

## **Autistisches Burnout bei hoch maskierenden Menschen**

### *Klinische Orientierungshilfe für Fachpersonen*

Insbesondere bei hoch maskierenden Menschen wird das autistische Burnout in der therapeutischen Praxis häufig nicht erkannt oder als primäre Depression, Erschöpfungssyndrom oder Anpassungsstörung eingeordnet.

Diese Übersicht soll eine differenzierte Einordnung im Praxisalltag erleichtern und dient der Hypothesenbildung. Sie ersetzt keine diagnostische Abklärung.

Autistisches Burnout wird hier nicht als eigenständige Diagnose verstanden, sondern als Beschreibung eines Zustands, der aus chronischer Überlastung und langjähriger Anpassungsleistung entstehen kann.

### **Hintergrund**

Qualitative Studien sowie zahlreiche klinische Fallbeschreibungen beschreiben autistisches Burnout als einen Zustand langanhaltender körperlicher und psychischer Erschöpfung, reduzierter Funktionsfähigkeit, Angst- und depressiven Symptomen sowie erhöhter Reizempfindlichkeit infolge chronischer Überlastung und langfristiger Anpassungsleistungen (Masking).

Die Datenlage ist noch begrenzt, zeigt jedoch konsistente Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen langfristigem Masking und erhöhter psychischer Vulnerabilität.

Wichtig: Autistisches Burnout ist derzeit keine eigenständige Diagnose in ICD-11 oder DSM-5. Die hier beschriebenen Merkmale basieren auf qualitativer Forschung, klinischen Beobachtungen und Berichten Betroffener.

### **1. Hinweise auf chronische Kompensationsleistung (Anamnese)**

Folgende anamnestischer Muster können auf eine langjährige Kompensationsdynamik hinweisen:

- Überdurchschnittliche Beobachtungsfähigkeit sozialer Dynamiken und gute soziale Anpassungsfähigkeit bei gleichzeitiger chronischer innerer Anspannung.
- Intensive Vorbereitung und Nachanalyse sozialer Situationen (Gedankenschleifen, Selbstkorrektur).
- Wiederholte Erschöpfungs- oder Zusammenbruchphasen nach Lebensübergängen (z.B. Studium, Elternschaft, Perimenopause und Menopause, Berufswechsel), insbesondere bei erhöhter sozialer oder organisatorischer Komplexität.
- Stark kontextabhängige Funktionsfähigkeit (z. B. beruflich sehr kompetent, privat rasch erschöpft).
- Gewöhnung an Überforderung mit geringer Wahrnehmung eigener Grenzen.
- Sensorische Überempfindlichkeiten (Socken, Gerüche, Texturen), auch wenn diese im Alltag weitgehend kompensiert oder kaschiert werden.
- Lebenslange Wahrnehmung, anders zu sein, ohne dies klar benennen zu können.
- Ausgeprägtes Bedürfnis nach klaren Regeln, Strukturen oder Selbstoptimierung.
- Perfektionismus mit starkem inneren Kontrollbedürfnis, insbesondere im sozialen Verhalten.

### **2. Hinweise auf Kompensationsverlust**

Typisch ist weniger das Auftreten neuer Symptome als der Verlust bisher funktionierender Strategien:

- Plötzlicher Einbruch zuvor stabiler Funktionsfähigkeit ohne klar identifizierbare äussere Krise.
- Massive, nicht erholsame Erschöpfung, die durch Schlaf oder kurze Pausen kaum gebessert wird.
- Deutlich reduzierte Regulations- und Belastungskapazität, insbesondere im sozialen Kontext.

- Verlust automatisierter Routinen bzw. deutlich erhöhter kognitiver Aufwand für alltägliche Aufgaben.
- Zunahme sozialer Vermeidung, primär erschöpfungsbedingt.
- Verzögerte oder erst im sicheren Kontext auftretende emotionale Reaktionen.
- Zunahme von Reizüberflutung oder vegetativer Übererregung bei zuvor bewältigbaren Anforderungen.
- Gefühl innerer Leere oder Überforderung ohne typische depressive Grübelstruktur.

### **3. Hinweise auf Diskrepanz zwischen Aussen- und Innenwahrnehmung**

Bei hoch maskierenden Menschen besteht häufig eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen äusserer Kompetenz und innerem Erleben. Folgende Beobachtungen können darauf hinweisen:

- Die betroffene Person wirkt im Gespräch strukturiert, reflektiert, belastbar und funktional, berichtet jedoch von massiver innerer Erschöpfung, innerem Chaos oder einem inneren Zusammenbruch.
- Einbruch der Funktionsfähigkeit und emotionale Entladungen vorwiegend im privaten oder sicheren Kontext.
- Die betroffene Person relativiert oder bagatellisiert die eigene Belastung.
- Selbstwertprobleme beziehen sich weniger auf generelle Wertlosigkeit, sondern auf das Erleben, nicht richtig oder nicht passend zu sein.

### **4. Differenzialdiagnostische Überlegungen**

Autistisches Burnout zeigt in der klinischen Praxis häufig Überschneidungen mit anderen psychischen und somatischen Störungsbildern. Komorbiditäten sind häufig, und das eine schliesst das andere nicht aus. Folgende Differentialdiagnosen sollten mitgedacht und geprüft werden:

- Major Depression
- Anpassungsstörung
- Traumafolgestörungen (insbesondere komplexe PTBS)
- ADHS-Dekompensation
- Chronisches Erschöpfungssyndrom (ME/CFS)
- Somatische Ursachen (z. B. endokrinologische, hämatologische oder schlafbezogene Faktoren)

Die differenzialdiagnostische Einordnung sollte symptomorientiert und kontextsensibel erfolgen. Besonders bei hochmaskierenden Menschen, Frauen sowie Personen mit ADHS oder AuDHS können autistische Merkmale lange unauffällig bleiben oder durch erfolgreiche Anpassungsstrategien verdeckt werden. Hohe soziale Kompetenz, berufliche Leistungsfähigkeit oder eine strukturierte Selbstpräsentation schliessen eine autistische Überlastungsdynamik daher nicht aus.

Entscheidend sind nicht äusserlich sichtbare Autismusmerkmale, sondern Hinweise auf langjährige Kompensationsleistungen, ein lebenslanges Gefühl des Andersseins oder Nicht-Dazugehörens, die Diskrepanz zwischen äusserer Funktionsfähigkeit und innerem Erleben sowie der Verlust bisher wirksamer Copingstrategien.

### **5. Verlaufs- und prozessbezogene Hinweise**

Neben der differenzialdiagnostischen Einordnung kann auch der Therapieverlauf diagnostische Hinweise liefern.

Folgende Beobachtungen können die Hypothese einer autismusspezifischen Überlastung stützen:

- Motivations- oder Aktivierungsstrategien führen wiederholt zur Dekompensation.
- Die betroffene Person wirkt „therapieresistent“, reagiert jedoch positiv auf Validierung und Reizreduktion.
- Konfrontative oder leistungsorientierte Interventionen verstärken den Rückzug oder die Übererregung.
- Dysregulation tritt insbesondere im sicheren Kontext oder nach Anspannung auf.

## 6. Einordnung im Therapieverlauf

Wenn Aktivierung die Situation verschlechtert statt verbessert, sollte überlegt werden, ob wirklich eine Depression oder doch eher eine autismusbedingte Überlastung vorliegt.

## 7. Praxisorientierte Intervention bei Verdacht

- Reduktion externer Anforderungen
- Reizsensibles therapeutisches Setting
- Validierung vor Aktivierung
- Stabilisierung vor Ziel- oder Leistungsarbeit
- Bei Bedarf autismusspezifische Abklärung empfehlen

## Das Wichtigste in Kürze

Hohe Kompetenz und hohe Belastung können gleichzeitig bestehen.

Masking kann hohe äussere Funktionalität bei massiver innerer Erschöpfung erzeugen.

Autistisches Burnout ist kein Motivationsproblem.

Aktivierung ist nicht gleich Belastbarkeit.

Regulation geht vor Intervention.

## Literatur (Auswahl)

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., et al. (2020). "Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew": Defining autistic burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143.

Ali, D., Bougoure, M., Cooper, B., Quinton, A. M G, Tan, D., Brett, J., Mandy, W., Maybery, M., Magiati, I., Happé, F. (2025). Burnout as experienced by autistic people: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 122. 102669.

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., et al. (2017). Putting on my best normal: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2519–2534.

Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 1899–1911.

Cook, A., Ogden, J., & Winstone, N. (2018). Friendship motivations, challenges and the role of masking for girls with autism in contrasting school settings. *European Journal of Special Needs Education*, 33(3), 302–315.