

Autismus im Erwachsenenalter erkennen – Fünf häufig übersehene klinische Hinweise

Klinische Differenzierung über klassische Diagnosekriterien hinaus

Veasna Roth, M.Sc. Psychologe | [Spektrum Münster](#)

Version 2.0: Jahresangaben in Zitationen korrigiert.

Einleitung

Hinweis zur Terminologie: Die Bezeichnung „Störung“ folgt hier der nosologischen Logik der ICD/DSM und steht in Spannung zu neurodiversitätsaffirmativen Konzepten, die Autismus primär als neurodivergente Variante menschlicher Kognition verstehen.

Zahlreiche autistische Erwachsene erhalten erst spät oder gar keine Diagnose, obwohl die Kernsymptome seit der Kindheit bestehen. Dies liegt weniger an unzureichenden Kriterien als an der unterschiedlichen klinischen Manifestation im Erwachsenenalter. Besonders Personen mit hoher kognitiver und sozialer Anpassungsfähigkeit bleiben unerkannt, da kompensatorische Strategien (Masking, Camouflaging) die Symptome verdecken (Hull et al., 2017).

Fehldiagnosen wie rezidivierende Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen sind häufig (Lai & Baron-Cohen, 2015). Der vorliegende Leitfaden beschreibt fünf empirisch belegte 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-TR nicht vollständig erfüllt scheinen.

1. Das Erschöpfungsparadox: Soziale Kompetenz mit nachfolgender Überlastung

Klinische Beobachtung

- Patient:innen erscheinen sozial kompetent und empathisch reaktiv.
- Nach sozialen Aktivitäten treten ausgeprägte Erschöpfung, Reizbarkeit oder somatische Symptome auf.
- Diskrepanz zwischen beobachteter sozialer Funktionsfähigkeit und berichteter innerer Überforderung.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Dieses Muster wird mit **Masking** und dem Konzept des **Autistic Burnout** in Verbindung gebracht.

Raymaker et al. (2020) beschreiben Burnout als Zustand tiefer psychischer, physischer und kognitiver Erschöpfung infolge chronischer sozialer Anpassungsleistungen. Es unterscheidet sich von depressiven Episoden typischerweise durch weniger ausgeprägte Hoffnungslosigkeit und eher affektneutral erlebte, energetische Zusammenbrüche – sofern keine komorbide depressive Episode vorliegt.

Therapeutische Relevanz

- Interventionen, die auf soziale Exposition oder Aktivierung zielen, können kontraindiziert sein.
- **Differenzierende diagnostische Fragen:**
 - „Wie lange brauchen Sie zur Erholung nach sozialen Interaktionen?“
 - „Erleben Sie soziale Situationen als körperlich schmerzhaft oder sensorisch überfordernd?“
 - „Kostet Blickkontakt oder Small Talk überproportionale Anstrengung?“
- **Klinische Differenzierung:** Bei neurotypischen Personen liegt die Erholungszeit typischerweise im Stundenbereich, während sich nach intensivem Masking bei vielen autistischen Personen Erholung erst über Tage bis Wochen einstellt, häufig begleitet von starker sensorischer oder kognitiver Überlastung (Raymaker et al., 2020). Besonders langanhaltende Erschöpfung nach sozialer Interaktion kann ein Hinweis auf Autismus sein, ist jedoch kein alleiniger Beweis.

Besonders relevant bei Frauen und Personen, die bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen wurden (AFAB), die durch geschlechtsspezifische Sozialisationsmuster häufiger und länger maskieren (Hull et al., 2017).

2. Wiederholtes Scheitern bei Aufgaben trotz Motivation und Verständnis

Klinische Beobachtung

- Gute intellektuelle Einsicht und Motivation zur Umsetzung therapeutischer Aufgaben.
- Wiederholtes Scheitern an alltäglicher Umsetzung.
- Intensive Selbstkritik und Erleben von „Blockaden“.

Erklärungsebene

Das Phänomen weist auf **exekutive Dysfunktionen** hin, die Planung, Initiierung und Aufgabenwechsel betreffen (Hill, 2004; Demetriou et al., 2018). Die Meta-Analyse von Demetriou et al. (2018) berichtet insgesamt **moderate** exekutive Defizite. Es handelt sich primär um neurobiologisch verankerte Steuerungsdefizite, nicht um mangelnde Motivation, depressionsbedingte Antriebsstörung oder „Willensschwäche“.

Praktische Implikationen

- Verhaltensexperimente und Hausaufgaben sollten konkret, schrittweise und extern strukturiert werden.
- Visuelle Hilfen und schriftliche To-Dos erleichtern Initiation und Sequenzierung.
- Psychoedukativ: Betonung der neurobiologischen Grundlage exekutiver Dysfunktionen (nicht mangelnde Motivation, sondern neurologisch verankerte Steuerungsdefizite).

3. Sensorische Überlastung anstelle unspezifischen Stresserlebens

Klinische Beobachtung

- Überempfindlichkeit gegenüber Licht, Geräuschen, Gerüchen oder Texturen.
- Reizreiche Umgebungen führen zu Kopfschmerzen, Übelkeit oder kognitiver Überforderung.

Forschungslage

Neurowissenschaftliche Studien belegen atypische kortikale Reizfilterung bei autistischen Personen (Robertson & Baron-Cohen, 2017). Die sensorische Informationsverarbeitung zeigt nach

Predictive Processing-Modellen eine reduzierte top-down Vorhersage und stärkere bottom-up Orientierung, wobei Precision-Weighting-Ansätze zusätzliche Akzente setzen. DSM-5-TR und ICD-11 führen sensorische Hypersensitivität unterschiedlich auf: DSM-5-TR explizit (B4), ICD-11 implizit unter atypischen Verhaltensmustern.

Therapeutische Bedeutung

- Differenzialdiagnose zwischen Angstreaktion und sensorischer Überlastung erforderlich.
- Anpassung des Therapiesettings (gedämpftes Licht, reizreduziertes Umfeld, Pausenoption).
- Sensorische Überlastung beruht auf **neurobiologisch verankerten Verarbeitungsbesonderheiten**.

4. Wiederholte Fehldiagnosen ohne stabile Therapieantwort

Klinische Beobachtung

- Lange Behandlungsverläufe mit wechselnden Diagnosen (z. B. Depression, ADHS, sozial phobische oder Borderline-Muster).
- Fehlendes oder kurzzeitiges Ansprechen auf leitliniengerechte Behandlungen.
- Diskrepanz zwischen Diagnosen und Selbstwahrnehmung („Es passt einfach nie ganz“).

Forschungskontext

Übersichtsarbeiten zeigen hohe Fehldiagnoseraten bei autistischen Erwachsenen, insbesondere bei Frauen und Personen mit hohen kognitiven Fähigkeiten (Lai & Baron-Cohen, 2015). Komorbide Symptome überlagern oft autistische Kommunikations- und Wahrnehmungsbesonderheiten, sodass diese in der Anamnese weniger sichtbar werden. Besonders häufig ist die Komorbidität mit ADHS, wobei sich beide Störungen in exekutiven und sozial-kognitiven Bereichen überschneiden und zur diagnostischen Verwirrung beitragen können.

Klinische Konsequenz

- Bei wiederholt therapieresistenten oder diagnostisch instabilen Verläufen sollte Autismus systematisch als Differenzialdiagnose geprüft werden (inkl. Entwicklungsanamnese und strukturiertem Screening).

5. Beidseitige Kommunikationsmissverständnisse

Beobachtbares Muster

- Häufige semantische und pragmatische Missverständnisse.
- Klient:innen interpretieren Aussagen wörtlich oder erwarten explizite Struktur.
- Therapeut:innen erleben wiederholt Irritation bei gutem Arbeitsbündnis.

Theoretischer Rahmen

Das **Double Empathy Problem** (Milton, 2012) beschreibt Interaktionsstörungen als gegenseitiges Verständnisdefizit zwischen neurologisch unterschiedlichen Kommunikationsstilen. Autistische Kommunikationsweisen sind direkter, expliziter und kontextunabhängiger, während neurotypische Kommunikation stärker implizit und kontextbasiert ist. Damit widerspricht das Konzept einer einseitigen Defizitperspektive auf autistische Kommunikation und betont relationale Missverständnisse.

Therapeutische Anpassung

- Explizite, metaphernarme Sprache.
- Regelmäßige Verständnissicherung („Habe ich Sie richtig verstanden?“).
- Validierung beider Kommunikationsstile als äquivalent.
- Schriftliche Sitzungszusammenfassungen können Missverständnisse reduzieren.

Screening-Instrumente: Übersicht und Einschränkungen

Instrument	Item-Anzahl	Cut-off	Einschränkungen	Nutzen
AQ (Baron-Cohen et al., 2001)	50	≥32 Punkte	Hohe Falsch-Positiv-Rate (andere Neurodivergenz), begrenzte Spezifität bei maskierenden Populationen	Screening für Autismus-Spektrum
RAADS-R (Ritvo et al., 2011)	80	≥65 Punkte	Unspezifisch (Komorbiditäten erzeugen hohe Scores), Validität teils kontrovers diskutiert	Sensitiv für Erwachsene
CAT-Q (Hull et al., 2019)	25	Kein fester Cut-off	Fokussiert Masking, nicht Kernsymptome; Masking-spezifisch, kein Kernsymptom-Screening	Ergänzung bei „funktionierende“ Personen

Hinweis: Screening-Tools ersetzen keine klinische Diagnostik (z. B. ADOS-2, ADI-R). Der CAT-Q wurde 2019 publiziert und dient der Erfassung von Camouflaging, nicht der Diagnosestellung.

Praktische Implikationen für die Psychotherapie

Auch ohne formale Diagnose können **strukturelle und kommunikative Anpassungen** die therapeutische Wirksamkeit erheblich erhöhen:

Strukturelle Anpassungen

- Vorhersehbare Sitzungsstruktur mit angekündigten Themenwechseln.
- Schriftliche Hausaufgabenvorgaben und Sitzungszusammenfassungen.

Sensorische und soziale Anpassungen

- Reizarmes Setting: gedämpftes Licht, ruhige Umgebung.
- Blickkontakt nicht erzwingen; alternative Fokuspunkte anbieten.
- Verzicht auf verpflichtenden Small Talk, wenn dies belastend ist.

Diese Maßnahmen sind im Sinne der **neurodiversitätsaffirmativen Therapie** evidenzbasiert und verbessern das Arbeitsbündnis sowie die Selbstwirksamkeitserfahrung (Botha et al., 2023).

Schlussfolgerung

Autismus im Erwachsenenalter erfordert differenzialdiagnostisches Denken jenseits stereotypischer Kindheitsmerkmale. Besonders bei Personen mit hoher kognitiver und adaptiver Kompetenz zeigt sich Autismus häufig durch starkes Masking, sodass autistische Merkmale in standardisierten Settings lange unauffällig bleiben.

Wesentliche Hinweise ergeben sich aus der Kombination von:

- sozialer Erschöpfung trotz Kompetenz,
- exekutiven Dysfunktionen,
- sensorischer Überlastung,
- multiplen Fehldiagnosen,
- kommunikativen Irritationen.

Für die psychotherapeutische Praxis bedeutet dies: **Neugierde vor Urteil, Präzision vor Interpretation**, und **Akzeptanz neuronaler Vielfalt** als klinische Grundhaltung.

Anhang: Offizielle Diagnosekriterien

Der folgende Anhang bietet eine komprimierte Übersicht der offiziellen Diagnosekriterien, um die oben beschriebenen klinischen Phänomene nosologisch einzuordnen.

ICD-10 (Kapitel F84: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen)

F84.0 Frühkindlicher Autismus / Autistische Störung

A. Vor dem 3. Lj auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in mind. einem der folgenden Bereiche:

1. Entwicklung der reziproken sozialen Interaktion.
2. Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten.
3. Entwicklung des symbolischen oder imaginativen Spieles.

B. Qualitative Beeinträchtigungen in mind. **zwei** der folgenden Bereiche:

1. Qualitative Beeinträchtigung in reziproken sozialen Interaktionen.
2. Qualitative Beeinträchtigung in der Kommunikation.
3. Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten.

C. Das Gesamtbild nicht besser erklärt durch andere spezifische Entwicklungsstörungen oder durch Schizophrenie.

F84.5 Asperger-Syndrom

A. Qualitative Beeinträchtigung in reziproken sozialen Interaktionen, wie angegeben unter F84.0.B.1.

B. Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten, wie angegeben unter F84.0.B.3.

C. Das Gesamtbild nicht mit Sprachverzögerung (F80.-) oder Intelligenzminderung (F70.-) erklärt.

D. Keine klinisch bedeutsame allgemeine Verzögerung in der kognitiven Entwicklung oder im Erwerb altersgerechter motorischer Meilensteine.

E. Das Gesamtbild nicht besser erklärt durch andere Störungen (z. B. Schizophrenie).

F84.1 Atypische Autismus

Erfüllt nicht alle Kriterien für Autistische Störung (F84.0), wobei Symptome nach dem 3. Lj beginnen oder ein unvollständiges Symptomprofil vorliegt (mind. zwei Kriterien aus F84.0.B).

ICD-11 (6A02 Autismusspektrum-Störung – einheitliches Spektrum)

Autismusspektrum-Störung ist gekennzeichnet durch **anhaltende Defizite** in der Fähigkeit, reziproke soziale Interaktion und soziale Kommunikation zu initiieren und aufrechtzuerhalten, sowie durch eine Bandbreite **eingeschränkter, repetitiver und inflexibler Verhaltens-, Interessen- oder Aktivitätsmuster**, die deutlich atypisch oder übermäßig für das Alter und den soziokulturellen Kontext der betroffenen Person sind. Der Beginn der Störung liegt im Entwicklungszeitraum, typischerweise im frühen Kindesalter, wobei Symptome möglicherweise erst später voll manifest werden, wenn soziale Anforderungen die begrenzten Kapazitäten übersteigen.

Zusätzliche Spezifizierer:

- **6A02.0** Ohne Begleitstörung der intellektuellen Entwicklung und ohne Funktionsbeeinträchtigung der Sprache.
- **6A02.1** Ohne Begleitstörung der intellektuellen Entwicklung, mit Funktionsbeeinträchtigung der Sprache.
- **6A02.2** Mit Begleitstörung der intellektuellen Entwicklung, ohne Funktionsbeeinträchtigung der Sprache.
- **6A02.3** Mit Begleitstörung der intellektuellen Entwicklung und mit Funktionsbeeinträchtigung der Sprache.
- **6A02.5** Mit/ohne Begleitstörung der intellektuellen Entwicklung, mit katatonen Störung.

Hinweis: ICD-11 fasst Asperger-Syndrom und atypischen Autismus **nicht mehr separat**, sondern als Spektrum ein (keine separaten Codes).

DSM-5-TR (Autism Spectrum Disorder, 299.00 – einheitliches Spektrum)

A. Anhaltende Defizite in sozialer Kommunikation und sozialen Interaktionen auf allen folgenden Ebenen:

1. Defizite in sozial-emotionaler Reziprozität.
2. Defizite in nonverbalen kommunikativen Verhaltensweisen.
3. Defizite in der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Verständnis von Beziehungen.

B. Eingeschränkte, repetitive Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten, wie in mindestens **zwei** der folgenden dargestellt:

1. Stereotype oder repetitive motorische Bewegungen, Sprachgebrauch oder Verwendung von Objekten.
2. Hartnäckiges Festhalten an Routinen oder ritualisierten Verhaltensmustern.
3. Hochgradig fixierte, stark enge Interessen.
4. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Eingriffe oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umwelt.

C. Symptome müssen in der frühen Kindheit vorhanden sein (können aber erst später voll manifest werden).

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

E. Störungen werden nicht besser durch intellektuelle Behinderung (intellektuelle Entwicklungsstörung) oder globale Entwicklungsverzögerung erklärt.

Spezifizierer:

- Mit/ohne begleitende intellektuelle Beeinträchtigung.
- Mit/ohne begleitende Sprachbeeinträchtigung.
- Mit katatonen Merkmalen.
- Schweregrad: Stufe 1–3 (je nach benötigtem Support).

Hinweis: DSM-5-TR fasst **Asperger-Syndrom** und **atypischen Autismus** als **ein Spektrum** ein (keine separaten Diagnosen).

Literaturverzeichnis

- 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>
- Demetriou, E. A., DeMayo, M. M., & Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders: A meta-analysis of executive function. *Neuropsychology Review*, 28(3), 388–417.
- 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>
- Hull, L., Mandy, W., & Petrides, K. V. (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>
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). The Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q): Development and validation of a new measure of social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(3), 819–833. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6>
- 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](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
- Milton, D. E. (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>
- 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>
- 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>
- Ritvo, R. A., Ritvo, E. R., Guthrie, D., Yuwiler, A., Ritvo, M. J., & Weisbender, L. (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), 1110–1119. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1133-5>
- Botha, M., Hanlon, J., & Williams, G. L. (2023). Neurodiversity-affirming therapy: Bridging the gap between neurodivergent and neurotypical worlds. *Frontiers in Psychology*, 14, 1138204.

Spektrum Münster

Psychologische Beratung für Erwachsene im Autismus-Spektrum

spektrum-muenster.de

Dieses PDF ist ein kostenloses Orientierungsmaterial. Es ersetzt keine professionelle Beratung oder Therapie.