

Twee zelfrapportagescreeningsvragenlijsten voor autismespectrumstoornissen bij volwassenen

Een valideringsonderzoek

E.H. HORWITZ, S. SYTEMA, C.E.J. KETELAARS, D. WIERSMA

ACHTERGROND Er is een toenemende belangstelling voor autismespectrumstoornissen op volwassen leeftijd. De diagnostiek van deze stoornissen kost veel tijd en deze tijd zou doelmatiger kunnen worden ingezet door het gebruik van betrouwbare screeningsinstrumenten.

DOEL Validering van twee zelfrapportagescreeningsvragenlijsten gericht op de aanwezigheid van autismespectrumstoornissen.

METHODE De Pervasive Ontwikkelingsstoornissen Spectrum Quotiënt Vragenlijst (PDD-SQ) en de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Volwassenen (VIS-V) werden afgenomen bij een groep van 36 patiënten die waren verwezen voor derdelijns diagnostiek met betrekking tot autismespectrumstoornissen, en bij een groep van 349 patiënten die waren aangemeld bij een niet-gespecialiseerde psychiatrische polikliniek.

RESULTATEN Er werden geen significante verschillen gevonden in de scores van de verschillende groepen op beide vragenlijsten, met name niet tussen de groep patiënten bij wie de diagnose autismespectrumstoornissen werd gesteld en de groep met andere psychiatrische diagnoses.

CONCLUSIE Zelfrapportage als methode om autismespectrumstoornissen in de klinische praktijk met enige zekerheid op het spoor te komen lijkt ongeschikt. Bij het gebruik van de onderzochte vragenlijsten moeten de resultaten met voorzichtigheid worden beschouwd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)5, 291-298]

TREFWOORDEN autismespectrumstoornis, screening, vragenlijst, zelfrapportage

Autismespectrumstoornissen (ASS) worden gekenmerkt door vanaf de vroege jeugd bestaande problemen met de sociale en communicatieve interactie, met daarbij een beperkt repertoire van gedrag en interesses. Het betreft een groep van ziektebeelden (Pervasive ontwikkelingsstoornissen volgens de DSM) met een breed scala aan symptomatologie, en met de Autistische stoornis als prototypische, meest ernstige uitingsvorm.

Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich de individuen met slechts enkele kenmerken van autisme, vaak zonder dat dit aanleiding geeft tot klinische problemen. Uit familieonderzoek blijkt dat deze 'lichte varianten' vaker dan normaal voorkomen bij verwanten van patiënten met autisme, wat een belangrijke ondersteuning voor de spectrumgedachte vormt (Piven 2002).

Patiënten met lichtere vormen van ASS die

wel tot klinisch relevante problemen leiden, kunnen in de DSM-classificatie worden ondergebracht in de categorie Pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (*Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified*, PDD-NOS). Dit was aanvankelijk een restcategorie, maar is in de DSM-IV-Text Revision (American Psychiatric Association 2000) beter omschreven op criteriumniveau, waardoor de toegankelijkheid voor onderzoek van deze categorie vergroot is. Recent epidemiologisch onderzoek onder kinderen laat een prevalentie van ASS zien van 6,7 per 1000, de aantoeing is dus minder zeldzaam dan eerder werd aangenomen (Bertrand e.a. 2001).

Er is nog weinig bekend over het beloop van ASS tot aan de volwassen leeftijd. In navolging van de belangstelling voor ADHD bij volwassenen is er de afgelopen jaren steeds meer vraag naar diagnostiek van lichtere vormen van ASS bij normaal begaafde volwassenen. In de praktijk gaat het vooral om de volgende groepen: familieleden (met name vaders) van kinderen met ASS die aspecten van de problematiek bij zichzelf herkennen; een groep patiënten bij wie de ontwikkeling na de adolescentie ernstig stagneert, zonder op de voorgrond staande psychopathologie; en een groep met ernstige psychopathologie die therapieresistent blijkt. Bij alle groepen is het vaststellen van de aanwezigheid van ASS van belang om een optimale combinatie van therapeutische en revaliderende interventies samen te stellen.

ASS-diagnostiek is gebaseerd op een uitgebreide ontwikkelingsanamnese van de ouders of andere verzorgenden en kost veel tijd en moeite. Een betrouwbaar screeningsinstrument voor ASS zou een efficiënte inzet van diagnostische capaciteit mogelijk maken. Recent zijn enkele van deze vragenlijsten beschreven, gebaseerd op rapportage van ouders of behandelaars (Berument e.a. 1999; Nylander & Gillberg 2001), en in één geval op de zelfscore van de betrokkene (Baron-Cohen e.a. 2001). Meestal zijn de onderzochte populaties niet representatief voor de groep patiënten zoals we die aantreffen in de volwassenen-ggz: er is sprake van ernstige vormen van ASS, de gemiddelde leeftijd is

laag (< 18 jaar), of er is geen sprake van comorbide psychopathologie. De waarde van zelfrapportagescreeningsinstrumenten voor de psychiatrische volwassenenpopulatie is in het geheel nog niet onderzocht.

In dit artikel wordt een onderzoek naar de validering van twee zelfrapportagescreeningsvragenlijsten voor ASS in een poliklinische psychiatrische populatie beschreven. Het gaat om de Nederlandse vertaling van de Autism-Spectrum Quotient (AQ; Baron-Cohen e.a. 2001), en om een bewerking van de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen (VIS-K; Luteijn e.a. 2000) voor volwassenen. De eerste lijst is gebaseerd op gedragsobservaties bij volwassenen met ASS, de tweede op ervaringen met kinderen met die stoornis. De scores van drie groepen zijn vergeleken: een groep patiënten bij wie de klinische diagnose ASS werd gesteld, een groep patiënten met een op ASS gelijkend beeld, en een algemene poliklinische populatie. Ook het mogelijk onderscheidend vermogen van subschalen werd in de analyse betrokken.

METHODE EN INSTRUMENTEN

Populatie

Er werden twee groepen patiënten onderzocht. Ten eerste een groep van 36 patiënten, die in de periode 2002-2003 verwezen waren naar het Autisme Team Noord Nederland (een bovenregionale voorziening voor patiënten met ASS). Verwijzing vond plaats door eerste- en tweedelijns psychiatrische instellingen in Noord Nederland, met de vraag om diagnostisch onderzoek in verband met een vermoeden van ASS. Om voor het onderzoek in aanmerking te komen, moest de leeftijd van de patiënten boven de 18 jaar zijn, moest er minstens één ouder beschikbaar zijn voor het afnemen van een ontwikkelingsanamnese, en moest het geschatte IQ boven de 80 zijn. Tevens werd er geen mogelijkheid geboden om patiënten met een forensische achtergrond aan te melden.

De tweede groep bestond uit 369 patiënten,

die in het jaar 2002 aangemeld waren bij de polikliniek van de Psychiatrische Universiteitskliniek van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Dit is een polikliniek voor volwassenen met vooral een tweedelijns functie voor huisartsen in de stad en de provincie Groningen, en een beperkte derde-lijns functie voor de ggz in Noord Nederland. De instroom op de polikliniek bedraagt rond de 700 patiënten per jaar, met voor het merendeel klachten van angst en depressie. Deel van het diagnostische proces is het invullen van een aantal gecomputeriseerde diagnostische vragenlijsten, waaronder sinds enkele jaren ook de ASS-lijsten. Patiënten die de genoemde testbatterij volledig hadden ingevuld, werden geselecteerd.

Instrumenten

Protocol voor de diagnostiek van ASS bij volwassenen De gouden standaard voor de classificatie van ASS berust op het Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R; Lord e.a. 1994) en de Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G; Lord e.a. 2000). Beide zijn niet gevalideerd voor volwassenen. In het kader van dit onderzoek is een op de ADI-R en ADOS-G gebaseerde, geprotocolleerde vragenlijst plus observatie-items voor de ontwikkelingsanamnese bij verdenking op ASS ontwikkeld door Ketelaar en Horwitz in 2000. De bij ouders of verzorgenden af te nemen vragenlijst is samengesteld uit items uit de ADI, aangevuld met voor de volwassen leeftijd relevante aspecten van de ASS-domeinen sociale interactie, communicatie, en rigide en stereotype gedragspatronen. Informatie van de ouders wordt gecombineerd met observatiegegevens zoals waargenomen bij de patiënt tijdens het interview. Een nadere beschrijving van de ontwikkeling van dit protocol en de eerste onderzoeksbevindingen is in voorbereiding.

Autism-Spectrum Quotient De Autism-Spectrum Quotient (AQ; Baron-Cohen e.a. 2001) is in 2002 in het Nederlands vertaald door Cath e.a. onder de naam PDD-SQ (Pervasieve Ontwikkelingsstoor-

nissen Spectrum Quotiënt Vragenlijst). Dit is een zelfrapportagevragenlijst voor volwassenen, gebaseerd op het uitgangspunt dat elk individu met betrekking tot de ASS-domeinen op een continuüm van normaal tot autistisch functioneren te plaatsen is. De score op deze lijst (0 - 50) kwantificeert deze 'autistische lading'. De 50 stellingen van de lijst kunnen op een 4-puntsschaal gescoord worden, en betreffen actueel gedrag op 5 verschillende gebieden, te weten: sociale vaardigheden, aandacht wisselen, aandacht voor detail, communicatie en verbeelding. Op elk gebied kunnen maximaal 10 punten worden gescoord. In een onderzoek bij individuen met een ASS, wetenschappers en normale controlepersonen vonden Baron-Cohen e.a. (2001) een goede test-her-test- en interbeoordelaarsovereenstemming, en ondersteuning voor hun theorie (de hoogste gemiddelde scores bij individuen met ASS, hogere scores van mannen, en significant hogere scores voor mathematici dan voor andere wetenschappers). Er werd een afkappunt voor ASS vastgesteld van 32. Onderzoek met de AQ in een psychiatrische populatie is nog niet beschreven.

Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Volwassenen Deze vragenlijst (VIS-V) is een bewerking (door Minderaa en Van den Bosch in 2002) van de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Kinderen (VIS-K; Luteijn e.a. 2000). De VIS-K is een beoordelingsvragenlijst, in te vullen door ouders, die is ontwikkeld om lichtere vormen van ASS (met name PDD-NOS) te detecteren bij kinderen. De lijst heeft 6 subschalen die door factoranalyse zijn verkregen, te weten: emotie/gedrag niet optimaal afgestemd op de situatie (maximaal 22 punten); sociale contactproblemen (maximaal 24 punten); onvoldoende georiënteerd (maximaal 16 punten); beperkt sociaal begrip (maximaal 14 punten); stereotype bewegingen (maximaal 16 punten); en angst voor veranderingen (maximaal 6 punten). De huidige versie bestaat uit 49 items. De psychometrische kwaliteiten van het instrument zijn goed gebleken (Hartman e.a. in druk).

In de VIS-V zijn de items 'vertaald' naar volwassenen-equivalenten, door de patiënten zelf te scoren op een 3-puntsschaal (bijvoorbeeld: 'Begint niet uit zichzelf te spelen met andere kinderen' werd 'U neemt meestal niet het initiatief in contact met andere mensen'). Er werd niet eerder gerapporteerd over de VIS-V. Een factoranalyse van de VIS-V bij een algemene polikliniekpopulatie ($N = 285$) leverde 5 subschalen op (verklaarde variantie 42%). Deze schalen komen sterk overeen met de VIS-K-equivalenten. De VIS-K-schaal, 'beperkt sociaal begrip' werd niet gevonden. In dit artikel worden de oorspronkelijke subschalen gebruikt. De interne consistentie van de subschalen (Cronbachs alfa) varieerde van 0,69 – 0,81. Dit is bevredigend te noemen ('t Mannetje 2003).

Verkorte Groninger Intelligentie Test Deze test (verkorte GIT; Luteijn & Van der Ploeg 1982) bestaat uit drie subtesten van de GIT.

Procedure

Het Protocol voor de diagnostiek van ASS bij volwassenen werd als voorbereiding op het onderzoek gezamenlijk afgenomen door 2 psychiaters (CK en EH) bij 7 patiënten die waren aangemeld voor ASS-diagnostiek, en bij hun ouders. Er bleek een goede overeenstemming te zijn tussen de onderzoekers met betrekking tot de diagnostische classificatie op basis van het protocol. Slechts bij een van de patiënten was er geen overeenstemming over de diagnose (PDD-NOS vs. geen ASS).

Vervolgens werden de volgende 36 met dezelfde vraag aangemelde patiënten, die voldeden aan de inclusiecriteria, en na verkregen toestemming voor het gebruik van de gegevens voor onderzoek, onderworpen aan een uitgebreid diagnostisch onderzoek. Allereerst werd het IQ bepaald met behulp van de verkorte GIT; geen van de patiënten scoorde onder de 80. Vervolgens werd het diagnostische protocol door een psychiater (CK of EH, gerandomiseerd toegewezen) in aanwezigheid van minstens een van de ouders afgenomen. Verder werd een serie vragenlijsten door de patiënten ingevuld, waaronder de VIS-V en de PDD-SQ. De comorbiditeit werd in kaart gebracht door het afnemen van de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN-2.1, Giel & Nienhuis 1996) en van de International Personality Disorder Examination (IPDE, Loranger e.a. 1994).

In tabel 1 zijn de karakteristieken van de onderzochte groepen in beeld gebracht. De onderzochte 36 patiënten zijn onderverdeeld in een ASS-groep (een door de psychiaters vastgestelde ASS-diagnose) en een niet-ASS-groep. De ASS-groep bestond grotendeels uit patiënten bij wie de diagnose PDD-NOS werd gesteld. De niet-ASS-groep bleek significant ouder te zijn dan de ASS-groep. Andere verschillen tussen beide groepen werden niet gevonden. De poliklinische controlegroep vulde de VIS-V en PDD-SQ in als onderdeel van de intakeprocedure. Deze groep was gemiddeld ouder en omvatte in tegenstelling tot de onderzochte groep ongeveer evenveel mannen als vrouwen.

TABEL 1 Kenmerken van de onderzochte patiëntengroepen die deelnamen aan het onderzoek naar twee zelfrapportagescreeningsvragenlijsten voor autismespectrumstoornissen

	ASS-diagnosegroep (n=15)	Niet-ASS-diagnosegroep (n=21)	Algemene polikliniekpatiënten (n=369)
Geslacht m/v	12/3	18/3	180/189 **
Gemiddelde leeftijd in jaren (bereik; SD)	22 (18-24; 5)	27* (18-55; 9)	34** (14-73; 11)
Gemiddeld IQ (SD)	104 (10)	105 (12)	onbekend
Comorbide as-I-stoornis (%)	7 (47%)	13 (62%)	onbekend

* = Verschilt significant van de groep met ASS met $p < 0,05$
 ** = Verschilt significant van de groep met ASS met $p < 0,01$
 ASS = autismespectrumstoornis
 SD = standaarddeviatie

Analyse

Als analysemethode hebben we de zogenaamde Receiver Operating Characteristic analysis (ROC-analyse). Met deze methode wordt onderzocht in hoeverre de scores op basis van de twee ASS-vragenlijsten een voorspellend vermogen hebben op het wel of niet krijgen van een ASS-diagnose, zoals vastgesteld door de psychiater met behulp van het Protocol voor de diagnostiek van ASS bij volwassenen. Een ROC-curve geeft bij elke mogelijke score de relatie tussen sensitiviteit en 1-specificiteit aan. Deze relatie wordt uitgedrukt in een maat, de Area Under the Curve (AUC). De maximale waarde hiervan is 1 (een hoge sensitiviteit gaat sa-

men met een hoge specificiteit); de waarde 0,5 geeft aan dat de samenhang niet meer is dan je op grond van toeval mag verwachten (hoe hoger de sensitiviteit hoe lager de specificiteit en omgekeerd).

RESULTATEN

In de tabellen 2 en 3 zijn de gemiddelde scores per subschaal van respectievelijk de PDD-SQ en de VIS-V weergegeven per groep. Er zijn geen verschillen tussen de groepen, behalve op de schaal communicatie van de PDD-SQ, waarbij de ASS-groep significant hoger scoort dan de controle-groep van algemene polikliniekpatiënten, maar niet hoger dan de niet-ASS-groep.

TABEL 2 De gemiddelde scores op de Pervasieve Ontwikkelingsstoornissen Spectrum Quotiënt Vragenlijst van de drie patiëntengroepen

Subschaal	ASS-diagnosegroep (n=15)	Niet-ASS-diagnosegroep (n=21)	Algemene polikliniekpatiënten (n=369)
Sociale vaardigheden (SD)	5,0 (2,8)	4,2 (2,6)	4,1 (2,6)
Aandacht verdelen (SD)	5,1 (2,6)	5,3 (2,4)	5,3 (2,3)
Aandacht voor details (SD)	3,5 (2,3)	4,4 (2,2)	4,2 (2,3)
Communicatie (SD)	4,5 (2,1)	3,5 (2,2)	2,8 (1,8)*
Verbeelding (SD)	4,4 (2,4)	4,3 (2,0)	3,5 (1,9)
Totaal (SD)	22,5 (8,4)	21,8 (7,6)	19,9 (7,0)

* significant verschil tussen ASS-groep en algemene polikliniekpatiënten; $p < 0,05$

t-toets

ASS = autismespectrumstoornis

SD = standaarddeviatie

TABEL 3 De gemiddelde scores op de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Volwassenen van de drie patiëntengroepen

Subschaal	ASS-diagnosegroep (n=15)	Niet-ASS-diagnosegroep (n=21)	Algemene polikliniekpatiënten (n=369)
Emotie/gedrag niet optimaal afgestemd op situatie (SD)	8,4 (4,1)	9,7 (5,7)	9,6 (4,4)
Sociale contact problemen (SD)	11,2 (6,0)	9,1 (5,6)	9,1 (4,8)
Onvoldoende georiënteerd (SD)	4,8 (3,0)	5,7 (3,3)	5,0 (3,0)
Beperkt sociaal begrip (SD)	5,4 (3,9)	6,8 (3,6)	5,9 (3,0)
Stereotype bewegingen en reacties (SD)	4,1 (3,4)	4,2 (3,5)	4,3 (3,7)
Angst voor veranderingen (SD)	2,7 (2,1)	2,6 (1,7)	3,1 (1,8)

ASS = autismespectrumstoornis

SD = standaarddeviatie

t-toets; nergens significant

De AUC-statistiek werd berekend voor de groep van de 36 gemeten patiënten. Geen van de subschalen van zowel de PDD-SQ als de VIS-V bleek een significante AUC-score te hebben. De voorspellende waarde of iemand wel of geen ASS heeft is dus uiterst gering. Als screener in het diagnostische proces lijken deze instrumenten derhalve niet bruikbaar. Overigens is de onderlinge samenhang van de totaalscore van beide instrumenten hoog, we vonden een correlatie van 0,75 ($p < 0,0001$). Ze lijken dus wel eenzelfde problematiek te meten voor zover ervaren door de patiënt zelf. De beste subschaal is nog 'communicatie' van de PDD-SQ. Ter illustratie presenteren we in tabel 4 per score op die subschaal het aantal mensen met en zonder ASS-diagnose. Hoewel er enige samenhang te zien is – de meeste mensen (11 van de 15) met ASS hebben een score van 4 of hoger en de meeste mensen zonder ASS hebben een score 4 of lager (14 van de 21) – is er vooral veel overlap. Zo zijn er op de 2 hoogste scores van de schaal evenveel mensen met als zonder ASS.

DISCUSSIE

De beide onderzochte zelfrapportagescreeningsvragenlijsten (PDD-SQ en VIS-V) blijken geen onderscheid te maken tussen de beschreven groepen: patiënten met ASS-diagnose, patiënten met klachten die lijken op ASS, en een groep patiënten aangemeld bij een niet-specialistische psychiatrische polikliniek.

In een eerder onderzoek (Baron-Cohen e.a. 2001) waarbij de PDD-SQ werd afgenomen bij een groep met ernstiger vormen van ASS (stoornis van Asperger en Hogerfunctionerend Autisme), werden aanmerkelijk hogere totaalscores gevonden (gemiddeld 35,8 ten opzichte van 22,5 in onze groep). De normale controlepersonen in hun groep scoorden lager dan onze poliklinische controlegroep (gemiddeld 16,4 vs. 19,9). Op basis van de door hen gevonden verschillen concludeerden zij dat de screenende potentie van dit instrument veelbelovend leek. Dit blijkt niet het geval te zijn wanneer wordt gezocht naar lichtere vormen van ASS in een psychiatrische setting. Wat betreft de VIS-V beschikken we niet over vergelijkingsmateriaal uit ander onderzoek. Opvallend is dat de scores van onze ASS-groep op deze lijst over het algemeen lager waren dan die van de andere groepen.

Beperkende factoren bij het trekken van conclusies uit onze gegevens zijn de geringe omvang van twee van de groepen, de grote variëteit aan gedragsproblemen binnen de ASS-groep en het niet systematisch onderzoeken van de algemene poliklinische groep op de aanwezigheid van ASS.

Beide vragenlijsten zijn samengesteld uit herkenbare, kenmerkende gedragsaspecten van normaal begaafde mensen met autismespectrumstoornissen. Wat kunnen oorzaken zijn van de gevonden beperkte bruikbaarheid?

In de eerste plaats kan worden gedacht aan het aspect van de zelfrapportage. Het ziektebesef van patiënten met ASS is beperkt. Problemen wor-

TABEL 4 De scores op de subschaal 'communicatie' van de Pervasive Ontwikkelingsstoornissen Spectrum Quotiënt Vragenlijst bij patiënten met en zonder een autismespectrumdiagnose

Score op 'communicatie'	ASS-diagnosegroep (n=21)	Niet-ASS-diagnosegroep (n=15)
0	0	2
1	2	2
2	2	4
3	0	3
4	2	3
5	3	1
6	4	4
7	2	2
Totaal	21	15
ASS = autismespectrumstoornis		

den vooral ervaren door de informanten; diagnostiek wordt vooral verricht aan de hand van heteroanamnese en observatie. Toch werd ook in het onderzoek van Baron-Cohen e.a. (2001) met de PDD-SQ gebruikgemaakt van zelfscore van patiënten met autisme. Dit betrof wel een groep die al langer bekend was met deze diagnose en wellicht daardoor meer zicht had op de door de aan-doening veroorzaakte beperkingen. Het ligt in onze bedoeling om in een volgend onderzoek de score van patiënten met die van omstanders te vergelijken om het vermogen tot zelfbeoordeling nader te bestuderen.

Ten tweede is het mogelijk dat de gebruikte lijsten ook aspecten van algemene psychopathologie op volwassen leeftijd meten, zoals sociale en communicatieve beperkingen bij angst en depressie. De verschillen worden dan erg klein tussen groepen patiënten met ASS, die over het algemeen veel comorbide psychopathologie vertonen, en patiënten die zijn aangemeld met andere stoornissen en die ook op ASS gelijkende persoonlijkheidstreken vertonen. Hiertegen pleit onze bevinding dat er binnen de controlegroep nauwelijks een verband werd gevonden tussen scores op de SCL-90 (*Symptom Checklist*; een maat voor algemene psychopathologie; Pedersen & Karterud 2004) en die op de screeningslijsten. De lijsten lijken dus wel degelijk iets anders te meten dan algemene psychopathologie.

Verder is de diagnostische categorie PDD-NOS weinig specifiek beschreven in de DSM-IV-TR, en lijkt het een groep patiënten te betreffen met uiteenlopende kenmerken (zie bv. Walker e.a. 2004) die zich niet laat 'vangen' met screeningslijsten. Er moeten grotere groepen patiënten worden bestudeerd (kinderen en volwassenen) om meer zicht te krijgen op de klinische karakteristieken van deze patiënten. Vervolgens kan dan een poging worden gedaan om deze karakteristieken in een nieuwe screeningslijst onder te brengen.

Voorlopig moeten we het doen zonder een wetenschappelijk goed onderbouwde mogelijkheid om onze poliklinische psychiatrische populatie te screenen op de aanwezigheid van ASS, want

ook de instrumenten die zijn gebaseerd op het oordeel van klinici zijn nog onvoldoende onderzocht. De alerte klinische blik, met aandacht voor relevante gegevens uit de biografie, op indicatie aangevuld met een ontwikkelingsanamnese, blijven onmisbaar. Met de door ons ontwikkelde geprotocolleerde vragenlijst hebben we in de praktijk positieve ervaringen opgedaan; nader onderzoek zal de wetenschappelijke waarde ervan moeten aantonen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., e.a. (2001). The autism spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.
- Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., e.a. (2001). Prevalence of autism in a United States population: the Brick Township, New Jersey, investigation. *Pediatrics*, 108, 1155-1161.
- Berument, S.K., Rutter, M., Lord, C., e.a. (1999). Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*, 175, 444-451.
- Giel, R., & Nienhuis, F. (1996). *SCAN-2.1: Vragenschema's voor klinische beoordeling in neuropsychiatrie*. Vertaling en bewerking. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie. (Oorspronkelijke uitgave: WHO Geneva).
- Hartman C., Luteijn E., Serra M., e.a. (in druk). Refinement of the Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ): An instrument that describes the diverse problems seen in milder forms of PDD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., e.a. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- 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, 659-685.

- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., e.a. (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, 205-223.
- Luteijn, E., Luteijn, F., Jackson, S., e.a. (2000). The children's Social Behavior Questionnaire for milder variants of PDD problems: evaluation of the psychometric characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 317-330.
- Luteijn, F., & van der Ploeg, H. (1983). *Handleiding Groninger Intelligentie Test (GIT)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 't Mannetje, D. (2003). Onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van twee instrumenten voor het vaststellen van Pervasieve Ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen. Stageverslag P.U.K. Groningen: AZG.
- Nylander, L., & Gillberg, C. (2001). Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 428-434.
- Pedersen, G., & Karterud S. (2004). Is SCL-90R helpful for the clinician in assessing DSM-IV disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 215-224.
- Piven, J. (2002). Genetics of Personality. In J. Benjamin (Red.), *Molecular genetics and the human personality* (pp. 43-62). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Walker, D.R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L., e.a. (2004). Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome,

and autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 172-180.

AUTEURS

E.H. HORWITZ is psychiater en werkzaam bij de afdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

S. SYTEMA is socioloog en werkzaam in de disciplinegroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen en verbonden aan het Rob Giel Onderzoekcentrum.

C.E.J. KETELAARS is kinder- en jeugdpsychiater en werkzaam bij het Autisme Team Noord-Nederland (GGZ Groningen) en bij het Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord-Nederland 'Accare'.

D. WIERSMA is socioloog en als hoogleraar Klinische epidemiologie verbonden aan de disciplinegroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen, en programmaleider van het Rob Giel Onderzoekcentrum.

Correspondentieadres: E.H.Horwitz, psychiater, UMCG, afdeling psychiatrie, Postbus 30001, 9700 RB Groningen

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-11-2004.

SUMMARY

Validation of two selfreport screening questionnaires for adult autism spectrum disorders- E.H. Horwitz, S. Sytema, C.E.J. Ketelaars, D. Wiersma-

BACKGROUND There is increasing interest in the occurrence of autism spectrum disorders in adulthood. The development of a reliable screening instrument for autism spectrum disorders could reduce the time and effort required for the diagnostic process.

AIM To validate two self-report screening questionnaires for autism spectrum disorders.

METHOD The Autism-Spectrum Quotient (AQ) and the Adult Social Behaviour Questionnaire (Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Volwassenen, VIS-V) were tested on a sample of 36 patients referred to a specialist autism assessment and on 349 psychiatric out-patients.

RESULTS No significant difference was found between patients with a diagnosis of autism spectrum disorders and patients with other psychiatric diagnoses.

CONCLUSION When the AQ and the VIS-V are used in clinical practice, the results should be interpreted with caution.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)5, 291-298]

KEY WORDS autistic disorder, pervasive developmental disorders, questionnaire, screening