité / prostitution liée aux substances illicites et tout comportement socialement problématique
- Retrouver les réflexes essentiels en matière de santé, de nutrition et d'hygiène au regard du trouble initial
- Retrouver des aptitudes sociales, l'autonomie et l'auto-responsabilité dans la vie quotidienne
- Retrouver le contrôle par rapport aux substances licites et illicites
- (Ré)Intégration progressive (implication sociale, environnement social et familial, etc.) en fonction des possibilités individuelles et sociales

RECOMMANDATIONS :

- La mission de la consultation est définie selon les objectifs que chaque patient a individuellement formulés pour lui-même.
- La pertinence des objectifs de la consultation est évaluée régulièrement avec le patient.
- Les objectifs suivent un principe de priorité : les principaux objectifs sont divisés en plusieurs petits objectifs

3.4 La non-atteinte des objectifs

Pour un grand nombre de patients, un trouble addictif implique de graves difficultés à différents niveaux. L'équipe en charge du traitement se doit d'envisager le plus globalement possible la complexité et la dimension multiple de la personne. Il faut entretenir un dialogue motivant et explicite pour ne pas exclure les autres possibilités d'interventions psychosociales et médicales (Schmid, Strasser & Fehr, 2014).

La non-atteinte d'un objectif ou un écart face à un accord conclu ne sera pas considéré comme un « échec » ni sanctionné, mais traité avec le soignant dans une démarche de pleine confiance. Il existe sinon un risque d'assimiler, par exemple, un rendez-vous manqué à un refus de se conformer aux règles ou à un manque de motivation, et de déclarer le traitement comme irréalisable, sans avoir tenté des interventions supplémentaires. De la part du patient, il y a également un risque de réactions disproportionnées, de comportement indésirable ou, plus généralement, de changements inattendus dans l'attitude s'il constate une déception du soignant en cas de non-atteinte de ses objectifs.

Contraindre la personne à participer à des activités psychosociales, telles que des thérapies de groupe, des formations ou des ateliers de travail est par ailleurs fortement déconseillé. Celles-ci ont vraisemblablement un effet contre-productif sur la suite du processus thérapeutique et peuvent fortement compromettre la relation de confiance entre le soignant et le patient (Schmid, 2009).

Les patients suivant un traitement basé sur la substitution entretiennent souvent une certaine relation de dépendance avec l'établissement de soins, mais aussi avec la personne en charge de leur accompagnement thérapeutique. Il convient de porter une attention particulière à ce rapport de pouvoir. Afin de garantir une réflexion professionnelle et d'empêcher toute sollicitation personnelle excessive, le personnel doit avoir facilement accès à des solutions de soutien adaptées, comme la supervision, l'intervision et les entretiens de concertation (casuistique).

RECOMMANDATIONS :

- La non-atteinte d'un objectif ou un écart par rapport à un accord conclu ne doit pas être considéré comme un échec ou un manque de motivation.
- Les éventuels obstacles qui empêchent l'atteinte des objectifs sont identifiés et des stratégies visant à les dépasser sont mises en place.
- Le personnel des établissements de soins a besoin de solutions de soutien adaptées pour garantir son professionnalisme.

4. La reconnaissance du paradigme de l'acceptation

4.1 Acceptation vs abstinence

Dans le cadre du paradigme de l'abstinence, l'objectif principal du traitement est le renoncement durable aux substances nocives concernées. Ce traitement se soldant toutefois par un taux important de retour aux anciennes habitudes - avec les dangers qui s'en suivent, comme une intoxication lorsque la personne reprend la consommation après le traitement de sevrage - la notion de paradigme de l'acceptation tend avant tout à prendre le contre-pied de l'abstinence. Il s'agit de soutenir des mesures menant à réduire les effets nocifs liés à la consommation de substances psycho-actives, par exemple au travers de centres de contact et d'accueil ou de traitements de substitution.

L'objectif le plus important dans le traitement de substitution est la survie de la personne, l'amélioration de sa qualité de vie et, ainsi, son bien-être. « L'abstinence n'est pas un objectif en soi mais elle contribue déjà au bien-être, à qui elle nuit peut-être aussi. L'un ne va pas sans l'autre, l'abstinence seule n'est pas une valeur » (Stohler, 2008). Le processus thérapeutique visant l'abstinence comme celui basé sur le traitement de substitution sont deux chemins possibles vers une expérience de vie subjectivement heureuse et déterminante. Il convient alors d'établir très exactement lequel de ces chemins conviendra le mieux à la personne et à quel moment.

RECOMMANDATIONS :

→ L'abstinence n'est pas l'objectif en soi de la consultation, il s'agit davantage de réduire les effets nocifs liés à la consommation de substances psycho-actives et d'améliorer la qualité de vie du patient.

→ Il convient d'établir précisément quel objectif viser au bon moment pour s'adapter au mieux à la personne.

4.2 La consommation parallèle

La réduction de la consommation parallèle de substances non prescrites est un objectif central des traitements de substitution. Il est difficile d'estimer la pureté et le dosage de substances acquises illégalement (héroïne, cocaïne, amphétamines) qui, dans le moindre des cas, nuisent à la santé. Les benzodiazépines ont un fort potentiel nocif si elles ne sont pas prescrites et prises de manière contrôlée. Le traitement vise ainsi principalement à ce que le patient puisse renoncer à cette consommation risquée de substances. Cependant, dans le cadre du paradigme de l'acceptation, il faut tolérer qu'un patient ne soit pas encore en mesure de suspendre cette consommation parallèle. Les incidents ou la reprise des habitudes antérieures sont le fruit d'une succession d'événements et de décisions (Körkel, 1998). Dans le cadre d'un suivi thérapeutique qui s'inscrit dans le paradigme de l'acceptation, il convient de distinguer un incident de consommation isolé (un « faux pas »), d'un retour persistant aux anciennes habitudes de consommation. Dans le cas d'un incident isolé, la personne peut reconquérir sa liberté face à la consommation parallèle avec peu d'efforts, grâce à une intervention rapide. Dans le cas d'une reprise persistante des habitudes de consommation passées, il faut élaborer des stratégies de long terme avec la personne afin d'atteindre à nouveau une prédisposition au changement.

Dans ce contexte, les débats sociaux ne manquent pas sur ce que Barth (2011) appelle le droit autodéterminant et la liberté de chacun d'altérer sa propre conscience ou de consommer des substances psychotropes.

Pour des raisons diverses, comme le sentiment de culpabilité ou de honte (qui entourent par exemple la manière de se procurer et d'acheter des substances psycho-actives), les données relatives à la consommation parallèle sont souvent incomplètes ou fausses. Afin de réduire les malentendus, il convient de privilégier la transparence des informations ainsi qu'un comportement empathique qui ne se fonde pas sur le jugement (US Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Les analyses toxicologiques des urines ou la remise d'urine sous contrôle visuel sont à éviter dans la mesure du possible. En règle générale, les personnes parlent ouvertement de leur consommation parallèle si des conséquences négatives n'y sont pas rattachées. Dans le cas de patients donnant visiblement de fausses données sur leur consommation parallèle, le sens du suivi doit être revu avec eux.

Les mesures significatives prises suite à une consommation parallèle, notamment la remise de médicaments supplémentaires, doivent être bien réfléchies et expliquées au patient de manière détaillée et claire. De telles mesures sont à retirer ou à adapter dès que le comportement à risque diminue. La consommation parallèle doit être exclusivement perçue comme une menace potentielle à la santé de la personne et en aucun cas faire l'objet d'un jugement moral ou constituer une barrière pour une consultation ou la poursuite de celle-ci.

RECOMMANDATIONS :

- La réduction de la consommation parallèle de substances non prescrites est un objectif central des traitements de substitution.
- Il faut tolérer qu'une personne ne soit pas encore en mesure de suspendre sa consommation parallèle.
- Les analyses toxicologiques des urines ou la remise d'urine sous contrôle visuel sont à éviter dans la mesure du possible.
- La consommation parallèle ne doit en aucun cas faire l'objet d'un jugement moral ou constituer une barrière pour une consultation ou la poursuite de celle-ci.

5. La consultation non restrictive ou la restriction comme dernier recours

5.1 Règles et restrictions

Le patient est considéré comme le « client ». La consultation s'organise ainsi en fonction de ses besoins et doit être la moins restrictive possible (*least restrictive setting possible*) (Mirin & Batki, 1995). Il convient alors de veiller à ce que la personne, indépendamment de son comportement, bénéficie d'une consultation et d'un accompagnement sur mesure, même si cela implique de s'éloigner individuellement des règles et principes établis.

En cas d'infractions graves au règlement de l'établissement de soins, des mesures conséquentes sont prises en faveur d'une solution au comportement indésirable ou dans le but d'empêcher que celui-ci ne se reproduise. Ces mesures ne doivent pas revêtir un aspect éducatif. Les règles fixées servent exclusivement la sécurité des patients et du personnel soignant et visent le bon fonctionnement de l'infrastructure. Les mesures instaurées concernant directement un changement de médication de substitution, ou même suite au refus de prendre celle-ci, sont des actions de dernier recours. Elles ne peuvent survenir qu'après épuisement de toutes autres possibilités, qu'en cas de sérieux risques encourus pour la santé du patient – si celui-ci ne paraît pas avoir conscience ou réaliser ces risques à cause de son état psychique – et enfin dans le cas où la remise de médicaments n'est plus possible pour des raisons propres à l'établissement.

Il ne faut surtout pas mettre en œuvre des mesures dont les conséquences seraient l'humiliation de la personne, sa stigmatisation, son exclusion ou qui auraient pour but de la « punir » d'un point de vue éducatif.

RECOMMANDATIONS :

- La consultation doit éviter au mieux toute forme de restriction.
- Seules quelques règles, comprises de tous et applicables, doivent être instaurées.
- Les mesures qui concernent directement les médicaments de substitution sont à éviter si possible.

5.2 Délimitation de la mission

L'établissement de soins n'a d'obligations qu'envers ses patients. Le traitement professionnel de haute qualité et la consultation sont au premier plan. Les patients sont considérés comme des personnes autonomes et responsables. Ils reçoivent un accompagnement qui tient compte de leurs troubles et des limites que ceux-ci impliquent dans leur comportement. Toute mesure pédagogique ne saurait être appliquée qu'au sens large de la santé et de la prévention. L'établissement ne saurait assumer une mission d'ordre politique.

RECOMMANDATIONS :

→ La consultation dépend avant tout des besoins de la personne.

→ L'établissement ne saurait assumer une mission d'ordre politique, à déléguer en tous les cas aux autorités compétentes.

6. Le contact personnel régulier avec le soignant

Le soutien psychosocial représente souvent le traitement d'accompagnement le plus intensif en matière de substitution. La base d'une consultation réside ainsi dans une relation solide.

6.1 Contenu et fréquence

Le soutien psychosocial implique un aspect de consultation et de suivi, il vise des solutions, se base sur la tolérance et l'acceptation réciproque des parties prenantes et s'envisage d'après les ressources et les limites personnelles du patient.

Les traitements psychosociaux englobent aussi bien des facteurs ou modes d'action généraux que spécifiques. Les facteurs généraux sont ceux communs à la plupart des psychothérapies : un effet pédagogique, une persuasion du bienfait du traitement, des attentes accrues en matière d'amélioration, l'apport d'un soutien et d'une aide et, tout particulièrement, une relation thérapeutique de qualité (Rozenzweig, 1936 ; Castonguay, 1993). Les facteurs spécifiques renvoient aux techniques et interventions propres à un type précis de consultation ou à celles par lesquelles cette consultation se distingue des autres.

Les expériences cliniques tirées du traitement de substitution par diacétylmorphine montrent qu'en parallèle des entretiens périodiques une rapide entrevue régulière, au mieux journalière, a un effet positif sur la relation entre le patient et le soignant et, par là, sur l'ensemble du traitement. Un bref contact lors de la remise de la médication de substitution représente un aspect important de la relation entre l'établissement de soins et la personne et doit se produire, dans la mesure du possible, dans une ambiance agréable et empathique. Par ailleurs, les contacts réguliers permettent de détecter immédiatement les moindres changements et d'engager une intervention rapide et ciblée (Schmid, Strasser & Fehr, 2014).

Particulièrement en début de traitement ainsi qu'en situation de crise, un soutien intensif s'appuyant sur des contacts journaliers peut être nécessaire et conduire à une stabilisation rapide de l'état de la personne. Même en l'absence d'entretiens intensifs, les personnes réagissent le plus souvent de manière positive quand on leur pose des questions, quand on s'occupe ou se préoccupe d'elles.

RECOMMANDATIONS :

- Il est recommandé d'entretenir un contact régulier car celui-ci a un effet positif sur la relation patient-soignant.
- Il convient d'attribuer une grande valeur à la brève entrevue journalière puisque les moindres changements dans l'état de la personne peuvent être détectés et permettre des interventions rapides.
- La fréquence de contact est principalement adaptée aux besoins personnels du patient.

6.2 Le choix du soignant de référence

Le choix du soignant référent qui assurera l'encadrement professionnel sous sa propre responsabilité et constituera pour le patient la première personne de référence et de confiance se fait principalement d'après les compétences spécifiques nécessaires pour le patient en question, ainsi qu'en fonction du paramètre genre homme-femme ou de la situation de migration, par exemple. Le soignant choisi comme référent se fait épauler par d'autres spécialistes dès lors qu'un événement dépasse son domaine de compétence.

Aspects interculturels

Avec une tendance à la hausse, environ 20 % des personnes suivant un traitement de substitution en Suisse sont des migrants ou sont en situation de migration. Outre les obstacles linguistiques et socio-culturels, l'isolement et le manque de confiance en soi sont souvent récurrents (OFSP, 2013). Pour une consultation réussie, le partage d'une même langue entre le patient et le soignant est essentiel. Il convient de favoriser le recours à la langue maternelle ainsi que l'intervention d'une personne tierce connaissant le contexte socio-culturel en question. Il existe à cet effet des services de traduction spécialisés et interculturels (OFSP, 2013).

Distinction homme-femme

Une consultation spécifique en fonction du sexe de la personne est privilégiée compte tenu des expériences parfois traumatisantes ou vécues comme honteuses (abus sexuel, prostitution). La pratique montre toutefois que beaucoup d'hommes préfèrent une femme comme soignant de référence et inversement pour les femmes. Voilà pourquoi le choix du soignant référent s'appuie davantage sur des critères autres que le sexe du patient.

RECOMMANDATIONS :

→ Dans le cadre de traitements basés sur la substitution réalisés de manière interdisciplinaire, une personne de référence est choisie (Case Manager) et nommée responsable tout au long du processus thérapeutique des patients qui lui sont attribués.

→ Dans la mesure du possible, la supervision se fait en tenant compte des paramètres genre homme-femme et de la situation de migration.

Bibliographie

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*. Éd. 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*. Munich: Pfeiffer.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General 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*. Éd. Springer.

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 (Eds.). *Verhaltenstherapiemanual (2011)*. Éd. Springer.

Brückner, E. (2004). Entwöhnungsbehandlung und stationäre Psychotherapie. In: Krausz, M. & Haasen, C. (2004). *Kompendium Sucht*. Éd. Thieme.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). *Dépendance aux opioïdes - Traitements basés sur la substitution. Recommandations révisées de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)*.

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. *Journal of 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. *Addictive Disorders and 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. *Journal of Studies on Alcohol*, 67: 637-641.

de Shazer, S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Éd. Carl Auer.

- Dürsteler-MacFahrland, K.M., Schmid, O., Strasser, J. & Wiesbeck, G.A. (2009). Therapiemanual Kokainabhängigkeit. Grundlagen und Arbeitsmaterialien zur kognitivverhaltenstherapeutischen Behandlung. Éd. 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. New York: Peter H. Wyden, Inc.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2012). Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession. Göttingen: 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. *Annual Review of Clinical Psychology*, 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, pp. 36 ss.
- Kidorf, M. & Hollander, J. (1998). Increasing employment of opioid dependent outpatients: an intensive behavioral intervention. *Drug and Alcohol Dependence*, 50: 73-80.
- Klos, H. & Görden, W. (2009). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm. Éd. Hogrefe.
- Körkel, J. (1998). Grundlegende Ergebnisse und Überlegungen für ein neues Verständnis von Rückfällen. In: Körkel, J. (Eds.). *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. Éd. Springer.
- Lange, W., Reker, M. & Driessen, M. (2008). Community Reinforcement Approach (RA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht*, 54 (6): 20-30.
- Leonhardt, H.R. & Mühlner, K. (2010). Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Éd. 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 mediarecruited 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.
- Maercker, A. (2009). Operante Verfahren. In: J. Margraf & S. Schneider (Eds.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Vol. 1, 3^e éd.). Heidelberg: Springer.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (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. *American Journal of Drug and 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"*. Éd. 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*. New York: William Morrow & Company Inc.
- 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. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*, 2^e édition, New York: Williams and Wilkins, 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. (Eds.). (2009). *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Éd. Lambertus, 291-297.
- Schmid, O., Strasser, J. & Fehr, S. (2014). Behandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung. *Suchtmagazin*, 1: 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.
- Société suisse de médecine de l'addiction (2012). *Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution (TBS) de la dépendance aux opioïdes - 2012*. A consulter sur : <http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Recommandations%20TBS%205%2003%202013.pdf>
- 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. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79: 395-403.
- Stavemann, H.H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung in der Therapie und Beratung*. Éd. 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 substance abuse. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2: 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.samhsa.gov>).
- Yalom, I. (1974). *Gruppentherapie*. Munich: Kindler.