

Diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen

Annelies Spek

SAMENVATTING

De komst van de DSM-5 brengt de nodige veranderingen met zich mee op het gebied van ASS, waaronder het strenger hanteren van de diagnostische criteria. In het huidige artikel worden de bevindingen van een half jaar classificeren volgens de DSM-5 besproken. Bij de classificerende diagnostiek werd gebruik gemaakt van de ADI-R en het DSM-5 interview Autismespectrumstoornissen.

De eerste ervaringen laten zien dat de DSM-5 criteria van ASS duidelijk en helder zijn geformuleerd, hetgeen als prettig wordt ervaren in het diagnostisch proces. Anderzijds is het op zijn minst ingewikkeld dat een deel van de mensen bij wie volgens de DSM-IV sprake is van ASS, niet meer voldoet aan de ASS-criteria van de DSM-5. Er is niet altijd sprake van een passende alternatieve classificatie en bij een deel van deze groep is het de vraag of de mogelijkheid voor zorg behouden blijft. Al met al wordt aan diagnostici geadviseerd alvast te anticiperen op het aanstaande gebruik van de DSM-5 in Nederland; om continuïteit in classificatie en (vooral) zorg zoveel mogelijk te garanderen.

SUMMARY

The introduction of the DSM-5 leads to significant change with regard to ASD, for example a more strict attitude towards the diagnostic criteria. This article discusses the findings of classification using the DSM-5 during a period of half a year. With regard to the classifying diagnostics, the ADI-R and the DSM-5 interview Autism spectrum disorders were used.

The first experience showed that in the ASD the criteria are formulated in a clear way, which is a benefit in the diagnostic process.

A difficult issue is that a subgroup of the people that has ASD according to the DSM-IV, does not meet ASD criteria of the DSM-5. There is not always a suitable alternative classification and, for part of this subgroup, the accessibility of care is uncertain. All in all, clinicians are advised to anticipate the DSM-5, to ensure continuity of the classification and (specifically) care.

Met de komst van de DSM-5 ondergaat het diagnostisch proces naar autismespectrumstoornissen (ASS) een wezenlijke verandering. De criteria zijn anders geformuleerd en worden strenger gehanteerd. Zo moeten relatief gezien aan meer kenmerken voldoen wil er een diagnose in het autismespectrum gesteld kunnen worden. In dit artikel worden de eerste klinische ervaringen beschreven met het classificeren volgens de

DSM-5. Daarnaast wordt het DSM-5 interview autismespectrumstoornissen geïntroduceerd. Dit interview kan bij (jong)volwassenen en ouderen worden gebruikt bij het anamnestic gesprek.

DE VERANDERINGEN VAN ASS IN DE DSM-5 IN HET KORT

In de DSM-5 wordt geen onderscheid meer gemaakt

tussen verschillende subtypen binnen het autismespectrum, maar is gekozen voor één overkoepelende classificatie, namelijk de autismespectrumstoornis (ASS). Er worden nog slechts zeven criteria onderscheiden, welke vallen onder de twee hoofddomeinen 'Sociale communicatie' en 'Beperkte, repetitieve gedragspatronen'. Een classificatie autismespectrumstoornis kan worden gesteld als wordt voldaan aan alle drie de criteria van de sociale communicatie en aan twee van de vier criteria van de beperkte, repetitieve gedragspatronen. Voor de beperkte; repetitieve gedragspatronen geldt dat deze nu, in de kindertijd of in een bepaalde periode in het verleden aanwezig moeten zijn (geweest) (American Psychiatric Association, 2014). Deze hoeven in de volwassenheid dus niet meer aanwezig te zijn om toch aan de criteria van dit hoofddomein te kunnen voldoen.

De mate van ernst van de ASS wordt weergegeven in drie categorieën: 'Vereist ondersteuning', 'Vereist substantiële ondersteuning' en 'Vereist zeer substantiële ondersteuning'. Verder wordt benoemd dat de symptomen in de kindertijd aanwezig moeten zijn, maar soms pas volledig tot uiting komen wanneer de sociale eisen van de omgeving de beperkte sociale vaardigheden van de betreffende persoon overstijgen. Dit sluit goed aan bij het groeiende besef dat een deel van de mensen met ASS hun beperkingen (gedeeltelijk) kunnen compenseren, waardoor deze soms pas later aan het licht komen. Dit geldt met name voor de intelligente volwassenen. Meer informatie over de precieze veranderingen in de classificatie van ASS in de DSM-5 is te lezen in de publicatie van Van der Sijde (2013).

DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTEN

HETERO-ANAMNESE

Met de komst van de DSM-5 is het de vraag of de bestaande anamnestiche en hetero-anamnestiche instrumenten nog voldoen. Naar alle waarschijnlijkheid zullen de algoritmen van de ADOS (Lord, Rutter, DiLavore, & Risi, 1999), ADI-R (Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994) en DISCO (Wing, Leekam, Libby, Gould, & Larcombe, 2002) worden aangepast aan de veranderde criteria. Een recente studie laat zien dat, bij gebruik van alleen de ADOS, slechts 33 % van de mensen die aan de hand van de DSM-IV een ASS-diagnose kreeg, voldeed aan de DSM-5 criteria. Bij de ADI-R ging het om 83 %. Wanneer zowel de ADOS als de ADI-R werden gehanteerd, voldeed 93 % aan de ASS-criteria van de DSM-5 (Mazefsky, McPartland, Gastgeb, & Minshew, 2013). Op basis van deze studie wordt dan ook de combinatie van ADOS en ADI-R

geadviseerd bij diagnostisch onderzoek naar ASS.

Hierbij is het overigens van belang om voor ogen te houden dat de ADOS beperkt sensitief is bij de differentiaaldiagnostiek tussen ASS en schizofrenie (Bastiaansen, Meffert, Hein, Huizinga, Ketelaars, Pijnenborg, et al., 2011) en bij diagnostisch onderzoek naar vrouwen met ASS (Lai, Lombardo, Pasco, Ruigrok, Wheelwright, Sadek, Chakrabarti, & Baron-Cohen, 2011). Mede om die reden wordt geadviseerd om bij volwassenen met mogelijk ASS (ook) een semi-gestructureerd anamnestiche interview af te nemen.

SEMI-GESTRUCTUREERD ANAMNESTISCH INTERVIEW

Een jaar geleden is bij het Autisme Kennis Centrum (AKC) een semi-gestructureerd DSM-5 interview autismespectrumstoornissen ontwikkeld. Dit als 'vervolg' op het al bestaande DSM-IV interview autismespectrumstoornissen (Spek, Scholte, & Van Berckelaer-Onnes, 2008).

In dit interview worden de DSM-5 criteria van ASS op een systematische manier uitgevraagd. Bij elk criterium is er een hoofdvraag en zijn voorbeelden weergegeven van aanvullende vragen om te kunnen bepalen of iemand aan het betreffende criterium voldoet. Daarnaast wordt gevraagd naar de observaties en het eigen oordeel van de diagnosticus. Er is specifieke aandacht besteed aan de toepasbaarheid bij vrouwen met ASS, omdat men bij vrouwen met ASS vaak op een andere manier moet doorvragen. Het interview is in de praktijk getoetst door diagnostici en ervaringsdeskundigen. Dit heeft een half jaar geleden geresulteerd in een definitieve versie.

EERSTE ERVARINGEN MET HET CLASSIFICEREN VOLGENS DE DSM-5

Van juni tot en met december 2014 is bij diagnostisch onderzoek bij het AKC gebruikgemaakt van de ADI-R en het DSM-5 interview. De verkregen anamnestiche en hetero-anamnestiche informatie werd vervolgens geordend aan de hand van de DSM-5 criteria van ASS. Op basis hiervan werd ingeschat of de betreffende persoon volgens de DSM-5 voldeed aan ASS. Daarnaast werd bij iedereen ook een inschatting gemaakt van de DSM-IV classificatie, omdat deze op dit moment in Nederland nog gehanteerd wordt. De eerste ervaringen met het classificeren volgens de DSM-5 zijn gemengd. In de paragrafen hieronder worden enkele van deze ervaringen beschreven.

MINDER CRITERIA

Het wordt als een verbetering ervaren dat het aantal ASS-criteria in de DSM-5 is teruggebracht tot zeven. Dit geeft meer structuur en duidelijkheid en maakt het doorvragen gemakkelijker. Het is ook prettig dat de items beter toepasbaar zijn op volwassenen. Dit maakt het zowel voor de diagnosticus als voor de cliënt begrijpelijk en inzichtelijk hoe men tot een ASS-diagnose komt. Zo kan de diagnosticus bij een uitslag-gesprek de zeven punten opgeschreven op papier voor de cliënt neerleggen, waarbij punt voor punt wordt uitgelegd wat de bevindingen zijn en waarom er al dan niet sprake is van ASS.

CRITERIA WORDEN STRENGER GEHANTEERD

In verschillende wetenschappelijke studies is geconstateerd dat een deel van de mensen die volgens de DSM-IV wel een classificatie in het autismespectrum krijgt, niet meer voldoet aan de criteria van ASS volgens de DSM-5. Een recente review laat zien dat het hierbij gaat om naar schatting 31 % van de totale ASS-populatie; bij de subgroep met PDD-NOS lijkt het zelfs te gaan om 70 % (Kulage, Smaldone, & Cohn, 2014). Dit sluit aan bij de klinische ervaringen bij het AKC. Inhoudelijk gezien lijkt hierbij vooral te gaan om de volgende twee groepen:

Wel problemen in de sociale communicatie, geen beperkte, repetitieve gedragspatronen

In de DSM-IV kan een diagnose PDD-NOS worden gesteld op basis van alleen problemen in de sociale communicatie. Bij hanteren van de DSM-5 moet men voor een ASS-diagnose echter ook voldoen of hebben voldaan aan minstens twee criteria van de beperkte, repetitieve gedragspatronen. In het afgelopen jaar zagen wij als diagnostiekteam regelmatig (met name) mannen die ruim voldeden aan de drie criteria van de sociale communicatie, maar niet aan die van de beperkte, repetitieve gedragspatronen. De problemen in de sociale communicatie leiden vaak tot relatieproblemen, gezinsproblemen en problemen in de communicatie op het werk. Echter bij het diagnostisch onderzoek bleek vervolgens geen sprake van beperkte, repetitieve gedragspatronen, of bleek men slechts te voldoen aan één van de vier criteria in dit domein. In de praktijk ging het regelmatig om mannen die tot weinig kwamen en die bij hobby's en interesses vooral een gebrek aan initiatief lieten zien. Soms was er dan wel sprake van moeite met veranderingen, maar niet van sensorische bijzonderheden of stereotiepe motoriek, spraak en gedrag. Volgens de DSM-5 kan een diagnose autisme-

spectrumstoornis dan niet worden gesteld, terwijl men volgens de DSM-IV wel tot een classificatie PDD-NOS of zelfs tot een stoornis van Asperger of autistische stoornis komt. Wanneer er toch sprake is van een aanzienlijke lijdensdruk, is het de vraag of en hoe men deze problemen in de DSM-5 kan classificeren. In de praktijk zal in sommige gevallen de classificatie sociale communicatiestoornis passend zijn, al dan niet in combinatie met relatieproblemen. Soms kunnen de problemen ook worden beschreven als alexithymie. Dit geeft overigens meteen het praktische probleem dat behandeling van relatieproblemen niet door de verzekeraar vergoed wordt. Bovendien zijn er signalen dat ditzelfde het geval zal zijn voor de sociale communicatiestoornis. Alexithymie wordt niet in de DSM-IV, noch in de DSM-5 gehanteerd als classificatie, waardoor hiervoor hetzelfde zal gelden.

Verder is zeker niet uit te sluiten dat een deel van deze mannen erfelijk belast is doordat ASS voorkomt in de familie. In die gevallen is het bijzonder dat deze erfelijke belasting en de bijkomende problemen niet meer geclassificeerd worden binnen het autismespectrum, maar tot een geheel andere classificatie leiden.

Wel repetitieve gedragspatronen maar weinig (aantoonbare) problemen in de sociale communicatie

Bij deze groep lijkt het met name te gaan om vrouwen, bij wie de sensorische prikkelgevoeligheid, de moeite met veranderingen en de beperkte, gefixeerde interesses duidelijk naar voren komen. Daarmee voldoen zij ruim aan de criteria van de beperkte, repetitieve gedragspatronen (drie van de vier). Echter, op het gebied van de sociale communicatie is het vervolgens lastig om eventuele beperkingen goed duidelijk te krijgen. De ervaring is dat (met name) vrouwen met ASS in hun leven hebben leren compenseren voor hun sociaal-communicatieve beperkingen, waardoor deze deels gecamoufleerd zijn. Wat betreft het criterium van de sociale wederkerigheid zien we bijvoorbeeld dat deze vrouwen zichzelf veel trucjes hebben aangeleerd, waardoor ze soms adequaat reageren in sociale situaties. Dit kost hen echter veel energie en in meer genuanceerde sociale situaties slaan zij toch regelmatig de plank mis. In de non-verbale communicatie is het oogcontact vaak adequaat (of dit komt zo over), maar zijn zij niet goed in staat om andermans non-verbale signalen goed af te lezen, waardoor ze het bijvoorbeeld niet goed herkennen wanneer de ander geen tijd heeft voor een gesprek. Ook zijn zij zelf soms non-verbaal niet goed leesbaar voor anderen en hebben zij er doorgaans moeite mee wanneer mensen iets anders

zeggen dan wat zij werkelijk voelen (bijvoorbeeld wanneer iemand zich 'groot houdt'). Verder is er vaak sprake van vriendschappen en relaties, waarbij het lastig kan zijn om de mate van wederkerigheid goed in te schatten. In de praktijk zien we dan bijvoorbeeld dat een vriendschap ontstaat omdat de ander met de persoon met ASS 'te doen' heeft. Als degene met ASS dit niet weet of niet goed aanvoelt, dan kan dergelijke informatie alleen vergaard worden in de hetero-anamnese, bij voorkeur bij deze vriend/vriendin. Over het algemeen is wel duidelijk dat sociaal contact deze vrouwen veel energie kost in plaats van dat het energie geeft.

Kortom: De sociaal-communicatieve beperkingen uit zich vaak anders bij vrouwen met ASS en zijn vaker gecamoufleerd, waardoor er op een andere manier doorgevraagd moet worden (zie ook: Spek & Goosen, 2013). Dan nog kan het moeilijk zijn om duidelijk te krijgen of er sprake is (of was) van wezenlijke beperkingen in de sociale communicatie. Soms kunnen er onvoldoende beperkingen in de sociale communicatie worden vastgesteld om een ASS-classificatie te kunnen stellen. Een deel van deze vrouwen voldoet volgens de DSM-IV echter wel aan de criteria van PDD-NOS of zelfs aan die van de stoornis van Asperger danwel de autistische stoornis. De DSM-5 lijkt geen alternatieve classificatie te bieden voor deze vrouwen. Gedragmatig gezien lijkt het beeld dan wellicht nog het meest op een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, omdat met name de beperkte, repetitieve gedragspatronen opvallen. Deze persoonlijkheidsstoornis heeft echter een geheel andere oorsprong (men gaat ervan uit dat deze verworven is en niet aangeboren, zoals bij ASS) en vraagt om een andersoortige behandeling dan ASS. Het lijkt dan ook goed om hier terughoudend in te zijn.

Andere mogelijkheden voor passende classificaties lijken echter beperkt. Bij twijfel kan het helpen om procesdiagnostiek in te zetten. Dan kan men de tijd nemen om, eventueel tijdens een klachtgerichte behandeling, meer zicht te krijgen op eventuele beperkingen in de sociale communicatie. Dit lijkt vooral op zijn plaats wanneer iemand voldoet aan twee van de drie criteria van de sociale communicatie en aan voldoende criteria van het beperkte, repetitieve gedrag of wanneer men vanuit een 'klinische blik' toch denkt aan ASS.

SOCIALE (PRAGMATISCHE) COMMUNICATIESTOORNIS

De sociale (pragmatische) communicatiestoornis kan worden geclassificeerd als er sprake is van persistente

moeite met het sociale gebruik van verbale en non-verbale communicatie. Hierbij moet worden voldaan aan de volgende vier kenmerken: (1) Problemen in het gebruik van communicatie voor sociale doeleinden, zoals groeten en informatie uitwisselen. (2) Beperkingen in het vermogen om de communicatie aan te passen aan de context of de behoeften van de luisteraar, waaronder formeel taalgebruik. (3) Moeite met het volgen van de regels voor gespreksvoering, zoals beurtelings praten. (4) Moeite met begrijpen van wat er niet expliciet is gezegd en van niet letterlijke of ambigue taal.

Deze criteria komen deels overeen met wat wordt beschreven onder het subdomein 'sociale communicatie' van de autismspectrumstoornis. Echter, bij de sociale communicatiestoornis wordt niet expliciet gesproken van een beperkte sociaal-emotionele wederkerigheid of van problemen in het ontwikkelen en onderhouden van relaties. Daarnaast wordt bij de sociale communicatiestoornis aangegeven dat er geen enkele sprake mag zijn van beperkte, repetitieve gedragingen, nu noch in het verleden (American Psychiatric Association, 2014). Als er ooit sprake is geweest van (bijvoorbeeld) moeite met veranderingen, dan kan er dus strikt genomen geen sociale communicatiestoornis worden vastgesteld. Mensen die voldoen aan alle ASS-criteria van de sociale communicatie en aan slechts één criterium van de beperkte, repetitieve gedragingen kunnen dus geen classificatie 'sociale communicatiestoornis' krijgen. Het is de vraag of er bij deze mensen een andere passende classificatie is. Het belang hiervan is evident, aangezien er bij een deel van deze mensen sprake is van een aanzienlijke lijdensdruk en toegankelijkheid van zorg vaak afhankelijk is van de classificatie.

INSCHATTING VAN MATE VAN ERNST

Bij het inschatten van de ernst van de autismspectrumstoornis wordt, zoals eerder aangegeven, in de DSM-5 een driedeling gehanteerd. Deze is gebaseerd op de zorgbehoefte en de ernst van de beperkingen. Dit wordt voor beide subdomeinen ingeschat. De klinische praktijk laat zien dat het hoogste ernstniveau (vereist zeer substantiële ondersteuning) waarschijnlijk vooral van toepassing is op mensen in een klinische opname of mensen die niet zelfstandig kunnen wonen. Er zijn echter ook mensen met ASS die periodes kennen waarin er weinig belemmeringen zijn, omdat zij dan vooral worden aangesproken op talenten en beperkingen worden gecompenseerd, bijvoorbeeld door de intelligentie of door de omgeving. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan een alleenstaande, intelligente

volwassene met ASS die werk heeft dat aansluit op diens talenten en waarbij hij of zij vrij individueel kan werken. Vanuit de levensloopvisie is dit begrijpelijk: De moeilijkste periodes zijn doorgaans rondom de transitie momenten. Op andere momenten kan het relatief goed gaan. Dit betekent niet dat de ASS dan weg is, het kan wel ingewikkeld zijn om op dat moment de mate van ernst in te schatten volgens de DSM-5. Vanuit het AKC werd dan gekozen voor de mildeste categorie van ernst, namelijk: 'Vereist ondersteuning'. Wat betreft het inschatten van de ernst lijkt de GAF-score, zoals in de DSM-IV wordt gehanteerd meer ruimte te bieden voor nuances dan de driedeling in de DSM-5.

HET BEVRAGEN VAN DE VERSCHILLENDE CRITERIA VOLGENS DE DSM-5

Bij hanteren van de DSM-IV kan een classificatie binnen het autismespectrum soms ook gesteld worden wanneer niet alle criteria goed uitgevraagd zijn. Dit komt doordat de criteria van met name PDD-NOS relatief ruim worden gehanteerd; men hoeft niet aan veel criteria te voldoen. In de DSM-5 is dit duidelijk anders. Men moet voldoen aan 5 van de 7 criteria, waaronder alle criteria binnen het domein 'Sociale communicatie'. Dit vergt meer van de gesprekstechnieken van de diagnosticus. In de praktijk van het anamnese gesprek blijkt het niet altijd gemakkelijk om de benodigde informatie boven tafel te krijgen. Dit komt onder andere doordat mensen met ASS geneigd zijn de vragen letterlijk te nemen en concrete antwoorden te geven. Ook voelen zij vaak niet goed aan wat de diagnosticus precies wil weten en wanneer een aanvulling op het antwoord wenselijk is. Hierdoor blijven de antwoorden soms beperkt tot datgene wat de diagnosticus precies heeft gevraagd. Een voorbeeld is dat de diagnosticus op de vraag: "Heeft u moeite met veranderingen?" doorgaans meer verwacht dan alleen: "Ja". Verder kan het voor mensen met ASS lastig zijn om zichzelf met anderen te vergelijken, waardoor ze vaak niet goed kunnen inschatten of ze op bepaalde gebieden anders zijn dan anderen. In deze paragraaf wordt een aantal praktische adviezen gegeven van hoe men goed kan doorvragen bij de anamnese van ASS volgens de DSM-5.

NAAR CONCRETE VOORBEELDEN VRAGEN

Tijdens een diagnostisch onderzoek kan het moeilijk zijn om in te schatten of iemand net wel of net niet voldoet aan een bepaald criterium. Hierbij kan het helpen om naar concrete voorbeelden te vragen. Als

iemand bijvoorbeeld zegt soms moeite te hebben met veranderingen, dan kan men vragen: "Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u geen moeite had met veranderingen en een waarin dit wel het geval was?" Aan de hand van de concrete voorbeelden kan de diagnosticus vervolgens inschatten wat de ernst is van de moeite met veranderingen. Een andere manier om duidelijk te krijgen of iemand aan een criterium voldoet is door te vragen of het tot problemen leidt. Bij het bovengenoemde voorbeeld zou de diagnosticus kunnen vragen: "Leidt het weleens tot problemen dat u, in bepaalde situaties, moeite hebt met veranderingen?" Bij een instemmend antwoord kan vervolgens weer naar voorbeelden worden gevraagd. Op basis hiervan kan de diagnosticus dan inschatten in hoeverre betrokkene voldoet aan dit criterium. Verder is het relevant om te vragen naar eventuele belemmeringen in het dagelijks leven. Bij beperkte, gefixeerde interesses kan bijvoorbeeld worden gevraagd hoe vaak iemand door het bezig zijn met de interesse te laat naar bed gaat, afspraken vergeet of vergeet te eten.

UITVRAGEN VIA HET PERSPECTIEF VAN DE ANDER

Mensen met ASS vinden het vaak moeilijk om in te schatten of zij op een bepaald gebied anders zijn dan anderen, omdat ze zich niet goed kunnen verplaatsen in andermans perspectief. Hierbij kan het helpend zijn om te vragen naar opmerkingen van andere mensen. Op het gebied van beperkte, gefixeerde interesses zou men bijvoorbeeld kunnen vragen: "Zeggen andere mensen weleens dat u bijzondere interesses heeft of dat u erg veel tijd besteedt aan een bepaalde interesse?" Vaak weet men wel of anderen opmerkingen hebben gemaakt over hun interesses, waardoor deze vraag gemakkelijker te beantwoorden is dan die of ze zelf vinden dat hun interesses afwijkend zijn. Vervolgens kan men bij een ja doorvragen waarom andere mensen de interesse bijzonder vinden, om zo in te schatten of het hierbij inderdaad gaat om een beperkte, gefixeerde interesse.

OBSERVATIES

Soms herkent iemand zelf weinig kenmerken van ASS, maar zijn deze wel duidelijk zichtbaar in de observaties. In dat geval is het belangrijk om deze observaties goed weer te geven. Het kan dan helpen om typerende uitspraken letterlijk te citeren in het diagnostisch verslag. In plaats van in het verslag te beschrijven dat een man met ASS moeite heeft om zijn vrouw goed aan te voelen, kan het bijvoorbeeld verhelderend zijn om dit aan te vullen met: Meneer zegt hierover: "Ik kreeg weinig hoogte van haar. Ze was niet consistent in haar

reacties, ze was voor mij dus niet te analyseren.” Zo krijgt de lezer van het verslag meteen een indruk van hoe deze man denkt. Op deze manier wordt ook voorkomen dat de lezer alleen af kan gaan op het oordeel en de zienswijze van de diagnosticus.

ANTICIPEREN

Gezien de grote veranderingen in de DSM-5, lijkt het verstandig om hier alvast op te anticiperen. Het kan bijvoorbeeld gemakkelijker zijn om (in een later stadium) te beargumenteren of iemand ook volgens de DSM-5 voldoet aan ASS, wanneer men nu alvast in kaart brengt of er sprake is van sensorische over/ondergevoeligheid. Door nu al de DSM-5 criteria van ASS in kaart te brengen kan soms worden voorkomen dat iemand later opnieuw onderzocht moet worden, omdat onduidelijk is of er aan voldoende criteria wordt voldaan voor een DSM-5 classificatie.

CONCLUSIES

Al met al brengt de komst van de DSM-5 veel veranderingen met zich mee op het gebied van ASS. Positief is dat de nieuwe criteria relatief helder en overzichtelijk zijn. Helaas zijn er ook mensen met lijdensdruk die volgens de DSM-IV wel, maar volgens de DSM-5 niet voldoen aan de criteria van ASS. Het is de vraag of er voor hen een alternatieve, passende classificatie is en of deze toegang geeft tot de zorg die nodig is. De diagnosticus wordt geadviseerd om te anticiperen op de veranderingen, bijvoorbeeld door alvast in kaart te brengen of er ook sprake is van ASS volgens de DSM-5.

Annelies Spek, Autisme Kennis Centrum. Koningin Wilhelminalaan 8, 3527 LD, Utrecht. E-mail: aspek@autismekenniscentrum.nl

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Bastiaansen, J.A., Meffert, H., Hein, S., Huijzinga, P., Ketelaars, C., Pijnenborg, M., et al. (2011). Diagnosing autism spectrum disorders in adults: The use of Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), module 4. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1256-66.
- Kulage, K.M., Smaldone, A.M., & Cohn, E.G. (2014). How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1918-32.
- Lai, M.C., Lombardo, M.V., Pasco, G., Ruigrok, A.N.V., Wheelwright, S.J., Sadek, S.A., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *Plos One*, 6, 1-10.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., & Risi, S. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule WPS (ADOS-WPS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-85.
- Mazefsky, C.E., McPartland, J.C., Gastgeb, H.Z., & Minshew, N.J. (2013). Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD research samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1236-42.
- Spek, A.A., & Goosen, A.C.A. (2013). Autisme-spectrumstoornissen bij meisjes en vrouwen, een eerste verkenning. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 62-67.
- Spek, A.A., Scholte, E., & Van Berckelaer-Onnes, I. (2008). Verbal fluency in adults with HFA or Asperger syndrome. *Neuropsychologia*, 47, 652-56.
- Van der Sijde, A. (2013). Autisme in de DSM-5. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 12, 40-49.
- Wing, L., Leekam, S.R., Libby, S.J., Gould, J., & Larcombe, M. (2002). The diagnostic interview for social and communication disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 307-25.