

Werkwijzer

Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen



R. Vuijk
Klinisch psycholoog

Eerste druk 2018

Inhoud

Inleiding	4
De psychodiagnosticus: bevoegd bekwaam	5
Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis in drie fases en vier stappen	5
Stap 1: Onderbouwen van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis	6
Stap 2: Reflectie op de <i>case identification</i>	7
Stap 3: Toetsen van de hypothese autismespectrumstoornis	7
Stap 4: Reflectie op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek	10
Tot slot	10
Literatuur	12
Bijlage 1 Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen	20
Bijlage 2 <i>Case Identification</i> Autismespectrumstoornis (CIA)	23
Bijlage 3 Format voor psychodiagnostisch rapport	25
Over de auteur	27

Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen is ontwikkeld voor de ggz-professional om te dienen als een hulpmiddel bij de te nemen stappen in en de te gebruiken instrumenten voor de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij volwassenen. Deze werkwijzer is geen protocol en geen standaard. Deze werkwijzer is opgesteld conform de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan e.a. 2013). Deze werkwijzer is evenals de richtlijn bedoeld om het rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Inleiding

Uitgebreid onderzoek naar het vermoeden van een autismespectrumstoornis bij een volwassene met als resultaat een rapportage waarin slechts de DSM-classificatie autismespectrumstoornis (APA 2013, 2014) wordt opgenomen zonder een persoonlijke verdieping en een op de persoon afgestemd behandelperspectief is een 'valkuil van formaat' (Derksen & Immens 2016 p. 96). Psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis is meer dan alleen het afnemen van vragenlijsten en tests om te komen tot een DSM-classificatie. Het vergt een grote deskundigheid, die volgens de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan e.a. 2013) niet vanzelfsprekend aanwezig is, en die staat of valt met training en de juiste houding van de psychodiagnosticus (Sizoo 2015). Reflexiviteit, dat wil zeggen het in rekening brengen van de persoonsgebonden, institutionele en relationele invloed van de psychodiagnosticus op en gedurende het onderzoeksproces is daarbij van groot belang (Vanheule 2015). Uit een onderzoek onder psychodiagnostici in Engeland blijkt dat 67% van hen regelmatig de DSM-classificatie autismespectrumstoornis 'opwaardeert', dat wil zeggen dat men overgaat tot het stellen van de DSM-classificatie autismespectrumstoornis bij twijfel of een patiënt voldoet aan de criteria van autismespectrumstoornis, onder tijdsdruk, om iemand in aanmerking te laten komen voor hulp of bij verschillende meningen van collega's (Rogers e.a. 2015). Dergelijke onderzoeksresultaten manen tot alertheid op een werkwijze van overdiagnosticeren in de geestelijke gezondheidszorg met vaak schadelijke effecten en een vermindering van de kwaliteit van leven tot gevolg (zie onder andere Dans e.a. 2011; Silvestre e.a. 2011; Delespaul e.a. 2016), dat eveneens geldt voor onderdiagnosticeren of niet onderkennen van de stoornis (zie Jones e.a. 2014; Van Schalkwyk e.a. 2015).

Een autismespectrumstoornis blijkt zowel in praktijk als in theorie een niet eenvoudig te vatten en definiëren stoornis. Een studie naar de validiteit van autismespectrumstoornis concludeert dat de neurobiologische validiteit, de constructvaliditeit van de kenmerken en de subgroepen ofwel het spectrum van de stoornis nog verre van eenduidig en bekend zijn (Waterhouse e.a. 2016). In de loop van de geschiedenis is autismespectrumstoornis op verschillende manieren omschreven en verklaard (Verhoeff 2015) van o.a. een affectieve contactstoornis (Kanner 1943), een stoornis in de executieve functies (Hill 2004), een stoornis in de centrale coherentie (Happé & Frith 2006) tot een tekort in empathie en een teveel in systematiseren (Baron-Cohen 2002). In DSM-5 (APA 2013, 2014) is een autismespectrumstoornis een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, op gedragsniveau gekenmerkt door aanhoudende tekorten of beperkingen in de sociale interactie en communicatie en beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten.

Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen is ontwikkeld voor de ggz-professional om te dienen als een hulpmiddel bij de te nemen stappen in en de te gebruiken instrumenten voor de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij volwassenen. Deze werkwijzer is geen protocol en geen standaard. Deze werkwijzer is opgesteld conform de richtlijn (Kan e.a. 2013) die aanmoedigt tot het opstellen van lokale zorgprogramma's en protocollen ter bevordering van o.a. de implementatie van in de richtlijn beschreven psychodiagnostiek. Deze werkwijzer is evenals de richtlijn bedoeld om het

rationeel klinisch handelen te ondersteunen en er kan in individuele gevallen beredeneerd en in overleg van afgeweken worden. Wanneer men als lezer bepaalde informatie mist, kan men voor o.a. een verdere uitleg van de beschreven werkwijze de richtlijn (Kan e.a. 2013) en de in deze werkwijzer opgenomen literatuur raadplegen.

De psychodiagnosticus: bevoegd bekwaam

Volgens de richtlijn (Kan e.a. 2013 p. 100) mag een diagnose (inclusief DSM-classificatie) autismespectrumstoornis alleen gesteld worden door een BIG-geregistreeerde psycholoog, psychiater of verpleegkundig specialist, bij voorkeur in een multidisciplinair overleg. Voor al deze ggz-professionals geldt dat zij (bevoegd en bekwaam) een gedegen kennis van en ruime ervaring moeten hebben met de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij volwassenen en de ontwikkelingspsycho(patho)logie in het algemeen. De diagnose (inclusief DSM-classificatie) mag alleen gesteld worden als een van deze ggz-professionals de betrokkene zelf heeft gesproken.

Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis in drie fases en vier stappen

In hoofdlijnen bestaat het psychodiagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis bij volwassenen uit een *case identification*, een klachteninventarisatie, een gedragsobservatie, het perspectief van de omgeving, een ontwikkelingsanamnese en een inventarisatie van zorgbehoeften. In de richtlijn (Kan e.a. 2013) wordt gesteld dat er onvoldoende tot weinig wetenschappelijke evidentie is voor het bestaan van een specifiek psychodiagnostisch instrument, waarmee een autismespectrumstoornis kan worden aangetoond. Voor meer informatie over de in de praktijk gebruikte instrumenten voor de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij volwassenen wordt verwezen naar Kan e.a. (2012, 2013) en Vuijk en Eurelings-Bontekoe (2016). De instrumenten in deze werkwijzer worden voor zover mogelijk aanbevolen op basis van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. Voor zowel de werkwijze van als de instrumenten voor de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij mensen met een verstandelijke beperking wordt verwezen naar Došen (2014) en Kraijer en Plas (2014).

Deze werkwijzer geeft het psychodiagnostisch proces van autismespectrumstoornis bij volwassenen in drie fases en vier stappen met aanbeveling van werkwijze en instrumenten weer (zie tabel 1 en bijlage 1). In de **eerste fase** heeft men een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis. De persoon zelf, een familielid of bijvoorbeeld een reeds betrokken hulpverlener vermoedt beperkingen die doen denken aan een autismespectrumstoornis. In de eerste fase verricht de psychodiagnosticus nog geen activiteiten en deze fase is dan ook niet verder uitgewerkt in deze werkwijzer. Voor voorbeelden van eerste signalen van autismespectrumstoornis per levensfase kan men de *Zorgstandaard Autisme* (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2017) raadplegen. In de **tweede fase**, de *case identification*, wordt het eerste vermoeden onderzocht en onderbouwd (**stap 1**) en op de verkregen informatie wordt door de betrokken ggz-professional(s) gereflecteerd en besloten tot wel of

geen classificerend en persoonsgericht psychodiagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis (**stap 2**). Een derde fase volgt dan enkel na een besluit tot verder onderzoek. De **derde fase**, de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis, bestaat uit het verzamelen van informatie door middel van gesprekken, interviews, vragenlijsten, testen en gedragsobservaties om de hypothese van een autismespectrumstoornis te toetsen (**stap 3**) en een reflectie op de verkregen resultaten om een diagnose inclusief eventuele DSM-classificatie (wel of geen autismespectrumstoornis of anderszins) en behandelbeleid te overwegen (**stap 4**).

Tabel 1 Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis bij volwassenen in fases en stappen

Fase 1:	Een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis
Fase 2:	Case identification
Stap 1:	Onderbouwen van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis
Stap 2:	Reflectie op de <i>case identification</i> (wel/geen vervolg fase 3)
Fase 3:	Classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek
Stap 3:	Toetsen van de hypothese autismespectrumstoornis
Stap 4:	Reflectie op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek

Stap 1: Onderbouwen van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis

Aan de (DSM-)classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis dient een psychodiagnostische verkenning ofwel **case identification** vooraf te gaan waarin een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis onderbouwd kan worden door gesprek en het afnemen van één of meerdere vragenlijsten, ook wel *case-finding* genoemd (Sizoo 2015). De richtlijn (Kan e.a. 2013) beveelt voor volwassenen de *Autism-Spectrum Quotient* (AQ; Baron-Cohen e.a. 2001) aan. De AQ-NL (Hoekstra e.a. 2008) is de Nederlandse versie van de AQ. De AQ resulteert echter in een groot percentage vals negatieven, op grond waarvan de lijst eigenlijk niet als eerste autismespectrumstoornisdiagnostische verkenner geschikt is (zie Bishop & Seltzer 2012; Sizoo e.a. 2015). De lijst kan gebruikt worden voor de mate van zelfinzicht van patiënten met aangetoond autismespectrumstoornis. De *Social Responsiveness Scale – Adult version* (SRS-A; Constantino 2005; Noens e.a. 2012) is voor volwassenen geschikter als instrument voor *casefinding* dan de AQ (Chan e.a. 2017; Ingersoll e.a. 2011), echter met een tekort aan onderscheidingsvermogen tussen autisme en (sociale) angst (South e.a. 2017). Voor volwassenen ouder dan 60 jaar blijkt de *Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst* (HAP; Barendse & Thissen 2006) een geschikt instrument voor *casefinding*: patiënten met autismespectrumstoornis

nis scoren significant hoger dan patiënten met andere psychiatrische stoornissen op de inhoudsschalen Sociaal afzijdig gedrag, Rigide gedrag en Grillig impulsief gedrag (Heijnen-Kohl e.a. 2017). De *Case Identification Autismespectrumstoornis* (CIA; zie bijlage 2) kan de ggz-professional afnemen om het vermoeden van autismespectrumstoornis in kaart te brengen. Deze vragenlijst is onderdeel van deze werkwijzer en ondersteunt de ggz-professional in het onderbouwen van het vermoeden van autismespectrumstoornis. Voor een eerste observatie van autismespecifiek gedrag kan de ggz-professional de *Autism Spectrum Disorder in Adults Screening Questionnaire* (ASDASQ; Nylander & Gillberg 2001 – vertaling Horwitz in Blijd-Hoogewys & Horwitz 2008) gebruiken. Hoewel van de ASDASQ matige psychometrische onderzoeksresultaten bekend zijn (Sizoo & Horwitz 2012) kan deze de ggz-professional in het contact met en het observeren van de patiënt een handvat bieden voor de signalen en gedragskenmerken van autismespectrumstoornis.

Zie bijlage 1 voor het doel, de acties en bijbehorende instrumentkeuze, de uitvoerenden en de uitkomst van stap 1.

Stap 2: Reflectie op de *case identification*

Op de onderbouwing van het eerste vermoeden van autismespectrumstoornis uit stap 1 wordt door de betrokken ggz-professional(s) gereflecteerd. Er wordt besloten tot wel of geen classificierend en persoonsgericht psychodiagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis op basis van de verkregen informatie uit gesprek, de scores op de vragenlijst(en) en de klinische evaluatie van de problematiek in de context.

Als in de *case identification* een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis niet onderbouwd kan worden en niet gegrond is, is een DSM-classificierend en persoonsgericht onderzoek naar autismespectrumstoornis niet geïndiceerd en dan stopt verder onderzoek naar autismespectrumstoornis. Wanneer verder onderzoek naar autismespectrumstoornis geïndiceerd is dan dient men onderzoeksvragen en hypothesen te formuleren en volgen de stappen 3 en 4.

Zie bijlage 1 voor het doel, de actie, de uitvoerenden, de uitkomst en het vervolg van stap 2.

Stap 3: Toetsen van de hypothese autismespectrumstoornis

Psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis wordt zowel op (DSM-)classificierend als persoonsgericht niveau verricht. De **persoonsgerichte psychodiagnostiek** behelst een methodologische diversiteit vanuit een kwalitatief-kwantitatieve benadering met zowel een accuraat meten als een beluisteren van beleving en op het achterhalen van betekenis in de context en de levensloop van de patiënt (Vliegen e.a. 2016).

Met **classificerende psychodiagnostiek** brengt men manifeste klachten en stoornissen in kaart en de DSM-classificatie staat hierbij centraal. In het kader van dit type psychodiagnostiek kan een **interview gebaseerd op de DSM** worden afgenomen bij de patiënt, zoals het *Gestructureerd klinisch Interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen* (SCID-5-S; Arntz e.a. verwacht 2018), de Nederlandse versie van het *Structured Clinical Interview for DSM-*

5^o *Disorders-Clinician Version* (SCID-5-CV; First e.a. 2016) ter differentiatie van stoornissen en het *Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen* (NIDA; Vuijk 2016) voor autismespectrumstoornis. De NIDA wordt onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid (Vuijk e.a. 2017). Vaak kan volstaan worden met 1 à 2 gesprekken.

Men neemt zowel algemeen als autismespecifiek bij een partner, één of beide ouders, een broer of zus of iemand die de patiënt goed kent een heteroanamnese en/of ontwikkelingsanamnese af om het functioneren vanuit het perspectief van een naastbetrokkene te inventariseren. Voor het afnemen van een autismespecifieke heteroanamnese en ontwikkelingsanamnese zijn in het Nederlands vertaalde semi-gestructureerde interviews als *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R; Lord e.a. 1994, 1997) en *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders* (DISCO; Wing e.a. 2002) bekend met zowel onvoldoende als acceptabele tot goede betrouwbaarheid en validiteit (Van Oosten e.a. 2012; zie voor ADI-R Fusar-Poli e.a. 2017). Afname van deze interviews is arbeidsintensief en men moet getraind, gecertificeerd en ervaren zijn. Veelal kan men in de praktijk volstaan met het gebruik van andere minder arbeidsintensieve instrumenten, zoals hieronder genoemd.

In een **heteroanamnestisch gesprek** wordt het actuele functioneren van een patiënt onderzocht vanuit het perspectief van iemand die de patiënt goed kent en bij voorkeur dagelijks meemaakt. In een dergelijk gesprek met bijvoorbeeld partner, ouder, broer/zus, vriend, coach/begeleider, docent of werkgever kunnen voor de autismespecifieke inventarisatie de vragen naar het actuele functioneren uit de NIDA (Vuijk 2016) gesteld worden.

Een algehele en autismespecifieke **ontwikkelingsanamnese** wordt bij voorkeur afgenomen bij de ouders of broer/zus van patiënt. Hiermee komt men te weten of de sociale interactie- en communicatieproblemen al in de vroege ontwikkeling aanwezig waren. Hiervoor kan een ontwikkelingsvragenlijst gebruikt worden om informatie van vroeger systematisch te verzamelen (Van Oosten e.a. 2012), zoals de *Vragenlijst ten behoeve van diagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornissen* (kortweg ATG genoemd) van het Autisme Team Gelderland (2011). De ATG brengt het verloop van de vroegkinderlijke ontwikkeling in beeld en is specifiek gericht op een mogelijke autismespectrumstoornis. Van de ATG is de validiteit en de betrouwbaarheid niet bekend. Ook kunnen de autismespectrumstoornis-kenmerken in de vroege kindertijd onderzocht worden met behulp van een interview, zoals de NIDA (Vuijk 2016).

Een autismespectrumstoornis is een DSM-classificatie en bestaat uit gedragskenmerken en is daarom sterk afhankelijk van **klinische observaties** (Vissers & Vissers 2012). Van de ggz-professional wordt een grondige kennis van en ervaring met volwassenen met autismespectrumstoornis verwacht om de autismespectrumstoornis-kenmerken in het directe contact te kunnen waarnemen. Uit onderzoek blijkt dat uitgesproken autismespectrumstoornis-kenmerken zoals beperkt oogcontact, beperkt sociaal-communicatief initiatief, atypische sociale betrokkenheid, herhalend taalgebruik en stereotype bewegingen bij 40% van kinderen en volwassenen met autismespectrumstoornis door psychodiagnostici vaak al in 10 of minder minuten in een contact of observatie herkend worden (De Marchena & Miller 2016). Ervaren psychodiagnostici herkennen met hun klinische blik deze uitgesproken autismespectrumstoornis-kenmerken aanzienlijk beter dan onervaren psychodiagnostici. Echter neemt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de DSM-classificatie autisme-

spectrumstoornis onder onervaren psychodiagnostici toe wanneer zij gebruik maken van een checklist van DSM-autismespectrumstoornis-kenmerken, terwijl de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onder ervaren psychodiagnostici daardoor juist afneemt (Klin e.a. 2000). Voor de (gedrags)observatie zijn de CIA (zie bijlage 2), de ASDASQ (Nylander & Gillberg 2001 – vertaling Horwitz in Blijd-Hoogewys & Horwitz 2008) en het *Autisme Diagnostisch Observatie Schema* (ADOS; Hus & Lord 2014; Lord e.a. 2000, 2012) beschikbaar. De c-vragen van de CIA (zie bijlage 2) en de ASDASQ kunnen in het contact met en het observeren van de patiënt een handvat bieden voor de signalen en gedragskenmerken van autismespectrumstoornis. De ADOS biedt een observatie van mogelijke sociaal-communicatieve tekorten, en blijkt een valide en betrouwbare maat voor het vaststellen van autismespectrumstoornis bij zowel kinderen als volwassenen (Bastiaansen e.a. 2011; De Bildt e.a. 2004, 2016; Fusar-Poli e.a. 2017), bij voorkeur als onderdeel van een brede psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis (Langmann e.a. 2017; Pugliese e.a. 2015; Zander e.a. 2016), echter met een kanttekening van beperkte sensitiviteit voor met name vrouwen met autismespectrumstoornis en een gemiddelde tot hoge intelligentie (Bastiaansen e.a. 2011; Lai e.a. 2011; Langmann e.a. 2017). Afname van de ADOS is arbeidsintensief en men moet hierin ten minste getraind en ervaren zijn. Veelal wordt in de praktijk volstaan met het gebruik van andere minder arbeidsintensieve instrumenten, zoals hierboven genoemd.

Optioneel en per individu verschillend kan **op indicatie aanvullend onderzoek** naar neurocognitieve stijl en intelligentie, persoonlijkheid, comorbiditeit en differentiaaldiagnose overwogen worden. Bij autismespectrumstoornis kan comorbiditeit een terechte onderzoekshypothese zijn, omdat uit verschillende studies blijkt dat veel mensen met autismespectrumstoornis bekend zijn met bijkomende medische of genetische condities, andere ontwikkelingsproblemen, psychiatrische stoornissen en/of omgevingsproblemen (Joshi e.a. 2013; Lai & Baron-Cohen 2015; Lai e.a. 2014; Lever & Geurts 2016; Mannion & Leader 2013; Supekar e.a. 2017; Tebartz van Elst e.a. 2013). Veel voorkomend bij volwassenen met autismespectrumstoornis zijn stemmingsstoornissen (57%²-70%³), angststoornissen (50%³-54%²), persoonlijkheidsstoornissen (48%⁴-64%⁵) en ADHD (30%^{1,2,3}) (Johnston e.a. 2013¹; Lever & Geurts 2016²; Lugnegård e.a. 2011³, 2012⁴; Michiels e.a. 2016⁵). Voor instrumenten voor aanvullend onderzoek en bijbehorende resultaten uit wetenschappelijk onderzoek wordt voor de neurocognitieve stijl en intelligentie verwezen naar Blair-Braden e.a. (2017), Bucaille e.a. (2016) en Kiep en Spek (2017), voor persoonlijkheid naar Anckarsäter e.a. (2006), Lugnegård e.a. (2012), Michiels e.a. (2016), Schwartzman e.a. (2016), Sizoo e.a. (2009), Soderstrom e.a. (2002), Strunz e.a. (2015) en Vuijk e.a. (2012), en voor ADHD naar Johnston e.a. (2013). Voor differentiaaldiagnostische overwegingen met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen wordt verwezen naar Dudas e.a. (2017), Duijkers e.a. (2014), López-Pérez e.a. (2017) en Stanfield e.a. (2017), met betrekking tot hechting, mentaliseren en empathie naar Bird en Viding (2014), Hautman (2017) en Oliver e.a. (2016), en met betrekking tot ADHD naar Johnston e.a. (2013) en Chen e.a. (2015).

Zie bijlage 1 voor het doel, de acties en bijbehorende instrumentkeuze, de uitvoerenden en de uitkomst van stap 3.

Stap 4: Reflectie op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek

Op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek uit stap 3 wordt door de betrokken ggz-professionals gereflecteerd. De verkregen informatie dient gewogen te worden in de context van het actuele persoonlijke functioneren van de patiënt, de voorgeschiedenis, de hechting, de opvoeding, somatische factoren, sterke en gezonde kanten en de zorgbehoeften. Op deze manier ontstaan een onderkenning van en een goed gemotiveerd verklaringsmodel voor de klachten, dat de diagnose inclusief een eventuele DSM-classificatie (wel of geen autismespectrumstoornis of anderszins) en een op het individu afgestemd behandelbeleid wordt genoemd (Kan e.a. 2013; Klin e.a. 2005; Ruissen 2014; Vuijk & Eurelings-Bontekoe 2016; Witteman e.a. 2014). Er wordt hiervan een rapport opgesteld en dit wordt in een adviesgesprek met patiënt besproken. In bijlage 3 is een format voor psychodiagnostisch rapport opgenomen.

Zie bijlage 1 voor het doel, de actie, de uitvoerenden, de uitkomst en het vervolg van stap 4.

Tot slot

Er wordt volgens de richtlijn (Kan e.a. 2013) een toenemend beroep gedaan op de geestelijke gezondheidszorg om aan te tonen of uit te sluiten of er bij iemand sprake is van autismespectrumstoornis. Er zijn vaak lange wachtlijsten voor de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij volwassenen en deze diagnostiek is arbeidsintensief en kostbaar (zie Rutherford e.a. 2016). Een gedegen *case identification* als eerste stap in het psychodiagnostisch onderzoek is van groot belang: zo kan voorkomen worden dat een patiënt onnodig en onterecht geïndiceerd wordt voor een DSM-classificerend en persoonsgericht onderzoek naar autismespectrumstoornis als in de *case identification* een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis niet onderbouwd kan worden en niet gegrond is.

De psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis dient tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van de patiënt en handvatten te bieden voor behandeling en/of begeleiding. Het psychodiagnostiektraject voor volwassenen bestaat dan ook uit de in deze werkwijzer beschreven fases en stappen (zie tabel 1 en bijlage 1). Wanneer vanuit de autismespecifieke *case identification* besloten wordt tot verder onderzoek naar autismespectrumstoornis omvat een dergelijk traject een algehele klachteninventarisatie, een interview voor de DSM-autismespectrumstoornis-criteria en het uitvragen van overige stoornissen, een heteroanamnese, een ontwikkelingsanamnese, een gedragsobservatie, en optioneel een aantal tests en vragenlijsten voor bijvoorbeeld neurocognitieve stijl, intelligentie en persoonlijkheid. Daaruit volgt een beschrijving van zowel de algehele als indien van toepassing autismespecifieke klachten en de ontwikkelingsgeschiedenis, en eventueel de neurocognitieve stijlkenmerken met een sterkte-zwakteanalyse, de intelligentie en de persoonlijkheid. De psychodiagnostische overweging en rapportage betreffen dan vanuit de zorgbehoefte(n) zowel een DSM-classificatie als een persoonsgerichte diagnose met een behandel- en bejegeningperspectief en met aandacht voor de persoon-omgeving interactie (zie Delespaul e.a. 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017).

Deze werkwijzer wil de ggz-professional richting geven en houvast bieden in de te nemen stappen in en te gebruiken instrumenten voor de psychodiagnostiek van autismespectrumstoornis bij volwassenen.

Literatuur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Amsterdam: Boom.

Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S-B., Niklasson, L., *et al.* (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character and personality development. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1239-1244.

Arntz, A., Kamphuis, J.H., & Spitzer, R.L. (verwacht 2018). *Gestructureerd klinisch Interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen (SCID-5-S)*. Amsterdam: Boom.

Autisme Team Gelderland (2011). *Vragenlijst ten behoeve van diagnostisch onderzoek naar autismspectrumstoornissen*. Gelderland: Samenwerkingsverband Autisme Gelderland.

Barendse, H.P.J., & Thissen, A.J.C. (2006). *Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst HAP*. Barendse & Thissen.

Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 248-254.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13, 5-17.

Bastiaansen, J.A., Meffert, H., Hein, S., Huizinga, P., Ketelaars, C., Pijnenborg, M., *et al.* (2011). Diagnosing autism spectrum disorders in adults: the use of Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) module 4. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1256-1266.

Bird, G., & Viding, E. (2014). The self to other model of empathy: providing a new framework for understanding empathy impairments in psychopathy, autism, and alexithymia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 520-532.

Bishop, S.L., & Seltzer, M.M. (2012). Self-reported autism symptoms in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2354-2363.

Blair Braden, B., Smith, C.J., Thompson, A., Glaspy, T.K., Wood, E., Vatsa, D., *et al.* (2017). Executive function and functional and structural brain differences in middle-age adults with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 10(12), 1945-1959.

Blijd-Hoogewys, E.M.A., & Horwitz, E.H. (2008). Diagnostisch proces en screening. In E.H. Horwitz, C.E.J. Ketelaars & A.M.D.N. van Lammeren (Red.), *Autisme Spectrum Stoornissen bij normaal begaafde volwassenen*, 2e gewijzigde druk (pp. 20-30). Assen: Van Gorcum.

Bucaille, A., Grandgeorge, M., Degrez, C., Mallégo, C., Cam, P., Botbol, M., & Planche, P. (2016). Cognitive profile in adults with Asperger syndrome using WAIS-IV: Comparison to typical adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 21, 1-9.

Chan, W., Smith, L.E., Hong, J., Greenberg, J.S., & Mailick, M.R. (2017). Validating the Social Responsiveness Scale for adults with autism. *Autism Research*. doi: 10.1002/aur.1813.

Chen, M-H. Wei, H-T., Chen, L-C., Su, T-P., Bai, Y-M., Hsu, J-W. *et al.* (2015). Autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and psychiatric comorbidities: a nationwide study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 1-6.

Constantino, J.N. (2005). *Social Responsiveness Scale – Adult Research Version*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Dans, L.F., Silvestre, M.A., & Dans, A.L. (2011). Trade-off between benefit and harm is crucial in health screening recommendations. Part I: general principles. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(3), 231-239.

De Bildt, A., Sytema, S., Ketelaars, C., Kraijer, D., Mulder, E., Volkmar, F., *et al.* (2004). Inter-relationship between Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) classification in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 129-137.

De Bildt, A., Sytema, S., Meffert, H., & Bastiaansen, J.A.C.J. (2016). The Autism Diagnostic Observation Schedule, Module 4: Application of the revised algorithms in an independent well-defined, Dutch sample (n = 93). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 21-30.

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis.

De Marchena, A., & Miller, J. (2016). 'Frank' presentations as a novel research construct and element of diagnostic decision-making in autism spectrum disorder. *Autism Research*, doi:10.1002/aur.1706.

Derksen, J., & Immens, L. (2016). *Psychologische diagnostiek in de GGZ*. Nijmegen: PEN.

Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen* (5e herziene druk). Assen: Van Gorcum.

Dudas, R.B., Lovejoy, C., Cassidy, S., Allison, C., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 12(9): e0184447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184447>.

Duijkers, J.C.L.M., Vissers, C.Th.W.M., Verbeeck, W., Arntz, A., & Egger, J.I.M. (2014). Social cognition in the differential diagnosis of autism spectrum disorders and personality disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 11, 118-129.

First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., & Spitzer, R.L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Fusar-Poli, L., Brondino, N., Rocchetti, M., Panisi, C., Provenzani, U., Damiani, S., & Politi, P. (2017). Diagnosing ASD in adults without ID: Accuracy of the ADOS-2 and the ADI-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(11), 3370-3379.

Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak central coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5-25.

Hautman, L. (2017). Een kink in de kabel. Een differentiaaldiagnose tussen autismespectrumstoornis en hechtingsstoornis. *Tijdschrift Persoonsgerichte Experiëntiële Psychotherapie*, 01, 91-104.

Heijnen-Kohl, S.M.J., Kok, R.M., Wilting, R.M.H.J., Rossi, G., & van Alphen, S.P.J. (2017). Screening of autism spectrum disorders in geriatric psychiatry. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2679-2689.

Hill, E.L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26-32.

Hoekstra, R.A., Bartels, M., Cath, D.C., & Boomsma, D.I. (2008). Factor structure, reliability and criterion validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): A study in Dutch population and patient groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1555-1566.

Hus, V., & Lord, C. (2014). The Autism Diagnostic Observation Schedule, module 4: Algorithm and standardized severity scores. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 1996-2012.

Ingersoll, B., Hopwood, C.J., Wainer, A., & Donnellan, M.B. (2011). A comparison of three self-report measures of the broader autism phenotype in a non-clinical sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1646-1657.

- Johnston, K., Dittner, A., Bramham, J., Murphy, C., Knight, A., & Russell, A. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(4), 225-236.
- Jones, L., Goddard, L., Hill, E.L., Henry, L.A., & Crane, L. (2014). Experiences of receiving a diagnosis of autism spectrum disorder: a survey of adults in the United Kingdom. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3033-3044.
- Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M.K., Fried, R., Bolfek, A., et al. (2013). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1314-1325.
- Kan, C.C., Geurts, H.M., van den Bosch, K., Forceville, E.J.M., van Manen, J., Schuurman, C.H., et al. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom. <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/6c61acc2-225f-4a59-9da4-9da3a9879e3c.pdf>
- Kan, C., Verbeeck, W., & Bartels A. (2012). *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kiep, M., & Spek, A.A. (2017). Executive functioning in men and women with an autism spectrum disorder. *Autism Research*, 10(5), 940-948.
- Klin, A., Lang, J., Cicchetti, D.V., & Volkmar, F.R. (2000). Brief report: Interrater reliability of clinical diagnosis and DSM-IV criteria for autistic disorder: results of the DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 163-167.
- Klin, A., Saulnier, C., Tsatsanis, K., & Volkmar, F.R. (2005). Clinical evaluation in autism spectrum disorder: Psychological assessment within a transdisciplinary framework. In F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D.J. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and developmental disorders*, 3rd ed. (pp. 772-798). New York: Wiley.
- Kraijer, D., & Plas, J. (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid* (5e geheel herziene druk). Amsterdam: Pearson.
- Lai, M-C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet*, 2, 1013-1027.
- Lai, M-C., Lombardo, M.V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383, 896-910.

Lai, M-C, Lombardo, M.V., Pasco, G., Ruigrok, A.N.V., Wheelwright, S.J., Sadek, S.A., *et al.* (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS One*, *6*, e20835. doi: 10.1371/journal.pone.0020835.

Langmann, A., Becker, J., Poustka, L., Becker, K., & Kamp-Becker, I. (2017). Diagnostic utility of the autism diagnostic observation schedule in a clinical sample of adolescents and adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *34*, 34-43.

Lever, A.G., & Geurts, H.M. (2016). Psychiatric co-occurring symptoms and disorders in young, middle-aged, and older adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*, 1916-1930.

López-Pérez, B., Ambrona, T., & Gummerum, M. (2017). Interpersonal emotion regulation in Asperger's syndrome and borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*, 103-113.

Lord, C., Pickles, A., McLennan, J., Rutter, M., Bregman, J., Folstein, S., *et al.* (1997). Diagnosing autism: analyses of data from the Autism Diagnostic Interview. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *27*, 501-517.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2000). *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, second edition (ADOS-2) manual (Part 1) modules 1-4*. Torrance, CA: Western Psychological Services.

Lord, C., Rutter, M., & Le, C.A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *24*, 659-685.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M.U., Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, *32*, 1910-1917.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M.U., & Gillberg, C. (2012). Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 333-340.

Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: a literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*, 1595-1616.

Michiels, K., van Geit, N., & Schotte, C. (2016). Onderzoek naar de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en autismspectrumstoornissen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *46*(1), 53-65.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Zorgstandaard Autisme*. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz. <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/07/Zorgstandaard-Autisme.pdf>

Noens, I., de la Marche, W., & Scholte, E. (2012). *SRS-A Screeningslijst voor autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe.

Nylander, L., & Gillberg, C. (2001). Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 103, 428-434.

Oliver, L.D., Neufeld, R.W.J., Dziobek, I., & Mitchell, D.G.V. (2016). Distinguishing the relationship between different aspects of empathic responding as a function of psychopathic, autistic, and anxious traits. *Personality and Individual Differences*, 99, 81-88.

Pugliese, C.E., Kenworthy, L., Hus Bal, V., Wallace, G.L., Yerys, B.E., Maddox, B.B., *et al.* (2015). Replication and comparison of the newly proposed ADOS-2, module 4 algorithm in ASD without ID: a multi-site study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, 45, 3919-3931.

Rogers, C.L., Goddard, L., Hill, E.L., Henry, L., & Crane, L. (2015). Experiences of diagnosing autism spectrum disorder: a survey of professionals in the United Kingdom. *Autism: International Journal of Research and Practice*, 20(7), 820-831.

Ruissen, A.M. (2014). Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. Hoe de DSM-5 zinvol ingezet kan worden voor het vak. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 523-530.

Rutherford, M., McKenzie, K., Forsyth, K., McCartney, D., O'Hare, A., McClure, I., & Irvine, L. (2016). Why are they waiting? Exploring professional perspectives and developing solutions to delayed diagnosis of autism spectrum disorders in adults and children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 31, 53-65.

Schwartzman, B.C., Wood, J.J., & Kapp, S.K. (2016). Can the Five Factor Model of Personality account for the variability of autism symptom expression? Multivariate approaches to behavioral phenotyping in adult autism spectrum disorder. *Journal of Autism Spectrum Disorder*, 46, 253-272.

Silvestre, M.A., Dans, L.F., Dans, A.L. (2011). Trade-off between benefit and harm is crucial in health screening recommendations. Part II: evidence summaries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(3), 240-249.

Sizoo, B. (2015). Case identification en diagnostiek bij volwassenen en ouderen. In H. Geurts, B. Sizoo & I. Noens (Red.), *Autismespectrumstoornis Interdisciplinair basisboek* (pp. 115-128). Leusden: Diagnosis.

Sizoo, B.B., & Horwitz, E.H. (2012). Eerste fase in de diagnostiek van autisme bij volwassenen: screening of casefinding. In C. Kan, W. Verbeek & A. Bartels (Red.), *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering* (pp. 19-34). Amsterdam: Hogrefe.

Sizoo, B.B., Horwitz, E.H., Teunisse, J.P., Kan, C.C., Vissers, C.T.W.M., Forceville, E.J.M., *et al.* (2015). Predictive validity of self-report questionnaires in the assessment of autism spectrum disorders in adults. *Autism*, *19*, 842-849.

Sizoo, B., van den Brink, W., Gorissen, M., & van der Gaag, R.J. (2009). Personality characteristics of adults with autism spectrum disorders or attention deficit hyperactivity disorder with and without substance use disorders. *Journal of Nervous Mental Disorders*, *197*, 450-454.

Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2002). Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism*, *6*, 287-297.

South, M., Carr, A.W., Stephenson, K.G., Maisel, M.E., & Cox, J.C. (2017), Short report: Symptom overlap on the SRS-2 adult self-report between adults with ASD and adults with high anxiety. *Autism Research*, *10*, 1215-1220..

Stanfield, A.C., Philip, R.C.M., Whalley, H., Romaniuk, L., Hall, J., Johnstone, E.C., & Lawrie, S.M. (2017). Dissociation of brain activation in autism and schizotypal personality disorder during social judgments. *Schizophrenia Bulletin*, *43*(6), 1220-1228.

Strunz, S., Westphal, L., Ritter, K., Heuser, I., Dziobek, I., & Roepke, S. (2015). Personality pathology of adults with autism spectrum disorder without accompanying intellectual impairment in comparison to adults with personality disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*, 4026-4038.

Supekar, K., Iyer, T., & Menon, V. (2017). The influence of sex and age on prevalence rates of comorbid conditions in autism. *Autism Research*, *10*, 778-789.

Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T., & Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *263*, 189-196.

Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken: kritieken op de DSM. Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek*. Tiel: Lannoo Campus.

Van Oosten, M.H.M., Oosterhoff, M.D., & Kan, C.C. (2012). Ontwikkelingsanamnese in het kader van diagnostiek van ASS bij volwassenen. In C. Kan, W. Verbeek & A. Bartels (Red.), *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering* (pp. 35-57). Amsterdam: Hogrefe.

Van Schalkwyk, G.I., Peluso, F., Qayyum, Z., McPartland, J.C., & Volkmar, F. (2015). Varieties of misdiagnosis in ASD: an illustrative case series. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 911-918.

Verhoeff, B. (2015). *Autism's Anatomy. A dissection of the structure and development of a psychiatric concept*. Amsterdam: Ipskamp.

Vissers, C.Th.W.M., & Vissers, H.Th. (2012). Autisme Diagnostisch Observatie Schema (ADOS): een semigestructureerde beoordeling van sociaal-communicatief gedrag tot in de volwassenheid. In C. Kan, W. Verbeek & A. Bartels (Red.), *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering* (pp. 59-77). Amsterdam: Hogrefe.

Vliegen, N., Hannes, K., & Meurs, P. (2016). De complexiteit van klinische psychodiagnostiek vraagt methodologische diversiteit. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 46(4), 302-316.

Vuijk, R. (2016). *Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen*. Tweede ongewijzigde druk. Rotterdam: Sarr Expertisecentrum Autisme/ Dare to Design.

Vuijk, R., Deen, M., Arntz, A., & Geurts, H. (2017). Reliability and validity of the Netherlands Interview for Diagnostic assessment Autism spectrum disorder in adults (NIDA). *Internal Document/trial registration*: <http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=6391>.

Vuijk, R., de Nijs, P.F.A., Vitale, S.G., Simons-Sprong, M., & Hengeveld, M.W. (2012). Persoonlijke aspecten bij volwassenen met autismespectrumstoornissen gemeten met de 'Temperament and Character Inventory' (TCI). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 699-707.

Vuijk, R., & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2016). Psychodiagnostiek van een autismespectrumstoornis bij volwassenen: classificatie en diagnose in context. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 80-86.

Waterhouse, L., London, E., & Gillberg, C. (2016). ASD validity. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(4), 302-329.

Wing, L., Leekam, S.R., Libby, S.J., Gould, J., & Locombe, M. (2002). The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 307-325.

Witteman, C., van der Heijden, P., & Claes, L. (2014). *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.

Zander, E., Willfors, C., Berggren, S., Choque-Olsson, N., Coco, C., Elmund, A., et al. (2016). The objectivity of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) in naturalistic clinical settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(7), 769-780.

Bijlage 1

Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen*

Stap 1: Onderbouwen van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis

Doel:

Het onderbouwen van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis.

Acties en bijbehorende instrumentkeuze:

- Bestuderen rapportage eerdere hulpverlening (indien aanwezig/zo nodig opvragen)
- Afnemen van bijvoorbeeld AQ, SRS-A, HAP en/of CIA bij patiënt en eventuele naastbetrokkene
- Observeren van gedrag tijdens gesprek: bijvoorbeeld CIA en/of ASDASQ

Uitvoerenden:

Elke in (autismespectrumstoornis-)psychodiagnostiek bekwame en bij voorkeur bevoegde ggz-professional en in ieder geval eenmaal aanwezig bij gesprek met de patiënt een BIG-geregistreerde psycholoog, psychiater of verpleegkundig specialist.

Uitkomst:

Onderbouwing van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis.

Stap 2: Reflectie op de *case identification*

Doel:

Het besluiten tot wel/geen classificerend en persoonsgericht psychodiagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis.

Actie en uitvoerenden:

Reflecteren op de onderbouwing van het eerste vermoeden van autismespectrumstoornis uit stap 1 door de betrokken ggz-professional(s).

Uitkomst:

Besluit tot wel of geen classificerend en persoonsgericht psychodiagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis. Het besluit wordt bepaald op basis van de verkregen informatie uit gesprek, de scores op de vragenlijst(en) en de klinische evaluatie van de problematiek in de context.

Vervolg:

Het besluit wordt in een adviesgesprek met patiënt besproken. Wanneer classificerend en persoonsgericht onderzoek naar autismespectrumstoornis niet geïndiceerd is dan stopt verder onderzoek naar autismespectrumstoornis. Wanneer verder onderzoek naar autismespectrumstoornis geïndiceerd is dan dient men onderzoeksvragen en hypothesen te formuleren en volgen de stappen 3 en 4.

Stap 3: Toetsen van de hypothese autismespectrumstoornis

Doel:

Informatie verzamelen om de hypothese autismespectrumstoornis te toetsen.

Acties en bijbehorende instrumentkeuze:

- Afnemen van interview naar klachten en beperkingen bij patiënt (algeheel en autismespecifiek): bijvoorbeeld SCID-5-S en NIDA
- Afnemen van heteroanamnese bij naastbetrokkene (algeheel en autismespecifiek): bijvoorbeeld ADI-R, DISCO en/of NIDA
- Afnemen van ontwikkelingsanamnese bij naastbetrokkene (algeheel en autismespecifiek): bijvoorbeeld ADI-R, DISCO, ATG en/of NIDA
- Observeren van gedrag: bijvoorbeeld CIA, ASDASQ en/of ADOS

Optionele en op indicatie aanvullende acties:

- In kaart brengen van neurocognitieve stijl en intelligentie
- Onderzoeken van persoonlijkheid (comorbide danwel differentiaaldiagnostisch)
- Onderzoeken van comorbiditeit en/of differentiaal diagnose (o.a. stemmingsstoornis, angst, ADHD, hechting)

Uitvoerenden:

Elke in (autismespectrumstoornis-)psychodiagnostiek bekwame en bij voorkeur bevoegde ggz-professional.

Uitkomst:

Verslaglegging met weergave van onderzoeksresultaten.

Stap 4: Reflectie op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek

Doel:

Het vaststellen van een diagnose inclusief eventuele DSM-classificatie en behandelbeleid.

Actie en uitvoerenden:

Reflecteren op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek uit stap 3 door de betrokken ggz-professionals (in ieder geval een BIG-geregistreerde

psycholoog, psychiater of verpleegkundig specialist en bij voorkeur in een multidisciplinair overleg).

Uitkomst:

Rapport met een onderkenning van en een goed gemotiveerd verklaringsmodel voor de klachten, i.e. de diagnose inclusief eventuele DSM-classificatie (wel of geen autismespectrumstoornis of anderszins) en een op het individu afgestemd behandelbeleid.

Vervolg:

Het rapport wordt in een adviesgesprek met patiënt besproken.

* Voor een juiste interpretatie van de stappen, de acties en bijbehorende instrumentkeuze en een verdere uitleg van de beschreven werkwijze wordt geadviseerd de volledige tekst van *Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen* te raadplegen.

Bijlage 2

Case Identification Autismespectrumstoornis (CIA)

Deze vragenlijst is gebaseerd op de NIDA (Vuijk 2016) en bestaat uit 10 vragen die bedoeld zijn om een eerste vermoeden van een autismespectrumstoornis bij volwassenen in kaart te brengen. De vragenlijst kan worden afgenomen in de psychodiagnostische fase van *case identification*, meestal ingebed in een reguliere ggz-intake. Ook in een huisartsenpraktijk en bij aanmeldteams van ggz-instellingen kan de vragenlijst afgenomen worden. De vragen kunnen worden gesteld aan de patiënt en eventuele naastbetrokkene. Daarnaast kan de ggz-professional door middel van observatie de vragen tijdens en/of na afloop van het gesprek beantwoorden.

De vragen 1 tot en met 7 bestaan elk uit drie deelvragen (abc). De a-vraag wordt gesteld aan de patiënt, de b-vraag wordt gesteld aan een naastbetrokkene indien aanwezig en de c-vraag wordt beantwoord door de ggz-professional op basis van observatie. De vragen 8 tot en met 10 worden gesteld aan patiënt en eventueel naastbetrokkene.

Scoringsadvies:

Zowel één, twee als drie bevestigende antwoorden op de deelvragen (abc) leveren per vraag één positieve score op de vragen 1 tot en met 7 op. Voorbeeld: vraag 1a wordt bevestigd, vraag 1b wordt bevestigd en vraag 1c wordt niet bevestigd. Dit geeft 2 bevestigende antwoorden op vraag 1 en levert één positieve score op vraag 1 op. De vragen 8, 9 en 10 leveren per bevestigend antwoord één positieve score op.

Met ten minste vijf positieve scores op de vragen 1 tot en met 7 en met ten minste één positieve score op de vragen 8 tot en met 10 en in samenhang met de informatie verkregen uit gesprek en observatie kan men het vermoeden van autismespectrumstoornis onderbouwen en overwegen.

- 1a Bent u (patiënt) altijd al beperkt geweest in het delen van gedachten en gevoelens met anderen?
- 1b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) altijd al beperkt is geweest in het delen van gedachten en gevoelens met anderen?
- 1c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?

- 2a Bent u (patiënt) altijd al beperkt geweest in het opmerken en interpreteren van de lichaamstaal van anderen?
- 2b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) altijd al beperkt is geweest in het opmerken en interpreteren van de lichaamstaal van anderen?
- 2c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?

- 3a Bent u (patiënt) altijd al beperkt geweest in het begrijpen wat gepast gedrag is in de ene situatie, maar niet in de andere?
- 3b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) altijd al beperkt is geweest in het begrijpen wat gepast gedrag is in de ene situatie, maar niet in de andere?
- 3c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?
- 4a Heeft u altijd al een vaste of herhalende manier van bewegen, van voorwerpen gebruiken of van spreken gehad?
- 4b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) altijd al een vaste of herhalende manier van bewegen, van voorwerpen gebruiken of van spreken heeft gehad?
- 4c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?
- 5a Heeft u (patiënt) het altijd al moeilijk gevonden om met veranderingen om te gaan?
- 5b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) het altijd al moeilijk gevonden heeft om met veranderingen om te gaan?
- 5c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?
- 6a Bent u (patiënt) altijd al sterk opgegaan in bepaalde interesses?
- 6b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) altijd al sterk is opgegaan in bepaalde interesses?
- 6c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?
- 7a Bent u (patiënt) altijd al erg gevoelig of ongevoelig geweest voor bepaalde zintuiglijke prikkels (bv. geluid, geur of aanraking)?
- 7b Vindt u als naastbetrokkene, dat (naam patiënt) altijd al erg gevoelig of ongevoelig geweest is voor bepaalde zintuiglijke prikkels (bv. geluid, geur of aanraking)?
- 7c Wat neemt u als psychodiagnosticus in het contact met de patiënt hiervan waar?
- 8 Is er bij u (patiënt en/of naastbetrokkene en/of omgeving) lijdensdruk (op basis van de antwoorden op de vragen 1 tot en met 7)?
- 9 Is er bij u (patiënt)/naam patiënt in de kindertijd gedacht aan autisme of was daar een vermoeden van?
- 10 Is er bij u in de familie sprake van of vermoeden van autisme?

Bijlage 3

Format voor psychodiagnostisch rapport

Naam patiënt
Geboortedatum
Adres
Woonplaats
Telefoonnummer

Persoonlijke leefsituatie
 Burgerlijke staat
 Wonen
 Opleiding
 Dagbesteding/werk
Familieanamnese
 Gezin van herkomst
 Psychopathologie familie
Somatiek, medicatie, middelengebruik
Hulpverleningsvoorgeschiedenis

(Stap 1: Onderbouwen van een eerste vermoeden van autismespectrumstoornis)

Case identification autismespecifiek (keuze uit bijvoorbeeld AQ, SRS-A, HAP, CIA, ASDASQ)

(Stap 2: Reflectie op de *case identification*)

Besluit tot wel of geen classificerend en persoonsgericht psychodiagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis

Indien verder onderzoek geïndiceerd is:

 Reden voor onderzoek
 Periode onderzoek
 Onderzoeksvraag patiënt en/of verwijzer
 Onderzoekshypothese
 Te gebruiken instrumenten

(Stap 3: Toetsen van de hypothese autismespectrumstoornis)

Klachtenanamnese actuele functioneren algeheel (bijvoorbeeld SCID-5-S) en autismespecifiek (bijvoorbeeld NIDA)

Heteroanamnese actuele functioneren algeheel en autismespecifiek (keuze uit bijvoorbeeld ADI-R, DISCO, NIDA)

Ontwikkelingsanamnese algeheel en autismespecifiek (*keuze uit bijvoorbeeld ADI-R, DISCO, ATG, NIDA*)

- Zwangerschap, geboorte en eerste levensjaar
- Cognitieve ontwikkeling
- Zintuiglijke ontwikkeling
- Motorische ontwikkeling
- Sociaal-emotionele ontwikkeling
- Spraak-, taal- en communicatie-ontwikkeling
- Vrijtijdsbesteding
- Vaste patronen, weerstand tegen veranderingen
- Probleemgedrag
- Ontwikkeling van identiteit

Gedragsobservatie autismespecifiek (*keuze uit bijvoorbeeld CIA, ASDASQ, ADOS*)

Optioneel onderzoek naar:

- Neurocognitieve stijl
 - Centrale coherentie
 - Theory of mind
 - Executieve functies
- Intelligentie
- Persoonlijkheid
- Comorbiditeit/differentiaaldiagnose (bv. stemmings- en angststoornissen, ADHD)

Indruk

(Stap 4: Reflectie op de classificerende en persoonsgerichte psychodiagnostiek)

Psychodiagnostische overweging inclusief DSM-5 classificatie en behandelbeleid

Het psychodiagnostisch rapport is besproken met en ingezien door patiënt. Het rapport/De psychodiagnostische overweging is met toestemming van patiënt toegezonden aan huisarts/verwijzer.

Handtekening betrokken ggz-professional(s)

Het psychodiagnostisch rapport is strikt vertrouwelijk en persoonlijk, geeft het psychisch functioneren van dit moment weer en heeft in de regel een beperkte geldigheidsduur van ongeveer één tot twee jaar. De resultaten en psychodiagnostische overweging hebben betrekking op de aan de rapportage ten grondslag liggende vraagstelling, en dienen uitsluitend gebruikt te worden in het kader van ggz-behandeling en -begeleiding.

Over de auteur

Richard Vuijk is klinisch psycholoog, werkzaam bij Sarr Expertisecentrum Autisme te Rotterdam, onderdeel van Parnassia Groep. Hij is als docent, cursusleider en supervisor verbonden aan verschillende RINO's en de Parnassia Academie, is eigenaar van AutismeSpectrumNederland en doet onderzoek naar psychodiagnostiek, persoonlijkheid en psychotherapie bij volwassenen met autismspectrumstoornis.

Van zijn hand verscheen in 2014 (tweede druk 2016) het Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismspectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) dat vanuit Sarr Expertisecentrum Autisme mogelijk gemaakt is en kosteloos ter beschikking gesteld wordt ten behoeve van zorgvuldige psychodiagnostiek van autismspectrumstoornis bij volwassenen in Nederland.

Werkwijzer – Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen

Eerste druk: januari 2018.

Uitgave mogelijk gemaakt door Sarr Expertisecentrum Autisme - Bavo Europoort en Lucertis - onderdeel van Parnassia Groep.

In een eerste oplage van 1000 exemplaren en een pdf-bestand kosteloos beschikbaar.

Gebruik voor commerciële doeleinden niet toegestaan.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnames, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Deze uitgave is met zorg samengesteld. Onderdelen van deze uitgave kunnen in de loop van de tijd veranderen. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houdt de auteur zich aanbevolen. Meer informatie over en toekomstige wijzigingen kunt u opvragen bij de auteur.

Vormgeving en druk: Anneloes van den Berg, Dare to Design Rotterdam.

© 2018 Richard Vuijk

