

Opfyldelse af indikator 1b ”Kognitiv udredning”

En praktisk anvisning

April 2016

Vibeke Bliksted^{1,2}, Jens Richardt Møllegaard Jepsen^{3,4,5}, Birgitte Fagerlund^{3,4}

¹Aarhus Universitetshospital Risskov, Afdeling for psykoser, Forskningsenhed P

²Aarhus Universitet, Interacting Minds Centre

³Center for Neuropsychiatric Schizophrenia Research (CNSR), Psykiatrisk Center Glostrup

⁴Lundbeck Foundation Centre for Clinical Intervention and Neuropsychiatric Schizophrenia Research (CINS), Psykiatrisk Center Glostrup

⁵Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden

Indledning

Dette er en opfølgning på *Rapport vedrørende kognitions-indikatoren i det Nationale Indikator Projekt (NIP) for skizofreni* fra 2007 [1] og er ment som en praktisk anvisning ift. opfyldelsen af indikatoren. Den indeholder en kort oversigt over indikatoren, de relevante kognitive domæner og status siden rapporten.

Vi har opdelt gennemgangen af specifikke kognitive domæner, så de neurokognitive og socialkognitive domæner og testforslag beskrives separat. Dette er fordi der indenfor klinisk praksis er større tvivl om, hvordan indholdet af den socialkognitive del af indikatoren defineres og kan dækkes. Den socialkognitive del er derfor mere detaljeret beskrevet nedenfor, mens den neurokognitive del henviser til eksempler i bilag. Vedlagte bilag indeholder eksempler på kognitive testbatterier aktuelt i brug forskellige steder, skabeloner for udarbejdelse af test rapporter og interview ifm. testning, men er naturligvis ikke udtømmende.

Kognitionsindikatoren

Definition [1]:

Ved skizofreni ses globale kognitive forstyrrelser, dvs. i alle kognitive domæner, men der er betydelig heterogenitet i sværhedsgraden mellem domænerne[2, 3]. Mellem 75-80 % af patienterne har betydelige kognitive forstyrrelser indenfor flere domæner, mens ca. 90 % har forstyrrelser indenfor mindst et domæne [4-6]. De fleste patienters præmorbid funktionsniveau er reduceret i forhold til raske[7-9]. Halvdelen af patienterne har en reduktion af deres kognitive funktionsniveau omkring debuttidspunktet[10]. De kognitive forstyrrelser er overvejende stabile i årene efter sygdomsdebut, men reduceres muligvis gennem sygdomsforløbet hos nogle patienter [11]. Negative symptomer er svagt-moderat relateret til de kognitive forstyrrelser [12, 13] mens positive symptomer har ringe relation til de kognitive forstyrrelser [14]. De kognitive forstyrrelser fremstår således overvejende uafhængige af øvrige psykopatologiske symptomer og udgør en selvstændig symptomdimension. Effekten af antipsykotisk medicin, psykosocial behandling og kognitiv remediation er lille-moderat [15-18]. Kognitive forstyrrelser er en stærkere prædikator for funktionel prognose end andre symptomer og er relateret til behandlingscompliance[19].

- Kravet til indikator 1b ”Kognitiv udredning” er, at mindst 90 % af alle patienter med incident skizofreni får foretaget en udredning af de kognitive funktioner ved en psykolog indenfor de første 2 år efter diagnosen er blevet stillet.

Forhistorien

I 2007 blev der foretaget et grundigt litteraturstudie og udarbejdet en rapport med anbefalinger til mulige testbatterier, der kunne anvendes til afdækning af kognitive forstyrrelser ved skizofreni.

Rapporten anbefalede især 4 testbatterier, som har stor udbredelse indenfor skizofreniforskning: Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB), Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS), Matrics Consensus Cognitive Battery (MCCB) og Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS). Der blev opfordret til dansk standardisering af et eller flere af de nævnte testbatterier mhp. implementering i klinisk praksis.

Rapporten understregede dog, at det vigtigste anbefaling vedr. den kognitiv testudredning er, at de relevante kognitive domæner dækkes bedst muligt, uanset om udredningen foretages med et samlet testbatteri, eller om den udføres med deltest fra forskellige batterier [1].

Status på de 4 testbatterier er følgende:

CANTAB er oversat til dansk, men anvendes pga. et relativt højt prisniveau hovedsageligt til forskning. Der foreligger ingen danske normer, men batteriet består primært af tests, der er relativt uafhængige af sprog og kultur, derfor vurderes det engelske normmateriale for flere af testene relevant i Danmark [20]. Derudover indgår data fra et relativt stort antal raske danske forsøgspersoner i flere publicerede artikler (se fx [21]). Se www.cantab.com

BACS er oversat til dansk, men anvendes indtil videre udelukkende til forskning. Der foreligger indtil videre ingen danske normer. Se www.neurocogtrials.com

MCCB er oversat til dansk, og har været anvendt i enkelte danske forskningsprojekter. Der foreligger ingen danske normer, og ingen data fra raske forsøgspersoner er publiceret. Se www.matricsinc.org

RBANS er oversat til dansk mhp. klinisk brug. Den består af 12 delprøver, der måler bl.a. opmærksomhed, verbale og visuospatiale funktioner og hukommelse. Der findes skandinaviske normer til batteriet, indsamlet i Danmark, Norge og Sverige. Se www.pearsonassessment.dk. Testen er dog primært udviklet mhp. undersøgelse af ældre personer, med primært fokus på fx hukommelse og visuoperceptuelle evner, og mangler test af bl.a. arbejds hukommelse og eksekutive funktioner.

Kognitive domæner, der bør undersøges

Følgende kognitive domæner bør så vidt muligt testes ved en kognitiv udredning i henhold til den kognitive indikator [1]:

- Forarbejdningshastighed
- Opmærksomhed
- Arbejdshukommelse
- Verbal indlæring og hukommelse
- Visuel indlæring og hukommelse
- Eksekutive funktioner
- Intelligens – præmorbid og nuværende
- Social kognition

Neurokognitiv udredning

Formålet med at foretage en kognitiv udredning ved skizofreni er at identificere kognitive styrker og svagheder for den enkelte patient. Man ved fra forskningen, at kognitive forstyrrelser har stor betydning for patienternes sygdomsforløb, evne til at drage nytte af behandlingsmæssige tiltag, samt prognose på længere sigt. Mellem 75-85 % af patienter med skizofreni har kognitive forstyrrelser. Derfor er en meget kort kognitiv screening ikke så relevant ved skizofreni, da man på forhånd ved, at mindst 3 af 4 patienter vil have behov for yderligere udredning. *I stedet anbefales det, at man i klinisk praksis foretager en målrettet udredning, der samlet dækker de relevante kognitive domæner.*

Et spørgsmål, der ofte stilles ifm. kognitiv udredning af patienter med skizofreni er, om det er muligt at lave en pålidelig testning under en psykotisk episode, eller om man skal vente til psykosen er bedret. Naturligvis bør man altid tage hensyn til tolerabilitet og belastning ift. patientens kliniske tilstand. Når det er sagt, er det i langt de fleste tilfælde muligt at lave den kognitive undersøgelse, selv når patienten har psykotiske symptomer. Talrige studier har fundet, at der ikke er en sammenhæng mellem psykotiske symptomer og kognitive forstyrrelser, der vedvarer efter psykotiske symptomer bedres [22-24]. Der findes stærk evidens for, at man kan lave en pålidelig undersøgelse hos ca. 90 % af patienter med skizofreni og at de kognitive test resultater er valide og reliable, uanset sværhedsgraden af psykotiske symptomer [25]. Derfor er der overordnet set ikke grund til at vente med den kognitive udredning.

Det vigtigste ved valget af specifikke kognitive tests er testenens reliabilitet og validitet, og at der findes relevant normmateriale som sammenligningsgrundlag. Vi mener ikke, at det er nødvendigt, at alle i Danmark bruger det samme testbatteri, men at man hvert sted lokalt bruger de bedste tilgængelige tests, der har et relevant normsæt. Nogle regioner har peget på tests, der kan indgå i den kognitive udredning ved skizofreni, og der findes udmærkede lokale forslag til testbatterier flere steder (se bilag 1). Det er også helt relevant at sammensætte sit eget batteri, så længe de forskellige kognitive domæner dækkes bedst muligt og med et relevant, pålideligt sammenligningsgrundlag.

Norm materiale

Det er en udfordring, at flere ellers egnede kognitive test ikke er velnormerede i Danmark. Det kan være relevant at bruge udenlandske normer til nogle tests, forudsat at prøverne ikke involverer de store sproglige eller kulturelle forskelle. Udover relevante normmaterialer fra diverse testforlag henvises til bogen Danske normer til neuropsykologiske test, udarbejdet af Kasper Jørgensen i samarbejde med Selskabet Danske Neuropsykologer i 2012 [26]. Bogen indeholder en glimrende oversigt over raske forsøgspersoners resultater på flere relevante enkelttests, indsamlet fra forskellige danske forskningsprojekter og en CD-rom til scoring af tests.

Socialkognitive domæner

I 2008 kom en oversigt over, hvilke socialkognitive domæner, der især er påvirket ved skizofreni [27, 28]:

- Theory of mind (Evnen til at sætte sig ind i andre menneskers mentale tilstand)
- Social perception (Evnen til at identificere sociale roller, samfundsmæssige regler, kontekst.) omfatter evne til at forstå humor, ironi og sarkasme samt evnen til at "læse mellem linierne" og have situationsfornemmelse.
- Social viden (Viden om social roller og regler, dvs. viden om hvad der er passende adfærd i forskellige situationer).
- Emotionsforarbejdning (Aflæsning af følelser hos andre mennesker, evne til at kommunikere følelser, samt forståelse og håndtering af egne og andres følelser).
- Attribueringsstil (hvordan årsager til positive og negative hændelser typisk forklares). Systematiske fejlslutninger i sociale sammenhænge er især undersøgt ved patienter med paranoia og omfatter at springe til forhastede konklusioner på et svagt datagrundlag eller søge efter det, som bekræfter ens vrangforestillinger.

Socialkognitive test

En arbejdsgruppe under det amerikanske sundhedsvæsen blev nedsat med det formål at finde frem til de bedst egnede socialkognitive test til patienter med skizofreni [28-30]. Enkelte af disse test er oversat til dansk og har været anvendt til danske forskningsprojekter med patienter med nydiagnosticeret skizofreni.

Psykologisk testning af socialkognitive funktioner er vanskeliggjort af kulturelle forskelle i sociale stimuli og normer, hvilket besværliggør direkte oversættelse af testmaterialer. Desuden er mange socialkognitive tests præget af loftseffekt, altså at testen er for let for mange af patienterne til at kunne påvise deres socialkognitive vanskeligheder. Tolkning af de opnåede scorere på de socialkognitive test kan også være en udfordring. Dette er næppe et problem ved patienter med omfattende socialkognitive deficit, hvor der ses tydelige deficits. Men da mange socialkognitive tests som nævnt er for lette, kan selv små/få fejlsvare være udtryk for større vanskeligheder med fx ToM og

social perception. Den socialkognitive testning bør derfor ledsages af et detaljeret klinisk indtryk fra testningen, fx om man havde indtryk af, at patienten var usikker på sine svar, brugte tid til at tænke sig frem til svaret, eller forsøgte at ”aflæse” det korrekte svar via testpsykologens ansigtsudtryk.

Det er aktuelt ikke realistisk at dække de socialkognitive domæner med de tilgængelige tests. På baggrund af den fortsatte mangel på veletablerede socialkognitive tests egnet til klinisk brug, vil vi indtil videre anbefale, at man anvender en kombination af socialkognitive test sammen med interview og spørgeskemaer fra de nedenstående:

Forslag til social kognitive tests:

Brünes billedordning: ToM. I modsætning til billedordningstesten fra WAIS, der loader mere på generel intelligens end social kognition, findes en anden billedordningstests med fokus på ToM. Testen er oversat til dansk, men der findes ingen danske normer (men den er under afprøvning i et dansk forskningsprojekt). Efter aftale med opretshaver, kan testen videregives uden beregning til danske kliniske psykologer, der arbejder med skizofreni (via kontakt med Vibeke Bliksted).

Reading the Mind in the Eyes Task, revideret udgave (RME-R) er oversat til dansk. Den kan downloades gratis fra Simon Baron Cohens hjemmeside:

http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests. Der er ingen danske normer, men der findes normer fra publicerede raske kontrolgrupper på flere andre sprog [31, 32].

TASIT delprøve 2 (The Awareness of Social Inference Test): ToM og social perception belyst via små filmklip. Dansk oversættelse kan købes hos Pearsons i London, permissions@pearsonclinical.co.uk. Der er ingen danske normer, men testen har været anvendt i en række danske forskningsprojekter (fx [33, 34]). Testen er dog ofte for nem for mange patienter med skizofreni, dvs. testen er svækket af løftseffekt.

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): Emotionsforarbejdning. Testen er oversat til dansk med danske normer (www.hogrefe.dk). Testen undersøger alene de emotionelle komponenter af socialkognitive deficits ved skizofreni og dækker derfor nok ikke forstyrrelserne tilstrækkeligt [35, 36].

Socialkognitiv testning bør ledsages af et grundigt interview om patientens sociale interaktioner i dagligdagen og om oplevelser af eventuelle problemer med at forstå andres motiver og intentioner, aflæse andre menneskers mimik etc.

Forslag til social kognitive spørgeskemaer/interviews:

Social Responsiveness Scale-2 (SRS-2) er et nyt og lovende spørgeskema om sociale og kommunikative vanskeligheder. SRS-2 indeholder et skema til selvrapportering og et skema til pårønderapportering. Spørgeskemaet er udviklet til mennesker med autisme spektrum tilstande, men er konstrueret til at opfange subkliniske autisometræk, hvorfor

det også er velegnet til andre diagnosegrupper end autisme spektrum tilstande. Ingen danske normer, men normering i Danmark er planlagt gennem forlaget (www.hogrefe.dk).

Socialkognitive tests til børn og unge

Det er også vanskeligt at pege på velegnede tests af de social kognitive domæner til børn og især til unge, men der findes oplagte spørgeskemaer og interview om social funktion og social kognition.

Testene TASIT, Strange Stories –Revideret [37] og Stories from Everyday Life [38] vurderes at have høj risiko for loftseffekt hos unge med psykose, men kan sandsynligvis anvendes med lavere risiko for loftseffekt til børn med psykose. Testen ”Social Emotional Evaluation” (SEE) [39] anbefales hverken til børn eller unge på grund af lav sensitivitet overfor socialkognitive forstyrrelser [40]. Der er for nogle af SEE delprøvernes vedkommende formentlig tale om en loftseffekt. Reading the Mind in the Eyes-Revised” (RME-R) [31] er oversat til dansk i en computeriseret version og kan anvendes til større børn og unge, men der er ingen danske normer, men raske kontrolgruppers resultater er tilgængelige. Testen kan downloades gratis fra Simon Baron Cohens hjemmeside (www.autismresearchcentre.com/arc_tests).

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) findes som nævnt også på dansk. En del af batteriet (Managing Emotions) har vist sig ikke at være følsom over for social-kognitive deficits hos unge med psykose [35]. Derfor anbefales MSCEIT ikke til unge med psykose.

Den formentligt bedste af de aktuelt tilgængelige metoder på dansk til vurdering af social kognition/socialt færdigheder på dansk er den strukturerede observation ”Autism Diagnostic Observation Schedule” (ADOS) [41]. Denne observationsmetode måler sværhedsgraden af nedsat kommunikation og gensidig social interaktion og vurderes egnet til voksne såvel som til børn og unge med psykose, selvom den ikke er en objektiv test.

Spørgeskemaer om social funktion/-kognition til børn og unge:

Spørgeskemaet Social Responsiveness Scale (SRS) [42] vurderes meget velegnet til både børn og unge med psykose. SRS er udgivet på dansk af Hogrefe Psykologisk Forlag A/S, men der findes endnu ingen danske normer. Erfaringsmæssigt kan de amerikanske normer anvendes i Danmark. Spørgeskemaet udfyldes af forældre og lærere. SRS er udviklet til mennesker med autisme spektrum tilstande, men er ligesom SRS-A konstrueret til at kunne opfange sværhedsgraden af subkliniske autistmetræk ved andre tilstande, hvorfor det også er egnet til psykotiske tilstande. Spørgeskemaet giver én samlet score for svækkelserne i sociale færdigheder/social kognition.

Spørgeskemaet "Forældreskema om Empati hos Børn og Unge mellem 12-16 år" måler børns og unges empati [43] og er oversat til dansk og kan downloades fra Simon Baron-Cohens hjemmeside. Spørgeskemaet udfyldes af forældre. Der er ikke etableret danske normer, men skemaet er afprøvet på en stor gruppe engelske børn og unge, og sandsynligvis kan disse normer anvendes i Danmark. Spørgeskemaet vurderes som måske velegnet til børn og unge med psykose.

Socialkognitiv testning af børn og unge bør ledsages af et grundigt interview af patienten selv og især dennes forældre vedrørende styrker og svagheder i den sociale funktion i dagligdagen. Vineland-II [44] er både et semistruktureret forældreinterview og et forældrespørgeskema om adaptive funktioner hos børn og unge (til og med 21.11 år). Vineland-II omfatter tre subskalaer om social funktion; Interpersonelle forhold; Leg og Fritid; Tilpasningsevne. Vineland-II har skandinaviske normer og vurderes at give et nuanceret beskrivelse af sociale funktionsvanskeligheder hos børn og unge med psykose.

Bilag

Bilag 1: Eksempler på testbatterier

Bilag 2: Eksempler på interview ifm. kognitiv udredning

Bilag 3. Eksempler på udarbejdelse af testrapporter

Bilag 1 Eksempler på testbatterier:

Bilag 1A. Regions Midtjyllands officielle testbatteri for voksne patienter med skizofreni, 2012 (uddrag af instruks). (Udarbejdet af arbejdsgruppe under Psykolog Fagligt Råd, Region Midtjylland).

Der er ikke tale om en fuld neuropsykologisk undersøgelse.

Der er derimod tale om anbefalinger til et testbatteri, og den enkelte psykolog kan selv vurdere, om der er behov for at supplere med yderligere test eller der må skæres ned på antallet af test for at patienten kan gennemføre undersøgelsen. For at få et lidt bredere grundlag at vurdere de enkelte kognitive domæner ud fra, anbefales det at bruge to forskellige deltest til at afdække hvert domæne.

Estimering af præmorbidit og aktuelt intelligens niveau er gjort valgfrit og relevans afgøres på baggrund af de foreliggende anamnesticke og kliniske oplysninger.

Så fremt der ønskes en estimering af aktuelle funktionelle IQ anbefales at bruge følgende WAIS-IV delprøver, som udgør General Ability Indeks (Ligheder; Information, Blokmønstre; Matrice; Visuelle puslespil).

Ved behov for fyldestgørende vurdering af intelligens niveau anbefales det fulde WAIS-IV batteri, hvilket betyder et samlet tidsforbrug, der ligger 1-2 timer udover de timetal, der nævnes nedenfor.

Domæne	Test
Forarbejdningshastighed	Symbolsøgning og Kodning (WAIS-IV)
Initiering, Ordmobilisering	Ordmobilisering (SNF versionen) normer Nielsen et al 1989
Arbejdshukommelse	Talspændvidde (WAIS-IV) og Spatial spændvidde (WMS-III)
Verbal indlæring og hukommelse	Tekstgengivelse I og II (WMS-III) og Ordpar I og II (WMS-III)
Visuel indlæring og hukommelse	Spatial spændvidde (WMS-III) og Familiebilleder I og II (WMS-III)
Eksekutive funktioner	Tower of London
Social kognition (ToM og social perception)	TASIT delprøve 2A ”normer” Bliksted 2014
Evt. supplere med	WCST, RCFT-RT (normer Meyers & Meyers 1996), Reys 15 ord (normer Nielsen et al 1989), d2 (2006 version)
Evt. intelligens estimering	WAIS-IV delprøver til GAI index

	Screening kognitive funktionsområder (forarb.hast; initiering, arb.huk; indlær. og huk verbalt og visuelt; eksekutiv funk., social kogn.)	Screening kognitive funktionsområder (forarb.hast; initiering, arb.huk; indlær. og huk verbalt og visuelt; eksekutiv funk., social kogn.) + intelligens estimering (WAIS-IV delprøver til GAI-index)
Interview + testning	3 timer	4 timer
Testopgørelse	1 time	1,5 time
Rapportskrivning	2-3 timer	2-3 timer
Tilbage melding	1 time	1 time
Minimum tidsforbrug i alt	7-8 timer	8,5-9,5 time

Såfremt der også er behov for intelligens vurdering anbefales det, at undersøgelsen deles op over to gange, da 4 timers undersøgelse i træk vil være for meget for en del af patientgruppen.

Bilag 1B: Forslag til testbatteri, udarbejdet af Neuropsykolog Kaj Bjerring Andersen, Psykiatrisk Center Glostrup – Hvidovre.

Kort kognitivt testbatteri primært til brug for undersøgelse af patienter med en debuterende skizofreni

De enkelte deltest er nævnt i den rækkefølge, som de tænkes administreret:

a: Raven's Coloured Progressive Matrices sæt A, A_B og B (Medtages skønmæssigt som første prøve)

1. WAIS-III/WAIS IV ordforråd
2. WAIS-III/WAIS IV ligheder
3. WAIS-III/WAIS IV matricer [kan evt. erstattes af (eller suppleres med) Raven's Advanced Progressive Matrices, sæt 1]
4. WAIS-III/WAIS IV talspændvidde
5. WAIS-III/WAIS IV information
6. Sætningsgengivelse (RH)
7. Tal-symbolprøven SDMT [eller WAIS-III/WAIS-IV kodning]
8. Trail Making Test A og B
9. Oplæsning af almindelig tekst [evt. suppleret med DART læseprøve]
10. Listeindlæring, 10 ord med selektiv påmindelse (RH) (indlæring)
11. Rey-Osterrieth komplekse figur (kopiering)
12. Hovedregning (RH)
13. Rey-Osterrieth komplekse figur (retention efter 3 min.)
14. Listeindlæring, 10 ord med selektiv påmindelse (RH) (retention efter 10 min.)
15. Wisconsin kortsortering WCST (kort udgave med 48 kort a.m. Nelson) (RH)
16. Stroop a.m. P. Bruhn

Ad 1) Ved lav score i WAIS-III/WAIS IV ordforråd kan man evt. supplere med DART læseprøve med henblik på mere nuanceret fortolkning.

Ad 2) Der kan suppleres med en kort udgave af en ordsprogsprøve (RH) ved lav score i WAIS-III/WAIS-IV ligheder eller ved ønske om nuancering.

Ad 4, 6 og 12) Ønskes der flere mål for arbejdshukommelse, kan der suppleres med WAIS-III/WAIS IV bogstav-tal rangordning.

Ad 7 og 8) Ved langsom udførelse af SDMT og Trail Making Test A eller ved mistanke om motoriske vanskeligheder kan der suppleres med Purdue Pegboard.

Ad 12) Er der problemer med at aftegne Rey-figuren kan der suppleres med WAIS-III/WAIS IV blokmønstre eller med RH-udgaven af blokmønsterprøven.

Ad 13 og 14) Der kan evt. suppleres med genkendelsesprøverne (QS 50 ord og QS 50 ansigter)(RH)

Oversigt over domæner i forhold til anbefalinger i ”Rapport vedrørende kognitions-indikatoren i det Nationale Indikator Projekt (NIP) for skizofreni”

(supplerende prøver er sat i kantet parentes)

- Forarbejdningshastighed
 - SDMT (eller WAIS-III/WAIS IV kodning)
 - Trail Making Test A og B

- Opmærksomhed
 - Talspændvidde
 - Sætningsgengivelse

- Arbejdshukommelse
 - Talspændvidde
 - Sætningsgengivelse
 - Hovedregning
 - [WAIS-III/WAIS IV bogstav-tal rangordning]

- Verbal indlæring og hukommelse
 - Listeindlæring, 10 ord med selektiv påmindelse (RH)
 - [Ordgenkendelse]

- Visuel indlæring og hukommelse
 - Rey-Osterrieth komplekse figur (retention efter 3 min.)
 - [Ansigtsgenkendelse]

- Eksekutive funktioner
 - Trail Making Test B
 - WAIS-III/WAIS IV matricer
 - Kopiering af Rey-Osterrieth komplekse figur
 - Wisconsin Kortsortering
 - Stroop a.m. P. Bruhn

- Social kognition
 - Mangler. På sigt (hvis muligt) påtænkes at inddrage ”Managing Emotions” (MSCEIT). Indgår i MATRICS-batteriet.

- Begavelse (i rapporten kaldet ”Intelligens, præmorbid og nuværende”)
 - WAIS-III/WAIS IV ordforråd

- WAIS-III/WAIS IV ligheder
- WAIS-III/WAIS IV information
- WAIS-III/WAIS IV matricer (eller Raven “Advanced”, sæt 1)

Områderne ”verbal abstraktion”, ”visuel perception og abstraktion”, ”visuomotorisk tempo” og ”konstruktionelle færdigheder” er dækket ind af ovennævnte batteri. Suppleres med Purdue Pegboard, er der også et mål for finmotoriske færdigheder.

Derudover indgår opgaver, der giver en afspejling af basale skolefærdigheder: læsning, skrivning og regning.

Bilag 1 C: Region Sjællands officielle testbatteri for voksne patienter med skizofreni, 2015 (uddrag af instruks). (Udarbejdet af bl.a. specialpsykolog Marlene Buch Pedersen, Region Sjælland)

Definition af herværende screening

Der er ikke tale om en fuld neuropsykologisk undersøgelse, men en screening af udvalgte kognitive domæner: opmærksomhed og koncentration, hukommelse og indlæring samt eksekutiv funktion. Screeningen har som formål at kunne komme med anbefalinger, som kan anvendes i behandlings-tilrettelæggelsen. Undersøgelsen har ikke et omfang og et indhold, som er målrettet afklaring af arbejdsevne. Undersøgelsen kan dog indgå som et af flere elementer i beskrivelsen af det samlede funktionsniveau og kan på den måde indgå i statusvurdering.

Tidsforbrug:

Der er afsat minimum mellem 7-9 timer til screeningen.

3 timer til interview og testning

3-4 timer til opgørelse og rapportskrivning

1 time til tilbagemelding til patient med deltagelse af primærbehandler.

Misbrug og symptomer:

Misbrug er ingen hindring for screeningen. Det vigtigste formål ved undersøgelsen er at beskrive nuværende funktionsniveau i forhold til krav og forventninger i behandlingstilrettelæggelsen. Misbrug skal dog beskrives i rapporten. Positive symptomer og angst er heller ingen hindring på samme måde som ovenstående.

Både misbrug og symptomer (angst og paranoia f.eks.) kan dog være en hindring for overhovedet at kunne kooperere om testningen.

IQ-estimering:

Ordforråd (WAIS IV)

Matricer (WAIS IV)

Tempo, opmærksomhed og koncentration

Symbolsøgning (WAIS IV)

Kodning (WAIS IV)

Initiering og ordmobilisering

Ordmobilisering Dyr og bogstav S på 60 sekunder

Arbejdshukommelse

Talspændvidde (WAIS IV)

Spatial spændvidde (WMS III)

Verbal indlæring og hukommelse

Ordpar I og II (WMS III)

Visuel indlæring og hukommelse

Ansigtsgenkendelse I og II (WMS III)

Eksekutiv funktion – starte aktiviteter, planlægge og strukturere, monitorere og tilpasse problemløsning

WCST

Selvrapportering eksekutiv funktion

BRIEF

Bilag 1 D.: Uddrag af instruks, Børne- og Ungdomspsykiatrien, Region Sjælland efter aftale med psykologfaglig ledende koordinator og specialpsykolog i B&U, Annette Anbert samt specialpsykolog i B&U, Stefan Jensen.

(Baseret på tidligere arbejde med deltagelse fra alle landets Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger samt børneneuropsykolog Jens Richard Jepsen som konsulent).

1) Formål

Beskrivelse og afgrænsning af opgaven med undersøgelse af den kognitive funktion i forbindelse med udredning for skizofreni.

Beskrivelsen ligner procedure fra andre regioner. Beskrivelsen modsvarer dokumentationskravet i relation til RKKP, indikator 1c – kognitiv udredning ved incident skizofreni.

2) Anvendelsesområde

Psykologer i Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri.

3) Fremgangsmåde

Følgende domæner er relevante at få afdækket ved den kognitive psykologiske undersøgelse

med henblik på udarbejdelse af klinisk/funktionel caseformulering:

_ Forarbejdningshastighed: FHI-index (WAIS-4 eller WISC-IV)

_ Opmærksomhed: TEA-CH/Tova

_ Arbejdshukommelse: AHI-index (WAIS-4 eller WISC-IV)

_ Verbal indlæring og hukommelse: TOMAL 2 delprøver

_ Visuel indlæring og hukommelse: Rey Oestrich (eller TOMAL 2 delprøver)

_ Eksekutive funktioner: WCST (evt. BRIEF eller Tower of London)

_ Social kognition: Belyst ved klinisk vurdering undervejs i undersøgelsesforløbet, bl.a. kontaktbarhed, øjenkontakt, evne til indlevelse, evne til forståelse af social kontekst ved den dialog, der vil være under testforløbet (SRS, evt. TAT).

_ Intelligens (præmorbid og nuværende): WAIS-4 el WISC-IV (og anamnese)

Ovenstående er anbefalinger til et testbatteri. Der er ikke tale om en fuld neuropsykologisk undersøgelse. Psykologen skal i det enkelte tilfælde vurdere, om der er behov for at supplere med yderligere test eller om der må/kan skæres ned på antallet af tests, for at patienten kan gennemføre undersøgelsen.

Bilag 2: Eksempler på interview ifm. kognitiv udredning

Bilag 2.a. INTERVIEW til Kognitiv testning (Uddybet version baseret på OPUS, Risskov)

Navn, cpr, dato:

Beskrivelse af problemstillingen (formål med undersøgelsen):

Aktuelt psykisk (Hvilke symptomer er tilstede? I hvilken sværhedsgrad? Akut versus stabil sygdomsfase?):

Medicin:

Social anamnese (kort om opvækst, skolegang, hvor mange års uddannelse, skoleskift, erhvervserfaring, påbegyndte uddannelser, årsager til afbrudte uddannelser/arbejdsforhold):

Aktuelt socialt (Hvilke ønsker har personen i forhold til uddannelse/arbejde? Hvilken form for beskæftigelse (herunder også fritidsaktiviteter/interesse) er personen i stand til aktuelt?):

Aktuelt kognitivt (egen oplevelse af kognitiv funktion i hverdagen)

Energi og initiativ (Har personen lyst og overskud til at gå i gang på egen hånd med dagligdagens opgaver? Føler personen sig energiforladt?):

Tempo (Når personen udfører opgaver, sker dette så i samme tempo som andre jævnaldrende?):

Koncentration og opmærksomhed (Er personen i stand til at fastholde sin opmærksomhed på en opgave? Kan personen tåle små afbrydelser, fx telefonopkald, uden at miste fokus og gå i stå med opgaven? Er personen i stand til at dele opmærksomheden mellem flere opgaver på en gang? Hvor lang tid ad gangen er personen i stand til at fastholde sin koncentration på en opgave?):

Indlæring og hukommelse (Hvordan har personen med at indlære og huske nye ting? Der skelnes her mellem sproglig (dvs noget man har fået fortalt) og visuel (noget man har fået vist eller har set på en tegning) indlæring og hukommelse):

Planlægning/overblik (Kan personen lægge en detaljeret plan og omsætte planen til praksis? Fx planlægge og udføre indkøb):

Fleksibilitet (Er personen i stand til at skifte strategi, hvis der opstår problemer med udførelsen af en opgave? Er personen i stand til at indgå kompromiser eller lave plan B, hvis plan A ikke er muligt?):

Social kognition (Har personen nære venner? 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”?):

Bilag 3: Eksempler på udarbejdelse af testrapporter

Bilag 3a: Forslag til hvad en rapport kan indeholde (udarbejdet af Neuropsykolog Kaj Bjerring Andersen, Psykiatrisk Center Glostrup - Hvidovre)

- Problemstilling
- Henviser
- Alkoholforbrug m.m.
- Tidligere undersøgelser [eller andre undersøgelser]
- Skolegang og uddannelse
- Erhvervsforløb
- Socialt (herunder hobby)
- Egne oplysninger om helbred/symptomer
 - Patientens opfattelse af det psykiske helbred?
 - Hukommelse og koncentration?
 - Orientering?
 - Humør, nervøsitet og angst?
 - Hovedpine, svimmelhed?
 - Træthed?
 - Syn, hørelse og evt. smags- og lugtesans?
- Hånddominans/dysleksi
- Adfærd og indtryk
- Benyttede prøver
- Undersøgelsesresultat
 - Primær begavelse
 - Læsning, skrivning og hovedregning
 - Sproglig abstraktion
 - Visuel perception og abstraktion
 - Konstruktionelle færdigheder
 - Forarbejdningshastighed
 - Opmærksomhed/arbejdshukommelse
 - Verbal indlæring og hukommelse
 - Visuel indlæring og hukommelse
 - Eksekutive funktioner
- Konklusion

Bilag 3b: PSYKOLOGISK UNDERSØGELSESRAPPORT – SKABELON FOR KOGNITIVE TEST I OPUS, REGION MIDTJYLLAND

(Forkortet version af RM's skabelon til psykologisk testning udarbejdet af neuropsykolog Anne Svendsen, sekretær Iben Graadal samt specialpsykolog Vibeke Bliksted, 2014)

Underoverskrifter samt standardtekst, under "anvendt klidemateriale" kan evt. slettes efter behov.

Den samlede rapport er på 2-3 sider

Psykologisk Undersøgelsesrapport *(formål med undersøgelsen og anvendte tests)*

Tid og sted for undersøgelsen:

Beskrivelse af problemstillingen:

Anvendt kildemateriale:

Patient og OPUS-primærbehandler er blevet interviewet om patientens akutte oplevede kognitive vanskeligheder samt patientens tidligere funktionsniveau.

Tidligere psykologiske undersøgelser:

Anvendte psykologiske undersøgelsesmetoder:

Social anamnese *(social anamnese)*

Aktuelt socialt *(herunder egne ønsker for fremtiden)*

Medicin *(medicin)*

Aktuelt psykisk *(aktuelt psykisk)*

Aktuelt kognitivt *(egen oplevelse af kognitiv funktion i hverdagen)*

Objektivt psykisk *(herunder motivation og deltagelse)*

Resultat af kognitiv og neuropsykologisk testning *(resultat af testningen)*

Habituel intelligens:

Tempo og initiering:

Forarbejdningshastighed:

Opmærksomhed og koncentration:

Arbejdshukommelse

Visuel indlæring og hukommelse:

Sproglig indlæring og hukommelse:

Problemløsning og abstraktion:

Socialkognition:

Intelligens (præmorbid og nuværende)

Råscores fra testningen:

Ratings og tests (*eksempelvis SANS og SAPS*)

Konklusion (*konklusion, samt anbefalinger i punktform*)

Anbefalinger:

Litteraturliste

1. Christensen, T.Ø., et al., *Rapport vedrørende kognitions-indikatoren i det Nationale Indikator Projekt (NIP) for skizofreni*. 2007: Det Nationale Indikator Projekt (NIP).
2. Blanchard, J.J. and J.M. Neale, *The neuropsychological signature of schizophrenia: generalized or differential deficit?* The American journal of psychiatry, 1994.
3. Heinrichs, R.W. and K.K. Zakzanis, *Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence*. Neuropsychology, 1998. **12**(3): p. 426.
4. Heaton, R.K., et al., *Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia*. Archives of general psychiatry, 2001. **58**(1): p. 24-32.
5. Palmer, B.W., et al., *Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal?* Neuropsychology, 1997. **11**(3): p. 437.
6. Saykin, A.J., et al., *Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 1994. **51**(2): p. 124-131.
7. David, A.S., et al., *IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study*. Psychological medicine, 1997. **27**(06): p. 1311-1323.
8. Mortensen, E.L., et al., *IQ and mental disorder in young men*. The British Journal of Psychiatry, 2005. **187**(5): p. 407-415.
9. Reichenberg, A., et al., *Elaboration on premorbid intellectual performance in schizophrenia: premorbid intellectual decline and risk for schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 2005. **62**(12): p. 1297-1304.
10. Weickert, T.W., et al., *Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect*. Archives of General Psychiatry, 2000. **57**(9): p. 907-913.
11. Hoff, A.L., et al., *Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia*. Schizophrenia research, 2005. **78**(1): p. 27-34.
12. Buchanan, R.W., et al., *Attentional impairments in deficit and nondeficit forms of schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 1997. **154**(3): p. 363-370.
13. Keefe, R.S., et al., *Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial*. Neuropsychopharmacology, 2006. **31**(9): p. 2033-2046.
14. Johnson-Selfridge, M. and C. Zalewski, *Moderator Variables of Executive Functioning in Schizophrenia: Meta-Analytic Findings*. Schizophrenia Bulletin, 2001. **27**(2): p. 305-316.
15. Harvey, P.D. and R.S. Keefe, *Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment*. American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(2): p. 176-184.
16. Twamley, E.W., D.V. Jeste, and A.S. Bellack, *A review of cognitive training in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 2003. **29**(2): p. 359.
17. Krabbendam, L. and A. Aleman, *Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies*. Psychopharmacology, 2003. **169**(3-4): p. 376-382.
18. Woodward, N.D., et al., *A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia*. The International Journal of Neuropsychopharmacology, 2005. **8**(03): p. 457-472.
19. Green, M.F., R.S. Kern, and R.K. Heaton, *Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS*. Schizophrenia research, 2004. **72**(1): p. 41-51.
20. Fray, P. and T. Robbins, *CANTAB battery: proposed utility in neurotoxicology*. Neurotoxicology and teratology, 1996. **18**(4): p. 499-504.

21. Andersen, R., et al., *The influence of impaired processing speed on cognition in first-episode antipsychotic-naive schizophrenic patients*. *European Psychiatry*, 2013. **28**(6): p. 332-339.
22. Green, M.F., et al., *Social cognition in schizophrenia, Part 1: performance across phase of illness*. *Schizophr Bull*, 2012. **38**(4): p. 854-64.
23. Horan, W.P., et al., *Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients*. *Schizophr Bull*, 2012. **38**(4): p. 865-72.
24. de Gracia Dominguez, M., et al., *Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal? A systematic review of their associations*. *Psychological bulletin*, 2009. **135**(1): p. 157.
25. Harvey, P.D., *Abbreviated cognitive assessment in schizophrenia: Recent data on feasibility*. *Journal of Advances in Schizophrenia and Brain Research*, 2001. **3**(3): p. 73-78.
26. Jørgensen, K., *Danske normer til neuropsykologiske tests*. 2012: Dansk Psykologisk Forlag.
27. Penn, D.L., L.J. Sanna, and D.L. Roberts, *Social cognition in schizophrenia: an overview*. *Schizophr Bull*, 2008. **34**(3): p. 408-11.
28. Green, M.F., et al., *Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities*. *Schizophr Bull*, 2008. **34**(6): p. 1211-20.
29. Pinkham, A.E., et al., *The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel*. *Schizophr Bull*, 2014. **40**(4): p. 813-23.
30. Pinkham, A.E., et al., *Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Initial Psychometric Study*. *Schizophr Bull*, 2015.
31. Baron-Cohen, S., et al., *The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism*. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2001. **42**(2): p. 241-251.
32. Vellante, M., et al., *The "Reading the Mind in the Eyes" test: systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy*. *Cognitive neuropsychiatry*, 2013. **18**(4): p. 326-354.
33. Bliksted, V., et al., *Social cognition and neurocognitive deficits in first-episode schizophrenia*. *Schizophr Res*, 2014. **153**(1-3): p. 9-17.
34. Thorup, A.A., et al., *The Danish High Risk and Resilience Study—VIA 7-a cohort study of 520 7-year-old children born of parents diagnosed with either schizophrenia, bipolar disorder or neither of these two mental disorders*. *BMC psychiatry*, 2015. **15**(1): p. 1.
35. Holmén, A., et al., *Neuropsychological profile in early-onset schizophrenia-spectrum disorders: measured with the MATRICS battery*. *Schizophrenia bulletin*, 2010. **36**(4): p. 852-859.
36. Eack, S.M., et al., *Assessing social-cognitive deficits in schizophrenia with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*. *Schizophrenia Bulletin*, 2010. **36**(2): p. 370-380.
37. White, S., et al., *Revisiting the strange stories: Revealing mentalizing impairments in autism*. *Child development*, 2009. **80**(4): p. 1097-1117.
38. Kaland, N., et al., *Performance of children and adolescents with Asperger syndrome or high-functioning autism on advanced theory of mind tasks*. *Journal of autism and developmental disorders*, 2008. **38**(6): p. 1112-1123.
39. Wigg, E., *Social Emotional Evaluation (SEE™). Examiner's Manual. Danish version 2013*. 2013, Virum: Hogrefe Psykologisk Forlag A/S.

40. Clemmensen, L. and A.A. Bartels-Velthuis, *A Psychometric Evaluation of the Danish Version of the Theory of Mind Storybook for 8–14 Year-Old Children*. *Frontiers in Psychology*, 2016. **7**.
41. al., L.e., *Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd ed. (ADOS-2). Vejledning (Del 1): Modul 1-4*. 2013, København: Hogrefe Dansk Psykologisk Forlag.
42. Constantino, J.N. and C.P. Gruber, *Social responsiveness scale (SRS)*. 2007: Western Psychological Services Los Angeles, CA.
43. Auyeung, B., et al., *Brief report: development of the adolescent empathy and systemizing quotients*. *Journal of autism and developmental disorders*, 2012. **42**(10): p. 2225-2235.
44. Sparrow, S.S., *Vineland Adaptive Behavior Scales*. 2011: Springer.