

Psychotherapie bei Erwachsenen mit Autismus in der ambulanten Praxis

Herausforderungen und Empfehlungen

Charlotte Küpper, Heiko Thomas Bartels & Isabel Dziobek

Zusammenfassung: Im zweiten Teil dieser Artikelreihe widmen wir uns der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Personen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ohne Intelligenzminderung in der ambulanten Praxis. Trotz zunehmender gesellschaftlicher Aufmerksamkeit für Autismus bleibt diese Patient*innengruppe bei einer Prävalenz von 1–2 % und hohem Unterstützungsbedarf im psychotherapeutischen Versorgungssystem deutlich unterrepräsentiert. Der Beitrag soll eine strukturierte Übersicht über den aktuellen Forschungsstand, zentrale Herausforderungen in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis sowie praxisnahe Empfehlungen für die psychotherapeutische Behandlung autistischer Erwachsener bieten. Neben etablierten wie auch neueren Ansätzen im Einzel- und Gruppensetting werden Besonderheiten im therapeutischen Prozess und in der Beziehungsgestaltung thematisiert. Die autistischen Besonderheiten sollten dabei im gesamten Behandlungsprozess berücksichtigt werden, um eine erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen. Ziel ist es, zur fachlichen Orientierung beizutragen und die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit ASS zu stärken, auch mit Blick auf eine breitere Verankerung außerhalb der wenigen spezialisierten Zentren in Deutschland.

Einleitung

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) erfahren derzeit eine außergewöhnlich hohe mediale Präsenz und kulturelle Aufmerksamkeit. Diese Sichtbarkeit hat einerseits zu einer differenzierteren Wahrnehmung beigetragen, steht jedoch andererseits in einem auffälligen Kontrast zur realen Versorgungslage. Trotz einer Prävalenz von etwa 1–2 % (Zeidan et al., 2022¹) und eines hohen subjektiven Bedarfs an Unterstützung finden Betroffene schwer Zugang zu geeigneten therapeutischen Angeboten. Insbesondere in der ambulanten Versorgung berichten autistische Erwachsene von langen Wartezeiten, Ablehnungen und mangelnder Expertise (Lipinski et al., 2019). Strukturell scheint Autismus – im Sinne einer Schnittstellenproblematik – mit dem Übergang ins Erwachsenenalter im Versorgungssystem teilweise zu „verschwinden“, obwohl es sich um ein überdauerndes Phänomen handelt (Dücker et al., 2023; Mason et al., 2019).

Autistische Menschen weisen besondere Erlebens- und Verarbeitungsmuster auf, die sich unter anderem in der sozialen Kommunikation und Interaktion zeigen. Dazu gehören beispielsweise Schwierigkeiten beim Lesen impliziter sozialer Signale sowie ein veränderter Blickkontakt und eine veränderte Mimik (vgl. Küpper et al., 2025). Diese Merkmale können die

wechselseitige Verständigung erschweren und den Aufbau einer therapeutischen Beziehung anspruchsvoller machen, insbesondere wenn Psychotherapeut*innen mit diesen Besonderheiten nicht vertraut sind. In der Praxis kann dies als anstrengend oder verunsichernd erlebt werden und zu subjektiver Überforderung führen. In der Folge entsteht nicht selten der Eindruck, für die Behandlung autistischer Erwachsener nicht ausreichend geeignet zu sein, was die Bereitschaft zur Übernahme dieser Patient*innen weiter reduzieren kann. Ein besseres Verständnis autistischer Kommunikations- und Wahrnehmungsweisen sowie eine reflektierte Anpassung therapeutischer Erwartungen und Interventionen können daher wesentlich dazu beitragen, die Beziehungsgestaltung zu erleichtern und Versorgungshürden abzubauen.

Auf Grundlage aktueller Leitlinien und klinischer Erfahrungen werden in diesem Artikel zentrale Herausforderungen der psychotherapeutischen Arbeit mit erwachsenen Autist*innen dargestellt und konkrete Empfehlungen für die ambulante Praxis gegeben. Ein besonderer Fokus liegt auf der Sensibilisierung von Psychotherapeut*innen für die besonderen Bedürfnisse von Autist*innen. Durch Kenntnis dieser Besonderheiten und eine Ausrichtung an den individuellen Bedarfen können Rahmenbedingungen durch die Psychotherapeut*innen so gestaltet werden, dass sie für Beziehungsgestaltung, Kommunikation und Interventionen mit dieser Patient*innengruppe hilfreich sind.

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie die bibliografischen Angaben im vollständigen Literaturverzeichnis auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Leitlinien-Empfehlung zur Behandlung der Autismus-Spektrum-Störungen

Für die Behandlung der ASS liegen sowohl internationale Guidelines (z. B. NICE, 2021) als auch seit 2021 deutschsprachige evidenzbasierte S3-Leitlinien vor (DGKJP & DGPPN, 2021). Diese berücksichtigen ausdrücklich auch Erwachsene, jedoch besteht für diese Gruppe noch immer ein erheblicher Mangel an empirisch gut fundierten Studien, insbesondere kontrollierten Multicenter-Studien (für einen Überblick s. Schweizer et al., 2024; Wichers et al., 2023).

Die Leitlinien betonen, dass eine fundierte (differential-)diagnostische Abklärung eine zentrale Voraussetzung für eine sinnvolle Therapieplanung darstellt. Im psychotherapeutischen Versorgungsalltag stellen sich zunehmend Personen mit einer Autismus-Selbstdiagnose oder einer unsicheren Vorabklärung vor. Die Selbstzuschreibungen sind häufig gut begründet und für die Betroffenen subjektiv entlastend, können Psychotherapeut*innen jedoch vor diagnostische und therapeutische Herausforderungen stellen. Einerseits kann eine vorschnelle Zurückweisung der Selbstdiagnose die therapeutische Beziehung belasten, andererseits birgt eine unkritische Übernahme die Gefahr, relevante Differentialdiagnosen wie Traumafolgestörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Angststörungen zu übersehen. Umgekehrt bleiben Personen mit weniger sichtbar ausgeprägten, aber dennoch klinisch relevanten Formen von Autismus häufig undiagnostiziert, und begonnene Therapien, die eine zugrunde liegende Autismus-Symptomatik nicht berücksichtigen, sind in ihrer Wirksamkeit deutlich eingeschränkt. Genau das offenzulegen und mit den Hilfesuchenden zu thematisieren, kann ein erster wichtiger Schritt in der Beziehungsgestaltung sein und lässt das Gegenüber nachvollziehen, dass vor Einleitung einer Behandlung eine sorgfältige und umfassende diagnostische Abklärung erfolgen sollte. Diese dient nicht nur der Absicherung der Diagnose, sondern ist zugleich die Grundlage für eine zielgerichtete Therapieplanung und die Auswahl geeigneter Interventionen (vgl. Küpper et al., 2025).

ASS beginnen typischerweise in der frühen Kindheit und persistieren über die gesamte Lebensspanne. Die Leitlinien betonen, dass die Diagnosestellung nicht per se einen kontinuierlichen Bedarf an therapeutischen oder unterstützenden Maßnahmen begründet. Vielmehr wird eine bedarfsorientierte Versorgung empfohlen, die sicherstellt, dass Betroffene die zur Bewältigung ihres Alltags notwendigen therapeutischen und unterstützenden Maßnahmen erhalten. Die Planung und Durchführung von Interventionen sollten unter aktiver Beteiligung der Betroffenen sowie gegebenenfalls ihrer Angehörigen erfolgen, um individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen. Darüber hinaus heben die Leitlinien hervor, dass autistische Besonderheiten im gesamten Behandlungsprozess berücksichtigt werden sollten. Sofern erforderlich, wird ein multimodaler Behandlungsansatz empfohlen, der psychotherapeutische, psychosoziale und bei entsprechender Indikation

auch psychopharmakologische oder weitere Elemente wie beispielsweise Ergo- oder Logotherapie integriert (s. Abb. 1).

Die Auswahl konkreter Maßnahmen sollte sich stets am jeweils vorrangigen Behandlungsziel orientieren. Übergeordnete Therapieziele sind dabei die Förderung einer möglichst hohen Selbstständigkeit sowie die Verbesserung der Lebensqualität und gesellschaftlichen Teilhabe. Spezifische Therapieziele können sowohl auf die Veränderung der autistischen Kernsymptomatik als auch auf die Behandlung komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen ausgerichtet werden. Studien zeigen, dass psychische und somatische Komorbiditäten (insbesondere Depressionen und Angststörungen) bei Erwachsenen mit ASS häufig auftreten (Khachadourian et al., 2023; Hossain et al., 2020) und oft den Anlass für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung darstellen (Lipinski et al., 2019). Die ASS-Kernsymptomatik ist in der Therapie häufig ein nachgeordneter Zielbereich. Dennoch kann es aus klinischer Sicht sinnvoll sein, gezielt an Kernbereichen, wie z. B. sozialer Kompetenz, Stressbewältigung und Identitätsfindung, anzusetzen. Gleichzeitig entspricht dies den Präferenzen vieler Betroffener, die diese Inhalte als zentrale zu vermittelnde Kompetenzen innerhalb einer Behandlung benennen (Gawronski et al., 2011). Dabei ist zu berücksichtigen, dass einige Betroffene ihre autistischen Merkmale als integralen Bestandteil ihrer Identität erleben und keinen diesbezüglichen Wunsch nach Veränderung hegen, während andere ihre Symptomatik als klar belastend empfinden. Die therapeutische Haltung sollte hier offen und individuell ausgerichtet sein. Entscheidend ist, dass das Störungsverständnis gemeinsam mit den Patient*innen reflektiert wird – unter Berücksichtigung der Selbstwahrnehmung, Lebensrealität und damit verbundenen Belastungen.

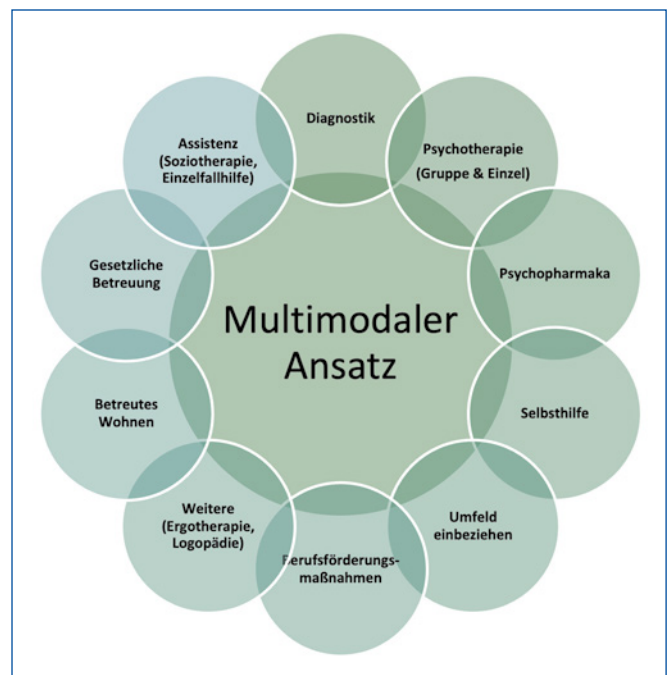


Abbildung 1: Darstellung der Behandlungselemente nach S3- und NICE-Leitlinien

Ziele psychotherapeutischer Interventionen

Psychotherapeutische Interventionen bei autistischen Erwachsenen verfolgen in der Regel nicht das Ziel, die ASS-Kernsymptomatik im Sinne einer „Remission“ zu verändern. Im Fokus stehen stattdessen die Reduktion komorbider psychischer Symptomatik, die Bewältigung von Alltagsbelastungen, der Aufbau und das Aufsuchen günstiger Umweltbedingungen sowie eine verbesserte Selbstakzeptanz. Weitere Ziele umfassen die Stärkung von Selbstfürsorge und die Entwicklung individuell stimmiger Kompensations- und Offenlegungsstrategien. Das heuristische „SPZ-Modell“ nach Tebartz van Elst (2025) unterscheidet zwischen unveränderbaren autismusspezifischen Strukturellen Besonderheiten einer Person (z. B. sensorischer Sensitivität, verminderter Theory of Mind), damit im Zusammenhang stehenden Problemen oder problematischen Verhaltensweisen (z. B. Erleben von Mobbing, aggressivem Verhalten bei Überforderung) und resultierenden Zuständen (z. B. Depressionen, Angststörungen). Strukturelle Besonderheiten einer Person sollten demnach akzeptiert und durch Kompensationsstrategien begleitet werden, während Probleme gelöst und problematische Verhaltensweisen verändert werden sollten. Pathologische Zustände sollten psychotherapeutisch und/oder medikamentös behandelt werden.

Indikation nach Psychotherapie-Richtlinie

Nach der Psychotherapie-Richtlinie wird Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung definiert, wenn sie dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (*G-BA, 2009*; zuletzt geändert 2025). Im Kapitel „Anwendungsbereiche“ regelt § 27 die Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie. Unter Absatz 1 werden Störungsbilder gelistet, die eine eigenständige Indikation darstellen. Hier werden ASS (bzw. die Überkategorie der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen) jedoch nicht explizit genannt, während ADHS („Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“) klar berücksichtigt wird. Aus fachlicher Sicht erscheint diese Differenzierung nicht konsequent, da ASS und ADHS beide persistierende neuronale Entwicklungsstörungen darstellen, deren Therapie sich nicht an primärer Remission, sondern neben der Behandlung komorbider Störungen an Funktionsbeeinträchtigungen, klinischem Leidensdruck sowie der Prävention einer Verschlimmerung oder sekundärer Störungen orientiert.

Die ASS werden hingegen in § 27 Absatz 2 aufgeführt, der Störungsbilder beschreibt, die unter bestimmten Voraussetzungen als Indikation für Psychotherapie in Betracht kommen. Dort heißt es: „Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren

Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.“ Unter anderem werden hier explizit „seelische Krankheiten auf Grund [...] tiefgreifender Entwicklungsstörungen“ (S. 21) genannt, ebenso wie schizophreniforme Störungen, psychische Erkrankungen nach schwerer chronischer Krankheit oder psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Die ASS werden in den aktuellen Klassifikationssystemen als komplexe neuroentwicklungsbedingte Störungen eingeordnet und zählen zu den psychischen Störungen mit der höchsten genetischen Beteiligung (Tebartz van Elst, 2025). Zugleich setzt die Diagnosestellung per Definition das Vorliegen eines klinisch bedeutsamen Leidensdrucks und/oder relevanter Funktionsbeeinträchtigungen infolge der Kernsymptomatik voraus. Vor diesem Hintergrund kann § 27 Absatz 2 der Psychotherapie-Richtlinie aus unserer Sicht dahingehend verstanden werden, dass eine psychotherapeutische Behandlung auch bei alleinigem Vorliegen einer ASS grundsätzlich in Betracht kommt, sofern ein geeigneter psychotherapeutischer Ansatz besteht. Der Aspekt der ärztlichen und medikamentösen Mitbehandlung erscheint hierbei im Vergleich zu anderen in Absatz 2 genannten Störungsbildern, etwa den schizophreniformen Störungen, weniger relevant, da die ASS-Kernsymptomatik nicht medikamentös behandelbar ist (vgl. S3-Leitlinie; DGKJP & DGPPN, 2021). Eine psychotherapeutische Behandlung kann in diesen Fällen darauf abzielen, krankheitsbezogene Beschwerden zu lindern, funktionelle Einschränkungen zu reduzieren und einer weiteren Verschlechterung der Symptomatik vorzubeugen, und entspricht damit dem in der Richtlinie formulierten Auftrag von Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich ist jedoch zu berücksichtigen, dass Psychotherapie gemäß § 27 Absatz 3 nicht allein der beruflichen oder sozialen Anpassung, der schulischen oder beruflichen Förderung oder der Erziehungs-, Ehe-, Lebens-, Sexual-, Paar- und Familienberatung dienen darf.

In der Versorgungspraxis zeigt sich insgesamt ein uneinheitliches Bild, und psychotherapeutische Behandlungen werden bei alleinigem Vorliegen einer ASS teilweise von Kostenträgern abgelehnt, wie von niedergelassenen Kolleg*innen berichtet wird. Die Gründe hierfür sind unklar und können nur vermutet werden. Dazu zählen möglicherweise historische Einordnungen der ASS als Behinderung bzw. als schwere, psychotherapeutisch kaum beeinflussbare Entwicklungsstörung mit Intelligenzminderung und eingeschränkter oder fehlender Sprachfähigkeit. Auch strukturelle Faktoren, wie die traditionell starke Verortung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und konzeptionelle Abgrenzungen zu anderen Unterstützungsangeboten, könnten eine Rolle spielen. Die Forschung der letzten Jahrzehnte zeigt jedoch deutlich, dass ein erheblicher Anteil autistischer Erwachsener über (über-)durchschnittliche kognitive und sprachliche Fähigkeiten verfügt, zugleich aber unter klinisch relevantem Leidensdruck

steht und grundsätzlich von psychotherapeutischen Interventionen profitieren kann.

Vor diesem Hintergrund erscheint es uns angezeigt, die Diskussion um die psychotherapeutische Behandlung der ASS vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse erneut aufzugreifen. Aus unserer Sicht wäre es dabei gerechtfertigt, ASS analog zu ADHS als eigenständige Indikation zu führen. Liegt nach Diagnosestellung einer ASS keine Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie vor, können Probandik bzw. psychotherapeutische Sprechstunden genutzt werden, um den individuellen Unterstützungsbedarf zu klären und gegebenenfalls in andere geeignete Hilfsangebote zu vermitteln.²

Subjektive Bedarfe: Was sich Betroffene von Psychotherapie wünschen

Eine deutschlandweite, partizipativ durchgeführte Befragung von autistischen Erwachsenen ergab, dass sich die meisten Betroffenen Unterstützung durch die Behandlung ihrer psychischen Probleme wünschen (Lipinski et al., 2019). Als häufigste Gründe für die Inanspruchnahme von Psychotherapie wurden depressive Stimmungen, Ängste und Probleme bei der Stressbewältigung sowie autistumtypische Symp-

tome wie sozial-kommunikative Probleme, Schwierigkeiten, Freundschaften und Partnerschaften zu finden, Probleme im Beruf/Studium sowie Einschränkungen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben genannt. Die Befragung ergab des Weiteren, dass Psychotherapie häufig nicht zustande kommt, u. a. weil Psychotherapeut*innen eine Behandlung ablehnen. Ein nach Selbsteinschätzung geringes Fachwissen zu Autismus wurde als Hauptgrund für die Ablehnung durch die Psychotherapeut*innen genannt (Lipinski et al., 2019). Eine Umfrage unter 498 Psychotherapeut*innen ergab, dass sie ihre diagnostische und therapeutische Kompetenz bei ASS im Vergleich zu anderen Störungsbildern mit vergleichbarer Prävalenz als deutlich geringer einschätzten (s. Abb. 2; Lipinski et al., 2022).

Störungsmodell

Zur Ableitung von Interventionen bietet das Störungsmodell nach Dziobek & Stoll (2024) Orientierung (s. Abb. 3). Es berücksichtigt, dass sich bei ASS genetisch bedingte neurobiologische und -psychologische Besonderheiten auf die soziale Informationsverarbeitung und Kommunikation, die Emotionsregulation, die sensorische Wahrnehmung und die exekutiven Funktionen auswirken. Die hieraus resultierenden autistischen sozial-kommunikativen und verhaltensbezogenen Kernsymptome führen demnach in Abhängigkeit von moderierenden Faktoren wie individueller Resilienz und sozialen Erwartungen u. a. zu sozialer Ausgrenzung und chronischem Stress. Diese Belastungen können dann psychische und somatische Symptome und Erkrankungen nach sich ziehen, welche vorrangig behandelt werden sollten.

2 In Fortsetzung dieser Artikelreihe ist ein weiterer Beitrag in Vorbereitung, der den Fokus auf das Thema „Begleitende Unterstützungsangebote für Erwachsene mit Autismus“ legen wird. Dabei soll ein Überblick über psychosoziale Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten, zentrale Herausforderungen sowie praxisnahe Empfehlungen gegeben werden.

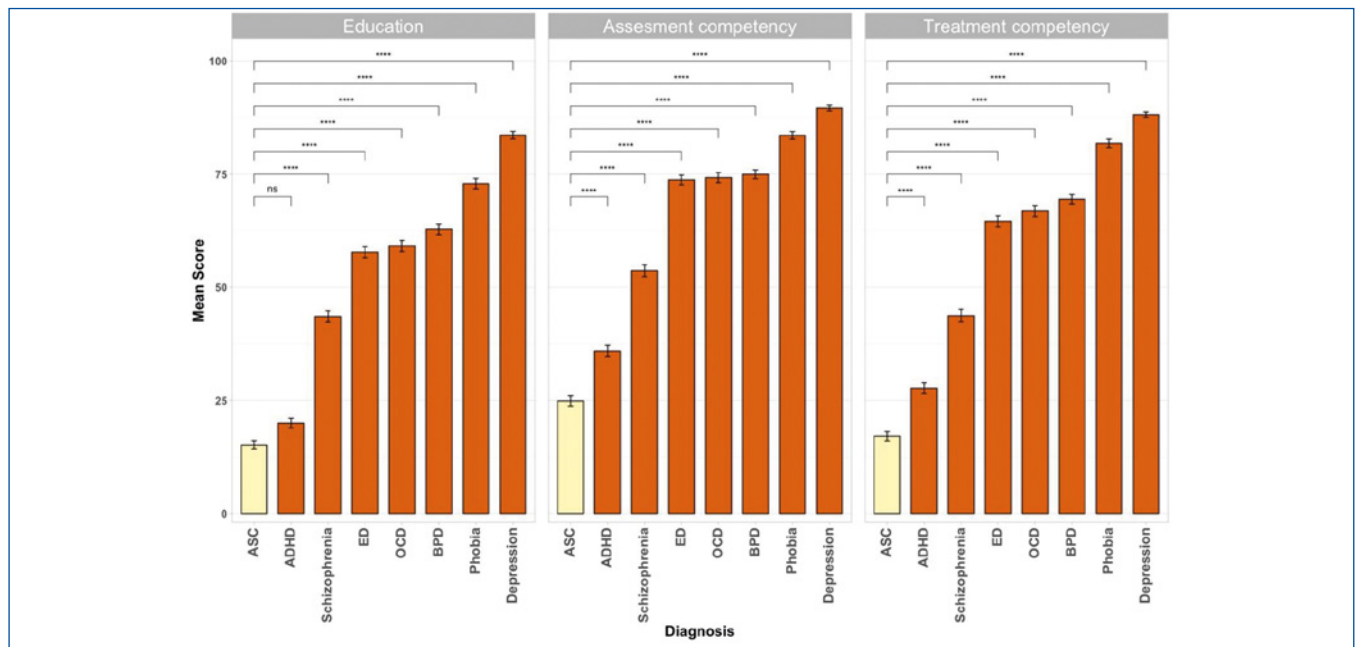


Abbildung 2: Selbsteinschätzung von niedergelassenen Psychotherapeut*innen bezüglich ihres Wissens sowie ihrer diagnostischen und therapeutischen Kompetenz in Bezug auf ASS und weitere psychische Störungen (reproduziert aus Lipinski et al., 2022; verwendet unter CC-BY-Lizenz)

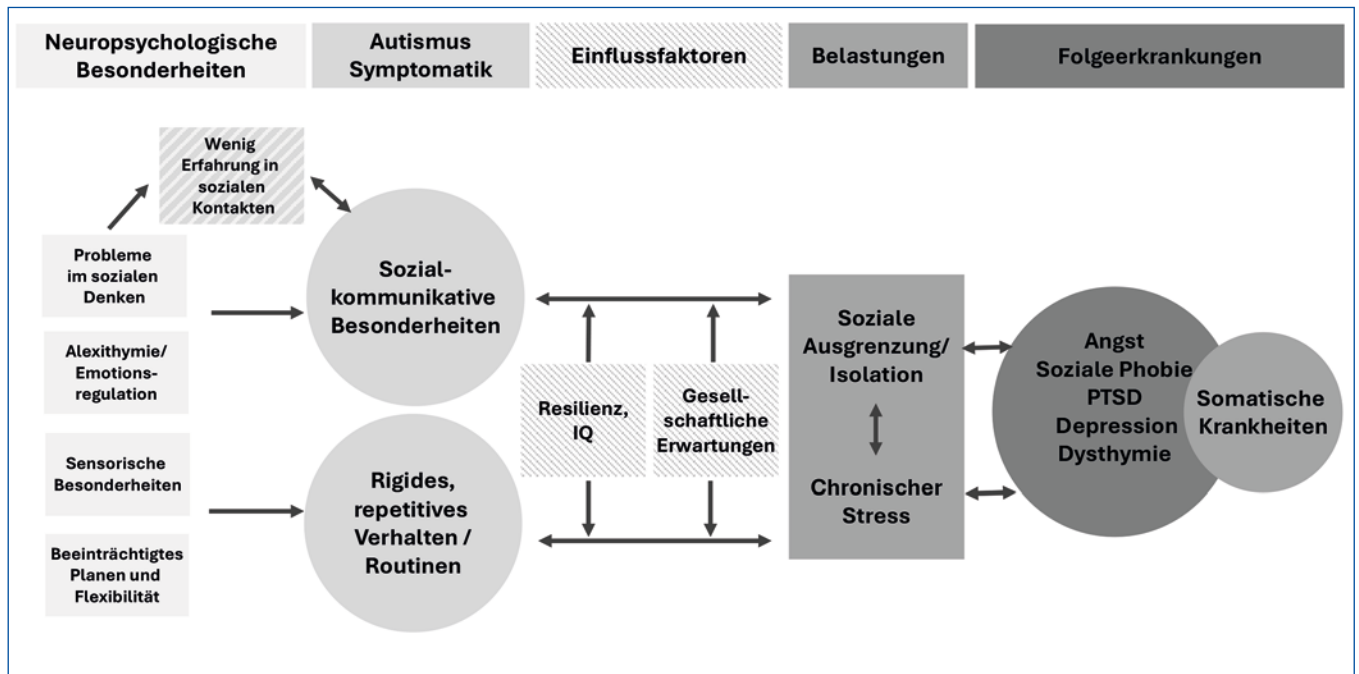


Abbildung 3: Störungsmodell nach Dziobek & Stoll (2024)

Behandlungsansätze

Autismusspezifische Gruppentherapie

Die S3-Leitlinien empfehlen vorrangig Gruppentherapie; ist diese aus organisatorischen oder individuellen Gründen nicht möglich, kann auch eine Einzeltherapie durchgeführt werden. Grundlage dieser Empfehlung ist u. a., dass bislang kein umfassend evaluierter Einzeltherapieansatz vorliegt.

Im deutschsprachigen Raum existieren zwei speziell für autistische Erwachsene entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme (FASTER: Freiburger Asperger-Spezifische Therapie für Erwachsene; Ebert et al., 2012; Fangmeier et al., 2011; und GATE: Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter; Gawronski et al., 2011). Beide Programme enthalten neben sozial-kommunikativen Elementen auch Module zu Psychoedukation, Stressmanagement, Achtsamkeit und Emotionsregulation. Das Gruppenformat bietet eine gute Möglichkeit, Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen zu reflektieren und zu trainieren, Feedback zu erhalten und gleichzeitig die Erfahrung zu machen, dass andere Personen ähnliche Schwierigkeiten erleben.

Darüber hinaus stehen mehrere manualisierte Gruppenprogramme zur Verfügung, die auf soziale Interaktion und Kommunikation fokussieren, z. B. KONTAKT (Herbrecht et al., 2007), SOKO Autismus (Häußler et al., 2016), KOMPASS-F (Jenny, 2019), GSK-A (Hinsch & Pflingsten, 2023) oder SOS-TA-net (Cholemkery & Freitag, 2014). Diese Trainings arbeiten mit Rollenspielen, Übungen und Feedback und bieten den

Teilnehmenden die Möglichkeit, soziale Fähigkeiten in einem geschützten Rahmen zu erproben.

Im Rahmen der ambulanten Versorgung wurden die Hürden für Gruppentherapien gesenkt. Zuletzt wurde mit Einführung der gruppentherapeutischen Grundversorgung eine weitere Option geschaffen, die es ambulanten Praxen erleichtern kann, niederschwellige Versorgungsangebote zu machen. Insbesondere bietet sich die psychoedukative Vermittlung von Störungsmodellen im Rahmen der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung an.

Autismusspezifische Einzeltherapie

Auch das Einzelsetting bietet aus unserer Sicht spezifische Vorteile für autistische Menschen. Es ermöglicht eine stärkere Individualisierung: Inhalte, Methoden und Zielsetzungen können auf die jeweiligen Bedürfnisse, Stärken und Problembereiche der Person abgestimmt werden. Auch die stark variierenden Arbeitsgeschwindigkeiten sowie Unterschiede in der sozialen Belastbarkeit und kommunikativen Kompetenz können hier angemessen berücksichtigt werden. Seit 2019 liegt mit dem Manual „Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen“ (Dziobek & Stoll, 2024 (Erstauflage 2019)) erstmals ein deutschsprachiges Konzept für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung vor. Es adressiert sowohl Kernsymptome als auch häufige Begleitprobleme, wie etwa Schwierigkeiten in Bezug auf soziale und emotionale Kompetenzen, Selbstwert, Stressmanagement, Partnerschaft, Sexualität und berufliche Integration. Das Manual wird derzeit an der Hochschulambulanz für Psychotherapie und Psychodiagnostik der Humboldt-Universität zu Berlin evaluiert (Küpper et al., under review).

Behandlungsinhalte

Die Auswahl der Behandlungsinhalte sollte sich eng am individuellen Bedarf der Patient*innen orientieren. Nach unserer Erfahrung sind insbesondere folgende Themenfelder von Relevanz: Psychoedukation, Stärkung von Selbstwert und Identität, Stressbewältigung, Förderung sozioemotionaler Kompetenzen, Partnerschaft und Sexualität sowie berufliche Teilhabe (s. auch Lipinski et al., 2019). Je nach Ausgangslage können dabei das gezielte Einüben bestimmter Fertigkeiten, der kompensatorische Umgang mit Herausforderungen, der Aufbau von Akzeptanz und die bewusste Offenlegung oder die Anpassung des Umfelds im Vordergrund stehen. Das bei Menschen mit ASS häufig stark ausgeprägte und sehr unterschiedliche Profil an Stärken und Schwächen macht eine passgenaue, bedarfsorientierte Auswahl der Interventionen besonders wichtig.

Zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung sollte immer eine **Psychoedukation** zu Autismus durchgeführt werden. Ebenso sollten hier Therapieziele auf der Grundlage eines gemeinsam entwickelten individuellen Erklärungs- und Störungsmodells (s. o.) abgeleitet werden. Die Vermittlung von Informationen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Diagnose, insbesondere im Hinblick darauf, wie sich Autismus bei der Person selbst äußert, stellt für viele Betroffene bereits eine enorm wirkungsvolle Intervention dar. Da die Schwierigkeiten im Alltag, insbesondere im zwischenmenschlichen Kontakt, oft vielfältig sind, richtet sich das Augenmerk sehr schnell auf die Defizite der Betroffenen. Aus diesem Grund ist es wichtig, von Anfang an nicht nur Schwierigkeiten, sondern auch vorhandene **Ressourcen und Stärken** in den Blick zu nehmen – etwa besondere Detailwahrnehmung, Ausdauer oder spezifische Interessensgebiete (vgl. auch Kirchner et al., 2016). Eine solche Haltung kann eine gute Grundlage für ein ressourcenorientiertes Arbeiten schaffen.

Interventionen zur **Stärkung des Selbstwertgefühls**, zur Förderung einer stabilen Identitätsentwicklung und zur Entwicklung von **Selbstakzeptanz** spielen in der psychotherapeutischen Arbeit mit autistischen Erwachsenen eine zentrale Rolle, insbesondere dann, wenn es im Zusammenhang mit wiederholten Ausgrenzungs- oder Abwertungserfahrungen sowie chronischer Überforderung zu depressiven oder Angst-Symptomen kommt. In diesen Bereichen können bewährte therapeutische Ansätze (angepasst an die individuellen Bedürfnisse und Kommunikationsweisen der Betroffenen) wirksam eingesetzt werden. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei, gemeinsam mit den Patient*innen herauszuarbeiten, dass Selbstkritik an autismusbedingten Verhaltensweisen häufig auf unrealistischen Erwartungen beruht und nicht zielführend ist, insbesondere dann, wenn diese Verhaltensweisen nur begrenzt oder gar nicht veränderbar sind. Vielmehr sollte der Fokus auf einem verständnisvollen und ressourcenorientierten Umgang mit der eigenen Art, zu denken, zu fühlen und zu handeln, liegen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisch hat es

sich bewährt, hier auf dysfunktionale Kognitionen im Sinne von „Ich müsste mehr leisten können, andere schaffen das doch auch.“ oder „Ich bin ein Versager.“ zu fokussieren und entsprechend hilfreiche Kognitionen zu entwickeln („Vor dem Hintergrund meiner mir lange nicht bewussten autistischen Symptomatik habe ich einiges in meinem Leben geleistet.“). Der Selbstwert von Patient*innen kann auch durch die bewusste Anerkennung und Erfüllung eigener Bedürfnisse bestärkt werden. In der Therapie können gezielt „autistische Räume“ erarbeitet werden, indem zum Beispiel anhand eines Wochenplans gezielt Zeiten geplant werden, zu denen die Patient*innen ihren Spezialinteressen oder wohltuenden Routinen ungestört nachgehen können.

Autistische Menschen sind im Alltag häufig einer erhöhten Stressbelastung ausgesetzt, etwa durch sensorische Reizempfindlichkeiten, soziale Anforderungen oder äußere Erwartungen. Diese Belastungen bleiben für das Umfeld oft unsichtbar, was zu unrealistischen Erwartungen und zusätzlichem Druck führt. In der therapeutischen Arbeit sollte daher ein besonderer Fokus auf die Identifikation individueller **Stressoren** sowie auf den Aufbau hilfreicher **Bewältigungsstrategien** gelegt werden. Ein zentrales Ziel besteht darin, das Erleben von Selbstwirksamkeit zu fördern und Betroffene darin zu unterstützen, frühzeitig gegenzusteuern. Nach Möglichkeit sollten auch Bezugspersonen (z. B. Angehörige oder Partner*innen) in die therapeutische Arbeit einbezogen werden, da sie dabei helfen können, Frühwarnzeichen rechtzeitig wahrzunehmen, auf den Energiehaushalt zu achten und entlastende Aktivitäten anzuregen. Ergänzend können Achtsamkeits- und Entspannungsverfahren hilfreich sein.

Die therapeutische Förderung **sozial-emotionaler Kompetenzen** bei autistischen Erwachsenen kann unterschiedliche Schwerpunkte umfassen. Wichtige Inhalte können das Verständnis nonverbaler Kommunikation, das Erkennen und Einordnen eigener und fremder Emotionen sowie die Fähigkeit zur Perspektivübernahme sein. Bereits die Erkenntnis der eigenen autistischen Art der Informationsverarbeitung kann entlastend wirken (i. S. v. „Ich bin nicht falsch, sondern individuell“). Auch die Vermittlung von sozialem Kontextwissen (beispielsweise unausgesprochene gesellschaftliche Erwartungen) kann eine zentrale Rolle spielen. Während diese Informationen von neurotypischen Menschen meist intuitiv erlernt werden, stellen sie für viele autistische Personen eine Herausforderung dar. Häufig zeigen sich daraus resultierende Unsicherheiten beispielsweise im Gesprächsverhalten oder im Verständnis komplexer sozialer Konzepte wie Freundschaft oder Partnerschaft, welche in der Therapie gemeinsam bearbeitet werden können. Therapeutisch validiert werden sollte dabei jedoch auch die Entscheidung, bestimmte Anpassungsleistungen bewusst nicht zu leisten, insbesondere wenn diese mit dauerhaftem Stresserleben verbunden sind. Es kann therapeutisch sinnvoll sein, auch das soziale oder berufliche Umfeld in den Blick zu nehmen und gemeinsam mit den Patient*innen Möglichkeiten für entlastende Veränderungen zu prüfen, etwa durch Anpassung

der Rahmenbedingungen oder bewusste Kontextwechsel (beispielsweise die Verlegung der Arbeit ins Homeoffice oder auch Absprachen innerhalb der Partnerschaft, wer welche Aufgaben innerhalb der Familie übernimmt). Solche Schritte sollten immer in enger Abstimmung mit den Betroffenen und unter Berücksichtigung möglicher Auswirkungen erfolgen. Im Zusammenhang mit einer möglichen Offenlegung können die Informationsflyer der Autismus-Forschungs-Kooperation (AFK)³ als unterstützende Ressource herangezogen werden, da sie kompakte Informationen zu zentralen Aspekten des Autismus-Spektrums bereitstellen.

Behandlung komorbider psychischer Störungen

Hinsichtlich der Behandlung komorbider psychischer Störungen empfiehlt die S3-Leitlinie, sich an den jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien zu orientieren, diese jedoch an die autismspezifischen Bedürfnisse anzupassen (s. unten). Eine aktuelle Metaanalyse (*Wichers et al., 2023*), die randomisiert-kontrollierte Studien bei Erwachsenen mit ASS ausgewertet, zeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie depressive Symptome wirksam reduzieren kann.

Besonders häufige Komorbiditäten bei Personen mit ASS sind affektive Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sowie AD(H)S (*Khachadourian et al., 2023*). Ängste entwickeln sich dabei oftmals als Folge belastender sozialer Erfahrungen und aus dem Überlastungserleben heraus. Aufgrund der sensorischen Besonderheiten (z. B. Reizoffenheit) kann es häufig in alltäglichen Situationen (wie beispielsweise Nutzung ÖPNV, Einkaufen oder soziale Anlässe) zu massiver innerer Anspannung und panikähnlichen Zuständen kommen. In der therapeutischen Arbeit ist es dabei besonders wichtig, zu berücksichtigen, dass bei sensorischer Überempfindlichkeit eine Gewöhnung im Sinne einer Habituation, wie sie etwa bei klassischen Angststörungen angestrebt wird, nicht eintreten kann. Stattdessen sollten therapeutische Interventionen (zunächst) auf die Entwicklung individueller Strategien zur Reizreduktion und Emotionsregulation ausgerichtet sein, um Betroffene im Umgang mit herausfordernden Alltagssituationen zu stärken und das grundsätzliche Anspannungsniveau zu senken. Menschen mit ASS haben ein erhöhtes Risiko für Traumatisierungen und die Entwicklung von PTBS (*Quinton et al., 2024*), u. a. angesichts einer limitierten Fähigkeit, soziale Gefahren richtig einzuschätzen bzw. die Absichten anderer zu erkennen, oder aufgrund von Schwierigkeiten sich abzugrenzen. Traumatische Erfahrungen sind bei autistischen Personen deutlich häufiger mit Mobbing und sozialem Ausschluss assoziiert als bei neurotypischen Personen, und

solche sozialen Traumatisierungen können PTBS-typische Symptome wie Wiedererleben oder Vermeidung auslösen. Zusätzlich treten bei vielen Betroffenen auch stressbezogene körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Migräne, gastrointestinale Beschwerden oder metabolische Störungen auf und sind dann Teil des Behandlungsplans.

Anpassungen an autismspezifische Besonderheiten

Die autistischen Besonderheiten sollten im gesamten Behandlungsprozess berücksichtigt werden, um eine erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen. Es ist empfehlenswert, Anpassungen in den Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings, der Kommunikationsweise, der Form und Struktur der Interventionen wie auch der Beziehungsgestaltung vorzunehmen (*Brice et al., 2021; Lipinski et al., 2019*).

Rahmenbedingungen: Vorhersagbarkeit und reizarme Umgebungen

Vorhersehbare und klare Rahmenbedingungen, wie z. B. derselbe Behandlungsraum, dieselbe Bezugsperson sowie eine nach Wochentag und Uhrzeit gleichbleibende Terminwahl, bieten Orientierung und geben Sicherheit. Veränderungen sollten möglichst frühzeitig angekündigt werden. Zu Beginn der Sitzungen sollte zunächst erklärt werden, was inhaltlich

— Die therapeutische Grundhaltung sollte gegenüber autistischen Patient*innen von einer Haltung der Offenheit, Akzeptanz und Neugier gegenüber ihrer individuellen Wahrnehmung der Welt geprägt sein. —

besprochen werden soll und wie sich der Ablauf gestaltet. Explizites Benennen von Strukturen z. B. durch Zusammenfassungen hat sich bewährt („Wir haben heute ... gemacht. Jetzt möchte ich die letzten fünf Minuten noch nutzen, um die Terminplanung zu besprechen. Danach endet unsere heutige Sitzung.“).

Viele Autist*innen bevorzugen zudem reizarme Umgebungen. Räumliche Gegebenheiten, wie etwa die Einrichtung, sollten ebenfalls möglichst konstant gehalten und auf subjektiv belastende Reizquellen geprüft werden (z. B. tickende Uhr). Da die Sensibilitäten und Vorlieben von Patient*innen sehr unterschiedlich sein können, sollten störende Faktoren gezielt erfragt werden bzw. die Patient*innen zur Benennung eingeladen werden. Abbildung 4 zeigt eine partizipativ entwickelte (und nicht abschließende) Checkliste, welche Orientierung dabei geben kann, potenzielle Störfaktoren zu erkennen.

Auch der Weg in die Praxis kann für Betroffene Überforderung auslösen. Vor dem ersten Termin können daher Informationen zu Anfahrtswegen, zum Eingang und zu den

3 <https://www.autismus-forschungs-kooperation.de>

räumlichen Gegebenheiten der Praxis entlastend wirken. Ob alternativ auf die Möglichkeit einer Videosprechstunde zurückgegriffen werden kann oder Doppelsitzungen in niedrigerer Frequenz durchgeführt werden, hängt hierbei vom Einzelfall ab.

Kommunikationsstil

Autistische Menschen nehmen Sprache, nonverbale Signale und soziale Kontexte häufig anders wahr als neurotypische Personen. Zur Vermeidung von Missverständnissen und zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit ist eine bewusste Anpassung der Kommunikation sinnvoll. Therapeutische Gespräche sollten klar, direkt und konkret geführt werden, möglichst ohne implizite Bedeutungen oder Andeutungen. Auch vermeintlich Selbstverständliches sollte explizit benannt werden, da nonverbale Hinweise wie Mimik, Gestik oder Tonfall häufig nicht intuitiv erschlossen werden (wie beispielsweise ein Blick auf die Uhr, um das nahende Ende der Sitzung anzudeuten). Kurze, präzise Sätze und der Verzicht auf Metaphern, Ironie oder Doppeldeutigkeiten können die Verständlichkeit zusätzlich verbessern. Psychotherapeut*innen sollten außerdem darauf achten, direkte Anweisungen zu geben oder klare Vorschläge zu machen, anstatt vage oder offene Formulierungen zu verwenden. Zum Beispiel könnte es hilfreich sein, anstatt „Das werden Sie dann in der Situation sehen.“ zu formulieren: „Ich schlage vor, dass Sie ... einmal ausprobieren und wir dann in unserer nächsten Sitzung gemeinsam auswerten, ob das hilfreich gewesen ist.“ Darüber hinaus bewährt es sich, explizit und transparent den Hintergrund und das Ziel therapeutischer Interventionen zu erklären, um so auch die Compliance zu erhöhen. Obwohl die kognitive Verhaltenstherapie durch ihren hohen Grad an Strukturiertheit für viele Autist*innen oft gut funktioniert, kann insbesondere die Gesprächsführungstechnik des sokratischen Dialogs mitunter ungeeignet sein. In vielen Fällen hat es sich bewährt, direkter vorzugehen. Aufgrund der autistischen Schwierigkeiten in sozialer Interaktion und Kommunikation profitieren Patient*innen zudem oft sehr davon, wenn Psychotherapeut*innen ihnen neurotypische zwischenmenschliche Interaktionen direkter erklären (beispielsweise „Ich könnte mir vorstellen, dass Ihre Kollegin Ihnen mit der Aussage ‚Mach mal Feierabend!‘ keinen Befehl geben wollte, sondern dachte, sie tut Ihnen etwas Gutes, wenn sie Sie daran erinnert, dass Freizeit auch wichtig ist.“).

Checkliste für potenzielle Störfaktoren im Therapiesetting:

- Störende Geräuschquellen (z. B. tickende Uhr, PC-Geräusche; von draußen oder aus dem Nachbarraum)
- Grelle Lichtquellen (z. B. Neonlicht, direktes Sonnenlicht)
- Intensive Gerüche (z. B. Parfum, stark duftende Pflanzen, Zigaretten- oder Mittagssessengeruch an Kleidung, Tee usw.)
- Änderungen der Einrichtung oder Raumordnung (z. B. neue Möbel, Gegenstände an ungewohnten Orten)
- Viele Kleinteile oder Dekoration verteilt im ganzen Raum (z. B. Bilder-Collagen, Postkarten, Buddhfiguren, Fotos der eigenen Familie, Bonbongefäße, Kerzen)
- Änderungen in der Dekoration (z. B. saisonale Deko, neues Bild)
- Kurzfristige Raum- oder Terminänderungen
- Unerwartete Änderungen der für eine Sitzung angekündigten Inhalte (z. B. Bearbeiten von nicht geplanten Themen, Weglassen von für die Sitzung angekündigten Themen)
- Körperkontakt (z. B. Händedruck, Schulterklopfen)
- Plötzliche Bewegungen oder Lautäußerungen (z. B. Auflachen, raumgreifende Gestik, Aufstehen während der Sitzung)
- Unerwartete andere Person, die die Tür öffnet
- Neue Frisur oder Haarfarbe des*der Psychotherapeut*in

Abbildung 4: Checkliste für potenzielle Störfaktoren in einem Therapiesetting, aus Dziobek & Stoll (2024)

Form und Struktur der Interventionen

Unterstützung bietet zudem der Einsatz visueller Hilfsmittel oder schriftlicher Zusammenfassungen, um Informationen besser zu strukturieren und zu sichern. Hier können strukturierte Arbeitshilfen und Protokollblätter helfen, wichtige Ergebnisse am Ende der Sitzungen festzuhalten und zwischen den Sitzungen Erlebtes zu dokumentieren. Dies ist auch sinnvoll, da gerade zu Beginn bei Patient*innen während der Sitzungen eine hohe Anspannung bestehen kann und Inhalte andernfalls nur unzureichend erinnert werden. Ergänzend kann auch eine schriftliche Kommunikation, etwa per E-Mail, hilfreich sein. Bei E-Mail-Kontakt hat es sich als hilfreich erwiesen, gemeinsam Vereinbarungen zu Umfang und Häufigkeit zu treffen, um Missverständnisse und Überforderungen zu vermeiden.

Beziehungsgestaltung: Akzeptanz, Geduld und individuelle Perspektiven

Die therapeutische Grundhaltung sollte gegenüber autistischen Patient*innen von einer Haltung der Offenheit, Akzeptanz und Neugier gegenüber ihrer individuellen Wahrnehmung der Welt geprägt sein. Viele Patient*innen haben im Laufe ihres Lebens invalidierende und ausgrenzende Erfahrungen gemacht, sodass ein gewisses Misstrauen zu Beginn deswegen nicht ungewöhnlich ist. Der therapeutische Rahmen bietet häufig eine erste Gelegenheit, sich mit autistischen Bedürfnissen zu zeigen und hiermit heilsame Beziehungserfahrungen zu machen. Insbesondere für Spätdiagnostizierte stellt die Therapie häufig

einen wichtigen Reflexionsraum dar, in dem autistisches Erleben besprochen und validiert werden kann. Psychotherapeutisch herausfordernd ist es dabei, die Balance zu halten dazwischen, einerseits Raum zu geben/Akzeptanz zu fördern und andererseits dysfunktionale Kommunikationsmuster (z. B. Monologisieren, unzureichende Priorisierung) aufzudecken, zu benennen und durch Anbieten von Gesprächsstruktur zu begrenzen. Auch hier ist es hilfreich, das eigene Erleben zu benennen und Unterstützung anzubieten („Wenn Sie mir das so berichten, fällt es mir schwer, Ihnen zu folgen und nachzuvollziehen, was konkret Sie mir sagen wollen. Bei mir kommt an ... Habe ich das korrekt verstanden oder ist Ihnen ein anderer Punkt wichtiger?“). Die Psychotherapie stellt eine wichtige Möglichkeit für Patient*innen dar, offene Rückmeldungen zu erhalten, wie ihr Verhalten und ihr Ausdruck auf neurotypische Personen wirken können. Neurotypische Personen beziehen sich oft auf implizite soziale Regeln und verzichten im Alltag auf direktes Feedback. Neurodivergente Menschen haben Schwierigkeiten, solche sozialen Situationen zu „lesen“, und können Perspektivwechsel nicht immer vollziehen. Entsprechend stehen ihnen nur begrenzte Deutungen zur Verfügung, die z. T. bis dahin erlernte dysfunktionale Zuschreibungen („Ich bin falsch!“ – „Die sind falsch!“) verstärken.

Die besonderen Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen mit ASS können die therapeutische Arbeit auf unterschiedliche Art bereichern. Die oft unkonventionelle, ehrliche und unverstellte Art des Verhaltens, die sich primär an eigenen Standards und Sinnhaftigkeit orientiert statt an sozialer Erwünschtheit, eröffnet auch für Psychotherapeut*innen oft neue Perspektiven. Darüber hinaus erscheinen Personen mit ASS in der Regel zuverlässig und ausdauernd in der Therapie und bringen Stärken, wie Loyalität und logisches Denken, ein. Therapieabbrüche sind unserer Erfahrung nach seltener als bei anderen Diagnosegruppen.

Umgang mit Suizidalität und akuten Krisen

Studien zeigen, dass Suizidgedanken, -pläne und -versuche bei erwachsenen Autist*innen bis zu neunmal häufiger vorkommen als bei den meisten anderen psychiatrischen Patient*innengruppen (Cassidy et al., 2014; Hirvikoski et al., 2016). Insbesondere bei spät diagnostizierten Erwachsenen scheint das Suizidrisiko erhöht. Suizidalität sollte deshalb zu Beginn jeder psychotherapeutischen Behandlung systematisch abgeklärt und im Verlauf thematisiert werden, da Belastungen und Krisen häufig anders und weniger deutlich kommuniziert werden. Auch subtile Hinweise sollten ernst genommen und mit konkreten Hilfsangeboten beantwortet werden. Aufgrund der Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung sollten sich Therapierende weniger auf eine tragfähige Beziehung verlassen, sondern vielmehr gemeinsam mit den Patient*innen konkrete Regeln und Verhaltensweisen erarbeiten. Unserer Erfahrung nach sind viele Betroffene durch ihre klare und direkte Kommunikation gut absprachefähig,

was therapeutisches Arbeiten auch bei bestehender Suizidalität im ambulanten Setting ermöglichen kann.

Grundsätzlich gilt, dass eine Klinikeinweisung erfolgen muss, wenn im ambulanten Setting keine ausreichende Sicherheit mehr gewährleistet werden kann. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass das stationäre Umfeld (u. a. Mehrbettzimmer, wechselndes Personal) wiederum zu vermehrtem Stresserleben führen kann. Eine gute Übergabe durch die ambulanten Behandler*innen sowie eine frühzeitige Aufklärung über stationäre Abläufe können dazu beitragen, den stationären Aufenthalt zu erleichtern. Wenn der klinische Zustand es zulässt, sollte zudem eine teilstationäre Behandlung in Erwägung gezogen werden, da diese von vielen Betroffenen als weniger belastend empfunden wird.

Spezialisierte Behandlungsangebote

Es gibt in Deutschland ca. ein Dutzend spezialisierte Ambulanzen in den Bereichen Psychiatrie und Klinische Psychologie für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit ASS. Außerdem gibt es einige wenige spezialisierte stationäre Angebote und Rehabilitationseinrichtungen. Für das Auffinden ortsnaher Einrichtungen und Kolleg*innen mit ASS-Spezialisierung hat sich die Website des Vereins Aspies e. V.⁴ als hervorragende Ressource erwiesen. Da die spezialisierten Ambulanzen, die sich zudem meist ausschließlich in größeren Städten befinden, den Bedarf an Psychotherapie für Betroffene nicht ansatzweise decken können, ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass sich auch niedergelassene Psychotherapeut*innen vermehrt zutrauen, Autist*innen eine Behandlung anzubieten.

Zusammenfassung und Empfehlung

Gemessen an einer Prävalenz von 1–2 % sind erwachsene Personen mit Autismus deutlich therapeutisch unterversorgt. Gerade im niedergelassenen Bereich braucht es mehr Psychotherapeut*innen, die sich dieser Patient*innen-Gruppe öffnen und ihr Angebot entsprechend erweitern. Bei entsprechender Berücksichtigung der autistischen Besonderheiten ist eine Behandlung von Betroffenen in der ambulanten Praxis gut möglich – sowohl im Einzel- als auch im Gruppentherapie-Setting. Auf die ASS-Klientel spezialisierte Fortbildungen sowie regelmäßige Inter- oder Supervision, beispielsweise in Kooperation mit spezialisierten Ambulanzen, kann therapeutische Sicherheit erhöhen und die Qualität der Versorgung nachhaltig stärken.

⁴ <https://www.aspies.de>

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Brice, S., Rodgers, J., Ingham, B., Mason, D., Wilson, C., Freeston, M. et al. (2021). The importance and availability of adjustments to improve access for autistic adults who need mental and physical healthcare: findings from UK surveys. *BMJ open*, 11 (3), e043336.

DGKJP & DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). (2021). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Interdisziplinäre S3-Leitlinie. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047> [19.12.2025].

Dziobek, I. & Stoll S. (2024). Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual (2., akt. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M. & van Elst, L. T. (2012). Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen: Das Therapiemanual der Freiburger Autismus-Studiengruppe. Göttingen: Hogrefe.

Küpper, C., Bartels, H. & Dziobek, I. (2025). Autismus-Diagnostik bei Erwachsenen: Herausforderungen und Empfehlungen. *Psychotherapeutenjournal*, 24 (4), 349–360.

Lipinski, S., Blanke, E. S., Suenkel, U. & Dziobek, I. (2019). Outpatient psychotherapy for adults with high-functioning autism spectrum condition: Utilization, treatment satisfaction, and preferred modifications. *Journal of autism and developmental disorders*, 49 (3), 1154–1168.

Lipinski, S., Boegl, K., Blanke, E. S., Suenkel, U. & Dziobek, I. (2022). A blind spot in mental healthcare? Psychotherapists lack education and expertise for the support of adults on the autism spectrum. *Autism*, 26 (6), 1509–1521.

Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M. et al. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 49 (8), 3387–3400.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2021). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management (NICE Guideline CG142). Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142> [19.12.2025].

Schweizer, T., Endres, D., Dziobek, I. & Tebartz van Elst, L. (2024). Psycho-social therapeutic approaches for high-functioning autistic adults. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1265066.

Tebartz van Elst, L. (Hrsg.). (2025). Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter: in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (4., akt. und erw. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.



Dr. Charlotte Küpper

Korrespondenzanschrift:

Humboldt-Universität
Institut für Psychologie
Klinische Psychologie Sozialer Interaktion
Unter den Linden 6
10099 Berlin
charlotte.kuepper@hu-berlin.de

Dr. Charlotte Küpper ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und leitende Psychologin der Spezialambulanz für Soziale Interaktion an der Hochschulambulanz der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Klinische Psychologie Sozialer Interaktion und verfügt über langjährige Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von autistischen Erwachsenen; zudem ist sie als Dozentin und Supervisorin in diesem Bereich tätig.



Heiko Thomas Bartels

heiko.bartels@hu-berlin.de

Dipl.-Psych. Heiko Thomas Bartels ist Psychologischer Psychotherapeut (VT) und Forschungstherapeut an der Hochschulambulanz für Soziale Interaktion der Humboldt-Universität zu Berlin. Er ist zudem angestellt in einer psychotherapeutischen Praxis in Berlin-Lichtenberg. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der diagnostischen und therapeutischen Unterstützung von Autist*innen und ist in diesem Bereich als Dozent und Supervisor tätig.



Prof. Dr. Isabel Dziobek

isabel.dziobek@hu-berlin.de

Prof. Dr. Isabel Dziobek leitet die Arbeitsgruppe Klinische Psychologie Sozialer Interaktion und die Hochschulambulanz für Psychotherapie und Psychodiagnostik an der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie ist Sprecherin des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) des Standorts Berlin/Potsdam und hat mehr als 20 Jahre Erfahrung in der Erforschung, Lehre und Klinik der Autismus-Spektrum-Störung.

Psychotherapie bei Erwachsenen mit Autismus in der ambulanten Praxis

Herausforderungen und Empfehlungen

Charlotte Küpper, Heiko Thomas Bartels & Isabel Dziobek

Literatur

- Brice, S., Rodgers, J., Ingham, B., Mason, D., Wilson, C., Freeston, M. et al. (2021). The importance and availability of adjustments to improve access for autistic adults who need mental and physical healthcare: findings from UK surveys. *BMJ open*, 11 (3), e043336.
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M. & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1 (2), 142–147.
- Cholemkey, H. & Freitag, C. M. (2014). Soziales Kompetenztraining für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: Manual des SOSTA-FRA-Trainings. Weinheim: Beltz.
- DGKJP & DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). (2021). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Interdisziplinäre S3-Leitlinie. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047> [19.12.2025].
- Dückert, S., Gewohn, P., König, H., Schöttle, D., Konnopka, A., Rahlff, P. et al. (2023). Barriers and needs in mental healthcare of adults with autism spectrum disorder in Germany: a qualitative study in autistic adults, relatives, and healthcare providers. *BMC psychiatry*, 23 (1), 528.
- Dziobek, I. & Stoll S. (2024). Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual (2., akt. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M. & van Elst, L. T. (2012). Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen: Das Therapiemanual der Freiburger Autismus-Studiengruppe. Göttingen: Hogrefe.
- Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M., Ebert, D. & van Elst, L. T. (2011). Psychotherapie des asperger-syndroms im erwachsenenalter. *Der Nervenarzt*, 82 (5), 628-635.
- Gawronski, A., Kuzmanovic, B., Georgescu, A., Kockler, H., Lehnhardt, F.-G., Schilbach, L. et al. (2011). Erwartungen an eine Psychotherapie von hochfunktionalen erwachsenen Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 79 (11), 647–654. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1281734>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) (Fassung vom 19. Februar 2009; zuletzt geändert am 21. August 2025). *Bundesanzeiger*, Nr. 58, S. 1399; *BAnz AT 10.11.2025 B4*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> [03.02.2026].

- Häußler, A., Happel, C., Tuckermann, A., Altgassen, M. & Adl-Amini, K. (2016). SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus; Erfahrungsbericht und Praxishilfen. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Herbrecht, E., Bölte, S. & Poustka, F. (2007). KONTAKT: Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2023). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK): Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele (7. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British journal of psychiatry*, 208 (3), 232–238.
- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U. & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry research*, 287, 112922.
- Jenny, B., Goetschel, P., Schneebeli, M., Köpfl, S. & Walitza, S. (2019). KOMPASS-F-Zürcher Kompetenztraining für Fortgeschrittene für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Autismus-Spektrum-Störung: Ein Praxishandbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Khachadourian, V., Mahjani, B., Sandin, S., Kolevzon, A., Buxbaum, J. D., Reichenberg, A. & Janecka, M. (2023). Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Translational Psychiatry*, 13 (1), 71.
- Kirchner, J., Ruch, W. & Dziobek, I. (2016). Brief report: Character strengths in adults with autism spectrum disorder without intellectual impairment. *Journal of autism and developmental disorders*, 46 (10), 3330–3337.
- Küpper, C., Bartels, H. & Dziobek, I. (2025). Autismus-Diagnostik bei Erwachsenen: Herausforderungen und Empfehlungen. *Psychotherapeutenjournal*, 24 (4), 349–360.
- Küpper, C., Elsner, B., Joerke, J., Lipinski, S. & Dziobek, I. (under review). Autism Spectrum Adapted Psychotherapy for Adults (SPECTRAA): Study protocol for a randomised controlled trial of individual, manualised, short-term cognitive behavioural therapy.
- Lipinski, S., Blanke, E. S., Suenkel, U. & Dziobek, I. (2019). Outpatient psychotherapy for adults with high-functioning autism spectrum condition: Utilization, treatment satisfaction, and preferred modifications. *Journal of autism and developmental disorders*, 49 (3), 1154–1168.
- Lipinski, S., Boegl, K., Blanke, E. S., Suenkel, U. & Dziobek, I. (2022). A blind spot in mental healthcare? Psychotherapists lack education and expertise for the support of adults on the autism spectrum. *Autism*, 26 (6), 1509–1521.
- Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M. et al. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 49 (8), 3387–3400.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2021). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management (NICE Guideline CG142). Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142> [19.12.2025].

- Quinton, A. M., Ali, D., Danese, A., Happe, F. & Rumball, F. (2024). The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in autistic people: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 1–35.
- Schweizer, T., Endres, D., Dziobek, I. & Tebartz van Elst, L. (2024). Psychosocial therapeutic approaches for high-functioning autistic adults. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1265066.
- Tebartz van Elst, L. (Hrsg.). (2025). *Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter: in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (4., akt. und erw. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wichers, R. H., van der Wouw, L. C., Brouwer, M. E., Lok, A. & Bockting, C. L. (2023). Psychotherapy for co-occurring symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in children and adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53 (1), 17–33.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S. et al. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*, 15 (5), 778–790.