

# 1 Asperger-Syndrom und Autismusbegriff: historische Entwicklung und moderne Nosologie

Ludger Tebartz van Elst, Monica Biscaldi und Andreas Riedel

Nach ICD-10 ist das *Asperger-Syndrom* charakterisiert durch qualitative Einschränkungen der sozialen Interaktion, Problemen in der zwischenmenschlichen Kommunikation bei gleichzeitig eingeschränktem Verhaltensrepertoire, dem Hang zu repetitiven stereotypen Verhaltensmustern und eingeschränkten stark fokussierten Interessensgebieten. Die Tatsache, dass diese stabilen Persönlichkeitseigenschaften bei gleichzeitig fehlender Sprachentwicklungsverzögerung „*Asperger-Syndrom*“ genannt werden, hebt die Beschreibung dieses klinischen Bildes durch Hans Asperger (1906–1980) hervor. Dieser benutzte allerdings den Begriff der „*autistischen Psychopathie*“. In früheren weitgehend ähnlichen Beschreibungen der russischen Ärztin Grunja E. Ssuharewa (1891–1981) wird der Name „*schizoide Psychopathie*“ gewählt, wodurch bei hoher Ähnlichkeit des inhaltlich Gemeinten wiederum ein neuer begrifflicher Schwerpunkt gesetzt wird. Im heutigen Sprachgebrauch hat der Psychopathiebegriff einen Bedeutungswandel erfahren und Asperger-Syndrom und Autismus werden in ICD-10 und DSM-IV als tief greifende Entwicklungsstörung verstanden. Ferner wird noch der Begriff des atypischen Autismus eingeführt. Diese Vielfalt an unterschiedlichen Begriffen für inhaltlich sehr ähnliche gemeinte Sachverhalte zeigt an, wie sehr das Denken über psychische Besonderheiten immer auch in die Konzepte, Theorien und Grundannahmen der Zeitgeschichte eingebunden sind. Sie machen aber auch klar, dass die Annahmen der Gegenwart auf einer Ideengeschichte und Theoriebildung der Vergangenheit aufbauen. Diese Geschichte der Ideen- und Begriffsbildung zum Asperger-Syndrom und Autismus soll Gegenstand dieses einleitenden Kapitels sein.

## 1.1 Historie der Begrifflichkeiten und Konzeptentwicklung

Als Hans Asperger 1944 in seiner Habilitationsschrift das später nach ihm benannte Asperger-Syndrom ausführlich beschrieb, benutzte er dafür den Begriff der „**autistischen Psychopathie**“. Grunja E. Ssuharewa beschrieb bereits 1926 ein recht ähnliches klinisches Bild und nannte es „**schizoide Psychopathie**“.

Hier klingen die zentralen Begriffe der Psychopathie, des Schizoiden und des Autismus an, die zunächst in ihrer Bedeutung und Geschichte begriffen werden müssen, um die Begriffswahl Ssuharewas und Aspergers richtig verstehen und einordnen zu können.

Der Begriff **Autismus** (aus dem Griechischen von αὐτός „selbst“) wurde von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857–1939) geprägt und beschreibt den sozialen Rückzug und ein Zurückweichen in die eigene Gedankenwelt bei immer spärlicherer Kommunikation bei Menschen mit schizophreniformen Störungen.

Der Begriff der **Schizoidie** geht auf Ernst Kretschmer (1888–1964) zurück, der für seine Typenlehre und Konstitutionspsychologie 1921 für den Nobelpreis der Physiologie und Medizin vorgeschlagen wurde. Im Rahmen seiner Theorie führte er den Begriff des schizoiden Temperamentes ein, wobei er eine nosologische Nähe zur Schizophrenie postulierte (Kretschmer 1921).

Der dritte kritische Begriff der **Psychopathie** hat in den letzten Dekaden einen gewissen Bedeutungswandel im Sinne einer Bedeutungseinengung und -verschiebung erlebt.

Ursprünglich und in der von Asperger gebrauchten Bedeutung ist der Begriff im heutigen Sprachgebrauch am ehesten als *Persönlichkeitsstörung* zu übersetzen. Gemeint sind damit zeit- und situationsstabile Eigenschaften einer Person wie etwa Extrovertiertheit oder Introvertiertheit, emotionale Stabilität, Impulsivität, Ängstlichkeit, Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung und Anteilnahme etc. (vgl. Tebartz van Elst 2008). Im Konzept der Persönlichkeitsstörungen wird davon ausgegangen, dass sich solche Eigenschaften als stabile Cluster in der Kindheit oder Jugend herausbilden, im weiteren stabil sind und aufgrund charakteristischer und immer wiederkehrender Verhaltens- und Erlebensmuster zu relevanten Beeinträchtigungen und zu Leiden bei den Betroffenen und Dritten führen.

Zu Zeiten Aspergers war der Begriff der Persönlichkeitsstörungen in dieser Form noch nicht bekannt und wurde konzeptuell am ehesten durch den Psychopathiebegriff repräsentiert. Unter *Psychopathie* wurden also, ebenso wie heute unter dem Begriff der *Persönlichkeitsstörung*, zeit- und situationsstabile Muster im Wahrnehmen, Erleben und Handeln von Menschen verstanden (Aschoff 1968).

Ähnlich wie heute im Kontext der Diskussion zu den Persönlichkeitsstörungen die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Normalität oder nicht, reaktiver Psychogenese oder schicksalhafter organischer Verursachung intensiv diskutiert werden (Tebartz van Elst 2008), so war dies in völliger Analogie auch beim Psychopathiebegriff in der Vergangenheit der Fall (Remschmidt u. Kamp-Becker 2006).

Der heutige alltagssprachliche Psychopathiebegriff hat dagegen insofern einen Bedeutungswandel erfahren, als dass nun darunter besonders schwere Formen der dissozialen und antisozialen Persönlichkeitsstörung verstanden werden, die meist im Verlauf mit kriminellen Verhaltensweisen in einen Zusammenhang gebracht werden. Im fachsprachlichen Kontext wird in erster Linie auf die fehlende emotionale Empathie fokussiert.

Werden die Texte Aspergers oder anderer Autoren wie etwa Ssucharewa mit diesem modernen Psychopathiebegriff im Kopf gelesen, so kann es durchaus zu Missverständnissen im Hinblick auf die Denkweise etwa von Hans Asperger kommen.

Übersetzt in die moderne Sprache kann man also pointiert festhalten, dass Hans Asperger mit seiner Begriffswahl eine Art **autistische Persönlichkeitsstörung mit Beginn im frühen Kindesalter** beschrieb.

Diese Formulierung wird vor allem dann von Interesse, wenn man mit der klinischen Realität konfrontiert wird, dass angesichts der wachsenden Popularität der Autis-

mus-Spektrum-Störungen zunehmend leichter Betroffene mit teilweise exzellenter psychosozialer Adaptation vorstellig werden.

### 1.2 Asperger-Syndrom und Kanner-Syndrom

Entscheidend für die Entwicklung des weiteren Autismusbegriffs und -konzepts waren die Fallbeschreibungen von Hans Asperger und Leo Kanner (1894–1981).

Asperger beschrieb 1944 in seiner richtungweisenden Habilitation 4 Jungen im Alter von 6–8 Jahren, die deutliche Kontaktschwierigkeiten hatten, sich sozial in die Bezugsgruppen nicht einordnen konnten, Kommunikationsprobleme aufwiesen und im emotionalen Erleben und Ausdrucksverhalten auffielen. Ebenso fielen eine motorische Ungeschicklichkeit und ein seltsames Sprachverhalten sowie ein eigenartiger Umweltbezug auf. Die Gemeinsamkeiten dieser 4 Kinder fasste Asperger unter 6 Kategorien zusammen, die die wesentlichen Kriterien des heute nach ihm benannten Syndroms beinhalteten.

An dieser Stelle sei aber noch einmal darauf hingewiesen, dass schon 1926 von Grunja E. Ssucharewa ein weitgehend ähnliches klinisches Bild bei 6 Kindern im Alter von 10–12 Jahren beschrieben wurde (Ssucharewa 1926). Ihrer in deutscher Sprache veröffentlichten Schrift erging es ähnlich wie der von Hans Asperger: sie wurde ebenso wie Aspergers Arbeit zunächst über Jahrzehnte ignoriert. Während Aspergers Arbeit erst nach einer Referenz in einer Fallserie von Lorna Wing (1981) international beachtet wurde, geschah dies im Falle von Ssucharewas Beschreibung erst durch eine späte Übersetzung ins Englische von Susan Wolff (1996).

Leo Kanner beschrieb 1943 in seiner Publikation 8 Jungen und 3 Mädchen, bei denen ihm schon sehr früh in der Entwicklung die fehlende Fähigkeit, emotionale Beziehungen aufzunehmen, aufgefallen war (Kanner 1943). Drei der Kinder sprachen gar nicht und die meisten der anderen wiesen Auffälligkeiten der Sprache auf. Beziehungen wurden insbesondere zu Objekten, aber weniger zu anderen Menschen aufgenommen. Die meisten Kinder waren geräuschempfindlich, konzentrierten ihre Aufmerksamkeit auf kleine Teile oder Teilaspekte von komplexeren Dingen. Ihre Verhaltensweisen waren rigide und stereotyp und sie erwiesen sich als extrem empfindlich im Hinblick auf Veränderungen der Umwelt und Tagesabläufe. Schon Kanner bemerkte, dass auch einige der Eltern teilweise verwandte Eigenschaften aufwiesen insofern, als dass sie hochintelligent waren, aber emotional distanziert auftraten und eine Tendenz aufwiesen, sich in Kunst und Wissenschaft zu vertiefen.

Damit war in Form dreier vergleichsweise kleiner Fallserien im Wesentlichen der Rahmen gesteckt für die konzeptuelle Entwicklung der autistischen Krankheiten oder Autismus-Spektrum-Störungen der heutigen großen Klassifikationssysteme DSM und ICD.

### 1.3 Moderne Klassifikation und Nosologie in DMS-IV und ICD-10

Das Asperger-Syndrom wurde 1992 in die Klassifikation psychischer Störungen der World Health Organisation (ICD-10) und 1994 in das DSM-IV der American Psychiatric Association aufgenommen. Beide fassen das Asperger-Syndrom gemeinsam mit anderen tief greifenden Entwicklungsstörungen zusammen (WHO 1991).

Der Begriff Entwicklungsstörung ist dabei über folgende 3 Kriterien definiert:

1. Der Beginn der Symptomatik liegt ausnahmslos im Kleinkindalter oder der Kindheit.
2. Es ist eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen zu beobachten, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verbunden sind.
3. Man beobachtet einen stetigen Verlauf, d.h. die für viele andere psychische Störungen typischen Remissionen, Fluktuationen oder Rezidive sind nicht zu beobachten.

Neben den umschriebenen (z.B. Artikulationsstörung, expressive Sprachstörung, erworbene Aphasie, Lese- Rechtschreibstörung etc.) und den kombinierten Entwicklungsstörungen sind im Kapitel F8 des ICD-10 die verschiedenen autistischen Syndrome als tief greifende Entwicklungsstörungen aufgelistet.

Dabei werden tief greifende Entwicklungsstörungen durch folgende spezifische Symptomatik von den anderen Entwicklungsstörungen abgegrenzt (WHO 1991; S. 264):

Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen, handelt es sich um eine „[...] Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert [...] (ist). Diese qualitativen Abweichungen sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal der betroffenen Personen, variieren jedoch im Ausprägungsgrad. In den meisten Fällen besteht von frühester Kindheit an eine auffällige Entwicklung. Mit nur wenigen Ausnahmen sind die Störungen seit den ersten 5 Lebensjahren manifest. Meist besteht eine gewisse allgemeine kognitive Beeinträchtigung, die Störungen sind jedoch durch das Verhalten definiert, das nicht dem Intelligenzalter des Individuums entspricht (sei dieses nun altersentsprechend oder nicht). Er herrscht eine gewisse Uneinigkeit über die Unterteilung der Gesamtgruppe ‚Tiefgreifende Entwicklungsstörung‘ [...]“.

Es erscheint wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Zusammenfassung der klinischen Bilder in einem Kapitel auch nach Auffassung der Autoren des ICD-10 nicht bedeutet, dass diese eine einheitliche Ursächlichkeit der entsprechenden Symptome und Syndrome beinhaltet. Ganz im Gegenteil weisen sie ganz explizit darauf hin, dass dies nicht der Fall ist. Vielmehr gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen und zum Teil erkannten Ursachen für umschriebene und tief greifende Entwicklungsstörungen.

Im Kapitel 84 des ICD-10 werden dann 6 Formen der tief greifenden Entwicklungsstörungen aufgelistet und beschrieben, von denen 3 (**frühkindlicher Autismus F84.0, atypischer Autismus F84.1, Asperger-Syndrom F84.5**) bei der Differenzialdiagnose hochfunktional-autistischer Syndrome von besonderer Bedeutung sind. Entsprechende Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Bei den übrigen 3 Formen tief greifender Entwicklungsstörungen handelt es sich um das Rett-Syndrom, die desintegrative Störung des Kindesalters und die hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien. Letztere spielt insbesondere im Kontext hochfunktional-autistischer Syndrome keine wesentliche Rolle. Dennoch sind der Vollständigkeit halber die klinischen Charakteristika dieser 3 klinischen Bilder in Tabelle 2 kurz zusammengefasst.

Tab. 1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von frühkindlichem Autismus, atypischem Autismus und Asperger-Syndrom

|                                | frühkindlicher Autismus<br>(Kanner-Syndrom)  | atypischer Autismus   | Asperger-Syndrom  |
|--------------------------------|--|---|---|
| Erstmanifestationsalter        | < 3 Jahre  | > 3 Jahre   | > 3 Jahre   |
| Geschlechtsverhältnis<br>(m:w) | 3:1  | 3:1   | 8:1   |
| Kernsymptome                   | qualitative Beeinträchtigung<br>der sozialen Interaktion<br><br>qualitative Beeinträchtigung<br>der Kommunikation<br><br>repetitive, stereotype und<br>zwangsartige Verhaltensweisen<br><br>Sprachentwicklungs-<br>verzögerung<br><br>kein symbolisches Spiel<br><br>häufig beeinträchtigte aber<br>stabile kognitive Funktionen | unvollständige<br>Symptomatik<br><br>häufig geistige<br>Behinderung | qualitative<br>Beeinträchtigung<br>der sozialen<br>Interaktion<br><br>qualitative<br>Beeinträchtigung<br>der Kommunikation<br><br>repetitive,<br>stereotype und<br>zwangsartige<br>Verhaltensweisen<br>und Interessen |

Tab. 2 Kurzcharakterisierung anderer tief greifender Entwicklungsstörungen, die mit autistischen Syndromen einhergehen

| ICD-10 Name   | Kurzbeschreibung   | Anmerkung   |
|---|--|---|
| Rett-Syndrom F84.2  | auf wahrscheinlich weitgehend unauffällige frühe Entwicklung folgt meist zwischen 7 und 24 Monaten eine autistische Entwicklung (autistische Regression) und ein Verlust erworbener Fähigkeiten im Gebrauch von Händen und Sprache, Handstereotypien, häufig Rumpfataxie, Apraxie, epileptische Anfälle; gelegentlich gewisse Erholung neurokognitiver Funktionen im Verlauf | X-chromosomal-dominante Erkrankung,<br><br>Mutation des MECP2-Gens auf dem X-Chromosom, tritt nur bei Mädchen auf               |
| Andere desintegrative Störung des Kindesalters F84.3<br>(synonym: Heller Syndrom, kindliche Demenz) | gesicherte normale Entwicklung bis ins 3. Lebensjahr, dann Verlust erworbener neurokognitiver und motorischer Fähigkeit, Entwicklung affektiver Symptome (Angst, Agitiertheit) und eines autistischen Syndroms im Sinne einer autistischen Regression  | gelegentlich klare neurologische Ursachen wie Enzephalitis, Enzephalopathie erkennbar, meist bleibt die konkrete Ursache unklar |
| Hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien F84.4                    | Kombination aus mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung, entwicklungsbezogen unangemessen schwere Hyperaktivität und motorische Stereotypien  | schlecht definierte Störung, unklarer nosologischer Status  |

## 1.4 Asperger-Syndrom, hochfunktionaler Autismus und Autismus-Spektrum-Störungen

Autistische Syndrome finden zunehmend Beachtung und Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und den Medien. Dies ist vor allem sogenannten hochfunktionalen Autisten zu verdanken, d.h. Menschen, die trotz ihrer Behinderung durch die Symptomatik aufgrund ihrer Talente und besonderen Begabungen im Leben oft außergewöhnliche Leistungen vollbringen. In diesem Zusammenhang hat sich im Alltag ein Sprachgebrauch verbreitet, nach dem der Begriff Asperger-Syndrom gleichbedeutend benutzt wird mit hochfunktionalem Autismus. Gleichzeitig werden die Begriffe frühkindlicher Autismus oder Kanner-Autismus gelegentlich gleichbedeutend mit „Autismus verbunden mit geistiger Behinderung“ benutzt.

Dies trifft aber nach den aktuellen Klassifikationsregeln weder nach ICD-10 noch nach DSM-IV zu. Denn wie aus Tabelle 1 hervorgeht, ist das differenzierende Kriterium der Spracherwerb bis zum 3. Lebensjahr. So können frühkindlich autistische Menschen durchaus hochfunktional und überdurchschnittlich intelligent sein und umgekehrt Menschen mit Asperger-Syndrom auch an einer geistigen Behinderung leiden.

Gerade wenn die Diagnose nicht in der Kindheit sondern erst retrospektiv im Erwachsenenalter gestellt werden soll, ist es zudem oft sehr schwer, sicher festzustellen, ob bis zum 3. Lebensjahr ein Spracherwerb tatsächlich stattgefunden hat oder nicht. Auf die Besonderheiten und besonderen Schwierigkeiten bei der Diagnose hochfunktional-autistischer Syndrome wird im Kapitel I.3 detailliert eingegangen.

### 1.4.1 Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) nach DSM-5

In der seit Mai 2013 gültigen fünften Version des DSM (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

Im DSM-5 werden folgende Störungsbilder unter der Kategorie „neuronale Entwicklungsstörungen“ zusammengefasst: i. Intelligenzminderung, ii. Kommunikationsstörungen inklusive Sprachstörungen und Störung der sozialen (pragmatischen) Kommunikation, iii. Autismus-Spektrum-Störung, iv. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, v. spezifische Lernstörungen, vi. 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 Spektrums-Konzepts aufgegeben

Da sich die beiden autistischen Hauptkategorien „Frühkindlicher Autismus“ und „Asperger-Syndrom“ aufgrund von wissenschaftlichen Untersuchungen nicht valide

Tab. 3 Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 (APA 2013)

**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 2 der folgenden Bereiche manifestieren:**

1. Stereotype/s/r oder repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen, oder Gebrauch von Objekten; (wie 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; (wie 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 im Hinblick auf Intensität oder Thema sind; (wie z.B. starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingengegte oder perseverierende Interessen).
4. Hyper- oder hypo-Reaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung; (wie 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**

voneinander trennen ließen (Lord et al. 2012), wurde im DSM-5 der seit Langem erkennbare Trend aufgegriffen, diese kategoriale Unterscheidung zugunsten eines dimensional Ansatzes fallen zu lassen (<http://www.dsm5.org>). 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 (sogenannter) psychischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankung (Rutter 2011). 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 (Constantino 2011). Dies ist wahrscheinlich einer gemeinsamen, komplexen genetischen Prägung für „autistische Persönlichkeitsmerkmale“ von Gesunden ebenso wie von Erkrankten geschuldet (Robinson et al. 2011). 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) (s. Tab. 3).

Tab. 4 Schweregrad der ASS

| Schweregrad   | Soziale Kommunikation   | Restriktive, repetitive Verhaltensweisen  |
|---|---|---|
| Stufe 3<br>„Sehr Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“ | Starke Einschränkungen der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen beträchtliche Beeinträchtigungen im Funktionsniveau; minimale Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen und minimale Reaktion auf soziale Angebote im Umfeld.   | Unflexibilität des Verhaltens. Extreme Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere repetitive, restriktive Verhaltensweisen mit ausgeprägter Funktionsbeeinträchtigung in allen Bereichen. Großes Unbehagen bzw. große Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.   |
| Stufe 2<br>„Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“      | Ausgeprägte Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit. Soziale Beeinträchtigungen auch mit Unterstützung deutlich erkennbar; reduzierte Initiierung sozialer Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote von anderen.   | Unflexibilität des Verhaltens. Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere repetitive, restriktive Verhaltensweisen treten häufig genug auf, um auch für den ungeschulten Beobachter offensichtlich zu sein. Funktionsbeeinträchtigung in einer Vielzahl von Kontexten. Unbehagen bzw. Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern. |
| Stufe 1<br>„Unterstützung Erforderlich“                   | Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung bemerkbare Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen sowie einzelne deutliche Beispiele für unübliche oder erfolglose Reaktionen auf soziale Kontaktangebote anderer. Scheinbar vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen. | Unflexibilität des Verhaltens führt zu Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen. Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln. Probleme in der Organisation und Planung beeinträchtigen die Selbständigkeit.   |

### 3. Die autistische Kernsymptomatik der sozialen Interaktions- und Kommunikationsstörungen 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 die beiden zu einem Kriterium „fusioniert“. Dieses wird wie folgt definiert: „Andauernde Defizite der Kommunikation und sozialen Interaktion in mehreren Kontexten, die aktuell oder anamnestic vorhanden sind und nicht durch eine generelle Entwicklungsverzögerung besser erklärt werden können.“

### 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, welche im alten Autismus-Konzept gemäß DSM-IV noch unberücksichtigt blieben (s. Tab. 3). 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.



Tab. 5 Kriterien der „social communication disorder“ vom Autor ins Deutsche übersetzt nach DSM-5 (APA 2013)

- 
- 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) im Hinblick auf erzählerische, darlegende und dialogorientierte Diskurse. Die Symptome können das Verständnis, die Produktion und die Bewusstheit [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. Autismus-Spektrum-Störungen beinhalten definitionsgemäß pragmatische Kommunikationsprobleme, beinhalten aber auch eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten als Teil des autistischen Spektrums. Daher muss eine Autismus-Spektrum-Störung ausgeschlossen werden, um eine soziale Kommunikationsstörung zu diagnostizieren. Eine soziale Kommunikationsstörung kann als primäre Beeinträchtigung auftreten oder koexistierend mit anderen Störungen außer einer Autismus-Spektrum-Störung (z.B. Sprachstörung, Lernbehinderung, Intelligenzminderung).
- 
- 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.
- 

### 5. Eine Diversifizierung der Diagnose wird über Komorbiditäten möglich

Der Unterschiedlichkeit der individuellen Fälle im klinischen Alltag 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 (Rommelse et al. 2011). 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 dimensionalen Krankheitsmodells folgend wurde die diagnostische Einordnung um eine Einteilung in Schweregrade erweitert (s. Tab. 4), was in den kategorialen Konzepten weitgehend fehlte.

### 7. Das Konzept einer von den ASS separierten sozialen Kommunikationsstörung (social communication disorder) wird eingeführt

Die Diagnose einer sozialen Kommunikationsstörung (social communication disorder) wurde als neue Kategorie eingeführt (s. Tab. 5). 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 Kate-

gorie soll möglicherweise die Option eröffnen, auch Menschen mit sub-syndromalen autistischen Zügen eine Diagnose zu eröffnen, sofern diese zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen.

### 1.4.2 Bewertung der Entwicklungen im DSM-5

Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags ist die Weiterentwicklung des Begriffs der neuronalen 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-Spektrums“ 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 z. B. – die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Betroffenen (Cederlund et al. 2008; Howlin et al. 2004). Die von vielen Autoren für relevant erachtete Unterscheidung von (meist monogenetischen) sekundären Varianten von ASS, die z. B. im Rahmen von Syndromen wie dem fragilen-X-Syndrom auftreten können, von (wahrscheinlich komplex-polygenetisch vererbten) „primären“ ASS-Varianten (Aitken 2010; Tebartz van Elst et al. 2016) fand dagegen noch 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 worden sein sollte, 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 psychosoziale Beeinträchtigung und sekundäre psychiatrische Symptome und Probleme haben auch dann oft in diesem Bereich ihre Wurzeln, wenn sie nicht ausgeprägt genug ist, 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, dass momentan in Deutschland vor allem daran gearbeitet werden muss, dass gerade auch