



Nederlands
Interview voor
Diagnostiek
Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA)

Handleiding en **Interview**

Derde, geheel herziene druk 2023

Richard Vuijk

Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview

Eerste druk: september 2014

Tweede, ongewijzigde druk: juli 2016

Derde, geheel herziene druk: mei 2023

Cover design: Richard Vuijk

Vormgeving: Richard Vuijk

Opmaak: BergleMaar! Design

Druk: Efficiënta

Auteursfoto: Tristan Vellekoop

Correcte referentie van deze titel in het Nederlands:

Vuijk, R. (2023). *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* (derde, geheel herziene druk). AutismeSpectrumNederland en Sarr Autisme Rotterdam.

Correcte referentie van deze titel in het Engels:

Vuijk, R. (2023). *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* (derde, geheel herziene druk) [Dutch Interview for Diagnostic assessment Autism spectrum disorder in adults (NIDA) - Manual and Interview (third, fully revised edition)]. AutismeSpectrumNederland and Sarr Autisme Rotterdam.

De NIDA is als pdf beschikbaar en in een oplage van 1000 paperback exemplaren kosteloos verkrijgbaar.

De NIDA mag niet gebruikt worden voor commerciële doeleinden.

Hoewel dit werk met de grootst mogelijke zorg is samengesteld, aanvaardt de auteur geen aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit werk. 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.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, 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.

Voor gebruiksgemak en niet voor doorverkoop of anderszins wordt toestemming verleend om de scoringsformulieren op de pagina's 62-65 te reproduceren en op te nemen in diagnostische verslaglegging.

Verveelvoudigd en openbaar gemaakt met toestemming van Boom uitgevers Amsterdam BV uit het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*, © 2022 American Psychiatric Association p/a Boom uitgevers Amsterdam.

© 2014, 2016, 2023 Richard Vuijk, Rotterdam, Nederland

www.autismespectrumnederland.nl

www.sarr.nl

Voorwoord bij de derde, geheel herziene druk

Voor u ligt de derde, geheel herziene druk van het *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview*. De eerste druk van de NIDA verscheen in 2014, de tweede, ongewijzigde druk in 2016 (Vuijk 2014, 2016). De NIDA is na het verschijnen van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association 2013) door mij ontwikkeld voor de klinische praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ten behoeve van diagnostisch onderzoek naar autismespectrumstoornis (ASS) bij volwassenen. In Nederland heeft de NIDA in verschillende GGZ-instellingen en bij vele GGZ-professionals een vaste plaats verworven in het diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen.

De NIDA is ter gelegenheid van de voorliggende druk grondig herschreven en geactualiseerd, voorzien van een handleiding gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek naar diagnostiek van ASS bij volwassenen. Veranderingen ten opzichte van de eerste en tweede druk zijn: (1) de weergave van de classificatiecriteria voor ASS volgens DSM-5-TR, de tekstrevisie van DSM-5 (American Psychiatric Association 2022), (2) het gebruikersvriendelijk opsplitsen van verschillende vragen in deelvragen met bijbehorende voorbeelden, en (3) een hoofdstuk met de resultaten van het psychometrisch onderzoek naar de NIDA die aantonen dat de NIDA een betrouwbaar en valide instrument is voor het in kaart brengen en overwegen van de DSM-5(-TR) classificatie (criteria voor) ASS.

In de NIDA wordt in lijn met de DSM-5-TR en zoals gebruikelijk in de Nederlandse GGZ *person-first language* (persoon met ASS) in plaats van *identity-first language* (autistisch persoon of autist) gehanteerd, waarbij opgemerkt dat verschillende perspectieven en een wereldwijd groeiende algemene voorkeur voor *identity-first language* worden erkend (Botha et al. 2023; Bury et al. 2023; Taboas et al. 2023; Vivanti 2021).

Internationaal blijkt in de klinische praktijk veel vraag naar de NIDA en daarom is een Engelstalige versie momenteel in ontwikkeling. Vertaling in andere talen ligt in de lijn der verwachtingen. Inmiddels blijkt de NIDA (inter)nationaal regelmatig gebruikt te worden voor wetenschappelijke doeleinden.

Uitgave van de eerste en tweede druk van de NIDA is mogelijk gemaakt door Sarr Expertisecentrum Autisme (destijds onderdeel van Bavo-Europoort en Lucertis binnen Parnassia Groep). De voorliggende druk is gefaciliteerd door Sarr Autisme Rotterdam, onderdeel van Antes binnen Parnassia Groep, en de Parnassia Groep Academie.

Voor toekomstige ontwikkeling van de NIDA stel ik feedback vanuit de klinische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek zeer op prijs.

Rotterdam,
19 mei 2023

Dr. Richard Vuijk

Inhoud

Handleiding

1. Diagnostiek autismespectrumstoornis bij volwassenen	9
1.1 Inleiding	9
1.2 DSM-5-TR classificatiecriteria voor autismespectrumstoornis	11
2. Beschrijving van de NIDA	15
2.1 Meetpretentie	15
2.2 Doel en doelgroep	15
3. Afname en scoring	17
3.1 Materiaal	17
3.2 Instructies voor de afname	17
3.3 Uitleg vooraf aan onderzochte en overige informanten	18
3.4 Instructies voor het scoren	19
- Instructies voor het scoren van de vragen	
- Instructies voor het invullen van het formulier voor samenvatting van DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerken	
- Instructies voor het invullen van het formulier voor scoring en diagnostische overweging van DSM-5-TR autismespectrumstoornis	
- Instructies voor het invullen van het formulier voor mate van actuele ernst van DSM-5-TR autismespectrumstoornis	
4. Psychometrische eigenschappen	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie	23
4.3 Betrouwbaarheid	25
- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	
4.4 Validiteit	25
- Convergente validiteit	
- Concurrente criteriumvaliditeit	
4.5 NIDA in wetenschappelijk onderzoek	26
5. Training	29
Literatuur	31
Over de auteur	39
Verantwoording	41
Kennisgeving over citaten en copyright	41
Belangenverklaring	41
Dankwoord	41

Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA)

Instructies voor de afname	44
Persoonlijke en praktische informatie	45
Vraag 1 DSM-5-TR criterium A - kenmerk 1 voor autismespectrumstoornis	46
Vraag 2 DSM-5-TR criterium A - kenmerk 2 voor autismespectrumstoornis	48
Vraag 3 DSM-5-TR criterium A - kenmerk 3 voor autismespectrumstoornis	50
Vraag 4 DSM-5-TR criterium B - kenmerk 1 voor autismespectrumstoornis	52
Vraag 5 DSM-5-TR criterium B - kenmerk 2 voor autismespectrumstoornis	54
Vraag 6 DSM-5-TR criterium B - kenmerk 3 voor autismespectrumstoornis	56
Vraag 7 DSM-5-TR criterium B - kenmerk 4 voor autismespectrumstoornis	58
Vraag 8 DSM-5-TR criterium D voor autismespectrumstoornis	60
Formulier voor samenvatting van DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerke	62
Formulier voor scoring en diagnostische overweging van DSM-5-TR autismespectrumstoornis	63
Formulier voor mate van actuele ernst van DSM-5-TR autismespectrumstoornis	66

Handleiding



1. Diagnostiek autismespectrumstoornis bij volwassenen

1.1 Inleiding

Een autismespectrumstoornis (ASS) is volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association 2022a) een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die gekenmerkt wordt door een aanhoudende beperking in de wederkerige sociale communicatie en sociale interactie (waaronder het leggen van contact met anderen en het delen van gedachten en gevoelens) en beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses en activiteiten (waaronder een overmatige vasthoudendheid aan routines, gefixeerde interesses en een over- of ongevoeligheid voor zintuiglijke input). De wereldwijde prevalentie van ASS wordt onder de algemene bevolking op 1% tot 2% geschat (Brugha et al. 2016; Hirota & King 2023; Lord et al. 2020; Roman-Urrestarazu et al. 2021; Zeidan et al. 2022). Onder patiënten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt de prevalentie van ASS op 2% tot 10% geschat (Tromans et al. 2018) en onder patiënten op een psychiatrische polikliniek op minstens 19% (Nyrenius et al. 2022); een herberekening van de laatstgenoemde bevinding komt uit op een prevalentie van 9% (Bejerot & Nylander 2022). Ongeveer een derde van de mensen met ASS heeft een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (Baio et al. 2018; Lord et al. 2020; Rydzewska et al. 2018; Shenouda et al. 2023; Zeidan et al. 2022). De precieze oorzaak van ASS is nog niet bekend, maar zowel genetische factoren als invloed van en interactie met verschillende omgevingsfactoren lijken bij te dragen aan het ontstaan van de stoornis (Waterhouse et al. 2016; Lord et al. 2020). De man-vrouwverhouding bij ASS en het verschil in uitingsvorm van ASS tussen de seksen zijn de laatste jaren onderwerp van discussie (McCrossin 2022; Napolitano et al. 2022; Rujeedawa & Zaman 2022; Walsh et al. 2023). Uit een systematische review, meta-analyse en *pooled* data-analyse van man-vrouwverschillen in ASS is gebleken dat de seksen niet verschilden in de beperkingen in de sociale communicatie en interactie (Tillmann et al. 2018; Van Wijngaarden-Cremers et al. 2014), en een *random forest* studie naar diagnostische gegevens van de *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic/Second edition* (ADOS-G/-2: Lord et al. 2000, 2012) suggereert dat er geen behoefte is aan nieuwe of gewijzigde diagnostische algoritmen voor vrouwen met ASS: de bestaande diagnostische instrumenten waarmee ASS kan worden aangetoond, lijken de kenmerken van ASS bij vrouwen voldoende (d.w.z. minstens op of boven het afkappunt) vast te leggen (Stroth et al. 2022).

De diagnostiek van ASS bij volwassenen bestaat volgens (inter)nationale richtlijnen voor ASS bij volwassenen (Kan et al. 2013; NICE 2021) uit het onderbouwen van het vermoeden van ASS, het inventariseren van huidig functioneren en klachten vanuit het perspectief van de onderzochte en indien mogelijk een naastbetrokkene, het observeren van gedrag, het uitvragen van de ontwikkelingsgeschiedenis en het inventariseren van de zorgbehoeften. De diagnostiek van ASS (bij volwassenen) kan in twee of drie fases met bijbehorende stappen ingedeeld worden (Vuijk 2018; zie Tabel 1). In de eerste fase verricht de GGZ-professional nog geen diagnostische activiteiten, maar het is de fase waarin de persoon zelf of diens omgeving verkennend en inventariserend van start is gegaan nadat het vermoeden is ontstaan dat men communicatief en contactueel niet goed meekomt met anderen. In de tweede fase, de *case identification*, ook wel de diagnostische verkenning of voorfase van eventueel uitgebreid diagnostisch onderzoek, wordt het eerste vermoeden van ASS onderbouwd dan wel weerlegd (stap 1). In stap 2 wordt op de verkregen informatie uit stap 1 door de GGZ-professional en eventueel andere betrokken GGZ-professionals gereflecteerd en bepaald of er al dan niet een derde fase met verder onderzoek naar ASS dient plaats te vinden dan wel dat verder onderzoek naar ASS niet is geïndiceerd. Ook kan de uitkomst van de *case identification* leiden tot een diagnostisch onderzoek in een andere richting dan ASS. In de derde fase wordt zowel classificerend als persoonsgericht onderzoek verricht met behulp

van interviews, vragenlijsten en gedragsobservaties (stap 3). In stap 4 wordt op de verkregen informatie uit stap 3 door de GGZ-professional en eventueel overige betrokken GGZ-professionals gereflecteerd, en komt men tot een onderkenning van klachten, en een goed gemotiveerd verklaringsmodel ofwel de (persoonsgerichte) diagnose, inclusief een eventuele DSM-5-TR classificatie (wel of geen ASS en/of anderszins) en een op de persoon afgestemd behandelbeleid en bejegeningperspectief.

Tabel 1 Diagnostiek ASS bij volwassenen in fases en stappen¹

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

ASS = autismespectrumstoornis

¹ Tabel uit *Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen* (Vuijk 2018, p. 6)

Er blijkt onvoldoende tot weinig wetenschappelijke evidentie voor het bestaan van een specifiek diagnostisch instrument als gouden standaard waarmee ASS kan worden aangetoond bij volwassenen: veel instrumenten voor ASS zijn beperkt in validiteit en betrouwbaarheid (Baghdadli et al. 2017; Conner et al. 2019; Metcalfe et al. 2020; Wigham et al. 2019). Voor het in kaart brengen van de DSM-5-TR classificatiecriteria voor ASS kan in de fase van de classificerende diagnostiek het voorliggende *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen* (NIDA) worden afgenomen (zie Hoofdstuk 3).

Naast het in kaart brengen van de DSM-5-TR classificatiecriteria voor ASS dient het onderzoeken van differentiële diagnose en comorbiditeit onderdeel te zijn van het diagnostisch onderzoek naar ASS (zie Alexander & Farrelly 2022; Allely et al. 2023; Carthy & Murphy 2021; Cumin et al. 2022; Defresne & Motttron 2022; Frigaux et al. 2019; Fusar-Poli et al. 2022; Gillett et al. 2023; Lai 2022; Lai et al. 2019; May et al. 2021; Thurm et al. 2019). Van de mensen met ASS is ongeveer 14% tot 80% bekend met psychiatrische comorbiditeit, waaronder angststoornissen, depressieve-stemmingsstoornissen, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en persoonlijkheidspathologie/-stoornissen (Buck et al. 2014; Croen et al. 2015; Hollocks et al. 2019; Kentrou et al. 2021; Lever & Geurts 2016; Linden et al. 2023; Lugo-Marín et al. 2019; Rinaldi et al. 2021; Uljarević et al. 2020; Vuijk et al. 2018).

In volwassenheid wordt ASS geassocieerd met zowel verbeteringen, mogelijkheden als moeilijkheden in het dagelijkse functioneren met invloed op de kwaliteit van leven en de mentale gezondheid (Baron-Cohen & Lombardo 2017; Howlin 2021; Lawson et al. 2020; Mason et al. 2019, 2021; Umagami et al. 2022).

1.2 DSM-5-TR classificatiecriteria voor autismespectrumstoorni

Autismespectrumstoornis

Autism spectrum disorder

(American Psychiatric Association 2022b, pp. 120-122)

F84.9 CLASSIFICATIECRITERIA

- A Persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie in uiteenlopende situaties, zoals actueel of in de voorgeschiedenis blijkt uit alle drie de volgende kenmerken (de voorbeelden zijn bedoeld als illustratie en geven geen volledig beeld; zie de tekst na de criteria):
- 1 Deficiënties in de sociaal-emotionele wederkerigheid, variërend van bijvoorbeeld op een abnormale manier sociaal contact maken en niet in staat zijn tot een normale gespreksinteractie; het verminderd delen van interesses, emoties of affect; tot een onvermogen sociale interacties te initiëren en te beantwoorden.
 - 2 Deficiënties in het non-verbale communicatieve gedrag dat gebruikt wordt voor sociale interactie, variërend van bijvoorbeeld slecht geïntegreerde verbale en non-verbale communicatie; abnormaal gedrag bij oogcontact en lichaamstaal of deficiënties in het begrijpen en gebruiken van gebaren; tot een totaal ontbreken van gezichtsuitdrukkingen en non-verbale communicatie.
 - 3 Deficiënties in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties, variërend van bijvoorbeeld problemen met het aanpassen van gedrag aan verschillende sociale omstandigheden; moeite met deelnemen aan fantasiespel of vrienden maken; tot afwezigheid van belangstelling voor leeftijdgenoten.
- B Beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten, zoals actueel of in de voorgeschiedenis blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken:
- 1 Stereotiep(e) of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of gesproken taal (zoals eenvoudige motorische stereotypieën, speelgoed in een rij zetten of voorwerpen ronddraaien; echolalie; idiosyncratische uitdrukkingen).
 - 2 Hardnekkig vasthouden aan hetzelfde, inflexibel gehecht zijn aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag (bijvoorbeeld extreem overstuur bij kleine veranderingen, moeite met overgangen, rigide denkpatronen, rituele wijze van begroeten, de behoefte om steeds dezelfde route te volgen of elke dag hetzelfde te eten).
 - 3 Zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn (bijvoorbeeld een sterke gehechtheid aan of preoccupatie met ongebruikelijke voorwerpen, bijzonder specifieke of hardnekkige interesses).
 - 4 Hyper- of hyporeactiviteit op zintuiglijke prikkels of ongewone belangstelling voor de zintuiglijke aspecten van de omgeving (bijvoorbeeld duidelijk ongevoelig voor pijn en/of temperatuur, een negatieve reactie op specifieke geluiden of texturen, excessief ruiken aan of aanraken van voorwerpen, visuele fascinatie met lichten of beweging).
- C De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege ontwikkelingsperiode (maar kunnen soms pas volledig manifest worden wanneer de sociale eisen de begrensde vermogens overstijgen, of kunnen worden gemaskeerd door op latere leeftijd aangeleerde strategieën).

- D De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E De stoornissen kunnen niet beter worden verklaard door een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking) of een globale ontwikkelingsachterstand. Een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis en de autismespectrumstoornis komen geregeld samen voor; om de comorbide classificatie autismespectrumstoornis naast een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis toe te kennen moet de sociale communicatie onder het verwachte algemene ontwikkelingsniveau liggen.

NB Mensen aan wie eerder een DSM-IV classificatie autistische stoornis, stoornis van Asperger of pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS) is toegekend, moeten nu de classificatie autismespectrumstoornis krijgen. Mensen met opvallende tekortkomingen in de sociale communicatie maar van wie de symptomen verder niet aan de criteria voor de autismespectrumstoornis voldoen, moeten worden onderzocht op de sociale (pragmatische) communicatiestoornis.

→ *Specificeer* actuele ernst:

De ernst is gebaseerd op beperkingen in de sociale communicatie en beperkte, repetitieve gedragspatronen (zie Tabel 2).

Vereist zeer substantiële ondersteuning

Vereist substantiële ondersteuning

Vereist ondersteuning

→ *Specificeer* indien:

Met of zonder bijkomende verstandelijke beperking

Met of zonder bijkomende taalstoornis

Samenhangend met een bekende genetische of somatische aandoening of omgevingsfactor (Vermeld de ermee samenhangende genetische of somatische aandoening.)

Samenhangend met een neurobiologisch ontwikkelings-, psychisch of gedragsprobleem (Vermeld het ermee samenhangende neurobiologische ontwikkelings-, psychische of gedragsprobleem.)

Met katatonie (voor de definitie: zie de criteria voor katatonie bij een andere psychische stoornis, p. 223). **Coderingsaanwijzing** Gebruik de aanvullende code F06.1 katatonie bij autismespectrumstoornis om de aanwezigheid van de comorbide katatonie aan te geven.

Tabel 2 Mate van ernst van de autismespectrumstoornis (voorbeelden van benodigde niveaus van ondersteuning)

Mate van ernst: niveau 3
'Vereist zeer substantiële ondersteuning'

Sociale communicatie

Ernstige deficiënties in de verbale en non-verbale sociale-communicatievaardigheden veroorzaken ernstige beperkingen in het functioneren, zeer beperkte initiatieven tot sociale interacties en een minimale reactie op sociale-toenaderingspogingen van anderen. De betrokkene spreekt bijvoorbeeld slechts enkele verstaanbare woorden en neemt zelden het initiatief tot sociale interactie, en als hij of zij dat wel doet, benadert hij of zij de ander op een ongewone manier, alleen om aan eigen behoeften te voldoen, en reageert hij of zij alleen op zeer directe sociale toenadering.

Beperkt, repetitief gedrag

Er is sprake van inflexibel gedrag, extreme moeite met het omgaan met veranderingen, of ander beperkt, repetitief gedrag dat duidelijk het functioneren op alle levensgebieden belemmert. De betrokkene heeft verhoogde stress door of grote moeite met het veranderen van de focus of de handeling.

Mate van ernst: niveau 2
'Vereist substantiële ondersteuning'

Sociale communicatie

Duidelijke deficiënties in de verbale en non-verbale sociale-communicatievaardigheden; duidelijk zichtbare sociale beperkingen, ondanks aanwezige ondersteuning; beperkte initiatieven tot sociale interacties; en verminderde of abnormale reacties op sociale-toenaderingspogingen van anderen. De betrokkene spreekt bijvoorbeeld alleen in eenvoudige zinnen, de interactie blijft beperkt tot zeer gelimiteerde interesses, en de betrokkene vertoont een duidelijk vreemde non-verbale communicatie.

Beperkt, repetitief gedrag

Inflexibel gedrag, moeite om met verandering om te gaan of ander beperkt, repetitief gedrag komt vaak genoeg voor om de toevallige waarnemer op te vallen en verstoort het functioneren in verschillende situaties. De betrokkene heeft verhoogde stress door of grote moeite met het veranderen van de focus of de handeling.

Mate van ernst: niveau 1
'Vereist ondersteuning'

Sociale communicatie

Zonder ondersteuning veroorzaken de deficiënties in de sociale communicatie merkbare beperkingen. De betrokkene heeft moeite met het initiëren van sociale interacties en er zijn duidelijke voorbeelden van atypische of onsuccesvolle reacties op de sociale-toenaderingspogingen van anderen. De betrokkene kan verminderde belangstelling hebben voor sociale interacties. Hij of zij kan bijvoorbeeld volzinnen uiten en deelnemen aan de communicatie, maar slaagt er niet in om een over-en-weergesprek met anderen te voeren, en zijn of haar pogingen om vriendschap te sluiten zijn vreemd en blijven zonder resultaat.

Beperkt, repetitief gedrag

Inflexibel gedrag vormt een significante verstoring in het functioneren in een of meer situaties. De betrokkene heeft moeite met het overschakelen op andere activiteiten. Problemen met organiseren en plannen staan zelfstandigheid in de weg.

2. Beschrijving van de NIDA

2.1 Meetpretentie

De NIDA is een semigestructureerd interview gericht op de aanhoudende en langdurige beperkingen in de sociale communicatie en sociale interactie en beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses en activiteiten die kenmerkend zijn voor ASS volgens DSM-5-TR (American Psychiatric Association 2022a, b). De NIDA bestaat uit acht vragen, afgeleid van de DSM-5-TR classificatiecriteria voor ASS, die het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en de vroege ontwikkelingsperiode (i.e. de vroege kindertijd en de eerste schooljaren) beslaan. De vragen 1, 2 en 3 hebben betrekking op de kenmerken van criterium A ('persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie'). De vragen 4, 5, 6 en 7 hebben betrekking op de kenmerken van criterium B ('beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten'). De vragen 1, 3, 4, 5 en 7 bestaan uit deelvragen die afgeleid zijn van de onderdelen van het betreffende kenmerk van criteria A en B. Aan de hand van de antwoorden op de vragen met betrekking tot de vroege ontwikkelingsperiode wordt criterium C ('De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege ontwikkelingsperiode maar kunnen soms pas volledig manifest worden wanneer de sociale eisen de begrensd vermogens overstijgen, of kunnen worden gemaskeerd door op latere leeftijd aangeleerde strategieën') beoordeeld. Vraag 8 heeft betrekking op criterium D ('De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen'). Aan de hand van drie antwoordmogelijkheden per vraag geeft de GGZ-professional aan in hoeverre het kenmerk of criterium op de onderzochte van toepassing is: 'Ja' betekent dat het kenmerk of criterium aanwezig is, 'Nee' betekent dat het kenmerk of criterium afwezig is, en '?' betekent dat informatie ontbreekt, twijfelachtig of niet betrouwbaar is om 'Ja' of 'Nee' aan te geven.

De NIDA is ontwikkeld om op een redelijk gestructureerde en betrouwbare manier de DSM-5-TR classificatiecriteria voor ASS in kaart te brengen en te overwegen bij volwassenen. Voor zover bekend is de NIDA één van de weinige diagnostische instrumenten voor ASS bij volwassenen die voor de scoring het algoritme van de DSM-5-TR voor ASS hanteert (Evers et al. 2021).

2.2 Doel en doelgroep

De NIDA is een nuttig hulpmiddel voor het classificeren van DSM-5-TR ASS bij volwassenen. De vragen zijn voorzien van concrete voorbeelden van de DSM-5-TR classificatiecriteria voor ASS voor het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en de vroege ontwikkelingsperiode om het overwegen van de classificatiecriteria te vergemakkelijken. De voorbeelden zijn gebaseerd op de DSM-5-TR classificatiecriteria voor en literatuur over ASS.

De vragen zijn gericht op het gedrag van volwassenen van 18 jaar en ouder zonder en met een verstandelijke beperking. De NIDA wordt afgenomen bij de onderzochte en/of bij iemand die de onderzochte goed kent en met wie regelmatig contact is, zoals een partner, familielid, begeleider, mentor of coach (bijv. als onderdeel van een heteroanamnese).

De afname van de NIDA varieert in duur van 30 tot 60 minuten. De verwerking in verslaglegging neemt eveneens 30 tot 60 minuten in beslag.

De NIDA wordt met name afgenomen door een GGZ-professional, zoals (gezondheidszorg) psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater en verpleegkundig specialist GGZ. Men dient bekwaam te zijn in de diagnostiek in het algemeen en te beschikken over kennis van en ervaring met ASS bij volwassenen in het bijzonder (Hume 2022; Jellett & Flower 2023). In Nederland mogen de classificatie en diagnose ASS volgens de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling*

van autismespectrumstoornissen bij volwassenen (Kan et al. 2013) door een bevoegd en bekwaam gezondheidszorgpsycholoog, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater en verpleegkundig specialist GGZ worden gesteld.

3. Afname en scoring

3.1 Materiaal

De NIDA bestaat uit een handleiding, interview en scoringsformulieren. De NIDA is als pdf beschikbaar en in beperkte oplage als paperback verkrijgbaar. Voor gebruiksgemak mogen de scoringsformulieren op de pagina's 62-65 gereproduceerd en opgenomen worden in diagnostische verslaglegging.

3.2 Instructies voor de afname

De NIDA kan worden afgenomen bij eenieder met een mate van zelfinzicht, bereidheid en mogelijkheid om gesprek aan te gaan en vragen te beantwoorden. Uit meerdere onderzoeken (Hesselmark et al. 2015; Keith et al. 2019; Rodgers et al. 2020; Sasson et al. 2018; Schriber et al. 2014) is gebleken dat mensen met ASS zelfinzicht hebben en adequaat en betrouwbaar hun functioneren kunnen beoordelen. Er dient rekening gehouden te worden met het feit, dat er mensen met ASS zijn die niet in staat zijn te reflecteren op zichzelf en te vertellen wat ze denken, voelen en ervaren (Jackson et al. 2012). De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan et al. 2013) stelt, dat iemand met ASS soms geen lijdensdruk ervaart en geen ziektebesef heeft, terwijl de omgeving wel duidelijke problemen signaleert. Er dient dan overwogen te worden om de NIDA niet bij onderzochte af te nemen, maar bij iemand die de onderzochte goed kent en met wie regelmatig contact is, zoals een partner, familielid, begeleider, mentor of coach.

De NIDA kan in aan- of afwezigheid van onderzochte afgenomen worden bij een partner, begeleider, mentor of coach in het kader van een heteroanamnese en bij een familielid in het kader van een ontwikkelingsanamnese of heteroanamnese. De informatie die door partner, familielid, begeleider, mentor of coach gegeven wordt, is aanvullend op die van onderzochte. Bij tegenstrijdige antwoorden wordt dit voorgelegd aan onderzochte indien mogelijk. Redelijkerwijs en rekening houdend met de mate van zelfinzicht van onderzochte wordt overwogen welke informatie de voorkeur geniet.

De GGZ-professional leest elke vraag met een voorbeeld voor en vraagt aan degene die geïnterviewd wordt of men het voorbeeld in het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en/of in de vroege ontwikkelingsperiode (i.e. de vroege kindertijd en de eerste schooljaren) herkent. Vervolgens wordt gevraagd of men zelf een voorbeeld kan geven. Daarna worden nog één of enkele voorbeelden door de GGZ-professional gegeven en dit is zeker nuttig om te doen wanneer men het voorbeeld niet herkent, geen voorbeelden weet te geven en/of het gegeven voorbeeld niet past bij de vraag. Elk voorbeeld dat men herkent of geeft en passend is bij de vraag wordt (bij 'overig') genoteerd en als aanwezig aangekruist. De GGZ-professional kan ook tijdens afname van de NIDA kenmerken van ASS bij onderzochte waarnemen en deze als aanwezig aankruisen bij de betreffende vraag.

De onderzochte hoeft niet te voldoen aan alle voorbeelden. Per vraag moet een duidelijk beeld verkregen worden van de aan- of afwezigheid van de DSM-5-TR ASS criteria A, B, C en D en bijbehorende kenmerken.

3.3 Uitleg vooraf aan onderzochte en overige informanten

De volgende uitleg wordt bij het begin van de afname aan onderzochte gegeven:

Met behulp van dit interview worden de kenmerken van de autismespectrumstoornis bij u onderzocht in het actuele functioneren (indien nodig: of de voorgeschiedenis¹) (indien nodig en mogelijk: en in de vroege kindertijd²). De vragen zijn gebaseerd op de classificatiecriteria voor autismespectrumstoornis in DSM-5-TR. Ik stel u een vraag en geef daarbij een voorbeeld. Ik vraag u ook of u zelf nog een voorbeeld kunt geven. Tijdens het interview zal ik u per vraag steeds één of enkele voorbeelden geven die beschrijven op welke manier volwassenen (indien van toepassing: en kinderen) kenmerken van autismespectrumstoornis vertonen. Zo breng ik met u uw actuele functioneren (indien van toepassing: of uw voorgeschiedenis¹/en uw functioneren in de vroege kindertijd²) in kaart om te kunnen beoordelen of sprake is van een autismespectrumstoornis bij u. Wanneer u aangeeft dat u de vraag niet begrijpt, dan zal ik de vraag verduidelijken met een voorbeeld.

Indien van toepassing:

Uw partner kent u waarschijnlijk vanaf de volwassenheid en ik zal vragen of hij/zij over die periode informatie over uw functioneren kan geven.

Uw vader/moeder/broer/zus³ kent u vanaf de vroege kindertijd en ik zal vragen of hij/zij over die periode (indien van toepassing: en uw actuele functioneren of de voorgeschiedenis¹) kan vertellen.

Uw begeleider, mentor of coach⁴ kent u waarschijnlijk vanaf de volwassenheid en ik zal vragen of hij/zij over die periode informatie over uw functioneren kan geven.

De volgende uitleg wordt bij het begin van de afname aan partner van onderzochte gegeven:

Met behulp van dit interview worden de kenmerken van de autismespectrumstoornis in het actuele functioneren (indien nodig en mogelijk: of de voorgeschiedenis¹) van uw partner onderzocht. De vragen zijn gebaseerd op de classificatiecriteria voor autismespectrumstoornis in DSM-5-TR. Ik stel u een vraag en geef daarbij een voorbeeld. Ik vraag u ook of u zelf nog een voorbeeld kunt geven. Tijdens het interview zal ik u per vraag steeds één of enkele voorbeelden geven die beschrijven op welke manier volwassenen kenmerken van autismespectrumstoornis vertonen. Zo breng ik met u het actuele functioneren (indien van toepassing: of de voorgeschiedenis¹) van uw partner in kaart om te kunnen beoordelen of sprake is van een autismespectrumstoornis bij hem/haar. Wanneer u aangeeft dat u de vraag niet begrijpt, dan zal ik de vraag verduidelijken met een voorbeeld.

De volgende uitleg wordt bij het begin van de afname aan het familielid van onderzochte gegeven:

Met behulp van dit interview worden de kenmerken van de autismespectrumstoornis in de vroege kindertijd² (indien nodig en mogelijk: en in het actuele functioneren of de voorgeschiedenis¹) van uw zoon/dochter/broer/zus³ onderzocht. De vragen zijn gebaseerd op de classificatiecriteria voor autismespectrumstoornis in DSM-5-TR. Ik stel u een vraag en geef daarbij een voorbeeld. Ik vraag u ook of u zelf nog een voorbeeld kunt geven. Tijdens het interview zal ik u per vraag steeds één of enkele voorbeelden geven die beschrijven op welke manier kinderen en jongeren (indien van toepassing: en volwassenen) kenmerken van autismespectrumstoornis vertonen. Zo breng ik met u het functioneren in de vroege kindertijd² (indien van toepassing: en het actuele functioneren of de voorgeschiedenis¹) van uw zoon/dochter/broer/zus³ in kaart om te kunnen beoordelen of sprake is van een autismespectrumstoornis bij hem/haar. Wanneer u aangeeft dat u de vraag niet begrijpt, dan zal ik de vraag verduidelijken met een voorbeeld.

De volgende uitleg wordt bij het begin van de afname aan begeleider, mentor of coach⁴ van onderzochte gegeven:

Met behulp van dit interview worden de kenmerken van de autismespectrumstoornis in het actuele functioneren (indien nodig en mogelijk: of de voorgeschiedenis¹) van uw cliënt(e) onderzocht. De vragen zijn gebaseerd op de classificatiecriteria voor autismespectrumstoornis in DSM-5-TR. Ik stel

u een vraag en geef daarbij een voorbeeld. Ik vraag u ook of u zelf nog een voorbeeld kunt geven. Tijdens het interview zal ik u per vraag steeds één of enkele voorbeelden geven die beschrijven op welke manier volwassenen kenmerken van autismespectrumstoornis vertonen. Zo breng ik met u het actuele functioneren (indien van toepassing: of de voorgeschiedenis¹) van uw cliënt(e) in kaart om te kunnen beoordelen of sprake is van een autismespectrumstoornis bij hem/haar. Wanneer u aangeeft dat u de vraag niet begrijpt, dan zal ik de vraag verduidelijken met een voorbeeld.

- 1 Volgens DSM-5-TR criteria A en B voor ASS moeten de beperkingen actueel of in de voorgeschiedenis aanwezig zijn. Het is redelijkerwijs te verwachten dat men zich met actuele (psychische) klachten meldt in de GGZ: op indicatie wordt met de NIDA dan ook in eerste instantie onderzocht of de kenmerken van ASS in het actuele functioneren aanwezig zijn. Het is mogelijk, dat door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning moeilijkheden/beperkingen worden gemaskeerd of in het actuele functioneren niet op de voorgrond staan (Bradley et al. 2021; Cook et al. 2021; Cook et al. 2022; Hull et al. 2017; Livingston et al. 2020; McQuaid et al. 2022; Milner et al. 2023; Perry et al. 2022; Walsh et al. 2023). Mensen die voor sommige sociale problemen compenserende strategieën hebben ontwikkeld, kunnen echter nog steeds problemen krijgen in nieuwe situaties of in situaties waarin ze geen ondersteuning hebben. Er kan dan lijdensdruk ervaren worden door de inspanning en de angst bij het steeds moeten inschatten wat voor de meeste mensen sociaal vanzelfsprekend is (American Psychiatric Association 2022b, pp. 126-127). Daarnaast kan een speciale intensieve belangstelling soms perspectief geven op opleiding of werk. De manifestaties van sociale en communicatieve beperkingen en het beperkte, repetitieve gedrag waardoor ASS gekenmerkt wordt, blijken in ieder geval duidelijk in de vroege ontwikkelingsperiode (DSM-5-TR criterium C voor ASS) en voldoende ernstig in het actuele functioneren om klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen te veroorzaken (DSM-5-TR criterium D voor ASS).
- 2 Onder de vroege kindertijd worden de vroege ontwikkelingsperiode en de eerste schooljaren verstaan. ASS kan geclassificeerd worden na deze periode, wanneer bijvoorbeeld de sociale eisen vanuit de omgeving de begrensde vermogens van de persoon overstijgen en er problemen ontstaan of de kenmerken van ASS gemaskeerd worden door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning. Duidelijk moet dan wel zijn dat de DSM-5-TR criteria A en B voor ASS al in de vroege ontwikkelingsperiode (i.e. DSM-5-TR criterium C voor ASS) aanwezig zijn.
- 3 De juiste verhouding tot het familielid aangeven.
- 4 Wanneer bij onderzochte een begeleider, mentor of coach betrokken is, kan bij één van hen indien nodig en gewenst de NIDA worden afgenomen.

3.4 Instructies voor het scoren

Voor het scoren van de NIDA wordt gebruik gemaakt van de formulieren voor samenvatting van de classificatiecriteria en bijbehorende kenmerken, voor scoring en diagnostische overweging en voor mate van actuele ernst van DSM-5-TR ASS (pp. 62-67). Om het proces van diagnostisch onderzoek naar ASS inzichtelijk te maken voor onderzochte, verwijzer en/of (toekomstig) hulpverlener kan ervoor gekozen worden om de formulieren op de pagina's 62-65 in een bijlage van het diagnostisch rapport van onderzochte op te nemen.

Instructies voor het scoren van de vragen

Per vraag wordt tijdens of na afname van de NIDA aangegeven of het kenmerk of criterium aan- of afwezig is in het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en de vroege ontwikkelingsperiode (i.e. de vroege kindertijd en de eerste schooljaren). Bij de vragen 1 en 3 dient op alle deelvragen

bevestigend geantwoord te worden, en bij de vragen 4, 5 en 7 dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden om het kenmerk als aanwezig (met 'Ja') te scoren. Op vraag 8 dient in ieder geval voor het actuele functioneren bevestigend geantwoord te worden om het criterium als aanwezig (met 'Ja') te scoren.

Wanneer in het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en/of de vroege ontwikkelingsperiode de kenmerken gemaskeerd worden door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning, en bij doorvragen naar het hoe en waarom van het functioneren duidelijk (en zichtbaar) wordt dat het ogenschijnlijk goede sociale functioneren in werkelijkheid heel veel moeite en inspanning kost, wordt op de vragen 'Ja' (kenmerk of criterium aanwezig) gescoord voor het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en/of de vroege ontwikkelingsperiode. Wanneer men bijvoorbeeld geleerd heeft om repetitief gedrag te onderdrukken in het openbaar en specifieke belangstelling of hobby een bron van plezier en een motiverende factor kan zijn en soms mogelijkheden opent tot het volgen van een opleiding en het verkrijgen van een baan kunnen de kenmerken van DSM-5-TR criterium B voor ASS (de vragen 4 tot en met 7) niet langer of minder opvallend aanwezig zijn in het actuele functioneren. Dit hoeft toekenning van de DSM-5-TR classificatie ASS niet uit te sluiten als uit de rest van het onderzoek gegronde overwegingen zijn aan te nemen dat er sprake is van ASS en als in ieder geval gedurende de vroege ontwikkelingsperiode of in een bepaalde periode in het verleden duidelijk sprake was van beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten.

Wanneer informatie over de vroege ontwikkelingsperiode ontbreekt, twijfelachtig of niet betrouwbaar is, wordt het vraagteken (?) bij de vragen voor de vroege ontwikkelingsperiode gescoord. Dit hoeft toekenning van de DSM-5-TR classificatie ASS niet uit te sluiten als uit de rest van het onderzoek gegronde overwegingen zijn aan te nemen dat sprake is van ASS. Er zijn dan ten minste geen aanwijzingen dat de sociale en communicatievaardigheden in de vroege ontwikkelingsperiode goed waren.

De antwoorden op vraag 8 moeten duidelijkheid geven of de kenmerken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het actuele functioneren op andere belangrijke terreinen veroorzaken. Wanneer weinig tot geen last of beperking in het actuele functioneren door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning blijkt, wordt op de vraag 'Ja' (criterium aanwezig) gescoord, wanneer het zo optimaal mogelijke functioneren alleen met zeer veel inspanning door betrokkene(n) haalbaar is.

Instructies voor het invullen van het formulier voor samenvatting van DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerken

Op het *formulier voor samenvatting van DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerken* (p. 62) wordt genoteerd welke DSM-5-TR ASS criteria A, B en D en bijbehorende kenmerken als aanwezig (met 'Ja') zijn gescoord bij de acht vragen naar het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en de vroege ontwikkelingsperiode. Vervolgens worden de kenmerken van DSM-5-TR criteria A en B voor ASS per criterium opgeteld.

Instructies voor het invullen van het formulier voor scoring en diagnostische overweging van DSM-5-TR autismespectrumstoornis

De volgende tien stappen op het *formulier voor scoring en diagnostische overweging van DSM-5-TR autismespectrumstoornis* (p. 63) worden doorlopen:

1. Noteer naam en geboortedatum van de onderzochte. Noteer door wie, wanneer en bij wie de NIDA is afgenomen. De NIDA kan bij één of meerdere personen afgenomen zijn.
2. Geef voor DSM-5-TR criteria A en B voor ASS aan of het aantal kenmerken van criterium A drie van drie en het aantal kenmerken van criterium B minstens twee van vier bedragen voor het actuele functioneren of de voorgeschiedenis. Dit wordt ook gedaan voor de vroege ontwikkelingsperiode om daarmee stap 3 te kunnen doorlopen. Hiervoor worden de scores op de vragen 1 tot en met 7 op het *formulier voor samenvatting van*

DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerken (zie p. 62) overgenomen.

3. Geef voor DSM-5-TR criterium C voor ASS aan of de kenmerken aanwezig zijn in de vroege ontwikkelingsperiode (i.e. de vroege kindertijd en de eerste schooljaren). ASS kan geclassificeerd worden na de vroege ontwikkelingsperiode wanneer bijvoorbeeld de sociale eisen vanuit de omgeving de begrensde vermogens van de persoon overstijgen en er problemen ontstaan of de kenmerken van ASS gemaskeerd worden door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning. Duidelijk moet zijn dat DSM-5-TR criteria A en B voor ASS al in de vroege ontwikkelingsperiode aanwezig zijn. Zie stap 2.
4. Geef voor DSM-5-TR criterium D aan of de kenmerken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het actuele functioneren op andere belangrijke terreinen veroorzaken. Hiervoor wordt de score op vraag 8 op het *formulier voor samenvatting van DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerken* (zie p. 62) overgenomen.
5. Geef voor DSM-5-TR criterium E aan of de kenmerken niet verklaard kunnen worden door een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking) of een globale ontwikkelingsachterstand.
6. Specificeer indien:
 - Met of zonder bijkomende verstandelijke beperking
 - Met of zonder bijkomende taalstoornis
 - Samenhangend met een bekende genetische of somatische aandoening of omgevingsfactor
 - Samenhangend met een neurobiologisch ontwikkelings-, psychisch of gedragsprobleem
 - Met katatonie en gebruik de aanvullende code F06.1 katatonie bij ASS om de aanwezigheid van de comorbide katatonie aan te geven.
7. Geef aan of de informatie verkregen met de NIDA contextueel gewogen is met andere onderzoeksmethoden en vermeld deze.
8. Geef aan of de kenmerken niet beter verklaard worden door de aanwezigheid van (een) andere stoornis(sen) en/of omgevingsprobleem. Vermeld vervolgens, indien van toepassing, van welke andere stoornis(sen) en/of omgevingsprobleem differentiaaldiagnostisch dan wel comorbide sprake is.
9. Het toekennen van een classificatie houdt een klinisch oordeel in waarvoor alle beschikbare informatie in overweging wordt genomen en dat niet alleen is gebaseerd op de score in een bepaald(e) vragenlijst of observatie-instrument (American Psychiatric Association 2022b, p. 129). Wanneer bovenstaande stappen zijn doorlopen en alle vetgedrukte '**Ja**' op het *formulier voor scoring en diagnostische overweging van DSM-5-TR autismespectrumstoornis* (p. 63) zijn omcirkeld, wordt door gezondheidszorgpsycholoog, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater of verpleegkundig specialist GGZ overwogen of het te verwachten positieve effect van een DSM-5-TR classificatie ASS opweegt tegen het eventuele negatieve effect ervan (Defresne & Mottron 2022; Harmens et al. 2022; Huang et al. 2022) en stelt men vervolgens wel/geen DSM-5-TR classificatie ASS. Uit onderzoek naar de ervaringen van volwassenen met hun diagnostisch onderzoekstraject naar ASS is gebleken dat het merendeel positief, opgelucht en met vertrouwen reageert op een positieve uitslag, maar de weg ernaartoe vindt men complex en moeizaam en de postdiagnostische hulpverlening wordt als ontoereikend ervaren (De Broize 2022; zie ook Brede et al. 2022; Darazsdi & Bialka 2023; Huang et al. 2020; Ishler et al. 2023; Jellett & Flower 2023; Legg et al. 2023; Mazurek et al. 2023; Wigham et al. 2023; Wilson et al. 2023).
10. Specificeer de mate van actuele ernst van DSM-5-TR ASS gebaseerd op beperkingen in de sociale communicatie en beperkte, repetitieve gedragspatronen. Hiervoor worden de scores op het *formulier voor mate van actuele ernst van DSM-5-TR autismespectrumstoornis* (p. 66) overgenomen.

Instructies voor het invullen van het formulier voor mate van actuele ernst van DSM-5-TR autismespectrumstoornis

De mate van actuele ernst van DSM-5-TR ASS gebaseerd op beperkingen in de sociale communicatie en beperkte, repetitieve gedragspatronen wordt gespecificeerd op het *formulier voor mate van ernst van DSM-5-TR autismespectrumstoornis* (p. 66). Om de behoefte aan ondersteuning voor de domeinen 'sociale communicatie' en 'beperkt, repetitief gedrag' met **Ja** te beantwoorden, dienen per domein alle bijbehorende gedragskenmerken met **Ja** beantwoord te worden bij één van de drie niveaus van actuele ernst.

In onderzoek naar de niveaus van ernst bij kinderen met ASS werden associaties gevonden tussen hogere niveaus van ernst voor beide domeinen en lager intellectueel functioneren (Mazurek et al. 2019) en tussen hogere niveaus van ernst voor het domein 'beperkt, repetitief gedrag' en lager adaptief functioneren (Hong & Matson 2021). Een literatuurstudie naar niveaus van ernst wijst erop dat intellectueel functioneren kan worden verward met de algehele ernst van ASS (Qari 2022).

4. Psychometrische eigenschappen

4.1 Inleiding

Van de NIDA zijn in onderzoek de psychometrische kwaliteiten bepaald. De demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie en de resultaten worden hier beknopt weergegeven. Het onderzoek heeft zich gericht op de acht vragen naar het actuele functioneren en de bijbehorende beoordeling 'wel of geen DSM-5 classificatie ASS'. Voor volledige informatie over dit onderzoek wordt verwezen naar Vuijk et al. (2022).

4.2 Demografische kenmerken van de onderzoekspopulati

Het cohort van het onderzoek bestond uit 90 mannen, verdeeld over drie groepen: (1) met ASS met of zonder persoonlijkheidsstoornis (PS), (2) met PS zonder (vermoeden van) ASS, en (3) zonder ASS en PS. Deelnemers van groep 1 werden geworven bij Sarr Autisme Rotterdam. Deelnemers van groep 2 werden geworven bij verschillende GGZ-instellingen van Parnassia Groep. Deelnemers van groep 3 werden geworven uit de algemene bevolking via flyers, advertenties en bekenden. Tabel 3 (Vuijk et al. 2022, p. 3529) geeft de demografische kenmerken van de deelnemers per groep weer.

Tabel 3 Demografische kenmerken onderzoekspopulatie (N = 90)

		ASS	PS	Algemeen
<i>n</i>		30	30	30
Leeftijd	Gemiddelde	43.23	44.13	44.37
	SD	11.00	12.64	14.85
	Range	18-62	19-63	18-65
Burgerlijke staat	Ongehuwd	23 (77%)	19 (63%)	18 (60%)
	Gehuwd	7 (23%)	4 (13%)	9 (30%)
	Gescheiden	0	6 (20%)	0
	Overig	0	1 (3%)	3 (10%)
Opleidingsniveau	Universiteit	7 (23%)	3 (10%)	10 (33%)
	Hoger beroepsonderwijs (hbo)	8 (27%)	10 (33%)	13 (43%)
	Voortgezet onderwijs (vwo/havo/vmbo)	8 (27%)	8 (27%)	6 (20%)
	Lager beroepsonderwijs (lbo)	5 (17%)	6 (20%)	0
	Basisschool	1 (3%)	2 (7%)	0
	Onbekend/overig	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)
ASS classificatie †		30	0	0
	Autistische stoornis	6 (20%)		
	Stoornis van Asperger	10 (33%)		
	ASS	14 (47%)		

(vervolg Tabel 3)		ASS	PS	Algemeen	
PS classificatie		n=18	n=30§	n=23¶	n=0
	Vermijdende-PS	1 (3%)	3 (10%)	7 (23%)	
	Afhankelijke-PS	0	1 (3%)	1 (3%)	
	Dwangmatige-PS	5 (18%)	0	4 (13%)	
	Paranoïde-PS	0	0	0	
	Schizotypische-PS	0	0	0	
	Schizoïde-PS	3 (10%)	0	0	
	Histrionische-PS	0	0	0	
	Narcistische-PS	0	3 (10%)	2 (7%)	
	Borderline-PS	0	7 (23%)	5 (17%)	
	Antisociale-PS	1 (3%)	1 (3%)	3 (10%)	
	Andere gespecificeerde PS (≥5 trekken)	12 (40%)	19 (63%)	15 (50%)	
Psychische klachten en stoornissen ‡	Alcohol, drugs & medicatie-klachten	2 (7%)		4 (13%)	
	Psychotische klachten	1 (3%)		0 (0%)	
	Depressieve-stemmingsstoornis	5 (17%)		11 (37%)	
	Paniekstoornis	2 (7%)		2 (7%)	
	PTSS	3 (10%)		4 (13%)	
	Specifieke fobie	1 (3%)		1 (3%)	
	Sociale-angststoornis	1 (3%)		6 (20%)	
	Gegeneraliseerde-angststoornis	1 (3%)		3 (10%)	
	Obsessieve-compulsieve stoornis	2 (7%)		2 (7%)	
	Somatisch-symtoomstoornis en verwante stoornissen	0 (0%)		2 (7%)	
	Voedings- en eetstoornissen	0 (0%)		1 (3%)	
	Aanpassingsstoornissen	2 (7%)		1 (3%)	
	Relationele problemen	1 (3%)		2 (7%)	
	Persisterende-rouwstoornis	1 (3%)		1 (3%)	
	Problemen met agressie	1 (3%)		2 (7%)	
	Overige klachten	3 (10%)		2 (7%)	

ASS=autismespectrumstoornis; Algemeen=zonder ASS en PS; PS = persoonlijkheidsstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; SD = standaarddeviatie. † ASS classificatie vastgesteld zonder gebruik van *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen* (NIDA). ‡ Het aantal deelnemers met PS classificatie is lager dan het totaal aantal geclassificeerde PS. De verklaring voor het verschil is dat sommige deelnemers met meer dan één PS zijn geclassificeerd. § PS in het verleden geclassificeerd aan de hand van *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; First et al. 1997; Nederlandse vertaling: Weertman et al. 2000), *SCID-5-P Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen* (American Psychiatric Association 2017), of psychologisch-psychiatrisch onderzoek. ¶ PS geclassificeerd met SCID-5-P in het huidige onderzoek. † Psychische klachten en stoornissen zijn vastgesteld met een semigestructureerd interview voor psychische stoornissen in het huidige onderzoek.

4.3 Betrouwbaarheid

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Ter bepaling van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn na afname van de NIDA de antwoorden van de deelnemers op de acht vragen naar het actuele functioneren en de bijbehorende beoordeling 'wel of geen DSM-5 classificatie ASS' door een onderzoeker en een observator afzonderlijk van elkaar gescoord. Op itemniveau zijn vervolgens Cohens kappa's (Cohen 1960) en Krippendorffs alpha's (Hayes & Krippendorff 2007) berekend. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek zeer hoog: alle kappa-waarden lagen boven .79 (range .79-.95, CI 0.67-1.01) en alle alpha-waarden boven .80 (range .80-1.00, CI 0.65-1.00).

Bij deze resultaten dient te worden opgemerkt, dat de beoordelaars geschoold waren in afname en scoring van de NIDA.

4.4 Validiteit

Convergente validiteit

De samenhangen tussen met de NIDA en ADOS-2 (Lord et al. 2012; Nederlandse vertaling: De Bildt et al. 2013) geclassificeerde ASS en tussen met de NIDA en in het verleden geclassificeerde ASS bij de deelnemers zijn berekend met Cohens kappa (Cohen 1960). De kappa-waarden lagen boven de .80 (range .80-.95) met een sensitiviteit van .76-.96 en een specificiteit van .93-1.00: de deelnemers met ASS scoorden op de NIDA correct positief voor de DSM-5 classificatie ASS (in overeenstemming met de ADOS-2 classificatie ASS en de in het verleden geclassificeerde ASS) en de overige deelnemers scoorden op de NIDA terecht negatief voor de DSM-5 classificatie ASS.

Bij deze resultaten dient te worden opgemerkt, dat de deelnemers zeer strikt geselecteerd waren. Bij deelnemers met ASS dienden de kenmerken van de stoornis merkbaar aanwezig te zijn in het functioneren (De Marchena & Miller 2017) zonder camoufleren of compensatiegedrag (Cook et al. 2021; Frigaux et al. 2021; Motttron 2021). Bij de overige deelnemers mocht noch sprake zijn van ASS noch een vermoeden van ASS bestaan.

Concurrente criteriumvaliditeit

Om te beoordelen of de deelnemers verschilden op de acht vragen van de NIDA naar het actuele functioneren is *one-way* MANOVA met Bonferroni correcties uitgevoerd.

Met een significant groepseffect van $F(18, 158) = 47.73, p < .001$; Wilks $\Lambda = 0.024, \eta_p^2 = .85$ bleken de deelnemers met ASS op alle vragen van de NIDA meer bevestigend te scoren dan de overige deelnemers. De deelnemers met ASS behaalden een gemiddelde totaalscore van 6.70 (SD 1.15, SE .18), deelnemers met PS zonder (vermoeden van) ASS een gemiddelde totaalscore van 0.57 (SD 1.19, SE .18) en deelnemers zonder ASS en PS een gemiddelde totaalscore van 0 (SD 0, SE .18). Dit betekent dat met de NIDA deelnemers met ASS goed onderscheiden konden worden van deelnemers met PS bij wie ASS uitgesloten was en van deelnemers uit de algemene bevolking bij wie zowel ASS als PS uitgesloten waren.

Bij deze resultaten dient te worden opgemerkt, dat de beoordelaars geschoold waren in ASS en PS bij volwassenen en in afname en scoring van de NIDA en het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; First et al. 1997; Nederlandse vertaling: Weertman et al. 2000), de vorige versie van *SCID-5-P Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen* (American Psychiatric Association 2017).

4.5 NIDA in wetenschappelijk onderzoek

De NIDA wordt regelmatig gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden. Op 21 februari 2023 werd een zoekactie uitgevoerd in *Google Scholar* (Martín-Martín et al. 2021) met als zoektermen 'Vuijk', 'NIDA' en 'autism(e)'. Er werd gezocht naar studies waarin de NIDA bij deelnemers voorafgaand aan het onderzoek danwel tijdens het onderzoek afgenomen werd. Artikelen werden gescreend op 'Vuijk' en 'NIDA' in de referentielijst en methodesectie. In totaal zijn 16 artikelen gevonden in de periode 2020-2022 waarin de NIDA bij de verschillende onderzoekspopulaties werd afgenomen. In Tabel 4 zijn de betreffende artikelen in alfabetische volgorde opgenomen.

Tabel 4 Onderzoeken, gepubliceerd in de periode van 2020 tot 2022, waarin de NIDA is afgenomen bij de onderzoekspopulatie

Appel, J.E., Vrijisen, J.N., Marchetti, I., Becker, E.S., Collard, R.M., Van Eijndhoven, P., Schene, A.H., & Tendolkar, I. (2021). The role of perseverative cognition for both mental and somatic disorders in a naturalistic psychiatric patient sample. *Psychosomatic Medicine*, 83(9), 1058-1066. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001003>

Bergman, M.A., Vissers, C.Th.W.M., Collard, R.M., Van Eijndhoven, P., Schene, A.H., Vrijisen, J.N. (2021). The effect of alexithymia on attentional bias toward emotional stimuli in depression: An eye-tracking study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.569946>

Bergman, M.A., Vrijisen, J.N., Rinck, M., Van Oostrom, I., Kan, C.C., Collard, R.M., Van Eijndhoven, P.F., Visser, C.Th.W.M., & Schene, A.H. (2021). Is a negative attentional bias in individuals with autism spectrum disorder explained by comorbid depression? An eye-tracking study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(11), 4213-4226. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04880-6>

Bezemer, M.L., Blijd-Hoogewys, E.M.A. & Meek-Heekelaar, M. (2021). The predictive value of the AQ and the SRS-A in the diagnosis of ASD in adults in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(7), 2402-2415. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04699-7>

Brolsma, S.C.A., Vrijisen, J.N., Vassena, E., Rostami Kandroodi, M., Bergman, M.A., Van Eijndhoven, P.F., Collard, R.M., Den Ouden, H.E.M., Schene, A.H., & Cools, R. (2022). Challenging the negative learning bias hypothesis of depression: Reversal learning in a naturalistic psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 52(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001956>

Duyser, F.A., Vrijisen, J.N., Van Oort, J., Collard, R.M., Schene, A.H., Tendolkar, I., & Van Eijndhoven, P.F. (2022). Amygdala sensitivity for negative information as a neural marker for negative memory bias across psychiatric diagnoses. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 323, 111481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.111481>

Geurts, H.M., Agelink van Rentergem, J.A., Radhoe, T., Torenvliet, C., Van der Putten, W.J., & Groenman, A.P. (2021). Ageing and heterogeneity regarding autism spectrum conditions: A protocol paper of an accelerated longitudinal study. *BMJ Open*, 11(3), e040943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040943>

Guineau, M.G., Ikani, N., Rinck, M., Collard, R.M., Van Eijndhoven, P., Tendolkar, I., Schene, A.H., Becker, E.S., & Vrijisen, J.N. (2022). Anhedonia as a transdiagnostic symptom across psychological disorders: A network approach. *Psychological Medicine*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000575>

Melchior, K., Franken, I.H.A., Vuijk, R., Peerbooms, V., & Van der Heiden, C. (2021). The assessment of thought fusion beliefs and beliefs about rituals in clinical and non-clinical populations: Psychometric properties of the Thought Fusion Instrument (TFI) and Beliefs About Rituals Inventory (BARI). *Psychological Test Adaptation and Development*, 2(1), 50-61. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000011>

Muit, J.J., Bothof, N., & Kan, C.C. (2020). Pharmacotherapy of ADHD in adults with autism spectrum disorder: Effectiveness and side effects. *Journal of Attention Disorders*, 24(2), 215-225. <https://doi.org/10.1177/1087054719866255>

Mulders, P., Eijndhoven, P., Van Oort, J., Oldehinkel, M., Duyser, F., Kist, J., Collard, R., Vrijsen, J., Haak, K., Beckmann, C., Tendolkar, I., & Marquand, A. (2022). Striatal connectopic maps link to functional domains across psychiatric disorders. *Translational Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02273-6>

Shi, Y., Sprooten, E., Mulders, P., Vrijsen, J., Bralten, J., Demontis, D., Børghlum, A., Walters, G., Stefansson, K., Van Eijndhoven, P., Tendolkar, I., Franke, B., & Mota, N. (2022). Multi-polygenic scores in psychiatry: From disorder-specific to transdiagnostic perspectives. *Medrxiv*. <https://doi.org/10.1101/2022.05.30.22275563>

Van Eijndhoven, P., Collard, R., Vrijsen, J., Geurts, D.E.M., Vasquez, A.A., Schellekens, A., Van den Munckhof, E., Brolsma, S., Duyser, F., Bergman, A., Van Oort, J., Tendolkar, I., & Schene, A. (2022). Measuring Integrated Novel Dimensions in Neurodevelopmental and Stress-Related Mental Disorders (MIND-SET): Protocol for a cross-sectional comorbidity study from a research domain criteria perspective. *JMIRx Med*, 3(1), e31269. <https://doi.org/10.2196/31269>

Van Oort, J., Kohn, N., Vrijsen, J.N., Collard, R., Duyser, F.A., Brolsma, S.C.A., Fernández, G., Schene, A.H., Tendolkar, I., & Van Eijndhoven, P.F. (2020). Absence of default mode downregulation in response to a mild psychological stressor marks stress-vulnerability across diverse psychiatric disorders. *NeuroImage: Clinical*, 25, 102176. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102176>

Van Oort, J., Tendolkar, I., Collard, R., Geurts, D.E.M., Vrijsen, J.N., Duyser, F.A., Kohn, N., Fernández, G., Schene, A.H., & Van Eijndhoven, P.F.P. (2022). Neural correlates of repetitive negative thinking: Dimensional evidence across the psychopathological continuum. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 915316. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.915316>

Vuijk, R., Deen, M., Arntz, A., & Geurts, H.M. (2022). First psychometric properties of the Dutch Interview for Diagnostic assessment of Autism spectrum disorder in adult males without intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 3523-3535. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05225-z>

NIDA = Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen

5. Training

De auteur verzorgt vanuit Sarr Autisme Rotterdam, onderdeel van Antes binnen Parnassia Groep, en de Parnassia Groep Academie regelmatig geaccrediteerde training in de NIDA voor GGZ-professionals. Naast dit aanbod is incompanytraining in de NIDA mogelijk. In de NIDA-training krijgt men de nodige informatie over het instrument en er wordt ervaring opgedaan in het afnemen en scoren van het instrument.

De NIDA-training is bedoeld voor GGZ-professionals, zoals (gezondheidszorg)psychologen, klinisch (neuro-)psychologen, psychiaters en verpleegkundig specialisten GGZ met kennis en ervaring op het gebied van ASS, die bekend zijn met de principes van diagnostiek en de NIDA willen gebruiken als onderdeel van het diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen in de klinische praktijk dan wel wetenschappelijk onderzoek.

Een NIDA-training bevat idealiter de volgende elementen:

- Het bestuderen van de handleiding om bekend te raken met de NIDA en de plaats van het instrument in de diagnostiek van ASS bij volwassenen.
- Het bestuderen van de DSM-5-TR classificatiecriteria voor ASS.
- Het oefenen met het stellen van de vragen en het geven van voorbeelden door de vragen en bijbehorende voorbeelden van de NIDA hardop voor te lezen.
- Het oefenen met het afnemen van de NIDA bij een collega die de rol van de geïnterviewde vervult.
- Het oefenen met het scoren van de NIDA met een collega.

Literatuur

Alexander, L., & Farrelly, N. (2022). A case of mistaken diagnoses: Diagnostic and management challenges in a case of adult autism spectrum disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 39(3), 301-304.

Allely, C.S., Woodhouse, E., & Mukherjee, R.A. (2023). Autism spectrum disorder and personality disorders: How do clinicians carry out a differential diagnosis?. *Autism*, 13623613231151356.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2017). SCID-5-P Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen. *Nederlandse vertaling van Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD), first edition (Copyright ©2016), en User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD), first editio* . Boom.

American Psychiatric Association (2022a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2022b). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5-TR*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition - Text Revision. Boom.

Baghdadli, A., Russet, F., & Mottron, L. (2017). Measurement properties of screening and diagnostic tools for autism spectrum adults of mean normal intelligence: *A systematic review*. *European Psychiatry*, 44, 104-124.

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D.L., Maenner, M.J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson Rosenberg, C., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L.C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., Pettygrove, S., ... Dowling, N.F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23.

Baron-Cohen, S., & Lombardo, M.V. (2017). Autism and talent: The cognitive and neural basis of systemizing. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(4), 345-353.

Bejerot, S., & Nylander, L. (2022). An overestimation of the prevalence of ASD among psychiatric patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(9), 4204-4205.

Botha, M., Hanlon, J., & Williams, G.L. (2023). Does language matter? Identity-first versus person-first language use in autism research: A response to Vivanti. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(2), 870-878.

Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2021). Autistic adults' experiences of camouflaging and its perceived impact on mental health. *Autism in Adulthood*, 3(4), 320-329.

Brede, J., Cage, E., Trott, J., Palmer, L., Smith, A., Serpell, L., Mandy, W., & Russell, A. (2022). "We have to try to find a way, a clinical bridge" - autistic adults' experience of accessing and receiving support for mental health difficulties: A systematic review and thematic meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102131.

Brugha, T., Tyrer, F., Leaver, A., Lewis, S., Seaton, S., Morgan, Z., Tromans, S., & Van Rensburg, K. (2020). Testing adults by questionnaire for social and communication disorders, including autism spectrum disorders, in an adult mental health service population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 29(1), e1814.

Buck, T.R., Viskochil, J., Farley, M., Coon, H., McMahon, W.M., Morgan, J., & Bilder, D.A. (2014). Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3063-3071.

Bury, S.M., Jellett, R., Spoor, J.R., & Hedley, D. (2023). "It defines who I am" or "It's something I have": What language do [autistic] Australian adults [on the autism spectrum] prefer?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(2), 677-687.

Carthy, E., & Murphy, D. (2021). Comorbid autism spectrum disorder and antisocial personality disorder in forensic settings. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 49(4), 462-469.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46.

Conner, C.M., Cramer, R.D., & McGonigle, J.J. (2019). Examining the diagnostic validity of autism measures among adults in an outpatient clinic sample. *Autism in Adulthood*, 1(1), 60-68.

Cook, J., Crane, L., Hull, L., Bourne, L., & Mandy, W. (2022). Self-reported camouflaging behaviours used by autistic adults during everyday social interactions. *Autism*, 26(2), 406-421.

Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021). Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 89, 102080.

Croen, L.A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M.L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814-823.

Cumin, J., Pelaez, S., & Mottron, L. (2022). Positive and differential diagnosis of autism in verbal women of typical intelligence: A Delphi study. *Autism*, 26(5), 1153-1164.

Darazsdi, Z., & Bialka, C.S. (2023). "Oh, you couldn't be autistic": Examining anti-autistic bias and self-esteem in the therapeutic alliance. *Autism*, 13623613231154622.

De Bildt, A., Greaves-Lord, K., & De Jonge, M. (2013). *Autisme Diagnostisch Observatieschema (ADOS-2)*. Hogrefe.

De Broize, M., Evans, K., Whitehouse, A.J.O., Wray, J., Eapen, V., & Urbanowicz, A. (2022). Exploring the experience of seeking an autism diagnosis as an adult. *Autism in Adulthood*, 4(2), 130-140.

Defresne, P., & Mottron, L. (2022). Clinical situations in which the diagnosis of autism is debatable: An analysis and recommendations. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 67(5), 331-335.

- De Marchena, A., & Miller, J. (2017). "Frank" presentations as a novel research construct and element of diagnostic decision-making in autism spectrum disorder. *Autism Research, 10*(4), 653-662.
- Evers, K., Maljaars, J., Carrington, S.J., Carter, A.S., Happé, F., Steyaert, J., Leekam, S.R., & Noens, I. (2021). How well are DSM-5 diagnostic criteria for ASD represented in standardized diagnostic instruments?. *European Child and Adolescent Child Psychiatry, 30*(1), 75-87.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Press.
- Frigaux, A., Evrard, R., & Lighezzolo-Alnot, J. (2019). L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique: intérêts, limites et ouvertures [ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings]. *L'Encéphale, 45*(5), 441-448.
- Frigaux, A., Lighezzolo-Alnot, J., Maleval, J-C., & Evrard, R. (2021). Differential diagnosis on the autism spectrum: Theorizing an "Ordinary Autism". *L'Évolution Psychiatrique, 86*(1), e1-e24.
- Fusar-Poli, L., Brondino, N., Politi, P., & Aguglia, E. (2022). Missed diagnoses and misdiagnoses of adults with autism spectrum disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 272*(2), 187-198.
- Gillett, G., Leeves, L., Patel, A., Prisecaru, A., Spain, D., & Happé, F. (2023). The prevalence of autism spectrum disorder traits and diagnosis in adults and young people with personality disorders: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 57*(2), 181-196.
- Harmens, M., Sedgewick, F., & Hobson, H. (2022). Autistic women's diagnostic experiences: Interactions with identity and impacts on well-being. *Women's Health, 18*, 17455057221137477.
- Hayes, A.F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures, 1*(1), 77-89.
- Hesselmark, E., Eriksson, J.M., Westerlund, J., & Bejerot, S. (2015). Autism spectrum disorders and self-reports: Testing validity and reliability using the NEO-PI-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(5), 1156-1166.
- Hirota, T., & King, B.H. (2023). Autism spectrum disorder: A review. *JAMA, 329*(2), 157-168.
- Hollocks, M.J., Lerh, J.W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T.S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(4), 559-572.
- Hong, E., & Matson, J.L. (2021). Factors associated with restricted, repetitive behaviors and interests and diagnostic severity level ratings in young children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(12), 4644-4654.
- Howlin P. (2021). Adults with autism: Changes in understanding since DSM-111. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(12), 4291-4308.
- Huang, Y., Arnold, S.R.C., Foley, K-R., & Trollor, J.N. (2020). Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Autism, 24*(6), 1311-1327.

Huang, Y., Hwang, Y.I.J., Arnold, S.R.C., Lawson, L.P., Richdale, A.L., & Trollor, J.N. (2022). Autistic adults' experiences of diagnosis disclosure. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(12), 5301-5307.

Hull, L., Petrides, K.V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519-2534.

Hume, R. (2022). Show me the real you: Enhanced expression of Rogerian conditions in therapeutic relationship building with autistic adults. *Autism in Adulthood*, 4(2), 151-163.

Ishler, K.J., Berg, K.A., Olgac, T., Obeid, R., & Biegel, D.E. (2023). Barriers to service and unmet need among autistic adolescents and young adults. *Autism*, 13623613221150569.

Jackson, P., Skirrow, P., & Hare, D.J. (2012). Asperger through the looking glass: An exploratory study of self-understanding in people with Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 697-706.

Jellett, R., & Flower, R.L. (2023). How can psychologists meet the needs of autistic adults?. *Autism*, 13623613221147346.

Kan, C.C., Geurts, H.M., Van den Bosch, K., Forceville, E.J.M., Van Manen, J., Schuurman, C.H., Sizoo, B.B., Stekelenburg, F., Veldboom, E., Verbeek, W.I.C., Vrijmoed, D., & Van Duin, D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. De Tijdstroom.

Keith, J.M., Jamieson, J.P., & Bennetto, L. (2019). The importance of adolescent self-report in autism spectrum disorder: Integration of questionnaire and autonomic measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(4), 741-754.

Kentrou, V., Oostervink, M., Scheeren, A., & Begeer, S. (2021). Stability of co-occurring psychiatric diagnoses in autistic men and women. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 82(2), 101736.

Lai, M.C. (2022). Clinical reflections on the intersections of autism and personality development. *Autism*, 26(4), 739-742.

Lai, M-C., Kasee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S.H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829.

Lawson, L.P., Richdale, A.L., Haschek, A., Flower, R.L., Vartuli, J., Arnold, S.R., & Trollor, J.N. (2020). Cross-sectional and longitudinal predictors of quality of life in autistic individuals from adolescence to adulthood: The role of mental health and sleep quality. *Autism*, 24(4), 954-967.

Legg, H., Tickle, A., Gillott, A., & Wilde, S. (2023). Exploring the experiences of parents whose child has received a diagnosis of autistic spectrum disorder in adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 205-215.

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(6), 1916-1930.

Linden, A., Best, L., Elise, F., Roberts, D., Branagan, A., Tay, Y.B.E., Crane, L., Cusack, J., Davidson, B., Davidson, I., Hearst, C., Mandy, W., Rai, D., Smith, E., & Gurusamy, K. (2023). Benefits and harms of interventions to improve anxiety, depression, and other mental health outcomes for autistic people: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Autism*, 27(1), 7-30.

Livingston, L.A., Shah, P., Milner, V., & Happé, F. (2020). Quantifying compensatory strategies in adults with and without diagnosed autism. *Molecular Autism*, 11(1), 15.

Lord, C., Brugha, T.S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E.J.H., Jones, R.M., Pickles, A., State, M.W., Taylor, J.L., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 6(1), 5.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook Jr, E.H., Leventhal, B.L., DiLavore, P.C., Pickles, A., & Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule - Second edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.

Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, M., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., Díez, E., & Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22-33.

Martín-Martín, A., Thelwall, M., Orduna-Malea, E., & Delgado López-Cózar, E. (2021). Google Scholar, Microsoft Academic, Scopus, Dimensions, Web of Science, and OpenCitations' COCI: A multidisciplinary comparison of coverage via citations. *Scientometrics*, 126(1), 871-906.

Mason, D., Capp, S.J., Stewart, G.R., Kempton, M.J., Glaser, K., Howlin, P., & Happé, F. (2021). A meta-analysis of outcome studies of autistic adults: Quantifying effect size, quality, and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(9), 3165-3179.

Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M., Brown, T., James, I., Scarlett, C., Nicolaidis, C., & Parr, J.R. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3387-3400.

May, T., Pilkington, P.D., Younan, R., & Williams, K. (2021). Overlap of autism spectrum disorder and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 14(12), 2688-2710.

Mazurek, M.O., Lu, F., Macklin, E.A., & Handen, B.L. (2019). Factors associated with DSM-5 severity level ratings for autism spectrum disorder. *Autism*, 23(2), 468-476.

Mazurek, M.O., Pappagianopoulos, J., Brunt, S., Sadikova, E., Nevill, R., Menezes, M., & Harkins, C. (2023). A mixed methods study of autistic adults' mental health therapy experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10.1002/cpp.2835.

McCrossin, R. (2022). Finding the true number of females with autistic spectrum disorder by estimating the biases in initial recognition and clinical diagnosis. *Children*, 9(2), 272.

McKenzie, K., Metcalfe, D., & Murray, A.L. (2023). Screening for intellectual disability in autistic people: A brief report. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 100, 102076.

McQuaid, G.A., Lee, N.R., & Wallace, G.L. (2022). Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism*, 26(2), 552-559.

Metcalfe, D., McKenzie, K., McCarty, K., & Murray, G. (2020). Screening tools for autism spectrum disorder, used with people with an intellectual disability: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 74, 101549.

Milner, V., Mandy, W., Happé, F., & Colvert, E. (2023). Sex differences in predictors and outcomes of camouflaging: Comparing diagnosed autistic, high autistic trait and low autistic trait young adults. *Autism*, 27(2), 402-414.

Mottron L. (2021). A radical change in our autism research strategy is needed: Back to prototypes. *Autism Research*, 14(10), 2213-2220.

Napolitano, A., Schiavi, S., La Rosa, P., Rossi-Espagnet, M.C., Petrillo, S., Bottino, F., Tagliente, E., Longo, D., Lupi, E., Casula, L., Valeri, G., Piemonte, F., Trezza, V., & Vicari, S. (2022). Sex differences in autism spectrum disorder: Diagnostic, neurobiological, and behavioral features. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 889636.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management* (NICE Clinical Guidelines, No. 142.), June 14, 2021, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554918>.

Nyrenius, J., Eberhard, J., Ghaziuddin, M., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2022). Prevalence of autism spectrum disorders in adult outpatient psychiatry. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(9), 3769-3779.

Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2022). Understanding camouflaging as a response to autism-related stigma: A social identity theory approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 800-810.

Qari, O.B. (2022). 3.34 Assessing the clinical utility of DSM-5 severity level ratings for ASD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(10 Supplement), S238.

Rinaldi, C., Attanasio, M., Valenti, M., Mazza, M., & Keller, R. (2021). Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World Journal of Psychiatry*, 11(12), 1366-1386.

Rodgers, J., Farquhar, K., Mason, D., Brice, S., Wigham, S., Ingham, B., Freeston, M., & Parr, J.R. (2020). Development and initial evaluation of the Anxiety Scale for Autism-Adults. *Autism in Adulthood*, 2(1), 24-33.

Roman-Urrestarazu, A., Van Kessel, R., Allison, C., Matthews, F.E., Brayne, C., & Baron-Cohen, S. (2021). Association of race/ethnicity and social disadvantage with autism prevalence in 7 million school children in England. *JAMA Pediatrics*, 175(6), e210054.

Rujeedawa, T., & Zaman, S.H. (2022). The diagnosis and management of autism spectrum disorder (ASD) in adult females in the presence or absence of an intellectual disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1315.

- Rydzewska, E., Hughes-McCormack, L.A., Gillberg, C., Henderson, A., MacIntyre, C., Rintoul, J., & Cooper, S.A. (2018). Prevalence of long-term health conditions in adults with autism: Observational study of a whole country population. *BMJ Open*, 8(8), e023945.
- Sasson, N.J., Morrison, K.E., Pinkham, A.E., Faso, D.J., & Chmielewski, M. (2018). Brief report: Adults with autism are less accurate at predicting how their personality traits are evaluated by unfamiliar observers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2243-2248.
- Schriber, R.A., Robins, R.W., & Solomon, M. (2014). Personality and self-insight in individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(1), 112-130.
- Shenouda, J., Barrett, E., Davidow, A.L., Sidwell, K., Lescott, C., Halperin, W., Silenzio, V.M.B., & Zahorodny, W. (2023). Prevalence and disparities in the detection of autism without intellectual disability. *Pediatrics*, 151(2), e2022056594.
- Stroth, S., Tauscher, J., Wolff, N., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Heider, D., & Kamp-Becker, I. (2022). Phenotypic differences between female and male individuals with suspicion of autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, 13(1), 11.
- Taboas, A., Doepke, K., & Zimmerman, C. (2023). Preferences for identity-first versus person-first language in a US sample of autism stakeholders. *Autism*, 27(2), 565-570.
- Thurm, A., Farmer, C., Salzman, E., Lord, C., & Bishop, S. (2019). State of the field: Differentiating intellectual disability from autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 526.
- Tillmann, J., Ashwood, K., Absoud, M., Bölte, S., Bonnet-Brilhault, F., Buitelaar, J.K., Calderoni, S., Calvo, R., Canal-Bedia, R., Canitano, R., De Bildt, A., Gomot, M., Hoekstra, P.J., Kaale, A., McConachie, H., Murphy, D.G., Narzisi, A., Oosterling, I., Pejovic-Milovancevic, M., Persico, A.M., ... Charman, T. (2018). Evaluating sex and age differences in ADI-R and ADOS scores in a large European multi-site sample of individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(7), 2490-2505.
- Tromans, S., Chester, V., Kiani, R., Alexander, R., & Brugha, T. (2018). The prevalence of autism spectrum disorders in adult psychiatric inpatients: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 14, 177-187.
- Uljarević, M., Hedley, D., Rose-Foley, K., Magiati, I., Cai, R.Y., Dissanayake, C., Richdale, A., & Trollor, J. (2020). Anxiety and depression from adolescence to old age in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(9), 3155-3165.
- Umagami, K., Remington, A., Lloyd-Evans, B., Davies, J., & Crane, L. (2022). Loneliness in autistic adults: A systematic review. *Autism*, 26(8), 2117-2135.
- Van Wijngaarden-Cremers, P., Van Eeten, E., Groen, W., Deurzen, P., Oosterling, I., & Gaag, R. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 627-635.
- Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 691-693.

Vuijk, R. (2014). *Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA)*. Sarr Expertisecentrum Autisme/Dare to Design.

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

Vuijk, R. (2018). *Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen*. Sarr Expertisecentrum Autisme/Dare to Design.

Vuijk, R., Deen, M., Arntz, A., & Geurts, H.M. (2022). First psychometric properties of the Dutch Interview for Diagnostic assessment of Autism spectrum disorder in adult males without intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 3523-3535.

Vuijk, R., Deen, M., Sizoo, B., & Arntz, A. (2018). Temperament, character and personality disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic literature review and meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 5(3), 176-197.

Walsh, M.J.M., Pagni, B., Monahan, L., Delaney, S., Smith, C.J., Baxter, L., & Braden, B.B. (2023). Sex-related brain connectivity correlates of compensation in adults with autism: Insights into female protection. *Cerebral Cortex*, 33(2), 316-329.

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

Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *Gestructureerd Diagnostisch Interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID II)*. Swets Test Publisher.

Wigham, S., Ingham, B., Le Couteur, A., Wilson, C., Ensum, I., & Parr, J.R. (2023). Consensus statements on optimal adult post-autism diagnosis support and services: Delphi process following a UK survey of autistic adults, relatives and clinicians. *Autism*, 27(2), 344-355.

Wigham, S., Rodgers, J., Berney, T., Le Couteur, A., Ingham, B., & Parr, J.R. (2019). Psychometric properties of questionnaires and diagnostic measures for autism spectrum disorders in adults: A systematic review. *Autism*, 23(2), 287-305.

Wilson, R.B., Thompson, A.R., Rowse, G., & Freeth, M. (2023). The experience of seeking, receiving, and reflecting upon a diagnosis of autism in the UK: A meta-synthesis of qualitative studies conducted with autistic individuals. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 103, 102135.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M.S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790.

Over de auteur

Richard Vuijk is klinisch psycholoog, werkzaam bij Sarr Autisme Rotterdam, onderdeel van Antes binnen Parnassia Groep. Hij is eigenaar van AutismeSpectrumNederland, en hij is docent en cursusleider bij de Parnassia Groep Academie en verschillende regionale instellingen voor nascholing en opleiding in de GGZ (RINO). Hij doet onderzoek naar psychodiagnostiek, persoonlijkheid(spathologie) en psychotherapie bij volwassenen met ASS. In 2022 is hij gepromoveerd aan de Universiteit van Amsterdam op het proefschrift *Adults with autism spectrum disorder: Diagnostic assessment, personality (pathology), and psychotherapy*.

Van zijn hand verschenen in 2014 (tweede druk 2016) het *Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen* (NIDA) en in 2018 de *Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen*, beide kosteloos beschikbaar gesteld voor zorgvuldige diagnostiek van ASS bij volwassenen.

Voor zijn onderzoek naar schematherapie bij volwassenen met ASS en persoonlijkheidsstoornis ontving hij in 2016 een eervolle vermelding op het Nationaal Autisme Congres en in 2018 de *Jeffrey Young Investigator Award* van de *International Society of Schema Therapy*. Zijn publicatie 'Autisme en/of een persoonlijkheidsstoornis? *GZ-psychologie*, 12(5), 21-23.' uit 2020 behaalde de 2e plaats in de Top 5 van de online meest gelezen premium artikelen in 2020 van het tijdschrift *GZ-psychologie*. Bij de RINO Groep te Utrecht is hij in de specialistische opleiding tot klinisch neuropsycholoog verkozen tot docent van het jaar 2021-2022.



Verantwoording

Kennisgeving over citaten en copyright

- De Nederlandse afkorting NIDA staat voor *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen*.
- De DSM-5-TR classificatiecriteria voor autismespectrumstoornis zijn verveelvoudigd en openbaar gemaakt met toestemming van Boom uitgevers Amsterdam BV uit het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR)*, © 2022 American Psychiatric Association p/a Boom uitgevers Amsterdam.
- Zonder schriftelijke toestemming van de American Psychiatric Association (APA) mag geen enkel deel van de DSM-5-TR criteria worden gereproduceerd of gebruikt op een manier die in strijd is met het auteursrecht van de APA. Correspondentie over auteursrechtelijke toestemming voor overname van de Nederlandse DSM-5-TR criteria moet worden gericht aan Boom uitgevers Amsterdam BV, Prinsengracht 747-751, 1017 JX Amsterdam.
- Voor citaten en correcte referentie van deze titel in het Nederlands:
Vuijk, R. (2023). *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* (derde, geheel herziene druk). AutismeSpectrumNederland en Sarr Autisme Rotterdam.
- Voor citaten en correcte referentie van deze titel in het Engels:
Vuijk, R. (2023). *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* (derde, geheel herziene druk) [Dutch Interview for Diagnostic assessment Autism spectrum disorder in adults (NIDA) - Manual and Interview (third, fully revised edition)]. AutismeSpectrumNederland and Sarr Autisme Rotterdam.

Belangenverklaring

De auteur van dit werk verklaart geen strijdige en commerciële belangen te hebben.

Dankwoord

Op de eerste en tweede druk van de NIDA hebben ervaren gebruikers commentaar en waardevolle suggesties gegeven die hebben bijgedragen aan de herziening van de NIDA.

Speciale dank gaat uit naar de volgende collegae die feedback op tekst en inhoud van de voorliggende druk hebben gegeven: prof. dr. Ina A. van Berckelaer-Onnes (emeritus-hoogleraar Orthopedagogiek, Universiteit Leiden), prof. dr. Michiel W. Hengeveld (emeritus-hoogleraar Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam) en drs. Mathijs L. Deen (senior statisticus, Parnassia Groep Academie, Den Haag).

Grote dank gaat uit naar prof. dr. Hilde M. Geurts (hoogleraar Klinische neuropsychologie en bijzonder hoogleraar Autisme gedurende de levensloop, Universiteit van Amsterdam; senior wetenschappelijk onderzoeker Leo Kanner Huis binnen Parnassia Groep, Amsterdam) en prof. dr. Arnoud R. Arntz (hoogleraar Klinische psychologie, Universiteit van Amsterdam; klinisch psycholoog, ACTP Amsterdam) voor de jarenlange prettige samenwerking en begeleiding in het onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de NIDA. Voor de resultaten van dit onderzoek wordt verwezen naar Vuijk et al. (2022) en hoofdstuk 4.

Ontwikkeling en uitgave van de NIDA zijn financieel mogelijk gemaakt door Sarr Autisme Rotterdam, onderdeel van Antes binnen Parnassia Groep, en de Parnassia Groep Academie.



Nederlands
Interview voor
Diagnostiek
Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA)

Derde, geheel herziene druk 2023

Richard Vuijk

Instructies voor de afname (zie p. 17)

Lees elke vraag met een voorbeeld voor en vraag aan degene die geïnterviewd wordt of men het voorbeeld in het actuele functioneren, de voorgeschiedenis en/of in de vroege ontwikkelingsperiode (i.e. de vroege kindertijd en de eerste schooljaren) herkent.

Vraag vervolgens of men een voorbeeld kan geven.

Geef vervolgens nog één of enkele voorbeelden en dit is zeker nuttig om te doen wanneer men het voorbeeld niet herkent, geen voorbeelden weet te geven en/of het gegeven voorbeeld niet past bij de vraag.

Elk voorbeeld dat men herkent of geeft en passend is bij de vraag wordt (bij 'overig') genoteerd en als aanwezig aangekruist.

Als GGZ-professional kan men ook tijdens afname van de NIDA kenmerken van autismespectrumstoornis (ASS) bij onderzochte waarnemen: kruis deze als aanwezig aan bij de betreffende vraag.

De onderzochte hoeft niet te voldoen aan alle voorbeelden. Per vraag moet een duidelijk beeld verkregen worden van de aan- of afwezigheid van de DSM-5-TR ASS criteria A, B, C en D en bijbehorende kenmerken.

Bij het afnemen van de NIDA bij andere informanten dan de onderzochte dient de formulering aangepast te worden, bijv.: 'Bent u...' wordt 'Is (naam onderzochte) ...', enz.

In de voorbeelden bij vragen 2 en 3 kan 'atypisch' gelezen worden als afwijkend van het gemiddelde, van wat gebruikelijk is.

Onder vroege kindertijd worden de vroege ontwikkelingsperiode en de eerste schooljaren verstaan.

Persoonlijke en praktische informatie

Naam onderzochte : _____

Geboortedatum : ____ - ____ - ____

Leeftijd : ____ jaar

Geslacht : man vrouw

Datum onderzoek : ____ - ____ - ____

Naam GGZ-professional : _____

Functie GGZ-professional : psycholoog
 gezondheidszorgpsycholoog
 klinisch psycholoog
 klinisch neuropsycholoog
 psychiater
 verpleegkundig specialist GGZ

Afgenomen bij : onderzochte
 partner
 familielid
 zo ja, vermeld: _____
 begeleider/mentor/coach

Aanvullende informatie : _____

Vraag 1**DSM-5-TR criterium A - kenmerk 1 voor autismespectrumstoornis****Deelvraag 1A**

Bent u beperkt in het leggen van contact met anderen, bijvoorbeeld steeds moeten inschatten wat voor de meeste mensen in contact vanzelfsprekend is?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Steeds moeten inschatten wat voor de meeste mensen in contact vanzelfsprekend is
- Steeds moeten inschatten wanneer en hoe men aan een gesprek gaat deelnemen
- Steeds moeten inschatten wat men wel/niet hoort te zeggen (sociaal naïef)
- Niet of verminderd vertonen van initiatieven tot sociale interactie
- Niet of beperkt in staat om een contact aan te gaan, erop in te gaan of gaande te houden (de plank misslaan)
- Niet of beperkt in staat om over-en-weer-gesprekken aan te gaan (monoloog; door anderen heen praten)
- Gedrag/contact komt aangeleerd over op anderen
- Bij compenserende strategieën zijn er nog steeds sociale uitdagingen in nieuwe situaties of in situaties waarin men geen ondersteuning krijgt
- Overig: _____

Deelvraag 1B

Bent u beperkt in het delen van gedachten en gevoelens, bijvoorbeeld alleen vanuit eigen standpunt en beleving reageren?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Alleen vanuit eigen standpunt en beleving reageren
- In de taal en in het spreken ontbreekt sociale wederkerigheid: verzoeken doen of etiketteren, en geen gevoelens delen of geen gesprek voeren
- Niet afstemmen op en geen rekening houden met anderen en hun emoties (moeite met aanvoelen; kan als bot, hard, koud ervaren worden door de ander)
- Niet of verminderd delen en begrijpen van emoties (blij, bang, boos, bedroefd)
- Niet of verminderd delen van interesses
- Beperkt in sociaal wederkerig gesprek en sterk in theoretiseren (gesprekken moeten 'ergens over gaan')
- Overig: _____

Kenmerk A1 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op beide deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Deelvraag 1A

Was u in de vroege kindertijd beperkt in het leggen van contact met anderen, bijvoorbeeld niet (weten hoe te) reageren op contactaanbod?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Niet (weten hoe te) reageren op contactaanbod (lijkt 'doof'; de plank misslaan)
- Niet reageren op de eigen naam
- Niet of verminderd vertonen van initiatieven tot sociale interactie
- De ander op een ongewone manier benaderen (duidelijk afwijkend van wat gangbaar en leeftijdsadequaat is)
- Alleen reageren op een zeer directe sociale toenadering
- De ander benaderen om alleen aan de eigen behoefte te voldoen
- Niet of beperkt in staat om over-en-weer-gesprekken aan te gaan (monoloog; door anderen heen praten)
- Gedrag/contact komt aangeleerd over op anderen
- Komt in contact emotioneel jonger over dan leeftijdgenoten
- Bij compenserende strategieën zijn er nog steeds sociale uitdagingen in nieuwe situaties of in situaties waarin men geen ondersteuning krijgt
- Overig: _____

Deelvraag 1B

Was u in de vroege kindertijd beperkt in het delen van gedachten en gevoelens, bijvoorbeeld alleen vanuit eigen standpunt en beleving reageren?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Alleen vanuit eigen standpunt en beleving reageren
- In de taal en in het spreken ontbreekt sociale wederkerigheid: verzoeken doen of etiketteren, en geen gevoelens delen of geen gesprek voeren
- Niet afstemmen op en geen rekening houden met anderen en hun emoties (lachen wanneer een ander kind verdriet toont; kan als erg eigenwijs, bot en tactloos overkomen)
- Niet of verminderd delen en begrijpen van emoties (blij, bang, boos, bedroefd)
- Niet of verminderd delen van interesses
- Geen of verminderde nabootsing van het gedrag van anderen
- Beperkt in sociaal wederkerig gesprek en sterk in theoretiseren (gesprekken moeten 'ergens over gaan')
- Overig: _____

Kenmerk A1 aanwezig in vroege kindertijd:

Ja ? Nee

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op beide deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Vraag 2**DSM-5-TR criterium A - kenmerk 2 voor autismespectrumstoornis**

Bent u beperkt in uw communicatie zonder gebruik van woorden, bijvoorbeeld de ander niet aankijken?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- De ander niet aankijken
- Starend kijken naar de ander
- Door de ander heen kijken
- Niet of verminderd omschrijven en uitbeelden met de handen
- Moeite om spontaan expressieve gebaren te gebruiken
- Geen, verminderd en/of atypisch gebruik van gezichtsuitdrukkingen
- Geen, verminderd en/of atypisch gebruik van lichaamstaal (vreemde, houterige of overdreven lichaamstaal)
- Niet of verminderd 'lezen' van en reageren op oogcontact, gebaren, gezichtsuitdrukkingen en/of lichaamstaal van anderen
- Gezichtsuitdrukkingen beredenerend i.p.v. intuïtief begrijpen
- Afwijkende intonatie in spreken, niet passend bij de inhoud van het gesprek (langzaam, snel, hard, zacht, nadrukkelijk, onduidelijk, niet afgestemd)
- Geen of verminderde gezamenlijke aandacht (de blik van de ander niet volgen)
- Niet of verkeerd inschatten van de juiste afstand houden in contact (te dichtbij de ander staan)
- Relatief subtiele beperkingen, maar zichtbaar in slechte integratie van oogcontact, gebaren, gezichtsuitdrukkingen, lichaamshouding en ritme, klemtoon en intonatie van de stem ten behoeve van de sociale communicatie
- Overig: _____

Kenmerk A2 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee

Was u in de vroege kindertijd beperkt in uw communicatie zonder gebruik van woorden, bijvoorbeeld de ander niet aankijken?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- De ander niet aankijken
- Starend kijken naar de ander
- Door de ander heen kijken
- Niet of verminderd omschrijven en uitbeelden met de handen
- Moeite om spontaan expressieve gebaren te gebruiken
- Geen, verminderd en/of atypisch gebruik van gezichtsuitdrukkingen (bij twaalf maanden niet wederkerig lachen naar de ander)
- Geen, verminderd en/of atypisch gebruik van lichaamstaal (vreemde, houterige of overdreven lichaamstaal)
- Niet of verminderd 'lezen' van en reageren op oogcontact, gebaren, gezichtsuitdrukkingen en/of lichaamstaal van anderen
- Gezichtsuitdrukkingen beredenerend i.p.v. intuïtief begrijpen
- Afwijkende intonatie in spreken, niet passend bij de inhoud van het gesprek (langzaam, snel, hard, zacht, nadrukkelijk, onduidelijk, niet afgestemd)
- Geen of verminderde gezamenlijke aandacht (geen voorwerpen aanwijzen, laten zien of meenemen om interesses met anderen te delen; niet in staat om de wijzende vinger of gerichte blik van een ander te volgen)
- Niet of verkeerd inschatten van de juiste afstand houden in contact (te dichtbij de ander staan)
- Relatief subtiele beperkingen, maar zichtbaar in slechte integratie van oogcontact, gebaren, gezichtsuitdrukkingen, lichaamshouding en ritme, klemtoon en intonatie van de stem ten behoeve van de sociale communicatie
- Overig: _____

Kenmerk A2 aanwezig in vroege kindertijd:

Ja ? Nee

Vraag 3**DSM-5-TR criterium A - kenmerk 3 voor autismespectrumstoornis****Deelvraag 3A**

Bent u beperkt in het beginnen van relaties, bijvoorbeeld geen belangstelling hebben voor leeftijdgenoten?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Geen belangstelling voor leeftijdgenoten
- Geen belangstelling voor sociale relaties (instrumenteel/zakelijk contact)
- Geen, verminderde en/of atypische sociale belangstelling (afwijzen van anderen, passiviteit of een ongepaste bejegening die agressief kan lijken of storend kan zijn)
- Moeite met het maken van vriendschappen
- Voorkeur voor contact met veel jongere of oudere mensen
- Voorkeur om alleen te zijn, alleen te leven (relaties als onnodig, onprettig, belastend, vermoeiend ervaren; Einzelgänger)
- Overig: _____

Deelvraag 3B

Bent u beperkt in het gaande houden van relaties, bijvoorbeeld moeite hebben met het verdiepen van een vriendschap?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- De relatie met anderen verdiept zich niet, blijft oppervlakkig
- Moeite met het onderhouden van vriendschappen (eenzijdige vriendschap; vriendschap louter gebaseerd op een gezamenlijke interesse)
- Overig: _____

Deelvraag 3C

Bent u beperkt in het begrijpen van relaties, bijvoorbeeld niet goed weten wanneer iemand een vriend is?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Geen realistisch besef van/niet weten wat vriendschap inhoudt
- Niet of beperkt begrijpen wat gepast gedrag is in verschillende situaties/relaties (thuis versus werk; nonchalant gedrag tijdens sollicitatie)
- Geen of beperkt begrip van uiteenlopende manieren waarop taal gebruikt kan worden (ironie, leugentjes om bestwil, humor, fantasie, doen alsof, letterlijk nemen van taal)
- Overig: _____

Kenmerk A3 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee
 NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op alle deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Deelvraag 3A

Was u in de vroege kindertijd beperkt in het beginnen van relaties, bijvoorbeeld geen belangstelling hebben voor leeftijdgenoten?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Geen belangstelling voor leeftijdgenoten
- Geen belangstelling voor sociale relaties (instrumenteel contact)
- Geen, verminderde en/of atypische sociale belangstelling (afwijzen van anderen, passiviteit of een ongepaste bejegening die agressief kan lijken of storend kan zijn)
- Moeite met het maken van vriendschappen
- Voorkeur om alleen te zijn, alleen te leven (contact als onnodig, onprettig, belastend, vermoeiend ervaren; in de eigen wereld leven)
- Overig: _____

Deelvraag 3B

Was u in de vroege kindertijd beperkt in het gaande houden van relaties, bijvoorbeeld moeite hebben met gezamenlijk sociaal spel?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Geen, verminderd en/of atypisch sociaal spel en fantasiespel (aandringen om alleen spelletjes te spelen waarvan de regels duidelijk vastliggen; geen rol kunnen spelen; geen gezamenlijk sociaal spel; geen doe-alsofspel)
- De relatie met anderen verdiept zich niet, blijft oppervlakkig (bij twaalf maanden niet 'sociaal interactief' brabbelen)
- Moeite met het onderhouden van vriendschappen (eenzijdige vriendschap; vriendschap louter gebaseerd op een gezamenlijke interesse)
- Overig: _____

Deelvraag 3C

Was u in de vroege kindertijd beperkt in het begrijpen van relaties, bijvoorbeeld niet goed weten wanneer iemand een vriend is?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Geen realistisch besef van/niet weten wat vriendschap inhoudt
- Niet of beperkt begrijpen wat gepast gedrag is in verschillende situaties/relaties (thuis versus school; ouder/leraar versus leeftijdgenoot)
- Geen of beperkt begrip van uiteenlopende manieren waarop taal gebruikt kan worden (humor, fantasie, doen alsof, letterlijk nemen van taal)
- Overig: _____

Kenmerk A3 aanwezig in vroege kindertijd:

Ja ? Nee

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op alle deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Vraag 4**DSM-5-TR criterium B - kenmerk 1 voor autismespectrumstoornis****Deelvraag 4A**

Heeft u een vaste of herhalende manier van bewegen, bijvoorbeeld op en neer bewegen met het lichaam?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Op en neer bewegen met het lichaam
- Fladderen met de armen en handen
- Klikken met de vingers
- Om de eigen as draaien
- Overig: _____

Deelvraag 4B

Heeft u een vaste of herhalende manier van voorwerpen gebruiken, bijvoorbeeld voorwerpen op volgorde zetten?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Voorwerpen niet functioneel gebruiken (op volgorde zetten)
- Voorwerpen ronddraaien
- Overig: _____

Deelvraag 4C

Heeft u een vaste of herhalende manier van spreken, bijvoorbeeld letterlijk andermans woorden herhalen?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Letterlijk of zo exact mogelijk herhalen van andermans klanken, woorden of zinnen, onmiddellijk of uitgesteld
- Ritme, klemtoon, intonatie van de stem bij het uitspreken van woorden en zinnen is stereotiep, bijzonder, opvallend (wijkt af van wat gebruikelijk is)
- Bedenken van nieuwe woorden of uitdrukkingen
- Formeel en ouwelijk taalgebruik
- Gebruik van 'jij' als men naar zichzelf verwijst
- Te hard/zacht/langzaam/snel/veel/weinig praten
- Overig: _____

Kenmerk B1 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee
 NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Deelvraag 4A

Had u in de vroege kindertijd een vaste of herhalende manier van bewegen, bijvoorbeeld op en neer bewegen met het lichaam?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Op en neer bewegen met het lichaam
- Fladderen met de armen en handen
- Klikken met de vingers
- Om de eigen as draaien
- Tenenlopen
- Overig: _____

Deelvraag 4B

Had u in de vroege kindertijd een vaste of herhalende manier van voorwerpen gebruiken, bijvoorbeeld voorwerpen op volgorde zetten?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Voorwerpen niet functioneel gebruiken (op volgorde zetten)
- Voorwerpen ronddraaien
- Speelgoed in een rij opstellen of meesjouwen maar niet ermee spelen
- Overig: _____

Deelvraag 4C

Had u in de vroege kindertijd een vaste of herhalende manier van spreken, bijvoorbeeld letterlijk andermans woorden herhalen?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Letterlijk of zo exact mogelijk herhalen van andermans klanken, woorden of zinnen, onmiddellijk of uitgesteld
- Ritme, klemtoon, intonatie van de stem bij het uitspreken van woorden en zinnen is stereotiep, bijzonder, opvallend (wijkt af van wat gebruikelijk is)
- Bedenken van nieuwe woorden of uitdrukkingen
- Formeel en ouwelijk taalgebruik
- Gebruik van 'jij' als men naar zichzelf verwijst
- Te hard/zacht/langzaam/snel/veel/weinig praten
- Overig: _____

Kenmerk B1 aanwezig in vroege kindertijd:

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Ja ? Nee

Vraag 5**DSM-5-TR criterium B - kenmerk 2 voor autismespectrumstoornis****Deelvraag 5A**

Houdt u hardnekkig vast aan hetzelfde, bijvoorbeeld moeite hebben met veranderingen?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Verzet tegen veranderingen (elke dag hetzelfde eten, dezelfde kleding dragen)
- Extreme spanning/overstuur bij veranderingen (in tijd, volgorde, omgeving, activiteiten, afspraken)
- Veranderingen met grote moeite ondergaan
- Moeite met overgangssituaties (verhuizen, van baan veranderen, zomertijd/wintertijd, wisseling van seizoenen, vakanties, feestdagen)
- Moeite met het overschakelen op andere activiteiten
- Rigide denkpatronen (regel is regel, wet is wet, tijd is tijd, afspraak is afspraak, sterk aandringen om regels te handhaven)
- Star vasthouden aan sociale omgangsvormen (formeel)
- Overig: _____

Deelvraag 5B

Heeft u starre (inflexibele) routines of rituele patronen in uw manier van spreken, bijvoorbeeld zeer formeel begroeten?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Overdreven/zeer formeel of uitgebreid begroeten
- Overdreven/zeer formeel of uitgebreid (langdradig) iets vertellen
- Herhalend vragen stellen
- Overig: _____

Deelvraag 5C

Heeft u starre (inflexibele) routines of rituele patronen in uw manier van handelen, bijvoorbeeld activiteiten in een bepaalde volgorde moeten uitvoeren?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Activiteiten in een bepaalde volgorde en op een vaste tijd moeten uitvoeren
- Behoefte om steeds dezelfde route te volgen
- Heen en weer lopen (ijsberen)
- Overig: _____

Kenmerk B2 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Deelvraag 5A

Hield u in de vroege kindertijd hardnekkig vast aan hetzelfde, bijvoorbeeld moeite hebben met veranderingen?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Verzet tegen veranderingen (elke dag hetzelfde eten)
- Extreme spanning/overspanning bij veranderingen (in tijd, volgorde, omgeving, activiteiten, afspraken)
- Veranderingen met grote moeite ondergaan
- Moeite met overgangssituaties (verhuizen, overgaan naar de volgende klas, zomertijd/wintertijd, wisseling van seizoenen, vakanties, feestdagen)
- Rigide denkpatronen (regel is regel, wet is wet, tijd is tijd, afspraak is afspraak, sterk aandringen om regels te handhaven)
- Star vasthouden aan sociale omgangsvormen (formeel)
- Overig: _____

Deelvraag 5B

Had u in de vroege kindertijd starre (inflexibele) routines of rituele patronen in uw manier van spreken, bijvoorbeeld zeer formeel begroeten?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Overdreven/zeer formeel of uitgebreid begroeten
- Overdreven/zeer formeel of uitgebreid (langdradig) iets vertellen
- Herhalend vragen stellen
- Overig: _____

Deelvraag 5C

Had u in de vroege kindertijd starre (inflexibele) routines of rituele patronen in uw manier van handelen, bijvoorbeeld activiteiten in een bepaalde volgorde moeten uitvoeren?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Activiteiten in een bepaalde volgorde en op een vaste tijd moeten uitvoeren
- Behoefte om steeds dezelfde route te volgen
- Heen en weer lopen (ijsberen)
- Overig: _____

Kenmerk B2 aanwezig in vroege kindertijd:

Ja ? Nee

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Vraag 6**DSM-5-TR criterium B - kenmerk 3 voor autismespectrumstoornis**

Heeft u zeer beperkte, gefixeerde interesses die buitengewoon intens of gefocust zijn, bijvoorbeeld intensief verzamelen van informatie over een onderwerp?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Zeer sterke voorkeur om bezig te zijn met (on)gewone voorwerpen of informatie (verzamelen, ordenen, bestuderen, fantaseren)
- Zeer beperkte interesses (voor slechts één onderwerp, activiteit)
- Verregaande, vasthoudende interesses (qua tijdsbesteding, niet op tijd kunnen stoppen, geheel erdoor in beslag genomen)
- Inhoudelijk bijzondere interesses die op anderen vreemd overkomen
- Bezig zijn met de interesses belemmert de sociale interactie en het dagelijks functioneren
- Bezig zijn met de interesses neemt toe in tijden van stress en spanning
- Bezig zijn met de interesses neemt spanning weg (werkt kalmerend)
- Bezig zijn met de interesses komt dwangmatig over
- Verstoren van de interesses door de ander leidt tot verwarring, irritatie, boosheid, angst of spanning
- Overig: _____

Kenmerk B3 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee

Had u in de vroege kindertijd zeer beperkte, gefixeerde interesses die buitengewoon intens of gefocust zijn, bijvoorbeeld intensief verzamelen van voorwerpen?
(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Zeer sterke voorkeur om bezig te zijn met (on)gewone voorwerpen of informatie (verzamelen, ordenen, fantaseren)
- Zeer beperkte interesses (voor slechts één onderwerp, activiteit)
- Verregaande, vasthoudende interesses (qua tijdsbesteding, niet op tijd kunnen stoppen, geheel erdoor in beslag genomen)
- Inhoudelijk bijzondere interesses die op anderen vreemd overkomen
- Bezig zijn met de interesses belemmert de sociale interactie en het dagelijks functioneren
- Bezig zijn met de interesses neemt toe in tijden van stress en spanning
- Bezig zijn met de interesses neemt spanning weg (werkt kalmerend)
- Bezig zijn met de interesses komt dwangmatig over
- Verstoren van de interesses door de ander leidt tot verwarring, irritatie, boosheid, angst of spanning
- Overig: _____

Kenmerk B3 aanwezig in vroege kindertijd:

Ja ? Nee

Vraag 7**DSM-5-TR criterium B - kenmerk 4 voor autismespectrumstoornis****Deelvraag 7A**

Reageert u over- of ondergevoelig op prikkels, bijvoorbeeld op geluid, licht of geur?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Overgevoelig voor en/of extreme reactie op pijn, temperatuur, geluid, licht, geur, voeding, kledingstoffen
- Ongevoelig voor en/of niet aanvoelen en herkennen van pijn, temperatuur, geluid, licht, geur
- Aanraking door de ander niet verdragen of met grote moeite ondergaan
- Overig: _____

Deelvraag 7B

Heeft u een ongewone belangstelling voor prikkels, bijvoorbeeld voor geluid, licht of geur?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

(Bij geen herkenning in het actuele functioneren: Hoe was dit voor u in de voorgeschiedenis?)

Voorbeelden

- Visuele fascinatie/detailwaarneming (licht, bewegingen)
- Auditieve fascinatie/detailwaarneming (geluid, muzieklonen)
- Overmatig ruiken aan of aanraken van voorwerpen of personen
- Overig: _____

Kenmerk B4 aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee
 NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Deelvraag 7A

Reageerde u in de vroege kindertijd over- of ondergevoelig op prikkels, bijvoorbeeld op geluid, licht of geur?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Overgevoelig voor en/of extreme reactie op pijn, temperatuur, geluid, licht, geur, voeding, kledingstoffen
- Ongevoelig voor en/of niet aanvoelen en herkennen van pijn, temperatuur, geluid, licht, geur
- Aanraking door de ander niet verdragen of met grote moeite ondergaan
- Overig: _____

Deelvraag 7B

Had u in de vroege kindertijd een ongewone belangstelling voor prikkels, bijvoorbeeld voor geluid, licht of geur?

(Wanneer men met 'ja' antwoordt:) Kunt u daarvan een voorbeeld geven?

Voorbeelden

- Visuele fascinatie/detailwaarneming (licht, bewegingen)
- Auditieve fascinatie/detailwaarneming (geluid, muziektonen)
- Overmatig ruiken aan of aanraken van voorwerpen of personen
- Overig: _____

Kenmerk B4 aanwezig in vroege kindertijd:

NB Om het kenmerk als aanwezig te scoren dient op minstens één van de deelvragen bevestigend geantwoord te worden.

Ja ? Nee

Vraag 8 DSM-5-TR criterium D voor autismespectrumstoornis

Op welke gebieden heeft u last van of bent u beperkt door wat u zojuist op de vragen geantwoord hebt, bijvoorbeeld tijdens uw werk?

Voorbeelden

- Zelfstandig functioneren
- Partnerrelatie/gezin
- Familie
- Sociale contacten, vrienden, kennissen (sociaal isolement)
- Werk/dagbesteding/opleiding
- Vrije tijd, hobby, sport
- Zelfvertrouwen/zelfbeeld
- Weinig tot geen last of beperking door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning (hetgeen gepaard gaat met zeer veel inspanning van betrokkene(n) om zo optimaal mogelijk te functioneren)
- Overig: _____

Criterium D aanwezig in actuele functioneren (of voorgeschiedenis): Ja ? Nee
 NB Om het criterium als aanwezig te scoren dient op de vraag minstens bevestigend geantwoord te worden voor het actuele functioneren.

Optioneel

Op welke gebieden had u last van of was u beperkt in uw functioneren in de vroege kindertijd door wat u zojuist op de vragen geantwoord hebt, bijvoorbeeld op school?

Voorbeelden

- Gezin
- Familie
- Sociale contacten, vrienden, leeftijdgenoten
- Peuterspeelzaal/kleuterschool/basisschool (belemmering van het leerproces)
- Vrije tijd, hobby, sport, spel
- Zelfvertrouwen/zelfbeeld
- Eet- en slaapgedrag, normale zorg (haren knippen, tandverzorging)
- Weinig tot geen last of beperking door interventies, compenserend gedrag of ondersteuning (hetgeen gepaard ging met zeer veel inspanning van betrokkene(n) om zo optimaal mogelijk te functioneren)
- Overig: _____

Formulier voor samenvatting van DSM-5-TR autismespectrumstoornis classificatiecriteria en bijbehorende kenmerke

Geef aan welke DSM-5-TR ASS criteria A, B en D en bijbehorende kenmerken als aanwezig (met 'Ja') zijn gescoord in het actuele functioneren of de voorgeschiedenis en de vroege ontwikkelingsperiode op basis van de acht vragen. Vervolgens worden de kenmerken van DSM-5-TR criteria A en B voor ASS per criterium opgeteld.

Vraag	Kenmerk/criterium	Aanwezig in actuele functioneren of voorgeschiedenis	Aanwezig in vroege ontwikkelingsperiode
1	A1 Deficiënties in de sociaal-emotionele wederkerigheid		
2	A2 Deficiënties in het non-verbale communicatieve gedrag dat gebruikt wordt voor sociale interactie		
3	A3 Deficiënties in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties		
	Totaal aantal kenmerken van DSM-5-TR criterium A voor ASS (Persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie)	<input type="checkbox"/> / 3	<input type="checkbox"/> / 3
4	B1 Stereotiep(e) of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of gesproken taal		
5	B2 Hardnekkig vasthouden aan hetzelfde, inflexibel gehecht zijn aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag		
6	B3 Zeer beperke, gefixeerde interesses die abnormaal intens of gefocust zijn		
7	B4 Hyper- of hyporeactiviteit op zintuiglijke prikkels of ongewone belangstelling voor de zintuiglijke aspecten van de omgeving		
	Totaal aantal kenmerken van DSM-5-TR criterium B voor ASS (Beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten)	<input type="checkbox"/> / 4	<input type="checkbox"/> / 4
8	D De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen (DSM-5-TR criterium D voor ASS)	<input type="checkbox"/> / 1	<input type="checkbox"/> / 1

Formulier voor scoring en diagnostische overweging van DSM-5-TR autismespectrumstoornis

1.

Naam onderzochte : _____

Geboortedatum : ____ - ____ - ____

Datum onderzoek : ____ - ____ - ____

NIDA afgenomen door

Naam GGZ-professional : _____

Functie GGZ-professional : _____

NIDA afgenomen bij : onderzochte
 partner
 familielid
zo ja, vermeld deze: _____
 begeleider/mentor/coach

2.

DSM-5-TR criterium A voor autismespectrumstoornis **Ja** Nee

Persisterende deficiënties in de sociale communicatie en sociale interactie in uiteenlopende situaties

Actuele functioneren of voorgeschiedenis:

Is het aantal kenmerken drie? **Ja** ? Nee

Vroege ontwikkelingsperiode:

Is het aantal kenmerken drie? **Ja** ? Nee

DSM-5-TR criterium B voor autismespectrumstoornis **Ja** Nee

Beperkte, repetitieve gedragspatronen, interesses of activiteiten

Actuele functioneren of voorgeschiedenis:

Is het aantal kenmerken minstens twee? **Ja** ? Nee

Vroege ontwikkelingsperiode:

Is het aantal kenmerken minstens twee? **Ja** ? Nee

3.

DSM-5-TR criterium C voor autismespectrumstoornis **Ja** Nee

De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege ontwikkelingsperiode (maar kunnen soms pas volledig manifest worden wanneer de sociale eisen de begrensde vermogens overstijgen, of kunnen worden gemaskeerd door op latere leeftijd aangeleerde strategieën).

4.

DSM-5-TR criterium D voor autismespectrumstoornis **Ja** Nee

De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

5.

DSM-5-TR criterium E voor autismespectrumstoornis

Ja Nee

De stoornissen kunnen niet beter worden verklaard door een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis (verstandelijke beperking) of een globale ontwikkelingsachterstand. Een verstandelijke-ontwikkelingsstoornis en de autismespectrumstoornis komen geregeld samen voor; om de comorbide classificatie autismespectrumstoornis naast een verstandelijkeontwikkelingsstoornis toe te kennen moet de sociale communicatie onder het verwachte algemene ontwikkelingsniveau liggen.

6.

Specificeer indien

Met of zonder bijkomende verstandelijke beperking

Ja Nee

Zo ja, specificeer actuele ernst:

- Licht
- Matig
- Ernstig
- Diep

Met of zonder bijkomende taalstoornis

Ja Nee

Zo ja, vermeld deze:

Samenhangend met een bekende genetische of somatische aandoening of omgevingsfactor

Ja Nee

Zo ja, vermeld deze:

Samenhangend met een neurobiologisch ontwikkelings-, psychisch of gedragsprobleem

Ja Nee

Zo ja, vermeld deze:

Met katatonie

Ja Nee

Zo ja, gebruik de aanvullende code F06.1 katatonie bij autismespectrumstoornis om de aanwezigheid van de comorbide katatonie aan te geven.

7.

Context

De informatie verkregen met de NIDA is contextueel gewogen.

Ja Nee

Zo ja, vermeld met welk(e) onderzoek(en):

- Intake
- Ontwikkelingsanamnese
- Heteroanamnese
- Gedragsobservatie
- Neuropsychologisch onderzoek
- Persoonlijkheidsonderzoek
- Intelligentieonderzoek
- Psychiatrisch onderzoek
- Somatisch onderzoek
- Overig

Zo ja, vermeld deze: _____

8.

Differentiaaldiagnose of comorbiditeit

De kenmerken kunnen niet beter verklaard worden door de aanwezigheid van (een) andere stoornis(sen) en/of omgevingsprobleem. Vermeld vervolgens, indien van toepassing, van welke andere stoornis(sen) en/of omgevingsprobleem differentiaaldiagnostisch danwel comorbide sprake is: Ja Nee

- Verstandelijke beperking
- Sociale (pragmatische) communicatiestoornis
- Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD)
- Schizofreniespectrum- en/of andere psychotische stoornis
- Bipolaire-stemmingsstoornis
- Depressieve-stemmingsstoornis
- Sociale-angststoornis
- Gegeneraliseerde-angststoornis
- Obsessieve-compulsieve stoornis
- Trauma- en/of stressgerelateerde stoornis
- Dissociatieve stoornis
- Somatisch-symptoomstoornis
- Voedings- en/of eetstoornis
- Disruptieve, impulsbeheersings- en/of andere gedragsstoornis
- Middelgerelateerde en/of verslavingsstoornis
- Neurocognitieve stoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Zo ja, vermeld deze: _____
- Genderdysforie, parafiele stoornis en/of seksuele disfuncties
- Onveilige hechting
- Misbruik, mishandeling en/of verwaarlozing
- Lichamelijke ziekte
- Overige stoornissen/problemen
- Zo ja, vermeld deze: _____

9.

DSM-5-TR classificatie autismspectrumstoorni

Ja Nee

Vastgesteld door: _____

- Functie:
- Gezondheidszorgpsycholoog
 - Klinisch psycholoog
 - Klinisch neuropsycholoog
 - Psychiater
 - Verpleegkundig specialist

10.

Mate van actuele ernst van de beperking is gespecificeerd (p.66)

Ja Nee

Zo ja, specificeer de mate van actuele ernst voor sociale communicatie:

- Niveau 3 'Vereist zeer substantiële ondersteuning'
- Niveau 2 'Vereist substantiële ondersteuning'
- Niveau 1 'Vereist ondersteuning'

Zo ja, specificeer de mate van actuele ernst voor beperkt, repetitief gedrag:

- Niveau 3 'Vereist zeer substantiële ondersteuning'
- Niveau 2 'Vereist substantiële ondersteuning'
- Niveau 1 'Vereist ondersteuning'

Formulier voor mate van actuele ernst van DSM-5-TR autismspectrumstoornis

Om de behoefte aan ondersteuning voor de domeinen 'sociale communicatie' en 'beperkt, repetitief gedrag' met 'Ja' te beantwoorden, dienen per domein alle bijbehorende gedragskenmerken met 'Ja' beantwoord te worden bij één van de drie onderstaande niveaus van actuele ernst (bijv. niveau 1 voor de sociale communicatie en niveau 2 voor beperkt, repetitief gedrag).

Mate van ernst: niveau 3

'Vereist zeer substantiële ondersteuning'

Sociale communicatie

	Ja	Nee
Ernstige deficiënties in de verbale en non-verbale sociale-communicatievaardigheden veroorzaken ernstige beperkingen in het functioneren,	Ja	Nee

zeer beperkte initiatieven tot sociale interacties	Ja	Nee
en een minimale reactie op sociale-toenaderingspogingen van anderen.	Ja	Nee

De betrokkene spreekt bijvoorbeeld slechts enkele verstaanbare woorden en neemt zelden het initiatief tot sociale interactie, en als hij of zij dat wel doet, benadert hij of zij de ander op een ongewone manier, alleen om aan eigen behoeften te voldoen, en reageert hij of zij alleen op zeer directe sociale toenadering.

Beperkt, repetitief gedrag

	Ja	Nee
Er is sprake van inflexibel gedrag, extreme moeite met het omgaan met veranderingen, of ander beperkt, repetitief gedrag	Ja	Nee

dat duidelijk het functioneren op alle levensgebieden belemmert.	Ja	Nee
------------------------------------------------------------------	----	-----

De betrokkene heeft verhoogde stress door of grote moeite met het veranderen van de focus of de handeling.	Ja	Nee
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----

Mate van ernst: niveau 2

'Vereist substantiële ondersteuning'

Sociale communicatie

	Ja	Nee
Duidelijke deficiënties in de verbale en non-verbale sociale-communicatievaardigheden;	Ja	Nee

duidelijk zichtbare sociale beperkingen, ondanks aanwezige ondersteuning;	Ja	Nee
---------------------------------------------------------------------------	----	-----

beperkte initiatieven tot sociale interacties;	Ja	Nee
------------------------------------------------	----	-----

en verminderde of abnormale reacties op sociale-toenaderingspogingen van anderen.	Ja	Nee
-----------------------------------------------------------------------------------	----	-----

De betrokkene spreekt bijvoorbeeld alleen in eenvoudige zinnen, de interactie blijft beperkt tot zeer gelimiteerde interesses, en de betrokkene vertoont een duidelijk vreemde non-verbale communicatie.

Beperkt, repetitief gedrag

	Ja	Nee
Inflexibel gedrag, moeite om met verandering om te gaan of ander beperkt, repetitief gedrag	Ja	Nee

komt vaak genoeg voor om de toevallige waarnemer op te vallen	Ja	Nee
---------------------------------------------------------------	----	-----

en verstoort het functioneren in verschillende situaties.	Ja	Nee
-----------------------------------------------------------	----	-----

De betrokkene heeft verhoogde stress door of grote moeite met het veranderen van de focus of de handeling.	Ja	Nee
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----

Mate van ernst: niveau 1
'Vereist ondersteuning'

Sociale communicatie

Zonder ondersteuning veroorzaken de deficiënties in de sociale communicatie merkbare beperkingen. **Ja** Nee

De betrokkene heeft moeite met het initiëren van sociale interacties en er zijn duidelijke voorbeelden van atypische of onsuccesvolle reacties op de sociale-toenaderingspogingen van anderen. **Ja** Nee

De betrokkene kan verminderde belangstelling hebben voor sociale interacties. **Ja** Nee

Hij of zij kan bijvoorbeeld volzinnen uiten en deelnemen aan de communicatie, maar slaagt er niet in om een over-en-weergesprek met anderen te voeren, en zijn of haar pogingen om vriendschap te sluiten zijn vreemd en blijven zonder resultaat.

Beperkt, repetitief gedrag

Inflexibel gedrag vormt een significante verstoring in het functioneren in een of meer situaties. **Ja** Nee

De betrokkene heeft moeite met het overschakelen op andere activiteiten. **Ja** Nee

Problemen met organiseren en plannen staan zelfstandigheid in de weg. **Ja** Nee



Vuijk, R. (2023). *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* (derde, geheel herziene druk). AutismeSpectrumNederland en Sarr Autisme Rotterdam.

© 2023 Richard Vuijk, Rotterdam, Nederland