

1 Grundlagen

1.1 Diagnose/Symptomatik

1.1.1 Geschichte

Ohne sich auf die Arbeit des jeweilig anderen zu beziehen, veröffentlichten der Kinderpsychiater Leo Kanner (Kanner, 1943) und der Kinderarzt Hans Asperger (Asperger, 1944) fast zeitgleich ihre Fallbeschreibungen von Kindern mit autistischer Symptomatik. Beide Ärzte verwendeten den Begriff »Autismus« bzw. »autistisch« (αὐτός, Griechisch für »selbst«), um anzuzeigen, dass die Kinder als hervorstechende Wesensart ein Alleinsein bzw. Auf-sich-selbst-bezogen-Sein zeigten. Darüber hinaus beschrieben beide Ärzte ein Beharren auf Routinen und das Beschäftigen mit abnormen Verhaltensweisen und Interessen. Die Beschreibung dieser zwei Verhaltens- und Erlebensbereiche sind als Kernsymptome von Autistischen Störungen in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 und ICD-11; World Health Organization [WHO], 1992, 2022) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5® (American Psychiatric Association [APA], 2013) enthalten. Sowohl Leo Kanner als auch Hans Asperger gingen davon aus, dass sich die Störung von Geburt an manifestiert und eine biologische Ursache hat. Während Kanners Arbeit, die in Englisch verfasst war, schnell ihren Weg in wissenschaftliche Fachkreise und 1978 in die dritte Ausgabe des DSM fand, blieb Aspergers Arbeit bis in die frühen 1980er-Jahren praktisch unbekannt, als Lorna Wing ihre wegweisende Arbeit in einem Artikel beschrieb (Wing, 1981) und ihre Dissertationsschrift schließlich von Uta Frith zehn Jahre später ins Englische übersetzt wurde (Frith, 1991). Kurze Zeit später wurde das sog. Asperger-Syndrom als eigenständige Diagnose in das ICD-10 (WHO, 1992) integriert. In beiden Klassifikationssystemen sind die Autistische Störung und das Asperger-Syndrom unter den sog. Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gelistet. In der Neuauflage des amerikanischen Systems DSM-5 (APA, 2013) wurden sämtliche autistische Störungen, die zuvor als separate Subtypen gelistet waren (u. a. Autistische Störung, Asperger-Syndrom, tiefgreifende Entwicklungsstörung nicht näher bezeichnet) unter die Sammelbezeichnung Autistische Störung (Autism Spectrum Disorder) subsummiert, u. a. weil die Forschung der letzten zwei Dekaden wenig Evidenz für qualitative Unterschiede erbracht hatte (v. a. zwischen dem Asperger-Syndrom und der Autistischen Störung ohne Intelligenzminderung) und die Diagnosen notorisch inkonsistent über die verschiedenen spezialisierten Forschungszentren der USA hinweg vergeben wurden, also als mangelnd trennscharf beurteilt wurden. Das Beibehalten von separaten diagnostischen Kategorien schien somit nicht gerechtfertigt. Auch die neue, 11. Ausgabe des ICD, die 2022 verabschiedet wurde, hat diese Entwicklung aufgenommen und die Diagnose Asperger-Syndrom in einer übergeordneten Diagnose Autismus-Spektrum-Störung aufgehen lassen. Die ICD-11 ist zwar seit ihrem Inkrafttreten am 01.01.2022 grundsätzlich einsetzbar, Deutschland und andere Staaten bereiten die Implementierung in das Gesundheitssystem jedoch noch vor. Erst nach einer flexiblen Übergangszeit von mindestens fünf Jahren soll die Berichterstattung nur noch ICD-11-kodiert erfolgen. Bis dahin gilt, dass bis zu einer Einführung der ICD-11 im jeweiligen Anwendungsbereich die ICD-10 weiterhin die gültige amtliche Klassifikation für Deutschland bleibt. Aus diesem Grund folgt dieses Therapiemanual weiterhin der ICD-10-Klassifikation der ASS.

Erste Publikationen von Kanner und Asperger

1.1.2 Diagnosekriterien

Der Frühkindliche Autismus und das Asperger-Syndrom sind im ICD-10 (WHO, 1992) unter den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gelistet. Diese Gruppe von Störungen verbinden qua-

Frühkindlicher Autismus & Asperger-Syndrom

litative Beeinträchtigungen in sozialen Interaktionen und Kommunikation und ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Verhaltensweisen. Die qualitativen Auffälligkeiten sind situationsübergreifende Funktionsmerkmale, woraus sich der Begriff »tiefgreifend« erklärt. Um die Diagnose im Erwachsenenalter zu stellen, muss die Symptomatik bis ins Kinderalter zurück verfolgbar sein, was den Diagnostiker häufig vor Schwierigkeiten stellt, vor allem wenn Kindheitsinformationen oder -informanten wie die Eltern nicht verfügbar sind (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1:
Diagnosekriterien
für den Frühkind-
lichen Autismus
und das Asperger-
Syndrom, verein-
facht nach ICD-10

Frühkindlicher Autismus, F84.0 (insgesamt treffen mindestens sechs der folgenden Unterpunkte zu)	Asperger-Syndrom, F84.5
1. Qualitative Beeinträchtigung sozialer Interaktion (mindestens zwei der folgenden Punkte treffen zu)	1. Qualitative Beeinträchtigung sozialer Interaktion (mindestens zwei der folgenden Punkte treffen zu)
<ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden • Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (trotz hinreichender Möglichkeiten) • Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert oder durch einen Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext oder nur eine labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens • Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen 	
2. Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation (mindestens einer der folgenden Punkte trifft zu)	
<ul style="list-style-type: none"> • Verspätung oder vollständige Störung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation • relative Unfähigkeit, Kontakte zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau), bei denen es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt • stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen • Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob-Spielen oder (bei jungen Betroffenen) sozialen Imitationsspielen. 	
3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (mindestens einer der folgenden Punkte trifft zu)	2. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (mindestens einer der folgenden Punkte trifft zu)
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht-funktionale Handlungen oder Rituale • stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- oder Fingermanierismen oder Verbiegen oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen (z. B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit) 	

Frühkindlicher Autismus, F84.0 (insgesamt Asperger-Syndrom, F84.5 treffen mindestens sechs der folgenden Unterpunkte zu)

4. Vor dem 3. Lebensjahr manifestiert sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung (in mindestens einem der folgenden Punkte):	3. Es gilt des Weiteren:
<ul style="list-style-type: none"> • rezeptive oder expressive Sprache, wie sie in der sozialen Kommunikation verwandt wird • Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion • funktionales oder symbolisches Spielen 	<ul style="list-style-type: none"> • Es fehlt eine klinisch eindeutige allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung. • Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und die Neugier an der Umgebung entsprechen einer normalen intellektuellen Entwicklung • Meilensteine der motorischen Entwicklung können verspätet auftreten und eine motorisch Ungeeschicklichkeit ist ein übliches diagnostisches Merkmal • Isolierte Spezialfertigkeiten sind häufig, aber für die Diagnose nicht erforderlich

Tab. 1.1:
Diagnosekriterien für den Frühkindlichen Autismus und das Asperger-Syndrom, vereinfacht nach ICD-10 – Fortsetzung

Wie in Tabelle 1.1 überblicksartig zu sehen, stimmen die diagnostischen Kriterien für den frühkindlichen Autismus und das Asperger-Syndrom überein bezüglich der qualitativen Beeinträchtigungen in sozialer Interaktion und den begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmustern, Interessen und Aktivitäten. Beim Asperger-Syndrom fehlen die Beeinträchtigungen in der Kommunikation und ferner muss die Entwicklung bezüglich Intelligenz, adaptivem Verhalten und der Sprachfähigkeiten unauffällig verlaufen. Das Asperger-Syndrom kann somit als eine im Kern autistische Störung mit einer geringer ausgeprägten Symptomatik verstanden werden.

In den letzten Jahren setzt sich auch im deutschsprachigen Raum zunehmend der Begriff *Autismus-Spektrum-Störungen* durch, der ausdrückt, dass es zwischen unterschiedlichen Varianten von Autismus lediglich graduelle Unterschiede gibt und die qualitative Abgrenzung theoretisch und praktisch schwierig ist.

Eine Charakterisierung, die häufig anzutreffen aber nicht offiziell definiert ist, ist die des sog. Hochfunktionalen Autismus (HFA). Hiermit werden solche Fälle mit Frühkindlichem Autismus (F84.0) bezeichnet, bei denen eine durchschnittliche oder überdurchschnittlich hohe Intelligenz vorliegt ($IQ > 70$), vor dem Kontext der bekannten sozialen und behavioralen Symptome (► Tab. 1.1) sowie der Sprachentwicklungsverzögerung (Vogeley & Remschmidt, 2011). In der Tat ist besonders bei erwachsenen Menschen die Unterscheidung zwischen dem Asperger-Syndrom und HFA schwierig zu treffen. Denn trotz einer per Definition vorliegenden Sprachentwicklungsverzögerung beim HFA entwickeln die meisten Betroffenen schließlich sprachliche Fähigkeiten, die nicht mehr zu unterscheiden sind von denen der Menschen mit einer Asperger-Syndrom-Diagnose. In der Praxis kommt es ergo nicht selten vor, dass Patient*innen eine vergleichbare Schwere an Symptomatik bezüglich sozialen Beeinträchtigungen und repetitivem, stereotypem Verhalten und Interessen präsentieren und keine auffällige Sprache sowie ein normales Intelligenzniveau aufweisen. Basierend auf den unterschiedlichen Angaben zur Sprachentwicklung, wird jedoch einer von beiden mit dem Asperger-Syndrom und der andere mit HFA diagnostiziert. Obwohl einige Forscher an einer Abgrenzung der Störungen festhalten und Unterschiede für z. B. motorische Ungeeschicklichkeit und Intelligenz postulieren (z. B. Remschmidt, 2000), ist nach Erfahrung der Autorinnen die Unterscheidung für das gesprächsorientierte psychotherapeutische Setting nicht relevant.

Es soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass das Konzept der *Störung* gerade für den Bereich des hochfunktionalen Autismus und Asperger-Syndroms nicht von allen Klinikern und Betroffenen befürwortet wird. Zunehmend setzt sich die Konzeptionalisierung und der Begriff der *Neurodiversität* durch, der ein weniger defizitorientiertes Verständnis von ASS transportiert.

Autismus-Spektrum-Störungen

Hochfunktionaler Autismus

Konzeptionalisierung & Neurodiversität

Nach diesem Verständnis reflektieren viele als psychische Störungen bezeichnete Zustände normale neuronale Vielfalt und sollten daher nicht als Störungen oder grundsätzliches Defizit betrachtet werden. Eine solche Betrachtungsweise erlaubt ein ausgewogeneres Gesamtbild von Menschen mit ASS mit einem offeneren Blick für vorhandene Stärken und Potenziale (vgl. Bölte, 2009). Nach dem Konzept der Neurodiversität werden psychisch unauffällige Personen als *neurotypisch* bezeichnet, um dem Fakt Rechnung zu tragen, dass sie auf dem Kontinuum neuronaler Vielfalt die Mehrheit repräsentieren, d. h., Personen mit einer typischen Merkmalsausprägung darstellen. Um dieser Sichtweise einer Andersartigkeit Rechnung zu tragen, verwenden wir in diesem Manual daher häufig die Begriffe neurotypisch und Autismus-Spektrum-Spezifik (ASS). Tatsächlich befürworten wir ein Verständnis von ASS als *Hintergrundzustand*, der nicht per se Behandlungsziel in einer Psychotherapie sein muss. Viele Personen mit ASS empfinden ihre Andersartigkeit als integralen Anteil ihrer Persönlichkeit, den sie nicht ändern können oder, auch wenn dies möglich wäre, nicht ändern wollen würden. Leidensdruck entsteht für diese Personen dadurch, dass gesellschaftliche Erwartungen nicht oder nur unter großer Anstrengung erfüllt werden können und dadurch zu Überforderungszuständen, Depression und Angststörungen führen. Die Betroffenen und auch wir werben daher für ein gesellschaftliches Klima, dass größere psychische Vielfalt möglich macht und Inklusion erlaubt.

Die Frage, ob ASS als Störung oder als Eigenschaftscluster verstanden wird, sollte im therapeutischen Setting stets individuell behandelt werden. Es gibt durchaus Betroffene, die der Neurodiversitäts-Bewegung skeptisch gegenüberstehen und die autistische Symptomatik als Störung und Ursache für ihr Leiden sehen. In der Tat stimmt es, dass die mit ASS involvierten Verhaltensweisen die Betroffenen trotz durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher Intelligenz meist vor große Probleme bezüglich der gesellschaftlichen Inklusion stellen und einen hohen Grad an Hilfebedürftigkeit implizieren.

Über die Diagnose Autismus halten sich hartnäckig Vorurteile und Stereotype. Häufig kann man dahinter veraltete oder widerlegte Forschungsmeinungen, Darstellungen aus Unterhaltungsfilmen (z. B. Rain Man) sowie öffentlichen Sprachgebrauch, der leider meist nicht auf Faktenwissen aufbaut, erkennen. Hier sind einige typische Fehlmeinungen und ungerechtfertigte Annahmen, die zum Teil sogar bei Angehörigen von Helfenden und Gesundheitsberufen, wie Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Lehrer*innen und Jobcenter-Mitarbeiter*innen vorgefunden wurden (s. <http://autismus-forschungs-kooperation.de/index.php/projekte>).

- Autistisches Rückzugsverhalten resultiere u. a. aus emotionaler Kälte früherer Bezugspersonen.
- Die Theorie der Genese von Autismus durch Impfungen sei gültig.
- Mit Autismus ginge fast immer eine Intelligenzminderung einher.
- Autismus ginge mit fehlender Sprachentwicklung einher.
- Autismus sei hauptsächlich eine Erkrankung des Kindesalters.
- Autismus an sich sei heilbar.
- Bei Menschen mit ASS existierten keine Gefühle (für andere Menschen).
- Autismus trete fast ausschließlich bei Männern auf.
- Autismus betreffe nur sehr wenige Menschen.

Da das Thema Autismus im Erwachsenenalter im Curriculum des Psychologiestudiums und der Psychotherapieausbildung in Deutschland nahezu non-existent ist, fällt den Grundlagen über ASS im Rahmen eines Therapiemanuals ein verhältnismäßig höherer Stellenwert zu als dies bei anderen Störungen mit vergleichbarer Prävalenz der Fall ist. Es folgt – mit Fokus auf das Erwachsenenalter – eine Zusammenfassung über das klinische Erscheinungsbild und über die mit den jeweiligen Verhaltens- und Erlebensbereichen assoziierten neuropsychologischen Profile.

1.2 Klinisches und neuropsychologisches Erscheinungsbild

In der wissenschaftlichen Community ist man sich mittlerweile einig, dass es bezüglich der biologischen Ursachen viele verschiedene Formen von Autismus gibt. Auch die Unterschiede in den Symptomprofilen von Menschen mit einer Diagnose aus dem Autismus-Spektrum sind erheblich. Die mit einer ASS assoziierten Besonderheiten im Verhalten und Erleben führen jedoch fast immer zu der Wahrnehmung der Betroffenen und deren Angehörigen, »anders als Andere« zu sein und »nicht recht in diese Welt zu passen«, was der von Betroffenen geprägte Begriff Wrong-Planet-Syndrome treffend ausdrückt.

Wrong-Planet-Syndrome

Karl Wittig, 48 Jahre (On the Spectrum, 2006)

»Schon immer haben mir Leute gesagt ich sei anders. Ich wusste, dass ich viele Dinge nicht mitbekam. Da draußen existierte ein gigantisches Netzwerk, ähnlich wie das Internet, und alle waren angeschlossen außer mir.«

Neuropsychologische Besonderheiten wurden in den vergangenen Jahrzehnten herangezogen, um die Kernsymptomatik von ASS zu erklären, wobei der Informationsverarbeitung sozio-emotionaler Informationen und Exekutiv- und Aufmerksamkeitsprozessen eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. Dziobek & Bölte, 2011). Des Weiteren fanden in den vergangenen Jahren zunehmend sensorische Besonderheiten bei der Erklärung von autismustypischen Beeinträchtigungen Berücksichtigung.

1.2.1 Sozio-emotionale Beeinträchtigungen

Die Kernsymptomatik autistischer Störungen sind die Beeinträchtigungen in sozialer Interaktion. Wie Tabelle 1.1 zu entnehmen ist, treten sie in verschiedenen Bereichen auf, wie der Initiierung und Aufrechterhaltung von Beziehungen zu anderen und in der sozialen und emotionalen Reziprozität, d. h. im gegenseitigen Austausch im Rahmen sozialer Interaktion. Viele Erwachsene mit Autismus berichten, bereits früh viel Zeit alleine verbracht zu haben, teils selbst gewählt, öfter jedoch, weil sie von anderen ausgesperrt wurden.

Person mit ASS, 41 Jahre

»In der Pause habe ich immer alleine gespielt. Alle möglichen Sachen hab ich gemacht, die man alleine so machen kann: vierblättrige Kleeblätter gesucht oder Insekten gefangen. Und für eine lange Zeit hatte ich ein kleines Püppchen in der Hosentasche... Das hat mir als Freund gedient.«

Ein wichtiger Grund für die Schwierigkeiten, altersgerechte Beziehungen aufzubauen, sind Besonderheiten in sozialer Kognition. Unter sozialer Kognition kann jeder kognitive und emotionale Prozess im zwischenmenschlichen Kontakt verstanden werden, der die Interaktion und Kommunikation mit anderen zum Zweck hat. Eine wichtige Funktion haben dabei die soziale Wahrnehmung und nonverbale Kommunikation, Theory of Mind, Empathie sowie emotionale Bewusstheit, deren veränderter Funktionsweise eine zentrale Stellung beim Autismus zukommt.

Soziale Wahrnehmung und nonverbale Kommunikation

Menschen mit Autismus haben Schwierigkeiten mit sozialer Wahrnehmung, d. h., dem Verstehen und Ausdrücken nonverbaler Kommunikationsweisen wie Blickkontakt, Gesichts-

ausdruck, Gestik und Körpersprache. Häufig zeigen Personen mit Autismus einen reduzierten Blickkontakt während sozialer Interaktionen. Eye-tracking-Studien haben bestätigt, dass Erwachsene mit ASS kürzer sozial relevante Anteile des Gesichts fixieren – vor allem die Augenregion – wenn soziale Szenen beobachtet werden (Klin, Jones, Schultz, Volkmar & Cohen, 2002). Gründe dafür sind zum einen, dass die Augen anderer weniger salient sind, d. h., dass sie als ein weniger wichtiges Signal wahrgenommen werden und weniger Interesse auslösen als bei Personen ohne Autismus. Zum anderen wird direkter Blickkontakt häufig als aversiv wahrgenommen (Kliemann, Dziobek, Hatri, Steimke & Heeker, 2010). Viele Erwachsene mit Autismus berichten entsprechend, es als unangenehm zu empfinden, anderen in die Augen zu schauen.

Da Augenkontakt nicht nur hilfreich für ein erfolgreiches Gelingen alltäglicher Interaktionen ist, sondern auch als höfliches Signal gewertet wird, wurden vielen Menschen mit Autismus bereits in der Kindheit von Eltern oder Lehrern aufgefordert, anderen häufiger in die Augen zu schauen. Die Betroffenen kostet das meist erhebliche Anstrengungen und das führt teils dazu, dass dem Gesprochenen in der Interaktion weniger Aufmerksamkeit geschenkt werden kann.

Person mit ASS, 40 Jahre

»Ich habe bis vor ein paar Jahren nicht verstanden, weshalb es so wichtig sein soll, das Gegenüber anzusehen, wenn man miteinander spricht. Die Übertragung des Inhalts geht doch nicht über die Augen. Um zu verstehen, was der andere sagt, benötige ich meine Ohren und die sind aber seitlich am Kopf, sodass hören – und ich finde das absolut logisch – deutlich besser geht, wenn ich jemandem ein Ohr zuwende. Und trotzdem wird man als Kind und Jugendlicher andauernd explizit sowie als Erwachsener eher implizit aufgefordert, dass man den Kopf so halten soll, dass man mehr Nebengeräusche hört. Fälschlicherweise wird dabei, meiner Meinung nach, Blickkontakt mit Aufmerksamkeit gleichgesetzt. Wenn ich aber jemandem in die Augen schauen muss, dann ist das ähnlich wie ein kleiner Stromschlag und ich spüre ganz viel Adrenalin, auch obwohl ich natürlich weiß, dass an sich überhaupt keine Gefahr davon ausgeht. Vor körperlicher Aufregung bekomme ich dann gleich etliche Sätze des Gegenübers gar nicht mit. Dann muss ich ständig nachfragen und das Gegenüber ist trotz Blickkontakt wieder genervt und fragt mich, warum ich nicht richtig zugehört hätte, bzw. denkt sich das nur. Egal wie, man kann es nie richtig machen.«

Einige Erwachsene mit Autismus berichten, ihrem Gegenüber in einer Interaktion auf die Stelle zwischen den Augen zu schauen. Dies würde hinreichend normal erscheinen, ohne eine nachteilige Ablenkung wie beim direkten Augenkontakt zur Folge zu haben. Obwohl ein reduzierter und wenig modulierter Blickkontakt (z. B. Starren) häufig bei Menschen mit Autismus zu beobachten ist, wurde dieser vor allem bei hochfunktionalen Personen mit Autismus oft so gut trainiert, dass er unauffällig wirkt.

Die angeborene Präferenz für soziale Reize bei typisch entwickelten Kindern führt zu einer frühen und intensiven Auseinandersetzung mit Gesichtern und als Folge zum Erwerb einer Expertise für das Erkennen von Gesichtern (Campos & Stenberg, 1981). Bei Kindern mit ASS ist diese Präferenz reduziert und in der Folge entwickeln sich Probleme bei der Gesichtsidentifikation (Serra et al., 2003). In der Tat berichten viele Erwachsene mit Autismus, Gesichter zu verwechseln und teils selbst bekannte Personen nicht anhand ihrer Gesichter identifizieren zu können. Eine weitere Folge der reduzierten Auseinandersetzung mit Gesichtern sind Schwierigkeiten im Identifizieren von emotionalen Gesichtsausdrücken. Diese Schwierigkeiten sind mittlerweile in der Forschung gut dokumentiert (z. B. Bölte & Poustka, 2003; Dziobek, Fleck, Rogers, Wolf & Convit, 2006), wenngleich sie sich bei Personen mit durchschnittlicher und überdurchschnittlicher Intelligenz teils nur durch sensitive Testverfahren identifizieren lassen. In solchen Testverfahren wird häufig auf komplexe Emotionen zurückgegriffen, die unter Zeitdruck präsentiert werden. Das Erkennen von Emotionen anhand von Stimmintonation (Prosodie) und das Zuordnen von Prosodie zu entsprechenden emotionalen Gesichtsausdrücken bereitet Personen mit Autismus ebenfalls Schwierigkeiten (Rutherford, Baron-Cohen & Wheelwright, 2002; Rosenblau, Kliemann, Heeker & Dziobek, 2015). Die Besonderheiten in nonverbaler Kommunikation zeigen sich ebenfalls in Problemen, mentale Zustände wie

Probleme bei der Gesichtsidentifikation

Gefühle und Absichten Anderer anhand von Gestik und Körpersprache zu identifizieren (z. B. Silverman, Bennetto, Campana & Tanenhaus, 2010; Centelles, Assaiante, Etchegoyhen, Bouvard & Schmitz, 2013). Emotionen haben eine wichtige Signalfunktion, da sie ein Indikator dafür sind, was Interaktionspartner als nächstes tun oder sagen werden. Ist ein Gesprächspartner beispielsweise wütend, wird er wahrscheinlich verbal aggressiv werden oder die Unterhaltung beenden. Die korrekte Identifizierung von Emotionen kann helfen, das eigene Verhalten so zu regulieren und mit der wahrscheinlichen Reaktion des Partners abzustimmen, dass die Unterhaltung auf eine gewünschte Weise fortgesetzt werden kann.

Karl Wittig, 48 Jahre (On the Spectrum, 2006)

»Was in meinem sozialen Umfeld vor sich ging, war mir völlig schleierhaft. Wenn überhaupt, hatte ich nur eine sehr vage Idee davon. Am Anfang hatte ich null Ahnung. Als ich älter und erfahrener wurde habe ich gelernt, bestimmte Dinge zu erkennen. Aber für uns (Autisten) ist das nicht so selbstverständlich wie für andere, nonverbale Zeichen, wie Gesichtsausdrücke, Körpersprache und Stimmklang zu verstehen ... Jede Feinheit in diesen Bereichen geht total an uns vorbei. Die Offensichtlichsten erkenne ich normalerweise. Aber sie müssen sehr, sehr offensichtlich sein.«

Das korrekte Lesen von Emotionen des Gegenübers, das bei typisch entwickelten Personen intuitiv vor sich geht, bietet also einen klaren Vorteil, um Interaktionen positiv beeinflussen zu können. Personen mit Autismus verfügen über diese Fähigkeit in geringerem Maße und fühlen sich in Gesprächen häufig überfordert und nicht in der Lage, einen Überblick über das Gesagte und über die Richtung, die das Gespräch nimmt, zu behalten. Vor allem Small Talk-Situationen, in denen es nicht um faktische Informationen, sondern um den schnell wechselnden Austausch von Belanglosigkeiten zum Zweck der Kontaktaufnahme und des Herstellens von positiver Stimmung geht, werden deswegen von Betroffenen als stressig empfunden.

Lesen von Emotionen

Person mit ASS, 29 Jahre

»In kleinen Gruppen (Anm.: bei der Arbeit) bin ich nicht mit drin, weil ich nicht weiß, was ich damit anfangen soll. Die reden über eine Sache und darüber lachen auf einmal alle. Dann redet ein anderer, dann reden zwei ... dann redet wieder einer ... dann wird das Thema irgendwie gewechselt. Ich hab' keine Ahnung, warum ich das nicht versteh ... Vielleicht, weil ich irgendwas nicht wahrnehme?«

Nicht nur beim Erkennen, sondern auch beim Ausdrücken von Emotionen durch das Gesicht, die Stimme sowie durch Gestik und Körpersprache zeigen Personen mit Autismus häufig Abweichungen (z. B. Yirmiya, Kasari, Sigman & Mundy, 1989). So wirkt die Mimik von Betroffenen teils eingeschränkt, flach oder dem situativen Kontext unangemessen. Die Stimme kann wenig moduliert und ebenfalls flach und emotionslos wirken.

Theory of Mind und Perspektivübernahme

Theory of Mind (ToM; auch Mentalisierung) bezeichnet die Fähigkeit, sich selbst und anderen mentale Zustände wie Emotionen, Gedanken oder Absichten zuzuschreiben. Die meist indirekten Hinweise auf den Inhalt der mentalen Zustände müssen dabei aus verschiedenen Quellen erschlossen werden wie etwa dem Gesichtsausdruck und der Prosodie, aber auch aus bekannten Persönlichkeitsmerkmalen des Gegenübers sowie dem Gesagten. Häufig werden Gedanken und Gefühle in einer Konversation mit sog. pragmatischen Aspekten von Sprache ausgedrückt, d. h., kontextabhängigen und nicht-wörtlich gemeinten Äußerungen, wie sie z. B. durch Ironie oder Metaphern ausgedrückt werden. Personen mit ASS interpretieren Gesagtes in der Regel wörtlich, Ironie wird meist nicht erkannt und Metaphern werden oft missverstanden und damit die Meinungen und Einstellungen des Gegenübers fehlinterpretiert. Ebenso werden

Andeutungen, d. h. Botschaften, die zwischen den Zeilen geäußert werden, häufig nicht adäquat wahrgenommen.

Von Expert*in zu
Expert*in



Ohne die Einstellungen und Werte einer Person kennengelernt zu haben, erzeugt Ironie bei Neurotypischen wie bei Autist*innen häufig Unsicherheiten und Missverständnisse. Personen mit ASS benötigen jedoch deutlich länger, um jemanden aufgrund der gemeinsamen Erfahrungen so gut zu kennen, dass Ironie identifiziert werden kann.

Bei nicht vertrauten Gesprächspartnern kommt dazu, dass Menschen mit ASS den Kontext häufig nur wenig als Informationsquelle nutzen und dann bei Brüchen zwischen Kontext und Aussage nicht darauf schließen können, dass es sich um Ironie handeln könnte. So würden Neurotypische auf einer Veranstaltung, z. B. zum Thema »Schutz der heimischen Gewässer«, eher davon ausgehen, dass den Anwesenden Gewässerschutz tatsächlich ein Anliegen ist. Daher würden sie eine Aussage wie »Den Rest kippen wir dann einfach in den Bach.« schneller und treffsicherer als ironisch oder scherhaft dekodieren, als dies Menschen mit ASS könnten. Dass Menschen mit ASS ihre Umwelt und andere Menschen häufig generell als unberechenbar erleben, lässt sie zudem hinter Aussagesätzen seltener Ironie vermuten.

(Silke Lipinski)

Die Übernahme der Perspektive des anderen ist ebenfalls eine Möglichkeit, sich die mentalen Zustände eines Interaktionspartners zu erschließen. Schwierigkeiten in der ToM und Perspektivübernahme sind ein gut dokumentiertes Phänomen. Tatsächlich galt die ToM-Theorie lange als das einflussreichste Modell zur Erklärung autistischer Symptomatik (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Durch den Einsatz von Tests zum Erkennen von Fauxpas, zum Verstehen von Täuschung oder von Intentionen in Kommunikationsprozessen (z. B. Jolliffe & Baron-Cohen, 1999) konnten Beeinträchtigungen autistischer Kinder in der ToM-Fähigkeit nachgewiesen werden.

Kompensation
durch intellektuelle
Fähigkeiten

Erwachsene mit ASS ohne Intelligenzminderung zeigen jedoch selten deutliche Einschränkungen in der ToM-Fähigkeit, wenn sie mit herkömmlichen Testverfahren untersucht werden. Dies liegt vor allem daran, dass die guten intellektuellen Fähigkeiten kompensatorisch eingesetzt werden, um sich die Gefühle und Gedanken anderer durch z. B. explizite Regeln und Kontextinformationen zu erschließen. Selbst Hans Asperger erwähnte die zum Teil sehr guten Fähigkeiten der Perspektivübernahme einiger seiner Patient*innen (Asperger, 1991). Werden sensitivere Verfahren eingesetzt, wie der auf alltagsnahem Stimulusmaterial basierende Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC) (Dziobek et al., 2006), zeigen sich Schwierigkeiten jedoch deutlicher und im Alltag, vor allem in unstrukturierten Settings wie beim Small Talk, sind die Probleme bei den meisten Personen mit Autismus vorhanden. Gerade hier, wenn mehrere Personen gleichzeitig berücksichtigt werden müssen und es kein klar definiertes Thema gibt, lassen sich Regeln nur schwer zuverlässig anwenden und kosten nicht nur Zeit, sondern auch kognitive Ressourcen, die dem Gespräch dann nicht mehr zur Verfügung stehen. Typisch entwickelte Personen verlassen sich hier auf ihre Intuition, die Personen mit Autismus weitestgehend fehlt.

Emotionales Erleben: Emotionsregulation, Alexithymie und Empathie

Die Forschung zu emotionalem Erleben und Verhalten ist im Vergleich zur Emotionserkennung bei ASS noch vergleichsweise übersichtlich, was angesichts des zentralen Stellenwerts, der diesem Bereich bereits von Kanner und Asperger zugeschrieben wurde, erstaunt. Obwohl Abweichungen und Beeinträchtigungen in diesem Bereich nicht diagnostisch relevant sind, sind sie doch sehr häufig anzutreffen und für die Therapie von besonderer Relevanz (Weiss, Thomson & Chan, 2014). Zum Beispiel wurden bei ASS ohne Intelligenzminderung bis zu drei Mal höhere Ausprägungen bezüglich emotionaler Probleme, Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten berichtet als bei neurotypischen Vergleichsgruppen. Emotionen werden teils nicht verstanden und als überwältigend erlebt, was nicht nur zu den ASS-definierenden sozialen Beeinträchtigungen führen kann, sondern in der Folge zu psychischen Zusammenbrüchen, den sog. Meltdowns, oder zu impulsiven Handlungen, inkl. gegen andere und sich selbst gerichtete

Risikofaktor für
Komorbiditäten

Aggressionen, führen kann. Beeinträchtigungen in emotionalem Erleben und Verhalten wurden daher auch als möglicher gemeinsamer Faktor interpretiert, der den häufig beobachteten Komorbiditäten aus den Bereichen der Affektiven und Angststörungen zugrunde liegt.

Es gibt zwei Typen von Overloads (Überlastungen). Die einen treten schnell, fast plötzlich auf, wenn etwas zuviel wird, und die anderen treten schleichend auf. Zweitere sind dabei heimütischer, da die unterschwellige Überforderungen lange nicht bemerkt werden, sich aber aufsummieren. Sehr intensiv sind aber beide Varianten.

Kann man einem Overload-Zustand nicht entfliehen oder diesen ausreichend ausgleichen, dann kann es unter Umständen zu einem sog. Meltdown kommen. Zu Meltdowns (Kernschmelze) werden konventionell jene Zustände gezählt, die einen gewissen Kontrollverlust mit sich bringen: Wutausbrüche, Weinkrämpfe, Desorientierung, Wahrnehmungsverzerrungen etc. Ein Overload ist ein Zuviel an Umgebungsvariablen – ein Meltdown dann das Zuviel vom vorherrschenden Overload. Um aus diesem unerträglichen Zustand zu entkommen, werden dann z. B. Selbstverletzungen attraktiv. Nach einem Meltdown bleibt aufgrund der Anstrengung zunächst die Schwelle für einen weiteren Overload bis hin zum erneuten Meltdown sehr niedrig. Es kann zum Teil etliche Tage dauern, bis Erholung eingetreten und die Schwelle wieder erhöht ist.

(Silke Lipinski)

Von Expert*in zu Expert*in



Person mit ASS, 40 Jahre

»Ich weiß vom Kopf her, dass ich nicht alles können muss, aber die emotionale Reaktion in Situationen, in denen irgendetwas nicht klappt, bleibt die selbe. Ich kann mir dann zwar sagen ›ist nicht schlimm‹, aber das kommt bei mir nicht an. Mein Selbsthass ist in dem Moment größer als das rationale Denken.«

Mit dem Begriff Emotions- oder Affektregulation werden solche Prozesse bezeichnet, die der mentalen Verarbeitung emotionaler Zustände dienen. Meist soll die Verarbeitung eine Veränderung der Intensität oder zeitlichen Dauer von emotionalen Reaktionen bewirken. Vor allem in den letzten Jahren betonen Wissenschaftler die Wichtigkeit von emotions-regulatorischen Faktoren für die Symptomatik bei Menschen mit ASS. Sie führen die beeinträchtigten Fähigkeiten in sozialer Kommunikation teilweise auf eine reduzierte Emotionsregulation zurück. Mehrere Studien deuten darauf hin, dass physiologische Emotionen per se bei Menschen mit ASS denen bei typisch entwickelten ähnlich sind (z. B. Bölte, Poustka & Constantino, 2008). Im Gegensatz dazu scheinen aber die Fähigkeiten beeinträchtigt zu sein, diese emotionalen Reaktionen zu regulieren, d. h. sich die eigene Aktivierung bewusst zu machen und zu interpretieren sowie destabilisierende Ereignisse und Situationen zu antizipieren und zu bewältigen.

Emotions- und Affektregulation

Die recht übersichtliche Forschung zur Emotionsregulation bei Erwachsenen mit ASS deutet darauf hin, dass Betroffene Beeinträchtigungen haben, ihre eigenen emotionalen Zustände zu reflektieren und darüber zu berichten. Diese auch als Alexithymie bezeichnete Unfähigkeit, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben sowie Gefühle von Körperempfindungen emotionaler Erregtheit zu unterscheiden, bildet häufig den Ausgangspunkt für Probleme mit der Emotionsregulation.

Michael Madore, 51 Jahre (On the spectrum, 2006)

»Es fällt mir immer noch schwer, einfachste Gefühle zu identifizieren. Ist das Glücklichsein, ist das Entspanntsein oder ist das einfach nur In-Ruhe-gelassen-werden? Ist das Wut oder Gereiztheit? Vor der Diagnose wusste ich so Vieles nicht. Ich dachte, ich sei einfach nur total daneben.«

Ohne einen inneren Kompass für die eigenen Emotionen fällt es Betroffenen schwer, persönliche Bedürfnisse, die in Zusammenhang mit verschiedenen Gefühlen stehen, zu identifizieren und zu

befriedigen. Bezuglich der Regulation von Gefühlen berichten Betroffene darüber, seltener adaptive Strategien wie das kognitive Einschätzen und Umbewerten (cognitive appraisal) einzusetzen, dafür aber häufig maladaptive Strategien wie das Unterdrücken von Emotionen (Samson, Huber & Gross, 2012).

Empathie Ein Mangel an Empathie wird seit langem als zentrale Eigenschaft von Menschen mit ASS betrachtet. Die hierzu vorhandenen Befunde beziehen sich aber überwiegend auf den Bereich der kognitiven Empathie, welche konzeptionell mit dem ToM-Konstrukt überlappt (s. o.) und in erster Linie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme beschreibt. Vergleichsweise wenig Wissen ist vorhanden zu emotionalen Aspekten von Empathie, d. h., der emotionalen Reaktion auf den Gemütszustand eines anderen, wie z. B. das Mitgefühl. In eigenen Studien konnten wir zeigen, dass Erwachsene mit Autismus, wenn sie mit Situationen konfrontiert werden, in denen andere Personen leiden, genauso viel emotionale Betroffenheit empfinden wie neurotypische Personen (Dziobek et al., 2008). Obwohl es hier sicherlich Unterschiede zwischen Personen mit ASS gibt, so entspricht es doch unserer klinischen Erfahrung, dass Betroffene sehr wohl und entgegen sich hartnäckig haltender Vorurteile in der Gesellschaft, ein emotionales Interesse an ihren Mitmenschen haben. Interessanterweise ist dieses Interesse und Mitgefühl häufig sogar höher als bei neurotypischen Personen. Zusammen mit der Schwierigkeit, Gefühle zu regulieren, führt dies nicht selten dazu, dass Personen mit ASS ungewöhnlich starke Stressreaktionen zeigen und sich nur schwer abgrenzen können, wenn sie Zeuge davon werden, wie andere leiden.

1.2.2 Repetitives und restriktives Verhalten und Routinen

Interessen und Verhaltensmuster Personen mit ASS zeigen ungewöhnliche Interessen und Verhaltensmuster. Unter anderem ist damit die persistierende Beschäftigung mit umschriebenen Themen zu verstehen, die in ihrer Art und vor allem im Umfang von dem Nachgehen von Interessen von neurotypischen Personen abweichen. Thematisch kann es sich, entgegen weit verbreiteter landläufiger und klinischer Meinung, dabei um Bereiche unterschiedlichster Art handeln, die nicht dysfunktional sein müssen. So findet man bei Personen mit ASS zwar die Beschäftigung mit hochspeziellen und bizarren anmutenden Themen wie den U-Bahn-Systemen von Metropolen, Waschmaschinen oder Wetterstatistiken, die überwiegende Mehrheit der Interessen entstammt jedoch Bereichen, die auch für neurotypische Personen von Interesse sind (z. B. Pflanzen, Geschichte, Fußball). Auch hält sich das Vorurteil, dass Personen mit ASS sich vorwiegend Themen und Dingen aus dem mathematisch-naturwissenschaftlichen Bereich widmen (z. B. Computer, Maschinen). In einer Studie zu Spezialinteressen von Erwachsenen mit ASS (Kirchner & Dziobek, 2014) gaben die von uns befragten Betroffenen Spezialinteressen an, die zu etwa gleichen Anteilen aus dem Bereich Sozialwissenschaften (z. B. Pädagogik, Psychologie, Politik, Wirtschaft), kreativen Feldern (z. B. Architektur, Design, Musik, Fotographie) und mathematisch-naturwissenschaftlichen sowie technischen Bereichen (Informatik, Physik, Biochemie) stammten. Interessanterweise ist aber der Ansatz, mit dem solche Interessen verfolgt werden, häufig ein analytisch-systematischer, d. h., es geht um das Verständnis und Kontrollieren von Systemen.

Person mit ASS, 53 Jahre

»Ich untersuche gerne Stoffe, z. B. Kleidungsstücke. Die trenne ich minutiös auf. Zum Beispiel Herrenhemden. Die habe ich so lange aufgetrennt bis das ganz ordentlich so in Einzelteile da lag. Und dann habe ich die zu kleinen Paketen zusammengeschnürt. Das Auseinandernehmen war sehr angenehm. Ich war wirklich wie im Rausch. Wenn man den Anfang findet von einer Naht, dann kann man die in einem aufziehen. Das Hemd fällt sozusagen von alleine auseinander. Ich wollte wissen, was ist das eigentlich, ein Herrenhemd. Woraus besteht das? Und wenn es dann in Einzelteile zerlegt ist, ist es dann noch ein Hemd? Bekommt der Stoff eine andere Qualität für andere Kleidungsstücke oder geht das gar nicht? Kann man sich da einen Rock draus nähen oder eine Bluse? Was kann man damit sonst machen? Irgendwie ist das ein Lernprozess.«