

Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus in der psychotherapeutischen Praxis

Herausforderungen und Chancen¹

Brit Wilczek

Zusammenfassung

Der Artikel stellt zunächst ein wachsendes öffentliches Interesse am Thema des hochfunktionalen Autismus fest, das sich auch in einer Zunahme an Anfragen hinsichtlich Autismus spezifischer Diagnostik und Psychotherapie widerspiegelt. Er konstatiert eine Relevanz fundierter Informationen zum Autismus in der allgemeinen psychotherapeutischen Praxis, ausdrücklich auch im Erwachsenenbereich. Es werden sodann einige Basisinformationen zur autistischen Grundproblematik und zum autistischen Erleben vermittelt und Implikationen sowie konkrete Themen für die Psychotherapie daraus abgeleitet. Schließlich werden einige bewährte Ansätze und Methoden in der psychotherapeutischen Behandlung sekundärer psychischer Störungen bei Erwachsenen mit hochfunktionalem Autismus aufgeführt.

Während der vergangenen Jahre, in denen ich in meiner Praxis ausschließlich Psychotherapie für Erwachsene mit Autismus anbiete, ist die Frequenz an Anfragen nach Autismus spezifischer Diagnostik und hinsichtlich entsprechender Psychotherapie sekundärer psychischer Störungen deutlich gestiegen. Zugleich erlebe ich in meiner bundesweiten Fortbildungstätigkeit ein wachsendes Interesse an der Thematik seitens der Kolleginnen und Kollegen² in Kliniken sowie auch in ambulanter Praxis. Die Motivation dieses Artikels ist es, zu sensibilisieren für die Relevanz, ja die Brisanz dieses Themas für den gesamten klinischen Bereich und insbesondere für die ambulante Praxis. Auch soll er einige wichtige Basisinformationen anbieten zum Verständnis autistischen Erlebens sowie zu Kernthemen einer störungsangepassten Psychotherapie und bewährten psychotherapeutischen Angeboten. Schließlich möchte er zur näheren und fachlich fundierten Beschäftigung mit Autismus-Spektrum-Störungen ermutigen. Nach 25 Jahren Arbeit mit autistischer Klientel aller Ausprägungen und Altersstufen möchte ich selbst die außerordentlich bereichernden und inspirierenden Begegnungen und Prozesse mit meinen Klienten nicht mehr missen. Und ich bin

- 1) Erstmals erschienen im Psychotherapeutenjournal 2/2015. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.
- 2) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

davon überzeugt, dass eine fundierte Information und Weiterbildung in diesem Bereich nicht nur für die Verbesserung der Versorgungslage der Betroffenen sinnvoll und notwendig ist, sondern auch frustrierenden Erfahrungen auf beiden Seiten – Psychotherapeuten und Klienten – in der psychotherapeutischen Allgemeinpraxis und auch im Klinikalltag vorbeugen kann.

Autismus – eine Modewelle?

In den letzten Jahren wächst ganz offenbar das öffentliche und mediale Interesse am Phänomen des Autismus, insbesondere an den hochfunktionalen Formen. Es häufen sich Fernsehdokumentationen, aber auch Spielfilme zum Thema und Serien, die mit eingängigen (Klischee-)Bildern des vielleicht schrulligen oder soziopathischen, aber irgendwie genialen Asperger-Autisten spielen. Darüber hinaus erscheinen populärwissenschaftliche Artikel, Internetbeiträge unterschiedlichster Quellen und Qualität, aber auch wertvolle Fach- und Betroffenenliteratur, die das Phänomen des hochfunktionalen Autismus ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rücken.

Kann man das „Asperger-Syndrom“ daher also mittlerweile als so etwas wie eine Modewelle bezeichnen? Ist es eine Diagnose, die „jeder haben will“, weil sie als „chic“ gilt – so wie es manche Mahner zu beobachten glauben? Bei eingehender Beschäftigung mit dem Phänomen Autismus und in der täglichen Arbeit mit Betroffenen zeigt sich mir ein anderes Bild. Die meisten meiner Klienten (derzeit zwischen 18 und 62 Jahren) haben bereits eine lange Odyssee hinter sich, ehe sie – durch eigene neue Erkenntnisse angeregt oder auf Hinweis von außen – den Schritt unternehmen, sich gezielt auf Autismus hin untersuchen zu lassen. In der Regel haben sie bereits ihr Leben lang mit psychischen und sozialen Problemen zu kämpfen, haben nach Kräften versucht, sich zu integrieren und die Herausforderungen zu meistern. Etliche waren schon mehrfach in klinischer Behandlung, haben die unterschiedlichsten Diagnosen erhalten und sind darauf behandelt worden – jedoch ohne dass sich die grundlegenden Probleme dadurch gebessert hätten. Eigene Bewältigungsstrategien führten nicht zum Ziel. Während der Autismus spezifischen Diagnostik – das heißt in der gemeinsamen Betrachtung der jeweiligen Geschichte und des individuellen Erlebens vor dem Hintergrund relevanter Kriterien – zeigen sich spezifische Besonderheiten und Herausforderungen, die nun bereits besser zugeordnet werden können. Im Verlauf einer diesen Besonderheiten angepassten Psychotherapie werden darüber hinaus auch die Chancen erkennbar, die sich aus einem solchen neuen Selbstverständnis und einem eingehenderen Verständnis des Autismus für die Betroffenen selbst, jedoch auch für die Fachwelt und letztlich für die Gesellschaft ergeben. Für viele beginnt mit der Diagnose allerdings auch ein Trauerprozess: Die Hoffnung, irgendwann einmal ein „ganz normales“ Leben zu führen, in dem soziale Kontakte leicht gelingen und spezifische Belastungen sich einfach auflösen,

muss zunächst einmal losgelassen werden. Zugleich betrauern viele Neudiagnostizierte auch die Chancen auf Verständnis und gezielte Unterstützung, die ihnen mangels einer frühzeitigen, passenden Diagnose in ihrem bisherigen Leben entgangen sind. So wird eine späte Diagnose oft zugleich als Segen und als Fluch wahrgenommen und sehr häufig wird sowohl seitens der Betroffenen als auch der Angehörigen der Wunsch geäußert: „Hätte man das nur schon früher gewusst.“

Dies soll jedoch nicht dazu verleiten, möglichst schnell und bei den ersten Hinweisen auf Autismus eine entsprechende Diagnose zu vergeben, ohne dass dieser eine umfassende, fundierte und störungsspezifische Abklärung vorausgeht. Nicht jede Auffälligkeit, die nach außen „autistisch“ wirkt, hat auch ihre Wurzeln in einer entsprechenden tiefgreifenden Entwicklungsstörung! Es gibt eine Vielzahl von Störungsbildern, die Teilaspekte des Autismus beinhalten, jedoch einer anderen Ätiologie entspringen und entsprechend anders behandelt werden müssen und *können*. Es ist zu bedenken, dass Autismus als „nicht heilbar“ bzw. „nicht durch Psychotherapie beeinflussbar“ gilt, sodass bei einer falsch-positiven Diagnose möglicherweise Interventionsmöglichkeiten außer Acht gelassen werden, die die Symptomatik wirksam reduzieren oder gar gezielt beheben könnten.

Umso wichtiger erscheint mir eine fundierte Wissensvermittlung zum Spektrum an Erscheinungsbildern des Autismus und der ihnen zugrunde liegenden Kernproblematik für alle Fachkräfte, die in Klinik oder Praxis diagnostisch und psychotherapeutisch tätig sind. Lassen Sie mich hierzu zunächst ein wenig Begriffsklärung vorausschicken, ehe ich versuche, einige Grundzüge autistischer Besonderheiten in Entwicklung und Erleben der Betroffenen aus meiner klinischen Erfahrung heraus zu beschreiben.

Der Autismusbegriff und das Autismusbild im Umbruch

Seit das Asperger-Syndrom als neue Kategorie Mitte der 1990er-Jahre in die diagnostischen Handbücher aufgenommen wurde, ist in Expertenkreisen viel geforscht und diskutiert worden. Man versuchte herauszufinden, was denn nun genau die Kategorie des Frühkindlichen Autismus nach Kanner von dieser neu definierten Kategorie des „Asperger-Autismus“ unterscheidet bzw. was beide miteinander verbindet, um den gemeinsamen Autismus-Begriff zu rechtfertigen und die damit beschriebene Grundproblematik genauer zu erfassen. Nach zwanzig Jahren Forschung und Auseinandersetzung mit den entsprechenden Phänomenen kam man schließlich zu dem Schluss, dass eine kategoriale Unterscheidung nicht immer möglich und auch nicht zweckdienlich ist. Für den betroffenen Klienten – und auch für die psychotherapeutische Behandlung – ist letztlich nicht entscheidend, ob er in die eine oder andere Autismus-Kategorie gehört. Wichtig ist allerdings, ob eine tiefgreifende Entwicklungsstörung im Sinne eines Autismus diagnostiziert wird oder nicht; denn davon hängt

ganz entscheidend ab, ob überhaupt gezielte und störungsangemessene Hilfen eingeleitet werden – bzw. ob bereits bestehende Hilfsangebote und auch die Psychotherapie den besonderen Gegebenheiten der autistischen Grundstruktur angepasst werden können.

So kommt es, dass sich schließlich der Begriff der „Autismus-Spektrum-Störung“ durchgesetzt hat, der nun auch schon im DSM-5 die ursprünglichen Kategorien „Frühkindlicher Autismus“ (Kanner-Syndrom), „Asperger-Syndrom“ und „Atypischer Autismus“ umfasst und ersetzt. Autismus-Diagnostik dient damit fortan der Feststellung, ob eine Person sich auf dem Autismus-Spektrum befindet, und stellt ansonsten so genau wie möglich die jeweiligen individuellen Besonderheiten (und damit im Idealfall auch die Hilfsbedarfe) fest.

Betroffene mit hochfunktionalem Autismus und sekundären psychischen Störungen in der psychotherapeutischen Praxis

Nicht nur die steigende Nachfrage nach gezielter Autismus spezifischer Psychodiagnostik – die einen entsprechenden Verdacht mit hoher Treffsicherheit zu bestätigen oder auszuschließen vermag – und nach störungsangepasster psychotherapeutischer Behandlung spricht dafür, dass diese Thematik nicht allein Spezialisten vorbehalten bleiben darf, sondern zumindest ein Grundwissen diesbezüglich zum Standard eines jeden Psychotherapeuten gehören sollte. Bei aller Diskussion um das Zustandekommen wachsender Prävalenzzahlen kommen wir um die Erkenntnis nicht herum, dass wesentlich mehr Menschen eine autistische Grundproblematik aufweisen, als früher angenommen; diese wird nun eher erkannt bzw. Betroffene erkennen sich in entsprechenden Beschreibungen wieder und können selbst zur diagnostischen Abklärung beitragen. Zugleich wurde in entsprechenden Studien eine hohe Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, vor dem Hintergrund einer autistischen Grundproblematik sekundäre psychische Störungen zu entwickeln.

Angesichts dieser Aspekte wird nachvollziehbar, dass sich sicherlich bereits wesentlich mehr Menschen mit hochfunktionalem Autismus in Psychotherapie befinden, als bisher vielleicht angenommen. Und dies meist, ohne dass sie selbst oder der behandelnde Facharzt oder Psychotherapeut um die autistische Grundproblematik wissen. Hieraus ergeben sich nicht unerhebliche Probleme – für alle Beteiligten, aber auch für das Versorgungssystem insgesamt. Dies mag am folgenden, recht typischen Verlauf deutlich werden, der sowohl von Klienten als auch von Kollegen immer wieder berichtet wird:

Fallbeispiel

Ein Klient sucht aufgrund psychischer Probleme einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Psychologischen Psychotherapeuten auf und ersucht diesen um die Feststellung einer Diagnose

und um Hilfe bei der Bewältigung häufig bereits (lebens-)lang bestehender, dem Klienten selbst unerklärlicher und aus eigener Kraft nicht (mehr) kompensierbarer Probleme. Der Arzt oder Psychotherapeut diagnostiziert aufgrund der ihm geläufigen Parameter, der Berichte des Klienten und der Beobachtungen in den ersten Sitzungen die für ihn erkennbaren psychischen Störungen (z. B. Soziale Phobie, Depression, Zwangsstörung, Anpassungsstörungen, Essstörungen etc.) und beginnt gegebenenfalls eine Behandlung. Sowohl bei der Diagnose als auch im psychotherapeutischen Vorgehen wird er von Grundbedingungen und Parametern ausgehen, die eine „normale“ (d. h. „neurotypische“³) Entwicklung und daher auch einen weitgehenden Konsens in der Wahrnehmung und im Erleben der Umwelt voraussetzen. Der Klient jedoch scheint mit vielen dieser zugrunde gelegten Gegebenheiten und den darauf basierenden Angeboten nichts anfangen zu können, selbst wenn er sich offenbar und ehrlich bemüht – oder wie gewohnt versucht, sich sein „Anders-Sein“ nicht anmerken zu lassen. Die Psychotherapie wird irgendwann abgebrochen – oder auch in der Hoffnung weitergeführt, dass „es schon irgendwann besser wird“ und die angebotenen Methoden greifen werden. Aber das Erleben, „nicht ganz verstanden zu werden“, wächst auf beiden Seiten und hinterlässt sowohl beim Klienten als auch beim behandelnden Psychotherapeuten ein Gefühl der Unsicherheit bzw. der Frustration. Im besten Falle verlässt der Klient die Therapie, nach Abschluss oder frühzeitig, mit dem Gefühl, vielleicht zumindest etwas für sich getan zu haben – aber dennoch mit den „eigentlichen“ Problemen keinen Schritt weiter und nach wie vor alleine zu sein.

Werden eine autistische Grundproblematik und die daraus sich ergebenden Unterschiedlichkeiten nicht erkannt, geht also der Psychotherapeut – und mit ihm womöglich auch der Klient – wie oben beschrieben davon aus, dass die üblichen Parameter und Methoden bei ihm genauso zutreffen und greifen müssten wie bei jedem anderen, neurotypischen Menschen, wird sich meist die Symptomatik nicht bessern. In vielen Fällen verschlimmern sich die sekundären Störungen sogar, da sich das zentrale Erleben des „Anders-Seins“ und der Unfähigkeit, sich anderen verständlich machen zu können, wiederum bestätigt – ja sie verstärken sich sogar durch den Eindruck, selbst in der Psychotherapiesituation „irgendwie anders“ und „falsch“, „eben nicht gut genug“ zu sein bzw. nicht verstanden zu werden.

Frustration und/oder Ratlosigkeit seitens des Psychotherapeuten angesichts der Erfolglosigkeit seiner Bemühungen führen darüber hinaus oft noch zur Unterstellung mangelnder Compliance oder der Feststellung einer Therapieresistenz – mit weiteren fatalen Folgen für das Selbstbild und das psychische Befinden des Klienten, jedoch auch für seine weiteren Behandlungschancen und letztlich auch für seinen Lebensweg.

3) Der Begriff „neurotypisch“ oder „NT“ hat sich in der Autismus-Szene sowohl unter Betroffenen als auch unter Fachleuten durchgesetzt und meint zusammenfassend alle Menschen, die neurologisch gesehen keine autistische Grundstruktur haben.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass sich Depressionen und soziale Ängste verstärken und dass sich stressbedingte psychosomatische Symptome in solch einer Situation verschlimmern können. Beim Psychotherapeuten hingegen bleibt vielleicht das ungute Gefühl der Vergeblichkeit zurück.

Innensicht versus Außensicht: Diagnostik und Psychotherapie unter Einbeziehung des individuellen Erlebens

Voraussetzung für eine tatsächlich klärende und bereits in gewissem Sinne heilsam wirkende Diagnostik sowie auch für die Psychotherapie ist daher ein eingehendes Verständnis der autistischen Grundproblematik, der Besonderheiten in der Entwicklung und der daraus resultierenden spezifischen Bewältigungsstrategien. Dies ist übrigens insofern umso bedeutsamer, als die diagnostischen Kriterien, wie sie in den Manualen verzeichnet sind, bislang *rein von außen beschreibend* formuliert sind, also auf tatsächlich *von außen wahrnehmbare* Besonderheiten bzw. Auffälligkeiten fokussieren. Diese wirken jedoch ohne Ergänzung durch die individuelle Innensicht leider oft irreführend. Auch erscheinen sie für sich genommen nicht spezifisch für Störungen des Autismus-Spektrums. Tatsächlich stellt sich das Erleben der Betroffenen, das heißt ihre Innensicht, meist ganz anders dar und sie selbst investieren sehr viel Energie gerade in die Kompensation bzw. eine möglichst „normale“ Erscheinung und eine bestmögliche Anpassung und Integration.

Aus diesem Grund hat sich im Falle eines Verdachtes auf eine autistische Grundproblematik ein Vorgehen bewährt, das zunächst Grundproblematik und Entwicklung des Autismus anschaulich erklärt. Auf diesem gemeinsamen Verständnishintergrund kann dann gezielt unter störungsrelevanten Aspekten *das Erleben des Klienten* exploriert und dieses in der Auswertung mindestens ebenso berücksichtigt werden wie das äußerlich beobachtbare Erscheinungsbild. Soweit wie möglich sollten dabei auch Informationen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld und am besten aus der Ursprungsfamilie mit berücksichtigt werden, da diese das Bild gerade hinsichtlich der frühen Entwicklung wesentlich ergänzen. Und dies ist gerade für die Autismus-Diagnostik insofern von hoher Relevanz, als es sich ja um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, das heißt störungstypische Anzeichen zumindest im Nachhinein während der ersten drei Lebensjahre erkennbar sein müssen. Da entsprechende spezifische Auffälligkeiten insbesondere im Ausdrucks- und Interaktionsverhalten der bewussten Erinnerung der Betroffenen selbst in aller Regel nicht zugänglich sind, sind hier Beobachtungen von Eltern, älteren Geschwistern oder anderen Angehörigen zur Vervollständigung des Bildes hilfreich. Es kann jedoch auch auf Arztberichte aus der Kindheit oder auf Schulzeugnisse zurückgegriffen werden.

Jedoch auch Informationen und Beobachtungen aus der Fremdanamnese sollten unbedingt mit den Erinnerungen und dem Erleben des Klienten abgeglichen werden, um Außensicht und Innensicht abzugleichen und zu einem Bild zu ergänzen. Für eine solche Einbeziehung des Klienten und seiner „Innensicht“ bedarf es zugegebenermaßen eines gewissen Zutrauens in die Introspektionsfähigkeit und in die Aussagen des Klienten. Hält man sich jedoch vor Augen, dass ein vornehmlich am Augenscheinlichen orientiertes Vorgehen bei tatsächlich Betroffenen mit nicht geringer Wahrscheinlichkeit mangelhafte oder gar falsche Ergebnisse einbringt, erscheint dagegen das Risiko, bei einem Autismus spezifischen Interview zu wenig aussagekräftige oder auch irreführende Antworten zu erhalten, als relativ gering. Ich selbst würde mir umgekehrt auch nach 25 Jahren der Erfahrung im Autismus-Bereich weder zutrauen noch anmaßen wollen, einen Betroffenen rein von seinem Erscheinungsbild und seinen Verhaltensmustern sicher diagnostizieren zu können. Hierzu sind die Motivation und auch die Fähigkeit zur Anpassung gerade bei Betroffenen mit hochfunktionalem Autismus zu hoch und es könnte zu (oft folgenschweren!) Fehldiagnosen kommen.

Was sollten Psychotherapeuten über Autismus wissen?

Es würde den Rahmen eines solchen Artikels sprengen, alle relevanten Informationen vermitteln zu wollen, was Psychotherapeuten über Autismus wissen sollten, um Hinweise erkennen und Kernprobleme in der Diagnostik und Behandlung berücksichtigen zu können. Daher soll an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Grundzüge zum Verständnis zusammengefasst und am Ende auch noch auf einige fachlich fundierte Informationsquellen verwiesen werden.

Ätiologie

Das entscheidende Charakteristikum und Kernproblem der Autismus-Spektrum-Störungen ist eine besondere Entwicklung des zentralen Nervensystems. Diese ist multifaktoriell und individuell unterschiedlich bedingt, wobei jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine genetische Disposition eine Rolle spielt.

Reizverarbeitung

Eine auf verschiedenen Sinneskanälen verstärkte Reizoffenheit führt dazu, dass die Bildung primärer neuronaler Verknüpfungen von Beginn an wesentlich stärker angeregt wird. Dies führt zu einer Überfülle neuronaler Verbindungen und damit zu zusätzlichen Schwierigkeiten bei der Sortierung und Verarbeitung der ohnehin sehr großen Fülle einströmender Reize. Gestört ist die Unterscheidung relevanter von nicht relevanten Reizen. Dies wirkt sich auf die neuronale Strukturierung sowie auf die Gestaltbildung aus. In der Folge besteht eine

Neigung zur **Reizüberflutung** und entsprechenden **Stressreaktionen** oder auch zu spontaner **Überselektion**, bei der bestimmte Reize pauschal „ausgeblendet“ werden.

Autismus spezifische Bewältigungsstrategien

Solche Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung machen die Entwicklung basaler Bewältigungsstrategien notwendig, die in den meisten Fällen in irgendeiner Form von **Aufmerksamkeitsfokussierung** besteht. Bei Konzentration auf bestimmte als gleichbleibend und verlässlich erlebte Reizmuster kann das überwältigende Chaos der Sinneswahrnehmungen zumindest phasenweise ausgeblendet werden, was als eine gewisse Erleichterung und als Schutzraum erlebt wird. Später können sich aus solchen Erfahrungen heraus **Spezialinteressen, feste Routinen und Gleicherhaltungstendenzen** entwickeln, die vornehmlich zur Erlangung von Struktur und Sicherheit dienen und somit als funktional erlebt werden.

Zugleich bedingt die Notwendigkeit einer solchen Abschottung von der Außenwelt **Probleme in der sozioemotionalen und auch der intrapsychischen Entwicklung**. Die so wichtigen primären Kontakterfahrungen in der Beobachtung eines menschlichen Gegenübers, aber auch des Erlebens einer gewissen Selbstwirksamkeit im Kontakt zu ihm, fallen bei ausschließlicher Konzentration auf verlässlich gleichbleibende, also v. a. gegenständliche Objekte weitgehend oder auch ganz weg. Zumindest aber sind die Möglichkeiten hierzu stark reduziert im Vergleich zu einem neurotypischen Kind, das Reize automatisch filtert und sich daher von Beginn an für vielfältige Eindrücke und intensive Kontakterfahrungen öffnen kann.

Dieser Mangel an *unwillkürlichen* Beobachtungen von und Erfahrungen mit anderen Menschen in der frühen Kindheit stört die Entwicklung basaler Fähigkeiten zur *spontanen, unbewussten Erkennung und Deutung sozialer Signale* sowie auch eines jeweils situativ angepassten *Repertoires an Ausdrucks- und Sozialverhalten*. Es wird, mit anderen Worten, **kein „sozialer Autopilot“** ausgebildet, der neurotypischen (und damit den allermeisten anderen) Menschen die spontane Wahrnehmung und Deutung sozialer Signale sowie die angemessene Gestaltung sozialer Beziehungen ermöglicht, ja diese zeitlebens eben „automatisch“ und unbewusst steuert.

Auf obigem Hintergrund **als hochfunktional zu würdigende Bewältigungsstrategien** autistischer Individuen sind also u. a.:

- Aufmerksamkeitsfokussierung und Trance,
- Rückzugs- und Gleicherhaltungstendenzen,
- Entwicklung von und Bestehen auf verlässlichen Strukturen,
- Fokussierung auf Spezialinteressen,

- spezifische Besonderheiten im Denken und Lernen,
- hochgradige Achtsamkeit und Bewusstheit in sozialen Kontexten,
- Kreativität und Originalität (da von anderen Menschen „vorgelebte“ Lebensstrategien nicht wahrgenommen oder für sie selbst als nicht passend erlebt werden, müssen „aus sich selbst heraus“ ganz eigene Strategien entwickelt werden).

Autistisches Erleben

Aufgrund der beschriebenen Besonderheiten in der Reizverarbeitung ist das Erleben eines Menschen mit Autismus geprägt von Chaos und Reizüberflutung und der damit verbundenen Anstrengung, sich in all dem dennoch leidlich zurechtzufinden. Als ein wesentliches Anliegen der Klienten in der Psychotherapie wird daher meist vorgebracht, Möglichkeiten zur **Stressreduktion**, zum „Abschalten“ und zur **Entspannung** zu finden.

Mangels sozialer Deutungs- und Handlungskompetenzen kommt es darüber hinaus fortlaufend zu Missverständnissen und Fehleinschätzungen im Kontakt mit den Mitmenschen. Und so entwickelt sich bei den allermeisten Betroffenen als ein zentrales Problem das ständig wahrgenommene, völlig unüberwindbar erscheinende **„Anders-Sein“**: Die eigene Erlebenswelt wird als so grundlegend unterschiedlich wahrgenommen von der „Welt“ der Mitmenschen (und umgekehrt), dass sich keinerlei spontane und authentische Gemeinsamkeiten zu ergeben scheinen. Die Welten stehen sich unvereinbar, ja unversöhnlich gegenüber. Hieraus erwächst ein enormes Spannungsfeld für den Betroffenen, das ich im Folgenden anhand eines Anschauungsmodells darstellen möchte.

Das „Zwei-Welten-Modell“

Das hier vorgestellte Modell habe ich während der vergangenen Jahre in der Zusammenarbeit mit meinen Klienten entwickelt. Es hat sich sowohl in der Diagnostik als auch in der Psychotherapie als für alle Beteiligten sehr hilfreich bewährt. Es macht eines der zentralen Kernprobleme autistischen Erlebens nachvollziehbar. Dies wird mir auch von Betroffenen immer wieder als hilfreich zum Verständnis und zur Orientierung für sie selbst sowie auch für die Verständigung mit ihren Mitmenschen bestätigt.

Jeder Mensch macht schon früh in seiner Entwicklung die Erfahrung, dass es zum einen ihn und seine Welt gibt, die sich aus seiner Wahrnehmung, seinen Bedürfnissen und Interessen sowie seinen Grenzen und Aversionen ergibt, sowie die „Welt der anderen“, erst einmal vertreten durch ein „Primärobjekt“, meist Mutter oder Vater. Schon ein Säugling wird feststellen, dass sich diese „Welt der anderen“ immer wieder von der eigenen unterscheidet – ein Erleben, das eine wichtige Grundlage für die Entwicklung der eigenen Identität darstellt.

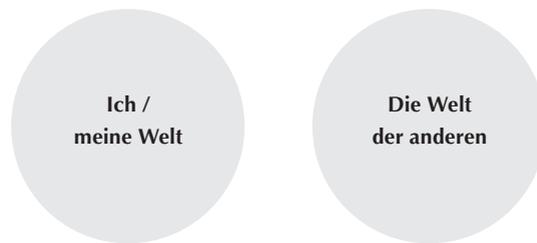


Abbildung 1

In der Regel wird das Kind parallel dazu immer wieder die Erfahrung machen, dass es zwischen der eigenen Welt und der Welt der anderen doch auch eine Schnittmenge gibt. Diese konstituiert sich durch gleiche Wahrnehmungen („heute ist es kalt“), ähnliche Bewertungen des Wahrgenommenen („das ist unangenehm“) und ähnlich Bedürfnisse und Interessen, die sich daraus ergeben („wir gehen ins Warme“). Solche „Schnittmengen“-Erfahrungen sind insofern wertvoll, als sie zum einen die eigenen Wahrnehmungen und Einschätzungen bestätigen und damit Sicherheit geben („wenn die anderen das genauso empfinden, kann ich ja nicht ganz falsch liegen“). Zum anderen ermöglichen sie das Erleben von Kontakt und Zugehörigkeit – was zusätzlich zur Sicherheit beiträgt, denn beides sind existenziell wichtige menschliche Grundbedürfnisse.

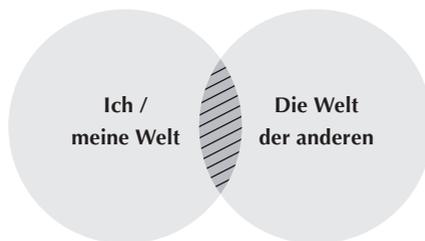


Abbildung 2

Dennoch wird jeder Mensch immer wieder Situationen erleben, in denen die eigenen Wahrnehmungen, Bewertungen und Bedürfnisse nicht denen der Mitmenschen entsprechen. Er muss sich dann entscheiden, ob er „bei sich“ bleibt und für diesen Moment auf Kontakt und Zugehörigkeit verzichtet oder ob er seine eigenen Bedürfnisse und Interessen zurückstellt, um Kontakte und Gruppenzugehörigkeit zu erhalten. (Wenn wir menschliches

Verhalten dahingehend beobachten, dürfen wir annehmen, dass es evolutionsbedingt eine Tendenz zu letzterer Option gibt, die – meist sogar unbewusst, das heißt durch den „sozialen Autopiloten“ gesteuert – zu sozialer Anpassung führt.)

Wenn wir uns nun jedoch in Erinnerung rufen, dass Menschen mit autistischer Reizverarbeitung schon auf der Ebene der Wahrnehmung grundlegend andere Erfahrungen machen (woraus dann auch sehr unterschiedliche Bedürfnisse erwachsen), wird klar, dass ein spontanes Erleben authentischer Schnittmengen nur sehr schwer oder gar nicht zustande kommt. (Beispiel: „Die anderen finden es kalt, ich empfinde keine Kälte.“, „Was ich aufgrund meiner erhöhten Empfindsamkeit sehe/höre/riechen, nehmen die anderen gar nicht wahr.“). So werden grundlegende Gefühle des „Anders-Seins“ sowie die daraus erwachsende so quälende **Selbstunsicherheit** und **Einsamkeit** nachvollziehbar, die Betroffene als Hauptquellen ihres Leidensdrucks beschreiben: Die Welten stehen sich unvereinbar gegenüber. Jegliche Schnittmenge, ja auch nur Berührung der Welten scheint unerreichbar.

Damit geht es nicht mehr nur um eine *situative* Entscheidung, auf Kontakt und Zugehörigkeit zu verzichten oder die eigenen Wahrnehmungen und Bedürfnisse zurückzustellen. Hier geht es um eine Grundsatzentscheidung zwischen zwei psychisch hochgradig belastenden und letztlich unerträglichen Situationen: Entscheidet sich der Betroffene für sich und seine Welt, müsste er grundsätzlich auf Kontakt und Zugehörigkeit verzichten. Diese Option führt also in die Isolation – und damit in die Depression. Denn kein Mensch – auch kein autistischer Mensch – wird dies auf Dauer unbeschadet überstehen.

Entscheidet sich der Betroffene jedoch für Kontakt und Zugehörigkeit, heißt dies für ihn, dass er alles, was ihn und seine Welt ausmacht, zurückstellen oder gar komplett verleugnen muss. Viele meiner Klienten haben schon früh diesen Weg gewählt, haben – aus dem oben erwähnten Bestreben nach „Normalität“ heraus – all ihre Energie in Anpassung und Camouflage gesteckt und sich darüber selbst schließlich weitgehend verloren. Auch sie werden depressiv und leiden nicht selten unter einer ganzen Anzahl weiterer psychischer und psychosomatischer Störungen.

Die allermeisten Betroffenen erleben sich allerdings genau zwischen den Welten. Sie stehen in einem unlösbaren Konflikt und damit einem unerträglichen Spannungsfeld. Wenden sie sich in die eine Richtung, schlägt die andere Richtung „Alarm“: „Nein, du darfst dich nicht zurückziehen, darfst nicht du selbst sein, sonst verlierst du für immer den Anschluss!“ oder „Was willst du machen? Willst du dich selbst wieder verleugnen? Du wirst dich verlieren!“



Abbildung 3

Erst wenn dieser Konflikt erkannt und auch für den Betroffenen nachvollziehbar wird, kann gemeinsam nach einem Lösungsweg gesucht werden. Dieser sieht, modellhaft und kurz zusammengefasst, wie folgt aus:

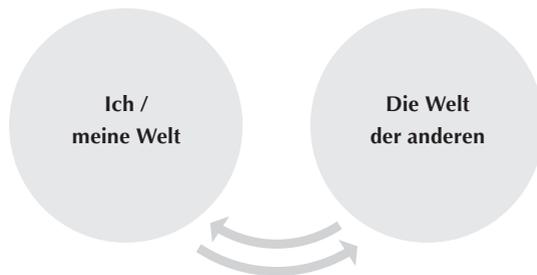


Abbildung 4

Statt eine Grundsatzentscheidung zu fällen, werden erst einmal – im Zuge einer psychoedukativen und eingehenden Diagnostik auf Augenhöhe – die tatsächlichen Unterschiedlichkeiten in Wahrnehmung und Erleben, Interessen und Fähigkeiten exploriert und (an-)erkannt. Die beiden Welten stehen sich damit als unterschiedlich, aber *gleichwertig* gegenüber. Die eigene Welt wird gewürdigt, wenn nötig wiederentdeckt, wiederaufgebaut und gepflegt. Sie ist die Basis für **Expeditionen in „die Welt der anderen“**. Auf eine Expedition bereitet man sich vor. Man versucht möglichst viel über diese Welt herauszufinden, die man besuchen wird, eignet sich Wissen über die dortigen Lebensbedingungen, Sitten und Gebräuche sowie Sprachkenntnisse usw. an. Und man besorgt sich eine passende Ausrüstung. Solchermaßen ausgestattet besucht man die Menschen in ihrer „anderen“ Welt, stellt sich als Gast vor – und wird als interessierter „Besucher“ über vieles informiert, was man sonst nie erfahren hätte (und was die Gastgeber sich untereinander nie erklärt hätten, weil sie es für selbst-

verständlich nehmen). Man darf sich manchen Fauxpas erlauben und mit viel mehr Nachsicht rechnen, da ja alle wissen, dass man „nicht von hier“ ist. Jede Expedition hat aber auch ein Ende. Man kehrt zurück nach Hause, ruht sich aus, genießt, dass alles so ist, wie man selbst es für sich braucht. Und dann kann man darangehen, die Erfahrungen und Erkenntnisse auszuwerten, die man in der Welt der anderen gesammelt hat. Dabei kann es sehr hilfreich sein, jemanden an der Seite zu haben, der sich dort schon gut auskennt und bei der Deutung und Einordnung der neuen Eindrücke hilft.

Die nächste Expedition wird bereits auf einem ganz anderen Niveau erfolgen. Man kann vorherige Erfahrungen vertiefen und erweitern, daran anknüpfen und noch mehr Neues kennenlernen. Dabei werden die eigenen „Sprachkenntnisse“ und andere soziale Verhaltensweisen allmählich geläufiger. Und auch von dieser Expedition kehrt man irgendwann wieder in die eigene Welt zurück.

Durch ein solches Pendeln zwischen den unterschiedlichen, aber gleichwertigen Welten wird – und das ist letztlich die entscheidendste und heilsamste Erfahrung – mit der Zeit das **Erleben einer authentischen Schnittmenge** entstehen: Man wird feststellen, dass es bei aller Unterschiedlichkeit doch ganz grundlegende Gemeinsamkeiten gibt – in den Grundbedürfnissen, in den Grundfragen des Menschen und in Ansätzen zu Lösungen. Weil alle Beteiligten Menschen sind.

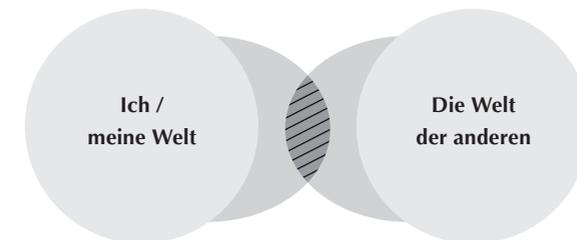


Abbildung 5

Diese Erfahrung ermöglicht erstmals ein Erleben von Verbundenheit und Zugehörigkeit ohne Selbstverleugnung. Darüber hinaus erscheint erstmals denkbar, dass man selbst und die eigene Welt womöglich durchaus Wertvolles auch für die Welt der anderen zu bieten hat: andere Perspektiven, andere Wahrnehmungsfähigkeiten, andere Lösungsansätze und Innovationen, die für alle Menschen – oder zumindest für eine bestimmte Gruppe – interessant und relevant sein können. Eine solche Erfahrung der echten Gemeinsamkeit sowie die

Erkenntnis des ganz eigenen Selbstwertes auch in der „Welt der anderen“ erleben viele Klienten als Schlüssel zur Lösung des quälenden und buchstäblich „krankmachenden“ Grundkonflikts. Sekundäre Störungen, insbesondere Ängste, Depressionen, Zwänge, jedoch auch psychosomatische Beschwerden werden deutlich gemindert oder lösen sich in der Folge solcher neuer Erfahrungen auf.

Kernthemen für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus

Auch für Menschen mit Autismus liegen also durchaus große Chancen in der Psychotherapie. Allerdings ist hierfür zunächst eine **Anerkennung der Besonderheiten** autistischer Menschen **in der Wahrnehmung, im Denken und Erleben** sowie in der **sozialen Erfahrung** nicht nur hilfreich, sondern eine wichtige Voraussetzung. Ohne die Kenntnis und Berücksichtigung dieser Unterschiedlichkeiten im Erfahrungshintergrund des Betroffenen gehen psychotherapeutische Angebote wie oben beschrieben meist an ihm vorbei.

Zudem ergeben sich aus diesen Besonderheiten bestimmte **Kernthemen**, die das Erleben der Betroffenen bestimmen und wesentliche **Ansatzpunkte für die Behandlung der sekundären psychischen Störungen** darstellen (und dies ist ja die eigentliche Aufgabe des Psychotherapeuten: Er behandelt die sekundären psychischen Störungen, nicht den Autismus!). Ich möchte hier einige Bereiche der Unterschiedlichkeit und daraus sich ergebende zentrale Themen aufzählen, allerdings ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Besonderheiten in der Reizverarbeitung – meist hohe Sensibilität auf verschiedenen Sinneskanälen → Bedürfnisse nach Rückzug, trotz ebenfalls vorhandener Bedürfnisse nach Kontakt und Zugehörigkeit,
- Schwerpunkt auf Detailwahrnehmung → Schwierigkeiten in der Gestaltbildung und Strukturierung, die sich stark auf die Bewältigung und Gestaltung des Alltags auswirken,
- hohe Assoziationsdichte → Neigung zum „inneren Overflow“, das heißt zu endlosen Assoziations- und Gedankenketten, die nicht selten in Grübelei und Handlungsstörungen münden,
- Probleme, Relevantes von Irrelevantem zu unterscheiden bei gleichzeitigem starkem Bedürfnis nach Vollständigkeit bzw. Vollkommenheit → Tendenz, sich „zu verzetteln“ und nichts von all den eigenen Impulsen und Ideen umsetzen zu können – was quälende innere Anspannung sowie Konflikte mit dem sozialen Umfeld erzeugt,
- seismographisch feine Empfindsamkeit für Spannung bzw. Entspannung, ohne die Fähigkeit, entsprechende Wahrnehmungen spontan zu deuten und zu sortieren → Spannung und Konflikte im sozialen Umfeld werden entweder komplett „ausgeblendet“ oder als unerträglich empfunden und daher insbesondere komplexe soziale Situationen vermieden

den (für viele Betroffenen bedeutet die Anwesenheit mehr als einer Person bereits eine zu komplexe soziale Situation),

- durch all diese Faktoren bedingter erhöhter Stress und subjektiv empfundene permanente Anstrengung im Alltag und „durch das Leben an sich“,
- ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle, Sicherheit und Struktur sowie nach Verlässlichkeit der Umwelt,
- sehr leichte Irritierbarkeit durch unvorhergesehene Veränderungen und Regelbrüche,
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Objekte oder Spezialthemen, wodurch ein flexibles Einstellen auf andere, interessenferne Themen sowie auf andere Menschen und deren Themen und Erwartungen stark beeinträchtigt sein kann (was sich übrigens auch auf die Interaktion zwischen Psychotherapeut und Klient auswirken kann!),
- mangelnde Fähigkeit zur differenzierten Unterscheidung, Deutung und Benennung von Stimmungen bzw. Emotionen, bei sich selbst und bei anderen,
- gravierende Probleme in der Wahrnehmung und Deutung sozialer Signale – kein „sozialer Autopilot“ → grundlegende soziale Unsicherheit bis hin zu ausgeprägten sozialen Ängsten (welche jedoch anders als bei einer „reinen“ Sozialphobie durchaus nicht als irrational einzuschätzen sind, sondern sich immer wieder durch negative Erfahrungen bestätigen),
- sehr gute bewusste Beobachtungsgabe, Analyse- und Reflexionsfähigkeit sowie Introspektionsfähigkeit → ein „klarer Blick“, der von anderen sowohl faszinierend als auch bedrohlich empfunden werden kann,
- Direktheit, Ehrlichkeit bzw. „Unverblümtheit“ und von neurotypischen Menschen oft so empfundene Taktlosigkeit,
- häufig sehr hoher ethisch-moralischer Anspruch an sich selbst und die Mitmenschen sowie ein ausgeprägter Gerechtigkeitsinn,
- mangelnde spontane Ausdrucksfähigkeit in Form von nonverbalen Verhaltensweisen – was zu häufigen Fehleinschätzungen und Missverständnissen selbst mit nahestehenden Mitmenschen führt (auch dies ist sehr relevant für den Rapport: Beschriebenes Leid ist dem Betroffenen sehr häufig nicht anzusehen, sodass beschriebener Inhalt und nonverbaler Ausdruck des Klienten stark auseinanderklaffen können).

Implikationen für die Psychotherapie

Die gemeinsame Erkennung und Anerkennung tatsächlich bestehender Unterschiedlichkeiten in Wahrnehmung, Denken und Erleben ist die Basis zu drei entscheidenden Themen in der Psychotherapie:

1. Die **Würdigung der eigenen Person und Lebenswelt** einschließlich aller Besonderheiten und aller Bewältigungsleistungen im Laufe der Entwicklung – und damit der Aufbau eines neuen, positiveren Selbstbildes. Daraus sich ergebend die weitere Exploration und Pflege dieser „eigenen Welt“.
2. **Annäherung an „die Welt der anderen“** auf einer neuen Basis von Wissen und Verstehen und mit verlässlichem „Coaching“ seitens des Psychotherapeuten, der bei der Vorbereitung sowie bei der Deutung sozialer Situationen unterstützt (und dabei oft selbst viel Neues über sich, menschliches Verhalten und die Gesellschaft erfährt ...).
3. **Erkennung der tatsächlichen menschlichen Gemeinsamkeiten** – genau hierin liegt ein entscheidender, ausgesprochen heilsamer Entwicklungsschritt: Was so schmerzlich fremd und unvereinbar schien, wird nun zu einem Gegenüber und Zusammenspiel unterschiedlicher Varianten von „Mensch-Sein“.

Beispiele für therapeutische Angebote

Folgende therapeutische Angebote haben sich in meiner Praxis in der individuellen störungsangemessenen Psychotherapie mit erwachsenen Betroffenen bewährt (in Stichworten):

1. Exploration, Würdigung, „Wiederaufbau“ und Pflege der eigenen Welt:

1.1 Methoden zur Entspannung und Selbstwahrnehmung

- Utilisation von Strategien aus dem eigenen Repertoire des Klienten, wie z. B. die Beschäftigung mit Spezialinteressen und Bewegungstereotypen (sofern diese zur Spannungsregulierung beitragen)
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Feldenkrais-Übungen
- Elemente aus der Bewegungs- und Ausdruckstherapie bzw. Tanztherapie
- Meditation (vorzugsweise in konzentrierter Betrachtung oder in Bewegung)
- Hypnotherapeutische Ansätze (wie z. B. Unterstützung positiv erlebter Selbstsuggestionen und Tranceinduktionen)

Hinweis: Entsprechende Angebote sollten stets gut strukturiert, kleinschrittig dosiert, aktiv – also nicht rein erspürend – und individuell angepasst sein. Auch sollte ein gewisses Maß an Kontrolle seitens des Klienten bestehen bleiben, da meist ein hohes Maß an Kontrollbedürfnis und eine besondere Empfindlichkeit gegenüber Fremdbestimmung besteht. Angebote wie Autogenes Training, „Traumreisen“ oder direktive Tranceinduktionen werden daher meist als wenig hilfreich bis aversiv erlebt, da sie Erfahrungen von „Anders-Sein“ (z. B.

Unterschiede in der sensorischen Wahrnehmung), Fremdbestimmung bzw. Ausgeliefertsein reaktualisieren.

1.2 Methoden zur Erarbeitung und Etablierung funktionaler Strukturen zur Alltagsbewältigung

- Handlungs- und Zeitpläne (nach dem TEACCH-Konzept, siehe Literaturangaben)
- Entwicklung anderer individueller Bewältigungsstrategien zur gezielten Kompensation von Orientierungsproblemen und Handlungsstörungen
- Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Schaffung förderlicher Bedingungen und zur Unterstützung der Selbststeuerung und Selbstorganisation

1.3 Methoden zur Exploration und Veranschaulichung der eigenen Persönlichkeit und Identität

- „Das Innere Team“ nach Friedemann Schulz von Thun oder andere Formen der Telearbeit
- Elemente aus der Gestaltpsychotherapie wie z. B. Rollenspiel
- Aufgreifen bildnerischer oder anderer künstlerischer Fähigkeiten des Klienten
- Gemeinsame Betrachtung von Träumen
- Hypnotherapeutische Angebote (wie z. B. Begleitung in eigene Gedankenwelten und Trance, Ressourcenaktualisierung, Utilisation individueller Potenziale und Symptome)
- Methoden zum Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbststeuerung, z. B. aus der kognitiven Verhaltenstherapie
- Exploration und Vergleich der jeweiligen Perspektive des Klienten und des Psychotherapeuten auf eine bestimmte real erlebte bzw. vom Klienten beschriebene Situation (Erkenntnis: Unterschiedlichkeit ist „okay“ und der Vergleich der Perspektiven für beide fruchtbar)
- „Spiegelung“ und Feedback durch den Psychotherapeuten – als Möglichkeit, sich selbst bewusst in den Reaktionen und Spiegelungen des anderen zu erkennen (als Chance zur Kompensation für „verpasste“ primäre, unwillkürliche Erfahrungen)

2. Vorbereitung auf Expeditionen in die „Welt der anderen“:

2.1 Psychoedukation

- Vermittlung von Informationen aus der (neurotypischen) „Welt der anderen“ – Wie funktioniert der soziale Autopilot? Was sind relevante soziale Signale? Worauf muss ich achten und wie kann ich sie deuten? Welche Bedeutung haben soziale Rollen und was sind ihre Vor- und Nachteile?

- Gemeinsame Betrachtung und Interpretation selbst erlebter sozialer Situationen aus verschiedenen Perspektiven
- Nutzung von Filmmaterial, z. B. Lieblingsfilmen oder -serien des Klienten zur gemeinsamen Betrachtung und Deutung der dargestellten sozialen Interaktionen und der dahinter liegenden psychoemotionalen Vorgänge

2.2 Aktives Einüben funktionaler sozialer Verhaltensweisen

- Konkrete Übungen zu (nonverbalem) Selbstaussdruck, reziproker Interaktion und Kommunikation sowie sozialen Verhaltensweisen als Vorbereitung auf Expeditionen in die Welt der anderen
- Erarbeitung passender „Rollen“ für unterschiedliche soziale Situationen, die jedoch vom Klienten als „ich-synton“ erlebt werden
- Gruppenangebote zur Schulung der sozialen Kompetenz, die jedoch speziell für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus ausgelegt sein sollten (diese werden zunehmend in Autismustherapie-Zentren, anderen sozialen Trägern und Unikliniken auch für Erwachsene angeboten)

3. Verbindung der Welten:

- Einbeziehung des sozialen Umfeldes und gegebenenfalls Vermittlung zwischen den „Welten“
- Auswahl geeigneter „Subwelten“ mit einer höheren „Schnittmengenwahrscheinlichkeit“ – d. h. Interessengruppen, die den Fähigkeiten und Spezialinteressen des Betroffenen entgegenkommen
- Unterstützung bei der Organisation ambulanter Hilfen (ambulante Betreuung/Assistenz) zur Begleitung und Vermittlung in neue soziale Systeme
- Kooperation mit den Helfern
- Entwicklung realistischer und angemessener Lebensperspektiven hinsichtlich privater Beziehungen, sozialer und beruflicher Integration. Hier sollte die Kernfragen sein: „Was sind meine Bedürfnisse hinsichtlich Qualität und Quantität sozialer Kontakte? Was habe ich zu geben an Fähigkeiten und Erfahrungen? Und welche Bedingungen brauche ich, um diese fruchtbar in die Gesellschaft einbringen zu können?“

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Viele Kollegen, die beginnen, auf der Basis eines eingehenden Verständnisses der autistischen Grundproblematik mit betroffenen Klienten zu arbeiten, machen die Erfahrung, dass eine als sehr interessant und fruchtbar empfundene Psychotherapie möglich ist. Dies ist

grundsätzlich unabhängig vom jeweiligen angewandten Psychotherapieverfahren! Tatsächlich hat sich ein störungsangepasstes, systemisch geprägtes Vorgehen mit einem tiefenpsychologisch fundierten Verständnis von Entwicklung und Erleben und einem jeweils bedarfsgerechten Angebot verhaltenstherapeutischer Interventionen sowie auch vielfältiger anderer psychotherapeutischer Methoden bewährt. Der Klientenzentrierung kommt dabei aufgrund der „Unterschiedlichkeit der Welten“ – und auch der individuellen Unterschiedlichkeiten der Betroffenen – eine besondere Bedeutung zu.

Voraussetzung für das Gelingen der „Zusammenführung der Welten“ bereits im psychotherapeutischen Kontext sind daher aufseiten des Psychotherapeuten: Offenheit, Neugier, Akzeptanz, ein hohes Maß an Authentizität (wichtig für den Rapport!) und eine Portion Geduld – also eigentlich Eigenschaften und Angebote, die laut Psychotherapieforschung generell als notwendige Grundparameter für eine wirkungsvolle Psychotherapie gelten. Das einzige, was eben zusätzlich vonnöten ist, sind Kenntnisse über die Grundstrukturen sowie mögliche Besonderheiten und Bewältigungsstrategien von Menschen auf dem Autismus-Spektrum.

Diese (Basis-)Kenntnisse für alle psychotherapeutisch tätigen Fachkräfte zugänglich zu machen, halte ich nicht nur für sinnvoll, sondern tatsächlich für notwendig, um die Versorgungsstruktur zu verbessern und vermeidbaren Frustrationen und Vergebllichkeiten bei allen Beteiligten entgegenzuwirken.

So hoffe ich, mit diesem Artikel zumindest ein wenig zum Verständnis beigetragen und den einen oder anderen Kollegen für eine eingehendere Beschäftigung mit der Thematik gewonnen zu haben. Abschließend möchte ich hierfür noch auf einige wertvolle Quellen hinweisen:

- Attwood, T. (2008). Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. Stuttgart: Trias.
- Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M., Tebartz van Elst, L. (2013). Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen – Das Therapiemanual der Freiburger Autismus-Studiengruppe. Göttingen: Hogrefe.
- Häussler, A. (2005). Der TEACCH-Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus – Einführung in Theorie und Praxis. Dortmund: Borgmann media.
- Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L., Vogeley, K. (2013). Diagnostik und Differenzialdiagnose des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter. Deutsches Ärzteblatt 110 (45), 755-763.
- Preißmann, C. (2013). Überraschend anders – Mädchen & Frauen mit Asperger. Stuttgart: Trias.
- Preißmann, C. (2013). Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom: Konzepte für eine erfolgreiche Behandlung aus Betroffenen- und Therapeutesicht. Stuttgart: Trias.
- Remschmidt, H., Kamp-Becker, I. (2006). Asperger-Syndrom. Berlin/Heidelberg: Springer.

Tebartz von Elst, L. (2012). Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Vogele, K. (2012). Anders sein. Asperger-Syndrom und Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter – Ein Ratgeber. Weinheim: Beltz.

Darüber hinaus zu empfehlen sind z. B. diese aktuellen und hochinformativen Links:

www.uni-marburg.de/fb20/kjp/forschung/aut/ass/epidem

www.lvr.de/app/resources/2008k366lnlvr.pdf

www.aerzteblatt.de/archiv/148614/Diagnostik-und-Differenzialdiagnose-des-Asperger-Syndroms-im-Erwachsenenalter.

Brit Wilczek: *Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, seit 2009 in eigener Praxis Diagnostik und Psychotherapie (TP) für Erwachsene mit Autismus/Asperger-Syndrom; seit 25 Jahren therapeutische Arbeit mit Menschen auf dem Autismus-Spektrum und umfangliche Beratungs- und Fortbildungstätigkeit zum Thema bundesweit.*
wilczek.autism@web.de