

Autismus-Spektrum- Störungen

Christine M. Freitag

Janina Kitzerow

Juliane Medda

Sophie Soll

Hannah Cholemkery

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 **hogrefe**

Autismus-Spektrum-Störungen

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 24

Autismus-Spektrum-Störungen

Prof. Dr. Christine M. Freitag, Janina Kitzerow, Dr. Juliane Medda,
Sophie Soll, Dr. Hannah Cholemkey

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann,
Prof. Dr. Franz Petermann

Begründer der Reihe:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

Christine M. Freitag
Janina Kitzerow
Juliane Medda
Sophie Soll
Hannah Cholemkey

Autismus-Spektrum- Störungen

 **hogrefe**

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Christine M. Freitag, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Diplomtheologin. Seit 2008 Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters und des Autismus-Therapie- und Forschungszentrums, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe Universität.

Janina Kitzerow, Diplompsychologin. Seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Autismus-Therapie- und Forschungszentrum der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe Universität.

Dr. med. Juliane Medda, Ärztin. Seit 2011 Assistenzärztin an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe Universität.

Sophie Soll, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Diplompädagogin. Seit 2011 Mitarbeiterin am Autismus-Therapie- und Forschungszentrum der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe Universität.

Dr. phil. nat. Hannah Cholemkey, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Diplompsychologin. Seit 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit 2014 Leiterin des klinischen Forschungsbereiches, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Goethe Universität.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 99950 0
Fax +49 551 99950 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2704-1; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2704-2)

ISBN 978-3-8017-2704-8

<http://doi.org/10.1026/02704-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Die Diagnostik und therapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung stellt eine besondere Herausforderung dar, da sich das Erscheinungsbild sehr heterogen manifestieren kann, oftmals schwer differenzialdiagnostisch einzuordnen ist und gleichzeitig einer herausfordernden Behandlung bedarf. Insbesondere die individuell sehr unterschiedlich ausgeprägte Symptomvielfalt und das breite Spektrum an möglichen Schweregraden in Abhängigkeit von Diagnosealter, Sprachvermögen und kognitiven Fertigkeiten können den diagnostischen Prozess erschweren. Zudem zeigen viele Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen auch zahlreiche komorbide psychische Erkrankungen, die ebenfalls in Diagnostik und Therapie spezifisch berücksichtigt werden müssen. Da es sich bei Autismus-Spektrum-Störungen um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung mit meist lebenslangem Verlauf handelt, muss – in Abhängigkeit vom jeweiligen Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen – zwischen unterschiedlichen Fördermöglichkeiten die individuell passende ausgewählt werden.

Der vorliegende Leitfaden zu Autismus-Spektrum-Störungen bietet einen Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und gibt gleichzeitig wertvolle Hinweise zum konkreten diagnostischen und therapeutischen Vorgehen. Der Leitfaden basiert auf der kontinuierlichen wissenschaftlichen und praktischen Arbeit der Autorinnen im Autismus-Therapie- und Forschungszentrum der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters des Universitätsklinikums Frankfurt. Die Kapitel zur Diagnostik beruhen zudem auf den langjährigen Forschungsarbeiten und den aktuell veröffentlichten AMWF S3-Leitlinien „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik“. Da es für die Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen bisher keine deutschsprachigen Leitlinien gibt (der zweite Teil der AMWF S3-Leitlinie zur Therapie erscheint voraussichtlich 2018) stellt das vorliegende Werk eine wegweisende und aktuell sehr wichtige Orientierungshilfe für alle Personen dar, die mit Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen und ihren Familien professionell arbeiten. Durchgehend wurde auf eine ausreichende Evidenzbasierung (mindestens Grad 3; <http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>) des vorgestellten diagnostischen und therapeutischen Vorgehens geachtet. Neben den langjährigen praktischen Erfahrungen der Autorinnen sind in die Kapitel zu den therapeutischen Grundlagen auch Inhalte der englischen und schottischen Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung (NICE und SIGN Guidelines) sowie neuere wissenschaftliche Erkenntnisse der autismspezifischen Therapieforschung eingegangen.

Insgesamt unterteilt sich der Leitfaden in fünf Kapitel:

- 1** Zunächst wird im ersten Teil des Buches der aktuelle *Stand der Forschung* hinsichtlich ätiologischer, diagnostischer und therapeutischer Aspekte dargestellt.
- 2** Anschließend werden im zweiten Teil die *Leitlinien* zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in der Praxis erläutert:
 - Es werden konkrete und praktische Hinweise zu *Frühsymptomen, Screening und Diagnostik* von Autismus-Spektrum-Störungen gegeben.
 - Wann welcher Behandlungsansatz indiziert ist, wird in den *Leitlinien zur Behandlungsindikation* dargestellt.
 - Darauf aufbauend werden die *Leitlinien zur therapeutischen Behandlung* unter Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen (Eltern, Kind, Umfeld) sowie der unterschiedlichen kognitiven Voraussetzungen des Kindes/Jugendlichen vorgestellt.
- 3** Das dritte Kapitel beschreibt kurz und prägnant *Verfahren*, die zum Screening, zur Diagnostik oder zur Verlaufskontrolle eingesetzt werden können. Zudem werden evaluierte Therapie- und Förderansätze beschrieben.
- 4** Im vierten Kapitel sind ausgesuchte *Therapiematerialien* dargestellt.
- 5** Das Buch schließt mit dem fünften Kapitel mit zwei *Fallbeispielen* zur Veranschaulichung der Symptomatik, der Diagnostik und der Behandlung.

Dieser Leitfaden wird durch einen kompakten Ratgeber für Betroffene, Eltern und Lehrer (Cholemkery, Kitzerow, Soll & Freitag, 2017) ergänzt. Der Ratgeber informiert betroffene Familien und Fachpersonal in verständlicher und praxisnaher Sprache über alle wesentlichen Inhalte zum Thema der Autismus-Spektrum-Störungen und bietet zahlreiche Hinweise zu Unterstützungsmaßnahmen im Alltag, in der Schule und der psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung, sowie zu Kostenübernahmen.

Frankfurt am Main, Juli 2017

Christine M. Freitag, Janina Kitzerow,
Juliane Medda, Sophie Soll
und Hannah Cholemkery

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Symptomatik und Klassifikation	1
1.2	Differenzialdiagnosen	10
1.3	Komorbiditäten	12
1.4	Epidemiologie	14
1.5	Verlauf und prognostische Faktoren	15
1.6	Pathogenese	18
1.7	Screening und Diagnostik	20
1.7.1	Frühsymptome	21
1.7.2	Screening und orientierende klinische Evaluation	21
1.7.3	Diagnostik	22
1.8	Therapie	24
1.8.1	Psychoedukative Elterntrainings	25
1.8.2	Interventionen im Kleinkind- und Vorschulalter	27
1.8.3	Förderung von Kindern mit fehlender Sprache im Vor- und Grundschulalter	32
1.8.4	Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenz- minderung	34
1.8.5	Autismusspezifische Gruppentherapie zur Förderung sozialer Kompetenzen	36
1.8.6	Weitere Förderansätze	37
1.8.7	Pharmakotherapie	39
1.8.8	Unwirksame oder schädliche Therapieangebote	42
2	Leitlinien	43
2.1	Leitlinien zu (Früh-)Symptomen, Screening und Diagnostik	43
2.1.1	(Früh-)Symptome und Screening	43
2.1.2	Diagnostik	45
2.2	Leitlinien zur Behandlungsindikation	65
2.3	Leitlinien zur Therapie	70
2.3.1	Ethische und methodische Grundlagen	71
2.3.2	Psychoedukation, Elterntrainings und familienunterstützende Maßnahmen	78

2.3.3	Autismusspezifische Therapie im Vorschulalter und Förderung der Sprache	85
2.3.4	Psychotherapie ab dem Grundschulalter bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung	96
2.3.5	Behandlung von Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung	103
2.3.6	Pharmakotherapie	112
2.3.7	Schulische und berufliche Förderung	115
3	Verfahren zur Diagnostik und Therapie	118
3.1	Screening- und Diagnostikinstrumente	118
3.1.1	Screeninginstrumente	118
3.1.2	Diagnostikinstrumente	121
3.2	Elterntrainings	123
3.2.1	Elterntraining zur Anbahnung sozialer Kommunikation bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung (T-ASK)	124
3.2.2	Freiburger Elterntraining für Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen (FETASS)	124
3.2.3	Frankfurter Autismus-Elterntraining (FAUT-E)	125
3.3	Programme zur autismusspezifischen Frühintervention	126
3.3.1	Das Early Start Denver Model	126
3.3.2	Das Frankfurter Frühinterventionsprogramm für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (A-FFIP)	127
3.4	Soziale Kompetenztrainings	129
3.4.1	Auswahl sozialer Kompetenztrainings mit deutschem Manual	129
3.4.2	Soziales Kompetenztraining für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (SOSTA-FRA)	130
4	Materialien	133
M01	Merkblatt „Ich sage etwas aus durch...“	134
M02	Arbeitsblatt: Wochenauftrag – „Meine Gefühle ausdrücken, deine erkennen.“	135
M03	Methoden zur visuellen Strukturierung	136
M04	Beispielhafter Regelplan für Kinder mit Symbolverständnis	137
M05	SORKC-Schema	138

5	Fallbeispiele	139
5.1	Fallbeispiel Frühkindlicher Autismus: Eric	139
5.2	Fallbeispiel Asperger-Syndrom: Simon	144
6	Literatur	150

1 Stand der Forschung

1.1 Symptomatik und Klassifikation

Einleitung und Überblick zur Entwicklung der Begrifflichkeiten

Autismus-Spektrum-Störungen sind im letzten Jahrzehnt zunehmend sowohl in der klinischen Praxis, der Wissenschaft und der Öffentlichkeit diskutiert worden. Erstmals wurde der Begriff „Autismus“ 1911 von dem Schweizer Psychiater Bleuler verwendet. Die linguistische Zusammensetzung des Wortes beruht auf den Begrifflichkeiten „autos“ (selbst) und „ismos“ (Zustand) welche in der Kombination eine Orientierung auf das eigene Selbst beschreiben. Bleuler beschrieb mit dem Terminus allerdings nicht die heute unter „Autismus-Spektrum“ bekannten Symptomkonstellationen, sondern ein Grundsymptom der Schizophrenie: Die Zurückgezogenheit in die eigene Gedankenwelt als Ausdruck einer Kontaktstörung und eine daraus folgende Unmöglichkeit, das eigene Verhalten an die Umwelt anzupassen. Über 30 Jahre später erfolgten die ersten systematischen klinischen Beschreibungen. Der Terminus „Autismus“ wurde beinahe gleichzeitig und dennoch unabhängig voneinander von Leo Kanner (1943) und Hans Asperger (1944) im Sinne des heutigen Verständnisses verwendet. In seinen ersten Fallbeispielen beschreibt Kanner symptomatisch eine geringe soziale Reaktivität, Veränderungssensitivitäten, sprachliche Besonderheiten, intensives Interesse an unbelebten Objekten und das Fehlen des Bedürfnisses nach emotionalem Austausch. Ätiologisch nahm Kanner bereits eine angeborene Ursache an. Asperger beschrieb in seiner Habilitationsschrift ebenfalls eine angeborene Symptomatik mit Auffälligkeiten in der Kommunikation, des interaktiven Kontaktverhaltens, einer reduzierten Gestik und Mimik sowie zahlreichen sprachlichen Besonderheiten (u. a. Monologisieren und die Verwendung von Neologismen). Die Begrifflichkeit des Autismus wurde jedoch erst sehr viel später, im Jahr 1968, in das amerikanische Klassifikationssystem psychischer Störungen (DSM-II) unter den „Typischen Psychosen im Kindesalter“ aufgenommen. Die Abgrenzung von den psychotischen Störungen bezüglich Ätiologie, Beginn, Verlauf und Symptomatik erfolgte schließlich durch empirische Studien (u. a. Folstein & Rutter, 1977). Seit 1980 wurden Autismus-Spektrum-Störungen als eigenständige Erkrankungen unter dem Namen „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ klassifiziert (DSM-III). Im DSM-IV wurde erstmals auch das Asperger-Syndrom als eigenständige Diagnose in den Klassifikationskatalog aufgenommen. In den vergangenen 10 Jahren wurden zahlreiche Studien zur Frage diskutiert, ob die von Kanner und Asperger beschriebenen Störungen tatsächlich qualitativ oder quantitativ verschieden sind. Das Konzept „Autismus-Spektrum“ löst zunehmend die einzelnen Dia-

Entstehung
des
Autismus-
Begriffs

Aufnahme
in Klassifi-
kations-
systeme

gnosekategorien ab und wurde 2013 auch offiziell im amerikanischen Diagnosesystem (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015) eingeführt.

Symptomatik

- Symptomtrias** Die autistische Symptomatologie lässt sich durch die Symptomtrias aus Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der eingeschränkten, stereotypen und repetitiven Interessen und Verhaltensmuster definieren. Diese qualitativen Beeinträchtigungen sind situationsübergreifend, können jedoch in ihrem Ausprägungsgrad variieren. In den meisten Fällen bestehen Entwicklungsauffälligkeiten seit der frühesten Kindheit. Eine kognitive Beeinträchtigung (Intelligenzminderung) besteht ebenfalls bei etwa der Hälfte der Betroffenen (Baird et al., 2006). Zahlreiche somatische komorbide Erkrankungen können vorkommen (z. B. genetisches Syndrom oder Epilepsie). Die Störung muss jedoch unabhängig von der möglicherweise zugrunde liegenden somatischen Erkrankung oder einer möglichen Intelligenzminderung diagnostiziert werden. Die charakteristische Symptomatik der qualitativen Beeinträchtigungen stellt sich wie folgt dar.
- Gegenseitige Interaktion** *Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen Interaktion.* Auffälligkeiten in der Interaktion zeigen sich durch unangemessene Einschätzungen sozialer und emotionaler Signale. Dies kann sich beispielsweise in einem Ausbleiben einer Reaktion auf die Gefühle des Gegenübers ausdrücken oder auch dem Fehlen von Verhaltensmodulationen an verschiedene Situationskontexte. Soziale Signale wie Blickkontakt, Mimik und Gestik werden nur reduziert oder gar nicht zur Initiierung, Aufrechterhaltung oder Beendigung sozialer Kontakte eingesetzt. Interessen, Hobbys oder Gefühle werden nicht mit Gleichaltrigen geteilt. Es entsteht keine sozial-emotionale Wechselseitigkeit. Die Aufnahme von Beziehungen zu Gleichaltrigen ist aufgrund dessen sehr erschwert.
- Kommunikation** *Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation.* Beeinträchtigungen der Kommunikation betreffen den fehlenden sozialen und pragmatischen Gebrauch der oftmals reduziert vorhandenen sprachlichen Fertigkeiten. Die Sprachentwicklung ist häufig verzögert. Dabei wird nicht versucht, die Beeinträchtigung in der sprachlichen Entwicklung durch Gestik oder Mimik zu kompensieren. Qualitative Auffälligkeiten im Bereich der Kommunikation zeigen sich jedoch auch in einer fehlenden oder mangelhaften Gegenseitigkeit im Gesprächsaustausch. Die Sprachmelodie wird beispielsweise häufig nicht zur Modulation von Kommunikation verwendet (z. B. durch Stimmabsenkung und -hebung). Gestik, welche den sprachlichen Austausch betont (z. B. mit dem Finger auf etwas zeigen), fehlt häufig. Die Betroffenen sind nur eingeschränkt in der Lage, einen wechselseitigen sprachlichen Austausch zu beginnen oder aufrecht-

zuerhalten. Sprache wird oft stereotyp, repetitiv und idiosynkratisch angewendet. Beim Frühkindlichen Autismus finden sich in diesem Bereich der Beeinträchtigungen oft die Symptome der Echolalie und das Vertauschen von Personalpronomina. Beim Asperger-Syndrom sehen wir häufig einen sehr pedantischen, elaborierten sprachlichen Ausdruck und Schwierigkeiten beim Verständnis von Metaphern und Ironie bzw. Sarkasmus. Eine weitere Symptomatik in diesem Bereich drückt sich durch einen Mangel im spontanen sozial imitierenden und „So-tun-als-ob-Spiel“ aus. Kreativität und Fantasie fehlen im Denkprozess oder sind nur geringfügig ausgeprägt.

Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster; Interessen und Aktivitäten. Symptomatisch ist das umfassende Beschäftigen der Betroffenen mit häufig mehreren stereotypen und begrenzten Interessen und Aktivitäten. So finden sich häufig stereotype Beschäftigungen mit ungewöhnlichen Interessen (z. B. Fahrpläne, geografische Details), aber auch intensives Ausüben von alterstypischen Interessen, wie z. B. die Beschäftigung mit bestimmten filmischen Figuren (z. B. aus Star Wars oder Pokémon), Computern oder Dinosauriern. Der Alltag wird oft sehr starr, routiniert und zwanghaft ritualisiert ausgeführt. Werden die gewohnten Abläufe unterbrochen, zeigt sich oft Widerstand, reaktives auto- oder fremdaggressives Verhalten bei Veränderungen sind möglich. Besonders in der frühen Kindheit finden sich spezifische Bindungen an ungewöhnliche Objekte (z. B. Legoteile), dies sind typischerweise keine weichen, kuscheligen Materialien. Symptomatisch sind auch wiederkehrende, ungewöhnliche, motorische Bewegungen (z. B. Hand- und Fingermanierismen, Flattern, Jaktieren) und ein auffälliges Interesse an nicht funktionalen Teilelementen eines Objekts (z. B. Geruch, Geschmack, Vibration, Oberflächenbeschaffenheit).

Stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten

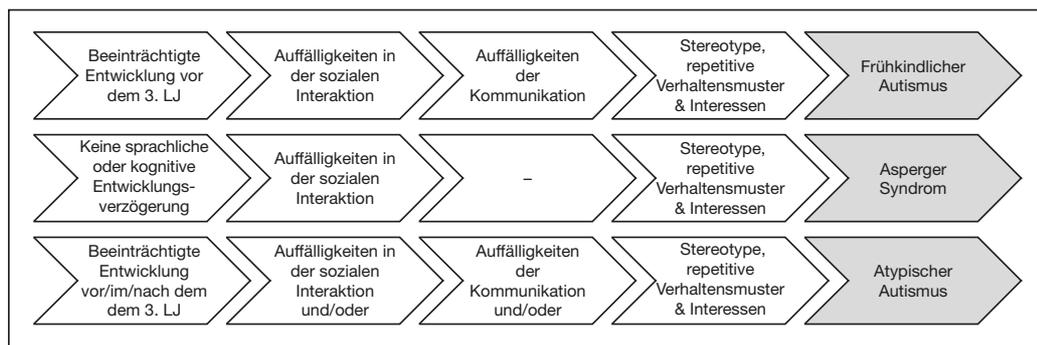
Klassifikation

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es einige Diskrepanzen zwischen der Einordnung der Symptomatik in das von der American Psychiatric Association (APA) 2013 publizierte DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und das von der Weltgesundheitsorganisation 1992 veröffentlichte Klassifikationssystem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Wir gehen im Folgenden getrennt auf beide Klassifikationssysteme ein.

Diskrepanzen zwischen ICD-10 und DSM-5 Klassifikationen

ICD-10-Klassifikationskriterien

In der ICD-10 (WHO, 1992) werden die Autismus-Spektrum-Störungen Frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und Atypischer Autismus unter den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen getrennt aufgeführt.

**Diagnosen
nach ICD-10**

Abbildung 1: Diagnostischer Pfad der Autismus-Subtypen nach ICD-10

Tiefgreifende Entwicklungsstörung

Mit der Begrifflichkeit der Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sollte deutlich gemacht werden, dass es sich um eine überdauernde, schwere, vielfältige Bereiche umfassende und somit den gesamten Entwicklungsverlauf betreffende Erkrankung handelt. Die Einteilung der Subtypen entspricht einer unterschiedlich angenommenen Symptomkonstellation und Schwere (vgl. Abbildung 1). Alle Betroffenen zeigen jedoch phänotypische Überschneidungen mit der Kategorie „Autismus“. Die Grundlage der diagnostischen Einteilung bildet die oben beschriebene Symptomtrias.

Frühkindlicher Autismus

Die diagnostischen Kriterien für den *Frühkindlichen Autismus (F84.0)* sind wie folgt definiert: Es liegt bereits vor dem dritten Lebensjahr eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung vor. Es besteht ein charakteristisches Muster an Funktionsbeeinträchtigungen in allen drei psychopathologischen Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der stereotypen, repetitiven und eingeschränkten Interessens- und Verhaltensmuster. Für die Diagnose müssen neben der beeinträchtigten Entwicklung vor dem dritten Lebensjahr insgesamt mindestens sechs Symptome aus den drei Bereichen der Symptomtrias vorliegen. In Kasten 1 sind die Diagnosekriterien nach ICD-10 im Einzelnen aufgeführt. Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich oft eine Vielzahl weiterer, unspezifischer Probleme, wie Angststörungen, Schlaf- und Essstörungen, aggressive und autoaggressive Verhaltensweisen. Die Störung findet sich dabei etwa drei- bis viermal häufiger bei Jungen als bei Mädchen (Fombonne, 2005).

Kasten 1: Diagnostische Kriterien für Autismus (F84.0) gemäß ICD-10

**Diagnosekriterien
Autismus
nach ICD-10**

- A. Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 1. Rezeptive oder expressive Sprache wie sie in der sozialen Kommunikation verwandt wird.
 2. Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion.
 3. Funktionales oder symbolisches Spielen.
- B. Insgesamt müssen mindestens 6 Symptome von (1), (2) und (3) vorliegen, davon mindestens zwei von (1) und mindestens je eins von (2) und (3):

1. Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion in mindestens drei der folgenden Bereiche:
 - a. Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden.
 - b. Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise, trotz hinreichender Möglichkeiten).
 - c. Mangel an sozial-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens.
 - d. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z. B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären).
 2. Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 - a. Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation (vorausgehend oft fehlendes kommunikatives Geplapper).
 - b. Relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau), bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt.
 - c. Stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen.
 - d. Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob-Spielen oder (bei jüngeren Betroffenen) sozialen Imitationsspielen.
 3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 - a. Umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalte und Schwerpunkt abnorm sind; es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln.
 - b. Offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale.
 - c. Stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers.
 - d. Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z. B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration).
- C. Das klinische Bild kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zugeordnet werden, einer spezifischen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache (F80.2) mit sekundären sozial-emotionalen Problemen, einer reaktiven Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.1), einer Intelligenzminderung (F70-F72) mit einer emotionalen oder Verhaltensstörung, einer Schizophrenie mit ungewöhnlich frühem Beginn oder einem Rett-Syndrom (F84.2).

Die diagnostischen Kriterien des *Atypischen Autismus (F84.1)* entsprechen denjenigen des Frühkindlichen Autismus mit dem Unterschied, dass entweder das Manifestationsalter verspätet (nach dem dritten Lebensjahr) und/oder eines der Diagnosekriterien (wechselseitige Interaktion, Kommunikation, stereotype/repetitive Verhaltensweisen) nicht erfüllt ist.

**Atypischer
Autismus**

Das bedeutet, der Autismus manifestiert sich entweder mit untypischem Erkrankungsalter oder mit untypischer Symptomausprägung.

Asperger-Syndrom

Unter F84.5 klassifiziert die ICD-10 das *Asperger-Syndrom*. Unter dem Asperger-Syndrom wird dieselbe Form qualitativer Beeinträchtigungen der wechselseitigen, sozialen Interaktion definiert, die auch für den Frühkindlichen Autismus typisch ist. Hinzu kommen eingeschränkte, stereotype und repetitive Interessen und Verhaltensmuster. Das Asperger-Syndrom unterscheidet sich vom Frühkindlichen Autismus durch das Fehlen einer Entwicklungsverzögerung. Damit ist insbesondere gemeint, dass keine eindeutige sprachliche Entwicklungsauffälligkeit und keine kognitive Entwicklungsverzögerung in den ersten drei Lebensjahren bestehen. Trotz der normgerechten Sprachentwicklung finden sich häufig Auffälligkeiten in der Sprachmelodie, der Intonation und dem sprachlichen Ausdruck. Der Sprachstil ist oftmals sehr förmlich. Diese Symptomatik bildet jedoch kein Diagnosekriterium. Das frühkindliche adaptive Verhalten, Selbsthilfefertigkeiten und Neugierde an der Umgebung entsprechen in den ersten drei Lebensjahren einer normalen intellektuellen Entwicklung. Eine motorische Ungeschicklichkeit fällt häufig auf, ist jedoch ebenfalls kein Diagnosekriterium. Auch spezifische, isolierte Inselbegabungen, oft verbunden mit einer auffällig intensiven Beschäftigung mit dem speziellen Bereich, sind fakultative Kriterien. Üblicherweise besitzen Patienten mit Asperger-Syndrom eine unbeeinträchtigte Intelligenz. Die Symptomatik tritt wesentlich häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf (etwa 8:1), wobei von einer Unterdiagnostizierung der Mädchen auszugehen ist. Auch die zu berücksichtigenden Differenzialdiagnosen (vgl. Kriterium D) unterscheiden sich von denen des Autismus. Die diagnostischen Kriterien sind wie folgt definiert (vgl. Kasten 2):

Kasten 2: Diagnostische Kriterien für das Asperger-Syndrom (F84.5) gemäß ICD-10

Diagnosekriterien Asperger-Syndrom nach ICD-10

- A. Es fehlt eine eindeutige, klinische allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder des kognitiven Entwicklungsniveaus. Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und Neugierde an der Umgebung entsprechen während der ersten drei Lebensjahren einer normgerechten Entwicklung. Motorische Entwicklungsauffälligkeiten und isolierte Spezialfertigkeiten können auftreten, sind für die Diagnosestellung jedoch nicht notwendig.
- B. Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion (gemäß den Kriterien für Autismus).
- C. Ein ungewöhnlich intensives umschriebenes Interesse oder begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten den Autismus-Kriterien entsprechend. Motorische Manierismen und die Beschäftigung mit nicht funktionalen Elementen von Teilobjekten der Spielmaterialien sind eher ungewöhnlich.
- D. Die Störung kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer schizotypen Störung (F21), einer Schizophrenia simplex (F20.6), einer reaktiven Bindungsstörung (F94.1) oder einer Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2), einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung (F60.5) oder einer Zwangsstörung (F42) zugeordnet werden.

Neben den drei Diagnosen des autistischen Spektrums (Frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und Atypischer Autismus, vgl. Abbildung 1) werden in der ICD-10 noch die Diagnosen des Rett-Syndroms (F84.2), der sonstigen desintegrativen Störung des Kindesalters (F84.3), der überaktiven Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F84.4) und die sonstigen (F84.8) bzw. nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84.9) unter dem Überbegriff der Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen aufgeführt. Das Rett-Syndrom ist mittlerweile eine molekulargenetische Diagnose mit einem spezifischen genetischen Befund. Bezüglich der anderen beiden Krankheitsbilder liegen praktisch keine Studien vor. Es ist anzunehmen, dass die desintegrative Störung auf bisher unbekannte neurodegenerative Prozesse zurückzuführen ist. Die überaktive Störung kommt häufig bei schwerer Intelligenzminderung vor. *Diese fünf Diagnosekategorien (F84.2, F84.3, F84.4, F84.8 und F84.9) werden in diesem Leitfaden nicht berücksichtigt*, da sie weder bezüglich der Diagnostik noch bezüglich der Therapie mit den Autismus-Spektrum-Störungen Frühkindlicher Autismus (F84.0), Atypischer Autismus (F.84.1) oder Asperger-Syndrom (F84.5) vergleichbar sind.

Weitere tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)

Aufgrund der Komplexität der psychischen Erkrankungen und insbesondere der Variabilität des autistischen Phänotyps ist die Klassifikation anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) unbedingt empfehlenswert. Als logische und empirisch basierte Erweiterung des ICD-10-Klassifikationsschemas werden zusätzliche Entwicklungsschwierigkeiten oder körperliche Erkrankungen kodiert. Dies ist neben der diagnostischen Einordnung der Schwere der Symptomatik insbesondere auch zur Erfassung komorbider psychischer Störungen und körperlichen Erkrankungen sowie zur Therapieplanung sinnvoll. Auf der ersten Achse werden als klinisch-psychiatrische Diagnosen der ICD-10 auch die psychiatrischen Komorbiditäten kodiert. Die zweite Achse erfasst umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Dyskalkulie, Lese- und Rechtschreibstörungen), was insbesondere für die schulischen Fördermaßnahmen bedeutsam ist. Auf der dritten Achse wird das Intelligenzniveau erfasst. Auch diese Einordnung ist für die Einschätzung von Unter-/Überforderungen im schulisch-beruflichen Kontext unerlässlich. Die körperliche Symptomatik (bspw. Epilepsie, genetischer Befund) wird auf der vierten Achse verschlüsselt. Das bedeutet, dass eine Autismus-Spektrum-Störung auch dann auf der ersten Achse vergeben werden kann, wenn eine möglicherweise ursächliche körperliche Erkrankung vorliegt. Die aktuellen psychosozialen Lebensumstände wie beispielsweise eine psychische Erkrankung eines Elternteils, Betreuung durch Pflegeeltern oder akute belastende Lebensereignisse werden auf

Empfehlung: Nutzung von MAS

Kodierung auf sechs Achsen

der fünften Achse verschlüsselt. In der Zusammenschau der psychischen, sozialen und schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit des Patienten wird auf der letzten Achse das psychosoziale Funktionsniveau auf einer Skala von 0 (unauffällige Funktionen in allen sozialen Bereichen) bis 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung mit bspw. der ständigen Gefahr für sich selbst oder andere) klassifiziert (vgl. Kasten 3).

Kasten 3: Das Multiaxiale Klassifikationsschema

Die Bereiche des Multiaxialen Klassifikationsschemas:

- Achse I: Klinisch-psychiatrische Diagnosen
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Achse III: Intelligenzniveau
- Achse IV: Körperliche Symptomatik
- Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse VI: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

DSM-5-Klassifikationskriterien

**Kategorie
Autismus-
Spektrum-
Störung
statt unter-
schiedliche
Diagnosen**

Nach einer vollständigen Überarbeitung des DSM-IV-TR (2000) werden die bisher als tiefgreifenden Entwicklungsstörungen klassifizierten „Autistic Disorder“, „Asperger’s Disorder“ und „Pervasive Developmental Disorder-not otherwise specified“ im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) unter der diagnostischen Kategorie der Autismus-Spektrum-Störung („Autism Spectrum Disorder“) zusammengefasst. Die Diagnose des Rett-Syndroms wird im DSM-5 nicht mehr unter den Autismus-Spektrum-Störungen eingeordnet, sondern kann als zusätzlich bestehende genetische Erkrankung kodiert werden. Die „Sonstige desintegrative Störung des Kindesalters“ wurde ersatzlos gestrichen. Die ICD-10-Diagnose „Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien“ wird weiterhin unter der Diagnose „Stereotype Bewegungsstörung“ an anderer Stelle klassifiziert. Neu eingeführt wurde die Diagnose „Social (pragmatic) communication disorder“. Sie wird bei Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation bei gleichzeitigem Fehlen von restriktiven, repetitiven Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten vergeben. Die Validität dieser Diagnose muss in zukünftigen Studien noch überprüft werden (Freitag, 2014).

**Symptom-
dyade statt
Symptom-
trias**

Als weitere Änderung wurde die Symptomtrias auf eine Symptomdyade reduziert. Die Kriterien der Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation werden nun unter der Domäne A („Social communication impairments“) zusammengefasst. Diese Änderung erfolgte auf der Basis faktorenanalytischer Studien zur autistischen Symptomatik (u. a. Frazier et al., 2012; Grzadzinski, Huerta & Lord, 2013). Die zweite Symptomdomäne B besteht weiterhin aus den restriktiven, repetitiven Verhaltensweisen und Interessen als eigenständigem Faktor. Die stereotype Sprache wird im Zuge der neu evaluierten Symptomfaktoren der Domäne B und nicht

mehr den Kommunikationsbeeinträchtigungen zugeordnet. Die Domäne B wird zusätzlich um die Symptome des Insistierens auf Routinen und der hohen/reduzierten Reaktivität auf sensorischen Input ergänzt. Neben den Domänen A und B enthält das DSM-5 noch zwei weitere Domänen. Die Domäne C verlangt, dass die Symptomatik aus den ersten beiden Domänen bereits in der frühen Entwicklung vorliegt, nicht jedoch zwingend in den ersten drei Lebensjahren. In der Domäne D wird festgelegt, dass die Symptome zu einer klinisch bedeutsamen Behinderung in sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen Alltagsbereichen führen müssen. Eine letzte Domäne (E) enthält einen Katalog an zu berücksichtigenden Differenzialdiagnosen analog zur ICD-10. In Kasten 4 sind die wichtigsten Aspekte der Diagnosekriterien (A bis D) einer Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 zusammengefasst dargestellt. Die vollständigen diagnostischen Kriterien sowie der genaue Wortlaut der Kriterien können APA (2013; deutsche Version: APA/Falkai et al., 2015) entnommen werden.

Kasten 4: Auszug aus den Diagnosekriterien (Domäne A bis D) einer Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5

1. *Domäne A:* Persistierende Defizite in sozialer Interaktion und Kommunikation über verschiedene Kontexte hinweg in allen folgenden drei Bereichen:
 - a. Defizite in der sozial-emotionalen Reziprozität
 - b. Defizite in nonverbalen, kommunikativen Verhaltensweisen, die in sozialen Interaktionen notwendig sind
 - c. Schwierigkeiten bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Freundschaften
2. *Domäne B:* Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens zwei der folgenden Kategorien:
 - a. stereotype und repetitive Sprache, Motorik oder Einsatz von Objekten
 - b. zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen und Rituale (verbal oder nonverbal); große Schwierigkeiten mit Veränderungen
 - c. sehr restriktive und begrenzte Interessen, die in Inhalt oder Schwerpunkt abnorm sind
 - d. sehr hohe/sehr geringe Reaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Teilobjekten
3. *Domäne C:* Die Auffälligkeiten müssen seit früher Kindheit bestehen, die volle Ausprägung ist jedoch nicht notwendig.
4. *Domäne D:* Die Zusammenschau der Auffälligkeiten muss den normalen Alltag einschränken und beeinträchtigen.

Diagnosekriterien nach DSM-5

Bezüglich der diagnostischen Validität der neuen Klassifikationskriterien zeigen erste Studien unterschiedliche Ergebnisse. In einer Feldstudie zu einem ersten Entwurf der DSM-5-Kriterien lag die Sensitivität (Patienten werden korrekt als erkrankt eingestuft) vor allem bei Patienten mit vorherigem Asperger-Syndrom bzw. vorherigem Atypischem Autismus in einem sehr geringen Bereich (< 30%), während die Spezifität (nicht an Autismus-Spektrum-Störung erkrankte werden auch als solche richtig eingestuft) in einem sehr guten Bereich (95%) lag. Andere Studien zeigten hingegen höhere Werte zur Sensitivität und ähnliche Werte zur Spezifität, v. a. wenn die DSM-5-Kriterien weniger streng angewendet

Erste Studien zur diagnostischen Validität

wurden (Barton, Robins, Jashar, Brennan & Fein, 2013; Frazier et al., 2012; Huerta, Bishop, Duncan, Hus & Lord, 2012).

1.2 Differenzialdiagnosen

Eine Abgrenzung zu anderen psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen ist bei der Diagnosestellung der autistischen Störungen wichtig und nicht immer einfach. Zahlreiche der nachfolgend beschriebenen Differenzialdiagnosen kommen auch als komorbide Erkrankungen vor (siehe Kapitel 1.3).

ADHS *Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS, ICD-10: F90.0/F98.8).* Kinder und Jugendliche mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung können ebenfalls Interaktionsprobleme mit Gleichaltrigen zeigen (Taurines et al., 2012). Allerdings zeigen sie eine erhaltene Wechselseitigkeit der Kommunikation, die Fähigkeit, spontan Freude mit anderen zu teilen sowie ein Fehlen von stereotypen Verhaltensmustern.

**Störungen
des Sozial-
verhaltens**

Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens (ODD, ICD-10: F91.3). Bei autistischen Patienten können manche Verhaltensweisen, wie z. B. rigides Beharren auf vorher Vereinbartem und Wutausbrüche in Situationen sozialer Überforderung fälschlicherweise zu der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens führen (Cholemkery, Kitzerow, Rohrman & Freitag, 2014). Differenzialdiagnostisch sind sowohl die spezifischen Symptome von Autismus-Spektrum-Störungen sowie deutlich ausgeprägte absichtliche Regelverletzungen bei ODD wegweisend.

Störung des Sozialverhaltens mit und ohne soziale Bindungen (ICD-10: F91.1/F91.2). Klinisch kann eine eingeschränkte Empathiefähigkeit bei Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen und Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens vorliegen (Schwenck et al., 2014). Auch die Fremdattribution von Verantwortung ist häufig bei beiden Krankheitsbildern zu finden. Wichtige Unterscheidungsmerkmale sind die zielgerichtete Aggression, Gleichgültigkeit bei einem Schaden des Gegenübers sowie das vorhandene soziale Verständnis mit erhaltenen Fertigkeiten, sich kognitiv in andere Personen hineinversetzen zu können, bei Störungen des Sozialverhaltens. Klassische Symptome einer Störung des Sozialverhaltens, wie Weglaufen oder auch verbal und körperlich aggressives Verhalten kommen bei Autismus-Spektrum-Störungen ebenfalls vor. In der Regel erklärt eine Verhaltensanalyse unter Berücksichtigung autismusspezifischer Einschränkungen („O-Variable“ im SORKC-Schema) die auslösenden Faktoren. Im Rahmen der Diagnostik zeigte sich eine hohe Validität der Kombination des SRS (Bölte & Poustka, 2008) mit der CBCL (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014) sowie dem FBB-SSV (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008), um hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen von Störungen des Sozialverhaltens zu unterscheiden (Cholemkery et al., 2014).

**Differenzial-
diagnosti-
sche Ab-
grenzung
mittels SRS
und
FFB-SSV**

Zwangserkrankungen (ICD-10: F42). Bei dem Vorliegen ausgeprägter stereotyper und repetitiver Handlungen können ein Fehlen von Zwangshandlungen, Zwangsgedanken, Ich-Dystonie sowie eines Unvollständigkeitsgefühls zum Ausschluss einer Zwangsstörung dienen (Ruzzano, Borsboom & Geurts, 2015).

Zwangserkrankungen

Angsterkrankungen (ICD-10: F40), Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10: F93.2), selektiver Mutismus (ICD-10 F94.0). Rückzügigkeit, Festhalten an Routinen und Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion können die Unterscheidung zu Patienten mit Angsterkrankungen (insbesondere sozialer Phobie und selektivem Mutismus) erschweren (Cholemkery, Mojica, Rohrman, Gensthaler & Freitag, 2014). Wesentliche Unterscheidungsmerkmale sind die erhaltenen kommunikativen Fähigkeiten und die soziale Reaktivität (in vertrauten Situationen) bei Angststörungen/selektivem Mutismus sowie die angstspezifische körperliche Symptomatik (Erröten, Bauchschmerzen, Herzrasen etc.).

Angsterkrankungen

Depressive Episoden (ICD-10: F32, F33). Rückzügigkeit, Interessensverlust und eingeschränkte Nutzung von Sprache können sowohl bei Patienten mit einer autistischen Störung als auch bei depressiven Patienten vorliegen (NICE, 2011). Differenzialdiagnostisch ist der Krankheitsverlauf wegweisend, da depressive Störungen in der Regel episodisch verlaufen.

Depressive Episoden

Essstörungen (ICD-10: F50). Insbesondere selektives Essverhalten kann sowohl bei Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen als auch bei Patienten mit Essstörungen vorliegen. Dabei beschränken sich Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen häufig auf eine kleinere Anzahl bekannter Lebensmittel, die beispielsweise nach Struktur, Darreichungsform und Essutensilien ausgewählt werden (Schreck, Williams & Smith, 2004).

Selektives Essverhalten

Schizophrene Psychose, andere psychotische Störungen (ICD-10: F20, F23). Die Abgrenzung autistischer Störungen gegenüber psychotischen Störungen gelingt bei Patienten mit Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, Rückzügigkeit, Sprachauffälligkeiten (z. B. eigenartige Wortwahl) und bizarr anmutenden Denkprozessen durch die sorgfältige Erhebung der frühkindlichen Entwicklungsanamnese sowie des Störungsverlaufs (NICE, 2011).

Psychotische Störungen

Reaktive Bindungsstörung (ICD-10: F94.1), Bindungsstörung mit Enthemmung (ICD-10: F94.2). Bindungsstörungen können insbesondere durch die Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion ähnlich den autistischen Störungen imponieren, unterscheiden sich jedoch meist durch das wenig selektive Bindungsverhalten und die für die Vergabe der Diagnose „Bindungsstörung“ geforderte auffällige Sozialanamnese.

Bindungsstörungen

Sprachstörungen (ICD-10: F80.1, F80.2). Rezeptive oder expressive Sprachstörungen sind durch die bei den betroffenen Kindern vorhande-

Sprachstörungen

nen nonverbalen sozialen Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten sowie fehlendem stereotypem Verhalten von Autismus-Spektrum-Störungen zu unterscheiden (Gibson, Adams, Lockton & Green, 2013).

Intelligenzminderung

Intelligenzminderung ohne Autismus (ICD-10: F7). Die Differenzialdiagnostik zwischen Kindern mit Intelligenzminderung mit oder ohne Autismus ist insbesondere bei Kleinkindern sehr schwierig. Beide Gruppen fallen häufig durch eine allgemeine Entwicklungsverzögerung, Stereotypien und Sprachentwicklungsverzögerungen auf. Wichtig für die Differenzialdiagnostik ist die sorgfältige Anamneseerhebung und Verhaltensbeobachtung mit Fokus auf vorliegende autistypische Kommunikations- oder Interaktionsstörungen. Hier konnte bei Kleinkindern insbesondere bezüglich der gemeinsamen Aufmerksamkeit (joint attention) ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden (Ventola et al., 2007). Eine Differenzialdiagnostik bei $IQ < 30$ ist in der Regel nicht mehr möglich.

Verlust von Fähigkeiten

Abgrenzungen zu Störungen mit Entwicklungsrückschritt. Es gibt zahlreiche, überwiegend genetisch bedingte neuropsychiatrische Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten können und in der Regel sehr selten sind. Sollte bei einem Kind ein Verlust von Fähigkeiten in den ersten 4 Lebensjahren auftreten, müssen neurologische Grunderkrankungen, insbesondere epileptische Syndrome, beachtet und ausgeschlossen werden. Allerdings kommt auch bei ca. 30 % aller Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen insbesondere im 2. bis 3. Lebensjahr ein Verlust von Fähigkeiten vor, der in der Regel nicht ursächlich geklärt werden kann (Barger, Campbell & McDonough, 2013).

1.3 Komorbiditäten

Autismus-Spektrum-Störungen gehen mit einer hohen Anzahl an Komorbiditäten einher (Simonoff et al., 2008). Als „Komorbidität“ werden zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare psychische und organische Erkrankungen bezeichnet. Diese Erkrankungen müssen bei der Diagnostik berücksichtigt werden, da sie in der Regel einer gesonderten Behandlungsmaßnahme bedürfen.

Komorbidie psychische Störungen

Ca. 70% zusätzliche psychische Erkrankung

Eine populationsbasierte Studie bei 10- bis 14-jährigen Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung in Großbritannien (Simonoff et al., 2008) zeigte, dass etwa 70 % der Kinder eine zusätzliche psychische Erkrankung aufwiesen. Bei ca. 40 % der Kinder kamen mindestens zwei Komorbiditäten vor (3-Monatsprävalenz). Die höchste Prävalenz ($> 40\%$) wurde für den Bereich der Angststörungen (diagnostiziert nach DSM-