HIVreport.de

Beratung von MSM mit Sex- und Partydrogenkonsum

3 Grundsätzliches zum Forschungsstand

3 Motivierende Gesprächsführung (MI)

8 Verhaltenstherapeutische Verfahren

10 Leitlinien

12 Tipps für Berater_innen

aidshilfe.de

Deutsche AIDS-Hilfe

Beratung von MSM mit Sex-/Partydrogenkonsum

16.12.2016
Update 06/2017

Liebe Leserin, lieber Leser,

5,3 % aller 2010 in der EMIS-Studie[1] befragten Männer, die Sex mit Männern haben, (MSM) aus Berlin gaben an, in den vier Wochen vor der Befragung „Chems“ (GHB/GBL, Ketamin, Crystal Meth und Mephedron) konsumiert zu haben (Schmidt et al. 2016). In Köln waren es immerhin noch 3,8 %, in München 2,5 %.

Auch wenn dies, prozentual gesehen, eine eher kleine Gruppe ist und nicht jeder Konsument abhängig wird, stellt der Substanzkonsum eine Herausforderung für die Prävention dar.[2]

In diesem HIVreport beschäftigen wir uns mit der Frage, welche Beratungsansätze spezifisch für die Gruppe der MSM hilfreich sein können. Wir stellen relevante Studien und Leitlinien vor und geben einige Hinweise für Kurzinterventionen sowie der Suche nach geeigneten Psychotherapeut_innen.

Mit freundlichen Grüßen

Armin Schafberger, Steffen Taubert

Inhalt

Grundsätzliches zum Forschungsstand 3
Motivierende Gesprächsführung (MI).....3
MI mit Klubdrogenkonsumenten 4
MI mit jüngeren Männern 5
MI zur Bestärkung von Safer Sex? 5
Verhaltenstherapeutische Verfahren.....6
Kognitive Verhaltenstherapie..... 6
Kontingenzmanagement 7
Kontingenzmanagement-Projekt in San Francisco 8
Verhaltenstherapie vs. Gesprächskreis .. 8
Zusammenfassung.....9
Schlussfolgerungen.....9
Kurzinterventionen..... 9
Screeningtest „ASSIST“ 10
Leitlinien 10
Leitlinien zur HIV/STI- Diagnostik und -Beratung..... 10
Leitlinien zur Therapie von Methamphetaminabhängigkeit..... 11
Empfehlungen zur Behandlung und Beratung von MSM..... 11
Psychotherapeut_innen-Suche 12
Tipps für Berater_innen.....12
Quellen.....13
Impressum 15

[1] EMIS war eine 2010 europaweit in 38 Ländern durchgeführte Befragung von MSM. In die Auswertung der „Chems-Daten“ flossen die Angaben von 55 446 Männern aus 44 Städten ein.

[2] Häufig werden die Substanzen im Kontext mit Sex konsumiert und können das Risiko des Erwerbes von HIV/STIs erhöhen; Quellen u. a.: Mansergh 2008, Colfax 2004 und Celentano et al. 2006.

Grundsätzliches zum Forschungsstand

In der Literatur ist eine Vielzahl von Studien zu finden, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Beratung, Drogenkonsum und Schutzverhalten beschäftigen.

Die überwiegende Zahl dieser Studien kommt aus den Vereinigten Staaten und spiegelt damit auch die dortige psychosoziale Situation (z. B. das Thema „Obdachlosigkeit schwuler Crystal-Meth-Konsumenten“) sowie das sich von unserem unterscheidende psychotherapeutische Versorgungssystem wider.

In Ergänzung zu hiesigen Erhebungen wie der QUADROS-Studie[3] können diese Studien jedoch wertvolle Anregungen zur Entwicklung neuer Beratungsangebote liefern.

Zentrale Studienfragen

Die weiter unten vorgestellten Studien fokussieren in der Regel auf zwei Fragestellungen:

1. Bewirken beratende Interventionen, dass der Drogenkonsum abnimmt?
2. Führen beratende Interventionen dazu, dass HIV-bezogenes sexuelles „Risikoverhalten“ abnimmt?

„Risikoverhalten“ wird in der Regel mit kondomlosem Analverkehr gleichgestellt. Hierin liegt ein grundlegendes Problem der meisten Studien. Schutzstrategien, die zur Verhinderung einer HIV-Übertragung auf die Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie bauen, („PrEP“, „Schutz durch Therapie“) bleiben unberücksichtigt.

Dies scheint nicht mehr zeitgemäß und spiegelt auch nicht das heutige Schutz- und Risikoverhalten schwuler Männer wider.

Wir fokussieren in unserer Zusammenschau deshalb weniger auf die Studienteilergebnisse zum Kondomgebrauch als vielmehr auf die Ergebnisse zur Wirksamkeit bezüglich der Reduktion des Drogenkonsums.

Motivierende Gesprächsführung (MI)

Die Methode

Die motivierende Gesprächsführung (englisch: Motivational Interviewing, „MI") ist eine klienten- und personenzentrierte Kommunikationstechnik. Im Vergleich zur klassischen Gesprächstherapie nach Rogers ist sie etwas direktiver.

Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

- Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen entwickeln
- Widerstand umlenken
- Selbstwirksamkeit fördern

Der motivierenden Gesprächsführung zufolge sind Menschen häufig ambivalent, wenn es um Verhaltensänderungen geht. Da gibt es beispielsweise einen Teil der Person, der langfristig gesund und ohne Abhängigkeit leben will. Zugleich profitiert ein anderer Teil der Person vom kurzfristigen Lustgewinn oder anderen Aspekten des Drogenkonsums. Selbstschädigendes Verhalten ist oft eingebettet in den beiden Polen dieser Ambivalenz. (siehe Abb. 1)

Die motivierende Gesprächsführung hilft den Klient_innen, ihren Ambivalenzkonflikt genauer zu betrachten, aufzulösen und dann eine Entscheidung zu fällen. Sie

[3] Die QUADROS-Studie („Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern“) war eine Erhebung deutscher Beratungsangebote für Drogen konsumierende MSM. Der vollständige Bericht ist unter https://www.aidshilfe.de/shop/quadros zu finden.

fördert dam die intrinsische Motivation zu Veränderungen.

Das Metaziel der motivierenden Gesprächsführung ist die Unterstützung der Selbstwirksamkeit der Klient_innen. Ihnen soll bewusst werden, dass sie die eigenen Geschicke selbst steuern und Einfluss auf ihre Umwelt nehmen können (Grundlagenwerk: Miller & Rollnick 1991).

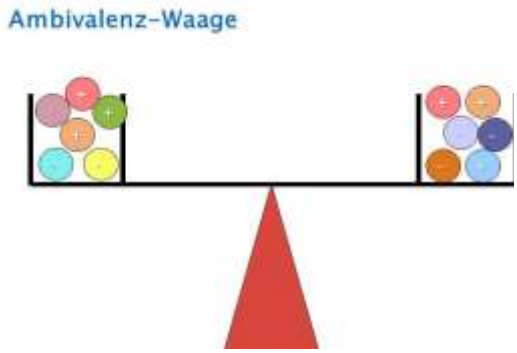

Abb. 1. Weil beide Seiten einer möglichen Verhaltensänderung (z.B. Drogenkonsum reduzieren) mit Nutzen, aber auch mit „Kosten" verbunden sind, empfindet der Einzelne einen mitunter schwer lösbaren Konflikt.

Indem in der motivierenden Gesprächsführung die Vor- und Nachteile einer Ambivalenz bilanziert werden, verstärkt sich zunächst die Diskrepanz, kann dann aber durch gezieltem „Change Talk" aufgelöst werden. Entscheidend ist dabei: Der/die Klient_in findet selbst Argumente für die geplante Veränderung.

MI mit Klubdrogenkonsumenten

Eine amerikanische Studie belegt die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung zur Reduktion des Klubdrogenkonsums von MSM in New York (Morgenstern et al. 2009).

Zwischen 2004 und 2006 erhielten 150 MSM mit zurückliegendem Drogenkonsum vier einstündige Sitzungen. 59,5 % der Männer waren HIV-positiv. Die Hälfte der Gruppe erhielt eine Beratung nach den Grundsätzen der motivierenden Gesprächsführung, die andere Hälfte ausschließlich Informationen („Education Control").

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 37,8 Jahren. Häufig konsumierte Substanzen waren Kokain/Crack, Methamphetamin und MDMA (Ecstasy), in dieser Reihenfolge.

In der MI-Gruppe berieten erfahrene Psycholog_innen mit einer vierstufigen Beratungsstrategie, die auf dem Manual der „Motivational Enhancement Therapy" (MET) basierte.

Motivational Enhancement Therapy

Die MET ist eine auf Abhängigkeitserkrankungen ausgerichtete Kurzform der motivierenden Gesprächsführung. (nur 4 Sitzungen). Entwickelt wurde das Manual bereits vor über 22 Jahren zur kurzzeittherapeutischen Behandlung von Alkohol- und anderen Abhängigkeitserkrankungen (siehe dazu Miller et al. 1994).

Anders als im MET-Manual fokussierten die Berater_innen in der Studie nicht nur auf problematischen Drogenkonsum, sondern auch auf „high-risk sexual activity".

MET-Manual, Quelle: https://pubs.niaaa.nih.gov/

In der Kontrollgruppe wurde auf die Risiken des Drogenkonsums lediglich durch Videofilme hingewiesen. In diesen Filmen schilderten (Ex-)Konsumenten ihre Probleme mit dem Drogenkonsum und die Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Sexualverhalten. Kombiniert wurden diese Filmausschnitte mit Lehrmaterial, das die Gesundheitsrisiken einzelner Substanzen schilderte.

Der Drogenkonsum aller Teilnehmer wurde nach der Intervention in Dreimonatsabständen ein Jahr lang durch Interviews und Urinproben gemessen.

Das Ergebnis: Die Männer, die mit der motivierenden Gesprächsführung beraten wurden, konsumierten signifikant weniger Klubdrogen – ein Effekt, der sich auch im Follow-up nach drei, sechs und neun Monaten noch zeigte.

Dies galt jedoch nur für diejenigen Männer mit schwacher bis mittlerer Abhängigkeit.[4] Bei starker Abhängigkeit brachte die motivierende Gesprächsführung keinen Vorteil.

Auf den Parameter „Unsafe Sex" (hierbei ist davon auszugehen, dass damit kondomloser Sex gemeint ist) erzielte die motivierende Gesprächsführung in dieser Studie keinen Effekt.

MI mit jüngeren Männern

Eine andere, ebenfalls aus New York kommende Studie bestätigt die Wirksamkeit der MI-basierten Kurzberatung. Die Teilnehmer der Studie waren 143 schwule oder bisexuelle, Drogen konsumierende, HIV-negative/ungetestete Männer zwischen 18 und 29 (Parsons et al. 2014). Die Männer wurden in zwei Gruppen (Interventionsgruppe und Kontrollgruppe) aufgeteilt. Beide Gruppen erhielten vier Beratungstermine.

In der Interventionsgruppe wurde nach dem Konzept der motivierenden Gesprächsführung aktiv beraten; in der Kontrollgruppe erhielten die Männer von geschulten Fachkräften Informationen über Partydrogen und die Möglichkeiten einer HIV-Risiko-Reduktion. Der Studienzeitraum lag zwischen 2007 und 2010. Die einzelnen Studienteilnehmer wurden ein Jahr lang beobachtet.

Die Studie zeigt, dass die Männer in beiden Studienarmen nach der Intervention weniger Drogen konsumierten. Die reine Aufmerksamkeit für das Thema schien bei den jüngeren Männern das Verhalten zu ändern. Allerdings wirkte die motivierende Gesprächsführung noch besser als die reine Information/Edukation.Während die Teilnehmer in der MI-Gruppe ihren Drogenkonsum nach einem Jahr um 67 % reduzierten, war es in der Kontrollgruppe nur um 50 %.

Einschränkend ist zu sagen, dass die Daten zum Drogenkonsum ausschließlich durch Interviews/Selbstauskunft erhoben wurden.

MI-Fortbildungen

Deutsche AIDS-Hilfe

Berater_innen können in Seminaren der Deutschen AIDS-Hilfe Grundkenntnisse der motivierenden Gesprächsführung erlernen. 2017 wird es zudem erstmals Fortbildungen zu Kurzinterventionen für die Beratung von Drogenkonsument_innen geben.

Wie in den letzten Jahren gibt es zudem eine zweiteilige Trainerfortbildung zum KISS-Programm, einem verhaltenstherapeutischen Selbstmanagementprogramm zur Kontrolle und Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen.

Alle Seminarangebote der Deutschen AIDS-Hilfe finden Sie unter www.aidshilfe.de/events.

[4] Die Abhängigkeit wurde durch ein klinisches Interview am Anfang der Studie gemessen. Die Kriterien der Abhängigkeit orientierten sich an dem amerikanischen Krankheitsklassifikationssystem DSM-IV (vergleichbar mit dem bei uns geläufigen Klassifizierungssystem ICD-10).

MI zur Bestärkung von Safer Sex?

Durch die motivierende Gesprächsführung nahm bei den jüngeren Männern in der zweiten New Yorker Studie auch der ungeschützte Analverkehr ab. Andere Studien konnten diesen Effekt nicht zeigen. In einem Review verglichen Berg et al. (2011) zehn randomisierte Studien mit über 6051 Teilnehmern zum Start der Studien.

Die systematische Auswertung der Studien durch Berg et al. zeigte, dass die motivierende Gesprächsführung als Beratungsmethode in der Gruppe der MSM zwar grundsätzlich akzeptiert wird. Allerdings ließ sich keine Überlegenheit der motivierenden Gesprächsführung über andere Kurzzeitberatungsansätze belegen, wenn es um die Bestärkung von Kondomgebrauch geht.

Parson vermutete, dass der Misserfolg der motivierenden Gesprächsführung bei der Bestärkung von Safer-Sex-Schutzstrategien zum Teil damit zu erklären sei, dass in den Studien häufig nur geprüft worden sei, ob ungeschützter Analverkehr durch die motivierende Gesprächsführung abgenommen habe. Der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Schutzverhalten sei wenig reflektiert geblieben (Parson 2014, S. 8).

Unberücksichtigt blieben in den Studien in der Regel auch sonstige Schutzstrategien wie etwa Serosorting, der „Schutz durch Therapie“ oder die PrEP. Die Aussage, dass die motivierende Gesprächsführung keinen Einfluss auf Schutz- und Risikoverhalten habe, ist deshalb im Kontext mit der sehr eingeschränkten Definition von Schutz- und Risikoverhalten durch die Forscher_innen zu sehen.

Verhaltenstherapeutische Verfahren

Die in den amerikanischen Studien beschriebenen Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie sind im Großen und Ganzen mit der bei uns von den Krankenkassen bezahlten Verhaltenstherapie vergleichbar. Untersucht wurden allerdings nur verhaltensbasierte Kurzinterventionen. Eine klassische Verhaltenstherapie umfasst in Deutschland hingegen zwischen 25 und 50 Einzelsitzungen.

In einer 2005 veröffentlichten Studie aus Los Angeles wurden unterschiedliche Therapieansätze, eine Methamphetaminabhängigkeit zu behandeln, in ihrer Wirksamkeit verglichen (Shoptaw 2005):

1. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
2. Kontingenzmanagement (KM)
3. Kombination von Verhaltenstherapie und Kontingenzmanagement
4. (Sub-)Kulturell angepasste Verhaltenstherapie (klassische kognitive Verhaltenstherapie plus Vorträge/Diskussionen mit Bezug auf den Drogenkonsum von MSM, u. a. mit schwulen Referenten)

In jeder Gruppe waren um die 40 MSM; 60,5 % der Männer in den randomisierten Gruppen waren HIV-positiv. Die Therapie dauerte 16 Wochen; dreimal pro Woche wurde der Urin auf Drogen getestet und die Intervention durchgeführt.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die Inhalte der Kognitive-Verhaltenstherapie-Gruppe waren das Besprechen innerlicher und äußerlicher Verhaltensverstärker (Trigger), die Möglichkeiten, eine Abhängigkeit zu überwinden und das Erkennen emotionaler Zustände, die das Risiko eines Rückfalls in den Konsum erhöhen.

Des Weiteren fokussierten die Therapeut_innen darauf, wie dysfunktionale Gedankenmuster gestoppt und gesundheitsförderliche Verhalten bestärkt werden können.

Kontingenzmanagement

Das Kontingenzmanagement ist eine besondere Form der Verhaltenstherapie, die nach dem Prinzip „Anreiz zur Verhaltensänderung durch Belohnung“ funktioniert. Durch „operante Konditionierung“ soll der Drogennichtkonsum gefördert werden; als Belohnung für drogenfreie Urinproben erhalten die Teilnehmer_innen Gutscheine und Preise.

Das Resultat: Am Ende der 16-wöchigen Studie konnten die Teilnehmer der einzelnen Studienarme ihren Drogenkonsum um den Faktor 3 reduzieren. Eine Kombination klassischer Verhaltenstherapie mit Elementen des Kontingenzmanagements wirkte, bezogen auf die Dauer des Therapieerfolges, allerdings am besten. Die Männer in der reinen KM-Gruppe hatte nach der Intervention durchschnittlich zweimal längere, die Männer in der kombinierten Behandlungsgruppe dreimal längere Abstinzenzphasen als die Männer in der reinen KVT-Gruppe. (gemessen an drogenfreien Urinproben.)

In den Follow-up-Untersuchungen nach sechs und zwölf Monaten verschwand der Vorteil des Kontingenzmanagements gegenüber den anderen Interventionen jedoch. Gemessen an den drogenfreien Urinproben, schnitt die reine kognitive Verhaltenstherapie nach einem Jahr sogar am besten ab. (81,8 % drogenfreie Urinproben nach 12 Monaten in der reinen KVT-Gruppe vs. 73 % in der KM/KVT-Kombigruppe 72,7 % in der reinen KM-Gruppe und und 66,7 % in der Community-Based-KVT-Gruppe)

Die Studie zeigt also, dass das Kontingenzmanagement wirkt, aber nur solange Anreize gesetzt werden

Doch auch in den Vereinigten Staaten gab es eine Studie mit gegenteiligem Ergebnis. An 127 Methamphetamin konsumierenden MSM aus Seattle (55 % HIV-positiv, 45 % HIV-negativ) wurde der Effekt des Kontingenzmanagements untersucht (Menza 2010).

Während der zwölfwöchigen Intervention unterschieden sich die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe nicht signifikant in methamphetaminfreien Urinproben und ungeschütztem, diskordantem Analverkehr. Nach der Intervention fanden sich in der Interventionsgruppe sogar mehr methamphetaminhaltige Urinproben als in der Kontrollgruppe.

Insgesamt sind die Studienergebnisse also etwas widersprüchlich. Daneben muss berücksichtig werden, dass die Studien oft mit kleine Fallzahlen hantieren. Die Teilnehmer kommen zudem stets aus dem US-amerikanischen Großstadtsetting, in eingen Studien gibt es einen höheren Anteil von „homeless“ MSM. Ob diese Ergebnisse auf Deutschland übertragbar sind, ließe sich nur durch eine Studie in unserem Kulturraum klären.

Kontingenzmanagement. Adhärenz zu Beratung und Psychotherapie mit Gutscheinen erhöhen. In Deutschland ein bisher wenig praktiziertes Verfahren.

Kontingenzmanagement-Projekt in San Francisco .

Basierend auf den ersten ermutigenden Studienergebnissen, wurde in San Francisco ein Programm gestartet, um MSM zu erreichen, die bisher für keine Behandlung zugänglich waren. Die Evaluation des Programmes ergab, dass das Kontingenzmanagement – trotz der Kosten für die ausgezahlten Gutscheine – nicht viel kostet. (Shoptaw 2006).

Das Programm existiert dort nach wie vor und ermöglicht Drogenkonsumierenden Männern die Teilnahme an 12 Wochen-Kursen. (mehr dazu unter: www.sfaf.org/client-services/prop/).

Verhaltenstherapie vs. Gesprächskreis

Eine groß angelegte amerikanische Vergleichsstudie mit 1686 MSM aus Chicago, Los Angeles, New York und San Francisco sollte prüfen, ob eine verhaltenstherapeutische Gruppe wirkungsvoller ist als eine Interventionsgruppe, in der relevante MSM-Themen lediglich in Vorträgen und Diskussionen angesprochen werden (Mansergh 2010).

Der Studienzeitraum lag zwischen Oktober 2004 und April 2008. Die Anzahl der HIV-positiven und die der HIV-negativen Männer hielten sich in der Interventions- und in der Kontrollgruppe die Waage.

Zwei Drittel der Befragten verwendeten beim letzten Analverkehr kein Kondom. Über 40 % der Männer berichteten zur Baseline der Studie über Drogenkonsum während des letzten kondomlosen Analverkehrs mit einem Gelegenheitspartner.

Die Forscher_innen boten den Teilnehmern über sechs Wochen eine wöchentliche zweistündige Sitzung an.

In der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppe wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, ihr Konsumverhalten und ihr Risikoverhalten zu analysieren, von außen bedingte Verstärker riskanten Sexualverhaltens zu erkennen und Verhaltensalternativen sowie Veränderungspläne zu entwickeln.

In der Kontrollgruppe wurden Videos über Themen wie Substanzkonsum, HIV/Aids oder Schutz-/Risikoverhalten gezeigt und anschließend diskutiert. Eine dritte (nicht randomisierte) Vergleichsgruppe erhielt eine Standard-HIV-Beratung und -Testung. Es gab Follow-up-Untersuchungen gab es drei, sechs und zwölf Monate nach der Intervention.

Das Ergebnis: Die Studie belegt keinen signifikanten Unterschied in der Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen. Sowohl

in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe nahm ungeschützter Analverkehr nach zwölf Monaten um ca. 32 % ab. Auch hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums ließ sich in allen Gruppen nur ein vergleichbarer Effekt nachweisen.

Zusammenfassung

Die vorliegenden Studien zeigen, dass kurze, wenige Wochen dauernde Interventionen die Klienten darin unterstützen können, ihren Drogenkonsum zu reduzieren und mitunter auch ihr Schutzverhalten zu bestärken.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der einzelnen Methoden ist die Forschung jedoch widersprüchlich. Insgesamt scheint ein wiederholter therapeutischer Kontakt in Gruppen für MSM hilfreich zu sein, um eine Reduktion ihres Drogenkonsums zu erreichen.

Die überzeugendsten Belege für die Wirksamkeit bei der Konsumreduktion scheint es bei der motivierenden Gesprächsführung zu geben. Sie scheint eine gute Basis für spezifische Beratungs- und Therapiekonzepte darzustellen.

Die von einigen Studien belegten positiven Effekte des Kontingenzmanagements (während der Interventionsphase) könnten zudem zu der Überlegung führen, ob es nicht auch bei uns Gruppen Drogen konsumierender MSM mit geringen finanziellen oder sozialen Ressourcen gibt, die von solchen Interventionen profitieren könnten. Ob eine regelmäßige Inanspruchnahme einer Drogentherapie in dieser Gruppe durch Warengutscheine, kostenlose HIV- und STI-Tests oder andere Belohnungen verstärkt werden kann, ist jedoch unklar und könnte vermutlich nur durch Forschung unter Berücksichtigung der Besonderheiten hiesiger (Sub-)Kulturen geklärt werden.

Schlussfolgerungen

Erstaunlich an den vorgestellten Studien ist, dass bereits relativ kurze Interventionen Effekte einer Konsumreduktion erzielten.

Dies stimmt auch optimistisch für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für die Durchführung solcher „brief interventions“ einen Leitfaden entwickelt, der sich vor allem an Ärzt_innen richtet, aber auch Berater_innen in Aidshilfen und Drogenhilfeeinrichtungen Orientierung bieten kann.

Kurzinterventionen

Die im Manual der WHO beschriebenen Kurzinterventionen dauern zwischen fünf Minuten („brief advice“) und 15 bis 30 Minuten („brief counseling“). Im Gespräch wird die Veränderungsbereitschaft u. a. durch Skalierungsfragen festgestellt:

„Wie wichtig ist es dir, deinen Substanzkonsum zu reduzieren oder zu beenden?“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nicht wichtig										**sehr wichtig**

„Wie zuversichtlich bist du, dass du deinen Substanzkonsum reduzieren oder beenden kannst?“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
wenig zuversichtlich										sehr zuversichtlich

Solange sich die Klient_innen/Patient_innen als „Happy User“ verstehen, wird eine Beratung zum Konsumverzicht vermutlich wenig Sinn haben. Gibt es jedoch (bereits) Ambivalenzen bezüglich des Konsums, werden Probleme gesehen und Wünsche nach Veränderung formuliert, können Kurzinterventionen wichtige erste Schritte einleiten.

Zeigen die Skalierungsfragen ein ausreichendes Maß an Motivation, kann durch die im Manual beschriebenen Elemente der motivierenden Gesprächsführung ein Ver-

änderungsprozess unterstützt werden. Hilfreich scheint den Autor_innen auch der Einsatz des Tools „ASSIST“.

Screeningtest „ASSIST“

Der „Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test“ (ASSIST) der WHO kann helfen, Menschen eine strukturierte Rückmeldung über ihren Drogenkonsum zu geben.

Mit dem ASSIST-Fragebogen werden zunächst der Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum erfasst. Nach der Auswertung erhalten die Klient_innen ein Feedback, bei welcher Substanz auf der Basis ihrer angegebenen Daten ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besteht.

Je nach Risikoprofil berät die Ärztin/der Arzt kurz oder bietet auch eine weitergehende Hilfestellung an. Die/der Patient_in erhält auf Wunsch für jede Substanz eine Feedbackkarte, wie wahrscheinlich bestimmte gesundheitliche Komplikationen sind.

Eine deutsche Version des ASSIST-Fragebogens (3.1) ist auf der Website www.who.int/substance_abuse/activities/assist_3.1/en/ zu finden.

Eine etwas ältere Version (3.0) enthält auch die Feedbackkarten in Deutsch: www.who.int/substance_abuse/activities/assist_test/en/.

Wie sich das Screeningtool „ASSIST“ mit Kurzinterventionen verknüpfen lässt, erläutert das Manual „Brief Intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care“: www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en/.

Leitlinien

Leitlinien zur HIV/STI-Diagnostik und Beratung

Der Erwerb der meisten Klubdrogen ist illegal und wird deshalb von Patient_innen nur selten aktiv angesprochen. Hinzu kommt das für Süchte typische Problem, dass Menschen ihren Kontrollverlust oft sehr lange gegenüber ihrer Umwelt verheimlichen. Um über Drogenkonsum und Gesundheitsrisiken ins Gespräch zu kommen, ist es hilfreich, wenn Ärzt_innen die Frage des Drogenkonsums aktiv ansprechen.

In den Leitlinien der Deutschen STI-Gesellschaft ist der Hinweis zu finden, dass bei „Menschen, die Drogen konsumieren“, „in jeder Beratung zu STI (…) auch der Konsum von legalen und illegalen Drogen angesprochen werden“ sollte (S1-Leitlinie 059/006, S. 15).

Bei der Häufigkeit des Sex- und Partydrogenkonsums in Teilen der schwulen und der Elektro-/Partyszene scheint es jedoch wenig schlüssig, warum diese Aussage nicht für alle Menschen (vor allem für MSM) gelten sollte, die mit einem HIV/STI-Risiko zu einer Ärztin/einem Arzt gehen.

Die britischen Leitlinien der British Association for Sexual Health and HIV zur Sexualanamnese empfehlen deshalb auch, die „alcohol and recreational drug history“ in jedes sexualanamnestische Gespräch im Kontext einer STI-Untersuchung einzubauen (Brook et al. 2013, S. 4 ff.).

Leitlinien zur Therapie von Methamphetaminabhängigkeit

Ein interdisziplinäres Expert_innen-Gremium hat im November 2016 eine S3-Leitlinie zur Behandlung „methamphetaminbezogener Störungen“ veröffentlicht. Im Fokus dieser Leitlinie stehen evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit medikamentöser, psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen.

Sie ist auf der Website des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zu finden: www.aezq.de/aezq/crystal-meth.

Auch wenn die Leitlinien kein klares Votum für ein psychotherapeutisches Verfahren abgeben, sind sie sich jedoch darin einig, dass in der Postakutbehandlung *„jedem Methamphetamin-Konsumierenden unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden* ***soll****“* (Empfehlungsgrad: klare Empfehlung).

Und weiter: *„Dieses sollte nach dem Stepped-Care-Ansatz*[5] *von niedrigschwelligen Aufklärungs-, Psychoedukations- und (motivierenden) Beratungsangeboten* ***über verhaltenstherapeutische Behandlungen*** *(z. B. Kontingenzmanagement) bis hin zu multimodalen Konsumreduktions- bzw. Entwöhnungstherapieprogrammen* ***im ambulanten oder stationären Setting*** *reichen“* (Empfehlungsgrad: mittlere Empfehlung, „sollte“).

[5] Unter „Stepped Care“ wird ein bedarfsgerecht abgestuftes System von Interventionsangeboten verstanden, das von der initialen Problematisierung des Konsums über die Aufklärung/Psychoedukation und Veränderungsmotivierung bis hin zu singulären oder komplexen Therapieangeboten im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting reicht (ÄZQ 2016, S. 72).

Empfehlungen zur Behandlung und Beratung von MSM

In den S3-Leitlinien gibt es auch ein Kapitel mit Hinweisen für die Beratung Methamphetamin konsumierender MSM. Aufgrund der „engen Verschränkung zwischen Methamphetaminkonsum, sexueller Aktivität und Risikoverhalten in der Gruppe der MSM“ empfehlen die Autor_innen, „die Behandlung zielgruppenspezifisch und an der sexuellen Lebenswelt der Männer“ zu orientieren (ÄZQ 2016, S. 136).

Sie sehen das Kontingenzmanagement nicht als „Methode der ersten Wahl“ für MSM und erkennen Potenzial für die Entwicklung spezifischer Peergroup-basierter Ansätze und Online-/Smartphone-basierter Interventionen.

Die Autor_innen verweisen in diesem Kontext auf eine kalifornische Pilotstudie (Studienzeitraum 2008–2009), in der MSM zur Reduktion ihres Drogenkonsums zwei Wochen lang regelmäßig SMS geschickt bekamen, z. B. zu typischen Zeiten ihres Konsums oder ihrer sexuellen Aktivität.

Die SMS bezogen sich auf das Risikomanagement und die Übernahme von Verantwortung (Beispiele: “PNP? Drink water, remember ur limits”, “Mix & match ur clothes, not ur drugs”, “Get his #, not his STD”, “Don’t brush ur teeth 2 hrs B4 sex”, “HIV is not a gift, disclose ur status”, “Think about ur choices, R they rite 4 U?”).

Die Intervention führte zu einem signifikant geringeren Konsum. Im Follow-up (nach zwei Monaten) zeigte sich zudem eine Reduktion des intravenösen Konsums (20,8 % versus 8,3 %). Die Studie war jedoch relativ klein (n = 52) und nicht durch eine Kontrollgruppe abgesichert (Reback et al. 2012).

Klassifizierung von Leitlinien

Die Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF werden in drei auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt:

- S1: von einer Expert_innen-Gruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen)
- S2: Eine formale Konsensfindung („S2k“) und/oder eine formale „Evidenz“-Recherche („S2e“) hat stattgefunden.
- S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse)

S3-Leitlinien sind sozusagen die Leitlinien, die am gründlichsten ausgearbeitet sind

Tipps für Berater_innen

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat eine hilfreiche Arbeitshilfe zur Beratung von Methamphetaminkonsument_innen herausgebracht.

Die 44-seitige Broschüre geht kurz auf die Risiken und Wechselwirkungen von Methamphetaminen ein und beschreibt häufige „Konsumtypen“ sowie mögliche Beratungsstrategien. Die aus der Praxis kommenden Empfehlungen fokussieren auf konkrete Tipps wie u. a.

- kurzfristige Terminvergabe
- kurze Termine, dafür häufiger anbieten
- Reminder durch SMS, E-Mails oder Anrufe vereinbaren
- Einrichtung einer expliziten Methamphetaminsprechstunde
- Freitags- oder Dienstagssprechstunden anbieten, da der Konsum anfangs vor allem um das Wochenende stattfindet
- Etablierung von spezif. Onlineberatung
- konsiliarische Abklärung psychiatrischer und psychischer Störungsbilder, die mit dem Drogenkonsum assoziiert sein können
- Peergroupberatung anbieten

Download unter
www.dhs.de/informationsmaterial/broschueren-und-faltblaetter.html

Psychotherapeut_innen-Suche

Die neuen S3-Leitlinien zeigen, dass die Expert_innen zunächst keine fachlichen Hindernisse für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung von Crystal-Meth-Konsument_innen sehen. Die Verhaltenstherapie, eines der drei von den Krankenkassen finanzierten ambulanten Psychotherapieverfahren, wird explizit genannt. (Empfehlung 5-12) Dies gilt im Besonderen, wenn es um die Behandlung von komorbiden Erkrankungen, z.B. Angststörungen oder Depression geht. (Empfehlung 6-16 und Kap. 6.6.2.2)

Das ist gut zu wissen, denn vor Ort machen Ratsuchende häufig ganz andere Erfahrungen: Vielfach weisen niedergelassene Psychotherapeut_innen Drogenkonsument_innen ab, die nicht vollständig abstinent sind.

Dies bestätigen auch die Autor_innen der S3-Leitlinie: *„Die Therapie von Substanzkonsumstörungen in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie durch Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeuten (spielt) derzeit eher eine Nebenrolle“* (ÄZQ 2016, S. 62).

Ein Verweis auf die Leitlinien könnte zukünftig vielleicht bei der Suche nach einer/einem geeigneten Psychotherapeut_in helfen.

Psychotherapeutenkammer leistet Onlineunterstützung bei der Suche

Die Psychotherapeutenkammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein bieten mit der Plattform „psychinfo“ eine Suchmaschine an, die eine spezifische Suche nach psychologischen Psychotherapeut_innen mit Kompetenzen im Suchtbereich ermöglicht.

Leider liefert die Suchmaschine bisher nur Einträge aus einigen Großstädten Norddeutschlands und aus Berlin. Zudem ist bei der Suche eine Unterscheidung zwischen Verhaltenssüchten und substanzbezogenen Süchten bisher nicht möglich.

Auf Nachfrage von HIVreport räumten die Organisator_innen von **psychinfo** ein, dass die Suche nach Psychotherapeut_innen mit Kompetenzen in der Behandlung von Partydrogenkonsum nicht einfach sei. Einige Psychotherapeut_innen lehnen die Behandlung von Drogenkonsument_innen ab, weil sie gemäß ihrer Ausbildung den Konsum als selbstschädigendes Verhalten interpretieren, das einer ambulanten Behandlung entgegenstehe.

Besserung scheint jedoch in Sicht. Von Mitte 2017 an ist geplant, dass Psychotherapieplätze zentral vergeben werden. Dann, so die Hoffnung, können auch Patient_innen mit schwierigen Problemlagen nicht mehr ohne Weiteres abgelehnt werden.

Quellen

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2016). S3-Leitlinie „Methamphetaminbezogene Störungen“. Hrsg.: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, DGPPN. Springer-Verlag oder Download unter: www.aezq.de/aezq/crystal-meth.

Berg RC, Ross MW, Tikkanen R (2011). The Effectiveness of MI 4 MSM: How useful is motivational interviewing as an HIV risk prevention program for men who have sex with men? A Systematic Review. AIDS Education and Prevention 2011; 23 (6): 533–549.

Brook G, Bacon L, Evans C, McClean H, Roberts C, Tipple C, Winter AJ, Sullivan AK (2014). 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. Int J STD AIDS. 2014 Mai, 25 (6): 391–404. DOI: 10.1177/0956462413512807. EPUB 2013 November 27. Kostenloser Download unter: https://www.bashh.org/guidelines.

Carrico AW, Zepf R, Meanley S, Batche lder A, Stall R (2016). Critical Review: When the Party is Over: A Systematic Review of Behavioral Interventions for Substance-Using Men Who Have Sex with Men. Acquir Immune Defic Syndr. 2016 November 1; 73 (3): 299–306.

Celentano DD, Valleroy LA, Sifakis F, MacKellar DA, Hylton J et al. (2006). Associations between substance use and sexual risk among very young men who have sex with men. Sex Transm Dis 33: 265–271.

Colfax G, Vittinghoff E, Husnik MJ, McKirnan D, Buchbinder S et al. (2004). Substance use and sexual risk: a participant- and episode-level analysis among a cohort of men who have sex with men. Am J Epidemiol 159: 1002–1012.

Colfax GN, Santos GM, Das M, Santos DM, Matheson T, Gasper J, Shoptaw S, Vittinghoff E (2011). Mirtazapine to reduce methamphetamine use: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2011 November; 68 (11): 1168–1175. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.124.

Mansergh G, Koblin BA, McKirnan DJ et al. (2010). An intervention to reduce HIV risk behavior of substance-using men who have sex with men: a two-group randomized trial with a nonrandomized third group. PLoS. Veröffentlicht am 24. August 2010, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000329.

Mansergh G, Flores S, Koblin B, Hudson S, McKirnan D et al. (2008). Alcohol and drug use in the context of anal sex and other factors associated with sexually transmitted infections: results from a multi-city study of high-risk men who have sex with men in the USA. Sex Transm Infect. 2008 November; 84 (6): 509–511.

Menza et al. 2010. Contingency management to reduce methamphetamine use and sexual risk among men who have sex with men: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2010; 10: 774.

Miller WR, Rollnick S (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

Miller WR, Rollnick S (2015). Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerkes auf Deutsch. Lambertus-Verlag.

Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG (1994). Project MATCH monograph series, Band 2 (DHHS-Publikation Nr. 94-3723). Rockville, MD: NIAAA; 1994. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Kostenloser Download unter: http://lib.adai.washington.edu/pubs/matchmonograph2.htm.

Morgenstern J, Bux DA Jr., Parsons J, Hagman BT, Wainberg M, Irwin T (2009). Randomized trial to reduce club drug use and HIV risk behaviors among men who have sex with men. J Consult Clin Psychol. 2009 August; 77 (4): 645–656. DOI: 10.1037/a0015588.

Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M et al. (2014). A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. J Consult Clin Psychol. 2014; 82: 9–18. Kostenloser Download unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935799/.

Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction. 2006 November; 101 (11): 1546–1560.

Reback CJ, Grant DL, Fletcher JB et al. (2012). Text messaging reduces HIV risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. AIDS Behav. 2012; 16 (7): 1993–2002.

Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reida D, Marcus U, Hicksona F, The EMIS Network (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). Int J Drug Policy. 2016 Oktober 24; 38: 4–12.

Shoptaw S, Klausner J, Reback C et al. (2006). A public health response to the methamphetamine epidemic: The implementation of contingency management to treat methamphetamine dependence. BMC Public Health. 2006; 6: 214.

Shoptaw S, Reback CJ, Peck JA et al. (2005). Behavioral treatment approaches

for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. Drug Alcohol Depend. 2005; 78: 125–134.

S1-Leitlinie 059/006. STI/STD – Beratung, Diagnostik und Therapie. Leitlinie: STI/STD – Beratung, Diagnostik und Therapie. Deutsche STI-Gesellschaft, Robert-Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, AWMF-Register Nr. 059/006 (2015). Kostenloser Download unter: www.bhiva.org/monitoring-guidelines.aspx.

WHO. (2010). Brief intervention, the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care. URL: http:// http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en/

Impressum

Herausgeber
Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

V. i. S. d. P.
Steffen Taubert (tau), Armin Schafberger (sch)
hivreport@dah.aidshilfe.de

Text
Steffen Taubert

Lektorat
Martin Heiderich

Bestellung
www.hivreport.de

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20 – BIC: BELADEBEXXX

Fotos

S. 7: iStock.com/ Rachael Arnott

S. 10: iStock.com/ 3D_generator

Hinweis
Die genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentlage mitgeteilt. Geschützte Warennamen (Marken) sind nicht immer als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Warennamen handelt.
Die Deutsche AIDS-Hilfe übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haftet nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leserinnen und Lesern, auf die Fachinformationen und Beipackzettel der Hersteller zurückzugreifen.