

Leserbriefe und Repliken

Bloßes Skillstraining greift zu kurz

Zu T. M. Redecker, I. Miller, M. Schrecke & B. Müffelmann: Dissoziative Anfälle, *Psychotherapeutenjournal* 2/2023, S. 130–137.

In ihrem Artikel beschreiben die Autor*innen Störungsmodelle, Umgang und Behandlungsansätze sogenannter „psychogener nicht epileptischer Anfälle“ (PNES). Dabei wird insbesondere durch das beschriebene „multifaktorielle Krankheitsmodell“ das Wesen der Dissoziation als „strukturelle Teilung der Persönlichkeit“ STP (van der Hart et al., 2008) nicht ausreichend berücksichtigt. Dieser besagt, dass ein Organismus im Zuge von traumatisierenden Erfahrungen mitunter nicht mehr in der Lage ist, sich als ein einziges Ich-Umwelt-System zu organisieren, sondern beginnt, mehrere Subsysteme hervorzubringen. Diese Organisation kann ein Hauptsystem (anscheinend normale Persönlichkeit = ANP) und ein einziges Subsystem (emotionaler Persönlichkeitsanteil = EP) umfassen. Möglich ist aber auch eine Organisation in mehrere ANP und viele EP (dies würde einer Dissoziativen Identitätsstörung entsprechen). Dies kann z. B. in stark missbrauchenden, misshandelnden oder vernachlässigenden Familien auftreten, wenn beispielsweise die Notwendigkeit, sich gegen die Gewalt der Eltern zu verteidigen und sich gleichzeitig an die missbrauchenden und misshandelnden Eltern zu binden, nicht mehr als ein einziges System geleistet werden kann. In der Folge entstehen wechselseitige Phobien der Anteile füreinander, da die Ziele und Verhaltensweisen des jeweils anderen Anteils für das eigene Verlangen bedrohlich sind. So ist z. B. Verteidigung bedrohlich für das Verlangen nach Bindung und Bindung (Nähe zu suchen) wiederum bedrohlich für das Verlangen, sich zu verteidigen.

Diesem Ansatz folgend, wäre ein dissoziativer Anfall ein *Verhalten*, das ein

dissoziativer emotionaler Anteil (EP) zu einem bestimmten Zweck in einer vormals traumatischen Situation hervorgebracht hat (z. B. um Missbrauch nicht wahrnehmen zu müssen oder um auf die eigene Not aufmerksam zu machen) und es seitdem in einer unflexiblen, fixierten Art immer wieder tut. Eine verhaltenstherapeutische Behandlung mit dem Ziel, die Alltagsperson (ANP) in die Lage zu versetzen, Anfälle mit Hilfe von Skills zu unterbrechen, zu unterbinden und zu begrenzen, greift in diesem Verständnis zu kurz und hilft diesen Patient*innen nicht substantiell. Im Gegenteil könnten eine Phobie der ANP vor dem Verhalten des EP und damit einhergehende eigene Ignoranz und Vermeidung durch einen solchen Ansatz sogar noch verstärkt werden. Verzweiflung und Frustration aufseiten der EP könnte ebenfalls zunehmen, was diese Anteile, so sie Sprache gebrauchen können, manchmal in Einzeltherapien auch wörtlich berichten („Die ANP ignoriert mich und die in der Klinik wollen auch nichts von mir wissen“). Eine Trennung von Therapien in „Symptomtherapie“ initial und z. B. „Traumatherapie“ nachfolgend erscheint uns daher auch nicht sinnvoll. Vielmehr wäre es ratsam, die Begegnung, Beziehung, Toleranz, Zusammenarbeit, Akzeptanz, Anerkennung, Realisation und Reintegration der beiden Anteile von Beginn an zu fördern und in der Behandlung zentral zu stellen, wie dies in der enaktiven Traumatherapie (Nijenhuis, 2004; 2019) geschieht. Die Anzahl der Anfälle wird sich in dem Maße reduzieren, in dem der EP sie als weniger zielführend zur Erfüllung seines Verlangens ansehen und, gemeinsam mit dem ANP, andere alternative Verhaltensweisen als nützlicher im Sinne des eigenen Verlangens ansehen kann.

Dabei sind wir ambulante Behandler*innen selbstverständlich auf eine genaue, differenzierte und verlässliche Diagnostik von spezialisierten Zentren, wie dem der Autor*innen, vor einer Behandlung angewiesen. Vorausgesetzt,

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 15. Januar 2024 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

Als Leser*innen beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender*innen und nicht die der Redaktion wiedergeben.

die Patient*innen befinden sich zum Zeitpunkt der Therapie nicht mehr in einem missbrauchenden und misshandelnden sozialen Umfeld, ließe sich der enaktive Behandlungsansatz gut mit der Idee der Umfeld-Schulung kombinieren. Wobei dies nicht zwingend immer am Beginn einer Therapie schon geklärt werden kann. Wünschenswert wäre selbstverständlich eine (konzeptuell einheitliche) Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung. Wir hoffen sehr, dass der skizzierte Ansatz der STP und das damit verbundene Grundverständnis, was Dissoziation ihrem Wesen nach ist, und enaktive Behandlungsmöglichkeiten viel stärker als bisher Berücksichtigung in der Behandlung dissoziativer Patient*innen finden werden.

Dipl.-Psych. Gernot Lauber,
Dipl.-Psych. Evi Meyer &
Dipl.-Soz.päd. Tanja Selbach
Leverkusen/Brühl/Köln

Literatur

van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst*. Paderborn: Junfermann.

Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform Dissociation: Phenomena, Measurement, and theoretical issues*. New York: W. W. Norton & Company.

Nijenhuis, E. R. S. (2019) Die Trauma-Trinität: Ignoranz – Fragilität – Kontrolle (Vol. I, II und III). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kurzfristige Funktionalität im Fokus

Zu T. M. Redecker, I. Miller, M. Schrecke & B. Müffelmann: Dissoziative Anfälle, *Psychotherapeutenjournal* 2/2023, S. 130–137.

Wir haben Ihren Artikel „Dissoziative Anfälle“ mit Interesse gelesen, da wir die Hoffnung hatten, dass in diesem eine fundierte Behandlung geschildert werden würde. Leider wurden wir bereits in der Zusammenfassung enttäuscht.

Sie unterscheiden in Ihrem Artikel zwischen dissoziativen Anfällen einerseits und komorbiden Diagnosen, wie beispielsweise einer Traumafolgestörung, andererseits. Indem Sie eine separate Behandlung dissoziativer Krampfanfälle und eine anschließende Traumabehandlung propagieren, folgen Sie diesem Konzept. Es gibt lediglich einen knappen Verweis darauf, dass komorbide psychische Störungen leitliniengerecht behandelt werden sollten.

Wir arbeiten seit 2010 bzw. 2016 mit Menschen, die von dissoziativen Störungen betroffen sind. In all der Zeit ist uns niemals ein Fall begegnet, in dem ein dissoziativer Krampfanfall eine allein stehende Diagnose darstellte. Alle Patient*innen hatten eine Traumafolgestörung, mindestens eine komplexe PTBS, sehr viele eine partielle oder volle dissoziative Identitätsstörung. Wenn wir uns bei traumatherapeutisch arbeitenden Kolleg*innen umhören, wird uns das ausnahmslos bestätigt. Es handelt sich unserer klinischen Erfahrung nach nicht um eine komorbide Diagnose, die Anfälle sind vielmehr Ausdruck der zugrundeliegenden Traumafolgestörung. Das heißt auch, dass Behandlung der dissoziativen Krampfanfälle untrennbar mit der Therapie der Traumatisierung verbunden ist. In Ihrem Artikel erwecken Sie den Eindruck, als wäre die Behandlung der Traumafolgestörung der Behandlung der Krampfanfälle nachgeschaltet.

Sollten Sie eine fachgerechte sowie standardmäßige Überprüfung von schweren Traumafolgestörungen, wie (partiellen) dissoziativen Identitätsstörung ((p) DIS), durchführen, würde es uns sehr erstaunen, wenn sich unter Ihren Patient*innen nicht eine Vielzahl von Menschen mit zuvor unentdeckten komplexen dissoziativen Störungen im Sinne einer DIS finden. In Ihrem Artikel wird die (partielle) dissoziative Identitätsstörung noch nicht einmal als Differentialdiagnose erwähnt. Unserer klinischen Erfahrung nach sind dissoziative Krampfanfälle eine Art „red flag“ für das Vorliegen einer schweren dissoziativen Störung wie einer (p) DIS. Dies zeigt sich auch aus den Arbeiten von beispielsweise E. Nijenhuis, welcher den *Somatoform Dissociation Questionnaire* [SDQ-20] aufgrund des empirischen Befundes entwickelt hat, dass somatoforme dissoziative Symptome ein guter Prädiktor für das Vorhandensein psychoformer dissoziativer Symptome im Rahmen von DIS darstellen. Es sollte unbedingt eine weitere gründliche Diagnostik erfolgen! Dies zu unterlassen, geht zulasten der Betroffenen, denen eine adäquate Behandlung hierdurch versagt bleibt. Wie Sie richtig feststellen, kann eine fehlerhafte Diagnose zu diversen Komplikationen führen, nämlich vor allem jahrelange erfolglose Behandlung, schwindende Hoffnung und Suizidalität der Betroffenen.

Wenn man den fachlich gut abgesicherten Theorien von Jaak Panksepp oder Stephen Porges folgt, lässt sich die Symptomatik dissoziativer Krampfanfälle am besten als eine nachrangig geschaltete Funktion des Verteidigungssystems bei nicht-menschlichen wie menschlichen Tieren verstehen. Diese kommt dann zum Einsatz, wenn die allseits bekannten Verteidigungsstrategien wie Flucht oder Kampf nicht zur Anwendung kommen können oder bereits ausgeschöpft wurden. Allen Leser*innen sollte bei der Lektüre Ihrer Fallbeispiele aufgefallen sein, dass in diesen Angst und Entsetzen vorherrschen. Um es simpel auszudrücken: Die Patient*innen befinden sich schlichtweg in einem Flashback eines traumatisch verarbeiteten Ereignisses, in dem erstmals gekrampft wurde.

Wie Sie richtig anmerken, können Anfälle als komplexe Interaktion zwischen Personen verstanden werden, sie haben kommunikative Bedeutung – auch für die therapeutische Situation. Interessanterweise folgen Sie hier allerdings lerntheoretischen Überlegungen, welche sich nach beispielsweise Grawe oder Sachse nicht auf Interaktionsmotive anwenden lassen! Wenn Patient*innen dissoziative Krampfanfälle haben, ist nach unserer klinischen Erfahrung davon auszugehen, dass ein dissoziativer Persönlichkeitsanteil aktiv ist, der in der Traumazeit gefangen ist und ein bestimmtes Verhalten hervorbringt und damit kommuniziert. Nur wenn Behandler*in und Alltagsselbst der Patient*in diese Kommunikation erfassen und die Not des verletzten Selbstanteils sehen, kann eine Synthese gelingen. Das führt dann auch nicht nur zu einer kurzfristigen Symptomreduktion (Verhaltenstherapie wird ja leider oft nur mit kurzen Katamnesezeiträumen nachevaluiert), sondern zu einer dauerhaften Integration des dissoziierten Handlungssystems.

Werden Betroffene mittels Skills schnellstmöglich aus diesem Zustand „herausgeholt“, wird eine wichtige Gelegenheit zur Bearbeitung der Traumatisierung vergeudet und zudem bei den Betroffenen der Eindruck erweckt, es ginge in der Behandlung ausschließlich darum, „wieder zu funktionieren“ und die Überforderung der Behandler*innen zu reduzieren. „Die wollten meinen Schmerz und meine Angst auch nicht sehen.“ und „Damit konnten die nicht umgehen.“ oder „Da durfte ich auch nicht so sein, wie ich bin.“ sind exemplarische Rückmeldungen, die uns regelmäßig von Betroffenen gegeben werden, wenn sie von dem Einsatz von Skills ohne Beachtung der dahinterliegenden Problematik in Vorbehandlungen berichten. Diese Art von Behandlungen vermittelt den Betroffenen, dass es möglich sein müsste, damit die Anfälle zu reduzieren, und man dies mit einem einfachen Programm leicht bewerkstelligen könnte. Das kann zu einer tiefen Demoralisierung führen. Sie haben den Eindruck, dass noch nicht mal die Expert*innen ihnen helfen

können („Bei anderen scheint das alles zu funktionieren. Ich kriege nichts auf die Reihe. Ich bin nicht normal. Mir kann niemand helfen.“).

Unter der Prämisse, dass Krampfanfälle letztlich Ausdrucksformen eines dissoziativen Persönlichkeitsanteils sind, ist auch zu erklären, dass Zuwendung zunächst die sog. Anfallsneigung verstärkt. Der betroffene Persönlichkeitsanteil macht in der Regel zum ersten Mal die Erfahrung, auf eine positive Art und Weise gesehen zu werden. Dass Anteile dann nicht unmittelbar damit aufhören, sich zu zeigen, sondern evtl. sogar verstärkt damit beginnen, auf sich aufmerksam zu machen, ist sicher nachvollziehbar.

Zuletzt überrascht es uns, dass Sie Suggestibilität und Fantasieneigung als Vulnerabilitätsfaktoren benennen. Dies ist bereits vor einigen Jahren widerlegt worden, und zwar unter anderem durch ebendie die Studie, die Sie als Beweis dafür anführen, „dass Fantasieneigung eine Rolle spielen könnte“ (Reinders, 2012). Damit wird den, für Betroffenen sehr schmerzlichen, Vorurteilen Raum gegeben, die zu einer Herabwürdigung von Betroffenen führen und aktiv Hilfe verhindern.

Sie sollten sich bewusst machen, dass Ihr Artikel landesweit gelesen wird und von traumatherapeutisch unerfahrenen und im Umgang mit Dissoziation nicht geschulten Kolleg*innen als Expertenmeinung betrachtet wird. Damit geht eine gewisse Verantwortung einher, der Sie unserer Meinung nach nicht gerecht geworden sind.

Dipl.-Psych. Jenny Ebert &
Finnja Janknecht M. Sc.
Bonn/Gelsenkirchen

Replik I

Antwort der Autor*innen auf den vorangehenden Leserbrief zu ihrem Artikel im Psychotherapeutenjournal 2/2023.

Sehr geehrte Verfasser*innen des Leserbriefs,

wir bedanken uns herzlich für ihre kritischen und zugleich wertvollen Anmerkungen bezüglich unseres Artikels. Ihre fachlichen Ausführungen fanden wir bereichernd und möchten nachfolgend auf einige Punkten Bezug nehmen.

Wir betonen an dieser Stelle erneut, wie wichtig es ist, Diagnostik und Behandlung von psychogenen nicht-epileptischen Anfälle (PNEA) eng zu verzahnen. Ein Ziel unseres Artikels war es, die ersten möglichen Schritte einer PNEA-Behandlung inkl. (Differential-) Diagnostik im Kontext der psychosomatischen Epileptologie darzustellen. Unsere Erfahrung zeigt, dass insbesondere eine klare Diagnosesicherheit für den weiteren Therapieverlauf äußerst wichtig ist. Erst danach kann eine individuelle Therapieplanung mit einzelfallbezogenen Entscheidungen, wie mit verschiedenen Störungs-/Symptomkonstellationen umgegangen wird, folgen. Dazu suchen wir stets einen engen Austausch mit unseren ambulanten Kollegen/innen. Natürlich sind dabei auch die Konzepte von Nijenhuis zu berücksichtigen und je nach Bedürfnislage der Betroffenen äußerst hilfreich.

Ihrer Prämisse, dass „alle Patient*innen (Anm.: mit dissoziativen Anfällen) eine Traumafolgestörung, mindestens eine komplexe PTBS, sehr viele eine partielle oder volle dissoziative Identitätsstörung hatten“, können wir nicht folgen. Hier wirken vermutlich Selektionseffekte, die dafür sorgen werden, dass Sie als ausgewiesene Traumatherapeut*innen auf eine deutlich andere Gruppe an Patient*innen treffen werden, als wir es tun (siehe dazu u. a. Volbers et al., 2022). In unserer klinischen Arbeit begegnen wir Patient*innen mit PNEA ohne komorbide Traumafolgestörung, was in Einklang zu den Veränderungen der

ICD-11 steht. Wir konnten diese Beobachtung auch durch eine zurückliegende Studie unserer Klinik belegen (Labudda et al., 2018). Unter Berücksichtigung ausführlicher und strukturierter Diagnostik berichteten dabei lediglich 48 von 67 (72,6%) der behandelten Patient*innen mit PNEA mind. ein traumatisches Ereignis, wobei eine PTBS nur bei ca. 1/3 der Patient*innen festgestellt werden konnte. Durch eine ausführliche multiprofessionelle Diagnostik (psychiatrisch, psychotherapeutisch) sichern wir die Validität der Diagnosen ab. Natürlich werden dabei auch dissoziative Identitätsstörungen berücksichtigt, weshalb wir diese bewusst in unserem Artikel nach der ICD-11 benannt haben.

Schließlich möchten wir die Bedeutung der Anfallsbegleitung hervorheben. Wie wir betonen, müssen PNEA nicht unter allen Umständen unterbrochen werden. In unserem stationären Alltag haben PNEA ihren Raum. Sie dürfen sein und wir „sehen“ auch die Betroffenen mit ihren Bedürfnissen während eines Anfalls. Unsere Erfahrung zeigt dennoch, dass durch ein Skillstraining die Selbstwirksamkeitserwartung der Patient*innen gesteigert werden kann. Ein weniger „den PNEA ausgeliefert sein“ wird häufig als sehr entlastend von unseren Patient*innen berichtet.

Wir freuen uns, dass Sie so engagiert Stellung bezogen haben. Das unterstreicht die Bedeutung des Themas. Wir hoffen, mit unserem Artikel zu einem anregenden fachlichen Austausch beigetragen und das Thema der dissoziativen Anfälle in Erinnerung gerufen zu haben.

Dr. Tobias Redecker, Inga Miller M. Sc.,
Dipl.-Psych. Mario Schrecke &
Dr. med. Birgitt Müffelmann
Bielefeld

Literatur

Labudda, K., Frauenheim, M., Illies, D., Miller, I., Schrecke, M., Vietmeier, N. et al. (2018). Psychiatric disorders and trauma history in patients with pure PNES and patients with PNES and coexisting epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 88, 41–48.

Volbers, B., Walther, K., Kurzbuch, K., Erdmann, L., Gollwitzer, S., Lang, J. et al. (2022). Psychogenic nonepileptic seizures: clinical characteristics and outcome. *Brain and behavior*, 12 (5), e2567.

Replik II

Antwort der Autor*innen auf die im Psychotherapeutenjournal 3/2023 auf S. 285 f. abgedruckten Leserbriefe zu H. Krampe & A. van Randenborgh: Hochsensitivität – ein Temperamentsmerkmal bereichert Psychotherapie, Psychotherapeutenjournal 2/2023, S. 138–146.

Wir freuen uns sehr über die Vielzahl an positiven und teils auch begeisterten Zuschriften, die wir als Reaktion auf unseren Artikel im PTJ erhalten haben. Viele klinisch tätige Kolleginnen und Kollegen konnten sowohl Patientinnen und Patienten als auch sich selbst im Artikel wiederfinden.

Wir möchten daher im Folgenden neben den drei im PTJ erschienenen Zuschriften auch kurz auf die vielen anderen eingehen, die wir erhalten haben.

Alle Zuschriften bestätigen uns darin, wie wichtig es ist, dem Phänomen „Hochsensitivität“ ressourcenorientiert und sachlich zu begegnen. Es ist ein zentrales Ziel unseres Beitrags, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass hochsensitive Patientinnen und Patienten häufig den Weg in die psychotherapeutische Praxis finden.

Wir danken dem Kollegen Dr. Stefan Schmidt sehr für seine wertvolle Mitteilung, dass er in den vergangenen Jahren oft die Erfahrung machen musste, dass das Thema Hochsensitivität (HS) in Therapieanträgen zu „Irritationen bei den Gutachtern“ oder „überdurchschnittlich häufig zur Ablehnung der Anträge selbst“ führte. Gleichzeitig möchten wir die Beobachtung der Kollegen Dr. Schmidt und Dipl.-Psych. Lucas betonen, dass sie in den eigenen Praxen regelmäßig und zahlreich auf hochsensitive Patientinnen und Patienten treffen („Tummelplatz für hochsensitive Patienten“, „geföhlt deutlich überrepräsentiert“). Elaine N. Aron selbst geht davon aus, dass hochsensitive Personen (HSP) bis zu 50 % der Klient*innen in einer psychologischen Beratungspraxis ausmachen, obschon das Merkmal selbst nur bei maximal 20 % der Be-

völkerung vorhanden ist (Aron, 2011). Bis heute existiert aber keine einzige klinische Studie, die Auskunft darüber geben kann, wie viele HSP wirklich den Weg in eine psychotherapeutische Sprechstunde finden. Für HSP dürfte die Wahrscheinlichkeit hierzulande hoch sein, auf ein Beratungs- und Therapieangebot zu treffen, das Hochsensitivität entweder nicht kennt oder stark durch eine verzerrte und eher negative Sicht auf dieses Phänomen beeinflusst ist und den Betroffenen daher nicht gerecht wird.

Viele HSP leiden oftmals ihr gesamtes Leben lang unter dem tiefgreifenden Gefühl „anders zu sein“ (z. B. Bas et al., 2021; Roxburgh, 2022) und haben, wie Kollege Lucas treffend formuliert, „eine häufig verzweifelte Sehnsucht nach Authentizität“.

Besonderes Augenmerk legt Lucas in diesem Zusammenhang auf die „Klient-Therapeut-Beziehung“. Er weist auf einen gerade für wahrnehmungssensitive Menschen wie HSP besonders wichtigen und sehr hilfreichen Aspekt hin, der es dem Patienten erleichtert, das eigene Anderssein zuzulassen, es positiv zu bewerten und es als Bereicherung zu erleben. Indem die Therapeutin bzw. der Therapeut sich – ganz im Sinne Rogers – möglichst authentisch als Mensch im Prozess zeigt. HSP spüren (!), wenn die Therapeutin bzw. der Therapeut nicht authentisch ist. Hier könnte es auch ein Vorteil für die therapeutische Beziehung sein, wenn die Behandelnden selbst hochsensitiv sind und gewissermaßen eine „Begegnung von gleich zu gleich“ stattfindet. Als HSP zu erleben, dass mein Gegenüber ähnliche Erfahrungen im Leben aufgrund der eigenen Veranlagung macht und zu sehen, wie er oder sie selbst damit umgeht, dürfte bei hochsensitiven Menschen die Offenheit und das Vertrauen in den therapeutischen Prozess und die eigene Wesensart signifikant erhöhen. Allerdings existieren auch hier keine wissenschaftlichen Untersuchungen.

Frau Dipl.-Psych. Saalfrank kritisiert das Fehlen der Diagnose „Autismus-Spektrum-Störung (ASS)“. Diese Kritik

ist berechtigt. Wir haben diese Diagnose trotz ihrer Häufigkeit nicht unter Differentialdiagnosen erfasst, da es im Gegensatz zu den anderen Diagnosen keine einzige Studie gab, die sich explizit mit HS und ASS vergleichend auseinandersetzte. Es existiert lediglich eine ältere Studie von Liss et al. (2008), die in Teilbereichen Parallelen zwischen HS und ASS fand. Allerdings wird auch in dieser Untersuchung kein umfassender Vergleich von HS und ASS vorgenommen.

Wir möchten daher an dieser Stelle die Kritik zum Anlass nehmen, kurz zwei Gesichtspunkte aufzuzeigen, die helfen können, eine HS und eine ASS zu differenzieren. Da die Symptomatik von ASS-Betroffenen durch Lernerfolge und Anpassung im Erwachsenenalter oft geringer ausfällt, kann es in Einzelfällen nicht einfach sein, zu einer diagnostischen Entscheidung zu kommen. Zudem verfügen auch ASS-Betroffene – wie immer mehr inklusive Forschungsarbeiten aus der Betroffenenperspektive selbst zeigen – über verschiedene Stärken, wie z. B. eine hohe Beobachtungsgabe, ein gutes Gedächtnis oder Kreativität, und zeichnen sich durch gesellschaftlich geschätzte Werte wie Loyalität, Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit aus (Preißmann, 2023).

Und doch findet man in der Regel auch bei einer „subtilen ASS“ klinische Auffälligkeiten, die sich besonders im Alltag auf vielfältige Weise bemerkbar machen (s. a. Remschmidt & Kamp-Becker, 2006) und auch im therapeutischen Setting manifest werden (s. a. Preißmann, 2023):

1. ASS-Betroffene haben oft erkennbar Schwierigkeiten, nonverbale soziale und emotionale Hinweisreize im sozialen Kontakt zu erkennen und zu verstehen. Sie können die Gedanken, Geföhle und Absichten anderer Menschen oft nur ungenügend einschätzen und bemerken nicht, wie sie selbst auf andere wirken. Dies begründet ein hohes Ausmaß an Angst und Unsicherheit in zwischenmenschlichen Kontakten, besonders in den Situationen, wo ein hohes

Maß an sozialem Miteinander gefordert ist, und führt daher oft zu sozialem Rückzug (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006; Tebartz von Elst, 2020). HSP haben in der Tat manchmal Schwierigkeiten, ihre eigenen Emotionen adäquat zum Ausdruck zu bringen und sie müssen lernen, ihre starken Emotionen zu regulieren (Brindle et al., 2015). Sie wissen aber außerordentlich gut Bescheid über ihre eigenen Gefühle und die anderer Menschen in ihrer Umgebung.

2. Die im Vergleich zu hochsensitiven Menschen oft geringeren sozialen und kommunikativen Kompetenzen von Menschen mit Autismus können eine Therapie gelegentlich zur Herausforderung machen. Das Erleben von Rückschritten und Stagnation im therapeutischen Prozess oder auch ein hohes Maß an erforderlichen Hilfestellungen bei organisatorischen

Aufgaben und lebenspraktischen Anforderungen, sprechen stark gegen eine hochsensitive Veranlagung der Patientin bzw. des Patienten.

Aus eigener Erfahrung können wir sagen, dass bei HSP oft genau das Gegenteil der Fall ist. Therapieerfolge stellen sich – nicht selten ohne große Anstrengungen auf therapeutischer Seite – rasch ein, selbst dann, wenn die eigene Veranlagung weder Patient(in) noch Therapeut(in) bekannt ist.

Dr. Harald Krampe &
Prof. Dr. Annette van Randenborgh
Münster

Literatur

- Aron, E.N. (2011). *Psychotherapy and the highly sensitive person: Improving outcomes for that minority of people who are the majority of clients*. London: Routledge.
- Bas, S., Kaandorp, M., de Kleijn, Z.P., Braaksma, W.J., Bakx, A.W. & Greven, C.U. (2021). Experiences of adults high in the personality trait sensory processing sensitivity: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (21), 4912.
- Brindle, K., Moulding, R., Bakker, K. & Nedeljkovic, M. (2015). Is the relationship between sensory-processing sensitivity and negative affect mediated by emotional regulation? *Australian Journal of Psychology*, 67 (4), 214–221.
- Liss, M., Mailloux, J. & Erchull, M.J. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and individual differences*, 45 (3), 255–259.
- Preißmann, C. (2023). *Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom. Konzepte für eine erfolgreiche Behandlung aus Betroffenen- und Therapeutesicht* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2006). *Asperger-Syndrom*. Heidelberg: Springer.
- Roxburgh, E.C. (2022). 'It's like feeling and experiencing everything in HD': An interpretative phenomenological analysis of sensory processing sensitivity. *The Humanistic Psychologist*. Verfügbar unter: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hum0000297> (20.10.2023).
- Tebartz van Elst, L. (2020). *Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter* (3., aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.