

Autismus & PTBS

Was Therapeuten wissen müssen

Diagnostik, Überschneidungen und angepasste Behandlung – Stand 2026

autismus-ratgeber.de/autismus-trauma/

□ Warum dieses Infoblatt wichtig ist

30–45 % aller autistischen Menschen entwickeln im Laufe ihres Lebens eine PTBS (Rumball et al. 2020, 2021; Haruvi-Lamdan et al. 2020) – gegenüber 4–4,5 % in der Allgemeinbevölkerung. Trotzdem bleibt die PTBS bei autistischen Menschen häufig unerkannt oder wird falsch behandelt, weil die Symptomatik atypisch erscheint. Autistischen Besonderheiten in Wahrnehmung und Erleben sind in Psychiatrie und Psychotherapie bislang kaum bekannt. (Wilczek, Kohlhammer 2024)

Warum autistische Menschen ein erhöhtes PTBS-Risiko tragen

Traumata sind nicht ursächlich für Autismus – diese frühere Hypothese ist widerlegt. Aber die autistische Grundstruktur erhöht das Risiko, traumatische Erfahrungen zu machen und zu entwickeln. Neurobiologisch lässt sich das erklären:

Hyperreaktive Amygdala

Verstärkte emotionale Stressreaktionen auf Reize, die bei anderen keine Bedrohungsreaktion auslösen.

Chronisch aktivierte HPA-Achse

Erhöhte Cortisolausschüttung – Stressmomente werden intensiver und überfordernd erlebt.

Verminderte präfrontale Regulationsfähigkeit

Erschwerte emotionale Regulation in Belastungssituationen – Amygdala wird schwerer gehemmt.

Sensorische Hypersensibilität

Alltagsreize können Bedrohungsschwellen überschreiten, die bei anderen nicht aktiviert werden.

□ Was als Trauma gilt – autismusspezifische Traumaformen

Systematisches Mobbing & soziale Ausgrenzung über Jahre
Nicht erkannte oder fehlinterpretierte Übergriffe (sensorisch, sexuell, emotional)
Therapieformen, die autistisches Verhalten unterdrücken sollten (z. B. frühe ABA)
Diagnostikprozesse als retraumatisierende Erfahrung (ADOS, Begutachtungen)
Psychiatrische Zwangsmaßnahmen ohne ausreichende Kommunikationsanpassung
Jahrelanges Masking als chronischer Stressor – führt zu Erschöpfung und Identitätsverlust

Diagnostische Überschneidungen – wo Autismus wie PTBS aussieht

Diese Symptome kommen bei beiden Diagnosen vor – und müssen sorgfältig unterschieden werden:

Dissoziation / Shutdown

Bei PTBS: dissoziativer Zustand als Schutzreaktion.

Bei Autismus: Shutdown als Reaktion auf Reizüberflutung.

Unterschied: Auslöser und Vorereignis klären

Hypervigilanz / Wachheit

Bei PTBS: ständige Erwartung von Bedrohung nach Trauma.

Bei Autismus: sensorische Dauerbelastung führt zu ähnlichem Dauerstress.

Unterschied: biographische Traumatisierung vs. neurologische Grundlage

Vermeidungsverhalten

Bei PTBS: Vermeidung traumaassoziierter Trigger.

Bei Autismus: Vermeidung sensorischer / sozialer Überlastung als Selbstschutz.

Unterschied: Objekte der Vermeidung und deren Funktion analysieren

Emotionale Dysregulation

Bei PTBS: destabilisiert durch Traumaerinnerungen.

Bei Autismus: durch sensorische oder soziale Überlastung ausgelöst.

Unterschied: Timing und Kontext der Dysregulation

Selbstbild

Bei kPTBS: zersplittert, toxische Scham, Selbstabwertung.

Bei Autismus: kohärent, aber geformt durch Ablehnung und Unverstandensein.

Unterschied: Kohärenz des Selbstbildes und Ursprung der Scham

Was in der Therapie angepasst werden muss

Kommunikation

Direkte, klare, wörtliche Sprache. Keine Metaphern oder impliziten Erwartungen. Schriftliche Zusammenfassungen nach der Sitzung anbieten. Mehr Zeit für Antworten lassen.

Sensorische Rahmenbedingungen

Reizarmer Therapieraum: gedimmtes Licht, keine starken Gerüche, ruhige Umgebung. Sensorische Hilfsmittel erlauben (Kopfhörer, Fidget-Objekte, Kauspielzeug).

Tempo & Struktur

Klare Stundenstruktur mit Vorab-Agenda. Kein abruptes Ende ohne Ankündigung. Pausen einplanen. Übergänge explizit benennen.

Trauma-Narration

Nicht alle autistischen Menschen können Trauma verbal narrativ verarbeiten. Alternative Zugänge: Zeichnen, Schreiben, strukturierte Protokolle, Symbolarbeit.

Körperwahrnehmung

Interoception (Körperinnenwahrnehmung) ist bei vielen autistischen Menschen eingeschränkt. Somatic Experiencing und Körperarbeit müssen sehr behutsam und explizit erklärt werden.

Behandlungsansätze – was wirkt, was schadet

Was wirkt – mit Belegen

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Wirksam bei autistischen Erwachsenen (Lobregt-van Buuren et al. 2019). Mit Anpassungen auch bei autistischen Kindern angewendet (Clarke & Darker Smith 2024). Anpassungen: alternative bilaterale Stimulation (taktile statt visuell), längere Erklärungsphasen, klare Struktur pro Sitzung.

Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)

Wirksam, muss an autistische Lernstile angepasst werden (Stack & Lucyshyn 2019). Schrittweise Expositionsarbeit, visuelle Materialien, schriftliche Protokolle, längere Vorbereitungsphase vor der Konfrontationsarbeit.

Somatic Experiencing – angepasst

Körperorientierte Traumaarbeit: bei eingeschränkter Interoception sehr behutsam einführen. Explizite Psychoedukation über Körperwahrnehmung voranstellen.

Low Arousal Approach als Rahmen

Reizarme Gestaltung des therapeutischen Settings als Grundvoraussetzung. Stressreduktion vor und nach dem Trauma-Fokus.

Häufige Fehler in der Therapie – und wie man sie vermeidet

✗ Standardprotokolle ohne Anpassung anwenden

→ Autismusspezifische Modifikationen sind keine Ausnahme, sondern Voraussetzung.

✗ Masking als Stabilität missverstehen

→ Betroffene wirken nach außen stabil – während es innen längst zusammengebrochen ist.

✗ Ausschließlich verbale Narration fordern

→ Alternative Ausdruckswege anbieten: Schreiben, Zeichnen, strukturierte Protokolle.

✗ Autismus als Therapiehindernis betrachten

→ Autistische Verarbeitungsweisen können Ressourcen sein (Detailfokus, Systemdenken).

✗ Therapie ohne Autismus-Diagnose beginnen bei Verdacht

→ Bei Verdacht auf unerkannten Autismus: Diagnostik parallel anregen.

✗ Sensorische Trigger im Therapieraum ignorieren

→ Neonlicht, Parfum, laute Geräusche können Flashbacks triggern oder Dissoziation auslösen.

□ Weiterführende Ressourcen für Fachleute

Wilczek, Brit (2024): Autismus, Trauma und Bewältigung. Kohlhammer. ISBN 978-3-17-041835-6

Rumball et al. (2020/2021): PTBS-Prävalenz bei Autismus – Studien zu 30–45 %

Lobregt-van Buuren et al. (2019): EMDR bei autistischen Erwachsenen

Clarke & Darker Smith (2024): EMDR-Anpassungen bei autistischen Kindern

Psychotherapeutenjournal 4/2025: Autismus-Diagnostik bei Erwachsenen

KOMMIT (2024): Diagnostik autistischer Menschen mit Traumafolgereaktionen

Artikel & Downloads

Trauma-Ratgeber: autismus-ratgeber.de/autismus-trauma/ | Downloads: autismus-ratgeber.de/downloads/