

**Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR nach
VOGELMANN-SINE, SINE, SMYTH & POPKY (1998)**

EINLEITUNG

Das folgende Protokoll zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit EMDR wurde von den Autoren 2003 übersetzt und ist Teil eines umfassenden englischsprachigen Manuals zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Vogelmann-Sine et al. 1998)¹. Die fachgerechte Behandlung nach dem hier vorliegenden Protokoll setzt die Kenntnis des kompletten Manuals voraus. Der vorliegende Text dient lediglich dazu einen groben Überblick über das Vorgehen zu vermitteln. Selbstverständlich verlangt die Anwendung dieses Protokoll auch eine abgeschlossene Ausbildung in EMDR und sollte nur von Therapeuten eingesetzt werden, die sowohl in der Behandlung traumatisierter als auch in der süchtiger Patienten ausreichend ausgebildet und erfahren sind.

Unter Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist die Rate traumatischer Störungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht, in einer epidemiologischen US-amerikanischen Untersuchung beispielsweise von Chilcoat und Breslau (1998) (N=1007) war die Rate von posttraumatischen Belastungsstörungen unter Menschen, die einen gestörten Substanzkonsum aufwiesen, dreimal so hoch wie bei denen, die einen unauffälligen Substanzkonsum zeigten. Noch dramatischer sind die Prävalenzraten für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Personen, die sich wegen einer Suchterkrankung in Behandlung befinden. Simpson und Miller (2002) beispielsweise haben in einer Übersichtsarbeit 126 publizierte Studien systematisch ausgewertet und bzgl. ihrer methodischen Qualität gewichtet. Die meisten Studien gaben bei Patienten, die wegen einer Abhängigkeitserkrankung in Behandlungen waren, Raten von 25% bis 50% für posttraumatische Belastungsstörungen an.

Diese wenigen Zahlen illustrieren schon eindrücklich, dass posttraumatische Belastungsstörungen in der Behandlung süchtiger Patienten einen bedeutsamen Faktor darstellen und die Implementierung geeigneter Behandlungsmodule dringend erforderlich machen. EMDR sollte als wissenschaftlich erprobtes Verfahren für traumatische Störungen und andere Erkrankung auch in Suchtbehandlung als willkommene Ergänzung gesehen werden, um die therapeutische Effizienz zu verbessern.

¹ Bezugsquelle des englischsprachigen Originalmanuals und der deutschen Übersetzung siehe Ende des Artikels unter den Literaturangaben. Das hier vorliegende Protokoll wurde von den Autoren übersetzt und entstammt nicht dem ins Deutsche übertragenen Manual!

Für die Behandlung süchtiger Patienten gilt in besonderem Maße, was auch für andere traumatisierte Patienten gilt, um Belastungen mit EMDR bearbeiten zu können, muss zunächst eine ausreichende Stabilität erreicht werden, deshalb ist eine vorangehende, sorgfältig durchgeführte, stabilisierende Therapiephase dringend erforderlich (Reddemann 2004). Zu frühes Bearbeiten belastender Themen führt gerade bei süchtigen Patienten, die in der Regel eine stark verminderte Frustrations- und Spannungstoleranz haben, sehr schnell zu Behandlungsabbrüchen und Rückfällen. Ist ein gutes Behandlungsbündnis etabliert und sind selbstberuhigende Fähigkeiten ausreichend gebildet, sieht das Protokoll vor, mit EMDR einen abstinente Zielzustand zu verankern. Dafür werden die Vorstellungen des Patienten über seine abstinenten Zukunft zunächst detailliert herausgearbeitet und bei unrealistischen Annahmen ggf. vorsichtig korrigiert, dann werden diese mit EMDR gestärkt und verankert. Im nächsten Schritt können dann Belastungen aus dem Alltag oder Ängste vor bestimmten rückfallkritischen Situationen und Trigger des Substanzkonsums bearbeitet werden. Dies trägt meist nicht unerheblich dazu bei, den Zustand des Patienten zu verbessern und ihn zu stabilisieren, da diese Themen oft in quälender Weise das Denken und Fühlen der Patienten bestimmen. Aber auch hier ist große Vorsicht geboten, denn nicht selten stehen z.B. auch scheinbar auf den ersten Blick eher harmlose, triggernde Situationen mit massiv belasteten Vorerfahrungen in direkter Verbindung. Erst wenn sich die Patienten auf diesem Wege weiter stabilisiert haben und die bisherigen Erfahrungen mit der EMDR-Behandlung einigermaßen Erfolg versprechend erscheinen, sollten man sich den traumatischen Vorerfahrungen zuwenden. Bei süchtigen Patienten sollte in der Regel *vom weniger belastenden zum stärker belastenden Material* vorangegangen werden und nicht umgekehrt.

Eine dezidiert ressourcenorientierte, stabilisierende Arbeitsweise ist in der Arbeit mit süchtigen Patienten grundsätzlich erforderlich. Neben dem im Protokoll erwähnten Vorgehen zur Ressourcenverankerung, bietet EMDR noch weitere Möglichkeiten der Stabilisierung (vgl. u.a. Hofmann 2004; Korn 2003, Korn & Leeds 2002). Es hat sich in der Behandlung süchtiger Patienten als sinnvoll herausgestellt, während der gesamten Behandlung oft genug Sitzungen einzufügen, die sich ausschließlich der Stabilisierung und Ressourcen-Installation widmen, insofern ist das unten vorgestellte Protokoll nicht als starres Ablaufschema zu betrachten.

Das Protokoll sieht idealtypisch folgenden Behandlungsverlauf vor: Zunächst wird ein positiver, abstinenter bzw. ‚cleaner‘ Zielzustand mit EMDR gestärkt und verankert. Dasselbe geschieht mit zentralen Ressourcen des Patienten (Shapiro et al. 1997). Dann wird nach einer Art Drei-Komponenten-Modell verfahren. Bearbeitet werden (1) gegenwärtige Belastungen, (2) potentielle Trigger-Reize für erneuten Substanzkonsum (z.B. Alkoholwerbung oder ‚feuchtfröhliche‘ Familienfeste) und (3) traumatische Vorerfahrungen. Die diesen drei Bereichen zugehörigen Situationen und Auslöser werden solange mit EMDR bearbeitet, bis

der durch sie erzeugte Suchtdruck abgebaut ist. Der Suchtdruck wird im Verlauf der Behandlung immer wieder mittels der subjektiven SUD-Skala (subjective units of distress) überprüft.

DAS PROTOKOLL

I. Diagnostik und Überprüfung auf EMDR-Behandelbarkeit

- a) *Erhebung der Lebens- und Vorgeschichte*
- b) *Screening der Dissoziativen Störungen mit dem FDS- (Freyberger et al. 1999) oder DES-Fragebogen (Bernstein & Putnam 1986).*
- c) *Screening auf traumabezogene Symptome, die zum Substanzkonsum oder zu Rückfällen beitragen*
- d) *Screening der psychiatrischen Störungen*
- e) *Screening der EMDR-Behandelbarkeit*
- f) *Behandlungsplanung: Entwicklung eines individualisierten, auf den Substanzkonsum gerichteten Behandlungsplans*
 1. Überprüfen des Behandlungssettings hin auf die Notwendigkeit stationärer Maßnahmen und/oder medikamentöser Unterstützung, Sitzungsfrequenz etc.
 2. Herstellen des Arbeitsbündnisses, der Behandlungsbereitschaft und der Veränderungsmotivation
 3. Erarbeiten angemessener Behandlungsziele, z.B. Abstinenz oder Trinkmengenreduzierung
 4. Entwicklung von Fähigkeiten, die bei der Bewältigung traumabezogener Symptome ohne Substanzkonsum helfen, z.B. Besuch von Selbsthilfegruppen, Aktivierung sozialer Unterstützung oder Vermittlung selbststabilisierender, bzw. selbstberuhigender Techniken
 5. Überprüfung, ob Fähigkeiten zur Abstinenz oder der Konsumreduzierung zur Behandlungsdurchführung notwendig sind und diese ggf. zur Bedingung machen. Vor Beginn der EMDR-Behandlung sollte mindestens ein Monat Abstinenz bestehen.
- g) *Behandlungsplanung: Entwicklung eines individualisierten Behandlungsplanes für den Einsatz von EMDR*
 1. Nutzen der bisher gewonnenen Information zur Überprüfung der Behandelbarkeit mit EMDR
 2. Erarbeitung von Behandlungszielen, basierend auf den Zielen der Patienten und der traumabezogenen Symptome
 3. Bewertung der Affekttoleranz des Patienten und der Fähigkeit die Arbeit mit EMDR auszuhalten, während und nach den Sitzungen
 4. Abschätzung des Bedarfs an inneren Ressourcen und sie, falls nötig, herausarbeiten und verankern. Vorsicht bei schweren Bindungsstörungen und ausgedehnten Selbstwertproblemen
 5. Ressourcen-Verankerung und ich-stärkendes Vorgehen
 6. Inneres Kind-Ressourcen-Verankerung, Stärkung der Selbstfürsorge

II. Vorbereitung des Patienten für die EMDR-Behandlung

a) Erklärung der EMDR-Theorie

b) Erklärung der Behandlung des Suchtdrucks mit EMDR

c) Erklärung der Behandlung schwieriger emotionaler Probleme im Entzug mit dem modifizierten EMDR-Protokoll

d) Erklärung der Behandlung schmerzhafter Erinnerungen (EMDR-Standardprotokoll)

e) Vorbereitung des Patienten für EMDR

1. Vermittlung von Selbstberuhigungstechniken, z.B. durch Imaginationsübungen nach Reddemann (2001)
2. Testen der besten Modalität für EMDR (visuell, taktil oder auditiv)
3. Erarbeiten und Verankern des ‚sicheren Ortes‘ mit EMDR
4. Vermittlung des ‚beschleunigten Informationsverarbeitungsmodells‘ nach Shapiro (1998)
5. Erklärung des Vorgehens: Zugmetapher, Stoppsignal, Rückmeldungen durch den Patienten zwischen den Sets
6. Eingehen auf Ängste und Befürchtungen des Patienten, falls notwendig diese bearbeiten oder eine Ressourcen-Verankerung nutzen, um sie zu beheben

III. Verankerung des positiven Zielzustandes und Überprüfung von Problembereichen auf ihre Eignung für eine EMDR-Bearbeitung

a) Verankerung des positiven Zielzustandes

1. Aufbau eines positiven Ressourcen-Zustandes. Den Patienten nach positiven, kraftvollen und ressourcenvollen Situationen aus der Vergangenheit fragen. Ihn sich auf die damit verbundenen positiven Bilder und Gefühle und Körperempfinden konzentrieren lassen und mit einem oder mehreren Sets verankern. Möglicherweise lassen sich positive Körperempfindungen mit ein paar Sets ausweiten und intensivieren.
2. Definition eines positiven Zielzustandes. Gemeint ist das Behandlungsziel, bzw. die angestrebte Lebenssituation nach Behandlungsende. Das Ziel sollte attraktiv und erreichbar sein. Der Patient sollte sich im Zielzustand kompetent und erfolgreich vorstellen. An zugehörige Gefühle, Geräusche, Gerüche, Geschmack denken lassen. Der Zustand sollte inkompatibel zum Substanzkonsum sein.
3. Verankerung des positiven Zielzustandes gemeinsam mit einer assoziativen Repräsentanz in Form eines leichten Druckes auf einen Fingerknöchel (durch den Patienten selbst oder den Therapeuten) oder durch Denken an ein passendes Schlüsselwort. Dabei einige langsame Augenbewegungen oder langsame taktile bzw. auditive Stimulationen

b) Auswahl des EMDR-Fokuses

1. Herausarbeiten aller gegenwärtigen Belastungen
2. Benutzung des Trigger-Fragebogens (Vogelmann-Sine, S. et al. 1998) oder anderer Informationen, um bekannte Trigger für Suchtdruck zu identifizieren
3. Herausarbeiten traumatischer Vorerfahrungen. Besonders bei traumatischen Erfahrungen ist zu überprüfen, ob der Patient stabil genug ist und genug Ressourcen hat, um diese zu bearbeiten. Gerade auch bei süchtigen Menschen ist hier Vorsicht angebracht.

4. Benutzung des Fragebogens ‚negative Kognitionen‘ (Vogelmann-Sine, S. et al. 1998) und anderer verfügbarer Daten, um bekannte, derzeitige Probleme herauszufiltern, z.B. gravierende Selbstwertprobleme
5. Gemeinsam mit dem Patienten die Bearbeitungsreihenfolge festlegen. Dabei ist zu beachten, dass die Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen erst dann indiziert ist, wenn sich der Patient ausreichend stabilisiert hat. Hierzu ist es häufig sinnvoll, von den weniger belasteten zu den stärker belasteten Themen vorzugehen. Oft verbessert die Bearbeitung von aktuellen Belastungen oder Trigger-Reizen die Stabilität der Patienten erheblich und versetzt sie überhaupt erst in die Lage, sich mit ihren traumatischen Vorerfahrungen auseinanderzusetzen. Nur in wenigen Fällen, ist es indiziert, mit den am belastendsten Themen, meistens sind das die traumatisch Vorerfahrungen, zu beginnen.

c) *Bearbeitung suchtdruckverursachender Trigger mit EMDR*

1. Auswahl des den stärksten Suchtdruck verursachenden Triggers zur Bearbeitung. Wenn die Selbstwirksamkeit gering ist, mit dem schwächsten starten, da dies möglicherweise hilft, das generelle Gefühl der Selbstwirksamkeit zu stärken
2. Genaues Herausarbeiten des triggernden Bildes
3. Bestimmung des augenblicklichen *Suchtdrucks (SD)*²
4. Dazugehöriges Körpergefühl bestimmen. Dann weiter mit PHASE IV-a

d) *Bearbeitung aktuell belastender Erfahrungen mit dem modifizierten EMDR-Protokoll für Abhängigkeitserkrankungen*

1. Auswahl der aktuell belastendsten Erfahrung
2. Genaues Herausarbeiten eines Bildes, welches diese Erfahrung repräsentiert
3. Identifikation einer negativen Kognition, die zu der Erfahrung passt
4. Erarbeitung einer positiven Kognition
5. Stimmigkeit der positiven Kognition überprüfen (VoC)
6. Erarbeitung auf zukünftige Situationen gerichteter Bewältigungs- bzw. Handlungsschemata, um die Abstinenz zu unterstützen
7. Den Patienten sich die belastende Situation vorstellen lassen, die negative Kognition wiederholen und dann den Patienten fragen, welche Gefühle nun da sind.
8. SUD bestimmen
9. Dazugehöriges Körpergefühl bestimmen. Dann weiter mit PHASE IV-b

e) *Bearbeitung zurückliegender traumatischer Erfahrungen mit dem Standard-EMDR-Protokoll nach Francine Shapiro & Arne Hofmann (2002)*

1. Eingrenzung des suchtdruckverursachenden Traumas, weiter mit Phase IV-c

IV. Reprozessieren

a) *Reprozessieren der Trigger*

1. Reprozessieren der Trigger (Bilder, Körpergefühle, Gedanken, Perzeptionen)
2. Auf dahinterliegende Themen achten. Falls diese auftauchen, SUD bestimmen. Auf Null herunterprozessieren oder, falls dies in dieser Sitzung nicht möglich sein sollte, auf ein für den Patienten handhabbares Niveau. Diesen Punkt dann notieren, um ihn in einer späteren

² Der **Suchtdruck (SD)** wird analog dem SUD bestimmt, d.h. auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 den maximal vorstellbaren Suchtdruck repräsentiert und 0 kein Suchtdruck bedeutet.

Sitzung weiterbearbeiten zu können, wenn der Patient dazu bereit und in der Lage ist. Dann Triggerbearbeitung fortsetzen, SD bestimmen und weiter prozessieren.

3. Trigger herunterprozessieren bis $SD = 0$
4. Zukunftsprojektion mit dem Trigger machen und falls notwendig erneut auf Null herunterprozessieren
5. Falls die Sitzung komplett ist, weiter mit Phase V-a, bei inkompletter Sitzung weiter mit VII-a

b) *Bearbeitung wichtiger gegenwärtiger emotionaler Belastungen (aus der aktuellen Abstinenzphase) mit dem modifizierten EMDR-Protokoll*

1. Zugehörige Bilder aktivieren, negative Kognitionen benennen und das Körpergefühl ansprechen, dann Reprozessieren
2. Auf dahinter liegende Themen achten. Falls diese auftauchen, SUD bestimmen und auf Null herunterprozessieren oder zumindest auf ein für den Patienten handhabbares Niveau. Ggf. in einer späteren Sitzung zu Ende prozessieren. Dann zurück zum Ausgangsthema, SUD bestimmen und weiterprozessieren
3. Herunterprozessieren, ggf. durch ‚kognitives Einweben‘ unterstützen
4. Falls die Sitzung komplett ist, weiter mit PHASE V-b, bei inkompletter Sitzung weiter mit PHASE VII-b.

c) *Bearbeitung zurückliegender traumatischer Erfahrungen mit dem Standard-EMDR-Protokoll nach Francine Shapiro & Arne Hofmann (2002)*

1. Falls $SUD = 0$ oder 1 weiter mit Verankerung wie beschrieben unter V-b, bei inkompletter Sitzung weiter mit PHASE VII-b.

V. Verankerung

a) *Verankerung nach der Trigger-Bearbeitung (wenn $SD = 0$)*

1. Aufmerksamkeit erneut auf den Trigger richten und während eines Sets einen leichten Druck auf die Fingerknöchel des Patienten ausüben. Was auch immer für Gefühle oder Rückmeldungen auftauchen, dabei bleiben und ein oder mehrere Sets durchführen

ODER

2. Aufmerksamkeit erneut auf den Trigger richten und dabei an das Schlüsselwort (siehe III-a-3) für den positiven Zustand denken und ein Set durchführen. Was auch immer für Gefühle oder Rückmeldungen auftauchen, dabei bleiben und ein oder mehrere Sets durchführen

b) *Verankerung nach der Bearbeitung gegenwärtiger Belastungen oder traumatischer Erfahrungen*

1. Wenn der SUD bei 0 angelangt ist, die Stimmigkeit der positiven Kognition überprüfen und ggf. neu formulieren. VoC bestimmen. Prozessieren bis der VoC 7 erreicht hat.
2. Verankern der auf zukünftige Situationen gerichteter Bewältigungs-/Handlungsschemata mit langsamen Augenbewegungen, langsamen taktilen oder auditiven Stimulationen bis der Patient sich sicher ist, die Situation meistern zu können. Schließlich, Set durchführen während der Patient einen leichten Druck auf die Fingerknöchel ausübt oder an das Schlüsselwort denkt (siehe III-a-3) und dabei auf den positiven Zielzustand fokussiert. Was immer der Patient an positiven Gefühlen oder Rückmeldungen angibt, dabei bleiben und noch ein oder mehrere Sets durchführen

VI. Körpertest

- a) *Bearbeitung der Trigger: Wenn der SD des Patienten 0 erreicht hat und auf diesem Wert bleibt und er ihn mit dem positiven Zielzustand verknüpft hat, bitten Sie ihn, den Körpertest zu machen, d.h. ihn fragen, ob er irgendeine Körperempfindung hat. Alle Körperempfindungen mit Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen bearbeiten, bzw. verankern. Fahren Sie dann fort mit der Hausarbeit, Phase VII-c*
- b) *Bearbeitung der gegenwärtigen Belastungen oder der zurückliegenden Traumata: Wenn der VoC 6 oder 7 erreicht, den Patienten bitten mit der positiven Kognition im Gedächtnis, nachzuspüren, ob er irgendeine Körperempfindung hat. Alle Körperempfindungen mit Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen bearbeiten, bzw. verankern. Fahren Sie dann fort mit der Hausarbeit, Phase VII-c*

VII. Beenden inkompletter Sitzungen und Hausarbeit

- a) *Bearbeitung der Trigger: Wenn der SD am Ende einer Sitzung nicht auf 0 heruntergeht, den Patienten bitten, die mit dem Trigger zusammenhängenden Gefühle in den imaginativen Safe zu packen. ‚Sicheren Ort‘ imaginieren lassen und mit ein paar Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen verankern. Dann:*
1. Bitten Sie den Patienten, an das positive Ziel zu denken, drücken Sie etwas seine Fingerknöchel oder lassen Sie ihn dies selbst tun und führen Sie einige langsame Augenbewegungen, taktile oder auditive Stimulationen aus, um diese Repräsentanz zu verstärken
- ODER
2. Bitten Sie den Patienten an das Schlüsselwort zu denken (siehe III-a-3), welches den positiven Zielzustand repräsentiert und führen Sie einige Augenbewegungen, taktile oder auditive Stimulationen aus, um diese Repräsentanz zu verstärken
 3. Versichern Sie sich, dass der Patient beruhigt ist, bevor er geht.
- b) *Bearbeitung belastender Erfahrungen oder zurückliegender Traumata: Wenn der SUD nicht auf 0 heruntergegangen ist, lassen Sie den Patienten, die damit zusammenhängenden Gefühle und Bilder in den imaginierten Safe legen. Dann:*
1. Fragen Sie den Patienten, wie er in Zukunft mit dieser Situation umgehen möchte und verankern Sie dieses Verhaltensmuster mit einigen Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen; solange bis der Patient sicher ist, dass er dieses Verhaltensmuster auch im realen Leben umsetzen kann.
 2. Dann einige Augenbewegungen, taktile oder auditive Stimulationen durchführen, um das positive Gefühl zu verankern, indem sie dabei
 - ◆ **die Fingerknöchel drücken**
- ODER
- ◆ **den Patienten bitten, dabei an das Schlüsselwort zu denken (siehe III-a-3), das den positiven Zustand repräsentiert**
3. Versichern Sie sich, dass der Patient beruhigt ist, bevor er geht.
- c) *Betruen mit Hausaufgaben zwischen den Sitzungen*
1. Anleitung von Selbsthilfetechniken bei auftauchendem Suchtdruck: Fixieren zweier Punkte an der Wand und Durchführung von Augenbewegungen zwischen diesen beiden Punkten oder taktile Selbststimulation bis die Konsumwünsche schwächer werden:

- ◆ **Wenn die Wünsche schwächer sind, erneut an den Suchtdruck denken und dabei die Fingerknöchel drücken und erneut Augenbewegungen oder taktile Selbststimulationen durchführen.**

ODER

- ◆ **erneut an den Suchtdruck denken und dabei an das Schlüsselwort denken (siehe III-a-3) und erneut Augenbewegungen oder taktile Selbststimulationen durchführen.**
- ◆ **Planung anderer Aktivitäten zur Sicherung der Abstinenz, wie der Besuch von Selbsthilfegruppen usw.**

2. Dem Patienten vorschlagen, auf weitere Trigger zu achten und ihn bitten, dabei das Ausmaß des Suchtdruckes mit dem Triggerfragebogen zu erheben, und/oder, augenblickliche/zurückliegende belastende Erfahrungen mit dem Fragebogen ‚negative Kognitionen – Follow-up-Form‘ (Vogelmann-Sine, S. et al. 1998) zu erheben.

VIII. Evaluation der zurückliegenden Sitzungen.

- a) *Zu Beginn einer jeden Sitzung den Patienten bitten, sich an positive Erfahrungen seit der letzten Sitzung zu erinnern. Mit Augenbewegungen, taktilen oder auditiven Stimulationen die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen aus diesen Erfahrungen stärken*
- b) *Durchsicht der Fragebögen (Triggerfragebogen und/oder Fragebogen ‚negative Kognitionen – Follow-up-Form‘) (Vogelmann-Sine, S. et al. 1998) : Entscheiden Sie danach, welcher Trigger oder welche gegenwärtig belastende Erfahrungen oder welches zurückliegende Trauma aus diesen Fragebögen während dieser Stunde bearbeitet werden sollten. Wenn keine neuen Trigger oder belastenden Erfahrungen auftauchen, erheben Sie zur Sicherheit noch mal den SD und SUD, um zu überprüfen, ob sie nach wie vor bei 0 oder 1 sind. Und überprüfen Sie, ob der VoC noch bei 6 oder 7 steht. Danach ggf. Durcharbeitung weiterer Trigger und Themen.*

IM TEXT GENANNT UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986): Development, reliability, and validity of a dissociation scale. In: Journal of Nervous and Mental Disease 174, S. 727-735.
- Chilcoat, H. D. & Breslau, N. (1998a): Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. In: Addictive Behaviors 23, S. 827-840.
- Finley, J.R. & Lenz, B.S. (1998). The Chemical Dependence Treatment Documentation Sourcebook: A Comprehensive Collection of Program Management Tools, Clinical Documentation, and Psychoeducational Materials for Substance Abuse Treatment Professionals. New York: Wiley.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R. D. (1999): Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Bern (Huber).
- Hofmann, A. (2004): Die Absorptionstechnik. In: Der EMDRIA Rundbrief 4, S. 33-34.
- Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002): Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. In: Journal of Clinical Psychology 58, S. 1465-1487.
- Korn, L. D. (2003): Ressource-Installation. In: Der EMDRIA Rundbrief 4, S. 27.
- Ouimette, P. & Brown, P. J. (Hg.) (2003): Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders. Washington, DC, US (American Psychological Association).

- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Shapiro, F. & Hofmann, A. (2002). Einführungsseminar in die EMDR-Methode. Manual: Teil1/2 (Unveröffentlichtes Manual). Bergisch Gladbach: EMDR-Institut Deutschland.
- Shapiro, F. (1998). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S. & Sine, L.F. (1994). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 379-391.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S. & Sine, L.F. (1997). Die Behandlung von Traumata und Suchtproblemen. In: C. Eschenröder (Hrsg.). EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Tübingen: DGVT. S. 95-121.
- Simpson, T. L. & Miller, W. R. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. In: *Clinical Psychology Review* 22, S. 27-77.
- Vogelmann-Sine, S., Sine, L.F., Smyth, N.J. & Popky, A.J. (1998). EMDR - Chemical Dependency Treatment Manual. Honolulu, Hawaii. Erhältlich unter HAP: http://www.emdrhap.org/hapstore/emdr_cdtm.htm. Deutsche Übersetzung: Institut für Traumatherapie, Berlin. <http://www.traumatherapie.de>

Dipl.-Psych. Dr. Dieter Kunzke
e-mail: mail@kunzke-online.de