Eye Movement Desensitization and Reprocessing bei einem Patienten mit Asperger-Syndrom: ein Fallbericht

Donald Kosatka

Celia Ona

Tripler Army Medical Center, Honolulu, Hawaii

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) hat sich als wirkungsvoll in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) erwiesen. Dieser Fall zeigt den erfolgreichen Einsatz von EMDR zur Behandlung von PTBS bei einem Patienten mit Asperger-Syndrom und untersucht potenzielle Schwierigkeiten beim Erkennen und Behandeln von PTBS bei Patienten mit Autismus-Spektrumsstörungen. Unsere Patientin war eine 21-jährige Frau mit diagnostiziertem Asperger-Syndrom und multiplen Traumata, die primär von körperlicher Misshandlung durch ihre Mitschüler herrührten. Die Behandlung wurde hochfrequent durchgeführt und erfolgte an drei Tagen pro Woche über einen Zeitraum von ungefähr drei Wochen mit mindestens einem Tag Intervall zwischen den Sitzungen. Nach 8 EMDR-Sitzungen verbesserte sich ihr Punktwert auf der Posttraumatic Checklist; diese Ergebnisse waren bei der Katamnese nach 8 Monaten unverändert.

Schlüsselwörter: Asperger-Syndrom, Autismus-Spektrums-Störung, hemisphärische Lateralität, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), hochfrequente Behandlung

Das Asperger-Syndrom ist eine der Autismus-Spektrums-Störungen (ASS). Erstmals wurde es 1944 von Hans Asperger beschrieben, einem österreichischen Kinderarzt, der Auffälligkeiten bei einer Untergruppe von Kindern bemerkte, die normale bis überdurchschnittliche Sprachfähigkeiten aufwiesen (Asperger, 1944). Charakteristisch sind der beeinträchtigte Gebrauch sozialer Signale, die Unfähigkeit, angemessene Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen und das Fehlen von emotionaler und sozialer Reziprozität. Patienten können obsessiv eng umgrenzte Interessen verfolgen, starr an Routinen festhalten, stereotype repetitive Manierismen und ein überwertiges Interesse für Teilobjekte zeigen (American Psychiatric Association, 2000). Personen mit ASS, einschließlich solcher mit Asperger-Syndrom, weisen Defizite bzgl. ihrer emotionalen Intelligenz auf (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Diese Defizite

führen zu Fehlinterpretationen von stimmlichen Signalen, Körpersprache und Mimik, was in seltsamen und unangemessenen Affekten resultiert. Aufgrund dessen können Personen mit ASS besonders in jungen Jahren sehr leicht das Ziel von Mobbing wie Verspottung, Beschimpfung und körperlicher Misshandlung werden.

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine pathologische Symptomatik, die sich entwickeln kann, nachdem man überwältigenden traumatischen Ereignissen ausgesetzt war. Patienten wiedererleben die traumatischen Ereignisse oft durch intensive, intrusive und lebhaftere Erinnerungen. Albträume treten häufig auf und beinhalten üblicherweise Elemente der Traumaerinnerung. Die Patienten können ebenfalls im Wachzustand Erinnerungen an das Trauma durchleben in Form sogenannter „Flashbacks“. Während dieser Erinnerungen können sie sich so fühlen und

This article originally appeared as Kosatka, D. & Ona, C. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Patient With Asperger's Disorder: Case Report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 13–18. Translated by Marlen Lenzen.

oft auch so verhalten, als würde das ursprüngliche Traumaerlebnis tatsächlich um sie herum stattfinden. In Extremfällen kann dies Wahrnehmungsstörungen einschließlich visueller und / oder auditiver Halluzinationen mit einschließen. Andere Symptome der Störung sind die Vermeidung von Reizen, die sie an das Trauma erinnern könnten, einschließlich diesbezüglicher Aktivitäten, Orte und Personen. Die Patienten können ebenfalls eine herabgesetzte Responsivität aufweisen, die gekennzeichnet ist durch vermindertes Interesse an Aktivitäten und einer generalisierten sozialen Bindungslosigkeit. Schließlich zeigen Patienten Symptome gesteigerten Arousal einschließlich Schlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und einer übertriebenen Schreckhaftigkeit (American Psychiatric Association, 2000; Moore, 2008).

Von Patienten mit ASS ist eine herabgesetzte hemisphärische Lateralität bekannt (Kleinhans, Müller, Cohen, & Courchesne, 2008); ein Merkmal, das mit einem erhöhten Risiko für PTBS und gesteigerter Symptomausprägung in Zusammenhang gebracht wird (Chemtob & Taylor, 2003; Forbes et al., 2006; Saltzman, Weems, Reiss & Carrión, 2006). Die Prävalenz von PTBS bei ASS-Patienten ist unbekannt, jedoch kann PTBS bei ASS schwieriger erkennbar sein, da einige Symptome von PTBS (Vermeidung) sich mit denen von ASS überschneiden. Des Weiteren kann eine ASS andere Symptome einer PTBS verdecken, was den Patienten wiederum zusätzlich behindert. Das Bewusstsein, dass einige der Symptome des Patienten entweder von PTBS herühren oder dadurch verstärkt werden können, kann bei der Feststellung von PTBS bei dieser Patienten-Untergruppe hilfreich sein. Bei einem Patienten mit PTBS bietet eine psychotherapeutische Intervention das Potenzial, die Symptome zu lindern und die allgemeine soziale Performanz und Lebensqualität bei Personen mit ASS in hohem Maße zu verbessern.

Bei einem Patienten mit ASS sehen sich Psychotherapien mit erwiesener Wirksamkeit bei PTBS vor gewisse Herausforderungen gestellt. Insbesondere sind die meisten Trauma-Therapien stark, wenn nicht sogar ausschließlich, auf die Fähigkeit des Patienten angewiesen, traumatische Ereignisse verbal zu beschreiben, indem er präzise Darstellungen der emotionalen Erfahrung verwendet. Da Patienten mit ASS Schwierigkeiten beim verbalen Ausdruck ihrer Emotionen haben, hat Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) einen signifikanten Vorteil gegenüber anderen Verfahren, da das aktive Prozessieren nonverbal erleichtert wird durch den Einsatz von bilateraler Stimulation (BLS).

Literatur bzgl. der Behandlung komorbider PTBS und ASS liegt kaum vor. Bis heute gibt es nur sechs Fallberichte, die die Behandlung von Patienten mit diagnostizierter ASS mit EMDR beschreiben. Diese Fälle wurden in drei Fallserien berichtet, die den Einsatz von EMDR zur Behandlung von Patienten mit PTBS und intellektuellen Einschränkungen dokumentierten (ID; Barol & Seubert, 2010; Mevissen, Lievegoed, & de Jongh, 2011; Mevissen, Lievegoed, Seubert, & de Jongh, 2011). In keinem der sechs Fälle wurden Augenbewegungen zur BLS eingesetzt, da die Patienten dies nicht tolerierten. Daher mussten die Therapeuten auditive Signale, Summer oder Klopfen als BLS verwenden. In den meisten Fällen mussten Modifikationen aller EMDR-Behandlungsphasen vorgenommen werden aufgrund von Schwierigkeiten im Bereich der Sprache und des abstrakten Denkens. In allen Fällen wurden signifikante behaviorale Verbesserungen nach der Behandlung mit EMDR dokumentiert. In einem Fall (Mevissen, Lievegoed, & de Jongh, 2011) wurde festgestellt, dass die ASS-Diagnose nach der Behandlung mit EMDR nicht mehr zutraf, was die Überschneidung von ASS- und PTBS-Symptomen unterstreicht. Dies kann (a) zu einer Fehldiagnose von ASS bei Patienten mit PTBS führen und (b) zu einer larvierten/unbehandelten PTBS bei Patienten mit diagnostizierter ASS.

Fallbericht

Die Patientin war eine 21-jährige weiße Frau, die zur psychiatrischen Evaluation überwiesen wurde aufgrund von störenden Symptomen wie Vermeidung von Fremden, Schlafproblemen und Anhedonie. Der Psychiater änderte eine frühere Diagnose einer nicht näher bezeichneten Angststörung zu PTBS und überwies sie in eine EMDR-Behandlung.

Anamnese

Die Patientin hatte eine psychiatrische Geschichte in Zusammenhang mit einem Asperger-Syndrom, das durch eine psychologische Testung im Alter von 18 Jahren vor der Einschreibung am College bestätigt wurde. Hinzu kam eine bereits zuvor gestellte Diagnose einer nicht näher bezeichneten Angststörung. Während der psychologischen Testung wurden der Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE), die Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) und der Wide Range Achievement Test (WRAT) durchgeführt, wobei ein insgesamt durchschnittlicher IQ festgestellt wurde, bei einer 1-Standard-Abweichung nach unten im Bereich Rechtschreibung.

Die Patientin kam nach der 40. SSW ohne Komplikationen auf natürlichem Wege zur Welt. Die Entwicklung ihrer motorischen Fähigkeiten verlief altersgemäß, jedoch begann sie nicht zu sprechen bevor sie drei war. Obwohl sie während ihrer Schulzeit nie eine formale psychiatrische Diagnose erhielt, bekam sie Förderunterricht wegen Lese-Rechtschreibschwäche. Schon in jungen Jahren hatte sie sowohl Schwierigkeiten, emotionale Signale zu deuten - besonders jene, die Wut und Sarkasmus betrafen –, als auch bei der Vermittlung ihrer eigenen emotionalen Zustände im Allgemeinen.

Während ihres Heranwachsens fühlte sie sich ihren Eltern nah, besonders ihrer Mutter. Sie hatte Probleme, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten und war oft das Ziel von teils massiver Misshandlung durch ihre Mitschüler. Ihre Trauma-Historie rührte ausschließlich vom Missbrauch durch ihre Mitschüler her und es schien, dass sowohl die erhöhte Häufigkeit als auch die Intensität des Missbrauchs in Zusammenhang standen mit ihrer Unfähigkeit, Mimik, Körpersprache und emotionale Stimmsignale zu deuten. Unter anderem wurden Stühle und Backsteine nach der Patientin geworfen; sie wurde in einen Müllcontainer geworfen, ihre Kleidung wurde angezündet, sie wurde am Boden festgehalten während sie geschlagen und getreten wurde und zu einem abgelegenen Ort gefahren und dort zurückgelassen. Sie hatte keine Vorgeschichte von häuslichem sexuellen Missbrauch oder Misshandlung. Auch wenn sie nur wenige Freunde hatte, fühlte sie sich ihrem Hund auf besondere Art und Weise verbunden und hatte nie eine romantische Liebesbeziehung gehabt.

In medizinischer Hinsicht hatte sie eine Vorgeschichte von Migränen ohne Aura seit ihrem zwölften Lebensjahr, was mit 40 mg Eletriptan je nach Bedarf behandelt wurde und nicht mit bekannten Triggern in Verbindung stand. Mit sechzehn Jahren wurde bei ihr das Polyzystisches Ovarsyndrom diagnostiziert, weshalb sie einen NuvaRing benutzte. Sie litt seit Längerem unter krankhafter Adipositas und hatte mit achtzehn Jahren einen Magenbypass bekommen mit dem Resultat, dass ihr BMI von 39.9 auf 24.4 gefallen war. Nach der Operation entwickelte sie einen Vitamin-B12-Mangel und eine Eisenmangelanämie, die mit Cyanocobalamin 1,000 mcg/ml 1 mg/mtl. intramuskulär (IM) und 325 mg Eisensulfat oral täglich behandelt wurde. Täglich erfolgte eine orale Einnahme von 1,000 mg Valaciclovir gegen rezidivierenden Herpes Zoster (Gürtelrose) und abends eine orale Einnahme von 50 mg Trazodon gegen Schlafstörungen. Vor der EMDR-Konsultation wurde sie auf 100 mg Zolofit oral täglich gesetzt, um Angst- und Depressionssymptome zu lindern. Ihre Laborwerte waren nur insofern auffällig,

als dass die alkalische Phosphatase leicht erhöht war; sie lag bei 130 mg/dl (normal ist 38-126 mg/dl).

Abklärende Beurteilung vor Behandlungsbeginn

Während der Probatorik zu Beginn der EMDR-Behandlung wurde deutlich, dass sie Schwierigkeiten hatte, soziale Signale zu lesen, obwohl sie sich dieses Defizits bewusst war und regelmäßig um Klärung des jeweiligen interaktiven emotionalen Kontexts mit dem Therapeuten bat. Es war auffällig, dass sie stereotype Gesten verwendete – unter anderem Haare-Zwirbeln und Händeringen –, und dass sie ein obsessives Interesse für Anime hegte, einen beliebten Animations-Stil, der ursprünglich aus Japan stammt. Es gab 10 Traumata, die sie selbst als signifikant einschätzte mit einem subjektiven Belastungsempfinden (SUD) zwischen 7/10 und 10/10, wobei 0/10 für ein emotional neutral erlebtes Ereignis steht und 10/10 für eines, was die denkbar beunruhigendsten Gefühle hervorruft (Shapiro, 2001). Der Therapeut verwendete die PTBS-Checklist (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) zur Symptomevaluation. Der Punktwert der PCL reicht von 17 (Mindestwert) bis 85 (Höchstwert), wobei 50 als der generell anerkannte Cutoff für PTBS gilt. Zu diesem Zeitpunkt war ihr PCL-Wert auf 60/85 erhöht (siehe Abbildung 1).

Behandlungsverlauf und Ergebnis

EMDR wurde gemäß des Standardverfahrens (Shapiro, 2001) appliziert, indem Augenbewegungen zur BLS eingesetzt wurden. Die Patientin wurde mit drei EMDR-Sitzungen pro Woche (montags, mittwochs und freitags) behandelt und erhielt insgesamt acht Sitzungen. Sie hatte einige Schwierigkeiten während der Bewertungsphase (Phase 3) der Sitzungen, in der die modalen Aspekte (components) der Zielerinnerung bestimmt werden. Insbesondere war sie nahezu außerstande Gefühle in Worte zu fassen, so dass es 30 Minuten Gesprächs-Zeit dauern konnte, bis sie einen Satz konstruiert hatte, in dem sie negative Selbstgefühle hinsichtlich eines bestimmten Ereignisses beschrieben hatte. (Vgl. Abschnitt „Diskussion“ bei diesbezüglichen Behandlungsimplicationen.) Die Ereignisse wurden in der Behandlungsabfolge aufsteigend von ‚am wenigsten traumatisch‘ bis ‚höchst traumatisch‘ angeordnet, da der Behandler dies als die beste Methode ansah, bei der Patientin überwältigende Abreaktionen zu vermeiden. Die Patientin war in der Lage, EMDR unter Einsatz von Augenbewegungen zu tolerieren, wobei der einzige Nebeneffekt war, dass sie jeweils in der Nacht nach der EMDR-Behandlung ungewöhnlich

Veränderungen des PCL-Werts

ABBILDUNG 1. PCL = PTBS-Checklist, mit Punktwerten von 17 (Mindestpunktwert) bis 85 (Höchstpunktwert), wobei 50 als der generell anerkannte Cutoff für PTBS gilt.

lebhaft träumte. Auf Wunsch der Patientin war ihre Mutter bei allen EMDR-Sitzungen anwesend.

Obwohl es während der Bewertungsphase schwierig war, das wahre Ausmaß der Traumatisierung der Patientin zu bestimmen, kamen während der Desensibilisierung Themen von extremem emotionalem Schmerz und Isolationsgefühlen zum Vorschein. Insbesondere wurde deutlich, dass sie zur Zeit der Misshandlung Autoritätspersonen das Mobbing gemeldet hatte und dass vor allem deren negative Reaktionen verletzend für sie gewesen waren. Dies hatte zu einer Art erlernter Hilflosigkeit geführt, woraufhin sie aufhörte, die Vorfälle zu melden. Als diese Themen in der Therapiesitzung aufkamen veranlasste dies die Mutter, den Vater dazu zu bringen, sich für die vierte Sitzung, die besonders intensiv war, frei zu nehmen. Beide Elternteile waren während der Desensibilisierung in Tränen aufgelöst. Der Vater kommentierte dies später mit den Worten, dass er „keine Ahnung gehabt hätte, dass sie so gelitten habe“.

Bis zur siebten EMDR-Sitzung war ein generalisierter therapeutischer Effekt sichtbar, insoweit dass der SUD-Wert bzgl. des siebten Traumas nunmehr bei 6/10 Punkten lag (vorher lag er bei 8/10). Das achte Trauma, dessen SUD-Wert anfangs bei 9/10 gewesen war, lag zu Beginn der achten Sitzung nun

bei 4/10 Punkten. In der Bewertungsphase der neunten Sitzung wurden die zwei schlimmsten Traumata, die anfangs auf der SUD-Skala mit 10/10 Punkten bewertet worden waren, nun mit 0/10 Punkten bewertet ohne Angabe jeglicher negativer Gefühle. Die EMDR-Behandlung wurde abgeschlossen. Der PCL-Wert der Patientin lag zu dieser Zeit bei 23/85, was weitaus niedriger war als der Cutoff für PTBS von 50/85 Punkten und einer 85%igen Reduktion der im Allgemeinen mit traumabezogenem Stress assoziierten Symptome entspricht (siehe Abbildung 1).

Follow-up (Katamnese)

Die Patientin wurde 8 Monate nach Beendigung der EMDR-Behandlung zur Katamnese gesehen. Ihr PCL-Wert lag zu diesem Zeitpunkt bei 21/85. Es fiel auf, dass sie nach wie vor Schwierigkeiten hatte, Emotionen verbal auszudrücken, jedoch war sie sehr gepflegt, konnte gut Augenkontakt halten, wirkte fröhlich, interagierte angemessen und zeigte kein Händeringen oder Haare-Zwirbeln. Sie nahm immer noch täglich 100 mg Zoloft oral und abends 50 mg Trazodon oral zum Einschlafen ein, ansonsten aber keine weiteren Psychopharmaka. Sie kam auf dem College gut zu recht, hatte alle ihre Kurse bestanden und war in ihrer

„speechclass“¹ mit einer eins benotet worden. Sie hatte ihren ersten Freund, den sie mit nach Hause gebracht und ihren Eltern vorgestellt hatte, und sie hatte es geschafft, den Tod ihres Hundes zu verkraften und angemessen zu betrauern. Wie in Abbildung 1 ersichtlich wird, erfuhr unsere Patientin eine deutliche Verbesserung ihrer Symptome nach der EMDR-Behandlung, die auch nach 8 Monaten noch andauerte.

Diskussion

Diagnostische Implikationen

Da nur wenig Literatur bzgl. der Komorbidität von ASS und PTBS vorliegt, ist diese Fallstudie von Wichtigkeit, da sie verschiedene Kernpunkte in Hinsicht auf Präsentation und Behandlung dieser Patienten darlegt. Die früheren Schwierigkeiten unserer Patientin bzgl. emotionaler Kommunikation wurden durch die früheren Verfehlungen der Eltern und Schulbeamten, das Ausmaß ihrer emotionalen Not richtig einzuschätzen, ersichtlich. Diese Missachtung verstärkte die Auswirkung des Traumas.

Obwohl sich unsere Patientin ihren Eltern eng verbunden fühlte, waren sie sich des Ausmaßes des Mobbing nicht bewusst und konnten die Schwere des emotionalen Traumas nicht gebührend anerkennen. Manchmal wandte sich die Patientin an das Lehrpersonal, jedoch wurden ihre Beschwerden für gewöhnlich - wahrscheinlich aufgrund ihrer befremdlichen Gefühlsreaktion - bagatellisiert, und sie wurde bisweilen sogar selbst für ihr Unglück verantwortlich gemacht. Dies resultierte letztendlich in ihrem diesbezüglichen, erlernten Verstummen. Dies unterstreicht die Tatsache, dass Kinder mit ASS seltener ihren Eltern oder Schulbehörden von Mobbing berichten. Wie auch im Falle unserer Patientin können PTBS-Symptome wie Übererregbarkeit in der Wahrnehmung Außenstehender bei einem ASS-Patienten weniger stark ausgeprägt wirken; auch wird das intrusive Trauma-Wiedererleben möglicherweise nicht anderen kommuniziert. Diese Symptome wurden nur nach einer ausführlichen psychiatrischen Befragung sichtbar und als PTBS-Symptome identifizierbar. Aufgrund der mit ASS verbundenen Beeinträchtigung reziproker sozialer Interaktion können Vermeidungssymptome, die von einer PTBS herrühren, fälschlicherweise als Teil der ASS verstanden werden, was wiederum in einer Fehlwahrnehmung des tatsächlichen Ausmaßes der Störung resultiert.

Implikationen für die Behandlung

Unsere Patientin unterscheidet sich von denen anderer Fallstudien, in denen eine beabsichtigte EMDR-Behandlung von ASS-Patienten berichtet wurde (Barol & Seubert, 2010; Mevissen, Lievegoed, & de Jongh, 2011; Mevissen, Lievegoed, Seubert, & de Jongh, 2011). Dort wiesen alle Teilnehmer intellektuelle Defizite auf, wohingegen die intellektuellen Fähigkeiten unserer Patientin durch ihr ASS nicht beeinträchtigt waren. Bei ihr war die volle Anwendung des EMDR-Standard-Protokolls möglich inklusive der Augenbewegungen und ohne die Modifikationen, die in den anderen Studien vorgenommen werden mussten. Ihre Einschränkungen standen in erster Linie mit ihren Schwierigkeiten in Zusammenhang, ihre Gefühle und Gedanken verbal auszudrücken. Die Therapie wurde darauf abgestimmt, diesen Defiziten Rechnung zu tragen.

Der Therapieverlauf unserer Patientin wurde auf zweierlei Art von ihren Problemen, Gefühle präzise zu kommunizieren, beeinflusst. Erstens hatte die Patientin während der Bewertungsphase Schwierigkeiten, ihre negativen Selbstgefühle bzgl. ihres spezifischen Traumas genau zu formulieren. Obgleich diese Schwierigkeit in EMDR geläufig ist, können die meisten Patienten binnen 3-5 Minuten an eine exakte Beschreibung herangeführt werden. Diese Patientin jedoch benötigte nicht weniger als 10, manchmal sogar bis zu 30 Minuten pro Trauma, um die Emotion zu verbalisieren. Obwohl einige Therapeuten angesichts dieser Herausforderungen diesen Teil des Protokolls einfach weglassen würden, involvierte dieser Therapeut die Patientin behutsam in die Diskussion dieser Themen und half ihr so, Einblick in ihre eigenen Gefühlsvorgänge zu gewinnen. Er führte sie durch die Untersuchung des Ereignisses unter Einbeziehung verschiedener Blickwinkel auf ihr Selbst, um das beschriebene negative Selbstgefühl herzustellen. Der Therapeut unterstützte die Patientin in diesem Prozess, indem er eine modifizierte Sokratische Methode anwandte, die Rollentausch ermöglichte. So konnte die Patientin den Therapeuten bzgl. Bedeutungen und Nuancen spezifischer gefühls-repräsentativer Wörter befragen.

Zweitens war während der Desensibilisierungs- und Installationsphase die Zeit zwischen den Augenbewegungen generell länger als durchschnittlich, was wiederum mit den Schwierigkeiten der Patientin, verbal Emotionen auszudrücken, zusammenhing. Der Therapeut gestattete respektvoll längere Schweige-Pausen, so dass sie ausdrücken konnte, was sie eigentlich sagen wollte. Trotz der Tatsache, dass

¹ Kurs zum Einüben der öffentlichen Rede.

diese Beeinträchtigung im ganzen Therapieverlauf ausgeprägt war, verbesserte sich ihre Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren deutlich und stellte so vermutlich einen weiteren Nutzen der Behandlung dar.

Trotz der oben erwähnten Schwierigkeiten veranschaulicht dieser Fall die Wirksamkeit von EMDR bei einem Patienten mit Asperger-Syndrom. Obwohl die Patientin weiterhin Symptome des Asperger-Syndroms zeigte, inklusive eines ungewöhnlich intensiven und obsessiven Interesses für Anime und andauernder Defizite hinsichtlich emotionaler Signale oder präzisen Gefühlsausdruck, war ihr generelles Funktionsniveau nach EMDR deutlich verbessert. Sie zeigte altersgemäße soziale Interaktionen, strahlte eine zuvor nie dagewesene Zuversicht aus und kam am College mit dem Lehrplan, der Reden vor Mitstudenten beinhaltete, gut zurecht. Obwohl einige ihrer Funktionsdefizite zu Behandlungsbeginn Aspekte ihres Asperger-Syndroms darstellten, stand der Hauptanteil ihrer Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit einem PTBS, das durch das Asperger-Syndrom verdeckt wurde, und so den Behandlungsbeginn verzögerte. Es sollte außerdem erwähnt werden, dass die Effekte der EMDR-Behandlung nicht nur deutlich waren, sondern auch über einen Zeitraum von 8 Monaten hinweg Bestand hatten; danach zog die Patientin mit ihrer Familie um und konnte nicht mehr an weiteren Nachuntersuchungen teilnehmen.

Weiterhin wichtig zu sagen bleibt, dass die Behandlung dieser Patientin in einem hochfrequenten Setting durchgeführt wurde; sie wurde ca. drei Wochen in Folge und an drei Tagen die Woche behandelt, mit Intervallen von mindestens einem Tag zwischen den Sitzungen. Der Therapeut bot dieses beschleunigte Verfahren an, da die Patientin Winterferien hatte und vier Wochen später ihr Studium an einem außerstaatlichen College wieder aufnehmen musste. Der primäre Vorteil dieses Verfahrens war, dass es dem Therapeuten ermöglichte, sich in einem begrenzten Zeitraum mit allen Traumata der Patientin zu befassen. Der primäre Nachteil war, dass die Patientin bei der dritten Sitzung in der Woche das subjektive Gefühl hatte, „sehr müde“ zu sein; sie entschied sich jedoch immer, trotz dieser Erschwernis mit den Sitzungen fortzufahren.

Schlussfolgerung

Diese Fallstudie veranschaulicht mehrere wichtige Aspekte in Hinsicht auf ASS und Trauma. Erstens machen ihre soziale Isolation und – Unbeholfenheit

Menschen mit ASS besonders anfällig für Mobbing in Form von physischer und verbaler Misshandlung; hinzu kommt, dass Menschen mit ASS größere Schwierigkeiten haben, ihre Misshandlungserfahrung erfolgreich mitzuteilen. Zweitens können die PTBS-Symptome sowohl von den klinischen Erscheinungen der ASS verdeckt als auch von Klinikern fehlinterpretiert werden, wenn der Patient eine ASS-Diagnose aufweist. Die vorliegende Fallstudie zeigt außerdem die Wirksamkeit von EMDR für diese Patientin mit Asperger-Syndrom und veranschaulicht einige der potenziellen Schwierigkeiten, die während der Behandlung auftreten können.

Literaturhinweise

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Asperger, H. (1944). Die „autistischen psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76–136.
- Barol, B. I., & Seubert, A. (2010). Stepping stones: EMDR treatment of individuals with intellectual and developmental disabilities and challenging behavior. *Journal of EMDR Practice & Research*, 4, 156–169.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 34(2), 163–175.
- Chemtob, C. M., & Taylor, K. B. (2003). Mixed lateral preference and parental left-handedness Possible markers of risk for PTSD. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(5), 332–338.
- Forbes, D., Carty, J., Elliott, P., Creamer, M., McHugh, T., Hopwood, M., & Chemtob, C. M. (2006). Is mixedhandedness a marker of treatment response in posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 961–966.
- Kleinmans, N. M., Müller, R. A., Cohen, D. N., & Courchesne, E. (2008). Atypical functional lateralization of language in autism spectrum disorders. *Brain Research*, 1221, 115–125.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., & de Jongh, A. (2011). EMDR treatment in people with mild ID and PTSD: 4 cases. *Psychiatric Quarterly*, 82, 43–57.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & de Jongh, A. (2011). Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(4), 278–283.
- Moore, D. P. (2008). *Textbook of clinical neuropsychiatry* (2nd ed.). London, United Kingdom: Hodder Arnold.
- Saltzman, K. M., Weems, C. F., Reiss, A. L., & Carrión, V. G. (2006). Mixed lateral preference in posttraumatic stress

disorder. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(2), 142–144.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio, TX.

Danksagung. Die Auffassungen, die in diesem Artikel vertreten werden, sind die der Autoren und geben nicht die offizielle Politik oder Position des Department of Army, des Department of Defense oder des US Government wieder.

Zuschriften zu diesem Artikel bitte an: Donald Kosatka, MD, CT, MBA, Child and Adolescent Psychiatry Fellow (F1), Tripler Army Medical Center, 1 Jarrett White Road, Honolulu, HI 96859. E-mail: donald.j.kosatka@us.army.mil