Udredning og behandling af kognitive og social-kognitive vanskeligheder hos børn, unge og voksne med skizofreni og andre primære psykoselidelser

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

dd. måned 20XX (DMPG Skizofreni)

Administrativ godkendelse

dd. måned 20XX (Retningslinjesekretariatet)

REVISION

Planlagt: XX. måned 2028

INDEKSERING

Skizofreni, psykose, kognition, social kognition, DMPG, udredning, behandling

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje 2
1. Anbefalinger (Quick guide) 3
2. Introduktion 6
3. Grundlag 8
4. Referencer 27
5. Metode 30
6. Monitorering 34
7. Bilag 35

(Opdater indholdsfortegnelsen når dokumentet er færdigt: markér indholdsfortegnelsen, højreklik, vælg: 'opdater felt', vælg: 'opdater alt').

Om denne kliniske retningslinje

Regionernes sundhedsdirektører og psykiatridirektører har besluttet, at der skal arbejdes systematisk med at udvikle kvaliteten på psykiatriområdet, og at arbejdet med fordel kan organiseres og gennemføres med inspiration fra kræftområdet (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper - DMCG´erne). I forlængelse heraf har direktørkredsen besluttet, at der skal udvikles nye evidensbaserede retningslinjer inden for psykiatriområdet med bistand fra Retningslinjesekretariatet i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og med anvendelse af den model, der anvendes der. Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMPG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet.

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på psykiatriområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens (typisk systematiske reviews og randomiserede studier) og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens (ekspertkonsensus). Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter ”Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations”.

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

1. Anbefalinger (Quick guide)

Del 1: Forudsætninger for at foretage en valid testning og vurdering

1. **Alle patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør informeres om kognitive og socialkognitive vanskeligheder og herefter vurderes det, om det er relevant at foretage en kognitiv og socialkognitiv testning (D)**

2. **Anvend ikke subjektive bedømmelsesredskaber fx spørgeskemaer (patient, pårørende eller kliniker) til vurdering af kognition og socialkognition (A)**

3. **Resultater fra kognitiv og socialkognitiv testning skal sammenholdes med patientens subjektive klager og foreliggende viden om patientens funktionsniveau (triangulering) (D)**

4. **Testningens resultater skal udmøntes i konkrete neuropædagogiske og kliniske anbefalinger skræddersyet til den enkelte patient (D)**

5. **Da patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser forventes at have en skæv testprofil med specifikke vanskeligheder, skal WAIS- og WISC-testninger foretages med store forbehold ved behov for vurdering af intelligens (D)**

6. **Ved testning af patienter med anden etnisk baggrund, herunder vurdering af intelligens, skal der foretages nøje overvejelse af, hvorvidt delprøverne er forenelige med vedkommendes kulturelle baggrund (D)**

7. **Der bør gå mindst et år inden retest af kognition og socialkognition af hensyn til retest-effekt (D)**

8. **Kognitiv og socialkognitiv testning kan med fordel foretages samtidigt (D)**

9. **Testning bør kun foregå, såfremt patienten virker motiveret for dette, da testen ellers risikerer at give et misvisende billede af patientens kognition og socialkognition (D)**

Del 2: Kognitiv udredning

10. **Når det vurderes relevant for fx behandling, uddannelse eller arbejde bør patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser udredes for kognitive vanskeligheder (A)**

11. **Den kognitive udredning skal dække følgende domæner: Opmærksomhed, forarbejdningshastighed, arbejdshukommelse, verbal indlæring og hukommelse,**

visuel indlæring og hukommelse, samt eksekutive funktioner (A)

12. **Ved udredning af domænet eksekutive funktioner skal flere funktioner inddrages, herunder ordmobilisering, mental fleksibilitet, planlægningsevne og problemløsning (A)**

13. **Ved udredning af domænet hukommelse skal både verbal og visuel indlæring og hukommelse (umiddelbar og forsinket) undersøges (A)**

14. **Ved udredning af børn og unge med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør samme domæner inkluderes som anbefalinger ovenfor (D)**

Del 3: Socialkognitiv udredning

15. **Når det vurderes relevant for fx behandling, uddannelse eller arbejde bør patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser udredes for socialkognitive vanskeligheder (A)**

16. **Den socialkognitive udredning skal indeholde en vurdering af domænerne *theory of mind* (mentalisering), social perception samt emotionsgenkendelse (A)**

17. **Om muligt bør der foretages en vurdering af attribueringsbias, fx via svarprofil på de socialkognitive test eller via klinisk vurdering under testningen (D)**

18. **En socialkognitiv udredning bør ledsages af en klinisk vurdering af patientens sociale viden (sociale færdigheder) (D)**

19. **Ved udredning af børn og unge med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør man undersøge de samme socialkognitive domæner som nævnt i ovenstående anbefalinger under hensyntagen til patientens alder (D)**

Del 4: Behandling af kognitive vanskeligheder.

20. **Patienter med kognitive vanskeligheder og deres pårørende bør tilbydes psykoedukation omkring disse vanskeligheder (D)**

21. **Baseret på den kognitive testprofil, bør der tilbydes hjælp til kompensatoriske strategier (D)**

22. **Overvej kognitiv remediering til at forbedre kognition og funktionsniveau ved patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser (A)**

23. Anvend ikke medicinsk behandling mod kognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser (A)

Del 5: Behandling af socialkognitive vanskeligheder

24. Patienter med socialkognitive vanskeligheder bør tilbydes behandling med socialkognitiv træning (A)

25. Patienter med socialkognitive vanskeligheder og deres pårørende bør tilbydes psykoedukation omkring disse vanskeligheder (A)

26. Anvend ikke medicinsk behandling mod socialkognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser (A)

2. Introduktion

Kognitive og i særdeleshed socialkognitive vanskeligheder har stor indflydelse på det daglige funktionsniveau hos patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser (1-4).

Der er stor variation i patienternes kognitive og socialkognitive testprofiler (se eksempler i figur 1 nedenfor). Vanskelighederne er til stede før sygdomsdebut og er uafhængig af sygdomsfasen. Der ses således ingen forskel i omfanget af kognitive og socialkognitive vanskeligheder uanset debuttidspunkt for skizofrenilidelsen (5-7).

Vores hidtidige danske anbefalinger fra Den Nationale Skizofrenidatabase anbefaler, at 80 % af alle patienter med incident skizofreni under 35 år skal have foretaget en kognitiv og en socialkognitiv testning ved en klinisk psykolog med relevant psykiatrierfaring. Alderskriteriet og procentsatsen er valgt ud fra et pragmatisk hensyn. I retningslinjerne fra Den Nationale Skizofrenidatabase har man vurderet, at man kan anvende testninger foretaget 2 år før skizofrenidiagnosen er blevet stillet, og at testningen bør foretages senest 2 år efter skizofrenidiagnosen er blevet stillet. I nærværende anbefalinger er der forslag til en trinopdelt proces ved vurdering af, hvilke patienter med skizofreni og andre primære psykoser, det er særligt relevant at tilbyde en kognitiv og socialkognitiv testning.

De opdaterede anbefalinger er baseret på nyeste viden og evidens indenfor området og er opbygget efter følgende disposition:

1. Generelle forudsætninger for at foretage en kognitiv og socialkognitiv testning og vurdering.
2. Opdaterede anbefalinger om kognitiv testning ved psykologer med psykiatrierfaring.
3. Opdaterede anbefalinger om socialkognitiv testning ved psykologer med psykiatrierfaring.
4. Anbefalinger om behandlingsmuligheder af kognitive vanskeligheder.
5. Anbefalinger om behandlingsmuligheder af socialkognitive vanskeligheder.
6. Herudover har vi et afsluttende afsnit med forslag til gode, kliniske meningsfulde test med (så vidt muligt) danske normer, der dækker de anbefalede kognitive og socialkognitive domæner. Herunder eksempler på kompensatoriske anbefalinger ved specifikke vanskeligheder.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret indsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Patientgruppe

Anbefalingerne er målrettet patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser i alle aldre, herunder også børn og unge under 18 år. Hvor det har været muligt, har vi afsøgt konkret evidens på patienter under 18

år, herunder patienter med psykotiske symptomer, som ikke opfylder kriterierne for skizofreni.

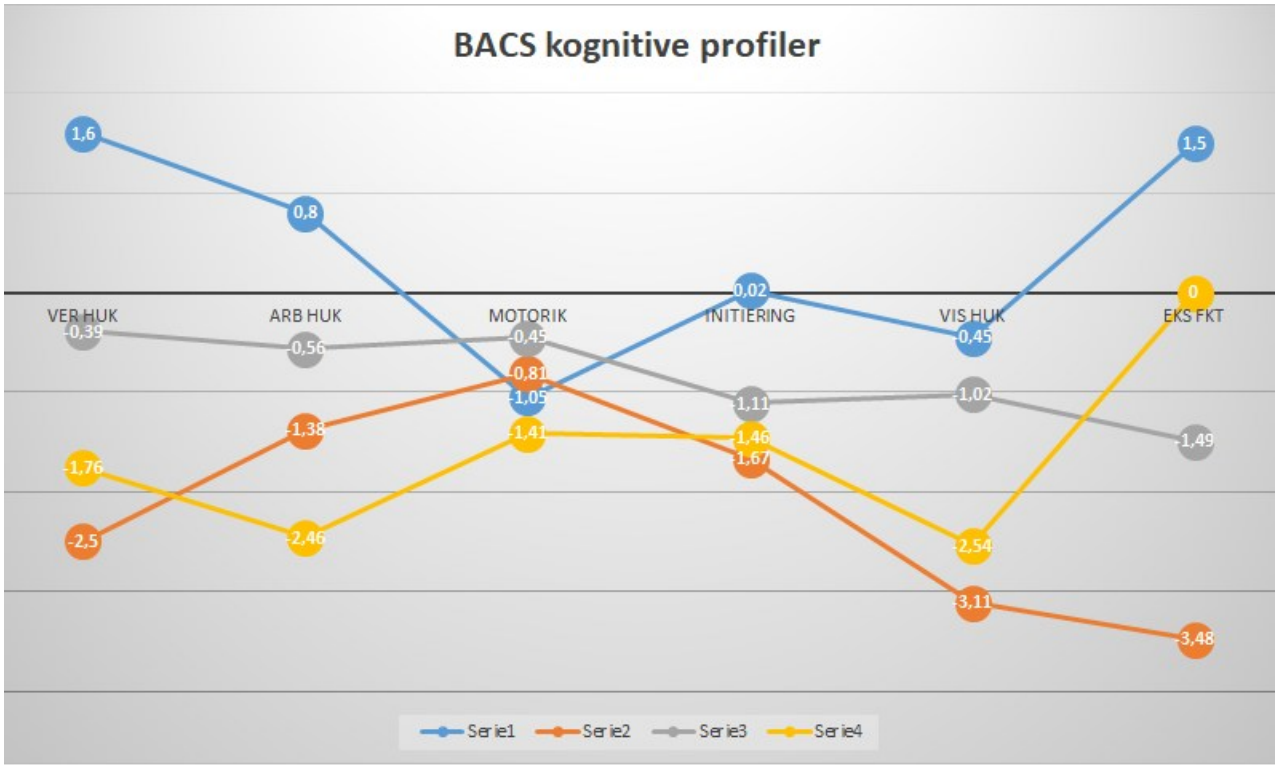
Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

Anbefalingerne vedrørende selve den kognitive og socialkognitive testning er målrettet psykologer med psykiatrierfaring. Mindre erfarne psykologer vil kunne udføre testningen under supervision fra en erfaren psykolog indenfor området.

De kognitive og socialkognitive behandlingsanbefalinger kan udføres af sundhedspersonale med psykiatrisk erfaring indenfor skizofreni og primære psykoser.

Implementering af anbefalingerne, herunder omfang af faglige ressourcer og eventuelt behov for klinisk efteruddannelse samt udvælgelse af, hvilke patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser, der skal prioriteres til kognitiv og socialkognitiv testning, ligger udenfor arbejdsgruppens beslutningsgrundlag.



Figur 1 Eksempler på den store variation i kognitive testprofiler hos patienter med skizofreni. Den sorte linje er gennemsnittet for raske personer. Hver farve refererer til forskellige patienter. Tallene refererer til standardafvigelser.

3. Grundlag

Del 1: Forudsætninger for at foretage en valid testning og vurdering

1. **Alle patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør informeres om kognitive og socialkognitive vanskeligheder og herefter vurderes det, om det er relevant at foretage en kognitiv og socialkognitiv testning (D)**

2. **Anvend ikke subjektive bedømmelsesredskaber fx spørgeskemaer (patient, pårørende eller kliniker) til vurdering af kognition og socialkognition (A)**

3. **Resultater fra kognitiv og socialkognitiv testning skal sammenholdes med patientens subjektive klager og foreliggende viden om patientens funktionsniveau (triangulering) (D)**

4. **Testningens resultater skal udmøntes i konkrete neuropædagogiske og kliniske anbefalinger skræddersyet til den enkelte patient (D)**

5. **Da patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser forventes at have en skæv testprofil med specifikke vanskeligheder, skal WAIS- og WISC-testninger foretages med store forbehold ved behov for vurdering af intelligens (D)**

6. **Ved testning af patienter med anden etnisk baggrund, herunder vurdering af intelligens, skal der foretages nøje overvejelse af, hvorvidt delprøverne er forenelige med vedkommendes kulturelle baggrund (D)**

7. **Der bør gå mindst et år inden retest af kognition og socialkognition af hensyn til retest-effekt (D)**

8. **Kognitiv og socialkognitiv testning kan med fordel foretages samtidigt (D)**

9. **Testning bør kun foregå, såfremt patienten virker motiveret for dette, da testen ellers risikerer at give et misvisende billede af patientens kognition og socialkognition (D)**

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 1:

Der findes ikke oplagt forskning på området. Anbefalingen er baseret på en klinisk vurdering af, hvorledes man sikrer, at så vidt muligt alle patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser informeres om kognitive og socialkognitive vanskeligheder samt får almene tips til håndtering og kompensation i forhold til disse.

Det er ikke realistisk, at alle patienter får foretaget en testning. Der kan være patienter, hvor det ikke er praktisk muligt at gennemføre en testning, eller hvor testningen ikke vurderes relevant i forhold til patientens øvrige behandling og aktuelle funktionsniveau og livssituation.

Udvælgelsen af hvilke patienter, der kan have gavn af at få foretaget en testning bør ske i tæt samarbejde mellem patient, pårørende og klinikere. Et forsigtigt bud kunne lyde på at fortsætte med de nuværende anbefalinger om, at alle yngre patienter under 35 år tilbydes testning, da disse patienter ofte står i en livssituation, hvor der er ønsker og/krav om aktivering i form af arbejde eller uddannelse. Det kan dog også vurderes relevant at foretage testning af andre patienter for at bidrage med vigtig viden til den videre behandling, fx patienter med lange indlæggelser eller svære sygdomsforløb, hvor en kortlægning kan bidrage til større viden om samspillet mellem patientens kognitive og socialkognitive vanskeligheder og de øvrige psykotiske eller negative symptomer.

Patientværdier og – præferencer

Det vurderes, at patienterne vil være interesseret i at få gennemgået en brochure formuleret i lægmandsspog, som beskriver typiske kognitive og socialkognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser. Herved opnår patienten bedre grundlæg for at deltage i beslutningen om, hvorvidt en testning er relevant i vedkommendes aktuelle livssituation. Forslag til egnet brochure er vedlagt (se bilag 1).

Rationale for anbefalingen

Anbefalingerne 1 er formuleret med modalverbet 'bør' på trods af en evidensstyrke på niveau D. Arbejdsgruppen har opnået konsensus om, at anbefalingen har væsentlig klinisk betydning, selvom evidensgrundlaget er begrænset. Dette begrundes med, at anbefalingen skal sikre, at flest mulige patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser får oplysninger om kognitive og socialkognitive vanskeligheder og almene forslag til kompensationsstrategier. Endvidere udgør anbefalingen et første trin henimod vurderingen af, hvorvidt patienten vil have gavn af at få foretaget en kognitiv og socialkognitiv testning.

Bemærkninger og overvejelser

Det er ikke realistisk eller klinisk relevant at tilbyde alle patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser en kognitiv og socialkognitiv testning. Det er derfor vigtigt, at man i hvert enkelt tilfælde vurderer, om testning vil være relevant for planlægningen af den enkelte patients videre behandling og beskæftigelsesmuligheder.

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 2

Anbefalingen er udarbejdet på baggrund af 5 systematiske reviews og meta-analyser (8) [1a], (9) [2b], (10) [1a], (11) [1a], (12) [1a], heraf 1 høj, 2 moderat samt to med lav videnskabelig kvalitet samt 1 klinisk guideline (13) [5] af god kvalitet. Studierne så på sammenhængen mellem selvindsigt samt vurdering af egen kognition eller socialkognition (subjektiv vurdering) sammenlignet med psykologisk testning (objektiv vurdering) hos patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser.

En helt ny reviewartikel (9) [2b] fandt minimal sammenhæng mellem subjektive og objektive bedømmelser (kognitiv testning) af kognitive funktioner. De misvisende fund var de samme uanset, om der var tale om pårørendes, klinikers eller patientens egen vurdering af patientens kognition. Man fandt, at patienterne med de mest udtalte kognitive vanskeligheder i særlig høj grad overvurderede egne kognitive funktioner. Man har kun fundet en lille sammenhæng mellem sygdomsindsigt i forhold til sværhedsgraden af bl.a. psykosesymptomer

hos patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser og objektive mål for kognitive funktioner, hvilket indikerer, at sygdomsindsigt ikke kan forklares ved patientens kognitive funktionsniveau (8) [1a], (12) [1a]. For eksempel kan en meget paranoid patient godt have gode kognitive funktioner.

Patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelse og lav sygdomsindsigt har moderate vanskeligheder med vurdering af både *theory of mind* (mentalisering) samt *social perception* (8) [1a], (10) [1a]. Dette er særligt udtalt hos patienter med skizofreni (10) [1a]. En anden meta-analyse undersøgte affektiv empati (evnen til af aflæse situationer og andres menneskers følelser) hos patienter med skizofreni sammenlignet med raske, hvor man fandt meget stor forskel på vanskelighederne målt ved objektive vurdering (socialkognitiv testning) (effekt-size 1.31) i modsætning til patienternes egne subjektive vurderinger (effekt-size 0.22), således at patienterne markant undervurderede egne socialkognitive vanskeligheder (11) [1a].

SCoRS er et spørgeskema om kognitive funktioner målrettet patienter med skizofreni og en informant (14) [2b]. I en psykometrisk undersøgelse fandt man en signifikant korrelation mellem informantens samlede bedømmelse af patientens kognitive funktioner og en sammensat score (*composite score*) fra BACS (*Brief Assessment of Cognition in Scizophrenia*), men ingen sammenhæng mellem patientens egen vurdering og BACS *composite score*. En narrativ oversigtsartikel om SCoRS (*Schizophrenia Cognition Rating Scale*) (15) [5] fandt tilsvarende, at patienternes egne vurderinger af kognition blev overvurderet, men at informanter rapporterer lidt større mængde af kognitive vanskeligheder og at sidstnævnte korrelerede med en sammensat score for kognition (*composite score*) fra MCCB (*MATRICS Consensus Cognitive Battery*). Sammensatte kognitive scores har imidlertid ingen brugbar klinisk værdi i forhold til behandlingsplanlægning, herunder forslag til kompensatoriske strategier.

Vi fandt frem til tre studier, som undersøgte OSCARS (*Observable Social Cognition Rating Scale*), som er et patient- og informantbaseret spørgeskema om socialkognition. Studierne fandt ingen eller kun lille korrelation med enkelte delprøver fra et bredt batteri af socialkognitive test, og studierne anbefaler derfor ikke OSCARS til brug for vurdering af socialkognition ved patienter med skizofreni (16) [2b], (17) [2b], (18) [2b]. Alle OSCARS og SCoRS studierne havde moderat til høj risiko for bias.

Patientværdier og – præferencer

Subjektive bedømmelsesredskaber (selv-rapporteringer, pårørendes og klinikers vurderinger) af kognition og socialkognition kan hos nogle patienter fx bruges som forberedelse til og som led i motivering for en egentlig kognitiv og socialkognitiv testning, fx OSCARS og SCoRS. Men resultaterne fra disse spørgeskemaer kan ikke anvendes i klinisk sammenhæng, da de ikke givet et retvisende billede af patientens udfordringer og derfor heller ikke kan bruges til at fremkomme med kliniske anbefalinger til fx kompensatoriske strategier.

Rationale for anbefalingen

Ingen af de gennemgåede reviewartikler og meta-analyser fandt evidens for, at man finder retvisende beskrivelser af patienternes kognitive og socialkognitive vanskeligheder ved brug af forskellige former for subjektive bedømmelsesredskaber (patient, pårørende, kliniker) af kognition og socialkognition. Tværtimod var der en tydelig evidens for, at de mest syge patienter var mest udtalte til at undervurdere egne kognitive og socialkognitive vanskeligheder, hvilket derfor er en decideret kontraindikation for at anvende subjektive

bedømmelsesredskaber af kognition og socialkognition. Herudover kan subjektive bedømmelsesredskaber ikke oversættes til kliniske behandlingsanbefalinger, hvilket er hele formålet med at lave en kognitiv og socialkognitiv testning. Vi valgte at inddrage studier med kritisk lav kvalitet og høj risiko for bias for at inddrage mest mulig viden på området, særligt vedrørende OSCARS og SCoRS, da disse har fundet udbredelse i visse områder af landet. Arbejdsgruppen ønskede specifikt at give så retvisende og fair vurdering af særligt disse to subjektive vurderingsmetoder af henholdsvis socialkognition og kognition.

Bemærkninger og overvejelser

Man bør som udgangspunkt ikke udsætte patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser for upræcise vurderinger af kognition og socialkognition, som kan give anledning til fejlvurderinger, så patienterne ikke tilbydes de rette kognitive og socialkognitive behandlingstilbud og kompenserende strategier.

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 3-9

Anbefalingerne hviler på en konsensusbeslutning i arbejdsgruppen samt internationalt anerkendte gyldne standarder for psykologiske undersøgelser (herunder kognitiv og socialkognitiv testning). De internationale guidelines på psykoseområdet forholder sig ikke specifikt til disse emner.

Særligt vedrørende anbefaling 5: En WAIS- eller en WISC-testning udgør ikke en fyldestgørende kognitiv testning (se næste afsnit). Men grundet de forventede specifikke kognitive vanskeligheder hos patienter med primære psykoselidelser, er det forventeligt, at de vil præsentere en "skæv" testprofil under en intelligenstestning (typisk med en forskel på over 2 standardafvigelser, svarende til en forskel på over 6 scalerede scores på delprøveniveau). Man kan derfor ikke ukritisk anvende HIK (helskala intelligenskvotient) og GAI (*General Ability Index*) værdierne, da der er stor risiko for, at man fejlagtigt undervurderer patienternes intelligens.

Særligt vedrørende anbefaling 6: Patienter med anden etnisk baggrund, som fx ikke er født og opvokset i Danmark, ikke har dansk som modersmål eller ikke taler flydende dansk, bør som udgangspunkt ikke have foretaget traditionelle intelligenstestninger, idet særligt de verbale delprøver vil give et fejlagtigt billede af patientens funktioner pga. sproglige og kulturelle forhold. Fx tager Informationsdelprøven udgangspunkt i den paratviden, men tilegner sig i en dansk folkeskole, hvilket vil være forskelligt fra en tilsvarende skole i en anden verdensdel. Man kan dog foretage non-verbale kognitive og non-verbale socialkognitive test og herudfra vurdere, om testresultatet er i overensstemmelse med patientens subjektive klager, det kliniske indtryk samt objektive oplysninger om patientens baggrund (fx skolegang, uddannelse, arbejde, kvaliteten af sociale relationer) svarende til den normale procedure for triangulering ved psykologiske undersøgelser.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at patienterne vil være interesseret i at få så retvisende et billede af deres kognitive og socialkognitive evner som muligt. Anbefalingerne har ingen indflydelse på længde og omfang af den tid, som

patienterne skal deltage i selve testningen.

Rationale for anbefalingen

Anbefalingerne har til formål at sikre, at patienterne får maksimalt og retvisende udbytte af den kognitive og socialkognitive testning, og at resultaterne bliver omsat til konkrete kliniske anbefalinger til gavn for patientens videre behandling.

Anbefalingerne 4, 5, 6, 7 og 9 er formuleret med modalverberne 'skal' eller 'bør' på trods af en evidensstyrke på niveau D. Arbejdsgruppen har opnået konsensus om, at disse anbefalinger har væsentlig klinisk betydning, selvom evidensgrundlaget er begrænset. Dette begrundes med, at anbefalingerne skal sikre patienterne et maksimalt og retvisende udbytte af den kognitive og socialkognitive testning samt sikre, at testresultaterne omsættes til konkrete kliniske anbefalinger, der understøtter den videre behandling. På basis af gennemgang af nyere reviewartikler, har vi ikke fundet belæg for, at subjektive bedømmelsesredskaber kan erstatte hverken en kognitiv eller socialkognitiv testning.

Bemærkninger og overvejelser

Det kræver særlig klinisk psykiatrisk viden om psykoser samt viden om kognition samt socialkognition at udføre testningen og fremkomme med gode og relevante skræddersyede anbefalinger til fremtidig behandling. Uerfarne psykologer bør derfor have grundig oplæring i testning samt ad hoc supervision af psykologer med erfaring indenfor området. Der kan være behov for efteruddannelse af psykologer i testning.

Del 2: Kognitiv udredning

10. Når det vurderes relevant for fx behandling, uddannelse eller arbejde bør patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser udredes for kognitive vanskeligheder (A)

11. Den kognitive udredning skal dække følgende domæner: Opmærksomhed, forarbejdningshastighed, arbejdshukommelse, verbal indlæring og hukommelse, visuel indlæring og hukommelse, samt eksekutive funktioner (A)

12. Ved udredning af domænet eksekutive funktioner skal flere funktioner inddrages, herunder ordmobilisering, mental fleksibilitet, planlægningsevne og problemløsning (A)

13. Ved udredning af domænet hukommelse skal både verbal og visuel indlæring og hukommelse (umiddelbar og forsinket) undersøges (A)

14. Ved udredning af børn og unge med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør samme domæner inkluderes som anbefalinger ovenfor (D)

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 10 og 11

Der blev fundet to nylige meta-analyser af høj metodisk kvalitet, som undersøgte kognition bredt hos patienter med første-episode psykose og begge fandt generaliserede kognitive vanskeligheder med store effektstørrelser sammenlignet med raske kontrolpersoner (19) [1a], (20) [1a]. Disse vanskeligheder sås også hos antipsykotika-naive patienter (20) [1a]. Der blev fundet vanskeligheder inden for følgende domæner: Opmærksomhed, forarbejdningshastighed, arbejdshukommelse, verbal indlæring og hukommelse, visuel indlæring og hukommelse samt eksekutive funktioner. De største kognitive vanskeligheder sås ved verbal indlæring og hukommelse samt forarbejdningshastighed (19) [1a], (20) [1a].

Anbefaling 10 og 11 er desuden kongruente med de europæiske EPA guidelines af god metodisk kvalitet (13) [5]. En meta-analyse (19) [1a] af høj metodisk kvalitet fandt ydermere større variabilitet i gruppen af patienter med første-episode psykose sammenlignet med raske kontroller, hvilket indikerer forskelle fra patient til patient og understreger behovet for individuelt tilrettelagt testning.

En meta-analyse af høj metodisk kvalitet har undersøgt kognitive vanskeligheder hos patienter med skizotypi og fandt nedsat præstation sammenlignet med raske kontrolpersoner på verbal og visuel arbejdshukommelse samt sproglige vanskeligheder (21) [1a].

Ad anbefaling 12

De to førnævnte meta-analyser af høj metodisk kvalitet fandt eksekutive vanskeligheder hos patienter med skizofreni på ordmobilisering, mental fleksibilitet og planlægningsevne (19) [1a], (20) [1a]. Herudover fandt en meta-analyse af moderat metodisk kvalitet med specifikt fokus på eksekutive funktioner ved skizofreni store vanskeligheder med kompleks planlægning, inhibering, mental fleksibilitet og problemløsning samt moderate vanskeligheder med tidsestimering og strategi (22) [1a]. En anden meta-analyse af moderat metodisk kvalitet fokuserede på undersøgelse af planlægningsevnen og fandt moderat til stor effektstørrelse sammenlignet med raske kontroller. Studiet fandt desuden at vanskelighederne bliver tydeligere med øget sværhedsgrad, hvorfor planlægningstest (fx *Tower of London*) med minimum 4 flytninger bør anvendes (23) [1a].

Ad anbefaling 13

De to førnævnte meta-analyser af høj metodisk kvalitet fandt vanskeligheder hos patienter med skizofreni på indlæring og (umiddelbar og forsinket) hukommelse for både verbalt og visuelt materiale (19) [1a], (20)[1a]. Herudover fandt en meta-analyse af lav metodisk kvalitet med specifikt fokus på hukommelse vanskeligheder hos patienter med skizofreni sammenlignet med raske kontroller med store effektstørrelser for både verbal og visuel hukommelse. Umiddelbar genkaldelse var mere påvirket end forsinket genkaldelse, men begge vurderes relevant at undersøge. Evnen til genkendelse var mindre påvirket end genkaldelse (24) [1a].

Ad anbefaling 14

Der er fundet et systematisk review af moderat kvalitet vedrørende kognitive funktioner hos unge i høj risiko for at udvikle skizofreni. Her fandt man vanskeligheder indenfor forarbejdningshastighed, verbal læring og hukommelse, eksekutive funktioner, og socialkognition. Hvorimod andre vanskeligheder som ses ved forarbejdningshastighed, visuospatielle evner og visuel arbejdshukommelse først viser sig senere. Særlig central er ordmobilisering for unge *high risk* patienter, der senere udvikler skizofreni (7) [1a]. En meta-analyse af høj kvalitet med fokus på unge med EOP (*early onset psychosis*) fandt udfordringer indenfor områderne forarbejdningshastighed, generelle kognitive evner, opmærksomhed, arbejdshukommelse, visuospatielle evner, eksekutiv kontrol, ordmobilisering, verbal læring, visuel hukommelse og motorik. Yderligere har det vist sig, at patienter under 19 år med psykose lidelser har større kognitive udfordringer end patienter, der senere i livet (over 40) udvikler en psykoselidelse. Dette gør sig særligt gældende vedrørende, regning, forarbejdningshastighed og verbal hukommelse (25) [1a].

Patientværdier og – præferencer

Kognitiv testning er ikke forbundet med nogle skadelige effekter. Testningen kan være forbundet med udtrætning, hvorfor pauser undervejs kan være nødvendige. Det er væsentligt, at patienten er motiveret for og kan samarbejde om testningen. Hvornår i behandlingsforløbet testningen skal udføres, afhænger af flere faktorer. Der er dog overordnet set ikke noget argument for at vente med kognitiv testning, indtil patienten ikke længere er psykotisk, da man i forskningen med god evidens har fundet, at de kognitive vanskeligheder er uafhængige af psykotiske symptomer.

Rationale for anbefalingen

I Danmark har der været tradition for at følge MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*) initiativet udarbejdet i USA i 2004 beskrevet i en konsensus artikel af god metodisk kvalitet (26) [5]. Ifølge MATRICS bør følgende 7 domæner udredes hos patienter med skizofreni: 1) arbejdshukommelse, 2) opmærksomhed, 3) forarbejdningshastighed, 4) verbal indlæring og hukommelse, 5) visuel indlæring og hukommelse, 6) eksekutive funktioner (ræsonnement og problemløsning) og 7) social kognition. Baseret på en opdateret gennemgang af litteraturen er disse domæner fortsat relevante. Hvis muligt og det vurderes relevant for patienten, kan man tilføje en udredning af intelligensniveauet. Dog kan en WAIS/WISC test ikke stå alene, da den ikke dækker alle førnævnte domæner, og intelligensniveau skal tolkes med stor varsomhed, jvf. anbefaling 5.

Anbefalingerne er udarbejdet til voksne patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser (alder 18-35). Det betyder imidlertid ikke, at kognitiv testning ikke er relevant til patienter over 35 år, hvis det ikke tidligere er gjort. Selvom litteraturen på børneområdet er mere begrænset, vurderes det, baseret på de inkluderede studier, relevant at foretage en kognitiv testning hos børn med skizofreni og andre primære psykoselidelser. Her bør samme domæner som nævnt ovenfor inkluderes, da WISC alene ikke vurderes tilstrækkelig. Anbefaling 14 er formuleret med modalverbet 'bør' på trods af en evidensstyrke på niveau D. Arbejdsgruppen har opnået konsensus om, at anbefalingen har væsentlig klinisk betydning, selvom evidensgrundlaget er begrænset. Dette begrundes med, at anbefalingerne skal sikre, at også patienter under 18 år med skizofreni og andre primære psykoselidelser udredes for kognitive vanskeligheder på trods af mere begrænset forskning på området, idet forskningen peger på, at børn og unge har de samme kognitive udfordringer som de voksne patienter (med

forbehold for udviklingspsykologi og patientens alder).

Bemærkninger og overvejelser

Testningen skal udføres af en psykolog med træning og løbende supervision i kognitiv testning og fortolkning af resultater. Der kan være forskel på, hvilke tests og testbatterier, der anvendes i forskningen og i klinisk sammenhæng. Det væsentligste er derfor at inkludere tests fra de ovenfornævnte domæner. Man bør så vidt muligt tilstræbe at inkludere to tests per domæne (nogle tests dækker flere domæner). Valg af tests baseres på testens validitet, tilgængeligt normmateriale og patientens funktionsniveau (se skema for forslag til tests i kapitel 6). Hvis en patient skal retestes, kan man med fordel vælge en alternativ test inden for domænet for at minimere retest-effekt.

Formålet med at foretage en kognitiv testning er at identificere kognitive styrker og svagheder for den enkelte patient og inddrage resultaterne i behandlingsplanlægningen for at forebygge stress og dermed tilbagefald. Profilen af kognitive vanskeligheder kan benyttes til at definere strategier for patienten (fx kompensatoriske) samt planlægning af relevante behandlingstilbud. Resultaterne fra den kognitive testning skal dokumenteres i en rapport (se eksempel på testskabelon i bilag 3). Der formodes at være behov for tilførsel af ressourcer for at kunne implementere ovenstående anbefalinger.

Del 3: Socialkognitiv udredning

15. Når det vurderes relevant for fx behandling, uddannelse eller arbejde bør patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser udredes for socialkognitive vanskeligheder (A)

16. Den socialkognitive udredning skal indeholde en vurdering af domænerne *theory of mind* (mentalisering), social perception samt emotionsgenkendelse (A)

17. Om muligt bør der foretages en vurdering af attribueringsbias, fx via svarprofil på de socialkognitive test eller via klinisk vurdering under testningen (D)

18. En socialkognitiv udredning bør ledsages af en klinisk vurdering af patientens sociale viden (sociale færdigheder) (D)

19. Ved udredning af børn og unge med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør man undersøge de samme socialkognitive domæner som nævnt i ovenstående anbefalinger under hensyntagen til patientens alder (D)

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 15-19

Anbefaling 15-19 er baseret på ekspertvurderinger fra NIMH fra henholdsvis CNTRICS i (*Cognitive*

Neuroscience Treatment to Improve Cognition in Schizophrenia) (27) [5] og SCOPE (*Social Cognition Psychometric Evaluation*) (28) [5] samt en EPA guideline (13) [5], alle af god kvalitet. De to NIMH-anbefalinger er baseret på en grundig gennemgang af litteraturen på området, herunder de psykometriske egenskaber ved anvendte socialkognitive test. Herudover har vi anvendt et case-control studie af moderat kvalitet, der afprøvede det anbefalede testbatteri fra SCOPE på yngre patienter med nydiagnosticeret skizofreni og primære psykoselidelser (29) [4]. Dette studie frarådede at bruge SCOPE testbatteriet til yngre psykosepatienter. Dette kan indikere, at det testbatteri, som SCOPE-studiet har anbefalet, ikke nødvendigvis er brugbart i dansk, klinisk regi. Herudover har vi brugt to reviewartikler til at belyse omfanget af socialkognitive vanskeligheder hos patienter i klinisk risiko for at udvikle en primær psykoselidelse (7) [1a] (moderat kvalitet) samt ensartethed af socialkognitive vanskeligheder på tværs af forskellige verdensdele (30) [1a] (høj kvalitet).

Der er sparsom litteratur og endnu ikke evidens for, hvornår i børn og unges udvikling (som senere får en skizofrenilidelse) de socialkognitive vanskeligheder viser sig. Men der er evidens for, at der er socialkognitive vanskeligheder forud for debut af skizofrenien, hvilket peger på hensigtsmæssigheden i at undersøge socialkognitive vanskeligheder hos klinisk *high risk* børn og unge (under 18) også. Denne anbefaling er i overensstemmelse med EPA guidelines (13) [5].

Patientværdier og – præferencer

Socialkognitiv testning er ikke forbundet med nogle skadelige effekter. Testningen kan være forbundet med udtrætning, hvorfor pauser undervejs kan være nødvendige. Det er væsentligt, at patienten er motiveret for og kan samarbejde om testningen. Hvornår i behandlingsforløbet testningen skal udføres, afhænger af flere faktorer. Der er dog overordnet set ikke noget argument for at vente med socialkognitiv testning, indtil patienten ikke længere er psykotisk, da man i forskningen med god evidens har fundet, at de socialkognitive vanskeligheder er uafhængige af psykotiske symptomer.

Rationale for anbefalingen

Det har været anbefalet fra det amerikanske sundhedsvæsen NIMH at udrede for både kognitive og socialkognitive vanskeligheder siden 2004 baseret på en grundig gennemgang af litteraturen på området. Og i Danmark har vi haft tilsvarende anbefalinger siden 2005. I forbindelse med nærværende anbefalinger, har vi undersøgt, om der er kommet ny og mere specifikke anbefalinger indenfor området, herunder nye meta-analyser. Dels har det amerikanske sundhedsvæsen udspecificeret, hvilke socialkognitive domæner, som bør undersøges ved patienter med skizofreni via en grundig gennemgang af al tilgængelig litteratur på området. Dels har det amerikanske sundhedsvæsen fulgt op med SCOPE initiativet i 2014, hvor man foretog en grundig vurdering af de psykometriske egenskaber ved en lang række socialkognitive test ved SCOPE. Her skal dog bemærkes, at man udelukkende så på delprøve 3A ved TASIT (og i Danmark anvendes TASIT delprøve 2A). Senest har EPA foretaget en vurdering af litteraturen og givet A anbefalinger, hvilket vi har valgt at læne os op ad i nærværende anbefalinger, idet nyere litteratur fortsat har påvist selvsamme socialkognitive vanskeligheder hos patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser. Anbefaling 17-19 er formuleret med modalverbet 'bør' på trods af en evidensstyrke på niveau D. Arbejdsgruppen har opnået konsensus om, at anbefalingerne har væsentlig klinisk betydning, selvom evidensgrundlaget er begrænset. Dette begrundes med, at anbefalingerne skal sikre bedst mulige beskrivelse af patienternes socialkognitive vanskeligheder. Endvidere

vurderes det, at også patienter under 18 år med skizofreni og andre primære psykoselidelser bør udredes for socialkognitive vanskeligheder på trods af sparsom forskning på området, idet forskningen peger på, at børn og unge har de samme socialkognitive udfordringer som de voksne patienter (med forbehold for udviklingspsykologi og patientens alder).

Bemærkninger og overvejelser

Der er ikke tradition i Danmark for at teste for socialkognitive vanskeligheder. Der kan derfor være behov for undervisning og supervision af psykologer i en overgangsperiode. Hertil kommer, at mange af de socialkognitive test, som har været anvendt i forskning, ikke har deciderede testnormer, og slet ikke danske normer. Der findes dog socialkognitive test, som er afprøvet i dansk kontekst og med danske normer. Disse vil blive nævnt eksempler på i afsnit 6.

Del 4: Behandling af kognitive vanskeligheder.

20. Patienter med kognitive vanskeligheder og deres pårørende bør tilbydes psykoedukation omkring disse vanskeligheder (D)

21. Baseret på den kognitive testprofil, bør der tilbydes hjælp til kompensatoriske strategier (D)

22. Overvej kognitiv remediering til at forbedre kognition og funktionsniveau ved skizofreni og andre primære psykoselidelser (A)

23. Anvend ikke medicinsk behandling mod kognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser (A)

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 20

Psykoedukation er effektiv til at reducere tilbagefald hos patienten samt at mindske behandlernes evt. udfordringer og tiltag relateret til patientens overordnede velbefindende. Anbefalingen er baseret på europæiske EPA guidelines af god metodisk kvalitet (13) [5].

På baggrund af de i den kognitive test påviste vanskeligheder, bør patienten og dennes pårørende tilbydes mundtlig tilbagemelding og i den forbindelse også psykoedukation om patientens specifikke vanskeligheder. Primærbehandlere og evt. bostøtter kan også med fordel tilbydes dette. Både tilbagemeldingen og psykoedukation tilbydes for at alle parter bedre kan forstå, hvilken betydning de påviste vanskeligheder har, og hvorledes der kan kompenseres herfor. Herudover bør generel information om kognitive og socialkogntive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser indgå i det manualiserede psykoedukationsmateriale, der tilbydes alle patienter og pårørende.

Ad anbefaling 21

Kompenserende interventioner ift. kognitive vanskeligheder hos patienter med psykoselidelse er bekræftet at være effektive til at producere små til moderate funktionelle gevinster i en nylig metaanalyse af 25 randomiserede kontrollerede forsøg og i alt 1.654 deltagere. Der blev dog ikke kigget på selve den kognitive præstation blandt undersøgelsens resultater. Anbefalingen er baseret på europæiske EPA guidelines af god metodisk kvalitet (13) [5].

Som led i den kognitive og socialkognitive testning bliver der udarbejdet forslag til kompensation og behandling. Der skal derfor afsættes tid til en tilbagemelding på testresultaterne og anbefalingerne til patient, evt. pårørende, evt. primærbehandlere, evt. bostøtter eller anden kommunal kontaktperson.

Patientværdier og – præferencer

Vi vurderer, at patienterne meget gerne vil have viden om deres kognitive vanskeligheder og især hjælp til at udarbejde kompenserende strategier til dagligdagen.

Rationale for anbefalingen

Arbejdsgruppen vurderer, at såfremt patienten overhovedet er i stand til at indgå i behandling og tage imod kompensatoriske strategier, vil det kræve en viden om disse. En forudsætning for overhovedet at kunne arbejde med vanskelighederne. Herudover kan det også være relevant for fx pårørende, kontaktpersoner og bostøtter at have kendskab til patientens vanskeligheder og kompenserende strategier.

Bemærkninger og overvejelser

Anbefalingerne 20 og 21 er formuleret med modalverberne 'skal' eller 'bør' på trods af en evidensstyrke på niveau D. Arbejdsgruppen har opnået konsensus om, at disse anbefalinger har væsentlig klinisk betydning, selvom evidensgrundlaget er begrænset.

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 22

To store systematiske reviews (31) [1a], (32) [2a] har undersøgt effekten af kognitiv remediering på kognition og funktionsniveau i skizofrenispektrumforstyrrelser. En lille, men varig effekt på kognition og funktion blev fundet. Den største effekt for kognitiv remediering blev fundet, når en aktiv behandler/støtteperson var en del af interventionen, der var en struktureret udvikling af kognitive strategier og kognitiv træning var integreret med psykosocial rehabilitering som kunne facilitere overførelsen af kognitive gevinster i daglig funktion (31) [1a], (33) [2a], (34) [2a], (35) [1a]. Kognitiv remediering-interventioner varierede meget i formatet, men en typisk intervention blev udført over en periode på 3-4 måneder (ofte med flere ugentlige sessioner), og træning forgik i gruppe eller individuelt hvor deltagere brugte computer- og/eller blyantpapirøvelser.

Første episode psykose (FEP): Gennemgang af litteraturen fandt, at kognitiv remediering (bredt udvalg af tilgange) havde en lille effekt på kognition, men ingen klar effekt på funktion (36) [1a].

Skizoaffektiv lidelse (SAD): Gennemgang af litteraturen med variabel kvalitet fandt, at kognitiv remediering havde en lille til moderat effekt på kognition og funktion. Studierne kunne ikke differentiere effekten for skizoaffektiv lidelse sammenlignet med skizofreni (resultaterne var blandet sammen) (37) [2b].

Indlagte patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser : Gennemgang fandt, at kognitiv remediering havde en lille til moderat effekt på kognition, mens effekt på funktion var mindre pålidelig. Indlagte patienter viste en større effekt af kognitiv remediering sammenlignet med ambulante populationer med skizofreni (indlagte patienter havde en lavere baseline-kognition) (38) [1a].

Kognitiv remedierings interventioner kan overvejes for at forbedre kognition i patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser , selvom effekten på funktion er uklar. Kognitiv remediering for skizoaffektiv lidelse (SAD) kan anses for at forbedre kognition og funktion, men undersøgelser har ikke dokumenteret den specifikke effekt for SAD .

Vi fandt kun en enkelt meta-analyse af lav kvalitet omhandlende kognitiv remediation på unge med psykosesymptomer tidligt i deres sygdomsforløb. Man fandt, at remediering kan have en medium effekt på deres kognitive vanskeligheder (39) [1a]. Dette blev ikke vurderet nok evidens til at kunne udmøntes i en anbefaling.

Patientværdier og – præferencer

Interventioner til forbedring af kognition og funktionsniveau er ofte intensive og kræver træning i mange timer flere gange om ugen i flere måneder. Deltageres motivation skal vedligeholdes og der skal tages højde for præferencer mht. individuelt eller gruppebehandling. Man skal på den grund tage højde for, at der kan være stor drop-out rate.

Rationale for anbefalingen

Anbefalingerne for kognitiv remediering er baseret på mange studier af høj kvalitet. Disse studier har også kikket på aspekter af interventionerne, der kan maksimere effekten. Her kan det nævnes samtidig fokus på overførbarhed, såsom struktureret udvikling af kognitive strategier og integration af psykosocial rehabilitering for at facilitere generalisering af forbedringer i kognition til dagligdags funktion.

Bemærkninger og overvejelser

En række interventioner foreslås til forbedring af kognition ved skizofreni og primære psykoselidelser. Kognitiv remediering anses som den meste effektive og som har den meste robuste evidens i denne population. Man skal overveje, om de kognitive gevinster efter træning kan vedligeholdes, og om de kognitive forbedringer kan generaliseres for at forbedre den daglige funktion. Disse programmer kan også kræve mange ressourcer i form af omkostninger i forbindelser med computerprogrammer og tid/træning/supervision af personalet. Endvidere er behandlingsformen forbundet med en del personaleressoucer, hvor det skal vurderes om antal personaletimer står mål med det forventede patientudbytte af remedieringen.

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 23

Samlet set blev der fundet 4 relevante referencer af høj kvalitet til besvarelse af anbefaling om medicinsk behandling af kognitive vanskeligheder hos patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser, alle referencer peger i retning af manglende effekt. Der blev fundet en meta-analyse om intranasal oxytocin (40) [1a], en netværksmetaanalyse on antipsykotika (41) [1a], et fase III studie om iclepertin (42) [1b] og en retningslinje (43) [1a].

Dette må siges at være ganske sparsom evidens, dog må det understreges at samtlige referencer peger i retning af, at der ikke er evidens for, at de kognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser kan behandles medicinsk.

Meta-analysen (40) [1a] er fra 2017 og undersøger intranasal oxytocin hos patienter med skizofreni eller skizoaffektiv lidelse, der er kun medtaget dobbelt blindede RCT studier, og der er i alt medtaget 3 studier med i alt 63 individer der modtager oxytocin og 61 kontroller. De finder ingen effekt af intranasal oxytocin på kognitive vanskeligheder.
Netværksmetaanalysen (41) [1a] undersøger både første og anden generations antipsykotisk medicin, der benyttes netværksanalyse og sammenlignes med placebo. De medtager randomiserede kliniske forsøg, der enten er blændede eller ikke blændede. De har i alt 9526 patienter med. Der findes ikke klart præparater, der er bedre end placebo i forhold til behandling af kognitive vanskeligheder. Det findes dog, at når præparaterne grupperes at hver gruppe har effekt på kognitive vanskeligheder, det kan dog i dette studie ikke klart adskilles fra at præparaterne kan give en mere samlet tankegang og færre positive symptomer.

Fase III studiet om iclepertin (42) [1b] er et 26 ugers RCT studie med 609 deltagere med skizofreni. Der er endnu kun publiceret en opdatering om studiet. I denne fremgår det, at der ikke er effekt af iclepertin på kognitive vanskeligheder hos patienter med skizofreni.

Retningslinjen er udgivet af Sundhedsstyrelsen (43) [1a] og omhandler brugen af ADHD-medicin hos patienter med skizofreni eller anden primær psykoselidelse. Der er udarbejdet meta-analyse for modafinil og atomoxetin på i alt 11 studier. I denne findes ikke effekt af præparaterne på eksekutive funktioner. Der laves ikke en meta-analyse på guanfacin, da der kun er medtaget et studie på 4 uger og 39 deltagere, her findes ingen effekt.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen er ikke præferencefølsom, der findes ikke effekt af medicinsk behandling for de kognitive vanskeligheder ved skizofreni.

Rationale for anbefalingen

Det kan ikke anbefales at forsøge at anvende medicin til behandling af kognitive vanskeligheder ved skizofreni. Størstedelen af medicinsk behandling vil være forbundet med bivirkninger eller økonomiske omkostninger for

patienten, og den empiri der for nuværende er tilgængelig, peger forholdsvist entydigt på, at kognitionen hos skizofrenipatienter ikke kan bedres medicinsk. Dog kan antipsykotisk medicin lindre de psykotiske symptomer, og herved giver patienten mere overskud til at bruge sine kognitive funktioner i dagligdagen.

Bemærkninger og overvejelser

Det er værd at bemærke, at der er medicin såsom antipsykotika og præparater med stort antikolinergt load, der kan give bivirkninger som sedation eller konfusion, der formentlig kan forværre kognitionen.

Del 5: Behandling af socialkognitive vanskeligheder

24. Patienter med socialkognitive vanskeligheder bør tilbydes behandling med socialkognitiv træning (A)

25. Patienter med socialkognitive vanskeligheder og deres pårørende bør tilbydes psykoedukation omkring disse vanskeligheder (A)

26. Anvend ikke medicinsk behandling mod social kognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser (A)

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 24

En meta-analyse af høj metodisk kvalitet fandt signifikant effekt af socialkognitive interventioner med moderate effektstørrelser og fandt bedring ved både social perception, fejlattribuering og emotionsgenkendelse. Dette både hos patienter med skizofreni og øvrige psykoselidelser. Blandt de socialkognitive interventioner var der mest evidens for SCIT (*Social Cognitive and Interaction Training*), som også havde en signifikant effekt på socialkognitivt funktionsniveau (44) [1a].

Ad anbefaling 25

En meta-analyse af høj metodisk kvalitet fandt at psykoedukation er en vigtig komponent i socialkognitive interventioner (44) [1a]. Ydermere har patienter med socialkognitive vanskeligheder ofte ringe evner til at vurdere egne socialkognitive evner (8) [1a], (10) [1a], hvorfor klinikere i klinikken bør kende til socialkognition og på baggrund af dette psykoedukere og kvalificere behandlingsanbefalinger ud fra patientens socialkognitive profil. Psykoedukationsmateriale til pårørende og patienter bør indeholde viden om socialkognition.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at patienterne vil være interesseret i at få psykoedukation omkring og behandling af deres socialkognitive vanskeligheder, da socialkognitive vanskeligheder har en betydelig indvirkning på

funktionsniveau. Ved behandling af disse vanskeligheder kan patienter opnå et højere socialkognitivt funktionsniveau som følge af bedring i socialkognition og/eller kompenserende strategier (44) [1a]. I litteraturgennemgangen er der ikke fundet kontraindicerede resultater der indikerer, at behandlingen er skadelig for patienterne.

Rationale for anbefalingen

Anbefalingerne har til formål at sikre, at patienter med socialkognitive vanskeligheder tilbydes evidensbaseret behandling i form af socialkognitive interventioner og psykoedukation. Anbefalingerne er baseret på nyeste meta-analyser (44) [1a], (45) [1a], Et systematisk review af moderat kvalitet undersøgte evidens for VR-baserede (*Virtual Reality*) socialkognitive interventionsformer til behandling af socialkognitive vanskeligheder. Selvom *Virtual Reality* fortsat er et lovende supplement til behandling af socialkognition blev der ikke fundet en signifikant bedre effekt ved benyttelse af VR sammenlignet med socialkognitive interventioner, der ikke benyttede VR. På det foreliggende er der ikke tilstrækkelig evidens til at understøtte benyttelsen af VR-baserede socialkognitive interventioner i forhold til eksisterende socialkognitive interventionsformer, som er velvaliderede (44) [1a], (45) [1a].

Bemærkninger og overvejelser

Formålet med den socialkognitive testning at fremkomme med helt konkrete kompensatoriske socialkognitive anbefalinger (se eksempel i bilag 2), som vil kunne udføres af regionalt og kommunalt personale uden særlig forudgående viden om området.

Det kræver særlig klinisk psykiatrisk viden om socialkognition og socialkognitive interventionsformer at kunne udføre de mere specialiserede socialkognitive interventioner og tilbyde psykoedukation skræddersyet til den enkelte patients socialkognitive profil. Der vil derfor være behov for efteruddannelse af klinisk personale, som skal udføre psykoedukation samt gruppebaseret eller individuelle træningsforløb.

Socialkognitiv træning har i forskningssammenhænge oftest været i form at gruppebehandling, så som SCIT (*Social Cognition Interaction Training*). Der er udarbejdet en dansk version af denne behandlingsmanual med nye film og nyt billedmateriale, som afprøves i et forskningsprojekt, der involverer OPUS samt BUP i Region Nordjylland, Region Syddanmark samt Region Sjælland. Herudover indgår undervisning i individuel socialkognitiv træning som en del den kognitive behandleruddannelse, som udbydes til OPUS og FACT behandlere i Region Hovedstaden. Endvidere anvendes en lettere modificeret udgave af SCIT som led i OPUS Young behandlingspakken i Region Hovedstaden

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 26

Samlet set blev der fundet 2 relevante referencer af høj kvalitet til besvarelse af anbefalinger om medicinsk behandling af kognitive vanskeligheder hos patienter med skizofreni.

Begge referencer er meta-analyser fra 2017 (40) [1a], (46) [1a] og undersøger intranasal oxytocins effekt på

socialkognition. Meta-analysen af Bûrkner et al. (40) [1a] er lavet på 11 dobbelt blændede RCT-studier med i alt 185 individer i forsøgsgruppen, der modtager oxytocin og 180 individer i kontrolgruppen. Der er kun medtaget studier på individer med skizofreni. Der findes kun effekt på komplekse aspekter af socialkognition (for eksempel *theory of mind*), denne effekt er dog ikke robust i sensitivitetsanalyser og kan tilskrives et enkelt af de medtagne studier. Samlet vurderes studiet at pege i retning af manglende effekt af intranasal oxytocin på socialkognition hos individer med skizofreni.

Den anden meta-analyse (46) [1a] er lavet på en gruppe af blandende psykosediagnoser, men har flere analyser, der kun er lavet på individer med skizofreni. I dette studie findes heller ikke effekt af intranasal oxytocin på socialkognition.

Patientværdier og – præferencer

Anbefalingen er ikke præferencefølsom, der findes ikke effekt af medicinsk behandling for de socialkognitive vanskeligheder ved skizofreni.

Rationale for anbefalingen

Det kan ikke anbefales at forsøge at anvende medicin til behandling af socialkognitive vanskeligheder ved skizofreni. Grunden til dette er igen, at størstedelen af medicinsk behandling vil være forbundet med bivirkninger eller økonomiske omkostninger for patienten, og der ikke er bevis for, at det gavner patienten.

Bemærkninger og overvejelser

Igen er det værd at bemærke, at der kan være medicinske bivirkninger såsom sedation eller konfusion, der kan forværre det socialkognitive funktionsniveau hos individet.

Det er også værd at bemærke, at patienter kan opleve en bedring i socialt liv ved behandling af symptomer (fx psykose), der har stået i vejen for socialt samvær.

Del 6: Supplerende baggrundsafsnit

Valg af tests:

Formålet med undersøgelsen af de kognitive og socialkognitive funktioner er at afdække ressourcer og vanskeligheder og på basis heraf fremkomme med forslag til forslag til behandling og kompensatoriske strategier. Undersøgelsen kan ikke bruges til en vurdering af personlighed eller forældreevne.

Der bør som udgangspunkt anvendes test med danske normer samt test, der er afprøvet og valideret på patienter med skizofreni og andre primære psykoselidelser.

Se nedenstående skema for en ikke-udtømmende liste over anbefalede tests til at afdække de anbefalede kognitive og socialkognitive domæner. Det er god skik altid at teste med 2 tests for hvert domæne (nogle test dækker flere domæner på samme tid).

Udover de i skemaet nævnte tests/testbatterier, anvendes testbatterierne MATRICS, BACS og CANTAB inden for forskning, men disse batterier har ikke vundet almen udbredelse i klinikken. I herværende skema er der fokuseret på tests, der allerede anvendes i klinikkerne rundt omkring i landet.

I tillæg til en kognitiv og socialkognitiv udredning, kan man overveje at tilføje en undersøgelse af begavelsesniveauet (IQ). I BUP er der tradition for altid at foretage en IQ test (WISC eller WAIS) i differentialdiagnostisk øjemed hos børn og unge < 18 år samt i voksenpsykiatrien hos voksne ved mistanke om nedsat begavelsesniveau. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at WAIS og WISC ikke afdækker socialkognition, eksekutive funktioner, verbal hukommelse og indlæring eller visuel hukommelse og indlæring, hvorfor der bør foretages supplerende test ift. disse domæner.

Domæne	**Forslag til tests (2 per domæne)**	**Forslag til anbefalinger ved vanskeligheder**
Opmærksomhed og forarbejdningshastighed	• WAIS Symbolsøgning [5] • WAIS Kodning [5] • RBANS Kodning [1] • SDMT[2] • Trail Making A [2] • D-KEFS Trail Making Test [4] • d2-R * [3] Under 17 år: • WISC-V symbolsøgning [6] • WISC-V Kodning [6] • d2-R [7] • Tea-Ch [10] • CPT-3 [9] • CATA (Conners Continous Performance Test)[9] • Trail making	• Rolige omgivelser / indret • omgivelser uden distraktioner • Behov for afskærmning • Behov for flere små planlagte pauser • Én ting ad gangen • Ekstra tid til samtale og problemløsning • Undgå tidspres og korte deadlines • Guidning
Arbejdshukommelse	• WAIS Talspændvidde [5] • WAIS Bogstav-talrangordning [5] • WAIS Regning [5] • RBANS Talspændvidde [2] Under 17 år: • WISC-V Talspændvidde [6] • WISC-V Visuelgenkendelse [6] • WISC-V Tal-bogstav rangordning [6]	• Èn ting/opgave ad gangen • Korte og konkrete beskeder Aftaler og beskeder på skrift Minimale krav til multitasking

Verbal indlæring og hukommelse	• RBANS ordliste [1] • RBANS historie genfortælling [1] • Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) [2] • Buschke listeindlæring med selektiv påmindelse [3] Under og over 18 år: • TOMAL [2]	• Gentagelser og påmindelser • Aftaler og beskeder på skrift • Faste pladser til vigtige ting • Rutiner og faste planer • Brug af kalender og ugeskema • Ekstra tid og støtte til indlæring
Visuel indlæring og hukommelse	• Reys komplekse figur [2] • RBANS Figur [1] Under 18 år: • Reys komplekse figur [2]	• Gentagelser og påmindelser • Ekstra tid og støtte til indlæring
Eksekutive funktioner	• Ordmobilisering [2,5] • Design fluency [2] • Trail Making B [2] • D-KEFS Tårnet [4] • D-KEFS Trail Making Test [4] • D-KEFS Ordmobilisering [4] • D-KEFS Farve-ord interferens test [4] • D-KEFS Farve-ord interferens test [4] • 5-punktstest [3] • RCFT kopi[2] Under 18 år: • D-KEFS Tårnet [4] • D-KEFS Trail Making Test [4] • D-KEFS Ordmobilisering [4] • D-KEFS Farve-ord interferens test [4] • D-KEFS Farve-ord interferens test [4] • RCFT kopi[2]	• Struktur og rutiner • Kalender og tidsplaner • Èn ting ad gangen • Trinvis problemløsning Støtte til at bryde opgaver ned i mindre dele • Veldefinerede og afgrænsede opgaver • Hjælp til strategier / hjælpemidler • Støtte til motivation, initiativ og fastholdelse af planer • Støtte og ekstra tid til omstilling og løsrivelse fra en kontekst • At patienten arbejder i et for denne hensigtsmæssigt tempo og efterkontrollerer
Socialkognition (*Theory of mind*, Emotionsgenkendelse, *Social perception*, Fejlattribueringer)	• TASIT 2A[8] (The Awareness of Social Inferience Test – Social Inference Minimal delprøven) (delscores refererer til specifikke socialkognitive funktioner) • Evt. Hinting Task[11] • Animerede Trekanter[12]	• Se konkrete eksempler på kompensatoriske strategier og socialkognitiv træning i bilag 2 • Generelt: Kommuniker klart og tydeligt til patienten.

	• WAIS-III Billedordning [5] Under 17 år: • WISC III- billedserier [6] • Animerede Trekanter[12] • Evt. TASIT 2A[8]	• Der kan være stor forskel på patientens socialkognitive funktionsniveau afhængig af, om man er sammen med folk, man kender godt i en velkendt situation, eller sammen med nye mennesker i nye omgivelser.
Intelligens	• WAIS HIK eller GAI [5] Under 17 år: • WISC-V [6]	• Korte og konkrete beskeder • Alternative kommunikationsformer • Visuelle hjælpemidler • Rolige omgivelser til samtale

[1] Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status: Skandinaviske normer (Pearson clinical). Se desuden "*Generelle retningslinjer for tolkning af resultater på delprøveniveau i Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status – RBANS: Dansk version*".
[2] Danske metanormer af Anders Gade og Selskabet Danske Neuropsykologer, 2018; rev. 2022.
[3] Europæiske normer inkl. Danmark (Hogrefe).
[4] Delis-Kaplan Executive Function System: Amerikanske normer valideret til brug i Danmark (Pearsons clinical). Fra 8 år
[5] Wechsler Adult Intelligence Scale: Skandinaviske normer (Pearson clinical).
[6] Wechsler Intelligence Scale for Children: Skandinaviske normer (Pearson clinical).
[7] D2 (Hogrefe) Tyske normer fra 8 år
[8] Der findes danske normer, som kan fåes ved henvendelse til Vibeke Bliksted.
[9] CPT 3 og CATA (Hogrefe) Amerikanske normer fra 8 år
[10] TEA-Ch (Pearson) 6-16 år
[11] Der findes ikke danske normer. Kun brugt i få danske studier, fx Bliksted et al. 2014 (47).
[12] Scoringsmanual kan rekvireres ved henvendelse til Vibeke Bliksted

Tidsforbrug

Psykologiske undersøgelser og udredninger er i højere grad end andre kliniske opgaver forbundet med et større forbrug af administrativ tid.

Følgende er et fingerpeg om tidsforbruget ved nogle af de hyppigst anvendte tests og undersøgelser, når disse foretages af en erfaren psykolog.

Kognitiv og socialkognitiv testning vurderes at kræve minimum 7 timer, hvis psykologen er meget erfaren, og patienten er færdigdiagnosticeret. Dette tidsforbrug inkluderer: Testning, scoring, rapportskrivning og tilbagemelding. I praksis vil det dog ofte tage 8-10 timer.

Se eksempel på skabelon til kognitiv og socialkognitiv testrapport i bilag 3.

4. Referencer

1. Halverson TF, Orleans-Pobee M, Merritt C, Sheeran P, Fett A-K, Penn DL. Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2019;105:212-9.
2. Thibaudeau É, Cellard C, Turcotte M, Achim AM. Functional Impairments and Theory of Mind Deficits in Schizophrenia: A Meta-analysis of the Associations. Schizophrenia Bulletin. 2021;47(3):695-711.
3. Ganse-Dumrath A, Chohan A, Samuel S, Bretherton P, Haenschel C, Fett A-K. Systematic review and meta-analysis of early visual processing, social cognition, and functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research: Cognition. 2025;40:100351.
4. Giordano GM, Pezzella P, Mucci A, Austin SF, Erfurth A, Glenthøj B, et al. Negative symptoms and social cognition as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia. Front Psychiatry. 2024;15:1333711.
5. Tschentscher N, Woll CFJ, Tafelmaier JC, Kriesche D, Bucher JC, Engel RR, et al. Neurocognitive Deficits in First-Episode and Chronic Psychotic Disorders: A Systematic Review from 2009 to 2022. Brain Sci. 2023;13(2).
6. Yang VX, Sin Fai Lam CC, Kane JPM. Cognitive impairment and development of dementia in very late-onset schizophrenia-like psychosis: a systematic review. Irish Journal of Psychological Medicine. 2023;40(4):616-28.
7. Mohn-Haugen CR, Mohn C, Larøi F, Teigset CM, Øie MG, Rund BR. A systematic review of premorbid cognitive functioning and its timing of onset in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Research: Cognition. 2022;28:100246.
8. Subotnik KL, Ventura J, Hellemann GS, Zito MF, Agee ER, Nuechterlein KH. Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. Schizophrenia Research. 2020;220:164-71.
9. Harris M, Blanco E, Howie H, Rempfer M. The Discrepancy between Subjective and Objective Evaluations of Cognitive and Functional Ability among People with Schizophrenia: A Systematic Review. Behav Sci (Basel). 2024;14(1).
10. Bora E. Relationship between insight and theory of mind in schizophrenia: A meta-analysis. Schizophrenia Research. 2017;190:11-7.
11. Bonfils KA, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Affective empathy in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Research. 2016;175(1):109-17.
12. Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. Schizophrenia Research. 2014;152(1):191-200.
13. Vita A, Gaebel W, Mucci A, Sachs G, Erfurth A, Barlati S, et al. European Psychiatric Association guidance on assessment of cognitive impairment in schizophrenia. European Psychiatry. 2022;65(1):e58.
14. Keefe RS, Poe M, Walker TM, Kang JW, Harvey PD. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity. Am J Psychiatry. 2006;163(3):426-32.
15. Harvey PD, Khan A, Atkins A, Walker TM, Keefe RSE. Comprehensive review of the research employing the schizophrenia cognition rating scale (SCoRS). Schizophr Res. 2019;210:30-8.
16. Halverson TF, Hajdúk M, Pinkham AE, Harvey PD, Jarskog LF, Nye L, et al. Psychometric properties of the Observable Social Cognition Rating Scale (OSCARS): Self-report and informant-rated social cognitive abilities in schizophrenia. Psychiatry Research. 2020;286:112891.
17. Silberstein JM, Pinkham AE, Penn DL, Harvey PD. Self-assessment of social cognitive ability in schizophrenia: Association with social cognitive test performance, informant assessments of social cognitive ability, and everyday outcomes. Schizophrenia Research. 2018;199:75-82.

18. Healey KM, R. CD, M. GC, E. KRS, L. RD, and Penn DL. Observable Social Cognition – A Rating Scale: an interview-based assessment for schizophrenia. Cognitive Neuropsychiatry. 2015;20(3):198-221.
19. Catalan A, McCutcheon RA, Aymerich C, Pedruzo B, Radua J, Rodríguez V, et al. The magnitude and variability of neurocognitive performance in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Translational Psychiatry. 2024;14(1):15.
20. Lee M, Cernvall M, Borg J, Plavén-Sigray P, Larsson C, Erhardt S, et al. Cognitive Function and Variability in Antipsychotic Drug-Naive Patients With First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2024;81(5):468-76.
21. Siddi S, Petretto DR, Preti A. Neuropsychological correlates of schizotypy: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. Cogn Neuropsychiatry. 2017;22(3):186-212.
22. Thai ML, Andreassen AK, Bliksted V. A meta-analysis of executive dysfunction in patients with schizophrenia: Different degree of impairment in the ecological subdomains of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. Psychiatry Res. 2019;272:230-6.
23. Knapp F, Viechtbauer W, Leonhart R, Nitschke K, Kaller CP. Planning performance in schizophrenia patients: a meta-analysis of the influence of task difficulty and clinical and sociodemographic variables. Psychol Med. 2017;47(11):2002-16.
24. Grimes KM, Zanjani A, Zakzanis KK. Memory impairment and the mediating role of task difficulty in patients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 2017;71(9):600-11.
25. Salazar de Pablo G, Rodriguez V, Besana F, Civardi SC, Arienti V, Maraña Garceo L, et al. Umbrella Review: Atlas of the Meta-Analytical Evidence of Early-Onset Psychosis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2024;63(7):684-97.
26. Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S, et al. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICS conference to select cognitive domains and test criteria. Biol Psychiatry. 2004;56(5):301-7.
27. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. Schizophrenia Bulletin. 2008;34(6):1211-20.
28. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. Schizophrenia Bulletin. 2013;40(4):813-23.
29. Ludwig KA, Pinkham AE, Harvey PD, Kelsven S, Penn DL. Social cognition psychometric evaluation (SCOPE) in people with early psychosis: A preliminary study. Schizophrenia Research. 2017;190:136-43.
30. Weinreb S, Li F, Kurtz MM. A meta-analysis of social cognitive deficits in schizophrenia: Does world region matter? Schizophrenia Research. 2022;243:206-13.
31. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, et al. Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Psychiatry. 2021;78(8):848-58.
32. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Durante F, Facchi M, et al. Durability of Effects of Cognitive Remediation on Cognition and Psychosocial Functioning in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Psychiatry. 2024;181(6):520-31.
33. Lopez-Fernandez E, Sole B, Jimenez E, Salagre E, Gimenez A, Murru A, et al. Cognitive Remediation Interventions in Schizoaffective Disorder: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2018;9:470.
34. Kambeitz-Ilankovic L, Betz LT, Dominke C, Haas SS, Subramaniam K, Fisher M, et al. Multi-outcome meta-analysis (MOMA) of cognitive remediation in schizophrenia: Revisiting the relevance of human coaching and elucidating interplay between multiple outcomes. Neurosci Biobehav Rev. 2019;107:828-45.
35. Lejeune JA, Northrop A, Kurtz MM. A Meta-analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia:

Efficacy and the Role of Participant and Treatment Factors. Schizophr Bull. 2021;47(4):997-1006.
36. Miley K, Hadidi N, Kaas M, Yu F. Cognitive Training and Remediation in First-Episode Psychosis: A Literature Review. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020;26(6):542-54.
37. Biagianti B, Merchant J, Brambilla P, Lewandowski KE. The effects of cognitive remediation in patients with affective psychosis: A systematic review: Special Section on "Translational and Neuroscience Studies in Affective Disorders". Section Editor, Maria Nobile MD, PhD. This Section of JAD focuses on the relevance of translational and neuroscience studies in providing a better understanding of the neural basis of affective disorders. The main aim is to briefly summaries relevant research findings in clinical neuroscience with particular regards to specific innovative topics in mood and anxiety disorders. Journal of Affective Disorders. 2019;255:188-94.
38. Cella M, Price T, Corboy H, Onwumere J, Shergill S, Preti A. Cognitive remediation for inpatients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2020;50(7):1062-76.
39. Lewandowski KE. Cognitive Remediation for the Treatment of Cognitive Dysfunction in the Early Course of Psychosis. Harv Rev Psychiatry. 2016;24(2):164-72.
40. Bürkner PC, Williams DR, Simmons TC, Woolley JD. Intranasal Oxytocin May Improve High-Level Social Cognition in Schizophrenia, But Not Social Cognition or Neurocognition in General: A Multilevel Bayesian Meta-analysis. Schizophr Bull. 2017;43(6):1291-303.
41. Feber L, Peter NL, Chiocchia V, Schneider-Thoma J, Siafis S, Bighelli I, et al. Antipsychotic Drugs and Cognitive Function: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2025;82(1):47-56.
42. Boehringer Ingelheim. Boehringer provides update on iclepertin Phase III program in schizophrenia: Boehringer Ingelheim International GmbH; 2025 [updated 16/01/2025. Available from: https://www.boehringer-ingelheim.com/human-health/mental-health/schizophrenia/update-phase-iii-connex-clinical-program-schizophrenia.
43. Fink-Jensen A, Rasmussen A, Pedersen EM, Jürgens G, Brødsgaard I, Eckardt JP, et al. National klinisk anbefaling: kombinationsbehandling med antipsykotika og ADHD-medicin til patienter med primær psykoselidelse. Sundhedsstyrelsen; 2024 01 Nov 2024. Contract No.: ISBN: 978-87-7014-625-8.
44. Yeo H, Yoon S, Lee J, Kurtz MM, Choi K. A meta-analysis of the effects of social-cognitive training in schizophrenia: The role of treatment characteristics and study quality. British Journal of Clinical Psychology. 2022;61(1):37-57.
45. Hoşgelen Emine I, Güneri S, Erdeniz B, Alptekin K. Virtual Reality Interventions and Psychosocial Functioning in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2024;31(6):e70020.
46. Leppanen J, Ng KW, Tchanturia K, Treasure J. Meta-analysis of the effects of intranasal oxytocin on interpretation and expression of emotions. Neurosci Biobehav Rev. 2017;78:125-44.
47. Bliksted V, Fagerlund B, Weed E, Frith C, Videbech P. Social cognition and neurocognitive deficits in first-episode schizophrenia. Schizophr Res. 2014;153(1-3):9-17.

5. Metode

Litteratursøgning

Litteratursøgningen til denne kliniske retningslinje blev gennemført i perioden 12. april – 4. juli 2024. Søgningen blev udført i to trin:

1. Identifikation af internationale guidelines
2. Identifikation af sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser)

Den systematiske søgning efter internationale guidelines blev gennemført i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Canadian Journal of Psychiatry, American Psychiatric Association (APA), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), Dansk Psykiatrisk Selskab, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Sundhedsstyrelsen samt databaserne PubMed og PsycInfo. Der blev søgt efter publicerede guidelines fra perioden 2014 til 23. april 2024.

Den systematiske litteratursøgning efter systematiske reviews og metaanalyser blev gennemført i perioden 12. april – 4. juli 2024. Der blev udført to separate søgninger: en vedrørende udredning og behandling af kognitive vanskeligheder hos personer med skizofreni eller andre psykoselidelser og en vedrørende udredning og behandling af socialkognitive vanskeligheder hos samme patientgruppe.

Inklusionskriterierne omfattede systematiske reviews og metaanalyser publiceret inden for de seneste 10 år på dansk, engelsk, norsk eller svensk. Studierne skulle omhandle udredning, sværhedsgradsvurdering eller behandling af kognition eller socialkognition, herunder både farmakologiske og psykosociale interventioner. Kun studier, der inkluderede patienter med F2X-diagnoser (skizofreni og primære psykoselidelser), blev medtaget.

Litteratursøgningen blev udført i databaserne PubMed og PsycInfo.

Den detaljerede søgestrategi fremgår af bilag 4. Derudover blev supplerende ad hoc-søgninger udført gennem referencer og forfatternes faglige netværk.

Litteraturgennemgang

Forfattergruppen har benyttet Covidence til at facilitere litteraturudvælgelsen, hvor et flowchart over processen fremgår i bilag 5. Alle studier er blevet screenet og vurderet af mindst to personer fra arbejdsgruppen uafhængigt af hinanden, hvorefter konsensus blev opnået. Ved uenighed har en tredje reviewer medvirket til den endelige afgørelse.

Den inkluderede litteratur er blevet kritisk vurderet af psykologistuderende ved SDU Hannah Marie Laugesen i samarbejde med en metodekonsulent fra Retningslinjesekretariatet i SundK. Internationale guidelines er evalueret med AGREE II, domæne 3, systematiske reviews med AMSTAR 2 og diagnostiske studier med QUADAS-2. AMSTAR-2 blev justeret, så den blev tilpasset psykologiske reviews, som ikke var designet som RCT studier, fx sammenligning af selv-rapporterede versus objektivt vurderede kognitive og socialkognitive vanskeligheder. Den tilpassede metode blev endvidere drøftet med metodekonsulenter fra Sundhedsstyrelsen.

Vurderingerne kan rekvireres ved kontakt til Retningslinjesekretariatet.

Ved gennemgang af internationale guidelines, var en del af disse af lav kvalitet eller udløbet samt havde divergerende eller sparsomme anbefalinger vedrørende kognition og socialkognition. Vi valgte derfor at tage udgangspunkt i de hidtidige danske anbefalinger vedrørende udredning af kognition og socialkognition og undersøge, om de nævnte domæner kunne påvises i nye reviews og meta-analyser indenfor området.

Formulering af anbefalinger

Arbejdsgruppen har i perioden juni 2024 til april 2025 afholdt 4 fysiske heldagsmøder samt 3 onlinemøder samt fællesmails. Evidens og udkast til anbefalinger er blevet drøftet og formuleret i fællesskab af arbejdsgruppen og diskuteret på DMPG-skizofreni møde i april 2024, hvor der blev opnået endelig enighed om styrken af anbefalingerne. Der har ikke været behov for afstemninger, og arbejdsgruppens medlemmer været enige om hele udarbejdelsen af nærværende anbefalinger.

Anbefalingerne er formuleret ud fra styrken af den tilgrundliggende evidens, således at "skal" er anvendt ved anbefalinger med evidensniveau A. I nogle tilfælde er formuleringerne af D-anbefalingerne dog opjusteret, når der har været tale om alment accepterede gyldne standarder ved psykologiske undersøgelser eller oplagte tiltag, som bør tilbydes alle patienter. Hver gang der har været tale om særlige forhold vedrørende evidens og tilhørende anbefalinger, er der lavet en grundig begrundelse for disse afvigelser.

Interessentinvolvering

Patienter samt andre ikke-DMPG'er har ikke været direkte involveret i udarbejdelse af retningslinjerne. Men arbejdsgruppens medlemmer har modtaget talrige henvendelser (personligt og pr. mail) fra psykologkolleger rundt om i hele Danmark. Endvidere har Vibeke Bliksted holdt oplæg for Skizofreniforeningen og modtaget feedback fra patienter og pårørende om behovet for udredning og behandling indenfor dette område. Alle henvendelser har været drøftet i arbejdsgruppen og fx givet anledning til, at vi har valgt at undersøge OSCARS og SCoRS nærmere. Der bliver foretaget en høringsfase, som har mulighed for at bidrage med input til anbefalingerne.

Høring

Den kliniske retningslinje kommer i offentlig høring i sommeren 2025. Der vil blive udarbejdet høringsbrev og oversigt over høringspartnere, som vil fremgå af høringsbrevet. Efter endt høring vil arbejdsgruppen gennemgå alle høringssvar og om relevant, justere retningslinjen og sende denne til endelig godkendelse ved DMPG Skizofreni og Lægedirektør Forum.

Godkendelse

Faglig godkendelse:

Anfør hvem der fagligt har godkendt retningslinjen samt processen herfor. Indholdet i retningslinjen skal afspejle

konsensus i DMPG'en.

Administrativ godkendelse:

udfyldes af sekretariatet inden godkendelse.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne vurderes at kunne bidrage til merudgift i form af efteruddannelse af nogle psykologer, særligt i forhold til testning af socialkognition samt udarbejdelse af kliniske anbefalinger. Herudover skal der foretages en vurdering af caseload hos psykologer, som samtidigt skal lave testninger, hvilket kan betyde behov for ansættelse af mere personale. Den socialkognitive træning vurderes at kunne implementeres i det daglige kliniske arbejde. Kognitiv remediering vil kræve efteruddannelse af klinikere samt evt. indkøb af træningsprogrammer.

Behov for yderligere forskning

Der er mange områder, som vi gerne ville have været omkring, men som det ikke var muligt tidsmæssigt at komme med anbefalinger til i denne omgang. Fx malingering, vurdering af personlighed, vurdering af motions indflydelse på kognition. Endvidere må vi konstatere, at der fortsat er meget begrænset forskning om kognition og socialkognition (både udredning og behandling) indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Forfattere og habilitet

- Vibeke Fuglsang Bliksted, Ph.d., professor, Specialpsykolog og Specialist og supervisor i psykoterapi, Psykiatrisk afdeling Odense-Svendborg, Region Syddanmark samt Klinisk Institut, Syddansk Universitet. Ingen interessekonflikter.
- Stephen Fitzgerald Austin, Ph.d., lektor, seniorforsker, Specialist i psykoterapi, Psykiatri Øst, Region Sjælland og Institut for Psykologi, Københavns Universitet. Ingen interessekonflikter.
- Cecilie Koldbæk Lemvigh, Ph.d., psykolog, seniorforsker ved Center for Neuropsykiatrisk Skizofreniforskning (CNSR), Psykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitetshospital, Region Hovedstaden Psykiatri. Ingen interessekonflikter.
- Ann Komischke-Konnerup, Specialpsykolog og Specialist i Neuropsykologi, voksne. Ansat i LP Sønderborg, Psykatrisk Afdeling Aabenraa, Region Syddanmark. Ingen interessekonflikter.
- Maja Kargaard Musaeus, Specialpsykolog i Børne og Ungdomspsykiatri, ansat i psykoseteam Esbjerg, Børne og Ungdomspsykiatri Sydjylland. Ingen interessekonflikter.
- Mathias Rejnholt Kirkeby, Psykolog under uddannelse til Specialpsykolog. Psykiatrisk Afdeling Odense-Svendborg, Region Syddanmark. Ingen interessekonflikter.
- Kitt Boel, Psykolog under uddannelse til Specialpsykolog. Psykiatri Øst, Region Sjælland. Ingen interessekonflikter.

- Adam Felix Kemp, Læge under uddannelse til Speciallæge i voksenpsykiatri, Psykiatrisk afdeling Odense-Svendborg, Region Syddanmark. Ingen interessekonflikter.

Arbejdsgruppen ønsker at takke:

Psykologistuderende ved SDU, Hannah Marie Laugesen for hjælp til AMSTAR-2 kvalitetsvurderinger.

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

Plan for opdatering

Retningslinjen skal opdateres hvert 3. år, dvs. næste gang med udgangen af 2028. Vibeke Bliksted er ansvarlig for at iværksætte næste opdatering og invitere arbejdsgruppens medlemmer til at deltage i opdateringen. Vi har oprettet detaljerede mapper over arbejdsgruppens søgestrategi, evidenstabeller, videnskabelige kvalitet af studierne m.m. i vores fælles SharePoint mappe. Dette vil lette mulighederne for at opdatere retningslinjen, da vi til den tid vil undersøge nytilkommen forsknings indenfor de områder, som vi har undersøgt.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.1 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra Den Nationale Skizofrenidatabase i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder fortsætte med de nuværende indikatorer vedrørende forventningen om, at 80 % af alle patienter med incident skizofreni under 35 år skal have foretaget en kognitiv og socialkognitiv testning. Det kan overvejes, om dette krav skal udvides til alle aldre og andre primære psykoselidelser (jf. forslag i anbefaling 1)

7. Bilag

Bilag 1 Informationspjece om kognitive vanskeligheder ved psykotiske lidelser

Pjecen er vedlagt i sin fulde længde til allersidst i retningslinjerne, så den er nem at tage en kopi af til klinisk brug.

Bilag 2 – Eksempler på forslag til kompensatoriske strategier samt socialkognitiv træning

- Så vidt muligt bør patienten have få, udvalgte kontaktpersoner, da det er krævende for patienten at forholde sig til mange nye mennesker.
- Kontaktpersonerne bør være opmærksomme på, at patientens usikkerhed i sociale situationer, herunder vanskeligheder med intuitiv aflæsning af andre personer, kan komme til udtryk i form af afvisende eller mistroisk adfærd.
- Kontaktpersonerne skal være opmærksomme på at "gøre undervisning ud af det alle ved", da patienten har et stort behov for at få forklaret og kortlagt "opskriften" på sociale aktiviteter og personalets forventninger til patienten.
- Patienten har meget svært ved uformelle sociale aktiviteter eller aktiviteter med deltagelse af forskellige personer fra gang til gang.
- Patienten kan f.eks. træne sine sociale færdigheder ved at deltage i strukturerede sociale aktiviteter såsom korsang, brætspil, idræt/motion, madlavning, billedkunst, m.m.
- Patienten bør tilbydes at træne social interaktion under kontrollerede forhold. Herudover bør man have fokus på at træne patienten i at være sammen med folk, man ikke kender så godt, f.eks. på et yoga hold, aftenskole, kreative hold på dagstilbud, eller lignende.
- Patienten skal støttes i at dyrke og opretholde sine nuværende sociale kontakter, hvor patienten f.eks. kan øve sig i selv at tage initiativ til en fælles (men overskuelig) aktivitet, så som en gåtur.
- Man kan overveje psykoterapi med fokus på at identificere samt udfordre forudindfattede negative forventinger (attribuerings bias) til egen sociale formåen samt andre mennesker.
- Man bør træne patienten i at kunne tale om sig selv uden at føle, at man udlevere sig selv. F.eks. se en film sammen med sin kontaktperson og undervejs eller bagefter drøfte, hvad personerne tænkte og følte og relatere dette til sig selv.
- Man bør overveje deltagelse i gruppeforløb med socialkognitiv træning med særlig fokus på nedbringelse af hyper-refleksion i sociale situationer samt træning i at kunne moderere forudindtagethed (attribueringsbias).
- Patienten har vanskeligheder med at aflæse andre menneskers sindstilstand og sociale interaktioner. Dette kan potentielt medføre misforståelser og konflikter. Patienten er desuden sårbar overfor at kunne lokkes til uheldige beslutninger i sociale sammenhænge på grund af sine socialkognitive vanskeligheder og problemer med overblik og vurdering af konsekvenser.
- Patienten har lært en række kompensatoriske strategier, som gør patienten i stand til at fungere i sociale sammenhænge, hvor folk "følger en opskrift", og mener hvad de siger. Men patienten har til gengæld behov for hjælp til at aflæse og forstå mere komplekse former for socialt samspil, herunder intuitivt at kunne aflæse om folk siger noget for sjov eller er ironiske. Patienten er derfor i stor risiko for at kunne ryge i konflikter med andre p.g.a. misforståelser, hvor patienten selv dels ikke forstår den anden persons intentioner, og hvor omverdenen fejlagtigt tiltror patienten bedre social kognition, end patienten reelt har.

Der er derfor behov for tæt opfølgning og støtte til at "rede trådene ud" i forhold til evt misforståelser af andre personers intentioner.

Bilag 3 – Skabelon til testrapport – Et eksempel

Formålet med undersøgelsen af de kognitive og socialkognitive funktioner er at afdække ressourcer og vanskeligheder i henhold til retningslinjen for Kognitiv og socialkognitiv testning jf. Den Nationale skizofrenidatabase. Undersøgelsen kan ikke bruges til en vurdering af personlighed eller forældreevne.

Anamnese:

Skole og uddannelse:

Misbrug:

Medicin:

Somatisk:

Aktuelt:

Under det kliniske interview fremfører X umiddelbart……

Ved indspørgen oplyser X, at hxn oplever følgende:

Kognitivt:

Mentalt tempo:

Opmærksomhed og koncentration:

Indlæring og hukommelse:

Initiativ/igangsætning/passivitet:

Overblik/planlægning:

Sprog:

Socialkognitivt:

Har personen nære venner? Online eller fysisk? Hvornår sås de sidst?

Hvad foretager vedkommende sig med sine venner?

Er personen interesseret i/har behov for nær følelsesmæssig kontakt med andre mennesker?

Føler personen sig ofte misforstået eller har svært ved at forstå andre menneskers intentioner?

Har personen påfaldende social adfærd, fx ”dårlige manerer”?

Er der øjenkontakt og emotionel interaktion under testningen?

Energi:

Træthed:

Søvn:

Andet:

Fysiske gener:

Tristhed:

Angst:

Klinisk indtryk:

X er klar, vågen og orienteret. Er venlig og imøde-kom-mende, og der er en god formel- og efterhånden også emotionel kontakt. Tankegangen virker samlet og relevant. Det vurderes generelt, at X yder sit bedste i testsituationen.

- Beskriv gerne det kliniske indtryk af X under indledende samtale samt i selve testsituationen.
- Er kontakten på X's præmisser, hvor der tages maksimale hensyn, eller er X motiveret for undersøgelsen?
- Er der brug for at afholde pauser undervejs, eller afslår X at afholde pauser.
- Gør X brug af særlige strategier, eller undlader at gøre det/anvender uhensigtsmæssige strategier?
- Ses der en struktureret opgavetilgang med efterkontrol, eller en ukritisk opgavetilgang, med mangel på overblik, i et, for X, for hurtigt tempo (muligvis tegn på eksekutive vanskeligheder).
- Ses der tegn på udtrætning.
- Er X hallucineret/psykotisk under testningen?
- Er X udhvilet, eller har X ikke sovet natten før undersøgelsen?
- Er X påvirket (alkohol, cannabis, sløvende/opkvikkende medicin eller andet?)
- Ses der tegn på malingering? Dette vil nok hovedsageligt gøre sig gældende ifm. udredning af retspsykiatriske patienter. Dog er det altid god praksis at være opmærksom herpå.

Anvendte test:

Arbejdshukommelsen (herunder opmærksomhed og koncentration):

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

WAIS talspændvidde

WAIS bogstav-tal rangordning

WAIS Regning

RBANS talspændvidde

Forarbejdningshastighed:

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

WAIS Symbolsøgning

WAIS Kodning

RBANS Kodning

SDMT

Trail Making A

D-KEFS Trail Making Test

d2-R

Verbal forståelse:

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

WAIS Ordforråd

WAIS Information

Perceptuel ræsonnering (såfremt der er brug for at udregne HIK/GAI):

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

WAIS Matricer

WAIS Blokmønster

Indlæring og hukommelse:

Visuelt:

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

Reys komplekse figur (kopi, umiddelbar og forsinket, genkendelse)

RBANS Figur

Verbalt:

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

RBANS ordliste

RBANS historie genfortælling

Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT)

Buschke listeindlæring med selektiv påmindelse

Eksekutive funktioner:

Afrapportering af administrerede tests, som fx:

Ordmobilisering

D-KEFS Tårnet

D-KEFS Trail Making Test

D-KEFS Ordmobilisering

D-KEFS Farve-ord interferens test

D-KEFS Farve-ord interferens test

Wisconsin kortsortering (WCST)

d2-R

Design Fluency

Socialkognition:

ANIMEREDE TREKANTER

Testen består af små korte tegnefilm, hvor man skal fortælle, hvorledes man opfattede og fortolkede de enkelte film. Testen måler implicit mentalisering, dvs den intuitive evne til at kunne aflæse sociale interaktioner.

Nøjagtighed Random: /12

Nøjagtighed ToM: /12

Target Random: /4

Target ToM: /4

(vurdering af hypo-mentalisering, hyper-mentalisering, implicit mentalisering)

TASIT 2A DK

Testen består af en række film, hvor to personer taler sammen, og hvor der stilles 4 spørgsmål til hver film i forhold til, hvordan hovedpersonerne fortolkede og oplevede den pågældende situation. Testen måler eksplicit mentalisering, 2. og 3. persons mentalisering (hvordan folk indbyrdes har det med hinanden) samt social perception (evnen til at skelne mellem om folk er oprigtige eller mener noget helt andet end, hvad de konkret siger).

Total /60

Oprigtig /20

Simpel sarkasme /20

Paradoksal sarkasme /20

Gør /15

Siger /15

Tænker /15

Føler /15

(vurdering af eksplicit mentalisering, 2. og 3. ordens mentalisering, social perception, emotionsgenkendelse)

KONKLUSION OG PLAN

Generelle anbefalinger:

(Der kan ikke laves genoptræningsplaner, idet der jo ikke er tale om tabte evner, men evner, der aldrig har været til stede. Derimod kan man anbefale kompenserende strategier).

Bilag 4 – Søgestrategi

Kognitive vanskeligheder
Udført d. 4/7/2024:

PubMed:
(("Schizophrenia"[Title] OR "Schizophrenic disorders"[Title] OR "Psychosis"[Title] OR "Psychotic"[Title] OR "Psychoses"[Title] OR "first-episode schizophrenia"[Title] OR "FES"[Title] OR "early onset schizophrenia"[Title] OR "EOS"[Title] OR "LOS"[Title] OR "late onset schizophrenia"[Title] OR "VLPS"[Title] OR "very late onset schizophrenia"[Title]) AND ("cogniti*"[Title] OR "neurocogni*"[Title])) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2014:2024[pdat]))

273 hits

PsycInfo:
(Schizophrenia OR "Schizophrenic disorders" OR Psychosis OR Psychotic OR Psychoses OR "first-episode schizophrenia" OR FES OR "early onset schizophrenia" OR EOS OR LOS OR “late onset schizophrenia” OR VLPS OR “very late onset schizophrenia”) AND TI (Cogniti* or Neurocogni*)
Limiters - Publication Year: 2014-2024; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Methodology: - Systematic Review, META ANALYSIS, METASYNTHESIS
Search modes - Proximity

197 hits

Social kognitive vanskeligheder
Udført d. 4/7/2024:

PubMed:
(("Schizophrenia"[Title/Abstract] OR "Schizophrenic disorders"[Title/Abstract] OR "Psychosis"[Title/Abstract] OR "Psychotic"[Title/Abstract] OR "Psychoses"[Title/Abstract] OR "first-episode schizophrenia"[Title/Abstract] OR "FES"[Title/Abstract] OR "early onset schizophrenia"[Title/Abstract] OR "EOS"[Title/Abstract] OR "LOS"[Title/Abstract] OR "late onset schizophrenia"[Title/Abstract] OR "VLPS"[Title/Abstract] OR "very late onset schizophrenia"[Title/Abstract]) AND "social cogni*"[Title/Abstract]) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2014:2024[pdat]))

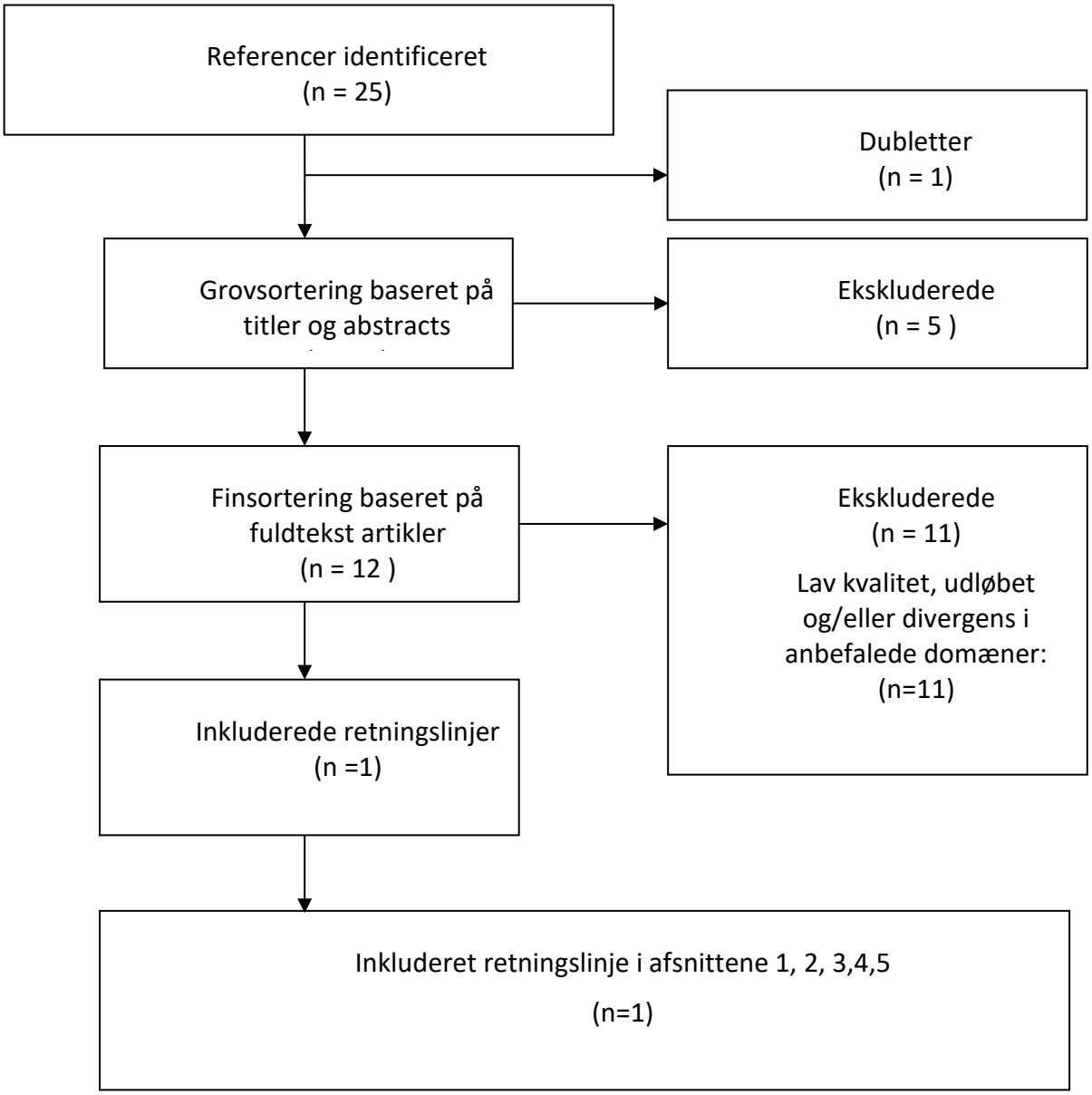
134 hits

PsycInfo:
(Schizophrenia OR "Schizophrenic disorders" OR Psychosis OR Psychotic OR Psychoses OR "first-episode schizophrenia" OR FES OR "early onset schizophrenia" OR EOS OR LOS OR “late onset schizophrenia” OR VLPS OR “very late onset schizophrenia”) AND AB “Social cogni*”
Limiters - Publication Year: 2014-2024; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Methodology: - Systematic Review, META ANALYSIS, METASYNTHESIS
Search modes – Proximity

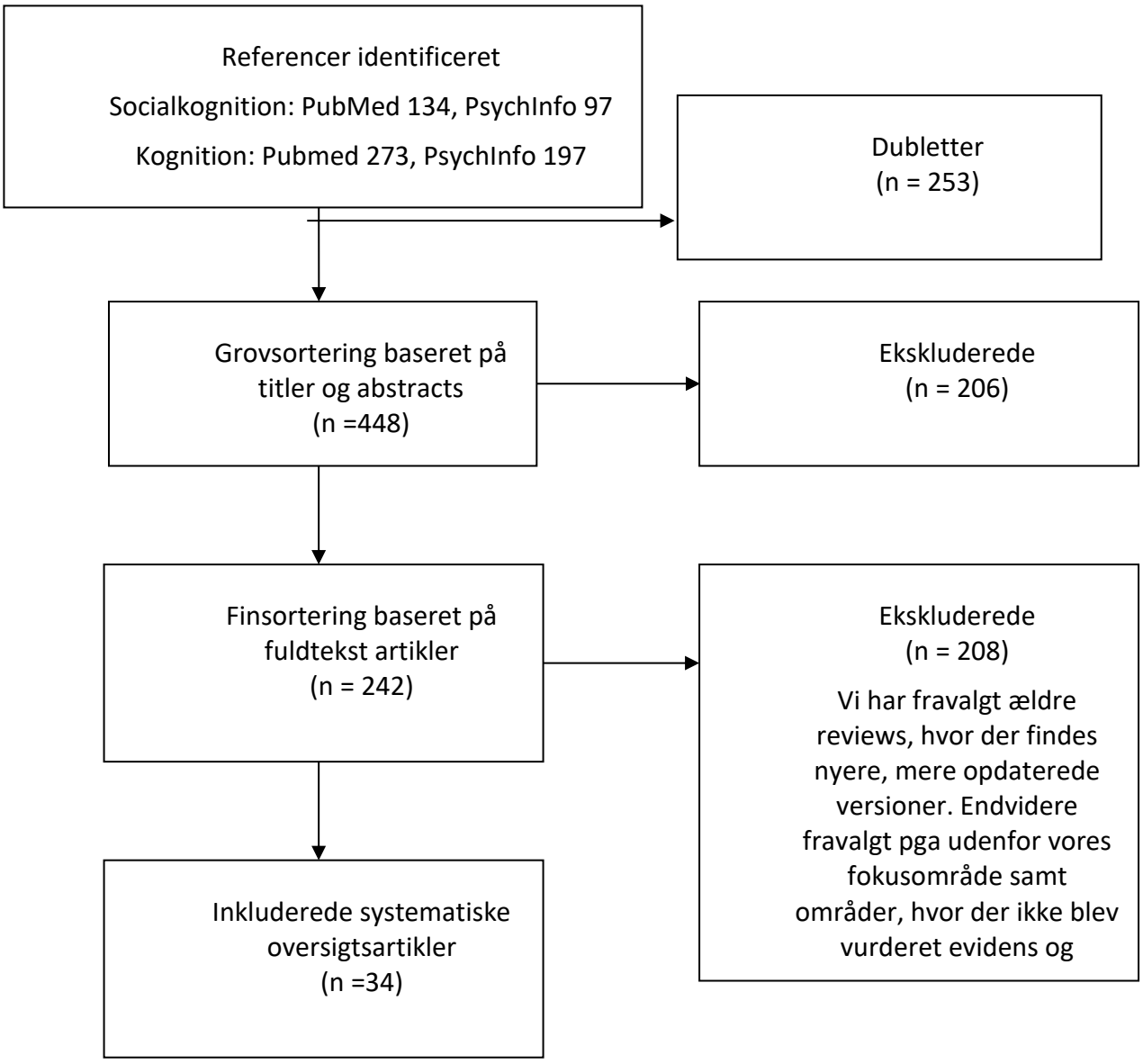
97 hits

Bilag 5 – Flowcharts kognition og social kognition

Flowchart – Guidelines



Flowchart – Systematiske oversigtsartikler



REGION NORDJYLLAND

midt regionmidtjylland

Kognitive vanskeligheder ved psykotiske lidelser

En infomationspjece for personer med psykotisk lidelse, deres familie, venner og netværk



Indhold

Forord 3
Hvad er kognition? 4
Hvilke kognitive vanskeligheder er almindelige ved psykotiske lidelser? 4
- Opmærksomhed og arbejdstempo 4
- Hukommelse og læring 5
- Regulering og problemløsning 5
- Socialkognition 6

Hvor almindelige er kognitive vanskeligheder ved psykotiske lidelser? 6
Hvor stabile er kognitive vanskeligheder? 6
Er der en sammenhæng mellem kognitive vanskeligheder og andre symptomer? 7
Hvordan påvirker rusmidler kognition? 7
Er der en sammenhæng mellem kognitive vanskeligheder og brug af medicin? 7
Hvordan kan kognitiv funktion kortlægges? 8
Hvad er almindelige tegn på kognitive vanskeligheder? 8
- Tegn på vanskeligheder med opmærksomhed og arbejdstempo 8
- Tegn på vanskeligheder med hukommelse og indlæring 9
- Tegn på vanskeligheder med regulering og problemløsning 9
- Tegn på vanskeligheder med socialkognition 9

Hvad kan man gøre for at håndtere kognitive vanskeligheder? 9
Cases 10
- Råd ved vanskeligheder med opmærksomhed og arbejdstempo 13
- Råd ved vanskeligheder med hukommelse og indlæring 13
- Råd ved vanskeligheder med regulering og problemløsning 14
- Råd ved vanskeligheder med socialkognition 15

Tilrettelæggelse af uddannelse og arbejdsliv 16
Kognitiv træning 17
Forfatterne 18

Forord

Kognitive vanskeligheder er almindelige ved psykotiske lidelser. Dette indebærer at have vanskeligheder med hukommelse, indlæring, koncentration eller tænkning. Mange mennesker oplever sådanne problemer allerede før den første psykotiske episode. Fordi de kognitive vanskeligheder ikke er så synlige, kan de betragtes som et „skjult handicap". Vi er først i de senere år begyndt at forstå, hvor alvorlig indvirkning kognitive vanskeligheder kan have på, hvordan en person fungerer i dagligdagen. Sådanne problemer kan gøre det vanskeligt at fungere i skolen, på arbejdet og socialt eller at leve selvstændigt.

Desværre er der kun sparsom information tilgængelig om emnet. Derfor har vi lavet denne pjece. Vi håber, at den kan være med til at give en bedre forståelse af, hvad de kognitive vanskeligheder er, og hvordan de kan påvirke personens funktion.

Målet er at hjælpe mennesker, der har en psykotisk lidelse samt deres familie og venner til at klare hverdagen bedre.

Hvad er kognition?

Kognition har at gøre med tænkning. Det er et fagudtryk for de processer, vi bruger til at modtage, huske og bruge information fra vores omgivelser til at styre vores adfærd. Kognitive funktioner kan betragtes som tankevirksomhedens byggesten. Det omfatter funktioner som sansning, opmærksomhed, hukommelse, arbejdstempo, problemløsningsevne, evnen til at forstå og bruge sproget og til at opfatte og handle i forhold til rum og retning. Kognitive funktioner er en forudsætning for, at vi kan tilpasse os verden omkring os på en hensigtsmæssig måde.

Hvilke kognitive vanskeligheder er almindelige ved psykotiske lidelser?

Mennesker med psykoselidelser har ofte problemer med kognitive funktioner som opmærksomhed, hukommelse, indlæring, problemløsningsevne og arbejdstempo. Mange har også vanskeligheder med socialkognition. Det vil sige evnen til at forstå og fortolke andre menneskers handlinger og følelser. At have kognitive vanskeligheder har stor indflydelse på, hvordan man fungerer i dagligdagen og kan være meget generende og ubehageligt for den pågældende. At opleve at man ikke kan følge med i en samtale, ikke kan huske, hvad der bliver sagt, eller hvilke aftaler man har, fører til at mange bliver frustrerede og ængstelige. Kognitive vanskeligheder kan også betyde, at man ikke er i stand til at bruge sine evner, og at skole eller arbejde derfor bliver svært. Andre kan måske tænke at personen er doven eller dum. Det er dog vigtigt at understrege, at det at have kognitive vanskeligheder ikke er det samme som at være doven eller have en lav IQ.

I det følgende gennemgås de forskellige kognitive funktioner, og hvilke tegn der kan tyde på kognitive vanskeligheder. Det efterfølges af råd til, hvordan man kan afhjælpe vanskelighederne, og hvordan skole, arbejdsliv og fritid kan tilrettelægges.

Opmærksomhed og arbejdstempo

Opmærksomhed kan opdeles i flere funktioner. ***Fokuseret opmærksomhed*** betyder at kunne koncentrere sig om en opgave eller aktivitet uden at blive distraheret af andre ting, der foregår samtidig. ***Vedvarende opmærksomhed*** betyder at kunne koncentrere sig i lang tid, og ***delt opmærksomhed*** betyder at kunne koncentrere sig om flere ting på én gang. ***Arbejdstempo*** refererer til den tid, der bruges på at tænke og udføre opgaver.

Når jeg prøver at snakke med andre, mister jeg tråden og skifter konstant emne. Det er svært for mig at koncentrere mig, og ofte opstår der pinlige situationer.

Jeg kan ikke fokusere på, hvad læreren siger, at vi skal lave. Det hjælper at få opgaverne skrevet ned på et stykke papir på mit bord.

Alt, hvad jeg gør, er i slowmotion. Jeg bevæger mig langsomt, taler langsomt og tænker langsommere end andre. Jeg havde engang et job i en butik, men jeg mistede det, fordi min chef sagde, at jeg arbejdede for langsomt.

Hukommelse og læring

Vi har mange former for hukommelse. Nogle mennesker har sværere ved at huske hvad de har set, end hvad de har hørt. Nogle mennesker har svært ved at huske detaljer og glemmer nemt ting, der er sket for længe siden, mens andre har problemer med at huske tal, såsom telefonnumre. Atter andre kan have problemer med at lære nye ting.

Hvis der er noget jeg skal, er det nemt for mig at glemme det. Jeg glemmer hvor jeg har lagt ting, og kan glemme aftaler.

Jeg planlægger hvad jeg skal købe i butikken, såsom brød, mælk og smør, men når jeg er i butikken og ser noget andet jeg har brug for, glemmer jeg alt og køber det jeg ser. Når jeg kommer hjem, opdager jeg, at jeg ikke har fået det jeg egentlig skulle købe.

Regulering og problemløsning

Dette er funktioner der styrer og regulerer vores adfærd så vi kan nå et mål, og kaldes ofte hjernens „direktør". De kaldes også eksekutive funktioner og er en fællesbetegnelse for eksempelvis at planlægge en handling, disponere tid, løse problemer, træffe beslutninger, være fleksibel over for forandringer, starte og afslutte en handling, motivere sig selv, holde impulser tilbage og kontrollere vores følelser. Disse funktioner er centrale for at forstå og mestre dagligdagen.

Hvis jeg har mere end én ting jeg skal på en dag, går jeg helt i stå. Jeg kan ikke organisere mig selv og kommer ligesom aldrig i gang.

Jeg går i gang med flere opgaver samtidig, men kan ikke fuldføre det jeg har startet.

Jeg har problemer med at forberede mig på ting der kommer til at ske.

Når jeg vil tegne kan jeg slet ikke komme i gang. Jeg ved ikke hvor jeg skal starte, selvom jeg godt ved hvad jeg vil tegne.

Socialkognition

Vi bruger socialkognition til at aflæse andre menneskers kropssprog og mimik, og til at gætte hvordan andre mennesker føler og tænker. Socialkognition er helt nødvendig når vi skal forstå meningen med det andre siger eller gør, eksempelvis når man skal "læse mellem linjerne", forstå ironi eller forstå at nogen lyver eller laver sjov. Vi bruger også socialkognition når vi skal mærke efter hvordan vi selv har det, og vil udtrykke os overfor andre så de forstår os. Socialkognition hjælper os til at tolke situationer rigtigt, og gør det muligt at fungere i socialt samspil med andre.

Jeg har oplevet at andre kan blive sure på mig, uden jeg forstår hvorfor.

Jeg kan komme til at sige ting, som folk bliver kede af, uden det var min mening.

Jeg kan komme til at tage de ting folk siger meget nært, og have svært ved at regne ud om de mener det, de siger.

Jeg kan blive forvirret når jeg er sammen med flere på én gang og de snakker og griner. Så kan jeg blive i tvivl om det er mig de griner af, eller om det er noget andet.

Hvor almindelige er kognitive vanskeligheder ved psykotiske lidelser?

At have kognitive vanskeligheder er meget almindeligt ved psykotiske lidelser. Det anslås, at mellem 60 % og 85 % har kognitive vanskeligheder på et eller flere områder. Nogle har en let svækkelse af kognitive funktioner, mens andre har alvorlige kognitive nedsættelser. Nogle har kun vanskeligheder på ét område, mens andre har problemer på flere. Det betyder at rigtig mange, men ikke alle, har kognitive vanskeligheder. Størstedelen af forskningen på dette område har undersøgt mennesker med diagnosen skizofreni. Men også ved andre psykotiske lidelser, såsom bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse og depression med psykotiske symptomer, er sådanne vanskeligheder ofte til stede.

Hvor stabile er kognitive vanskeligheder?

I dag ved vi, at den kognitive forstyrrelse hos mange er til stede allerede før den første psykotiske episode. Ofte er der tale om mildere problemer. Ved den første

psykotiske episode vil mange opleve at de kognitive vanskeligheder bliver værre. I efterfølgende perioder med psykotiske symptomer kan man også opleve, at vanskelighederne forstærkes, men i det lange løb er de ret stabile.

På en måde kan hjernen sammenlignes med en muskel. Den skal bruges for at fungere optimalt. Hvis man er meget passiv over mange år, kan kognitive funktioner, der fungerede før, blive forringet. Det er derfor vigtigt at deltage i aktiviteter, der giver dig mulighed for at „holde hjernen i form".

Er der en sammenhæng mellem kognitive vanskeligheder og andre symptomer?

Tidligere troede mange at de kognitive vanskeligheder var forårsaget af de såkaldte positive psykotiske symptomer (såsom hallucinationer og vrangforestillinger). Men i dag ved vi, at det ikke er sandt. Selvom nogle kognitive vanskeligheder bliver mere tydelige i perioder med mange positive psykotiske symptomer, forsvinder de ikke helt i perioder uden sådanne symptomer. Det betyder, at de kognitive vanskeligheder er en sårbarhed, som personen og deres pårørende skal håndtere, selv efter at de psykotiske symptomer er bedret. Denne kognitive sårbarhed er et grundlæggende symptom ved selve psykosen. Hvad angår de såkaldte negative symptomer (for eksempel initiativløshed og motivationsproblemer), er der en lidt større sammenhæng mellem sådanne symptomer og de kognitive vanskeligheder. Det betyder, at mennesker med mange negative symptomer ofte også har kognitive vanskeligheder.

Hvordan påvirker rusmidler kognition?

Brug af rusmidler kan i sig selv føre til nedsat hukommelse, opmærksomhed og arbejdstempo. Hvis man også har en psykotisk lidelse, kan brugen af rusmidler forværre de kognitive problemer.

Er der en sammenhæng mellem kognitive vanskeligheder og brug af medicin?

Nogle tror måske, at det er den antipsykotiske medicin der er årsagen til de kognitive problemer. Dette er meget sjældent tilfældet. Kognitive vanskeligheder er et led i selve sygdommen og ikke en konsekvens af medicinbrug.

Der er dog nogle undtagelser. Antikolinerg medicin, som bruges til at lindre

visse bivirkninger, kan have en negativ virkning på hukommelsen. Man skal også være opmærksom på at beroligende midler og sovepiller kan sænke tempoet og forårsage indlærings- og koncentrationsbesvær. Ved stemningslejelidelser bruges f.eks. lithium, som kan forårsage indlæringsvanskeligheder, og antiepileptika, som kan forårsage døsighed og opmærksomhedsforstyrrelser.

Det er vigtigt at understrege, at medicin ofte er meget vigtig i behandlingen af psykotiske lidelser.

Hvordan kan kognitiv funktion kortlægges?

Kortlægning af kognitive funktioner sker undervejs i udrednings- eller behandlingsforløbet. Der anvendes ofte en kombination af kognitiv og socialkognitiv testning og indhentning af informationer fra forældre, pårørende og eventuelt skole. I en kognitiv og socialkognitiv testning kortlægges forskellige kognitive funktioner ved hjælp af tests og opgaver. Nogle opgaver er praktiske, andre løses på en computer, andre igen med pen og papir eller ved at besvare spørgsmål.

Undersøgelsen kan give information om kognitive styrker og svagheder, og om hvordan disse kan påvirke personen i hverdagen. Den kan også bruges til at sige noget om, hvad der er realistisk for personen at kunne klare i forhold til skolegang, fritid eller arbejde, og eventuelle forslag til tiltag.

Hvad er almindelige tegn på kognitive vanskeligheder?

Nedenfor har vi lavet lister over nogle typiske tegn på forskellige kognitive vanskeligheder. Det er vigtigt at understrege, at alle mennesker har kognitive styrker og svagheder, og langt de fleste vil nok genkende flere af de nævnte tegn. Det er helt normalt. Det er først, når tegnene er talrige, alvorlige og funktionshæmmende i dagligdagen, at man kan mistænke, at der er tale om kognitive vanskeligheder.

Tegn på vanskeligheder med opmærksomhed og arbejdstempo

- Har svært ved at følge med i undervisningen
- Bliver distraheret
- Har problemer med at huske indholdet af det man læser
- Har problemer med at følge med i tv eller se film
- Har problemer med at følge med i en samtale
- Kan kun udføre én opgave ad gangen
- Tager lang tid om at udføre opgaver
- Tager lang tid om at sige ting

Tegn på vanskeligheder med hukommelse og indlæring

- Glemmer folks navne
- Glemmer tidligere begivenheder
- Glemmer at tage medicin eller tager for meget/for lidt
- Har problemer med at genkende steder man har været før
- Har problemer med at huske aftaler
- Glemmer hvor man har lagt ting
- Husker ikke beskeder eller instruktioner
- Har svært ved at lære

Tegn på vanskeligheder med regulering og problemløsning

- Virker passiv, har svært ved at komme i gang med aktiviteter på egen hånd
- Fortaber sig i detaljer og får ikke helheden med
- Bliver ofte ikke færdig med opgaver
- Kan ikke lide ændringer i rutinen
- Har problemer med at planlægge
- Gør tingene på en uorganiseret måde
- Forstår ikke konsekvenserne af sine handlinger
- Gentager fejl og lærer ikke af tidligere erfaringer
- Afprøver ikke alternative løsninger
- Ude af stand til at holde styr på egne ting /egen økonomi
- Har problemer med at beregne tid
- Har svært ved at regulere deres egne følelser
- Har nedsat indsigt i egen sygdom eller nedsat evne til at vurdere egen tænkning (metakognition)

Tegn på vanskeligheder med social-kognition

- Har problemer med at forstå andres følelser baseret på ansigtsudtryk og tonefald
- Har svært ved at aflæse situationer og kan sige eller gøre ting, som andre reagerer negativt på
- Har svært ved at deltage i sociale aktiviteter

Hvad kan man gøre for at håndtere kognitive vanskeligheder?

De kognitive vanskeligheder kan være svære at behandle. Imidlertid er der en række ting, som man selv eller andre i omgivelserne kan gøre for at sikre, at vanskelighederne ikke får så store konsekvenser. Man kan eksempelvis bruge hjælpemidler, tilpasse sine omgivelser, og man kan kompensere for vanskelighederne ved at lære andre måder at gøre tingene på. Det er også vigtigt at påpege, at kognitive funktioner påvirkes af mange faktorer såsom søvnkvalitet, stress, smerter og kost. Derfor er gode søvnvaner, regelmæssig og sund kost og fysisk aktivitet meget vigtige.

Cases

Eksempel 1

Freja er 11 år gammel. Freja har diagnosen skizofreni og får antipsykotisk medicin. Freja går i en almindelig folkeskoleklasse. Freja og Frejas forældre kommer to gange om måneden til samtaler hos deres behandler i psykiatrien. Gennem det sidste år har Freja gennem fået sværere ved at holde fokus og bliver hurtigere udtrættet. Freja har tidligere holdt af at læse bøger, men indenfor det sidste halve år oplever hun, at det er blevet svært at huske det hun læser, og hun er derfor tit nødt til at læse den samme side igen og igen. Ligeledes har Freja fået sværere ved at få ideer og finde på lege. Når Freja leger med sine venner, er hun begyndt at gå fra legen uden at give forklaring herpå, til frustration/forvirring for dem, hun leger med. Freja er også begyndt at blive mere styrende i lege, og får ikke inddraget de andre børns ideer og ønsker i legen. Undersøgelse af Frejas socialkognition viser, at Freja har fået vanskeligt ved at aflæse følelser og stemninger hos andre, og at hun kommer til at lave fejltolkninger i det sociale samspil med andre. Desuden viser den kognitive undersøgelse, at Freja er begyndt at arbejde langsommere, og har fået sværere ved at huske.

Eksempler på tiltag

Frejas behandler i psykiatrien har holdt møde med Frejas forældre, Frejas skole og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), hvor de har talt om, hvordan Freja kan støttes i skolen. Der er i skolen kommet større fokus på, at Freja skal hjælpes individuelt, når hun skal i gang med skoleopgaver, og hun skal have god tid til at blive færdig med de opgaver hun laver. Skolen har indført flere pauser til Freja, så Freja skifter imellem at lave skolearbejde og afslappende aktiviteter, typisk noget kreativt. Når der er gruppearbejde, har Freja forinden en snak med en lærer, hvor de sammen forbereder hvad Frejas input og rolle kan være i gruppearbejdet. Lærerne har desuden forklaret klassens elever, at Freja nogle gange kan komme til at virke afvisende, uden at hun ønsker at være det. Der er kommet en god forståelse af dette i klassen. Hjemme gør forældrene Freja opmærksom på, hvordan Frejas adfærd kan opfattes af andre, så Freja forstår de andre børns reaktioner. Freja og behandleren i psykiatrien har arbejdet med social træning, og har blandt andet øvet gode formuleringer, som Freja kan bruge, når hun skal afslutte en leg, eller når hun skal spørge, hvad de andre børn gerne vil i legen.

Eksempel 2

Marie er 17 år gammel. Hun er blevet diagnosticeret med skizofreni og bliver behandlet med antipsykotisk medicin. Første gang hun blev indlagt, var hun 15 år gammel, og siden da har hun været indlagt tre gange. Hun følges i ambulatoriet med besøg 1 gang om måneden. Hun bor hjemme hos sine forældre, som deltager i en støttegruppe for pårørende. Der har de talt om de vanskeligheder, Marie har med at fungere i hverdagen. De har især bemærket, at Marie har svært ved at stå op om morgenen, klare personlig hygiejne, hun glemmer aftaler og glemmer at tage sin medicin, taler sparsomt med andre, og føler at hun ikke tænker så klart som hun gjorde, før hun blev syg. Marie har for nylig gennemgået en kognitiv og socialkognitiv undersøgelse. Der blev det bemærket, at hun har vanskeligheder med at huske sproglig information og koncentrere sig over tid.

Eksempler på tiltag

På forslag fra sin behandler er Marie begyndt at føre dagbog. I den skriver hun hvad hun skal gøre hver dag, og hun gennemgår næste dags plan hver aften. Der står blandt andet forskellige tidspunkter for, hvornår hun skal indstille alarmen på sin mobiltelefon, så hun bliver mindet om vigtige aftaler. Marie har også hængt post-it-sedler op på badeværelsesspejlet, der minder hende om, hvad hun skal gøre hver morgen: gå i bad, tage rent tøj på, børste tænder, rede sit hår og tage sin medicin. Sådanne hjælpestrategier gør det muligt for hende at udføre hverdagsaktiviteter uden at forældrene skal minde hende om det. Hun har også sat alarmen på sin mobiltelefon for at kunne huske at kigge i dagbogen. Ved samtaler i ambulatoriet har hun lært at gentage det som bliver sagt, når hun modtager instruktioner eller beskeder. Ved at gentage oplysningerne og få dem bekræftet, øger hun sin evne til at forstå oplysningerne og huske detaljer. At gentage, hvad andre siger til hende, hjælper hende også i sociale sammenhænge, fordi hun nu virker mere interesseret i, hvad andre har at sige.

Eksempel 3

Thomas er 25 år. Han blev diagnosticeret med psykotisk lidelse, da han var 18 år gammel. Siden da har han været indlagt i korte perioder på grund af psykose og følges nu op af ambulatoriet. Han bor i sin egen lejlighed, og får besøg af en hjemmesygeplejerske, der har medicin med. Han kæmper for at holde orden i lejligheden, kan ofte ikke finde sine ting. Han har svært ved at styre sin egen økonomi. Thomas måtte forlade gymnasiet, da han blev syg. Tidligere klarede han sig ganske godt i skolen, og han har derfor længe haft et stærkt ønske om at afslutte gymnasiet. Han forsøger nu at gennemføre fem fag på VUC. Han har vanskeligheder med at forstå, hvad læreren siger, og bliver let forstyrret af, hvad der sker omkring ham. Han har også bemærket, at det er svært at afslutte hjemmeopgaver. Thomas bliver let stresset, hvis der sker mange ting, mister let overblikket og glemmer aftaler. Han får ofte besøg af sin familie, men når han taler med dem, taber han ofte tråden og glemmer hvad han skal sige. Han har også svært ved at være opmærksom, når de taler med ham. Han synes at det er både pinligt og ubehageligt, og på det seneste har han trukket sig mere og mere tilbage.

Eksempler på tiltag

Der blev etableret en netværksgruppe omkring Thomas, hvor han, forældrene, behandleren fra ambulatoriet, hjemmesygeplejersken og socialrådgiveren i kommunen deltager. Sammen har de lavet en individuel plan for Thomas, som blandt andet betyder, at han kun skal tage to fag i første omgang. Desuden har de aftalt med skolen, at dele af undervisningen skal foregå i mindre grupper, og at han kan optage undervisningen på sin mobiltelefon, så han kan gentage den derhjemme. Socialrådgiveren har hjulpet ham med at ansøge om en pc til brug i skolen på Hjælpemiddelcentret, og han er blevet uddannet i at tilknytte sine regninger til betalingsservice og lave et budget. Ambulatoriebehandleren har hjulpet ham med at forbedre sine rutiner og få bedre orden i sit hjem. Han har hængt en opslagstavle op derhjemme, hvor han skriver, hvad han skal lave hver dag. Familien har også aftalt, at de ikke vil besøge ham på de dage, han har haft undervisning, de dage har han nemlig brug for hvile. Familiemedlemmerne fokuserer på at tale en ad gangen når de besøger ham, fordi han er bedst i stand til at fokusere, når han ikke bliver overstimuleret af mange mennesker, der taler på samme tid. Familien giver ham også mere tid til at tale færdigt.

Råd ved vanskeligheder med opmærksomhed og arbejdstempo

Hvad kan personen selv gøre?

- Det er vigtigt at have god tid til at udføre opgaver
- Udfør én opgave ad gangen
- Hav korte arbejdssessioner med hyppige pauser
- Gør tingene med det samme, udsæt ikke
- Sørg for et roligt miljø. Det kan være nyttigt at bruge hovedtelefoner eller afskærmning af skrivebordet for at blokere lyde og andre sanseindtryk
- Repetér det der skal læres mange gange
- Opret systemer eller mindmaps, hvor du organiserer information efter betydning/nøgleord osv.
- Træn koncentrationen ved gradvist at øge den tid der bruges på en opgave (f.eks. computerspil, puslespil, læsning)

Hvordan kan andre hjælpe personen?

- Giv personen god tid til at tale færdigt
- Tal klart, kortfattet og direkte til personen
- Hold øjenkontakt, når du giver beskeder

Råd ved vanskeligheder med hukommelse og indlæring

Hvad kan personen selv gøre?

- Skriv ting ned/tag noter
- Brug hjælpemidler: Kalendere, aftalebøger, påmindelsesfunktion på smartwatch eller mobiltelefon til at holde styr på aftaler og gøremål, og post-it-sedler eller notesbøger til at notere beskeder, eventuelt doseringsæske til medicin
- Strukturer miljøet: Hæng vigtige oplysninger på en opslagstavle, hav faste steder til ting som mobiltelefon og nøgler

Hvordan kan andre hjælpe personen?

- Tal med personen om, hvordan han/hun lærer bedst (hvilket tidspunkt på dagen, verbalt eller praktisk, ved udenadslære eller betydning osv.)
- Vis personen de rutiner du selv bruger for at huske bedre i din hverdag
- Når du giver information: Reducér mængden, opdel i mindre enheder, ét budskab ad gangen
- Gentag vigtige oplysninger flere gange

Råd ved vanskeligheder med regulering og problemløsning

Hvad kan personen selv gøre?

- Brug en dagsplan eller kalender til at holde styr på, hvad der skal ske hvornår og hvilke personer, du skal være sammen med. Tag den med dig når du er væk hjemmefra for at tage noter om nye aftaler
- Gør det til en vane at gennemgå gøremål og planer på forhånd, på den måde vil du være bedre forberedt og måske opleve det mindre stressende
- Øv de ting der er svære, mange gange, indtil de går automatisk/af sig selv (f.eks. hvordan man rydder op, kommer op og afsted om morgenen, laver mad, går i bad osv.)
- Afslut en ting, før du starter den næste
- Forsøg at dele store opgaver op i flere små opgaver
- Hav faste rutiner for hvornår du spiser, laver lektier, rydder op osv.

Hvordan kan andre hjælpe personen?

- Hjælp personen med at organisere sin hverdag bedre. Strukturerede problemløsningssamtaler kan hjælpe personen: Hvad er problemet? Hvilke alternative løsninger har du for at løse problemet? Få personen til at afprøve løsningerne, gå tilbage og tjek om de virkede, eventuelt afprøve nye løsninger
- Hjælp personen med at blive selvstændig i forhold til opgaver. Stil hjælpespørgsmål: „Hvad er det første skridt? Hvordan vil du starte? Hvad synes du?“ Dette gælder især for mennesker, der har tendens til at være for afhængige af hjælp eller mangler selvtillid med hensyn til at træffe beslutninger
- Vis og tal om fremgangsmåder eller rækkefølgen af handlinger: „Når jeg står op, går jeg i bad, vasker mit hår, tørrer mig, klæder mig på, reder mit hår, tager min medicin, spiser, børster tænder“
- Giv ros for igangsatte og gennemførte handlinger
- Hjælp personen med at beregne, hvor meget tid der skal bruges til at løse forskellige opgaver
- Træn planlægning

Råd ved vanskeligheder med social-kognition

Hvad kan personen selv gøre?

- Vær bevidst om at du indimellem kan misforstå situationer
- Hvis du er i tvivl om hvad andre mener eller føler, så spørg

Hvordan kan andre hjælpe personen?

- Træn at genkende ansigtsudtryk ved at se på fotos/film
- Se på billeder af sociale situationer og tal sammen om, hvad der sker. Prøv sammen at fortolke, hvordan folk har det baseret på det man ser
- Tal om sociale regler, dvs. hvad der er almindeligt at gøre i forskellige sociale situationer
- Træn samtale, hvad man kan sige i forskellige situationer, hvordan man holder sig til et emne
- Vær tydelig i forhold til dine egne følelser

Tilrettelæggelse af uddannelse og arbejdsliv

De første symptomer på alvorlige psykotiske lidelser opstår ofte i barndom og ungdom. De praktiske konsekvenser af dette er, at mange bliver syge, før deres skolegang og uddannelse er afsluttet, og før de har haft tid til at få et job. For at øge muligheden for, at personen med en psykotisk lidelse kan vende tilbage til skole/uddannelse/arbejde, bør der etableres samarbejdsnetværk på tværs af primær og sekundær sektor bestående af personen selv, pårørende, skole, PPR, socialrådgiver, kontaktpersoner og behandlere.

Børn og unge med psykiske funktionsnedsættelser, herunder psykotiske lidelser, kan få hjælp til at skabe overblik over sin uddannelse, og hjælp til at strukturere hjemmearbejde og lektier. I Folkeskolen kan elever få tilpasset undervisning. Det kan f.eks. være undervisning i mindre grupper eller mulighed for at få længere tid til eksamen. Flere universiteter og professionshøjskoler har også deres egen konsulentservice for studerende med forskellige funktionsnedsættelser. Skolerne, PPR, ungdomsuddannelses-vejledere (UU-vejledere) og konsulenter på uddannelserne kan give råd og vejledning.

At have meningsfuldt arbejde er vigtigt for mange voksne med psykotiske lidelser. Men for dem, der er stærkt ramt af psykose, kan det være svært at fungere på arbejdet. For andre kan der være behov for at finde et passende arbejdssted med mulighed for tæt opfølgning og hjælp eller hjælp til at fastholde et job i det almindelige arbejdsliv. Socialrådgiveren i kommunen eller i fagforeningen kan hjælpe med rådgivning, vejledning og praktisk facilitering med henblik på at „skræddersy“ løsninger med udgangspunkt i medarbejdernes og arbejdsgivernes behov.

Både i forhold til arbejde og uddannelse kan der også være behov for at tilpasse arbejdsopgaver, arbejdsbyrde og arbejdsmetoder i forhold til den enkeltes vanskeligheder. Det kan f.eks. være fleksible arbejdstider, begrænsning af opgaver, hyppigere pauser, kortere dage, hyppig feedback og information både skriftligt og mundtligt.

Kognitiv træning

I de senere år er det blevet undersøgt om det er muligt at forbedre kognitive vanskeligheder gennem kognitiv træning. Kognitiv træning går ud på at forsøge at optræne funktionerne gennem øvelse, gentagelse og strategilæring ved hjælp af f.eks. computerbaserede opgaver.

Flere undersøgelser viser, at en særlig form for kognitiv træning (kognitiv remediering) til dels kan forbedre de fleste kognitive funktioner samt funktionsniveauet hos mennesker med psykoselidelser.

Effekten er bedst, når træningen foregår, mens personen er i den rehabiliteringskontekst (f.eks. erhvervsgenoptræning), hvor de kognitive vanskeligheder kommer til udtryk, og man har mulighed for aktivt at praktisere det, man lærer i træningen. Der er dog stadig meget, der er uklart, herunder hvor meget det egentlig hjælper personen i hans/hendes praktiske hverdag. Derfor forskes der nu i at udvikle endnu bedre træningsprogrammer og øge overførselsværdien til dagligdagen.

Forfatterne

Denne pjece er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Nordjylland og Region Midt af speciallæge, ph.d., klinisk lektor Ulla Schierup Nielsen og specialpsykolog Anna Laura Jørgensen med udgangspunkt i den norske pjece "Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser", oprindelig forfattet af dr. psykol Torill Ueland og dr. psykol Merete Glenne Øie i 2006, målrettet voksne med psykotiske lidelser. Ulla Schierup Nielsen og Anna Laura Jørgensen har tilpasset teksten til danske forhold, opdateret til seneste evidens og ændret således at målgruppen udvides til også at inkludere børn og unge med psykotiske lidelser.



Ulla Schierup Nielsen er uddannet læge fra Aarhus Universitet i 2002. Hun er ph.d. fra Aarhus Universitet i 2012 og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri siden 2018. Aktuelt arbejder hun som overlæge i psykoseteamet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, kombineret med ansættelse som klinisk lektor ved Aalborg Universitet. Hun har desuden ansvar for Forskningsprogram for Psykoser hos Børn og Unge ved Forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatri, Aalborg Universitetshospital.
E-mail: uni@rn.dk



Anna Laura Lytgens Jørgensen er uddannet psykolog fra Aarhus Universitet i 2007, og specialpsykolog i børne- og ungdomspsykiatri siden 2018.
Aktuelt arbejder hun som specialpsykolog i Sengeafsnit 1 ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Til Sengeafsnit 1 er tilknyttet Psykoseteam Junior (Region Midts OPUS-tilbud for børn mellem 7-13 år).
E-mail: anljor@rm.dk



Forfattere
Overlæge, ph.d., klinisk lektor Ulla Schierup Nielsen
Specialpsykolog Anna Laura Lytgens Jørgensen

Psykiatrien
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg
www.psykiatri.rn.dk

Juni 2025