

Opfyldelse af indikator 1c:

Andelen af incidente patienter (under 35 år, som inden for 2 år fra diagnosedato) udredes socialkognitivt ved psykolog

-En praktisk anvisning

December 2021 ver.4

Vibeke Bliksted^{1,2,3}

¹Aarhus Universitetshospital Skejby, Afdeling for psykoser, Forskningsenhed P

²Aarhus Universitet, Institut for Klinisk Medicin

³Aarhus Universitet, Interacting Minds Center

Indledning

I efteråret 2020 blev det besluttet at gøre udredning af socialkognitive færdigheder til en ny selvstændig indikator i Den Nationale Skizofrenidatabase. Dette dokument skal ses som et forslag til, hvorledes dette gøres i praksis. Der er således tale om en delvis opfølgning på dokumentet "Opfyldelse af indikator 1b Kognitiv udredning – En praktisk anvisning" fra april 2016 [1]. Nyere forskning har påvist, at kognitive vanskeligheder har stor indflydelse på det sociale dagligdags funktionsniveau hos patienter med skizofreni [2, 3]. Imidlertid har det vist sig, at socialkognitive vanskeligheder (særligt theory of mind og social perception) har mindst lige så som indflydelse eller endda større indflydelse på det sociale funktionsniveau hos patienter med skizofreni [4-6]. En kombineret kognitiv og socialkognitiv udredning kan derfor bidrage til tilrettelæggelsen af den mest optimale behandling, herunder behov for kognitiv kompensatorisk træning, socialkognitiv træning og kognitiv miljøterapi [7]. Den gode nyhed er i den forbindelse, at der er konstateret rigtig god evidens for behandlingseffekten af disse behandlingsformer, både i forhold til henholdsvis kognition og socialkognition, men også i forhold til socialt funktionsniveau [8, 9].

Forskning påvist, at socialkognitive vanskeligheder udgør en særskilt kategori af symptomer, adskilt fra neurokognition [4, 10, 11]. Ligesom ved de kognitive domæner findes der ikke en fælles og ensartet social kognitiv profil hos patienter med skizofreni [12-14]. Men man har påvist samme omfang af socialkognitive vanskeligheder hos patienter med nydiagnosticeret skizofreni som hos patienter med længerevarende skizofreniforløb, og omfanget af socialkognitive vanskeligheder er ens hos patienten uanset om man er i en akut psykotisk fase eller i en stabil sygdomsfase [15, 16].

De socialkognitive vanskeligheder har mange facetter, som omfatter forskellige neurale netværk (= områder i hjernen som interagerer) [17], og de kan derfor ikke beskrives ved hjælp af en enkeltstående psykologisk testopgave. Det amerikanske sundhedsvæsen har nedsat en ekspertgruppe (NIMH, SCOPE, The Social Cognition Psychometric Evaluation) [18, 19] med henblik på at fremkomme med forslag til et socialkognitivt testbatteri med de bedst mulige psykometriske egenskaber og målrettet kliniske forskningsprojekter. Dette socialkognitive testbatteri er blevet afprøvet i forskellige kliniske skizofrenipopulationer, og man er for nyligt landet på et færdigt forslag til et testbatteri, som dækker alle de anbefalede socialkognitive domæner [20]. De generelle

erfaringer fra SCOPE studiet er baseret på måling af gruppeforskelle mellem patienter med skizofreni set i forhold til ikke-kliniske kontrolpersoner. Blandt andet har mange af de foreslåede socialkognitive test vist sig at have store problemer med lofts-effekter hos danske OPUS patienter og kontrolpersoner [21-23], og det har desuden vist sig meget svært i praksis at dokumentere paranoide fejlattribueringer ved hjælp af selv-rapportering i form af spørgeskemaer [20]. Desuden er det uklart, hvorfor SCOPE studiet for eksempel kun har valgt at undersøge delprøve 3 fra TASIT (The Awareness of Social Inference Test). Det anbefalede testbatteri fra SCOPE studiet afspejler en oversigt over de test, man hidtidig har anvendt i (amerikansk) skizofreniforskning, men tager ikke højde for nyere tests, kulturelle forskelle eller sensitivitet i forhold til individuelle forskelle, herunder forskellige subtyper af patienter med vidt forskellige socialkognitive vanskeligheder. SCOPE anbefalingerne kan derfor ikke direkte overføres til kliniske danske forhold.

Helt overordnet er man udfordret af, at mange af de tilgængelige socialkognitive test virker løsrevet fra den komplekse sociale virkelighed, som vi går rundt i, når vi interagerer med andre mennesker [24]. Man kan derfor argumentere for, at man i en klinisk sammenhæng bør anvende socialkognitive test med høj økologisk validitet (dvs test der afspejler dagligdags sociale interaktioner, og som afspejler den kultur, som personen lever i), samt test som er valideret til den pågældende aldersgruppe [25]. De socialkognitive testopgaver kan ikke stå alene, men skal følges op af det velkendte trianguleringsprincip ved psykologiske undersøgelser, hvor testkonklusioner bør afspejle en samlet vurdering baseret på testresultater, samtale med og observation af patienten, samt evt. samtale med pårørende vedrørende patientens opvækst suppleret med oplysninger fra patientens journal vedrørende patientens evner til at indgå i sociale relationer.

For nyligt blev der udgivet et særnummer af tidsskriftet Psyke & Logos, hvor man kan læse nærmere om socialkognitive vanskeligheder ved psykisk sygdom, herunder skizofreni [26].

Definition og forklaring på de fem anbefalede socialkognitive domæner

I 2008 udgav NIMH, CNTRICS (The Cognitive Neuroscience Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) en uddybning af, hvorledes man kunne videreudvikle forståelsen af kognitive vanskeligheder hos patienter med skizofreni ved hjælp af kognitiv neurovidenskab. I samme omgang lavede man en uddybning af, hvilke socialkognitive domæner, der kan være berørt, nedsat eller mangle hos patienter med skizofreni [27]. Nedenfor vil de fem domæner blive gennemgået:

Theory of mind (ToM)

Dette domæne omhandler evnen til at kunne sætte sig i andre personers sted, herunder en bevidsthed om, at andre mennesker kan tænke og føle noget anderledes end én selv. Indenfor skizofreniforskning anvendes udtrykket synonymt med mentalisering [17, 28, 29]. Man har påvist social interesse for andre mennesker hos spædbørn helt ned til to måneders alderen [30]. Man skelner mellem forskellige niveauer af ToM med forskellig grad af kompleksitet og krav om abstraktionsniveau. Den mest basale form for ToM er første ordens ToM. Denne proces omhandler evnen til at kunne sætte sig ind i tanker og den mentale tilstand hos den person, man interagerer med. Mange patienter med skizofreni kan være i stand til første ordens ToM, så længe de interagerer med en velkendt person, som de føler sig tryk ved. Denne færdighed udvikles i 3-5 års alderen [31]. Herudover har man også anden ordens ToM, som omhandler evnen til at forstå, hvordan en person har det med andre personer. Desuden findes en endnu mere avanceret form for ToM kaldet tredje ordens ToM, som omhandler evnen til at opfange, hvordan folk på kryds og tværs har det med hinanden, og hvilke antagelser folk på kryds og tværs har om hinanden. De to sidstnævnte former for ToM er en forudsætning for at kunne føle sig tryk og forstå andre menneskers reaktioner og anvendes for eksempel, når man skal begå sig på en arbejdsplads, på en uddannelsesinstitution eller i sin familie og omgangskreds. De mere avancerede former for ToM udvikles i de tidlige teenageår og fremefter [32]. Man skelner endvidere mellem implicit og eksplicit ToM [33]. Implicit ToM omhandler den intuitive evne til at opfange sociale interaktioner og anses for at være en medfødt evne. Eksplicit ToM omhandler aspekter af ToM, som til en vis grad er afhængige af neurokognition. Det drejer sig om tillærte aspekter af ToM, herunder strategier ("sociale opskrifter") til at fremstå socialt velfungerende. En patient med skizofreni kan godt være

udfordret i forhold til implicit ToM, således at personen ikke intuitivt kan aflæse sociale sammenhænge. Men selv samme person kan have tillært sig en række kompensatoriske strategier, således at man ved hjælp af eksplicit ToM kan fremstå socialt upåfaldende. I praksis vil en person med sådanne udfordringer dog oftest opleve det som værende udmattende at være sammen med andre mennesker i længere tid, da det kræver stor kognitiv indsats at bevare overblikket og reagere sufficient med sin eksplicite ToM kapacitet.

Social perception

Social perception er en avanceret form for social kognition, som indebærer, at man på en og samme tid kan aflæse tonefald, mimik, kropssprog, hvad der konkret bliver sagt og i hvilken sammenhæng samt være i stand til at kombinere alle disse informationer til et samlet hele. Det indbefatter desuden evnen til at identificere sociale roller, samfundsmæssige regler, og en forståelse af forskellige former for social kontekst. Social perception omfatter desuden evnen til at forstå humor, ironi og sarkasme samt evnen til at ”læse mellem linjerne” og have situationsfornemmelse. Dette aspekt af social kognition udvikles fra 9 års alderen og op i teenageårene [34]. Hvis man har vanskeligheder med social perception, vil det kunne danne grobund for utallige interpersonelle misforståelser samt en oplevelse af at føle sig udenfor fællesskabet, føle sig anderledes og usikker i sociale sammenhænge. Hos en person med hyper-refleksion, kan man forestille sig, at socialkognitive vanskeligheder kan give grobund for paranoide tolkninger af sociale interaktioner.

Social viden

Social viden er tæt knyttet til social perception. Det drejer sig om viden om, hvilken adfærd der er passende i forskellige sociale situationer, herunder sociale opskrifter og regler [35]. Man skal i den forbindelse være opmærksom på, om en patient med skizofreni har opholdt sig i specielle subkulturer, for eksempel misbrugskredse, og af den grund er præget af et andet sprogbrug eller alternative spilleregler for social interaktion. Herudover skal man være opmærksom på patientens opvækst. Hvis man er opvokset i en familie præget af forældre med store personlige problemer og minimalt overskud, kan der være sociale spilleregler, som man ikke er bekendt med. Eller hvis man har været fjernet fra hjemmet og er vokset op på en socialpædagogisk institution,

kan der ligeledes være familiære spilleregler eller traditioner, som man ikke er bekendt med eller vant til. Endvidere kan længere tids isolation også bevirke, at en persons sociale færdigheder bliver "rustne" og trænger til at blive trænet op igen. Som det fremgår af ovenstående, kan udfordringer med social viden ofte relateres til en persons sociale forhold og livsomstændigheder. Man skal således være meget opmærksom på, hvad der skyldes deficit (at man ikke kan) versus vanskeligheder (at man ikke ved hvordan). Udfordringer med social viden vil ofte komme til udtryk for eksempel i omgangen med familie, venner, personale, medpatienter, og andre personer i patientens hverdag og vil kunne observeres i miljøterapien under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.

Emotionsforarbejdning

Indenfor nogle socialkognitive forskningstraditioner skelner man mellem kognitiv ToM og emotionel ToM [36], hvor sidstnævnte i store træk svarer til definitionen på emotionsforarbejdning ved skizofreni [27]. Interessen for andres følelser formodes at være medfødt eller blive dannet meget tidligt i livet [37]. Domænet emotionsforarbejdning omhandler evnen til at kunne aflæse andre menneskers følelser, evnen til selv at kunne udtrykke og kommunikere egne følelser samt en grundlæggende forståelse af og evne til håndtering af egne og andres følelser. Disse vanskeligheder er påvist hos patienter med nydiagnosticeret skizofreni [38]. Man taler i den forbindelse om nogle grundlæggende følelser: Glæde, tristhed, frygt, vrede, afsky, overraskelse. Forskning har påvist, at mennesker med skizofreni især kan have svært ved at aflæse frygt og tristhed [39], og at denne tendens er særligt udtalt hos patienter med skizofreni indenfor retspsykiatrien [40].

Fejlattribueringer

Fejlattribueringer omhandler en systematisk forudindtagetthed i måden at forklare og forstå interpersonelle hændelser og årsagssammenhænge. Det drejer sig om systematiske fejlslutninger i sociale sammenhænge. Fænomenet er især undersøgt hos patienter med paranoia og tendens til hyper-refleksion. De mest udtalte former for attribueringsfejl er: Bebrejder andre folk frem for situationen i sig selv; springer til forhastede konklusioner; samt leder kun efter beviser der

bekræfter ens egne antagelser [35, 41]. Fejlattribueringer observeres typisk i patients daglige interaktion med andre mennesker i situationer, hvor patienten oplever følelsesmæssig stress eller føler sig utryk. Aktuelt findes ingen egnede psykologiske test eller spørgeskemaer til klinisk brug ved dette domæne [42], da patienten ofte ikke selv er klar over anvendelsen af fejlattribueringer og således ikke er i stand til at genkende sådanne mekanismer i spørgeskemaer, og det desuden er meget individuelt, hvilke situationer der udløser fejlattribueringer. Der pågår aktuelt en del forskning hos børn og unge med familiær risiko for skizofreni, hvor man undersøger, om fejlattribueringer kan være en medvirkende faktor ved børns og unges oplevelse af at blive mobbet. Viden om, hvornår fejlattribueringer opstår i sygdomsforløbet og deres relation til paranoid skizofreni er dog fortsat uafklaret [43-47].

Interaktionen mellem socialkognition og kernesymptomer ved skizofreni

Ved valg af socialkognitive test skal man være opmærksom på eventuel påvirkning af resultatet, som skyldes kognitive vanskeligheder, såsom opmærksomhedsproblemer (patienten har svært ved at fastholde fokus på testen) eller eksekutive vanskeligheder (overbliksvanskeligheder, hvor patienten ikke kan overskue forskellige svarmuligheder i forhold til en indledende problematik).

Der forskes i disse år meget i udviklingen af kognitive og socialkognitive funktioner hos børn og unge, som er i familiær risiko for udvikling af skizofreni. Dette giver en unik mulighed for viden om udviklingen af de kognitive og socialkognitive vanskeligheder som ses ved skizofreni. Man taler i den forbindelse om forskellige modeller for udviklingsforstyrrelser: 1) Der kan være tale om egentlige mangler, hvor bestemte avancerede former for kognition og social kognition ikke er blevet udviklet ("deficit"). 2) Der kan være tale om en proces, hvor den pågældende kognitive / socialkognitive funktion ikke er blevet færdigudviklet, eller hvor udviklingen er gået skævt ("deterioration"). 3) Eller der kan være tale om en forsinket udvikling ("lag") eller en udvikling, som foregår i spring fremfor kontinuert ("delay") [48, 49]. Der er derfor vigtigt at tale højde for personens alder, når man skal vurdere omfanget af eventuelle kognitive og socialkognitive vanskeligheder: Er der tale om en forsinket udvikling, eller er der tale om en udvikling, som er gået

i stå, før den pågældende færdighed var færdigudviklet, eller er der tale om helt manglende færdigheder?

I tidens løb har man lavet meget forskning vedrørende socialkognitive subgrupper af patienter med udgangspunkt i tilstedeværelsen af henholdsvis negative symptomer og psykotiske symptomer baseret på Chris Frith's klassiske teorier, hvor man antog, at socialkognitive vanskeligheder, særligt ToM, var afhængig af det aktuelle symptombillede ("state") [28, 50]. Det har dog ikke været muligt at påvise de teoretisk foreslåede subgrupper. I stedet har flere meta-analyser påvist socialkognitive vanskeligheder hos alle de påtænkte subgrupper af patienter med skizofreni ("trait") [15, 16, 29, 51, 52]. Tommelfinger reglen er dog, at patienter med mange negative symptomer (særligt: monoton tale, nedsat ansigtsmimik og gestik, nedsat emotionel gensidighed, ordknaphed og indholdsfattig tale [53]) ofte er kendetegnet ved såkaldt hypo-mentalisering, hvor patienten har mangelfuld eller manglende evner til social interaktion og overser væsentlige aspekter af den sociale interaktion [13, 14]. Derimod er mange psykotiske symptomer i sig selv ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienten har tilsvarende mange socialkognitive vanskeligheder [13]. Dog skal man være opmærksom på paranoide patienters tendens til hyper-mentalisering, som ikke nødvendigvis bliver aktiveret af en socialkognitiv testopgave, men forekommer, når patienten skal interagere mere uformelt med andre mennesker [54]. De fremsatte teorier om henholdsvis hypo-mentalisering og hyper-mentalisering [55, 56] er på det seneste blevet uddybet med forskning, som har påvist, at patienter med skizofreni kan skifte mellem begge processer, fremfor udelukkende at anvende den ene form [12]. I praksis betyder det, at en patient på den ene side kan overse væsentlige nuancer af en social interaktion, som vedkommende er en del af (hypo-mentalisering), men samtidigt kan tillægge en hel tilfældig hændelse, f.eks. at man går forbi en bestemt person på gaden, overdreven social betydning (hyper-mentalisering). For yderligere information henvises til en uddybende dansk gennemgang af sammenhængen mellem forskellige kernesymptomer ved skizofreni og ToM vanskeligheder [57].

Differentialdiagnostiske overvejelser vedrørende socialkognitive vanskeligheder

En nylig meta-analyse påviste socialkognitive vanskeligheder hos en lang række psykiatriske og neurodegenerative lidelser, hvor patienter med skizofreni generelt havde mere udtalte vanskeligheder end andre psykiske lidelser [58]. Imidlertid skal man være yderst varsom med hermed at antage, at socialkognitive vanskeligheder er et fælles symptom på tværs af forskellige psykiske lidelser [24], idet årsagen til sådanne vanskeligheder kan være vidt forskellige og dermed også betyde vidt forskellige behandlingsbehov. Som det fremgår af ovenstående, skelner man indenfor skizofreniområdet mellem forskellige subtyper af socialkognitive profiler, hvor nogle former for socialkognitive vanskeligheder er præget af mangler og udtalte vanskeligheder ("deficit"), mens andre former for socialkognitive vanskeligheder mere er kendetegnet ved forudindtagethed, d.v.s. at man i en eller anden grad er forudindtaget i forhold til, hvordan man tolker sociale interaktioner ("bias"). Her til kommer, at følelsesmæssig arousal har en (forbigående) negativ indvirkning på evnen til refleksion [59], hvorfor psykiske lidelser kendetegnet ved følelsesmæssige udsving kan tænkes at bevirke kognitive og socialkognitive profiler, som afhænger af den aktuelle tilstand ("state").

Socialkognitive vanskeligheder er et velkendt fænomen hos patienter med autisme spektrum forstyrrelser. Der hersker en mangeårig tradition for erkendelsen af et vist overlap mellem skizofreni og autisme. Helt tilbage i 1910 introducerede Eugen Bleuler fire kernesymptomer ved skizofreni, herunder autisme [60]. Bleulers definition af autisme var dog anderledes end de nuværende definitioner af henholdsvis autisme og socialkognition, idet begrebet henviste til psykotiske patienters tendens til at fordybe sig i deres eget psykotiske univers og trække sig fra omverdenen. I de senere år har man forgæves forsøgt at skelne mellem de socialkognitive vanskeligheder hos voksne med autisme spektrum forstyrrelser og voksne med skizofreni [61-64]. Forklaringen på dette skal formentlig findes i det overordnede problem med sammenligning af grupper af patienter frem for enkeltindivider, hvorved individuelle forskelle indenfor skizofrenigruppen forplumres (jvf afsnittet ovenfor om subgrupper). Imidlertid består autisme spektrum forstyrrelser af en lang række øvrige symptomer, som skal have været tilstede siden barndommen i modsætning til skizofreni, som typisk debuterer i de sene teenageår eller starten af 20'erne. Det er derfor vigtigt med en grundig anamnese, herunder interview med forældre, i tilfælde hvor man er i tvivl om diagnosen. I den forbindelse skal man være opmærksom på det store sammenhæng mellem mange negative symptomer og socialkognitive vanskeligheder. Det er

imidlertid langt fra let at adskille skizofreni og autisme spektrum forstyrrelser selv ved anvendelse af standardiserede diagnostiske redskaber såsom ADOS (The Autism Diagnostic Observation Schedule) [65-68].

Udredning af socialkognitive vanskeligheder

Man bør som udgangspunkt anvende mindst to socialkognitive test og være opmærksom på, hvilke socialkognitive domæner de pågældende test måler. Der er tidligere udgivet danske forslag til socialkognitive test ved patienter med skizofreni ([1, 22, 23]. Desuden arbejdes der aktuelt på oversættelse af yderligere socialkognitive test samt validering af disse (Blandt andet TASIT (The Awareness of Social Inference Test) delprøve 1 og delprøve 2 samt BLERT (Bell Lysaker Emotion Recognition Test). For nuværende kan følgende tre test anbefales, idet de er velafprøvet på en OPUS population (+14 år); den enkelte test måler flere forskellige aspekter af social kognition (hovedsageligt theory of mind og social perception), og der findes gode danske normer. Det drejer sig om Billedordning fra WAIS-III, Brünes Billedordning samt delprøve A2 fra TASIT (The Awareness of Social Inference Test) (med testnormer ned til 13 år). Forventet varighed af en socialkognitiv testning er 20-30 minutter.

Billedordning fra WAIS-III indeholder komponenter, der er meget lig andre Billedordningstest, fx Brünes Billedordning, som er en velvalideret ToM test indenfor skizofreniforskning. En faktoranalyse baseret på de amerikanske normdata fra de 14 WAIS-III delprøver påviste fem faktorer, heraf en socialkognitiv faktor, indeholdende bl.a. Billedordningsprøven [69]. Endvidere har Billedordningstesten fra WAIS-R, som udkom forud for WAIS-III, været anvendt som socialkognitiv test baseret på en analyse af patienternes verbale beskrivelser af handlingsforløbene ved hver delprøve [70-72]. Socialkognition blev imidlertid ikke anerkendt af Wechsler som et selvstændigt domæne i WAIS, idet man antog, at socialkognition blot er personens intelligens anvendt i sociale sammenhænge [73]. På den baggrund udgik Billedordningstesten af nyere versioner af WAIS testbatteriet (og på tilsvarende vis udgik Billedserier fra WISC testbatteriet). Det er imidlertid blevet påvist senere hen, at socialkognition udgør et selvstændigt domæne adskilt fra de øvrige kognitive domæner [74, 75]. Man vil formentlig

kunne anvende Billedserier fra WISC-III som alternativ til Billedordning fra WAIS-III. Et nyligt danske studie påviste gode psykometriske egenskaber ved Billedordningstesten fra WAIS-III sammenlignet med andre tilsvarende Billedordningstest [23]. Både WAIS-III Billedordning samt WISC-III Billedserier har gode danske normer.

I de kognitive testanbefalinger fra 2016 anbefalede man brug af SRS-2 til at vurdere sociale funktioner. Dette spørgeskema kan imidlertid ikke gøre det ud for en socialkognitiv testning, heller ikke på subskala niveau. Ny igangværende dansk forskning fra The Danish High Risk and Resilience Project – VIA 7/11/15 viser således, at SRS-2 måler andre aspekter af social interaktion end social kognition. Hertil kommer, at fx den klassiske Sally og Ann test vurderes at være alt for let og unuanceret til at give et reelt indblik i socialkognition hos +14 årige.

Den socialkognitive testning suppleres med et klinisk interview, hvor man spørger ind til patientens sociale relationer samt kvaliteten af disse, herunder hyppigheden og indholdet af de sociale interaktioner. Man kan f.eks. spørge ind til fgl: Føler personen sig nært knyttet til andre mennesker. Føler man sig tryk og accepteret blandt andre mennesker. Føler man sig udenfor, mobbet, anderledes (hvis ja, hvornår startede dette). Føler man sig misforstået. Hvornår så man sidst sin nærmeste ven. Hvad foretager man sig typisk, når man mødes med nærtstående.

Der bør spørges ind til:

- 1) Nuværende og tidligere kæresteforhold
- 2) Forholdet til forældre, søskende og andre nære familiemedlemmer
- 3) Nuværende og tidligere nære venner
- 4) Mere perifere sociale kontakter såsom arbejdskolleger, klassekammerater, naboer, bekendte

Herudover er punktet "Objektiv psykisk" særligt relevant i forbindelse med vurdering af patientens socialkognitive funktioner. Man skal her redegøre for dels den formelle og uformelle relation mellem patienten og testpsykologen. Endvidere observeres karakteristika ved den sociale relation under testningen. Det er i den forbindelse vigtigt at afsætte tid til mere uformel smalltalk,

hvor man oparbejder en tryk base, og derved bedre kan vurdere patientens sociale kompetencer under optimale og støttende vilkår.

Undertiden kan det være relevant at tale med nære pårørende eller f.eks. daglige kontaktpersoner med henblik på at opnå supplerende informationer om patientens socialkognitive færdigheder.

Testrapporten afsluttes med en konklusion, hvor man kommer med en samlet vurdering, herunder om der er fundet tegn på specifikke socialkognitive vanskeligheder (jf. de tidligere nævnte 5 socialkognitive domæner), om der ses tegn på hypo-mentaliserings eller hyper-mentaliserings, om der er tegn på kompenserende socialkognitive strategier som dækker over mere implicite mentaliseringsvanskeligheder, hvilke aspekter af socialkognition som mestres (f.eks. første ordens ToM), vurdering af mere komplekse aspekter af socialkognition såsom social perception, 2. og 3. ordens ToM o.s.v. Om muligt gives en udviklingspsykologisk beskrivelse af, hvornår de socialkognitive vanskeligheder tænkes opstået. Endvidere bør overvejes evt. interaktion mellem socialkognitive vanskeligheder, kognitive vanskeligheder samt negative og psykotiske symptomer. Afslutningsvis bør man komme med forslag til, hvordan patienten kan træne socialkognitive færdigheder (se eksempler på sådanne i næste afsnit).

Eksempler på anbefalinger vedrørende 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, aften-skole, 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 forventninger (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 udleverer 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.

Man kan med fordel træne patienten i forståelse af ironi og sarkasme, fx ved at se afsnit af "Klovn" og lignende komedieserier. Man kan holde korte pauser undervejs, hvor man drøfter hovedpersonernes intentioner og adfærd og herved træner aflæsning af følelser, mimik, social perception, social viden osv. Samme form for træning kan gøres ved f.eks. at se på billeder af mennesker i et ugeblad og drøfte, hvilke følelser og relationer de pågældende personer har.

Undervejs i testningen sås god effekt af at tale med patienten, hvis der opstod sociale misforståelser imellem os. Man kan derfor med fordel træne patientens sociale færdigheder og social kognition. Dette kan f.eks. gøres ved, at patienten deltager i kortvarige sociale aktiviteter på afdelingen, hvor

kontaktpersonen efterfølgende taler med patienten om, hvordan patienten havde det i situationen, hvordan de øvrige deltagere så ud til at have det.

Litteraturliste

1. Bliksted, V.F., J.R. Jepsen, and B. Fagerlund, *Opfyldelse af indikator 1b" Kognitiv udredning". En praktisk anvisning. Den Danske Skizofrenidatabase, Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)*. 2016.
2. Green, M.F., R.S. Kern, and R.K. Heaton, *Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS*. Schizophr Res, 2004. **72**(1): p. 41-51.
3. Kurtz, M.M., et al., *Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation*. Schizophr Res, 2008. **102**(1-3): p. 303-11.
4. Fett, A.K., et al., *The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis*. Neurosci Biobehav Rev, 2011. **35**(3): p. 573-88.
5. Oliver, L.D., et al., *Lower- and Higher-Level Social Cognitive Factors Across Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders and Healthy Controls: Relationship With Neurocognition and Functional Outcome*. Schizophr Bull, 2019. **45**(3): p. 629-638.
6. Halverson, T.F., et al., *Pathways to functional outcomes in schizophrenia spectrum disorders: Meta-analysis of social cognitive and neurocognitive predictors*. Neurosci Biobehav Rev, 2019. **105**: p. 212-219.
7. Baandrup, L., et al., *Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs—a national clinical guideline*. Nordic journal of psychiatry, 2016. **70**(3): p. 231-240.
8. Nijman, S.A., et al., *Social Cognition Training for People With a Psychotic Disorder: A Network Meta-analysis*. Schizophr Bull, 2020.
9. Wykes, T., et al., *A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes*. Am J Psychiatry, 2011. **168**(5): p. 472-85.
10. Ventura, J., R.C. Wood, and G.S. Helleman, *Symptom Domains and Neurocognitive Functioning Can Help Differentiate Social Cognitive Processes in Schizophrenia: A Meta-Analysis*. Schizophrenia Bulletin, 2013. **39**(1): p. 102-111.
11. Green, M.F., W.P. Horan, and J. Lee, *Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions*. World Psychiatry, 2019. **18**(2): p. 146-161.
12. Bliksted, V., et al., *Hyper- and hypomentazing in patients with first-episode schizophrenia: fMRI and behavioral studies*. Schizophrenia bulletin, 2019. **45**(2): p. 377-385.
13. Bliksted, V., et al., *The effect of positive symptoms on social cognition in first-episode schizophrenia is modified by the presence of negative symptoms*. Neuropsychology, 2017. **31**(2): p. 209.
14. Ditlevsen, J.V., A. Simonsen, and V.F. Bliksted, *Predicting mentalizing deficits in first-episode schizophrenia from different subdomains of negative symptoms*. Schizophrenia research, 2019.
15. Green, M.F., et al., *Social cognition in schizophrenia, Part 1: performance across phase of illness*. Schizophr Bull, 2012. **38**(4): p. 854-64.
16. 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.
17. Green, M.F., W.P. Horan, and J. Lee, *Social cognition in schizophrenia*. Nature Reviews Neuroscience, 2015.

18. Pinkham, A.E., et al., *The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel*. Schizophrenia bulletin, 2013: p. sbt081.
19. Pinkham, A.E., et al., *Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Initial Psychometric Study*. Schizophr Bull, 2015.
20. Pinkham, A.E., P.D. Harvey, and D.L. Penn, *Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Final Validation Study*. Schizophr Bull, 2018. **44**(4): p. 737-748.
21. Bliksted, V., et al., *Social cognition and neurocognitive deficits in first-episode schizophrenia*. Schizophr Res, 2014. **153**(1-3): p. 9-17.
22. Bundsgaard, A.M., *Socialkognitiv testning af personer med skizofreni*. Psyke & Logos. **40**(2): p. 31-52.
23. Bundsgaard, A.M. and V. Bliksted, *Socialkognitiv testning af raske danske voksne i alderen 20-38 år*. Psyke & Logos, 2019. **40**(2): p. 53-68.
24. Dodell-Feder, D. and L.T. Germine, *Common social cognitive impairments do not mean common causes: A commentary on Cotter et al. (2018)*. Neurosci Biobehav Rev, 2018. **92**: p. 150-151.
25. Vaskinn, A. and W.P. Horan, *Social Cognition and Schizophrenia: Unresolved Issues and New Challenges in a Maturing Field of Research*. Schizophr Bull, 2020.
26. Bliksted, V., N. Ladegaard, and K. Bærentsen, *Psykisk sygdom og socialkognitive vanskeligheder*. Psyke & Logos, 2019. **40**(2): p. 5-11.
27. Green, M.F. and D.I. Leitman, *Social cognition in schizophrenia*. Schizophr Bull, 2008. **34**(4): p. 670-2.
28. Frith, C.D., *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* Essays in cognitive psychology. 1992: Routledge Taylor & Francis Group. 169.
29. Sprong, M., et al., *Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis*. Br J Psychiatry, 2007. **191**: p. 5-13.
30. Legerstee, M., *A review of the animate–inanimate distinction in infancy: Implications for models of social and cognitive knowing*. Early Development & Parenting, 1992. **1**(2): p. 59-67.
31. Wellman, H.M., D. Cross, and J. Watson, *Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief*. Child Development, 2001. **72**(3): p. 655-684.
32. Weimer, A.A., et al., *Development of constructivist theory of mind from middle childhood to early adulthood and its relation to social cognition and behavior*. Journal of Experimental Child Psychology, 2017. **154**: p. 28-45.
33. Apperly, I.A. and S.A. Butterfill, *Do humans have two systems to track beliefs and belief-like states?* Psychol Rev, 2009. **116**(4): p. 953-70.
34. Peterson, C.C., H.M. Wellman, and V. Slaughter, *The mind behind the message: Advancing theory-of-mind scales for typically developing children, and those with deafness, autism, or Asperger syndrome*. Child Development, 2012. **83**(2): p. 469-485.
35. Penn, D.L., L.J. Sanna, and D.L. Roberts, *Social cognition in schizophrenia: an overview*. Schizophr Bull, 2008. **34**(3): p. 408-11.
36. Weightman, M.J., T.M. Air, and B.T. Baune, *A review of the role of social cognition in major depressive disorder*. Frontiers in Psychiatry, 2014. **5**: p. 13.
37. Sorce, J.F., et al., *Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds*. Developmental Psychology, 1985. **21**(1): p. 195-200.
38. Barkl, S.J., et al., *Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: A systematic review with meta-analysis*. Schizophrenia Research, 2014. **159**(1): p. 62-69.
39. Brunet-Gouet, E. and J. Decety, *Social brain dysfunctions in schizophrenia: a review of neuroimaging studies*. Psychiatry Res, 2006. **148**(2-3): p. 75-92.
40. Engelstad, K.N., et al., *Large social cognitive impairments characterize homicide offenders with schizophrenia*. Psychiatry Research, 2019. **272**: p. 209-215.

41. Moritz, S. and T.S. Woodward, *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*. Curr Opin Psychiatry, 2007. **20**(6): p. 619-25.
42. Pinkham, A.E., P.D. Harvey, and D.L. Penn, *Social cognition psychometric evaluation: Results of the final validation study*. Schizophrenia Bulletin, 2018. **44**(4): p. 737-748.
43. DeVylder, J.E., et al., *Attributional style among youth at clinical risk for psychosis*. Early Intervention in Psychiatry, 2013. **7**(1): p. 84-88.
44. Mondragón-Maya, A., et al., *Social cognition in schizophrenia, unaffected relatives and ultra- high risk for psychosis: What do we currently know?* Actas Españolas de Psiquiatría, 2017. **45**(5): p. 218-226.
45. Thompson, A., et al., *Externalized attributional bias in the Ultra High Risk (UHR) for psychosis population*. Psychiatry Research, 2013. **206**(2-3): p. 200-205.
46. An, S.K., et al., *Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia*. Schizophrenia Research, 2010. **118**(1-3): p. 54-61.
47. Evans, S.L., B.B. Averbeck, and N. Furl, *Jumping to conclusions in schizophrenia*. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2015. **11**: p. 10.
48. Dickson, H., et al., *Trajectories of cognitive development during adolescence among youth at-risk for schizophrenia*. J Child Psychol Psychiatry, 2018. **59**(11): p. 1215-1224.
49. Reichenberg, A., et al., *Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study*. Am J Psychiatry, 2010. **167**(2): p. 160-9.
50. Pickup, G.J. and C.D. Frith, *Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity*. Psychol Med, 2001. **31**(2): p. 207-20.
51. Bora, E. and C. Pantelis, *Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis*. Schizophr Res, 2013.
52. Bora, E., M. Yucel, and C. Pantelis, *Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis*. Schizophr Res, 2009. **109**(1-3): p. 1-9.
53. Andreasen, N.C., *Scale for the assessment of negative symptoms*. Iowa City: University of Iowa, 1984.
54. Dietz, M.J., et al., *Aberrant effective connectivity is associated with positive symptoms in first-episode schizophrenia*. Neuroimage Clin, 2020. **28**: p. 102444.
55. Abu-Akel, A. and A. Bailey, *The possibility of different forms of theory of mind impairment in psychiatric and developmental disorders*. Psychological medicine, 2000. **30**(3): p. 735.
56. Frith, C.D., *Schizophrenia and theory of mind*. Psychol Med, 2004. **34**(3): p. 385-9.
57. Bliksted, V., *Theory of Mind-subgrupper ved patienter med skizofreni*. Psyke & Logos, 2019. **40**(2): p. 16-30.
58. Cotter, J., et al., *Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions*. Neurosci Biobehav Rev, 2018. **84**: p. 92-99.
59. Sandi, C., *Stress and cognition*. Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science, 2013. **4**(3): p. 245-261.
60. Bleuler, E., *Lehrbuch der psychiatrie*. 1983: Springer DE.
61. Bliksted, V., S. Ubukata, and K. Koelkebeck, *Discriminating autism spectrum disorders from schizophrenia by investigation of mental state attribution on an on-line mentalizing task: A review and meta-analysis*. Schizophrenia Research, 2016.
62. Veddem, L., C. Knudsen, and V. Bliksted, *Have we been comparing theory of mind in high-functioning autism to patients with longer lasting schizophrenia? A review and meta-analysis*. Under review.
63. Fernandes, J.M., et al., *Social Cognition in Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons*. Front Psychiatry, 2018. **9**: p. 504.

64. Chung, Y.S., D. Barch, and M. Strube, *A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder*. Schizophrenia bulletin, 2014. **40**(3): p. 602-616.
65. Bastiaansen, J.A., et al., *Diagnosing autism spectrum disorders in adults: the use of Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) module 4*. J Autism Dev Disord, 2011. **41**(9): p. 1256-66.
66. Maddox, B.B., et al., *The Accuracy of the ADOS-2 in Identifying Autism among Adults with Complex Psychiatric Conditions*. J Autism Dev Disord, 2017. **47**(9): p. 2703-2709.
67. de Bildt, A., et al., *The Autism Diagnostic Observation Schedule, Module 4: Application of the Revised Algorithms in an Independent, Well-Defined, Dutch Sample (n = 93)*. J Autism Dev Disord, 2016. **46**(1): p. 21-30.
68. Barlati, S., et al., *Autistic traits in a sample of adult patients with schizophrenia: prevalence and correlates*. Psychol Med, 2019. **49**(1): p. 140-148.
69. Allen, D. and K. Barchard, *Identification of a social cognition construct for the WAIS-III*. Applied neuropsychology, 2009. **16**(4): p. 262-274.
70. Segal, H., et al., *Assessing object relations and social cognition in borderline personality disorders from stories told to the picture arrangement subtest of the WAIS-R*. Journal of Personality Disorders, 1992. **6**(4): p. 458-470.
71. Harris, K., *Neuropsychological constructs assessed by the Family Pictures subtests*. 2009: Nova Southeastern University.
72. Segal, H., et al., *Clinical assessment of object relations and social cognition using stories told to the picture arrangement subtest of the WAIS-R*. Journal of personality assessment, 1993. **61**(1): p. 58-80.
73. Kihlstrom, J.F. and N. Cantor, *Social intelligence*, in *The Cambridge handbook of intelligence*, R.J. Sternberg and S.B. Kaufman, Editors. 2011, Cambridge University Press: New York, NY. p. 564-581.
74. Penn, D., L. Sanna, and D. Roberts, *Social cognition in schizophrenia: an overview*. Schizophrenia bulletin, 2008. **34**(3): p. 408-411.
75. Mehta, U., et al., *Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review*. Schizophrenia research, 2013. **148**(1-3): p. 3-11.