

## DSM-5 Kommentar

# Autismus-Spektrum Störung nach DSM-5

## Konzeptualisierung, Validität und Reliabilität, Bedeutung für Klinik, Versorgung und Forschung

Christine M. Freitag

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,  
Universitätsklinikum der JW Goethe Universität, Frankfurt am Main

**Zusammenfassung.** Die Autismus-Spektrum Störung (ASS) wird in DSM-5 als eine Erkrankung aus den ICD-10 bzw. DSM-IV TR-Diagnosen frühkindlicher Autismus, Asperger Syndrom und atypischer Autismus/PDD-nos zusammengefasst und weist entsprechend revidierte Kriterien auf. In dem vorliegenden Artikel werden diese Kriterien vergleichend dargestellt, Studien zu Validität und Reliabilität der neuen ASS-Diagnose präsentiert und offene Fragen diskutiert. Ein Ausblick auf die klinische und wissenschaftliche Bedeutung wird gegeben.

**Schlüsselworte:** DSM-5, Autismus-Spektrum Störung, Validität, Reliabilität, Klassifikation

**Abstract.** *Autism Spectrum Disorder in DSM-5 – concept, validity, and reliability, impact on clinical care and future research*

Autism Spectrum Disorder (ASD) in DSM-5 comprises the former DSM-IV-TR diagnoses of Autistic Disorder, Asperger's Disorder and PDD-nos. The criteria for ASD in DSM-5 were considerably revised from those of ICD-10 and DSM-IV-TR. The present article compares the diagnostic criteria, presents studies on the validity and reliability of ASD, and discusses open questions. It ends with a clinical and research perspective.

**Keywords:** DSM-5, Autism Spectrum Disorder, validity, reliability, classification

## Einleitung

Das Kapitel zu tiefgreifenden Entwicklungsstörungen («pervasive developmental disorders») aus DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2000) wurde im DSM-5 (APA, 2013) vollständig neu überarbeitet. Aus einem Teil der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wurde im DSM-5 die diagnostische Kategorie der «Autismus-Spektrum Störung» (Autism Spectrum Disorder, 299.00; deutsche Abkürzung: ASS). Dies trifft für die DSM-IV-TR-Diagnosen «Autistic Disorder» (299.00), «Asperger's Disorder» (299.80) und «Pervasive Developmental Disorder-not otherwise specified» (PDD-nos, 299.80) zu. Die Diagnose «Rett's disorder» (299.80) wird im DSM-5 als molekulargenetische Diag-

nose eingeordnet und kann, bei zusätzlichem Vorliegen einer ASS nach DSM-5, als genetische Erkrankung zusätzlich zur ASS kodiert werden. Die Diagnose «Childhood Desintegrative Disorder» (299.10) wurde ersatzlos gestrichen. Die in der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1993) zusätzlich vorhandene Diagnose «Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien» (F84.4) wird im DSM-IV-TR ebenso wie DSM-5 unter die Diagnose «stereotype Bewegungsstörung» (307.3) eingeordnet. Die Diagnose «social (pragmatic) communication disorder» (315.39) wurde im DSM-5 neu definiert und soll bei vollständigem Fehlen von restriktiven, repetitiven Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten anstelle der Diagnose atypischer Autismus (ICD-10) bzw. PDD-nos (DSM-IV-TR) vergeben werden.

Tabelle 1  
Vergleich ICD-10 – DSM-IV-TR – DSM-5 – Kriterien für Frühkindlichen Autismus – Autistische Störung – Autismus-Spektrum Störung

	ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-5
Anzahl und Art der Diagnosen «tiefgreifende Entwicklungsstörungen» (ICD-10/DSM-IV-TR) bzw. Autismus-Spektrum Störung (DSM-5)	F84.0 Frühkindlicher Autismus F84.1 Atypischer Autismus F84.2 Rett-Syndrom F84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen F84.5 Asperger-Syndrom F84.8 Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen F84.9 Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	299.00 Autistische Störung 299.10 Desintegrative Störung des Kindesalters 299.80 Rett-Syndrom 299.80 Asperger Syndrom 299.80 Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet (PDD-nos) Zusätzlich: 307.3 Stereotype Bewegungsstörung (für F84.4)	299.00 Autismus-Spektrum Störung (umfasst 299.00, 299.80 bzw. F84.0, F84.1, F84.5) Zusätzlich: 315.39 Soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung (für 299.90/F84.1 ohne stereotype und repetitive Verhaltensweisen)
Kriterien für Frühkindlichen Autismus/Autistische Störung/Autismus-Spektrum Störung			
Anzahl Domänen	3	3	2 (A, B)
Anzahl Kriterien	12	12	7
Minimale Anzahl erfüllter Kriterien	5	6	5
Soziale Interaktion	≥ 1/3	≥ 2/4	3/3 (A)
Kommunikation	≥ 2/4	≥ 2/4	
Stereotypes Verhalten und Sonderinteressen	≥ 2/5	≥ 1/4	≥ 2/4 (B) Neu: Hyper- und Hyporeaktivität bezüglich sensorische Aspekte
Beginn (Domäne C im DSM-5)	Vor dem Alter von 3 Jahren ≥ 1/3	Vor dem Alter von 3 Jahren	Symptome müssen in früher Kindheit vorhanden sein, aber können sich auch erst dann voll manifestieren, wenn die sozialen Anforderungen entsprechend hoch sind.

## DSM-5-Klassifikation im Vergleich zur ICD-10 und zum DSM-IV-TR

In Tabelle 1 ist ein Vergleich der diagnostischen Kriterien für den frühkindlichen Autismus nach ICD-10 sowie die autistische Störung nach DSM-IV-TR und DSM-5 zu finden. Bezüglich einer ausführlicheren Darstellung zu den ICD-10 Kriterien wird auf weiterführende Literatur verwiesen (Freitag, 2009). Im Folgenden werden die einzelnen Änderungen im DSM-5 differenziert dargestellt:

### Zusammenfassung von sozialen Interaktions- und Kommunikationsproblemen in eine Domäne, erweiterte Kriterien der beiden Domänen A und B

Eine wesentliche Änderung im DSM-5 gegenüber ICD-10 und DSM-IV-TR stellt das Zusammenlegen der qualitativen Einschränkungen der *sozialen Interaktion und Kommunikation* in eine *Domäne A* mit nur 3 Kriterien (Defizite der sozial-emotionalen Reziprozität, der non-verbalen Kommunikation sowie der Entwicklung, dem Erhalt und Verständnis von Freundschaften) in DSM-5 dar. Die Zusammenlegung der beiden Bereiche soziale Interaktion und Kommunikation ist durch Ergebnisse von faktorenanalytischen Studien zu autistischen Symptomen gut begründet (Frazier et al., 2012; Grzadzinski, Huerta & Lord, 2013). Die *Domäne B: Restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten* bleibt als eigene Domäne erhalten, da sie sich in den entsprechenden Studien jeweils als eigener Faktor abgrenzen lässt. Die stereotype Sprache wird in DSM-5 nun dieser Domäne B und nicht mehr der Kommunikation zugeordnet; daneben ist in Domäne B zusätzlich zu den stereotypen Verhaltensweisen auf motorischer, sprachlicher oder spielerischer Ebene, dem Bestehen auf Routinen («insistence on sameness») und den eingeschränkten und intensiven Interessen die Hyper- oder Hyporeaktivität gegenüber sensorischen Reizen bzw. eigene sensorische Interessen als viertes Kriterium aufgenommen worden.

### Neue DSM-5 Diagnose: Soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung

Obwohl im DSM-5 beschrieben wird, dass Personen mit einer gut etablierten DSM-IV-TR Diagnose einer autistischen Störung, eines Asperger Syndroms oder einer PDD-nos alle die Diagnose eine Autismus-Spektrum Störung nach DSM-5 erhalten sollten, ist aus Tabelle 1 ersichtlich, dass die ASS-Kriterien nach DSM-5 den Forschungskriterien der ICD-10 für einen frühkindlichen Autismus entsprechen, wobei sich die Beschreibungen der einzelnen

Symptome im Bereich soziale Interaktion und Kommunikation nach ICD-10, DSM-IV-TR und DSM-5 nur in wenigen Aspekten unterscheiden (Halfon & Kuo, 2013). Es ist also zu erwarten, dass nach DSM-5 weniger Kinder und Jugendliche eine ASS diagnostiziert bekommen als nach ICD-10 oder DSM-IV-TR, wenn die Diagnosen frühkindlicher Autismus, Asperger Syndrom und atypischer Autismus/PDD-nos zusammen betrachtet werden. Insbesondere Kinder und Jugendliche mit der Diagnose eines atypischen Autismus/PDD-nos erfüllen oft nicht die Kriterien einer ASS nach DSM-5 (Gibbs, Aldridge, Chandler, Witzlsperger & Smith, 2012; Mandy, Charman & Skuse, 2012). Dies betrifft vor allem diejenigen, die keine restriktiven, repetitiven Verhaltensweisen oder Interessen, aber deutliche Einschränkungen der sozialen Kommunikation zeigen. Sie erhalten nach DSM-5 die Diagnose einer sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörung. In den dort dargelegten diagnostischen Kriterien wird betont, dass die Diagnose einer ASS Vorrang hat, die aber nur dann vergeben werden darf, wenn zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben (vorwiegend in den ersten Lebensjahren) restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten vorlagen. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung einer ASS müssen diese nicht mehr vorhanden sein. Aus diesem Grund ist eine entsprechend genaue Anamnese bei der Abklärung der beiden Differentialdiagnosen Autismus-Spektrum Störung und soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung essentiell.

### Weitere, teilweise neu definierte Domänen C-E nach DSM-5

Neben den beiden Domänen A: soziale Kommunikation und Interaktion sowie B: restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten weist das DSM-5 noch die Domänen C-E auf. *Domäne C* verlangt, dass die Symptome A + B in der frühen Entwicklung (aber entgegen ICD-10 und DSM-IV-TR nicht mehr vor dem dritten Lebensjahr) vorhanden sein müssen. Die Symptome können nach dem DSM-5 erst später voll ausgeprägt vorliegen, wenn die sozialen Anforderungen die (gelernten) Fertigkeiten des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen übersteigen. Dies erleichtert im Vergleich zur ICD-10 und zum DSM-IV-TR vor allem die Diagnosestellung bei kognitiv gut begabten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die oft lange Kompensationsstrategien anwenden können. *Domäne D* entspricht dem auch in der ICD-10 und dem DSM-IV-TR vorhandenen Kriterium, dass die Symptome zu einer *klinisch bedeutsamen Behinderung* in sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen Alltagsbereichen führen müssen. *Domäne E* gibt als *Ausschlussdiagnosen* analog zu ICD-10 und DSM-IV-TR an: Die Symptome dürfen nicht durch eine geistige Behinderung oder eine globale Entwicklungsstörung erklärbar sein. Die Einschränkung der sozialen Kommunikation sollte bei Vorliegen einer geistigen Behinderung deutlich unter dem sonstigen kognitiven Niveau lie-

Tabelle 2

*Weitere Aspekte der Klassifikation der Autismus-Spektrum Störung nach DSM-5 im Vergleich zu ICD-10 und DSM-IV-TR*

	ICD-10	DSM-IV-TR	DSM-5
Schweregradeinteilung	Indirekt über unterschiedliche Klassifikation (F84.1, F84.5, F84.8, F84.9)	Indirekt über unterschiedliche Klassifikation (299.00, 299.80)	Tabelle 2: je 3 Schweregrade für A: Soziale Kommunikation und Interaktion sowie B: Restriktive, repetitive Verhaltensweisen und Interessen
Rett-Syndrom	Eigenständige psychiatrische Diagnose	Eigenständige psychiatrische Diagnose	Fällt heraus, wird ggf. als vorhandener genetischer Risikofaktor kodiert
Zusatzkodierung DSM-5 Kognitive Fertigkeiten	Fünf Achsen WHO: Achse 3: Intelligenzniveau	Fünf Achsen DSM-IV: Achse II: Intellektuelle Behinderung	Mit/ohne intellektuelle Behinderung
Zusatzkodierung DSM-5 Sprache	Fünf Achsen WHO: Achse 2: Teilleistungsstörung	Fünf Achsen DSM-IV: Sprache nicht kodiert	Mit/ohne Sprachbehinderung
Zusatzkodierung DSM-5 Medizinischer/Genetischer/Umweltrisikofaktor	Fünf Achsen WHO: Achse 4: Körperliche Erkrankungen inklusive genetischer Befunde Achse 5: psychosoziale Umweltrisikofaktoren Keine Kodierung von nicht-genetischen biologischen Umweltrisikofaktoren	Fünf Achsen DSM-IV: Achse III: Allgemeiner medizinischer Zustand, akuter medizinischer Zustand, körperliche Erkrankung Achse IV: Psychosoziale und Umweltrisikofaktoren	Assoziiert mit medizinischem/genetischem/Umweltrisikofaktor Zusätzliche Kodierung der medizinischen oder genetischen Erkrankung
Zusatzkodierung DSM-5 Zusätzliche psychiatrische Komorbidität oder Entwicklungsstörung	Fünf Achsen WHO: Achse 1: psychische Störung Achse 2: Teilleistungsstörung  Allerdings: andere Ausschlusskriterien als DSM-5 (z. B. ADHS)	Fünf Achsen DSM-IV: Achse I: Psychische Störung Achse II: Persönlichkeitsstörung und Intellektuelle Behinderung  Allerdings: andere Ausschlusskriterien als DSM-5 (z. B. ADHS)	Jeweilige Erkrankung wird mit entsprechender DSM-5 – Nummer zusätzlich kodiert
Zusatzkodierung DSM-5 Katatonie	Wird nicht kodiert	Wird nicht kodiert	F293.89

gen, wenn eine ASS zusätzlich diagnostiziert wird. Anders als in der ICD-10 bzw. dem DSM-IV-TR sind allerdings andere psychiatrische Diagnosen keine Ausschlusskriterien mehr.

## Neue Schweregradeinteilung im DSM-5 und zusätzliche Spezifizierungen der Diagnose

Im DSM-5 sind ergänzend zu der Diagnose anders als in der ICD-10 oder im DSM-IV-TR noch Schweregradeinteilungen sowie zusätzliche Spezifizierungen notwendig bzw. erwünscht. Die Schweregradeinteilung bezieht sich auf die Domänen A und B und wird je in 3 Stärken getrennt für die beiden Domänen angegeben: Grad 3 = braucht sehr substantielle Unterstützung, Grad 2 = braucht substantielle Unterstützung, Grad 1 = braucht Unterstützung.

Weitere Spezifizierungen der Diagnose ASS sollen erfolgen, die in der ICD-10 (WHO) bzw. im DSM-IV-TR überwiegend durch die multiaxiale Klassifikation abgedeckt werden, welche in der DSM-5 aufgegeben wurde (Tab. 2). Als Spezifizierungen sollen angegeben werden: (1) mit/ohne intellektuelle (geistige) Behinderung – hierzu wird im Text ausgeführt, dass zusätzlich zwischen verbalen

und non-verbalen kognitiven Fertigkeiten differenziert werden muss, um dem häufig unausgebalancierten Profil eines Kindes oder Jugendlichen mit ASS gerecht zu werden; (2) mit/ohne Sprachbehinderung – hier wird grob differenziert zwischen keiner Sprache, einzelnen Worten, Zwei-Wort-Sätzen, vollen Sätzen und flüssiger Sprache; zusätzlich soll zwischen rezeptiven und expressiven Sprachfertigkeiten differenziert werden; (3) Assoziation mit einem bekannten medizinischen, genetischen oder Umweltfaktor; die medizinische oder genetische Diagnose soll zusätzlich kodiert werden; (4) Assoziation mit einer anderen entwicklungsneurologischen, psychischen oder Verhaltensstörung, die jeweils ebenfalls zusätzlich kodiert werden soll; (5) mit oder ohne Katatonie (DSM-5: 293.89/ICD-10: F06.1).

Die Spezifizierung (1) ist vollständig in der multiaxialen Klassifikation nach ICD-10 (WHO) und DSM-IV-TR enthalten. Spezifizierung (2) unterscheidet sich deutlich von der multiaxialen Klassifikation nach der ICD-10 und dem DSM-IV-TR, da nur sehr grobe Angaben zum sprachlichen Niveau des Kindes/Jugendlichen/Erwachsenen erwartet werden, aber keine eigenständige Diagnose basierend auf entsprechenden Testverfahren. Spezifizierung (3) ist in der ICD-10 durch die multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen der WHO (Remschmidt, Schmidt & Poustka,



2012) ebenfalls sehr gut abgedeckt. Sie entspricht auch dem aktuellen Wissensstand der sehr unterschiedlichen genetischen und nicht-genetisch-biologischen Risikofaktoren für ASD sowie der Häufigkeit zusätzlich vorhandener körperlicher Erkrankungen (Freitag, Staal, Klauck, Duketis & Waltes, 2010; Freitag, 2012). Spezifizierung (4) erlaubt nun – deutlich über ICD-10 und DSM-IV-TR hinausgehend – die zusätzliche Kodierung weiterer psychischer Störungen zusätzlich zu ASS. Dies entspricht aktuellen epidemiologischen Studien und wird sich deutlich auf die klinische Diagnostik und Therapie sowie die Forschung auswirken. Die zusätzliche Spezifizierung einer Katatonie (5) ist aus europäischer Sicht und basierend auf der aktuellen Studienlage aktuell nicht gut nachvollziehbar (Kakooza-Mwesige, Wachtel & Dhossche, 2008). Zukünftige Studien, die auf DSM-5 basieren, werden hier Klärung bringen können.

## Studien zur Validität der ASS-Diagnose nach der DSM-5

Eine zentrale Frage bezüglich einer neuen Klassifikation ist, ob sie die Erkrankung/psychische Störung korrekt diagnostiziert. Das bedeutet in der Sprache der Testtheorie, dass diagnostische Kriterien sowohl eine hohe Sensitivität (Kranke werden korrekt als krank klassifiziert) als auch eine hohe Spezifität (Gesunde werden korrekt als gesund klassifiziert) zeigen müssen. Klinisch interessiert in der Regel der positive prädiktive Wert (PPV), d. h. die Frage, wie wahrscheinlich es ist, dass die Krankheit wirklich vorliegt, wenn bestimmte diagnostische Kriterien angewendet werden. Der PPV ist abhängig von Prävalenz der Erkrankung, die für ASS bei ca. 1 % liegt. Bei einer hohen Sensitivität eines Tests in Kombination mit einer niedrigen Prävalenz werden in der Regel deutlich zu viele falsch positive Diagnosen gestellt. Allgemein wird DSM-5 vorgeworfen, dass die Sensitivität auf Kosten der Spezifität zu hoch gewählt worden ist, dass also psychische Störungen überdiagnostiziert werden (Frances & Nardo, 2013). Für die neue Diagnose ASS zeigten erste Studien zunächst allerdings eher das Gegenteil: In eine Re-Analyse der Daten der DSM-IV Feldstudie anhand eines ersten Entwurfs von DSM-5 lag die Sensitivität vor allem bei den Patienten, die nach DSM-IV die Diagnose eines Asperger Syndroms bzw. einer PDD-nos erhalten hatten, sehr niedrig (< 30 %), wobei die Spezifität für alle Diagnosen bei 95 % lag (McPartland, Reichow & Volkmar, 2012). Analysen in einer neueren Stichprobe basierend auf der Skala zur Erfassung der sozialen Responsivität (Bolte, Poustka & Constantino, 2008) und dem Fragebogen zur sozialen Kommunikation (Bölte, Crecelius & Poustka, 2000) zeigten bezüglich der Kriterien aus Phase I der Feldstudien zu DSM-5 höhere Werte bezüglich der Sensitivität (81 %), wobei auch hier die Spezifität mit 97 % deutlich über der Sensitivität lag (Frazier et

al., 2012). Wenn in dieser Stichprobe die Kriterien gelockert wurden und insbesondere, wie in der endgültige Fassung von DSM-5, auch die sensorischen Interessen als Kriterium der Domäne B aufgenommen wurden, dann lag die Sensitivität ausreichend hoch bei 93 % und die Spezifität bei 95 %. In weiteren Studien wurde die Validität von DSM-5 bezogenen Kriterien basierend auf dem Autismus-Diagnostischen Interview-revised (ADI-R) und der Autismus-Diagnostischen Beobachtungsskala (ADOS) untersucht (Barton, Robins, Jashar, Brennan & Fein, 2013; Huerta, Bishop, Duncan, Hus & Lord, 2012). Allerdings wurde die klinische Diagnose in diesen ADI-R und ADOS-basierten Studien nicht unabhängig von den beiden diagnostischen Instrumenten vergeben. Entsprechend den Feldstudien zeigte sich durchweg eine relativ niedrige Sensitivität, wenn die DSM-5 Kriterien genau angewendet wurden. Wenn sie weniger streng (z. B. 2/3 Symptomen der Domäne A sowie 1/4 Symptomen der Domäne B) gefasst wurden, stieg die Sensitivität > 90 %, aber die Spezifität blieb deutlich unter 80 %. Eine ähnliche Studie wurde für das Elterninterview «Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders» (DISCO) durchgeführt, in der die Sensitivität unterschiedlicher diagnostischer Algorithmen, basierend auf den DISCO-Items, die DSM-5 zugeordnet wurden, berechnet wurde (Kent et al., 2013). Die höchste Sensitivität > 90 % und Spezifität > 60 % erreichte ein DISCO-Algorithmus, der für die Bereiche A1  $N = 3$  DISCO-Items, A2  $N = 1$  DISCO-Items, A3  $N = 3$  DISCO-Items und die Bereiche B1-B4 je  $N = 1$  DISCO-Items als erfüllt kodierte. Replizierte und übereinstimmende Algorithmen für beide Instrumente sind noch nicht entwickelt, so dass hier weitere Studien folgen müssen. Die o. g. Validitätsstudien überprüften jeweils nur Kriterien A-E der neuen ASS-Diagnose (299.00), die Schweregradeinteilung und die zusätzlichen Spezifizierungen wurden testtheoretisch bisher nicht überprüft. In einer Studie wurde die Schweregradeinteilung bezüglich ihrer Konzeption infrage gestellt, da zwischen den leichteren und mittleren Schweregradeinteilungen eine Differenzierung basierend auf adaptivem Verhalten, IQ oder ADOS-Schweregradeinteilungen nicht gut möglich war (Weitlauf, Gotham, Vehorn & Warren, 2013).

Die Validität der Diagnose soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung (315.39) wurde bisher noch nicht untersucht.

## Studien zur Reliabilität der ASS-Diagnose nach der DSM-5

Die DSM-5 Feldstudie zeigte bei den zwei beteiligten klinischen Einrichtungen eine gute Test-Retest-Reliabilität von 69 % (95 %-CI 58 % – 79 %) für ASS (Regier et al., 2013). Studien zur Test-Retest- oder Inter-Rater-Reliabilität der Diagnose soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung nach DSM-5 sind bisher nicht publiziert. Zusätzli-

che Reliabilitätsstudien existieren für ADI-R, DISCO und ADOS, wobei hier ein intensives Training vor allem für den ADOS durchgeführt werden muss, um eine hohe Interrater-Reliabilität für die Kodierung einzelner Items zu erreichen.

## Kategoriale Diagnose versus Kontinuum und andere Aspekte aus DSM-5

Im Vorwort zum DSM-5 wird empfohlen, psychiatrische Diagnosen in Zukunft besser als dimensionale Diagnosen zu verstehen und anhand der zwei Dimensionen «internalisierend» und «externalisierend» anzuordnen. Auf ASS nach der ICD-10, dem DSM-IV-TR oder DSM-5 trifft diese Einordnung in ein Kontinuum von «normal» bis «schwere ASS-Symptome» im Gegensatz z. B. zur Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung jedoch nicht zu. Zahlreiche faktorenanalytische und taxonomische Studien konnten zeigen, dass ASS in allen untersuchten Altersgruppen qualitativ verschieden von «gesund» sind, wobei sie in sich (bei Vorliegen einer ASS-Diagnose) zusätzlich eine dimensionale Struktur aufweisen (Coghill & Sonuga-Barke, 2012; Frazier et al., 2012; Guthrie, Swineford, Wetherby & Lord, 2013; Mandy et al., 2012).

Im Gegensatz zur ICD-10 und zum DSM-IV-TR sind im DSM-5 für alle Störungen auch Angaben, die fast lehrbuchartigen Charakter haben, zusätzlich zur reinen auf Verhaltenssymptomen basierenden Klassifikation ergänzt. Bei ASS sind Angaben zu Prävalenz, Entwicklung und Verlauf, Risikofaktoren, Kultur- und Geschlechtsspezifische Faktoren und funktionelle Konsequenzen von ASS genannt. Dies scheint angesichts der immensen und sich stetig entwickelnden Forschungslage etwas kurz gegriffen und für die Diagnose nicht unbedingt relevant bzw. schnell veraltet.

## Bedeutung für Klinik und Versorgung

Aus den o. g. Ausführungen wird deutlich, dass die DSM-5 Kriterien einem längeren, hoch umstrittenen Auswahlprozess unterlagen und letztlich bis heute durch Studien nicht genau geklärt ist, in welchem Alter welche Symptomkombination die höchste Sensitivität und Spezifität aufweist. Dasselbe gilt für Mädchen und Kinder und Jugendliche mit zusätzlich vorliegender geistiger Behinderung in abgeschwächtem Maße. Sowohl Sensitivität als auch Spezifität der DSM-5 Kriterien scheinen relativ niedrig zu sein. Auch die gängigen Erhebungsinstrumente sowie insbesondere die auf diesen Erhebungsinstrumenten basierenden diagnostischen Algorithmen sind noch nicht abschließend untersucht und die Befunde einzelner Studien noch nicht repliziert. Dies ist zunächst eine Aufgabe für die Forschung,

wirkt sich klinisch vermutlich aber in einer niedrigen Übereinstimmung der Diagnosen zwischen unterschiedlichen Untersuchern aus. Zusätzlich gab und gibt es starke Kritik an der Abschaffung der Diagnose des «Asperger Syndroms» als eigenständige Diagnose. Angesichts der sehr ähnlichen Prognose von Kindern und Jugendlichen mit hochfunktionalem frühkindlichen Autismus und Asperger Syndrom scheint die Zusammenfassung der Diagnosen in eine Diagnose «ASS» allerdings gut begründet (Howlin, 2003).

Die Diagnose der sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörung, die basierend auf den DSM-5 Kriterien einige Kinder und Jugendliche erhalten werden, die nach dem DSM-IV-TR die Diagnose einer PDD-nos erhalten haben, ist bisher nur selten untersucht worden (Gibson, Adams, Lockton & Green, 2013). Sie wird in der Versorgung möglicherweise dazu führen, dass Kinder mit leichteren ASS, die bisher Autismus-spezifische Förderung sowie auch pädagogische Unterstützung in der Schule erhalten haben, diese nicht mehr erhalten werden. Andererseits können basierend auf dem Störungsbild der sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörung möglicherweise neue und gezieltere Therapien für diese Kinder entwickelt werden (Greaves-Lord et al., 2013). Auch wird durch die Notwendigkeit, klinische Einschränkungen in den beiden Bereichen A und B nach DSM-5 nachzuweisen, die Rate der falsch-positiven ASS-Diagnosen möglicherweise reduziert, was wünschenswert wäre.

Erfreulich ist, dass nun alle komorbiden psychischen Erkrankungen zusätzlich zu ASS diagnostiziert werden dürfen, wobei selbstverständlich ein genauer Ausschluss von Differentialdiagnosen weiterhin erfolgen muss. Dies bietet für die Klinik deutlich bessere Behandlungsmöglichkeiten, da Kinder mit komorbiden psychischen Störungen so besser erkannt und störungsspezifisch zusätzlich zur ASS behandelt werden können.

## Bedeutung für die Forschung

Da in der Forschung in fast allen Studien bisher schon das Konzept von ASS basierend auf ADI-R und ADOS angewandt wurde, werden sich bezüglich Einschlusskriterien von neurobiologischen und anderen Studien keine starken Veränderungen ergeben, wie eine entsprechende Studie zeigen konnte (Mazefsky, McPartland, Gastgeb & Minshew, 2013).

Die Entwicklung von kulturunabhängigen, replizierbaren Algorithmen zur Diagnose einer ASS nach dem DSM-5 für die gängigen Screening- und Diagnostik-Instrumente ist eine zentrale Aufgabe der weiteren Forschung. Hierbei sollte neben den testtheoretischen Kriterien auch die Umsetzbarkeit im klinischen Alltag, insbesondere bezüglich des zeitlichen und Trainings-Aufwandes berücksichtigt werden. Eine deutlich höhere Spezifität (die auch im DSM-IV-TR nicht ausreichend war) bei hoher Sensitivität wäre

sehr wünschenswert, um falsch positive Diagnosen zu reduzieren.

Des Weiteren müssten sowohl die Schweregradeinschätzungen als auch die genannten Spezifizierungen sowie die zusätzliche Diagnostik komorbider psychischer Störungen auf ihre klinische und wissenschaftliche Aussagekraft hin überprüft werden. Bezüglich der Spezifizierung gab es aus wissenschaftlicher Sicht schon Vorschläge, diese Liste deutlich zu verlängern, was im klinischen Bereich allerdings vermutlich nicht umsetzbar sein wird (Lai, Lombardo, Chakrabarti & Baron-Cohen, 2013).

Es gibt zudem deutlich über das DSM-5 hinausgehende Ideen, psychische Störungen basierend auf neurobiologischer und neurokognitiver Grundlage zu klassifizieren und die rein verhaltensbasierten Diagnosen hinter sich zu lassen. Das Ziel ist hier, Ergebnisse translationaler Forschung in die Klassifikation von psychischen Störungen vor allem mit dem Ziel aufzunehmen, bessere neurobiologisch begründete Therapieverfahren zu entwickeln (Cuthbert & Insel, 2013).

## Zusammenfassung und Ausblick

Durch das DSM-5 wird die Diagnose der ASS deutlich verändert. Neben dem Wegfallen der Diagnosen Asperger Syndrom und atypischer Autismus/PDD-nos sowie dem Hinzukommen der neuen Diagnose der sozialen (pragmatischen) Kommunikationsstörung sind weitere neue Aspekte: (1) die Zusammenfassung der beiden diagnostischen Bereiche qualitative Einschränkungen der sozialen Interaktion und Kommunikation in eine Domäne A; (2) die Notwendigkeit des Vorhandenseins von stereotypen und repetitiven Verhaltensweisen – Domäne B; (3) die Aufnahme von Hypo- oder Hyperreaktivität bezüglich sensorischer Reize sowie der sprachlichen Stereotypen in Domäne B; (4) die Auflösung des Alterskriteriums für den frühkindlichen Autismus; (5) die Schweregradeinteilung der Domänen A + B sowie (6) die Spezifizierungen weiterer klinischer Aspekte in fünf Teilbereichen. Dringend notwendig sind replizierte, reliable und valide diagnostische Algorithmen, die für alle Personen mit ASS einsetzbar sind.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: Autor.
- Barton, M.L., Robins, D.L., Jashar, D., Brennan, L. & Fein, D. (2013). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1184–1195.
- Bölte, S., Crecelius, K. & Poustka, F. (2000). The Questionnaire on Behaviour and Social Communication (VSK): An autism screening instrument for research and practice. *Diagnostica*, 46, 149–155.
- Bolte, S., Poustka, F. & Constantino, J.N. (2008). Assessing autistic traits: Cross-cultural validation of the Social Responsiveness Scale (SRS). *Autism Research*, 1, 354–363.
- Coghill, D. & Sonuga-Barke, E.J. (2012). Annual research review: Categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders – Implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 469–489.
- Cuthbert, B.N. & Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126.
- Frances, A.J. & Nardo, J.M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 203, 1–2.
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J. et al. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 28–40.
- Freitag, C.M. (2009). Diagnostik und Therapie autistischer Störungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 1257–1266.
- Freitag, C.M. (2012). Autistische Störungen – State-of-the-Art und neuere Entwicklungen: Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 139–149.
- Freitag, C.M., Staal, W., Klauck, S.M., Duketis, E. & Waltes, R. (2010). Genetics of autistic disorders: Review and clinical implications. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 169–178.
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E. & Smith, K. (2012). Brief report: An exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1750–1756.
- Gibson, J., Adams, C., Lockton, E. & Green, J. (2013). Social communication disorder outside autism? A diagnostic classification approach to delineating pragmatic language impairment, high functioning autism, and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, epub ahead of print.
- Greaves-Lord, K., Eussen, M.L., Verhulst, F.C., Minderaa, R.B., Mandy, W., Hudziak, J.J. et al. (2013). Empirically based phenotypic profiles of children with pervasive developmental disorders: Interpretation in the light of the DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1784–1797.
- Grzadzinski, R., Huerta, M. & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*, 4, 12.
- Guthrie, W., Swineford, L.B., Wetherby, A.M. & Lord, C. (2013). Comparison of DSM-IV and DSM-5 factor structure models for toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 797–805.
- Halfon, N. & Kuo, A.A. (2013). What DSM-5 could mean to children with autism and their families. *JAMA Pediatrics*, 167, 608–613.

- Howlin, P. (2003). Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 3–13.
- Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., Hus, V. & Lord, C. (2012). Application of DSM-5 criteria for Autism Spectrum Disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of Pervasive Developmental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1056–1064.
- Kakooza-Mwesige, A., Wachtel, L. E. & Dhossche, D. M. (2008). Catatonia in autism: Implications across the lifespan. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 327–335.
- Kent, R. G., Carrington, S. J., Le Couteur, A., Gould, J., Wing, L., Maljaars, J. et al. (2013). Diagnosing Autism Spectrum Disorder: Who will get a DSM-5 diagnosis? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1242–1250.
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Chakrabarti, B. & Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the autism «spectrum»: Reflections on DSM-5. *PLoS Biology*, 11, e1001544.
- Mandy, W. P., Charman, T. & Skuse, D. H. (2012). Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 41–50.
- Mazefsky, C. A., McPartland, J. C., Gastgeb, H. Z. & Minshew, N. J. (2013). Brief report: Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD research samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1236–1242.
- McPartland, J. C., Reichow, B. & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 368–383.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A. et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59–70.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921–929.
- Weitlauf, A. S., Gotham, K. O., Vehorn, A. C. & Warren, Z. E. (2013). Brief report: DSM-5 «Levels of Support»: A comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 471–476.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.

Manuskripteingang	19. August 2013
Nach Revision angenommen	29. Dezember 2013
Interessenkonflikte	Nein

Prof. Dr. med. Christine M. Freitag

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters  
Universitätsklinikum der JW Goethe Universität  
Deutschordenstraße 50  
60528 Frankfurt am Main  
c.freitag@em.uni-frankfurt.de