

DI Dr.ⁱⁿ Birgit Kastberger

Dr. Manfred Wünsche

AVM Fallbericht

Wie Neurodiversität soziale Phobie begünstigt:

**Eine verhaltenstherapeutische Behandlung der sozialen Phobie
(ICD-10: F40.1) bei hochfunktionalem Autismus (ICD-10: Asperger-
Syndrom, F84.5) im Erwachsenenalter**

Code: PP0024_männlich

Alter des Patienten: Anfang 30

ICD10-Diagnostik:

1. Autismusspektrumsstörung (ASS), Asperger-Syndrom, F84.5
2. Soziale Phobie, F40.1

Datum der Falleinreichung: 06.02.2025

Anzahl der Therapiestunden: 38 Einheiten/ Behandlungszeitraum 25 Monate

Anzahl der Supervisionsstunden: 12 Einheiten

FALLDARSTELLUNG FÜR DIE VERÖFFENTLICHUNG AUF AVM PUBLICATIONS

Titel des Artikels: Wie Neurodiversität soziale Phobie begünstigt: Eine verhaltenstherapeutische Behandlung der sozialen Phobie (ICD-10: F40.1) bei hochfunktionalem Autismus (ICD-10: Asperger-Syndrom, F84.5) im Erwachsenenalter

Organisation in ambulanter Praxis

Zusammenfassung in Deutsch

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die verhaltenstherapeutische Behandlung eines männlichen Patienten Anfang 30 mit sozialer Phobie (ICD-10: F40.1) im Kontext eines hochfunktionalen Autismus (ICD-10: F84.5, Asperger-Syndrom). Die soziale Angst wurde durch chronische Überforderung in sozialen Situationen, negative Beziehungserfahrungen, akustische und taktile Hochsensibilität sowie eine Dysbalance zwischen kognitiver und emotionaler Empathie verstärkt. Kernsymptome der autistischen Struktur – wie eingeschränkte soziale Wahrnehmung, Schwierigkeiten mit nonverbaler Kommunikation und mentale Erschöpfung durch bewusste soziale Verarbeitung – erwiesen sich als begünstigende Faktoren für die Entwicklung seiner sozialen Phobie.

Im therapeutischen Prozess entwickelte der Patient spezifische Strategien zur sicheren, selbstfürsorglichen Bewältigung sozialer Interaktionen. Zentrale Interventionen waren Psychoedukation zu den psychologischen Grundbedürfnissen nach Grawe, kognitive Umstrukturierung, Expositionsübungen, Rollenspiele, schematherapeutische Modusarbeit und Modus Psychoedukation sowie Förderung von Selbstakzeptanz und sozialer Kompetenz. Die Behandlung führte zu einer signifikanten Reduktion der sozialen Ängste durch Selbstakzeptanz seiner Neurodiversität, gesteigerter Interaktionsfähigkeit und einem gestärkten Selbstwertgefühl.

Der Fall verdeutlicht die Notwendigkeit, psychotherapeutische Interventionen an neurodivergente Merkmale anzupassen. Die Berücksichtigung der Neurodiversitäts-Perspektive erwies sich als zentral, um die spezifischen Bedürfnisse des autistischen Patienten adäquat zu adressieren und langfristige Therapieerfolge zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Asperger-Syndrom (F84.5), Hochfunktionaler Autismus, Soziale Phobie (F40.1), Neurodiversität, Kognitive Empathie (CE), Emotionale Empathie (EE), Vermeidungsverhalten, Hochsensibilität, Exposition, Schematherapie, Modus-Psychoedukation, psychologische Grundbedürfnisse nach Grawe, Dysfunktionale Glaubenssätze, Selbstakzeptanz, Selbstwert, Sicherheitsverhalten, Soziale Kompetenz, Psychoedukation, Emotionsregulation, Sozialkognition, ACT (Acceptance and Commitment Therapy), Masking, Camouflaging, Double Empathy Problem, schematherapie-informierte soziale Interaktionstherapie (STISI), NeuroACT (Acceptance and Commitment Therapy für Autismus), Overflow, Shutdown, Meltdown

Im Sinne eines respektvollen Umgangs mit unterschiedlichen Selbstverständnissen wird im Bericht zwischen person-first und identity-first Sprache differenziert. Beide Sprachformen kommen in reflektierter Weise zum Einsatz. Aus Gründen der besseren

Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht des Weiteren nicht durchgehend gegendert. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch gleichermaßen für alle Geschlechter.

Abstract in Englisch

This case report describes the cognitive-behavioral treatment of a man in his early thirties diagnosed with social phobia (ICD-10: F40.1) in the context of high-functioning autism (ICD-10: F84.5, Asperger's Syndrome). The patient's social anxiety was intensified by chronic overload in social situations, negative relational experiences, auditory and tactile sensory processing sensitivity, and an imbalance between cognitive and emotional empathy. Core features of the autistic structure—such as limited social perception, difficulties with nonverbal communication, and mental exhaustion due to the conscious processing of social interactions—were identified as key contributing factors in the development of his social phobia.

Throughout therapy, the patient developed individualized strategies for navigating social interactions safely and in a self-compassionate manner. Key interventions included psychoeducation on basic psychological needs (based on Grawe), cognitive restructuring, exposure exercises, role-playing, schema therapy-based mode work, mode psychoeducation, and the promotion of self-acceptance and social competence. The treatment resulted in a notable decrease in social anxiety through self-acceptance of his neurodiversity, enhanced interaction skills, and an increased sense of self-worth.

This case illustrates the necessity of adapting psychotherapeutic interventions to neurodivergent traits. Incorporating a neurodiversity-informed perspective proved essential for adequately addressing the specific needs of the autistic patient and fostering his long-term therapeutic success.

Keywords: Asperger Syndrome (F84.5), High Functioning Autism, Social Phobia (F40.1), Neurodiversity, Cognitive Empathy (CE), Emotional Empathy (EE), Avoidance Behavior, Sensory Processing Sensitivity, Exposure, Security Behaviour, Schema Therapy, Mode Psychoeducation, Psychological Basic Needs based on Grawe, Dysfunctional Beliefs, Self-Acceptance, Self-Esteem, Social Competence, Psychoeducation, Emotion Regulation, Social Cognition, ACT (Acceptance and Commitment Therapy), Masking, Camouflaging, Double Empathy Problem, Schema Therapy-Informed Social Interaction Treatment (STISI), NeuroACT (Acceptance and Commitment Therapy for autism), Overflow, Shutdown, Meltdown

Abkürzungen und Akronyme

ACT – Acceptance and Commitment Therapy
ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AMT – Adaptive Matrizentest (Adaptive Matrices Test)
ASS – Autismusspektrumsstörung (Autism Spectrum Disorder)
Aspie Quiz – Screening für Neurodiversitätsmerkmale
CE – Kognitive Empathie (Cognitive Empathy)
COG – Cognitrine-Test zur kognitiven Verarbeitung
EE – Emotionale Empathie (Emotional Empathy)
EQ – Empathie-Quotient (Empathy Quotient)
F40.1 – Soziale Phobie nach ICD-10 (Social Phobia ICD-10)
F84.5 – Asperger-Syndrom nach ICD-10
FKK – Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung
GAS – Zielerreichungsskala (Goal Attainment Scale)
HSP – Hochsensibilität (Highly Sensitive Person)
ICD-10 – International Classification of Diseases, 10th Revision
IPDE – International Personality Disorder Examination
ISK-K – Inventar Sozialer Kompetenzen – Kurzversion
IQ – Intelligenz Quotient
MZI – Multidimensionales Zwangsinventar
NeuroACT – ACT für Autismus

OCD – Zwangsstörung (Obsessive Compulsive Disorder)
PR – Prozentrang
SD – Standardabweichung (Standard Deviation)
SIAS – Social Interaction Anxiety Scale
SPIN – Sozialphobie Inventar
SPS – Social Phobia Scale
SORKC – Stimulus-Organismus-Reaktion-Konsequenz-Kontingenz-Modell
STISI- schematherapie-informierte soziale Interaktionstherapie
SW – Skalenwert
TAS-26 – Toronto-Alexithymie-Skala
TMT – Trail Making Test
TOL – Tower of London-Test
TOM – Theory of Mind Test
u.a – unter anderem
v.a. – vor allem
VLT – Verbaler Lerntest
z. B. – zum Beispiel

Anmerkung zur Terminologie: In diesem Fallbericht wird sowohl **person-first language** (z. B. „Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung“) als auch **identity-first language** (z. B. „autistische Person“) verwendet. Dies spiegelt den aktuellen fachlichen und gesellschaftlichen Diskurs wider. Während Fachleute und institutionelle Leitlinien wie der ESCAP-Praxisleitfaden (Fuentes et al., 2021) meist eine person-first Sprache empfehlen, bevorzugen viele Betroffene und Vertreter der **Neurodiversitätsbewegung** eine identity-first Sprache, da sie Autismus nicht als Krankheit, sondern als Teil ihrer Identität, als Hintergrundzustand und Normvariante eines Strukturmerkmals begreifen, der nicht automatisch Behandlungsziel einer Psychotherapie sein muss (Tebartz van Elst, 2013). Der Begriff **Neurodiversität** wird im vorliegenden Bericht entsprechend seiner ursprünglichen Definition verwendet, die neurologische Unterschiedlichkeit als natürlichen Teil menschlicher Vielfalt versteht. Diese Perspektive zielt darauf ab, Defizitorientierung zu vermeiden und eine ressourcenorientierte Sichtweise zu fördern.

Vergleiche hierzu: ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)

ESCAP-Praxisleitfaden für Autismus – Zusammenfassung der evidenzbasierten Empfehlungen für Diagnose und Behandlung

<https://www.escap.eu/uploads/Resources-disorders/german-escap-guidelines-clear-2024-07-05.pdf>

1. Einleitung

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die psychotherapeutische Behandlung eines erwachsenen männlichen Patienten mit der Diagnose einer **Autismus-Spektrum-Störung in Form des Asperger-Syndroms (ICD-10: F84.5)** sowie einer **komorbiden sozialen Phobie (ICD-10: F40.1)**. Im Fokus steht die Behandlung der sozialen Angst unter Berücksichtigung neurodivergenter Merkmale wie Reizüberempfindlichkeit, exekutiver Dysfunktionen sowie einem spezifischen empathischen Verarbeitungsstil.

Das **Asperger-Syndrom** gilt im ICD-10 als tiefgreifende Entwicklungsstörung, die durch qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, auffälliges – insbesondere nonverbales – Kommunikationsverhalten sowie stereotype und zwangsartige Interessen und Verhaltensmuster gekennzeichnet ist. Im Gegensatz zu anderen Formen der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sind Sprachentwicklung und Intelligenz nicht wesentlich verzögert (Cooper, 2012). Eine typische Konstellation besteht in der sprachlichen Gewandtheit bei gleichzeitig erheblichen Einschränkungen im sozialen Verständnis, insbesondere im spontanen Erfassen impliziter sozialer Regeln, Gestik und Mimik (Frith, 2004). Beim vorliegenden Patienten wurde ergänzend eine **soziale Phobie (F40.1)** diagnostiziert – eine Angsterkrankung, bei der eine übermäßige und anhaltende Furcht vor prüfender Beobachtung im sozialen Kontakt besteht, verbunden mit Vermeidung, Scham und psychosomatischen Stressreaktionen.

Im Kontext dieses Falles ist außerdem das Konzept der **Neurodiversität** von besonderer Bedeutung (siehe **Abbildung 1**). Es geht davon aus, dass neurologische Unterschiede – wie sie bei ASS, ADHS, Hochbegabung oder sensorischer Sensibilität auftreten – **keine Defekte, sondern natürliche Varianten menschlicher Funktionsweise** darstellen (Masataka, 2017). Neurodiversität umfasst kognitive Merkmale wie Mustererkennung, Detailorientierung und Systemdenken ebenso wie besondere Herausforderungen in der sozialen Kommunikation oder Reizverarbeitung. Etwa 20–30 % der Bevölkerung gelten als neurodivers, 1% als autistisch (Kapp et al., 2013; Tebartz van Elst, 2013), 0.1%-0.3% der Menschen sind vom Asperger-Syndrom betroffen (Ehlers & Gillberg, 1993). Die Berücksichtigung neurodiverser Mechanismen im therapeutischen Kontext ermöglicht es, therapeutische Angebote passgenau zu gestalten und psychosozialen Druck durch Anpassungserwartungen zu reduzieren. Zur differenzierten Erfassung des neurokognitiven Profils des hier besprochenen Patienten wurde eine mehrdimensionale Diagnostik durchgeführt (siehe **Abbildung 1** und **Abschnitt 2.4.2**), die Merkmale aus dem Autismus-Spektrum, wie soziale Kompetenz, Empathie, Hochsensibilität sowie zwanghafte Denk- und Verhaltensmuster gemeinsam mit sozialen Ängsten abbildet.

Zentral für die Fallkonzeption ist das bei ASS häufig beobachtbare **Empathie-Ungleichgewicht**, also ein Missverhältnis zwischen **kognitiver Empathie (CE)** und **emotionaler Empathie (EE)** (Shalev et al., 2022). CE bezeichnet die Fähigkeit, emotionale und mentale Zustände anderer zu erkennen und zu interpretieren, ohne sie emotional mitzerleben. Sie stellt eine Teilkomponente der umfassenderen Theory of Mind dar (Premack & Woodruff, 1978), die zusätzlich auch das Verständnis von Absichten, Überzeugungen und Wissenszuständen umfasst. Während CE also vor allem die emotionale Perspektivenübernahme meint, beschreibt die Theory of Mind ein breiteres Spektrum an sozial-kognitiven Fähigkeiten, die erforderlich sind, um Verhalten auf Basis innerer Zustände vorherzusagen oder zu erklären. EE hingegen beschreibt das Mitfühlen mit den Gefühlen anderer Menschen und ist emotional-affektiv geprägt. Studien zeigen, dass Menschen im Autismus-Spektrum oftmals über eine stark ausgeprägte EE verfügen, bei gleichzeitig relativ dazu, kleinerer CE Ausprägung (Fan et al., 2014; Quinde-Zlibut et al., 2021; Shalev et al., 2022; Smith, 2009). Dieses Empathie-Ungleichgewicht kann dazu führen, dass soziale Reize emotional stark erlebt, aber nicht angemessen kognitiv eingeordnet oder reguliert werden können. Daraus resultiert häufig eine chronische Überforderung, die Rückzug, soziale Vermeidung und in vielen Fällen – wie auch im vorliegenden Fall – die Entwicklung einer sozialen Phobie als Folgestörung begünstigt (Uzefovsky & Knafo-Noam, 2016). Der **TOM-Test** misst CE als isolierte kognitive Leistung (z. B. Perspektivübernahme), während der Empathie-Quotient (**EQ**) das Zusammenspiel aus CE, EE und sozialem Funktionieren erfasst. Ein niedriger EQ-Wert bei durchschnittlicher CE (via TOM) weist nicht zwingend auf fehlende Empathie hin, sondern kann vielmehr ein Hinweis auf ein Defizit sozialer Kompetenzen bzw. ein internes Ungleichgewicht zwischen emotionaler Ergriffenheit und sozial-kognitiver Integration sein (also einem EE>>CE Empathie Profil).

Neben dem Empathieprofil ist auch die **sensorische Reizverarbeitung** bei Autismus relevant (siehe **Abbildung 1**). Der DSM-5 (Falkai et al., 2013) führt **Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize** als zusätzliches diagnostisches Hauptmerkmal von ASS ein. Viele Autismus-Betroffene berichten über visuelle, akustische oder taktile Überempfindlichkeiten sowie Filterschwächen im Umgang mit Reizen – was insbesondere in sozialen Kontexten zu einer **Reizüberflutung (Overload)** führt (Dziobek & Stoll, 2019; Tebartz van Elst, 2013). Komplementär treten bei ASS häufig **Störungen der Interozeption** – also der Wahrnehmung eigener Körperzustände – sowie **exekutive Dysfunktionen** auf. Diese erschweren es, Stressreaktionen zu erkennen, Handlungen flexibel zu planen und sich auf wechselnde soziale Anforderungen einzustellen. In Kombination mit der hohen EE und sensorischen Reizoffenheit entstehen so teils massive Überforderungssituationen, die zu reaktiven Zuständen wie **Meltdowns** (emotionaler Kontrollverlust) oder **Shutdowns** (innerer Rückzug, Erstarrung) führen können – Reaktionen, die im sozialen Umfeld oft fehlinterpretiert werden und für den Betroffenen zur sozialen Ausgrenzung führen können.

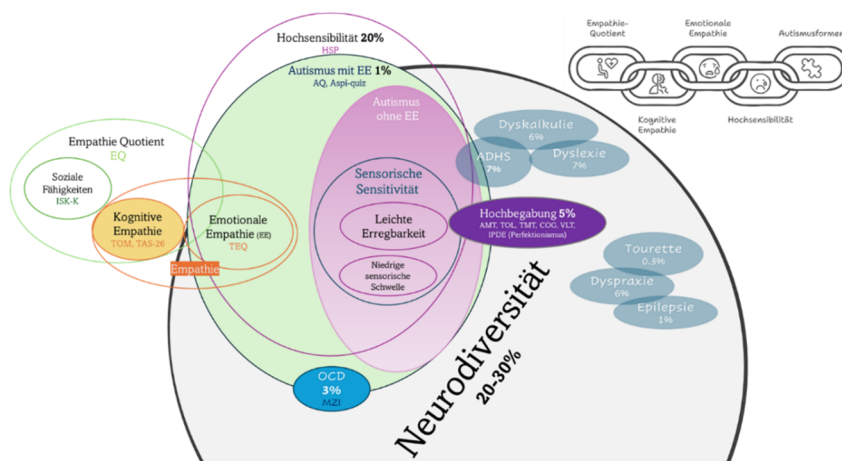


Abbildung 1: Neurodiversität – ein Spektrum neurologischer und kognitiver Vielfalt
 Die Abbildung zeigt Überschneidungen zwischen sensorischen, kognitiven und emotionalen Dimensionen sowie Tests zur Erfassung neurodiverser Eigenschaften. Der Empathie-Quotient (EQ), entwickelt für die ASS-Diagnostik, misst CE und EE zusammen mit sozialen Fertigkeiten, legt jedoch den Fokus auf CE. Menschen mit ASS, insbesondere Männer, erzielen meist niedrigere EQ-Werte als neurotypische Personen, was auch ihre sozialen Defizite reflektiert (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; EQ - Empathiequotient | Embloom, o. J.) In Prozent wird jeweils die Bevölkerungsprävalenz der Gruppe angegeben.

Menschen mit ASS sind besonders vulnerabel für soziale Phobie. Aktuelle epidemiologische Studien zeigen, dass **22-50 % der Erwachsenen mit ASS** gleichzeitig an einer sozialen Phobie leiden (Punktprevalenz) (Albantakis et al., 2020; Spain et al., 2016; Tebartz van Elst, 2013), während in der Allgemeinbevölkerung die Jahresprävalenz für soziale Phobie bei 7%, also 7-mal niedriger liegt (Ruscio et al., 2008). Die betroffenen Patienten mit ASS und sekundärer sozialer Phobie sind nicht nur mit ihrer Reizverarbeitung und Empathieregulierung konfrontiert, sondern auch mit hohen gesellschaftlichen Anpassungsanforderungen, die häufig nicht zu ihren neurokognitiven Mustern passen. Anders als bei neurotypischen Personen entwickeln sich soziale Ängste hier nicht primär durch negative Einzelerfahrungen, sondern durch chronische soziale Unsicherheit, Reizüberflutung und einen anhaltenden Anpassungsdruck. Daraus entsteht ein chronisches Missverhältnis zwischen innerem Erleben und äußerer sozialer Erwartung. Empirische Studien zeigen, dass Menschen mit hohem Intelligenz-Quotienten (IQ) im Autismus-Spektrum ein besonders hohes Risiko für sekundäre soziale Phobien aufweisen – vermutlich, weil ihre **Camouflaging-Fähigkeiten** dazu führen, dass ihre Neurodivergenz übersehen wird und sie stattdessen nochmals verstärkter neurotypische Erwartungen erfüllen sollen. Camouflaging bezeichnet dabei den bewussten oder unbewussten Versuch, autistische Merkmale in sozialen Situationen zu verbergen oder zu kompensieren – etwa durch das Einüben von Blickkontakt, Small Talk oder mimischen Reaktionen –, um nicht aufzufallen oder gesellschaftliche Erwartungen zu erfüllen. Der Maskierungsprozess wirkt kurzfristig entlastend, führt langfristig jedoch zu Erschöpfung, Identitätskonflikten und einem erhöhten Risiko für soziale Ängste und Depressionen (Hull et al., 2017; Livingston et al., 2020).

Dieser Fallbericht beleuchtet, wie eine psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung des neurodiversen Profils – insbesondere des Empathie-Ungleichgewichts und der sensorischen Besonderheiten – gestaltet werden kann, um die soziale Phobie zu lindern und gleichzeitig die neurokognitiven Ressourcen des Patienten zu stärken.

2. Falldarstellung

2.1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Problematik

Der Patient, Anfang 30, wurde von seiner Lebensgefährtin zum Erstgespräch angemeldet. In einer E-Mail im Vorfeld schilderte er zunehmenden Pessimismus, das diffuse Gefühl, dass „etwas nicht stimmt“, sowie Kommunikationsprobleme. Im Erstgespräch berichtet der Patient von chronischer Erschöpfung, innerem Stress im familiären Alltag mit seinen kleinen Kindern sowie Konflikten am Arbeitsplatz, wo er sich unverstanden fühlt. Die Partnerin benennt den kürzlichen Tod seiner Großmutter als Belastung, ein Ereignis, das der Patient selbst über ein ganzes Jahr in der Therapie nicht thematisieren wird. Er beschreibt zudem Reizbarkeit, häufige Streitigkeiten mit der Partnerin sowie Konzentrations- und Kommunikationsschwierigkeiten. Vor dem Hintergrund der stationären Burn-out-Behandlung seines Vaters vor 2 Jahren möchte er für sich frühzeitig psychotherapeutische Unterstützung hinzuziehen, um einem ähnlichen Verlauf vorzubeugen. Familiäre psychische Belastungen bestehen: Der Großvater mütterlicherseits litt an Depressionen, vermutlich auch dessen Mutter. Suizidgedanken bestehen nicht – vielmehr äußert der Patient den Wunsch, seine Beziehung zu Partnerin und Kindern zu stärken und wieder Freude an Reisen, Sport und Kulinarik zu erleben.

Im Rahmen der schriftlich durchgeführten Test-Diagnostik, die verbale Ausdrucksschwierigkeiten umgeht, zeigten sich beim Patienten außerdem **sensorische Überempfindlichkeiten** (HSP-Test), insbesondere gegenüber Geräuschen und Berührungen, und eine leicht erhöhte Dissoziationsneigung (SDE-Test) die zu Rückzug und Vermeidung in Form von **Shutdowns** (Erstarren) oder **Meltdowns** (Kampf-Reaktion) führten. Im **Aspie-Quiz** zeigt der Patient zwar neurotypisches Verhalten im Bereich Kommunikation und Beziehungsfähigkeit, beschreibt aber subjektiv deutliche soziale Schwierigkeiten, etwa im Gesprächseinstieg, bei der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und im beruflichen Austausch. Die Auswertung ergibt eine ausgeprägte Diskrepanz: Einerseits besteht ein Bedürfnis nach Rückzug und Reizreduktion durch neurodiverses Sozialverhalten und Wahrnehmung, andererseits ein starker Bindungswille und moralisches Verantwortungsgefühl durch seine neurotypische Beziehungsgestaltung. Diese Ambivalenz führt zu inneren Konflikten in sozialen Situationen. Der Patient vermeidet oft Meetings und zieht sich zurück – was Kommunikation erschwert. Tritt er dennoch in Interaktion, wirkt diese angepasst und kontrolliert, was vermutlich auf Camouflaging-Strategien zurückzuführen ist. Dies wiederum erzeugt unrealistische Erwartungen im Umfeld. Diese auffällige Diskrepanz zwischen äußerer Anpassung und innerem Rückzug lässt sich durch hohe Introspektionsfähigkeit, soziale Lernprozesse und kompensatorische Mechanismen erklären. Auch im **Empathieprofil** zeigt sich ein Spannungsfeld: Der TOM-Test (Fokus auf CE als kognitive Einzelleistung) fällt unauffällig aus. Der Empathie-Quotient (EQ), der CE, EE und soziale Integration abbildet, liegt hingegen deutlich unter dem Durchschnitt. Dies spricht für ein Ungleichgewicht zwischen kognitiver und emotionaler Empathie – bei gleichzeitig hoher emotionaler Resonanz, die dem Patienten schwer regulierbar erscheint.

2.2. Therapiemotivation

Der Patient ist daran interessiert zu verstehen, welche Verhaltensänderungen möglich sind und warum er sich gestresst und erschöpft fühlt. Derzeit hat er das Gefühl, die Veränderungen seiner Stimmung nicht kontrollieren zu können. Er möchte lernen, seine Bedürfnisse zu kommunizieren und Gespräche mit anderen Menschen zu beginnen sowie geeignete Worte in der Kommunikation, insbesondere am Arbeitsplatz, zu finden. Angesichts der direkten stationären Aufnahme seines Vaters aufgrund eines Burn-outs, möchte er durch frühzeitige und ernsthafte Auseinandersetzung mit seinem eigenen Leid solche extremen Maßnahmen für sich vermeiden.

2.3. Psychopathologischer Status

2.3.1. Psychischer Befund zu Therapiebeginn

Der Patient erscheint altersadäquat gekleidet, wach und bewusstseinsklar. Keine Hinweise auf Bewusstseins-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen zu allen vier Qualitäten – zeitlich, örtlich, zur Person und situativ. Psychomotorik verlangsamt, Mimik und Gestik reduziert. Sprache leise, monoton, ohne Modulation. Affekt starr,

Affizierbarkeit eingeschränkt. Stimmung angespannt. Antrieb vermindert, wenig Eigeninitiative. Denken verlangsamt, ideenarm, aber geordnet. Keine Denkerfahrenheit, Perseverationen oder inhaltlichen Denkstörungen. Keine Wahnideen, Zwangsgedanken oder überwertigen Ideen. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis unauffällig. Sensorium ungestört. Keine Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen. Soziale Ängste bemerkbar, besonders in unstrukturierten Situationen. Schlaf und vegetative Funktionen unauffällig. Krankheitseinsicht und Compliance gegeben. Keine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung.

2.3.2. Somatischer Befund

Der Patient betreibt wettbewerbsmäßigen Rennsport. Er berichtet von erheblicher Müdigkeit und Erschöpfung und äußert die Vermutung, hochsensibel zu sein. Der Patient ist von zarter, sehr schlanker Statur, mit geringen physischen Reserven oder Muskelmasse.

2.4. Diagnosen nach ICD-10

2.4.1. Aktuelle Diagnosen- Eingangsdiagnostik zur Therapeutischen Orientierung

Beim vorliegenden Patienten besteht eine **ASS** vom Typ **Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5)** in Kombination mit einer **komorbiden sozialen Phobie (ICD-10: F40.1)**. Beide Störungsbilder führen in ihrer Wechselwirkung zu erheblicher psychosozialer Belastung und erklärten den Leidensdruck, mit dem der Patient sich in psychotherapeutische Behandlung begab. Die Besonderheit dieses Falles liegt in der Kombination aus überdurchschnittlicher kognitiver Leistungsfähigkeit, erhöhter sensorischer Sensitivität im Sinne von Hochsensibilität sowie einem ausgeprägt neurodiversen Empathieprofil (EE>>CE).

F84.5 - Autismus-Spektrum-Störung, Asperger-Syndrom

Gemäß ICD-10 (Cooper, 2012) ist das Asperger-Syndrom gekennzeichnet durch tiefgreifende Beeinträchtigungen in sozialen Interaktionen und kommunikativen Fähigkeiten, das Vorliegen repetitiver, stereotyper Verhaltensmuster sowie Spezialinteressen – bei gleichzeitig altersentsprechender oder überdurchschnittlicher sprachlicher und kognitiver Entwicklung. Die Diagnose beruht im vorliegenden Fall auf einer Kombination aus **Anamnese, klinischer Beobachtung, testpsychologischer Befundlage** (siehe 2.4.2) und **Selbstauskünften des Patienten**. Der Patient erfüllt die folgenden, diagnostischen Kriterien:

1. Entwicklung und Erstmanifestation erst nach dem 3. Lebensjahr (ICD-10, ICD-11): Rückblickend bestanden bereits im Vorschulalter mit 3 ½ - 4 Jahren ein auffällig rigides Ordnungsverhalten (z. B. Sortieren nach Farben und Symmetrie) sowie ein stark ausgeprägtes „Anderssein“, das laut mütterlicher Angaben durch Rückzug, rigides Verhalten und hohes Bedürfnis nach Struktur gekennzeichnet war. Eine sprachliche oder kognitive Entwicklungsverzögerung lag zu keinem Zeitpunkt vor; schulisch zeigte sich eine überdurchschnittliche Begabung mit rascher Auffassungsgabe.

2. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion (ICD-10, ICD-11): Im Erwachsenenalter treten qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion vor allem in der Arbeitswelt deutlich zutage. Der Patient zeigt zwar formal Blickkontakt, etwas Gestik und Mimik, jedoch dies wenig sozialmodulierend. Die Körpersprache wirkt häufig unbeweglich und wenig situativ angemessen. Die soziale Gegenseitigkeit ist eingeschränkt: Der Patient beschreibt, bei sich und anderen starke Emotionen wahrzunehmen, sie jedoch kaum interpretieren oder angemessen beantworten zu können. In der therapeutischen Beziehung zeigt sich eine monologische Gesprächsführung, fehlende spontane Affektäußerung (z. B. Humor, Freude) und eine reduzierte soziale Intuition. Partnerschaftlich lebt der Patient in einer langjährigen Beziehung mit einer deutlich älteren Partnerin, wobei auch hier Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung sowie Rückzugstendenzen seitens des Patienten beschrieben werden. Im beruflichen Kontext bevorzugt er den Austausch mit anderen neurodiversen Personen und meidet tendenziell neurotypische Kontakte.

3. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation (ICD-10, ICD-11): Kommunikativ fallen implizite Unsicherheiten auf: Der Wunsch nach „besserer Kommunikation“ blieb inhaltlich unkonkret. Der Patient konnte weder definieren, was genau ihn an Gesprächen überfordert, noch welche Anteile er verbessern möchte. Diese Unschärfe ist typisch für

ASS und entspricht dem sogenannten „Double Empathy Problem“ (Milton, 2012), also der wechselseitigen Missverständnisse zwischen neurotypischen und neurodiversen Gesprächspartnern. Im Verlauf wurden zudem Camouflaging-Tendenzen sichtbar – also bewusste oder unbewusste Strategien zur sozialen Anpassung, die kurzfristig Entlastung bringen, jedoch langfristig zu Erschöpfung und Identitätskonflikten führen (Hull et al., 2017).

4. Repetitive und stereotype Verhaltensmuster (ICD-10, ICD-11): Typisch für ASS und das Asperger-Syndrom sind stereotype und repetitive Verhaltensmuster. Der Patient folgt stark ritualisierten sportlichen Routinen (tägliches Lauftraining, feste Vorbereitungsabläufe), die ihm Struktur geben, jedoch zu sozialer Isolation – insbesondere familiär – führen. Bereits in der Kindheit war ein starkes Bedürfnis nach Ordnung und Symmetrie beobachtbar. Im Beruf verfolgt der Patient hochspezialisierte Themen mit großer Detailversessenheit und sensorischem Fokus. Auffällig ist zudem eine eingeschränkte körperliche Selbstwahrnehmung: Körperliche Schmerzen oder Spannungen werden kaum erkannt und können gegenüber Dritten (z. B. in der Physiotherapie) schwer benannt werden.

5. Sensorische Reizverarbeitung (DSM-5, ICD-11): Im Sinne der DSM-5-Kriterien zeigt sich zusätzlich eine ausgeprägte sensorische Überempfindlichkeit, vor allem im akustischen Bereich. Reizüberflutung (Overload) führt regelmäßig zu emotionalen Überreaktionen, insbesondere in Gruppensituationen oder bei sozialen Anforderungen im beruflichen Kontext. Die daraus resultierenden „Shutdowns“ treten häufig im Arbeitsalltag auf, während im familiären Rahmen seit der Geburt der Kinder auch „Meltdowns“ beobachtet werden.

6. Testpsychologische Befunde (ASS-spezifisch): Die testpsychologische Diagnostik untermauert die klinische Einschätzung. Im AQ-10 (Muttersprache) erreicht der Patient 7 von 10 Punkten (Cut-off >6), im AQ-50 (Englisch) liegt er mit 32 von 50 Punkten über dem durch statistische Modellierung erhalten Cut-off für Männer mit Autismus von ≥ 30.16 (Abu-Akel et al., 2019) und exakt am historisch klinischen Schwellenwert mit Cut-off ≥ 32 (Broadbent et al., 2013). Das Aspie-Quiz (Muttersprache) ergibt 121/200 Aspie- und 111/200 neurotypische Punkte – ein gemischtes, aber überwiegend neurodiverses Profil mit typischen Ausprägungen in Wahrnehmung, Affektregulation und Interessensfokus. Sprachbedingte Verzerrungen zwischen mutter- und englischsprachiger Testdurchführung wurden bei der Interpretation berücksichtigt. Die in Muttersprache durchgeführten Tests, AQ-10 und Aspie-Quiz, werden zur Diagnose höher gewichtet.

7. Empathieprofil und EIH-Modell (ASS-spezifisch): Besonders hervorzuheben ist das Empathieprofil des Patienten im Sinne der „Empathy Imbalance Hypothesis (EIH)“. Diese postuliert ein Ungleichgewicht zwischen verminderter CE und erhöhter EE bei ASS (Shalev et al., 2022; Shalev & Uzevovsky, 2020; Smith, 2009). Der Patient erreicht im Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) 48/64 Punkte – über dem Cut-off für überdurchschnittliche EE. Im TOM liegt er mit PR73 im Normbereich, während der Empathie-Quotient (EQ) mit PR17 deutlich unterdurchschnittlich ausfällt. Diese Konstellation ist typisch für Menschen mit hochfunktionalem Autismus, die emotional sehr feinfühlig reagieren, aber Schwierigkeiten haben, ihre eigene emotionale Reaktion zu kognitivieren, sozial einzuordnen oder differenziert zu kommunizieren. Das führt regelmäßig zu Überforderung, Rückzug und Vermeidung – insbesondere in sozialen Interaktionen mit hoher Unvorhersehbarkeit.

Differentialdiagnose zur sozialen Phobie (ICD-10): Im Rahmen der Differentialdiagnostik zur sozialen Phobie (Tebartz van Elst, 2013, S. 125) zeigt sich klar, dass die autistischen Merkmale im Sinne einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung primär sind: Die Symptomatik ist seit früher Kindheit konsistent, situationsübergreifend und auf mehreren Ebenen beobachtbar. Merkmale wie nonverbale Kommunikationsbesonderheiten, das Empathie-Ungleichgewicht, sensorische Sensibilität, rigide Interessen und die sozial reduzierte intuitive Lesbarkeit lassen sich nicht durch soziale Phobie allein erklären. Vielmehr verstärken sich beide Störungen gegenseitig, wobei ASS die Vulnerabilität für soziale Ängste erhöht. Die Selbstauskünfte im Aspie-Quiz – hoher Selbstbezug, Unklarheit in Kommunikation, reduzierte kognitive Perspektivübernahme – sprechen ebenfalls für eine autistische Grundstruktur.

F40.1 - Soziale Phobie

Die soziale Phobie ist im ICD-10 charakterisiert durch eine **ausgeprägte und anhaltende Angst vor prüfender Betrachtung und negativer Bewertung durch andere Menschen**, insbesondere in sozialen Interaktionen oder

leistungsbezogenen Situationen. Sie geht mit einem starken subjektiven Leidensdruck, Vermeidungsverhalten und körperlichen Symptomen einher. Beim Patienten zeigen sich **intensive Ängste** in Situationen, in denen spontane Gespräche geführt oder soziale Rollen unklar verteilt sind – z. B. in beruflichen Besprechungen, in beruflichen und privaten Gruppen oder im direkten Kontakt mit Autoritätspersonen. Der Patient beschreibt eine übermäßige innere Anspannung in sozialen Kontexten sowie eine **erhöhte Selbstaufmerksamkeit**, wie etwa: *„Je mehr Menschen da sind, desto mehr bin ich Beobachter meines eigenen Verhaltens, um zu verstehen und zu korrigieren.“* Diese **starke Selbstbeobachtung** – in Kombination mit der Angst, durch eigene Beiträge negativ aufzufallen – ist ein zentrales diagnostisches Kriterium der sozialen Phobie. Der Patient meidet zudem aktiv Situationen, in denen er als störend oder unangemessen wahrgenommen werden könnte: *„Ich wollte kein anderes Thema aufbringen und niemanden stören.“* Weiter schildert er Stress und Überforderung in Gruppen, insbesondere dann, wenn andere sich gut kennen und er sich als Außenseiter empfindet. Die von ihm beschriebenen körperlichen Reaktionen wie **Herzklopfen, Engegefühl in der Brust** und ein Gefühl von **innerem Erstarren („Freeze“)** bei **Kritik oder Konfrontation** unterstreichen die psychovegetative Beteiligung. Auch biografisch ist eine Entwicklung von ursprünglich strukturierten, regelgeleiteten Gruppenerfahrungen (z. B. Mannschaftssport) hin zu **isolierten Einzelsportarten** zu beobachten. Der Patient hat sich im Laufe der Jahre zunehmend aus sozialen Kontexten zurückgezogen. Diese Entwicklung wird von ihm selbst im Zusammenhang mit wiederkehrenden belastenden sozialen Erfahrungen eingeordnet. Zur objektiven Erfassung der sozialphobischen Symptomatik wurden zusätzlich drei validierte **testdiagnostische** Verfahren eingesetzt **SIAS, SPS and SPIN** (siehe Abschnitt 2.4.2). Alle drei Verfahren bestätigen die **deutlich überdurchschnittliche Ausprägung sozialer Ängste**, sowohl im Bereich sozialer Interaktion als auch in beobachtungsbezogenen Situationen.

Abgrenzung zur ASS: Die soziale Phobie tritt im vorliegenden Fall komorbid zum Asperger-Syndrom auf. Auch wenn sich beide Störungsbilder in einzelnen Merkmalen überschneiden, lassen sie sich klar voneinander abgrenzen: Während das Asperger-Syndrom durch primäre Beeinträchtigungen sozial-kognitiver Fähigkeiten wie der Theory of Mind gekennzeichnet ist, handelt es sich bei der sozialen Phobie um eine reaktive, emotional vermittelte und situationsabhängige Angststörung (Tebartz van Elst, 2013, S. 195–197). Der Patient zeigt **deutliche physiologische Angstsymptome** in sozialen Kontexten – etwa Zittern, Nervosität oder innere Unruhe –, obwohl es ihm zunächst schwerfällt, diese Ängste verbal zu benennen (Davis et al., 2015). Die soziale Angst ist **intensiv und verhaltensbestimmend**: Sie beeinflusst seinen Alltag in erheblichem Maß, etwa indem er Essenssituationen, Einladungen oder berufliche Entscheidungen gezielt so gestaltet, dass soziale Interaktionen – insbesondere in Gruppen oder mit seiner Vorgesetzten – möglichst vermieden werden. Auffällig ist zudem sein **ausgeprägtes Bewusstsein für die eigenen sozialen Schwierigkeiten**, was in der Literatur als Verstärker sozialer Ängste beschrieben wird (Davis et al., 2015). Zusammenfassend handelt es sich bei der sozialen Phobie **nicht um ein direktes Symptom autistischer Merkmale**, sondern um eine **sekundär erlernte emotionale Reaktion** auf wiederholt belastende soziale Erfahrungen. Sie ist geprägt von wachsender Bewertungsangst, zunehmendem Rückzug und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Im vorliegenden Fall hat sich die soziale Phobie zu einer **eigenständigen klinischen Störung mit eigener Dynamik** entwickelt und erfüllt die diagnostischen Kriterien der **ICD-10 F40.1 vollumfänglich**.

2.4.2. Testpsychologische Befunde zur Eingangs- und Nachdiagnostik

Eingangsdiagnostisches Vorgehen

Die Diagnostik erfolgte teils in der psychotherapeutischen Praxis in der Muttersprache des Patienten (Sitzung 5: ASS, Sitzung 10: ASS, Sitzung 30: Soziale Phobie) teils durch externe klinisch-psychologische Untersuchungen (zwischen Sitzung 27-30), auf Englisch, einer Fremdsprache für den Patienten. Feinheiten in der Bedeutung einzelner Items könnten durch die englische Testsprache vom Patienten dadurch missverstanden worden sein, was die Genauigkeit der Ergebnisse möglicherweise beeinflusst: Der Patient zeigt autistische Wahrnehmungs-Merkmale (AQ-10, AQ-50, Aspie Quiz, siehe **Abbildung 2**) und spezifisch neurodivergentes Sozial- und Talentverhalten, zusammen mit

neurotypischen Fähigkeiten wie Beziehungsaufbau und Kommunikation. Es bestehen soziale Beeinträchtigungen (ISK, IPDE, FKK), Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen und Angst vor negativer Bewertung, was seine soziale Integration erschwert, und bei ihm Leidensdruck verursacht. Überdurchschnittliche kognitive Leistungen (AMT, TOL, TMT) stehen im Kontrast zu einer sozialen Angststörung mit starkem Vermeidungsverhalten (SIAS, SPS, SPIN). Repetitive Verhaltensweisen und sensorische Hochsensibilität (HSP) ergänzen das Bild, ebenso wie perfektionistische Züge (MZI) und emotionale Abhängigkeit (IPDE, FKK).

Es ergaben sich im Detail folgende Befunde:

Autismus-Spektrum (ASS):

- **Autism Spectrum Quotient-Kurzversion (AQ-10):** 7/10 Punkte (Cut-off >6), Hinweis auf ASS (Allison et al., 2012; Baron-Cohen et al., 2001; Engelbrecht, 2024a) – in Muttersprache ausgefüllt- Sitzung 5
- **Autism Spectrum Quotient Langversion (AQ-50):** 32/50 Punkte (Autismus bei Männern ≥ 30.16 statistisch modelliert (Abu-Akel et al., 2019), Autistische Züge ≥ 26 (Baker et al., 2024; Engelbrecht, 2024b), historisch Cut-off ≥ 32 (Broadbent et al., 2013)), genau am historischen Cut-off, Hinweis auf autistische Züge-„Consistent with Autism“, im Autismusspektrum. Mittelwerte Autismus-Männer AQ-50 = $32.9 \pm (SD) 9.1$; Kontroll-Männer AQ-50= $17.1 \pm (SD) 7.6$ (Baron-Cohen et al., 2014; Engelbrecht, 2024b) -auf Englisch ausgefüllt – Sitzung 30, 12 Monate nach AQ-10
- **Aspie Quiz** (<https://rdos.net/eng/Aspie-quiz.php>): 121/200 Aspie-Punkte und 111/200 neurotypische Punkte. neurodiverses Verhalten in Talent, Sozialverhalten und Wahrnehmung; neurotypisches Verhalten in Beziehungsfähigkeit und Kommunikation (Ekblad, 2013)– in Muttersprache ausgefüllt, Sitzung 10, 6 Wochen nach AQ-10

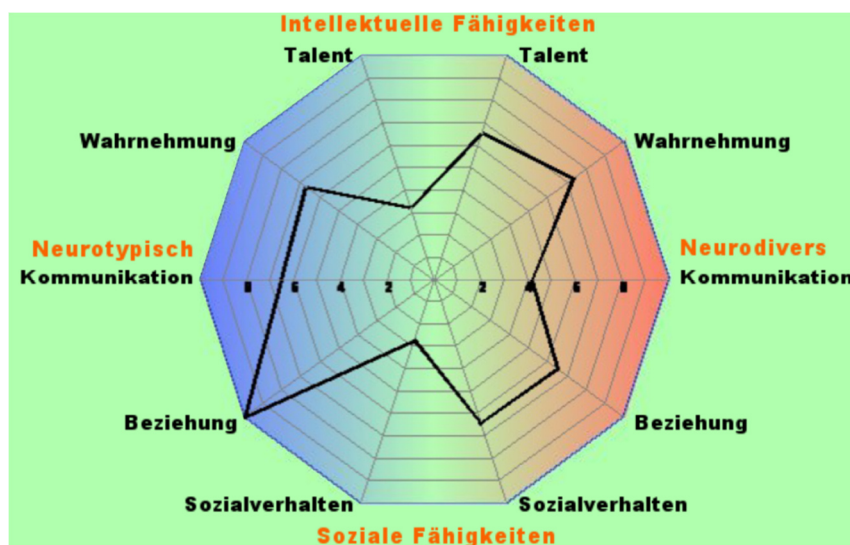


Abbildung 2: Aspie-Quiz – Profil des Patienten

Das Radar-Diagramm zeigt ein gemischtes Profil: neurodiverse Ausprägungen in Sozialverhalten, Perzeption und Talent (sensorische Sensibilität, Mustererkennung, Einfühlungsvermögen), neurotypische Merkmale in Beziehungsfähigkeit und Kommunikation. Trotz des stärker neurotypischen Kommunikationsprofils beschreibt der Patient subjektive Unsicherheit und diffuse Kommunikationsprobleme – erklärbar durch Camouflaging und eine fehlende intuitive Verankerung sozialer Regeln. Menschen mit Hochfunktionaler ASS mit solch einem maskiertem Neurodiversitätsprofil sind laut (Dziobek & Stoll, 2019; Gadow et al., 2005) sogar anfälliger für sekundäre soziale Phobien, bedingt durch neurotypische Erwartungshaltungen und wiederholte negative Interaktionserfahrungen mit neurotypischen Menschen.

Soziale Phobie und Ängste:

- **Social Interaction Anxiety Scale (SIAS):** 58/80 Punkte (Cut-off >34), deutliche soziale Angst (Mattick & Clarke, 1998). – in Muttersprache ausgefüllt
- **Social Phobia Scale (SPS):** 37/80 Punkte (Cut-off >17), signifikante soziale Phobie (Mattick & Clarke, 1998). – in Muttersprache ausgefüllt
- **Sozialphobie Inventar (SPIN):** PR100 (Cut-off >PR84), ausgeprägte sozialphobische Tendenzen (Connor et al., 2000) -auf Englisch ausgefüllt

Kognitive Fähigkeiten:

- **Adaptive Matrizentest (AMT):** PR93 (Cut-off >PR84), überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten (Raven, 2000). -auf Englisch ausgefüllt
- **Tower of London (TOL):** PR98 (Cut-off >PR84), exzellente Planungsfähigkeit (Nespodzany et al., 2018; Shallice, 1982). -auf Englisch ausgefüllt
- **Trail Making Test (TMT):** PR100 (Cut-off >PR84), hohe kognitive Flexibilität und Verarbeitungsgeschwindigkeit (Kleinmans et al., 2005). -auf Englisch ausgefüllt
- **Cognitrone (COG):** PR92 (Cut-off >PR84), überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und kognitive Verarbeitung (WTS Marketplace. SCHUHFRIED COG-Cognitrone zur Messung von Aufmerksamkeit, o. J.). -auf Englisch ausgefüllt
- **Verbaler Lerntest (VLT):** PR99 (Cut-off >PR84), hervorragende verbale Merkfähigkeit (van der Elst et al., 2005; VLT/NVLT - Verbaler und Nonverbaler Lerntest, o. J.). -auf Englisch ausgefüllt

Empathie und Emotionen:

- **Empathie-Quotient (EQ):** 28/80 Punkte = PR17 (Cut-off EQ ≤ 30 Punkte (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), Normalbereich PR: 16-84), unterer Durchschnitt in empathischen Fähigkeiten der kognitiven und sozialen Empathie. Autismus-Männer EQ= $PR20.4 \pm (SD) 12.4$; Kontroll-Männer EQ= $PR38.0 \pm (SD) 13.7$ (Baron-Cohen et al., 2014). -auf Englisch ausgefüllt
- **Theory of Mind Test (TOM):** PR73 (Normbereich PR: 16-84), durchschnittliche kognitive Empathie, typisch für ASS im Erwachsenenalter (Brewer et al., 2017; Hutchins et al., 2021; Zivrali Yarar et al., 2021). -auf Englisch ausgefüllt
- **Toronto Empathy Questionnaire (TEQ):** 48/64 Punkten (Cut-off <45), überdurchschnittliche emotionale Empathie (EE). Kontroll-Männer: 43.46–44.45 Punkte (Engelbrecht, 2024b; Spreng et al., 2009). – in Muttersprache ausgefüllt

- **Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-26): PR53 (Cut-off >PR84), durchschnittliche Fähigkeit zur Gefühlserkennung** (Bagby et al., 1994). -auf **Englisch** ausgefüllt
- **Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF): SW92, (Normbereich SW: 80-120), durchschnittliche emotionale Kompetenz im Erkennen, Regulieren und Ausdrücken eigener und fremder Emotionen** (Keck et al., 2024; Küttner, 2023; Rindermann, 2009). -auf **Englisch** ausgefüllt

Zwangssymptome und soziale Orientierung (OCD):

- **Multidimensionales Zwangsinventar (MZI): MZI-total 52/220 (Cut-off für a) Angst/Depression > 49,61, b) OCD > 86.26), Kontroll- und Symmetriezwänge sowie zwanghaftes Horten** (Gönnert et al., 2016; NovoPsych, o. J.; Thordarson et al., 2004). -auf **Englisch** ausgefüllt
- **Inventar Sozialer Kompetenzen – Kurzversion (ISK-K): PR4 (Normbereich PR: 16-84), reduzierte soziale Orientierung und geringe Durchsetzungsfähigkeit** (Kanning, 2009). -auf **Englisch** ausgefüllt

Sensorische Sensibilität:

- **Hochsensibilitätstest (HSP): PR95 (Cut-off > PR84), starke Reizempfindlichkeit gegenüber Umweltreizen, verstärkt durch sensorische Überempfindlichkeit** (Aron & Aron, 1997; HSP-Test - zartbesaitet.net, o. J.). -auf **Englisch** ausgefüllt
- **Heidelberger Dissoziations-Inventar (SDE, Skala Dissoziativer Erfahrungen): PR83 (Cut-off > PR84), leicht erhöhte Neigung zu dissoziativen Mechanismen** (Brunner et al., 2008) -auf **Englisch** ausgefüllt

Persönlichkeitsmerkmale:

- **International Personality Disorder Examination (IPDE): einzelgängerische und perfektionistische Akzentuierungen** (Loranger et al., 1994). -auf **Englisch** ausgefüllt
- **Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK): emotionale Abhängigkeit von anderen und geringe Durchsetzungsfähigkeit** (Krampen, 1991). -auf **Englisch** ausgefüllt

Das Empathieprofil des Patienten zeigt ein **auffälliges Ungleichgewicht zwischen EE und CE:**

- 1) **EE (TEQ): 48/64 (überdurchschnittlich; Cut-off <45),**
- 2) **CE (TOM): PR 73 (unauffällig; Normbereich PR 16–84)**
- 3) **CE-EE Gleichgewicht (EQ): PR 17 (unterdurchschnittlich; Normbereich PR 16–84)**

Diese Konstellation spricht für eine **hohe emotionale Resonanz bei eingeschränkter kognitiver Integration**, also ein Ungleichgewicht von **EE>>CE** im Sinne des **EIH-Modells** (Shalev et al., 2022). Dieses Profil ist **typisch für ASS** und kann zu sozialer Überforderung, negativen Interaktionserfahrungen und letztlich zur Entwicklung **sekundärer sozialer Ängste** beitragen. **Merke:** Bei Erwachsenen mit ASS und hohem IQ liegen **TOM-Leistungen** häufig im neurotypischen Normbereich. Frühere Defizite scheinen in dieser Gruppe im Entwicklungsverlauf durch **kognitive Kompensationsmechanismen** ausgeglichen werden zu können (Brewer et al., 2017). Auch im vorliegenden Fall verfügt der Patient über ein Hochbegabten-Profil und zeigt entsprechend kein TOM-Leistungsdefizit, sondern liegt im unauffälligen Durchschnitt. Gleichzeitig belegen Studien, dass TOM-Werte **nicht mit sozialphobischen Symptomen korrelieren**, etwa gemessen über SPIN-Werte (Shalev & Uzefovsky, 2020; Smith, 2009) – ein Zusammenhang, der auch hier nicht nachweisbar ist. Denn der Patient hat sehr eine sehr stark ausgeprägte soziale Phobie, durch klinisch relevante SPIN-Werte bei gleichzeitig unauffälligem TOM-Profil. Der TOM-Test (als Maß für CE) kann daher nicht zur Vorhersage der Vulnerabilität für **soziale Phobie bei ASS** herangezogen werden.

Standardisierte Verifizierung der Asperger-Diagnose gemäß Leitlinien und Manualen

Die Diagnostik im Erwachsenenalter orientiert sich an internationalen Leitlinien und Manualen (Dziobek & Stoll, 2019; Fuentes et al., 2021; NICE, 2012; Tebartz van Elst, 2013; Vllasaliu, 2016). Dabei wird die stärker zählende klinische Beurteilung abgeleitet aus der Patienten-Beobachtung durch zusätzliche halbstrukturierte Interviews ergänzt. Während die sogenannten „Goldstandards“ wie der ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) häufig empfohlen werden, kritisieren die ESCAP-Guidelines deren Validität als „unzureichend“ und „irreführend“ (Fuentes et al., 2021).

Die aktuellen NICE-Guidelines (NICE, 2012) empfehlen an erster Stelle das **Adult Asperger Assessment (AAA)** (Baron-Cohen et al., 2005), während der ADOS-2 Modul 4 lediglich nachgereiht wird. In den deutschen S3-Leitlinien (Vllasaliu, 2016) wird hingegen gar kein standardisiertes Interview für Erwachsene verpflichtend empfohlen, da die Evidenzlage zur Validität unzureichend sei (Roy & Strate, 2022).

Der **ADOS-2 Modul 4** (Lord et al., 2015) fokussiert auf beobachtbares Sozial- und Kommunikationsverhalten bei Erwachsenen. Bei hochfunktionalen, spät diagnostizierten Erwachsenen führt dies häufig zu falsch-negativen Befunden, da kompensatorische Camouflaging-Strategien Defizite maskieren (Dziobek & Stoll, 2019; Roy & Strate, 2022). Zudem kann eine komorbide soziale Phobie falsch-positive Resultate erzeugen (Dziobek & Stoll, 2019). Der

ADOS-2 wurde ursprünglich für Kinder konzipiert und später auf Erwachsene erweitert, weshalb er nicht spezifisch auf hochfunktionalen Autismus bzw. Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter zugeschnitten ist (Lord et al., 2015). Im Gegensatz dazu wurde das **AAA** spezifisch für Erwachsene mit Asperger-Profil entwickelt (z. B. hohe Sprachfähigkeit, keine frühe Sprachverzögerung) und setzt bewusst strengere Kriterien als das DSM-IV, um falsch positive Fehldiagnosen zu reduzieren (Baron-Cohen et al., 2005).

Vergleich AAA vs. ADOS-2:

Instrument	Ausrichtung	Inhalte & Domänen	Schwächen / Diagnostikprobleme
AAA	Spezifisch für Asperger bei Erwachsenen	Halbstrukturierte Beobachtung von Sozialverhalten (A), Repetitive und restriktive Verhaltensmuster (RRB, B), pragmatische Kommunikation (C), Vorstellungskraft (D), Voraussetzungen (E); plus Patientenbefragung mit AQ und EQ Screening	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-IV-basiert • Fokus auf Asperger-Profile • Mischung Selbst- (AQ, EQ) & Diagnostiker (Fremd-) bericht • Abhängig von Patient & Diagnostiker • Nicht allein für Diagnostikvalidierung ausreichend
ADOS-2	Allgemeines Autismus-Spektrum-Störungs (ASS) Diagnostikum –Modul 4 für Erwachsene	Halbstrukturierte Beobachtung sozial-kommunikativer und repetitiver Verhaltensweisen	<ul style="list-style-type: none"> • Falsch-negativ bei Camouflaging • Falsch-positiv bei sozialer Phobie • Nur Beobachter-Rating, keine Selbstberichte • Deckt wenige Bereiche ab • Ursprünglich für Kinder • Nicht allein für Diagnostikvalidierung ausreichend

Ergebnisse im vorliegenden Fall

ADOS-2 Modul 4 (Lord et al., 2015):

Der Patient zeigte ein komplexes Sprachniveau mit monotoner Prosodie, eingeschränkter Gesprächsinitiation, reduzierter Gestik, eingeschränkter sozialer Gegenseitigkeit sowie rigide Interessen und ritualisiertes Verhalten. Die Summenwerte lagen mit **Kommunikation = 6 (Cut-off ≥ 3)**, **Soziale Interaktion = 9 (Cut-off ≥ 6)**, **Gesamt A+B = 15 (Cut-off ≥ 10)** deutlich im autistischen Bereich.

→ Die Ergebnisse sprechen für ASS, wobei die Interpretationsprobleme (Camouflaging, Komorbidität soziale Phobie) die Aussagekraft einschränken (Dziobek & Stoll, 2019; Roy & Strate, 2022).

Adult Asperger Assessment (AAA) (Baron-Cohen et al., 2005):

Der Patient erfüllte alle Kernkriterien:

- A: soziale Interaktion 5/5 (≥ 3),
- B: repetitive Verhaltensmuster 4/4 (≥ 3),
- C: kommunikative Besonderheiten 5/5 (≥ 3),
- D: Vorstellungskraft 3/3 (≥ 1),
- E: alle Voraussetzungen erfüllt.

Die Screeningwerte bestätigten dies: **AQ = 32 (Cut-off ≥ 32)**, **EQ = 28 (Cut-off ≤ 30)** (Baron-Cohen et al., 2005).

→ Damit ergibt sich nach AAA ein eindeutiger Befund für hochfunktionalen Autismus (historisch Asperger-Syndrom).

Zusammenfassung

Im vorliegenden Fall zeigte sich, dass beide Standarddiagnostik-Verfahren die ASS-Diagnose stützen, der AAA jedoch durch seine inhaltliche Spezialisierung und strengeren Kriterien eine höhere Validität im hochfunktionalen Erwachsenenalter aufweist. Die Ergebnisse decken sich mit den Leitlinien, die den ADOS-2 nicht verpflichtend vorsehen, sondern das AAA als spezifisches Instrument für die Diagnoseuntermauerung von Autismus im

Erwachsenenalter hervorheben (Baron-Cohen et al., 2005; Dziobek & Stoll, 2019; Fuentes et al., 2021; NICE, 2012; Vllasaliu, 2016).

2.4.3. Differentialdiagnosen

Bei der Diagnosestellung des Asperger-Syndroms (F84.5) und der sozialen Phobie (F40.1) wurden potenzielle Differentialdiagnosen geprüft, um alternative Störungen auszuschließen:

- 1. Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1):** Der Patient zeigt trotz sozialer Schwierigkeiten einen Wunsch nach Bindungen und intensive Interessen, was untypisch für die schizoide Persönlichkeitsstörung ist.
- 2. Zwangsstörung (F42):** Zwanghafte Routinen dienen der emotionalen Stabilisierung und gehören zur Asperger-Symptomatik, ohne belastende intrusive Gedanken, die für Zwangsstörungen charakteristisch wären.
- 3. ADHS (F90):** Keine Impulsivität oder motorische Unruhe; stattdessen fokussierte Interessen und ein Bedürfnis nach Struktur, untypisch für ADHS.
- 4. Depressive Störungen (F32-F33):** Soziale Einschränkungen resultieren aus dem Asperger-Syndrom und sozialer Phobie, nicht aus Depression. Der Patient hat keine Suizidgedanken und empfindet sein Leben als lebenswert mit vielen Genussmomenten. Er sieht seine Störung als Behinderung, die ihn daran hindert, seine Genüsse auszukosten.
- 5. Generalisierte Angststörung (F41.1):** Ängste sind spezifisch auf konkrete soziale Gruppenkontexte gerichtet und entsprechen der sozialen Phobie. Keine Sorgenschleifen erkennbar.

Die Diagnosen Asperger-Syndrom und soziale Phobie wurden bestätigt, während Zwangstendenzen und sensorische Überempfindlichkeit als Teil des Asperger-Syndroms eingeordnet wurden. Niedrige EQ-Werte und soziale Schwierigkeiten unterstützen die Asperger-Diagnose und grenzen sie von anderen Störungen ab.

2.5. Verhaltens- und Bedingungsanalyse (Bedingungsmodell)

2.5.1. Genese der Störungen - Auslösende Bedingungen

A) Aktuelle Symptomatik

Physiologie: Der Patient zeigt **neurodiverse Denk- und Wahrnehmungsweisen**, was funktionelle Besonderheiten in zentralen Hirnarealen wie dem **medialen präfrontalen Cortex** nahelegt (Lai et al., 2014). Besonders auffällig ist sein **Bedürfnis nach klarer, direkter Kommunikation**, ein Hinweis auf eine veränderte **sensorisch-semantische Verarbeitung**, wie sie häufig im Autismus-Spektrum beobachtet wird (Robertson & Baron-Cohen, 2017).

Seit etwa zwei Jahren leidet der Patient unter **anhaltendem Stress, chronischer Erschöpfung und einer unverarbeiteten Trauerreaktion** nach dem Tod seiner Großmutter. Diese Belastungen sprechen für eine **Dysregulation des Cortisolsystems** sowie eine **verstärkte limbische Aktivierung** (O'Connor et al., 2008). In der Interaktion zeigt er **wenig mimischen oder körpersprachlichen Affektausdruck**, was auf eine reduzierte Aktivierung von **Insulakortex und expressiv-motorischen Netzwerken** hindeuten kann (Zwick & Wolkenstein, 2017).

Im Kontakt wirkt der Patient ruhig, höflich und kontrolliert – ein Verhalten, das physiologisch als Zeichen einer **stabilen autonomen Regulation** über den **parasympathischen Vagusnerv und GABAerge Systeme** interpretiert werden kann (Thayer et al., 2012). Darüber hinaus sind **neurobiologische Veränderungen im Zuge der Vaterschaft** bedeutsam: Der Patient wurde vor zwei Jahren Vater – ein Zeitraum, in dem bei Männern hormonelle und neuronale Anpassungen wie **Oxytocin- und Serotoninanstieg** (Kiser et al., 2012), **Testosteronrückgang** sowie **Plastizität sozialer Hirnregionen** nachgewiesen wurden (Gettler et al., 2011; Kim et al., 2010).

Kognitionen: Der Patient erkennt Parallelen zum Burn-out seines Vaters vor zwei Jahren und möchte ähnliche Entwicklungen vermeiden. Hoher Leistungsanspruch und ständige Selbstüberwachung prägen sein Denken. Die kognitive Kontrolle wird durch neurodiverse Verarbeitungsweisen und das Bedürfnis nach Klarheit zusätzlich verstärkt (Robertson & Baron-Cohen, 2017).

Verhalten: Am Arbeitsplatz zieht er sich sozial zurück, wirkt ungeduldig und kommuniziert weniger. Konflikte nehmen zu. Auffällig ist die geringe emotionale Mimik und Körpersprache – ein Verhalten, das mit neurodiversitätsassoziiertem Expressivitätseinschränkung erklärbar ist (Zwick & Wolkenstein, 2017).

Emotionen: Er erlebt Hilflosigkeit und Scham im Beruf, zeigt Trauer nach dem Tod der Großmutter sowie fehlende Motivation, spricht dies aber kaum an. Emotionaler Rückzug und äußere Kontrolle deuten auf unausgedrückte Affekte. Die Vaterrolle, seit zwei Jahren, verstärkt möglicherweise unbewusst die emotionale Belastung und Verantwortungserwartung (Gettler et al., 2011).

B) Biologische Stressoren

Seit 2 Jahren erhöhte Stresslevel durch psychosoziale Stressoren.

C) Psychosoziale Stressoren

Ein kontinuierlicher Rückgang des Selbstwertgefühls begann zwischen dem 15. und 21. Lebensjahr. Ereignisse wie der Seitensprung seiner Jugendfreundin mit seinem besten Freund während der Adoleszenz führten zu einer allgemeinen Angst vor Vertrauensbrüchen von nahestehenden Personen. Die Geburt seiner Kinder sowie die Einmischung seiner Mutter in deren Erziehung verursachen anhaltende Spannungen. Der Patient betrachtet seine Mutter als Ursache für die familiären intergenerationellen Konflikte. Der Verlust der Großmutter, die als einziges Familienmitglied Unterstützung und Verständnis bot, löst ein Gefühl von Einsamkeit aus.

2.5.2. Entstehungsbedingungen - Prädisponierende Faktoren

A) Prädisposition / Vulnerabilitäten

Biologische Vulnerabilitäten: In der mütterlichen Familienlinie litten der Großvater und dessen Mutter an Depressionen. Der Vater des Patienten hatte vor zwei Jahren ebenfalls eine Depression. Hinweise auf Hochbegabung und Neurodiversität bestehen. Social-Camouflaging erzeugt Dauerstress und Erschöpfung (Hull et al., 2017).

Psychosoziale Prädisposition: Der Patient ist der älteste von drei Söhnen, seine Partnerin ist mehr als zehn Jahre älter. Beruflich erfordert die Arbeit viele neurotypische Interaktionen, was ihn belastet und zu einem Gefühl des Kontrollverlusts führt. Dies entsteht durch das Social-Camouflaging, dass sich durch das wiederholte Erleben falsch verstanden zu werden, entwickelt hat (Hull et al., 2017).

B) Kindheit und Persönlichkeit

Kindheit: Als Teenager erlebte der Patient zwei Umzüge, die er als belastend empfand. Er fühlte sich dadurch seiner Stabilität und seinem sozialen Umfeld entrissen. Der Patient nahm die Erziehung der Mutter als kontrollierend wahr, während er den Vater als wenig unterstützend empfand und eine mangelnde Wertschätzung seitens des Vaters feststellte. Es bildet sich der Glaubenssatz heraus, nur durch Leistung akzeptiert zu werden.

Berufliche Entwicklung: Der Patient erzielte in Schule und Uni sehr gute Leistungen, hatte jedoch im Beruf aufgrund von Kommunikationsstress und Perfektionsdruck mit Ängsten und Verzweiflung zu kämpfen.

Emotionsregulation: Lauftraining wird vom Patienten zur Regulierung seiner Emotionen, insbesondere von Wut, eingesetzt. Weitere Bewältigungsstrategien umfassen das Kauen der Fingernägel und den Rückzug. Das klinisch-psychologische Gutachten beschreibt ihn als introvertiert, perfektionistisch und wenig durchsetzungsfähig.

C) Lerngeschichte

Prägende Lebensereignisse: Der Patient machte in seiner Jugend zwei bedeutende Umzüge durch, die ihn sehr destabilisierten. Im Alter von 19 Jahren erlebte der Patient einen Vertrauensbruch aufgrund eines Seitensprungs seiner damaligen Freundin mit seinem besten Freund. Mit 23 Jahren verließ er sein Heimatland, was eine Reduktion des Kontakts zu seinen Eltern und Geschwistern zur Folge hatte. Die Geburt seiner Kinder vor zwei Jahren und die darauffolgenden Konflikte mit seiner Mutter verschärften die bestehende Problematik.

Familiengeschichte: Der Patient lebt mit seiner Partnerin zusammen, mit der er seit 5 Jahren verpartnert ist und die er während der Therapie heiratet. Vor zwei Jahren wurden sie Eltern. Lange Besuche seiner Eltern führen zu Konflikten mit seiner Partnerin und erschweren ihm die Balance zwischen seinen Rollen als Vater, Ehemann und Sohn. Denn seine Partnerin fühlt sich von ihrer Schwiegermutter angegriffen und bittet ihren Partner um Unterstützung, was ihn unter Druck setzt. Auch die Partnerin des Patienten ist in psychotherapeutischer Behandlung. Der Patient bemerkt bei seinen Kindern ebenfalls erste Anzeichen einer sozialen Phobie.

2.5.3. Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen

Die aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptomatik des Patienten sind stark durch sein Vermeidungsverhalten geprägt, das darauf abzielt, soziale Überforderung und negative Bewertungen zu vermeiden. Durch das Zurückziehen aus sozialen Interaktionen und die Überwachung seiner eigenen Ausdrucksweise versucht er, potenziellen Konflikten und Missverständnissen aus dem Weg zu gehen. Diese Strategien bieten ihm kurzfristig Erleichterung und schützen vor sensorischer Überlastung sowie sozialem Stress. Langfristig verstärken sie jedoch seine soziale Isolation und festigen den Glaubenssatz, dass er nicht in der Lage ist, soziale Erwartungen zu erfüllen.

Das mangelnde Verständnis für seine eigenen neurodiversen Bedürfnisse trägt zusätzlich dazu bei, dass er sich häufig als unzulänglich wahrnimmt und Konflikte mit seiner Umgebung vermeidet, anstatt diese aktiv zu lösen. Seine kognitiven Verzerrungen, wie das Katastrophisieren möglicher sozialer Fehlritte, und sein Perfektionismus, der ihn dazu bringt, sich übermäßig selbst zu kontrollieren, tragen zur Aufrechterhaltung seines Leidens bei. Diese Mechanismen bieten ihm die Illusion von Kontrolle, verhindern jedoch, dass er alternative, langfristig wirksame Bewältigungsstrategien entwickelt.

Insgesamt fördern die beschriebenen Verhaltensweisen und Denkmuster die Chronifizierung seiner sozialen Phobie, da sie den Patienten in einem Kreislauf von Vermeidung und negativen Selbstüberzeugungen gefangen halten.

2.5.4. Horizontale Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C-Modell)

Situation (S)

Der Patient begibt sich in der Mittagspause mit seinem Mittagessen auf die Terrasse seiner Arbeitsstelle. Es ist ein sonniger Tag, und seine Kollegen sind bereits in ein Gespräch vertieft, als er sich ihnen nähert. Er würde sich gerne zur Gruppe seiner Arbeitskollegen hinzugesellen und die Gemeinschaft erleben.

Organismusvariable (O)

Biologische Faktoren:

Hochsensibilität: Verstärkte sensorische Wahrnehmung, die schnell zu Überforderung führen kann. Überempfindlichkeit gegenüber Umweltreizen. Schwierigkeiten mehreren Gesprächssträngen in Gruppen zu folgen.

Neurodiverses Empathie-Ungleichgewicht: Diskrepanz zwischen großer EE und schwächerer CE führt zu Schwierigkeiten, soziale Signale zu interpretieren, vor allem in Gruppen mit mehreren Gesprächspartnern gleichzeitig.

Psychologische Faktoren:

Schema der sozialen Ablehnung: „Ich könnte die anderen stören und unerwünscht sein.“

Schema der Unterwerfung: „Es ist besser, im Hintergrund zu bleiben, als negative Aufmerksamkeit zu erregen.“

Bedürfnis nach Harmonie: Geringe Konflikttoleranz; Angst, mit Äußerungen andere zu verärgern.

Gedanken über soziale Fähigkeiten: Zweifel an der Fähigkeit, Gespräche zu initiieren oder fortzuführen („Ich weiß nicht, wie ich mich in eine laufende Unterhaltung einbringen kann, ohne fehl am Platz zu wirken.“).

Frühere Lerngeschichte: Erfahrungen von Zurückweisung und Überforderung in der Kindheit.

Dysfunktionale Glaubenssätze: „Ich muss perfekt sein, um akzeptiert zu werden.“

Metakognitive Überzeugungen: „Wenn die Angst so stark ist, muss etwas dran sein.“

Soziale Faktoren:

Neurodiverse Merkmale: Erschwerte Integration in soziale Kontexte durch besondere Wahrnehmung und Empfindlichkeit. Dadurch Unverständnis wie und mit welchen Regeln neurotypische soziale Interaktionen ablaufen.

Emotionale Sensibilität: verstärkte Aktivierung der Amygdala als Reaktion auf soziale und emotionale Reize.

Reaktion (R)

Kognitiv: Der Patient fürchtet, das Gespräch und die Gruppendynamik durch sein Hinzustoßen zu stören und nicht willkommen zu sein. Gedanken darüber, wie er stören könnte, Überzeugung, dass sein Beitrag unerwünscht wäre, Unsicherheit darüber, wie er sich sozial verhalten soll. Gedankenketten wie: "Was, wenn ich störe?", "Wie kann ich mich unauffällig einbringen?" oder "Vielleicht denken sie, ich passe nicht dazu." **Emotional:** Angst, Unsicherheit,

Scham, nicht akzeptiert zu werden, Verlegenheit. **Physiologisch:** Herzklopfen, leichte Übelkeit, Gefühl der Anspannung, Nervosität. **Verhalten:** Der Patient nähert sich dem Esstisch der Gruppe, schweigt, beobachtet die Gruppe und vermeidet es, sich aktiv in die Unterhaltung einzubringen. Er bleibt eher passiv, sagt nichts und wirkt distanziert, obwohl er sich dazusetzt, schaut auf sein Essen.

Konsequenz (K)

- **Kurzfristige Konsequenzen:**

K_k^+	<ul style="list-style-type: none"> ○ kurzfristige Erleichterung, nichts Falsches gesagt zu haben, weil er ja gar nichts gesagt hat. ○ Patient kann ohne Unterbrechung essen, weil er nicht aktiv am Gespräch teilnimmt.
K_k^-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Emotionale Belastungen durch unpassende Aussagen durch passives Verhalten vermieden ○ Anstrengende, empathische Anforderungen durch fehlende Kontaktaufnahme gar nicht nötig ○ Schutz vor sozialer Überstimulation, Überforderung, Unsicherheit und Reizüberflutung ○ Missverständnisse und peinlicher Situationen werden vermieden ○ kurzfristige Angstreduktion
K_k^+	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verstärkte soziale Isolation durch mangelnde Gesprächsanteilmahme. ○ Verpasste Chance von Lernerfahrungen in kognitiver Empathie und sozialen Fähigkeiten. ○ Verpasste Möglichkeiten der Selbstwertstärkung durch positive soziale Bindungserlebnisse. ○ Rückzug verhindert potenziell positive Rückmeldungen oder Akzeptanzsignale der Kollegen.
K_k^-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Schwierigkeiten, aktuelle soziale Signale wie Ironie oder subtile Hinweise zu erkennen, führen zu wiederum zu neuer Unsicherheit und sozialer Angst. ○ Angst vor Missverständnissen und unsozial erlebt zu werden verstärkt Anspannung und Grübeln. ○ Fokussierung auf eigene Unsicherheit und Überforderung verursacht kognitive und emotionale Überlastung. ○ Frustration entsteht durch das Bedürfnis nach sozialer Teilnahme bei gleichzeitiger Unfähigkeit. ○ Bestätigung des Glaubens an Andersartigkeit, verstärkt den Rückzug.

- **Spezifische kurzfristige Konsequenzen im Kontext von kognitiver und emotionaler Empathie:**

K_k^-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Schwierigkeiten, die Perspektive der Kollegen einzunehmen, erhöhen das Gefühl der Distanz und verringern die Fähigkeit, sich emotional verbunden zu fühlen. ○ Die mangelnde Fähigkeit, Emotionen anderer intuitiv zu erkennen/benennen, verstärkt das Gefühl der sozialen Unzulänglichkeit und Isolation. ○ Durch die Herausforderung, eigene Emotionen adäquat auszudrücken, entsteht bei den Kollegen der Eindruck von Desinteresse oder Ablehnung, was die Isolation weiter verstärkt.
K_k^+	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eine mögliche Fehlinterpretation sozialer Signale (z. B. das Übersehen eines willkommen heißen Lächelns) führt dazu, dass der Patient sich zurückzieht, obwohl die Situation möglicherweise offen und freundlich wäre.

- **Langfristige Konsequenzen:**

K_l^+	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklung von Selbstständigkeit und Autonomie, Unabhängigkeit von sozialen Interaktionen.
K_l^-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Kollegen senken die sozialen und Kommunikations-Anforderungen an den Patienten
K_l^+	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verhinderung des Erlernens von kognitiver Empathie und Interpretation sozialer Hinweise. ○ Verlust und Verhinderung von Bindung zu Kollegen: Entfremdung und Isolation im Arbeitskontext. ○ Überforderung und Frustration der Kollegen über das Verhalten des Patienten, Verlust von Kooperationsbereitschaft.
K_l^-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Generalisierte Angst vor Arbeit, Meetings, neuen Gruppen. ○ Allgemeine Schwierigkeiten beim Aufbau und Vertiefen von Beziehungen. ○ Verstärkte Überzeugung der Andersartigkeit, chronische Selbstwertprobleme. ○ Verfestigung negativer Überzeugungen der eigenen sozialen Inkompetenz, zunehmende Resignation, Verlust von Selbstvertrauen, Intensivierung sozialer Phobie. ○ Fehlende soziale Kontakte, Risiko für Depressionen und Burnout. ○ Fixierung auf Vermeidungsstrategien, Verharren in Gedankenkreisen. Verstärkung des Negativen Denkens: Niemandem kann man vertrauen

Kontingenz (C)

Das Verhalten des Patienten zeigt eine hohe Kontingenz. In fast allen Gruppensituationen zieht er sich zurück und vermeidet es, aktiv zu werden. Dieses Vermeidungsverhalten verstärkt die sozialen Ängste langfristig und verhindert, dass er positive Erfahrungen macht, die sein Vertrauen in soziale Situationen stärken könnten.

2.5.5. Vertikale Verhaltensanalyse via Plananalyse

Die Plananalyse verdeutlicht die Zielhierarchie und Motivstruktur des Patienten, bei dem eine ASS und soziale Phobie vorliegen. Seine zwanghafte Fixierung auf Routinen adressiert alle vier Grundbedürfnisse nach Grawe (Grawe et al., 1994) (siehe **Abbildung 3**):

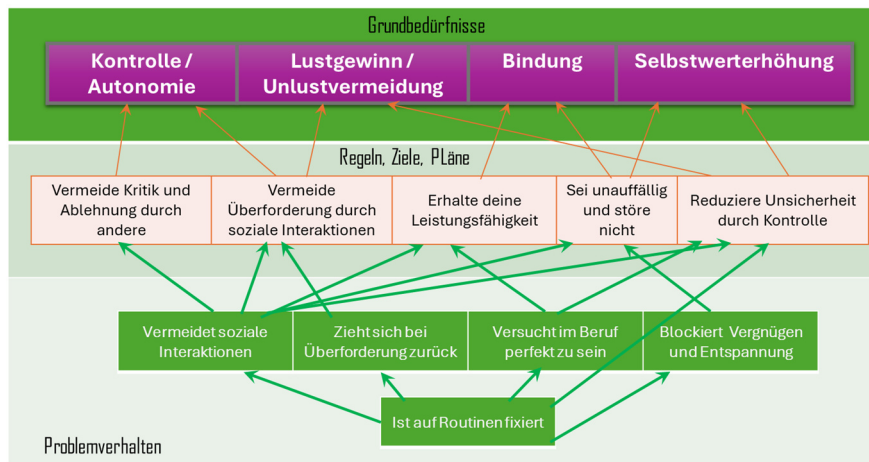


Abbildung 3: Die Plananalyse zeigt, dass die Verhaltensmuster des Patienten stark von seinen Grundüberzeugungen und neurodiversen Merkmalen wie Routinen und Perfektionismus geprägt sind. Diese führen kurzfristig zur Angstreduktion und Kontrolle, erhöhen aber langfristig seine soziale Isolation, Überforderung und Selbstwertprobleme. Es zeigen sich Konflikte zwischen dem Wunsch nach Beziehung und der Angst vor Verletzung und Überforderung.

- 1. Bindung und Zugehörigkeit:** Trotz seiner sozialen Ängste strebt der Patient nach Akzeptanz und Zugehörigkeit. Gleichzeitig vermeidet er Ablehnung, indem er sich unauffällig verhält, häufig zustimmt oder sich zurückzieht. Bindung versucht er durch Perfektionismus, hohe Leistungen und Konfliktvermeidung zu erhalten. Seine Überzeugungen wie „Ich darf keine Last sein“ und „Ich muss alles richtig machen“ sind dabei prägend und führen dazu, dass er selten authentische Beziehungen eingeht.
- 2. Selbstwertschutz:** Der Patient empfindet Perfektionismus als zentralen Schutzmechanismus, um Wertlosigkeit zu vermeiden. Seine hohen Ansprüche an sich selbst sowie die Angst, Fehler zu machen, führen jedoch zu sozialem Rückzug und verstärken Überzeugungen wie „Ich bin nicht gut genug“. Durch das Einhalten perfektionistischer Routinen versucht er, soziale Situationen unter Kontrolle zu bringen und seinen Selbstwert zu stabilisieren. Dabei entsteht ein Teufelskreis: Der Versuch, Kontrolle zu erlangen, führt kurzfristig zu Erleichterung, langfristig jedoch zu Isolation und Selbstwertproblemen.
- 3. Orientierung und Kontrolle:** Feste Routinen geben dem Patienten Sicherheit in einer ansonsten als chaotisch empfundenen Welt. Diese Routinen schützen ihn vor Kontrollverlust, sensorischer Überforderung, Kritik und Konflikten. Der Wunsch nach Orientierung zeigt sich in seinem Streben nach planbaren, vorhersehbaren Abläufen, die ihm das Gefühl von Stabilität und Kontrolle vermitteln.
- 4. Unlustvermeidung und Lustgewinn:** Der Patient vermeidet belastende oder stressauslösende Situationen aktiv. Freude und Freizeitaktivitäten erlaubt er sich nur, wenn er vorher Leistung erbracht hat. Dennoch erlebt er oft Schuldgefühle, wenn er sich Zeit für sich selbst nimmt, da er dies als egoistisch empfindet. Seine Grundüberzeugungen, dass Lust nur nach harter Arbeit legitim ist, schränken ihn stark ein und verhindern spontane Momente der Freude.

Zentrale Konflikte: Es zeigen sich Konflikte zwischen dem Wunsch nach Zugehörigkeit und der Angst vor Ablehnung sowie zwischen seinem Streben nach Authentizität und der Notwendigkeit zur Anpassung. Der Patient möchte einerseits Beziehungen aufbauen, fürchtet jedoch gleichzeitig Verletzungen und Überforderung.

Therapeutischer Fokus, abgeleitet aus der Plananalyse: Die Förderung einer Balance zwischen Autonomiebestreben und neuen, positiven Beziehungserfahrungen ist zentral, um das unerfüllte Bindungsbedürfnis des Patienten zu adressieren. Gleichzeitig könnte dies langfristig dazu beitragen, seinen Selbstwert zu stärken und seine sozialen Kompetenzen auszubauen.

2.5.6. Health-Belief-Modell

Der Patient konnte im Erstgespräch keine klare Erklärung für sein Unwohlsein geben, was auf eingeschränkte CE hinweist, passend zur Diagnose von ASS und sozialer Phobie. Sein persönliches Health-Belief-Modell wurde vor allem durch Beobachtungen seiner Partnerin, seiner Vorgesetzten und der Therapeutin erschlossen. Während die Partnerin Belastungen wie Arbeit, familiäre Verluste (Tod der geliebten Großmutter) und die Partnerschaft betonte, äußerte der Patient zunächst nur den Wunsch, „besser kommunizieren“ zu können, und führte sein Unbehagen auf

Kommunikationsdefizite zurück. Aus den Erzählungen des Patienten über seine Vorgesetzte ging hervor, dass diese sich mehr Kommunikation und Meetingzeit mit ihm wünschte, um als Team Projektfortschritte und Verkaufspitches zu erarbeiten. Die Kommunikationswünsche verursachten dem Patienten Stress und erschienen ihm als unnötiger Zeit- und Energieaufwand, da er am liebsten allein arbeitete. Auffällig war sein schnelles Handeln, wie die Kündigung seiner Arbeitsstelle nach der zweiten Sitzung, obwohl die berufliche Belastung zunächst für mich nicht klar erkennbar war. Er nahm sich eine zweimonatige Arbeitsauszeit, führte zwei Vorstellungsgespräche und nahm nach circa drei Monaten einen neuen Job an. Er kehrte zu seinem vorherigen Arbeitgeber zurück, jedoch in eine andere Arbeitsgruppe als zuvor.

2.5.7. Ressourcenanalyse

Die **Ressourcenanalyse** des Patienten zeigt ein breites Spektrum an unterstützenden Faktoren, die ihm bei der Bewältigung seiner Herausforderungen helfen. Zu den **Personenressourcen** zählt seine ausgeprägte **Problemlöseorientierung** und **Selbstreflexionsfähigkeit**, die es ihm ermöglichten, bereits in der zweiten Therapiesitzung eigenständig die Entscheidung zu treffen, eine belastende Arbeitsstelle zu kündigen. Seine **hohe Intelligenz** und **analytischen Fähigkeiten** befähigen ihn, Strukturen und Muster zu erkennen und rationale Lösungen in schwierigen Situationen zu finden. Trotz eingeschränkter kognitiver Empathie zeigt er eine tiefe **emotionale Bindung** zu seiner Familie, insbesondere zu seinen Kindern, die für ihn eine zentrale **Kraftquelle** darstellen. Bemerkenswert ist auch seine außergewöhnliche **Anpassungsfähigkeit**, die sich beispielsweise in seiner erfolgreichen Migration in ein neues Land und seine Integration in eine fremde Kultur zeigt.

Seine **physischen Ressourcen** umfassen den **wettbewerbsmäßigen Rennsport**, der ihm nicht nur körperliche Fitness, sondern auch ein Gefühl von **Selbstwirksamkeit** und **Erfolg** vermittelt. Lauftraining nutzt er aktiv zur **Emotionsregulation**, insbesondere bei Wut oder innerer Unruhe.

Im Bereich der **Umweltressourcen** ist seine Partnerin eine zentrale Unterstützung, die ihn nicht nur zur Therapie motivierte, sondern auch im Alltag Verständnis und Rückhalt bietet. Zudem profitiert er von einem **stabilen familiären Netzwerk**, das ihm Sicherheit gibt, und von seiner **finanziellen Unabhängigkeit**, die es ihm ermöglicht, selbstbestimmte Entscheidungen wie die Kündigung seiner Arbeitsstelle zu treffen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist seine Vorliebe für Ausflüge in die **Natur**, die ihm helfen, sensorische Überlastung abzubauen und neue Energie zu tanken.

2.6. Therapieziele

Die Therapieziele wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten entwickelt und nach zeitlicher Erreichbarkeit in kurzfristige, mittelfristige und langfristige Kategorien gegliedert (**Tabelle 1**). Diese Zielsetzung berücksichtigt sowohl die individuellen Wünsche des Patienten als auch die therapeutischen Schwerpunkte. Die Ziele wurden final gemeinsam priorisiert und klassifiziert:

Kurzfristige Ziele: Aus Sicht des Patienten steht die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im Vordergrund, insbesondere das Lernen, Gespräche initiieren und aufrechterhalten zu können. Die Therapeutin legt den Fokus darauf, Überforderung zu reduzieren und den Patienten dabei zu unterstützen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen. Dies umfasst das Erlernen der Wahrnehmung verschiedener Emotionen sowie die Verbindung eigener körperlicher Empfindungen mit diesen Emotionen. Gemeinsam zielen die kurzfristigen Maßnahmen darauf ab, ein grundlegendes Selbstverständnis und die Fähigkeit zur Bedürfnisanalyse zu fördern.

Mittelfristige Ziele: Mittelfristig möchte der Patient die Fähigkeit entwickeln, selbstständig Telefonate zu führen und alltägliche kommunikative Herausforderungen souverän zu bewältigen. Aus therapeutischer Sicht steht die Förderung eines gestärkten Selbstwertgefühls und die umfassende Selbstakzeptanz im Vordergrund. Gemeinsam wird das Ziel verfolgt, die Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung nachhaltig zu etablieren und eine authentische Lebensgestaltung zu ermöglichen.

Langfristige Ziele: Langfristig strebt der Patient an, sich in sozialen Gruppen integrieren und wohlfühlen zu können. Die Therapeutin konzentriert sich darauf, den Patienten bei der Interpretation sozialer Signale und dem Verständnis

der Emotionen anderer zu stärken. Diese Schritte sollen dazu beitragen, die soziale Phobie zu überwinden. Das gemeinsam definierte Ziel ist die Entwicklung von Sozialkompetenz und die Fähigkeit, sich in Gruppen sicher zu bewegen.

Durch die Erreichung der gesetzten Ziele wird eine Reduktion sozialer Überforderung und emotionaler Belastung erwartet. Der Patient wird voraussichtlich mehr Sicherheit in sozialen Situationen gewinnen, seine Kommunikationsfähigkeit stärken und ein höheres Maß an Selbstwirksamkeit erleben. Langfristig soll dies zu einer stärkeren sozialen Integration und einer verbesserten Lebensqualität führen.

Kategorie	Ziele des Patienten	Ziele der Therapeutin	Gemeinsame Ziele
<i>Kurzfristig</i>	Kommunikation verbessern	Überforderung reduzieren, Bedürfnisse erkennen: u.a. mittels Erlernens der Korrelation von körperlichen Empfindungen mit Emotionen und differenzierter Emotionswahrnehmung	Ziel 1: Selbstverständnis und Bedürfnisanalyse
<i>Mittelfristig</i>	Selbstständige Telefonate führen können	Selbstwertgefühl stärken	Ziel 2: Bedürfnisbefriedigung
<i>Langfristig</i>	Wohlfühlen in sozialen Gruppen, Gespräche beginnen können	Soziale Signale besser verstehen	Ziel 3: Sozialkompetenz

Tabelle 1: Zusammengefasste Therapieziele in die 3 Kategorien: Ziele des Patienten, Ziele der Psychotherapeutin, und final gemeinsam gewählte und gereichte Ziele nach zeitlicher Erreichbarkeit, von kurz- nach langfristig klassifiziert.

2.7. Prognose

Die Prognose für den Patienten ist vorsichtig optimistisch. Seine hohe Therapiemotivation, ausgeprägte kognitive Fähigkeiten und starke Unterstützung durch seine Familie bilden eine solide Grundlage für den therapeutischen Prozess. Sein Engagement, soziale Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten verbessern zu wollen, spricht für eine positive Entwicklung. Herausfordernd bleiben jedoch die chronische soziale Überforderung, das tief verankerte Vermeidungsverhalten und die sensorische Überempfindlichkeit, wie auch die nicht veränderbare Neurodiversität im Hintergrund. Die erfolgreiche Umsetzung der Therapieziele, insbesondere die Förderung von Selbstakzeptanz und Sozialkompetenz, ist entscheidend. Langfristig hängt der Erfolg davon ab, wie gut der Patient Vermeidungsstrategien abbaut und positive soziale Erfahrungen ermöglicht, um eine nachhaltige Verbesserung seiner Lebensqualität zu erreichen.

2.8. Therapieplan

Ziel 1: Selbstverständnis und Bedürfnisanalyse

Der Therapieplan für das erste Ziel, **Selbstverständnis und Bedürfnisanalyse**, zielt darauf ab, das Verständnis des Patienten für eigene und fremde Bedürfnisse zu fördern, um die Grundlage für die Bewältigung sozialer Phobien und die Verbesserung sozialer Interaktionen zu schaffen. Zu Beginn wird der Patient durch **Selbstbeobachtung und Tagebuchaufzeichnungen** angeregt, seinen emotionalen Zustand sowie Gedanken und Körperreaktionen bewusst wahrzunehmen. Ziel ist es, zu erkennen, „*was fehlt mir*“ und „*wie geht es mir*“, und diese Erkenntnisse zu reflektieren (Hautzinger, 2021, S. 107–109). Ergänzend wird die **Spiegelübung** eingeführt, bei der der Patient sich regelmäßig mit seinen positiven Eigenschaften auseinandersetzen soll, um ein positives Selbstbild aufzubauen (Petrocchi et al., 2017). Durch explorative Gespräche und geleitete Übungen lernt der Patient, **eigene Vorlieben und Belastungsgrenzen** zu identifizieren, mit dem Fokus auf „*was gefällt mir*“ und „*was überfordert mich*“, insbesondere in sozialen Kontexten (Hautzinger, 2021, S. 201–222; Linden & Hautzinger, 2011, S. 257–260). Parallel dazu werden **dysfunktionale Glaubenssätze** wie „*Ich bin nicht gut genug*“ oder „*Ich darf keine Schwäche zeigen*“ mithilfe kognitiver Umstrukturierung und sokratischer Dialoge hinterfragt und durch realistischere Überzeugungen ersetzt (Linden & Hautzinger, 2011, S. 287–296). Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der **emotionalen Wahrnehmung**, bei der der Patient lernt, Gefühle mit körperlichen Reaktionen zu korrelieren. Ziel ist es, eine differenzierte

Emotionswahrnehmung zu entwickeln (Dziobek & Stoll, 2019, S. 130–134). Unterstützt wird dies durch die Einführung in Grawes Konzept der **Grundbedürfnisse**, das dem Patienten ein theoretisches Verständnis für seine emotionalen und kognitiven Bedürfnisse vermittelt (Grawe et al., 1994). Mithilfe **vertikaler Verhaltensanalysen** werden wiederkehrende Muster und zugrunde liegende Bedürfnisse identifiziert, um tief verwurzelte Mechanismen therapeutisch zu bearbeiten (Gatterer, 2022, S. 48–59; Linden & Hautzinger, 2011, S. 223–226). Zusätzlich wird das **SORKC-Modell** angewandt, um funktionale Zusammenhänge gut strukturiert zwischen Reizen, Reaktionen und Konsequenzen systematisch zu analysieren und spezifische Veränderungsansätze zu entwickeln (Linden & Hautzinger, 2011, S. 217–221). Die Bearbeitung dieser Schritte soll dem Patienten helfen, ein besseres **Selbstverständnis** zu entwickeln und seine Bedürfnisse klarer zu erkennen. Dies bildet eine wichtige Grundlage für die Arbeit an weiteren Zielen und trägt zur Reduktion von Unsicherheiten sowie zur Förderung eines positiven Selbstwertgefühls bei.

Ziel 2: Bedürfnisbefriedigung

Der Therapieplan für das zweite Ziel, **Bedürfnisbefriedigung**, legt den Fokus auf die Entwicklung emotionaler Selbstregulation und sozialer Kompetenzen, um das Wohlbefinden des Patienten zu steigern. Ein zentraler Bestandteil ist das **Erlernen der Emotionsregulation**. Mit Techniken wie kognitiver Umstrukturierung, Entspannungsübungen und Achtsamkeitsmethoden, beispielsweise „Gedanken als Wolken betrachten“, lernt der Patient, negative Emotionen besser zu distanzieren und zu regulieren. Dies fördert seine Fähigkeit, mit belastenden Gefühlen umzugehen, was nachweislich soziale Beeinträchtigungen reduziert (Samson et al., 2015). Die **Motivationsfindung** für Verhaltensänderungen wird mithilfe der „Vier-Zellen-Methode“ unterstützt, bei der Vor- und Nachteile aktueller und neuer Verhaltensweisen reflektiert werden. Rollenspiele und Visualisierungen helfen, die erarbeiteten Strategien zu festigen und die intrinsische Motivation zu steigern (Cai et al., 2018). Durch **Modelllernen** orientiert sich der Patient an Vorbildern, die empathisches Verhalten und effektive Kommunikation vorleben. Diese Verhaltensweisen werden analysiert und in Rollenspielen geübt, um soziale Kompetenzen gezielt zu stärken (Bandura & Kober, 1979). Ein weiteres Ziel ist es, den Fokus auf **Freude und positive Erlebnisse** zu lenken. Mit einem „Glückstagebuch“ werden positive Erfahrungen bewusst festgehalten, was langfristig das psychische Wohlbefinden verbessert (Goldsmith & Kelley, 2018). Parallel dazu wird durch geführte Affirmationen und Übungen die **Selbstliebe und Akzeptanz** gefördert, um Resilienz und Selbstwert zu stärken (Mazefsky et al., 2013).

Die **Kommunikation über Gefühle** wird durch Gesprächsübungen trainiert, in denen der Patient lernt, Emotionen wie Freude oder Belastung auszudrücken. Dies stärkt seine kognitive Empathie und soziale Beziehungen (Rieffe et al., 2011). Ergänzend werden in **Rollenspielen** Konfliktsituationen simuliert, bei denen der Patient das Formulieren von „Ich-Botschaften“ und aktive Konfliktlösungen übt, um Streitgespräche konstruktiv zu führen und Wünsche klar zu äußern (Dziobek & Stoll, 2019, S. 148–157).

Dieser umfassende Ansatz schafft eine solide Grundlage, um die Bedürfnisse des Patienten zu erkennen, auszudrücken und in sozialen Interaktionen wirksam zu integrieren, was langfristig sein Wohlbefinden und seine soziale Kompetenz verbessert.

Ziel 3: Sozialkompetenz

Der Therapieplan für das dritte Ziel, **Sozialkompetenz**, zielt darauf ab, die Fähigkeit des Patienten zu stärken, soziale Interaktionen sicherer und effektiver zu gestalten. Ein Schwerpunkt liegt auf dem **Erkennen von Emotionen** in Gesichtsausdrücken, Körpersprache und Stimme von Gesprächspartnern. Mithilfe von visuellen Hilfsmitteln wie Fotos und Videos sowie dem Trainingstool SCOTT erlernt der Patient, Emotionen in verschiedenen sozialen Kontexten besser wahrzunehmen (Ryan & Charragáin, 2010). Das **Verstehen sozialer Regeln** wird durch Rollenspiele, Sozialgeschichten und die Analyse alltäglicher Beispiele gefördert. Diese Methoden helfen dem Patienten, ungeschriebene Normen zu erkennen und anzuwenden, wodurch soziale Interaktionen erleichtert werden (Dziobek & Stoll, 2019, S. 151–152; Serret et al., 2014). Parallel dazu wird die **Kommunikationsfähigkeit** des Patienten gestärkt. Übungen wie aktives Zuhören, gezielte Fragen und der bewusste Einsatz von nonverbaler Kommunikation fördern

seine Fähigkeit, klar und effektiv zu kommunizieren, was Isolation und Rückzug entgegenwirkt (Russo-Ponsaran et al., 2016). Der **Aufbau sozialer Kontakte** wird durch die Teilnahme an ausgewählten Gruppen und schrittweise Heranführung an angstbesetzte Situationen unterstützt (Berggren et al., 2018). Um den **Wissensfundus über soziale Normen** zu erweitern, werden typische Situationen analysiert, Regelkataloge erstellt und das Gelernte in Rollenspielen und realen Kontexten angewendet. Dies stärkt das Verständnis für implizite soziale Erwartungen und reduziert Missverständnisse (Dziobek & Stoll, 2019, S. 148–157; Serret et al., 2014). Das **Training der sozialen Kognition** konzentriert sich darauf, die Perspektiven anderer besser einzunehmen. Mit Theory of Mind-Tests, Geschichten und Filmen übt der Patient, die Gedanken und Absichten anderer zu verstehen, um seine sozialen Fähigkeiten zu verbessern (Zhang et al., 2021). Abgerundet wird der Plan durch die **schematherapie-informierte soziale Interaktionstherapie (STISI)**. Dabei lernt der Patient, vor sozialen Situationen eigene Ziele zu überprüfen, Erwartungen zu reduzieren und das Verhalten seines Gegenübers zu analysieren. Dieser Ansatz hilft, komplexe soziale Situationen zu entschärfen und effektive Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (Oshima et al., 2021; Parpart et al., 2018; Vuijk et al., 2024). Durch diesen umfassenden Ansatz werden die sozialen Fähigkeiten des Patienten systematisch gestärkt, sodass er langfristig sicherer und erfolgreicher in sozialen Interaktionen agieren kann.

2.9. Therapieverlauf

2.9.1. Rahmenbedingungen und Schwierigkeiten

Die verhaltenstherapeutische Behandlung in meiner ambulanten Praxis umfasste bisher 37 Sitzungen à 50 Minuten über 21 Monate im Einzelsetting. Die Sitzungsfrequenz variierte seit Beginn im 2-4 wöchentlichen Takt. In den ersten Sitzungen konnte der Patient weder sein subjektives Leid noch seine Gefühle klar zeigen und in Worte zu fassen, weil die Probleme, Emotionen bei sich selbst und bei anderen zu identifizieren, zu erkennen und zu verbalisieren zu den Grundproblemen von ASS gehören und der Patient diese Fähigkeiten erst im Laufe der Therapie entwickeln konnte. Der Patient hatte Schwierigkeiten, seine Körperempfindungen zu lokalisieren, was insbesondere bei Übungen zur Achtsamkeit oder Gefühlswahrnehmung hinderlich war. Dies erschwerte das Vertiefen des emotionalen Zugangs und der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Ebenso war es eine Herausforderung, den Patienten zur Vereinbarung eines Termins für eine klinische Diagnostik zu motivieren und ihn die Diagnostik telefonisch organisieren zu lassen. Auch das Einnehmen der Perspektive anderer Personen fiel ihm schwer, wodurch er Probleme hatte, die Gefühle und Absichten anderer wahrzunehmen. Der Patient hatte Schwierigkeiten bis zu Shut-downs in der Arbeitswelt und Melt-downs zu Hause mit seiner Frau, wenn die Welt für ihn nicht vorhersehbar war. So löste unvorhergesehenes Feedback von Vorgesetzten und Kunden seine freiwillige Kündigung aus und Diskussionen mit seiner Frau, die mehr Familienzeit von ihm forderte, seinen Auszug aus dem Schlafzimmer aus (Van de Cruys et al., 2014). In den Therapiestunden selbst, versuchte ich durch langsames und sehr strukturiertes Vorgehen, mit viel den Patienten selbst am Whiteboard selbst schreiben lassen Überraschungen, und somit Overload für den Patienten zu vermeiden. Während den Therapiesitzungen kam es aus meiner Perspektive zu keinen Shut-down oder Melt-down Situationen.

2.9.2. Beziehungsgestaltung

Die Kontaktaufnahme erfolgte zunächst über die Partnerin, später direkt mit dem Patienten per E-Mail. Die Psychotherapiesitzungen wurden in der Muttersprache des Patienten abgehalten, dies ermöglichte dem Patienten das Nutzen seiner maximalen Kommunikationsfähigkeiten, die er im Repertoire hatte, ohne ein zusätzliche Kommunikationsbarriere durch Deutsch oder Englisch als Fremdsprache überwinden zu müssen. Kontinuierlich strukturierter, schriftlicher Austausch zwischen den Therapiesitzungen förderte Vertrauen und ermöglichte genaue Diagnostik und Zwischenevaluierungen. Der Patient arbeitete akribisch, besonders bei Hausübungen, die detaillierte Einblicke in seine Gedanken und Verhaltensmuster ermöglichten. Der Zugang zu Emotionen konnte über körperliche Marker erarbeitet werden. Die Therapie basierte auf einer vertrauensvollen Beziehung, unterstützt durch klare Kommunikation und Struktur. Wiederholungen kognitiver Empathie-Themen waren nötig, diese Inhalte zu festigen. Die stabile Arbeitsbeziehung bot dem Patienten einen sicheren Raum, Anliegen offen zu teilen und Fortschritte zu erzielen.

2.9.3. Behandlungsverlauf

Ziel 1: Selbstverständnis und Bedürfnisanalyse

Psychoedukation und Bedürfnisanalyse nach Grawe: Zu Beginn der Therapie wurde der Patient mit Grawes Konzept der Grundbedürfnisse vertraut gemacht. In mehreren Sitzungen reflektierten wir gemeinsam seine Verhaltensweisen und sein emotionales Unbehagen. Dabei wurde untersucht, welche Grundbedürfnisse erfüllt wurden und welche nicht. Dieser Ansatz half ihm zu verstehen, warum er leidet, indem er seine Bedürfnisse im Kontext seiner Arbeit und seines täglichen Lebens erkannte, besonders bei Arbeitsplatzkonflikten.

Stärkung des Selbstwerts durch Spiegelübung: In Sitzung 4 wurde eine Spiegelübung eingeführt, um den Selbstwert des Patienten zu fördern. Ziel dieser Übung war es, sich selbst bewusst Selbstliebe, Selbstachtung und Selbstwert beim Sich-im-Spiel-Betrachten zuzugestehen, um die inneren Glaubenssätze herauszufordern und positive Selbstzuschreibungen zu stärken.

Selbstbeobachtung und Glaubenssatzarbeit: Der Patient identifizierte durch Selbstbeobachtung den Glaubenssatz „*Ich muss der Beste sein*“, der sein Verhalten und Selbstwertgefühl maßgeblich beeinflusste. Gleichzeitig äußerte er die Sorge, egoistisch zu wirken, wenn er diesem Glaubenssatz folgt. Während der Analyse wurde ihm klar, dass ihn Lärm und Gruppendiskussionen stark belasten, was ihn zu der Vermutung führte, hochsensibel zu sein. Diese Erkenntnis führte in Sitzung 5 zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit Hochsensibilität als Persönlichkeitsmerkmal.

Emotionale Wahrnehmung und Körperempfindungen: Im Verlauf der Therapie halfen Body-Scan- und Achtsamkeitsübungen dem Patienten, eine Verbindung zwischen unerfüllten Bedürfnissen, den daraus resultierenden Emotionen und körperlichen Empfindungen herzustellen. Durch kognitive Analysen erkannte er, welche Emotionen wie Angst, Trauer oder Ärger auf unerfüllte Bedürfnisse hinweisen. Die Verknüpfung dieser Emotionen mit körperlichen Reaktionen ermöglichte es ihm, seine Vorlieben und Grenzen, wie das Bedürfnis nach Ordnung und Rückzugszeiten, besser zu verstehen und anzunehmen. In Sitzung 22 berichtete der Patient, dass er seine Emotionen nun besser wahrnehmen und seine Reaktionen klarer einordnen kann – ein Hinweis auf seine gestiegene kognitive Empathie sich selbst gegenüber.

Vertikale Verhaltensanalysen: In den ersten fünf Sitzungen standen vertikale Verhaltensanalysen im Mittelpunkt. Diese „bottom-up“-Ansätze ermöglichten es, eine detaillierte Bedürfnislandkarte des Patienten zu erstellen. Besonders in beruflichen Kontexten, wie bei Arbeitsmeetings, zeigte sich der Patient gestresst und empfand sich seiner Kontrolle beraubt. Eine ausgeprägte Präsentationsangst hatte sich entwickelt, die auf für ihn unvorhersehbares Feedback von Vorgesetzten und Kunden zurückzuführen war.

SORKC-Modelle zur Problemanalyse: In Sitzungen 7 und 8 wurde das SORKC-Modell genutzt, um die Herausforderungen multipler Rollenanforderungen während eines Familienurlaubs zu analysieren. Der Patient fühlte sich durch die gleichzeitig abzurufenden Rollen des Kindes seiner Eltern, als Partner und Vater überfordert und fand kaum Raum für eigene Bedürfnisse. Die strukturierte Arbeit mit dem Modell half ihm, diese Gruppensituationsdynamik zu ordnen und seine emotionalen, körperlichen sowie gedanklichen Reaktionen besser zu verstehen. Durch die Hausaufgabe, das Modell selbstständig fertig auszufüllen, vertiefte der Patient seine Erkenntnisse und entwickelte Selbstvertrauen soziale Familiensituationen verstehen und selbst managen zu können.

Ziel 2: Bedürfnisbefriedigung

Emotionen regulieren lernen: Das Erkennen der eigenen Emotionen ermöglicht es, diese als Indikatoren für persönliche Bedürfnisse zu nutzen. Durch das Verständnis der zugrunde liegenden Bedürfnisse kann man diese befriedigen, wodurch die Emotionen sich von selbst regulieren.

In Sitzung 24 konnte der Patient seine Präsentationsangst zwar benennen, jedoch nicht regulieren und bewältigen. Daher begannen wir mit Versorgungsübungen des inneren ängstlichen Kindes nach schematherapeutischen Ansätzen (Young, 2008). Diese Methode vermochte den Patienten, laut seinem Wirksamkeitsbericht in Sitzung 25, sehr effektiv zu beruhigen.

Motivationsfindung für Verhaltensänderung: Ein zentraler Fokus der Therapie lag auf der Motivationsfindung für Verhaltensänderungen. Der Patient wurde dabei unterstützt, die Bedeutung eigener Bedürfnisse zu erkennen und Wege zu finden, diese gesund zu befriedigen. In Sitzung 19 führten wir die strukturierte „Vier-Zellen-Methode“ ein, die es ihm ermöglichte, positive und negative Konsequenzen (K⁺ und K⁻) verschiedener Verhaltensoptionen abzuwägen. Ab Sitzung 21 nutzte der Patient diese Methode regelmäßig, um bewusst zu entscheiden, welche Interaktionen oder Verhaltensweisen ihm guttun und welche er meiden sollte. Diese Herangehensweise führte zu einer spürbaren Reduktion von Frustrationen in seinem Alltag. Ein Beispiel aus dem beruflichen Kontext verdeutlichte diesen Fortschritt: Der Patient empfand Brainstorming-Meetings mit Vorgesetzten als belastend, da sie sein Kontrollbedürfnis infrage stellten und ihm keinen erkennbaren Nutzen boten. Durch gezielte Übungen zur Perspektivübernahme verstand er zunehmend die Bedürfnisse seiner Vorgesetzten, wie deren Wunsch nach kreativem Input und Teamarbeit. Daraufhin entwickelte er Strategien, um diese Bedürfnisse zu unterstützen und gleichzeitig aus der sozialen Interaktion eigene Vorteile für sich zu schaffen; etwa wie die Möglichkeit, seine Position und Expertise in der Firma sichtbarer zu machen und damit seinen Selbstwert zu steigern. Diese neue Fähigkeit, für sich in sozialen Interaktionen ebenfalls persönliche Bedürfnisgewinne organisieren zu können, reduzierte seine Ängste und steigerte seine Motivation, Interaktionsanfragen seiner Arbeitskollegen mit Gelassenheit zu begegnen und sich aktiv in den Teamsitzungen einzubringen. Der Patient erzählte von einem positiven Wandel in seiner beruflichen Haltung und einer stärkeren Bereitschaft, sich Herausforderungen zu stellen. In Sitzung 37 berichtete er, dass Kollegen seine verbesserten Verhandlungsfähigkeiten bemerkten.

Lernen am Modell: Im Rahmen der Therapie lernte der Patient, durch Beobachtung anderer den Umgang mit Bedürfnissen und Emotionsregulation zu verstehen. In Sitzung 8 erhielt er die Aufgabe, nach den Bedürfnissen anderer zu fragen, um deren Verhalten und Strategien besser zu begreifen.

In Sitzung 22 beobachtete er einen Kollegen mit herausragenden Verhandlungsfähigkeiten, um von dessen klarer Kommunikation und effektiven Handeln zu lernen. Diese Übungen halfen dem Patienten, konkrete Strategien aus seiner Umgebung aufzugreifen und eigene Verhaltensweisen gezielt weiterzuentwickeln.

Freude und Glücksgefühle fokussieren: Ein zentraler Aspekt der Therapie war, den Fokus des Patienten auf positive Emotionen wie Freude und Glück zu lenken. Durch seine Fähigkeit, eigenständig Entscheidungen zu treffen, wurde sein Kontrollbedürfnis gestärkt, was Frustration reduzierte und Raum für positive Gefühle schuf. Bereits in Sitzung 21 berichtete er, besser „im Moment leben“ und diesen genießen zu können. Lebenslust und Genuss integrierten sich zunehmend in sein Leben, ohne dass dies explizit geübt worden war. In Sitzung 25 beschrieb der Patient erstmals das Erleben eines „glücklichen Kindmodus“ nach Übungen zur Versorgung des ängstlichen inneren Kindes. Über eine Affektbrücke wurden Kindheitserinnerungen an seine glückliche Zeit als Zehnjähriger sichtbar, während er reflektierte, dass dieses Glück ab dem 16. Lebensjahr abnahm. In Sitzung 26 analysierten wir mithilfe von Stärkekurven sein Vertrauen zu anderen Menschen, das während der Emigration von 100 % auf nahezu 0 % fiel und in den folgenden sieben Jahren langsam auf 70 % zurückkehrte. Der Verlust dieses Vertrauens wurde als zentrale Blockade für Freude und Glück erkannt. Dies ermöglichte dem Patienten, den Verlust seiner Großmutter, zu der er die stärkste Bindung empfand, erstmals anzusprechen und zu verarbeiten. In Sitzung 28 reflektierte der Patient, dass er negative Emotionen besser erkennen konnte, jedoch weiterhin Schwierigkeiten hatte, positive Gefühle bei sich wahrzunehmen. Um diesen Fokus zu stärken, erhielt er in Sitzung 33 die Aufgabe, Genussmomente bewusst wahrzunehmen und aktiv zu fördern.

Selbstliebe und Akzeptanz fördern: Ein zentraler Bestandteil der Therapie war die Förderung von Selbstliebe und Akzeptanz. In Sitzung 15 wurde eine Beobachtungsübung nach Gauß (Dziobek & Stoll, 2019, S. 133) durchgeführt, um den Umgang mit negativen Emotionen zu verbessern und die kognitive Empathie für sich selbst zu stärken. Dabei beschrieb der Patient spezifische Situationen, wählte passende Gefühle aus einer Liste aus, identifizierte dahinterliegende Bedürfnisse und formulierte ein Akzeptanzmantra. Abschließend wurden Lösungsmöglichkeiten für ähnliche zukünftige Situationen erarbeitet. Ergänzend wurde das Emotionsspektrum nach Scott genutzt, um Emotionen in sozialen Interaktionen mithilfe eines „Wörterbuchs“ und Gesichtsausdruckmarkern einzuordnen (Dziobek & Stoll, 2019, S. 129). In Sitzung 25 identifizierten wir einen hinderlichen Glaubenssatz, der die Selbstliebe

und das Erleben von Zuneigung erheblich blockierte: „*Du hast kein Recht, dich selbst zu lieben oder Lust zu empfinden, noch von anderen geliebt zu werden.*“ Dieser Glaubenssatz entwickelte sich zwischen dem 15. und 22. Lebensjahr und verlor erst mit der örtlichen Distanz zur Ursprungsfamilie über die Emigration an Bedeutung. Allerdings wurde er reaktiviert, wenn die Eltern den Patienten in seinem aktuellen Wohnland bei seiner Kernfamilie besuchten, was den therapeutischen Fortschritt zeitweise erschwerte.

Über eigene Gefühle sprechen: Ein weiterer Schwerpunkt der Therapie lag auf der Fähigkeit, Gefühle besprechen zu lernen. Der Patient lernte, sowohl bei sich selbst als auch bei anderen die inneren Kinder nach Young, 2008 zu erkennen und, wenn diese für ihn sichtbar wurden, gezielt anzusprechen. Diese Methode führte dazu, dass Eskalationen in Konfliktsituationen deutlich reduziert wurden. Gleichzeitig ermöglichte sie dem Patienten, die schematherapeutische „hintere Bühne“ des Gegenübers zu erkennen und dessen Verhalten besser zu verstehen. Dies schuf die Grundlage, um eigene Bedürfnisse klarer zu kommunizieren und gemeinsam Kompromisslösungen zu entwickeln. Zudem wurde die kognitive Empathie des Patienten gezielt durch das Teilhabenlassen meiner Gefühle und Bedürfnisse als Therapeutin trainiert, z.B. indem ich ihm meine Bedürfnisse hinter eine extern durchgeführten klinisch-psychologischen Diagnostik erklärte. Diese Vorgehensweise förderte die extrinsische Motivation des Patienten durch ausgelöstes Mitgefühl, sich aktiv in Situationen zu engagieren, die für andere wichtig sind, wie etwa beim notwendigen Telefonat mit dem klinischen Psychologen zur Durchführung der Diagnostik. Die Stärkung der kognitiven Empathie half somit, neues Verhalten im Umgang mit zwischenmenschlichen Herausforderungen einzuüben.

Streitgespräche und Wünsche äußern: Ein zentraler Aspekt der Therapie war das Training von Streitgesprächen und das klare Äußern von Wünschen. Durch Rollenspiele im Stuhldialog mit imaginierten Gesprächspartnern, wie seiner Partnerin oder seiner Mutter, übte der Patient, sich in die Perspektive des Gegenübers hineinzusetzen und empathisch zu kommunizieren. Parallel dazu wurde gezielt das Setzen von Grenzen trainiert, indem der Patient lernte, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und klar zu formulieren. In Sitzung 28 zeigte sich jedoch weiterhin, dass der Patient Schwierigkeiten hatte, seine Wünsche und Bedürfnisse verbal auszudrücken. Diese Hemmung konnte auf den zuvor identifizierten Glaubenssatz zurückgeführt werden, der es ihm verbot, sich selbst zu schätzen und seine Bedürfnisse zu priorisieren. Um diese Blockade schrittweise zu lösen, erhielt der Patient regelmäßig die Aufgabe, sich gezielt Gedanken über seine Wünsche in Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen zu machen. In Sitzung 28 lag der Fokus dabei auf seiner Beziehung zu seiner Mutter. Dieses Vorgehen unterstützte ihn, seine Bedürfnisse besser zu erkennen und selbstbewusster zu kommunizieren.

Ziel 3: Sozialkompetenz (kognitive Empathie)

Erkennen von Emotionen bei Anderen: Ab Sitzung 10 lernte der Patient, die Verbindung zwischen seinen Verhaltensweisen, seinen Emotionen und seinen zugrundeliegenden Bedürfnissen zu erkennen. Achtsamkeitsübungen halfen ihm, Emotionen und Körperreaktionen besser wahrzunehmen. In Sitzung 20 wurde das Konzept der Mikrogesten eingeführt und deren Erkennung mithilfe von Theateraufnahmen des gleichen Textes vorgetragen in verschiedenen Emotionslagen praktisch geübt. In Sitzung 23 identifizierte der Patient seine Angst in Verkaufssituationen, die auf Perfektionismus und die Angst, nicht zu genügen oder andere zu enttäuschen, zurückzuführen war. Diese Ängste spiegelten sein Bedürfnis wider, als kompetent wahrgenommen zu werden und Scham zu vermeiden.

Soziale Regeln verstehen, Kommunikation verbessern und soziale Kognition trainieren: Ab Sitzung 11 begann der Patient, seine sozialen Beziehungen und Kommunikationsmuster differenziert zu analysieren. In der Beziehung zur Mutter erkannte er, dass ihre Erwartungen an ihn als „guten Sohn“ ihn in eine parentifizierte Rolle drängten, die bei ihm Überforderung und Kontrollverlust auslösten. Dieser Mutter-Konflikt wurde durch die Erwartung seiner Partnerin verstärkt, die sich von ihm Schutz vor ihrer dominanten Schwiegermutter wünschte. Der Patient verstand zudem, dass kulturelle Unterschiede zwischen seiner Herkunftsfamilie und seiner aktuellen Lebenssituation die Unsicherheiten seiner Mutter und damit die Konflikte verschärften, eine Erkenntnis, die ihm Orientierung gab und seine Handlungsfähigkeit schrittweise stärkte.

Im beruflichen Kontext arbeitete der Patient ab Sitzung 15 daran, seine Bedürfnisse klarer zu kommunizieren und sich besser abzugrenzen, insbesondere gegenüber Erwartungen, die ihn belasteten. Er setzte sich erstmals berufliche Ziele, wie souveräne Präsentationen halten zu wollen und sich besser als kompetente Fachkraft in seiner Firma und bei den Kunden zu positionieren, erkannte jedoch auch die besondere Herausforderung, als introvertierter, neurodiverser Mensch für dieses Ziel mit extrovertierten Kollegen zu interagieren.

In der Partnerschaft reflektierte der Patient in Sitzungen 27 und 28 die Dynamik, bei der er sich von seiner Partnerin oft wie ein Kind behandelt fühlte. Durch die beidseitigen Therapiefortschritte von ihm und seiner Partnerin, verbesserte sich die Paarkommunikation, wodurch die Beziehungsgespräche lösungsorientierter wurden. Der Patient lernte, seine Emotionen als Wegweiser zu nutzen, um Bedürfnisse zu erkennen und Konflikte konstruktiv anzugehen, was zu weniger Streit und mehr Bedürfnisbefriedigung führte.

Anpassung sozialer Interaktionen zur Erfüllung des Bindungsbedürfnisses: Die sozialen Interaktionsmuster des Patienten waren geprägt von dem Glaubenssatz: *„Verhindere, dass irgendjemand eine negative Meinung über dich hat.“* Dieser entwickelte sich während belastender Erlebnisse im Jugendalter, wie dem Betrug seiner Freundin oder der wütenden Reaktion einer Lehrerin auf einen Schummel-Versuch. Diese Erfahrungen führten zu einem starken Entscheidungsdruck und einer intensiven Angst vor negativer Bewertung.

Ab Sitzung 28 äußerte der Patient den Wunsch, seine sozialen Kompetenzen zu stärken. Er erkannte, dass bewertende Interaktionen, besonders in der Beziehung zu seiner Mutter, bei ihm Unsicherheit, Stress und Wut auslösten. Durch die sich nun selbst erteilte Erlaubnis, eigene Bedürfnisse zu erfüllen, erlebte er mehr Lebensfreude und konnte positive soziale Interaktionen besser zulassen. In Sitzungen 30 und 31 bestätigte die klinische Diagnostik eine soziale Phobie, die seine sozialen Muster stark beeinflusste und den Fokus der weiteren Therapie bildete.

Erweiterung der Kompetenzen: Ab Sitzung 16 wurde der Fokus auf die Entwicklung von Lösungsstrategien gelegt, die dem Patienten ein Gefühl von Kontrolle über seine Ängste vermitteln sollten. Dabei wurden die Ängste konkretisiert und auslösende, dysfunktionale Gedanken analysiert. In Sitzung 23 lernte der Patient durch sokratischen Dialog, das Denkmuster *„Ich schaffe keine Präsentationen“* zu hinterfragen und seine Ängste als Übertreibungen und Fehlbewertungen zu erkennen. Durch meine Erklärung der Bedeutung für mich als Psychotherapeutin von extern durchgeführter klinischer Diagnostik bewies der Patient kognitive Empathie, überwand seine Angst vor dem Telefonieren und vereinbarte motiviert einen Termin beim klinischen Psychologen. Gemeinsam wurden Strategien entwickelt, um in sozialen Interaktionen Wut zu regulieren, etwa durch empathisches Eingehen auf die Bedürfnisse anderer und das Ausdrücken eigener Gefühle. Der Patient erkannte Ressourcen wie bewusste Rückzugszeiten zur Erholung und analysierte belastende Gedanken sowie Sicherheitsverhalten wie das Vorausplanen von Interaktionen. In Sitzung 36 explorierten wir den genauen Inhalt seiner Ängste, und bereiteten als Hausübung gezielt Expositionen vor um seine sozialen Ängste gezielt zu bearbeiten.

Schematherapie-informierte soziale Interaktionstherapie (STISI): Zur Behandlung der sozialen Phobie wurde das Konzept der STISI angewendet. Dieses Modell erklärt einem Patienten mit ASS die möglichen Bewältigungsmodi wie Angriff, Erstarren sowie aktives und passives Vermeiden, die er beim Gegenüber entdecken kann. Dieses Vorgehen half dem Patienten, das Verhalten anderer besser einzuordnen. Die Einteilung sozialer Verhaltensweisen in klare Kategorien reduzierte frühzeitig seine Überforderung und schuf für ihn mehr Sicherheit in sozialen Interaktionen. In Sitzung 32 berichtete der Patient über erste Erfolge: Er beobachtete mehr und urteilte weniger. Anstatt anderen absichtliche Schädigungspläne zu unterstellen, fragte er sich nun, welche Gründe hinter einem bestimmten Verhalten bei seinem Gegenüber liegen könnten. Diese Perspektivänderung verringerte in Sitzung 33 deutlich die Intensität und Häufigkeit seiner Wut in sozialen Situationen.

In Sitzung 34 lernte der Patient, innere Kinder bei anderen zu erkennen und gezielt auf deren Emotionen einzugehen. Dies erleichterte ihm nicht nur das Verständnis für andere, sondern auch den Zugang zu seinem eigenen inneren Kind. Dadurch konnte er in sozialen Interaktionen Energie sparen, Streit vermeiden und berichtete in Sitzung 35 von einer insgesamt einfacheren und effektiveren Kommunikation.

2.10. Evaluation des Therapieverlaufs

Evaluation Ziel 1 - Selbstverständnis und Bedürfnisanalyse: Der Patient erkennt nun seine Emotionen besser, reagiert ruhiger und weniger impulsiv. Seine Kommunikationsfähigkeiten verbesserten sich deutlich, wodurch er effektiver handelt und Lösungen findet, die allen Beteiligten gerecht werden. Dies führte zu einer harmonischeren Beziehung zu seinen Kindern und einer stärkeren Teamdynamik in der Partnerschaft, wobei Konflikte durch offene Gespräche geklärt werden können. Auch im beruflichen Umfeld zeigte er Fortschritte, indem er durch die verbesserten Kommunikationsfähigkeiten die Zusammenarbeit stärkte und Ziele leichter erreichte.

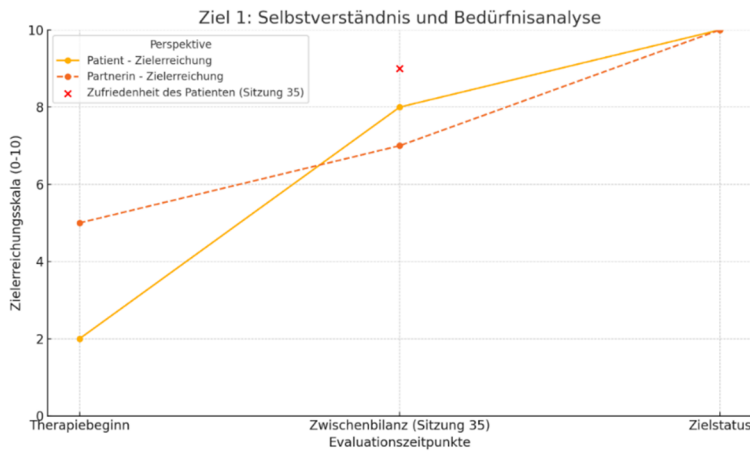


Abbildung 4: GAS von Ziel 1 - Selbstverständnis und Bedürfnisanalyse: Vergleich der Start, Wunsch und Endwerte durch Fremdeinschätzung der Partnerin und Selbsteinschätzung. Auch die Zufriedenheit des erreichten Wertes bei Sitzung 35 wurde beim Patienten abgefragt (rotes X). Die Zielerreichung ist von 0-gar nicht bis 10- maximal erreicht skaliert.

Insgesamt spiegelt die Annäherung der Bewertungen zwischen Patient und Partnerin wider, dass die Fortschritte nicht nur subjektiv empfunden, sondern auch von seinem Umfeld wahrgenommen werden. Die Evaluation des Therapieverlaufs mittels Goal Attainment Scale (GAS) bestätigt diese deutlichen Fortschritte des Patienten für seine Selbstwahrnehmung, Bedürfnisanalysefähigkeit und Bedürfniskommunikation (**Abbildung 4**). Zu Beginn der Therapie bewertete der Patient seine Fähigkeit, eigene Bedürfnisse erkennen zu können, mit 2 von 10 Punkten, während seine Partnerin bei ihm diesen Aspekt mit 5 von 10 Punkten einschätzte. Nach 35 Sitzungen stieg die Selbsteinschätzung des Patienten auf 8 von 10 Punkten, und die Partnerin sah ebenfalls eine Steigerung seiner Kompetenzen mit 7 von 10 Punkten. Der Patient zeigte sich mit seiner Zielerreichung äußerst zufrieden und gab dieser einen Wert von 9 von 10 Punkten.

Evaluation Ziel 2 - Bedürfnisbefriedigung: Die Evaluation des Therapieziels zur Bedürfnisbefriedigung zeigt ebenfalls deutliche Fortschritte aus der Selbst- wie auch Fremdperspektive seiner Partnerin bei Themen wie seiner Grenzsetzungsfähigkeit gegenüber seinen Eltern und der Priorisierung seiner Kernfamilie (**Abbildung 5**). Zu Beginn der Therapie bewertete der Patient seine Zielerreichung mit 3 von 10 Punkten, während seine Partnerin diese mit 0 von 10 Punkten sogar niedriger einschätzte, was auf unterschiedliche Perspektiven zum Ausgangszustand hinweist und erkennen lässt, dass der Patient zu Therapiebeginn keinen Zugang und Verständnis für sein eigenes Leid hatte. Nach 35 Sitzungen bewerteten sowohl der Patient als auch seine Partnerin die Zielerreichung mit 7 von 10 Punkten, und der Patient zeigte sich mit den Fortschritten äußerst zufrieden (8 von 10 Punkten).

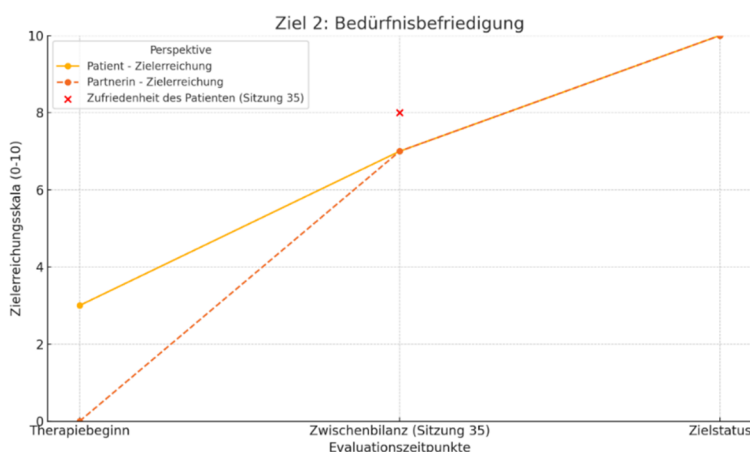


Abbildung 5: GAS von Ziel 2: Bedürfnisbefriedigung evaluiert zu Beginn und nach 35 Sitzungen durch Selbst- und Fremdwahrnehmung der Partnerin

Die Punktwerte erklären sich wie folgt: Der Patient kann nun in Sitzung 35 klare Barrieren zu seinen Eltern etablieren und seine Familie in den Vordergrund stellen. Er fühlt sich weniger gefangen zwischen den Spannungen seiner Frau und seiner Mutter und kann nun klar Stellung beziehen. Durch verbesserte Kommunikationsfähigkeiten gelingt es ihm, seine Bedürfnisse deutlicher zu artikulieren und Konflikte zu minimieren, was zu einem harmonischeren Umgang innerhalb der erweiterten Familie beiträgt. Er achtet aktiv auf die Bedürfnisse seiner Kinder und setzt Grenzen, um deren Wohlbefinden zu gewährleisten. Diese Motivation hilft ihm, für ein gesundes familiäres Umfeld einzutreten. Die Beziehung zu seinen Eltern hat sich ebenfalls spürbar verbessert, und der Patient beschreibt eine ausgewogenere Dynamik zwischen Nähe und Distanz zu seinen Eltern. Auch seine Partnerin anerkennt die Fortschritte, insbesondere in der Kommunikation und der Priorisierung der gemeinsamen Familie. Die Annäherung der Bewertungen zwischen Patient und Partnerin über die Zeit verdeutlicht, dass diese Fortschritte sowohl subjektiv als auch von der Umgebung wahrgenommen werden und das familiäre Wohlbefinden insgesamt stärken.

Evaluation Ziel 3 - Sozialkompetenz (kognitive Empathie): Die Evaluation des Therapieziels zur Steigerung der Sozialkompetenz und kognitiven Empathie durch den Patienten zeigt spürbare Fortschritte im Umgang mit Gruppensituationen und sozialen Interaktionen (**Abbildung 6**). Zu Beginn der Therapie bewertete der Patient seine Zielstartwert mit 3 von 10 Punkten, während seine Partnerin den Ausgangszustand höher einschätzte (7 von 10 Punkten). Nach 35 Sitzungen erhöhte der Patient seine Bewertung auf 6 von 10 Punkten, wobei die Partnerin bei 7 von 10 Punkten blieb. Diese konstante hohe Bewertung seiner Partnerin deutet darauf hin, dass sie den Ausgangszustand und Fortschritt als stabil wahrnimmt, und ihr die Defizite und Probleme in der Sozialkompetenz ihres Partners nicht bewusst waren. Der Patient ist insgesamt zufrieden und bewertet seine Zielerreichung mit 7 von 10 Punkten.

Inhaltlich stellt sich die Veränderung wie folgt dar: Der Patient kann in Sitzung 35 nunmehr Gefühle des sozialen Unbehagens auch beim Gegenüber besser erkennen und gezielt darauf reagieren, insbesondere funktioniert dies auch schon zum Teil in strukturierten Gruppensituationen. Der Patient beschreibt eine intrinsische Veränderung Richtung Selbstakzeptanz. Er versteht und akzeptiert sich und seine Bedürfnisse nun mehr, wie beispielsweise seine Notwendigkeit, bei Überforderungsgefühl durch Lärm oder nach für ihn zu intensivem sozialem Austausch, zu pausieren. In der Partnerschaft konnte er seine Unsicherheiten in sozialen Situationen thematisieren, was bei seiner Partnerin zu einem besseren Verständnis für seine Bedürfnisse führte.

Durch die Reflexion des Verhaltens seiner Kinder, die oft schüchtern in Gruppensituationen sind, gewann er neue Einsichten in seine eigenen Muster und entwickelte Strategien, um sowohl sich selbst als auch seine Kinder besser zu unterstützen. Im beruflichen Umfeld fühlt sich der Patient bei Veranstaltungen wie Mittagspausen oder Meetings nun weniger unwohl und kann mit seinem empfundenen Unbehagen besser umgehen, was seine beruflichen Beziehungen stärkt. Herausfordernd bleibt für ihn, sich in unstrukturierten sozialen Kontexten wie ungezwungenen Treffen ohne klare Rahmenbedingungen sicher zu fühlen. Die Evaluation zeigt, dass der Patient durch das Erkennen und Akzeptieren eigener Bedürfnisse sowie verbesserte soziale Interaktionen eine solide Basis geschaffen hat. Langfristig sind deshalb weitere positive Erfahrungen in sozialen Situationen bei ihm zu erwarten, die sein Wohlbefinden weiter verbessern könnten.

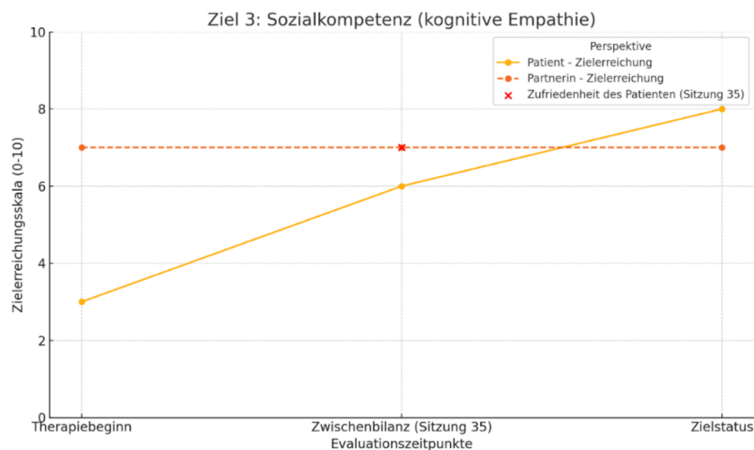


Abbildung 6: GAS von Ziel 3 - Sozialkompetenz (kognitive Empathie) evaluiert zu Beginn und nach 35 Sitzungen durch Selbst- und Fremdwahrnehmung der Partnerin.

2.10. Stabilisierung und Rückfallprophylaxe

Die letzten fünf Monaten der Therapie, ab Sitzung 32 bis 36, fand die Stabilisierungsphase statt. Wir dehnten die Abstände zwischen den Sitzungen auf vier bis sechs Wochen aus, und legten den Fokus auf die Festigung des Gelernten mit dem Ziel das eigene Kontrollbedürfnis besser zu erfüllen. So wurde viel geübt soziale Interaktionen stressreduzierter bewältigen zu können, wie durch die Minimierung angstgeleiteter sozialer Rückzugstendenzen, Stressmanagement, Training der psychischen Flexibilität, Selbstakzeptanz und den stetigen Aufbau von Selbstwert. E-Mail-basierte Fragebögen halfen, Veränderungen zu dokumentieren und die nachhaltige Anwendung der Methoden zu sichern. Der Patient reflektierte seine Fortschritte regelmäßig schriftlich zwischen den Sitzungen, auch unterstützt durch die Einbindung der Fremdeinschätzung seiner Partnerin und der Nutzung der angeführten Zielerreichungsskala (siehe **Anhang**). Durch die beschriebenen Maßnahmen berichtete der Patient von einer gesteigerten Selbstakzeptanz und Wertschätzung. Die erlernten sozialen Strategien wurden schließlich gezielt auf spontane Gruppeninteraktionen angewendet, welche als besonders herausfordernd empfunden wurden. Hierbei wurde die zuvor dysfunktionale Selbstbeobachtungsstrategie des Patienten in Aufgaben zur Beobachtung anderer Personen umgewandelt. Es galt, Mikrogesten und Verhaltensweisen der anderen Gruppenteilnehmer sorgfältig zu registrieren. Diese Sammlung von Beweisen führte dazu, dass die selbstentwertenden Überzeugungen des Patienten automatisch widerlegt und somit bewusst entkräftet werden konnten.

2.11. Katamnese – Validierung der Passung der neurodiversen Behandlung durch Patienten

In Sitzung 37, zwei Monate nach Abschluss der Therapie, zeigten sich signifikante Fortschritte des Patienten im Umgang mit sozialer Phobie und zwischenmenschlicher Unsicherheit. Bei Ziel 3 der Sozialkompetenz stellte sich innerhalb von vier Wochen nochmals eine Verbesserung um einen Punkt auf 7 von 10 Punkten ein (im Vergleich zu 6 von 10 Punkten nach Therapieabschluss: siehe **Abbildung 6**). Besonders bemerkenswert war seine veränderte Haltung: Statt weitere Veränderungen anzustreben, akzeptierte der Patient sich nun selbst und empfand weniger Stress, begleitet von einem gestärkten Gefühl der Selbstwirksamkeit. Der Patient präsentierte sich gefestigt, reflektiert und selbstbewusst, mit der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse klar wahrzunehmen und in sozialen Kontexten zu vertreten. Die erfolgreiche Integration der Strategien in den Alltag wurde deutlich. Ein Kontrolltermin in sechs Monaten wurde vereinbart, wobei dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt wurde, sich bei Bedarf auch früher zu melden.

In der Katamnese Sitzung, Sitzung 38, acht Monate nach Therapieende hob der Patient hervor, dass seine allgemeine Lebenszufriedenheit von anfänglich ca. **20–25 % auf 75 %** gestiegen sei. Er berichtete, dass er deutlich **mehr Selbstsicherheit, weniger Stress und mehr Freude** in Alltag, Arbeit und Beziehungen verspüre. Übungen, die zu Beginn noch bewusst trainiert werden mussten, seien inzwischen **automatisiert** und selbstverständlich in den Alltag integriert. Besonders hilfreich sei die „**Stop**“-Technik gewesen, die es ihm ermögliche, innezuhalten, nicht in alte Muster zu verfallen und bewusst neue, konstruktive Handlungen zu wählen.

Darüber hinaus schilderte er, dass das **Benennen und Verstehen eigener Emotionen** sowie das Erkennen seiner Bedürfnisse zu einem zentralen Wendepunkt geworden sei. Dies habe ihm geholfen, **sich selbst zu akzeptieren**, seine Eigenheiten nicht mehr als Defizite, sondern als Teil seiner Identität zu sehen. Eine besondere Wirkung entfalteten die **schematherapeutischen Elemente**, insbesondere das Verstehen der **inneren Anteile und Bewältigungsstrategien seiner Bezugspersonen**. Er betonte, dass das Wahrnehmen des „inneren Kindes“ des Gegenübers und das Nachvollziehen seiner Bewältigungsstrategien einer der wirksamsten Schritte gewesen sei, um Konflikte mit seiner Frau und seinen Eltern besser zu verstehen, Missverständnisse zu reduzieren und empathischer zu reagieren. Genau hierin zeigt sich der Kern eines **schematherapeutischen Vorgehens für Autismus-Spektrum-Störungen**, das komplexe Beziehungsmuster strukturierter und damit für neurodiverse Patienten handhabbar macht.

Auch seine Rolle als Vater habe sich durch die Therapie verändert: Er achte bewusst darauf, dass seine Kinder ihre Emotionen benennen können, respektiere ihre Eigenarten und zwingt sie nicht in stereotype soziale Anpassung, sondern begleite sie akzeptierend. Damit überträgt er die in der Therapie erlernten Strategien in die nächste Generation – ein Hinweis auf die nachhaltige Wirksamkeit der Behandlung.

Seine schriftliche Nachricht nach der Katamnesesitzung – *„Sie haben mir geholfen, klarer in meinem Leben zu sehen und mich wohl zu fühlen – und das ist unbezahlbar.“* – verdeutlicht zusätzlich, dass er den therapeutischen Prozess nicht nur als Symptomreduktion, sondern als grundlegende **Klärung, Orientierung und Stärkung seiner Lebensführung** erlebt hat. Diese Aussage unterstreicht, dass die **Diagnose der Neurodiversität (Asperger-Syndrom)** und der daran orientierte Behandlungsweg für ihn nicht nur hilfreich, sondern identitätsstärkend und gesundheitsförderlich waren.

Insgesamt liefert die Katamnese damit einen eindrucksvollen Beleg, dass eine **schematherapeutisch fundierte, ressourcenorientierte Behandlung** im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Einbettung geeignet ist, hochfunktionale autistische Patienten in ihrer Selbstakzeptanz, in ihren Beziehungen und in ihrem Alltag nachhaltig zu stärken.

2.12. Diskussion

Neurodiversität – in der Diagnostik und Psychotherapie

Von Defiziten zu Ressourcen - Diagnostische Zugänge bei ASS im Erwachsenenalter: Die Diagnostik autistischer Spektrumstörungen im Erwachsenenalter bewegt sich seit einigen Jahren in einem Spannungsfeld zwischen etablierten „Goldstandards“ und neuen, neurodiversitätsorientierten Zugängen. Instrumente wie der **ADOS-2** (Autism Diagnostic Observation Schedule) oder das **AAA** (Adult Asperger Assessment) gelten nach wie vor als zentrale Verfahren, stehen jedoch zunehmend in der Kritik, weil sie ein stark defizitorientiertes Verständnis abbilden (Curnow et al., 2023). Sie fokussieren vor allem Einschränkungen in sozialer Interaktion, Kommunikation und repetitiven Verhaltensmustern. Leitlinien betonen zwar, dass der ADOS-2 nicht verpflichtend eingesetzt werden muss, in der Praxis behält er aber häufig den Status einer Art Referenzverfahren.

Gerade bei hochfunktionalen, spät diagnostizierten Erwachsenen stoßen diese Instrumente an Grenzen. Kompensatorische Strategien wie „Camouflaging“ können zu falsch-negativen Ergebnissen führen, während bei komorbiden Störungen – etwa sozialer Phobie – auch falsch-positive Befunde beschrieben sind. Zudem bildet der ADOS-2 lediglich beobachtbares Verhalten in einer Testsituation ab und vernachlässigt wesentliche Dimensionen der autistischen Erfahrung, wie sensorische Besonderheiten, rigide Denkstile oder stressbedingte Reaktionen. Auch die Reliabilität variiert je nach Setting und Erfahrung der Untersuchenden. Das AAA ergänzt diesen Blick zwar durch Selbstbeurteilungen (AQ, EQ) und integriert damit die subjektive Perspektive, bleibt jedoch ebenfalls stark auf Defizite fokussiert.

Ein anderer Zugang ergibt sich durch ressourcenorientierte Instrumente wie das **Aspie Quiz** (Ekblad, 2013). Dieses knüpft an das Konzept der Neurodiversität an und erlaubt es, nicht nur Belastungen, sondern auch Stärken sichtbar zu machen – etwa besondere Detailwahrnehmung, Mustererkennung oder spezialisierte Interessen. Auf diese Weise entsteht ein differenziertes Bild, das sowohl den Patienten selbst als auch den behandelnden Psychotherapeuten hilft, Kompetenzen und Schwierigkeiten nebeneinander zu betrachten. Studien zeigen zudem, dass Selbstberichte

autistischer Erwachsener häufig besonders valide sind, da Betroffene als Experten für ihre eigene Neurodiversität gelten (Gillespie-Lynch et al., 2017; Milton, 2012).

Im vorliegenden Fall erwies sich die Kombination aus therapeutischer Beobachtung, Selbstbeurteilungen (AQ/EQ), der auf Asperger spezialisierten AAA-Diagnostik sowie dem Aspie Quiz als besonders hilfreich. Während die ADOS-2-Diagnostik aufgrund der Hochfunktionalität und Hochbegabung des Patienten zu falsch-negativen, und durch die soziale Phobie zu falsch-positiven Ergebnissen hätte führen können, bot dieser multimethodische, bewusst ressourcenorientierte Zugang ein differenzierteres Bild. Er ermöglichte nicht nur eine präzise Abbildung der Symptomatik, sondern stärkte zugleich die Selbstakzeptanz des Patienten. Auf dieser Grundlage konnte eine individualisierte, neurodiversitätskonforme Therapieplanung entstehen, die das Risiko von Fehlbehandlungen verringerte und zugleich Entwicklungsmöglichkeiten sichtbar machte.

Mut zur Diagnose – Mut zur Haltung: Neurodiversität in der Psychotherapie wahrzunehmen bedeutet, eine Haltung einzunehmen, die von Beginn an auf eine angepasste und heilende Beziehungsgestaltung zielt. Studien belegen, dass autistische Merkmale selbst in spezialisierten ASS-Ambulanzen häufig unerkannt bleiben – nicht zuletzt, weil sie durch Komorbiditäten, soziale Strategien der Tarnung und hochfunktionale Anpassungsleistungen überdeckt werden (Curnow et al., 2023; Hull et al., 2017). Besonders das sogenannte *Camouflaging* stellt dabei einen erheblichen Leidensfaktor dar: Eine Metaanalyse konnte einen klaren Zusammenhang zwischen starkem Camouflaging und erhöhtem Risiko für Depressionen, Angststörungen sowie ein verstärktes Stresserleben nachweisen (Roy & Strate, 2022). Dies verdeutlicht, wie dringend spezifische Unterstützung und Behandlungsmöglichkeiten auch im Erwachsenenalter benötigt werden.

Gerade Psychotherapeuten, die ihre Patienten über längere Zeit begleiten, haben hier eine besondere Chance: Auch ohne sofortige Rückendeckung durch „Goldstandard“-Tests können sie – auf Basis wiederholter Begegnungen, fortlaufender Beobachtungen und einer tragfähigen therapeutischen Beziehung – den Verdacht auf eine ASS-Diagnose behutsam entwickeln und weiterverfolgen. So kann das Masking in einem wertfreien, empathischen Rahmen durchbrochen werden, und die neurodiversen Anteile werden sichtbar. Im vorliegenden Fall zeigte sich dies exemplarisch: Nach fünf Sitzungen konnte ich als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision gemeinsam mit meinem Supervisor den Verdacht auf ein Asperger-Syndrom formulieren. Nach zehn Sitzungen, gestützt auf die kontinuierlichen Beobachtungen sowie die Ergebnisse ergänzender Testverfahren, ließ sich dieser Verdacht bestätigen. Ein klinischer Psychologe, der den Patienten ausschließlich in drei standardisierten Testterminen sah, blieb dagegen zunächst unschlüssig – ein Hinweis darauf, dass gerade die fortlaufende therapeutische Beziehung entscheidende diagnostische Hinweise liefern kann.

Die weitere Behandlung verdeutlichte zudem, welchen Wert eine neurodiversitätsorientierte Auswahl an Interventionen hat. Der Patient beschrieb insbesondere das Kennenlernen seiner inneren Anteile und Bewältigungsmodi sowie die damit verbundene Erweiterung seiner Kommunikationsmöglichkeiten als besonders hilfreich. Solche Rückmeldungen unterstreichen, dass eine Haltung, die Stärken und Ressourcen gleichwertig neben Belastungen erfasst, nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch von großem Nutzen ist.

Diagnostische Verantwortung im ambulanten Setting: Der ambulante psychotherapeutische Kontext eröffnet die Möglichkeit, über längere Beobachtungen hinweg spezifische Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung differenziert wahrzunehmen. Dies kann – und soll – zu früheren und passenderen diagnostischen Einschätzungen führen, als es in rein diagnostischen Kurzsettings häufig möglich ist. Damit wird zugleich der Grundstein für eine tragfähige therapeutische Beziehung und für gezielte, passgenaue Interventionen gelegt.

Wie Dziobek & Stoll (Dziobek & Stoll, 2019, S. 37–38) hervorheben, werden autistische Merkmale in der Praxis dennoch häufig übersehen – oft, weil sich Psychotherapeuten im Umgang mit ASS als „nicht kompetent genug“ erleben. Dabei zeigt die Erfahrung: Bei komplexen Störungsbildern wie Persönlichkeitsstörungen übernehmen wir selbstverständlich differenzialdiagnostisch und therapeutisch Verantwortung. Warum also sollte uns diese Sicherheit im Feld der Autismus-Spektrum-Störungen fehlen?

Von Beginn an zu klären, ob ein Patient eher neurodivers oder neurotypisch ist, bedeutet eine entscheidende Weichenstellung. Denn sie beeinflusst maßgeblich, ob Interventionen greifen oder ins Leere laufen. Angesichts der begrenzten Kapazitäten spezialisierter Zentren braucht es daher auch im ambulanten Bereich Mut zur diagnostischen Verantwortung. Gerade für die geschätzten 9 % der Patienten mit ASS-Hintergrund in ambulanter Psychotherapie (Vuijk et al., 2024) ist eine frühe differenzialdiagnostische Einordnung von zentraler Bedeutung. Sie verhindert Fehlbehandlungen durch rein neurotypisch ausgerichtete Standards und ermöglicht eine Behandlung, die den Bedürfnissen neurodiverser Patienten tatsächlich gerecht wird.

Erlernen von Haltung statt Anpassung - Therapie bei ASS: Über 95 % der Menschen im Autismus-Spektrum erfüllen Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung (Chung & Kim, 2024; ESCAP-Guideline). Jedoch bleibt ASS in der ambulanten Praxis häufig hinter diesen Komorbiditäten wie Angst, Zwang, Persönlichkeitsstörungen oder ADHS verborgen. Wer ASS von Beginn an differenzialdiagnostisch mitdenkt, kann gezielter behandeln – und im Ernstfall sogar Leben retten. Denn die Lebenserwartung von Betroffenen ist laut Hirvikoski et al., 2016 im Vergleich zu Neurotypischen um bis zu 30 Jahre verkürzt. Besonders hoch ist das Risiko bei Menschen mit hochfunktionalem Autismus, die durch Depressionen, Angststörungen und suizidale Krisen stark belastet sind (Albantakis et al., 2020; Hirvikoski et al., 2016; Tebartz van Elst, 2013). Eine schwedische Kohortenstudie mit 27.122 Personen, bei denen zwischen 1987 und 2009 eine ASS-Diagnose gestellt wurde, ergab eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeitsrate (2,60 %) im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung (0,91 %). Die erhöhte Mortalität war in nahezu allen ursächlichen Diagnosekategorien nachweisbar (Roy & Strate, 2022). Die Ursachen liegen hier nicht in den autistischen Merkmalen selbst, sondern in den chronischen Anpassungsleistungen an eine vorwiegend neurotypische Umwelt. Diese ständige Überforderung macht deutlich, dass eine zentrale Aufgabe der Therapie nicht allein in der Behandlung der Komorbiditäten liegt, sondern im Aufbau eines stabilen Selbstkonzepts, das neurodiverse Eigenschaften integriert statt unterdrückt. Ein wirksamer Therapieansatz hierfür ist die **Neurodiversitäts-Psychoedukation**. Sie vermittelt wertfreie Normalitätskonzepte (Tebartz van Elst, 2018), stärkt die Selbstakzeptanz und kann das belastende Gefühl des „Nicht-OK-Seins“ nachhaltig auflösen.

Im vorliegenden Fall half diese Perspektivenverschiebung dem Patienten, sich von seinem inneren Zwang zur sozialen Anpassung zu lösen und ein bejahendes Selbstbild zu entwickeln. Die Therapie richtete sich daher nicht ausschließlich auf die soziale Phobie, sondern auf eine Haltung, die neurodiverse Identität als Ressource anerkennt – mit entlastender und potenziell suizidpräventiver Wirkung.

Die Asperger-Diagnose selbst erwies sich dabei als protektiver Faktor für den Patienten. Sie ermöglichte es ihm, seine Erfahrungen besser einzuordnen, sein Selbstverständnis neu zu verankern und das Gefühl von Wohlbefinden wieder als realistisch und erreichbar zu erleben (Gillespie-Lynch et al., 2017).

Zu den Therapiebesonderheiten und -ablauf dieses Falles

CE-Training bei sozialer Phobie im Kontext von Asperger-Syndrom: Eine diagnostische Herausforderung lag bei diesem Fall in der Diskrepanz zwischen dem normnahen Ergebnis des TOM-Tests des Patienten und den vom Patienten geschilderten sozialen Überforderungen – ein Phänomen, das bei Menschen mit hochfunktionalem Autismus häufig vorkommt: Kognitive Kompensationsstrategien ermöglichen es diesen nämlich bekannterweise, soziale Fähigkeiten zu imitieren - und dadurch hohe TOM-Werte zu erzielen- ohne diese sozialen, neurotypisch relevanten Fähigkeiten jedoch intuitiv verankern zu können (Brewer et al., 2017). Auffällig beim vorliegenden Fall war die Kombination aus stark entwickeltem Verantwortungsgefühl, neurotypischer Bindungsfähigkeit und moralischen Werten bei gleichzeitigem neurodivers verankertem sozialem Rückzugsbedürfnis. Diese innere Ambivalenz führte trotz äußerlich angepasster Kommunikation (Camouflaging) zu sozialer Erschöpfung, Missverständnissen und Isolation im Arbeitsumfeld. Objektiv zeigte sich ein Empathie-Ungleichgewicht: sehr hohe emotionale Empathie (EE) bei relativ dazu niedrigerer kognitiver Empathie (CE) – ein Muster, das laut Shalev et al., 2022 typisch für ASS ist. Nicht ein Mangel an Empathie, sondern das Missverhältnis zwischen emotionaler Resonanz und kognitiver Verarbeitung prägt die neurodivers gefärbte soziale

Interaktionsfähigkeit. Ziel der Therapie war es daher, durch gezieltes CE-Training die soziale Selbstwirksamkeit für neurotypische Kontakte zu stärken und emotionale Überforderung zu reduzieren – nicht im Sinne der Normangleichung, sondern als ressourcenorientierte Unterstützung im Umgang mit sozialer Phobie.

Therapieprozess: Methoden, Fortschritte und Wirkung: Der Patient zeigte von Beginn an eine hohe Motivation zur therapeutischen Zusammenarbeit. Psychoedukative Elemente stießen auf großes Interesse, was sich in der engagierten Umsetzung von Hausaufgaben und der Bereitschaft zu Zwischenmessungen spiegelte. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden wurden ergänzt durch schematherapeutische Ansätze zur Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Grundannahmen – insbesondere des Glaubenssatzes „*Verhindere, dass irgendjemand eine negative Meinung über dich hat.*“ Durch Übungen zur emotionalen Differenzierung, Rollenspiele und Modus-orientiertes soziales Kompetenztraining konnte CE gezielt gefördert werden. In der Folge verbesserten sich sowohl die partnerschaftliche Kommunikation als auch die Beziehung zur Mutter – insbesondere durch die Etablierung klarer Grenzen und eine stärkere Selbstwahrnehmung. Der Patient sammelte korrigierende Beziehungserfahrungen, die zu einem Rückgang von Rückzugstendenzen und einem gestärkten Selbstbild führten.

Berücksichtigung von Neurodiversität bei der Therapie sozialer Phobien: Im Unterschied zur klassischen kognitiven Verhaltenstherapie bei sozialer Phobie mit neurotypischen Menschen, bei der Sicherheitsverhalten gezielt reduziert wird (Clark & Wells, 1995), zeigte sich im vorliegenden Fall, dass dies bei Patienten mit autistischen Merkmalen kontraproduktiv sein kann. Verhaltensweisen wie Blickvermeidung oder sensorisches Stimming erfüllten beim Patienten adaptive Funktionen der Reizregulation (Petty & Ellis, 2024; Wilson & Gullon-Scott, 2024) und sollten nicht unterdrückt, sondern durch alternative Bewältigungsstrategien ergänzt werden. Deshalb wurden moderne, neurodiversitätsaffirmative Therapietechniken zur Behandlung der sozialen Phobie bei ASS als Hintergrundstruktur umgesetzt: Mithilfe von Mikrogesten-Training, schematherapeutischer Psychoedukation nach **STISI** und auf Bewältigungsmodi basierenden Rollenspielen lernte der Patient, soziale Signale besser zu interpretieren, ohne sich zu verstellen (Oshima et al., 2021; Parpart et al., 2018; Vuijk et al., 2024). Die Integration von **NeuroACT** (Acceptance and Commitment Therapy für Autismus) nach Pahnke erwies sich dabei als besonders hilfreich. Achtsamkeitsübungen wie Body-Scans stärkten die Selbstwahrnehmung und verringerten emotionale Dysregulation, während Akzeptanzstrategien Flexibilität des Patienten im Umgang mit belastenden Situationen verbesserten (Pahnke et al., 2023).

Herausforderungen und zukünftige Therapieziele: Ein zentrales Thema im Therapieverlauf war der **Umgang mit Unsicherheit**. Der Patient zeigte eine ausgeprägte Intoleranz gegenüber unvorhersehbaren sozialen Situationen, was bei ihm zu starker innerer Anspannung und Rückzug führte – ein Phänomen, das in der Forschung mit erhöhter kortikaler Aktivität und rigiden Verhaltensstrategien bei ASS erklärt wird (Chernyshev et al., 2023; Pirrone et al., 2018). Um Überforderung zu vermeiden, wurde die Konfrontation mit sozialen Anforderungen schrittweise durchgeführt. Der Patient erhielt Psychoedukation über soziale Normen und nahm an klar strukturierten Verhaltensexperimenten teil. Diese begannen im sozial sicheren Kontext seines privaten Umfelds mit seiner Frau und führten dazu, dass der Patient allmählich mehr Sicherheit gewann. Für die weitere Therapie wären insbesondere die **Förderung sozialer Flexibilität**, der **Umgang mit spontanen Interaktionen** sowie die **Stärkung der Selbstakzeptanz** bei gleichzeitiger Hochsensibilität zentrale Entwicklungsziele.

Fazit

Der Fall zeigt exemplarisch, wie wichtig eine **individualisierte, neurodiversitätsbejahende Therapiegestaltung** bei Menschen mit ASS und komorbider sozialer Phobie ist. Der kombinierte Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie, Schematherapie und akzeptanzbasierten Verfahren ermöglichte die gezielte Förderung sozialer Kompetenzen bei gleichzeitiger Wahrung neurodivergenter Bedürfnisse. Insbesondere die Differenzierung zwischen äußerlich angepasstem Verhalten und innerer emotionaler Überforderung erwies sich als zentraler diagnostischer und

therapeutischer Schlüssel. Die Ergebnisse sprechen für eine Weiterentwicklung bestehender Therapieansätze, die neurobiologische, psychosoziale und identitätsbezogene Aspekte bei Sozialer Phobie gleichermaßen berücksichtigen.

3. Literatur

- Abu-Akel, A., Allison, C., Baron-Cohen, S., & Heinke, D. (2019). The distribution of autistic traits across the autism spectrum: Evidence for discontinuous dimensional subpopulations underlying the autism continuum. *Molecular Autism, 10*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S13229-019-0275-3/FIGURES/4>
- Albantakis, L., Brandi, M. L., Zillekens, I. C., Henco, L., Weindel, L., Thaler, H., Schliephake, L., Timmermans, B., & Schilbach, L. (2020). Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism, 24*(8), 2046–2056. <https://doi.org/10.1177/1362361320936024>
- Allison, C., Auyeung, B., & Baron-Cohen, S. (2012). Toward brief „red flags“ for autism screening: The short Autism Spectrum Quotient and the short Quantitative Checklist in 1,000 cases and 3,000 controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(2), 202-212.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.11.003>
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of personality and social psychology, 73*(2), 345.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 23–32.
- Baker, S., Smyth, C., Bartholomew, E., Buchanan, B., & Hegarty, D. (2024). *A Review of the Clinical Utility and Psychometric Properties of the Autism Spectrum Quotient (AQ): Gender-Specific Norms, Percentile Rankings, and Qualitative Descriptors*. <https://novopsych.com/wp-content/uploads/2025/02/Autism-Spectrum-Quotient-AQ-NovoPsych-Review-Paper.pdf>
- Bandura, A., & Kober, H. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Klett-Cotta Stuttgart.
- Baron-Cohen, S., Cassidy, S., Auyeung, B., Allison, C., Achoukhi, M., Robertson, S., Pohl, A., & Lai, M.-C. (2014). Attenuation of typical sex differences in 800 adults with autism vs. 3,900 controls. *PloS one, 9*(7), e102251.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J., & Woodbury-Smith, M. (2005). The Adult Asperger Assessment (AAA): A diagnostic method. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(6), 807–819. <https://doi.org/10.1007/S10803-005-0026-5/METRICS>
- 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>
- Berggren, S., Fletcher-Watson, S., Milenkovic, N., Marschik, P. B., Bölte, S., & Jonsson, U. (2018). Emotion recognition training in autism spectrum disorder: A systematic review of challenges related to generalizability. *Developmental Neurorehabilitation, 21*(3), 141–154. <https://doi.org/10.1080/17518423.2017.1305004>
- Brewer, N., Young, R. L., & Barnett, E. (2017). Measuring Theory of Mind in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(7), 1927–1941. <https://doi.org/10.1007/S10803-017-3080-X/TABLES/8>

- Broadbent, J., Galic, I., & Stokes, M. A. (2013). Validation of Autism Spectrum Quotient Adult Version in an Australian Sample. *Autism Research and Treatment*, 2013, 984205. <https://doi.org/10.1155/2013/984205>
- Brunner, R. M., Resch, F., Parzer, P., & Koch, E. (2008). *HDI - Heidelberger Dissoziations-Inventar | Testzentrale*. 2. Auflage. <https://www.testzentrale.de/shop/heidelberger-dissoziations-inventar.html>
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Uljarević, M., Dissanayake, C., & Samson, A. C. (2018). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research*, 11(7), 962–978. <https://doi.org/10.1002/AUR.1968>
- Chernyshev, B. V., Pultsina, K. I., Tretyakova, V. D., Miasnikova, A. S., Prokofyev, A. O., Kozunova, G. L., & Stroganova, T. A. (2023). Neurophysiological mechanisms of exploration and exploitation in high-functioning autism: Magnetoencephalographic study. *Genes & Cells*, 18(4), 606–609. <https://doi.org/10.17816/GC623327>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Hrsg.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69–93). The Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379–386.
- Cooper, J. E. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Bd. 6. Auflage*. Hogrefe.
- Curnow, E., Utley, I., Rutherford, M., Johnston, L., & Maciver, D. (2023). Diagnostic assessment of autism in adults – current considerations in neurodevelopmentally informed professional learning with reference to ADOS-2. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1258204>
- Davis, T. E. ., White, S. Williams., & Ollendick, T. H. . (2015). *Handbook of autism and anxiety*. 264.
- Dziobek, I., & Stoll, S. (2019). Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. *Navigation*, 177, 183.
- Ehlers, S., & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 34 8(8), 1327–1350. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.1993.TB02094.X>
- Ekblad, L. (2013). Autism, Personality, and Human Diversity. *Sage Open*, 3(3), 1–14. <https://doi.org/10.1177/2158244013497722>
- Engelbrecht, N. (2024a, Oktober). *The AQ-10 | Embrace Autism*. <https://embrace-autism.com/aq-10/>
- Engelbrecht, N. (2024b, Oktober 29). *Autism Spectrum Quotient | Embrace Autism*. <https://embrace-autism.com/autism-spectrum-quotient/>
- Engelbrecht, N. (2024c, Oktober 29). *Toronto Empathy Questionnaire | Embrace Autism*. <https://embrace-autism.com/toronto-empathy-questionnaire/>
- EQ - Empathiequotient | Embloom*. (o. J.). Abgerufen 4. Jänner 2025, von <https://embloom.de/inhalte/eq/>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel W, Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig M. (2013). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, 2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe. *Hogrefe, Göttingen*.
- Fan, Y.-T., Chen, C., Chen, S.-C., Decety, J., & Cheng, Y. (2014). Empathic arousal and social understanding in individuals with autism: evidence from fMRI and ERP measurements. *Social cognitive and affective neuroscience*, 9(8), 1203–1213.

- Fuentes, J., Hervás, A., & Howlin, P. (2021). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 961–984. <https://doi.org/10.1007/S00787-020-01587-4>
- Gadow, K. D., Devincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2005). Comparison of DSM-IV symptoms in elementary school-age children with PDD versus clinic and community samples. *Autism*, 9(4), 392–415. <https://doi.org/10.1177/1362361305056079>
- Gatterer, G. (2022). *Praxis Verhaltenstherapie - Methoden und Anwendungsbeispiele* (G. Gatterer, Hrsg.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64970-1>
- Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., & Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(39), 16194–16199. https://doi.org/10.1073/PNAS.1105403108/SUPPL_FILE/PNAS.201105403SI.PDF
- Gillespie-Lynch, K., Kapp, S. K., Brooks, P. J., Pickens, J., & Schwartzman, B. (2017). Whose expertise is it? Evidence for autistic adults as critical autism experts. *Frontiers in Psychology*, 8(MAR), 224752. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.00438/BIBTEX>
- Goldsmith, S. F., & Kelley, E. (2018). Associations Between Emotion Regulation and Social Impairment in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2164–2173. <https://doi.org/10.1007/S10803-018-3483-3>
- Göner, S., Ecker, W., Leonhart, R., & Limbacher, K. (2016). *MZI - Multidimensionales Zwangsstörungsinventar*. Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/at/shop/multidimensionales-zwangsstoerungsinventar.html>
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen.
- Hautzinger, M. (2021). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (8. Auflage). Beltz.
- 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. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.114.160192>
- HSP-Test* - zartbesaitet.net. (o. J.). Abgerufen 4. Jänner 2025, von <https://www.zartbesaitet.net/hsptest/hsptest.php>
- 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. <https://doi.org/10.1007/S10803-017-3166-5>
- Hutchins, T. L., Lewis, L., Prelock, P. A., & Brien, A. (2021). The Development and Preliminary Psychometric Evaluation of the Theory of Mind Inventory: Self Report—Adult (ToMI:SR-Adult). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(6), 1839–1851. <https://doi.org/10.1007/S10803-020-04654-6>
- Kanning, U. P. (2009). *Inventar sozialer Kompetenzen: ISK; Manual*.
- Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental psychology*, 49 1(1), 59–71. <https://doi.org/10.1037/A0028353>
- Keck, J., Honekamp, C., Gebhardt, K., Nolte, S., Linka, M., de Haas, B., Munzert, J., Krüger, K., & Krüger, B. (2024). Exercise-induced inflammation alters the perception and visual exploration of emotional interactions. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 39, 100806. <https://doi.org/10.1016/J.BBIH.2024.100806>

- Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Wang, X., & Swain, J. E. (2010). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral Neuroscience*, *124*(5), 695–700. <https://doi.org/10.1037/a0020884>
- Kiser, D., Steemer, B., Branchi, I., & Homberg, J. R. (2012). The reciprocal interaction between serotonin and social behaviour. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *36*(2), 786–798. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2011.12.009>
- Kleinhaus, N., Akshoomoff, N., & Delis, D. C. (2005). Executive functions in autism and Asperger's disorder: flexibility, fluency, and inhibition. *Developmental neuropsychology*, *27*(3), 379–401.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz-und Kontrollüberzeugungen:(FKK)*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Küttner, V. (2023). *Die Messung emotionaler Kompetenzen von Teilnehmenden der onkologischen Fachweiterbildung: Eine quantitative Querschnittstudie*. https://opus.bsz-bw.de/msh/files/693/MSH_MA_Kuettner_03082023.pdf
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, *383*(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Linden, M., & Hautzinger, M. (2011). *Verhaltenstherapiemanual* (7. Auflage). Springer-Verlag.
- Livingston, L. A., Shah, P., Milner, V., & Happé, F. (2020). Quantifying compensatory strategies in adults with and without diagnosed autism. *Molecular Autism*, *11*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S13229-019-0308-Y/TABLES/5>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., & Ferguson, B. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of general psychiatry*, *51*(3), 215–224.
- Lord, C., M. Rutter, P.C. DiLavore, S. Risi, K. Gotham, S.L. Bishop, C. Lord, R.J. Luyster, K. Gotham, & W. Guthrie. (2015). *ADOS-2 - Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen - 2 Modul 4* (2. Aufl.). Hogrefe-Verlag. <https://www.hogrefe.com/at/shop/diagnostische-beobachtungsskala-fuer-autistische-stoerungen-2.html>
- Masataka, N. (2017). Implications of the idea of neurodiversity for understanding the origins of developmental disorders. *Physics of Life Reviews*, *20*, 85–108. <https://doi.org/10.1016/J.PLREV.2016.11.002>
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, *36*(4), 455–470.
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52* 7(7), 679–688. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2013.05.006>
- 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>
- Nespodzany, A., Braden, B., Baxter, L., & Smith, C. (2018). *Planning and Efficiency on the Tower of London Test in ASD*.
- NICE. (2012). *Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management Clinical guideline*. www.nice.org.uk/guidance/cg142
- NovoPsych. (o. J.). *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)*. NovoPsych. Abgerufen 4. Jänner 2025, von <https://novopsych.com.au/assessments/diagnosis/vancouver-obsessional-compulsive-inventory-voci/>

- O'Connor, M.-F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*, *42*(2), 969–972. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.256>
- Oshima, F., Murata, T., Ohtani, T., Seto, M., & Shimizu, E. (2021). A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial. *BMC Research Notes*, *14*(1), 158. <https://doi.org/10.1186/S13104-021-05556-1>
- Pahnke, J., Jansson-Fröjmark, M., Andersson, G., Bjureberg, J., Jokinen, J., Bohman, B., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and commitment therapy for autistic adults: A randomized controlled pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Autism*, *27*(5), 1461–1476. <https://doi.org/10.1177/13623613221140749>
- Parpart, H., Krankenhagen, M., Albantakis, L., Henco, L., Friess, E., & Schilbach, L. (2018). Schema therapy-informed social interaction training: Interventional approach for adults with high-functioning autism. *Psychotherapeut*, *63*(3), 235–242. <https://doi.org/10.1007/S00278-018-0271-7/FIGURES/4>
- Petrocchi, N., Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2017). Compassion at the mirror: Exposure to a mirror increases the efficacy of a self-compassion manipulation in enhancing soothing positive affect and heart rate variability. *The Journal of Positive Psychology*, *12*(6), 525–536.
- Petty, S., & Ellis, A. (2024). The meaning of autistic movements. *Autism : the international journal of research and practice*, *28*(12), 3015–3020. <https://doi.org/10.1177/13623613241262151>
- Pirrone, A., Wen, W., Li, S., Baker, D. H., & Milne, E. (2018). Autistic Traits in the Neurotypical Population do not Predict Increased Response Conservativeness in Perceptual Decision Making. *Perception*, *47*(10–11), 1081–1096. <https://doi.org/10.1177/0301006618802689>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*(4), 515–526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Quinde-Zlibut, J. M., Williams, Z. J., Gerdes, M., Mash, L. E., Heflin, B. H., & Cascio, C. (2021). Multifaceted empathy differences in children and adults with autism. *Scientific Reports*, *11*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/S41598-021-98516-5/FIGURES/3>
- Raven, J. (2000). The Raven's progressive matrices: change and stability over culture and time. *Cognitive psychology*, *41*(1), 1–48.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M. M., Mootz, S., Van Leeuwen, E., & Stockmann, L. (2011). Emotion regulation and internalizing symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*, *15*(6), 655–670. <https://doi.org/10.1177/1362361310366571>
- Rindermann, H. (2009). *EKF - Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*. Hogrefe. <https://www.hogrefe.com/at/shop/emotionale-kompetenz-fragebogen.html>
- Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience* *2017 18:11*, *18*(11), 671–684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>
- Roy, M., & Strate, P. (2022). Autism Spectrum Disorders in Adulthood—Symptoms, Diagnosis, and Treatment. *Deutsches Arzteblatt International*, *120*(6), 87–93. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.M2022.0379>
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*(1), 15–28. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001699>
- Russo-Ponsaran, N. M., Evans-Smith, B., Johnson, J., Russo, J., & McKown, C. (2016). Efficacy of a Facial Emotion Training Program for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Nonverbal Behavior*, *40*(1), 13–38. <https://doi.org/10.1007/S10919-015-0217-5>

- Ryan, C., & Charragáin, C. N. (2010). Teaching Emotion Recognition Skills to Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(12), 1505–1511. <https://doi.org/10.1007/S10803-010-1009-8>
- Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, 8(1), 9–18. <https://doi.org/10.1002/AUR.1387>
- Serret, S., Hun, S., Iakimova, G., Lozada, J., Anastassova, M., Santos, A., Vesperini, S., & Askenazy, F. (2014). Facing the challenge of teaching emotions to individuals with low- and high-functioning autism using a new Serious game: a pilot study. *Molecular Autism*, 5(1), 37–37. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-5-37>
- Shalev, I., & Uzevovsky, F. (2020). Empathic disequilibrium in two different measures of empathy predicts autism traits in neurotypical population. *Molecular Autism*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S13229-020-00362-1/FIGURES/3>
- Shalev, I., Warrier, V., Greenberg, D. M., Smith, P., Allison, C., Baron-Cohen, S., Eran, A., & Uzevovsky, F. (2022). Reexamining empathy in autism: Empathic disequilibrium as a novel predictor of autism diagnosis and autistic traits. *Autism Research*, 15(10), 1917–1928. <https://doi.org/10.1002/AUR.2794>
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B, Biological Sciences*, 298(1089), 199–209.
- Smith, A. (2009). The empathy imbalance hypothesis of autism: A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development. *Psychological Record*, 59(2), 273–294. <https://doi.org/10.1007/BF03395663/METRICS>
- Spain, D., Johnston, F., Campbell, P., Daly, M., Anson, C., Chaplin, M., Glaser, E., Mendez, K., Lovell, A., & Murphy, K. (2016). Social anxiety in adult males with autism spectrum disorders. *Elsevier*, 32, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.08.002>
- Spreng*, R. N., McKinnon*, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of personality assessment*, 91(1), 62–71.
- Tebartz van Elst, L. (2013). *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (Bd. 1). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Tebartz van Elst, L. (2018). *AUTISMUS UND ADHS : Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit*. KOHLHAMMER Verlag.
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J. J., & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747–756.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1289–1314.
- Uzevovsky, F., & Knafo-Noam, A. (2016). Empathy development throughout the life span. In *Social cognition* (S. 89–115). Routledge.
- Van de Cruys, S., Evers, K., Van der Hallen, R., Van Eylen, L., Boets, B., de-Wit, L., & Wagemans Leuven, J. K. (2014). *Precise Minds in Uncertain Worlds: Predictive Coding in Autism*. <https://doi.org/10.1037/a0037665>
- van der Elst, W., van Boxtel, M. P. J., van Breukelen, G. J. P., & Jolles, J. (2005). Rey’s verbal learning test: Normative data for 1855 healthy participants aged 24–81 years and the influence of age,

- sex, education, and mode of presentation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(3), 290–302. <https://doi.org/10.1017/S1355617705050344>
- Vllasaliu, L. (2016). *Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 1: Diagnostik S3-Leitlinie*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf
- VLT/NVLT - *Verbaler und Nonverbaler Lerntest*. (o. J.). Hogrefe. Abgerufen 4. Jänner 2025, von <https://www.hogrefe.com/at/shop/verbaler-und-nonverbaler-lerntest.html>
- Vuijk, R., Turner, W., Zimmerman, D., Walker, H., & Dandachi-FitzGerald, B. (2024). Schema therapy in adults with autism spectrum disorder: A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2949. <https://doi.org/10.1002/CP.2949>
- Wilson, A. C., & Gullon-Scott, F. (2024). 'It's not always textbook social anxiety': A survey-based study investigating the nature of social anxiety and experiences of therapy in autistic people. *Autism*. <https://doi.org/10.1177/13623613241251513>
- WTS Marketplace. *SCHUHFRIED COG-Cognitrone zur Messung von Aufmerksamkeit*. (o. J.). Abgerufen 4. Jänner 2025, von <https://marketplace.schuhfried.com/de/COG>
- Young, J. E. (2008). *Schematherapie : ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Junfermann.
- Zhang, Q., Wu, R., Zhu, S., Le, J., Chen, Y., Lan, C., Yao, S., Zhao, W., & Kendrick, K. M. (2021). Facial emotion training as an intervention in autism spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Autism Research*, 14(10), 2169–2182. <https://doi.org/10.1002/AUR.2565>
- Zivralı Yazar, E., Howlin, P., Charlton, R., & Happé, F. (2021). Age-Related Effects on Social Cognition in Adults with Autism Spectrum Disorder: A Possible Protective Effect on Theory of Mind. *Autism Research*, 14(5), 911–920. <https://doi.org/10.1002/AUR.2410>
- Zwick, J. C., & Wolkenstein, L. (2017). Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression. *Journal of Affective Disorders*, 210, 90–99. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2016.12.022>

