

DSM-5 entwickelt neue Konzepte

Autismus-Spektrum-Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind sie bereits seit ein bis zwei Dekaden als zentraler thematischer Schwerpunkt fest etabliert: Autismus und die sogenannten Autismus-Spektrum-Störungen. Ihre Bedeutung für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie werden erst in den letzten Jahren langsam erkannt. In diesem Beitrag geben wir zunächst einen kurzen Überblick über das Themenfeld Autismus und gehen dann auf jüngste konzeptuelle und systematische Entwicklungen im Kontext des DSM-5 ein.

Die Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind mit einer gut dokumentierten Prävalenz von über 1 % wahrscheinlich sogar etwas häufiger als die schizophreniformen Störungen. Die Erfahrung aus der eigenen Praxis zeigt, dass bei Unkenntnis des Konzepts das klinische Bild vor allem bei Betroffenen mit normalen oder überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten oft schlicht übersehen oder falsch eingeordnet wird. Häufige Fehldiagnosen sind

– meist als „atypisch“ gekennzeichnete – Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenien. Bei Männern findet sich besonders häufig die „kombinierte“ oder „narzisstische“ Persönlichkeitsstörung und bei Frauen die Borderline-Persönlichkeitsstörung unter den meist zahlreichen Vordiagnosen von Menschen mit ASS. Eine korrekte Diagnosestellung hat fast immer weitreichende und meist positive Implikationen, weil

sie ein adäquates Verständnis der autistischen Eigenschaften und der sich daraus entwickelnden psychiatrischen Symptomatik sowie einen angemessenen und verständnisvollen Umgang damit erlaubt. Dies fördert die Akzeptanz des Behandlers und die Selbstakzeptanz des Patienten und ist die Basis für ein an den Autismus angepasstes Therapiekonzept.

Das Thema Autismus erhält in der medialen Öffentlichkeit der letzten Dekaden eine ganz außergewöhnliche Auf-



Das Bild eines Autisten in der Öffentlichkeit ist stark von der Rolle des Raymond (Dustin Hoffman), hier mit Filmbruder Charlie (Tom Cruise), geprägt, der in dem Film „Rain Man“ einen an Savant-Syndrom leidenden Autisten spielt.

merksamkeit. Dies ist insbesondere dem Medium Film geschuldet, wo Beiträge wie „Adam“, „Ben-X“ oder „Mozart and the Whale“ das Verständnis auch hochfunktionaler Varianten autistischer Störungen einer breiten Öffentlichkeit nahe brachte. Vormalig hatte der cineastische Kassenschlager „Rain Man“ wahrscheinlich eher dazu geführt, dass in vielen Fällen autistische Diagnosen übersehen wurden. Grund war, dass durch ihn das Autismuskonzept in den Köpfen vieler Menschen auf sehr schwer betroffene Menschen, die auf den ersten Blick klar als psychisch krank erkannt werden können, eingeengt wurde. Dies gilt insbesondere für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, wo ein spezifisches diagnostisches und therapeutisches Angebot für Menschen mit hochfunktionalen ASS in Deutschland nach wie vor kaum entwickelt ist. Zahlreiche Betroffene werden unter Diagnosen wie (meist atypischer) Depression, Angsterkrankung, sozialer Phobie, Zwangsstörung, Schizophrenie oder aber unter Persönlichkeitsstörungsdiagnosen wie narzisstische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung (PS, vor allem bei Männern) oder Borderline-PS (vor allem bei Frauen) therapiert. Dabei wird die Bedeutung einer ASS als Basisstörung für die meist sekundären psychischen Probleme verkannt und nicht in therapeutische Überlegungen mit einbezogen [1]. Somit liegt aktuell eine eigentümliche Doppelung vor: Während ASS einerseits als „Modediagnosen“ gekennzeichnet, ja, sogar angefeindet werden [2], zeigt sich in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie ein fast vollständiges Fehlen eines angemessenen Hilfesystems für die Betroffenen bei gleichzeitig hohem psychosozialen Leidensdruck [3]. Nachfolgend soll das Thema hochfunktionaler Autismus einleitend kurz dargestellt und die neueren konzeptuellen Entwicklungen im DSM-V erklärt und diskutiert werden.

Aktuelle Autismusdiagnostik und -therapie in Deutschland

Die medizinische Versorgung für erwachsene Menschen mit Autismus in Deutschland ist schlecht. Bei einer kulturunabhängigen Prävalenz von über 1 % [4] gibt es geschätzt über 600.000 er-

wachsene Patienten, für die es ein nur sehr spärlich ausgebildetes diagnostisches und noch spärlicheres therapeutisches Angebot gibt. Nur an wenigen Zentren wird spezifische Kompetenz vorgehalten. Meist werden betroffene Patienten unter den genannten inadäquaten Diagnosen suboptimal behandelt.

Klinik des Autismus

Das autistische Kernsyndrom in seiner aktuellen Definition nach ICD-10 und DSM-IV kann durch die drei Symptombereiche charakterisiert werden:

- qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion,
- qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation und
- repetitive, stereotype und zwangsartige Verhaltensweisen sowie eingeengte Interessen [5].

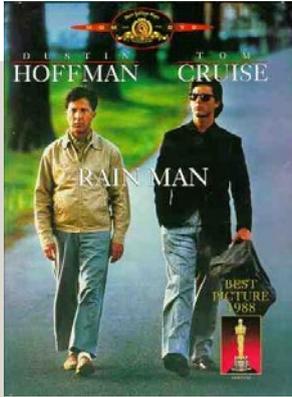
Eine etwas plastischere Beschreibung dessen, was mit diesen eher abstrakt anmutenden Begriffen inhaltlich gemeint ist, ist in **Tab. 1** zusammengefasst, wobei nach ICD-10 beziehungsweise DSM-IV nur die drei erstgenannten Kriterien zum autistischen Kernsyndrom gehören.

Tab. 1: Klinische Charakteristika des autistischen Syndroms

Syndromales Kriterium	Klinische Konkretion des Gemeinten
Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion	Beeinträchtigte basale soziale Wahrnehmung: Gesichter erkennen, Emotionen erkennen, Prosodie erkennen, Sprecher im reizreichen Kontexten identifizieren (filtern) Beeinträchtigte soziale Kognition: Beeinträchtigte Fähigkeit mentale Zustände anderer zu erkennen (Mentalisierung, kognitive Empathie, Theory of Mind)
Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation	Expressive Kommunikationsprobleme: nonverbale Kommunikation durch Mimik, Gestik, Prosodie, Verhalten ist beeinträchtigt Schwierigkeiten in wechselseitigen Miteinander in kommunikativen Situationen, Organisation des Sprecherwechsels ist beeinträchtigt Schwierigkeiten beim Telefonieren Sprachliche Schwierigkeiten: Konkretismus, das heißt metaphorische Sprache wird primär wörtlich verarbeitet, Sprachpragmatik, das heißt kontexteingebundenes Sprachverständnis und -verhalten sind beeinträchtigt
Repetitive und stereotype Verhaltensweisen und eingeengte Interessen	Bedürftigkeit nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen: rigide Aufsteh-, Zu-Bett-geh- oder Ablaufroutinen in alltäglichen Dingen Variierende Tagesabläufe (vor allem im sozialen Bereich) werden detailliert geplant und vorbereitet Exzessives Interesse an speziellen Themen (Sonderinteressen) Systematische und enzyklopädische Sonderinteressen
Sensorische Besonderheiten	Sensorische Überempfindlichkeit: Anfälligkeit für Reizüberflutung vor allem im akustischen, aber auch im visuellen und olfaktorischen Erleben Detailorientiertheit vor allem der visuellen Wahrnehmung Empfindlichkeit vor allem für leichte und unerwartete Berührungen
Motorische Besonderheiten	Blickmotorik: fehlender spontaner Blickkontakt oder auffällige Blickdynamik bei bewusst antrainiertem Blickverhalten, oft Blick zwischen die Augen des Gegenübers Wenig expressive mimisch-gestische, prosodische und behaviorale Ausdrucksmotorik Motorische Koordination: Schwierigkeiten bei der Feinmotorik oder Gruppensportarten wie Fußball, Volleyball, Handball etc.
Die autistische Stressreaktion	Reizüberflutung, Erwartungsfrustration, Missverständnisse, Berührungen können hervorrufen: 1. Wutattacken mit überschießender Aggression 2. dissoziativen Rückzug, Mutismus, Spannungszuständen und Selbstverletzungen 3. motorische Stereotypen zur Anspannungsregulation: Schaukeln, Flattern, im Kreis laufen etc.

Eine detaillierte und ausführliche Liste anamnestisch klar zu eruiender Besonderheiten (11-Punkte-Liste) findet sich bei [20].

© MGM Warner Home Video
© Mary Evans / OLYMPUS PICTURES / INTERFOTO



Der Film „Rain Man“ von 1988 (vier Oscars) hat lange Zeit die Vorstellung von autistischen Störungen wesentlich geprägt und damit wahrscheinlich eine Identifikation von leichter betroffenen Formen erschwert. Das Verständnis und die Akzeptanz dieser Störung haben seitdem zugenommen, wie auch die Liste von Filmen mit Hauptdarstellern in der Rolle von Autisten seitdem stark gewachsen ist (z. B. Mozart und der Wal, Ben X, Snow Cake, My name is Khan, Im Weltraum gibt es keine Gefühle, Ihr Name ist Sabine, Extrem laut und unglaublich nah sowie der Film „Adam“ aus dem Jahr 2009).

Autismus als Basisstörung für Psychiatrie und Psychotherapie

Vor allem Menschen mit hochfunktionalem Autismus mit normaler bis überdurchschnittlicher Intelligenz und guten Kompensationsfähigkeiten, die in unterstützenden und von Akzeptanz geprägten psychosozialen Rahmenbedingungen aufwachsen, können gelegentlich in frühen Jahren und während der Schulzeit durch ihre autistischen Eigenschaften nur wenig beeinträchtigt sein. Gerade die Schule, mit ihren sehr geregelten Tagesabläufen und dem Fokus auf wissensorientiertem Lernen, kommt nicht selten den Stärken dieser Menschen durchaus entgegen. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass die pädagogische Neuorientierung der letzten Dekaden mit einem stärkeren Fokus auf Gruppenarbeit und sozialer Interaktion dieser Entwicklung entgegenwirkt. Spätestens nach Verlassen der Schule und des Elternhauses steigt dann aber an den Hochschulen oder in der Arbeitswelt die Anforderung an soziale Kompetenz, Kommunikation und Organisationsfähigkeit deutlich an. Dies führt bei Menschen mit ASS nicht selten zu chronischen und wiederholten Erfahrungen des Scheiterns, zu heftigen Erschöpfungszuständen und damit verbunden zu sekundären psychischen Störungen (Angst, Depression, psychotische Dekompensationen, Zunahme einer zwangsartigen Symptomatik). Die redu-

zierten sprachpragmatischen Fähigkeiten autistischer Menschen führen ferner häufig zu gravierenden Missverständnissen in der Kommunikation mit nicht-autistischen Menschen.

Die typischen autistischen sensorischen Empfindlichkeiten und Stressreaktionen (Tab. 2) verschärfen die chronischen interpersonellen Probleme am Arbeitsplatz und in den Familien weiter, sodass es oft zu dramatischen – oft depressiven, gelegentlich auch psychotischen – Dekompensationen kommt. Diese sind für Menschen mit ASS der häufigste Grund für das Aufsuchen des Psychiaters oder Psychotherapeuten im jungen Erwachsenenalter. In dieser geradezu klassischen Konstellation ist es von höchster Bedeutung, die ASS als Basisstörung für die sekundär sich daraus entwickelnden psychischen Störungen rasch zu erkennen, um ein adäquates Symptomverständnis und ein angemessenes Therapiekonzept zu entwickeln [6, 7].

Entwicklungsstörungen und Autismus in DSM-IV und ICD-10

Das Asperger-Syndrom wurde erst 1992 in die ICD-10 und 1994 in das DSM-IV aufgenommen und wird von beiden Klassifikationssystemen unter der Kategorie der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen geführt [8]. Entwicklungsstörungen sind dabei nach ICD-10 durch folgende Kriterien definiert: 1. Der Be-

ginn einer charakteristischen Klinik ist klar in der ersten Dekade der Betroffenen identifizierbar, 2. es kommt zu einer Einschränkung oder Verzögerung der Entwicklung von Funktionen, die mit der biologischen Reifung des Gehirns verbunden sind und 3. im Hinblick auf diese charakteristische Symptomatik kann ein stetiger Verlauf beobachtet werden, das heißt, es kommt nicht zu den für viele andere psychische Störungen typischen Fluktuationen [9]. Die ICD-10 unterscheidet zwischen umschriebenen Entwicklungsstörungen wie zum Beispiel der Artikulationsstörung, der expressiven Sprachstörung oder der Lese-Rechtschreib-Störung und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu denen der frühkindliche (F84.0 entsprechend DSM-IV 299.00), atypische (F84.1 entsprechend DSM-IV 299.80) und Asperger-Autismus gehören (F84.5 entsprechend DSM-IV 299.80). Das Auftreten gravierender Symptome vor dem dritten Lebensjahr wie eine fehlende Sprachentwicklung unterscheidet den frühkindlichen Autismus vom Asperger-Syndrom. Der atypische Autismus (ICD-10 F 84.1 entsprechend „pervasive developmental disorder not otherwise specified“, DSM-IV 299. 80) ist dabei eine Restkategorie für Fälle mit unvollständiger Symptomausprägung.

Neue Entwicklungen im DSM-5

In dem seit Mai 2013 gültigen DSM-5 ergeben sich – teilweise in Weiterentwicklung und teilweise in Abkehr vom bisherigen Autismus-Verständnis – folgende Entwicklungen:

1. Das Konzept der neuronalen Entwicklungsstörungen wird konsequent weiterentwickelt und neu geordnet

Ganz im Sinne der oben beschriebenen Definition von Entwicklungsstörungen (im DSM-5: „neuronalen Entwicklungsstörungen“), die man auch „neuropsychiatrische Entwicklungsstörungen“ nennen könnte, werden im DSM-5 nun folgende Störungsbilder unter dieser Kategorie zusammengefasst: 1. Intelligenzminderung, 2. Kommunikationsstörungen inklusive Sprachstörungen und Störung der sozialen (pragmatischen) Kommunikation, 3. ASS, 4. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, 5.

spezifische Lernstörungen, 6. Störungen der Motorik inklusive Tic-Störungen und Tourette-Syndrom. Hier wird also der frühe Beginn eines klar identifizierbaren symptomatischen Musters in der ersten Dekade als gemeinsames Merkmal der genannten Störungsbilder konsequent zur Definition der Störungsgruppe herangezogen.

2. Das Konzept kategorialer autistischer Subtypen wird zugunsten eines Spektrum-Konzepts aufgegeben

Da sich die beiden autistischen Hauptkategorien „Frühkindlicher Autismus“ und „Asperger-Syndrom“ aufgrund von wissenschaftlichen Untersuchungen nicht valide voneinander trennen ließen [10], wurde im DSM-5 der seit langem erkennbare Trend aufgegriffen, diese kategoriale Unterscheidung zugunsten eines dimensional Ansatzes fallen zu lassen. Dieses Vorgehen wurde unterstützt durch die klinische Beobachtung fließender Übergänge zwischen den bisherigen Unterkategorien des Autismus, zwischen den verschiedenen neuronalen Entwicklungsstörungen, zwischen typischer und atypischer Entwicklung und schlussendlich auch zwischen (sogeannter) psychischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankung [11].

So konnte, was Kanner schon in den 1940er-Jahren beobachtet hatte, empirisch nachgewiesen werden, dass nicht erkrankte Verwandte autistischer Patienten ähnliche, aber weniger stark ausgeprägte autistische Persönlichkeitsmerkmale aufwiesen [12]. Dies ist wahrscheinlich einer gemeinsamen, komplexen genetischen Prägung für „autistische Persönlichkeitsmerkmale“ von Gesunden ebenso wie von Erkrankten geschuldet [13]. Zur Abgrenzung von nicht krankheitswertigen Zuständen dienen im DSM-5 die Kriterien C (Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein – aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten) – und D (Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren; **Tab. 2**).

3. Die autistische Kernsymptomatik der sozialen Interaktions- und Kom-

Tab. 2 : Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 (zitiert nach [1])

- A.** Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion in allen Kontexten, die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in allen folgenden Bereichen manifestieren:
 1. Defizite der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit
 2. Defizite im nonverbalen kommunikativen Verhalten in der sozialen Interaktion
 3. Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, entsprechend dem Entwicklungsstand (ausgenommen solcher zu Bezugspersonen)
- B.** Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessenmuster, oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens zwei der folgenden Bereiche manifestieren:
 1. Stereotype/s/r oder repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen oder Gebrauch von Objekten (z. B. einfache motorische Stereotypen, Echolalie, repetitiver Gebrauch von Objekten oder idiosynkratische Phrasen)
 2. Exzessives Festhalten an Routinen, ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens oder exzessiver Widerstand gegen Veränderung (z. B. behaviorale Rituale, Bestehen auf gleicher Wegstrecke, gleiches Essen, repetitive Fragen oder extremer Stress durch kleine Änderungen)
 3. Hochgradig eingegrenzte, fixierte Interessen, die unnormal in Hinblick auf Intensität oder Thema sind (z. B. starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingegrenzte oder perseverierende Interessen)
 4. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung (z. B. offensichtliche Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz/Hitze/Kälte, starke überempfindliche Reaktion auf spezifische Geräusche oder Texturen, exzessives Riechen oder Berühren von Objekten, Faszination von Lichtern oder sich bewegenden Objekten)
- C.** Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten)
- D.** Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren

munikationsstörungen wird in einem Kriterium („A-Kriterium“) zusammengefasst

Da sich die beiden Hauptkriterien der ICD-10, soziale Interaktion und Kommunikation, nicht valide voneinander trennen ließen, wurden beide zu einem Kriterium „fusioniert“. Dieses wird wie folgt definiert: „Andauernde Defizite der Kommunikation und sozialen Interaktion in mehreren Kontexten, die aktuell oder anamnestisch vorhanden sind und nicht durch eine generelle Entwicklungsverzögerung besser erklärt werden können“ (nach [1]).

4. Das Kriterium der begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten wird als „B-Kriterium“ aufgewertet und ausgeweitet

Unter dem neuen B-Kriterium werden nicht nur die klassischen repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen und Interessenmuster geführt, sondern auch sensorische Besonderheiten wie etwa eine Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung (**Tab. 2**), welche im alten Autismuskonzept gemäß DSM-IV noch unbe-

rücksichtigt blieben. Im Sinne einer Verschärfung der Diagnosekriterien werden nun allerdings mindestens zwei Symptome (und nicht nur ein einziges Symptom) aus diesem Bereich gefordert, um die Diagnose stellen zu können.

5. Eine Diversifizierung der Diagnose wird über Komorbiditäten möglich

Der Unterschiedlichkeit der individuellen Fälle im klinischen Alltag [1] kann nach DSM-5 dadurch besser Rechnung getragen werden, dass eine größere Breite von Zusatzdiagnosen zugelassen wird. Dies trifft insbesondere für eine ADHS-Diagnose zu, die nach DSM-IV und ICD-10 bei Autismus bislang ausgeschlossen war [14]. Insbesondere für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist dies sehr zu begrüßen, da der wechselseitige Ausschluss beider Diagnosen in der Vergangenheit bei Kindern mit Autismus und ADHD häufig zu Problemen führte.

6. Der Schweregrad wird operationalisiert

Dem Konzept eines dimensional Krankheitsmodells folgend wurde die

Tab. 3: Operationalisierung des Schweregrads der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 (zitiert nach [14])

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Restriktive, repetitive Verhaltensmuster
Stufe 1 „Benötigt Unterstützung“	Defizite der sozialen Kommunikation, die zu sichtbaren Beeinträchtigungen führen können, wenn keine Unterstützung vorhanden ist; Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen; einige Beispiele für atypische oder erfolglose Reaktionen auf soziale Angebote sind vorhanden; es wirkt als sei wenig Interesse an sozialen Interaktionen vorhanden	Mangel an Flexibilität im Verhalten verursacht relevante Einschränkungen in einem oder mehreren Bereichen des Alltags; es bestehen Schwierigkeiten zwischen unterschiedlichen Aktivitäten zu wechseln; Probleme, sich zu organisieren und zu planen, erschweren die Selbstständigkeit
Stufe 2 „Benötigt deutliche Unterstützung“	Deutliche Defizite der verbalen und nonverbalen kommunikativen Fertigkeiten; Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion bleiben offensichtlich, auch wenn Unterstützung vorhanden ist; begrenzte Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen und eingeschränkte oder ungewöhnliche Reaktionen auf soziale Angebote im Umfeld	Rituale und repetitive Verhaltensmuster, intensive Interessen sind deutlich zu beobachten und schränken das Funktionsniveau in einigen Bereichen des Alltags ein; deutlicher Leidensdruck wenn Rituale oder Routinen abgebrochen werden müssen; Schwierigkeiten, sich umzustellen
Stufe 3 „Benötigt Unterstützung in beträchtlichem Ausmaß“	Schwerwiegende Defizite der verbalen und nonverbalen kommunikativen Fertigkeiten verursachen beträchtliche Beeinträchtigungen im Funktionsniveau; minimale Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen und minimale Reaktion auf soziale Angebote im Umfeld	Hochgradige eingegrenzte, fixierte Interessen, Rituale und repetitive Verhaltensmuster, die das Funktionsniveau in allen Alltagsaktivitäten erheblich einschränkt; ausgeprägter Leidensdruck, wenn Rituale oder Routinen abgebrochen werden müssen; Umstellungsfähigkeit extrem reduziert

Tab. 4: Kriterien der „social communication disorder“ nach DSM-5 (zitiert nach [1])

A. Andauernde Schwierigkeiten im pragmatischen oder sozialen Gebrauch verbaler und nonverbaler Kommunikation in naturalistischen Kontexten, welche die Entwicklung sozialer Gegenseitigkeit und sozialer Beziehungen beeinträchtigen und welche nicht erklärt werden können durch beeinträchtigte Fähigkeiten in den Domänen der Wortstruktur und Grammatik oder allgemeinen beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten.
B. Persistierende Schwierigkeiten bei der Akquisition und beim Gebrauch gesprochener Sprache, schriftlicher Sprache und anderer Modalitäten von Sprache (z. B. Zeichensprache) in Hinblick auf erzählerische, darlegende und dialogorientierte Diskurse. Die Symptome können das Verständnis, die Produktion und das Bewusstsein (von Sprache) auf diskursiver Ebene einzeln oder in beliebiger Kombination betreffen und bestehen mit Wahrscheinlichkeit bis in die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter fort, wenngleich sich die Symptome, Domänen und Modalitäten mit dem Alter verschieben können.
C. Ausschluss von Autismus-Spektrum-Störungen. ASS beinhalten definitionsgemäß pragmatische Kommunikationsprobleme, aber auch eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten als Teil des autistischen Spektrums. Daher muss eine ASS ausgeschlossen werden, um eine soziale Kommunikationsstörung zu diagnostizieren. Eine soziale Kommunikationsstörung kann als primäre Beeinträchtigung oder koexistierend mit anderen Störungen (z. B. Sprachstörung, Lernbehinderung, Intelligenzminderung) außer einer ASS auftreten.
D. Die Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können sich erst klar manifestieren nachdem Sprech-, Sprach- oder Kommunikationsanforderungen die beeinträchtigte Kapazität überschreiten).
E. Die niedrige soziale Kommunikationsfähigkeit führt zu funktionellen Beeinträchtigungen der effektiven Kommunikation, sozialen Partizipation, akademischer Leistungen oder des beruflichen Erfolgs separat oder in beliebiger Kombination.

diagnostische Einordnung um eine Einteilung in Schweregrade erweitert (Tab. 3), was in den kategorialen Konzepten weitgehend fehlte [15].

7. Das Konzept einer von den ASS separierten sozialen Kommunikations-

störung (social communication disorder) wird eingeführt

Die Diagnose einer sozialen Kommunikationsstörung (social communication disorder) wurde als neue Kategorie eingeführt (Tab. 4). Sie ist weitgehend in Analogie zum A-, C- und D-Kriterium

der ASS konzipiert, wobei Symptome im Sinne des B-Kriteriums nicht gefordert werden und eine ASS ausgeschlossen sein soll. Diese Kategorie soll möglicherweise die Option eröffnen, auch Menschen mit subsyndromalen autistischen Zügen eine Diagnose zu eröffnen, sofern diese zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen.

Zusammenfassung und kritische Reflexion

Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags ist die Weiterentwicklung des Begriffs der neuronalen (oder neuropsychiatrischen) Entwicklungsstörungen auf den Bereich von ADHS, Lernstörungen und motorischen Störungen sinnvoll und plausibel. Nicht zuletzt deswegen, weil diese Störungen das Charakteristikum des frühen Beginns einer qualitativ auffälligen Entwicklung gemeinsam haben und es individuell zahlreiche Überlappungen und Grenzfälle gibt, die das Zusammenfassen dieser verschiedenen Störungen unter einer übergeordneten Kategorie nahelegen. Ferner ist zu begrüßen, dass auch Doppeldiagnosen von ASS und ADHS möglich geworden sind, da dies der klinischen Erfahrung entspricht und konsekutive Behandlungsversuche erleichtert. Auch die Vereinheitlichung der bislang kategorial gefassten autistischen Störungen zum dimensional gefassten Konzept eines „Autismus-Spek-

trums“ ist durchaus nachvollziehbar und sinnvoll, da aus klinischer Perspektive die bisherigen Subkategorien in der Tat absolut fließend ineinander übergehen, prognostisch weitgehend bedeutungslos sind und auch therapeutisch deutlich weniger Implikationen haben als zum Beispiel die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Betroffenen [16, 17]. Die von vielen Autoren für relevant erachtete Unterscheidung von (meist monogenetischen) sekundären Varianten von ASS, die etwa im Rahmen von Syndromen wie dem Fragilen-X-Syndrom auftreten können, von (wahrscheinlich komplex-polygenetisch vererbten) „primären“ ASS-Varianten [1, 7, 18, 19] fand keinen Eingang in das DSM-5. Auch die in der Literatur verbreitete (dimensionale) Unterscheidung von niederfunktionalen (ohne differenzierte Sprache und mit beeinträchtigter Intelligenz) und hochfunktionalen Formen wurde nicht aufgegriffen. Allerdings kann mithilfe der neu eingeführten Einteilung des Schweregrads das Funktionsniveau im oben gemeinten Sinne bedingt abgebildet werden.

Vor allem dann, wenn die soziale Kommunikationsstörung als Option zur Kodierung leichterer autistischer Varianten gedacht war, bleibt weitgehend unklar, warum gerade diese Spielart autistischer Auffälligkeiten aus dem „Spektrum“ als separate Kategorie ausgegliedert wurde. Denn es gibt klinisch keine erkennbare Evidenz dafür, dass der Übergang von den schwereren, dann syndromalen ASS, zur leichteren sozialen Kommunikationsstörung kategorial, also nicht fließend sein sollte. Vielmehr zeigen auch die subsyndromalen, leichteren Varianten des Autismus klassische Symptome im Sinne des B-Kriteriums mit Rigidität, Bedürftigkeit nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen, einer Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung und typischen autistischen Stressreaktionsweisen, nur eben in weniger starker Ausprägung. Die psychosozialen Beeinträchtigungen und sekundären psychiatrischen Symptome und Probleme haben auch dann oft in diesem Bereich ihre Wurzeln, wenn sie nicht ausgeprägt genug sind, um das B-Kriterium nach DSM-5 zu erfüllen. Somit ist es aus Sicht der Autoren wenig überzeugend,

leichtere Varianten einer ASS unter Ausschluss der Symptome im Sinne des B-Kriteriums definieren zu wollen.

Unabhängig von diesen Überlegungen bleibt abschließend darauf hinzuweisen, das momentan in Deutschland vor allem daran gearbeitet werden muss, dass gerade auch leichtere Varianten des Autismus überhaupt erkannt und in ihrer Bedeutung für sich daraus entwickelnde sekundäre psychiatrische Störungsbilder richtig eingeordnet werden [1, 7]. Denn dies ist Voraussetzung für ein adäquates, Akzeptanz-förderndes Krankheitsverständnis durch die Patienten und ihre Angehörigen und für eine angemessene Therapieplanung. Spezifische Therapieprogramme dafür wurden zum Beispiel vom Universitären Zentrum Autismus Spektrum in Freiburg sowohl für den Bereich der Kinder- und Jugend- als auch den der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie entwickelt (z. B. www.ffap.eu/).

Literatur

1. Tebartz van Elst (Hrsg.). Das Asperger-Syndrom und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2013
2. Rothhaas J. 2014, www.nido.de/artikel/das-neue-adhs/
3. Lehnhardt FG, Gawronski A, Pfeiffer K, Kockler H, Schilbach L, Voegeley K. The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults. *Dtsch Arch Ztebl Int.* 2013; 110 (45): 755 – 63
4. Center for Disease Control (CDC). Epidemiology, Autism Spectrum Disorder. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. 4-7-2013
5. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. *Autism.* *Lancet* 2009; 374: 1627 – 38
6. Biscaldi M, Rauh R, Tebartz van Elst L, Riedel A: Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 2012; 31: 498 – 507
7. Tebartz van Elst L et al. High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013; 263 (2): 189 – 96

8. Tebartz van Elst L. Asperger-Syndrom und Autismusbegriff: historische Entwicklung und moderne Nosologie. In [1]
9. Bishop & Rutter 2008: Chapter 3. Neurodevelopmental Disorders: Conceptual Issues in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition
10. Lord C et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 306 – 313
11. Rutter M. Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52 (6): 647 – 60
12. Constantino JN. The quantitative nature of autistic social impairment. *Pediatr Res.* 2011; 69 (5 Part 2): 55R – 62R
13. Robinson EB, et al. Evidence that autistic traits show the same etiology in the general population and at the quantitative extremes (5%, 2.5%, and 1%). *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (11):1113 – 21
14. Biscaldi M. Symptomatik und Klassifikation von Autismus-spektrum-Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In [1]
15. Rommelse NN et al. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011; 35 (6): 1363 – 96. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.02.015. Epub 2011 Mar 4. Review
16. Cederlund M et al. Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *J Autism Dev Disord* 2008; 38 (1): 72 – 85
17. Howlin P, et al. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45 (2): 212 – 29
18. Aitken KJ. A – Z of Genetic Factors in Autism. Jessica Kingsley Publishers. London 2010
19. Tebartz van Elst L. Autismus und ADHS. Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Kohlhammer Verlag. Stuttgart 2016
20. Riedel A. Klinische Diagnostik des Asperger-Syndroms. In [1]

AUTOREN

Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst¹
Dr. med. Dr. phil. Andreas Riedel²
Dr. med. Monica Biscaldi³

¹ Universitäres Zentrum Autismus Spektrum, Freiburg (UZAS-Freiburg)

² Sektion Experimentelle Neuropsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Freiburg

Dies ist eine aktualisierte Version eines Artikels der bereits in *In|Fo|Neurologie & Psychiatrie* 2014; 16 (4) veröffentlicht wurde.