

Statusartikel

Diagnostik af psykiske lidelser hos børn og unge voksne

Ida-Marie Mølstrøm^{1, 2, 3} & Rasmus Handest⁴

1) Forskningsenheden Psykiatrien Øst (Roskilde), Midt og Vestsjællands Hospital, 2) Ambulatorium for unge B395, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center – Hillerød, 3) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 4) Psykiatrisk Center Amager, Amager og Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2026;188:V05260381. doi: 10.61409/V05260381

HOVEDBUDSKABER

- Psykiske symptomer er i sig selv ofte uspecifikke, men får diagnostisk betydning i sammenhæng med funktionsniveau, livshistorie og aktuel situation.
- Diagnostisk interview kræver psykopatologisk viden og træning.
- Diagnostik er en klinisk intervention i sig selv, som guider forståelse og behandling.

En 18-årig mand blev henvist til psykiatrien grundet selvmordstanker, koncentrationsbesvær og et betydeligt fald i funktionsniveau. Han beskrev symptomer på både angst, ADHD og depression. Symptomerne var reelle, men hvilken diagnose beskrev bedst det samlede kliniske billede? Svaret afhang ikke kun af opfyldte kriterier, men af symptomernes tidslighed, sammenhæng og kontekst [1]. De samme diagnostiske udfordringer går igen på tværs af aldersgrupper: Mange symptomer optræder ved flere forskellige lidelser hos både børn, unge og voksne [2].

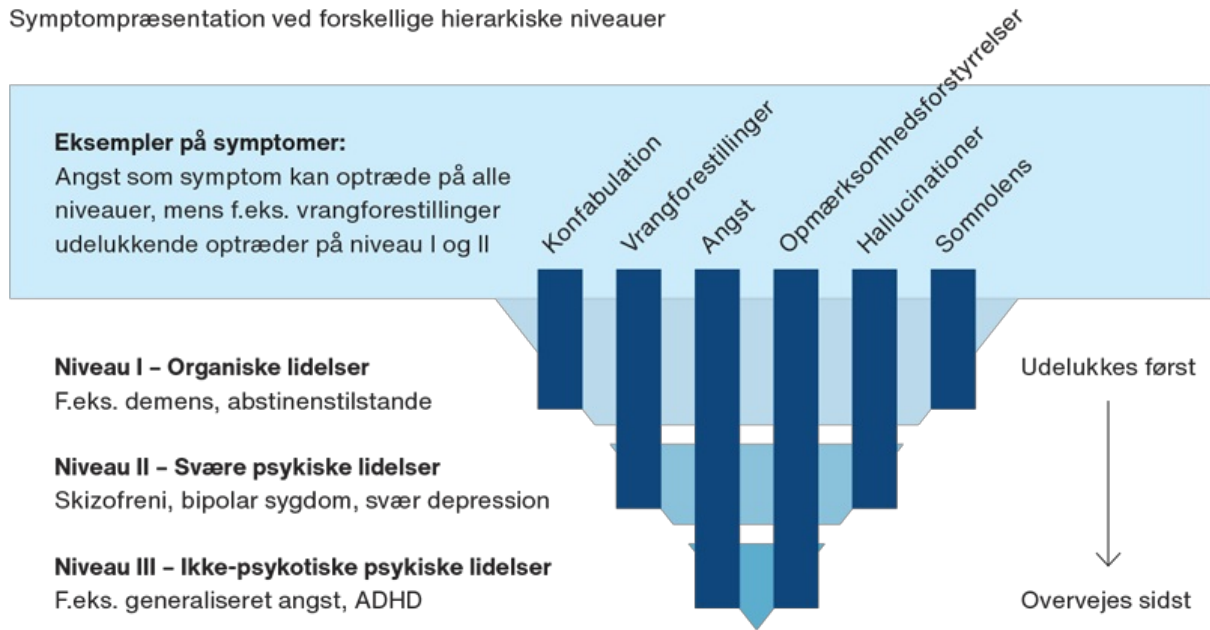
Klinikerens centrale diagnostiske redskab er samtalen med patienten. Psykopatologiske fænomener som f.eks. vrangforestillinger eller forsænket stemningsleje er ikke direkte tilgængelige for undersøgeren og kan ikke bekræftes ved blodprøver eller billeddiagnostik, men må afklares gennem samtalen, suppleret med observation af adfærd og oplysninger fra f.eks. pårørende [3]. Diagnostikken kræver derfor en præcis afdækning af symptomernes karakter og deres sammenhæng med patientens liv og funktionsniveau.

I Danmark anvendes WHO's ICD-10 [4], og ved diagnostik af ADHD anbefales det amerikanske diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) [5]. Disse diagnostiske manualer er udviklet for at øge ensartetheden i diagnostikken, f.eks. i Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) [6-8], men enighed er ikke det samme som korrekthed: Reliabilitet siger ikke i sig selv noget om validitet [3].

De diagnostiske kriterier er ikke udtømmende sygdomsbeskrivelser, men afgrænsningsregler [4], og i DSM-5 understreges det, at »it is not sufficient to simply check off the symptoms in the diagnostic criteria to make a mental disorder diagnosis« [5]. En korrekt vurdering forudsætter derfor kendskab til lidelsernes samlede kliniske fremtræden, typiske forløb og det indbyrdes hierarki imellem diagnoserne (Figur 1) [9, 10].

FIGUR 1 Det diagnostiske hierarki.

Symptompræsentation ved forskellige hierarkiske niveauer



Den hierarkiske prioritering har direkte behandlingsmæssige konsekvenser, f.eks. kan en patient med uerkendt bipolar lidelse, som behandles med centralstimulantia for ADHD, få forværring af maniske symptomer [11]. Tilsvarende vil angst ved alkoholabstinenser ikke bedres af angstbehandling, før abstinenserne behandles. Hierarkiet angiver, hvordan psykiske lidelser forholder sig til hinanden.

Denne artikel gennemgår den diagnostiske proces trin for trin med fokus på unge og unge voksne. De beskrevne principper gælder i både børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, men hos børn og unge tilpasses vurderingen udviklingsniveauet og suppleres med oplysninger fra forældre og skole [12-14]. I det følgende anvendes betegnelsen *psykiatrien* som fælles betegnelse for begge specialer.

Den diagnostiske proces

Den diagnostiske proces kan groft opdeles i to trin: dataindsamling og konklusion (Tabel 1).

TABEL 1 Udredning og diagnosticering i psykiatrien.

Den diagnostiske proces i psykiatrien <i>Trin 1 Dataindsamling</i> Indledning Henvendelsesårsag, ønsker, rammesætning Etablering af kontakt og fælles forståelse Psykosocial anamnese Kronologisk udvikling, funktion og mønstre over tid Kontekst for senere udforskning Psykopatologisk undersøgelse Afklaring af hvad, hvordan, hvornår Foreløbige hypoteser dannes og afprøves aktivt mod information, der kan modsige dem Relevante semistrukturerede interviews kan inddrages (f.eks. K-SADS og PSE) Objektiv psykisk status Observerede fund, f.eks. formel tankeforstyrrelse, forstyrret affekt, kontakt og påfaldende fremtoning Klinikerens samlede vurdering af stemningsleje og eventuel psykotisk tilstand Familiær disposition Arvelig belastning med psykisk sygdom, rusmiddelforbrug eller selvmord hos første- og andegradsslægtinge. Somatisk undersøgelse Somatisk anamnese, medicin, allergi og information om rusmiddel-forbrug (aktuelt og tidligere) Objektiv somatisk undersøgelse Parakliniske undersøgelser Supplerende information Fra pårørendeinterview, journalmateriale, tværfaglige observationer, udtalelser fra skole, institution eller botilbud, spørgeskemaer og psykologisk testning <i>Trin 2 Konklusion</i> Klinisk vurdering: Centrale fund afgrænses Fund, funktion og forløb ses i sammenhæng, ikke som isolerede nedslag Placering i diagnostisk hierarki I Organisk/medicinsk tilstand II Svær sindslidelse (kvalitativt skift) III Ikkepsykotisk lidelse Én underliggende proces? Hvis flere samtidige diagnoser overvejes, prøves først, om helheden bedre forklares af én underliggende psykopatologisk proces Differentialdiagnostiske alternativer Plausible alternativer ekspliciteres, afvejes og fravælges med begrundelse Samlet konklusion: Samlet vurdering af fund Centrale psykopatologiske fund, funktionsforløb og psykosocial kontekst sammenfattes og vægtes Hierarkisk placering og differentialdiagnostiske alternativer ekspliciteres Diagnosekriterier anvendes ICD-10/DSM-5 anvendes som afsluttende klassifikation, ikke som udgangspunkt Åbne spørgsmål Hvad er fortsat uafklaret? Hvilke fund bør følges over tid? Hvilke supplerende oplysninger bør indhentes?	
--	--

DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; K-SADS = eller Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; PSE = Present State Examination.

Dataindsamlingen

Det diagnostiske interview

Klinikeren bruger interviewet til at forstå symptomernes karakter, udvikling og sammenhæng med patientens liv. Samtidig etableres en fælles forståelsesramme og et samarbejde mellem patient og kliniker [15]. Det kan opdeles i tre dele: 1) indledning, 2) psykosocial og psykiatrisk anamnese og 3) psykopatologisk undersøgelse.

Indledning: henvendelsesårsag og rammesætning

Interviewet tager udgangspunkt i patientens egen præsentation: Hvad er problemet, hvorfor nu, og hvad ønskes

hjælp til? Formålet er at skabe kontakt, afklare problemets konturer og etablere en fælles ramme, uden at gå i detaljeret symptomafklaring for tidligt [15].

Psykosocial anamnese: Forløb, kontekst og diagnostisk information

Den psykosociale anamnese sætter symptomerne ind i en udviklingsmæssig og social sammenhæng. Den hjælper klinikerne med at etablere kontekst for psykopatologisk udforskning og kortlægge udvikling, brud i funktionskurven, »stille perioder« og karakteristiske livsforløbsmønstre med differentialdiagnostisk værdi [15, 16] (Tabel 2). Den kronologiske tilgang muliggør en samlet vurdering af forløb, herunder en sondering mellem vedvarende træk (*trait*) og periodevise tilstande (*state*) samt mellem præmorbid, prodromale og aktive faser. Samtidig kan funktionstabets forløb og dets tidsmæssige relation til psykopatologien vurderes.

TABEL 2 Den psykosociale anamnese: domæner og differentialdiagnostisk relevans, modificeret efter [15, 16].

Domæne	Hvad afdækkes?	Differentialdiagnostisk relevans
Tidlig udvikling	Graviditets- og fødselsforhold, sprog og motorisk udvikling, tilknytning, følelsesmæssig regulering, traumatiske oplevelser	Tidlige afvigelser i sproglig, social eller følelsesmæssig udvikling kan understøtte mistanke om udviklingsforstyrrelse (ASF, ADHD) Tidlige relationelle traumer indgår ofte som baggrund for senere tilknytnings- og personlighedsproblematik
Skolegang og uddannelse	Niveau, faglige styrker og vanskeligheder, fravær, sociale forhold i skolen, brud i uddannelsesforløb	Indlæringsvanskeligheder og sociale vanskeligheder i skoletiden kan tale for udviklingsforstyrrelse, mens et gradvist fagligt fald hos en tidligere velfungerende elev kan være et tidligt tegn på psykotisk udvikling
Arbejde, økonomi og bolig	Beskæftigelse og bolig i forhold til stabilitet, hyppige jobskift, arbejdsløshed, sygemeldinger, økonomi, hjemløshed	Et episodisk funktionsfald taler oftere for affektive lidelser eller psykose, mens vedvarende ustabilitet på tværs af arbejde, bolig og økonomi kan afspejle impulsivitet, disorganisation eller negative symptomer Livslang ustabilitet med markant impulsivitet, der udfolder sig i flere kontekster, peger mod ADHD eller personlighedsproblematik
Sociale relationer	Venner, familie, parforhold, kolleger Relationernes stabilitet, dynamik og nærhed	Tilbagetrækning og affektiv fladhed kan tale for depression eller negative symptomer ved skizofreni; rigiditet og gennemgående vanskeligheder i samspil for ASF; mistro og fjendtlighed for psykose; og turbulente, ustabile relationer for personlighedsproblematik
Fritid og interesser	Aktivitetsniveau, social vs. solitær form, indhold (teknisk, kunstnerisk, eksistentielt)	Vedvarende, intense og snævre interesser præget af rigiditet og begrænset fleksibilitet kan tale for ASF Hos socialt tilbagetrukne unge kan en pludselig optagethed af religiøse eller filosofiske temaer afspejle en ændret selv-verden-relation og være prodromalt tegn ved psykospektrum
Daglig livsførelse	Søvn, måltider, hygiejne, struktur i hverdagen, praktiske gøremål	Tabet af basale færdigheder (hygiejne, påklædning, madlavning) får differentialdiagnostisk betydning gennem sit mønster: Et episodisk fald ledsaget af energiløshed, og psykomotorisk hæmning peger mod depression, et snigende, vedvarende tab uden klar debut mod prodromal udvikling eller negative symptomer ved skizofrenispektrum, og et progredierende fald sammen med kognitiv reduktion mod demens
Tidligere kontakt til psykiatrien	Tidligere kontakter og indlæggelser, tidligere diagnoser og begrundelsen for disse, behandling og behandlingsrespons	Tidligere diagnoser bør vurderes kritisk og behandles som data, ikke videreføres ukritisk, da diagnoser ofte er ustabile tidligt i forløbet Behandlingsrespons kan bidrage til vurderingen, men står sjældent alene: bedring på centralstimulans bekræfter ikke i sig selv ADHD, og udeblevet effekt af antidepressiva udelukker ikke depression

ASF = autismespektrumforstyrrelse.

Hos børn og unge forudsætter kronologisk kortlægning inddragelse af forældre, da tidlig udvikling sjældent kan beskrives af patienten selv. Dette er ofte også hensigtsmæssigt hos voksne. Tidslinjen er f.eks. afgørende for at skelne livslange træk ved autismespektrumforstyrrelse (ASF) fra nytilkomne symptomer i prodromal psykoseudvikling [12, 14].

Psykopatologisk undersøgelse

Med afsæt i indledning og anamnese udforskes nu psykopatologien gennem et semistruktureret diagnostisk interview (Tabel 3) [12, 16]. Interviewet forudsætter, at klinikerne kender den psykopatologi og fænomener, som undersøges [1, 17]. Klinikerne følger patientens fortælling, men sikrer samtidig, at alle centrale psykopatologiske områder bliver udforsket. Standardiserede redskaber som Present State Examination eller Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) anvendes ofte, men kan ikke erstatte den kliniske udforskning, og bør ikke anvendes som spørgeskemaer [15, 18].

TABEL 3 Det semistrukturerede diagnostiske interview. Tabellen sammenfatter centrale principper og anbefalinger fra [15, 16].

Princip	Hvad det betyder i praksis?
Semistruktureret format	Klinikerens har en mental tjekliste over psykopatologiske områder, der skal dækkes, men formulerer spørgsmål og rækkefølge løbende ud fra patientens fortælling
Patienten taler mest	Patienten er kilden til informationen og bør tale størstedelen af tiden Klinikerens rolle er at lytte, følge op og styre samtalen
Åbne spørgsmål før lukkede	Der spørges åbent (»Kan du beskrive ... ?«, »Hvordan opleves det?«) Lukkede spørgsmål bruges målrettet til at præcisere fænomener, der allerede er lokaliseret
Konkrete eksempler kræves altid	Et »ja« til et symptom er ikke tilstrækkeligt; patienten må give et konkret eksempel fra eget liv Et »nej« kan tilsidesættes, hvis patienten andetsteds beskriver et tilsvarende fænomen
Hvad, før, hvorfor	Klinikerens afklarer først, <i>hvad</i> fænomenet er, og <i>hvordan</i> det opleves <i>Hvorfor</i> -spørgsmål kan give vigtig information, men låser fortolkningen, hvis de stilles for tidligt
At »blive ved«-oplevelsen	Klinikerens modstår fristelsen til at fortolke for tidligt og bliver ved oplevelsen, beder om uddybning og afprøver, hvad der varierer i fænomenet, og hvad der er konstant
Empatisk grundholdning	Empati er ikke en teknik, men en gennemgående holdning, der signalerer oprigtig interesse i patientens oplevelse De mest forstyrrende oplevelser beskrives sjældent uden tillid
Kontekst er en del af afklaringen	Hvert symptom vurderes i lyset af livsforløb, sygdomsforløb og aktuel situation Samme overfladefænomen kan have forskellig betydning afhængigt af debut, varighed og ledsagende fund
Hypoteser dannes og afprøves	Foreløbige diagnostiske hypoteser dannes løbende og styrer den videre udforskning Klinikerens søger aktivt information, der kan modsige hypotesen
Skemaer som huskeliste, ikke manuskript	Strukturerede og semistrukturerede instrumenter (f.eks. PSE, K-SADS, SCID) kan bruges som tjekliste, men spørgsmålene må ikke læses op mekanisk De forudsætter den fænomenologiske afklaring, dialogen skal frembringe
Typiske faldgruber	<i>Pars pro toto (delen tager helhedens plads):</i> Ét fund bortforklarer andre relevante fund <i>Charity-princippet:</i> Psykopatologi normaliseres gennem velvillig fortolkning <i>Forhastede konklusioner:</i> Tidlig hypotese fastholdes uden afprøvning <i>Lokale prototyper:</i> Private erfaringsmønstre styrer vurderingen

K-SADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; PSE = Present State Examination; SCID = Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Klinikerens afklarer, *hvad* der opleves, *hvordan* det opleves, og *hvornår* og *hvordan* det udviklede sig over tid. Denne tilgang er nødvendig, fordi samme symptom kan dække over forskellige tilstande.

F.eks. er en klage over »tankemylder« i sig selv uspecifikt. Ved ADHD vil det typisk dække over tanker, der springer fra emne til emne, mens det ved depression oftere beskrives som vedvarende bekymringer om bestemte temaer. Begge fænomener kan også forekomme ved skizofreni, men her kan den diagnostiske afgørende forskel imidlertid være en ændret oplevelse af tankerne, f.eks. at de ikke længere helt opleves som ens egne [19].

Ud over disse redskaber kan klinikerens egne hypoteser også virke som uudtalte skemaer. Foreløbige hypoteser

guider interviewet, men skal løbende udfordres af nye oplysninger [20]. Klinikeren skal både danne hypoteser og samtidig aktivt søge information, der kan modsige dem.

Øvrig dataindsamling

Interviewet suppleres af øvrige kliniske oplysninger (Tabel 1) [15, 21, 22]. Disse kilder kan bekræfte, nuancere eller korrigere det billede, interviewet har tegnet, f.eks. parakliniske fund som thyreoideasygdom kan forklare symptomer, der ellers ville tolkes psykiatrisk, og oplysninger fra pårørende kan afdække mønstre og tidlig udvikling, som patienten selv ikke har adgang til.

Udarbejdelse af konklusion

Efter dataindsamlingen står klinikeren med mange oplysninger, som først får diagnostisk værdi, når de samles og fortolkes i en helhed [16].

Første skridt er at sortere: Hvilke psykopatologiske fund er centrale, og hvilke er mere perifere? Herefter vurderes symptomer, funktionsniveau og livshistorie i sammenhæng. Det afgørende er ikke enkelte symptomer, men om de peger i samme retning og tegner et samlet klinisk mønster.

At forstå symptomer i kontekst betyder netop dette: at vurdere dem i lyset af, hvordan patienten fungerer i hverdagen, hvordan symptomerne har udviklet sig over tid, hvilke andre symptomer der er til stede, og hvilken livssituation de optræder i.

Vurderingen følger ofte et diagnostisk hierarki, som det blev formuleret af *Jaspers* [23]: peger mønsteret mest mod (I) en organisk eller medicinsk tilstand med psykiske konsekvenser, (II) en svær sindslidelse med et kvalitativt skift fra normalt tilstand (skizofreni, bipolar lidelse, svær depression) eller (III) en ikkepsykotisk lidelse som angstlidelse eller personlighedsforstyrrelse. Logikken er, at lidelser højere i hierarkiet kan producere symptomer, der ligner lidelser længere nede (eller på samme niveau) – men ikke omvendt. Eksempelvis diagnosticeres angstsymptomer ikke særskilt, hvis de bedre forstås som led i en depressiv tilstand [4]. Ved akutte behandlingskrævende tilstande anvendes hierarkiet til hurtigt at identificere den mest behandlingskrævende lidelse, mens den øvrige diagnostiske afklaring må fortsætte efter stabilisering.

Udviklingsforstyrrelser var ikke en del af *Jaspers'* oprindelige hierarki, men er blevet integreret til dels efter samme logik. Ved tvivl mellem ASF og primær psykoselidelse er en grundig udviklingsanamnese afgørende. Livslange og stabile autistiske træk taler for ASF, mens nytilkomne sociale og negative symptomer taler for primær psykoselidelse. Hvis kriterierne for en psykoselidelse er opfyldt, har psykosediagnosen diagnostisk forrang, og ledsagende autistiske træk forstås som led i psykoselidelsen [12]. Tilsvarende stilles ADHD kun, hvis opmærksomhedssymptomerne ikke bedre forklares af en anden lidelse [5], og ved bipolar lidelse stilles ADHD kun, hvis opmærksomhedssymptomerne er til stede uden for de affektive faser. I ICD-11 lempes flere af de hierarkiske eksklusioner, bl.a. kan ADHD og ASF, som var gensidigt eksklusive i ICD-10, nu stilles samtidig [24]. Anbefalingen er fortsat én diagnose ved symptomoverlap. Princippet er at stille de diagnoser, der dækker det kliniske billede, hverken flere eller færre [4].

Når helhedsbilledet er på plads, anvendes diagnosekriterierne. Kriterierne klassificerer; den kliniske proces afgør, hvad der skal klassificeres [5, 15, 18].

Konklusionen skal derfor redegøre for:

- hvorfor netop denne diagnose er valgt.
- hvilke relevante differentialdiagnoser der er overvejet og fravalgt, herunder en kritisk vurdering af eventuelle tidligere diagnoser.

- hvilke forhold er centrale for behandling og prognose.
- hvilke spørgsmål der fortsat står åbne.

Diskussion

Psykiatrisk diagnostik bliver først præcis, når symptomer ses i forhold til hinanden og relateres til funktionsniveau, livshistorie og aktuel situation. Diagnosekriterierne anvendes efter, ikke før, denne integration.

Diagnostiske forløb i psykiatrien er ofte ustabile, særligt tidligt i sygdomsforløbet, hvor klinikerne har begrænset information om psykopatologi, socialt forløb og behandlingsrespons. Dette mønster ses gennem hele aldersspektret: I børne- og ungdomspsykiatrien aftager den diagnostiske stabilitet med stigende debutalder [25], og i en dansk landsdækkende voksenkohorte fik næsten halvdelen af patienterne en anden hoveddiagnose i løbet af ti år med et asymmetrisk træk mod psykosespektret, særligt for cannabis- og blandingsmisbrug samt mani [26]. Samtidig er længere varighed af ubehandlet psykose forbundet med dårligere udfald [27]. Tilsammen understreger observationerne, at tidlig og valid diagnostisk afklaring ikke er et akademisk anliggende, men har konsekvenser for både forløb og behandling.

Hvis tidlig og valid afklaring har konsekvenser for forløbet, stiller det krav til de rammer, udredningen foregår i. Standardisering er i sig selv ikke problemet – tjeklister og kriterier bliver først problematiske, når de bruges som genveje uden om den psykopatologiske afklaring frem for som understøttelse af den. I Danmark foregår meget udredning i pakkeforløb, der er designet til at sikre ensartethed og fremdrift. Sådanne forløb forudsætter en patient, som kan finde rundt i dem, og patienter med komplekse kliniske billeder, sociale belastninger og/eller begrænset støtte har ofte vanskeligere ved netop det [28]. Når udredningen samtidig fordeles på flere samtaler hos forskellige klinikere, svækkes den kontinuitet og tillidsfulde kontakt, der er afgørende for kvaliteten af det diagnostiske interview [29, 30]. Der er en risiko for, at de patienter, som har størst behov for grundig og kontekstfølsom diagnostik, også er dem, der får den mindst valide.

Hvis psykiatrisk diagnostik skal være både valid og retfærdig, forudsætter det klinikere, der er velfunderet i psykopatologi. Det opbygges gennem kontinuerlig undervisning og faglige rum, hvor diagnostiske vurderinger kan undersøges og kvalificeres i fællesskab. Uden dette risikerer diagnostikken at blive ensartet, men ikke præcis.

Korrespondance *Ida-Marie Mølstrøm*. E-mail: ida-marie.moelstroem@regionh.dk

Antaget 18. august 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. oktober 2026

Interessekonflikter IMM oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Foreningen af yngre psykiatere, Interessegruppe for Psykopatologi under BUP-DK og DMPG Skizofreni. RH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Lægelig Videreuddannelse Øst og Region Syddanmark. Begge forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V05260381

doi 10.61409/V05260381

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Diagnostic assessment of mental disorders in children and young adults

Psychiatric symptoms are often nonspecific and must be understood in context. This review outlines a stepwise clinical process in which the diagnostic interview, based on psychosocial and psychopathological assessment, is central to clarifying symptom structure and development. Clinical evaluation follows hierarchical differential reasoning and integrates findings into a coherent clinical picture before applying diagnostic criteria. Diagnosis is not only classification but also a clinical intervention shaping understanding, treatment, and follow-up.

REFERENCER

1. Oyeboode F. Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology E-Book. 7th ed. Philadelphia. Elsevier, 2022
2. Mølstrøm IM, Henriksen MG, Nordgaard J. Differential-diagnostic confusion and non-specificity of affective symptoms and anxiety: an empirical study of first-admission patients. *Psychiatry Res.* 2020;291:113302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113302>
3. Savander EÉ, Voutilainen L, Hintikka J, Peräkylä A. What to take up from the patient's talk? The clinician's responses to the patient's self-disclosure of their subjective experience in the psychiatric intake interview. *Front Psychiatry.* 2024;15:1352601. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1352601>
4. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true (9. Jan 2024)
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2022. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787> (25. aug 2026)
6. Ventura J, Liberman RP, Green MF, et al. Training and quality assurance with the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Res.* 1998;79:163-173. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00038-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00038-9)
7. Bertelsen A, Brugha T, Tien AY. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), version 2.1, 1999. WHO https://www.scribd.com/doc/32365744/SCAN-Glossary?utm_source=chatgpt.com
8. Fekadu W, Mhiretu A, Alem A, et al. Psychometric properties of WHO's schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN): a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2026(61):1163-1179. <https://doi.org/10.1007/s00127-026-03077-5>
9. Kendler KS. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *Am J Psychiatry.* 2016;(8)173:771-780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>
10. Kendler KS. Phenomenology of schizophrenia and the representativeness of modern diagnostic criteria. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(10):1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1976>
11. Gudbrandsdottir RK, Sigurdsson E, Albertsson Pl, et al. Risk of hospitalisation for first-onset psychosis or mania within a year of ADHD medication initiation in adults with ADHD. *BMJ Ment Health.* 2025;28:e301521. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301521>
12. Baandrup L, Kjær JN, Bliksted V, et al. Skizofreni og andre primære psykoselidelser: diagnostisk udredning af børn, unge og voksne, version 1.0, 2023. DMPG. https://www.dmpg.dk/siteassets/02-dmpger/skizofreni/skizofreni-og-andre-primare-psykoselidelser/dmpg-skizofreni_diag_udred_v1.0_admgodk141123.pdf (4. maj 2026)
13. Packness A, Jørgensen A, Rendtorff C, et al. Udredning af depression: hos børn, unge og voksne, version 1.0, 2025. DMPG. https://www.dmpg.dk/siteassets/02-dmpger/depression/udredning-for-depression/dmpg_udredning_depression_v.1.0_admgodk10.01.2025.pdf (4. maj 2026)
14. Houmann T, Powel S, Ydedahl-Jensen E, et al. Udredning af ADHD hos børn og unge i hospitalsregi og speciallægepraksis. version 1.0, 2025. DMPG. <https://www.dmpg.dk/siteassets/02-dmpger/adhd/udredning-af-born-og-unge-for-adhd/dmpg-adhd---udredning-af-adhd-hos-born-og-unge-i-hospitalsregi-og-speciallagepraksis-v1.0.pdf> (4. maj 2026)
15. Jansson L, Nordgaard J. The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis. Cham: Springer International Publishing; 2016. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-33249-9>

16. Henriksen MG, Jansson LB, Nordgaard J. A cookbook recipe for the clinical and phenomenologically informed, semi-structured diagnostic interview. I: Biondi M, Picardi A, Pallagrosi M, et al., red. The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process. Cham: Springer International Publishing; 2022:37-50. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_3
17. Berrios GE. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history. Hist Psychiatry. 1992;3(11):303-327. <https://doi.org/10.1177/0957154X9200301103>
18. Pedersen K, Bertelsen A, Mors O. Present State Examination: kort version til klinisk brug, 5. udg. Munksgaard, 2018
19. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. Schizophr Bull. 2011;37:1121-1130. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr081>
20. Norman GR, Eva KW. Diagnostic error and clinical reasoning. Med Educ. 2010;44:94-100. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03507.x>
21. Mors O, Nordentoft M, Pedersen IH. Klinisk psykiatri. Munksgaard, 2016
22. Thomsen PH, Bilenberg N, Rask CU. Børne og ungdomspsykiatri. FADL, 2019
23. Jaspers K. General Psychopathology. Johns Hopkins Univ Press, 1998. <https://doi.org/10.56021/9780801857751>
24. WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. WHO, 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263> (6. maj 2026)
25. Krantz MF, Dalsgaard S, Osler M, et al. Diagnostic trajectories and stability of mental disorders in childhood and adolescence - a nation-wide cohort study using sequence analysis. Eur Psychiatry. 2025;68(1):e126. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10091>
26. Høj Jørgensen TS, Osler M, Jørgensen MB, et al. Mapping diagnostic trajectories from the first hospital diagnosis of a psychiatric disorder: a Danish nationwide cohort study using sequence analysis. The Lancet Psychiatry. 2023;10(1):12-20. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00367-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00367-4)
27. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E, et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. World Psychiatry. 2021;20:75-95. <https://doi.org/10.1002/wps.20822>
28. Mølstrøm IM, Handest R, Henriksen MG, et al. Service delay in schizophrenia: case-control study of pathways to care among homeless and non-homeless patients. BJPsych Open. 2025;11(2):e65. <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.19>
29. Sodemann M. Det du ikke ved får patienterne ondt af. Tværkulturel klinik og kommunikation i mødet med etniske minoritetspatienter, 2020. <https://ouh.dk/uddannelse/afdelingsspecifikke-uddannelsessider/uddannelse-pa-indvandrermedicinsk-klinik/undervisningsmaterialer/det-du-ikke-ved-far-patienten-ondt-af> (28. dec 2025)
30. Mishler EG. The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Norwood NJ, 1984