

# Diagnostic Manual – Intellectual Disability

Ein Manual zur Diagnosestellung psychischer  
Störungen bei Menschen mit Intellektueller  
Beeinträchtigung nach DSM-5

1. deutschsprachige Auflage

# DM-ID-2

**Robert J. Fletcher, Jarrett Barnhill & Sally-Ann Cooper (Hrsg.)**

Deutsche Übersetzung herausgegeben von

**Johannes Michalak**

**Johannes Graser**

**Annika Kleischmann**

**Stefan Troche**

**Ulrike Willutzki**

**DGVT-Verlag**

Herausgeber\*innen:  
Robert J. Fletcher, DSW, ACSW, NADD-CC, Chief Editor  
Jarrett Barnhill, MD, DLFAPA, AACAP  
Sally-Ann Cooper, MD, FRCPsych

## **Diagnostic Manual – Intellectual Disability**

# **DM-ID-2**

Ein Manual zur Diagnosestellung psychischer Störungen  
bei Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung  
nach DSM-5

1. deutschsprachige Auflage

Deutsche Übersetzung herausgegeben von  
Prof. Dr. Johannes Michalak  
Dr. Johannes Graser  
Dipl.-Psych. Annika Kleischmann  
Prof. Dr. Stefan Troche  
Prof. Dr. Ulrike Willutzki

# **DGVT-Verlag**

**Herausgeber\*innen:**  
**Robert J. Fletcher, DSW, ACSW, NADD-CC, Chief Editor**  
**Jarrett Barnhill, MD, DLFAPA, AACAP**  
**Sally-Ann Cooper, MD, FRCPsych**

## **Diagnostic Manual - Intellectual Disability**

# **DM-ID-2**

Ein Manual zur Diagnosestellung psychischer Störungen  
bei Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung  
nach DSM-5

1. deutschsprachige Auflage

Deutsche Übersetzung herausgegeben von  
Prof. Dr. Johannes Michalak  
Dr. Johannes Graser  
Dipl.-Psych. Annika Kleischmann  
Prof. Dr. Stefan Troche  
Prof. Dr. Ulrike Willutzki

Tübingen 2026

# **DGVT-Verlag**

*Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID-2)*  
*A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*

Authorized translation of the English Edition © 2017 National Association  
for the Dually Diagnosed, Inc.

This translation is published and sold by permission of National Association  
for the Dually Diagnosed, Inc., the owner of all rights to publish and sell the same.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2026 DGVT-Verlag  
Henriettenweg 3  
72072 Tübingen

*E-Mail:* mail@dgvt-verlag.de  
*Webseite:* www.dgvt-verlag.de

Gestaltung und Satz: Julia Franke, Tübingen  
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Birkstraße 10, 25917 Leck

**ISBN 978-3-87159-158-7**

# Inhalt

<b>Herausgeber*innen</b> . . . . .	9
<b>DM-ID-Arbeitsgruppen</b> . . . . .	9
<b>Herausgeber*innen der deutschen Ausgabe des DM-ID-2</b> . . . . .	20
<b>Warnhinweis</b> . . . . .	23
<b>Vorwort zur Deutschen Auflage</b> . . . . .	25
Johannes Michalak, Johannes Graser, Annika Kleischmann, Stefan Troche & Ulrike Willutzki	
KAPITEL 1	
<b>Einführung</b> . . . . .	27
Robert J. Fletcher, Jarrett Barnhill & Sally-Ann Cooper	
KAPITEL 2	
<b>Beurteilung und diagnostische Verfahren</b> . . . . .	41
Anne Desnoyers Hurley, Andrew Levitas, James K. Luiselli, Steve Moss, Elspeth A. Bradley & Nicola M. Bailey	
KAPITEL 3	
<b>Verhaltensphänotypen von Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung</b> . . . . .	67
Andrew Levitas, Brenda Finucane, Elliott W. Simon, Marcy Schuster, Wendy R. Kates, Amy K. Olszewski, Elisabeth Dykens & Nathan Danker	
KAPITEL 4	
<b>Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung)</b> . . . . .	115
Marc J. Tassé, Marco O. Bertelli, Elliott W. Simon, Wendy R. Kates & Patricia Navas	

KAPITEL 5	
<b>Kommunikationsstörungen</b> . . . . .	137
Jarrett Barnhill, Lee K. McLean, Billy T. Ogletree, Johanna R. Price & Linda Watson	
KAPITEL 6	
<b>Autismus-Spektrum-Störungen</b> . . . . .	167
Terrence C. Bethea, Jean A. Frazier, E. Richard Blumberg, Marco O. Bertelli, Andrew C. Stanfield & Lauren R. Charlot	
KAPITEL 7	
<b>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</b> . . . . .	195
Jessica A. Hellings, Angela M. Reiersen, L. Eugene Arnold, Alice R. Mao, Deborah A. Pearson, Michael G. Aman, Benjamin L. Handen & Jennifer L. McLaren	
KAPITEL 8	
<b>Spezifische Lernstörungen</b> . . . . .	219
Susan M. Havercamp, Andrea N. Witwer, Sujeet S. Jaydeokar & Jane McCarthy	
KAPITEL 9	
<b>Motorische Störungen</b> . . . . .	239
Jarrett Barnhill, Brianna Cheyne, Heidi Diepstra & Elspeth A. Bradley	
KAPITEL 10	
<b>Schizophrenie und andere psychotische Störungen</b> . . . . .	313
Angela Hassiotis, Lucy Fodor-Wynne, Mark H. Fleisher & Anne Desnoyers Hurley	
KAPITEL 11	
<b>Bipolare und verwandte Störungen</b> . . . . .	335
Robert J. Pary, Lauren R. Charlot, Sherm Fox, Jessica A. Hellings & Anne Desnoyers Hurley	
KAPITEL 12	
<b>Depressive Störungen</b> . . . . .	359
Lauren R. Charlot, Marc Tassé, Sherm Fox, Robert J. Pary, Betsey A. Benson & Angela Hassiotis	
KAPITEL 13	
<b>Angststörungen</b> . . . . .	409
Sherva Elizabeth Cooray, Tim Andrews, Nicola M. Bailey, John Devapriam, Jennifer L. McLaren, Kiran N. Purandare, Sujeet S. Jaydeokar, Marc J. Tassé & Anusha Wijeratne	

KAPITEL 14	
<b>Zwangsstörung und verwandte Störungen</b>	447
Julie P. Gentile, Betsey A. Benson, Allison E. Cowan, Mark H. Fleisher & Paulette Marie Gillig	
KAPITEL 15	
<b>Trauma- und belastungsbezogene Störungen</b>	479
Jane McCarthy, Roberto A. Blanco, Valerie L. Gaus, Nancy J. Razza & Daniel J. Tomasulo	
KAPITEL 16	
<b>Dissoziative Störungen</b>	549
Alya Reeve, Tim Andrews, Eve Loren Wedeen & Dora Wang	
KAPITEL 17	
<b>Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen</b>	559
Marco O. Bertelli, Bruce J. Tonge & Avril V. Brereton	
KAPITEL 18	
<b>Fütter- und Essstörungen</b>	591
Nellieke de Koning, Frank Moreland, Julie P. Gentile & Pieter Troost	
KAPITEL 19	
<b>Ausscheidungsstörungen</b>	617
Sarah M. Lytle, Stephen L. Ruedrich, Kristin L. Kaelber & Edwin J. Mikkelsen	
KAPITEL 20	
<b>Schlaf-Wach-Störungen</b>	633
Jarrett Barnhill, Takahiro Soda, Ann Poindexter & Jill A. Hollway	
KAPITEL 21	
<b>Sexuelle Funktionsstörungen</b>	669
Georgina Parkes, Peter E. Langdon, Claire Reynolds & Daniel Wilson	
KAPITEL 22	
<b>Geschlechtsdysphorie</b>	687
Georgina Parkes, James Barratt, Nigel Beail, Sonika Bhasin, Walter Pierre Bouman, Annelou L. C. de Vries & Daniel Wilson	
KAPITEL 23	
<b>Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen</b>	705
Shoumitro Deb, Terrence C. Bethea, Susan M. Havercamp, Arthur Rifkin & Lisa Underwood	

KAPITEL 24	
<b>Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen</b>	755
Edwin J. Mikkelsen, Joanne E. L. VanDerNage & William R. Lindsay	
KAPITEL 25	
<b>Neurokognitive Störungen (NCD)</b>	769
André Strydom, Mark H. Fleisher, Shoumitro Deb, Howard Ring, Lucille Esralew, Karen Dodd, Tamara al Janab, Julian Trollor & Sarah L. Whitwham	
KAPITEL 26	
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	801
William R. Lindsay, Lawrence A. Dana, Regi T. Alexander, Dorothy M. Griffiths & Steve Wilkinson	
KAPITEL 27	
<b>Paraphile Störungen</b>	853
Dorothy M. Griffiths, J. Paul Fedoroff, Deborah A. Richards & William R. Lindsay	
ANHANG	
<b>Alphabetische Liste der DSM-5-Diagnosen mit ICD-10-CM-Codes</b>	891
<b>Sachwortverzeichnis</b>	925

## Warnhinweis

Das DM-ID-2 bietet eine Anleitung zur Anwendung der diagnostischen Kriterien des DSM-5 für Menschen mit intellektuellen/entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen. Das Klassifikationssystem des DSM-5 enthält Richtlinien für die Diagnosestellung bei Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen und ist für die Nutzung durch qualifizierte Fachkräfte vorgesehen. Die im DM-ID-2 enthaltenen Anweisungen zur Anwendung der Kriterien sind ebenfalls für die Nutzung durch qualifizierte Fachkräfte bestimmt und spiegeln die derzeit beste klinische Vorgehensweise wider, auf die sich therapeutisch tätige Personen, die auf die Diagnose psychischer Störungen bei Menschen mit intellektuellen/entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen spezialisiert sind, mittels Expert\*innenkonsens geeinigt haben. Die im DM-ID-2 aufgeführten Diagnosekategorien umfassen nicht alle Krankheitsfaktoren, wegen denen Men-

schen mit intellektuellen/entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen gegebenenfalls behandelt werden. Künftige Forschungsarbeiten könnten durchaus dazu führen, dass sich einige der in diesem Buch dargestellten Expert\*innenmeinungen ändern.

Die hier enthaltenen diagnostischen Kriterien dienen dazu, die Behandlung durch akkurate Diagnostik zu verbessern und die weitere Forschung zu unterstützen. Diese Kriterien besitzen möglicherweise keine Relevanz in Bezug auf rechtliche Fragen, wie z. B. die individuelle Haftbarkeit, Geschäftsfähigkeit, Feststellung einer Behinderung oder Verhandlungsfähigkeit. Zudem bedeutet die Aufnahme einer diagnostischen Kategorie in das DM-ID-2 nicht, dass der jeweilige Krankheitsfaktor rechtliche oder sonstige nicht medizinische Kriterien für eine psychische Erkrankung, Beeinträchtigung, Behinderung oder psychische Störung erfüllt.

## Vorwort zur Deutschen Auflage

Wir freuen uns Ihnen, liebe\*r Leser\*in, hiermit die Deutsche Auflage des DM-ID-2 (The Diagnostic Manual – Intellectual Disability: A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability; 2<sup>nd</sup> Ed.) vorlegen zu können.

Personen, die eine Intellektuelle Beeinträchtigung aufweisen und unter einer psychischen Störung leiden, also Menschen mit entsprechenden Doppeldiagnosen, sind immer noch mit einer Vielzahl von Barrieren konfrontiert, die eine fachgerechte Behandlung ihrer Störung erschweren. Dies gilt sicherlich international, aber auch für den deutschsprachigen Bereich, auch wenn Länder wie Deutschland, Österreich und die Schweiz die UN-Behinderungsrechtskonvention (UN-BRK) ratifiziert haben, mit der sie sich verpflichten, Barrieren abzubauen und Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen.

Diese Barrieren sind vielfältig und umfassen unter anderem soziale und institutionelle Aspekte oder auch Fragen der Ausbildung und Schulung von klinischem Fachpersonal. Ein wichtiger Aspekt betrifft dabei auch die Herausforderungen, die die Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung beinhaltet. Barrieren können allein dadurch entstehen, dass psychische Störungen bei dieser Personengruppe nicht diagnostiziert oder fehldiagnostiziert werden. Fehlendes Wissen über die Ausdrucksformen psychischer Störungen bei Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung, das oftmals eingeschränkte Ausdrucksvermögen dieser Personengruppe und

das Fehlen von diagnostischen Instrumenten und Methoden sind für diese Probleme verantwortlich.

Daher hatte sich die *National Association for the Dually Diagnosed* (NADD) zusammen mit der *American Psychiatric Association* (APA) das Ziel gesetzt, für Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung und komorbiden psychischen Störungen eine Adaptation der diagnostischen Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> Ed., DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), des international bedeutsamem Diagnose-Systems für psychische Störungen, vorzunehmen. Gleichzeitig sollte eine Vielzahl von Informationen und Überlegungen zur Diagnostik und Untersuchung für diese Patient\*innengruppe bereitgestellt werden.

Wir möchten der NADD unseren Dank für dieses anspruchsvolle, aufwendige und wichtige Projekt aussprechen. Die erste Auflage des DM-ID erschien im Jahr 2007 (Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007). Sie bezog sich noch auf die Kriterien des DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> TR Edition; American Psychiatric Association, 2000). Im Jahr 2012 wurde das DM-ID einer Überarbeitung gemäß der Kriterien des DSM-5 unterzogen. Für die Entwicklung des DM-ID-2 stellte die NADD 26 Arbeitsgruppen mit insgesamt 104 internationalen Expert\*innen zusammen, die in einem Expert\*innen-Konsens-Modell diese Adaptation vornahmen. Entstanden ist hiermit ein umfassendes und detailliertes diagnostisches Manual, das von großem Wert für die Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnose ist und auch für die Forschung in diesem Bereich einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Dieses Manual

kann nun erstmals in einer deutschen Version klinisch tätigen Personen zur Verfügung gestellt und für die Forschung im deutschsprachigen Raum genutzt werden.

Danken möchten wir an dieser Stelle auch den Menschen, die zur erfolgreichen Fertigstellung der deutschen Auflage beigetragen haben. Ganz besonders hervorzuheben ist hier die Leistung von Sabine Weidenfeller, die die nicht immer leichte Aufgabe der Übersetzung der Kapitel des DM-ID-2 übernommen hat und diese Aufgabe mit großer Genauigkeit und großem Geschick durchgeführt hat. Ein weiterer großer Dank gilt dem DGVT-Verlag und hier besonders Otmar Koschar und Valerie Pogodda, die, ohne zu zögern und mit großer Unterstützung, die Übersetzung des DM-ID-2 möglich gemacht haben.

Noch ein Wort zum Prozess der Übersetzung: Alle Kapitel wurden von Sabine Weidenfeller zuerst übersetzt. Bei den verwendeten Begriffen haben wir uns, wenn möglich, an der deutschen Übersetzung

des DSM-5 orientiert. Anschließend wurde diese Übersetzung von ein oder zwei Herausgeber\*innen geprüft und überarbeitet. Wie bei einem solch umfangreichen Werk nicht völlig vermeidbar, gab es an unterschiedlichen Stellen Unklarheiten und Diskussionen. Wir haben dann nach einer möglichst sinnangemessenen Formulierung unter Einbeziehung unserer Expertise in diesem Bereich gesucht.

Wir hoffen, dass Sie, liebe\*r Leser\*in, dieses Manual für Ihre Arbeit mit Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung auf vielfältige Weise nutzen können und dass das DM-ID-2 einen Beitrag dazu leisten kann, die Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen im deutschsprachigen Raum zu verbessern.

Witten und Bern im Herbst 2025

*Johannes Michalak, Johannes Graser,  
Annika Kleischmann,  
Stefan Troche & Ulrike Willutzki*

# KAPITEL 1

## **Einführung**

Robert J. Fletcher, Jarrett Barnhill & Sally-Ann Cooper

### **Das Problem**

Obwohl psychische Störungen bei Personen mit intellektuellen/entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen weit verbreitet sind, werden sie häufig nicht erkannt (Reiss, 1994). Es mangelt nach wie vor an geeigneten Behandlungsmaßnahmen für diese Patient\*innengruppe. Zum Teil ist dies darauf zurückzuführen, dass eine reliable psychiatrische Diagnostik aus klinischer Sicht immer noch eine Herausforderung darstellt. Eine akkurate Diagnose wird vor allem dann erschwert, wenn die intellektuellen Beeinträchtigungen stark ausgeprägt sind (Rush & Frances, 2000).

Das DM-ID-2 greift dieses Problem auf. Es adaptiert die diagnostischen Kriterien des DSM-5 – wo dies erforderlich ist – und bietet darüber hinaus eine Fülle an Informationen und Überlegungen zur Diagnostik und Untersuchung von Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung und komorbiden psychischen Störungen. In einigen Fällen sind es weniger die diagnostischen Kriterien, die angepasst werden müssen, sondern vielmehr die Methoden, mit denen die notwendigen diagnostischen Informationen erhoben werden. Das DM-ID-2 gibt Anhaltspunkte zur Erkennung weitverbreiteter Verhaltensmuster von intellektuell beeinträchtigten Personen und liefert Informationen dazu, wie sich diese Verhaltensweisen von psychischen Störungen unterscheiden lassen.

### **Ein Überblick über die Prävalenz psychischer Störungen bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung**

Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung können von denselben psychischen Störungen betroffen sein, die auch in der Allgemeinbevölkerung vorkommen, jedoch auch von eher seltenen Störungen wie dem Pica-Syndrom. Studien deuten darauf hin, dass psychische Störungen bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung häufiger auftreten als in der neurotypischen Population. Die Untersuchungsergebnisse zu Prävalenzraten variieren allerdings stark.

Die Varianz ist auf verschiedene Variablen zurückzuführen: (1) die Charakteristika der Stichprobe, (2) die unterschiedlichen Definitionen/Klassifikationssysteme, die für die Diagnostik intellektueller Beeinträchtigungen und psychischer Störungen verwendet werden, (3) die Messinstrumente, die zur Feststellung der jeweiligen psychischen Störungen verwendet werden, (4) die (Nicht-)Berücksichtigung „herausfordernder Verhaltensweisen“, (5) die (Nicht-)Berücksichtigung von Autismus-Spektrum-Störungen, (6) die (Nicht-)Berücksichtigung organischer Erkrankungen, die gegebenenfalls zum Auftreten behavioraler oder affektiver Symptome beitragen oder diese verursachen, (7) das Ausmaß der Erfahrung, die die Untersucher\*innen hinsichtlich der Anwendung der jeweiligen Messinstrumente mitbringen (Buckles, 2016) und die methodische Qualität der Studien.

Manche Untersuchungen folgen einem strengen methodischen Vorgehen. Hierzu zählt beispielsweise die Studie von Cooper, Smiley, Morrison, Williamson und Allan (2007), in der verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt wurden. Es handelte sich um eine populationsbasierte Stichprobe erwachsener Teilnehmer\*innen (N = 1.023), die mit einem umfassenden individualisierten Ansatz untersucht wurden. Dabei zeigte sich eine Punktprävalenz psychischer Störungen von 40,9 % (klinische Diagnose), 35,2 % (*Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning/mental retardation [DC-LD]*; Royal College of Psychiatrists, 2001), 16,6 % (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-10]*; WHO, 1992) und 15,7 % (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV-TR]*; American Psychiatric Association, 1994). Ähnlich hohe Prävalenzraten fanden sich bei Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen/entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen. Psychische Probleme treten bei ihnen mehr als viermal so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (Einfeld, Ellis & Emerson, 2011; Emerson & Hatton, 2007).

Obwohl viele Prävalenzdaten aus Europa stammen (vor allem aus Großbritannien), stellte das *National Core Indicator*-Institut in den USA fest, dass 55 % der Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung eine komorbide psychische Störung aufweisen (National Core Indicators, 2016). Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf Patient\*innenakten aus 30 Staaten der USA (N = 13466).

In einer anderen Studie mit einer Zufallsstichprobe (N = 240) ergaben sich je nach verwendetem diagnostischem Klassifikationssystem unterschiedliche Prävalenzraten (Bailey, 2007). So lag die Rate bei Nutzung des DC-LD bei 57,0 %, mit ICD-10 bei 24,8 % und mit DSM-IV bei 13,2 %.

Die Ergebnisse dieser und anderer Studien zeigen, dass die Prävalenzraten höher ausfallen, wenn Klassifikationssysteme herangezogen werden, die für die Diagnostik psychischer Störungen bei intellektuell beeinträchtigten Personen entwickelt wurden. Darüber hinaus deuten die Befunde darauf hin, dass die Verwendung des DSM zu weitaus geringeren

Prävalenzraten führt als mit anderen diagnostischen Systemen, selbst im Vergleich zu Nosologiesystemen, die nicht speziell für die Diagnostik psychischer Störungen bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung entwickelt wurden (z. B. ICD-10). Hieraus ergibt sich der Bedarf nach einem Leitfaden wie dem DM-ID-2 (zweite Auflage des *Diagnostic Manual – Intellectual Disability*), mit dem bei der Verwendung des DSM-5 gezielt die Perspektive intellektuell beeinträchtigter Personen berücksichtigt werden kann.

## Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen: Geschichtliche Entwicklung

Wenn Patient\*innen mit Intellektueller Beeinträchtigung Verhaltensauffälligkeiten im Sinne eines gestörten oder verstörenden Verhaltens zeigen, stellt dies therapeutisch tätige Personen vor gewisse Herausforderungen. Schon im antiken Griechenland war bekannt, dass nicht jedes abweichende Verhalten auf eine einzelne Ursache zurückgeführt werden kann. Es gibt eine Reihe von Gründen, warum sich Menschen ähnlich oder unterschiedlich verhalten. Diese spezifischen Gründe zu kennen, hilft nicht nur dabei, die Verhaltensauffälligkeit zu erklären, sondern auch Interventionen zu entwickeln, mit denen das betreffende Verhalten abgemildert werden kann. Aus diesem Grund versuchen wir Verhaltensweisen in separate Gruppen einzuteilen. Hierzu zählen auch Syndrome.

Seit der Frühzeit des antiken Griechenlands gab es eine Vielzahl von Nomenklatursystemen für psychische Störungen. Jedes basierte auf einem Kausalitätskonzept und wurde durch die zugrundeliegenden Theorien und philosophischen Bezugssysteme eingeschränkt, die zur Konstruktion des jeweiligen Systems herangezogen wurden. Dadurch wurde es zunehmend schwierig, Verhalten eindeutig und in einer allgemein akzeptierten Weise zu beschreiben.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte Emil Kraepelin, ein deutscher Psychiater, ein Klassifikati-

onssystem, das auf manifestem, beobachtbarem Verhalten basierte (Alexander & Selesnick, 1966). Dieses System versetzte Psychiater\*innen allerorts in die Lage, psychische Störungen in übereinstimmender Weise zu beschreiben. Da das System auf beobachtbarem Verhalten basierte, hatte der theoretische Hintergrund des Psychiaters oder der Psychiaterin keinen Einfluss mehr darauf, wie er oder sie eine bestimmte psychische Störung klassifizierte.

In der Mitte des 20. Jahrhunderts veröffentlichte die *American Psychiatric Association (APA)* das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (APA, 1952) als systematische Dokumentation der Beschreibung aller Störungen, die diesem Klassifikationssystem entstammten. Obwohl in diesem System Formulierungen wie „Reaktionen“ und „Syndrome“ verwendet wurden, war eindeutig die Bemühung zu erkennen, die verschiedenen Störungen mit verhaltensnahen und beobachtbaren Begriffen zu beschreiben. 1968 wurde die Terminologie der „Reaktionen“ aus dem DSM-II (APA, 1968) gestrichen und durch Begriffe wie Angst, Neurose und Schizophrenie ersetzt. Abgesehen davon gab es jedoch kaum Veränderungen in der Gesamtstruktur des Werks. Mit dem DSM-III wurden 1980 (APA, 1980) für jede Störung diagnostische Kriterien entwickelt, die sich – wann immer dies möglich war – auf beobachtbare Phänomene bezogen. Mit dem DSM-III-TR (APA, 1987) und dem DSM-IV (APA, 1994) wurden anschließend Änderungen der individuellen Kategorien eingeführt. Das grundlegende Bezugssystem blieb jedoch relativ unverändert.

Die diagnostischen Kriterien des DSM sind „generisch“ konstruiert; das heißt, sie sollten im Idealfall für alle Patient\*innenpopulationen gelten, unabhängig vom Alter der Patient\*innen, der Ethnizität, Kultur, dem Geschlecht und auch unabhängig von komorbid organischen oder psychischen Erkrankungen. Es gab jedoch starke Kritik am DSM. Eines der Argumente bestand darin, dass entwicklungsbezogene Aspekte, kulturelle Kontexte und andere Faktoren das Symptombild von Störungen durchaus beeinflussen können.

Zusätzlich entstand in der Fachliteratur eine Kontroverse bezüglich der Frage, wie reliabel DSM-

Diagnosen bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung sind, vor allem wenn die Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen stark ausgeprägt ist (Einfeld & Aman, 1995). Mickelsen und McKenna (1999) gehen davon aus, dass die Validität psychiatrischer Diagnosen bei intellektuell beeinträchtigten Personen abnimmt, je niedriger der Intelligenzquotient ausfällt. Sie erklären dies zum einen mit der gleichzeitigen Zunahme unspezifischer organischer Faktoren und zum anderen mit dem mangelnden Zugang zum Innenleben der Person, da das produktive Sprachvermögen abnimmt, je stärker die Behinderung ausgeprägt ist. Szymanski und Kolleg\*innen (1998) halten fest, dass ein allgemeiner Konsens dahingehend besteht, dass psychische Störungen bei Personen mit leichten intellektuellen Beeinträchtigungen und halbwegs gutem Kommunikationsvermögen zwar mit diagnostischen Standardkriterien festgestellt werden können; bei Personen mit stärkeren intellektuellen Beeinträchtigungen und gering ausgeprägten verbalen Fähigkeiten sei dies allerdings zunehmend schwieriger.

Das DM-ID ist nicht der erste Versuch, die Diagnostik psychischer Störungen bei intellektuell beeinträchtigten Personen zu verbessern. Das *Royal College of Psychiatrists* veröffentlichte 2001 eine Richtlinie mit dem Titel *DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation)* (Royal College of Psychiatrists, 2001). Beim DC-LD handelt es sich um ein Klassifikationssystem, das vor dem Hintergrund der Einschränkungen des ICD-10-Manuals (World Health Organization, 1992) entwickelt wurde. Es spiegelt den aktuellen Konsens bezüglich der Ansichten und Praxis britischer und irischer Psychiater\*innen wider, die sich auf die Behandlung von Patient\*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen spezialisiert haben (dort als *Lernbehinderung* bezeichnet). Das DC-LD enthält operationalisierte diagnostische Kriterien für psychische Störungen und ist primär für die Diagnostik von Erwachsenen mit mittelgradigen bis schweren intellektuellen Beeinträchtigungen gedacht.

Angesichts der Herausforderungen, mit denen therapeutisch tätige Personen im Rahmen der Di-

agnostik psychischer Störungen bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung konfrontiert sind, veröffentlichte die *National Association for the Dually Diagnosed (NADD)* gemeinsam mit der *American Psychiatric Association (APA)* das DM-ID (Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007). Es wurde als Begleitwerk zum DSM-IV-TR konzipiert, mit dem Ziel, therapeutisch tätigen Personen akkurate DSM-IV-TR-Diagnosen bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung zu ermöglichen. Im Jahr 2013 veröffentlichte die *American Psychiatric Association* das DSM-5, weshalb eine Überarbeitung des DM-ID erforderlich wurde, um die Änderungen vom DSM-IV-TR zum DSM-5 mit aufnehmen zu können.

## Diagnostische Herausforderungen

In den vergangenen Jahrzehnten zeichneten sich im Bereich der psychischen Gesundheitsfürsorge für Menschen mit Intellektueller Beeinträchtigung einige wichtige Entwicklungen ab. Die *National Association for the Dually Diagnosed* hat sowohl national als auch international dazu beigetragen, die Aufmerksamkeit auf dieses Thema zu lenken, Fort- und Weiterbildungen anzubieten und relevante klinische und forschungspolitische Informationen weiterzuverbreiten. Trotz dieser erfreulichen Entwicklungen existieren jedoch nach wie vor erhebliche Hürden in Bezug auf eine angemessene Versorgung und Behandlung dieser unversorgten Patient\*innengruppe. Eines der Hauptprobleme besteht im Fehlen eines diagnostischen Systems, das für den Einsatz in dieser Population geeignet ist (Sturmey, 1999). Dies führt dazu, dass Patient\*innen selbst dann keine psychiatrische Diagnose erhalten, wenn eine entsprechende Störung vorliegt – oder sie erhalten eine Fehldiagnose. Da Therapie- und Beratungsangebote für intellektuell beeinträchtigte Personen mit komorbidien psychischen Störungen von einer akkurate Diagnostik abhängen, handelt es sich hierbei um ein zentrales Problem.

Therapeutisch tätige Personen benötigen ein System, mit dem sie DSM-5-Diagnosen auch bei Per-

sonen mit eingeschränkten expressiven oder rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten feststellen können. Das DSM-System stützt sich überwiegend auf Selbstberichte. Die Patient\*innen berichten von ihren Symptomen, ihren Gefühlen und ihrem Erleben. Der Hauptvorteil des DM-ID-2 besteht darin, dass seine Nutzung die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen bei intellektuell beeinträchtigten Personen erhöht, was letztendlich zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse führen kann.

Dass eine akkurate Diagnostik bei intellektuell beeinträchtigten Personen so schwierig ist, hängt mit einer Vielzahl von Faktoren zusammen. In der Fachliteratur wurde beispielsweise kritisch diskutiert, inwieweit sich verfügbare standardisierte Klassifikationssysteme (wie das DSM-5) für die Diagnostik von intellektuell beeinträchtigten Personen eignen (Sturmey, 1999). In der Regel verlassen sich therapeutisch tätige Personen im Rahmen der Diagnostik psychiatrischer Symptome auf das, was ihre Patient\*innen über deren Gefühle und Erleben berichten. Patient\*innen mit kognitiven Einschränkungen haben jedoch mehr oder weniger stark ausgeprägte Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer rezeptiven und expressiven Sprachfähigkeit. Abstrakte Konzepte wie depressive Verstimmungen zu artikulieren oder feine Unterschiede emotionaler oder motivationaler Zustände zu beschreiben, ist für Patient\*innen mit leichten kognitiven Einschränkungen und eingeschränkten verbalen Fähigkeiten schwierig, für Patient\*innen mit schweren Einschränkungen sogar unmöglich.

Zu den weiteren Faktoren, die eine akkurate psychiatrische Diagnose in dieser Population erschweren, gehört die Tendenz einiger Patient\*innen, ihre Behinderung zu verstecken („cloak of competence“; Edgerton, 1967), die Tendenz, wenig mitteilsam zu sein, wenn es um Selbstauskünfte geht, und die Tendenz einiger Patient\*innen, falsch zu antworten, in der Annahme die untersuchende Person damit zufriedenzustellen („acquiescence bias“/Zustimmungstendenz). Hinzu kommt, dass sich die Symptome mancher psychischer Störungen bei intellektuell beeinträchtigten Patient\*innen anders äußern als dies üblicherweise der Fall ist. Sovner

(1986) unterscheidet vier Prozesse, die bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen häufig zu beobachten sind und einen Einfluss auf den diagnostischen Entscheidungsprozess haben können: (1) Steigerung der Basisrate ("baseline exaggeration"), (2) intellektuelle Verzerrung, (3) psychosoziales Maskieren und (4) kognitive Desintegration.

Eine weitere diagnostische Herausforderung besteht im diagnostischen Überschatten (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982). Die Diagnose einer Intellektuellen Beeinträchtigung kann eine gleichzeitig vorliegende psychische Störung überschatten, indem sie die therapeutisch tätige Person dazu verleitet, Indizien für eine Psychopathologie zu übersehen, da ungewöhnliche oder anormale Verhaltensweisen auf soziale Faktoren oder Entwicklungsverzögerungen zurückgeführt werden. Eine Person mit extremen intellektuellen Beeinträchtigungen, die als in sich gekehrt und ungesellig wahrgenommen wird, wird z. B. möglicherweise nicht mit der gleichen Wahrscheinlichkeit als depressiv eingestuft wie eine Person mit durchschnittlicher Intelligenz (Sturmey, 1999). Das Risiko des diagnostischen Überschattens wird durch die beträchtliche Anzahl organischer Erkrankungen, Behinderungen und Multimorbiditäten erhöht, die bei intellektuell beeinträchtigten Personen zeitgleich vorliegen können (Cooper et al., 2015).

Eine akkurate Diagnose ist wichtig, da sie die Grundlage für eine effektive Behandlung darstellt. Ein positives Therapieergebnis basiert auf einer akkurate Diagnose. Dies gilt für die körperliche Gesundheit ebenso wie für die psychische.

Schwere Verhaltensstörungen in Form verbaler oder körperlicher Aggressivität gegenüber anderen, Selbstverletzung und Sachbeschädigung führen meist zu Diagnosen mit entsprechenden Behandlungsempfehlungen. Solche schweren Verhaltensauffälligkeiten treten bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung mit klinisch signifikanter Häufigkeit auf und bedrohen in vielen Fällen die Stabilität des Familienlebens oder die Fortsetzung des Aufenthalts in einer Wohngemeinschaft bzw. einem nicht-restriktiven Umfeld. Sie können eine Überweisung auf eine psychiatrische Station oder in eine Einrichtung für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigun-

gen nach sich ziehen. Verhaltensstörungen unterschiedlichster Art treten sowohl bei Personen mit leichten als auch mit schweren intellektuellen Beeinträchtigungen auf. Es ist jedoch wichtig zu wissen, dass sie kein fester Bestandteil der Diagnose einer Intellektuellen Beeinträchtigung sind. Liegen klinisch signifikante Verhaltensauffälligkeiten vor, erfordert dies eine sorgfältige Diagnostik, um abzuklären, ob psychische oder organische Erkrankungen eine mögliche Ursache dieser Auffälligkeiten sind. Die Frage, inwieweit solche Verhaltensstörungen vor allem bei intellektuell beeinträchtigten Personen Symptome wie Depression oder Angst widerspiegeln, wurde ausgiebig diskutiert und ist nach wie vor Gegenstand der Forschung.

Bei Patient\*innen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen basiert die Diagnose in der Regel auf der Beschreibung ihrer Erlebniswelt und ihrer Gefühle. Patient\*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen weisen jedoch Einschränkungen hinsichtlich der rezeptiven und expressiven Sprachfähigkeit auf und besitzen folglich auch nur eine begrenzte Fähigkeit, ihre Symptome zu beschreiben. Zusätzlich kann es ihnen an der nötigen Selbstreflexion mangeln, um innere Zustände zu beschreiben. Hinzu kommt, dass sich die Symptome bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und komorbidien psychischen Störungen völlig anders äußern können als bei Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigungen. Das DM-ID-2 bietet einen Leitfaden zur Untersuchung und Diagnostik bestimmter Störungen bei intellektuell beeinträchtigten Personen und liefert Informationen dazu, wie sich herausfordernde Verhaltensweisen bei den Betroffenen erkennen und von psychischen Störungen abgrenzen lassen. Das DM-ID-2 wurde als Begleitwerk zum DSM-5 konzipiert mit dem Ziel, therapeutisch tätigen Personen akkurate Diagnosen bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu ermöglichen.

## Das DM-ID-2

Die Veröffentlichung des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) erforderte eine Aktua-

lisierung des DM-ID. Das NADD stellte hierzu 26 Arbeitsgruppen mit insgesamt 104 internationalen Expert\*innen zusammen, um das DM-ID im Sommer 2012 entsprechend zu überarbeiten. Jede Arbeitsgruppe hatte eine Vorsitzende bzw. einen Vorsitzenden.

In den Veränderungen vom DSM-IV zum DSM-5 spiegeln sich sowohl Entwicklungen der Genforschung und neurowissenschaftlichen Forschung wider als auch Bemühungen, die Benutzerfreundlichkeit zu verbessern. Die im DSM-5 gelisteten Störungen wurden neu strukturiert, um zu verdeutlichen, dass sich psychische Störungen nicht immer vollständig innerhalb der Grenzen einzelner Störungsbilder verorten lassen und dass manche Symptombereiche mehrere diagnostische Kategorien einschließen. Das DSM-5 verfolgt einen entwicklungspsychologischen Ansatz, indem es Symptomveränderungen berücksichtigt, die sich über die Lebensspanne hinweg zeigen. Der multiaxiale Ansatz wurde verworfen. Einige Störungen, die im DSM-IV noch separat beschrieben wurden, wie die autistische Störung, das Asperger-Syndrom und die nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung, wurden im DSM-5 und im DM-ID-2 zur Autismus-Spektrum-Störung zusammengefasst. Trauma- und belastungsbezogene Störungen stellen im DSM-5 und DM-ID-2 nun eine übergreifende Kategorie dar. Diese enthält sowohl die Reaktive Bindungsstörung als auch die Beziehungsstörung mit Enthemmung, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), die Akute Belastungsstörung sowie Anpassungsstörungen. Die Kategorie der bipolaren und depressiven Störungen wurde straffer formuliert. Störungen, die zuvor unter den Begriff „Demenz“ fielen, werden nun als neurokognitive Störungen (NCD) bezeichnet und näher spezifiziert.

## Expert\*innen-Konsens-Modell

Obwohl neuere Studien zur Psychopathologie intellektuell beeinträchtigter Erwachsener anhand von exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalysen Einteilungen in entsprechende Haupt-

gruppen beschreiben (Depression, Angst, Psychose, organische, emotionale Dysregulation/Problemverhalten; Melville et al., 2016a, 2016b), besteht nach wie vor ein Mangel an Studien zu spezifischen diagnostischen Kategorien der Komorbidität von Intellektueller Beeinträchtigung und psychischen Störungen. „Da viele entscheidende Fragen, denen man in der täglichen Praxis begegnet, von den bislang verfügbaren Studien nicht beantwortet werden, stellt der Expert\*innenkonsens eine wertvolle Brücke zwischen klinischer Forschung und Praxis dar“ (Frances, Kahn, Carpenter, Frances & Doherty, 1988). Mangels entsprechender Forschung kann die kollektive Expert\*innenmeinung als nützliche und sinnvolle Richtlinie betrachtet werden. Aus diesem Grund verlassen sich die Autor\*innen des DM-ID-2 in weiten Teilen auf ein Expert\*innen-Konsens-Modell. Basierend auf diesem Modell entstand jedes der folgenden Kapitel auf der Grundlage einer kritischen Prüfung der verfügbaren Literatur.

Konsensgruppen – bestehend aus Expert\*innen, Forscher\*innen und Praktiker\*innen – wurden bereits für viele verschiedene medizinische und behavoriale Fragestellungen gebildet mit dem Ziel, diagnostische Systeme und Praxisempfehlungen zu entwickeln. Konsensmethoden waren ein wichtiger Bestandteil der Arbeit an allen bislang veröffentlichten DSM-Auflagen. Sie fanden Anwendung auf dem Gebiet entwicklungsbezogener Einschränkungen mit Blick auf Praxisfragen zu Psychopharmaka (Reiss & Aman, 1998), zur Integration psychotroper Medikation und anderer Behandlungsansätze (Reiss & Aman, 1998), zur Diagnose und Intervention bei Autismus-Spektrum-Störungen (New York Department of Health [NY-DOH], 1999a, 1999b, 1999c) und zur Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei intellektuell beeinträchtigten Personen (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

## Kapitelstruktur des DM-ID-2

Für die Strukturierung der Diagnostikkapitel wurde ein Leitfaden entwickelt. Dabei wurde besonderer Wert auf Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit gelegt.

Der allgemeine Aufbau der Diagnostikkapitel im DM-ID-2 folgt diesem Leitfaden. Die Hauptelemente des Leitfadens werden im Folgenden dargestellt.

- Kapitelzusammenfassung
- Überblick über die diagnostischen Kriterien
  - Allgemeine Beschreibung der Störung
  - Zusammenfassung der DSM-5-Kriterien
  - Besondere Aspekte der Diagnostik bei intellektuell beeinträchtigten Personen
  - Entwicklung und Verlauf
  - Prävalenz
  - Differenzialdiagnosen
  - Funktionelle Konsequenzen (sofern relevant)
  - Komorbiditäten
- Anwendung der diagnostischen Kriterien bei intellektuell beeinträchtigten Personen
  - Allgemeine Überlegungen
  - Methodik
  - Überblick über Forschungsergebnisse, die sich auf intellektuell beeinträchtigte Personen beziehen
  - Erwachsene mit leichter bis mittelgradiger Intellektueller Beeinträchtigung
  - Erwachsene mit schwerer bis extremer Intellektueller Beeinträchtigung
  - Kinder und Jugendliche mit Intellektueller Beeinträchtigung
  - Einschränkungen hinsichtlich der Anwendung der DSM-5-Kriterien bei Personen mit Intellektueller Beeinträchtigung
- Ätiologie und Pathogenese
  - Biologische Faktoren
  - Psychosoziale Faktoren
  - Entwicklungsbezogene Faktoren
  - Anwendung der Kriterien

- Tabellarische Übersicht der Kriterien
- Quellenangaben

Das DM-ID-2 umfasst sieben Formen der Anpassung der DSM-5-Kriterien:

1. Ergänzung von Symptomäquivalenten
  - Beobachtungen, die mit Selbstberichten gemäß DSM-System vergleichbar sind
2. Auslassung von Symptomen
  - Symptome, die bei intellektuell beeinträchtigten Personen nicht existieren oder nicht festgestellt werden können
3. Änderung der Symptomanzahl
  - die Symptomhäufigkeit, die erforderlich ist, um ein diagnostisches Kriterium zu erfüllen
4. Modifikation der Symptomdauer
  - die Symptomdauer, die vorliegen muss, um ein diagnostisches Kriterium zu erfüllen
5. Modifikation der Altersgrenzen
  - Änderung der Altersgrenzen, um entwicklungsbezogene Aspekte bei intellektuell beeinträchtigten Personen zu berücksichtigen
6. Ergänzung erklärender Anmerkungen
  - um Kriterien festzuhalten, ohne eine offizielle Modifikation der Kriterienunterkategorie vorzunehmen
7. Nicht zutreffende Kriteriensests
  - Kriteriensests, die bei intellektuell beeinträchtigten Personen keine Anwendung finden

Das DM-ID-System basiert – anders als das DSM – nicht auf Selbstberichten. Die Unterkategorien der DM-ID-Kriterien beziehen sich hauptsächlich auf die Beobachtung von Verhalten. Einige Diagnostikkapitel enthalten entsprechend angepasste Kri-

**Tabelle 1.1: Tabellarische Übersicht der angepassten Kriterien**

DSM-5-Kriterien	Anwendung der Kriterien bei Personen mit leichter und mittelgradiger Intellektueller Beeinträchtigung	Anwendung der Kriterien bei Personen mit schwerer und extremer Intellektueller Beeinträchtigung
-----------------	---	---

terien für Personen mit leichten bis hin zu extremen intellektuellen Beeinträchtigungen. In einigen Kapiteln ist die Kriterientabelle zweigeteilt: eine Spalte enthält die DSM-5-Kriterien, die andere Spalte die entsprechend angepassten Kriterien für leichte bis extreme intellektuelle Beeinträchtigungen, sofern solche Anpassungen erforderlich sind. In anderen Kapiteln sind die Tabellen auch dreigeteilt: die linke Spalte enthält die DSM-5-Kriterien, die mittlere Spalte die entsprechend angepassten Kriterien für leichte bis mittelgradige intellektuelle Beeinträchtigungen und die rechte Spalte die angepassten Kriterien für schwere bis extreme intellektuelle Beeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang ist es jedoch wichtig festzuhalten,

dass die DSM-5-Kriterien nicht immer angepasst werden müssen; in diesen Fällen enthält die Tabelle den Hinweis „keine Anpassung“.