

Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter

Kai Vogeley

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln

Institut für Neurowissenschaften und Medizin –
Kognitive Neurowissenschaften (INM3)

kai.vogeley@uk-koeln.de

Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter

Interessenskonflikte

Sprecher des Wissenschaftlichen Beirats
von Autismus Deutschland e.V. (ehrenamtlich)

Buchautor Beltz-Verlag (honoriert)



Ratgeber für
erwachsene
Betroffene
und Angehörige
(3.Aufl. 2026)

Psychotherapie-
Manual für
erwachsene
Betroffene
(2012)

Berufs-Coaching-
Manual für
erwachsene
Betroffene
(2017)

Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter

Kommunikation

Diagnose und Differentialdiagnose

Psychotherapie

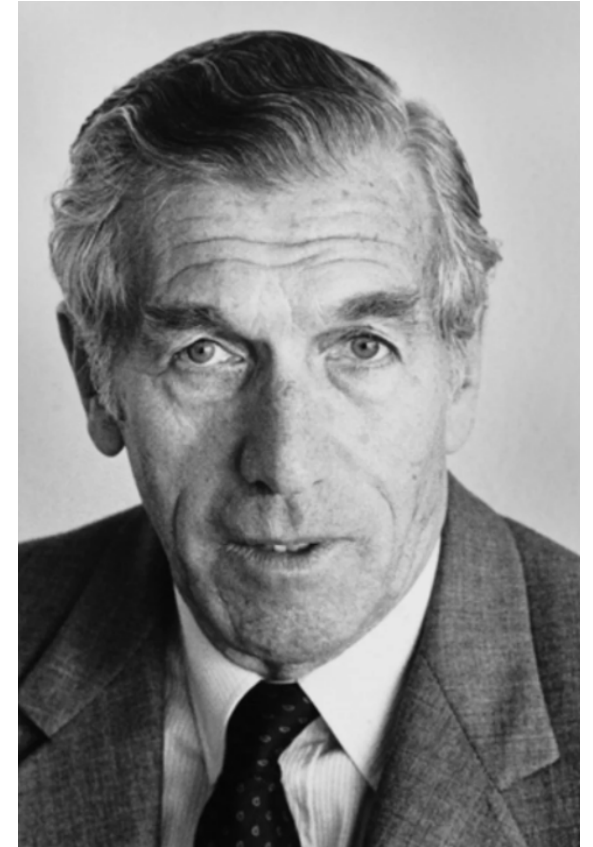
Pharmakotherapie

Multimodale Therapie

Kommunikation

Fünf Axiome der Kommunikation

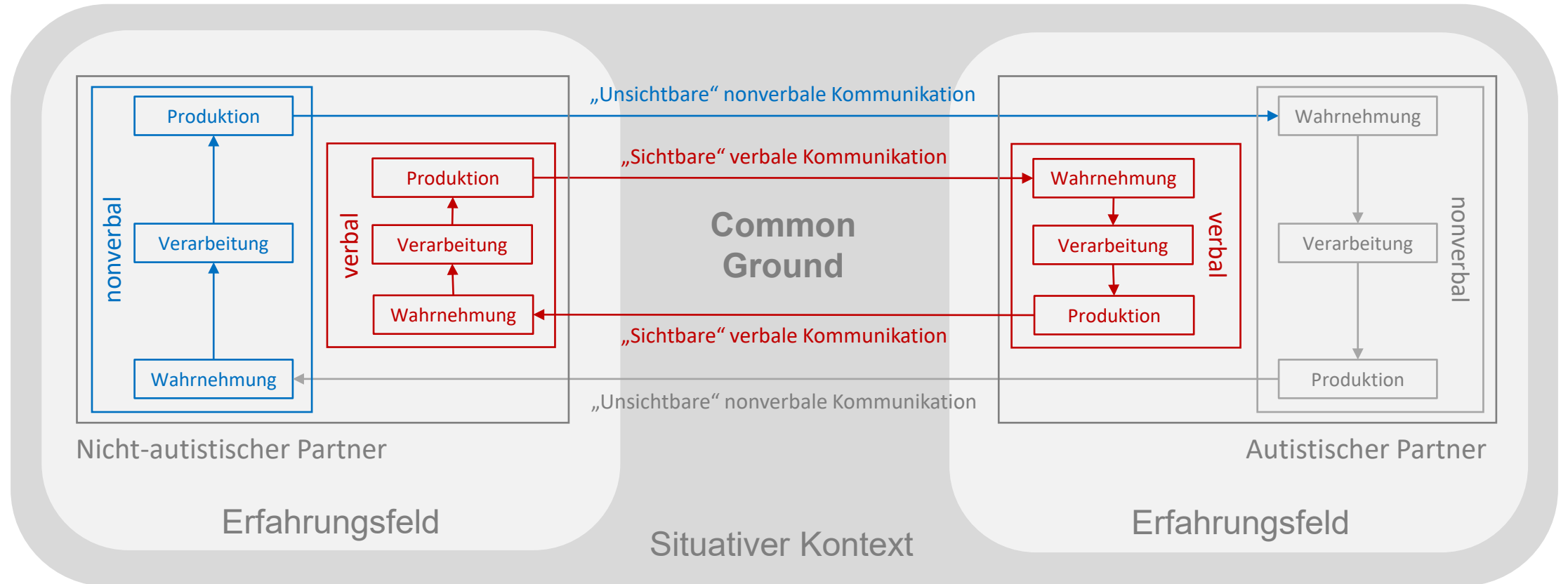
1. Axiom: „**Man kann nicht nicht kommunizieren.**“ 60
2. Axiom: „Jede Kommunikation hat einen **Inhalts- und einen Beziehungsaspekt**, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist.“ 64
3. Axiom: „Die Natur einer Beziehung ist durch die **Interpunktion der Kommunikationsabläufe** seitens der Partner bedingt.“ 69f
4. Axiom: „Menschliche Kommunikation bedient sich **digitaler und analoger Modalitäten**. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potenzial, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikationsformen erforderlichen logischen Syntax.“ 78
5. Axiom: „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder **symmetrisch oder komplementär**, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“ 81



Paul Watzlawick (1921-2007)

Kommunikation

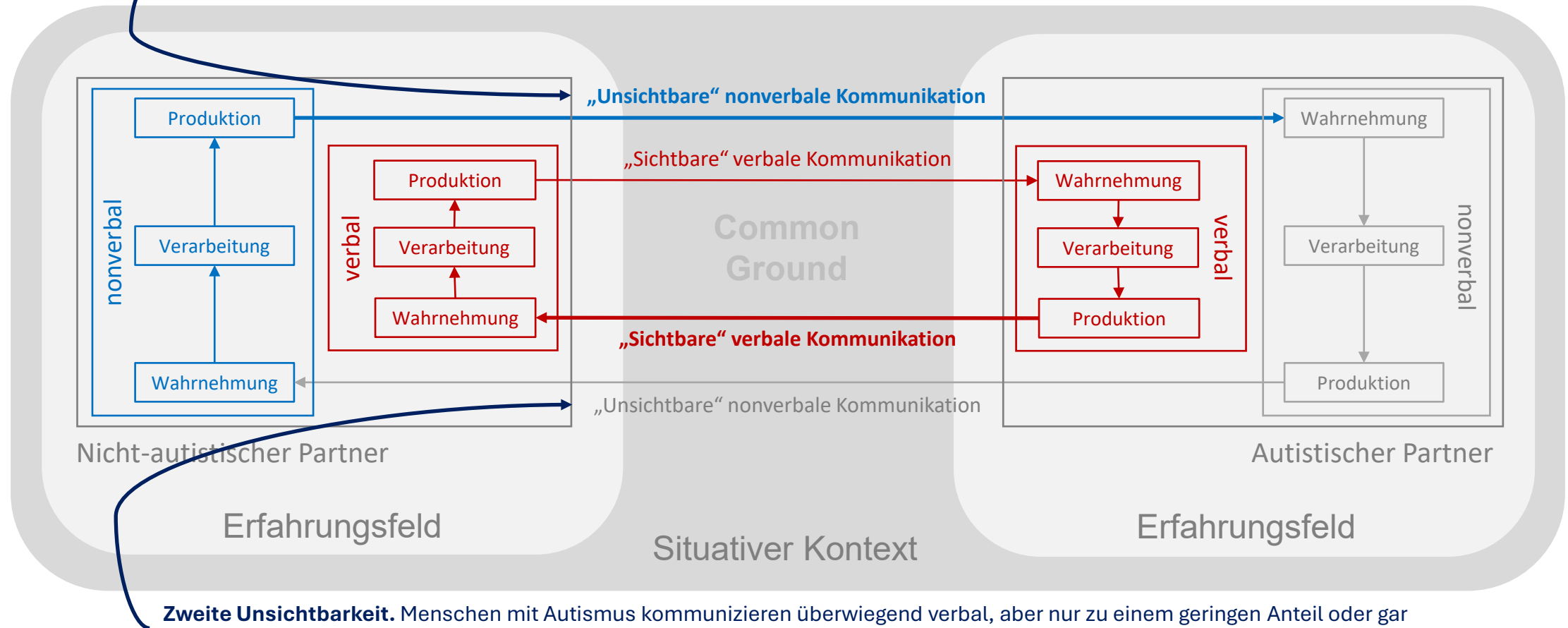
„Doppelte Unsichtbarkeit“ bei Autismus



Kommunikation

„Doppelte Unsichtbarkeit“ bei Autismus

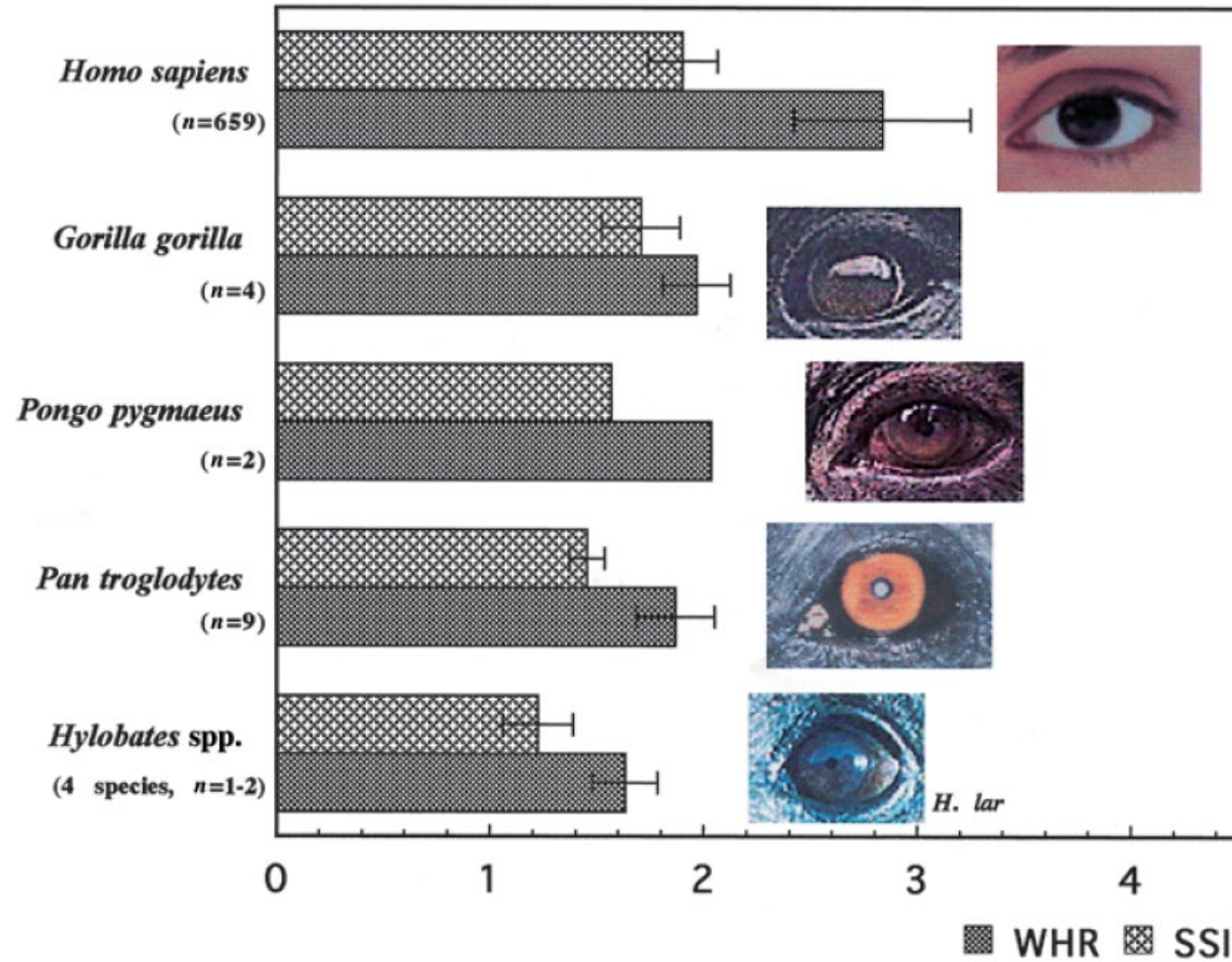
Erste Unsichtbarkeit. Menschen ohne Autismus kommunizieren mühelos und intuitiv („unsichtbar“) unter Einschluss von verbalen und nonverbalen Mitteln und erwarten diese reichhaltige Kommunikation auch automatisch von ihren Partnern.



Zweite Unsichtbarkeit. Menschen mit Autismus kommunizieren überwiegend verbal, aber nur zu einem geringen Anteil oder gar nicht nonverbal ohne es zu wissen („unsichtbar“), auch sie erwarten diesen Fokus auf Sprache automatisch bei ihren Partnern.

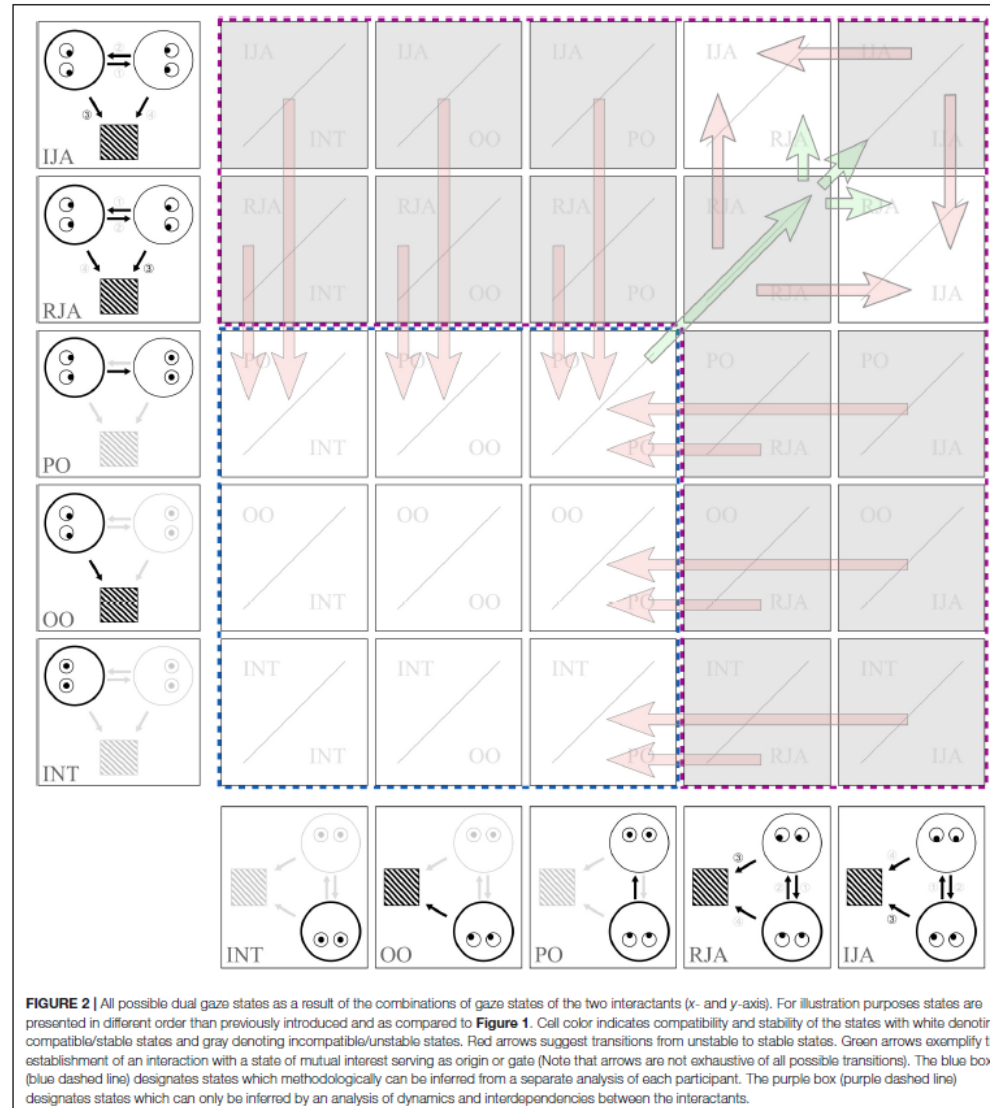
Kommunikation

Sozialer Blick



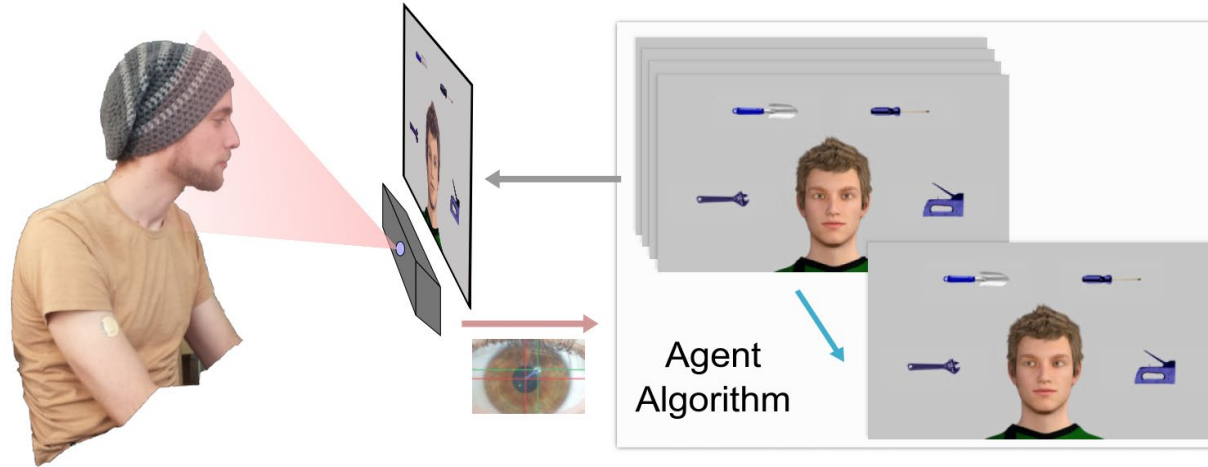
Kommunikation

Interaktives Blickverhalten



Kommunikation

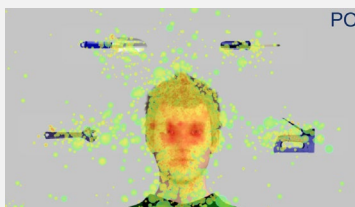
Interaktives Blickverhalten



Non-Interactive Conditions

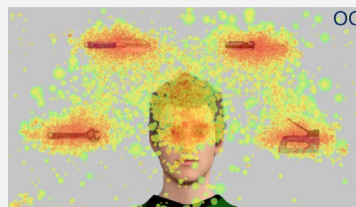
PO Person Oriented

Task:
“Look at person!”
Agent:
Interested or not



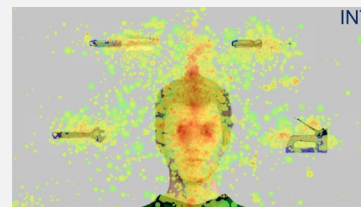
OO Object Oriented

Task:
“Look at objects!”
Agent:
Interested or not



INT Intro- spective

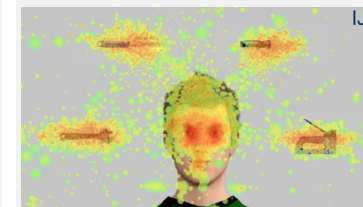
Task:
“Think of yourself!”
Agent:
Interested or not



Interactive Conditions

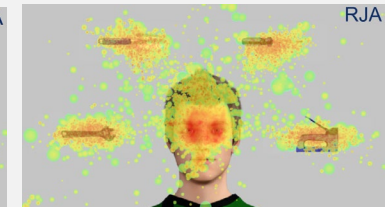
IJA Initiating Joint Attention

Task:
“Initiate joint attention!”
Agent:
Responsive or not



RJA Responding to Joint Attention

Task:
“Respond to joint attention!”
Agent:
Continuously initiative



Interaktives Blickverhalten

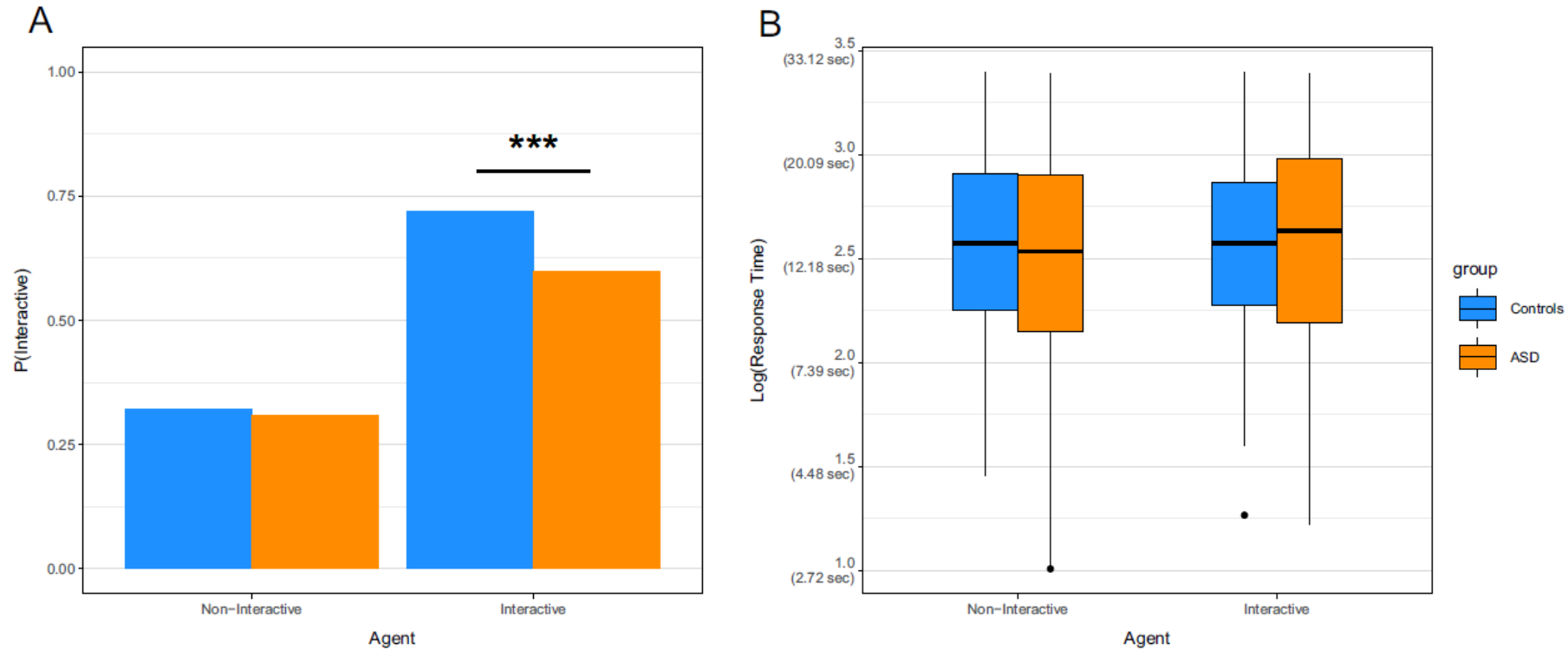
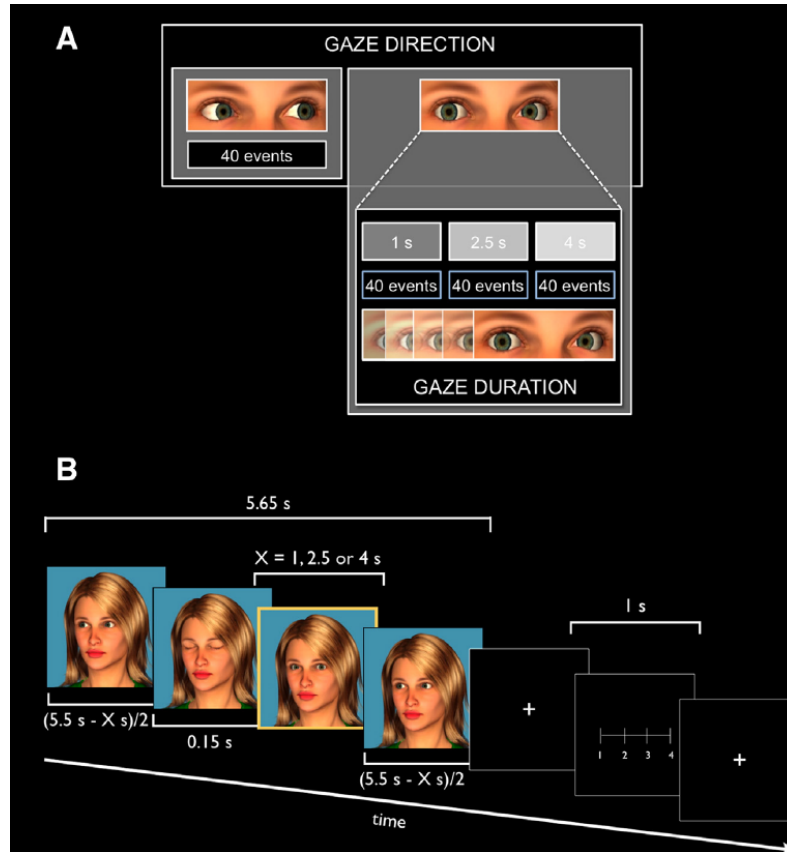


Figure 4. Plots of (A) mean interactivity ratings and (B) mean logarithmic response times (sec values in parentheses) for diagnostic groups (blue: control persons / orange: ASD participants) and non-interactive (left) vs. interactive (right) agent states. A: Asterisks indicate significant post-hoc comparisons ($* < .05$, $** < .01$, $*** < .001$), dashed line indicates the 50% guessing rate). ASD participants have significantly smaller detection rates for interactive states compared to controls participants. Diagnostic groups do not differ with regard to non-interactive states or response times.

Differentielle Aktivierung des “sozialen Gehirns” bei Autismus



Siemens 3T

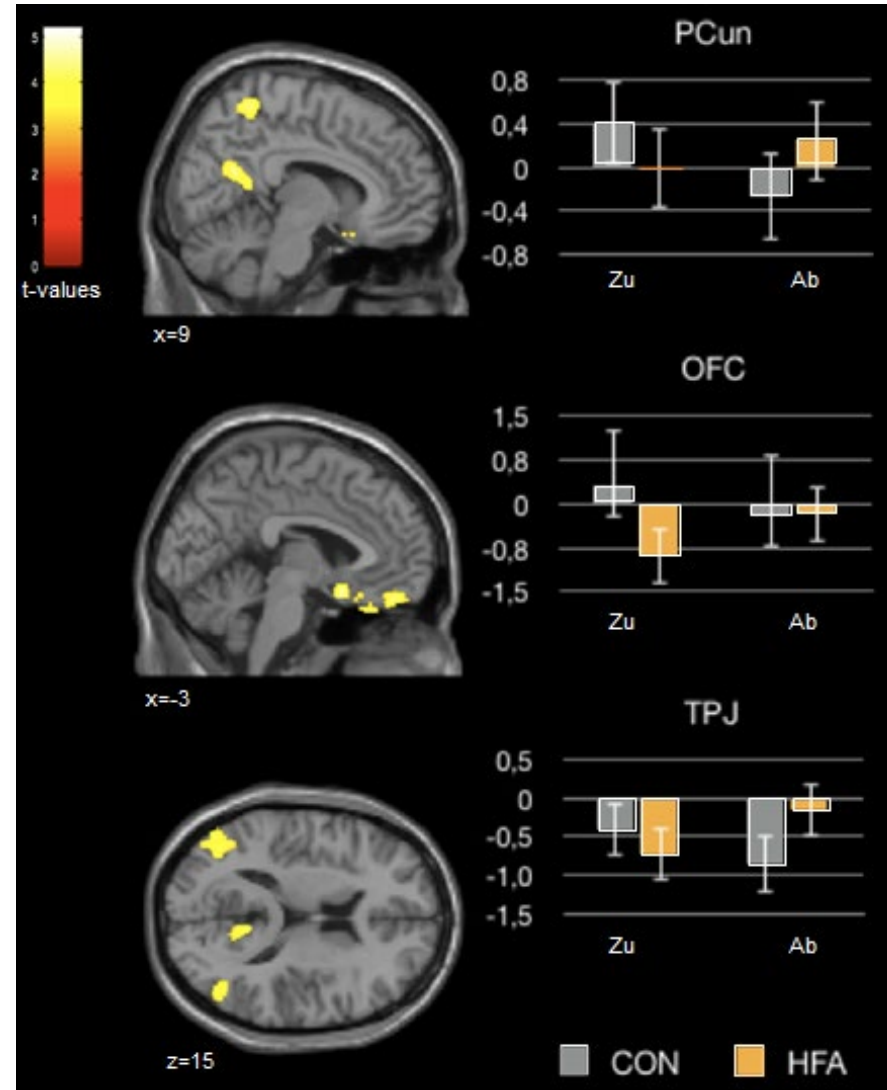
SPM5

Event-Related-Design

n=26

random effect, height threshold p (FWE-corr.) = 0.05

uncorr., extent threshold = 20 voxels



Diagnose und Differentialdiagnose

ICD-10, DSM-5, ICD-11

ICD-10 (1990)

Verschiedene Diagnosegruppen
(F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9)

1 Interaktionsstörungen
2 Kommunikationsstörungen
3 Repetitive Verhaltensweisen

Frühe Manifestation,
Signifikante Beeinträchtigungen,
Fehlende alternative Erklärung

Differenzierung nur über
F84.0, F84.1, F84.5

Undifferenzierter Verlauf

DSM-5 (2013)

Eine Diagnosegruppe
(„Autism Spectrum Disorder“)

**1 Interaktions-/
Kommunikationsstörungen (3/3)**
(1) Defizite in der sozialemotionalen Gegenseitigkeit
(2) Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten
(3) Defizite im Verständnis von Beziehungsgestaltungen
2 Repetitive Verhaltensweisen (2/4)
(1) Stereotype, repetitive Bewegungsabläufe
(2) Routinen oder Rituale
(3) Fixierte Interessen
(4) Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize

Frühe Manifestation,
Signifikante Beeinträchtigungen,
Fehlende alternative Erklärung

**Klinische „Specifier“
(Unterstützungsbedarf,
Sprache, Intelligenz)**

Differenzierter Verlauf

ICD-11 (2022)

Eine Diagnosegruppe
(„Autismus-Spektrum-Störung“)

**1 Interaktions-/
Kommunikationsstörungen
2 Repetitive Verhaltensweisen**

Frühe Manifestation,
Signifikante Beeinträchtigungen

**Klinische Spezifikation
(Sprache, Intelligenz)**

Differenzierter Verlauf

Diagnose und Differentialdiagnose

Autismus-Spektrum-Störung (ICD-11)

Persistierende Defizite in der Einleitung und Aufrechterhaltung sozialer Kommunikation und reziproker sozialer Interaktion außerhalb der Erwartungen (Alter, intellektuelle Entwicklung)

Persistierende, umschriebene, repetitive und unflexible Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten, die untypisch sind (Alter, soziokultureller Kontext)

Beginn der Störung in der Entwicklungsperiode (meist frühe Kindheit), aber späteres Auftreten von Symptomen ist möglich, wenn die Anforderungen die Leistungsfähigkeiten übersteigen

Die Symptome resultieren in signifikanter Einschränkung der persönlichen, familiären, sozialen, schulischen oder beruflichen Domäne (soziales Funktionieren kann adäquat sein, so dass Defizite nicht mehr sichtbar sein müssen)

Diagnose und Differentialdiagnose

(Differential)Diagnostische Herausforderungen

Diagnostische Kriterien sind vieldeutig, Hauptkriterien sind unspezifisch

Vorinformation in den Medien erlauben Identifikation mit dem Störungsbild

Ungenau und verzerrte Darstellung von ASS in den Medien:

Wahrnehmungsstörung/ Hypersensibilität

Überdurchschnittliche Intelligenz, „Inselbegabung“ (Savants)

Berühmte Persönlichkeiten möglicherweise autistisch

(Wolfgang Amadeus Mozart, Immanuel Kant, Isaac Newton, Albert Einstein,
Dan Aykroyd, Bill Gates, Elon Musk, Greta Thunberg, Sir Anthony Hopkins,
Robbie Williams)

Camouflaging, Masking, Kompensation

weiblicher Phänotyp

Neurodiversität, Neurodivergenz

Camouflaging, Masking, Kompensation

Diagnose und Differentialdiagnose

Differentialdiagnostische Abgrenzung

Differentialdiagnose	Ähnlichkeit	Differenzierung
Persönlichkeitsstörung Cluster A „sonderbar, exzentrisch“ (paranoid, schizoid, schizotyp)	sonderbar, affektarm, gefühlskalt, isoliert, wenig Kontakte	Erhaltene Mentalisierung bei PS, keine repetitiven Verhaltensweisen; Beginn ab Pubertät
Persönlichkeitsstörung Cluster B „dramatisch, emotional“ (Borderline, histrion, antisozial, narzisstisch)	Impulsivität, Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe und Distanz	Erhaltene Mentalisierung und Kommunikation bei PS, keine repetitiven Verhaltensweisen; Beginn ab Pubertät
Persönlichkeitsstörung Cluster C „ängstlich, vermeidend“ (vermeidend, dependent, zwanghaft)	ängstlich, hilflos, abhängig, wenig flexibel	Erhaltene Mentalisierung bei PS, keine repetitiven Verhaltensweisen; Beginn ab Pubertät
Zwangsspektrum-Störung	Repetitive, stereotype Verhaltensweisen	Erhaltene Mentalisierung und Kommunikation bei ZS; Dystonie bei Zwang, Syntonie bei ASS
ADHS	Aufmerksamkeitsstörung, soziale Unangemessenheit, frühe Entwicklung	Erhaltene Mentalisierung und Kommunikation bei ADHS
Soziale Phobie	Angst vor sozialen Kontakten, sozialer Rückzug	Erhaltene Mentalisierung und Kommunikation; Beginn ab Pubertät; Therapieverlauf

Diagnose und Differentialdiagnose

Autismus als erwünschte Diagnose

Wer autistisch sein möchte, ist es nicht ¹;
wer autistisch ist, möchte es nicht sein ².

Autistisch sein zu wollen ¹

erfordert relevante soziale Kompetenzen bei
sozialem Vergleich (eigener Vorteil durch „akzeptable(re)“ Diagnose, höhere Anerkennung durch andere),
Mentalisierung (andere überzeugen wollen einschl. Angehöriger, Untersucher*innen).

Autistisch zu sein ²

ist assoziiert mit
chronischer Überforderung im Alltag, eingeschränkter Lebensqualität,
hohem Angst- und Stresserleben („Burnout“, „Meltdown“),
psychischen Folgekrankheiten (Depression, erhöhte Suizidrate),
fünffach erhöhter Arbeitslosigkeit.

Diagnose und Differentialdiagnose

Neurodiversität, Neurodivergenz, Neurotypizität

Neurodiversität

Varianz aller menschlichen Gehirne, die die Erlebnis-, Denk- und Handlungsweisen jeder einzelnen Person bestimmen

Neurodivergenz

Abweichung von Menschen in ihrer Gehirnstruktur und damit ihren Erlebnis-, Denk- und Handlungsweisen

Neurotypizität oder Neurotypik

Ähnlichkeit aller Menschen (abzüglich Neurodivergenz) in ihrer Gehirnstruktur und damit ihren Erlebnis-, Denk- und Handlungsweisen

- ✚ erfasst die schlechte Passung zwischen individuellen Fähigkeiten und gesellschaftlichen Anforderungen, betont Stärken neben diagnostizierbaren Schwächen oder Defiziten, dient der Entstigmatisierung und verbesserten Partizipation dienen, hat soziologisches oder politisches Potential (ähnlich Geschlecht, sexuelle Präferenz, ethnische, Klassenzugehörigkeit)
- hat keinen Status einer medizinischen Diagnose, hat keinen Therapieauftrag, Zuordnung zu Gehirnstrukturen ist ein derzeit wissenschaftlich nicht einlösbares Postulat, Selbstzuschreibung von Neurodivergenz ist gegenüber Neurotypik schlecht abgrenzbar, ist diagnostisch unspezifisch (Autismus, ADHS, Dyslexie, Legasthenie, Dyskalkulie, Tourette-Syndrom, Schizophrenie).

Psychotherapie

Respekt

„Erweiterung des Verhaltensrepertoires“ (Remschmidt & Kamp-Becker 2006)

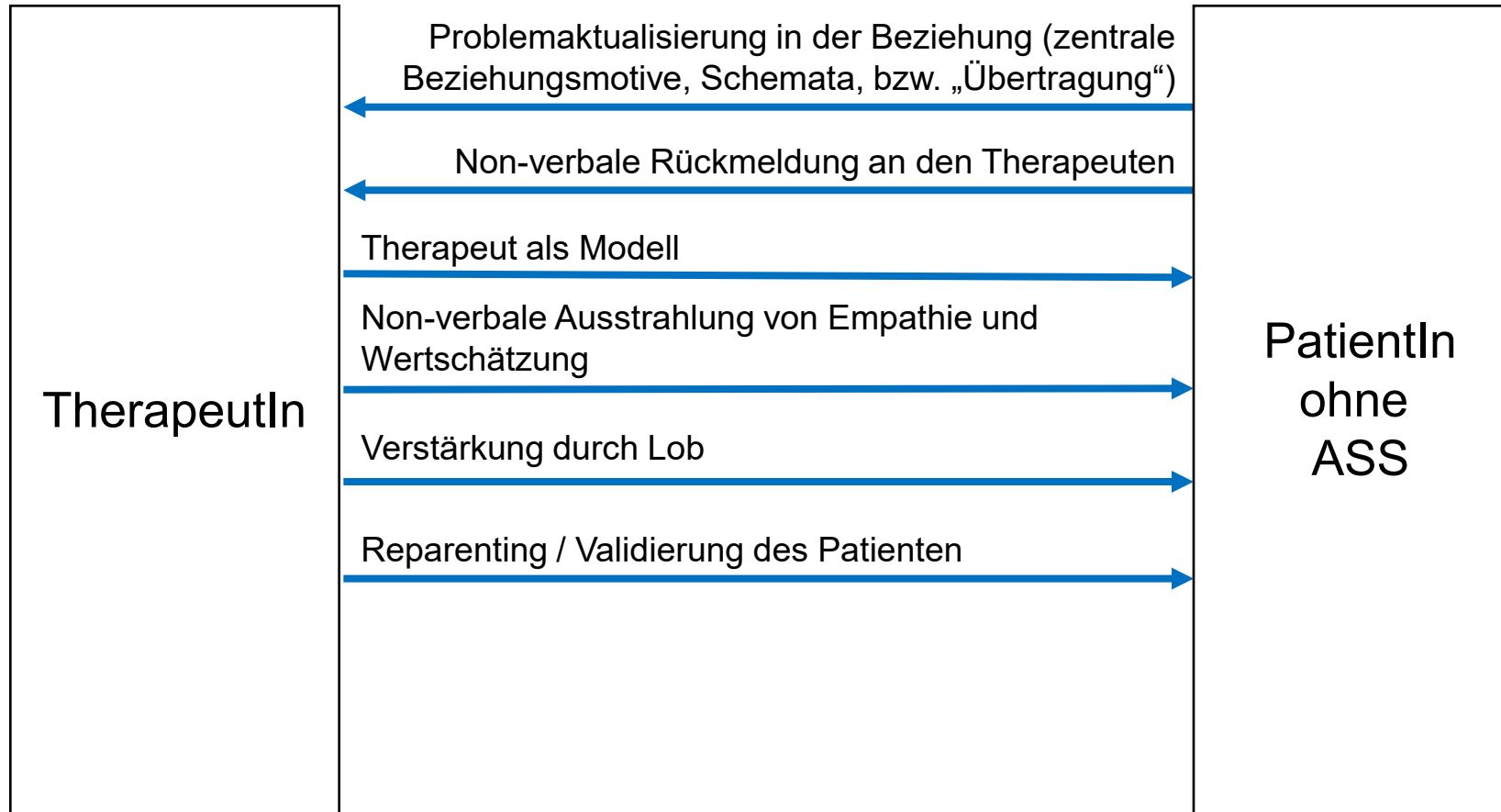
Lebenszufriedenheit ermöglichen (Preißmann 2013)

Respekt vor dem Anderssein und der besonderen Persönlichkeit
(Preißmann 2013)

Ermöglichung von sozialen Kontakten unter Respekt vor den Stärken und Toleranz
für die Schwächen (Preißmann 2013)

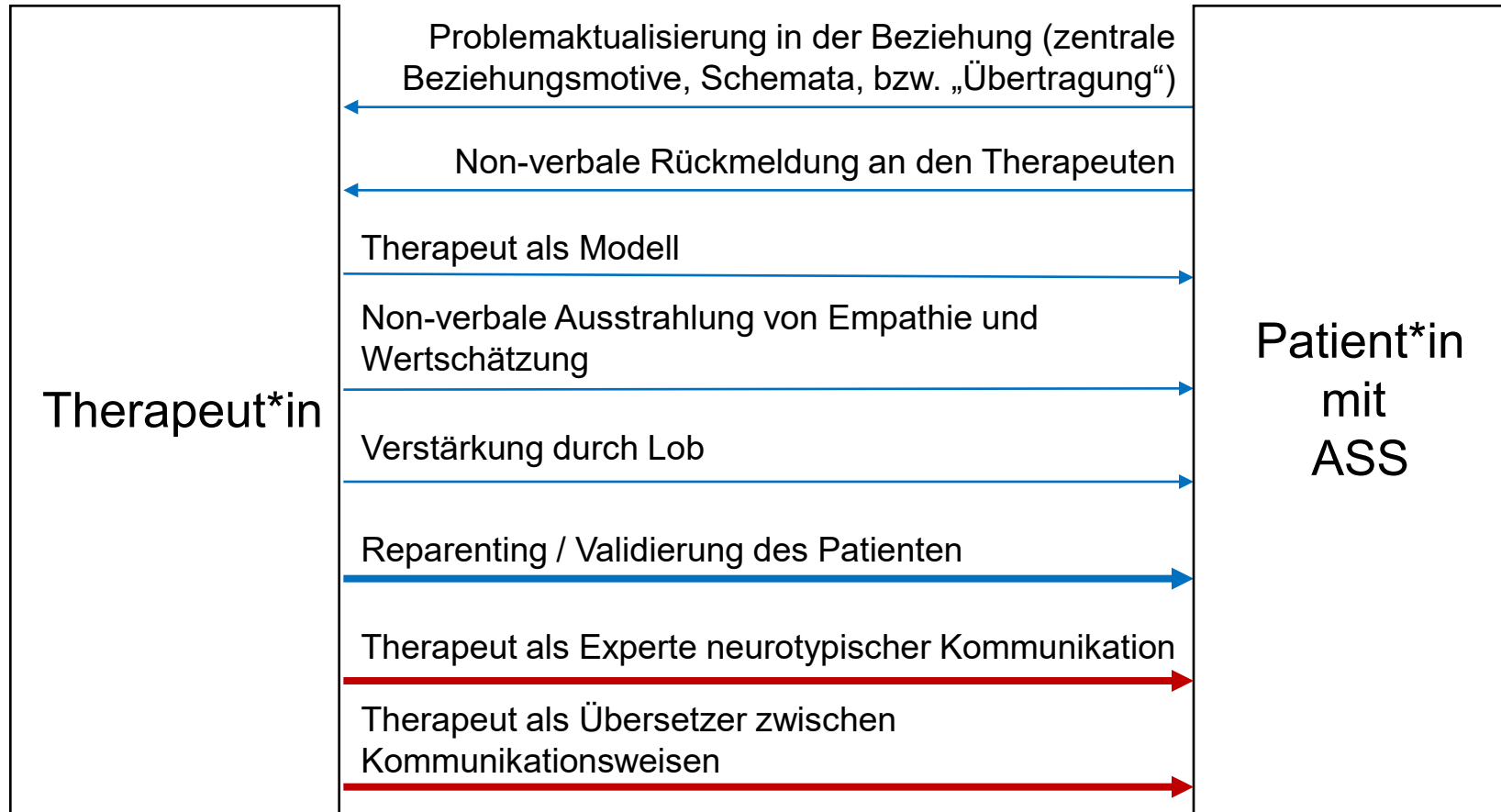
Psychotherapie

Beziehung mit nicht-autistischen Personen



Psychotherapie

Beziehung mit autistischen Personen



GATE: Sitzungsüberblick



- 1) Vorstellung und Kennenlernen
- 2) Autismus-Spektrum & Depression
- 3) Entspannung
- 4) Stress I: Modell & Auslöser
- 5) Stress II: Umgang mit Stress
- 6) Stress III: Umgang mit Stress
- 7) Stress IV: Umgang mit Stress
- 8) Stress V: Umgang mit Stress
- 9) Soziale Kompetenz I: Situationen analysieren
- 10) Soziale Kompetenz II: Analysetraining
- 11) Soziale Kompetenz III: Kommunizieren
- 12) Soziale Kompetenz IV: Konfliktentstehung
- 13) Soziale Kompetenz V: Training an Beispielen
- 14) Ressourcen & Stärken
- 15) Abschluss & Rückblick

Psychotherapie

Emotionserkennung



Psychotherapie

Emotionserkennung



Psychotherapie

Mögliche Inhalte Einzelpsychotherapie

Identitätsfindung/ Selbstakzeptanz

Psychoedukation ASS/ Komorbiditäten

Stressmanagement

Training des „Coming out“

Emotionale Kompetenzen: Identifikation und Kommunikation eigener Gefühle

Sozial-interaktionelle Kompetenzen: Perspektivwechsel, Smalltalk, Blickkontakt, verbale Kommunikation, nonverbale Kommunikation, Flirten, Konflikte, Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen

Ressourcen & Stärken

Psychotherapie

Mögliche Inhalte Einzelpsychotherapie

Stereotype, repetitives Verhalten

„Sonderrolle“ unter den Symptomen

Im Erwachsenenalter häufig keine Belastung,
sondern Entlastung!

Intensive Beschäftigung mit Sonderinteressen als
Quelle psychischen Wohlbefindens: Routinen und
Rituale wirken beruhigend bei Stresserleben

Gezielte Nutzung im therapeutischen Kontext
(z.B. durch Einbindung in Wochenpläne)

Ggf. Modifikation und Anpassung durch Planung falls
störend (z.B. im beruflichen Kontext)

Psychotherapie

Mögliche Inhalte Einzelpsychotherapie

Mögliche Ressourcen und Stärken

Ehrlichkeit

Loyalität

Zuverlässigkeit

Unvoreingenommenheit

Authentizität

Konversation frei von „Subtext“ (versteckte
Andeutungen/ Bemerkungen)

Wertschätzung für Details

Enthusiasmus für außergewöhnliche Themen

Neigung, triviale und oberflächliche Unterhaltungen
zu vermeiden

Nicht manipulativ

Psychotherapie

Selbsthilfegruppen

Werden von vielen Personen mit ASS als große Unterstützung wahrgenommen

In fast allen Regionen Deutschlands (häufig über Autismus Deutschland e.V.)

Förderung der Selbstwirksamkeit

Häufig mit Moderation durch Autismus-Therapeut*innen/
Psychotherapeut*innen

Kombination von Psychotherapie und Selbsthilfegruppen
empfehlenswert: Kompetenzen (z.B. Perspektivwechsel)
können in Selbsthilfegruppen weiter geschult werden

Psychotherapie

Angehörigenarbeit

Häufig suchen erstmals Angehörige Hilfe oder interessieren sich für Diagnostik

Umfassende Psychoedukation über ASS (Therapeut*in ist wieder „Übersetzer*in zwischen den Welten“), schafft Verständnis

Förderung eines adäquaten Umgangs mit Symptomatik („Jetzt brauche ich eine Umarmung von Dir!“)

Im Gruppensetting optimal

keine zugelassene pharmakologische Therapieoption zur Behandlung der Kernsymptome von Autismus-Spektrum-Störung (ASS) verfügbar

Hyperaktivität und (auto)aggressives Verhalten

atypische Neuroleptika

besonders Risperidon 0,5-1 mg und Aripiprazol 2-5mg

andere atypische Neuroleptika wie Olanzapin, Ziprasidon, Quetiapinmöglich

Stereotypien, Ritualisierte Handlungsabläufe, Ängste, Depressionen

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom

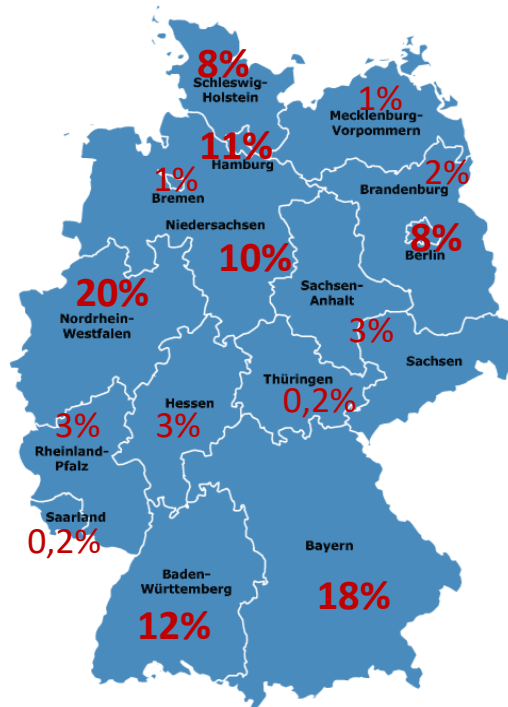
Psychostimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin, Standarddosierung)

ggf. Atomoxetin, Clonidin

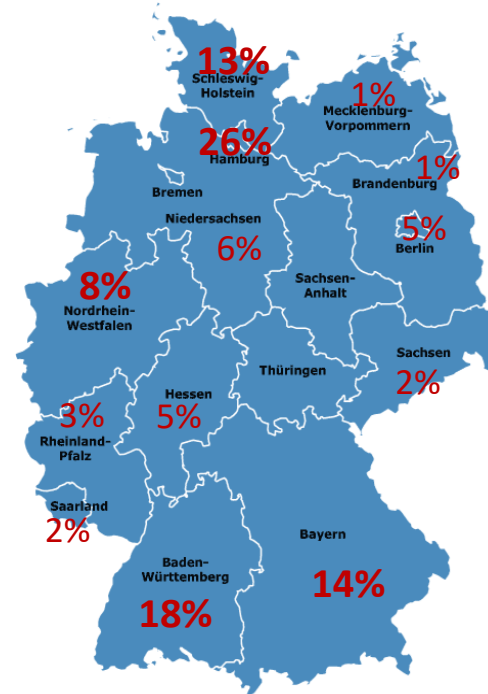
Multimodale Therapie

Barrierefrei ASS (BASS)

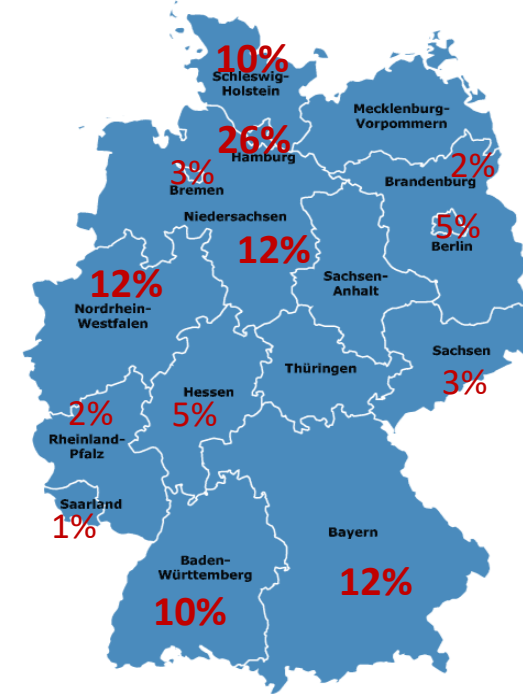
408 Autist:innen



165 Angehörige



168 Behandelnde



Gefördert durch:

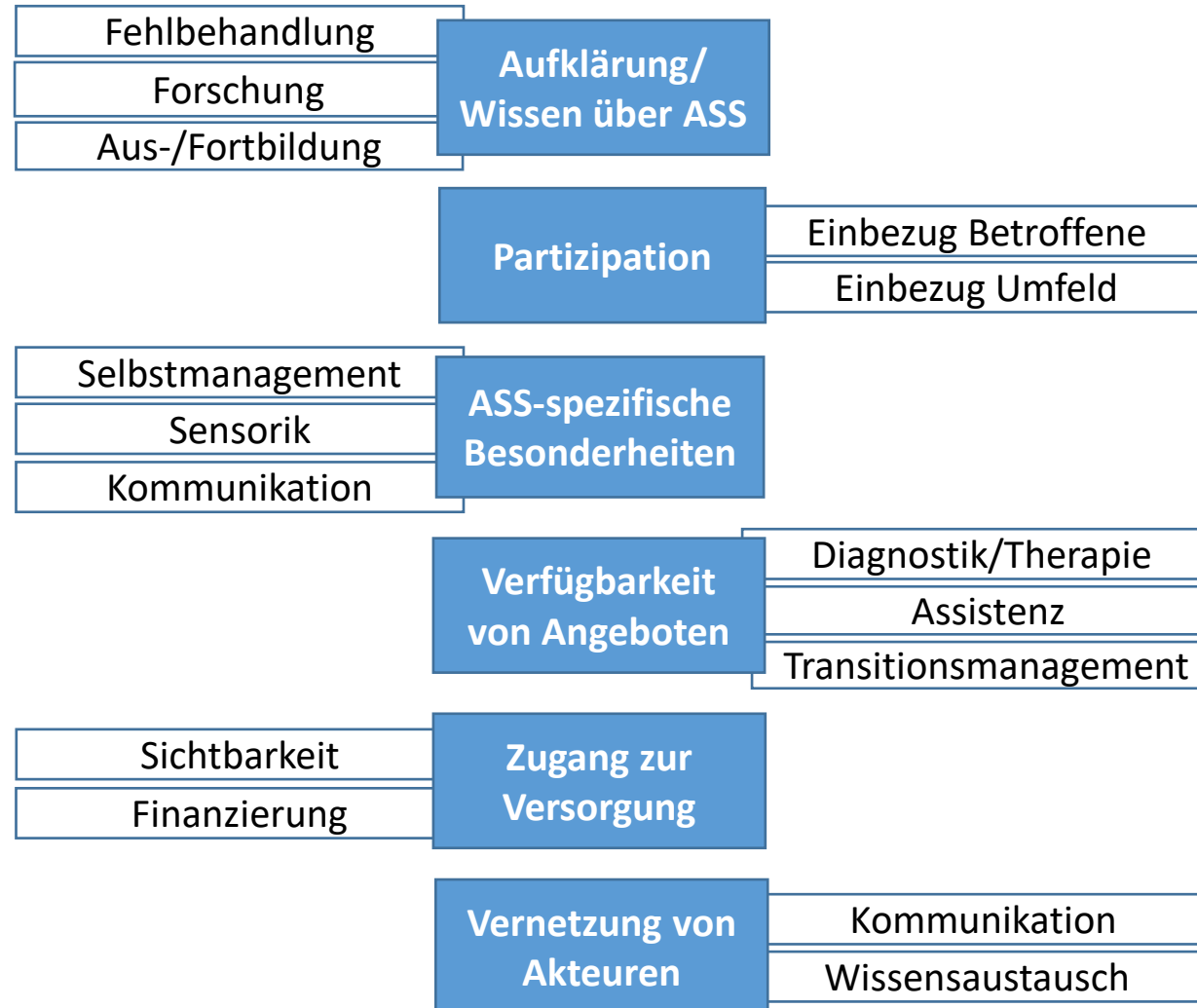
Förderkz. 01VSF19011



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

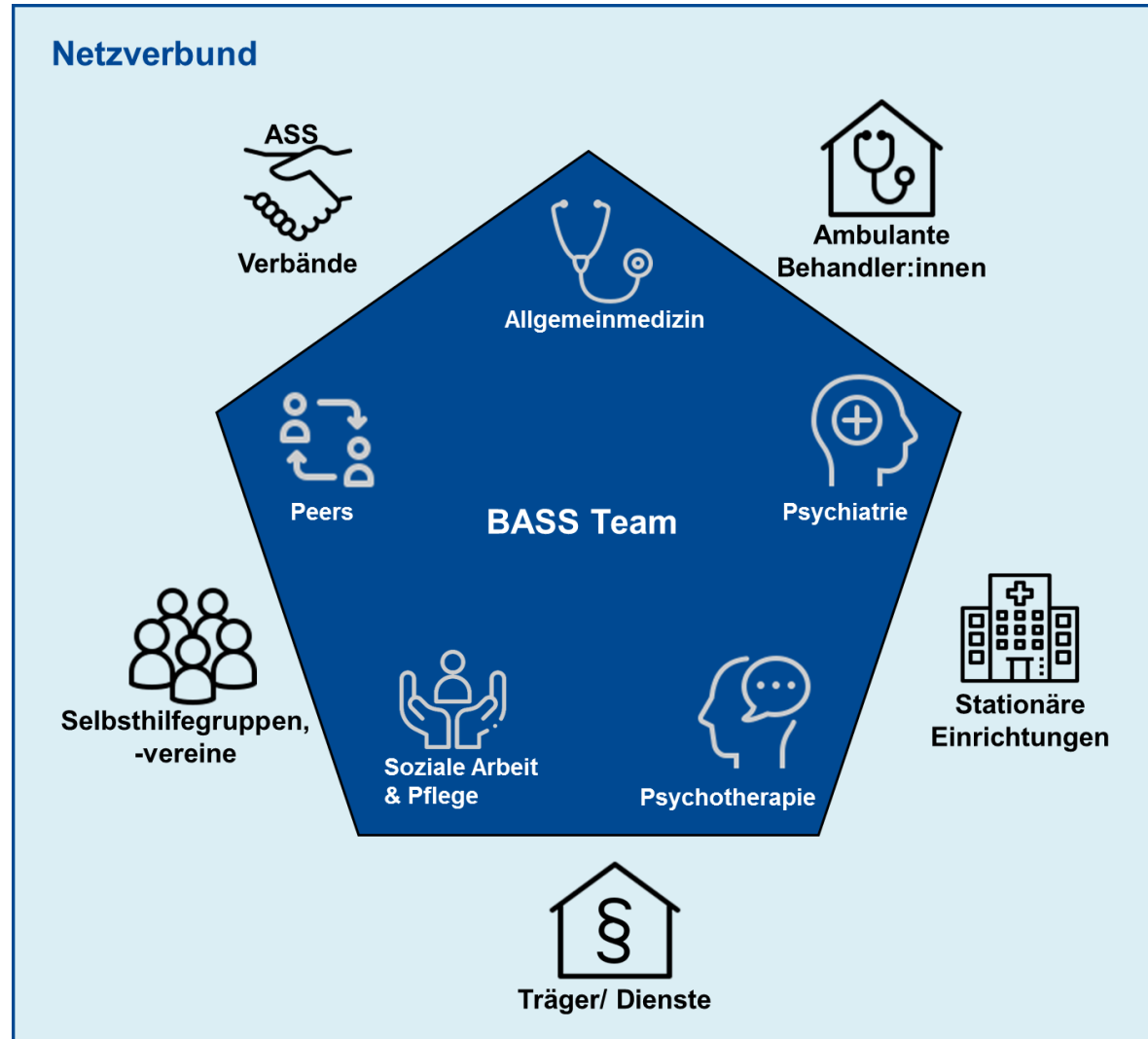
Multimodale Therapie

Barrierefrei ASS (BASS)



Multimodale Therapie

Barrierefrei ASS („BASS Teams“)



Gefördert durch:

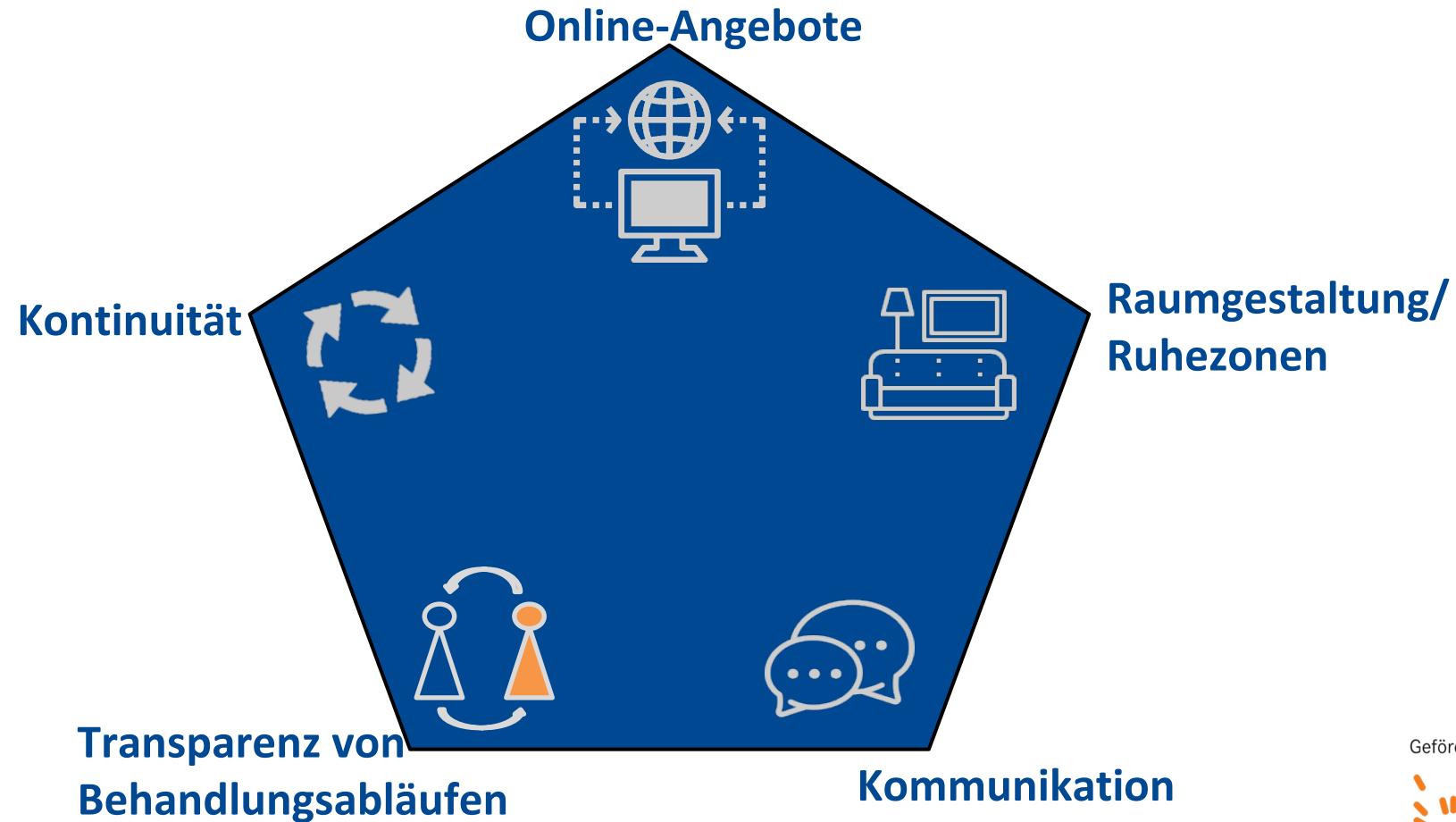
Förderkz. 01VSF19011



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Multimodale Therapie

Barrierefrei ASS („BASS Teams“)



Gefördert durch:

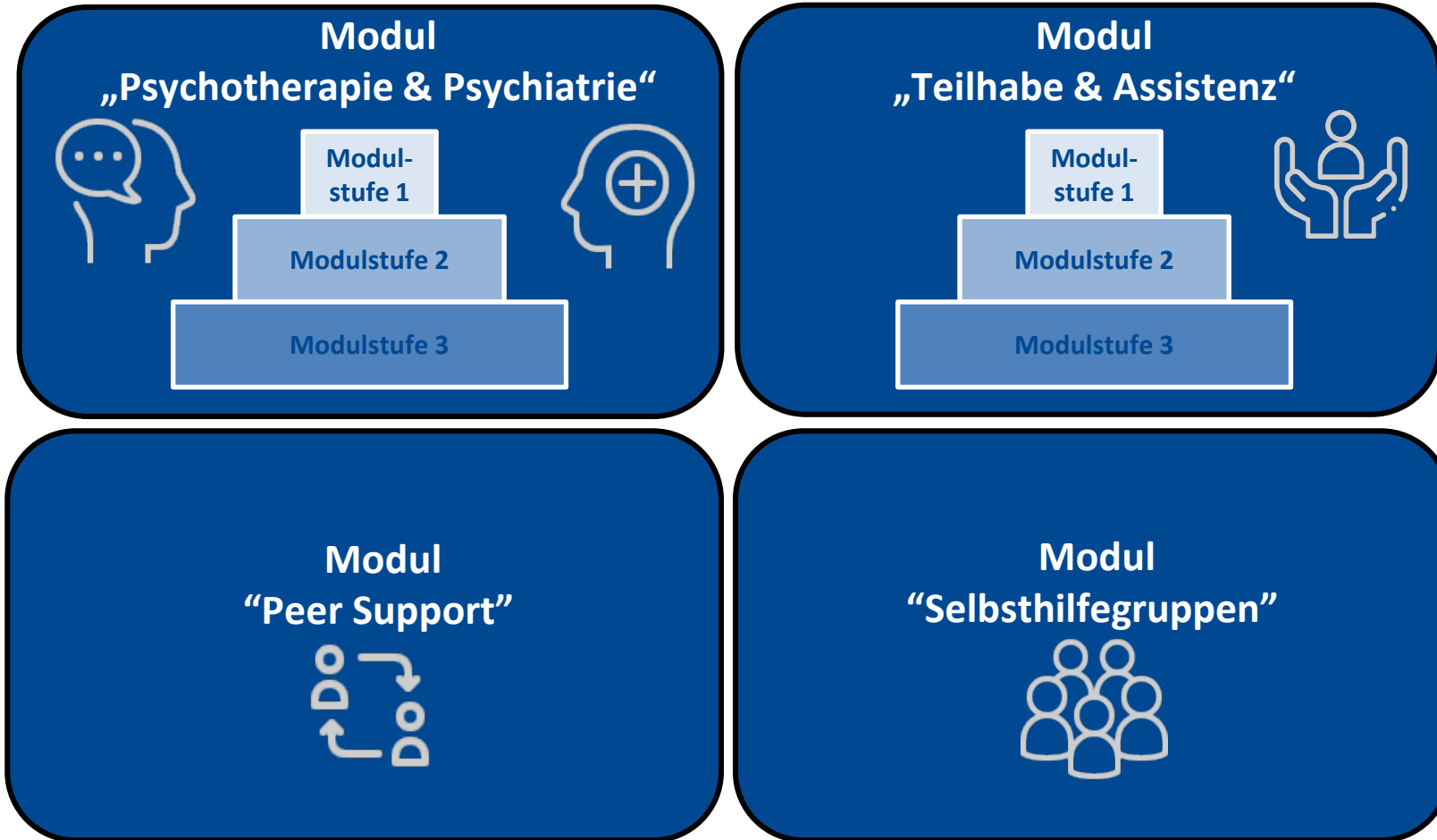
Förderkz. 01VSF19011



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Multimodale Therapie

Barrierefrei ASS („BASS Teams“): Bedarfsorientierte modulare Behandlung



Gefördert durch:

Förderkz. 01VSF19011



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Multimodale Therapie

„Barrierefreie Versorgung für Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung durch multiprofessionelle Autismus-Teams (BASS-Teams)“



Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Prof. Dr. Holger Schulz
Dr. Judith Peth

Institut und Poliklinik für
Medizinische Biometrie und
Epidemiologie

Dr. Anne Daubmann
Dr. Ann-Kathrin Ozga

Institut und Poliklinik für
Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Martin Scherer
Dr. Thomas Kloppe

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie & Psychotherapie

PD Dr. Daniel Schöttle
PD Dr. Gregor Leicht



UNIKLINIK
KÖLN

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie & Psychotherapie
Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley



Klinik für Psychiatrie &
Psychotherapie
Prof. Dr. Christine
Falter-Wagner



Professur
Pflegewissenschaften
Prof. Dr. Markus
Witzmann



Lehrstuhl
Gesundheitsökonomie & -
management
Prof. Dr. Alexander Konnopka



Techniker Krankenkasse

Gefördert durch:

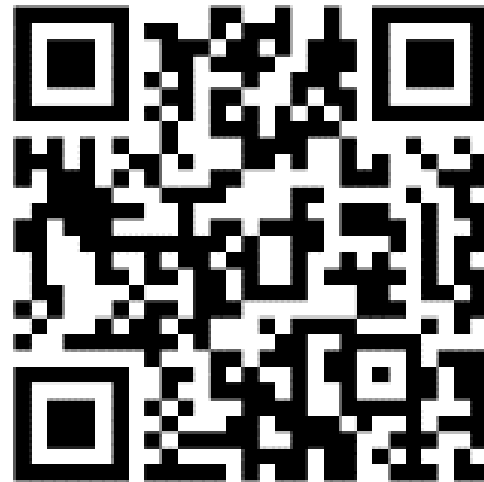


Förderkz. 01VSF19011

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Multimodale Therapie

„Barrierefreie Versorgung für Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung durch multiprofessionelle Autismus-Teams (BASS-Teams)“



Allgemeine Informationen
zu „BASS Teams“



Anmeldung zur Teilnahme
an „BASS Teams“

Gefördert durch:

Förderkz. 01VSF19011



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss