

Autismespektret ud fra ICD-11 og ledsagende diagnoser

Signaturkonference Dag 1
24. november 2025

Psykolog Kirsten Callesen
Psykologisk Ressource Center
www.psyk-ressource.dk

Mail: kca@psyk-ressource.dk

Overordnet struktur og formål

I dette oplæg introduceres den nye ICD-11 forståelsesramme for autismespektrumtilstande, hvor de tidligere underkategorier (fx Asperger og atypisk autisme) er erstattet af ét samlet spektrum.

Oplægget belyser, hvordan ICD-11 både åbner for en bredere og mere inkluderende forståelse – men også skaber nye faglige udfordringer i diagnostik, især i forhold til ledsagende diagnoser som ADHD, angst, depression, spiseforstyrrelser, PTSD og personlighedsforstyrrelser.

Hvad er ICD

ICD står for **International Classification of Diseases**, udviklet af **WHO** som et globalt klassifikationssystem for sygdomme og helbredstilstande.

Den bruges i alle medlemslande – både til klinisk diagnosticering, statistik, sundhedsplanlægning og forskning.

Tidslinje

- **1948:** ICD-6 – første udgave med psykiske lidelser inkluderet.
- **1992:** ICD-10 udgives. Bruges i Danmark fra **1994**.
 - Fokus: symptomlister og adskilte kategorier.
 - Diagnoser som *Aspergers syndrom* og *hyperkinetisk forstyrrelse* defineres tydeligt.
- **2018:** ICD-11 vedtages af WHO's generalforsamling.
- **2022:** ICD-11 træder i kraft internationalt.
- **202?:** Danmark forventes at implementere ICD-11 fuldt i psykiatrien og børneområdet.

Overordnet struktur og formål

ICD-10 (1992): Bygger på et mere **diagnosebaseret** og symptom tungt system, hvor man klassificerer ud fra klare kriterier. Diagnoser er ofte adskilte og hierarkiske.

ICD-11 (2022, Danmark fra 202?): Er mere **dimensionalt og funktionelt**, med fokus på **spektrum forståelse**, overlap og grad af funktionspåvirkning frem for “enten/eller”.

ICD-11 er ikke kun en opdatering – det er et **paradigmeskifte**:

- fra sygdomsfokus til **funktionel profilering**,
- fra “afvigelse” til **neurodiversitet**,
- fra diagnose som et mærkat til **diagnose som et redskab til forståelse og støtte**.

ICD-10 – Diagnosekriterier for infantil autisme (F84.0)

A. Afvigende/forstyrret udvikling før 3-årsalderen

Der skal have været udviklingsafvigelser på mindst ét af følgende områder før 3-årsalderen:

- Socialt samspil
- Kommunikativ udvikling (sprogforståelse eller udtryk)
- Symbolsk eller fantasileg

B. Kvalitative afvigelser i socialt samspil (mindst 2)

Mindst **2 af følgende 4**:

1. Mangelfuld brug af øjenkontakt, mimik, kropsholdning og gestik i socialt samspil
2. Svækket evne til at udvikle jævnaldrende relationer
3. Manglende spontan deling af glæde, interesser eller aktiviteter
4. Manglende social og emotionel gensidighed

ICD-10 – Diagnosekriterier for infantil autisme (F84.0)

C. Kvalitative afvigelser i kommunikation (mindst 1)

Mindst **1 af følgende**:

1. Forsinket eller manglende udvikling af talesprog – uden forsøg på at kompensere via gestik eller mimik
2. Vanskeligheder ved at opretholde en samtale med andre
3. Stereotyper og gentagelser i tale
4. Manglende spontan fantasileg eller social imitationsleg

D. Begrænsede, stereotype og repetitive mønstre (mindst 1)

Mindst **1 af følgende**:

1. Intens optagethed af særinteresser med abnormt fokus eller intensitet
2. Tvangsmæssig fastholden af ikke-funktionelle rutiner eller ritualer
3. Stereotype og gentagne motoriske bevægelser
4. Vedvarende fascination af dele af objekter

ICD-10 – Aspergers syndrom (F84.5)

Kendetegn:

- Atypisk socialt samspil
- Snævre, intense interesser
- Ingen forsinkelse i sprogudvikling
- Normal intelligens
- Ofte motorisk klodsethed

ICD-10 vs. ICD-11 – Autisme & Asperger

ICD-10	ICD-11
Opdeling i underkategorier: <ul style="list-style-type: none"> • Infantil autisme • Aspergers syndrom • Atypisk autisme 	Én samlet diagnose: Autismespektrumtilstand
Aspergers syndrom = særskilt diagnose	Aspergers eksisterer ikke som diagnose
Krav om symptomer før 3-årsalderen	Livslang udviklingsprofil – ikke altid tydeligt før senere
Klare minimumsantalskrav for symptomer	Ingen faste antalskrav
Autisme og ADHD udelukker hinanden	Autisme og ADHD kan diagnosticeres samtidig
Fokus på adfærd og barndom	Fokus på spektrum, variation og compensation
Mest fokus på børn	Fokus på både børn, unge og voksne

Hvorfor ændringen?

ICD-10 blev kritiseret for:

at være **for rigid og kategorisk**,

at **overse overlap** mellem tilstande (særligt autisme/ADHD),

at **underrepræsentere kvinder** og atypiske profiler,

og for at **mangle funktionelt fokus** (dvs. hvad personen faktisk kan i hverdagen).

ICD-11 er derfor udviklet med:

neurodiversitet, livslang udvikling og funktion som centrale nøglebegreber,

mulighed for **kombinationer og grader**,

og et mere **menneskeligt, tværfagligt sprog**.

Autismespektret i ICD-11 – hvad har egentlig ændret sig?

– Fra underkategorier til spektrum

– Fra barndomsdiagnose til livslang neuroprofil

Eksempler på støttebehov i ICD-11-logik

Profil	Typisk støttebehov
Lav IQ + sprogforstyrrelse	Struktur, sanseintegration, visualisering, forudsigelighed
Høj IQ + maskering	Aflastning, tryghed, spejling, mulighed for at “være uden facade”
ADHD-komorbiditet	Kropslige reguleringsstrategier, energiøkonomi, aktivitetsplanlægning
Sensorisk sårbarhed	Tilpasset miljø, auditiv og visuel afskærmning
Voksne med udmattelse	Anerkendelse af livslang profil, realistiske rammer og restitution

Udviklingsforstyrrelser ICD-10 - Autisme opdeles i flere diagnoser:

- F84.0 Infantil autisme
- F84.1 Atypisk autisme
- F84.5 Aspergers syndrom
- F84.8/9 Andre/uspecificerede gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Diagnosen afhænger af **alder ved debut, sprogudvikling og kognitiv profil.**

Autismespektrumforstyrrelser ICD-11 - Alt samles under én fælles diagnose:

- **6A02 – Autism Spectrum Disorder (ASD)**

Underinddeles i **specifikatorer:**

- Med/uden intellektuel funktionsnedsættelse
- Med/uden funktionsnedsættelse i sprog
- Med/uden tilknyttede psykiske eller somatiske tilstande

Fokus på **sværhedsgrad** og **støttebehov** frem for underdiagnoser.

ICD-11 anerkender **meget større variation** i profil og præsentation – fx mellem køn, udviklingsniveau og livsfase.

Opsummering forskelle i diagnoser

Område	ICD-10	ICD-11
Struktur	Diagnoser i adskilte kategorier	Spektrum og dimensioner
Autisme	Flere underdiagnoser (autisme, Asperger, atypisk)	Én autismespektrumforstyrrelse med specifikatorer
ADHD	Hyperkinetisk forstyrrelse (kræver begge hovedsymptomgrupper)	ADHD med tre præsentationstyper
Personlighedsforstyrrelse	10 typer	Én overordnet med trækdomæner
PTSD	Én diagnose	PTSD + kompleks PTSD
Fokus	Symptomer og kategorier	Funktion, kontekst og støttebehov

ICD-11 vs. DSM-5: Forskellene

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Område	ICD-11	DSM-5
Fokus	Funktion og støttebehov	Diagnostisk opfyldelse
Sværhedsgrad	Beskrives funktionelt	Angives som Level 1–3
Sprog/IQ	Specificeres direkte	Indgår indirekte
Autisme + ADHD	Tilladt	Tilladt
Klinisk tilgang	Fleksibel	Mere manualbaseret

ICD-11: Kernekriterier for Autisme (6A02)

Autismespektrumforstyrrelse i ICD-11 defineres ved:

1. Vedvarende vanskeligheder i

1. social interaktion
2. social kommunikation

2. Begrænsede, repetitive og infleksible mønstre i

1. adfærd
2. interesser
3. Aktiviteter

3. Symptomer til stede fra tidlig udvikling

4. Medfører funktionspåvirkning i hverdagen

Diagnosekriterier autisme – DSM 5

A: Vedvarende problemer med social kommunikation og social interaktion

A1: Social emotionel gensidighed

A2: Nonverbal kommunikation, adfærd og forståelse (egen og andres)

A3: Udvikling og vedligeholde relationer og interesse for det

B: Restriktive gentagende mønstre i adfærd, interesser og aktiviteter

B1: Stereotype eller gentagende bevægelser

B2: Insistere på "sameness", ufleksibel ift. rutiner, (rutiner, forandring, skift)

B3: Særligt begrænsede interesser som er anderledes i fokus eller intensitet

B4: Hypo- eller hypersensitivitet (sanseforstyrrelser, optaget af særlige dufte eller ting)

C: Til stede fra barnsben, men evt. maskeret af tillærte strategier eller først tydelige når krav overstiger kapacitet

D: Symptomer skal forårsage vanskeligheder socialt, arbejdsmæssigt, eller øvrige funktionsniveau

Diagnosekoder for Autismespektrumforstyrrelse ICD-11

Tabellen viser diagnosekoder svarende til de kategorier, der fremkommer, når specifikationer for de samtidigt forekommende diagnoser "Intellektuel udviklingsforstyrrelse" og "Svækket funktionel sprogforståelse/funktionel sprogforstyrrelse" anvendes.

	Med mild eller ingen forstyrrelse af funktionelt sprog	Med svækket funktionelt sprog	Med totalt, eller næsten totalt, fravær af funktionelt sprog
Uden "Intellektuel udviklingsforstyrrelse"	6A02.0	6A02.2	_____
Med "Intellektuel udviklingsforstyrrelse"	6A02.1	6A02.3	6A02.5

6A02.Y Anden Specificeret "Autismespektrumforstyrrelse" kan anvendes, hvis de ovenstående kriterier ikke er relevante.

6A02.Z "Autismespektrumforstyrrelse, uspecificeret" kan anvendes hvis ovenstående kriterier er ukendte.

Case 1 - dreng, 4 år – lav IQ og sprogforsinkelse

ICD-10:

Ville sandsynligvis få diagnosen **F84.0 Infantil autisme**, da han har markant forsinket sprog, manglende fælles opmærksomhed og stereotype bevægelser.

ICD-11:

Samme barn beskrives som **Autismespektrumforstyrrelse med intellektuel funktionsnedsættelse og med funktionsnedsættelse i sprog (6A02.2)**.

Der fokuseres på hans *støttebehov* – fx hjælp til daglig struktur, kropslig forudsigelighed og visuel kommunikation.

Forældrene oplever, at diagnosen i ICD-11 bedre fanger barnets *hele profil* og ikke kun ser ham som “infantil autist”.

Case 2 – pige, 7 år – normal/høj IQ, sprogudviklet



ICD-10:

Ville ofte **ikke få en diagnose**. Hun taler flydende, klarer sig fagligt godt, men bryder sammen efter skoledagen, har rigide rutiner og ekstrem følsomhed over for lyde. Måske ville man kalde det “angst” eller “social tilbageholdenhed”.

ICD-11:

Bliver vurderet som **Autismespektrumforstyrrelse uden intellektuel funktionsnedsættelse og uden funktionsnedsættelse i sprog (6A02.0)**.

Den kliniske beskrivelse fremhæver hendes subtile vanskeligheder med social fleksibilitet, sensorisk regulering og kravfølsomhed – og viser, hvordan hendes *kompenserende strategier* dækker over autistiske træk.

Her bliver *maskeringen* og *overbelastningen* en del af profilen.

Case 3 – pige, 16 år – høj IQ, sensorisk sensitiv, introvert



ICD-10:

Ville måske få diagnosen **Atypisk autisme (F84.1)**, fordi hun udviklede sprog normalt og ikke opfylder alle klassiske kriterier. Nogle steder ville man kalde det “Aspergers syndrom”, andre “ingen diagnose”.

ICD-11:

Beskrives som **Autismespektrumforstyrrelse uden intellektuel funktionsnedsættelse, uden sproglig funktionsnedsættelse, med ledsagende angst.**

Hendes stressreaktioner, skolefravær og behov for kontrol kan forstås som *autistiske stressreaktioner* – ikke personlighed eller angst alene.

ICD-11 muliggør, at man ser *den feminine præsentation* som en del af spektret, ikke en undtagelse.

Case 4 – mand, 30 år – lavere kognitivt niveau, arbejdende i beskyttet beskæftigelse

ICD-10:

Kunne være klassificeret med **Atypisk autisme** eller **uspecificeret gennemgribende udviklingsforstyrrelse (F84.9)**, afhængig af sprogniveau.

ICD-11:

Beskrives som **Autismespektrumforstyrrelse med intellektuel funktionsnedsættelse, uden sproglig funktionsnedsættelse (6A02.1)**.

ICD-11 giver mulighed for at vurdere hans funktion i kontekst:
god rutineevne, brug for støtte til planlægning og sociale koder – frem for blot at vurdere ham ud fra IQ.

Case 5 – pige, 7 år – høj IQ, sprogdudviklet

ICD-10:

Ville ofte slet ikke få diagnose. Læreren beskriver hende som “urolig og dagdrømmende”.

Hvis der blev udredt, kunne man vælge **F90.0 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD**, men hendes drømmende, indadvendte stil passede dårligt.

ICD-11:

6A02.0 Autismespektrumforstyrrelse uden intellektuel eller sproglig funktionsnedsættelse.

6A05.0 ADHD – primært uopmærksom præsentation.

Pigen fremstår som “stille”, men kæmper med mental overstimulering og social udmattelse. ICD-11 gør det muligt at beskrive *overlap*, fx hyperfokus, følelsesintensitet og behov for kontrol – som både kan være autistiske og ADHD-relaterede.

Eksempel: Hun mister overblik, når regler ændres, men kan koncentrere sig i timevis om dyr og tegning.

Case 6 – dreng, 15 år – normal IQ, gode sproglige evner

ICD-10:

Typisk **F84.5 Aspergers syndrom**.

Hvis han også var meget rastløs og talte uafbrudt, ville man måske overveje hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, men **den kombination blev sjældent brugt**.

ICD-11:

6A02.0 Autismespektrumforstyrrelse uden intellektuel eller sproglig funktionsnedsættelse.

6A05.3 ADHD – kombineret præsentation.

ICD-11 beskriver, hvordan de to tilstande kan *forstærke hinanden*: vanskeligheder med social timing (autisme) og impulsiv tale (ADHD).

Diagnosen bruges til at forklare *reguleringsmønsteret*, ikke blot adfærd.

Eksempel: Han afbryder konstant i klassen, ikke for at være uhøflig, men fordi idéerne vælter frem og han mangler hæmning.

Case 7 – kvinde, 42 år – universitetsuddannet, udbændt



ICD-10:

Ofte fejldiagnosticeret som **emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F60.3)** eller “angst/depression”.

Hvis hun blev udredt, kunne hun måske få **Aspergers syndrom (F84.5)**, men uden mulighed for samtidig ADHD-diagnose.

ICD-11:

6A02.0 Autismespektrumforstyrrelse uden intellektuel eller sproglig funktionsnedsættelse, med ledsagende angst og depression.

6A05.1 ADHD – primært uopmærksom præsentation.

ICD-11 anerkender den *maskerede* ADHD hos kvinder: overansvarlighed, udmattelse, perfektionisme, vanskeligheder med opmærksomhedsskift.

Samtidig fremhæves *livslang reguleringsproblematik* som fællesnævner for begge tilstande.

Eksempel: Hun har altid klaret sig ved at overforberede sig og kontrollere alt. Da kravene i arbejdslivet steg, faldt energien sammen. ICD-11 giver mulighed for at inddrage hendes egen fortælling og oplevede støttebehov – ikke kun symptomer.

Hvad er det nye system i ICD-11 ift personlighed?

Hvor ICD-10 spurgte:

Hvilken type personlighedsforstyrrelse har denne person?

så spørger ICD-11:

1. Personlighedsforstyrrelse (ja/nej)

Hvor alvorlig er personlighedsforstyrrelsen – og hvilke træk dominerer?

1. Sværhedsgrad

- **Let** Personlighedsforstyrrelse
- **Moderat** Personlighedsforstyrrelse
- **Svær** Personlighedsforstyrrelse

(50.7 Personlighedsvanskeligheder)

ICD-10 Kategorier

F60.0 Paranoid

F60.1 Skizoid

F60.2 Dyssocial

F60.3 Emotionel ustabil (borderline)

F60.4 Histrionisk

F60.5 Tvangspræget

F60.6 Ængstelig-Evasiv

F60.7 Dependent

F60.8 Anden type

F60.9 Uspecificeret

ICD- 11 Tillægskoder (specifiers)

Man beskriver personligheden ud fra disse 5 domæner:

11.0 Negativ Affektivitet

(emotionel ustabilitet, sårbarhed, angstpræget)

11.1 Tilbagetrækning

(social tilbagetrækning, følelsesmæssig distance, lukkethed)

11.2 Dyssocialitet

(mangel på empati, udnyttelse, dominans)

11.3 Mangelfuld hæmning

(impulsivitet, lav selvkontrol)

11.4 Anankasme

(rigiditet, perfektionisme, kontrolbehov)

11.5 Borderline Mønster

Autistiske træk – eller personlighedstræk?

ICD-11 personlighedstræk	Kan ligne autisme	Hvordan skelner vi?
Detachment (tilbagetrækning)	Social tilbagetrækning, behov for alenetid	Er det livslangt, sansestyret og energirelateret?
Anankasti (rigiditet, perfektionisme)	Behov for forudsigelighed, faste rutiner	Er det regulering og tryghed – eller kontrol over andre?
Negative affektivitet (emotionel ustabilitet)	Overvældelse, stressreaktioner, sammenbrud	Er det et nervesystemsvar eller personlighedsdynamik?
Disinhibition (impulsivitet)	ADHD-træk, nedsat impulshæmning	Er det neurobiologisk belastning eller mønster i relationer?

ICD-11 understreger:

Hvis trækkene bedst forklares ved en neurodevelopmental tilstand → **personlighedsforstyrrelse bør ikke gives først**

Mille, 17 år – autisme vs. personlighed

Trækker sig fra relationer, får følelsesmæssige udbrud, opleves som “manipulerende”, henvises med mistanke om borderline

Ved udredning fremkommer:

Sensoriske vanskeligheder siden 3-årsalderen, stor udtrætning efter sociale aktiviteter, overstimuleres i skolen, har altid haft svært ved skift og krav

Konklusion:

Autisme + stressreaktion
ikke personlighedsforstyrrelse

Ekstra refleksion:

Hendes følelsesudbrud var ikke relationelle spil – de var reguleringskollaps.

Jonas, 22 år – anankasti vs. autistisk rigiditet

Meget perfektionistisk, stærk kontrol over hverdagsrutiner, bliver vred ved ændringer

Mistænkt anankastisk personlighedsforstyrrelse

Ved udredning fremkommer:

Ritualer som regulering ved stress

Ekstrem sensitivitet for støj

Stor udtrætning i sociale sammenhænge

Familiebeskrivelser af “følsom og systematisk” siden barndom

Konklusion:

Autisme + angst

ikke personlighedsforstyrrelse

Mange træk i ICD-11's personlighedsdomæner overlapper direkte med autistiske træk

ICD-11 personlighedstræk	Kan ligne autisme
Tilbagetrækning	Social tilbagetrækning, introspektion
Anankasme	Rigiditet, kontrol, behov for forudsigelighed
Negative Affektivitet	Følelsesmæssig intensitet, overvældelse

Bach & Vestergaard advarer kraftigt imod i deres artikel:

Unge – især piger – med autisme kan fremstå som personlighedsforstyrrede i ICD-11, hvis man ikke foretager en grundig udviklingsvurdering. En personlighedsforstyrrelse må **ikke** stilles, hvis personlighedstrækkene bedre kan forklares ved en autismespektrumtilstand.

Autisme og traumer

– når udvikling og belastning flettes sammen

Autisme & traumer – overlap og forskel

Autistiske mennesker har øget risiko for traumatisering

Sociale nederlag, misforståelser og sensorisk overload kan være *traumatiserende*

Traumesymptomer kan ligne autistiske træk

Men autisme er en neurodevelopmental tilstand – traumer er en belastningsreaktion

Typisk overlap:

Tilbagetrækning, overfølsomhed, vrede og nedsmeltninger, undgåelsesadfærd, dysregulering

Vigtigt skel i ICD-11:

Autisme: livslangt mønster fra tidlig udvikling

Traume: reaktion på hændelser og belastning

Sarah, 14 år

Diagnosticeret med PTSD efter mobning

Trækker sig socialt

Angst for høje lyde

Søvnproblemer

Nedsmeltninger efter skole

Ved udredning fremkommer:

Sensorisk sårbarhed siden før skolestart

Små sammenbrud allerede i børnehaven

Kompensatorisk tilpasning i klassefællesskab

Forståelse:

Autisme + udviklingstraumer – ikke kun PTSD

Autisme & spiseforstyrrelser – mere end kropsfokus

Hos mange autistiske piger og kvinder handler spiseforstyrrelsen ikke primært om krop

Men om: Kontrol, struktur, regulering, sanseundgåelse, overbelastning

Typiske overlap:

Rigide rutiner, sort-hvid tænkning, kontrolbehov, sensorisk følsomhed, social tilbagetrækning

ICD-11 perspektiv:

Spiseforstyrrelsen kan være ledsagende

Men grundstrukturen kan være en autismeprofil

Laura, 18 år

Diagnosticeret med anoreksi som 15-årig

Meget rigid omkring måltider

Angst ved nye fødevarer

Social isolation

Høj perfektionisme

Ved forløb fremkommer:

Alvorlige sensoriske vanskeligheder

Eksekutive vanskeligheder

Overbelastning i skolemiljø

Maskering i sociale situationer

Forståelse:

Autisme + spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelsen som reguleringsstrategi, ikke kun kropsideal.

Jonas, 22 år – Anankasme vs. autistisk rigiditet

Meget perfektionistisk, stærk kontrol over hverdagsrutiner, bliver vred ved ændringer

Mistænkt personlighedsforstyrrelse med anankasme

Ved udredning fremkommer:

Ritualer som regulering ved stress

Ekstrem sensitivitet for støj

Stor udtrætning i sociale sammenhænge

Familiebeskrivelser af “følsom og systematisk” siden barndom

Konklusion:

Autisme + angst

ikke personlighedsforstyrrelse



PERSPECTIVE OPEN



Autism spectrum disorder in ICD-11—a critical reflection of its possible impact on clinical practice and research

Inge Kamp-Becker¹✉

© The Author(s) 2024

This perspective article compares and contrasts the conceptualization of Autism Spectrum Disorder (ASD) in ICD-11 and DSM-5. By guiding the user through the ICD-11 text, it is argued that, in contrast to DSM-5, ICD-11 allows a high variety in symptom combinations, which results in an operationalization of ASD that is in favor of an extreme diverse picture, yet possibly at the expense of precision, including unforeseeable effects on clinical practice, care, and research. The clinical utility is questionable as this conceptualization can hardly be differentiated from other mental disorders and autism-like traits. It moves away from an observable, behavioral, and neurodevelopmental disorder to a disorder of inner experience that can hardly be measured objectively. It contains many vague and subjective concepts that lead to non-falsifiable diagnoses. This bears a large danger of false positive diagnoses, of further increased prevalence rates, limitations of access to ASD-specific services and of increasing the non-specificity of treatments. For research, the hypothesis is that the specificity of ASD will be reduced and this will additionally increase the already high heterogeneity with the effect that replication of studies will be hampered. This could limit our understanding of etiology and biological pathways of ASD and bears the risk that precision medicine, i.e., a targeted approach for individual treatment strategies based on precise diagnostic markers, is more far from becoming reality. Thus, a more precise, quantitative description and more objective measurement of symptoms are suggested that define the clinical ASD phenotype. Identification of core ASD subtypes/endophenotypes and a precise description of symptoms is the necessary next step to advance diagnostic classification systems. Therefore, employing a more finely grained, objective, clinical symptom characterization which is more relatable to neurobehavioral concepts is of central significance.

Molecular Psychiatry (2024) 29:633–638; <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02354-y>

1. Diagnosen er blevet meget bred – måske for bred

ICD-11 har gjort autismediagnosen langt mere rummelig. Det betyder i praksis, at der er rigtig mange mulige symptomkombinationer – faktisk over **300 forskellige kombinationer**, der formelt kan føre til en autismediagnose.

Det kan på den ene side være positivt, fordi flere mennesker med atypiske eller sene profiler nu bliver set.

Men konsekvensen er også, at:

Diagnosen mister noget af sin **præcision**

Den bliver sværere at afgrænse fra fx angst, personlighedsforstyrrelser, ADHD og stressrelaterede tilstande

Risikoen for **falsk positive diagnoser** øges

Samtidig kan det føre til, at nogle mennesker, som virkelig har brug for autismespecifik støtte, får **sværere adgang** – fordi systemet bliver mere presset

Kamp-Becker peger på, at ICD-11 i sin iver efter rummelighed mister **diagnostisk specificitet**.

2. Fra observerbar adfærd til “indre oplevelse”



ICD-11 bevæger sig væk fra:

Autisme som en **observerbar, adfærdsmæssig, neuroudviklingsmæssig tilstand** og over imod Autisme som noget, der i høj grad beskrives som en **indre oplevelse og identitet**.

ICD-11 bevæger sig fra en medicinsk model mod en social-identitetsmodel, som er langt sværere at måle objektivt – fordi begreber som fx “kompensation” og “maskering” bliver brugt, uden at være klart defineret.

Det betyder, at diagnosen i værste fald bliver:

Mindre efterprøvbar

Mindre falsificerbar

Mere afhængig af tolkning

Det er vigtigt, fordi diagnoser ikke kun er identitet – de er også adgang til hjælp, støtte og behandling.

3. Kompensation og maskering – uden klare grænser



ICD-11 lægger stor vægt på, at mange autistiske mennesker kan kompensere så godt, at deres vanskeligheder ikke er åbenlyse.

Det genkender vi alle – især hos piger og kvinder.

Men problemet er, at:

Der **findes ingen fælles, fagligt afgrænset definition** af compensation og maskering.

Det bliver brugt som forklaring på alt det, der ikke kan ses.

Dermed risikerer man, at diagnoser gives selv uden tydelige observerbare tegn.

Kamp-Becker advarer om, at dette kan føre til det, ICD-10 kalder **“quasi-autisme”** – altså en form for udvandet autismedefinition, hvor næsten alt kan forklares ind i autismespektret.

4. Sløret grænse mellem autisme og andre diagnoser



ICD-11 nævner mange tilstande som “typiske ledsagere” ved autisme: Angst, social angst, skolevægring, depression, fobier, stress-reaktioner.

Men problemet er, at hvis alt dette kan være en del af autisme – hvordan adskiller vi så autisme fra fx: angstlidelser, tilknytningsforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, traumereaktioner?

Kamp-Becker skriver, at ICD-11 risikerer at udviske forskellen mellem autisme og autismelignende træk i andre lidelser.

Og hun formulerer det meget skarpt:

Hvis alle sociale vanskeligheder forstås som potentielt autistiske træk, bliver differentiering mellem diagnoser næsten umulig.

5. Risiko for tab af de mest sårbare

Et andet vigtigt kritikpunkt er, at ICD-11 – måske utilsigtet – kommer til at fokusere mest på: Velfungerende, kognitivt stærkere, sen-diagnosticerede voksne.

Og dermed risikerer at:

Skubbe børn med svær autisme, udviklingshæmning og lavfunktion længere ud i periferien. Gøre dem mindre “synlige” i forskning og praksis.

Hun advarer direkte mod, at det “prototypiske” barn kan blive overset, fordi fokus flyttes til de mere verbale og kompensatoriske profiler.

6. Konsekvenser for forskning og behandling

Hvis diagnosen bliver for bred og for heterogen, får det også store forskningsmæssige konsekvenser:

Studier bliver sværere at sammenligne.

Effekter bliver svagere.

Sammenhænge mellem autisme og neurobiologi bliver utydelige.

Vejen mod mere målrettet behandling og “precision medicine” bliver længere.

Kamp-Becker understreger, at øget heterogenitet kan mindske vores forståelse af autisms biologiske og psykologiske mekanismer.

7. Det konstruktive forslag

Hun slutter ikke bare med kritik, men med en vision!

Vi har brug for:

- Mere præcis symptom-beskrivelse
- Klarere definition af kernetræk
- Bedre sammenkobling mellem klinik og neurobiologi
- En bevægelse væk fra et diffust “spektrum” og hen imod mere nuancerede, men samtidig afgrænsede profiler

Altså: ikke mindre plads – men **mere præcision i pladsen**

Hvordan opnår vi større præcision?

Veje til større præcision:

- Udviklingshistorie
- Sanseprofil
- Regulering og stressrespons
- Eksekutive funktioner
- Kombination med ADHD, angst m.m.
- Biologisk forskning

Det kritiske spørgsmål

Når ICD-11 tillader:

Symptomer der kun ses “retrospektivt”, og symptomer der “må være skjult pga. kompensation”

Hvordan skelner vi da mellem:

- Autisme • Autismelignende træk • Traume • Angst • Personlighedsstruktur

Hovedkritik af ICD-11's autismekoncept

Kliniske bekymringer

- ICD-11 definerer autisme ud fra mange mulige (men ikke obligatoriske) træk.
- Ingen klar vejledning om, hvor mange symptomer der kræves.
- Vanskeligere at skelne autisme fra andre psykiske lidelser og autismealignende træk.
- Bevægelse fra en observerbar, neuroudviklingsmæssig forstyrrelse
→ mod en mere subjektiv “indre oplevelse” / identitetsforståelse.
- Risiko for **ikke-falsificerbare diagnoser** (alt kan forklares som compensation eller sen erkendelse).
- Risiko for flere **falsk-positive diagnoser** og stigende prævalens.
- Risiko for mindre adgang til autismespecifik støtte.

Forskningsmæssige bekymringer

- ICD-11 øger heterogeniteten i autismegruppen.
- Sværere at sammenligne og replikere forskning.
- Risiko for svækket forståelse af autismebiologi og ætiologi.
- Problematisk for udviklingen af **præcisionsmedicin**, som kræver mere præcise diagnostiske afgrænsninger.

Hvorfor har vi brug for større præcision i udredning

En bred diagnose («spektrum») rummer mange forskellige profiler og dermed forskellig støttebehov.

Jo mere heterogen gruppen er, desto vanskeligere er det at lave forudsigelser og målrette støtte eller behandling.

Præcision betyder her: at kunne sige *hvilket undermønster* af autisme og relaterede neuroudviklingstilstande en person har — og derfra tilpasse støtte bedst muligt.

Vigtige veje til større præcision

1. Biologiske og neurofysiologiske markører

Forskning viser, at “biomarkører” (fx genetiske varianter, hjernenetværk, øjenbevægelser) kan hjælpe med at afgrænse undergrupper.

Eksempel: Øjentracking hos små børn har vist, at autistiske børn i nogle tilfælde viser præferencer for geometriske former frem for sociale billeder – hvilket kan være en tidlig markør.

Genetisk forskning viser tusindvis af varianter, som hver for sig bidrager med lille effekt — men samlet kan de hjælpe med at definere biomedicinske subtyper.

Vigtige veje til større præcision

2. “Multi-omics” og systembiologisk tilgang

“Multi-omics” = brug af genetiks, epigenetik, metabolisme, hjerne-imaging etc. for at få et helhedsbillede.

Systembiologi betyder, at vi ser autisme som resultat af **mange systemer**, ikke kun adfærd.

Denne tilgang kan hjælpe med at skabe systematiske profiler: fx “autisme med sensorisk overfølsomhed og eksekutive vanskeligheder” vs. “autisme med høj sprogfunktion og social maskering”.

Vigtige veje til større præcision

3. Tidlig identifikation og udviklingsprofil

Jo tidligere vi kan identificere en neuroprofil, desto større mulighed for målrettet støtte og bedre resultat.

Eksempel: Hjerneimaging data hos spædbørn viser forskelle i hjernens vækstmønstre, der senere relaterer til autisme.

At kende udviklingsforløbet tidligt gør diagnosen mere præcis: man ved hvad der *har* været – ikke bare hvad man *er lige nu*.

.

Vigtige veje til større præcision

4. Klinisk stratificering og tilpasset støtte

Præcision betyder ikke blot “mere diagnose” – men “rigtig diagnose for den enkelte” + “rigtig støtte for den enkelte”.

Det handler om at kunne sige: “Denne person passer bedst med profil A – de har behov for støtte X, Y og Z.”

Og omvendt: At kunne sige, hvornår en person ikke passer med typisk autisprofil og måske har noget andet eller supplerende diagnoser.

Vigtige veje til større præcision

5. Brug af teknologi og maskinlæring

Dataanalyser, kunstig intelligens og store databaser gør det muligt at identificere mønstre, som menneskelig vurdering alene ikke opdager.

Eksempel: neuroimaging + AI kan i nogle studier adskille autistiske og ikke-autistiske hjerner med høj nøjagtighed – stadig primært i forskning.

Det giver fremtidsperspektiv: ikke bare “adfærd + interviews” men “adfærd + biologi + algoritme”.

Vigtige veje til større præcision

Præcision er ikke modsat rummelighed – den er *nødvendig* for at rummeligheden kan virke.

ICD-11's brede spektrum kræver, at vi arbejder mere med præcision: ikke for at ekskludere, men for bedre at kunne hjælpe.

For autister betyder det, at diagnosen ikke kun er et navn – men en vej til at finde “hvilken støtte virker for mig”.

For fagpersoner betyder det, at diagnosearbejdet må være mere multidimensionelt: adfærd + udvikling + biologi + støtteprofil.

Teknologiske og biologiske fremskridt gør ikke autisme til “pure biologi” – men de giver os nye værktøjer til at forstå variationen i autisme.

Litteraturliste

1. Toward Precision Medicine in Autism Spectrum Disorders (Beversdorf mfl., 2016) — Fokus på, hvordan autisms store variation kræver individuel målretning og biomarkører frem for blot symptomklassifikation. [PMC](#)
2. Translating precision medicine for autism spectrum disorder (Pérez-Cano mfl., 2023) — Oversigtsartikel der sammenfatter genetisk, molekylær og klinisk heterogenitet hos autisme og giver tendenser for fremtidens diagnostik. [ScienceDirect](#)
3. Emerging biomarkers in autism spectrum disorder (Frye mfl., 2019) — Systematisk gennemgang af biomarkører (immunologi, metabolisme, øjenbevægelser mv.) med vurdering af evidensstyrke. [Annals of Translational Medicine](#)
4. Genomics and multiomics in the age of precision medicine (Mani mfl., 2025) — Beskriver “multi-omics” tilgangen (genetik + epigenetik + metabolisme) og hvordan den kan bidrage til at skabe mere præcise underprofiler. [Nature](#)
5. Genetic Testing in Neurodevelopmental Disorders (Savatt & Myers, 2021) — Gennemgang af genetisk testning ved autismspektrum og hvordan genetisk information kan forbedre prognose og støttevalg. [Frontiers](#)