



Gawronski • Pfeiffer • Vogeley

# Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter

Verhaltenstherapeutisches  
Gruppenmanual



**BELTZ**

Gawronski • Pfeiffer • Vogeley

**Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter**



Astrid Gawronski • Kathleen Pfeiffer • Kai Vogeley

# Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter

**Verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual**

| Mit Online-Materialien

**BELTZ**

*Anschrift der Autoren:*

Dipl.-Psych. Astrid Gawronski  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln  
Kerpenerstraße 62  
50924 Köln  
E-Mail: astrid.gawronski@uk-koeln.de

Dipl.-Psych. Kathleen Pfeiffer  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln  
Kerpenerstraße 62  
50924 Köln  
E-Mail: kathleen.pfeiffer@uk-koeln.de

Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln  
Kerpenerstraße 62  
50924 Köln  
E-Mail: kai.vogeley@uk-koeln.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich.  
(ISBN 978-3-621-27934-5)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2012  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Katharina Arnold, Svenja Wahl  
Herstellung: Sonja Frank  
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal  
Umschlagbild: Getty Images, München  
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-27965-9

# Inhaltsübersicht

Vorwort	12
<b>Teil I Störungsbild</b>	15
1 Geschichte des Autismus	16
2 Definitionen und Diagnosekriterien	17
3 Merkmale im Erwachsenenalter	23
4 Diagnostik	32
5 Epidemiologie	46
6 Ätiologie	48
7 Psychosoziales Funktionsniveau	52
8 Intervention	56
<b>Teil II Manual</b>	77
9 Durchführung des Gruppentrainings	78
10 Beschreibung der einzelnen Sitzungen	102
11 GATE in der Anwendung mit jungen Erwachsenen <i>Kristina Marquass • Kathrin Imhof</i>	166
<b>Teil III Anlage</b>	169
Arbeits- und Informationsblätter	172
Folien zum Ausdrucken	250
Literaturverzeichnis	268
Hinweis auf die Online-Materialien	277
Sachwortverzeichnis	279



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	12
<b>Teil I Störungsbild</b>	15
<b>1 Geschichte des Autismus</b>	16
<b>2 Definitionen und Diagnosekriterien</b>	17
<b>2.1 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</b>	17
<b>2.2 Frühkindlicher Autismus</b>	17
2.2.1 Hochfunktionaler Autismus	18
<b>2.3 Asperger-Syndrom</b>	19
<b>2.4 Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter</b>	20
2.4.1 Abgrenzung der Störungsbilder	20
2.4.2 Kognitive Kompensation	21
<b>3 Merkmale im Erwachsenenalter</b>	23
<b>3.1 Soziale Interaktion und Kommunikation</b>	24
3.1.1 Theory of Mind – Mentalisieren	24
3.1.2 Verbale Kommunikation	25
3.1.3 Sozialer Blick und nonverbale Kommunikation	27
<b>3.2 Repetitive und stereotype Verhaltensmuster</b>	28
<b>3.3 Sensorik</b>	30
<b>3.4 Detailwahrnehmung</b>	31
<b>4 Diagnostik</b>	32
<b>4.1 Schwierigkeiten der Diagnostik im Erwachsenenalter</b>	32
<b>4.2 Screening- und Diagnoseinstrumente</b>	33
4.2.1 Screening-Verfahren	33
4.2.2 Diagnose-Verfahren	36
<b>4.3 Anamnese und Fremdanamnese</b>	39
<b>4.4 Testpsychologische Diagnostik</b>	40
4.4.1 Intelligenz	41
4.4.2 Neuropsychologie	42
<b>4.5 Differenzialdiagnose und Komorbidität</b>	44

<b>5</b>	<b>Epidemiologie</b>	46
5.1	Prävalenz	46
5.2	Geschlechterverteilung	47
<b>6</b>	<b>Äthiologie</b>	48
6.1	Genetische Faktoren	48
6.2	Pränatale Risikofaktoren	49
6.3	Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen	50
6.4	Gehirnstoffwechsel	51
<b>7</b>	<b>Psychosoziales Funktionsniveau</b>	52
7.1	Wohnsituation	52
7.2	Bildungsabschluss und Beschäftigungsverhältnis	53
7.3	Soziale Beziehungen und Partnerschaften	53
7.4	Psychiatrische Vordiagnosen und Komorbiditäten	54
7.5	Fazit zum psychosozialen Funktionsniveau	54
<b>8</b>	<b>Interventionen</b>	56
8.1	Psychotherapeutische Interventionen im Kindes- und Jugendalter	56
8.2	Psychotherapeutische Interventionen im Erwachsenenalter	57
8.3	Kognitive Verhaltenstherapie	59
8.4	Einzeltherapie versus Gruppentherapie	60
8.5	Bedeutung von Bedarfsanalysen	60
8.6	Entwicklung des Gruppentrainings für Autismus im Erwachsenenalter (GATE)	62
8.6.1	Bedarfsanalyse	62
8.6.2	Bedürfnisse und Erwartungen an eine Psychotherapie	66
8.6.3	Evaluation	71
<b>Teil II</b>	<b>Manual</b>	77
<b>9</b>	<b>Durchführung des Gruppentrainings</b>	78
9.1	Grundlagen und Überblick	78
9.2	Äußere Rahmenbedingungen	81
9.3	Kompetenzen und Aufgaben der Gruppenleitung	86
9.4	Rollenspiele	87
9.5	Umgang mit schwierigen Situationen	92
9.5.1	Besonderheiten einer Gruppentherapie	93
9.5.2	Besonderheiten von Personen mit Autismus-Spektrum- Störungen	95

9.6	<b>GATE in der Einzeltherapie</b>	99
9.7	<b>Übersicht über die Sitzungsinhalte</b>	99
<b>10</b>	<b>Beschreibung der einzelnen Sitzungen</b>	102
10.1	<b>Sitzung 1: Einführung in das Gruppentraining</b>	102
10.1.1	Begrüßung und Informationen zum Gruppentraining	102
10.1.2	Interaktive Vorstellungsrunde der Teilnehmer	104
10.1.3	Erwartungen und Befürchtungen der Teilnehmer	105
10.1.4	Hausaufgaben und Ausblick	106
10.2	<b>Sitzung 2: Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)</b>	107
10.2.1	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 1 (Teil I)	107
10.2.2	Warum Psychoedukation?	109
10.2.3	Störungsbild, Symptomatik und Ursachen von ASS	110
10.2.4	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 1 (Teil II)	111
10.2.5	Hausaufgaben und Ausblick	112
10.3	<b>Sitzung 3: ASS und Depression</b>	113
10.3.1	Informationen zu den Hausaufgaben aus Sitzung 1	113
10.3.2	Depression als komorbide Erkrankung	114
10.3.3	Abschließende Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 1 (Teil III)	115
10.3.4	Hausaufgaben und Ausblick	116
10.4	<b>Sitzung 4: Entspannung</b>	117
10.4.1	Informationen zu den Hausaufgaben aus Sitzung 1	117
10.4.2	Wie entspanne ich mich?	118
10.4.3	Achtsamkeit	119
10.4.4	Hausaufgaben und Ausblick	123
10.5	<b>Sitzung 5: Stress I – Modell und Auslöser</b>	124
10.5.1	Achtsamkeitsübung	124
10.5.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 4	124
10.5.3	Stressmodell	125
10.5.4	Hausaufgaben und Ausblick	128
10.6	<b>Sitzung 6: Stress II: Umgang mit Stress</b>	130
10.6.1	Achtsamkeitsübung	130
10.6.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 5	130
10.6.3	Sechs Schritte der Stressbewältigung	131
10.6.4	Hausaufgaben und Ausblick	134
10.7	<b>Sitzung 7: Stress III – Umgang mit Stress</b>	136
10.7.1	Achtsamkeitsübung	136
10.7.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 6	136
10.7.3	Sechs Schritte der Stressbewältigung (Fortsetzung)	137
10.7.4	Hausaufgaben und Ausblick	138
10.8	<b>Sitzung 8: Stress IV – Umgang mit Stress</b>	139
10.8.1	Achtsamkeitsübung	139

10.8.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 7	139
10.8.3	Sechs Schritte der Stressbewältigung (Fortsetzung)	140
10.8.4	Hausaufgabe und Ausblick	140
<b>10.9</b>	<b>Sitzung 9: Stress V – Umgang mit Stress</b>	141
10.9.1	Achtsamkeitsübung	141
10.9.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 8	141
10.9.3	Besprechung der Hausaufgaben zur Umsetzung der Stressbewältigung	142
10.9.4	Hausaufgaben und Ausblick	142
<b>10.10</b>	<b>Sitzung 10: Soziale Situationen I – Analysefaktoren I</b>	143
10.10.1	Achtsamkeitsübung	143
10.10.2	Besprechung der Hausaufgaben zur Umsetzung der Stressbewältigung (Fortsetzung)	143
10.10.3	Zusammenfassung des Stressmoduls	144
10.10.4	Analyse sozialer Situationen – Teil I	144
10.10.5	Hausaufgabe und Ausblick	147
<b>10.11</b>	<b>Sitzung 11: Soziale Situationen II – Analysefaktoren II</b>	148
10.11.1	Achtsamkeitsübung	148
10.11.2	Analyse sozialer Situationen – Teil II	148
10.11.3	Hausaufgaben und Ausblick	152
<b>10.12</b>	<b>Sitzung 12: Soziale Situationen III – Kommunizieren in sozialen Situationen</b>	153
10.12.1	Achtsamkeitsübung	153
10.12.2	Psychoedukation: Small-Talk	153
10.12.3	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 11	154
10.12.4	Hausaufgaben und Ausblick	155
<b>10.13</b>	<b>Sitzung 13: Soziale Situationen IV – Freundschaften</b>	156
10.13.1	Achtsamkeitsübung	156
10.13.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 12	156
10.13.3	Freundschaften	157
10.13.4	Hausaufgaben und Ausblick	158
<b>10.14</b>	<b>Sitzung 14: Soziale Situationen V – Konflikte</b>	159
10.14.1	Achtsamkeitsübung	159
10.14.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 13	159
10.14.3	Psychoedukation: Konflikte	160
10.14.4	Gewaltfreie Kommunikation	160
10.14.5	Hausaufgaben und Ausblick	161
<b>10.15</b>	<b>Sitzung 15: Ressourcen und Abschluss</b>	162
10.15.1	Achtsamkeitsübung	162
10.15.2	Besprechung der Hausaufgaben aus Sitzung 14	162
10.15.3	Persönliche Stärken und Ressourcen	163
10.15.4	Reflektion GATE	164
10.15.5	Verabschiedung	165

<b>11</b>	<b>GATE in der Anwendung mit jungen Erwachsenen</b>	166
	<i>Kristina Marquass • Kathrin Imhof</i>	
<b>Teil III</b>	<b>Anhang</b>	169
	Arbeits- und Informationsblätter	172
	Folien zum Ausdrucken	250
	Literaturverzeichnis	268
	Hinweis auf die Online-Materialien	277
	Sachwortverzeichnis	279

# Vorwort

Das in diesem Buch erläuterte **Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter (GATE)** richtet sich speziell an erwachsene Betroffene mit der Diagnose einer autistischen Störung auf hohem Funktionsniveau im Sinne eines hochfunktionalen Autismus oder eines Asperger-Syndroms. Diese diagnostische Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass neben den autistischen Kernsymptomen eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit vorliegt. Spezifische Probleme und Schwierigkeiten der Betroffenen liegen vornehmlich in den Bereichen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie im Umgang mit Stress und komorbiden Erkrankungen, hier im Wesentlichen depressiven Störungen. Damit sind zugleich die zentralen Aufgaben einer psychotherapeutischen Intervention definiert.

Die Motivation zur Entwicklung von GATE entstand aus unserer Arbeit mit Betroffenen in der »Spezialambulanz Autismus im Erwachsenenalter« der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln. Die Erfahrungen dort zeigen, dass nicht nur der Bedarf nach diagnostischen, sondern auch nach therapeutischen Maßnahmen für autistische Erwachsene stetig steigt. Jedoch existieren für erwachsene Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) zu diesem Zeitpunkt noch keine manualisierten gruppenpsychotherapeutischen Interventionsangebote, die in einem praktikablen Zeitraum eine Gruppe von Betroffenen erreichen kann. Ein solches Therapieprogramm legen wir hier zum ersten Mal vor.

Die Basis des Programms bildet die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), da diese sich insgesamt sehr gut für einen Einsatz in der psychotherapeutischen Behandlung von hochfunktional autistischen erwachsenen Personen eignet. Mittels der KVT lassen sich neue und funktionale Verhaltensweisen erlernen, dysfunktionale Werte und Einstellungen bearbeiten, die Problemlösekompetenz verbessern sowie soziale und kommunikative Fähigkeiten aufbauen. Da funktionale Veränderungen von Verhalten und Kognitionen auch einen positiven Einfluss auf den Emotionshaushalt ausüben, kann ein KVT-basiertes Programm die kommunikativen, sozialen und emotionalen Kompetenzen verbessern und dazu beitragen, Alltagsstress zu verringern und damit die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern.

Neben der KVT basiert GATE auf einer bedarfsanalytischen Untersuchung. Dazu wurden in der Kölner Spezialambulanz diagnostizierte Betroffene hinsichtlich ihrer Anforderungen und Erwartungen an eine Psychotherapie befragt. Die Ergebnisse sind in die Konzeption der Inhalte des Therapieprogramms eingeflossen. Berücksichtigung fanden schließlich auch einschlägige, theoretische und empirische Forschungsergebnisse aus der aktuellen Psychotherapie- und Autismus-Forschung.

Das Therapieprogramm wurde als Gruppentraining konzipiert, da Betroffene hier die Möglichkeit erhalten, soziale und kommunikative Fertigkeiten in einem vergleichsweise natürlichen, jedoch auch geschützten Kontext zu erlernen. Darüber hi-

naus ist auch die Erkenntnis, dass andere Personen unter ähnlichen Schwierigkeiten leiden, eine wertvolle Erfahrung. Im weiteren Verlauf der gruppentherapeutischen Intervention können dann – häufig zum ersten Mal – positiv bewertete soziale Kontakte unter den Teilnehmern entstehen. Ein weiterer zeitökonomischer Vorteil besteht darin, dass mehrere Betroffene zugleich erreicht werden. GATE vermittelt Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien in Bezug auf zentrale, mit Autismus zusammenhängende Probleme. Von großer Bedeutung ist der erstrebte Transfer der Trainingseffekte in den Alltag der Teilnehmer. Ziel des Gruppentrainings ist es nicht, Personen aus dem Autismus-Spektrum besser an die Welt der nicht-betroffenen Menschen »anzupassen«. Erreicht werden soll vielmehr eine Vergrößerung des Handlungsspielraums, die den Betroffenen mit ASS die Wahl lässt, neue soziale Erfahrungen zu machen.

Ein stark strukturiertes und direktives Vorgehen sowie die Wiederholung wichtiger therapeutischer Inhalte sind wichtige Voraussetzungen in der Arbeit mit Betroffenen aus dem Autismus-Spektrum, will man klinisch relevante Effekte erzielen. GATE zeichnet sich durch eine hohe Standardisierung aus. Es versorgt die in der Psychotherapie Tätigen mit allen theoretischen und praktischen Informationen, die für eine eigenständige und hinreichend qualifizierte Durchführung des Gruppentrainings nötig sind. Darüber hinaus ist GATE mit 15 Sitzungen kompakt konzipiert. Ziel ist, dass möglichst vielen Institutionen die Möglichkeit gegeben wird, das Gruppentraining anzubieten, und somit möglichst viele Betroffene erreicht werden. Eine flexible Ausweitung der Therapieinhalte insbesondere hinsichtlich der praktischen Übungen ist je nach den Bedürfnissen der Betroffenen sowie nach Kapazität der durchführenden Institution sinnvoll und möglich. Auch für die Einzelpsychotherapie können dem Manual hilfreiche Handlungsanleitungen entnommen werden.

Das vorliegende Buch gliedert sich in drei Teile. In Teil I wird Wissen zum Störungsbild vermittelt, das für die Arbeit mit autistischen Personen von grundlegender Bedeutung ist. Dabei wird auf (1) die Geschichte, (2) Definitionen und Diagnosekriterien, (3) spezifische Merkmale Betroffener im Erwachsenenalter, (4) Diagnostik, (5) Epidemiologie, (6) Ätiologie, (7) das psychosoziale Funktionsniveau betroffener Personen im Erwachsenenalter sowie (8) Interventionsmöglichkeiten eingegangen. Anschließend geht es um die detaillierte Darstellung der Entwicklung des Gruppentrainings GATE. Eingegangen wird zunächst auf die Bedeutung und die Ergebnisse der Bedarfsanalyse, auf welcher das Gruppentraining basiert. Teil I schließt mit Berichten über die Effektivität des GATE-Gesamtprogramms. Teil II beinhaltet die manualisierte Darstellung der praktischen Durchführung von GATE. Enthalten sind sämtliche Angaben, die zur Realisierung der insgesamt 15 90-minütigen Sitzungen des GATE in seiner standardisierten Form notwendig sind, und die gerade auch dem »Neueinsteiger« in der Therapie von ASS auf hohem Funktionsniveau den Umgang mit Manual und Gruppentraining erleichtern sollen. Dazu zählen (1) der Programmüberblick, (2) die Darstellung der äußeren Rahmenbedingungen, (3) Kompetenzen und Aufgaben der Gruppenleitung, (4) Informationen zur Durchführung von Rollenspielen, (5) Hinweise zum Umgang mit schwierigen Situationen sowie (6) konkrete Beschreibungen der einzelnen Sitzungsinhalte und -abläufe, inklusive Handlungsanweisungen für die

Gruppenleiter. Dabei sind die Sitzungen für eine Patientengruppe von sechs Personen konzipiert worden. In Teil III finden sich sämtliche Informations- und Arbeitsblätter für die Gruppenteilnehmer sowie Präsentationsfolien für alle Sitzungen, die von der Internetseite des Verlages ([www.beltz.de](http://www.beltz.de)) als »Download« bezogen werden können.

Das Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter wurde an der Uniklinik Köln unter Mitarbeit von Jennifer von Buch und Katharina Krämer entwickelt und in einigen Durchläufen erprobt. Dort ließ sich bereits in ersten Ansätzen zeigen, dass GATE vielen Teilnehmern zu einem besseren Umgang mit den mit ASS zusammenhängenden Problemen verhilft.

In der Diakonie Michaelshoven haben Kristina Marquass und Kathrin Imhof das Manual auch in der Arbeit mit autistischen Jugendlichen, die sich an der Schwelle zum Erwachsenwerden befunden haben, mit sehr guten ersten Erfahrungen angewendet. Darauf machen Frau Marquass und Frau Imhof in einem eigenen Beitrag am Schluss des Buches aufmerksam. Der ausführliche Erfahrungsbericht findet sich ebenfalls im Download-Bereich des Verlages.

Darüber hinaus gilt unser besonderer Dank Herrn Axel Steinhanses und Herrn Dieter Klawan für ihre wichtigen konstruktiven Beiträge zum Manual.

Neben dem vorliegenden Gruppentraining entstand aus unserer Arbeit außerdem ein Ratgeber für hochfunktional autistische Erwachsene, der zeitgleich im Beltz-Verlag erscheint (Kai Vogeley: »Anders sein«). Dieses Buch richtet sich in erster Linie an tatsächlich oder potenziell Betroffene und alle Menschen, die Umgang mit ihnen haben (Angehörige, Arbeitskollegen, Freunde), also an einen breiten Leserkreis, der sich zum Thema hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter informieren möchte. Die Gestaltung beider Bücher wurde von Katharina Arnold der Verlagsgruppe Beltz mit viel Engagement und Sachverstand betreut.

Anzumerken bleibt abschließend, dass mit Formulierungen wie »Betroffene«, »Teilnehmer« oder »Gruppenleiter« stets sowohl das weibliche als auch das männliche Geschlecht gemeint sind, jedoch aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf eine Nennung beider Geschlechter verzichtet wurde.

Köln, im Frühjahr 2012

*Dipl.-Psych. Astrid Gawronski  
Dipl.-Psych. Kathleen Pfeiffer  
Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley*

# **Teil I**

## **Störungsbild**

# 1 Geschichte des Autismus

Der Begriff »Autismus« leitet sich vom griechischen Wort »autos« ab, was übersetzt »selbst« bedeutet. 1911 verwendete der aus der Schweiz stammende Psychiater Eugen Bleuler erstmals den Begriff, um damit die Zurückgezogenheit in die innere Gedankenwelt von an Schizophrenie erkrankten Personen zu beschreiben. 1943 veröffentlichte der austro-amerikanische Kinderpsychiater Leo Kanner das Werk »Autistic disturbances of affective contact« (Kanner, 1943), und nur ein Jahr später folgte unabhängig davon die Publikation des österreichischen Pädiaters Hans Asperger mit dem Titel »Die autistischen Psychopathen im Kindesalter« (Asperger, 1944). Beide Schriften enthielten genaue Fallbeschreibungen sowie erste Erklärungsansätze einer autistischen Störung. Sowohl Kanner als auch Asperger gingen hierbei von einer von Geburt bzw. frühester Kindheit an bestehenden biologischen Störung aus. Während Kanners Schrift in den folgenden Jahren internationalen Ruhm erlangte und die von ihm beschriebene Störung als »Frühkindlicher Autismus« bereits 1978 in das Klassifikationssystem »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM III) aufgenommen wurde, blieb Aspergers in deutscher Sprache verfasstes Werk zunächst weitestgehend unbekannt. Ein Jahr nach seinem Tod 1980 veröffentlichte die englische Psychologin Lorna Wing eine Arbeit, in der sie 24 Patienten beschrieb, denen sie die Diagnose Asperger-Syndrom gab (Wing, 1981). Diese Publikation verschaffte der von Asperger definierten Störung erstmals über den deutschen Sprachraum hinaus Bekanntheit. Weitere zehn Jahre später wurde Aspergers Originalarbeit schließlich durch die bekannte Autismus-Forscherin Uta Frith in die englische Sprache übersetzt (Frith, 1991), was schließlich dazu führte, dass das Asperger-Syndrom als eigenständige Diagnose 1992 in die »Internationale Klassifikation psychischer Störungen« (ICD-10; WHO, 1992) und 1994 in das »Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen« (DSM-IV; APA, 1994) aufgenommen wurde.

## 2 Definitionen und Diagnosekriterien

Anzumerken ist, dass die beiden gängigen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV keine spezifischen Diagnosekriterien für Autismus-Spektrumstörungen im Erwachsenenalter umfassen. Die Klassifikation muss deshalb anhand der für das Kindesalter entwickelten Kriterien erfolgen. Die damit einhergehenden Schwierigkeiten bei der Diagnose von erwachsenen Personen werden ausführlich in Abschnitt 4.1 beschrieben.

### 2.1 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Sowohl der »Frühkindliche Autismus« als auch das »Asperger-Syndrom« gehören ICD-10 und DSM-IV zufolge neben dem (a) »Atypischen Autismus«, (b) dem »Rett-Syndrom«, (c) den »anderen desintegrativen Störungen des Kindesalters« und (d) der »Hyperkinetischen Störung mit Intelligenzmindering und Bewegungsstereotypien« zu den sogenannten »Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen«. Diesen Störungen ist gemeinsam, dass sie ohne Ausnahme im Kleinkindalter oder der Kindheit beginnen, ohne Remissionen stetig verlaufen und damit also bis ins Erwachsenenalter reichen. Hauptmerkmal ist eine umfassende Beeinträchtigung des Kommunikations- und Interaktionsverhaltens, das häufig auch mit einer kognitiven Beeinträchtigung bei den betroffenen Personen einhergeht (Dilling & Freyberger, 2010).

Da sich die beiden diagnostischen Systeme hinsichtlich des Frühkindlichen Autismus und des Asperger-Syndroms weitgehend gleichen, werden im Folgenden lediglich die diagnostischen Kriterien des ICD-10 dargestellt. Aus Gründen der Validität und Reliabilität erfolgt in verkürzter und sinngemäßer Form die Darstellung der Forschungskriterien des ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010).

### 2.2 Frühkindlicher Autismus

Der Frühkindliche Autismus bezeichnet eine beeinträchtigte Entwicklung, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert und sich vor allem in den Bereichen (a) soziale Interaktion, (b) Kommunikation sowie in (c) repetitiven und stereotypen Verhaltensmustern zeigt (vgl. Tab. 2.1).

**Tabelle 2.1** Vereinfachte Darstellung der Diagnosekriterien des Frühkindlichen Autismus nach ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010)

<b>Soziale Interaktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung, Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden</li> <li>▶ Unfähigkeit, trotz hinreichender Möglichkeiten Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen</li> <li>▶ Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder abweichenden Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens</li> <li>▶ Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen</li> </ul>
<b>Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation</li> <li>▶ relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten, bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt</li> <li>▶ stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen</li> <li>▶ Mangel an verschiedenen Als-ob-Spielen oder sozialen Imitationsspielen</li> </ul>
<b>Repetitive und stereotype Verhaltensmuster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind; es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln</li> <li>▶ offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale</li> <li>▶ stereotype, repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers</li> <li>▶ vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z. B. Geruch, Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgerufene Geräusch oder ihre Vibration)</li> </ul>

### 2.2.1 Hochfunktionaler Autismus

Der sogenannte Hochfunktionale Autismus (HFA) bezeichnet den Frühkindlichen Autismus ohne kognitive Beeinträchtigungen (Intelligenzquotient > 70). Die Betroffenen mit HFA zeigen durchschnittliche bis überdurchschnittliche kognitive und/oder sprachliche Fähigkeiten bei bestehenden Auffälligkeiten der sozialen Interaktion und

Kommunikation sowie ungewöhnlichen oder stark ausgeprägten Interessen und repetitiven Verhaltensmustern. Im Bereich der sprachlichen Fähigkeiten liegt eine Entwicklungsverzögerung vor (Vogele & Remschmidt, 2011).

## 2.3 Asperger-Syndrom

**Tabelle 2.2** Vereinfachte Darstellung der Diagnosekriterien des Asperger-Syndroms – im Vergleich zum Frühkindlichen Autismus (Dilling & Freyberger, 2010)

<b>Soziale Interaktion</b>	Die Kriterien entsprechen denjenigen für Frühkindlichen Autismus.
<b>Intellektuelle Entwicklung und Kommunikation</b>	Es fehlt eine klinisch eindeutige, allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung: einzelne Worte werden vor dem zweiten Lebensjahr oder früher benutzt und kommunikative Phrasen treten im dritten Lebensjahr oder früher auf. Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und die Neugier an der Umgebung sollten während der ersten drei Lebensjahre einer normalen intellektuellen Entwicklung entsprechen.
<b>Motorische Entwicklung</b>	Meilensteine der motorischen Entwicklung können verspätet sein, eine motorische Ungeschicklichkeit ist ein häufiges (aber kein notwendiges) diagnostisches Merkmal.
<b>Spezialfertigkeiten</b>	Isolierte Spezialfertigkeiten, oft verbunden mit einer auffälligen Beschäftigung sind häufig, aber für die Diagnose nicht erforderlich.
<b>Repetitive und stereotype Verhaltensmuster</b>	Diese entsprechen den Kriterien für den Frühkindlichen Autismus, jedoch sind hier motorische Manierismen, ein besonderes Beschäftigtsein mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen von Spielmaterial ungewöhnlich.

Bis heute bestehen Unstimmigkeiten die diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms betreffend. Nach Meinung vieler Autoren sind die ICD-10- und DSM-IV-Kriterien zur Diagnose des Asperger-Syndroms unzureichend (Szatmari, 1992; Leekam et al., 2000). So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass einige der von Hans Asperger selbst beschriebenen Fälle nicht die DSM-IV Kriterien erfüllt hätten (Miller & Ozonoff, 1997). Diese Umstände haben zur Folge, dass viele Autoren bis heute eigene diagnostische Systeme entwickeln (Klin et al., 2005) und die Kriterien von ICD-10 und DSM-IV zur Diagnose des Asperger-Syndroms verändert werden (Ozonoff et al., 1991). Aus diesem Grund sind viele Forschungsergebnisse das Asperger-Syndrom betreffend nur eingeschränkt vergleichbar.

## 2.4 Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter

### 2.4.1 Abgrenzung der Störungsbilder

Insbesondere im Erwachsenenalter erweist sich die eindeutige Abgrenzung des HFA vom Asperger-Syndrom als problematisch, sodass zunehmend die Vermutung formuliert wird, dass beide Störungsbilder lediglich unterschiedliche Ausprägungen derselben zugrundeliegenden Beeinträchtigung darstellen (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006).

Gemeinsam sind beiden die fehlende Intelligenzminderung sowie die vorhandene Entwicklung einer funktionalen Sprache.

Für eine Differenzierung sprechen hingegen das Fehlen einer Sprachentwicklungsverzögerung sowie die durchschnittlich höhere Intelligenz beim Asperger-Syndrom (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006). Auch wird häufig die bei Betroffenen mit Asperger-Syndrom zu beobachtende motorische Ungeschicklichkeit als ein Unterscheidungsmerkmal genannt (z. B. Gillberg, 1992). Letztere ist der ICD-10 zufolge jedoch kein zwingendes Kriterium für die Diagnose (s. Tab. 2.2).

Des Weiteren werden in verschiedenen Studien unterschiedliche Messmethoden für motorische Ungeschicklichkeit eingesetzt, sodass die Ergebnisse nur schwer vergleichbar sind (vgl. z. B. Gillberg, 1993; Szatmari et al., 1989). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass einige Personen mit Frühkindlichem Autismus im Erwachsenenalter ebenfalls motorische Defizite entwickeln, weshalb eine Unterscheidung der beiden Gruppen im Erwachsenenalter kaum möglich ist (Ghaziuddin et al., 1992).

**Sprachentwicklung als Unterscheidungskriterium?** Die fehlende Sprachentwicklungsverzögerung als Kriterium zur Unterscheidung ist bei Erstdiagnosen im Erwachsenenalter nur mit Einschränkungen erfassbar. Die im ICD-10 genannte Forderung, dass »einzelne Worte bereits im zweiten Lebensjahr oder früher und kommunikative Phrasen im dritten Lebensjahr oder früher benutzt werden« (Dilling & Freyberger, 2010) kann insbesondere bei Erstdiagnosen im Jugend- oder Erwachsenenalter oft nicht mit hinreichender Sicherheit erfragt werden. Entweder stehen keine Bezugspersonen mehr zur Verfügung, die eine Aussage über den Verlauf der Sprachentwicklung treffen können, oder es kann nur aus der Retrospektive geschlossen werden. Solche rückblickenden Beurteilungen auf Ereignisse, die teilweise viele Jahre zurückliegen, bergen eine hohe Fehlergefahr. Erschwerend kommt hinzu, dass Kinder mit Asperger-Syndrom zwar keine allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung aufweisen, jedoch hinsichtlich spezifischer sprachlicher Fertigkeiten durchaus Auffälligkeiten zeigen (Attwood, 2005).

**Kontinuum ASS.** Insgesamt besteht aufgrund solcher und ähnlicher Befunde seit einigen Jahren unter Autismus-Forschern die Tendenz, den Frühkindlichen Autismus, den HFA, das Asperger-Syndrom und den Atypischen Autismus auf einem Kontinuum von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) einzuordnen. Diese Überlegung bildet sich auch in der ersten Diskussionsversion des DSM-V (<http://www.dsm5.org>) ab. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Störungsbilder den Schweregrad der Symptomatik

betreffend variabel sind. Entsprechend lassen sie sich höchstens mit Hilfe von einer Übereinkunft unterliegenden Cut-off-Werten unterscheiden (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006). Das vorliegende Behandlungsmanual richtet sich deshalb sowohl an Personen mit Asperger-Syndrom als auch an Personen mit HFA.

## 2.4.2 Kognitive Kompensation

Hochfunktionale Personen mit einer ASS haben aufgrund ihres guten intellektuellen Leistungsvermögens die Möglichkeit, einen Teil ihrer Beeinträchtigungen aufzufangen (vgl. Lehnhardt et al., 2011a; Vogeley, 2012). Im Kindes- und Jugendalter beginnt dies meist damit, dass Eltern oder andere nahestehende Bezugspersonen die Betroffenen beispielsweise für sozial adaptive Handlungen loben und positiv verstärken, für nicht der Situation oder dem Alter entsprechende Verhaltensweisen hingegen rügen oder bestrafen. Auf diese Weise können intelligente Kinder mit ASS einfache soziale Regeln erlernen, wie z. B.: »Du sollst anderen Menschen in die Augen schauen, wenn sie mit dir sprechen!«, »Wenn jemand zur Tür hereinkommt, musst du ihm die Hand geben!«, »Wenn jemand mit dir redet, darfst du nicht den Raum verlassen!«, oder: »Wenn jemand Geburtstag hat, musst du ihm gratulieren!«

**Rigidität statt Intuition.** Als problematisch erweist sich hier, dass sich Kinder mit ASS im Laufe der Zeit zwar entsprechend der erlernten Regeln verhalten, sich ihnen deren Sinn aber nicht zwangsläufig erschließt. So verwenden sie diese häufig sehr rigide, starren beispielsweise ihr Gegenüber beim Sprechen unablässig an oder geben auch ihren Geschwistern immer wieder die Hand, wenn sie den Raum betreten. Da nicht-autistische, normal entwickelte Kinder solche Umgangsregeln intuitiv erlernen – häufig durch Imitation ihrer Bezugspersonen und dem impliziten Wissen, was im Kontakt mit anderen relevant ist – verhalten sie sich im sozialen Miteinander auch flexibler und angepasster. Mit steigender Komplexität des sozialen Umfelds und der sicheren Erkenntnis tatsächlich »anders« als die anderen zu sein, eignen sich Betroffene mit ASS in Adoleszenz und Erwachsenenalter dann häufig auch aus eigener Motivation heraus komplexere Regeln an, nicht zuletzt, um Ausgrenzung oder Mobbing zu vermeiden. So trainieren sie an Fotos das Erkennen von verschiedenen Gesichtsausdrücken, besuchen an der Volkshochschule Seminare zum Thema »Kommunikation« oder fragen vertraute Personen danach, was das »richtige« Verhalten in einer bestimmten Situation wäre. Vergleichbar ist diese Vorgehensweise der kognitiven Kompensation autistischer Defizite mit dem Erlernen einer Fremdsprache: Vokabeln müssen auswendig gelernt werden, ebenso wie Regeln zu Syntax und Grammatik. Jahrelanges Lernen und viel praktische Übung führen dann dazu, dass die Fremdsprache fließend gesprochen wird. Lebt man aber nicht dauerhaft in dem der Fremdsprache zugehörigen Ausland, wird die Aussprache immer etwas holprig bleiben und hin und wieder fehlt auch eine Vokabel. Hinzu kommt, dass für alle Feinheiten, die das soziale Miteinander umfasst, keine Lehrbücher existieren, in denen eine Person mit ASS bei Unsicherheit eine bestimmte Verhaltensweise betreffend nachschlagen könnte.

**Komorbide Störungen.** Das fortwährende Analysieren von menschlichem Verhalten und sozialen Situationen sowie das darauffolgende Auswählen der »richtigen« Verhaltensweisen erfordern daher neben den intellektuellen Voraussetzungen auch zum Teil enorme Anstrengung. Wenn trotz all dieser Anstrengung immer wieder Situationen eintreten, die die Betroffenen überfordern, weil sie wenig vergleichbar mit anderen sind oder ein sehr hohes Maß an sozialem Feingefühl erfordern, ist es nicht verwunderlich, dass im Erwachsenenalter häufig komorbide Störungen, wie Depressionen oder Ängste auftreten (s. Abschn. 4.5).

# 3 Merkmale im Erwachsenenalter

**Unterschiede zu Kindern und Jugendlichen.** Die Unterschiede im Erscheinungsbild von ASS im Erwachsenenalter sind im Wesentlichen mit zwei Aspekten in Zusammenhang zu bringen. Zum einen leben die Betroffenen schon viele Jahre mit ihren Schwierigkeiten und haben sich mehr oder weniger funktionale Strategien angeeignet, um ihren sozialen Alltag bestmöglich zu organisieren (s. Abschn. 2.4.2). Dies kann dazu führen, dass einige Symptome im therapeutischen Erstkontakt häufig schwer zu erkennen sind.

Zum anderen werden in den letzten Jahren immer häufiger Erstdiagnosen von HFA und Asperger-Syndrom erst im Erwachsenenalter gestellt. Ein denkbarer Grund hierfür ist, dass die autistische Symptomatik dieser Personengruppen weniger ausgeprägt ist als bei Betroffenen, die bereits im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert worden sind. Möglicherweise gehörten die »Spätdiagnostizierten« beispielsweise in der Schule häufig zu der Gruppe der Außenseiter und/oder galten als Sonderlinge. Für Eltern oder Angehörige bestand aufgrund der intellektuellen Leistungsfähigkeit und der oft guten Schulnoten jedoch nicht die Veranlassung, ihr Kind bei einem Facharzt zur Diagnostik vorzustellen. Elternberichten zufolge wiesen spätdiagnostizierte Personen in frühen Lebensjahren zwar ähnliche qualitative Verhaltensmerkmale auf wie schon in Kindheit und Jugend Diagnostizierte, erschienen jedoch insgesamt sozial angepasster (Tantam, 2000). Diese Konstellation aus chronischer autistischer Symptomatik und der kognitiven Kompensation der vorhandenen, selbst erlebten Schwierigkeiten macht die Erstdiagnostik im Erwachsenenalter zu einer besonderen Herausforderung (s. Abschn. 4.1).

**Leidensdruck in der Adoleszenz.** Die Betroffenen selbst berichten rückblickend, schon von Kindheit an Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion mit anderen Personen gehabt zu haben und »andersartig« gewesen zu sein (Lehnhardt et al., 2011a). Tatsächlicher Leidensdruck, der dann zu einer Vorstellung in einer Spezialsprechstunde für ASS führen kann, entsteht häufig erst ab der Adoleszenz, was besonders prägnant in sogenannten Schwellensituationen, wie beispielsweise dem Schulabschluss oder dem Auszug aus dem Elternhaus, sichtbar wird. Die zu diesem Zeitpunkt erforderliche Neuorientierung und Anpassung an ungewohnte Strukturen verdeutlicht den Betroffenen ihre Schwierigkeiten in besonderer Weise. Viele der kognitiven Kompensationsstrategien aus Kindheit und Jugendalter sind nicht mehr anwendbar, und es entsteht oft ein Gefühl der Unzulänglichkeit und eines nicht zu überwindenden Andersseins. Erschwerend kommt spätestens in der dritten Lebensdekade der oft unerfüllte Wunsch nach einer Partnerschaft hinzu. Insgesamt ist die Symptomatik im Erwachsenenalter also durch den chronischen Verlauf und die eigenen Kompensationsbemühungen geprägt und unterscheidet sich daher in einigen Punkten von der Phänomenologie im Kindes- und Jugendalter.

## 3.1 Soziale Interaktion und Kommunikation

### 3.1.1 Theory of Mind – Mentalisieren

**Begriffsbestimmung.** Die sogenannte Theory of Mind (ToM) beschreibt die Fähigkeit, anderen Menschen mentale Zustände wie Gefühle, Gedanken, Überzeugungen, Handlungsabsichten, Wünsche etc. zuzuschreiben, um das Verhalten anderer Personen vorhersagen und erklären zu können (Premack & Woodruff, 1978). Dieses Vermögen ist im sozialen Miteinander von zentraler Bedeutung, da es die Voraussetzung für eine angemessene Interaktion mit anderen darstellt, die sich alltagssprachlich etwa in Rücksicht und Respekt anderen Personen gegenüber ausdrückt (Förstl, 2006). Der diesbezüglich etwas irreführende Ausdruck »Theory of Mind« darf nicht in dem Sinne verstanden werden, dass bewusst eine Theorie über die mentalen Zustände anderer Personen gebildet wird. Im Gegenteil – die Zuschreibung erfolgt oft automatisch und ohne große gedankliche Mühen. Aus diesem Grund wird von einigen Autoren der Begriff »Mentalisierung« (»Mentalizing«) bevorzugt, da er diese oft unbewusste und intuitive Komponente mit aufnimmt (Frith, 2003).

**Mentalisierungsdefizite.** Eine Vielzahl an Studien mit unterschiedlichen Testverfahren hat gezeigt, dass Kinder mit Frühkindlichem Autismus ein breites Defizit dieser Fähigkeit aufzeigen (für eine Übersicht s. Baron-Cohen, 2001). Erwachsene Personen mit HFA oder Asperger-Syndrom hingegen absolvieren die meisten klassischen Testverfahren zur Mentalisierungsfähigkeit ohne Probleme, wohingegen sie im komplexen sozialen Alltag oft massive Schwierigkeiten haben, die innere Verfassung oder die mentalen Zustände bei anderen Personen zu erkennen. Dies ist dadurch erklärbar, dass intelligente Erwachsene mit ASS durchaus in der Lage sind, sich die Überzeugungen, Gefühle und Gedanken anderer Menschen mit Hilfe von oft mühsam erlernten, expliziten Regeln und Formeln zu erschließen (Frith, 2003). In den klassischen Tests besteht meist die Möglichkeit, auf diese erlernten Fertigkeiten zurückzugreifen, da in den Aufgaben oft eine klar strukturierte soziale Situation beschrieben wird und genügend Zeit zur Lösung der Aufgabe zur Verfügung steht. In einer Teamdiskussion beispielsweise oder einem Gespräch auf einer Feier müssen hingegen zum Teil innerhalb kürzester Zeit die Intentionen mehrerer Personen gleichzeitig erfasst werden, um angemessen reagieren zu können. Hier bedarf es einer intuitiven Mentalisierung, die bei den Betroffenen jedoch gestört ist oder sogar vollständig fehlt (Vogelely & Remschmidt, 2011). Aus diesem Grund wirken erwachsene Personen mit ASS im sozialen Kontext oft ungeschickt, unhöflich oder sogar arrogant und respektlos – wenn sie z. B. nicht verstehen, wann ein Gespräch beendet ist, anderen Personen ins Wort fallen oder sich unpassend äußern.

**Günther, 42 Jahre**

*»Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass ich denke, dass ein Gespräch doch eigentlich ganz gut läuft. Im Nachhinein wurde mir dann gesagt, dass mein Gesprächspartner mich für arrogant oder unverschämt hält, und ich konnte es mir wirklich nicht erklären.«*

### 3.1.2 Verbale Kommunikation

Bei der verbalen Kommunikation sind bei Erwachsenen mit ASS in der Regel sowohl bei der Sprachproduktion als auch bei der Rezeption mehrere Auffälligkeiten zu verzeichnen. Besonders die Bereiche Pragmatik, Semantik und Prosodie bereiten den Betroffenen Schwierigkeiten (Attwood, 2005; Frith, 2003; Remschmidt & Kamp-Becker, 2006).

#### **Pragmatik**

Die Pragmatik bezeichnet die sozial-kommunikative Funktion der Sprache, also den Einsatz von Sprache in sozialen Kontexten. Kinder und Jugendliche mit ASS haben in diesem Bereich noch deutlichere Einschränkungen, aber auch hochfunktionale Erwachsene offenbaren trotz ihrer großen Geübtheit noch für andere Personen wahrnehmbare Schwierigkeiten. So neigen viele Betroffene zum Monologisieren über für sie interessante Themen, ohne zu erkennen, dass ein Gesprächspartner sichtlich gelangweilt ist, oder sie unterbrechen andere Personen häufig an unpassenden Stellen. Bisweilen geraten Gespräche ins Stocken, wenn ein Mensch mit ASS eine Aussage des Gegenübers nicht ganz verstanden hat: Anstatt nachzufragen, um so den Gesprächsfluss zu erhalten, beginnt er über die Aussage nachzudenken und spricht erst wieder, wenn er meint, sie begriffen zu haben (Attwood, 2005). Auch werden Floskeln – sofern sie überhaupt verwendet werden – häufig an falschen Stellen im Gespräch eingesetzt. Beispielsweise benutzen Betroffene Phrasen zur Einführung eines neuen Themas im Gespräch (z. B. »Lassen Sie uns darüber sprechen, dass ...«, »Nebenbei ist es doch so, dass ...«), wenn kein neues Thema eingeführt wird (Frith, 2003). Besonders das letzte Beispiel zeigt die Grenzen einer kognitiven Kompensation: Erwachsene Personen mit ASS haben diese Redensart zwar im Kontakt mit anderen erlernt, verstehen aber oft ihren Sinn nicht vollständig.

Frith (2003) zufolge sind die Einschränkungen in der Pragmatik Ausdruck einer fehlenden Mentalisierungsfähigkeit (s. Abschn. 3.1.1), da die Betroffenen nicht in der Lage sind, den mentalen Zustand des Gesprächspartners zu verstehen und dann auch nicht adäquat reagieren.

## **Semantik**

Semantik befasst sich mit dem Inhalt von Wortbedeutungen oder sprachlichen Wendungen. Die semantischen Einschränkungen von Personen mit ASS betreffen hier vor allem das wortwörtliche Verständnis von sprachlichen Inhalten. Betroffene Kinder begehen häufig noch klassische Fehler, indem sie beispielsweise die Frage danach, ob sie bis 10 zählen können oder das Salz herüberreichen können, mit einem schlichten »ja« beantworten, ohne dann aber – dem impliziten Aufforderungscharakter der Frage entsprechend – zu reagieren, denn »eigentlich« wurde ja erwartet, dass die befragte Person tatsächlich bis 10 zählen oder das Salz anreichen sollte (Attwood, 2005; Frith, 2003). Für erwachsene Personen mit ASS sind solche semantischen Herausforderungen nur durch jahrelange Erfahrung im Umgang mit anderen Menschen gut zu bewältigen. Das Verständnis von Metaphern, Ironie, Witzen oder Sprichwörtern hingegen bereitet oft immer noch Schwierigkeiten, da keine allgemeinen Regeln existieren, die die Bedeutung jeder unbekannteten Metapher oder ironischen Bemerkung erschließen (Vogelely & Remschmidt, 2011).

## **Prosodie**

Als Prosodie wird die stimmliche Qualität der Sprache oder Sprachmelodie bezeichnet. Normalerweise wird die Prosodie dazu genutzt, dem gesprochenen Wort eine entsprechende Bedeutung zu verleihen. Sie ist daher von großer Wichtigkeit im sozialen Kontext. Worte, die als wichtig erachtet werden, werden betont, und die Satzmelodie verändert sich in Abhängigkeit davon, ob eine Frage gestellt, ein Ausruf oder eine Aussage getätigt wird. Auch Sprechrhythmus und Tonhöhe variieren der Gefühlslage entsprechend. Personen mit ASS weisen sehr oft Veränderungen der Prosodie auf, wobei eine wenig modulierte und dadurch monotone sowie mechanische Sprechweise die häufigste Auffälligkeit darstellt (Attwood, 2005; Remschmidt & Kamp-Becker, 2006). Die Betroffenen erscheinen anderen Menschen daher oft unmittelbar als »merkwürdig«. Anderen Personen kann das Zuhören schwerfallen, da die fehlenden Variationen in Tonhöhe, Rhythmus, Tempo oder Betonungen relevanter Worte schnell ein Gefühl der Langeweile beim Zuhörer entstehen lassen.

## **Small-Talk**

Der Small-Talk stellt insofern einen besonderen Problembereich für Erwachsene mit ASS dar, als dass er um seiner selbst willen geführt wird: Das eigentliche Ziel eines Small-Talks ist die soziale Interaktion und nicht der Informationsaustausch. Der Inhalt einer solchen Unterhaltung ist also nur zweitrangig. Trotzdem oder gerade deswegen ist die Themenwahl nicht unbedeutend. Auf einer Cocktailparty über komplizierte mathematische Berechnungen zu diskutieren ist genauso unangebracht wie den Krebstod eines nahen Verwandten zu thematisieren (Topf, 2006). Genau darin besteht für die Betroffenen die Herausforderung, da sie zum einen oftmals den Sinn eines Small-Talks nicht nachvollziehen können und zum anderen teilweise enorme Schwierigkeiten bei der Auswahl eines geeigneten Small-Talk-Themas zeigen. Beim Small-Talk zeigen sich die Probleme hinsichtlich der Pragmatik der verbalen Kommu-

nikation auffallend deutlich – zahlreiche Missverständnisse und unangenehme Situationen sind hier für erwachsene Personen mit ASS vorprogrammiert.

#### O-Ton

##### **Ingo, 36 Jahre (Pragmatik und Prosodie)**

*»Das Sprechen ist so eine Sache ... In der Schule wurde ich wegen meiner Art zu sprechen dauernd gehänselt. Z. B. haben einige Mitschüler angefangen demonstrativ zu gähnen, wenn ich im Unterricht etwas beantwortet habe. Und selbst das habe ich lange gar nicht bemerkt. Eine nette Klassenkameradin hat mir irgendwann dann mitgeteilt, dass ich einen »leiernden« Ton beim Reden habe und meine Antworten auf Fragen des Lehrers häufig viel zu lang von mir ausgeführt würden und über das eigentliche Thema hinausgingen und dass das der Grund ist, wieso andere sich im Unterricht über mich lustig machen.«*

##### **Thorsten, 24 Jahre (Semantik)**

*»Ja, das musste ich lernen ... dass neurotypische Personen ganz oft Dinge sagen, die sie eigentlich anders meinen ... oder Redewendungen ... – also »eine Schwalbe bringt noch keinen Sommer« zum Beispiel. Bringen denn viele Schwalben einen Sommer? Der Sommer kommt doch sowieso. Was hat das mit den Schwalben zu tun? Es ist doch, wenn überhaupt, umgekehrt! Erst kommt der Sommer und im Sommer sieht man viele Schwalben wegen den Insekten. Ob die dann wirklich kommen, weiß ich auch gar nicht.«*

##### **Katharina, 41 Jahre (Small-Talk)**

*»Ich habe keine Ahnung, wozu das gut sein soll! Entweder ich habe etwas zu sagen oder ich habe nichts zu sagen. Und wenn ich nichts zu sagen habe, dann sage ich nichts. Dieses Geplapper ist mir unverständlich – wieso das alle ständig tun. Zu den meisten Themen habe ich einfach nichts zu sagen ... über die Frisur von irgendeinem Filmstar oder die Einrichtung von einem Restaurant. Diese Situationen haben mir schon immer deutlich gezeigt, dass ich irgendwie anders bin.«*

### 3.1.3 Sozialer Blick und nonverbale Kommunikation

Das in sozialen Situationen eingesetzte Blickverhalten hat zwei Funktionen:

- (1) Es hilft dabei, auf kognitive Prozesse des Gegenübers zu schließen und fällt somit in den Bereich der Theory of Mind oder des Mentalisierens.
- (2) Der soziale Blick kann zur Kommunikation dienen, indem er zielgerichtet »gesendet« wird (Vogeley & Remschmidt, 2011).

Sich etwas unter einem »vernichtenden Blick«, einem »liebvollen Blick« oder einem »ermahnenden Blick« vorzustellen, ist für die meisten Menschen eine leicht zu meisternde Aufgabe. Für Personen mit ASS hingegen werden diese sensiblen Signale kaum bis überhaupt nicht zu kommunikativen Zwecken verwendet und häufig auch nicht verstanden. Für sie bleibt das Blickverhalten anderer Personen ohne relevante soziale

Information (Schuster, 2007). Ähnlich verhält es sich mit Mimik und Gestik, die ebenfalls für Erwachsene mit ASS schwer zu interpretieren sind. Aufgrund dieser Schwäche erscheinen vielen Betroffenen soziale Situationen oft unerklärlich und kaum vorhersagbar. Auch hier haben hochfunktionale autistische Personen die Möglichkeit, nonverbale Signale wie die Worte einer Fremdsprache zu erlernen, weshalb im Erwachsenenalter häufig eindeutige nonverbale Signale gut verstanden werden können. Verbale Informationen erscheinen aber letztlich trotzdem verlässlicher und werden im Umgang mit anderen Menschen im Zweifel stärker herangezogen. So zeigte bspw. eine experimentelle Studie, dass sich erwachsene hochfunktionale Personen mit ASS, die ein Urteil über unbekannte Personen abgeben sollten, stärker auf verbales als auf nonverbales Material stützen (Kuzmanovic et al., 2011).

#### O-Ton

##### **Claudia, 29 Jahre**

*»Besonders unter Frauen ist es oft ein bisschen so, als würden zwei Gespräche – die auch beide irgendwie gleich wichtig sind – zur selben Zeit ablaufen. Ich bekomme dann immer nur eine der beiden Unterhaltungen mit – nämlich die wörtliche. Das ist furchtbar für mich. Ich sitze daneben, bin aber nicht so richtig dabei. Manchmal steht plötzlich jemand auf und verlässt zum Beispiel den Raum, und ich habe überhaupt gar keine Ahnung, wieso. Oder von einer Sekunde auf die andere lachen plötzlich alle, ohne dass meiner Meinung nach irgendetwas Lustiges passiert ist. Die Personen, die mich gut kennen, verwenden Worte, um mir etwas zu erklären, und hören auf das, was ich sage – und nicht auf das, was offenbar mein Körper und mein Gesicht dabei machen ... Das ist schon mal gut. Alle anderen Situationen – d. h. Situationen mit unbekanntem Personen – versuche ich eher zu vermeiden.«*

### 3.2 Repetitive und stereotype Verhaltensmuster

**Spezialinteressen.** Bei erwachsenen Personen mit ASS fallen unter diese Kategorie vornehmlich fokussierte Spezialinteressen, mit denen sich die Betroffenen häufig über viele Jahre hinweg intensiv beschäftigen (Vogele & Remschmidt, 2011). Inhaltlich muten diese Interessensgebiete oft eher ungewöhnlich, nutzlos und manchmal sogar bizarr an – wie beispielsweise das jahrzehntelange pedantische Führen von Tagebüchern über Ergebnisse unterschiedlichster Sportarten oder Autokennzeichen bzw. allumfassendes Wissen über Seriennummern sowie Baujahre von Güterzügen. Diese Interessen werden in sozialen Situationen von Menschen mit ASS repetitiv – meist an eher unangebrachten Stellen – thematisiert, was zu abendfüllenden Monologen führen kann, vorausgesetzt die umgebenden Personen lassen dies zu.

**Routinen und Rituale.** Strikte Routinen und täglich wiederkehrende Rituale sind für die meisten Menschen mit ASS von enormer Wichtigkeit. Viele Betroffene haben große Schwierigkeiten sich abweichend von diesen Routinen zu verhalten. Eingespielte, immer gleiche Tätigkeitsabläufe oder bestimmte Speisen, Kleidung und Haushaltsauf-