Autismus im Erwachsenenalter erkennen: Fünf häufig übersehene klinische Hinweise

Klinische Differenzierung über die klassischen Diagnosekriterien hinaus

ZIELGRUPPE **Psychotherapeut:innen, Psychiater:innen**

Veasna Roth, M.Sc. Psychologe, Spektrum Münster

Worum es geht

Viele autistische Erwachsene erhalten ihre Diagnose spät oder gar nicht, obwohl die Merkmale seit der frühen Entwicklung bestehen. Lai und Baron-Cohen (2015) nennen drei Gründe, warum die Erstdiagnose im Erwachsenenalter schwierig ist: praktische, etwa weil niemand mehr verlässlich über die frühe Kindheit berichten kann; entwicklungsbezogene, etwa erlernte Strategien des Camouflaging; und klinische, etwa die vielen Begleitdiagnosen. Hinzu kommt, dass die Diagnosekriterien lange enger gefasst waren. Menschen ohne erkennbare Verzögerung der Sprache oder der Entwicklung wurden deshalb oft erst spät erkannt (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Camouflaging, im Deutschen meist Masking genannt, bezeichnet die bewussten oder unbewussten Strategien, mit denen autistische Menschen autistische Merkmale in sozialen Situationen verbergen oder ausgleichen (Hull et al., 2017). Wer so ausgleicht, kann im Gespräch unauffällig wirken. In der Befragung von Hull et al. (2017) berichteten Teilnehmende, dass ihr Camouflaging die Diagnose verzögert oder in Frage gestellt habe. Die ICD-11 hält ausdrücklich fest, dass manche autistische Menschen in vielen Zusammenhängen mit außergewöhnlicher Anstrengung zurechtkommen, sodass ihre Schwierigkeiten anderen nicht auffallen, und dass die Diagnose in solchen Fällen trotzdem zutrifft (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2024).

Im Jugend- und Erwachsenenalter führt häufig eine Begleiterkrankung in die Behandlung, besonders eine Depression. Der Autismus kann dahinter übersehen werden (Lai & Baron-Cohen, 2015; WHO, 2024). Lai und Baron-Cohen (2015) empfehlen, mögliche Fehldiagnosen besonders bei Frauen zu prüfen.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Dieser Leitfaden beschreibt fünf Phänomene, die in der psychotherapeutischen Praxis als Hinweis auf Autismus im Erwachsenenalter dienen können, auch wenn die Kriterien der ICD-11 (6A02) oder des DSM-5 auf den ersten Blick nicht erfüllt erscheinen:

1. Erschöpfung nach gelungener sozialer Anpassung
2. wiederholtes Scheitern an Aufgaben trotz Motivation und Verständnis
3. sensorische Überlastung
4. wiederholte Fehldiagnosen ohne stabile Therapieantwort
5. Missverständnisse, die in beide Richtungen entstehen

Alle fünf sind in der Forschung beschrieben, aber unterschiedlich gut untersucht, und keines ist für sich genommen diagnostisch.

Wie gut die fünf Hinweise belegt sind

HINWEIS	ART DER EVIDENZ	GRENZEN
Erschöpfung nach sozialer Anpassung	Qualitative Befragungen autistischer Erwachsener (Hull et al., 2017; Raymaker et al., 2020)	Selbstauskunft, Gelegenheitsstichproben, keine nicht-autistische Vergleichsgruppe
Scheitern trotz Motivation	Metaanalyse von 235 Studien zu exekutiven Funktionen (Demetriou et al., 2018) und eine Übersichtsarbeit (Hill, 2004)	Überwiegend Labortests; Motivation selbst wurde nicht untersucht
Sensorische Überlastung	Übersichtsarbeit (Robertson & Baron-Cohen, 2017); Merkmal in ICD-11 und DSM-5	Ausprägung unterscheidet sich zwischen Personen erheblich
Wiederholte Fehldiagnosen	Klinische Übersichtsarbeit (Lai & Baron-Cohen, 2015) und eine Klinikstudie mit 61 Erwachsenen (Gesi et al., 2021)	Keine Häufigkeiten aus der Allgemeinbevölkerung
Missverständnisse in beide Richtungen	Theoretisches Konzept (Milton, 2012) und zwei Experimente (Crompton et al., 2020; Crompton et al., 2025)	Die größere Folgestudie fand keinen messbaren Informationsverlust in gemischten Gruppen

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Zur Sprache in diesem Leitfaden

Die Bezeichnung „Störung“ folgt der nosologischen Logik von ICD und DSM. Sie steht in Spannung zu einer neurodiversitätsaffirmativen Haltung, die Autismus als Variante menschlicher Entwicklung und Kognition versteht und Behinderung auch aus der Passung zwischen Person und Umgebung erklärt (Lai & Baron-Cohen, 2015). Ich verwende „Störung“ und „Defizit“ deshalb nur dort, wo eine Diagnosekategorie oder der Wortlaut eines Klassifikationssystems gemeint ist, und spreche sonst von Unterschieden oder Schwierigkeiten. Ich schreibe durchgängig in Identity-First-Sprache, also „autistische Erwachsene“ statt „Erwachsene mit Autismus“; die Vorlieben dazu gehen auseinander (Paynter et al., 2025).

1. Das Erschöpfungsparadox: soziale Kompetenz mit nachfolgender Überlastung

Klinische Beobachtung

- Patient:innen wirken im Kontakt sozial kompetent und einfühlsam.
- Nach sozialen Aktivitäten berichten sie von ausgeprägter Erschöpfung, oft zusammen mit Anspannung und Angst.
- Was im Gespräch sichtbar ist, passt nicht zu der inneren Überforderung, die sie beschreiben.

Wissenschaftlicher Hintergrund

In der Befragung von 92 autistischen Erwachsenen durch Hull et al. (2017) war Erschöpfung die mit Abstand durchgängigste Folge von Camouflaging. Die Teilnehmenden beschrieben es als geistig, körperlich und emotional auszehrend; viele brauchten danach Zeit allein, um sich zu erholen.

Hält diese Belastung lange an, kann ein autistisches Burnout entstehen. Raymaker et al. (2020) beschreiben es auf Grundlage von Interviews und Internetquellen als Syndrom aus anhaltender Erschöpfung, Verlust von Fähigkeiten und geringerer Reiztoleranz, das typischerweise drei Monate oder länger dauert; eine spätere Befragung kam zur Dauer allerdings zu keinem eindeutigen Ergebnis (Higgins et al., 2021). Nach der Definition von Raymaker et al. (2020) entsteht es aus chronischem Lebensstress und einem Missverhältnis zwischen Erwartungen und Fähigkeiten, wenn ausreichende Unterstützung fehlt. Der mit Abstand wichtigste Stressor, den die Befragten nannten, war Masking.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Raymaker et al. (2020) grenzen das autistische Burnout von der Depression ab, weil typische Depressionsmerkmale wie Anhedonie und Schlafprobleme in ihren Daten Ausnahmen waren. Befragte mit einer Depressionsdiagnose beschrieben das Burnout ausdrücklich als etwas anderes, und mehrere erlebten, dass ein Burnout eine Depression auslöste oder wieder aufflammen ließ. Beides kann also gleichzeitig vorliegen (Higgins et al., 2021).

Therapeutische Implikationen

- Aktivierung und soziale Exposition sollten vorsichtig dosiert werden. Higgins et al. (2021) halten Verhaltensaktivierung beim autistischen Burnout für möglicherweise ungeeignet, weil Rückzug und Ruhezeiten zur Erholung gehören; experimentell geprüft ist diese Einschätzung noch nicht.
- Lai und Baron-Cohen (2015) beschreiben als hilfreich vor allem Unterstützung, die Stress durch soziale und sensorische Überlastung verringert, und weniger Programme, die soziale Fähigkeiten verbessern sollen.
- Besondere Aufmerksamkeit verdienen Frauen und Menschen, die gesellschaftlich als weiblich wahrgenommen werden. In der Studie von Hull et al. (2017) nannten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmende anderer Geschlechter Camouflaging als Grund für ihre späte Diagnose und beschrieben höhere gesellschaftliche Erwartungen an soziale Anpassung bei Menschen, die als weiblich wahrgenommen werden. Die ICD-11 nennt dauerhaftes Kompensieren als möglicherweise typischer für autistische Frauen und als Belastung für die psychische Gesundheit (WHO, 2024). Camouflaging kommt allerdings in allen Geschlechtern vor (Hull et al., 2017).

Fragen, die bei der Differenzierung helfen können:

- „Wie lange brauchen Sie, um sich nach sozialen Kontakten zu erholen?“
- „Erleben Sie soziale Situationen als körperlich schmerzhaft oder als sensorisch überfordernd?“
- „Kostet Sie Blickkontakt oder Small Talk unverhältnismäßig viel Anstrengung?“

Blickkontakt zu halten und Small Talk mit vorbereiteten Regeln zu bewältigen, gehörte in der Befragung von Hull et al. (2017) zu den häufig beschriebenen Strategien des Camouflaging.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

2. Wiederholtes Scheitern bei Aufgaben trotz Motivation und Verständnis

Klinische Beobachtung

- Patient:innen verstehen therapeutische Aufgaben gut und wollen sie umsetzen.
- Im Alltag gelingt die Umsetzung trotzdem wiederholt nicht.
- Sie reagieren mit heftiger Selbstkritik und sprechen von „Blockaden“.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Das Muster lässt sich mit Unterschieden in den exekutiven Funktionen erklären. In ihrer Übersicht fand Hill (2004) bei autistischen Kindern und Erwachsenen vor allem Schwierigkeiten beim Planen und beim Wechsel zu einer neuen Regel; die Hemmung war in manchen Aufgaben unbeeinträchtigt, in anderen nicht. Das Anstoßen von Handlungen, ebenfalls eine exekutive Funktion, hat sie nicht eigens untersucht.

Die Metaanalyse von Demetriou et al. (2018) über 235 Studien mit 14.081 Teilnehmenden fand in Labortests einen mittelgroßen Unterschied zwischen autistischen und nicht-autistischen Gruppen (Hedges’ g = 0,48), ähnlich groß in allen untersuchten Teilbereichen. Bei Erwachsenen fielen die Unterschiede im Mittel kleiner aus, was die Autor:innen mit Reifung oder Ausgleichsstrategien erklären. In Fragebögen, die das Verhalten im Alltag erfassen, waren die Unterschiede deutlich größer (g = 1,84). Das könnte erklären, warum die Schwierigkeiten eher bei der Umsetzung im Alltag auffallen als im Therapiegespräch. Auch die ICD-11 beschreibt, dass die Fähigkeitsprofile autistischer Menschen sehr ungleichmäßig sein können und Lernen und Alltagsbewältigung stärker beeinträchtigen können, als der Intelligenzwert erwarten ließe (WHO, 2024).

Wie diese Unterschiede im Gehirn entstehen, ist offen. Hill (2004) diskutiert Besonderheiten in der Reifung und Vernetzung des Frontallappens und fordert dazu weitere Studien; Demetriou et al. (2018) halten eine veränderte Vernetzung zwischen Hirnnetzwerken für die naheliegendste Erklärung. Motivation selbst haben beide Arbeiten nicht untersucht. Demetriou et al. (2018) weisen zudem darauf hin, dass Depression und Angst die Leistung in exekutiven Aufgaben beeinflussen können. Ich halte es deshalb für sinnvoll, Scheitern trotz Motivation zuerst als mögliche Folge exekutiver Unterschiede zu prüfen, bevor es als Motivations- oder Antriebsproblem gedeutet wird. Eine begleitende Depression schließt das nicht aus.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Therapeutische Implikationen

- Verhaltensexperimente und Hausaufgaben konkret, in kleinen Schritten und mit klarer äußerer Struktur gestalten. Ein strukturiertes, konkretes Vorgehen fand in der Befragung von Paynter et al. (2025) gut die Hälfte der autistischen Erwachsenen hilfreich, die übrigen bewerteten es neutral oder als wenig hilfreich.
- Visuelle Hilfen und schriftliche Aufgabenlisten können den Einstieg und die Reihenfolge erleichtern. Visuelle Hilfen in der Therapie fanden 73 Prozent hilfreich, schriftliche Materialien 53 Prozent (Paynter et al., 2025).
- In der Psychoedukation kann es entlasten, exekutive Unterschiede als mögliche Erklärung zu benennen. Der Vorwurf mangelnden Willens, den viele Patient:innen sich selbst machen, verliert dann an Gewicht.

3. Sensorische Überlastung statt unspezifischem Stress

Klinische Beobachtung

- Überempfindlichkeit gegenüber Licht, Geräuschen, Gerüchen, Geschmack oder Texturen; manchmal auch auffällig geringe Empfindlichkeit, etwa für Schmerz oder Temperatur.
- Reizreiche Umgebungen kosten viel Kraft. Patient:innen verlassen sie unter Vorwänden oder meiden sie, und Geräusche können als schmerzhaft beschrieben werden, besonders in Zeiten großer Erschöpfung.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Eine atypische Sinneswahrnehmung betrifft nach Schätzungen bis zu 90 Prozent der autistischen Menschen und kann alle Sinne betreffen (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Robertson und Baron-Cohen (2017) folgern aus der von ihnen gesichteten Forschung, dass die Unterschiede bereits in frühen Stufen der Verarbeitung entstehen, in Hirnregionen, die auf Wahrnehmung spezialisiert sind, und dass sie sich früh in der Entwicklung zeigen.

Beide Klassifikationssysteme nennen sensorische Besonderheiten. Das DSM-5 führt sie als eigenes Kriterium B4: Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umwelt (American Psychiatric Association, 2013, nach Centers for Disease Control and Prevention [CDC], o. J.). Die ICD-11 nennt eine lebenslange, übermäßige und anhaltende Über- oder Unterempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen ausdrücklich als eine mögliche Ausprägung der eingeschränkten, repetitiven und unflexiblen Muster von Verhalten, Interessen oder Aktivitäten (WHO, 2024).

Wie stark Reize belasten, unterscheidet sich zwischen Personen erheblich. Bei Ritvo et al. (2011) beschrieb ein Teilnehmer, seine Empfindlichkeit für Licht und Geräusche habe ihn völlig sozial isoliert; ein anderer mit denselben Empfindlichkeiten besuchte gern Jahrmärkte.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Therapeutische Implikationen

- Angst und sensorische Überlastung voneinander unterscheiden. Angst kann bei autistischen Menschen in unvorhersehbaren Umgebungen zunehmen, und weil sie Angst oft schwer benennen können, hilft der Blick auf reiz- und situationsbezogene körperliche Reaktionen (Lai & Baron-Cohen, 2015). Auch anhaltendes Vermeiden kann aus sensorischer Belastung entstehen (Lai & Baron-Cohen, 2015). Ob Vermeidung aus Angst oder aus Reizbelastung kommt, lässt sich deshalb oft erst über die konkreten Auslöser klären.
- Den Therapieraum anpassen. In der Befragung von Paynter et al. (2025) fanden 80 Prozent anpassbares Licht hilfreich, 76 Prozent eine anpassbare Geräuschkulisse, 75 Prozent eine reizarme Umgebung und 62 Prozent die Möglichkeit, Pausen zu machen.
- Für die Psychoedukation: Die Forschung spricht dafür, dass sensorische Unterschiede von Besonderheiten der Wahrnehmungsverarbeitung ausgehen (Robertson & Baron-Cohen, 2017).

4. Wiederholte Fehldiagnosen ohne stabile Therapieantwort

Klinische Beobachtung

- Lange Behandlungsverläufe mit wechselnden Diagnosen, etwa Depression, ADHS, soziale Angststörung oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- Behandlungen der jeweiligen Diagnose helfen nicht oder nur kurz.
- Patient:innen beschreiben die bisherigen Diagnosen als nicht ganz passend, etwa mit dem Satz „Es passt einfach nie ganz“.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Autistische Erwachsene erhalten häufig mehrere psychiatrische Diagnosen; in einer Studie hatten sie doppelt so viele Begleitdiagnosen wie andere psychiatrisch überwiesene Erwachsene (Lai & Baron-Cohen, 2015). Kommen sie wegen einer Begleiterkrankung in Behandlung, kann der Autismus überdeckt werden, wenn neurologische Entwicklungsbedingungen bei der Diagnostik nicht mitbedacht werden; umgekehrt kann eine Autismusdiagnose eine echte Begleiterkrankung verdecken (Lai & Baron-Cohen, 2015). Die ICD-11 beschreibt depressive Störungen als häufigen Anlass, aus dem autistische Jugendliche und Erwachsene erstmals in Behandlung kommen (WHO, 2024).

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Zahlen zu Fehldiagnosen liefert eine italienische Klinikstudie mit 61 autistischen Erwachsenen ohne intellektuelle oder sprachliche Beeinträchtigung (Gesi et al., 2021). Drei Viertel von ihnen hatten bei der ersten Vorstellung in einem psychiatrischen Dienst keine Autismusdiagnose erhalten; bis zur Diagnose vergingen im Mittel acht Jahre. Frauen wurden häufiger fehldiagnostiziert als Männer (45 gegenüber 18 Prozent), meist mit einer Persönlichkeitsstörung; bei Männern war die häufigste Fehldiagnose ADHS. Die Stichprobe ist klein und stammt aus einer spezialisierten Einrichtung. Auch Lai und Baron-Cohen (2015) beschreiben, dass besonders bei Frauen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und der Autismus dadurch übersehen werden kann.

Zur ausbleibenden Therapieantwort schreiben Lai und Baron-Cohen (2015), dass Standardbehandlungen einer Begleiterkrankung bei autistischen Menschen möglicherweise nicht ausreichen. Entsteht eine Depression etwa aus sozialer Isolation, sollte die Behandlung auch die soziale Situation verbessern.

ADHS tritt bei bis zu 40 Prozent der autistischen Erwachsenen auf (Lai & Baron-Cohen, 2015). Die Abgrenzung kann an der Art der Unaufmerksamkeit ansetzen: Bei Autismus zeigt sie sich eher als Verlangsamung und als Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit zu lösen und umzulenken, bei ADHS eher als Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten (Lai & Baron-Cohen, 2015). Auch die exekutiven Profile unterscheiden sich: Bei ADHS stehen Schwierigkeiten der Hemmung im Vordergrund, bei Autismus eher Planen und Flexibilität (Hill, 2004).

Therapeutische Implikationen

- Die von Lai und Baron-Cohen (2015) zitierte britische NICE-Leitlinie empfiehlt eine Abklärung, wenn neben möglichen autistischen Merkmalen unter anderem früherer oder aktueller Kontakt zu psychiatrischen Diensten besteht.
- Vor der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte Autismus ausgeschlossen werden (Lai & Baron-Cohen, 2015).

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

5. Missverständnisse in beide Richtungen

Klinische Beobachtung

- Häufige Missverständnisse in der Bedeutung von Wörtern und in der Gesprächsführung.
- Patient:innen verstehen Aussagen wörtlich oder wünschen sich ausdrückliche Struktur.
- Auch bei guter Zusammenarbeit kommt es auf beiden Seiten immer wieder zu Irritationen.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Milton (2012) beschreibt mit dem Double Empathy Problem, dem doppelten Empathieproblem, Verständigungsschwierigkeiten als Bruch in der Gegenseitigkeit zwischen zwei unterschiedlich geprägten Menschen. Das Problem liegt nach Milton in der Interaktion und betrifft beide Seiten: Autistische Menschen haben oft wenig Einblick in nicht-autistische Wahrnehmung und Kultur, nicht-autistische Menschen ebenso wenig in autistische. Unterschiede in der Neurologie können nach Milton Unterschiede in der Sozialität hervorbringen. Er hält es deshalb für verfehlt, Autismus als soziales Defizit zu definieren, das allein in der autistischen Person liegt.

Autistische Menschen kommunizieren oft direkter, wörtlicher und offener. Nicht-autistische Menschen lesen das manchmal als unhöflich, andere autistische Menschen schätzen es eher (Crompton et al., 2025). Die ICD-11 beschreibt ein übermäßig wörtliches Verständnis dessen, was andere sagen, als eine mögliche Form pragmatischer Sprachschwierigkeiten (WHO, 2024).

Die Forschung zur wechselseitigen Verständigung ist noch jung. Crompton et al. (2020) ließen eine Geschichte von Person zu Person weitererzählen. In autistischen Gruppen blieb ebenso viel erhalten wie in nicht-autistischen, in gemischten Gruppen ging mehr verloren, und das Gefühl, gut miteinander auszukommen, war dort geringer. Eine größere Folgestudie mit 311 Teilnehmenden bestätigte, dass autistische Menschen untereinander ebenso genau Informationen weitergeben wie nicht-autistische Menschen untereinander. Einen größeren Informationsverlust in gemischten Gruppen fand sie dagegen nicht (Crompton et al., 2025). Wer von einer Person mit anderem Neurotyp lernte, fühlte sich weniger verbunden; war die Diagnose offengelegt, war das Gefühl der Verbundenheit insgesamt höher (Crompton et al., 2025).

Therapeutische Implikationen

- Klar und ausdrücklich sprechen, mit wenigen Metaphern. Lai und Baron-Cohen (2015) nennen als mögliche Anpassung im Umfeld eine klare, direkte Sprache ohne Mehrdeutigkeit und Metaphern. In der Befragung von Paynter et al. (2025) fand knapp die Hälfte den Verzicht auf Metaphern hilfreich; die Vorlieben gehen hier also auseinander.
- Wörtlich gemeinte Antworten können falsch gedeutet werden; Lai und Baron-Cohen (2015) halten sorgfältiges Nachfragen in der Diagnostik für entscheidend.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

- Beide Kommunikationsstile als gleichwertig behandeln. Crompton et al. (2020) deuten ihre Ergebnisse so, dass autistische Menschen anders kommunizieren, ohne dass ihnen etwas fehlt.
- Schriftliche Zusammenfassungen der Sitzung anbieten. Einige Befragte bei Paynter et al. (2025) nannten Sitzungsübersichten und Zusammenfassungen von sich aus als hilfreich; ob sie Missverständnisse verringern, ist nicht untersucht.

Screening-Instrumente: Übersicht und Grenzen

INSTRUMENT	ITEMS	GRENZWERT	GRENZEN	NUTZEN
AQ, Autismus-Spektrum-Quotient (Baron-Cohen et al., 2001)	50	32 Punkte oder mehr	Selbstauskunft. In der Originalstudie erreichten 80 Prozent der autistischen Erwachsenen und 2 Prozent der Vergleichsgruppe diesen Wert. Britische Stichproben, Grenzwert 26: Spezifität je nach Studie 0,52 oder 0,80; auch Menschen mit anderen Diagnosen, etwa Schizophrenie oder bipolarer Störung, können hohe Werte erreichen, und manche diagnostizierte Erwachsene erreichen nur niedrige (Lai & Baron-Cohen, 2015).	Erfasst das Ausmaß autistischer Merkmale bei Erwachsenen mit durchschnittlicher Intelligenz; nach den Autor:innen kein diagnostisches Instrument.
RAADS-R, Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (Ritvo et al., 2011)	80	65 Punkte oder mehr	Selbstauskunft, gedacht für die Bearbeitung im Beisein einer Fachperson und nicht als Online-Test. Die sechs autistischen Teilnehmenden unter dem Grenzwert wollten nach Angaben ihrer Familien möglichst normal wirken. Schwedische Stichprobe, Grenzwert 72: Sensitivität 0,91, Spezifität 0,93 (Lai & Baron-Cohen, 2015).	Entwickelt für Erwachsene mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz, die oft unerkannt bleiben; in der Validierungsstudie Sensitivität 97 Prozent, Spezifität 100 Prozent.
CAT-Q, Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (Hull et al., 2019)	25	Kein validierter Grenzwert	Misst Camouflaging, keine autistischen Kernmerkmale; der klinische Nutzen muss nach den Autor:innen noch untersucht werden.	Ergänzt die Einschätzung bei Menschen, die im Kontakt unauffällig wirken und ihre Merkmale möglicherweise ausgleichen.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Grenzen der Verfahren bei Erwachsenen

Für die Diagnostik bei Erwachsenen nennen Lai und Baron-Cohen (2015) unter anderem das Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), ein Interview mit Bezugspersonen aus der Kindheit, und den Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), Modul 4, das damals einzige für Erwachsene validierte Beobachtungsverfahren. Bei Erwachsenen, die viel ausgleichen, besonders bei Frauen, kann der ADOS zu unempfindlich sein. Ein Wert unter dem Grenzwert allein schließt Autismus deshalb nicht aus.

Anpassungen in der Psychotherapie

Paynter et al. (2025) befragten 130 autistische Erwachsene in Australien und Neuseeland, wie hilfreich sie 55 mögliche Anpassungen der Psychotherapie finden. Etwa die Hälfte der Anpassungen wurde im Mittel als hilfreich bewertet, keine einzige von allen. Am höchsten bewertet wurden viel Wissen der Therapeut:innen über Autismus und eine neurodiversitätsaffirmative Haltung. Menschen mit formaler Diagnose und Menschen, die sich selbst als autistisch einordnen, bewerteten die Anpassungen weitgehend gleich; nur neurodiversitätsaffirmative Anpassungen bewerteten formal Diagnostizierte höher. Ob die Anpassungen die Wirksamkeit der Therapie verbessern, hat die Studie nicht untersucht. Die Befragten waren zu 85 Prozent Frauen und überwiegend gut ausgebildet.

Struktur und Information

ANPASSUNG	ANTEIL, DER SIE HILFREICH FAND
Vor Therapiebeginn erklären, was in der Therapie geschieht	89 Prozent
Den Ablauf der Therapie erklären	86 Prozent
Fragen für die Sitzung vorab zur Verfügung stellen	81 Prozent
Schriftliche Informationen über Hilfen außerhalb der Sitzungen	79 Prozent
Übersicht über die Inhalte der Sitzung	55 Prozent
Schriftliche Materialien	53 Prozent
Strukturiertes, konkretes Vorgehen	52 Prozent

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Sensorische und soziale Anpassungen

ANPASSUNG	ANTEIL, DER SIE HILFREICH FAND
Gegenstände zum Beschäftigen der Hände	83 Prozent
Ausdrücklich sagen, dass Blickkontakt nicht erwartet wird	82 Prozent
Licht anpassen können	80 Prozent
Geräusche anpassen können	76 Prozent
Reizarme Umgebung für die Therapie	75 Prozent
Reizarmer Wartebereich	72 Prozent
Möglichkeit, Pausen zu machen	62 Prozent

Auf verpflichtenden Small Talk würde ich verzichten, wenn er belastet. Small Talk gehört zu den Situationen, die viele autistische Erwachsene nur mit erlernten Regeln bewältigen (Hull et al., 2017); als Anpassung der Therapie untersucht ist der Verzicht bisher nicht.

Weil die Vorlieben weit auseinandergehen, empfehlen Paynter et al. (2025), die Anpassungen mit jeder Person einzeln abzustimmen, etwa anhand einer Liste vor Therapiebeginn, und sie im Verlauf erneut zu besprechen.

Grenzen dieses Leitfadens

Der Leitfaden gibt eine Auswahl klinischer Hinweise und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die zitierten Befunde beziehen sich überwiegend auf Erwachsene ohne intellektuelle Beeinträchtigung. Die zugrunde liegenden Studien haben jeweils Grenzen in Stichprobe und Methode: Hull et al. (2017) und Raymaker et al. (2020) stützen sich auf Gelegenheitsstichproben und Selbstauskünfte, Paynter et al. (2025) befragten überwiegend gut ausgebildete Frauen, und die Klinikstudie von Gesi et al. (2021) ist klein.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Schlussfolgerung

Autismus im Erwachsenenalter zu erkennen, verlangt differenzialdiagnostisches Denken jenseits der Bilder aus der Kindheit. Eine Frau, die Gespräche führen kann, Blickkontakt hält oder verheiratet ist, kann trotzdem autistisch sein (Lai & Baron-Cohen, 2015). Gerade bei Menschen mit hoher kognitiver und adaptiver Kompetenz kann Camouflaging autistische Merkmale auch in standardisierten Untersuchungen lange verdecken (Lai & Baron-Cohen, 2015).

Anhang: Diagnosekriterien im Überblick

Der Anhang fasst die offiziellen Kriterien zusammen, damit sich die beschriebenen Phänomene nosologisch einordnen lassen. Die deutschen Formulierungen sind meine Arbeitsübersetzungen der englischen Originaltexte. Wo die Klassifikationssysteme von „Störung“ und „Defizit“ sprechen, gebe ich ihren Wortlaut wieder.

ICD-10 (WHO-Fassung 2019): F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Nach der deutschen S3-Leitlinie wurde in Deutschland zum Zeitpunkt ihrer Erstellung nach der ICD-10 diagnostiziert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [DGKJP] & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2016).

- F84.0 Frühkindlicher Autismus: eine auffällige oder beeinträchtigte Entwicklung, die sich vor dem dritten Lebensjahr zeigt, und die charakteristische auffällige Funktionsweise in allen drei Bereichen: wechselseitige soziale Interaktion, Kommunikation sowie eingeschränktes, stereotypes und repetitives Verhalten. Häufig kommen unspezifische Probleme hinzu, etwa Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und gegen sich selbst gerichtete Aggression (WHO, 2019).
- F84.1 Atypischer Autismus: unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus im Alter bei Beginn oder darin, dass nicht alle drei Kriterienbereiche erfüllt sind. Die Kategorie gilt, wenn die auffällige Entwicklung erst nach dem dritten Lebensjahr sichtbar wird oder in einem oder zwei der drei Bereiche keine ausreichend nachweisbaren Auffälligkeiten bestehen, während die übrigen Bereiche charakteristisch auffällig sind (WHO, 2019).

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

- F84.5 Asperger-Syndrom: von der WHO als Störung mit unsicherer nosologischer Gültigkeit bezeichnet. Kennzeichnend sind dieselben qualitativen Auffälligkeiten der wechselseitigen sozialen Interaktion wie beim Autismus und ein eingeschränktes, stereotypes, repetitives Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Vom Autismus unterscheidet es sich vor allem dadurch, dass keine allgemeine Verzögerung der Sprache oder der kognitiven Entwicklung vorliegt. Häufig besteht eine ausgeprägte motorische Ungeschicklichkeit, und die Auffälligkeiten bleiben meist bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen (WHO, 2019).

ICD-11: 6A02 Autismus-Spektrum-Störung

Die Autismus-Spektrum-Störung ist gekennzeichnet durch anhaltende Defizite in der Fähigkeit, wechselseitige soziale Interaktion und soziale Kommunikation aufzunehmen und aufrechtzuerhalten, sowie durch eine Reihe eingeschränkter, repetitiver und unflexibler Muster von Verhalten, Interessen oder Aktivitäten, die für Alter und soziokulturellen Kontext deutlich atypisch oder übermäßig sind. Der Beginn liegt in der Entwicklungsphase, typischerweise in der frühen Kindheit; die Symptome können sich aber erst später voll zeigen, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Fähigkeiten übersteigen. Die Symptome führen zu einer deutlichen Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen. Manche Menschen kommen durch außergewöhnliche Anstrengung in vielen Zusammenhängen zurecht, sodass ihre Schwierigkeiten anderen nicht auffallen; die Diagnose ist auch dann angemessen (WHO, 2024).

Zur sensorischen Wahrnehmung nennt die ICD-11 unter den eingeschränkten, repetitiven und unflexiblen Mustern eine lebenslange, übermäßige und anhaltende Über- oder Unterempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen oder ein ungewöhnliches Interesse an einem Sinnesreiz, etwa an Geräuschen, Licht, Texturen, Gerüchen, Geschmack, Hitze, Kälte oder Schmerz (WHO, 2024).

Die Kodierung richtet sich nach zwei Spezifizierern, einer begleitenden Störung der Intelligenzentwicklung und dem Grad der Beeinträchtigung der funktionalen Sprache (WHO, 2024):

	FUNKTIONALE SPRACHE NICHT ODER LEICHT BEEINTRÄCHTIGT	FUNKTIONALE SPRACHE BEEINTRÄCHTIGT	FUNKTIONALE SPRACHE FEHLT GANZ ODER FAST GANZ
Ohne Störung der Intelligenzentwicklung	6A02.0	6A02.2	kein Kode
Mit Störung der Intelligenzentwicklung	6A02.1	6A02.3	6A02.5

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

6A02.Y steht für eine andere näher bezeichnete, 6A02.Z für eine nicht näher bezeichnete Autismus-Spektrum-Störung. Eine weitere Stelle kennzeichnet, ob früher erworbene Fähigkeiten verloren gingen (WHO, 2024). Innerhalb von 6A02 gibt es keine eigenen Kodes für das Asperger-Syndrom oder den atypischen Autismus.

DSM-5: Autismus-Spektrum-Störung, 299.00

A. Anhaltende Defizite in sozialer Kommunikation und sozialer Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg, aktuell oder in der Vorgeschichte, in allen drei folgenden Bereichen:

1. Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit.
2. Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das der sozialen Interaktion dient.
3. Defizite darin, Beziehungen aufzubauen, aufrechtzuerhalten und zu verstehen.

B. Eingeschränkte, repetitive Muster von Verhalten, Interessen oder Aktivitäten, aktuell oder in der Vorgeschichte, in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

1. Stereotype oder repetitive Bewegungen, Verwendung von Objekten oder Sprache.
2. Bestehen auf Gleichförmigkeit, unflexibles Festhalten an Routinen oder ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens.
3. Hochgradig eingeschränkte, fixierte Interessen, die in Intensität oder Ausrichtung ungewöhnlich sind.
4. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umwelt.

C. Die Symptome bestehen in der frühen Entwicklungsphase, können sich aber erst voll zeigen, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Fähigkeiten übersteigen, oder später im Leben durch erlernte Strategien maskiert sein.

D. Die Symptome verursachen eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

E. Die Auffälligkeiten lassen sich nicht besser durch eine intellektuelle Beeinträchtigung oder eine globale Entwicklungsverzögerung erklären.

Spezifizierer: mit oder ohne begleitende intellektuelle Beeinträchtigung; mit oder ohne begleitende Sprachbeeinträchtigung; verbunden mit einer bekannten medizinischen oder genetischen Erkrankung oder einem Umweltfaktor; verbunden mit einer anderen neurologischen Entwicklungsstörung, psychischen Störung oder Verhaltensstörung; mit Katatonie (American Psychiatric Association, 2013, nach CDC, o. J.). Der Schweregrad wird in drei Stufen angegeben, getrennt für die Bereiche A und B (DGKJP & DGPPN, 2016).

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Das DSM-5 fasst die früheren Diagnosen autistische Störung, Asperger-Störung, desintegrative Störung des Kindesalters und nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung in der einen Kategorie der Autismus-Spektrum-Störung zusammen (DGKJP & DGPPN, 2016).

Hinweis zur Fassung

Wiedergegeben ist der Wortlaut des DSM-5 von 2013, aus dem auch die Kodierung 299.00 stammt. Die Textrevision DSM-5-TR von 2022 konnte ich für diesen Leitfaden nicht im Volltext prüfen.

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Quellen

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Kriterien wiedergegeben nach Centers for Disease Control and Prevention (o. J.).

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31(1), 5–17. https://doi.org/10.1023/A:1005653411471

Centers for Disease Control and Prevention. (o. J.). Clinical testing and diagnosis for autism spectrum disorder. Abgerufen am 1. November 2026 von https://www.cdc.gov/autism/hcp/diagnosis/index.html

Crompton, C. J., Foster, S. J., Wilks, C. E. H., Dodd, M., Efthimiou, T. N., Ropar, D., Sasson, N. J., Lages, M., & Fletcher-Watson, S. (2025). Information transfer within and between autistic and non-autistic people. Nature Human Behaviour, 9(7), 1488–1500. https://doi.org/10.1038/s41562-025-02163-z

Crompton, C. J., Ropar, D., Evans-Williams, C. V. M., Flynn, E. G., & Fletcher-Watson, S. (2020). Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. Autism, 24(7), 1704–1712. https://doi.org/10.1177/1362361320919286

Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J. C., Pye, J. E., Hickie, I., & Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders: A meta-analysis of executive function. Molecular Psychiatry, 23(5), 1198–1204. https://doi.org/10.1038/mp.2017.75

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2016). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie (AWMF-Registernummer 028-018).

Gesi, C., Migliarese, G., Torriero, S., Capellazzi, M., Omboni, A. C., Cerveri, G., & Mencacci, C. (2021). Gender differences in misdiagnosis and delayed diagnosis among adults with autism spectrum disorder with no language or intellectual disability. Brain Sciences, 11(7), Artikel 912. https://doi.org/10.3390/brainsci11070912

Higgins, J. M., Arnold, S. R. C., Weise, J., Pellicano, E., & Trollor, J. N. (2021). Defining autistic burnout through experts by lived experience: Grounded Delphi method investigating #AutisticBurnout. Autism, 25(8), 2356–2369. https://doi.org/10.1177/13623613211019858

Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. Trends in Cognitive Sciences, 8(1), 26–32. https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.11.003

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.

Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). Journal of Autism and Developmental Disorders, 49(3), 819–833. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). „Putting on my best normal“: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(8), 2519–2534. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5

Lai, M.-C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. The Lancet Psychiatry, 2(11), 1013–1027. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1

Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The „double empathy problem“. Disability & Society, 27(6), 883–887. https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008

Paynter, J., Sommer, K., & Cook, A. (2025). How can we make therapy better for autistic adults? Autistic adults' ratings of helpfulness of adaptations to therapy. Autism, 29(6), 1540–1553. https://doi.org/10.1177/13623613251313569

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). „Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew“: Defining autistic burnout. Autism in Adulthood, 2(2), 132–143. https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079

Ritvo, R. A., Ritvo, E. R., Guthrie, D., Ritvo, M. J., Hufnagel, D. H., McMahon, W., Tonge, B., Mataix-Cols, D., Jassi, A., Attwood, T., & Eloff, J. (2011). The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): A scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorder in adults: An international validation study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(8), 1076–1089. https://doi.org/10.1007/s10803-010-1133-5

Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. Nature Reviews Neuroscience, 18(11), 671–684. https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10), version 2019, Block F84. https://icd.who.int/browse10/2019/en

World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR), Abschnitt 6A02. https://iris.who.int/handle/10665/375767

© 2026 Spektrum Münster · Veasna Roth, M.Sc. · Für den persönlichen Gebrauch bestimmt.