

Aus dem Zentrum für Neurologie und Psychiatrie
der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter

Die Entwicklung eines bedarfsorientierten Gruppentrainings für Autismus im
Erwachsenenalter
(GATE)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines
doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Astrid-Claudia Gawronski
aus Köln

promoviert am
06. November 2013

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Vogeley

2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. sc. Hum. M. Döpfner

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten (alphabetische Reihenfolge):

A. Georgescu, Dipl.-Psych.

Dr. med. H. Kockler, Ärztin

K. Krämer, Dipl.-Psych.

Dr. phil. B. Kuzmanovic, Dipl.-Psych.

Dr. med. F.-G. Lehnhardt, Arzt

K. Pfeiffer, Dipl.-Psych.

Privatdozent Dr. med. L. Schilbach, Arzt

Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Vogeley, Arzt, M.A.

J. von Buch, Dipl.-Psych.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die in dieser Arbeit beschriebene Studie ist unter Supervision von Herrn Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Vogeley von mir selbst entworfen, ausgearbeitet, durchgeführt und ausgewertet worden. Bei der qualitativ inhaltsanalytischen Auswertung der offenen Beschreibungen unterstützten mich Dr. med. H. Kockler und A. Georgescu als Interrater des Kategoriensystems. Bei der Entwicklung des Fragebogens stand mir neben Dr. med. F. Lehnhardt und K. Pfeiffer auch Dr. phil. B. Kuzmanovic zur Verfügung, die mich ebenfalls bei der Abfassung des Zeitschriftenartikels unterstützte. K. Pfeiffer half mir, die konkreten Inhalte für das Gruppentraining auszuwählen sowie bei der Anfertigung des Therapiemanuals. Darüber hinaus leitete sie gemeinsam mit J. von Buch und K. Krämer die Evaluationsgruppen. Dr. med. F.-G. Lehnhardt, Privatdozent Dr. med. L. Schilbach, Dr. med. H. Kockler sowie Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Vogeley unterstützten durch ihre diagnostische Arbeit in der Spezialsprechstunde für Autismus im Erwachsenenalter die Rekrutierung der Teilnehmer für Studie 1, Studie 2 und die Evaluation des Gruppentrainings.

Danksagung

Danken möchte ich vor allem meinem Betreuer Kai Vogeley, der mich seit über sieben Jahren fortwährend in meiner Arbeit und Ausbildung unterstützt und mich immer wieder mit seiner Begeisterung für die Welt der Wissenschaft anzustecken vermag. Außerdem gilt mein Dank meiner Kollegin und guten Freundin Kathleen Pfeiffer, die mich immer geduldig motiviert hat und mit der ich während der Erstellung des Therapiemanuals viele Stunden gemeinsam vor dem Laptop verbracht habe. Bojana Kuzmanovic danke ich für dafür, dass sie Tag und Nacht bereit war, mir meine Fragen hinsichtlich Formulierungen, Formatierungen und Excel-Befehlen zu beantworten sowie dafür, dass sie eine wunderbare Freundin ist.

Den Leiterinnen der Evaluationsgruppen bin ich ebenfalls zu besonderem Dank verpflichtet. Neben Kathleen Pfeiffer haben sich hier Katharina Krämer und Jennifer von Buch in besonderem Maße für die manualgetreue Umsetzung von GATE engagiert.

Ohne die Hilfe des gesamten großartigen Teams der Spezialsprechstunde für Autismus im Erwachsenenalter und der Arbeitsgruppe Bildgebung hätte diese Arbeit nicht verwirklicht werden können. Deshalb danke ich auch: Marita Dolhausen, Theresa Schoofs, Fritz-Georg Lehnhardt, Ralf Tepest, Julia Proft, Ulrich Pfeiffer, Alexandra Georgescu, Hanna Kockler, Leonhard Schilbach und Tabea von der Lühe.

Die Unterstützung meiner Familie und meiner Freunde hat mir in den letzten Jahren immer wieder den Mut gegeben, dieses Projekt zu verwirklichen. Dafür möchte ich ihnen danken. Zuletzt gilt mein besonderer Dank Johannes, der mir in den nervenaufreibenden Phasen dieses Projekts große Nachsicht entgegengebracht und stets den Rücken frei gehalten hat.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
1.1 Hintergrund	7
1.2 Thematische Einführung	8
1.3 Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter	9
1.3.1 <i>Diagnostische Kriterien</i>	9
1.3.2 <i>Besonderheiten im Erwachsenenalter</i>	11
1.3.3 <i>Diagnostik</i>	13
1.3.4 <i>Epidemiologie</i>	16
1.3.5 <i>Psychotherapie</i>	18
1.4 Ziel und Konzeption der Studie	19
2. Eigene Arbeiten	22
2.1 Qualitative Analyse (Studie 1)	22
2.1.1 <i>Methode</i>	22
2.1.2 <i>Ergebnisse</i>	23
2.2 Fragebogen (Studie 2)	27
2.2.1 <i>Methode</i>	27
2.2.2 <i>Ergebnisse</i>	29
2.3 Übergreifende Diskussion	31
2.3.1 <i>Methodische Aspekte</i>	31
2.3.2 <i>Inhaltliche Aspekte</i>	32
2.4 Das bedarfsorientierte Gruppentraining GATE	43
2.4.1 <i>Konzeption</i>	43
2.4.2 <i>Rahmenbedingungen</i>	44
2.4.3 <i>Sitzungsstruktur</i>	46
2.5 Evaluation	47
2.5.1 <i>Methode</i>	47
2.5.2 <i>Ergebnisse</i>	49

<i>2.5.3 Diskussion</i>	54
<i>2.5.4 Fazit & Ausblick</i>	56
3. Zusammenfassung	57
4. Literaturverzeichnis	59
5. Vorabveröffentlichung von Ergebnissen	67
6. Anhang	69
7. Lebenslauf	75

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Idee zum vorliegenden Dissertationsprojekt entstand im Rahmen der diagnostischen Arbeit in der Spezialsprechstunde für Autismus im Erwachsenenalter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Köln. In der seit 11/2005 angebotenen Sprechstunde können sich Personen ab dem 18ten Lebensjahr zur umfassenden Diagnostik vorstellen, bei denen im Vorfeld der Verdacht auf das Vorliegen einer Störung aus dem Autismus-Spektrum durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neurologie formuliert wurde. Bis 05/2012 nutzten insgesamt 953 Personen dieses Angebot, von denen es bei 291 Personen (30%) zu einer mehrfachen Vorstellung mit anschließender Vergabe einer Diagnose aus dem Autismus-Spektrum (F84.0 oder F84.5) kam. Viele der betroffenen Patienten äußerten in den diagnostischen Abschlussgesprächen den Wunsch nach weiteren Hilfestellungen, wie einer psychotherapeutischen Behandlung oder einer Berufsberatung. Aufgrund des bestehenden Mangels an spezifischen Hilfen wurde das der vorliegenden Schrift zugrunde liegende Projekt geplant und durchgeführt. Wie unter Abschnitt 5 aufgeführt, entstanden in den vergangenen zwei Jahren im Einvernehmen mit dem Betreuer des Dissertationsprojekts, Prof. Dr. Dr. K. Vogeley, bereits zwei praxisrelevante Vorabveröffentlichungen, weshalb im Folgenden auf einen umfangreichen Theorieteil verzichtet wird. Wenn von der Autorin als relevant erachtet, wird im Text auf diese Publikationen verwiesen. Darüber hinaus sind im Zusammenhang mit der Erarbeitung des Projekts weitere themenverwandte Publikationen entstanden, die ebenfalls im Abschnitt 5 aufgeführt werden.

1.2 Thematische Einführung

Das Interesse an Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) hat sowohl hinsichtlich wissenschaftlicher als auch klinischer Aspekte in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich zugenommen (Bölte, 2009a; Vogeley, 2010). Zum einen ist dies auf die Vereinheitlichung der diagnostischen Kriterien für die Störung in den derzeit geltenden diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zurückzuführen. Zum anderen sind die milderen Ausprägungsgrade wie das Asperger-Syndrom oder der frühkindliche Autismus auf hohem Funktionsniveau (HFA) durch die Etablierung eines Autismus-Spektrums in den Aufmerksamkeitsfokus gerückt. Dies hat unter anderem eine deutliche Zunahme von Erstdiagnosen einer ASS im Erwachsenenalter zur Folge (ebd.). Diese spezielle „spät diagnostizierte“ Patientengruppe zeichnet sich durch eine mindestens durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit aus, was den betroffenen Personen eine teilweise Kompensation ihrer sozialen Schwierigkeiten mit Hilfe kognitiver Strategien und somit ein vergleichsweise hohes Funktionsniveau ermöglicht. Zur diagnostischen Vorstellung kommt es oft erst dann, wenn diese Strategien in Adoleszenz oder Erwachsenenalter durch komplexere berufliche und soziale Anforderungen versagen und die Betroffenen komorbide Symptomatiken wie depressive Störungen oder Angststörungen entwickeln (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S.54).

ASS können bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht kurativ behandelt werden. Trotzdem besteht die Möglichkeit, mittels verhaltenstherapeutischer Methoden den Umgang mit belastenden Symptomen zu verbessern sowie die sozialen Kompetenzen der Betroffenen zu fördern. Entsprechende Angebote existieren in einer Vielzahl für Kinder und Jugendliche mit ASS, jedoch kaum für hochfunktionale erwachsene Personen. Nur sehr wenige Ausbildungsinstitute für Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie für Erwachsene) bieten Seminare zu diesem Thema an und auch in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie werden ASS nicht behandelt.

Bei der Konzeption eines auf das Profil hochfunktionaler Erwachsener mit einer ASS zugeschnittenen verhaltenstherapeutischen Angebotes sollte sowohl die Heterogenität der betreffenden Personengruppe berücksichtigt, das vorhandene

Potenzial der Patienten aufgegriffen als auch dem Problem der häufig bestehenden Komorbidität entgegengearbeitet werden.

1.3 Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter

1.3.1 Diagnostische Kriterien

Laut der derzeit noch geltenden diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010) und DSM-IV (APA, 1994) zählen der Frühkindliche Autismus sowie das Asperger-Syndrom zu den „Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“. Störungen dieser Gruppe zeichnen sich durch den frühen Beginn im Kleinkind- oder Kindesalter aus und verlaufen bis ins Erwachsenenalter hinein stetig ohne Remissionen. Allen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ist gemeinsam, dass sie durch ein umfassendes Defizit des Kommunikations- und Interaktionsverhaltens gekennzeichnet sind. Häufig leiden die Betroffenen unter einer kognitiven Beeinträchtigung (Dilling & Freyberger, 2010). In Tabelle 1.1 sind die diagnostischen Kriterien des Frühkindlichen Autismus nach ICD-10 vereinfacht dargestellt.

Tabelle 1.1: Diagnosekriterien des Frühkindlichen Autismus nach ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010; zit. n. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 18)

Soziale Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> - Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung, Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden - Unfähigkeit, trotz hinreichender Möglichkeiten Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen - Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder abweichenden Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens - Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation - relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten, bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt - stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen - Mangel an verschiedenen Als-ob-Spielen oder sozialen Imitationsspielen
Repetitive und stereotype Verhaltensmuster	<ul style="list-style-type: none"> - umfangreiche Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind; es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln - offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale - stereotype, repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers - vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z.B. Geruch, Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration)

In beiden Klassifikationssystemen beziehen sich die diagnostischen Kriterien des Frühkindlichen Autismus und des Asperger-Syndroms ausschließlich auf eine Diagnostik im Kindes- oder Jugendalter, gesonderte Kriterien für eine Diagnostik im Erwachsenenalter existieren nicht.

Darüber hinaus ist auch der Hochfunktionale Autismus (HFA) in den diagnostischen Manualen nicht definiert. Hierbei handelt es sich um den frühkindlichen Autismus ohne intellektuelle Einschränkungen (IQ>70). Im Unterschied zum Asperger-Syndrom hat hier bezüglich des Spracherwerbs eine

Verzögerung in der frühkindlichen Entwicklung vorgelegen. Tabelle 1.2 stellt die diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms nach ICD-10 im direkten Vergleich zum Frühkindlichen Autismus dar.

Tabelle 1.2: Diagnosekriterien des Asperger-Syndroms im Vergleich zum Frühkindlichen Autismus nach ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2010; zit. n. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 19)

Soziale Interaktion	Die Kriterien entsprechen denjenigen für Frühkindlichen Autismus
Intellektuelle Entwicklung und Kommunikation	Es fehlt eine klinisch eindeutige, allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung: einzelne Worte werden vor dem zweiten Lebensjahr oder früher benutzt und kommunikative Phrasen treten im dritten Lebensjahr oder früher auf. Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und die Neugier an der Umgebung sollten während der ersten drei Lebensjahre einer normalen intellektuellen Entwicklung entsprechen.
Motorische Entwicklung	Meilensteine der motorischen Entwicklung können verspätet sein, eine motorische Ungeschicklichkeit ist ein häufiges (aber kein notwendiges) diagnostisches Merkmal.
Spezialfertigkeiten	Isolierte Spezialfertigkeiten, oft verbunden mit einer auffälligen Beschäftigung sind häufig, aber für die Diagnose nicht erforderlich.
Repetitive und stereotype Verhaltensmuster	Diese entsprechen den Kriterien für den Frühkindlichen Autismus, jedoch sind hier motorische Manierismen, ein besonderes Beschäftigtsein mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen von Spielmaterial ungewöhnlich.

Die eindeutige Abgrenzung zwischen HFA und Asperger-Syndrom erweist sich insgesamt als schwierig. Speziell bei einer Erstdiagnostik im Erwachsenenalter kann darüber hinaus oft die Rekonstruktion der Sprachentwicklung als wichtigstes Unterscheidungskriterium nicht mehr valide erfolgen. In der ersten Diskussionsversion des DSM-V wird dieser Problematik durch die Einführung eines Kontinuums von ASS mit variablen Schweregraden der Symptomatik entgegengearbeitet (<http://www.dsm5.org>).

1.3.2 Besonderheiten im Erwachsenenalter

Das Erscheinungsbild einer ASS im Erwachsenenalter unterscheidet sich vor allem in zwei wesentlichen Punkten von dem in Kindheit und Jugend.

Erstens haben viele Betroffene durch die jahrelange Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten und je nach Diagnosezeitpunkt auch mit Hilfe von institutioneller Unterstützung zum Teil wirkungsvolle Strategien erlernen können, um erfolgreicher soziale Situationen zu meistern. Insbesondere Personen mit höheren intellektuellen Fähigkeiten profitieren im Sinne einer kognitiven Kompensation von solchen Strategien (Lehnhardt et al., 2011a; Vogeley, 2012). Dies hat einerseits zur Folge, dass die autistische Störung oftmals von der Umwelt weniger deutlich wahrgenommen oder in manchen Fällen zunächst überhaupt nicht erkannt wird. Andererseits erfordert die stetige Anwendung kognitiver „Regeln“ für soziale Situationen eine immense Anstrengung für die Betroffenen. Die steigende Komplexität dieser Situationen im fortschreitenden Lebensalter bedingt durch Ablösung vom Elternhaus, Berufseinstieg, Partnerwahl etc. kann zu Überforderungs- oder Unzulänglichkeitsgefühlen führen (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 23).

Zweitens leiden viele von ASS Betroffene im Erwachsenenalter zusätzlich an komorbiden Erkrankungen, wobei depressive und Angststörungen am häufigsten auftreten (z.B. Ghaziuddin & Zafar, 2008; Hofvander et al., 2009; Rydén & Bejerot, 2008; Vogeley & Remschmidt, 2011). Eine Depression ist hierbei nicht selten die Folge oben genannter Überforderung durch Kompensationsversuche autistischer Defizite. Sterling und Kollegen (2007) konnten zeigen, dass das Erkrankungsrisiko bei Personen mit ASS mit höheren intellektuellen Fähigkeiten, geringerer sozialer Beeinträchtigung und einer größeren Anzahl parallel zur Depression auftretender psychopathologischer Symptome steigt.

Neben diesen beiden prägnanten Unterschieden der Phänomenologie im Vergleich zum Kindes- und Jugendalter zeichnen sich Störungen des Autismus-Spektrums im Erwachsenenalter vor allem durch die in Tabelle 1.3 beschriebenen Defizite aus.

Tabelle 1.3: Auffälligkeiten bei ASS im Erwachsenenalter (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012; S. 20-31)

Bereich	Defizite/Auffälligkeiten
Theory of Mind/Mentalisieren	- Einschränkung oder völliges Fehlen einer intuitiven Mentalisierungsfähigkeit (Frith, 2003; Vogeley & Remschmidt, 2011)
Verbale Kommunikation	- Defizite hinsichtlich a) <i>Pragmatik</i> : z.B. häufiges Monologisieren, unterbrechen des Gesprächspartners an unpassenden Stellen, fehlerhafter Einsatz von Floskeln und Phrasen (Frith, 2003) b) <i>Semantik</i> : z.B. Konkretismus, eingeschränktes Verständnis von Metaphern, Redewendungen, Witzen, Sprichwörtern, Ironie (Vogeley & Remschmidt, 2011) c) <i>Prosodie</i> : z.B. monotone und mechanische Sprechweise (Attwood, 2005; Remschmidt & Kamp-Becker, 2006) d) <i>Small-Talk</i> : z.B. unpassende Themenwahl, wenig Reziprozität im Gesprächsverlauf
Sozialer Blick/ Nonverbale Kommunikation	- Geringe Wahrnehmung und kaum Verwendung sensibler Blicksignale zu kommunikativen Zwecken (Schuster, 2007) - Schwierigkeiten mit der Interpretation von Mimik und Gestik
Repetitive und stereotype Verhaltensmuster	- Intensive Beschäftigung mit fokussierten Spezialinteressen - Hohe Relevanz von Routinen und Ritualen/Schwierigkeiten mit der Abweichung von Routinen - Inhaltliche und zeitliche Ausdehnung von Ritualen bei vermehrtem Stress (Attwood, 2005) - Spezielle Ordnungsvorlieben (Vogeley & Remschmidt, 2011)
Sensorik	a) <i>Überempfindlichkeiten</i> : auditive Eindrücke (Attwood, 2005), Berührungsempfindlichkeit (Grandin, 1988), Geschmackssinn, seltener visuelle Eindrücke (Attwood, 2005) b) <i>Unempfindlichkeiten</i> : Temperatur- und Schmerzempfinden (Attwood, 2005; Remschmidt & Kamp-Becker, 2006) c) <i>Synästhesien</i> : z.B. Farben hören (Attwood, 2005; Tammet, 2008)
Detailwahrnehmung	- Schwache zentrale Kohärenz (Frith, 2003; Iarocci et al., 2006; Lopez & Leekam, 2003)

1.3.3 Diagnostik

Der Bedarf an einer erstmaligen Autismus-Diagnostik im Erwachsenenalter ist in den letzten Jahren enorm angestiegen, was in erster Linie auf die Zunahme des wissenschaftlichen Interesses an diesem Störungsbild und der damit zusammenhängenden verstärkten Präsenz von ASS in den öffentlichen Medien zurückzuführen ist (Bölte, 2009a; Vogeley, 2010). Besonders die leichten Ausprägungsgrade der Störung rücken dadurch zunehmend in den Fokus und sowohl die Betroffenen selbst als auch zuweisende Hausärzte und Psychotherapeuten bemühen sich immer häufiger um eine diagnostische Abklärung

(Gaus, 2007; Lehnhardt et al., 2011b). Eine Erstdiagnostik von ASS im Erwachsenenalter stellt aus zwei Gründen eine Herausforderung für den Diagnostiker dar: Erstens existieren im Unterschied zur Diagnostik im Kindes- und Jugendalter bis dato nur wenige valide und in der Praxis erprobte Screening- und Diagnoseverfahren. Zweitens ist die Symptomatik aufgrund oben bereits erwähnter kognitiver Kompensationsstrategien der Betroffenen sowie etwaig vorhandener Komorbiditäten im Erwachsenenalter häufig nicht deutlich zu erkennen, so dass ein die Störung betreffendes umfangreiches Wissen des Diagnostikers erforderlich ist (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 32/33). Für die Diagnostik im Erwachsenenalter geeignete Screening-Instrumente sind in Tabelle 1.4, Diagnoseverfahren in Tabelle 1.5 dargestellt (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 38/39).

Tabelle 1.4: Screening-Instrumente für die Diagnostik von ASS im Erwachsenenalter

Screening-Instrumente Erwachsene > 24 Jahre
<p>ASDASQ - Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire¹ Autoren: Nylander, Gillberg Jahr: 2001 Art: Fragebogen, Fremdurteil Sprache: Englisch</p>
<p>AQ – The Autism Spectrum Quotient Autoren: Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, Clubley Jahr: 2001 Art: Fragebogen, Selbsturteil Sprache: Englisch, Deutsch</p>
<p>EQ – The Empathy Quotient Autoren: Baron-Cohen, Wheelwright Jahr: 2004 Art: Fragebogen, Selbsturteil Sprache: Englisch, Deutsch</p>
<p>FSK – Fragebogen zur sozialen Kommunikation Autoren: Rutter, Bailey, Lord, Berument Jahr: 2003 Art: Fragebogen, Fremdurteil Sprache: Englisch, Deutsch</p>
<p>SQ – The Systemizing Quotient Autoren: Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Gurunathan, Wheelwright Jahr: 2003 Art: Fragebogen, Selbsturteil Zielgruppe: Erwachsene Sprache: Englisch, Deutsch</p>

Tabelle 1.5: Diagnose-Instrumente für die Diagnostik von ASS im Erwachsenenalter

Diagnose-Instrumente Erwachsene > 24 Jahre
<p>AAA – The Adult Asperger Assessment¹ Autoren: Baron-Cohen, Wheelwright, Robinson, Woodbury-Smith Jahr: 2005 Art: Interview, Selbsturteil, halb-strukturiert Sprache: Englisch, Deutsch und weitere</p>
<p>ADI-R – Autism Diagnostic Interview – Revised Autoren: Lord, Rutter, LeCouteur Jahr: 1994 Art: Interview, Fremdurteil, strukturiert Sprache: Englisch, Deutsch</p>
<p>ADOS - G – Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic Autoren: Lord, Rutter, DiLavore, Risi Jahr: 2001 Art: Beobachtung, halb-strukturiert Sprache: Englisch, Deutsch</p>
<p>ASDI – The Asperger Syndrome Diagnostic Interview Autoren: Gillberg & Gillberg, Rastam, Wentz Jahr: 2001 Art: Interview, Fremdurteil, strukturiert Sprache: Englisch</p>
<p>DISCO – Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders Autoren: Wing, Leekam, Libby, Gould, Locombe Jahr: 2002 Art: Interview, Fremdurteil, halb-strukturiert Sprache: Englisch</p>
<p>¹ausschließlich für Erwachsene konzipiert</p>

Neben dem Einsatz von Screening- und Diagnoseinstrumenten stützt sich die Diagnose einer ASS im Erwachsenenalter immer auch auf das klinische Urteil eines in diesem Bereich erfahrenen Diagnostikers. Insbesondere eine ausführliche Eigenanamnese in einem persönlichen Gespräch mit dem Betroffenen ist hier unerlässlich. Um Informationen die frühkindliche Entwicklung betreffend zu erhalten, sollte außerdem, falls möglich, eine Fremdanamnese bestenfalls mit einem Elternteil durchgeführt werden. Weitere hilfreiche Daten können bspw. Grundschulzeugnissen sowie Video- und Fotomaterial aus Kindheit und Jugend entnommen werden. Auch eventuelle Klinikberichte, psychodiagnostische Gutachten oder therapeutische Epikrisen liefern zusätzliche Hinweise (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 39/40).

Die Berücksichtigung möglicher Differenzialdiagnosen hat bei der Erstdiagnostik einer ASS im Erwachsenenalter einen hohen Stellenwert. Im Bereich der nach DSM-IV definierten Achse I – Störungen ist die Abgrenzung zur sozialen Phobie sowie zur Zwangsstörung von Bedeutung (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006; Vogeley & Remschmidt, 2011). Die Achse II – Störungen betreffend muss eine ASS klar von einer schizoiden, narzisstischen und einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung unterschieden werden (Noterdaeme, 2009).

Um Betroffene hinsichtlich therapeutischer Interventionen, aber auch bspw. die berufliche (Neu-)Orientierung betreffend besser zu beraten, können bei entsprechenden Voraussetzungen testdiagnostische Untersuchungen durchgeführt werden. Wissenschaftliche Studien konnten jedoch zeigen, dass weder Ergebnisse aus Intelligenz-, noch aus neuropsychologischen Testverfahren in diagnostischer Hinsicht besonders informativ sind, da ermittelte kognitive und neuropsychologische Profile von Personen mit ASS enormen individuellen Schwankungen unterliegen (Bölte & Bormann-Kischkel, 2009).

1.3.4 Epidemiologie

Prävalenz

Während ältere epidemiologische Studien noch von einer Prävalenzrate des Frühkindlichen Autismus von 4:10000 Kindern ausgingen (Lotter, 1966), stellen neue Veröffentlichungen mittlere Prävalenzzahlen für Achtjährige von ca. 66:10000 vor (ADDM & CDC, 2009). Die Autoren eines aktuellen Überblicksartikels ermittelten in einer systematischen Analyse weltweiter epidemiologischer Untersuchungen eine mittlere Prävalenzrate von 62:10000, wobei weder kulturelle noch geographische Faktoren einen evidenten Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit von Autismus-Spektrum-Störungen ausübten (Elsabbagh et al., 2012). Dieser nicht unerhebliche Anstieg von Autismus-Spektrum-Störungen über die letzten Jahrzehnte ist jedoch vermutlich nicht auf ein tatsächlich häufigeres Auftreten der Störung zurückzuführen. Vielmehr scheint die zunehmende Bekanntheit von ASS in Medien und Wissenschaft einen Einfluss auf die Entdeckungshäufigkeit zu haben, da in diesem Bereich tätige Diagnostiker der Störung gegenüber aufmerksamer geworden sind und zunehmend auch die mildereren Ausprägungsgrade in den diagnostischen Fokus treten. Indirekt

bestätigt wird dies durch die Tatsache, dass in den letzten Jahren bei deutlich weniger diagnostizierten Personen noch eine Intelligenzminderung identifiziert werden konnte (ADDM & CDC, 2009). Die späte Aufnahme des Asperger-Syndroms in die diagnostischen Klassifikationssysteme ebenso wie die seit Jahren rege diskutierte Frage der Eigenständigkeit der Störung haben zur Folge, dass kaum gesonderte Studien zu ihrer Auftretenshäufigkeit durchgeführt wurden. Die Ergebnisse neuerer epidemiologischer Untersuchungen, die auch das Asperger-Syndrom einschließen, weisen auf einen relativ hohen Anteil der Störung von 50 bis zu 59 Prozent am Gesamtaufkommen von ASS hin (Baird et al., 2006). Dieser Umstand scheint ebenfalls mit der in den letzten Jahren erhöhten Entdeckungsrate der mildereren Ausprägungsgrade autistischer Störungen zusammen zu hängen.

Geschlechterverteilung

Im Gegensatz zu den Prävalenzzahlen hat sich die Geschlechterverteilung über die Jahrzehnte hinweg nicht verändert. Der frühkindliche Autismus tritt dem ICD-10 und dem DSM-IV zufolge beim männlichen Geschlecht etwa viermal so häufig auf wie beim weiblichen Geschlecht, beim Asperger-Syndrom wird sogar ein Verhältnis von 8:1 angegeben. Mittelt man über alle Studien hinweg, ergibt sich ein Verhältnis von 4:1 zugunsten des männlichen Geschlechts für alle ASS (Bölte, 2009b). Betrachtet man jedoch nur die Subgruppe der erst im Erwachsenenalter diagnostizierten Personen, verschiebt sich das Verhältnis relativ deutlich zu 2:1 (Hofvander et al., 2009; Howlin, 2003; Lehnhardt et al., 2011a, b). Die Ursachen für diesen festgestellten Unterschied sind bis dato noch nicht geklärt. Ein möglicher Grund könnte ein bei hochfunktionalen Frauen mit ASS erhöhter Leidensdruck im Erwachsenenalter sein, weshalb diese sich häufiger zur Diagnostik vorstellen. Frauen verfügen in der Normalpopulation über vergleichsweise höhere soziale und empathische Fähigkeiten als Männer, weshalb eine weibliche Person mit Einschränkungen in diesem Bereich im Alltag eher auffällt und sich vermutlich weniger gut in soziale Gruppen mit anderen Frauen integrieren kann. Hingegen bereiten vergleichsweise geringe Fähigkeiten im sozialen Bereich Angehörigen des männlichen Geschlechts generell weniger Probleme, da diese in der Allgemeinheit häufig mit dem männlichen Rollenmodell in Zusammenhang gebracht werden. Diese Argumentation bleibt jedoch spekulativer Natur und sollte zunächst durch kontrollierte Untersuchungen überprüft werden.

1.3.5 Psychotherapie

Obwohl tiefgreifende Entwicklungsstörungen derzeit nicht kurativ behandelt werden können, existieren für Kinder und Jugendliche mit ASS eine Vielzahl an sowohl wissenschaftlich evaluierten als auch in der therapeutischen Praxis bewährten verhaltenstherapeutischen Konzepten (Bölte, 2009c). Die Betroffenen erlernen in den zum Teil sehr umfassenden Therapieprogrammen hilfreiche Strategien, mit deren Hilfe sowohl die Alltagsbewältigung als auch das Verhalten in sozialen Interaktionen signifikant erleichtert werden (z.B. ABA; Lovaas, 1987, 2003).

Äquivalent zur Problematik bei den diagnostischen Verfahren existieren für von ASS Betroffene im Erwachsenenalter nur sehr wenige spezifische Konzepte. Für Kinder und Jugendliche geeignete Verfahren können kaum für erwachsene Personen verwendet werden, da sich die intellektuellen Voraussetzungen und somit die potentiell zu entwickelnden Bewältigungsstrategien sowie die Lebensumstände der beiden Patientengruppen meist beträchtlich voneinander unterscheiden. Auch die bei erwachsenen Betroffenen häufig vorliegenden Komorbiditäten werden in autismspezifischen therapeutischen Programmen für Kinder und Jugendliche nicht berücksichtigt (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S.57).

Das neben vorliegender Arbeit bisher einzige in Deutschland veröffentlichte therapeutische Verfahren zur Behandlung von ASS im Erwachsenenalter wurde von der Freiburger Autismus-Studiengruppe entwickelt (Ebert et al., 2012). Das Freiburger Asperger-spezifische Therapiekonzept für Erwachsene (FASTER) wird als Gruppentraining über einen Zeitraum von ungefähr 25 Wochen durchgeführt und enthält ein Basis- und Aufbaumodul. Im Basismodul werden über vier Sitzungen hinweg allgemeine Informationen zum Gruppentraining sowie Informationen zum Störungsbild vermittelt, Gruppenregeln erarbeitet sowie Ziele für die Intervention festgelegt. Im Aufbaumodul wird nachfolgend vor allem auf Gefühle, nonverbale und verbale Kommunikation sowie Achtsamkeit fokussiert (ebd.).

Darüber hinaus sind Materialien und Übungen zur Förderung einzelner, vor allem sozial-kommunikativer Fertigkeiten, erhältlich (z.B. FEFA; Bölte et al., 2002, 2003) Diese können im Rahmen einer Therapie sinnvoll eingesetzt werden, ersetzen jedoch kein umfassendes therapeutisches Konzept.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ASS wird in den mittlerweile veralteten AWMF-Leitlinien für tiefgreifende Entwicklungsstörungen den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen bereits ein besonderer Stellenwert zugeordnet (Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2007). Ende 2013 erscheinen voraussichtlich die überarbeiteten S3-Leitlinien, die dann auch die Behandlung erwachsener Personen mit ASS umfassen. Nach Gaus (2000, 2007) erscheinen verhaltenstherapeutische Interventionen für hochfunktionale erwachsene Personen mit ASS ebenfalls empfehlenswert, wobei bei dieser Zielgruppe neben den basalen verhaltenstherapeutischen Techniken in erster Linie Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz kommen sollten. Hierbei können die kognitiven Ressourcen der Betroffenen gut genutzt werden, um weitere Fertigkeiten für die soziale Interaktion zu erlernen, nicht veränderbare Defizite zu kompensieren, die Selbst-Akzeptanz der Betroffenen zu erhöhen und durch Vermittlung effizienter Strategien etwaig bestehende komorbide Symptome zu verringern (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 59).

Neben einzeltherapeutischen Maßnahmen kommen durchaus auch gruppentherapeutische Interventionen in Betracht (vgl. Ebert et al., 2012; Jenny et al., 2010). Dies mag auf den ersten Blick kontraintuitiv erscheinen, da sich viele der sozialen Schwierigkeiten der von ASS betroffenen Personen insbesondere in Gruppensituationen äußern. Mit therapeutischer Unterstützung können jedoch in einer Gruppentherapie effektiv „echte“ soziale Situationen geübt werden und die Betroffenen erhalten darüber hinaus die Möglichkeit, sich über ihre Schwierigkeiten mit anderen unter ASS leidenden Personen in einem geschützten Setting auszutauschen.

1.4 Ziel und Konzeption der Studie

Ziel der vorliegenden Studie ist es, ein therapeutisches Angebot für erwachsene hochfunktionale Personen mit ASS zu schaffen, das dem tatsächlichen Bedarf der Betroffenen entspricht. Wie bereits dargelegt, ist diese Patientengruppe in vielerlei Hinsicht nur schlecht mit von ASS betroffenen Kindern und Jugendlichen vergleichbar, weshalb weder diagnostische Instrumente noch therapeutische Interventionen problemlos übertragbar sind.

Bei der Konzeption eines Therapieprogramms für erwachsene hochfunktionale Personen ist außerdem zu bedenken, dass eine ASS nicht ausschließlich mit für die Betroffenen belastenden Symptomen einhergeht. Einige ASS-typische Merkmale werden sowohl von der Umwelt als auch von den Menschen mit ASS selbst als Bereicherung empfunden, wie z.B. Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit, Beständigkeit oder Genauigkeit. Andere Auffälligkeiten bereiten eher Außenstehenden Schwierigkeiten, nicht aber den Betroffenen selbst. Hier sind beispielsweise die Spezialinteressen, die häufig mit großer Hingabe und Zeitaufwand betrieben werden, zu nennen. Auch die Durchführung von einigen Routinen und Ritualen werden von autistischen Personen teilweise als Ausgleich zum oft unvorhersehbaren und deshalb sehr anstrengenden Alltag empfunden.

Ziel einer erfolgreichen therapeutischen Intervention sollte also sein, in erster Linie diejenigen Verhaltensweisen zu modifizieren, die die Betroffenen selbst als Einschränkung empfinden. Da darüber hinaus insbesondere spät diagnostizierte hochfunktionale Personen mit ASS bereits seit vielen Jahren ohne das Wissen um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung leben, haben sie sich oftmals bereits im „Selbststudium“ viele sinnvolle Kompensationsstrategien erarbeitet (vgl. Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012, S. 59-61).

Um sowohl zu vermeiden, an den Bedürfnissen der betroffenen Personen vorbei zu therapieren als auch um das Potenzial dieser besonderen Klientel zu nutzen, erscheint es sinnvoll, dessen tatsächlichen Therapiebedarf vor der Entwicklung entsprechender Maßnahmen zu ermitteln. Diese Bedarfsermittlung erfolgte in vorliegender Studie mittels eines zweistufigen Vorgehens: Zunächst wurden die Betroffenen in einer offenen Form nach ihren Wünschen und Erwartungen hinsichtlich einer Psychotherapie befragt. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung dieser Befragung lieferten die Basis für die Erstellung eines geschlossenen Fragebogens, dessen Daten mittels quantitativer Methoden ausgewertet wurden.

Schließlich bildeten die Resultate dieser zweischrittigen Bedarfsermittlung die Grundlage für die Konzeption eines bedarfsgerechten therapeutischen Programms, das in einem letzten Schritt an der Uniklinik Köln pilotevaluiert wurde (vgl. Abb. 1.1).

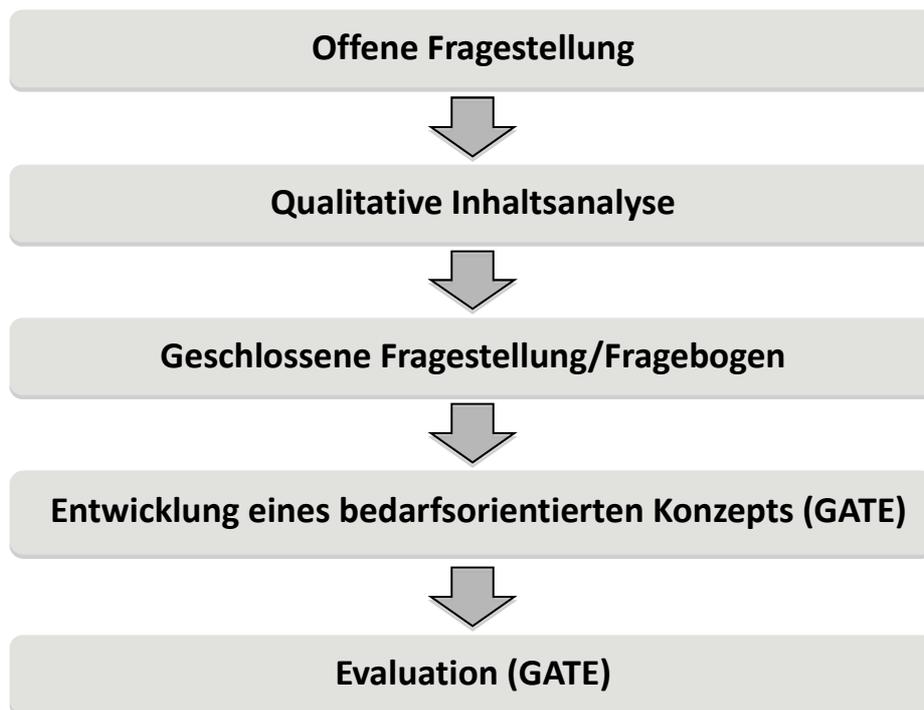


Abbildung 1.1: Gesamtkonzeption der Studie zur Entwicklung einer bedarfsorientierten therapeutischen Maßnahme

2. Eigene Arbeiten

2.1 Qualitative Analyse (Studie 1)

2.1.1 Methode

Stichprobe

Alle eingeschlossenen Patienten wurden aus der Spezialsprechstunde für ASS im Erwachsenenalter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln rekrutiert. Für Studie 1 wurde ein Aufforderungsschreiben an 74 erwachsene Personen mit einer diagnostizierten ASS gesandt. 33 Personen antworteten entweder per E-Mail oder postalisch mit der Beschreibung ihrer persönlichen Erwartungen an eine Psychotherapie. Die Stichprobe ist in Tabelle 2.1 beschrieben.

Tabelle 2.1: Demografische Daten der Stichprobe Studie 1

Alter	M	SD
	36,8	9,8
Geschlecht	m	w
	20	13
Rücklaufquote	44,6 % (33 von 74)	

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, m = männlich, w = weiblich

Offene Befragung

Für die offene Befragung wurde ein formloses Schreiben formuliert (s. Anhang 6.1), in dem die Teilnehmer aufgefordert wurden, schriftlich ihre persönlichen Therapieziele zu formulieren und anzugeben, welche Fertigkeiten sie gerne erlernen würden. Dieses Aufforderungsschreiben wurde entweder per E-Mail oder postalisch an die Teilnehmer versendet.

Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Verfahren zur methodisch kontrollierten und systematischen Analyse von Kommunikationsinhalten, wobei Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte derselben gezogen werden sollen (Mayring, 2007). Jede Art von

fixierter Kommunikation, wie bspw. Briefe, Gesprächsprotokolle, Dokumente etc. kann grundsätzlich Gegenstand einer inhaltsanalytischen Auswertung sein (ebd.).

In vorliegender Studie wurden die zugesandten schriftlichen Kommunikationsinhalte der Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Gläser-Zikuda, 2008) entsprechend wie folgt analysiert:

1. Zusammenfassung
2. Paraphrasierung
3. Inhaltliche Strukturierung durch Kategorienbildung

Um alle wichtigen Aspekte abbilden zu können, erfolgte die Kategorienbildung sowohl induktiv als auch deduktiv. Bei der induktiven Vorgehensweise werden die Kategorien auf der Basis des Materials, also der schriftlichen Schilderungen von Erwartungen an eine Psychotherapie, gebildet. Die deduktive Kategorienbildung erfolgte in Anlehnung an die diagnostischen Kriterien von DSM-IV, ICD-10 und der etwas weiter gefassten diagnostischen Kriterien von Gillberg & Gillberg (1989).

Das entstandene Kategoriensystem sollte eine eindeutige Zuordnung des Textmaterials zu den Kategorien erlauben (Mayring, 2007; Mayring & Gläser-Zikuda, 2008). Um dies sicher zu stellen, wurden die Kategorien im Auswertungsprozess mehrfach überarbeitet, jede Kategorie expliziert, Ausschlusskriterien zur Einsortierung festgelegt und „Ankerbeispiele“ aus den paraphrasierten Zuschriften ausgewählt. Um die Zuverlässigkeit des Kategoriensystems zu gewährleisten wurde im Anschluss eine Reliabilitätsprüfung durch Berechnung der Interrater-Reliabilität vorgenommen (Krippendorff, 2004). Hierbei ordneten zwei unabhängige geschulte Beurteiler (ALG, HK) die paraphrasierten Kommunikationsinhalte den Kategorien zu. Die Interrater-Reliabilität des Kategoriensystems betrug nach Krippendorffs Alpha $\alpha=.80$.

2.1.2 Ergebnisse

Kategoriensystem

Aus den Zuschriften wurden nach der Zusammenfassung insgesamt 172 Paraphrasen gebildet. Diese wurden im Analyseprozess 20 Kategorien zugeordnet,

die wiederum unter 4 übergreifende Dimensionen subsumiert wurden. Abbildung 2.1 zeigt das ermittelte Kategoriensystem. Tabelle 2.2 stellt die Explikationen der Dimensionen dar und in Tabelle 2.3 sind die inhaltlichen Erläuterungen der Kategorien sowie die entsprechenden Ankerbeispiele abgebildet.

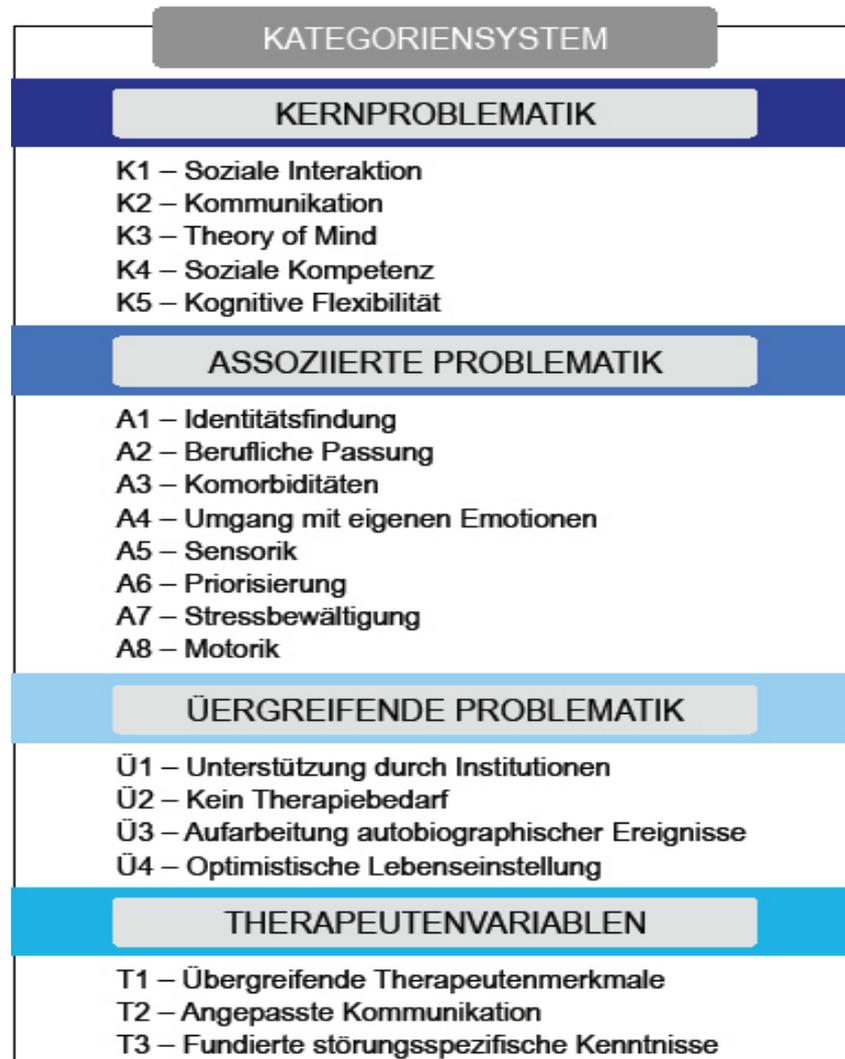


Abbildung 2.1: Ergebnis der offenen Befragung von erwachsenen hochfunktionalen Personen mit ASS. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ergab das das dargestellte Kategoriensystem. Die resultierenden 20 Kategorien (K1 bis T3) wurden vier übergreifenden Dimensionen (markiert durch unterschiedliche Blauabstufungen) zugeordnet (zit. n. Gawronski et al., 2011, S. 651).

Tabelle 2.2: Explikationen der Dimensionen

Übergreifende Dimension	Explikation
Kernproblematik	Schwierigkeiten im direkten Zusammenhang mit diagnostischen Kriterien
Assoziierte Problematik	Spezielle Schwierigkeiten, die häufig mit ASS zusammenhängen
Übergreifende Problematik	Schwierigkeiten, die bei unterschiedlichen psychischen Störungen auftreten
Therapeutenvariablen	Verhalten des Therapeuten im Behandlungskontext

Tabelle 2.3: Kategorienexplikation (zit. n. Gawronski et al., 2011, S. 650)

Kategorientitel	Explikation	Ankerbeispiel
Soziale Interaktion (K1)	Schwierigkeiten mit Aufnahme und Pflege von Kontakten, soziale Ängstlichkeit, (sexuelle) Beziehungen zum anderen Geschlecht.	„Ich bin unfähig, Kontakte zu anderen Menschen zu vertiefen, auch wenn diese möglicherweise das Signal dazu geben. Ich habe nur zweckmäßige Beziehungen.“
Kommunikation (K2)	Wenige Fertigkeiten hinsichtlich verbaler und nonverbaler Kommunikation. Wunsch nach konkreter Handhabung von Small-Talk, Anleitung bzgl. Gesprächsgestaltung, Bitten nach Übersetzungshilfen.	„Ich wünsche mir gezieltes Einüben von Kontakt- und Gesprächssituationen (Blickkontakte, Einleitung eines Gesprächs, aushalten von Gesprächspausen).“
Theory of Mind (K3)	Schwierigkeiten mit kognitiver und affektiver Theory of Mind.	„Ablehnung und Zuneigung schneller erkennen lernen, Lüge und Wahrheit bei anderen erkennen.“
Soziale Kompetenz (K4)	Schwierigkeiten mit Abgrenzung von anderen Personen, Umgang mit Überschreitung persönlicher Grenzen, Kritik- und Konfliktfähigkeit.	„Ich habe Schwierigkeiten mit Kritik, sowohl im Hinblick auf die eigene Person, aber auch bei der Beurteilung anderer Personen.“
Kognitive Flexibilität (K5)	Schwierigkeiten mit dem Umgang mit neuen und/oder ungewohnten Situationen.	„Ich wünsche mir einen entspannteren Umgang mit unvorhergesehenen Ereignissen.“
Identitätsfindung (A1)	Mangelnde Selbstakzeptanz und fehlendes Selbstvertrauen vor dem Hintergrund der späten Diagnose, Wunsch nach Erkennen eigener Kompetenzen und Grenzen.	„Ich brauche Hilfe bei der Entwicklung eines Selbstverständnisses als Asperger und die Folgen davon. Welche Verhaltensmuster sind autismusbedingt und welche nicht?“
Berufliche Passung (A2)	Schwierigkeiten, trotz Qualifikation eine passende Arbeitsstelle zu finden (Person-Job-Fit), Hilfe bei Kontaktaufnahme mit und Bewerbungsgespräche bei potentiellen Arbeitgebern.	„Ich finde es enorm schwierig, eine passende Arbeit zu finden (anspruchsvoll genug, aber trotzdem ohne Erfordernis sozialer Kompetenzen.“
Komorbiditäten (A3)	Psychische Erkrankungen neben der Autismus-Spektrum-Störung.	„Mein Psychiater merkte mir eine Angststörung jahrelang nicht an, die dann jahrelang unbehandelt blieb.“
Umgang mit eigenen Emotionen (A4)	Probleme mit dem Erkennen, Benennen und Mitteilen von Gefühlen, Probleme mit Gefühlsregulation.	„Ich möchte meine Gefühle besser im Griff haben (Ungeduld, cholerisches Aufbrausen).“
Sensorik (A5)	Sensorische Schwierigkeiten in allen Modalitäten	„Ich möchte Reizüberflutung verarbeiten können, einen besseren Umgang mit Overloads.“
Priorisierung (A6)	Probleme des Zeitmanagements, Organisation und Strukturierung alltäglicher Aufgaben/Relevanzeinschätzung.	„Ich habe Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen (Was ist wirklich wichtig? Was ist zuerst dran?)“
Stressbewältigung (A7)	Probleme mit adäquatem Umgang mit Stresssituationen, hauptsächlich in Bezug auf andere Menschen (Arbeitsplatz, Privatleben)	„Ich kann Stresssituationen nicht verarbeiten.“
Motorik (A8)	Probleme mit der motorischen Geschicklichkeit.	„Ungeschicklichkeit der Hände.“
Unterstützung durch Institutionen (Ü1)	Hilfe bei der Suche nach Hilfe (Therapie, Selbsthilfegruppen, Ämter etc.), Unterstützung bei behördlichen Anträgen	„Ich benötige Hilfestellung dabei, was in der ersten Zeit nach der Diagnose getan werden kann (Therapeutensuche etc.).“
Kein Therapiebedarf (Ü2)	Betroffener wünscht keine psychologisch/psychotherapeutische Unterstützung.	„Benötige nicht so sehr therapeutische Hilfe, komme ganz gut zurecht. Meide Kontakt, bin halt ein Eigenbrötler.“

Aufarbeitung autobiographischer Ereignisse (Ü3)	Probleme mit subjektiv als belastend empfundenen autobiographischen Erlebnissen.	„Hilfe bei der Neubewertung und Reinterpretation von bisherigen Ereignissen oder problematischer Verhaltensmuster.“
Optimistische Lebenseinstellung (Ü4)	Wunsch nach einer günstigeren Lebenseinstellung.	„Ich möchte optimistischer sein.“
Übergreifende Therapeutenmerkmale (T1)	Allgemeine wichtige Haltungen des Therapeuten: Zugewandtheit, Akzeptanz, Wohlwollen etc.	„Der Therapeut sollte tolerant sein und eine große Offenheit entgegenbringen.“
Angepasste Kommunikation (T2)	Therapeut sollte sich den Bedürfnissen des autistischen Pat. hinsichtlich der Kommunikationsform (schriftlich vs. verbal), Sitzungsstruktur (sehr strukturiert) und Terminplanung (immer der gleiche Termin) anpassen.	„Der Therapeut soll vergessen, dass es so etwas wie nonverbale Kommunikation gibt und einfach nur HÖREN, was der Patient sagt. Er soll akzeptieren, dass Emotionales besser schriftlich geäußert werden kann.“
Fundierte störungsspezifische Kenntnisse (T3)	Therapeut sollte über fundiertes Wissen Autismus-Spektrum-Störungen betreffend verfügen.	„Der Therapeut sollte Beratungskompetenz hinsichtlich Literatur, evtl. Medikation und behördlicher Eigenheiten haben.“

Häufigkeiten

Abb. 2.2 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Nennungen aller 20 Kategorien. Insgesamt 33,9 % aller Studienteilnehmer machten in der offenen Befragung Angaben zu den Kategorien der Dimension Kernproblematik. Die häufigsten Nennungen entfielen sowohl innerhalb dieser Dimension als auch insgesamt auf die Kategorie *K1-Soziale Interaktion*.

Zu den Kategorien der Dimension Assoziierte Problematik äußerten sich 23,1% der Stichprobe. Hier beschrieben 36,4% das Bedürfnis, die eigene Identität angesichts der späten ASS-Diagnose neu zu definieren sowie sich selbst auch mit der Störung zu akzeptieren (*A1-Identitätsfindung*). 33,3% der befragten Personen äußerten Schwierigkeiten hinsichtlich der beruflichen Orientierung bzw. den Wunsch nach einem zu der eigenen Person passenden Arbeitsplatz (*A2-Berufliche Passung*).

Schwierigkeiten und Wünsche die Dimension der übergreifenden Problematik betreffend, äußerten insgesamt 16,7% der Studienteilnehmer. Der größte Bedarf betraf die Hilfe bei der Suche nach behördlicher sowie therapeutischer Unterstützung nach der Diagnosestellung (*Ü1-Unterstützung durch Institutionen*). 18,2% aller Befragten gaben an, keinen Therapiebedarf zu haben (*Ü2-Kein Therapiebedarf*).

Erwartungen bezüglich der Dimension der Therapeutenvariablen hatten insgesamt 21,2% der Befragten, wovon 27,3% am meisten Wert auf die übergreifenden Therapeutenmerkmale wie Zugewandtheit und Wohlwollen dem Patienten gegenüber legten (*T1-Übergreifende Therapeutenmerkmale*) und nur 15,2%

störungsspezifische Kenntnisse des Therapeuten erwarteten (*T3-Fundierte störungsspezifische Kenntnisse*).

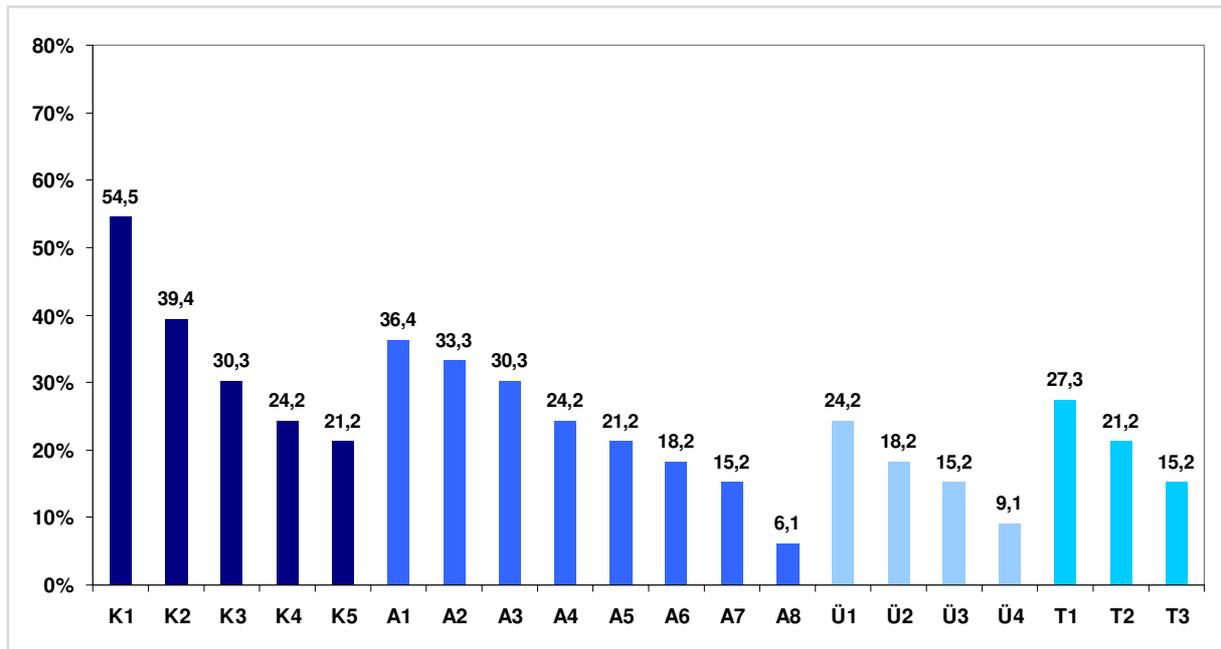


Abbildung 2.2: Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Nennungen der einzelnen Kategorien in der offenen Befragung von erwachsenen Personen mit ASS. Die einzelnen Balken entsprechen den Kategorien des in Abb. 2.1 übersichtsartig dargestellten Kategoriensystems. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeit, mit der Inhalte genannt wurden, die sich der jeweiligen Kategorie zuordnen lassen (zit. n. Gawronski et al, 2011, S. 651).

2.2 Fragebogen (Studie 2)

2.2.1 Methode

Stichprobe

Alle eingeschlossenen Patienten wurden aus der Spezialsprechstunde für ASS im Erwachsenenalter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln rekrutiert. Für Studie 2 wurde ein geschlossener Fragebogen an 98 mit ASS diagnostizierte Patienten per E-Mail oder auf dem Postweg versandt,

wobei sich die Stichproben von Studie 1 und Studie 2 nicht überschneiden. Die Rücklaufquote belief sich bei der geschlossenen Befragung auf 65,3%.

Tabelle 2.4: Demografische Daten der Stichprobe Studie 2

Alter	M	SD
	38,1	9,7
Geschlecht	m	w
	41	23
Rücklaufquote	65,3 % (64 von 98)	

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, m = männlich, w = weiblich

Fragebogen EPAS

Basierend auf den Ergebnissen der offenen Befragung wurde der geschlossene Fragebogen „**E**rwartungen **P**sychotherapie **A**utismus-**S**pektrum“ (EPAS) entwickelt. Dieser bildete in 46 Items die Inhalte der in Studie 1 ermittelten Kategorien ab (vgl. Kap. 2.1.2). 36 Items der drei Dimensionen Kernproblematik/Assoziierte Problematik/Übergreifende Problematik entfielen auf die Erwartungen eine Psychotherapie betreffend und weitere 10 Items bezogen sich auf die Erwartungen an die Person des Psychotherapeuten (Dimension Therapeutenvariablen). Die jeweilige Itemanzahl wurde in Abhängigkeit von der inhaltlichen Komplexität der zugehörigen Kategorie gewählt und in Zusammenarbeit mit wissenschaftlich tätigen Psychologinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln konsensuell validiert (AG, BK, FGL, KV).

Um auch die Kategorie *Ü2-Kein Therapiebedarf* im Fragebogen abzubilden, wurde das dichotom zu beantwortende Item „Ich brauche psychotherapeutische Unterstützung“ ergänzt. Die Items gingen in randomisierter Reihenfolge in den Fragebogen ein.

Tabelle 2.5: Verteilung der Items auf 20 Kategorien

Kategorie	Items EPAS
K1-Soziale Interaktion	1, 14, 35
K2-Kommunikation	10, 21
K3-Theory of Mind	16, 17
K4-Soziale Kompetenz	9, 15, 19, 30, 32, 33
K5-Kognitive Flexibilität	24, 27
A1-Identitätsfindung	2, 3, 12, 26, 34
A2-Berufliche Passung	6, 18, 29
A3-Komorbiditäten	7
A4-Umgang mit eigenen Emotionen	5, 22
A5-Sensorik	11
A6-Priorisierung	8, 20, 28
A7-Stressbewältigung	25
A8-Motorik	13
Ü1-Unterstützung durch Institutionen	36
Ü2-Kein Therapiebedarf	Extra-Item
Ü3-Aufarbeitung autobiographischer Erlebnisse	4, 23
Ü4-Optimistische Lebenseinstellung	31
T1-Übergreifende Therapeutenmerkmale	1, 4, 5, 6
T2-Angepasste Kommunikation	2, 7
T3-Fundierte störungsspezifische Kenntnisse	3, 8, 9, 10

Alle Items konnten auf einer 6-stufigen Likert-Skala (von „sehr wichtig“ bis „sehr unwichtig“) bewertet werden. Der komplette Fragebogen EPAS ist in Anhang 6.2 zu finden.

2.2.2 Ergebnisse

Therapiebedarf

73,4% der Teilnehmer beantworteten das Item „Ich brauche psychotherapeutische Unterstützung“ mit „Stimme zu“, während 21,9% der Befragten angaben, psychotherapeutische Unterstützung nicht zu benötigen. Weitere 4,7% machten hier keine Angabe.

Wichtige und sehr wichtige Kompetenzen

Die Items der Kategorie *A7-Stressbewältigung* wurden mit 67,2% von den meisten befragten Personen als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ beurteilt. An zweiter Stelle stehen die Items der Kategorie *K4-Soziale Kompetenz* mit 60,5% und an dritter Stelle mit 60,2 % die Items der Kategorie *A1-Identitätsfindung*.

Die Dimensionen betreffend bewerteten 53,7% der Befragten die „Kernproblematik“ als „wichtig“ oder „sehr wichtig“. 49,6% der Teilnehmer schätzten die Dimension „Assoziierte Problematik“ als bedeutsam ein und 45,5% beurteilten die „Übergreifende Problematik“ als relevant.

Bezüglich der Dimension „Therapeutenvariablen“ bewerteten 71,9% der Teilnehmer die Items der Kategorie *T3-Fundierte störungsspezifische Kenntnisse* als „wichtig“ oder „sehr wichtig“, 60,4% beurteilten die Items der Kategorie *T1-Übergreifende Therapeutenmerkmale* als relevant und 53,2% der befragten Personen rateten die Items der Kategorie *T2-Angepasste Kommunikation* als wesentlich.

Die Bewertungen der einzelnen Kategorien sind in Abbildung 3.1 dargestellt.

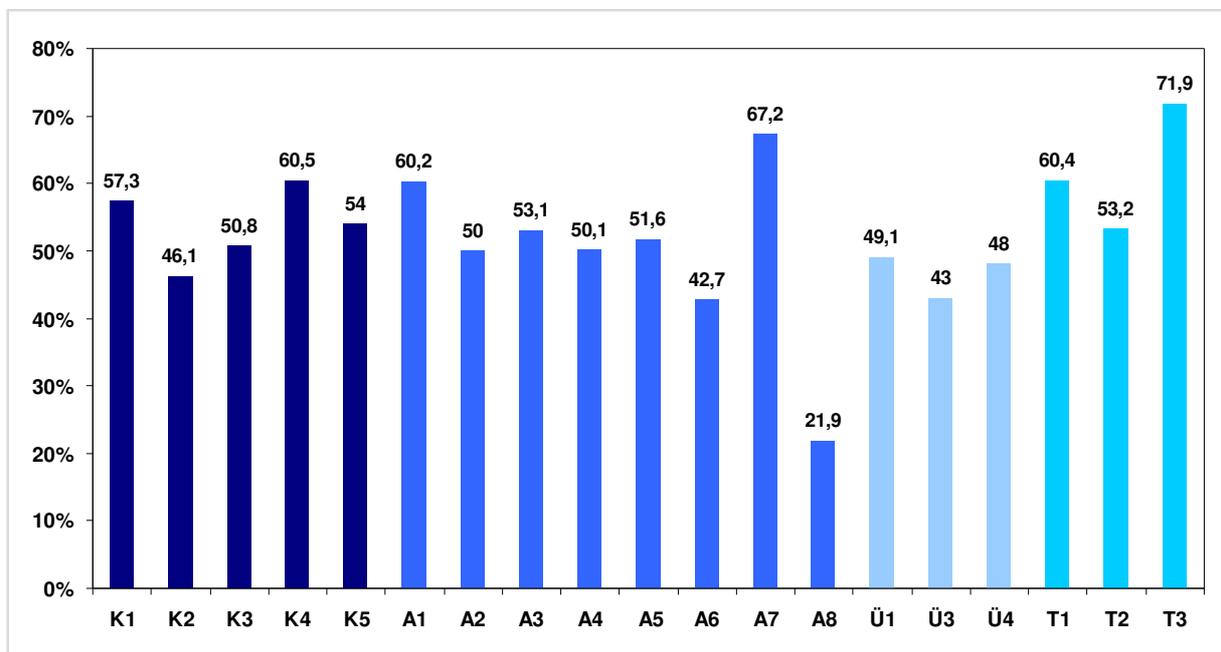


Abbildung 2.3: Ergebnis der geschlossenen Befragung von erwachsenen Personen mit ASS mittels des Fragebogens EPAS. Jeder Balken entspricht der gemittelten Häufigkeit, mit der Items einer Kategorie als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ bewertet wurden (zit. n. Gawronski et al., 2011, S. 652).

2.3 Übergreifende Diskussion

2.3.1 Methodische Aspekte

Postalische Befragungen

In den Human- und Sozialwissenschaften gehören postalische Befragungen zu den klassischen Datenerhebungsmethoden und werden bis heute häufig eingesetzt (Bortz & Döring, 2006). Da sich die Wohnorte der Studienteilnehmer über die ganze Bundesrepublik verteilen, stellte eine postalische Befragung unter ökonomischen Gesichtspunkten die sinnvollste Erhebungsmethode für die vorliegende Studie dar. Ein weiterer Vorteil dieser Befragungsform bezieht sich auf die fehlenden Versuchsleitereffekte, was zu einer höheren Standardisierung der Untersuchung führt. Darüber hinaus erscheint laut Bortz & Döring (2006) die Anonymitätssicherung bei schriftlichen im Vergleich zu mündlichen Befragungen glaubwürdiger, weshalb die Teilnehmer insgesamt ehrlicher antworten. Insbesondere bei einer aus Menschen mit ASS bestehenden Stichprobe kann die fehlende direkte soziale Interaktion bei der Befragung zu einer offeneren und evtl. ausführlicheren Beantwortung führen, da Face-to-Face-Interaktionen von den Betroffenen häufig negativ besetzt sind.

Angemerkt werden muss jedoch, dass eine postalische Befragung eine unkontrollierte Erhebungssituation darstellt, was einige Besonderheiten mit sich bringt: Durch den nicht vorhandenen direkten Kontakt zwischen Versuchsleiter und Versuchsteilnehmer kann nicht gesichert davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer a) die Anweisungen und Fragen wirklich verstehen und/ oder b) die gestellten Fragen auch tatsächlich selbst beantworten. Um diesen Schwierigkeiten entgegenzuarbeiten, wurden sowohl Anschreiben (Studie 1) als auch Fragebogen (Studie 2) sehr klar und transparent formuliert. Die während des diagnostischen Prozesses erhobenen Intelligenzquotienten und Daten der neuropsychologischen Profile der Teilnehmer lassen zudem auf eine mindestens ausreichende kognitive Kapazität zum Verständnis von Anschreiben und Fragebogen schließen. Zuletzt liefert das große persönliche Interesse der befragten Personen mit ASS an der Thematik einen Hinweis darauf, dass sich in beiden Studien die Teilnehmer selbst instruktionsgemäß und sorgfältig mit den Fragen auseinandergesetzt haben (vgl. Gawronski et al., 2011, S.649).

Rücklaufquoten

Ein weiterer Nachteil postalischer Befragungen bezieht sich auf die vergleichsweise hohen Ausfallsquoten, was die Gefahr einer eingeschränkten Repräsentativität des auswertbaren Materials mit sich bringt. Eine Richtlinie für Mindestquoten existiert nicht, Berichten aus der Literatur zufolge schwanken Rücklaufquoten je nach Studie zwischen 10% und 90% (Bortz & Döring, 2006). Beispielsweise beschreiben Bölte und Kollegen (2000) eine sehr gute Rücklaufquote von 68% in einer postalischen Fragebogenstudie zur Handhabung und Einschätzung testpsychologischer Verfahren in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Auch Howlin und Asgharian (1999) berichten von einer zufriedenstellenden Quote von 55,1% bei ihrer postalischen Befragung von Eltern, deren Kinder unter frühkindlichem Autismus oder dem Asperger-Syndrom leiden. Der Rücklauf der offenen Beschreibungen eigener Erwartungen an eine Psychotherapie in Studie 1 liegt mit 44,6% niedriger als der in beiden Beispieluntersuchungen, wohingegen der geschlossene Fragebogen EPAS von 65,3% der angeschriebenen Personen vollständig ausgefüllt zurückgesendet wurde. Dieses gute Ergebnis der geschlossenen Befragung lässt sich dadurch erklären, dass in vorliegender Untersuchung alle Teilnehmer persönlich adressiert wurden und das Interesse an der Thematik als vergleichsweise hoch einzuschätzen ist. Der Unterschied in den Rücklaufquoten der beiden Befragungen ist vermutlich dem Umstand geschuldet, dass die Motivation persönliche Erwartungen frei zu formulieren (Studie 1) geringer ausgeprägt ist als bereits vorgegebene Antwortalternativen zu bewerten (Studie 2).

2.3.2 Inhaltliche Aspekte

Im Folgenden werden hauptsächlich die Ergebnisse der geschlossenen Befragung mittels des Fragebogens EPAS diskutiert, da die offene Befragung vor allem dazu diente eine inhaltliche Basis für die Konstruktion des geschlossenen Erhebungsinstruments zu schaffen. Lediglich bei auffälligen Unterschieden in den Resultaten der beiden Befragungen und bei Schlussfolgerungen bezüglich der gesamten Untersuchung werden auch die Ergebnisse der offenen Befragung mit einbezogen. Da die Ergebnisse beider Untersuchungen der Entwicklung einer

psychotherapeutischen Gruppenintervention dienen, werden die Themen auch im Hinblick auf eine mögliche Integration in das Therapieprogramm diskutiert.

Therapiebedarf

Knapp 22% der befragten Personen füllten EPAS vollständig aus, gaben aber dennoch an, keine psychotherapeutische Unterstützung zu benötigen. Dieser Umstand zeigt, dass die Angabe eigener Erwartungen an eine psychotherapeutische Behandlung nicht zwingend bedeutet, einen solche im individuellen Fall auch zu benötigen. Möglicherweise haben diese Personen im Vorfeld bereits eine Psychotherapie absolviert und haben im Zuge dessen eine genaue Vorstellung darüber entwickelt, welche Ziele eine Behandlung verfolgen sollte. Eine weitere Erklärungsalternative könnte sein, dass theoretisch zwar bestimmte Erwartungen an eine Psychotherapie bei den betroffenen Personen bestehen, eine solche jedoch bspw. aufgrund bereits gemachter negativer Erfahrungen in therapeutischen Settings abgelehnt wird. Die hier bestehenden offenen Fragen sollten in weiterführenden Studien untersucht werden.

Remschmidt und Kamp-Becker (2006) zufolge kommt es bei Jugendlichen mit dem Asperger-Syndrom häufiger zu einer Abwehr des Störungskonzepts mit der gleichzeitigen Betonung der mit einer ASS zusammenhängenden Stärken, was unter anderem zu einer geringen Therapiemotivation bei den Betroffenen führt. In vorliegender Untersuchung gaben knapp 74% der Studienteilnehmer im geschlossenen Fragebogen an, sich psychotherapeutische Unterstützung zu wünschen. Dies deutet darauf hin, dass sich erwachsene hochfunktionale Personen mit ASS über ihre störungsbedingten Schwierigkeiten im Alltag bewusst sind und auch im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung daran arbeiten möchten (vgl. Gawronski et al., 2011, S. 652).

Stress

Da bei der offenen Befragung lediglich 15% der Studienteilnehmer angaben, sich Unterstützung bei der Bewältigung von Stress zu wünschen, erschien es auf den ersten Blick zunächst verwunderlich, dass die Stressbewältigung von mehr als 67% der Befragten im geschlossenen Fragebogen als ein wichtiges Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung bewertet wurde. Jedoch deckt sich dieses Ergebnis mit den Resultaten mehrerer Untersuchungen zu Stressempfinden bei

Personen mit ASS. Diese Studien konnten zeigen, dass Betroffene empfänglicher für Stressempfinden sind und insgesamt unter einer erhöhten Erregbarkeit leiden (z.B. Groden et al., 2001; Kobayashi & Murata, 1998; Rydén & Bejerot, 2008). Als Auslöser werden hierbei unter anderem Veränderungen im Alltag, persönlicher und/oder sensorischer Kontakt zu anderen Menschen sowie plötzlich auftretende positive Ereignisse im Leben der von ASS betroffenen Personen diskutiert (Gillot & Standen, 2007; Howlin, 1997a). Da adäquate Coping-Strategien fehlen, behelfen sich Menschen mit ASS in stressigen Situationen häufig mit wenig funktionalen, mit der Störung in Zusammenhang stehenden Verhaltensweisen, wie beispielsweise der vermehrten Ausübung von stereotypen und rigiden Handlungen (Groden et al., 2002).

Der große Unterschied in den beiden Befragungen bezüglich des Wunsches nach Stressbewältigung lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass Stress häufig die Folge eines Mangels an sozialen Kompetenzen oder des Versagens der eigenen Bewältigungsstrategien in unterschiedlichen Lebensbereichen ist. In Studie 1 wurden von vielen Betroffenen deshalb vermutlich eher die Kompetenzen beschrieben, die dabei helfen, mit potentiellen Auslösern von Stressempfinden besser umzugehen. Beispielsweise führt eine hohe Kommunikationskompetenz dazu, dass ein persönlicher Kontakt nicht mehr als verwirrend oder bedrohlich erlebt wird und somit auch weniger Stress verursacht. Im geschlossenen Fragebogen hingegen wurde der Wunsch nach Stressbewältigung als Item präsentiert. Aufgrund der expliziten Nachfrage und der multiplen möglichen Verursachungen von Stresserleben wurde das Item entsprechend von den meisten Befragten als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ beurteilt.

Ein hilfreiches psychotherapeutisches Programm sollte an beiden Punkten ansetzen und sowohl einzelne Kompetenzen, wie beispielsweise die Kommunikationskompetenz oder Abgrenzungsfähigkeit der Betroffenen erhöhen, aber auch hilfreiche Strategien vermitteln, um eine bereits bestehende Stresssituation besser zu bewältigen.

Soziale Kompetenz

Für 60,5% der Studienteilnehmer gehörten Themen aus dem Bereich der sozialen Kompetenz zu den für sie wichtigen psychotherapeutischen Inhalten. Zu dem Bereich

der sozialen Kompetenz zählen in der entsprechenden Kategorie Defizite der Konflikt- und Kritikfähigkeit, Schwierigkeiten mit dem Wahren eigener Grenzen bzw. Probleme sich von anderen Personen adäquat abgrenzen zu können (vgl. Tab. 2.3). Schwierigkeiten in der sozialen Kompetenz sind klar der Kernproblematik autistischer Störungen zuzuordnen, weshalb es kaum überrascht, dass ein Großteil der befragten Personen das Erlernen dieser Fertigkeiten als relevantes Ziel erachtet. Um die soziale Kompetenz bei Personen mit ASS angemessen fördern zu können, bedarf es jedoch nicht nur der Schulung der Konflikt- oder Abgrenzungsfähigkeit. Darüber hinaus benötigen von Autismus betroffene Individuen in einem psychotherapeutischen Setting zunächst einmal Hilfestellung dabei, eine potentiell problematische soziale Situation überhaupt als solche zu identifizieren und dann „richtig“ einschätzen zu können.

Identitätsfindung

Insbesondere für spät diagnostizierte Personen mit einer ASS sind Themen der Identitätsfindung von großer Relevanz – über 60% der Stichprobe gab hier an, sich nach der Diagnosestellung Unterstützung bei der Entwicklung einer größeren Selbstakzeptanz zu wünschen sowie die Fähigkeit zu erhöhen, eigene Stärken und Schwächen in Zusammenhang mit einer ASS zu erkennen. Viele Betroffene hatten schon seit der Kindheit das Gefühl, „anders“ zu sein und oft liegt ein langer von Fehldiagnosen und –Behandlungen geprägter Leidensweg hinter ihnen, so dass die späte Diagnosestellung einer ASS zunächst zu einer Entlastung führen kann. Nichtsdestotrotz muss die Diagnose in das eigene Selbstbild integriert und eine Vielzahl an Lebensereignissen vor diesem Hintergrund neu interpretiert werden. Eine psychotherapeutische Behandlung kann die Betroffenen bei der Identitätsfindung schon dadurch unterstützen, dass eine gezielte Auseinandersetzung mit den Symptomen einer ASS und den dadurch entstehenden Problematiken im Alltag erfolgt. In diesem Zusammenhang ist auch die Thematisierung von eigenen Stärken und Schwächen vor dem Hintergrund einer ASS als hilfreich zu bewerten.

Soziale Interaktion

An vierter Stelle der in der geschlossenen Befragung am häufigsten genannten Themen hinsichtlich derer einer psychotherapeutische Intervention als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ erachtet wurde, steht die soziale Interaktion mit 57,3%. Die damit

assoziierten Probleme wurden im ermittelten Kategoriensystem expliziert als „Schwierigkeiten mit der Aufnahme und Pflege von Kontakten“, dem „Bestehen sozialer Ängste im Hinblick auf Zurückweisung und Ablehnung“ und „Probleme mit (sexuellen) Beziehungen zum anderen Geschlecht“ (vgl. Tab. 2.3). Besonders ab der Adoleszenz erhalten sexuelle aber auch freundschaftliche Beziehungen auch für Personen mit ASS einen besonderen Stellenwert, gleichzeitig bestehen in diesem Bereich aber die größten Schwierigkeiten. Betroffenen fällt es z.B. aufgrund einer defizitären Mentalisierungsfähigkeit häufig schwer, die für diese Interaktionen maßgebliche Reziprozität zu erfüllen. Auf diese Weise bestehen oft nur zweckgebundene Bekanntschaften, die über Jahre hinweg zu großer Frustration bei Personen mit ASS führen können. Auch die eingeschränkte Fähigkeit eine soziale Situation angemessen einschätzen zu können, kann soziale Beziehungen negativ beeinflussen. Betroffene treten bspw. häufig in so genannte „Fettnäpfchen“ und langweilen, irritieren oder verletzen andere Personen ungewollt. Eine Psychotherapie sollte diesbezüglich sowohl psychoedukativ auf Konzepte wie „Freundschaft“ und „Reziprozität“ fokussieren, aber auch praktisch Gesprächsführung z.B. mittels Rollenspielen trainieren.

Kognitive Flexibilität

Im Kategoriensystem wurden Einschränkungen der kognitiven Flexibilität beschrieben als „Schwierigkeiten mit dem Umgang mit neuen und/oder ungewohnten Situationen“. Probleme, sich schnell auf eine noch nicht bekannte Situation einzustellen, gehören zu den zentralen Symptomen einer ASS aus dem Bereich der stereotypen und eingeschränkten Verhaltensweisen und können das Leben eines von ASS betroffenen Menschen stark einschränken und somit negativ beeinflussen. Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, dass 54% der befragten Personen sich in diesem Bereich psychotherapeutische Unterstützung wünschen. Naheliegend erscheinen hier vor allem verhaltenstherapeutische Techniken der Stimuluskontrolle, wie bspw. das systematische Desensibilisieren in sensu und in vivo sowie vorsichtige Expositionen (vgl. Remschmidt & Kamp-Becker, 2006; Attwood, 2005). Aufgrund des hohen zeitlichen Aufkommens und der häufig erforderlichen Individualisierung der genannten Techniken sind diese eher in einem einzeltherapeutischen Setting empfehlenswert. Da ungewohnte soziale Situationen bei den Betroffenen aber häufig zu einem hohen Stresslevel führen, könnten bei Veränderungsängsten

Stressbewältigungsprogramme sowie das Einüben bestimmter Entspannungstechniken zu einer deutlichen Entlastung führen.

Komorbiditäten

Wie in Kapitel 1.3.2 beschrieben, leiden im Erwachsenenalter viele von einer ASS betroffenen Personen zusätzlich unter weiteren psychischen Erkrankungen, von denen neben Angststörungen vor allem Depressionen eine große Rolle spielen. Mehr als 53% der Befragten gaben in der geschlossenen Befragung an, sich therapeutische Unterstützung bei der Bewältigung depressiver Gefühle zu wünschen. Die Behandlung einer neben der ASS bestehenden depressiven Störung sollte hauptsächlich Aufgabe gezielter einzelpsychotherapeutischer Bemühungen sein, da eine auf autismusassoziierte Schwierigkeiten ausgerichtete Gruppentherapie eine vollständige Depressionsbehandlung nicht zusätzlich leisten kann. Jedoch erscheint eine diesbezügliche psychoedukative Maßnahme innerhalb einer Gruppentherapie für die Betroffenen als hilfreich, um potentielle Frühwarnzeichen zu erkennen und sich bei Bedarf entsprechende professionelle Hilfe zu suchen.

Sensorik

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer (51,6%) erachtete in der geschlossenen Befragung die Hilfe bei der Verarbeitung von vielen sensorischen Eindrücken als relevant. Wie in Kapitel 1.3.2 erwähnt, finden sich bei Personen mit ASS häufig bestimmte Über-, aber auch Unempfindlichkeiten sensorische Eindrücke betreffend. Zum besseren Umgang mit diesen Wahrnehmungsauffälligkeiten wurden in den letzten Jahrzehnten eine Reihe an unterschiedlichen therapeutischen Verfahren entwickelt, wie bspw. die Sensorische Integration (SI; Ayres, 1992) oder das Auditive Integrationstraining (AIT) nach Dr. G. Berard. Jedoch sind diese Verfahren speziell auf Kinder mit ASS zugeschnitten und auch deren Wirksamkeit bleibt fraglich (z.B. zu AIT: Bettison, 1996; Howlin, 1997b; Gillberg, Johansson & Steffenburg, 1997; Rimland & Edelson, 1995; zu SI: Augustin, 1997; Watling 1998). Attwood (2005) zufolge sollten unter anderem, wenn möglich, „überflüssige“ Reize durch die betroffene Person vermieden oder individuelle Ablenkungsstrategien erarbeitet werden. Wie auch bezüglich der Veränderungsängste scheint es empfehlenswert innerhalb einer gruppenpsychotherapeutischen Intervention sensorisch belasteten Menschen mit ASS Konzepte an die Hand zu geben, mit Hilfe derer sie durch eine

Reizüberflutung verursachten Stress besser abbauen und sich effektiver trotz Reizeinflüssen entspannen können.

Theory of Mind

50,8% der Studienteilnehmer erhoffte von einer psychotherapeutischen Behandlung eine Verbesserung ihrer Mentalisierungsfähigkeiten. Die Fähigkeit, anderen Menschen mentale Zustände wie Gefühle, Gedanken, Einstellungen oder Handlungsabsichten zur Verhaltensvorhersage- und Erklärung zuschreiben zu können (Premack & Woodruff, 1978), gehört zu den zentralen Defiziten einer ASS (z.B. Frith, 2003). Obwohl erwachsene hochfunktionale autistische Personen Testverfahren zur Überprüfung der Theory of Mind oftmals mit Leichtigkeit absolvieren, bestehen im komplexen sozialen Alltag die Schwierigkeiten durchaus und führen häufig zu unangenehmen sozialen Situationen (ebd.). Die bei neurotypischen Individuen intuitive Mentalisierungsbegabung lässt sich bei von ASS Betroffenen auch durch Psychotherapie nicht erreichen, dennoch kann mit Hilfe von passender Psychoedukation, der gezielten Analyse von Gesichtsausdrücken sowie realitätsnahen Rollenspielen mit Feedback eine Verbesserung dieser Fähigkeiten erzielt werden.

Umgang mit eigenen Emotionen

Die Forschung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass Personen mit ASS nicht nur Schwierigkeiten haben, die mentalen Zustände und Emotionen anderer Personen wahrzunehmen, zu verstehen und zu benennen (s. Theory of Mind). Vielmehr scheinen bei vielen Betroffenen ebenfalls Probleme darin zu bestehen, die eigenen Emotionen wahrzunehmen und zu verarbeiten (Hill, Berthoz & Frith, 2004; Berthoz & Hill, 2005). Darüber hinaus scheint einigen Autoren zufolge ein Zusammenhang zwischen dieser so genannten Alexithymie und einer Depression zu bestehen (ebd.). Insofern ist es nicht verwunderlich, dass 50% der Individuen in der geschlossenen Befragung die Arbeit an Emotionserkennung, -Verarbeitung und -Regulation als relevant erachteten. Eine ausführliche Bearbeitung dieser Symptomatik sollte einer spezifischen einzelpsychotherapeutischen Intervention vorbehalten bleiben. Dennoch erscheint es sinnvoll, das Thema „Emotionen“ auch in einem gruppentherapeutischen Verfahren aufzugreifen und basale Techniken sowie Hilfen zur Emotionserkennung und –benennung einzuführen.

Berufliche Passung

Trotz zum Teil hoher fachlicher Qualifikation haben erwachsene hochfunktionale Personen mit ASS häufig Schwierigkeiten, eine für sie als passend empfundene berufliche Tätigkeit zu finden (Lehnhardt et al., 2011a). Dementsprechend erscheint es nicht überraschend, dass die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer in der geschlossenen Befragung angab, sich Unterstützung in Bezug auf Bewerbungstraining, dem Herausarbeiten beruflicher Stärken und Schwächen sowie der adäquaten Kommunikation innerhalb eines Arbeitsverhältnisses zu wünschen. Da innerhalb eines psychotherapeutischen Gruppensettings die zeitlichen Kapazitäten für ein gezieltes Bewerbungstraining nicht ausreichen, sollte dies an anderer Stelle, wie bspw. mit Hilfe eines Integrationsfachdienstes, durchgeführt werden. Ein ressourcenorientierter psychotherapeutischer Ansatz kann jedoch dabei behilflich sein, auch in beruflicher Hinsicht persönliche Stärken wie auch Schwächen besser zu erkennen. Ebenso erscheinen die adäquate Analyse von sozialen Situationen und eine Schulung basaler kommunikativer Techniken auch im Hinblick auf ein berufliches Umfeld von großer Bedeutung.

Unterstützung durch Institutionen

49,1% der Stichprobe gab im geschlossenen Fragebogen an, unterstützende Angebote kennenlernen zu wollen sowie die eigene Kompetenz hinsichtlich des Bearbeitens von behördlichen Anträgen zu steigern. Die „Hilfe bei der Suche nach Hilfe“ stellt im engeren Sinne keinen psychotherapeutischen Inhalt dar. Vielmehr ist dies eine wesentliche Aufgabe eines Betreuers z.B. im Rahmen des betreuten Wohnens.

Optimistische Lebenseinstellung

Der Wunsch nach einer optimistischeren Lebenseinstellung wurde von 48% der Studienteilnehmer als „wichtig“ oder sehr „wichtig“ eingeschätzt. Dies erscheint vor dem Hintergrund der multiplen Schwierigkeiten, mit denen sich von ASS Betroffene seit ihrer frühen Kindheit auseinandersetzen mussten, nur wenig überraschend. Ein psychotherapeutisches Programm kann eine optimistischere Grundhaltung durch die Förderung einzelner Kompetenzen, der Bewusstmachung individueller Ressourcen, aber auch mit Hilfe einer optimistischen Grundhaltung des Therapeuten fördern.

Kommunikation

Obwohl auch Defizite der verbalen und nonverbalen Kommunikation ein zentrales Merkmal autistischer Störungen darstellen, haben vergleichsweise „wenige“ Personen (46,1%) die Förderung dieser Fähigkeiten im Rahmen einer Psychotherapie als relevant erachtet. Dieses zunächst verwunderliche Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass erwachsene hochfunktionale Personen mit einer ASS mit Hilfe ihrer kognitiven Kompetenzen viele Defizite durch beständiges Beachten von gewissen Regeln, Beobachtung ihrer Umwelt etc. bereits kompensiert haben. Dabei lassen sich die eher „technischen“ Aspekte einer wechselseitigen Kommunikation, wie Sprechpausen, Aufnahme von Augenkontakt, formale Begrüßungen usw. besser durch eigenständiges Modelllernen und dem Befolgen von bestimmten Interaktionsregeln erarbeiten als die komplexeren Fertigkeiten der sozialen Kompetenz und der sozialen Interaktion. Gesprächstechniken innerhalb einer ASS-spezifischen Intervention zu erlernen erscheint bei genauerer Betrachtung dennoch als sinnvoll, da diese in vielen Zusammenhängen vonnöten sind, die die Befragten als wichtig erachtet haben. Beispielsweise spielt die Fähigkeit, einen Smalltalk zu führen, bei der Aufnahme von sozialen Kontakten (*K1-Soziale Interaktion*) eine große Rolle und kompetente Gesprächsführung ist in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen als überaus relevant zu bewerten (*A2-Berufliche Passung*).

Aufarbeitung autobiographischer Ereignisse

Die Aufarbeitung autobiographischer Ereignisse ist für viele Menschen mit psychischen Störungen ein wichtiges Thema innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Teilnehmer der Studie 2 bewerteten dieses Thema im Vergleich zu den meisten anderen genannten Inhalten als weniger relevant, was mit dem spezifischen Charakter einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung in Zusammenhang stehen könnte. ASS beginnen stets in der frühen Kindheit und verlaufen stetig ohne Remission, wohingegen viele andere psychische Störungen durch externe Reize erstmalig oder nach Remission wieder ausgelöst werden. Insofern erhalten äußere Begebenheiten bei einer ASS in Relation zu anderweitigen psychischen Störungen möglicherweise einen geringeren Stellenwert. Darüber hinaus lässt sich intensive und individualisierte biographische Arbeit in einem einzelpsychotherapeutischen

Setting besser durchführen als im Rahmen einer gruppentherapeutischen Intervention.

Priorisierung

Themen der Priorisierung, wie bspw. Alltagsorganisation und Zeitmanagement beurteilten vergleichsweise wenig Befragte (42,7%) als wichtig in einer Psychotherapie. Es existiert eine Vielzahl an Studien, die Einschränkungen der exekutiven Funktionen und hier vor allem Schwierigkeiten der Handlungsplanung und Organisationsfähigkeit bei Personen mit ASS nachweisen konnten (z.B. Hill, 2004; Geurts et al., 2004; Ozonoff & Jensen, 1999). Allerdings ist es denkbar, dass insbesondere hochfunktionale autistische Individuen, die mit diesen Schwierigkeiten von Kindheit an konfrontiert gewesen sind, mittlerweile ihren Alltag mit Hilfe einer Reihe von festgelegten Routinen und Ritualen strukturieren. Für die Ausübung von derlei routinierten und automatisierten Handlungen sind exekutive Funktionen nicht erforderlich (Frith, 2003), was den diesbezüglichen Leidensdruck bei den Betroffenen möglicherweise senkt. Darüber hinaus sind Probleme der Alltagsorganisation auch nicht primäre Aufgabe einer psychotherapeutischen Intervention, sondern eher sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeldern zuzuordnen.

Motorik

Mit lediglich 21,9% wurde die Unterstützung bezüglich Schwierigkeiten der Motorik von den in Studie 2 befragten Personen als am wenigsten wichtig bewertet. Die so genannte „motorische Ungeschicklichkeit“ wird zwar in den diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms explizit erwähnt, stellt jedoch kein zwingendes Kriterium für die Diagnose dar (Dilling & Freyberger, 2010). Ähnlich wie bei der Priorisierung ist es auch die Motorik betreffend denkbar, dass hochfunktionale autistische Personen im Laufe ihres bisherigen Lebens gelernt haben, mit ihrer ggf. vorhandenen motorischen Ungeschicklichkeit so umzugehen, dass diese keine behandlungsbedürftige Belastung darstellt. Ebenfalls unterliegt die Therapie motorischer Einschränkungen keiner psychotherapeutischen, sondern vielmehr einer ergotherapeutischen Aufgabenstellung.

Therapeutenvariablen/Fundierte störungsspezifische Kenntnisse

Dass mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer (71,9%) im geschlossenen Fragebogen angaben, von ihrem Psychotherapeuten fundierte störungsspezifische Kenntnisse zu erwarten, dürfte kaum überraschen. Obwohl sich die meisten Patienten einen Psychotherapeuten wünschen, der sich mit der Störung unter welcher sie leiden auskennt, kommt dem autismusspezifischen Wissen darüber hinaus ein besonderer Stellenwert zu. Ist der Therapeut mit dem Störungsbild nicht vertraut, könnten die eingeschränkten sozialen Fähigkeiten von Menschen mit einer ASS den Aufbau der für eine Psychotherapie unerlässlichen stabilen therapeutischen Beziehung erschweren. Vermeidender Augenkontakt, ausbleibendes Antwortlächeln, knappe Antworten und offene Kritik z.B. an Aussehen, Kleidung oder Äußerungen des Therapeuten seitens eines potentiellen Patienten könnten schnell missverstanden werden und so von Beginn an das Arbeitsbündnis gefährden (vgl. Gawronski et al., 2011, S.653).

Therapeutenvariablen/Übergreifende Therapeutenmerkmale

Auch die übergreifenden Therapeutenmerkmale, wie Zugewandtheit, Offenheit und Akzeptanz wurden von 60,4% der befragten Personen im geschlossenen Fragebogen als wichtig oder sehr wichtig beurteilt. Viele Menschen mit einer ASS haben oft schon von früher Kindheit an die Erfahrung von Ablehnung und Nicht-Akzeptanz durch sie umgebende Menschen machen müssen. Insofern verwundert es wenig, dass Betroffene sich in einem psychotherapeutischen Setting eine korrigierende Beziehungserfahrung erhoffen.

Therapeutenvariablen/Angepasste Kommunikation

Überraschenderweise haben im geschlossenen Fragebogen nur knapp über die Hälfte (53,2%) der Studienteilnehmer angegeben, sich eine dem Störungsbild ASS angepasste Kommunikation zu wünschen. Vielen Betroffenen fällt im Alltag beispielsweise eine medienvermittelte soziale Interaktion, wie z.B. via Email leichter als ein unmittelbarer Face-to-Face-Kontakt. Den im direkten Austausch häufig auftretenden Missverständnissen könnte darüber hinaus auch entgegengewirkt werden, wenn ein Therapeut seine verbale Kommunikation entsprechend modifiziert, z.B. keine Sprichwörter, Metaphern oder Ironie verwendet und weitgehend auf nonverbale Signale verzichtet. Obwohl besonders zu Beginn einer Therapie diese

Vorgehensweise zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung nützlich erscheinen mag, profitiert der Patient in seinem Alltag letztlich mehr, wenn im geschützten Setting einer Psychotherapie mit auftretenden Missverständnissen konkret gearbeitet werden kann. Dadurch erhält die Person mit ASS eine Hilfestellung dabei, ihre Gefühle durch verschiedene Kommunikationskanäle auszudrücken und mit nicht planbaren oder nicht regelhaften sozialen Interaktionen in seinem Leben angemessener umzugehen.

2.4 Das bedarfsorientierte Gruppentraining GATE

2.4.1 Konzeption

Inhalte

Die psychoedukativen und kognitiv-behavioralen Methoden und Inhalte des Gruppentrainings für **Autismus im Erwachsenenalter (GATE)** wurden auf der Basis der Ergebnisse des geschlossenen Fragebogen EPAS zusammengestellt (s. Tab. 2.6, vgl. Kap. 2.2 & 2.3). Detaillierte Informationen die konkreten Inhalte und Rahmenbedingungen von GATE betreffend finden sich bei Gawronski, Pfeiffer & Vokeley, 2012.

Tabelle 2.6: Sitzungsinhalte von GATE

Sitzung	Inhalt
1	Vorstellung des Trainings, Kennenlernen, Gruppenregeln
2	Psychoedukation: ASS
3	Psychoedukation: Depression
4	Entspannung: Achtsamkeit
5	Stress: Einführung Stressmodell
6	Stress: Erarbeitung individueller Stressbewältigungsstrategien
7	Stress: Erarbeitung individueller Stressbewältigungsstrategien
8	Stress: Erarbeitung individueller Stressbewältigungsstrategien
9	Stress: Erarbeitung individueller Stressbewältigungsstrategien
10	Soziale Situationen: Analysefaktoren (Mimik, Gestik, Körperhaltung)
11	Soziale Situationen: Analysefaktoren (Sprache, Vorwissen, Emotionen)
12	Soziale Situationen: Kommunikation (Small-Talk)
13	Soziale Situationen: Freundschaft (Definition, Aufnahme, Aufrechterhaltung)
14	Soziale Situationen: Konfliktdefinition und -bewältigung
15	Ressourcenaktivierung, Rückblick und Abschluss

Kurzintervention

GATE umfasst insgesamt 15 manualisierte Sitzungen, die im optimalen Falle in wöchentlichen Abständen durchgeführt werden sollten. Auf diese Weise erstreckt sich das Training über einen ungefähren Zeitraum von drei Monaten. Es ist selbstverständlich, dass bei einer solchen Kurzintervention nicht alle Themen abschließend und für alle Teilnehmer erschöpfend behandelt werden können. GATE sollte deshalb eher als Möglichkeit betrachtet werden, Personen mit einer ASS erstens nützliche grundlegende Techniken zu vermitteln, die sie selbst anschließend im Alltag anwenden können. Zweitens soll das Gruppentraining die Teilnehmer motivieren, nach Abschluss von GATE weitere psychotherapeutische Interventionen aufzunehmen und/oder an Selbsthilfegruppen und vergleichbaren Angeboten teilzunehmen. Das vorliegende Gruppentraining wurde deshalb als Kurzintervention konzipiert, da in Deutschland für hochfunktionale Erwachsene mit ASS derzeit kaum Möglichkeiten bestehen, an spezifischen Maßnahmen teilzunehmen. Die Kürze von GATE bietet den Vorteil, dass die Wahrscheinlichkeit der Durchführbarkeit in unterschiedlichen Institutionen erhöht wird und so insgesamt mehr Betroffenen die Chance geboten werden kann, von einer gezielten Intervention zu profitieren. Je nach personellen und räumlichen Kapazitäten besteht natürlich auch die Möglichkeit, die Sitzungen des Gruppentrainings nach Bedarf auszudehnen, da die meisten Themen das Potential für mehrere Sitzungen beinhalten. Es besteht darüber hinaus auch die Möglichkeit, die Trainingsinhalte an ein einzelpsychotherapeutisches Setting anzupassen.

2.4.2 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen von GATE wurden unter Rücksichtnahme auf die spezifischen Schwierigkeiten von Personen mit ASS aus den Bereichen der sozialen Interaktion und der repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen festgelegt, um eine möglichst große Motivation zur Teilnahme an einer gruppentherapeutischen Intervention zu gewährleisten.

Einschlusskriterien für die Teilnahme und Vorab-Informationen

Insbesondere bei ASS kommt der umfassenden Diagnostik ein großer Stellenwert zu (vgl. Kap. 1.3.3), weshalb jeder potentieller Teilnehmer von GATE eine solche im Vorfeld durchlaufen haben sollte. Darüber hinaus sollte vor Beginn des Gruppentrainings stets ein persönlicher Kontakt zwischen Gruppenleiter und dem jeweiligen Teilnehmer erfolgen. Einerseits kann so den Teilnehmern durch persönliche Information und der Möglichkeit offene Fragen im Einzelkontakt zu stellen, vermutlich etwas Angst vor dem unbekanntem Gruppensetting genommen werden. Andererseits bietet ein persönliches Kennenlernen den Gruppenleitern die Möglichkeit einzuschätzen, ob Konzeption und Inhalte des Gruppentrainings für die potentiellen Teilnehmer überhaupt geeignet sind. Damit jeder Teilnehmer des Weiteren die Chance hat, auf der Grundlage größtmöglicher Rahmen-Informationen zu beurteilen, ob er an dem therapeutischen Angebot teilnehmen möchte, ist es ratsam, nach einer ersten Interessensbekundung schriftliche Einladungen an die jeweiligen potentiellen Teilnehmer zu senden. Hier können bspw. Informationen zu den Inhalten, dem Beginn und Ende des Trainings/einer jeden Sitzung, dem Ort, der Uhrzeit, der Leitung, der Schweigepflicht sowie zu Kontaktmöglichkeiten zu den Leitern enthalten sein.

Gruppengröße und Gruppenleiter

Die manualisierten Sitzungen wurden für eine Gruppengröße von 6 Personen entwickelt. Sehr empfehlenswert erscheint hierbei eine stets „geschlossene“ Gruppe, in der die Teilnehmer nicht wechseln. Geleitet wird jede Gruppe durch jeweils zwei Gruppenleiter/Innen, die ebenfalls über die Dauer der Intervention hinweg nach Möglichkeit nicht wechseln sollten. Da die Inhalte hauptsächlich aus der kognitiv-behavioralen Psychotherapie stammen, empfiehlt sich eine Leitung durch Personen aus einem psychologisch-psychotherapeutischen Berufsfeld. Grundsätzlich lässt sich GATE aufgrund seines hohen Strukturierungsgrades und dem sehr ausführlichen Manualteil jedoch auch von anderen im Zusammenhang mit ASS relevanten Berufsgruppen, wie z.B. Sozialarbeitern durchführen. Besonders sollte darauf geachtet werden, dass die Gruppenleiter mindestens über ein Grundwissen ASS betreffend verfügen. Entsprechende Schulungen im Vorfeld der erstmaligen Durchführung des Programms sind zu empfehlen.

Häufigkeit, Regelmäßigkeit und Dauer

Wie oben bereits erwähnt, sollte GATE nach Möglichkeit einmal wöchentlich durchgeführt werden. Da viele Personen mit ASS Schwierigkeiten mit Veränderungen gewohnter Abläufe und Strukturen haben, sind ein einmal eingeführter Wochentag und eine bestimmte Uhrzeit über den Verlauf des Trainings konstant zu halten. Die manualisierten Sitzungsinhalte sind für eine Dauer von 90 Minuten pro Sitzung konzipiert. Nach individuellen Möglichkeiten und nach Absprache mit den Teilnehmern kann die Sitzungsdauer natürlich auch verlängert werden. Bei Planung der Durchführung aller jeweiligen Inhalte ist hingegen eine Verkürzung der Sitzungsdauer nicht zu empfehlen.

Arbeitsmaterialien und Medien

Das Manual zum Gruppentraining umfasst neben einer genauen Beschreibung der Inhalte und des Ablaufs der einzelnen Sitzungen auch digitale Präsentationsfolien für jede der 15 Gruppensitzungen sowie umfangreiche Arbeits- und Informationsblätter zur Aushändigung an die Teilnehmer.

2.4.3 Sitzungsstruktur

Wie bereits bezüglich der äußeren Rahmenbedingungen erwähnt, stellen Regelmäßigkeit und Routinen für von ASS Betroffene eine wichtige Stütze dar. Plötzliche Änderungen eines gewohnten Ablaufs können zu Unruhe oder Beeinträchtigungen der aktuellen Verfassung führen und sollten deshalb im Rahmen einer Intervention vermieden werden – es sei denn, diese sind geplant und dienen therapeutischen Zwecken. Die einzelnen Sitzungen des GATE-Gruppentrainings folgen einer vorab festgelegten einheitlichen Struktur, die Tabelle 2.7 im Einzelnen darstellt.

Tabelle 2.7: Darstellung der allgemeinen Sitzungsstruktur in GATE

Sitzungsstruktur		
1	Begrüßung & Aktuelles	Begrüßung der Teilnehmer durch die Gruppenleiter; Ankündigungen evtl. wichtiger Änderungen (z.B. Urlaubsplanung, Krankheit von Teilnehmern oder Gruppenleitern etc.)
2	Sitzungsübersicht	Darstellung aller Sitzungen anhand einer Präsentationsfolie und Hinweis auf aktuelle Sitzung & Thema
3	Ablauf der Sitzung	Erläuterung des aktuellen Sitzungsablaufes anhand einer Präsentationsfolie
4	Achtsames Atmen	Ab Sitzung 5 gemeinsame Durchführung einer Achtsamkeitsübung
5	Aktueller Sitzungsinhalt	Bearbeitung des jeweiligen Sitzungsthemas
6	Hausaufgaben & Ausblick	Vergabe der Hausaufgabe, kurzer Ausblick auf die kommende Sitzung, Verabschiedung der Teilnehmer durch die Gruppenleiter

2.5 Evaluation

2.5.1 Methode

Stichprobe

An der Pilotevaluation von GATE, die von 2010 bis 2012 an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln durchgeführt wurde, partizipierten insgesamt 24 Personen verteilt auf 4 Gruppen zu je 6 Teilnehmern. Aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle (pro Gruppe versäumte jeweils ein Teilnehmer mehr als zwei Sitzungen) konnten die Daten von 20 Personen ausgewertet werden. Rekrutiert wurden alle Teilnehmer aus der Spezialambulanz für Autismus im Erwachsenenalter, in der sie im Vorfeld umfassend diagnostiziert wurden. Geleitet wurden die vier Gruppen von jeweils zwei Diplom-Psychologinnen in psychotherapeutischer Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie (KP, JvB, KK).

Die demographischen Daten der 20 Teilnehmer sind Tabelle 2.8 zu entnehmen.

Tabelle 2.8: Demographische Daten der Teilnehmer der vier Gruppen der Pilot-Evaluation von GATE

Geschlecht	m	w
	16	4
Alter	M	SD
	33,6	9,3
IQ nach WIE	M	SD
	107,5	15,6
Autismus Quotient	M	SD
	38,7	4,4

m = männlich, w = weiblich, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Verwendete Instrumente

Für die Evaluation der ersten vier Gruppentrainings wurden der Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie (STEP; Krampen, 2002) sowie das Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2006) und ein selbst entwickelter kurzer Evaluationsbogen (GATE-E) verwendet.

STEP

Der STEP ist ein Patientenfragebogen zur Prozessevaluation von allgemeiner und differentieller Einzelpsychotherapie, der drei inhaltlich komplementäre Skalen zu a) motivationaler Klärung (fünf Items), b) aktiver Hilfe zur Problembewältigung (vier Items) und zur c) therapeutischen Beziehung (drei Items) umfasst. Mit Hilfe dieser Subskalen kann das Erleben allgemeiner Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse (Grawe et al., 1994) erfasst werden. Konzipiert ist der STEP vornehmlich für ambulante und stationäre einzelpsychotherapeutische Settings, kann jedoch exploratorisch auch in Gruppen verwendet werden (Krampen, 2002). Weiter kann er dem Autor zufolge sinnvoll in störungsorientierten manualisierten Psychotherapien eingesetzt werden (ebd.).

Beim STEP-Fragebogen beurteilt der Patient nach jeder therapeutischen Sitzung auf einer siebenstufigen Antwortskala, inwiefern die jeweilige Aussage für die eigene Person zutrifft oder nicht (von „stimmt ganz genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“). Auf diese Weise können die Bewertungen aller Sitzungen erfasst und miteinander

verglichen werden. Die ermittelten Rohwerte können in standardisierte T-Werte transformiert werden.

BDI

Da depressive Störungen zu den häufigsten Komorbiditäten bei ASS gehören, wurde den Teilnehmern das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2006) jeweils nach der ersten und der letzten Sitzung von GATE ausgehändigt, um zu prüfen ob das vorliegende Gruppentraining sich positiv oder negativ auf eventuell vorhandene depressive Symptome auswirkt.

Das BDI erfasst mittels 21 Items die Schwere einer depressiven Symptomatik. Der Patient kreuzt pro Item die von vier vorgegebenen Antwortalternativen an, die subjektiv am ehesten auf ihn zutrifft. Bei der Auswertung werden die Summenwerte der einzelnen Antworten addiert.

GATE-E

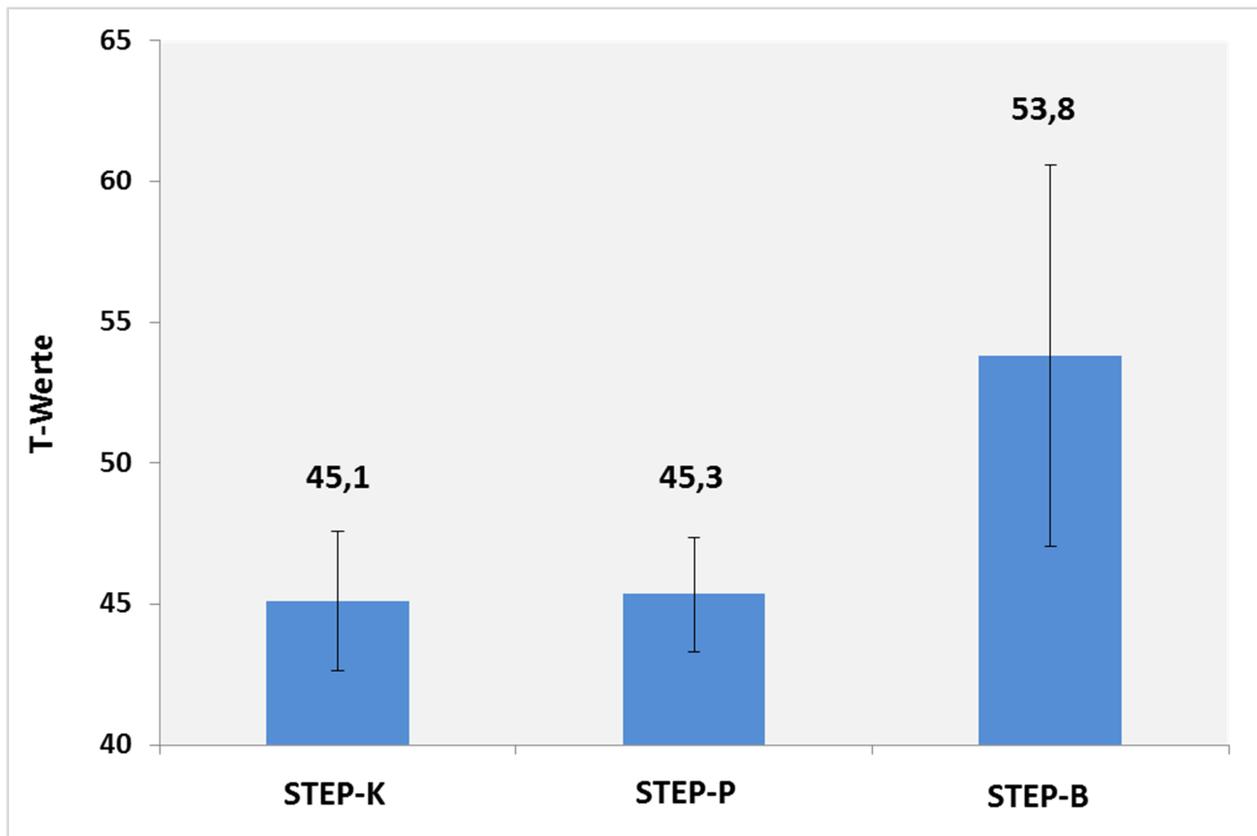
Mit dem Ziel einer deskriptiven Prozessdiagnostik bezüglich einfacher, auf das Gruppentraining bezogener Variablen wurde zusätzlich ein eigener kurzer Fragebogen entwickelt. GATE-E umfasst vier Items, die nach jeder Sitzung auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 5 = „stimmt vollkommen“ bewertet werden sollten.

2.5.2 Ergebnisse

STEP

Die ermittelten T-Werte zu den drei Subskalen des STEP sind in Abbildung 2.5 dargestellt.

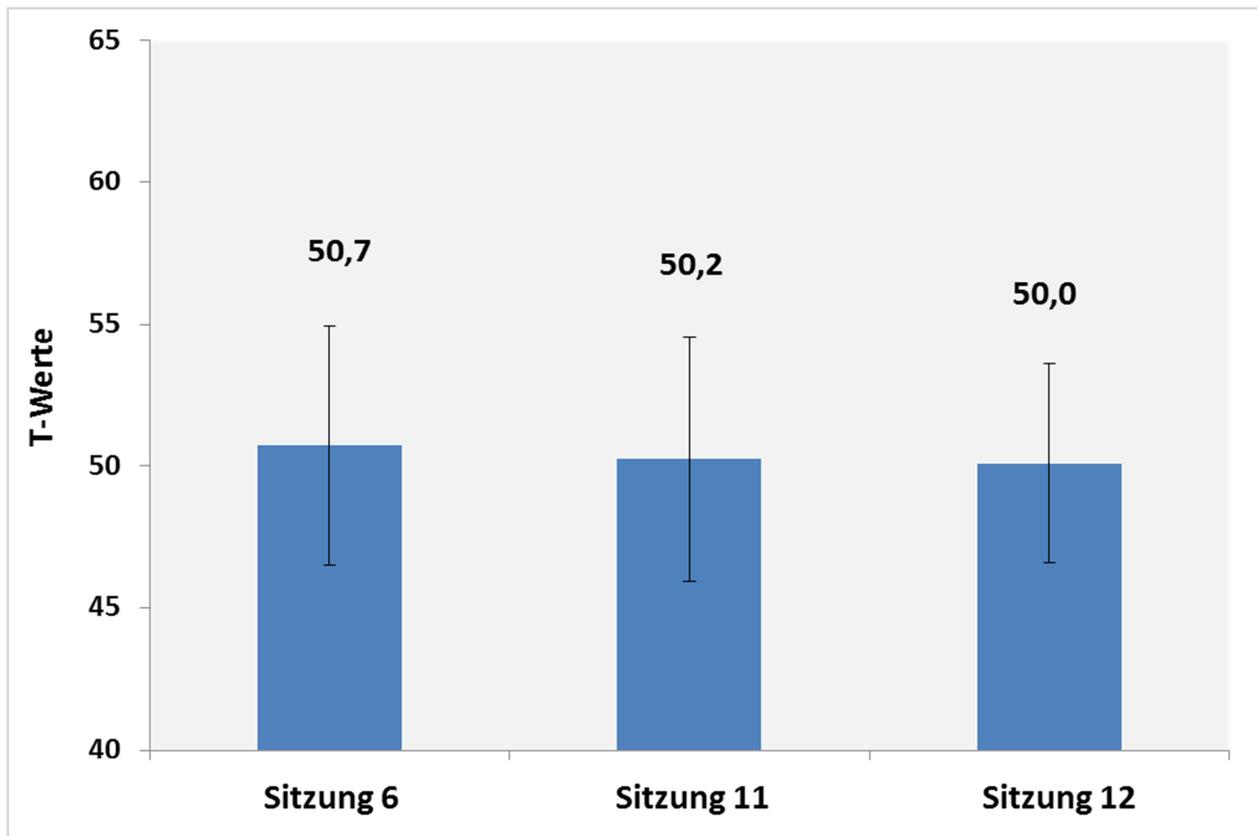
Im Vergleich zu Sitzungsbewertungen in einzelspsychotherapeutischen Langzeitbehandlungen unterschiedlicher Störungsbilder liegen die Bewertungen der GATE-Teilnehmer im unteren bis mittleren Durchschnittsbereich.



N=20; STEP-K: M=45,1, SD=4,9; STEP-P: M=45,3, SD=4,0; STEP-B=53,8, SD=13,6

Abbildung 2.5: Ergebnisse des STEP. Gemittelte T-Werte aller Teilnehmer (N=20) der vier Pilotevaluationsgruppen hinsichtlich der drei Subskalen des STEP. STEP-K = motivationale Klärung, STEP-P = aktive Hilfe zur Problembewältigung, STEP-B = therapeutische Beziehung.

Mittels eines prozessdiagnostischen Instruments wie dem STEP ist es auch möglich, die einzelnen Sitzungen bezüglich ihrer Bewertungen miteinander zu vergleichen. Abbildung 2.6 zeigt die über alle drei Subskalen gemittelte Beurteilung der Teilnehmer hinsichtlich der drei am positivsten wahrgenommenen Sitzungen.



N=20; Sitzung 6: M=50,7, SD=8,4; Sitzung 11: M=50,2, SD=8,6; Sitzung 12: M=50,0, SD=6,9

Abbildung 2.6: Ergebnisse des STEP. Gemittelte T-Werte aller Teilnehmer der vier Pilotevaluationsgruppen (N=20) hinsichtlich der am positivsten wahrgenommenen Sitzungen. Sitzung 6: „Stress – Erarbeitung individueller Stressbewältigungsstrategien“; Sitzung 11: „Soziale Situationen: Analysefaktoren (Sprache, Vorwissen, Emotionen)“; Sitzung 12: „Soziale Situationen: Kommunikation (Small-Talk)“

BDI

Die Mittelwerte des BDI jeweils nach Sitzung 1 und nach Sitzung 15 aller Teilnehmer der vier Gruppen sind in Tabelle 2.9 dargestellt. Die Vergleichsberechnung der beiden Mittelwerte erfolgte über einen T-Test für abhängige Stichproben mittels des Softwareprogramms SPSS Statistics, Version 21.

Tabelle 2.9: Mittelwerte des BDI-II der vier Pilotevaluationsgruppen vor und nach dem GATE-Gruppentraining

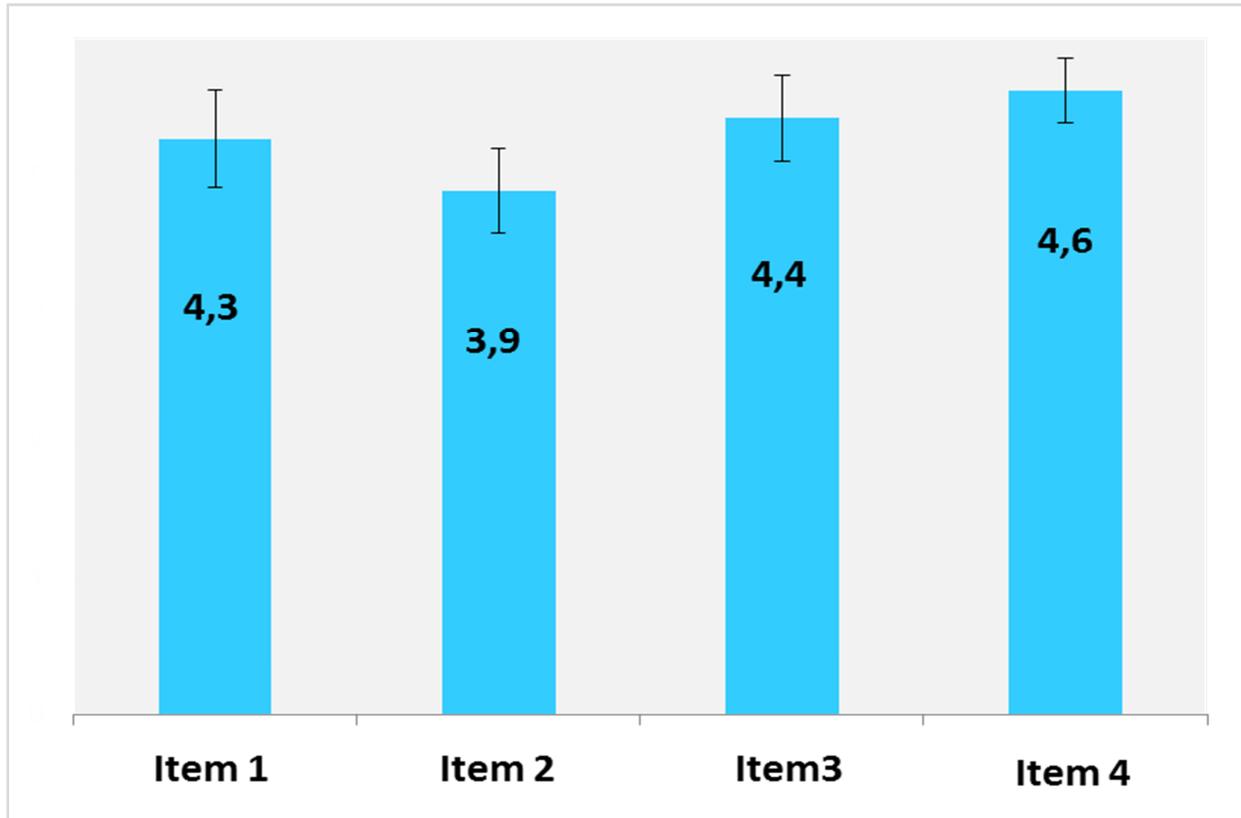
N=20	M	SD	p
Nach Sitzung 1	19,4	15,38	.28
Nach Sitzung 15	17,35	17,23	

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau

BDI-II-Werte von 14 bis 19 Punkten weisen auf eine „leichte Depression“ hin, Werte zwischen 20 und 28 Punkten lassen auf eine „mittelschwere Depression“ schließen (Hautzinger et al., 2006). Den in Tabelle 2.9 dargestellten Werten ist zu entnehmen, dass die Teilnehmer sowohl vor als auch nach GATE zusätzlich zur diagnostizierten ASS unter einer „leichten Depression“ leiden, wobei die anfängliche Punktzahl als grenzwertig zur „mittelschweren Depression“ zu bezeichnen ist. Auf deskriptiver Ebene kommt es im Verlauf von GATE zu einer leichten Abnahme der depressiven Symptomatik, die jedoch keine statistische Signifikanz erreicht. Darüber hinaus sind die Standardabweichungen zu beiden Messzeitpunkten als vergleichsweise hoch zu bezeichnen.

GATE-E

Abbildung 2.7 zeigt die Ergebnisse des eigens erstellten Evaluationsbogens GATE-E.



N=20; Item 1: M=4,3, SD=0,7; Item 2: M=3,9, SD=0,6; Item 3: M=4,4, SD=0,6; Item 4: M=4,6, SD=0,5

Abbildung 2.7: Ergebnisse des GATE-E. Mittlere Rohwerte aller Teilnehmer der vier Pilotevaluationsgruppen hinsichtlich der vier Items des Fragebogens:

Item 1: „Ich habe mich in der Gruppe heute wohl gefühlt.“

Item 2: „Die Inhalte der heutigen Sitzung waren hilfreich für mich.“

Item 3: „Ich freue mich auf die nächste Sitzung.“

Item 4: „Die Therapeuten sind kompetent.“

2.5.3 Diskussion

STEP

Mit Rücksichtnahme auf die Konzeption des STEP für das einzeltherapeutische Setting während einer Langzeittherapie sind die Evaluationsergebnisse von GATE als zufriedenstellend bis gut zu bewerten.

Gruppensituationen stellen für Personen mit ASS häufig eine große Schwierigkeit dar und aufgrund des vergleichsweise sehr kurzen Interventionszeitraums kann die Herstellung einer stabilen therapeutischen Arbeitsbeziehung für beide Seiten als eine Herausforderung bezeichnet werden. Die im mittleren Durchschnittsbereich liegenden T-Werte für die Subskala „STEP-B: Therapeutische Beziehung“ sind vor diesem Hintergrund als besonders erfreulich zu bewerten. Hilfreich hierfür könnte unter anderem die außerordentlich hohe Strukturierung des GATE-Manuals gewesen sein. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, sich auf die kommenden Sitzungen innerlich vorzubereiten und mussten keine aus ihrer Sicht „negativen Überraschungen“ durch kurzfristige Änderungen in Themenauswahl und Ablauf fürchten. Dies kann dazu geführt haben, dass sich die Teilnehmer vergleichsweise sicher und in ihrer spezifischen Problematik von den Therapeuten verstanden gefühlt haben.

Die T-Werte der Subskalen „STEP-K: motivationale Klärung“ sowie „STEP-P: aktive Hilfe zur Problembewältigung“ lagen gleichermaßen im eher unteren Durchschnittsbereich. Auch dies ist vor dem Hintergrund des Vergleichs zu langzeitpsychotherapeutischen Einzeltherapien als zufriedenstellend zu bewerten. Wie schon in Kapitel 2.4.1 erläutert, beansprucht GATE nicht die vollständige Bearbeitung der individuellen autismusbedingten Schwierigkeiten der Teilnehmer innerhalb des kurzen Interventionszeitraumes von ungefähr drei Monaten. Beispielsweise sollten das Anwenden der während GATE erlernten spezifischen Strategien und das Umsetzen möglicher Erkenntnisse vielmehr im Folgezeitraum und mit weiterer Unterstützung von helfenden Institutionen oder im Rahmen einer anschließenden Langzeittherapie erfolgen.

Den Ergebnissen des geschlossenen Fragebogen EPAS aus Studie 2 entsprechend, sind die zwei am positivsten bewerteten Sitzungen den Kategorien A7-

Stressbewältigung sowie *K4-Soziale Kompetenz* und *K1-Soziale Interaktion* zuzuordnen. Diese Ergebnisse untermauern den positiven Einfluss der Bedarfsorientierung bei der Entwicklung von GATE. Als etwas überraschend erscheint die positive Bewertung der Sitzung 12 „Soziale Situationen – Kommunikation (Small-Talk)“. Wie in Kapitel 2.3.2 diskutiert, wurde den Items der Kategorie *K2-Kommunikation* vergleichsweise wenig Beachtung beigemessen. Insbesondere der Small-Talk erscheint jedoch als ein nützliches Mittel, um den häufig sehr erwünschten Kontakt zu anderen Personen (wieder-)aufzunehmen, weshalb das Erlernen dieser eher komplexen Kommunikationsfertigkeit von den Betroffenen als positiv bewertet wurde. Im GATE-Programm werden die Teilnehmer zunächst theoretisch und unter humorvollen Aspekten an den Small-Talk herangeführt, um diesen dann im Rollenspiel mit Feedback zu trainieren, was mitunter auch zu von den Betroffenen als lustig empfundenen Situationen führen kann. Diese meist als positiv erlebte Erfahrung innerhalb einer Gruppe könnte auch die vergleichsweise gute Beurteilung der entsprechenden Sitzung zur Folge gehabt haben.

BDI

Die relativ hohen Werte der Teilnehmer im BDI zu Beginn von GATE bestätigen die aktuellen Forschungsergebnisse in Bezug auf Depression als häufigste Komorbidität bei ASS (vgl. Kap. 1.3.2 und 2.3.2). Es ist nicht zu erwarten, dass sich eine häufig seit Jahren bestehende komplexe Symptomatik durch eine dreimonatige Kurzintervention statistisch messbar bessern lässt. Insbesondere zu Beginn einer Psychotherapie können depressive Symptome sich durch das Aufheben der Vermeidung und Aktualisierung eigener als unüberwindbar empfundener Schwierigkeiten zunächst vorübergehend sogar verschärfen. Die Abnahme des Mittelwertes in der zweiten Messung nach 15 GATE-Sitzungen um 2 Punkte bei ähnlich großer Standardabweichung zeigt, dass die durchgeführten Interventionen keinen destabilisierenden Effekt auf die Teilnehmer hatten, sondern diese eher als stützend empfunden worden sind. Möglicherweise führte unter anderem die psychoedukative Sitzung zum Thema „Depression“, in welcher auch Informationen zu weiterführenden Hilfen vermittelt werden, dazu, dass die Teilnehmer Hoffnung auf langfristige Besserung der belastenden depressiven Symptomatik schöpften. Wie bezüglich der Evaluationsergebnisse des STEP schon angemerkt, könnten die durch die Teilnehmer erlernten Bewältigungsstrategien auf längere Sicht zu einem

besseren Umgang mit den autismusassoziierten Schwierigkeiten führen, was dann möglicherweise auch eine Abnahme der depressiven Symptome zur Folge hätte.

GATE-E

Die Ergebnisse des selbst entwickelten kurzen Evaluationsbogens sind insgesamt als erfreulich zu bewerten. Besonders die im Mittel gute Bewertung des ersten Items „Ich habe mich in der Gruppe heute wohl gefühlt“ zeigt, dass die Gruppensituation durch die Teilnehmer positiv angenommen werden konnte. Kritisch anzumerken wäre eine eventuelle Tendenz zur sozialen Erwünschtheit bei der Bewertung der Items des GATE-E. Diese ist bei Personen mit ASS aufgrund der störungsinhärenten eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeiten im Vergleich zu anderen Patienten-Populationen insgesamt jedoch eher als gering einzustufen.

2.5.4 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der Pilotevaluation des Gruppentrainings für erwachsene hochfunktionale Personen mit ASS sind als vielversprechend zu bewerten. Zusätzlich trägt die bedarfsanalytische Fundierung des Manuals maßgeblich zu dessen Validität bei.

Um jedoch im weiteren Verlauf die klinische Effektivität von GATE zu überprüfen, sollten kontrollierte Evaluationsstudien unter Einbezug von Kontrollgruppen stattfinden, die auch objektive Evaluationsinstrumente einsetzen.

3. Zusammenfassung

Insbesondere die milden Ausprägungen von ASS, wie das Asperger-Syndrom und der hochfunktionale frühkindliche Autismus, sind in den letzten Jahren verstärkt in den wissenschaftlichen und klinischen Fokus gerückt, was unter anderem auch zu einer erhöhten Rate an Diagnosestellungen im Erwachsenenalter geführt hat. Obwohl diese hochfunktionalen erwachsenen Personen häufig psychotherapeutische Unterstützung benötigen, existieren bis dato kaum geeignete spezifische Angebote. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein solches psychotherapeutisches Angebot zu entwickeln, das auf den tatsächlichen Bedürfnissen der betroffenen Patienten basiert und ihnen den Umgang mit belastenden Symptomen einer ASS im Alltag erleichtert.

Dazu wurde in einer ersten Studie eine Stichprobe spätdiagnostizierter hochfunktionaler Personen mit einer ASS in einem offenen Anschreiben zu ihren Wünschen und Erwartungen in Bezug auf eine psychotherapeutische Intervention befragt. Die Antworten (N=33) wurden nach einer qualitativen inhaltsanalytischen Auswertung in ein Kategoriensystem transformiert, welches die Erwartungen der Teilnehmer anhand von insgesamt 20 Kategorien abbildete.

Dieses Kategoriensystem bildete in einer zweiten Studie die Grundlage für die Erstellung eines geschlossenen Fragebogens, der an eine weitere Stichprobe von erwachsenen Personen mit ASS versendet wurde. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigten, dass sich die Teilnehmer (N=64) von einer Psychotherapie in erster Linie Unterstützung bei der Bewältigung von Stresserleben erhofften (67,2%). Auch bezüglich der mit den Kernsymptomen autistischer Störungen zusammenhängenden Schwierigkeiten in sozialer Interaktion (57,3%), sozialer Kompetenz (60,5%) und hinsichtlich einer Identitätsfindung nach Diagnosestellung (60,2%) wünschten sich viele Betroffene psychotherapeutische Hilfe.

Auf Basis der gewonnenen Resultate der durchgeführten Befragungen sowie unter Rückgriff auf bewährte kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden wurde das 15 Sitzungen umfassende Gruppentraining Autismus im Erwachsenenalter (GATE) entwickelt. Mit Unterstützung durch jeweils zwei Gruppenleiter erhalten sechs Teilnehmer pro Gruppe im GATE die Möglichkeit ihre autistische Symptomatik und eine eventuell vorliegende depressive Komorbidität besser zu verstehen, neue

Strategien zur effektiven Stressbewältigung kennen zu lernen sowie grundlegende sozial-interaktionelle Fertigkeiten in einem geschützten Setting zu erarbeiten.

Die Pilotevaluation mit vier GATE-Gruppen wurde in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln durchgeführt. Insgesamt konnten die Daten von 20 Teilnehmern und Teilnehmerinnen ausgewertet werden. Die Ergebnisse des Stundenbogens für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie (STEP) zeigten, dass die aus Teilnehmerperspektive empfundene Effektivität hinsichtlich Problemklärung, Problembewältigung und therapeutischer Beziehung im Vergleich zu einzelpsychotherapeutischen Langzeittherapien als durchschnittlich bewertet wurde. Das mittels des Beck-Depressions-Inventars (BDI) erfasste Ausmaß komorbider depressiver Symptomatik verringerte sich im Vorher-Nachher-Vergleich geringfügig. Dieses Resultat weist darauf hin, dass die Problemaktualisierung während der gruppentherapeutischen Intervention nicht als destabilisierend erlebt wurde, GATE jedoch keine antidepressive Psychotherapie ersetzt. Weiter sprechen die Ergebnisse des eigens entwickelten Evaluationsbogens GATE-E für die durchweg positive Annahme des Gruppensettings sowie für eine allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Konzeption des GATE.

Insgesamt bestätigen die Evaluationsergebnisse den Nutzen der Bedarfsorientierung bei der Entwicklung eines autismusspezifischen Therapieprogramms. Die klinische Effizienz von GATE sollte jedoch in weiterführenden Studien mittels zusätzlicher objektiver Evaluationsinstrumente überprüft werden.

4. Literaturverzeichnis

1. ADDM (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2006 Principal Investigators) & CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2009. Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network. United States, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries, 58, 1-20.
2. APA (1994). DSM-IV. 4. Revision des diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Attwood, T. (2005). Asperger-Syndrom. Wie Sie und Ihr Kind alle Chancen nutzen. Das erfolgreiche Praxis-Handbuch für Eltern und Therapeuten. Stuttgart: Trias.
4. Augustin, A. (1997). Beschäftigungstherapeutische (ergotherapeutische) Möglichkeiten mit Zielrichtung Frühbehandlung – Wahrnehmungsbehandlung. In: Regionalverband Hilfe für das autistische Kind, Nordbaden-Pfalz e.V. (Hrsg.) (S.85-113). Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote. Integra-Verlag Walldorf.
5. Ayres, J. (1992). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Heidelberg: Springer.
6. Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D. & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in south tames: the special needs and autism project (SNAP). Lancet, 368, 210-215.
7. 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.
8. Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N. & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient (SQ): an investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. Philosophical Transactions of the Royal Society, Series B. Special Issue on "Autism: mind and brain", 358, 361-374.

9. 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.
10. 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, 807-820.
11. Berthoz, S. & Hill, E. (2005). The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. *European Psychiatry*, 20, 291-298.
12. Bettison, S. (1996). The long-term effects of auditory training on children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 361-375.
13. Bölte, S. (2009a). (Hrsg.) *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven*. Bern: Huber.
14. Bölte, S. (2009b). Epidemiologie. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S.65-74). Bern: Huber.
15. Bölte, S. (2009c). Evidenzbasierte Intervention. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 221-228). Bern: Huber.
16. Bölte, S., Adam-Schwebe, S., Englert, E., Schmeck, K. & Poustka, F. (2000). Zur Praxis der psychologischen Testdiagnostik in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28(3), 151-161.
17. Bölte, S. & Bormann-Kischkel, C. (2009). Testpsychologie. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 175-186). Bern: Huber.
18. Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Leber, S., Dierks, T., Hubl, D. & Poustka, F. (2002). The Development and Evaluation of a Computer-Based Program to Test and Teach the Recognition of Facial Affect. *International Journal of Circumpolar Health*, 61 (Suppl. 2), 61-68.

19. Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Poustka, F. (2003). Frankfurter Test und Training des Erkennens fazialen Affekts (FEFA). Frankfurt/M.: J.W. Goethe-Universität [kgu.de/zpsy/kinderpsychiatrie/FEFA_home.htm]
20. Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden & Evaluation. Berlin: Springer.
21. Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2010). (Hrsg.) Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.
22. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007). (Hrsg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage (S. 225-237).
23. Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M. & Tebartz van Elst, L. (2012). Aspgerger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Ein Therapiemanual der Freiburger Autismus-Studiengruppe. Göttingen: Hogrefe.
24. Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T. & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160-179.
25. Frith, U. (2003). *Autism. Explaining the enigma* (2. ed.). Oxford: Blackwell.
26. Gaus, V. L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult asperger syndrome*. New York: Guilford Press.
27. Geurts, H. M., Verte, S., Oosterlan, J., Roeyers, H. & Seargent, J. A. (2004). How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 836-854.
28. Ghaziuddin, M. & Zafar, S. (2008). Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 9-12.

29. Gillberg, I. C. & Gillberg, C. (1989). Asperger syndrome- some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(4), 631-638.
30. Gillberg, C. L., Gillberg, C., Rastam, M. & Wentz, E. (2001). The asperger syndrome (and high functioning autism) diagnostic interview (ASDI), a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 5(1), 57-66.
31. Gillberg, C., Johansson, M. & Steffenburg, S. (1997). Auditory integration training in children with autism. *Autism*, 1, 97-100.
32. Gillot, A. & Standen, P. J. (2007). Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 359-370.
33. Grandin, T. (1988). Teaching tips from a recovered autistic. *Focus on Autistic Behaviour*, 3, 1-8.
34. Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
35. Groden, J., Diller, A., Bausmann, M., Velicer, W., Norman, G. & Cautela, J. (2001). The development of a stress survey schedule for persons with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 207-217.
36. Groden, J., Levasseur, P. & Baron, G. (2002). Stress and anxiety: assessment and coping strategies. Paper presented to the Inaugural World Autism Congress, Melbourne, Australia, 10 - 14 November 2002.
37. Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar, Revision (BDI II)*. Frankfurt am Main: Harcourt.
38. Hill, E. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24, 189-233.
39. Hill, E.; Berthoz, S. & Frith, U. (2004). Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 229-235.

40. Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M. & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, doi:10.1186/147-244X-9-35.
41. Howlin, P. (1997a). *Autism: preparing for adulthood*. London: Routledge.
42. Howlin, P. (1997b). Prognosis in autism: do specialist treatments affect long-term out-come? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 55-72.
43. Howlin, P. (2003). Outcome in high functioning adults with autism and without early language delays: implications for the differentiation between autism and asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 3-13.
44. Howlin, P. & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41, 834-839.
45. Iarocci, G., Burack, J.A., Shore, D. I., Mottron, L. & Enns, J.T. (2006). Global-local visual processing in high functioning children with autism: structural vs. implicit task biases. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 117-129.
46. Jenny, B., Goetschel, P., Isenschmid, M. & Steinhausen, H.C. (2010). *KOMPASS Zürcher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: Ein Praxishandbuch für Gruppen- und Einzelinterventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
47. Krampen, G. (2002). *STEP. Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
48. Krippendorff, K. (2004). Reliability in content analysis: some common misconceptions and recommendations. *Human Communication Research*, 30, 411-433.
49. Kobayashi, R. & Murata, T. (1998). Behavioral characteristics of 187 young adults with autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(4), 383-390.
50. Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R. & Vogeley, K. (2011a). Das psychosoziale Funktionsniveau spät diagnostizierter Patienten mit

Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter – eine retrospektive Untersuchung. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 79, 1-10.

51. Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., Huff, W. & Vogeley, K. (2011b). Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter: Klinische und neuropsychologische Befunde spätagnostizierter Asperger-Syndrome. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 79, 290-297.

52. Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. Social Psychiatry, 1, 124-137.

53. Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 3-9.

54. Lovaas, O.I. (2003). Teaching individuals with developmental delays: basic intervention techniques. Austin: Pro-ed.

55. Lord, C., Rutter, M. & LeCouteur, A. (1994). Autism diagnostic interview revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24, 659-685.

56. Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H. Jr., Leventhal, B. L., DiLavore, P.C., Pickles, A. & Rutter, M. (2000). The ADOS-G (autism diagnostic observation schedule – generic): a standard measure of social-communication deficits associated with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 205-223.

57. Lopez, B. & Leekam, S.R. (2003). Do children with autism fail to process information in context? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 285-300.

58. Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Stuttgart: UTB.

59. Mayring, P. & Gläser-Zikuda, M. (2008). Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.

60. Noterdaeme, M. (2009). Komorbidität und Differenzialdiagnose. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 46-64). Bern: Huber.
61. Nylander, L. & Gillberg, C. (2001). Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(6), 428-434.
62. Ozonoff, S. & Jensen, J. (1999). Brief report: specific executive function profiles in three neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 171-177.
63. Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
64. Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006). *Asperger-Syndrom*. Heidelberg: Springer.
65. Rimland, B. & Edelson, S. M. (1995). A pilot study of auditory integration training in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 61-70.
66. Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2003). *Social communication questionnaire (SCQ)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
67. Rydén, E. & Bejerot, S. (2008). Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional controlled study. *Clinical Neuropsychiatry*, (5)1, 13-21.
68. Schuster, N. (2007). *Ein guter Tag ist ein Tag mit Wirsing*. Berlin: Weidler.
69. Sterling, L., Dawson, G., Estes, A., & Greenson, J. (2007). Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 329-339.
70. Tammet, D. (2008). *Elf ist freundlich und Fünf ist laut. Ein genialer Autist erklärt seine Welt*. Düsseldorf: Patmos.
71. Vogeley, K. (2012). *Anderssein. Autistische Erwachsene – Ein Ratgeber*. Weinheim: Beltz.

72. Vogeley, K. (2010). Zum Krankheitsbegriff bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). *Die Psychiatrie*, 7, 148-153.
73. Vogeley, K. & Remschmidt, H. (2011). Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter. In U. Voderholzer & S. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (7. Aufl.). München: Elsevier.
74. Watling, R. (1998). Selected literature exploring the effectiveness of a sensory-based approach to the treatment of autism. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 77-85.
75. Wing, L., Leekam, S. R., Libby, S. J., Gould, J. & Larcombe, M. (2002). The diagnostic interview for social and communication disorders: background, inter-rater-reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 307-325.

5. Vorabveröffentlichung von Ergebnissen

Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil. K. Vogeley sind Teilaspekte dieser Dissertation bereits vorab veröffentlicht worden:

Gawronski, A., Kuzmanovic, B., Georgescu, A., Kockler, H., Lehnhardt, F.-G., Schilbach, L., Volpert, K. & Vogeley, K. (2011). Erwartungen an eine Psychotherapie von hochfunktionalen erwachsenen Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 79, 647-654.

Gawronski, A., Pfeiffer, K. & Vogeley, K. (2012). Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter. *Verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual*. Weinheim: Beltz.

Im Rahmen der Erarbeitung des Dissertationsprojekts sind außerdem folgende themenverwandte Publikationen entstanden:

David, N., Gawronski, A., Santos, N., Lehnhardt, F.-G., Newen, A. & Vogeley, K. (2008). Dissociation between key processes of social cognition in autism: Impaired mentalizing but intact sense of agency. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 593-605.

Tepes, R., Jacobi, E., Gawronski, A., Krug, B., Möller-Hartmann, W., Lehnhardt, F.-G. & Vogeley, K. (2010). Corpus callosum size in adults with high-functioning autism and the relevance of gender. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 183, 38-43.

Schwartz, C., Bente, G., Gawronski, A., Schilbach, L., & Vogeley, K. (2010). Responses to nonverbal behaviour of dynamic virtual characters in high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 100-111.

Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepes, R., Huff, W. & Vogeley, K. (2011). Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter: klinische und neuropsychologische Befunde spätagnostizierter Asperger-Syndrome. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 79, 290-297.

Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., Huff, W. & Vogeley, K. (2012). Das psychosoziale Funktionsniveau spät diagnostizierter PatientInnen mit hochfunktionalem Autismus im Erwachsenenalter. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 80, 88-97.

Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L. & Vogeley, K. Diagnostik und Differentialdiagnose des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter (unter Begutachtung)

6. Anhang

6.1 Formloses Schreiben/Studie 1 1/1

Sehr geehrte(r) Frau/Herr,

Unsere Spezialsprechstunde möchte neben der Diagnostik in Zukunft auch beratende und therapeutische Hilfe anbieten.

Die meisten bekannten verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren (bspw. TEACCH) zielen auf die Behandlung und Förderung von Kindern und Jugendlichen ab. Die Erwartungen einer erwachsenen Person mit der Diagnose Asperger-Syndrom oder hochfunktionaler Autismus bezüglich therapeutischer Hilfe können sich aber beträchtlich von den Wünschen und Bedürfnissen diagnostizierter Kinder oder Jugendlicher unterscheiden. Um ein angemessenes verhaltenstherapeutisches Lern- oder Therapieprogramm entwickeln zu können, ist deshalb zunächst die Kenntnis der spezifischen Schwierigkeiten und Wünsche der betroffenen Personengruppe notwendig. Aus diesem Grund würden wir uns sehr freuen, wenn Sie die Zeit finden könnten, uns in kurzen Stichpunkten mitzuteilen, in welchen Bereichen Sie sich Unterstützung wünschen würden bzw. welche „Therapieziele“ Sie für sich formulieren können. Überlegen Sie sich beispielsweise, wo Sie im Privat- oder Berufsleben besondere Schwierigkeiten haben und/oder welche Fertigkeiten Sie gerne erlernen würden und senden die Antwort an obige Adresse.

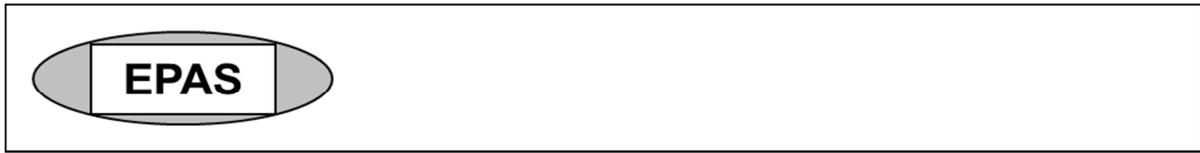
Vielen Dank für Ihre Mithilfe im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Dr. phil. Kai Vogeley

Dipl.-Psych. Astrid Gawronski

6.2 Fragebogen EPAS/Studie 2 (1/5)



Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer Person:

Codenummer/Name: _____

Alter: _____ Geschlecht: m w

Anleitung:

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die die Inhalte und Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung betreffen. Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile:

I. Kompetenzen

Im ersten Teil geht es um die Kompetenzen, die sie persönlich erlernen möchten. Geben Sie jeweils an, wie wichtig Sie die betreffende Kompetenz finden. Setzen Sie hierfür ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

II. Psychotherapeut/in & Psychotherapie

Im zweiten Teil bitten wir Sie, anzugeben, was Sie von einem/einer Psychotherapeut/in bzw. einer Psychotherapie erwarten. Geben Sie jeweils an, wie wichtig Sie die genannte Eigenschaft finden. Setzen Sie hierfür ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ungefähr 15 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte lesen Sie jede einzelne Aussage sorgfältig durch. Natürlich können mit diesen kurzen Aussagen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht treffen deshalb einige nicht gut auf Sie zu. Kreuzen Sie aber bitte trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche Ihnen noch am ehesten entspricht. Um den Fragebogen auswerten zu können, ist es darüber hinaus wichtig, dass Sie nicht zwischen den Spalten ankreuzen, sondern immer eindeutig eine der sechs vorgegebenen Kategorien auswählen.

Beispiel:

Ich möchte meine Ängste vor unbekanntem Personen überwinden.

sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	unwichtig	sehr unwichtig
<input type="checkbox"/>				

Fragebogen EPAS/ Studie 2 (Fortsetzung 2/5)

	Teil I: Kompetenzen
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

	sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	unwichtig	sehr unwichtig
1. Ich möchte meine Ängste vor unbekanntem Personen überwinden.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich möchte meine psychischen Belastungsgrenzen kennen lernen.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich möchte mein Selbstvertrauen steigern.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich möchte belastende Erfahrungen aus meiner Lebensgeschichte aufarbeiten.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich möchte lernen, meine eigenen Gefühle besser zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich möchte lernen, effektiv mit Mitarbeitern und Vorgesetzten zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich möchte an der Bewältigung depressiver Gefühle arbeiten.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich möchte lernen, im Alltag (z.B. im Haushalt) Wichtiges von Unwichtigem zu trennen.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich möchte in der Gegenwart von unbekanntem Personen sozial kompetent auftreten.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich möchte Smalltalk (spontanes, informelles Alltagsgespräch) trainieren.	<input type="checkbox"/>				
11. Ich möchte lernen, besser mit vielen sensorischen Eindrücken umzugehen.	<input type="checkbox"/>				
12. Ich möchte den Autismus als Teil meiner Person akzeptieren lernen.	<input type="checkbox"/>				
13. Ich möchte meine Geschicklichkeit (z.B. bei handwerklichen Tätigkeiten) verbessern.	<input type="checkbox"/>				
14. Ich möchte lernen, wie man Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen kann.	<input type="checkbox"/>				
15. Ich möchte meine Fähigkeiten bei der Austragung von Konflikten verbessern.	<input type="checkbox"/>				
16. Ich möchte lernen, Gefühle bei anderen Menschen zu erkennen und zu deuten.	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen EPAS/Studie 2 (Fortsetzung 3/5)

	Teil I: Kompetenzen
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

	sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	unwichtig	sehr unwichtig
17. Ich möchte lernen, mich in andere Menschen hineinzuversetzen.	<input type="checkbox"/>				
18. Ich möchte gezielt Bewerbungsgespräche trainieren.	<input type="checkbox"/>				
19. Ich möchte lernen, mich besser von anderen Menschen abzugrenzen („nein“ sagen können).	<input type="checkbox"/>				
20. Ich möchte meine Organisationsfähigkeit verbessern.	<input type="checkbox"/>				
21. Ich möchte gezielt Gesprächsführung erlernen (z.B. Blickkontakte, Gesprächseinleitung etc.).	<input type="checkbox"/>				
22. Ich möchte lernen, meine eigenen Gefühle besser wahrzunehmen und zu verstehen.	<input type="checkbox"/>				
23. Ich möchte meine Lebensgeschichte nach der Diagnosestellung Autismus aufarbeiten.	<input type="checkbox"/>				
24. Ich möchte in komplexen Situationen (z.B. Familienfeiern) den Überblick bewahren.	<input type="checkbox"/>				
25. Ich möchte Techniken erlernen, um Stress effektiver abzubauen.	<input type="checkbox"/>				
26. Ich möchte meine persönlichen Stärken und Schwächen herausarbeiten.	<input type="checkbox"/>				
27. Ich möchte meine Ängste vor unbekanntem Situationen abbauen.	<input type="checkbox"/>				
28. Ich möchte lernen, meine Zeit besser einzuteilen.	<input type="checkbox"/>				
29. Ich möchte meine beruflichen Stärken und Schwächen herausarbeiten.	<input type="checkbox"/>				
30. Ich möchte in sozialen Situationen kompetent auftreten.	<input type="checkbox"/>				
31. Ich möchte eine optimistischere Einstellung gewinnen.	<input type="checkbox"/>				
32. Ich möchte lernen, Kritik angemessen zu äußern.	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen EPAS/Studie 2 (Fortsetzung 4/5)

	Teil I: Kompetenzen
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

	sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	unwichtig	sehr unwichtig
33. Ich möchte lernen, besser mit Kritik umzugehen.	<input type="checkbox"/>				
34. Ich möchte lernen, meine persönlichen Stärken im Alltag effektiv einzusetzen.	<input type="checkbox"/>				
35. Ich möchte lernen, Kontakte zu Freunden und Bekannten aufrecht zu erhalten.	<input type="checkbox"/>				
36. Ich möchte unterstützende Angebote kennenlernen und lernen, behördliche Anträge zu bearbeiten.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir psychotherapeutische Unterstützung.	Stimme zu				<input type="checkbox"/>
	Stimme nicht zu				<input type="checkbox"/>

Fragebogen EPAS/Studie 2 (Fortsetzung 5/5)



Teil II: Psychotherapeut/in & Psychotherapie

	sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	unwichtig	sehr unwichtig
1. Ich wünsche mir, dass der/die Psychotherapeut/in mir mit Wohlwollen und Zugewandtheit begegnet.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich wünsche mir, dass der/die Psychotherapeut/in über Beratungskompetenz (z.B. Spezialliteratur) verfügt.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich wünsche mir, dass der/die Psychotherapeut/in auch schriftliche Kommunikation in der Therapie zulässt.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich wünsche mir von dem/der Psychotherapeut/in, dass er/sie mich so akzeptiert, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich wünsche mir von dem/der Psychotherapeut/in, dass er/sie in Notfällen erreichbar ist.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich wünsche mir in den psychotherapeutischen Sitzungen eine ruhige Atmosphäre ohne Störungen.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich wünsche mir, dass der/die Psychotherapeut/in sich sehr gut mit den Varianten des Autismus-Spektrums auskennt.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich wünsche mir von dem/der Psychotherapeut/in, dass er/sie klar und eindeutig kommuniziert.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich wünsche mir, dass eine Psychotherapie sehr strukturiert abläuft (z.B. Planung der Sitzungen, fester Termin etc.).	<input type="checkbox"/>				
10. Ich wünsche mir, dass der/die Psychotherapeut/in nicht auf meine Mimik und/oder Gestik achtet.	<input type="checkbox"/>				

7. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Astrid-Claudia Gawronski
Geburtsdatum: 19.11.1977
Geburtsort: Köln
Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulbildung

1988 - 1997
Stadtgymnasium Köln-Porz
(Abitur)

Berufsausbildung

10/1998 – 09/2001
Krankenpflege
(Examen)

Studium

10/2001 – 12/2007
Studium der Psychologie an der philosophischen
Fakultät der Universität zu Köln
(Diplom)

Postakademische Ausbildung

Seit 01/2008
Ausbildung zur psychologischen
Psychotherapeutin bei der Deutschen
Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT),
Ausbildungszentrum Bonn

Berufliche Tätigkeiten

02/2008 – 12/2009
Psychotherapeutin in Ausbildung (PIA), praktische
Tätigkeit I & II in der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln

- Seit 05/2008
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln, AG Bildgebung, Universitätsprofessor Dr. med. Dr. phil K. Vogeley
- Seit 03/2010
Psychotherapeutin in Ausbildung (PIA), praktische Ausbildung im Ausbildungszentrum Bonn der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Seit 03/2011
Honorarkraft bei der Füngeling Router AG (Beratung/Coaching für junge Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen)

Köln, 17.06.2013

Astrid-Claudia Gawronski