

Einleitung

Kathleen Mulrooney, Miri Keren und Joy D. Osofsky

Es ist sowohl eine Ehre als auch eine Freude, diese Zusammenstellung von Fallbeispielen als Ergänzungsband zur *DC:0–5: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit*¹ (DC:0–5; ZERO TO THREE, 2016) zu präsentieren. Seit der Veröffentlichung der DC:0–5 wurde von Kliniker:innen weltweit der Ruf nach einem begleitenden Fallbuch laut, um das Verständnis für klinische Störungen in der frühen Kindheit zu verbessern (insbesondere für die neueren, in der DC:0–5 enthaltenen Störungen). Die in diesem Fallbuch enthaltenen Fallbeispiele entsprechen sowohl dem ursprünglichen DC:0–5-Handbuch als auch der aktualisierten Version *DC:0–5: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit* (Version 2.0; ZERO TO THREE, 2021). Ebenso waren Kliniker:innen an einem Fallbuch interessiert, um die Anwendung des multiaxialen Systems und des kultursensiblen/ beziehungsorientierten Ansatzes besser zu verstehen, der für die DC:0–5 zur Diagnosestellung grundlegend ist. Wir haben uns bemüht, repräsentative Fallbeispiele aus der Praxis von einer kulturell vielfältigen, internationalen und multidisziplinären Gruppe von Autor:innen zu sammeln.

Die DC:0–5 ist die dritte diagnostische Klassifikation für seelische Gesundheit und Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit, die von ZERO TO THREE veröffentlicht wurde. Auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit der frühen Kindheit und der Diagnostik gab es im Laufe der Jahrzehnte erhebliche Fortschritte durch die Anwendung der Nosologien der *DC:0–3: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit* (DC:0–3; ZERO TO THREE, 1994), der *DC:0–3R: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit*, überarbeitete Ausgabe (DC:0–3R; ZERO TO THREE, 2005), und der DC:0–5 (ZERO TO THREE, 2016, 2021). Wir sind uns im Klaren darüber, dass sogar sehr junge Kinder mit seelischen Gesundheits- und Entwicklungsproblemen zu kämpfen haben, was wiederum beim Kind selbst als auch bei seiner Familie zu klinisch relevanten Beeinträchtigungen führen kann. Die Symptome von jungen Kindern unterscheiden sich häufig von denen älterer Kinder oder Erwachsener. Der diagnostische Prozess kann sich nicht nur auf die Berichte der Kinder stützen (da viele in dieser Altersgruppe sich noch gar nicht oder nur unzureichend verbal ausdrücken können), sondern auch auf die Beurteilung der Beziehungen des Kindes mit seinen wichtigsten Bezugspersonen sowie

1 Anm. d. Übers.: Die deutsche Übersetzung der DC:0–5 ist 2019 erschienen: ZERO TO THREE (2019). *DC:0–5: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer

auf eine sorgfältige Verhaltensbeobachtung. Die etablierten diagnostischen Klassifizierungssysteme – das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (3., überarb. Aufl. [DSM-III-R]; 4. Aufl. [DSM-IV] und 5. Aufl. [DSM-5]; American Psychiatric Association, 1987, 1994, 2013) und die *Internationale Klassifikation der Krankheiten* (10. Aufl. [ICD-10] und 11. Aufl. [ICD-11]; Weltgesundheitsorganisation, 1992, 2019) – berücksichtigen das Spektrum der psychischen Störungen in der frühen Kindheit nicht angemessen und liefern keine aussagekräftigen, altersgerechten Beispiele für diagnostische Kriterien.

Die DC:0–5 stellt eine wesentliche Verbesserung gegenüber den früheren Publikationen DC:0–3 und DC:0–3R dar, da sie als eigenständiges, »freistehendes« Klassifikationssystem (Nosologie) konzipiert ist, das alle diagnostischen Kategorien und alle aktuellen, empirisch fundierten psychischen Störungen enthält, die in der frühen Kindheit auftreten können.

Darüber hinaus behielt die DC:0–5 ihren multiaxialen Rahmen bei – der wichtige Daten für ein transaktionales Modell des Verständnisses und der Verwendung diagnostischer Fallformulierungen in Bereichen wie Beziehungskontext (Achse II), körperliche Gesundheit und Krankheiten (Achse III), psychosoziale Stressoren (Achse IV) und Entwicklungskompetenzen (Achse V) erfasst – und stellt gleichzeitig die kulturelle Fallformulierung als integralen Bestandteil einer umfassenden diagnostischen Einschätzung in den Mittelpunkt. Die DC:0–5 war weltweit für den Gebrauch von Fachleuten aus verschiedenen klinischen Disziplinen wie Psychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit, Beratung, Pädiatrie, Krankenpflege und Frühinterventionstherapie gedacht. Sie sollte nicht nur von Klinikern verwendet werden, die sich auf die seelische Gesundheit von jungen Kindern spezialisiert haben, sondern auch das Bewusstsein anderer Fachleute erweitern, die sich nicht mit dieser Thematik befassen oder erst seit kurzem mit dieser Zielgruppe in Berührung gekommen sind, um ein besseres Verständnis der psychischen Gesundheit und der Entwicklungsstörungen von der Geburt bis zum Alter von fünf Jahren zu erlangen. Dieses Fallbuch stellt eine Bereicherung für das Themengebiet der psychischen Gesundheit von jungen Kindern dar, da es die Arbeit und die Erfahrungen einer Gruppe von Autor:innen aus den USA und der ganzen Welt widerspiegelt, die in kultureller und beruflicher Hinsicht sehr unterschiedlich sind und die eine Vielzahl von Disziplinen und Arbeitsbereichen abdecken. Die Fallbeispiele sind ebenso reichhaltig und vielfältig. Es werden Fallvignetten von Säuglingen im Alter von 5 Monaten bis hin zu Kindern im Vorschulalter (3–5 Jahre) vorgestellt. Die Fälle sind auch repräsentativ für kulturell breit gefächerte, vielfältige und komplexe Überlegungen, einschließlich der Einbindung in Kinderschutzmaßnahmen, komplexer medizinischer Probleme und der Erfahrung von komplizierter Trauer. Für jede der acht diagnostischen Kategorien² von klinischen Störungen wird mindestens ein Fallbeispiel vorgestellt. Die psychische Gesundheit von jungen Kindern muss im Kontext von Familie, Gemeinschaft, Gesellschaft und Kultur verstanden werden. Vielfalt, Chancengleichheit in Bezug auf die Hautfarbe, Fragen von Macht und Privilegien, implizite und explizite

2 Anm. d. Übers.: Diese Angabe bezieht sich auf das englischsprachige Original (ZERO TO THREE, 2016, 2021).

Voreingenommenheit und andere damit zusammenhängende kulturelle Kontexte werden in den Fallstudien kultursensibel untersucht und exploriert.

Fallbeispiele sind seit langem als wichtiges Instrument für das Lernen, die Entwicklung von Hypothesen, die Anwendbarkeit und die Veränderung klinischer Vorgehensweisen bekannt (Agha & Rosin, 2010; Kidd & Hubbard, 2007; Nissen & Wynn, 2014). Obwohl es keine Garantie dafür gibt, dass sich die Erkenntnisse aus einer Fallvignette allgemein auf andere ähnliche Fälle übertragen lassen, wird aus diesen Schlussfolgerungen doch die Betrachtung von Ähnlichkeiten und Unterschieden sowie die Untersuchung von klinischen Ansätzen und Überlegungen möglich. Das *DC:0–5-Fallbuch* bietet einen multiaxialen diagnostischen Ansatz mit speziellen Überlegungen für diesen sehr frühen Altersabschnitt sowie für kulturelle, umweltbedingte, konstitutionelle, entwicklungsbedingte und beziehungsbezogene Aspekte.

Das *DC:0–5-Fallbuch* soll nicht nur das Verständnis für psychischen Störungen fördern, sondern auch das Verständnis für die Verwendung und Bedeutung des multiaxialen Systems zur Erfassung der umfassenden diagnostischen »Geschichte« des Kindes und der Familie. Das *Fallbuch* ist daher in fünf Teile gegliedert:

- Teil I, der sich auf Fallbeispiele konzentriert, die spezifische klinische Störungen illustrieren;
- Teil II, der Fallbeispiele enthält, die den multiaxialen Rahmen und Ansatz verdeutlichen;
- Teil III, der sich auf Fälle mit starkem kulturellem Kontext und die damit verbundenen Überlegungen konzentriert;
- Teil IV, der die Komorbidität in der klinischen Diagnose veranschaulicht; und
- Teil V, der ein Fallbeispiel enthält, in dem die Umsetzung der DC:0–5 in der Politik und im System beschrieben wird.

Jeder Abschnitt des Fallbuchs ist untergliedert in die Darstellung einer Fallvignette, einer Fallkonzeption und einer diagnostischen Zusammenfassung und schließt mit einer Diskussion und einigen Fragen ab, über die der:die Leser:in im Zusammenhang mit der Fallvignette und den aufgeworfenen klinischen Fragen nachdenken kann. Im Anhang werden dem:der Leser:in Arbeitshilfen, einschließlich Arbeitsblätter, zur Verfügung gestellt, die als Ressourcen oder Hilfsmittel im diagnostischen Prozess mittels der DC:0–5 genutzt werden können.

Eine traumainformierte Sichtweise ist bei der Betrachtung von Diagnosen der DC:0–5 sehr wichtig, da die Traumaexposition von jungen Kindern und ihren Familien oft erheblich zum diagnostischen Verständnis eines Falles beiträgt. Ein traumainformierter Ansatz berücksichtigt nicht nur die Traumaerfahrungen des jungen Kindes als Opfer von Missbrauch oder Vernachlässigung, sondern auch die Exposition gegenüber körperlichem oder emotionalem Missbrauch, häuslicher oder gemeinschaftlicher Gewalt oder Katastrophen (z. B. durch das Miterleben oder das Erfahren davon vermittelt über andere Personen). Darüber hinaus muss bei der Erstellung einer multiaxialen diagnostischen Zusammenfassung möglicherweise auch die Traumaanamnese der Eltern oder Bezugspersonen berücksichtigt werden,

die wichtige zusätzliche Informationen für die diagnostischen Entscheidungen bezüglich des Kindes liefert.

Viele der im *DC:0–5-Fallbuch* vorgestellten Fälle veranschaulichen, wie traumatische Erfahrungen zum Verständnis von Diagnosen beitragen können. In Teil I (Klinische Störungen) wird beispielsweise der interessante Fall von Sofia beschrieben, bei der eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, eine seltene Diagnose in der sehr frühen Kindheit. In diesem Fall haben sowohl das Kind als auch die Mutter ein Trauma erlebt, einschließlich Missbrauch und häuslicher Gewalt. Die Familie erlebte auch Rassismus und ungleiche Behandlung.

In Teil II zwingen die Fälle von Mariah und Sayed die Leser:innen dazu, die Bedeutung von Traumata anhand der Beschreibung von Kindern aus Familien, die im Militärdienst arbeiten, zu betrachten. Zusätzlich zu den vorhersehbaren traumatischen Erfahrungen in Militärfamilien, die auf häufige Trennungen und Verluste zurückzuführen sind, ermöglichte der multiaxiale Rahmen ein sensibleres Verständnis der individuellen Unterschiede zwischen den Erfahrungen der Kinder. Auch in Teil II veranschaulicht der Fall des 59 Monate alten Nicholas die Bedeutung und Nützlichkeit eines multiaxialen Systems bei der Diagnose von Beziehungsstörungen. Die Beziehung, die ein Kleinkind zu einer primären Bezugsperson hat, ist im Vergleich zu anderen der Schlüssel zur gesamt-diagnostischen Einordnung. Die Bedeutung von Achse II (Beziehungskontext) für das Verständnis individueller dyadischer Beziehungen und des versorgenden Umfelds war im Fall von Nicholas ebenfalls von großer Bedeutung.

In Teil IV (Komorbidität) schließlich liefert der Fall von Leah ein weiteres Beispiel für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Ein Kleinkind mit einer komplexen medizinischen Vorgeschichte, die frühe medizinisch-traumatische Erfahrungen und die damit verbundenen Symptome einschließt, führte zu einer Komorbidität auf Achse I.

In all diesen Beispielen verwendeten die Kliniker:innen sorgfältige, umfassende und traumaninformierte Ansätze, die zu unterschiedlichen Diagnosen und zu den multiaxialen diagnostischen Fallformulierungen beitrugen.

Es ist kein Zufall, dass mehrere der Autor:innen der Fallbeispiele aus verschiedenen Ländern stammen. In der Tat, die internationale Implementation dieses diagnostischen Klassifikationssystems war eines der Ziele bei der Veröffentlichung der DC:0–5.

Obwohl sich die diagnostischen Verfahren oft unterscheiden, sogar innerhalb eines Landes, sind die klinischen Symptome, die zu einer Vorstellung der jungen Kinder bei Kliniker:innen führen, erstaunlich ähnlich: Essprobleme, Schlafprobleme, Aggression, Angst, Depression, zwischenmenschliche Kommunikation, Beziehungsprobleme und posttraumatische Verhaltensweisen (um nur die häufigsten zu nennen). Daher brauchen Kliniker:innen eine gemeinsame »Sprache«, um das klinische Bild in einem kohärenten, facettenreichen Rahmen zu formulieren, wie z.B. die fünf Achsen, aus denen sich die multiaxiale DC:0–5-Diagnose zusammensetzt. Im Idealfall schließt sich die Behandlungsplanung an die Fallkonzeption an; sie hängt jedoch auch von der Struktur und den Ressourcen der einzelnen Kliniken sowie vom kulturellen Kontext und der Konzeptualisierung ab.

Schließlich kann diese globale Zusammenarbeit ein Fenster zur internationalen Forschung und zu gemeinsamen länderübergreifenden Forschungsprojekten öffnen, wie z. B. der Untersuchung der Prävalenz der verschiedenen klinischen DC:0–5-Störungsdiagnosen sowie der Wirksamkeit kulturell relevanter unterschiedlicher Behandlungsoptionen und vergleichender Studien.

Zusammenfassend hoffen wir, dass dieses *Fallbuch* eine nützliche Sammlung von Fallbeispielen liefert, um Kliniker:innen mit den klinischen DC:0–5-Störungen und dem multiaxialen Diagnoserahmen vertraut zu machen, die Bedeutung kultureller Aspekte anzusprechen und sinnvoll in den Diagnoseprozess zu integrieren und zu einer verstärkten Forschung auf dem Gebiet der Diagnose psychischen Störungen in der frühen Kindheit zu führen. Es ist noch viel Arbeit nötig, um die übermächtigen eurozentrischen Wurzeln des Fachgebiets der psychischen Gesundheit von jungen Kindern etwas aus dem Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken und stattdessen auch nicht dominante Wissens-, Seins- und Praxisformen in eine multikulturelle, globale Weltsicht (siehe Kasten 1) stärker einzubeziehen. Mit diesem *Fallbuch* soll ein Schritt in diese Richtung gegangen werden. Wir freuen uns auf die Weiterentwicklung des Fachgebiets und der diagnostischen Klassifizierung psychischer Störungen und Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit in den kommenden Jahren.

Literatur zur Einleitung

- Agha, R., & Rosin, R. D. (2010). Time for a new approach to case reports. *International Journal of Surgery Case Reports*, 1(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2010.04.001>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Kidd, M., & Hubbard, C. (2007). *Introducing Journal of Medical Case Reports*. *Journal of Medical Case Reports*, 1, 1. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-1-1>
- Nissen, T., & Wynn, R. (2014). The clinical case report: A review of its merits and limitations. *BMC Research Notes*, 7, Article 264. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-264>
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases* (10th ed.).
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases* (11th ed.).
- ZERO TO THREE. (1994). *DC:0–3: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*.
- ZERO TO THREE. (2005). *DC:0–3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (Rev. ed.).
- ZERO TO THREE. (2016). *DC:0–5TM: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*.
- ZERO TO THREE. (2021). *DC:0–5TM: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (Version 2.0). (Original 2016 erschienen)

Kasten 1: Professionelle Entwicklung der DC:0–5

Noelle Hause, Senior Professional Development Manager, Psychische Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern, Professional Innovations Division (PID), ZERO TO THREE

ZERO TO THREE setzt seine Arbeit fort, um die kulturellen Erwägungen, die für das Verständnis des Umwelt- und Beziehungskontextes jedes jungen Kindes, des Einflusses historischer und generationsbedingter Traumata, des systemischen Rassismus' sowie der Resilienz wichtig sind, in seinen DC:0–5-Fortbildungsangeboten (Überblicksschulungen, klinische Schulungen und Schulungen für Ausbilder:innen) zu fördern und in den Mittelpunkt zu stellen. Ein Beispiel für diesen Schwerpunkt findet sich im Anhang – die Arbeitsblätter zum multiaxialen System (► Anhang). Dieses Fallbuch wird seit langem benötigt und bietet reichhaltige Informationen, die wir gerne zur Ergänzung und Verbesserung unserer Weiterbildungsangebote nutzen möchten. Es ist uns eine Ehre, gemeinsam mit Ihnen ehrliche, offene und produktive Gespräche sowie konkrete Maßnahmen zur Bekämpfung von Rassismus und Ungleichheit in Diensten und Systemen voranzutreiben, die Familien mit jungen Kindern unterstützen. Und wir verpflichten uns, diese Arbeit gemeinsam mit Ihnen kontinuierlich auszubauen. Bitte senden Sie eine E-Mail an professionaldevelopment@zerotothree.org, um mehr über die DC:0–5-Weiterbildungsangebote von ZERO TO THREE zu erfahren.

Bemerkung der Herausgeber

Wir würdigen die Erfahrungen von Säuglingen, Kleinkindern und ihren Familien, über die und für die dieses *Fallbuch* geschrieben wurde. Die in dieser Publikation dargestellten Fälle spiegeln zum Teil tatsächliche Begegnungen mit Kindern und Familien wider, zum Teil handelt es sich jedoch auch um die Wiedergabe teilweise zusammengefügter Erfahrungen von Kliniker:innen mit Familien von Säuglingen/Kleinkindern. Um die Anonymität zu wahren, wurden alle Namen und identifizierenden Merkmale in den Fallbeispielen abgeändert. Dankbar und voller Respekt möchten wir sowohl unsere Anerkennung gegenüber allen Fachkräften ausdrücken, die mit den betroffenen Familien arbeiten, als auch gegenüber den Familien selbst, von denen wir lernen dürfen. Mit diesem Fallbuch möchten wir das Verständnis für die Familien von Säuglingen und Kleinkindern weiter verbessern sowie unsere Partnerschaft mit ihnen.

Teil I Diagnostische Kategorien und Fallbeispiele ausgewählter klinischer Störungen

1 Einleitung

Kathleen Mulrooney

Achse I der *DC:0–5: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit* (DC:0–5; ZERO TO THREE, 2016, 2021) beschreibt acht diagnostische Kategorien³ klinischer Störungen. Die numerische Kodierung für die diagnostischen Kategorien, die ähnliche Störungen zusammenfasst, wird im Folgenden beschrieben.

Teil I enthält Fallbeispiele für alle diagnostischen Kategorien. Aus jeder Kategorie werden eine oder zwei klinische Störungen wie folgt dargestellt:

- 10 Neurobiologische Entwicklungsstörungen (Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung)
 - 10.2 Frühe Atypische Autismus-Spektrum-Störung
 - 10.4 Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters
- 20 Sensorische Verarbeitungsstörungen
 - 20.1 Sensorische Überreaktivitätsstörung
 - 20.2 Sensorische Unterreaktivitätsstörung
- 30 Angststörungen
 - 30.5 Störung mit Inhibition gegenüber Neuem
- 40 Affektive Störungen
 - 40.2 Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung der frühen Kindheit
- 50 Zwangsstörungen und verwandte Störungen
 - 50.1 Zwangsstörung
- 60 Schlaf-, Ess- und Schreistörungen⁴
 - 60.6 Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- 70 Trauma-, Belastungs- und Deprivationsstörungen
 - 70.1 Posttraumatische Belastungsstörung
 - 70.3 Komplizierte Trauerstörung der frühen Kindheit
- 80 Beziehungsstörungen
 - 80.1 Spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit

3 Anm. d. Übers.: Diese Angabe bezieht sich auf das englischsprachige Original (ZERO TO THREE, 2016, 2021).

4 Anm. d. Übers.: In der deutschen Version der DC:0–5 (2019) werden Schlaf-, Ess- und Schreistörungen jeweils als eigenständige Kapitel aufgeführt, so dass in dieser Version zehn diagnostische Kategorien unterschieden werden. (Zero to Three [2019]. DC:0–5: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit. Stuttgart: Kohlhammer.)

Die meisten der in den Fallstudien dargestellten klinischen Störungen sind neue Störungen der DC:0–5. Die vielfältigen Falldarstellungen sollen Klinikern helfen, die diagnostischen und assoziierten Merkmale der Störungen zu verstehen und Differenzialdiagnosen in Betracht zu ziehen. Die klinischen Störungen der Achse I sind für eine vollständige diagnostische Fallformulierung nach DC:0–5 nicht ausreichend. Stattdessen müssen Einschätzungen auf allen fünf Achsen vorgenommen werden. Jeder Fall veranschaulicht den diagnostischen Prozess, die differenzialdiagnostischen Überlegungen für Achse I und die diagnostischen Eindrücke für die kontextuellen Achsen und die kulturellen Fallformulierungen.

1.2 Literatur

ZERO TO THREE (2016). DC:0–5™: *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*.

ZERO TO THREE (2021). DC:0–5™: *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (Version 2.0) (Original 2016 erschienen).

2 **10 Neurobiologische Entwicklungsstörungen (Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung)**

2.1 **10.2 Frühe Atypische Autismus-Spektrum-Störung *Carlos, 16 Monate***

*Alison E. Chavez, Yael G. Dai, Daina M. Tagavi, Frances D. Martinez
Pedraza und Alice S. Carter*

2.1.1 **Einleitung**

Die Frühe Atypische Autismus-Spektrum-Störung (FAASS; Early Atypical Autism Spectrum Disorder [EAASD]), eine in der *DC:0–5: Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit* (DC:0–5; ZERO TO THREE, 2016, 2021) eingeführte Diagnose, ist durch Unterschiede in der sozialen Kommunikation sowie durch eingeschränkte und repetitive Symptome bei jungen Kindern im Alter zwischen 9 und 36 Monaten gekennzeichnet. Kleinkinder, bei denen eine FAASS diagnostiziert wird, dürfen die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) bisher nicht erfüllt haben. Im Gegensatz zu ASS, bei der alle vier Kriterien der sozialkommunikativen Symptome und zwei restriktive und repetitive Verhaltensweisen erfüllt sein müssen, erfordern die diagnostischen Schwellenkriterien für FAASS nur zwei der drei sozial-kommunikativen Symptome und eine der vier repetitiven und eingeschränkten Verhaltensweisen. Um die Diagnosekriterien für FAASS zu erfüllen, müssen die Symptome oder die Anpassungen der Betreuungspersonen als Reaktion auf die Symptome das Funktionsniveau des jungen Kindes und der Familie erheblich beeinträchtigen, d. h., es gibt Anzeichen für eine Beeinträchtigung im Zusammenhang mit den sozialen Kommunikationsunterschieden des Kindes und den eingeschränkten und sich wiederholenden Symptomen. Die Diagnose sollte dann vergeben werden, wenn die Verhaltensweisen nicht besser durch eine Sprachverzögerung, eine globale Entwicklungsverzögerung oder eine andere Psychopathologie erklärt werden können.

Die Aufnahme von FAASS in die DC:0–5 entspricht dem aktuellen Verständnis der Entstehung und des Verlaufs von ASS-Symptomen in der frühen Kindheit (Soto et al., 2016). Längsschnittstudien mit Säuglingen haben gezeigt, dass trotz großer Unterschiede in den Entwicklungsverläufen von Säuglingen, die später die vollen Kriterien für eine ASS erfüllen (Kim et al., 2016), der Beginn der ASS oft schrittweise erfolgt und durch die langsame Entwicklung sozialer Kommunikations-