

**Niederländisches  
Interview zur  
Diagnostik von  
Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA)**

**Manual und Interview**

**Richard Vuijk**

Deutsche Übersetzung  
**Thomas Kuhn**

## **Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview**

Übersetzt aus dem Niederländischen von Thomas Kuhn

Deutschsprachige Ausgabe erstmalig publiziert in 2025

© 2025 Richard Vuijk, Rotterdam, Niederlande und Thomas Kuhn, Köln, Deutschland

Das NIDA ist kostenlos als pdf Dokument und in einer Auflage von 50 gebundenen Exemplaren erhältlich.

Korrekte Referenz dieses Titels auf Deutsch:

Vuijk, R. (2025). *Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview*. Deutsche Übersetzung (Thomas Kuhn) von „Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview (derde, geheel herziene druk)“. AutismeSpectrumNederland und Sarr Autisme Rotterdam.

Korrekte Referenz dieses Titels auf English:

Vuijk, R. (2025). *Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview*. Deutsche Übersetzung (Thomas Kuhn) von „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. German translation (Thomas Kuhn) of „Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview (derde, geheel herziene druk)“]. AutismeSpectrumNederland and Sarr Autisme Rotterdam.

Originaler Titel:

*Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* (Vuijk 2023)

Erste Auflage: September 2014 (nur auf Niederländisch)

Zweite, unveränderte Auflage: Juli 2016 (nur auf Niederländisch)

Dritte, vollständig überarbeitete Auflage: Mai 2023 (Niederländisch), Juli 2024 (Englisch)

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

[www.autismespectrumnederland.nl](http://www.autismespectrumnederland.nl)

[www.sarr.nl](http://www.sarr.nl)

Cover design: Richard Vuijk

Formgebung: Richard Vuijk

Layout: BergjeMaar!Design

Druck: Efficiënta

Foto: Tristan Vellekoop

Das NIDA darf nicht kommerziell genutzt werden.

Obwohl dieses Werk mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt wurde, übernimmt sowohl der Autor als auch der Übersetzer keine Haftung für Schäden, die durch eventuelle Fehler und/oder Mängel an diesem Werk entstehen. Teile dieser Publikation können im Laufe der Zeit abgeändert werden. Der Autor ist für mögliche Verbesserungen des Inhalts und Hinweise dankbar. Weitere Informationen sowie zukünftige Änderungen können beim Autor erfragt werden.

Der Autor war nicht an der Übersetzung dieses Werks aus dem Niederländischen ins Deutsche beteiligt.

Sofern nicht ausdrücklich durch das Urheberrechtsgesetz oder darauf basierende Ausnahmen gestattet, darf kein Teil dieser Publikation vervielfältigt, in einem automatisierten Datensystem gespeichert oder in irgendeiner Form oder auf irgendeine Weise – sei es elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Weise – ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Autors veröffentlicht werden.

Zur Erleichterung der Anwendung und nicht für den Weiterverkauf oder anderweitige Verwertung wird die Erlaubnis erteilt, die Bewertungsformulare auf den Seiten 62-65 zu reproduzieren und in diagnostische Berichte aufzunehmen.

Abdruck der DSM-5 diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag.

## Vorwort

Vor Ihnen liegt die deutsche Übersetzung der dritten, vollständig überarbeiteten Ausgabe des *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* [Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview]. Die erste Ausgabe des NIDA erschien im Jahr 2014, die zweite, unveränderte Ausgabe im Jahr 2016 (Vuijk 2014; 2016). Das NIDA wurde nach der Veröffentlichung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association 2013) von mir für die klinische Praxis im Bereich der psychologischen und psychiatrischen Versorgung entwickelt, um diagnostische Untersuchungen zur Autismus-Spektrum-Störung (ASS) bei Erwachsenen durchzuführen. In den Niederlanden hat das NIDA in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen und bei zahlreichen psychologischen und psychiatrischen Fachkräften einen festen Platz in der diagnostischen Beurteilung von ASS bei Erwachsenen eingenommen.

Das NIDA wurde anlässlich der vorliegenden Ausgabe gründlich überarbeitet und aktualisiert sowie versehen mit einem Manual, das auf wissenschaftlicher Forschung zur Diagnose von ASS bei Erwachsenen basiert. Die Veränderungen im Vergleich zur ersten und zweiten niederländischen Ausgabe umfassen: (1) die Darstellung der diagnostischen Kriterien für ASS gemäß DSM-5-TR, der Textüberarbeitung von DSM-5 (American Psychiatric Association 2022), die übrigens exakt dieselben sind wie vom DSM-5 (American Psychiatric Association 2013), in der vorliegenden deutschen Ausgabe des NIDA werden die diagnostischen Kriterien für ASS nach dem DSM-5 wiedergegeben, (2) die benutzerfreundliche Aufteilung verschiedener Fragen in Teilfragen mit entsprechenden Beispielen, und (3) ein Kapitel mit den Ergebnissen der psychometrischen Untersuchung des NIDA, die zeigen, dass das NIDA ein zuverlässiges und valides Instrument zur Erfassung und Beurteilung der DSM-5(-TR) Diagnose (und -Kriterien für) ASS ist.

Im NIDA wird gemäß den Richtlinien der DSM-5(-TR) und wie üblich in der niederländischen psychologischen und psychiatrischen Versorgung die *Person-first-Language* (Person mit ASS) anstelle der *Identity-first-Language* (autistische Person oder Autist) verwendet. Dabei wird darauf hingewiesen, dass verschiedene Perspektiven und eine weltweit zunehmende allgemeine Präferenz für die *Identity-first-Language* anerkannt werden (Botha et al. 2023; Bury et al. 2023; Taboas et al. 2023; Vivanti 2021). Zudem wird in der deutschen Übersetzung aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet, gemeint sind jedoch immer sowohl diverse, weibliche als auch männliche Personen gleichermaßen.

International gibt es in der klinischen Praxis eine hohe Nachfrage nach dem NIDA, weshalb es derzeit neben der niederländischen auch eine englische und deutsche Version gibt. Übersetzungen in andere Sprachen sind zu erwarten. Inzwischen wird das NIDA national und international regelmäßig für wissenschaftliche Zwecke genutzt.

Die Veröffentlichung der ersten und zweiten Auflage des NIDA wurde durch das Sarr Autisme Rotterdam innerhalb der Parnassia Firmengruppe ermöglicht. Die vorliegende Ausgabe wurde durch Sarr Autisme Rotterdam, Antes innerhalb der Parnassia Firmengruppe, sowie die Parnassia Akademie ermöglicht.

Für die zukünftige Entwicklung des NIDA schätze ich Feedback aus der klinischen Praxis und der wissenschaftlichen Forschung sehr.

Rotterdam, 06.12.25

Richard Vuijk, MA, PhD

# Inhalt

## Manual

<b>1. Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen</b>	<b>9</b>
1.1 Einleitung	9
1.2 DSM-5 diagnostische Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung	11
<b>2. Beschreibung des NIDA</b>	<b>15</b>
2.1 Ziel des Fragebogens	15
2.2 Zielgruppe	15
<b>3. Durchführung und Bewertung</b>	<b>17</b>
3.1 Material	17
3.2 Instruktionen zur Durchführung	17
3.3 Erklärung an die zu untersuchende Person und weitere Befragte	18
3.4 Instruktionen zur Auswertung	19
- Instruktionen zur Auswertung der Fragen	
- Instruktionen zum Ausfüllen des Formulars zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale	
- Instruktionen zum Ausfüllen des Formulars zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung von DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung	
- Instruktionen zum Ausfüllen des Formulars zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung	
<b>4. Psychometrische Daten</b>	<b>23</b>
4.1 Einleitung	23
4.2 Demografische Daten der Studienpopulation	23
4.3 Reliabilität	25
- Interrater-Reliabilität	
4.4 Validität	25
- Konvergente Validität	
- Konkurrente Validität	
4.5 NIDA in wissenschaftlichen Studien	26
<b>5. Training</b>	<b>29</b>
<b>Literatur</b>	<b>31</b>
<b>Über den Autor</b>	<b>39</b>
<b>Verantwortung</b>	<b>41</b>
Hinweise zu Zitaten und Urheberrecht	41
Interessenkonflikte	41
Danksagung	41

# **Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA)**

<b>Anweisungen zur Durchführung</b>	<b>44</b>
<b>Persönliche und praktische Informationen</b>	<b>45</b>
<b>Frage 1 DSM-5(-TR) Kriterium A - Merkmal 1 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>46</b>
<b>Frage 2 DSM-5(-TR) Kriterium A - Merkmal 2 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>48</b>
<b>Frage 3 DSM-5(-TR) Kriterium A - Merkmal 3 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>50</b>
<b>Frage 4 DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 1 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>52</b>
<b>Frage 5 DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 2 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>54</b>
<b>Frage 6 DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 3 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>56</b>
<b>Frage 7 DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 4 für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>58</b>
<b>Frage 8 DSM-5(-TR) Kriterium D für Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>60</b>
<b>Formular zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale</b>	<b>62</b>
<b>Formular zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung von DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>63</b>
<b>Formular zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung</b>	<b>66</b>





**Manual**



# 1. Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen

## 1.1 Einleitung

Eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ist gemäß der *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Text Revision) (DSM-5/DSM-5-TR; American Psychiatric Association 2013, 2022) eine neurobiologische Entwicklungsstörung, die durch eine anhaltende Beeinträchtigung in der reziproken sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion gekennzeichnet ist (einschließlich der sozialen Kontaktaufnahme und des Teilens von Gedanken und Gefühlen) sowie durch eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (einschließlich übermäßigem Festhalten an Routinen, fixierten Interessen und Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize). Die weltweite Prävalenz von ASS wird in der allgemeinen Bevölkerung auf 1 bis 2 % geschätzt (Brugha et al. 2016; Hirota & King 2023; Lord et al. 2020; Roman-Urestarazu et al. 2021; Zeidan et al. 2022). In der stationären psychiatrischen Gesundheitsversorgung wird die Prävalenz von ASS unter Patienten auf 2 bis 10 % geschätzt (Tromans et al. 2018), und unter Patienten in einer Psychiatrischen Institutsambulanz auf mindestens 19 % (Nyrenius et al. 2022); eine Neuberechnung dieser letzten Ergebnisse ergibt eine Prävalenz von 9 % (Bejerot & Nylander 2022). Etwa ein Drittel der Menschen mit ASS hat eine intellektuelle Entwicklungsstörung (Baio et al. 2018; Lord et al. 2020; Rydzewska et al. 2018; Shenouda et al. 2023; Zeidan et al. 2022). Die genaue Ursache von ASS ist noch nicht bekannt, aber sowohl genetische Faktoren als auch der Einfluss von und die Interaktion mit verschiedenen Umweltfaktoren scheinen zur Entstehung der Störung beizutragen (Waterhouse et al. 2016; Lord et al. 2020). Die Geschlechterverhältnisse bei ASS und die Unterschiede in der Ausprägung von ASS zwischen den Geschlechtern sind in den letzten Jahren Gegenstand von Diskussionen (McCrossin 2022; Napolitano et al. 2022; Rujeedawa & Zaman 2022; Walsh et al. 2023). Eine systematische Überprüfung, eine Meta-Analyse und eine Datenanalyse der Geschlechtsunterschiede bei ASS hatten ergeben, dass es keine Unterschiede in den Einschränkungen in der sozialen Kommunikation und Interaktion zwischen den Geschlechtern gibt (Tillmann et al. 2018; Van Wijngaarden-Cremers et al. 2014). Eine *Random-Forest*-Studie zu diagnostischen Daten des *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic/Second edition* (ADOS-G/2; Lord et al. 2000, 2012) legt nahe, dass es keinen Bedarf an neuen oder geänderten diagnostischen Algorithmen für Frauen mit ASS gibt: Die bestehenden diagnostischen Instrumente, mit denen ASS nachgewiesen werden kann, erfassen die Merkmale von ASS bei Frauen ausreichend (d.h. mindestens auf oder über dem klinisch relevanten Wert; Stroth et al. 2022).

Die Diagnostik von ASS bei Erwachsenen besteht gemäß (inter)nationalen Leitlinien für ASS bei Erwachsenen (Kan et al. 2013; NICE 2021) aus der Prüfung des Verdachts auf ASS, der Erfassung der aktuellen Funktionsweise und Schwierigkeiten aus der Perspektive der zu untersuchenden Person und, wenn möglich, eines Angehörigen, der Beobachtung von Verhaltensweisen, der Befragung der Entwicklungsgeschichte und der Erfassung des individuellen Unterstützungsbedarfs. Die Diagnostik von ASS (bei Erwachsenen) kann in zwei oder drei Phasen mit entsprechenden Schritten eingeteilt werden (Vuijk 2018; siehe Tabelle 1). In der ersten Phase führt die psychologische oder psychiatrische Fachkraft noch keine diagnostischen Tätigkeiten durch. Vielmehr ist es in dieser Phase die betreffende Person selbst oder ihr Umfeld, die nach dem Verdacht, dass die Person in der Kommunikation und im Kontakt mit anderen Auffälligkeiten zeigt, erkundend tätig wird und eine Bestandsaufnahme macht. In der zweiten Phase, der *Case Identification*, auch als diagnostische Exploration oder Vorstufe einer eventuell umfassenden diagnostischen Untersuchung bezeichnet, wird der erste Verdacht auf ASS bestätigt oder widerlegt (Schritt 1). In Schritt 2 reflektieren und bestimmen die psychologischen und/oder psychiatrischen Fachkräfte auf der Grundlage der in Schritt 1 erhaltenen Informationen, ob eine dritte Phase mit weiteren Untersuchungen zu ASS durchgeführt werden soll oder ob weitere Untersuchungen zu ASS nicht

indiziert sind. Auch kann das Ergebnis der *Case Identification* zu einer diagnostischen Untersuchung in eine andere Richtung als ASS führen. In der dritten Phase werden sowohl diagnostische als auch personenzentrierte Untersuchungen durchgeführt, unterstützt durch Interviews, Fragebögen und Verhaltensbeobachtungen (Schritt 3). In Schritt 4 reflektieren die psychologischen und/oder psychiatrischen Fachkräfte auf der Grundlage der in Schritt 3 erhaltenen Informationen und kommen so zu einer Beurteilung von Symptomen sowie einem gut begründeten Erklärungsmodell oder der (personenzentrierten) Diagnose, einschließlich einer möglichen DSM-5(-TR)-Diagnose (mit oder ohne ASS und/oder anderweitig) sowie einer auf die Person zugeschnittenen Behandlungsstrategie und Herangehensweise.

**Tabelle 1** Diagnostik von ASS bei Erwachsenen in Phasen und Schritten<sup>1</sup>

**Phase 1** **Erster Verdacht auf ASS**

**Phase 2** ***Case Identification***

Schritt 1: Untermauern eines ersten Verdachts auf ASS

Schritt 2: Reflektion der *Case Identification* (weiter oder nicht weiter zu Phase 3)

**Phase 3** **Diagnostische und personenzentrierte Untersuchung**

Schritt 3: Überprüfung der Hypothese ASS

Schritt 4: Reflektion der diagnostischen und personenzentrierten Untersuchung

ASS = Autismus-Spektrum-Störung

<sup>1</sup> Tabelle aus *Werkwijzer – Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen [Leitfaden - Psychodiagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen]* (Vuijk 2018, S. 6)

Es gibt unzureichende bis geringe wissenschaftliche Evidenz für das Vorhandensein eines einzelnen spezifischen diagnostischen Instruments als Goldstandard, mit dem eine ASS bei Erwachsenen nachgewiesen werden kann. Viele Instrumente zur Diagnose von ASS weisen Einschränkungen in Validität und Zuverlässigkeit auf (Baghdadli et al. 2017; Conner et al. 2019; Metcalfe et al. 2020; Wigham et al. 2019). Zur Erfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für ASS kann in der Phase der Untersuchung das vorliegende *Niederländische Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen* (NIDA) durchgeführt werden (siehe Kapitel 3).

Neben der Erfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für ASS sollte die Untersuchung von Differentialdiagnosen und Komorbiditäten Teil der diagnostischen Untersuchung von ASS sein (siehe Alexander & Farrelly 2022; Allely et al. 2023; Carthy & Murphy 2021; Cumin et al. 2022; Defresne & Mottron 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). Etwa 14 bis 80 % der Menschen mit ASS leiden an psychiatrischen Komorbiditäten, darunter Angststörungen, depressive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Persönlichkeitspathologie-/störungen (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).

Im Erwachsenenalter ist ASS sowohl mit Verbesserungen, Chancen sowie Schwierigkeiten im täglichen Leben verbunden, die sich auf die Lebensqualität und die mentale Gesundheit auswirken (Baron-Cohen & Lombardo 2017; Howlin 2021; Lawson et al. 2020; Mason et al. 2019, 2021; Umagami et al. 2022).

## 1.2 DSM-5 diagnostische Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung

### Autismus-Spektrum-Störung

(American Psychiatric Association 2018, SS. 64-65)

#### F84.0 Diagnostische Kriterien

- A Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg. Diese manifestieren sich in allen folgenden aktuell oder in der Vergangenheit erfüllten Merkmalen (die Beispiele sind erläuternd, nicht vollständig):
- 1 Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit. Diese reichen z. B. von einer abnormen sozialen Kontaktaufnahme und dem Fehlen von normaler wechselseitiger Konversation sowie einem verminderten Austausch von Interessen, Gefühlen oder Affekten bis hin zum Unvermögen, auf soziale Interaktion zu reagieren bzw. diese zu initiieren.
  - 2 Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, das in sozialen Interaktionen eingesetzt wird. Diese reichen z. B. von einer schlecht aufeinander abgestimmten verbalen und nonverbalen Kommunikation bis zu abnormem Blickkontakt und abnormer Körpersprache oder von Defiziten im Verständnis und Gebrauch von Gestik bis hin zu einem vollständigen Fehlen von Mimik und nonverbaler Kommunikation.
  - 3 Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen. Diese reichen z. B. von Schwierigkeiten, das eigene Verhalten an verschiedene soziale Kontexte anzupassen, über Schwierigkeiten, sich in Rollenspielen auszutauschen oder Freundschaften zu schließen, bis hin zum vollständigen Fehlen von Interesse an Gleichaltrigen.

*Bestimme den aktuellen Schweregrad:*

**Der Schweregrad basiert auf Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation sowie eingeschränkten, repetitiven Verhaltensmustern** (siehe Tabelle 2).

- B Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten, die sich in mindestens zwei der folgenden aktuell oder in der Vergangenheit erfüllten Merkmalen manifestieren (die Beispiele dienen der Erläuterung und sind nicht vollständig):
- 1 Stereotype oder repetitive motorische Bewegungsabläufe, stereotyper oder repetitiver Gebrauch von Objekten oder von Sprache (z. B. einfache motorische Stereotypien, Aufreihen von Spielzeug oder das Hin- und Herbewegen von Objekten, Echolalie, idiosynkratischer Sprachgebrauch).
  - 2 Festhalten an Gleichbleibendem, unflexibles Festhalten an Routinen oder an ritualisierten Mustern verbalen oder nonverbalen Verhaltens (z. B. extremes Unbehagen bei kleinen Veränderungen, Schwierigkeiten bei Übergängen, rigide Denkmuster oder Begrüßungsrituale, Bedürfnis, täglich den gleichen Weg zu gehen oder das gleiche Essen zu sich zu nehmen).
  - 3 Hochgradig begrenzte, fixierte Interessen, die in ihrer Intensität oder ihrem Inhalt abnorm sind (z. B. starke Bindung an oder Beschäftigen mit ungewöhnlichen Objekten, extrem umschriebene oder perseverierende Interessen).
  - 4 Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an Umweltreizen (z. B. scheinbare Gleichgültigkeit gegenüber Schmerz/Temperatur, ablehnende Reaktion auf spezifische Geräusche, Strukturen oder Oberflächen, exzessives Beriechen oder Berühren von Objekten, visuelle Faszination für Licht oder Bewegungen).

*Bestimme den aktuellen Schweregrad:*

**Der Schweregrad basiert auf Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation und eingeschränkten, repetitiven Verhaltensmustern** (siehe Tabelle 2).

- C Die Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen (Sie manifestieren sich möglicherweise aber erst dann, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Möglichkeiten überschreiten. In späteren Lebensphasen können sie auch durch erlernte Strategien überdeckt werden.).
- D Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- E Diese Störungen können nicht besser durch eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) oder eine Allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt werden. Intellektuelle Beeinträchtigungen und Autismus-Spektrum-Störungen treten häufig zusammen auf. Um die Diagnosen Autismus-Spektrum-Störung und Intellektuelle Beeinträchtigung gemeinsam stellen zu können, sollte die soziale Kommunikationsfähigkeit unter dem aufgrund der allgemeinen Entwicklung erwarteten Niveau liegen.

**Beachte:** Bei Personen mit einer gesicherten DSM-IV-Diagnose einer Autistischen Störung, einer Asperger-Störung oder einer Nicht Näher Bezeichneten Tiefgreifenden Entwicklungsstörung sollte die Diagnose der Autismus-Spektrum-Störung gestellt werden. Bei Personen, die deutliche Defizite in der sozialen Kommunikation haben, deren Symptome jedoch ansonsten nicht die Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung erfüllen, sollte die Diagnose Soziale (Pragmatische) Kommunikationsstörung erwogen werden.

*Bestimme, ob:*

**Mit oder ohne Begleitende Intellektuelle Beeinträchtigung**

**Mit oder ohne Begleitende Sprachliche Beeinträchtigung**

**In Verbindung mit einem Bekannten Medizinischen oder Genetischen Krankheitsfaktor oder einem Umweltfaktor (Codierhinweis:** Verwende eine zusätzliche Codierung, um den dazugehörigen medizinischen oder genetischen Krankheitsfaktor zu kennzeichnen.)

**In Verbindung mit einer Anderen Störung der Neuronalen und Mentalen Entwicklung oder einer Anderen Psychischen oder Verhaltensstörung (Codierhinweis:** Verwende zusätzliche Codierung(en), um den (oder die) dazugehörigen medizinischen oder genetischen Krankheitsfaktor(en) zu kennzeichnen.)

**Mit Katatonie** (für eine Definition siehe die Kriterien für Katatonie in Verbindung mit einer Anderen Psychischen Störung, S. 161) **(Codierhinweis:** Codiere zusätzlich F06.1 Katatonie in Verbindung mit Autismus-Spektrum-Störung, um das Vorhandensein einer komorbidien Katatonie anzuzeigen.)

**Tabelle 2** Schweregrade bei Autismus-Spektrum-Störungen

**Schweregrad 3**  
„Sehr Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“

**Soziale Kommunikation**

Starke Einschränkungen der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigungen, eine sehr begrenzte Initiierung sozialer Interaktionen

und eine minimale Reaktion auf soziale Angebote von anderen. Eine Person mit Autismus-Spektrum-Störung verfügt z. B. über wenige Worte verständlicher Sprache, initiiert nur selten Interaktionen, und wenn sie dies tut, dann in ungewöhnlicher Form mit der Absicht, die eigenen Bedürfnissen zu erfüllen. Diese Person reagiert nur auf sehr direkte Kontaktaufnahme.

### **Restriktive, repetitive Verhaltensweisen**

Unflexibilität des Verhaltens, extreme Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen mit ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen in allen Bereichen. Zeigt großes Unbehagen bzw. hat große Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.

#### **Schweregrad 2**

**„Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“**

### **Soziale Kommunikation**

Ausgeprägte Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit. Die sozialen Beeinträchtigungen sind auch mit Unterstützung deutlich erkennbar, reduzierte Initiierung von sozialen Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote von anderen. Eine Person spricht z. B. in einfachen Sätzen, sie verfügt über eine eigenartige nonverbale Kommunikation und die Interaktion beschränkt sich auf begrenzte Spezialinteressen.

### **Restriktive, repetitive Verhaltensweisen**

Unflexibilität des Verhaltens, Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen treten häufig genug auf, um auch für den ungeschulten Beobachter offensichtlich zu sein, und sie beeinträchtigen das Funktionsniveau in einer Vielzahl von Kontexten. Zeigt Unbehagen und/oder hat Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.

#### **Schweregrad 1**

**„Unterstützung Erforderlich“**

### **Soziale Kommunikation**

Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung bemerkbare Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen sowie einzelne deutliche Beispiele von unüblichen oder erfolglosen Reaktionen auf soziale Kontaktangebote anderer. Scheinbar vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen. Die Person ist z. B. in der Lage, in ganzen Sätzen zu sprechen und sich jemandem mitzuteilen, aber ihre Versuche zu wechselseitiger Konversation misslingen, ihre Bemühungen, Freundschaften zu schließen wirken merkwürdig und sind in der Regel erfolglos.

### **Restriktive, repetitive Verhaltensweisen**

Unflexibilität des Verhaltens führt zu deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen. Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln. Probleme in der Organisation und Planung beeinträchtigen die Selbstständigkeit.



## 2. Beschreibung des NIDA

### 2.1 Ziel des Fragebogens

Das NIDA ist ein teilstrukturiertes Interview, das den Fokus legt auf anhaltende und durchgängige Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation und der sozialen Interaktion sowie auf eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten, die für ASS gemäß DSM-5(-TR) (American Psychiatric Association 2013, 2022) charakteristisch sind. Das NIDA umfasst acht Fragen, die von den DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für ASS abgeleitet sind und die aktuelle Situation oder die Vergangenheit und die frühe Entwicklungsphase (d. h. die frühe Kindheit und die ersten Schuljahre) abdecken. Die Fragen 1, 2 und 3 beziehen sich auf die Merkmale von Kriterium A („anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion“). Die Fragen 4, 5, 6 und 7 beziehen sich auf die Merkmale von Kriterium B („eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten“). Die Fragen 1, 3, 4, 5 und 7 bestehen aus Teilfragen, die von den Teilaспектen des jeweiligen Merkmals der Kriterien A und B abgeleitet sind. Anhand der Antworten auf die Fragen zur frühen Entwicklungsphase wird Kriterium C („Die Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen. Sie manifestieren sich möglicherweise aber erst dann, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Möglichkeiten überschreiten. In späteren Lebensphasen können sie auch durch erlernte Strategien überdeckt werden.“) bewertet. Frage 8 bezieht sich auf Kriterium D („Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“). Anhand von drei Antwortmöglichkeiten pro Frage gibt der Untersucher an, inwieweit das Merkmal oder Kriterium auf die zu untersuchende Person zutrifft: „Ja“ bedeutet, dass das Merkmal oder Kriterium vorhanden ist, „Nein“ bedeutet, dass das Merkmal oder Kriterium nicht vorhanden ist, und „?“ bedeutet, dass Informationen fehlen, zweifelhaft oder nicht zuverlässig genug sind, um „Ja“ oder „Nein“ anzugeben.

Das NIDA wurde entwickelt, um die DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für ASS bei Erwachsenen auf eine strukturierte und zuverlässige Weise zu erfassen und zu berücksichtigen. Soweit bekannt ist, ist die NIDA eines der wenigen diagnostischen Instrumente für ASS bei Erwachsenen, das den Algorithmus der DSM-5(-TR) für ASS bei der Bewertung verwendet (Evers et al. 2021).

### 2.2 Zielgruppe

Das NIDA ist ein hilfreiches Instrument zur Diagnostik von DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung (ASS) bei Erwachsenen. Die Fragen sind mit konkreten Beispielen der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für ASS versehen, um die Berücksichtigung der Kriterien für die aktuelle Situation, die Vergangenheit und die frühe Entwicklungsphase zu erleichtern. Die Beispiele basieren auf den DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien und der Literatur zu ASS.

Die Fragen sind auf das Verhalten von Erwachsenen ab 18 Jahren, sowohl mit als auch ohne intellektuelle Beeinträchtigung, ausgerichtet. Das NIDA wird bei der zu untersuchenden Person und/oder bei einer Person, die die zu untersuchende Person gut kennt und regelmäßigen Kontakt hat, wie zum Beispiel einem Partner, Familienmitglied, Betreuer, Mentor oder Coach (z. B. als Teil einer Heteroanamnese), durchgeführt.

Die Dauer der NIDA-Untersuchung variiert zwischen 30 und 60 Minuten. Die Auswertung und Dokumentation dauert ebenfalls 30 bis 60 Minuten.

Das NIDA wird vorrangig von psychologischen und psychiatrischen Fachkräften, wie einem

(Neuro-)Psychologen oder Psychiater, durchgeführt. Es ist erforderlich, über Kompetenzen in allgemeiner Diagnostik zu verfügen sowie spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit ASS bei Erwachsenen (Hume 2022; Jellett & Flower 2023).

### 3. Durchführung und Bewertung

#### 3.1 Material

Das NIDA besteht aus einem Manual, einem Interview und Bewertungsformularen. Es ist als PDF und in einer begrenzten Auflage gebundener Exemplare erhältlich. Zur Erleichterung der Anwendung dürfen die Bewertungsformulare auf den Seiten 62-65 reproduziert und in eigene diagnostische Berichte aufgenommen werden.

#### 3.2 Instruktionen zur Durchführung

Das NIDA kann bei Personen mit einem ausreichenden Maß an Selbstwahrnehmung, Bereitschaft und Fähigkeit zur Teilnahme an Gesprächen und Beantwortung von Fragen durchgeführt werden. Mehrere Studien (Hesselmark et al. 2015; Keith et al. 2019; Rodgers et al. 2020; Sasson et al. 2018; Schriber et al. 2014) haben gezeigt, dass Menschen mit ASS hinreichende Selbstwahrnehmung besitzen und ihre eigene Funktionsfähigkeit angemessen und zuverlässig bewerten können. Es sollte berücksichtigt werden, dass es Menschen mit ASS gibt, die nicht in der Lage sind, über sich selbst zu reflektieren und mitzuteilen, was sie denken, fühlen und erleben (Jackson et al., 2012). Die niederländische *Multidisziplinäre Leitlinie für Diagnostik und Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen* (Kan et al., 2013) beschreibt zudem, dass Personen mit ASS manchmal keinen Leidensdruck empfinden und kein Krankheitsbewusstsein haben, während die Umgebung deutliche Probleme erkennt. In solchen Fällen sollte erwogen werden, dass NIDA nicht bei der zu untersuchenden Person, sondern bei jemandem durchzuführen, der die zu untersuchende Person gut kennt und regelmäßigen Kontakt zu ihr hat, wie zum Beispiel einem Partner, Familienmitglied, Betreuer, Mentor oder Coach.

Das NIDA kann in An- oder Abwesenheit der zu untersuchenden Person bei einem Partner, Betreuer, Mentor oder Coach im Rahmen einer Anamnese und bei einem Familienmitglied im Rahmen einer Entwicklungsanamnese oder Anamnese durchgeführt werden. Die Informationen, die von Partner, Familienmitglied, Betreuer, Mentor oder Coach bereitgestellt werden, ergänzen die Informationen der zu untersuchenden Person. Bei widersprüchlichen Antworten wird dies, wenn möglich, der zu untersuchenden Person vorgelegt. Unter Berücksichtigung des Maßes an Selbstwahrnehmung der zu untersuchenden Person wird evaluiert, welche Informationen einbezogen werden sollen.

Der Untersucher liest jede Frage mit einem Beispiel vor und fragt die Person, die interviewt wird, ob sie das Beispiel aktuell, in der Vorgeschichte und/oder in der frühen Entwicklung (d. h. frühe Kindheit und erste Schuljahre) (bei sich selbst) erkennt. Anschließend wird gefragt, ob die Person selbst ein eigenes Beispiel geben kann. Der Untersucher gibt dann noch ein oder mehrere Beispiele, was besonders nützlich ist, wenn die Person das Beispiel (bei sich selbst) nicht erkennt, keine Beispiele geben kann und/oder das gegebene Beispiel nicht zur Frage passt. Jedes erkannte oder gegebene Beispiel, das zur Frage passt, wird (bei „Sonstige“) notiert und als vorhanden angekreuzt. Der Untersucher kann auch während der Durchführung des NIDA Merkmale von ASS bei der zu untersuchenden Person beobachten und diese bei der entsprechenden Frage als vorhanden kennzeichnen.

Die zu untersuchenden Personen müssen nicht alle Beispiele bestätigen. Für jede Frage muss allerdings ein klares Bild von der An- oder Abwesenheit der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien A, B, C und D für und den dazugehörigen Merkmalen von ASS erhalten werden.

### 3.3 Erklärung an die zu untersuchende Person und weitere Befragte

Die nachfolgende Erklärung wird zu Beginn des Interviews der zu untersuchenden Person gegeben:

*„Mithilfe dieses Interviews werden die Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung in Ihrer aktuellen Situation (falls erforderlich: oder der Vergangenheit<sup>1</sup>) (falls erforderlich und möglich: und in der frühen Kindheit<sup>2</sup>) erforscht. Die Fragen basieren auf den diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung im DSM-5(-TR). Ich stelle Ihnen eine Frage und gebe dabei ein Beispiel. Ich frage Sie auch, ob Sie selbst noch ein Beispiel geben können. Während des Interviews werde ich Ihnen für jede Frage jeweils ein oder mehrere Beispiele geben, die beschreiben, auf welche Art und Weise Erwachsene (falls zutreffend: und Kinder) Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung zeigen. Auf diese Weise erfasse ich Ihre aktuelle Situation (falls zutreffend: oder Ihre Vorgeschichte<sup>1</sup> und Ihre Situation in der frühen Kindheit<sup>2</sup>), um beurteilen zu können, ob bei Ihnen eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt. Wenn Sie angeben, die Frage nicht zu verstehen, werde ich die Frage mit einem Beispiel erläutern.“*

Falls zutreffend:

*„Ihr Partner kennt Sie wahrscheinlich seit dem Erwachsenenalter, und ich werde fragen, ob er/sie Informationen über Ihre Situation in diesem Zeitraum geben kann.*

*Ihr Vater/Mutter/Bruder/Schwester<sup>3</sup> kennt Sie seit der frühen Kindheit, und ich werde fragen, ob er/sie über diese Zeit (falls zutreffend: auch über Ihre aktuelle Situation oder die Vergangenheit<sup>1</sup>) berichten kann. Ihr Betreuer, Mentor oder Coach<sup>4</sup> kennt Sie wahrscheinlich seit dem Erwachsenenalter, und ich werde fragen, ob er/sie Informationen über Ihre Situation in diesem Zeitraum geben kann.“*

Die nachfolgende Erklärung wird zu Beginn des Interviews dem/der Partner/in der zu untersuchenden Person gegeben:

*„Mithilfe dieses Interviews werden die aktuellen Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung (falls erforderlich und möglich: in der Vergangenheit<sup>1</sup>) Ihres Partners/Ihrer Partnerin beurteilt. Die Fragen basieren auf den diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung im DSM-5(-TR). Ich stelle Ihnen eine Frage und gebe dabei ein Beispiel. Ich frage Sie auch, ob Sie selbst noch ein Beispiel geben können. Während des Interviews werde ich Ihnen für jede Frage jeweils ein oder mehrere Beispiele geben, die beschreiben, auf welche Art und Weise Erwachsene Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung zeigen. Auf diese Weise erfasse ich mit Ihnen die aktuellen Merkmale (falls zutreffend: oder die Vergangenheit<sup>1</sup>) Ihres Partners/Ihrer Partnerin, um beurteilen zu können, ob bei ihm/ihr eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt. Wenn Sie angeben, die Frage nicht zu verstehen, werde ich die Frage mit einem Beispiel erläutern.“*

Die nachfolgende Erklärung wird zu Beginn des Interviews einem Familienmitglied der zu untersuchenden Person mitgeteilt:

*„Mithilfe dieses Interviews werden die Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung in der frühen Kindheit<sup>2</sup> (falls erforderlich und möglich: aktuell oder in der Vergangenheit<sup>1</sup>) Ihres Sohnes/Ihrer Tochter/Ihres Bruders/Ihrer Schwester<sup>3</sup> erforscht. Die Fragen basieren auf den diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung im DSM-5(-TR). Ich stelle Ihnen eine Frage und gebe dabei ein Beispiel. Ich frage Sie auch, ob Sie selbst noch ein Beispiel geben können. Während des Interviews werde ich Ihnen für jede Frage jeweils ein oder mehrere Beispiele geben, die beschreiben, auf welche Art und Weise Kinder und Jugendliche (falls zutreffend: und Erwachsene) Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung zeigen. Auf diese Weise erfasse ich mit Ihnen die Situation in der frühen Kindheit<sup>2</sup> (falls zutreffend: und die aktuelle Situation oder die Vergangenheit<sup>1</sup>) Ihres Sohnes/Ihrer Tochter/Ihres Bruders/Ihrer Schwester<sup>3</sup>, um beurteilen zu können, ob bei ihm/ihr eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt. Wenn Sie angeben, die Frage nicht zu verstehen, werde ich die Frage mit einem Beispiel erläutern.“*

Die nachfolgende Erklärung wird zu Beginn des Interviews dem Betreuer, Mentor oder Coach<sup>4</sup> der

zu untersuchenden Person mitgeteilt:

*„Mithilfe dieses Interviews werden die Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung in der aktuellen Situation (falls erforderlich und möglich: oder der Vergangenheit<sup>1</sup>) Ihres Klienten/Ihrer Klientin erforscht. Die Fragen basieren auf den diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung im DSM-5(-TR). Ich stelle Ihnen eine Frage und gebe dabei ein Beispiel. Ich frage Sie auch, ob Sie selbst noch ein Beispiel geben können. Während des Interviews werde ich Ihnen für jede Frage jeweils ein oder mehrere Beispiele geben, die beschreiben, auf welche Art und Weise Erwachsene Merkmale einer Autismus-Spektrum-Störung zeigen. Auf diese Weise erfasse ich mit Ihnen die aktuelle Situation (falls zutreffend: oder die Vergangenheit<sup>1</sup>) der betreuten Person, um beurteilen zu können, ob bei ihm/ihr eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt. Wenn Sie angeben, die Frage nicht zu verstehen, werde ich die Frage mit einem Beispiel erläutern.“*

- 1 Gemäß den DSM-5(-TR) Kriterien A und B für ASS müssen die Beeinträchtigungen entweder aktuell oder in der Vergangenheit vorhanden sein. Es ist in der Regel zu erwarten, dass sich Menschen mit aktuellen (psychischen) Beschwerden an psychologische und/oder psychiatrische Fachkräfte wenden. Daher wird mit dem NIDA zunächst untersucht, ob die Merkmale von ASS aktuell vorliegen. Es ist möglich, dass durch Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung Schwierigkeiten oder Beeinträchtigungen maskiert werden oder aktuell nicht im Vordergrund stehen (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). Menschen, die für einige soziale Anforderungen Kompensationsstrategien entwickelt haben, können jedoch weiterhin Probleme in neuen Situationen oder in Situationen haben, in denen sie keine Unterstützung erhalten. In solchen Fällen kann Leidensdruck durch den Aufwand und die Angst entstehen, ständig beurteilen zu müssen, was für die meisten Menschen sozial intuitiv ist (American Psychiatric Association 2013; 2018; 2022). Darüber hinaus kann ein bestimmtes Spezialinteresse manchmal Perspektiven für Bildung oder Arbeit bieten. Die Ausprägung sozialer und kommunikativer Beeinträchtigungen sowie des eingeschränkten, repetitiven Verhaltens, das ASS kennzeichnet, sind jedenfalls in der frühen Entwicklungsphase evident (DSM-5(-TR) Kriterium C für ASS) und aktuell ausreichend schwerwiegend, um klinisch bedeutsamen Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen zu verursachen (DSM-5(-TR) Kriterium D für ASS).
- 2 Unter „frühe Kindheit“ versteht man die frühe Entwicklungsphase und die ersten Schuljahre. ASS kann nach dieser Periode klassifiziert werden, insbesondere wenn die sozialen Anforderungen aus der Umgebung die begrenzten Möglichkeiten der Person überschreiten und Schwierigkeiten auftreten oder die Merkmale von ASS durch Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung maskiert werden. Es muss jedoch evident sein, dass die DSM-5(-TR) Kriterien A und B für ASS bereits in der frühen Entwicklungsphase (d.h. DSM-5(-TR) Kriterium C für ASS) vorhanden sind.
- 3 Geben Sie die korrekte Beziehung zum Familienmitglied an.
- 4 Wenn bei der zu untersuchenden Person ein Betreuer, Mentor oder Coach involviert ist, kann bei Bedarf und auf Wunsch das NIDA bei einem dieser Personen durchgeführt werden.

### **3.4 Instruktionen zur Auswertung**

Für die Auswertung des NIDA werden die Formulare zur Zusammenfassung der diagnostischen Kriterien und der dazugehörigen Merkmale, zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung sowie zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) ASS (S. 62-67) verwendet. Um den Prozess der diagnostischen Untersuchung für die zu untersuchende Person, den Überweiser und/oder (zukünftigen) Betreuer verständlicher zu machen, können die Formulare auf den Seiten 62-65 als Anhang zum diagnostischen Befund aufgenommen werden.

## Instruktionen zur Auswertung der Fragen

Für jede Frage wird während oder nach der Durchführung des NIDA angegeben, ob das Merkmal oder Kriterium aktuell oder in der Vergangenheit und in der frühen Entwicklungsphase (d. h. der frühen Kindheit und den ersten Schuljahren) vorhanden ist oder nicht. Bei den Fragen 1 und 3 sollte auf alle Teilfragen positiv geantwortet werden, und bei den Fragen 4, 5 und 7 sollte auf mindestens einer der Teilfragen positiv geantwortet werden, um das Merkmal als vorhanden (mit „Ja“) zu bewerten. Bei Frage 8 sollte mindestens in der aktuellen Situation positiv geantwortet werden, um das Kriterium als vorhanden (mit „Ja“) zu bewerten.

Wenn in der aktuellen Situation oder in der Vergangenheit und/oder der frühen Entwicklungsphase die Merkmale durch Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung maskiert werden und bei Nachfragen nach dem „Warum“ und „Wie“ deutlich (und sichtbar) wird, dass die scheinbar guten sozialen Fähigkeiten in Wirklichkeit sehr viel Mühe und Anstrengung erfordern, wird bei den Fragen „Ja“ (Merkmal oder Kriterium vorhanden) für die aktuelle Situation oder die Vergangenheit und/oder die frühe Entwicklung notiert. Wenn beispielsweise gelernt wurde, repetitives Verhalten in der Öffentlichkeit zu unterdrücken und Spezialinteressen oder Hobbys eine Quelle der Freude und Motivation sind und dadurch manchmal eine Möglichkeit für eine Ausbildung und Beschäftigung eröffnen, können die Merkmale des DSM-5(-TR) Kriterium B für ASS (Fragen 4 bis 7) in der aktuellen Situation nicht mehr oder weniger auffällig vorhanden sein. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die DSM-5(-TR) Diagnose ASS zutreffend ist, wenn aus dem Rest der Untersuchung die begründete Annahme hervorgeht, dass ASS vorliegt und wenn zumindest während der frühen Entwicklungsphase oder zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit deutlich eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten vorhanden waren.

Wenn Informationen über die frühe Entwicklungsphase fehlen, zweifelhaft oder unzuverlässig sind, wird ein Fragezeichen („?“) bei den Fragen zur frühen Entwicklungsphase notiert und dementsprechend bewertet. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die DSM-5(-TR) Diagnose ASS zutreffend ist, wenn aus dem Rest der Untersuchung die begründete Annahme hervorgeht, dass ASS vorliegt. Es gibt dann zumindest keine Anzeichen dafür, dass die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten in der frühen Entwicklungsphase ausreichend ausgeprägt waren.

Die Antworten auf Frage 8 sollten Aufschluss darüber geben, ob die Merkmale klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen. Wenn wenig bis keine Belastung oder Beeinträchtigung in der aktuellen Situation durch Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung vorliegt, wird die Frage mit „Ja“ (Kriterium vorhanden) bewertet, wenn das optimale Funktionieren nur mit sehr viel Anstrengung durch die betroffenen Person(en) erreichbar ist.

## Instruktionen zum Ausfüllen des Formulars zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR)-diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale

Auf dem *Formular zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale* (S. 62) wird festgehalten, welche DSM-5(-TR) Kriterien A, B und D und zugehörigen Merkmale als vorhanden (mit „Ja“) bewertet wurden, basierend auf den acht Fragen zur aktuellen Situation oder der Vergangenheit und der frühen Entwicklungsphase. Anschließend werden die Merkmale der DSM-5(-TR)-Kriterien A und B für ASS pro Kriterium addiert.

## Instruktionen zum Ausfüllen des Formulars zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung von DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung

Die folgenden zehn Schritte auf dem *Formular zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung von DSM-5-TR Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 63) werden durchgeführt:

1. Notieren Sie den Namen und das Geburtsdatum der zu untersuchenden Person. Notieren Sie von wem, wann und bei wem das NIDA durchgeführt wurde. Das NIDA kann bei einer oder mehreren Personen durchgeführt worden sein.

2. Geben Sie für die DSM-5(-TR) Kriterien A und B für ASS an, ob die Anzahl der Merkmale von Kriterium A drei von drei und die Anzahl der Merkmale von Kriterium B mindestens zwei von vier für die aktuelle Situation oder die Vergangenheit beträgt. Für Schritt 3 wird dies auch für die frühe Entwicklungsphase durchgeführt. Die Bewertungen der Fragen 1 bis 7 auf dem *Formular zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale* (siehe S. 62) werden hierfür übernommen.
3. Geben Sie für das DSM-5(-TR) Kriterium C für ASS an, ob die Merkmale in der frühen Entwicklungsphase vorhanden sind (d.h. in der frühen Kindheit und den ersten Schuljahren). ASS kann nach der frühen Entwicklungsperiode klassifiziert werden, wenn beispielsweise die sozialen Anforderungen aus der Umgebung die begrenzten Möglichkeiten der betroffenen Person übersteigen und Probleme auftreten, oder die Merkmale von ASS durch Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung maskiert werden. Es muss deutlich sein, dass die DSM-5(-TR) Kriterien A und B für ASS bereits in der frühen Entwicklungsphase vorhanden sind. Siehe Schritt 2.
4. Geben Sie für das DSM-5(-TR) Kriterium D an, ob die Merkmale klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen. Die Bewertung der Frage 8 auf dem *Formular zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale* (siehe S. 62) wird hierfür übernommen.
5. Geben Sie für das DSM-5(-TR) Kriterium E an, ob die Merkmale nicht durch eine Intellektuelle Entwicklungsstörung (Intellektuelle Beeinträchtigung) oder eine Allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt werden können.
6. Bestimme ob:
  - Mit oder ohne begleitende intellektuelle Beeinträchtigung
  - Mit oder ohne begleitende sprachliche Beeinträchtigung
  - In Verbindung mit einem bekannten medizinischen oder genetischen Krankheitsfaktor oder einem Umweltfaktor
  - In Verbindung mit einer anderen Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung oder einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung
  - Mit Katatonie und codiere zusätzlich F06.1 Katatonie in Verbindung mit Autismus-Spektrum-Störung, um das Vorhandensein einer komorbidien Katatonie anzugeben.
7. Geben Sie an, ob die mit dem NIDA erhaltenen Informationen im Kontext anderer Untersuchungsmethoden gewichtet wurden und geben Sie diese an.
8. Geben Sie an, ob die Merkmale nicht besser durch das Vorhandensein einer anderen Störung(en) und/oder eines Umgebungs- bzw. Umweltfaktors erklärt werden können. Geben Sie anschließend, falls zutreffend, an, welche anderen Störungen und/oder Umgebungs- bzw. Umweltfaktoren differentialdiagnostisch bzw. komorbid vorliegen.
9. Die Diagnose erfordert eine klinische Beurteilung, bei der alle verfügbaren Informationen berücksichtigt werden und die nicht nur auf der Bewertung in einem bestimmten Fragebogen oder einem Beobachtungsinstrument beruht (American Psychiatric Association 2013; 2018; 2022). Nachdem die oben genannten Schritte durchgeführt wurden und alle fett gedruckten „Ja“ auf dem *Formular zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung von DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung* (S. 63) markiert wurden, wird von einer psychologischen und/oder psychiatrischen Fachkraft erwogen, ob der zu erwartende positive Effekt einer DSM-5(-TR) Diagnose ASS die möglichen negativen Auswirkungen überwiegt (Defresne & Mottron 2022; Harmens et al. 2022; Huang et al. 2022) und anschließend wird eine DSM-5(-TR) Diagnose ASS vergeben oder nicht. Untersuchungen zu den Erfahrungen von Erwachsenen mit diagnostischen Untersuchungsverfahren für ASS haben gezeigt, dass die Mehrheit positiv, erleichtert und zuversichtlich auf ein positives Ergebnis reagiert, aber der Weg dorthin wird als komplex und mühsam empfunden und die postdiagnostische Hilfe als unzureichend angesehen (De Broize 2022; siehe auch 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. Bestimmen Sie den aktuellen Schweregrad von DSM-5(-TR) ASS basierend auf Einschränkungen in der sozialen Kommunikation und restriktiven, repetitiven Verhaltensweisen. Dazu werden die Werte auf dem *Formular zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung* (S. 66) übernommen.

#### **Instruktionen zum Ausfüllen des Formulars zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung**

Der aktuelle Schweregrad der ASS nach DSM-5(-TR), basierend auf Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation sowie eingeschränkten, repetitiven Verhaltensmustern, wird auf dem *Formular zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung* (S. 66) bestimmt. Um den Bedarf an Unterstützung für die Bereiche „Soziale Kommunikation“ und „Restriktive, repetitive Verhaltensweisen“ mit „Ja“ zu beantworten, müssen für jeden Bereich alle entsprechenden Verhaltensmerkmale mit „Ja“ beantwortet werden auf einer der drei aktuellen Schweregradkategorien.

In Untersuchungen zu den Schweregraden bei Kindern mit ASS wurden Zusammenhänge zwischen höheren Schweregraden für beide Bereiche und verminderter intellektueller Fähigkeit (Mazurek et al. 2019) sowie zwischen höheren Schweregraden für den Bereich „Restriktive, repetitive Verhaltensweisen“ und verminderter Anpassungsleistung (Hong & Matson 2021) gefunden. Studien über Schweregrade deuten darauf hin, dass intellektuelle Beeinträchtigungen einen Einfluss auf den Gesamtschweregrad der Autismus-Spektrum-Störung haben kann (Qari 2022).

## 4. Psychometrische Daten

### 4.1 Einleitung

Die psychometrischen Daten des NIDA wurden durch eine Studie untersucht. Die demografischen Merkmale der Studienpopulation und die Ergebnisse werden hier kurz dargestellt. Die Studie konzentrierte sich auf die acht Fragen zur aktuellen Situation und die entsprechende Bewertung „mit oder ohne DSM-5 Diagnose ASS“. Für vollständige Informationen zu dieser Studie wird auf Vuijk et al. (2022) verwiesen.

### 4.2 Demografische Daten der Studienpopulation

Die Kohorte bestand aus 90 Männern, aufgeteilt in drei Gruppen: (1) mit ASS mit oder ohne Persönlichkeitsstörung (PS), (2) mit PS ohne (Verdacht auf) ASS und (3) ohne ASS und PS. Teilnehmer der Gruppe 1 wurden von Sarr Autisme Rotterdam rekrutiert. Teilnehmer der Gruppe 2 wurden von verschiedenen psychologischen und psychiatrischen Einrichtungen innerhalb der Parnassia Firmengruppe angeworben. Teilnehmer der Gruppe 3 wurden aus der allgemeinen Bevölkerung über Flyer, Anzeigen und Bekannte rekrutiert. Tabelle 3 (Vuijk et al. 2022, S. 3529) zeigt die demografischen Merkmale der Teilnehmer pro Gruppe.

**Tabelle 3** Demografische Daten der Studienpopulation (N = 90)

		ASS	PS	Allgemein
<i>n</i>		30	30	30
Alter	Durchschnittlich	43.23	44.13	44.37
	SD	11.00	12.64	14.85
	Bereich	18-62	19-63	18-65
Familienstand	Unverheiratet	23 (77%)	19 (63%)	18 (60%)
	Verheiratet	7 (23%)	4 (13%)	9 (30%)
	Geschieden	0	6 (20%)	0
	Übrige	0	1 (3%)	3 (10%)
Bildungs- und Ausbildungs niveau	Universität	7 (23%)	3 (10%)	10 (33%)
	Fachhochschule	8 (27%)	10 (33%)	13 (43%)
	Weiterführende Schule	8 (27%)	8 (27%)	6 (20%)
	Berufsausbildung	5 (17%)	6 (20%)	0
	Grundschule	1 (3%)	2 (7%)	0
	Unbekannt/übrige	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)
ASS Diagnose †		30	0	0
	Autistische Störung	6 (20%)		
	Asperger-Störung	10 (33%)		
	ASS	14 (47%)		

(Fortsetzung Tabelle 3)

	ASS	PS	Allgemein
PS Diagnose+	n=18	n=30§	n=23¶
Vermeidend-Selbstunsichere PS	1 (3%)	3 (10%)	7 (23%)
Dependente PS	0	1 (3%)	1 (3%)
Zwanghafte PS	5 (18%)	0	4 (13%)
Paranoide PS	0	0	0
Schizotype PS	0	0	0
Schizoide PS	3 (10%)	0	0
Histrionische PS	0	0	0
Narzisstische PS	0	3 (10%)	2 (7%)
Borderline PS	0	7 (23%)	5 (17%)
Antisoziale PS	1 (3%)	1 (3%)	3 (10%)
Andere PS	12 (40%)	19 (63%)	15 (50%)
Psychische Beschwerden und Störungen‡			
Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch	2 (7%)		4 (13%)
Psychotische Beschwerden	1 (3%)		0 (0%)
Depressive Störung	5 (17%)		11 (37%)
Panikstörung	2 (7%)		2 (7%)
PTBS	3 (10%)		4 (13%)
Spezifische Phobie	1 (3%)		1 (3%)
Soziale Angststörung	1 (3%)		6 (20%)
Generalisierte Angststörung	1 (3%)		3 (10%)
Zwangsstörung	2 (7%)		2 (7%)
Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen	0 (0%)		2 (7%)
Essstörungen	0 (0%)		1 (3%)
Anpassungsstörungen	2 (7%)		1 (3%)
Beziehungsprobleme	1 (3%)		2 (7%)
Anhaltende Trauerstörung	1 (3%)		1 (3%)
Aggressionsprobleme	1 (3%)		2 (7%)
Übrige Beschwerden	3 (10%)		2 (7%)

ASS = Autismus-Spektrum-Störung; Allgemein = ohne ASS und PS; PS = Persönlichkeitsstörung; PTBS = posttraumatische Belastungsstörung; SD = Standardabweichung. † ASS Diagnose ohne Verwendung von *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen* (NIDA) [Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA)]. + Die Anzahl der Teilnehmer mit PS Diagnose ist geringer als die Gesamtzahl der diagnostizierten PS. Die Erklärung liegt darin, dass bei einigen Teilnehmern mehr als eine PS diagnostiziert wurde. § PS wurde in der Vergangenheit diagnostiziert mittels *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; First et al. 1997; Niederländische Übersetzung: Weertman et al. 2000), SCID-5-P *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen* [Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-PD)] (American Psychiatric Association 2017), oder psychologische-psychiatrische Untersuchung. ¶ PS diagnostiziert mit SCID-5-PD in der aktuellen Studie. ‡ Psychische Beschwerden und Störungen wurden in der vorliegenden Studie mithilfe eines teilstrukturierten Interviews für psychische Störungen erfasst.

## 4.3 Reliabilität

### Interrater-Reliabilität

Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden nach der Durchführung des NIDA die Antworten der Teilnehmer auf die acht Fragen zur aktuellen Situation und die entsprechende Bewertung „mit oder ohne DSM-5-Klassifizierung ASS“ separat von einem Testleiter und einem Beobachter bewertet. Auf Item Ebene wurden dann Cohens Kappa-Werte (Cohen 1960) und Krippendorffs Alpha-Werte (Hayes & Krippendorff 2007) bestimmt. Die Interrater-Reliabilität erwies sich als sehr hoch: Alle Kappa-Werte lagen über .79 (Bereich .79-.95, CI 0.67-1.01) und alle Alpha-Werte über .80 (Bereich .80-1.00, CI 0.65-1.00).

Es wird darauf hingewiesen, dass die Untersucher in der Durchführung und Bewertung des NIDA geschult waren.

## 4.4 Validität

### Konvergente Validität

Die Zusammenhänge zwischen den mit dem NIDA und ADOS-2 (Lord et al. 2012; niederländische Übersetzung: De Bildt et al. 2013) diagnostizierten ASS sowie zwischen den mit dem NIDA und früher diagnostizierten ASS bei den Teilnehmern wurden mit Cohens Kappa (Cohen 1960) berechnet. Die Kappa-Werte lagen über .80 (Bereich .80-.95) mit einer Sensitivität von .76-.96 und einer Spezifität von .93-1.00: Die Teilnehmer mit ASS erzielten mit dem NIDA korrekt positive Ergebnisse für die DSM-5-Diagnose ASS (in Übereinstimmung mit der ADOS-2 Diagnose ASS und der früheren diagnostizierten ASS), während die übrigen Teilnehmer mit dem NIDA korrekt negative Ergebnisse für die DSM-5 Diagnose ASS erzielten.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Teilnehmer sehr streng ausgewählt wurden. Bei Teilnehmern mit ASS mussten die Merkmale der Störung aktuell deutlich vorhanden sein (De Marchena & Miller 2017), ohne *social camouflaging* oder Kompensationsverhalten (Cook et al. 2021; Frigaux et al. 2021; Mottron 2021). Bei den übrigen Teilnehmern durfte weder ASS noch ein Verdacht auf ASS vorliegen.

### Konkurrenten Validität

Um zu beurteilen, ob sich die Teilnehmer in den acht Fragen des NIDA zur aktuellen Situation unterschieden, wurde eine One-Way-MANOVA mit Bonferroni-Korrekturen durchgeführt.

Mit einem signifikanten Gruppeneffekt von  $F(18, 158) = 47.73, p < .001$ ; Wilks'  $\Lambda = 0.024$ ,  $\eta p^2 = .85$  zeigten die Teilnehmer mit ASS in allen Fragen des NIDA eine höhere Zustimmung als die übrigen Teilnehmer. Die Teilnehmer mit ASS erzielten eine durchschnittliche Gesamtpunktzahl von 6.70 (SD 1.15, SE .18), Teilnehmer mit PS ohne (Verdacht auf) ASS eine durchschnittliche Gesamtpunktzahl von 0.57 (SD 1.19, SE .18) und Teilnehmer ohne ASS und PS eine durchschnittliche Gesamtpunktzahl von 0 (SD 0, SE .18). Dies bedeutet, dass die Teilnehmer mit ASS mit dem NIDA gut von Teilnehmern mit PS, bei denen ASS ausgeschlossen war, und von Teilnehmern aus der allgemeinen Bevölkerung, bei denen sowohl ASS als auch PS ausgeschlossen waren, unterschieden werden konnten.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Untersucher in ASS und PS bei Erwachsenen und in der Durchführung und Bewertung des NIDA und des *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; First et al. 1997; niederländische Übersetzung: Weertman et al. 2000), der früheren Version des *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders* (SCID-5-PD: American Psychiatric Association 2017) geschult waren.

#### 4.5 NIDA in wissenschaftlichen Studien

Das NIDA wird regelmäßig für wissenschaftliche Zwecke genutzt. Am 21. Februar 2023 wurde eine Suchanfrage in *Google Scholar* (Martín-Martín et al. 2021) mit den Suchbegriffen „NIDA“, „Autismus“ und „Vuijk“ durchgeführt. Es wurde nach Studien gesucht, in denen die NIDA bei Teilnehmern vor Beginn oder während der Untersuchung angewendet wurde. Artikel wurden auf „NIDA“ und „Vuijk“ in der Referenzliste und im Methodenteil überprüft. Insgesamt wurden 16 Artikel aus dem Zeitraum 2020-2022 gefunden, in denen das NIDA bei verschiedenen Studienpopulationen angewendet wurde. In Tabelle 4 sind die entsprechenden Artikel in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

**Tabelle 4** Studien, publiziert im Zeitraum von 2020 bis 2022, in denen das NIDA bei der Studienpopulation angewendet wurde

Appel, J.E., Vrijsen, 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., Vrijsen, 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., Vrijsen, 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., Vrijsen, 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., Vrijsen, 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.psychresns.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., & Vrijsen, 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., Vrijen, 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., Vrijen, J., Bralten, J., Demontis, D., Børglum, 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., Vrijen, 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., Vrijen, 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., Vrijen, 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/fpsyg.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 = Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen



## 5. Training

Der Autor bietet regelmäßig akkreditierte Schulungen zum NIDA für psychologische und psychiatrische Fachkräfte an, die von Sarr Autisme Rotterdam und der Parnassia Akademie in den Niederlanden organisiert werden. Zusätzlich zu diesem Angebot sind auch Inhouse-Schulungen zum NIDA möglich. In der NIDA-Schulung erhält man die notwendigen Informationen über das Instrument und sammelt Erfahrungen in der Durchführung und Auswertung.

Die NIDA-Schulung richtet sich an psychologische und psychiatrische Fachkräfte mit Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich von ASS. Diese sollten mit den Prinzipien der Diagnostik vertraut sein und das NIDA als Teil der Diagnostik von ASS bei Erwachsenen in der klinischen Praxis oder in wissenschaftlichen Studien verwenden wollen.

Eine NIDA-Schulung sollte idealerweise die folgenden Elemente umfassen:

- Die Einarbeitung in das Manual, um sich mit dem NIDA und der Rolle des Instruments in der Diagnostik von ASS bei Erwachsenen vertraut zu machen.
- Das sich aneignen der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für ASS.
- Das Üben des Fragens und benennen von Beispielen, indem die Fragen und dazugehörigen Beispiele des NIDA laut vorgelesen werden.
- Die Anwendung des NIDA mit einem Kollegen oder einer Kollegin, der oder die die Rolle des Interviewten übernimmt.
- Das Üben der Auswertung des NIDA zusammen mit einem Kollegen oder einer Kollegin.



## Literatur

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 edition* [Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-PD). Niederländische Übersetzung von Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD), first edition (Copyright ©2016), und User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD), first edition]. Boom.

American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig, 2., korrigierte Auflage). Hogrefe.

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

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. S., Spiers, N., Bankart, J., Cooper, S. A., McManus, S., Scott, F. J., Smith, J., & Tyrer, F. (2016). Epidemiology of autism in adults across age groups and ability levels. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 498-503.

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)* [Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen - 2 (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 II 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., Verbeeck, W. I. C., Vrijmoed, D., & Van Duin, D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* [Multidisziplinäre Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen]. 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., Kassee, 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., Nicolaïdis, 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)* [Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA)]. Sarr Autisme Expertisezentrum/Dare to Design.

Vuijk, R. (2016). *Nederlands Interview ten behoeve van Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) (tweede ongewijzigde druk)* [Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) (Zweite, unveränderter Auflage)]. Sarr Autisme Expertisezentrum/Dare to Design.

Vuijk, R. (2018). *Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen* [Leitfaden - Psychodiagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen]. Sarr Autisme Expertisezentrum/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 persoonlijkheidstoornissen (SCID II)* [Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (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.

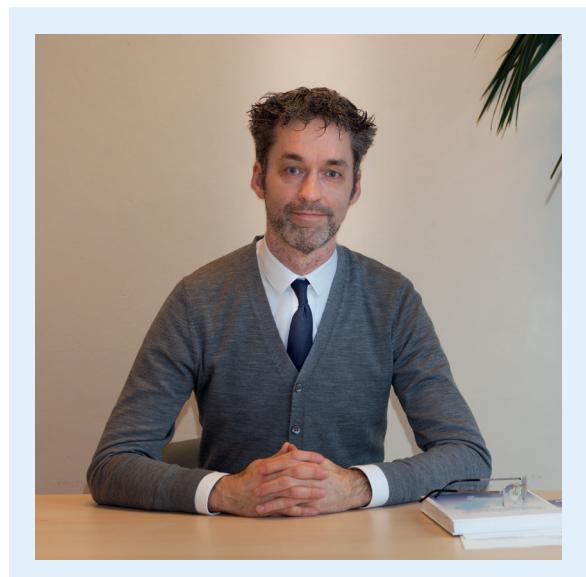
Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790.

## Über den Autor

Richard Vuijk ist klinischer Psychologe und arbeitet bei Sarr Autisme Rotterdam, Antes innerhalb der Parnassia Firmengruppe in den Niederlanden. Er ist Eigentümer von AutismeSpectrumNederland sowie Dozent und Kursleiter an der Parnassia Akademie und verschiedenen regionalen Einrichtungen für Weiterbildung und Ausbildung im Bereich der psychischen Gesundheit (RINO). Er forscht zur Psychodiagnostik, Persönlichkeit(spathologie) und Psychotherapie bei Erwachsenen mit ASS. Im Jahr 2022 promovierte er an der Universität von Amsterdam mit der Dissertation *Adults with autism spectrum disorder: Diagnostic assessment, personality (pathology), and psychotherapy*.

Von ihm wurden 2023 (erste Auflage 2014, zweite Auflage 2016) das *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismspectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview* [Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview] und 2018 die *Werkwijzer - Psychodiagnostiek autismespectrumstoornis volwassenen* [Leitfaden - Psychodiagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen] veröffentlicht, beide kostenfrei verfügbar zur Diagnostik von ASS bei Erwachsenen.

Für seine Studie zur Schematherapie bei Erwachsenen mit ASS und Persönlichkeitsstörung erhielt er 2016 eine ehrenvolle Erwähnung auf dem Nationalen Autismus Kongress in den Niederlanden und 2018 den *Jeffrey Young Investigator Award* der *International Society of Schema Therapy*.





# Verantwortung

## Hinweise zu Zitaten und Urheberrecht

- Die niederländische Abkürzung NIDA steht für *Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen*.
- Abdruck der DSM-5 diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag.
- Ohne schriftliche Genehmigung der American Psychiatric Association (APA) darf kein Teil der DSM-5(-TR) Kriterien reproduziert oder in einer Weise verwendet werden, die das Urheberrecht der APA verletzt. Korrespondenz bezüglich urheberrechtlicher Genehmigung für die Übernahme der deutschen DSM-5(-TR) Kriterien ist zu richten an Hogrefe Verlag Göttingen.
- Für Zitate und korrekte Referenzierung dieses Titels auf Deutsch: Vuijk, R. (2025). *Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview*. Deutsche Übersetzung (Thomas Kuhn) von „Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview (derde, geheel herziene druk)“. AutismeSpectrumNederland und Sarr Autisme Rotterdam.
- Für Zitate und korrekte Referenzierung dieses Titels auf English: Vuijk, R. (2025). *Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview*. Deutsche Übersetzung (Thomas Kuhn) von „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. German translation (Thomas Kuhn) of „Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview (derde, geheel herziene druk)“]. AutismeSpectrumNederland and Sarr Autisme Rotterdam.

## Interessenkonflikte

Der Autor dieses Werks erklärt, keine Interessenkonflikte oder kommerziellen Interessen zu haben.

## Danksagung

Zur ersten und zweiten Auflage des NIDA haben erfahrene Nutzer einige Kommentare und wertvolle Vorschläge gemacht, die zur Überarbeitung des NIDA geführt haben.

Besonderer Dank gilt dabei dem folgenden Kollegen, der Feedback zu Text und Inhalt der deutschen Auflage gegeben hat: André Götze, MSc. (Psychologe). Besonderer Dank gilt zudem den folgenden Kollegen, die Feedback zu Text und Inhalt der niederländischen Auflage gegeben haben: Prof. Dr. Ina A. van Berckelaer-Onnes (Emeritierte Professorin für Orthopädagogik, Universität Leiden), Prof. Dr. Michiel W. Hengeveld (Emeritierter Professor für Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam) und Mathijs L. Deen, MSc. (Senior-Statistiker, Parnassia Gruppe Akademie, Den Haag).

Großer Dank gilt Prof. Dr. Hilde M. Geurts (Professorin für Klinische Neuropsychologie und außerordentliche Professorin für Autismus im Lebensverlauf, Universität von Amsterdam; Senior-Wissenschaftlerin am Leo Kanner Huis innerhalb der Parnassia Gruppe, Amsterdam) und Prof. Dr. Arnoud R. Arntz (Professor für Klinische Psychologie, Universität von Amsterdam; Klinischer Psychologe, ACTP Amsterdam) für die jahrelange angenehme Zusammenarbeit und Begleitung in der Forschung zu den psychometrischen Qualitäten des NIDA. Für die Ergebnisse dieser Forschung wird auf Vuijk et al. (2022) und Kapitel 4 verwiesen.

Die Entwicklung und Veröffentlichung des NIDA wurden finanziell ermöglicht durch Sarr Autisme Rotterdam, Antes innerhalb der Parnassia Firmengruppe, und die Parnassia Akademie.





# **Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA)**

**Richard Vuijk**

Deutsche Übersetzung  
**Thomas Kuhn**

## Anweisungen zur Durchführung (siehe S. 17)

Lesen Sie jede Frage mit einem Beispiel vor und fragen Sie die interviewte Person, ob sie das Beispiel in der aktuellen Situation, in der Vergangenheit und/oder in der frühen Entwicklungsphase (d.h. in der frühen Kindheit und den ersten Schuljahren) wiedererkennt.

Fragen Sie anschließend, ob die Person ein Beispiel geben kann.

Geben Sie dann ein weiteres oder mehrere Beispiele. Dies ist besonders hilfreich, wenn die Person das Beispiel von sich aus nicht kennt, keine Beispiele geben kann und/oder das gegebene Beispiel nicht zur Frage passt.

Jedes Beispiel, das die Person (bei sich selbst) kennt oder von sich aus gibt und das zur Frage passt, wird (unter „Sonstige“) notiert und als vorhanden markiert.

Als psychologische oder psychiatrische Fachkraft können Sie während der Durchführung des NIDA auch Merkmale der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) bei der zu untersuchenden Person beobachten: Kreuzen Sie diese bei der entsprechenden Frage in dem Fall als vorhanden an.

Die zu untersuchende Person muss nicht allen Beispielen zustimmen. Pro Frage muss ein klares Bild von der An- oder Abwesenheit der DSM-5(-TR) ASS Kriterien A, B, C und D und der dazugehörigen Merkmale gewonnen werden.

Bei der Durchführung des NIDA mit anderen Befragten als der zu untersuchenden Person muss die Formulierung angepasst werden, z. B.: „Sind Sie ...“ wird zu „Ist (Name der zu untersuchenden Person) ...“, usw.

In den Beispielen zu den Fragen 2 und 3 kann „atypisch“ als abweichend vom Durchschnitt oder von dem, was üblich ist, verstanden werden.

Unter „früher Kindheit“ werden die frühe Entwicklungsphase und die ersten Schuljahre verstanden.

## Persönliche und praktische Informationen

Name der zu untersuchenden Person : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alter : \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht : männlich/weiblich/divers

Testdatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Name des/der Untersuchers/in : \_\_\_\_\_

Name des/der Untersuchers/in :  Psychologe/in

Psychiater/in

Weitere: \_\_\_\_\_

Fragebogen durchgeführt mit:  zu untersuchende Person

Lebens- oder Ehepartner

Familienmitglied

und zwar: \_\_\_\_\_

Betreuer/Mentor/Coach

Zusätzliche Informationen : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Frage 1****DSM-5(-TR) Kriterium A - Merkmal 1 für Autismus-Spektrum-Störung****Teilfrage 1A**

Sind Sie bei der Aufnahme sozialer Kontakte eingeschränkt, zum Beispiel weil Sie ständig einschätzen müssen, wie der Kontakt gestaltet wird, was aber für die meisten Menschen selbstverständlich erscheint?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Ständig einschätzen müssen, was aber für die meisten Menschen im Kontakt selbstverständlich ist
- Ständig einschätzen müssen, wann und wie man sich an einem Gespräch beteiligen soll
- Ständig einschätzen müssen, was man sagen oder nicht sagen sollte (sozial naiv)
- Keine oder verminderte Initiative zur sozialen Interaktion zeigen
- Nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sein, Kontakt aufzunehmen, darauf einzugehen oder ihn aufrechtzuerhalten (das Gefühl haben, daneben zu liegen)
- Nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sein, wechselseitige Gespräche zu führen (z. B. Monologisieren oder anderen ins Wort fallen)
- Das Verhalten/sozialer Kontakt wirkt auf andere erlernt
- Trotz Kompensationsstrategien bestehen weiterhin soziale Herausforderungen in neuen Situationen oder in Situationen, in denen man keine Unterstützung erhält
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 1B**

Sind Sie beim Teilen von Gedanken und Gefühlen Anderer eingeschränkt, zum Beispiel weil Sie nur aus Ihrer eigenen Perspektive und Erfahrung heraus reagieren?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Nur aus eigener Perspektive und Erfahrung heraus reagieren
- Beim Inhalt und der Gestaltung des Gesprächs fehlt soziale Gegenseitigkeit: um etwas bitten, sich entsprechend der sozialen Etikette verhalten, keine Gefühle teilen oder kein Gespräch führen
- Sich nicht auf andere einstellen und keine Rücksicht auf sie und ihre Emotionen nehmen (Schwierigkeiten beim Einfühlen; kann von Anderen als grob, hart oder gefühlskalt empfunden werden)
- Emotionen nicht oder nur eingeschränkt teilen oder verstehen (z. B. freudig, angstlich, wütend, traurig)
- Kein oder verminderter Austausch von Interessen
- Eingeschränkt im wechselseitigen Gespräch und stark im Theoretisieren (Gespräche müssen „einen Zweck haben“)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Merkmal A1 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein**

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, müssen beide Teilfragen positiv beantwortet sein.

### Teilfrage 1A

Waren Sie in Ihrer frühen Kindheit bei der sozialen Kontaktaufnahme eingeschränkt, zum Beispiel nicht wissen, wie man auf Angebote zum Kontakt reagieren sollte?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Nicht wissen, wie man auf Angebote zum Kontakt reagieren soll (wirkt wie ‚taub‘; verfehlt mit der Reaktion das Ziel)
- Keine Reaktion auf den eigenen Namen
- Keine oder verminderte Initiative zur sozialen Interaktion zeigen
- Andere Personen auf ungewöhnliche Weise ansprechen (deutlich abweichend von üblichem und altersangemessenem Verhalten)
- Nur auf sehr direkte soziale Kontaktaufnahme reagieren
- Andere Personen nur ansprechen, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen
- Nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sein, wechselseitige Gespräche zu führen (z. B. Monologisieren oder anderen ins Wort fallen)
- Das Verhalten/sozialer Kontakt wirkt auf andere erlernt
- Wirkt in sozialen Interaktionen emotional jünger als Gleichaltrige
- Trotz Kompensationsstrategien bestehen weiterhin soziale Herausforderungen in neuen Situationen oder in Situationen, in denen man keine Unterstützung erhält
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Teilfrage 1B

Waren Sie in Ihrer frühen Kindheit beim Teilen von Gedanken und Gefühlen Anderer eingeschränkt, zum Beispiel weil Sie nur aus Ihrer eigenen Perspektive und Erfahrung heraus reagierten?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Nur aus eigener Perspektive und Erfahrung heraus reagieren
- Beim Inhalt und der Gestaltung des Gesprächs fehlt soziale Gegenseitigkeit: um etwas bitten, sich entsprechend der sozialen Etikette verhalten, keine Gefühle teilen oder kein Gespräch führen
- Sich nicht auf andere einstellen und keine Rücksicht auf sie und ihre Emotionen nehmen (z. B. lachen wenn ein anderes Kind traurig ist; kann von Anderen als grob, hart oder gefühlskalt empfunden werden)
- Emotionen nicht oder nur eingeschränkt teilen oder verstehen (z. B. freudig, ängstlich, wütend, traurig)
- Kein oder verminderter Austausch von Interessen
- Kein oder vermindertes Imitationsverhalten
- Eingeschränkt im wechselseitigen Gespräch und stark im Theoretisieren (Gespräche müssen „einen Zweck haben“)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal A1 liegt vor in der frühen Kindheit:

Ja      ?      Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, müssen beide Teilfragen positiv beantwortet sein.

**Frage 2****DSM-5(-TR) Kriterium A - Merkmal 2 für Autismus-Spektrum-Störung**

Sind Sie in Ihrer nonverbalen Kommunikation eingeschränkt, zum Beispiel indem Sie andere Personen nicht anschauen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Andere Personen nicht anschauen (keinen Blickkontakt aufnehmen)
- Andere Personen (durchgängig) anstarren
- Durch andere Personen „hindurchschauen“
- Nicht oder vermindert Gestik einsetzen (beschreiben und darstellen mit den Händen)
- Schwierigkeiten spontane, expressive Gesten zu verwenden
- Keine, verminderte und/oder unübliche Verwendung von Gesichtsausdrücken
- Keine, verminderte und/oder unübliche Verwendung von Körpersprache (seltsame, hölzerne oder übertriebene Körpersprache)
- Nicht oder vermindert „lesen“ von und reagieren auf Blickkontakt, Gesten, Gesichtsausdrücke und/oder Körpersprache anderer
- Gesichtsausdrücke rationalisierend statt intuitiv verstehen
- Abweichende oder unübliche Intonation beim Sprechen, die nicht zum Gesprächsinhalt passt (unpassend langsam, schnell, laut, leise, betont, undeutlich)
- Keine oder verminderte gemeinsame Aufmerksamkeit (dem Blick der anderen Person nicht folgen)
- Keine oder nicht angemessene Distanz im sozialen Kontakt (zu nah bei der anderen Person stehen)
- Relativ subtile Beeinträchtigungen, die aber bemerkbar werden in der schlechten Integration von Blickkontakt, Gestik, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Sprachrhythmus, Betonung und Intonation der Stimme während sozialer Kommunikation
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal A2 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein

Waren Sie in der frühen Kindheit in Ihrer nonverbalen Kommunikation eingeschränkt, zum Beispiel indem Sie andere Personen nicht anschauten?  
(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Andere Personen nicht anschauen (keinen Blickkontakt aufnehmen)
- Andere Personen (durchgängig) anstarren
- Durch andere Personen „hindurchschauen“
- Nicht oder vermindert Gestik einsetzen (beschreiben und darstellen mit den Händen)
- Schwierigkeiten spontane, expressive Gesten zu verwenden
- Keine, verminderte und/oder unübliche Verwendung von Gesichtsausdrücken (mit 12 Monaten kein soziales Lächeln vorhanden)
- Keine, verminderte und/oder unübliche Verwendung von Körpersprache (seltsame, hölzerne oder übertriebene Körpersprache)
- Nicht oder vermindert „lesen“ von und reagieren auf Blickkontakt, Gesten, Gesichtsausdrücke und/oder Körpersprache anderer
- Gesichtsausdrücke rationalisierend statt intuitiv verstehen
- Abweichende oder unübliche Intonation beim Sprechen, die nicht zum Gesprächsinhalt passt (unpassend langsam, schnell, laut, leise, betont, undeutlich)
- Keine oder verminderte gemeinsame Aufmerksamkeit (nicht auf Objekte deuten, keine Objekte zeigen oder bringen, um Interessen mit anderen zu teilen; Schwierigkeit, der Zeigegeste anderer oder dem gerichteten Blick einer anderen Person zu folgen)
- Keine oder nicht angemessene Distanz im sozialen Kontakt (zu nah bei der anderen Person stehen)
- Relativ subtile Beeinträchtigungen, die aber bemerkbar werden in der schlechten Integration von Blickkontakt, Gestik, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Sprachrhythmus, Betonung und Intonation der Stimme während sozialer Kommunikation
- Sonstige:

Merkmal A2 liegt vor in der frühen Kindheit:

Ja ? Nein

**Frage 3****DSM-5(-TR) Kriterium A - Merkmal 3 für Autismus-Spektrum-Störung****Teilfrage 3A**

Sind Sie in Ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Beziehungen aufzunehmen, zum Beispiel da Sie kein Interesse an Gleichaltrigen haben? (Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben? (Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Kein Interesse an Gleichaltrigen
- Kein Interesse an sozialen Beziehungen (nur geschäftlicher Kontakt oder Kontakt, um ein Ziel zu erreichen)
- Kein, vermindertes und/oder unübliches soziales Interesse (Ablehnung Anderer, Passivität oder ein unangebrachter Annäherungsversuch, der aggressiv oder störend wirken kann)
- Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen
- Vorliebe für Kontakt mit wesentlich jüngeren oder älteren Menschen
- Vorliebe, allein zu sein oder allein zu leben (Beziehungen bspw. als unnötig, unangenehm, belastend oder ermüdend empfinden; Einzelgänger sein)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 3B**

Sind Sie in Ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Beziehungen aufrechtzuerhalten, weil Sie zum Beispiel Schwierigkeiten haben, eine Freundschaft zu vertiefen? (Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben? (Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Die Beziehung zu anderen vertieft sich nicht, bleibt oberflächlich
- Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten (Freundschaft ist einseitig und basiert ausschließlich auf einem gemeinsamen Interesse)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 3C**

Sind Sie in Ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Beziehungen zu verstehen, zum Beispiel nicht genau zu wissen, wann jemand ein Freund ist? (Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben? (Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Kein realistisches Verständnis von Freundschaft oder Unwissenheit darüber, was eine Freundschaft bedeutet
- Kein oder eingeschränktes Verständnis für angemessenes Verhalten in verschiedenen sozialen Situationen/Beziehungen (zu Hause im Vergleich zur Arbeit; ungezwungenes oder unpassendes Verhalten während eines Vorstellungsgesprächs)
- Kein oder eingeschränktes Verständnis für besondere Verwendung von Sprache (Ironie, Notlügen, Humor, Fantasie, Schauspielerei, wortwörtliches Verstehen)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal A3 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, müssen alle Teilfragen positiv beantwortet sein.

**Teilfrage 3A**

Waren Sie in der frühen Kindheit in Ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Beziehungen aufzunehmen, zum Beispiel da Sie kein Interesse an Gleichaltrigen hatten?  
(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Kein Interesse an Gleichaltrigen
- Kein Interesse an sozialen Beziehungen (nur geschäftlicher Kontakt oder Kontakt, um ein Ziel zu erreichen)
- Kein, vermindertes und/oder unübliches soziales Interesse (Ablehnung Anderer, Passivität oder ein unangebrachter Annäherungsversuch, der aggressiv oder störend wirken kann)
- Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen
- Vorliebe, allein zu sein oder allein zu leben (Beziehungen bspw. als unnötig, unangenehm, belastend oder ermüdend empfinden; Einzelgänger sein)
- Sonstige:

**Teilfrage 3B**

Waren Sie in Ihrer frühen Kindheit eingeschränkt, Beziehungen aufrechtzuerhalten, weil Sie zum Beispiel Schwierigkeiten hatten, gemeinsames soziales Spiel zu gestalten?  
(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Keine, wenige und/oder unübliche soziale Spiele und Fantasiespiele (das Bestehen darauf, nur Spiele zu spielen, deren Regeln klar festgelegt sind; das Unvermögen, Rollenspiele zu spielen; kein gemeinsames soziales Spiel und kein „so-tun-als-ob“-Spiel)
- Die Beziehung zu anderen vertieft sich nicht, bleibt oberflächlich (im Alter von zwölf Monaten beispielsweise kein „sozial interaktives“ Brabbeln)
- Schwierigkeiten, Freundschaften aufrechtzuerhalten (Freundschaft ist einseitig und basiert ausschließlich auf einem gemeinsamen Interesse)
- Sonstige:

**Teilfrage 3C**

Waren Sie in der frühen Kindheit in Ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Beziehungen zu verstehen, zum Beispiel nicht genau zu wissen, wann jemand ein Freund war?  
(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Kein realistisches Verständnis von Freundschaft oder Unwissenheit darüber, was eine Freundschaft bedeutet
- Kein oder eingeschränktes Verständnis für angemessenes Verhalten in verschiedenen sozialen Situationen/Beziehungen (zu Hause im Vergleich zur Arbeit; Eltern und Lehrer im Vergleich mit Gleichaltrigen)
- Kein oder eingeschränktes Verständnis für besondere Verwendung von Sprache (Ironie, Notlügen, Humor, Fantasie, Schauspielerei, wortwörtliches Verstehen)
- Sonstige:

Merkmal A3 liegt vor in der frühen Kindheit:

Ja      ?      Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, müssen alle Teilfragen positiv beantwortet sein.

#### Frage 4

#### DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 1 für Autismus-Spektrum-Störung

##### Teilfrage 4A

Haben Sie eine gleichbleibende oder sich wiederholende Art der Bewegung, zum Beispiel das Hin- und Herbewegen des Körpers?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Auf und ab bewegen des Körpers
- Flattern oder wedeln mit Armen und Händen
- Schnipsen mit den Fingern
- Sich um die eigene Achse drehen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

##### Teilfrage 4B

Haben Sie eine gleichbleibende oder sich wiederholende Art, Gegenstände zu verwenden, zum Beispiel Gegenstände in eine bestimmte Reihenfolge zu bringen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Gegenstände nicht funktional verwenden (in eine bestimmte Reihenfolge bringen)
- Gegenstände drehen oder kreiseln lassen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

##### Teilfrage 4C

Haben Sie eine gleichbleibende oder sich wiederholende Art zu sprechen, zum Beispiel die Aussagen und Worte anderer wörtlich wiederholen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Wortwörtliches oder so exakt wie mögliches Wiederholen von Lauten, Worten oder Sätzen anderer, unmittelbar oder zeitlich verzögert
- Rhythmus, Betonung, Intonation der Stimme beim Aussprechen von Worten und Sätzen sind stereotyp, außergewöhnlich oder auffällig (weichen von dem ab, was üblich ist)
- Erfinden neuer Wörter oder Ausdrücke
- Formeller und altmodischer Sprachgebrauch
- Verwendung von „du“/„Sie“, wenn man sich auf sich selbst bezieht
- Zu laut/leise/langsam/schnell/viel/wenig sprechen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal B1 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, muss mindestens eine Teilfrage positiv beantwortet sein.

**Teilfrage 4A**

Hatten Sie in der frühen Kindheit eine gleichbleibende oder sich wiederholende Art der Bewegung, zum Beispiel das Hin- und Herbewegen des Körpers?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Auf und ab bewegen des Körpers
- Flattern oder wedeln mit Armen und Händen
- Schnipsen mit den Fingern
- Sich um die eigene Achse drehen
- Zehenspitzengang
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 4B**

Hatten Sie in der frühen Kindheit eine gleichbleibende oder sich wiederholende Art, Gegenstände zu verwenden, zum Beispiel Gegenstände in eine bestimmte Reihenfolge zu bringen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Gegenstände nicht funktional verwenden (in eine bestimmte Reihenfolge bringen)
- Gegenstände drehen oder kreiseln lassen
- Spielzeug aufreihen oder ständig mit sich herumtragen, aber nicht damit spielen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 4C**

Hatten Sie in der frühen Kindheit eine gleichbleibende oder sich wiederholende Art zu sprechen, zum Beispiel indem Sie die Aussagen und Worte anderer wörtlich wiederholten?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Wortwörtliches oder so exakt wie mögliches Wiederholen von Lauten, Worten oder Sätzen anderer, unmittelbar oder zeitlich verzögert
- Rhythmus, Betonung, Intonation der Stimme beim Aussprechen von Worten und Sätzen sind stereotyp, außergewöhnlich oder auffällig (weichen von dem ab, was üblich ist)
- Erfinden neuer Wörter oder Ausdrücke
- Formeller und altmodischer Sprachgebrauch
- Verwendung von „du“/„Sie“, wenn man sich auf sich selbst bezieht
- Zu laut/leise/langsam/schnell/viel/wenig sprechen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal B1 liegt vor in der frühen Kindheit:

Ja      ?      Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, muss mindestens eine Teilfrage positiv beantwortet sein.

**Frage 5****DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 2 für Autismus-Spektrum-Störung****Teilfrage 5A**

Halten Sie hartnäckig an dem Gleichen fest, zum Beispiel durch Schwierigkeiten mit Veränderungen? (Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben? (Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Widerstand gegen Veränderungen (jeden Tag dasselbe essen, dieselbe Kleidung tragen)
- Extreme Anspannung oder Aufgeregtheit bei Veränderungen (Veränderungen in Zeit, Reihenfolge, Umgebung, Aktivitäten, Terminen)
- Veränderungen nur mit großer Mühe durchstehen
- Schwierigkeiten bei Übergangssituationen (umziehen, Jobwechsel, Sommerzeit/Winterzeit, Wechsel der Jahreszeiten, Ferien, Feiertage)
- Schwierigkeiten beim Wechsel zu anderen Aktivitäten
- Starre Denkmuster (Regel ist Regel, Gesetz ist Gesetz, Termin ist Termin, starkes Drängen auf Einhaltung von Regeln)
- Striktes Festhalten an sozialen Umgangsformen (formal)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 5B**

Haben Sie starre (unflexible) Routinen oder ritualisierte Muster in Ihrer Kommunikation und Art zu sprechen, zum Beispiel sehr formelle Begrüßungen? (Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben? (Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Übertrieben, sehr formell oder ausführlich begrüßen
- Übertrieben, sehr formell oder ausführlich (langatmig) etwas erzählen
- Wiederholende Fragen stellen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 5C**

Haben Sie starre (unflexible) Routinen oder ritualisierte Muster in Ihrer Art zu handeln, zum Beispiel Aktivitäten in einer bestimmten Reihenfolge ausführen müssen? (Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben? (Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Aktivitäten in einer bestimmten Reihenfolge und zu festen Zeiten ausführen müssen
- Bedürfnis, stets denselben Weg zu gehen
- Auf- und Ab laufen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal B2 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, muss mindestens eine Teilfrage positiv beantwortet sein.

**Teilfrage 5A**

Hielten Sie in der frühen Kindheit hartnäckig am Gleichen fest, zum Beispiel durch Schwierigkeiten mit Veränderungen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Widerstand gegen Veränderungen (jeden Tag dasselbe essen)
  - Extreme Anspannung oder Aufgeregtheit bei Veränderungen (Veränderungen der Reihenfolge, Umgebung, Aktivitäten, Terminen)
  - Veränderungen nur mit großer Mühe durchstehen
  - Schwierigkeiten bei Übergangssituationen (umziehen, Übergang in die nächste Klasse oder Klassenwechsel, Sommerzeit/Winterzeit, Wechsel der Jahreszeiten, Ferien, Feiertage)
  - Starre Denkmuster (Regel ist Regel, Gesetz ist Gesetz, Termin ist Termin, starkes Drängen auf Einhaltung von Regeln)
  - Striktes Festhalten an sozialen Umgangsformen (formal)
  - Sonstige:
- 

**Teilfrage 5B**

Hatten Sie in der frühen Kindheit starre (unflexible) Routinen oder ritualisierte Muster in Ihrer Kommunikation und Art zu sprechen, zum Beispiel sehr formelle Begrüßungen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Übertrieben, sehr formell oder ausführlich begrüßen
  - Übertrieben, sehr formell oder ausführlich (langatmig) etwas erzählen
  - Wiederholende Fragen stellen
  - Sonstige:
- 

**Teilfrage 5C**

Hatten Sie in der frühen Kindheit starre (unflexible) Routinen oder ritualisierte Muster in Ihrer Art zu handeln, zum Beispiel Aktivitäten in einer bestimmten Reihenfolge ausführen müssen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Aktivitäten in einer bestimmten Reihenfolge und zu festen Zeiten ausführen müssen
  - Bedürfnis, stets denselben Weg zu gehen
  - Auf- und Ab laufen
  - Sonstige:
- 

Merkmal B2 liegt vor in der frühen Kindheit:

Ja      ?      Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, muss mindestens eine Teilfrage positiv beantwortet sein.

**Frage 6**

**DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 3 für Autismus-Spektrum-Störung**

Haben Sie sehr begrenzte, fixierte Interessen, die außergewöhnlich intensiv oder einseitig sind, zum Beispiel intensives Sammeln von Informationen über ein bestimmtes Thema?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Sehr starke Vorliebe für die Beschäftigung mit (un)gewöhnlichen Objekten oder Informationen (Sammeln, Ordnen, Wissenserwerb, Fantasieren)
- Sehr begrenzte Interessen (nur ein Thema oder eine Aktivität)
- Ausgedehnte, hartnäckige Interessen (in Bezug auf die Zeitplanung, nicht pünktlich aufhören können, vollständig davon eingenommen sein)
- Besondere inhaltliche Interessen, die anderen ungewöhnlich erscheinen
- Die Beschäftigung mit den Interessen beeinträchtigt die soziale Interaktion und den eigenen Alltag
- Die Beschäftigung mit den Interessen nimmt in Zeiten von Stress und Anspannung zu
- Die Beschäftigung mit den Interessen reduziert Anspannung (wirkt beruhigend)
- Die Beschäftigung mit den Interessen wirkt zwanghaft
- Eine Störung der Interessen durch andere führt zu Verwirrung, Irritation, Wut, Angst oder Anspannung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal B3 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein

Hatten Sie in der frühen Kindheit sehr begrenzte, fixierte Interessen, die außergewöhnlich intensiv oder einseitig waren, zum Beispiel intensives Sammeln von Objekten?  
(Falls „Ja“): Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Sehr starke Vorliebe für die Beschäftigung mit (un)gewöhnlichen Objekten oder Informationen (Sammeln, Ordnen, Fantasieren)
- Sehr begrenzte Interessen (nur ein Thema oder eine Aktivität)
- Ausgedehnte, hartnäckige Interessen (in Bezug auf die Zeitplanung, nicht pünktlich aufhören können, vollständig davon eingenommen sein)
- Besondere inhaltliche Interessen, die anderen ungewöhnlich erscheinen
- Die Beschäftigung mit den Interessen beeinträchtigt die soziale Interaktion und den eigenen Alltag
- Die Beschäftigung mit den Interessen nimmt in Zeiten von Stress und Anspannung zu
- Die Beschäftigung mit den Interessen reduziert Anspannung (wirkt beruhigend)
- Die Beschäftigung mit den Interessen wirkt zwanghaft
- Eine Störung der Interessen durch andere führt zu Verwirrung, Irritation, Wut, Angst oder Anspannung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal B3 liegt vor in der frühen Kindheit:

Ja      ?      Nein

## Frage 7

### DSM-5(-TR) Kriterium B - Merkmal 4 für Autismus-Spektrum-Störung

#### Teilfrage 7A

Reagieren Sie weniger oder überempfindlich auf Reize, zum Beispiel auf Geräusche, Licht oder Gerüche?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Überempfindlichkeit und/oder extreme Reaktionen auf Schmerz, Temperatur, Geräusche, Licht, Gerüche, Nahrungsmittel, Kleidungsstoffe
- Unempfindlichkeit und/oder Unvermögen Schmerz, Temperatur, Geräusche, Licht, Gerüche zu spüren und zu erkennen
- Berührungen durch andere nicht ertragen oder nur mit großer Mühe aushalten
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Teilfrage 7B

Haben Sie ein ungewöhnliches Interesse an Reizen, zum Beispiel an Geräuschen, Licht oder Gerüchen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

(Wenn dies in der aktuellen Situation nicht beschrieben/erkannt wird: Wie war dies in der Vergangenheit?)

Beispiele

- Visuelle Faszination/Detailwahrnehmung (Licht, Bewegungen)
- Auditive Faszination/Detailwahrnehmung (Geräusche, Musiknoten)
- Übermäßiges Riechen an oder Berühren von Objekten oder Personen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Merkmal B4 liegt vor in der aktuellen Situation (oder in der Vergangenheit): Ja ? Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, muss mindestens eine Teilfrage positiv beantwortet sein.

**Teilfrage 7A**

Reagierten Sie in der frühen Kindheit weniger oder überempfindlich auf Reize, zum Beispiel auf Geräusche, Licht oder Gerüche?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Überempfindlichkeit und/oder extreme Reaktionen auf Schmerz, Temperatur, Geräusche, Licht, Gerüche, Nahrungsmittel, Kleidungsstoffe
- Unempfindlichkeit und/oder Unvermögen Schmerz, Temperatur, Geräusche, Licht, Gerüche zu spüren und zu erkennen
- Berührungen durch andere nicht ertragen oder nur mit großer Mühe aushalten
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Teilfrage 7B**

Hatten Sie in der frühen Kindheit ein ungewöhnliches Interesse an Reizen, zum Beispiel an Geräuschen, Licht oder Gerüchen?

(Falls „Ja“:) Können Sie ein Beispiel dafür geben?

Beispiele

- Visuelle Faszination/Detailwahrnehmung (Licht, Bewegungen)
- Auditive Faszination/Detailwahrnehmung (Geräusche, Musiknoten)
- Übermäßiges Riechen an oder Berühren von Objekten oder Personen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Merkmal B4 liegt vor in der frühen Kindheit:**

Ja ? Nein

Hinweis: Um das Merkmal als vorhanden zu bewerten, muss mindestens eine Teilfrage positiv beantwortet sein.

**Frage 8**

**DSM-5(-TR) Kriterium D für Autismus-Spektrum-Störung**

In welchen Bereichen haben Sie Schwierigkeiten oder sind Sie durch das, was Sie gerade auf die Fragen geantwortet haben, eingeschränkt, zum Beispiel bei der Arbeit?

Beispiele

- Selbstständigkeit/Alltagspraxis
- Partnerschaft/eigene Familie
- Familie/Verwandtschaft
- Soziale Kontakte, Freunde, Bekannte (soziale Isolation)
- Arbeit/Tagesstrukturierung/Ausbildung
- Freizeit, Hobbys, Sport
- Selbstvertrauen/Selbstbild
- Wenig bis keine Schwierigkeiten oder Einschränkungen aufgrund von Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung (was mit sehr viel Aufwand der betroffenen Person(en) verbunden ist, um möglichst optimal zurecht zu kommen)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kriterium D liegt aktuell vor:**

Ja ? Nein

Hinweis: Um das Kriterium als vorhanden zu bewerten, muss mindestens die Frage über die aktuelle Situation positiv beantwortet sein.

*Optional*

In welchen Bereichen hatten Sie in der frühen Kindheit Schwierigkeiten oder waren Sie durch das, was Sie gerade auf die Fragen geantwortet haben, eingeschränkt, zum Beispiel in der Schule?

## Beispiele

- Eigene Familie
- Familie/Verwandtschaft
- Soziale Kontakte, Freunde, Altersgenossen
- Tagesmutter oder Tagesvater/Kindergarten/Grundschule (Beeinträchtigung des Lernprozesses)
- Freizeit, Hobbys, Sport, Spiel
- Selbstvertrauen/Selbstbild
- Ess- und Schlafverhalten, Körperpflege (Haare schneiden, Zahnygiene)
- Wenig bis keine Schwierigkeiten oder Einschränkungen aufgrund von Interventionen, Kompensationsstrategien oder Unterstützung (was mit sehr viel Aufwand der betroffenen Person(en) verbunden ist, um möglichst optimal zurecht zu kommen)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## Formular zur Zusammenfassung der DSM-5(-TR) diagnostischen Kriterien für Autismus-Spektrum-Störung und zugehöriger Merkmale

Geben Sie an, welche DSM-5(-TR) Kriterien A, B und D sowie die zugehörigen Merkmale in der aktuellen Situation, in der Vergangenheit und in der frühen Entwicklungsphase basierend auf den acht Fragen als vorhanden (mit „Ja“) bewertet wurden. Anschließend werden die Merkmale der DSM-5(-TR) Kriterien A und B für ASS pro Kriterium summiert.

Frage	Merkmale/Kriterium	Aktuell oder in der Vergangenheit vorhanden	In der frühen Entwicklungsphase vorhanden
1	A1 Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit		
2	A2 Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, dass in sozialen Interaktionen eingesetzt wird		
3	A3 Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen		
	Summe der Merkmale des DSM-5(-TR) Kriterium A für ASS (Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion)	<input type="checkbox"/> / 3	<input type="checkbox"/> / 3
4	B1 Stereotype oder repetitive motorische Bewegungsabläufe, stereotyper oder repetitiver Gebrauch von Objekten oder von Sprache		
5	B2 Festhalten an Gleichbleibendem, unflexibles Festhalten an Routinen oder an ritualisierten Mustern verbalen oder nonverbalen Verhaltens		
6	B3 Hochgradig begrenzte, fixierte Interessen, die in ihrer Intensität oder ihrem Inhalt abnorm sind		
7	B4 Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ungewöhnliches Interesse an Umweltreizen		
	Summe der Merkmale des DSM-5(-TR) Kriterium B für ASS (Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten)	<input type="checkbox"/> / 4	<input type="checkbox"/> / 4
8	D Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (DSM-5(-TR) Kriterium D für ASS)	<input type="checkbox"/> / 1	

# Formular zur Bewertung und diagnostischen Einschätzung von DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung

1.

Name der zu untersuchenden Person : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Datum Untersuchung : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## NIDA durchgeführt von

Name des/der Untersuchers/in : \_\_\_\_\_  
Funktion des/der Untersuchers/in : \_\_\_\_\_

**NIDA durchgeführt mit** :  zu untersuchende Person  
 Partner/in  
 Familienmitglied  
und zwar: \_\_\_\_\_  
 Betreuer/in, Mentor/in, Coach

2.

## DSM-5(-TR) Kriterium A für Autismus-Spektrum-Störung

Ja Nein

Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg

Aktuelle Situation oder Vergangenheit:

Anzahl Merkmale drei? Ja ? Nein

Frühe Entwicklungsphase:

Anzahl Merkmale drei? Ja ? Nein

## DSM-5(-TR) Kriterium B für Autismus-Spektrum-Störung

Ja Nein

Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten

Aktuelle Situation oder Vergangenheit:

Anzahl Merkmale mindestens zwei? Ja ? Nein

Frühe Entwicklungsphase:

Anzahl Merkmale mindestens zwei? Ja ? Nein

3.

## DSM-5(-TR) Kriterium C für Autismus-Spektrum-Störung

Ja Nein

Die Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen (Sie manifestieren sich möglicherweise aber erst dann, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Möglichkeiten überschreiten. In späteren Lebensphasen können sie auch durch erlernte Strategien überdeckt werden.).

4.

## DSM-5(-TR) Kriterium D für Autismus-Spektrum-Störung

Ja Nein

Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**5.****DSM-5-(TR) Kriterium E für Autismus-Spektrum-Störung**

Ja      Nein

Diese Störungen können nicht besser durch eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) oder eine Allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt werden. Intellektuelle Beeinträchtigungen und Autismus-Spektrum-Störungen treten häufig zusammen auf. Um die Diagnosen Autismus-Spektrum-Störung und Intellektuelle Beeinträchtigung gemeinsam stellen zu können, sollte die soziale Kommunikationsfähigkeit unter dem aufgrund der allgemeinen Entwicklung erwarteten Niveau liegen.

**6.****Bestimmen Sie, ob:**

Mit oder ohne begleitende intellektuelle Beeinträchtigung

Ja      Nein

Falls ja, bestimmen Sie den aktuellen Schweregrad:

- Leicht
- Mittel
- Schwer
- Extrem

Mit oder ohne begleitende sprachliche Beeinträchtigung

Ja      Nein

Falls ja, welche:

---

In Verbindung mit einem bekannten medizinischen oder genetischen Krankheitsfaktor oder einem Umweltfaktor

Ja      Nein

Falls ja, welche:

---

In Verbindung mit einer anderen Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung oder einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung

Ja      Nein

Falls ja, welche:

---

Mit Katatonie

Ja      Nein

Falls ja, codieren Sie zusätzlich F06.1 Katatonie in Verbindung mit Autismus-Spektrum-Störung, um das Vorhandensein einer komorbidien Katatonie anzuzeigen.

**7.****Kontext**

Die mit dem NIDA erhaltenen Informationen wurden im Kontext anderer Untersuchungsmethoden gewichtet.

Ja      Nein

Falls ja, geben Sie diese an:

- Aufnahmegergespräch
- Entwickelungsanamnese
- Heteroanamnese
- Verhaltensbeobachtung
- Neuropsychologische Untersuchung
- Persönlichkeitsuntersuchung
- Intelligenzuntersuchung
- Psychiatrische Untersuchung
- Körperliche Untersuchung
- Sonstige

und zwar: \_\_\_\_\_

## 8.

### Differentialdiagnose oder Komorbidität

Die Merkmale können nicht besser durch das Vorhandensein einer anderen Störung(en) und/oder eines Umgebungs- bzw. Umweltfaktors erklärt werden. Geben Sie anschließend, falls zutreffend, an, welche anderen Störungen und/oder Umgebungs- bzw. Umweltfaktoren differentialdiagnostisch bzw. komorbid vorliegen:

Ja      Nein

- Intellektuelle Beeinträchtigung
- Sozial (pragmatische) Kommunikationsstörung
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Schizophrenie-Spektrum- und/oder andere psychotische Störung
- Bipolare Störung
- Depressive Störung
- Soziale Angststörung
- Generalisierte Angststörung
- Zwangsstörung
- Trauma- und/oder belastungsbezogene Störung
- Dissoziative Störung
- Somatische Belastungsstörung
- Essstörung
- Disruptive, Impulskontroll- und/oder Sozialverhaltensstörung
- Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen
- Neurokognitive Störung
- Persönlichkeitsstörung

Falls ja: \_\_\_\_\_

- Geschlechtsdysphorie, paraphile Störung und/oder sexuelle Funktionsstörung
- Unsichere Bindung
- Missbrauch, Misshandlung und/oder Vernachlässigung
- Körperliche Erkrankung
- Andere Störungen/Probleme

Falls ja: \_\_\_\_\_

## 9.

### DSM-5-(TR) Diagnose Autismus-Spektrum-Störung

Ja      Nein

Diagnostiziert von: \_\_\_\_\_

Funktion:     Psychologe/in

Psychiater/in

Weitere: \_\_\_\_\_

## 10.

### Der aktuelle Schweregrad der DSM-5-(TR) ASS ist bestimmt (p. 66)

Ja      Nein

Falls ja, bestimmen Sie den aktuellen Schweregrad der

Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation:

- Schweregrad 3 „Sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich“
- Schweregrad 2 „Umfangreiche Unterstützung erforderlich“
- Schweregrad 1 „Unterstützung erforderlich“

Falls ja, bestimmen Sie den aktuellen Schweregrad der

eingeschränkten, repetitiven Verhaltensweisen:

- Schweregrad 3 „Sehr umfangreiche Unterstützung erforderlich“
- Schweregrad 2 „Umfangreiche Unterstützung erforderlich“
- Schweregrad 1 „Unterstützung erforderlich“

## Formular zum aktuellen Schweregrad der DSM-5(-TR) Autismus-Spektrum-Störung

Um den Bedarf an Unterstützung für die Bereiche „Soziale Kommunikation“ und „Restriktive, repetitive Verhaltensweise“ mit „Ja“ zu beantworten, müssen für jeden Bereich alle entsprechenden Verhaltensmerkmale mit „Ja“ beantwortet werden auf einer der drei aktuellen Schweregradkategorien.

### **Schweregrad 3** „Sehr Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“

#### **Soziale Kommunikation**

Starke Einschränkungen der verbalen und nonverbalen sozialen

**Ja** Nein  
**Ja** Nein

Kommunikationsfähigkeit verursachen schwerwiegende  
funktionelle Beeinträchtigungen,

und sehr begrenzte Initiierung sozialer Interaktionen

**Ja** Nein

und eine minimale Reaktion auf soziale Angebote von anderen.

**Ja** Nein

*Eine Person mit Autismus-Spektrum-Störung verfügt z. B. über wenige  
Worte verständlicher Sprache, initiiert nur selten Interaktionen, und  
wenn sie dies tut, dann in ungewöhnlicher Form mit der Absicht,  
die eigene Bedürfnissen zu erfüllen. Diese Person reagiert nur auf  
sehr direkte Kontaktaufnahme.*

#### **Restriktive, repetitive Verhaltensweisen**

Unflexibilität des Verhaltens, extreme Schwierigkeiten im Umgang

**Ja** Nein  
**Ja** Nein

mit Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen

**Ja** Nein

mit ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen in allen Bereichen.

**Ja** Nein

Zeigt großes Unbehagen bzw. hat große Schwierigkeiten, den Fokus  
oder die Handlung zu verändern.

**Ja** Nein

## Schweregrad 2

### „Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“

#### Soziale Kommunikation

Ausgeprägte Einschränkungen in der verbalen und nonverbalen sozialen Kommunikationsfähigkeit.

Ja Nein

Die sozialen Beeinträchtigungen sind auch mit Unterstützung deutlich erkennbar,

Ja Nein

reduzierte Initiierung von sozialen Interaktionen oder abnormale Reaktionen auf soziale Angebote von anderen.

Ja Nein

*Eine Person spricht z. B. in einfachen Sätzen, sie verfügt über eine eigenartige nonverbale Kommunikation und die Interaktion beschränkt sich auf begrenzte Spezial-Interessen.*

#### Restriktive, repetitive Verhaltensweisen

Unflexibilität des Verhaltens, Schwierigkeiten im Umgang mit

Ja Nein

Veränderungen oder andere restriktive/repetitive Verhaltensweisen treten häufig genug auf, um auch für den ungeschulten Beobachter offensichtlich zu sein,

Ja Nein

und sie beeinträchtigen das Funktionsniveau in einer Vielzahl von Kontexten

Ja Nein

Zeigt Unbehagen und/oder hat Schwierigkeiten, den Fokus oder die Handlung zu verändern.

Ja Nein

## Schweregrad 1

### „Unterstützung Erforderlich“

#### Soziale Kommunikation

Die Einschränkungen in der sozialen Kommunikation verursachen ohne Unterstützung bemerkbare Beeinträchtigungen.

Ja Nein

Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen sowie einzelne deutliche Beispiele von unüblichen oder erfolglosen Reaktionen auf soziale Kontaktangebote anderer.

Ja Nein

Scheinbar vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen.

Ja Nein

*Die Person ist z. B. in der Lage, in ganzen Sätzen zu sprechen und sich jemandem mitzuteilen, aber ihre Versuche zu wechselseitiger Konversation misslingen, ihre Bemühungen, Freundschaften zu schließen wirken merkwürdig und sind in der Regel erfolglos.*

#### Restriktive, repetitive Verhaltensweisen

Unflexibilität des Verhaltens führt zu deutlichen

Ja Nein

Funktionsbeeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen.

Ja Nein

Schwierigkeiten, zwischen Aktivitäten zu wechseln.

Ja Nein

Probleme in der Organisation und Planung beeinträchtigen die Selbstständigkeit.

Ja Nein



Vuijk, R. (2025). *Niederländisches Interview zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen (NIDA) - Manual und Interview*. Deutsche Übersetzung (Thomas Kuhn) von „Nederlands Interview voor Diagnostiek Autismespectrumstoornis bij volwassenen (NIDA) - Handleiding en Interview (derde, geheel herziene druk)“.  
AutismeSpectrumNederland und Sarr Autisme Rotterdam.