

# Autistisches Burnout

Warum Verhaltensaktivierung nicht hilft – und was stattdessen wirkt.

---

Veasna Roth, M.Sc. Psychologe  
spektrum-muenster.de

## ZUSAMMENFASSUNG

Autistisches Burnout wird in der Praxis häufig als Depression behandelt – mit Behandlungsschritten, die den Zustand verschlechtern können. Dieses Heft fasst zusammen, woran sich autistisches Burnout differentialdiagnostisch erkennen lässt, warum Verhaltensaktivierung nach derzeitiger Forschungslage nicht indiziert ist und welche Logik stattdessen wirkt. Adressiert sind Psychotherapeut:innen, Beratende und weitere Fachkräfte im DACH-Raum, die autistische Erwachsene begleiten oder mitbehandeln. Die zentralen Aussagen stützen sich auf Raymaker et al. (2020) und Higgins et al. (2021) als zwei komplementäre Primärquellen.

## GELTUNGSBEREICH

**Wer dieses Heft mitlesen kann.**

Dieses Heft richtet sich primär an Fachkräfte, die im DACH-Raum mit autistischen Erwachsenen arbeiten oder sie mitbehandeln: Psychotherapeut:innen mit Approbation, Psychiater:innen, Hausärzt:innen mit psychosomatischem Schwerpunkt. Ergänzend an Berufsgruppen, die die S3-Leitlinie zur ASS-Therapie als beteiligt benennt: Sozialarbeit, Heilpädagogik, Ergotherapie, Logopädie, Pflege- und Heilerziehungsberufe sowie Integrations- und Arbeitsassistenz. Daneben Psychotherapeut:innen in Aus- und Weiterbildung (PiA/PiW) und psychologische Berater:innen, die in der Versorgung autistischer Erwachsener mitarbeiten.

Interessierte autistische Erwachsene können das Heft mitlesen und für Gespräche mit der eigenen Behandlungsstelle nutzen.

Das Heft übersetzt zwischen Fachsprache und autistischer Lebenswelt. Es ist als Orientierung gedacht, nicht als Behandlungsmanual; es ersetzt weder Diagnostik noch Behandlungsplanung. Sein Ziel ist, den Blick für ein Muster zu schärfen, das in der Versorgung häufig übersehen wird.

## VIGNETTE

## Eine Beobachtung aus mehreren Beratungsverläufen.

*Die folgende Beobachtung ist ein Komposit aus mehreren Beratungsverläufen. Sie zeigt ein Muster, nicht einen Fall.*

Eine Person, Ende Vierzig, in einer administrativ-strukturierten Tätigkeit, kommt nach mehreren Jahren psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung – sie habe schon „alles Mögliche“ probiert – in die Beratung. Antidepressiva haben keinen Effekt gehabt; mehrere Therapieepisoden haben keine substantielle Besserung gebracht.

Im Beruf funktioniert die Person nach außen – die Strukturen stützen. An Abenden, Wochenenden und im Urlaub gibt es Phasen, in denen nicht mehr telefoniert, nicht eingekauft, nicht geantwortet wird. Die verhaltensaktivierenden Empfehlungen der vorausgegangenen Behandlungen – Spaziergänge, Sport, neue Sozialkontakte, Pflichtenlisten am Kühlschrank – haben den Zustand jedes Mal verschlechtert.

Ein langjährig gepflegtes Spezialinteresse bleibt in den meisten Phasen zugänglich. Im Erstgespräch beschreibt die Person einen Punkt, an dem sie keine weitere Therapieempfehlung mehr ausprobieren kann: krankgeschrieben seit Wochen, das letzte verschriebene Antidepressivum ohne Wirkung.

Eine erneute Diagnostik bei einer autismus-erfahrenen Stelle bestätigt eine bisher nicht erkannte Autismus-Spektrum-Diagnose. Die Person hat sich daraufhin selbst über autistisches Burnout informiert und wünscht sich nun fachliche Beratung. Eine darauf abgestimmte Beratung – Reizreduktion, *Pacing*, *Unmaskingarbeit*, Anerkennung der monotropen Verarbeitung statt Verhaltensaktivierung – bringt über Wochen und Monate die erste echte Stabilisierung.

## HEURISTIK

## Drei Differentialfragen helfen, das Muster nicht zu übersehen.

Autismus ist die Baseline. Was als Depression imponiert, ist bei autistischen Erwachsenen häufig autistisches Burnout – ein chronisch-kumulativer Erschöpfungszustand, der durch Aktivierung weiter eskaliert, statt sich zu lösen. Einer der praktisch hilfreichsten Differentialmarker ist dabei die Zugänglichkeit des Spezialinteresses.

Drei Fragen, die in der klinischen Praxis helfen, das Muster nicht zu übersehen:

01

**Bleibt eine *freudige Zugewandtheit* zum Spezialinteresse?** Bei autistischem Burnout bleibt sie meist erhalten. Gesperrt ist das Tun energetisch, nicht affektiv – man würde, aber die Kraft reicht nicht. Das Spezialinteresse kann sogar als Regenerationsquelle dienen (Mantzas et al., 2022; Higgins et al., 2021); Anhedonie war im Burnout-Material bei Raymaker et al. (2020) eher die Ausnahme. Bei einer depressiven Episode ist diese Zugewandtheit durch Anhedonie typischerweise mitbetroffen – die affektive Schicht fehlt schon beim Gedanken an das Thema. In besonders schweren Burnout-Episoden kann auch der energetische Zugang einbrechen.

02

**Verlauf oder Episode?** Autistisches Burnout entwickelt sich chronisch-kumulativ über Monate bis Jahre, getrieben durch anhaltende Überforderung der Belastbarkeit (Maskinglast, sensorische Überreizung, kumulative Anforderungen), und ist meist an sensorische und soziale Anforderungen gekoppelt. Eine depressive Episode setzt dies typischerweise nicht voraus – weder den kumulativen Verlauf noch die Kopplung an sensorische oder soziale Anforderungen.

03

**Wie reagiert die Person auf Aktivierung?** Bei autistischem Burnout verschlechtert Aktivierung den Zustand – der Energieabfluss vergrößert sich. Bei einer depressiven Episode wirkt graduelle Aktivierung typischerweise hilfreich, weil sie dem negativen Selbstwirksamkeitszirkel entgegenwirkt.

Wichtig: Diese Heuristiken sind Hinweise, keine Ausschluss-Diagnostik. Autistisches Burnout und Depression können gleichzeitig vorliegen; in besonders schweren Episoden kann auch der Zugang zum Spezialinteresse einbrechen. In der Praxis wird Burnout an wenig autismus-informierten Stellen häufig als Depression diagnostiziert, was die Behandlungsspirale nährt. Die Heuristiken helfen, die Burnout-Komponente nicht zu übersehen; eine differenzialdiagnostische Beurteilung ersetzen sie nicht.

#### KURZDEFINITION

Autistisches Burnout ist ein chronischer Erschöpfungszustand mit Skill-Rückgang und reduzierter Stresstoleranz; sein Auftreten hängt häufig mit Maskinglast, sensorischer Überlastung und kumulativen Anforderungen zusammen (Raymaker et al., 2020). In der Konsensdefinition von Higgins et al. (2021) sind ausgeprägte Erschöpfung und interpersoneller Rückzug verpflichtende Kriterien, ergänzt um wahlweise reduzierte Funktionsfähigkeit, kognitive Disruption (z. B. Konzentrations- und Wortfindungsprobleme, Schwierigkeiten bei mehrstufigen Handlungen) oder eine Intensivierung autistischer Merkmale.

## KONTRAINDIKATION

## Verhaltensaktivierung verschärft autistisches Burnout.

Die Logik der Verhaltensaktivierung – über stufenweise Aktivitätssteigerung den depressiven Zirkel durchbrechen – setzt voraus, dass Rückzug dysfunktional ist. Bei autistischem Burnout ist Rückzug jedoch ein *Recovery-mechanismus* (im Deutschen am ehesten *Erholung / Wiederherstellung*): Aktivierung erhöht den Energieabfluss, der den Burnout konstituiert, und verschärft den Zustand statt ihn zu lösen.

Die zentrale primärquellen-basierte Belegstelle dazu liegt aktuell bei Higgins et al. (2021):

## BELEGSTELLE

Higgins et al. (2021) bezeichnen verhaltensaktivierende Behandlungsansätze in den klinischen Konsenskriterien autistischen Burnouts ausdrücklich als „*not recommended*“ (nicht empfohlen). Im Diskussionsteil derselben Studie heißt es, sie seien „*may be contra-indicated*“ (möglicherweise kontraindiziert) und „*somewhat antithetic to behavioural activation*“ (in gewissem Sinne dem Prinzip der Verhaltensaktivierung entgegengesetzt).

Diese Aussage ist konsensbasiert (23 autistische Expert:innen aus eigener Lebenserfahrung; Grounded Delphi Method – ein strukturiertes Konsensverfahren über mehrere Befragungsrunden) und damit kein RCT-Befund – die zweistufige Beleglage (eine Formulierung im Konsenskriterienteil, die weiteren im Diskussionsteil) ist deshalb verbindlich und wird hier nicht zu einer pauschalen Kontraindikation verallgemeinert.

Mechanistisch passt die Aussage zu Raymakers Recoveryfaktoren: Rückzug, Unmasking, Auszeit / Reduktion der Anforderungen (Raymaker et al., 2020). Diese Erholungslogik ist mit einer Aktivierungsstrategie nicht vereinbar.

## KONTRAINDIKATION

## Stressmanagement und Pacing.

Auch klassisches Stressmanagement im Sinne von *Grenzen setzen* und *Ausgleich schaffen* greift in der akuten Burnout-Phase oft zu kurz, weil es weiter Aktivität voraussetzt. Pacing – Anforderungen an die aktuelle Belastbarkeit anpassen, in der eigenen Frequenz arbeiten – wirkt in dieser Phase besser.

Vier weitere Interventionslogiken, die im akuten autistischen Burnout regelmäßig den Zustand verschärfen:

01 / 04

**Konfrontations- und Expositionsübungen im akuten Burnout.** Bei autistischem Burnout ist die kumulative Reizmenge die Kernursache. Anders als bei Angststörungen – wo Vermeidung als aufrechterhaltender Faktor wirkt – ist Konfrontation im Burnout nicht das therapeutische Ziel. Exposition erhöht den Reizdruck weiter, verschärft Maskinganforderungen und stößt die Erschöpfungsspirale weiter an: mehr Maskingdruck bedeutet mehr Ressourcenverbrauch – und damit einen tieferen Burnout.

02 / 04

**Standard-SSRI-Erwartung ohne autismus-spezifische Pharmakodynamik.** Antidepressiva können bei genuiner komorbider Depression sinnvoll sein, sie adressieren aber nicht die strukturelle Reiz- und Maskinglast, die das Burnout konstituiert. Wirksamkeit ist im Burnout-Kontext meist gering bis ausbleibend.

03 / 04

**Ausbleibende antidepressive Wirkung als Re-Diagnostik-Anlass.** Wenn mehrere antidepressive Behandlungsepisoden ohne klare Wirkung bleiben, ist bei autistischen Erwachsenen – und bei Verdacht auf eine bisher nicht erkannte Autismus-Diagnose – eine Re-Diagnostik angezeigt; die Fehldiagnose-Rate bei autistischen Erwachsenen ist hoch (Arnold et al., 2023). Das ist kein Anlass, die Dosis weiter zu eskalieren oder das Präparat häufig zu wechseln.

04 / 04

**Standard-KVT ohne strukturelle Anpassungen.** KVT bei autistischen Erwachsenen wirkt nur moderat und braucht strukturelle Anpassungen wie verlängerte Sitzungszahlen, mehr visuelle Materialien, weniger sokratischen Stil (also weniger offene, mehrdeutige Fragen ohne klare Antwort-Erwartung) und stärkere Strukturierung (Spain et al., 2015). Diese Adaptation gilt für KVT generell – sie ist keine Aussage zur Verhaltensaktivierungsfrage.

## ORIGINAL - STIMMEN

## Zwei Stimmen aus der Forschung.

Aus den qualitativen Interviews bei Raymaker et al. (2020): autistische Erwachsene beschreiben Burnout in eigenen Worten. Die folgenden zwei Stimmen sind nicht zufällig gewählt. Das erste Zitat liefert die Bildsprache, mit der die Studie ihren Titel bildet; das zweite benennt den Recoverypunkt, der in der Beratung am häufigsten unterschätzt wird.

---

## ORIGINAL - STIMME

*„Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew.“*

Alle inneren Ressourcen sind über jedes Maß hinaus erschöpft – und man bleibt zurück mit niemandem, der hinterher aufräumt.

Diese Erschöpfungsbeschreibung ist nicht metaphorisch gemeint. Sie verweist auf den lebensbereichsübergreifenden Charakter des Zustands: Arbeit, Haushalt, soziale Kontakte, Selbstfürsorge brechen gleichzeitig ein, nicht sequenziell.

---

## ORIGINAL - STIMME

*„The biggest thing ... is to start identifying what you do when you Mask and stop.“*

Das Wichtigste ... ist, zu erkennen, was man tut, wenn man maskt – und damit aufzuhören.

Die Stimme markiert Unmaskingarbeit als zentralen Recoveryhebel. In der Beratung ist diese Arbeit oft langsamer als erwartet, weil viele Maskingroutinen in den Echtzeit-Momenten unbewusst ablaufen – auch wenn die Person kognitiv grundsätzlich weiß, dass sie maskt – und sich erst über Wochen schrittweise aufdecken lassen.

## RECOVERY-LOGIK

## Erholung folgt einer Fünf-Schritte-Sequenz.

Die fünf Schritte stützen sich gegenseitig und werden in der Beratung selten linear durchlaufen – typischer ist eine Schleifen-Bewegung, die zu früheren Schritten zurückführt, bevor die nächsten greifen können.

01 / 05

**Massive Anforderungsreduktion.** Reize, Pflichten und Sozialkontakte werden radikal heruntergefahren. In dieser Phase ist Krankschreibung ein legitimer Schritt und Teil des Behandlungsplans. Ohne diese Reduktion verlieren die weiteren Schritte meist ihren Hebel.

02 / 05

**Pacing statt Aktivierung.** Anforderungen werden an die aktuelle Belastbarkeit angepasst, nicht hochgezogen. In der eigenen Frequenz arbeiten heißt: kleinere Einheiten, längere Pausen, kein normatives Wochen-Tempo.

03 / 05

**Wiederaufbau in der eigenen Frequenz.** Kein importierter Wochenplan, keine fremde Normaktivität als Maßstab. Das Spezialinteresse hat in dieser Phase einen ausdrücklichen Wert als positive Energiequelle. Wenn es als Vermeidungsverhalten interpretiert wird, geht ein zentraler Recovery-Hebel verloren.

04 / 05

**Person-Umwelt-Passung statt Person-Anpassung.** Der Hebel liegt auf der Umwelt-Seite: reizarme Wohnsituation, schriftliche statt mündliche Kommunikation, klare Strukturen am Arbeitsplatz.

05 / 05

**Unmaskingarbeit als Identitätsrückbindung.** Die Selbstwahrnehmungsachse, die den Umwelthebel ergänzt. Masking lässt sich nicht per Entschluss ablegen; es hat in vielen sozialen Kontexten einen Zweck und manchmal einen Schutzwert. Viele Autist:innen sprechen sogar von einem *Überlebensmodus*. Die Arbeit zielt vielmehr auf eine Bilanzierungslogik: erst die Routinen genau erkennen – und zwar nicht nur kognitiv (das Wissen, dass man maskt, ist bei vielen Klient:innen schon vorhanden), sondern erfahrbar gemacht bzw. in bewussten Momenten aktiv analysiert. Dann von Fall zu Fall entscheiden, wann das Masken die Kosten wert ist und wann nicht – etwa wenn Nicht-Masken soziale Irritationen auslöst, die ihrerseits massiven Stress erzeugen.

Wichtig zur Bilanzierungslogik in Schritt 5: Die Sorge vor Ausgrenzung beim Unmasking ist in der Beratungspraxis nachvollziehbar. Sichtbares Stimming, fehlender Blickkontakt oder ungewohnte Selbstregulationsmittel können in akademischen, beruflichen oder sozialen Kontexten zu Bloßstellung führen; Camouflaging als anhaltende Belastung ist empirisch als Risikofaktor dokumentiert (Cassidy et al., 2018). Die Arbeit ist deshalb eine reale Kosten-Nutzen-Abwägung in einem oft nicht-akzeptierenden Umfeld. Damit unterscheidet sie sich von kognitiver Umstrukturierung etwa bei sozialer Phobie, wo die befürchtete Abwertung typischerweise irrational oder überzogen ist.

Diese fünf Schritte spiegeln die Erholungssequenz bei Higgins et al. (2021) – Rückzug, Zeit für Spezialinteressen, Selbstregulation über Stimming, gradueller Wechsel von passiver zu aktiver Beschäftigung, schrittweise Rückkehr zu Routinen – und integrieren das Person-Umwelt-Modell aus Mantzalas et al. (2022) sowie meine Beratungserfahrung. Schritt 5 (Unmaskingarbeit) entspricht der Selbstregulationskomponente; Stimming wird dort als Anti-Masking-Element hervorgehoben, weil es einen autistisch-funktionalen Selbstregulationsmodus zulässt, der unter Maskingdruck unterdrückt wird.

## REFLEXION

## Was sich verändert hat — eine Reflexion.

*Vor drei Jahren hätte ich noch zur Verhaltensaktivierung geraten — was sich verändert hat.*

Damals hätte ich die hier beschriebene Symptomatik eher unter Depression eingeordnet und dann — zwar deutlich behutsamer als bei neurotypischen Menschen — eine Verhaltensaktivierung in kleinen Schritten angeregt. Nicht direkt Smalltalk in großen Gruppen, sondern in geschütztem Kontext — also *Konfrontation light*. Mir hätte das Modell gefehlt, dass soziale Interaktion und Kommunikation polytrope Verarbeitung erfordert (das gleichzeitige Verarbeiten mehrerer Aufmerksamkeitsströme, der Gegenpol zur monotropen Fokussierung; Murray et al., 2005): das Entschlüsseln verbaler und paraverbaler Signale, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Zwischenzeilen, alles gleichzeitig. Ich hätte gewusst, dass soziale Interaktion eine Herausforderung ist. Ich hätte aber nicht das zugrundeliegende Modell gehabt, dass es im Sinne des Monotropismus erfordert, gegen den eigenen Verarbeitungsstil zu arbeiten — dass die reine Anforderungsmenge schon überfordert, nicht erst die qualitative Aufgabe. Heute arbeite ich an dieser Stelle anders. Ich versuche, die äußeren Bedingungen so anzupassen, dass möglichst wenige weitere Variablen die eigentliche Lernaufgabe überlagern. Wenn jemand soziale Kompetenz üben will, dann eher nicht zusätzlich in einer reizüberfluteten Umgebung mit wechselnden Personen, sondern in einer ruhigen, konstanten Situation.

Die zweite Verschiebung betrifft das, was ich früher schnell als fehlende *Theory of Mind* eingeordnet hätte. Wenn eine junge Klientin während meiner ambulanten Arbeit zum ersten Termin kam und ohne ein Wort die Treppe hochlief, weil dort ihr Zimmer war, dachte ich: Ihr fehlt die Vorstellung, dass ich es nicht wissen kann. Heute denke ich im Sinne des Double-Empathy-Problems (Verständigungsschwierigkeiten zwischen autistischen und nicht-autistischen Menschen liegen nicht einseitig bei der autistischen Person, sondern in der wechselseitigen Differenz der Verarbeitungsstile; Milton, 2012; Crompton et al., 2020) zuerst bei mir selbst weiter. Hätte sie einen autistischen Menschen vor sich gehabt, wäre es vermutlich nicht zum Missverständnis gekommen – beiden wäre klar gewesen, dass Aktion und Terminziel zusammenhängen. Im Kontakt heißt das: Ich frage nicht zuerst, ob die Person sich gerade nicht in meine Frage hineinversetzen kann, sondern prüfe zunächst, ob ich mich missverständlich ausgedrückt habe oder meine Frage mehrdeutig war.

Die dritte Verschiebung betrifft Berichte über Schwierigkeiten in der Handlungsorganisation. Früher hätte ich primär an Priorisierungsherausforderungen gedacht – eine Hypothese, die weiterhin sinnvoll ist. Heute denke ich zusätzlich an autistische Inertia: an die Schwierigkeit, von einem Zustand in einen anderen zu wechseln, von Stille in Aktion oder von Aktion wieder loszukommen, oft unabhängig von Motivation oder Willenskraft (Buckle et al., 2021; Ward et al., 2026). Damit verschiebt sich das erschwerte Anstoßen aus dem Prokrastinationsnarrativ in Richtung Initiierungsproblem. Das Nicht-Loskommen lese ich heute als Spiegel monotroper Fokussierung mit eigenen Stärken – kein Hinweis auf ein Grenzsetzungsdefizit.

Monotropismus, Double-Empathy-Problem, autistische Inertia – alle drei Konzepte sind in der autistischen Community entstanden: Monotropismus durch Murray, Lesser und Lawson (mit autistischer Co-Autorschaft, 2005), das Double-Empathy-Problem durch den autistischen Soziologen Damian Milton (2012), autistic inertia ursprünglich 1999 durch Martijn Dekker und die ILAS-Online-Community (akademisch aufgegriffen erst zwei Jahrzehnte später bei Buckle et al., 2021; Ward et al., 2026). Ich frage mich heute, ob ich ohne dieses Vokabular manche meiner Klient:innen vor drei Jahren in der nötigen Tiefe ausreichend verstanden habe.

## ANWENDUNG

## Drei Heuristiken für die Praxis.

Die drei Differentialfragen aus dem Heuristik-Kapitel weiter oben lassen sich als Anwendungsschritte ausformulieren.

01 / 03

### Frage nach Spezialinteressen

## FACHKRÄFTE

Frage getrennt nach Zugewandtheit und Energie: Ist die Hinwendung zum Thema noch da, oder ist auch sie weggebrochen? Zugewandtheit erhalten + Energie weg ist ein Burnouthinweis; Zugewandtheit selbst weg verschiebt das Bild Richtung depressive Episode oder Mischbild. Komplikation für die Differentialdiagnostik: Bei Alexithymie – der herabgesetzten Fähigkeit, eigene Emotionen zu erkennen – kann *kein Interesse* im Selbstbericht auch *Interesse nicht spürbar* bedeuten, was unabhängig von Burnout und Depression auftritt.

## SELBST

Beobachte ein bis zwei Wochen, was beim Gedanken an dein Lieblingsthema passiert. Bei autistischem Burnout ohne komorbide Depression bleibt oft noch eine gewisse Zugewandtheit – du würdest schon, aber die Energie reicht nicht: gesperrt ist das Tun, nicht das Wollen. Bei einer depressiven Episode fehlt typischerweise auch diese Schicht – selbst der Gedanke an das Thema bringt kaum noch eine Regung. Wenn du unsicher bist, nimm die Beobachtung ins nächste Behandlungsgespräch mit.

02 / 03

## Pacing

FACHKRÄFTE

Eine kleine Aktivierungsempfehlung einbauen und eine Woche später nachfragen, wie sie sich energetisch angefühlt hat. Verschlechterung ist ein Burnouthinweis und Anlass, die Strategie umzudrehen – weniger *Person-Anpassung*, mehr *Umwelt-Anpassung*.

SELBST

Nimm eine Aktivität, die in allgemeinen Selbstfürsorge-Empfehlungen als hilfreich gilt – Sport, soziales Treffen, Spaziergang –, unabhängig davon, ob du selbst weißt, ob sie dir gut tut. Beobachte 24–48 Stunden später deinen Energiestand. Wenn er sinkt statt steigt, ist das eine Information über deine Belastbarkeitslage, keine persönliche Schwäche.

03 / 03

## Umwelt-vor-Person

FACHKRÄFTE

Hilfreich ist es, die Reihenfolge der Frage zu drehen: statt „Was kann die Person anders machen?“ zuerst „Welche Umwelt-Variable lässt sich anpassen, sodass die Anforderung sinkt?“. Das verschiebt den Fokus von *Person-Anpassung* zu struktureller Entlastung.

SELBST

Bei der nächsten Erschöpfungsspitze: welche Umwelt-Bedingung treibt das an? Reize, Strukturen, Sozialkontakte zuerst – Selbstoptimierung erst danach.

## DISZIPLIN

## Was dieses Heft nicht leistet.

Dieses Heft ist eine Orientierung, kein Behandlungsmanual. Fünf Disziplin-Punkte zum Geltungsbereich:

01

**Keine Therapie-Empfehlung.** Das Heft schärft den Blick für ein Muster und zeigt, was nach derzeitiger Forschungslage nicht hilft. Es ersetzt keine Diagnostik, keine Behandlungsplanung und keine fall-spezifische Indikationsstellung.

02

**Keine Aussagen zu schwer betroffenen oder nichtsprachigen Autist:innen.** Forschungs- und Praxissubstanz hier liegt auf sprach- und reflexionsfähigen Erwachsenen mit mittlerem bis hohem Funktionsniveau. Für andere Subgruppen sind die Heuristiken nicht ohne Weiteres übertragbar.

03

**Keine Versprechen zur Heilbarkeit chronischer Leere.** Recovery ist möglich und bei vielen Verläufen substantiell – aber kein Garantie-Verlauf. Restbeschwerden, eingeschränkte Belastbarkeit und Rückfallanfälligkeit gehören zum realistischen Bild.

04

**DACH-Hinweis.** Die Versorgungswege in Deutschland, Österreich und der Schweiz unterscheiden sich erheblich. Die klinischen Muster, die das Heft beschreibt, sind dieselben – die Anlaufstellen, Kostenträger und Wartezeiten nicht.

05

**S3-Konstrukt-Lücke.** Die zuletzt gültige deutsche S3-Leitlinie ASS Teil 2 (Therapie und Versorgung; Freitag & Vllasaliu, 2021; Geltung bis 03/2026) kannte das Konstrukt „autistisches Burnout“ nicht; eine Neuausrichtung liegt zum Stand dieses Hefts nicht vor. Dieses Heft beruht auf der internationalen Forschungslage (Raymaker, 2020; Higgins, 2021) und auf meiner Praxiserfahrung in der Beratung.

## ANLAUFSTELLEN

## Bei akuter Suizidalität oder Lebensgefahr.

Wenn dieser Zustand bei dir oder einer dir nahestehenden Person akut ist, gelten andere Schritte als die in diesem Heft beschriebenen. Die folgenden Anlaufstellen sind unabhängig vom Burnout-Status erreichbar.

## DACH-ÜBERGREIFEND

**112** – Notruf (Lebensgefahr, akute Suizidalität)

**Krisenchat Online** – krisenchat.de (chat-basiert, niedrigschwellig)

**DE:** Telefonseelsorge 0800-111-0-111

**AT:** Telefonseelsorge 142

**CH:** Dargebotene Hand 143

## IN MÜNSTER ZUSÄTZLICH

**Klinik für Psychiatrie UKM:** 0251 83566-01 oder 0251 83566-02

**LWL-Klinik Münster:** 0251 91 555-0

**Krisenhilfe Münster:** krisenhilfe-muenster.de · 0251 519005

## BIBLIOGRAFIE

**Quellen.**

- Buckle, K. L., Leadbitter, K., Poliakoff, E., & Gowen, E. (2021). „No way out except from external intervention": First-hand accounts of autistic inertia. *Frontiers in Psychology*, 12, 631596. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631596>
- Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 9, 42. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4> (Im Heft als Hintergrundbeleg für die erhöhte Suizidalitätsrate sowie Camouflaging und unerfüllte Unterstützungsbedürfnisse als ASC-spezifische Risikofaktoren – nicht als repräsentative Prävalenz-Schätzung.)
- 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>
- Freitag, C. M., & Vllasaliu, L. (2021). *S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Teil 2: Therapie*. AWMF-Registernummer 028-047. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
- 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 #AutBurnout. *Autism*, 25(8), 2356–2369. <https://doi.org/10.1177/13623613211019858>
- Mantzalas, J., Richdale, A. L., & Dissanayake, C. (2022). A conceptual model of risk and protective factors for autistic burnout. *Autism Research*, 15(6), 976–987. <https://doi.org/10.1002/aur.2722> (Commentary mit konzeptuellem Modell auf Basis qualitativer Vorarbeit.)
- 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>
- Murray, D., Lesser, M., & Lawson, W. (2005). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139–156. <https://doi.org/10.1177/1362361305051398>
- 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>
- Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151–162.
- Ward, T., Popazov, S., Adams, J., Clapham, H., Lawson, W., Karaminis, T., & Pellicano, E. (2026). Understanding phenomenological experiences of autistic inertia using online community discourse. *Communications Psychology*, 4, 18.

---

Anmerkung: Die S3-Leitlinie ASS Teil 2 (Therapie) konstatiert für die Versorgung autistischer Erwachsener in Deutschland einen „großen Entwicklungsbedarf" (Freitag & Vllasaliu, 2021).

AN DIESER ARBEIT DRANBLEIBEN

## Wie es nach dem Heft weitergeht.

**Buch in Vorbereitung.** Mein Fachbuch zu autistischen Erwachsenen in der Beratung ist in Vorbereitung. Updates zum Veröffentlichungs-Stand über den Newsletter.

**Newsletter-Anmeldung:** [Direkt zum Anmelde-Formular](#) – mit Identifikations-Auswahl (Fachkraft, selbst betroffen, angehörig, andere).

**LinkedIn:** [linkedin.com/in/veasna-roth](https://www.linkedin.com/in/veasna-roth) – Praxis-Updates, kürzere Reflexionen zwischen den Heften.

**Kontakt:** [kontakt@spektrum-muenster.de](mailto:kontakt@spektrum-muenster.de) · Online-Beratung als DACH-Default.