

Sensorveiledning eksamen PSYC4330 vår 2024:

Del 1 (Kasus)

Spørsmål 1:

Noen ting som er spesielt viktige å få informasjon i tillegg til de vanlige anamneseopplysningene: Kartlegge nærmere senfølger og symptomutformingen etter kysseyken. Likhetsstrekk med nåværende situasjon? Har pas. en sårbarhet for å utvikle langvarige post-virale plager?

- Flere detaljer om de kognitive plagene: Kommenteres de av andre, er det stabilt eller varierende, har det blitt verre/bedre/uforandret siste fra symptomdebut?
- Kartlegge nærmere tidligere psykiske plager/depresjon.
- Samlivsbruddet, i hvilken grad forverret det situasjonen?
- Bruk av medisiner (smertestillende/antidepressiva) og alkohol/rus

Spørsmål 2:

- Kommentere på symptomvaliditet.
- Estimere premorbid funksjon (anamnestiske opplysninger, Verbal og perseptuell indeks på WAIS-IV)
- Definere cut-off for hva som defineres som klart avvikende (lavområdet). 1 ½ SD, 2 SD? Det bør gis en begrunnelse for hvorfor man velger det man velger.
- Relativt konsistent lett reduserte resultater knyttet til oppmerksomhet/arbeidsminne, eksekutive funksjoner og enkelte aspekter ved psykomot. tempo/prosesseringshastighet.
- Lett nedsatt verbal innlæring (betinget av nedsatt oppmerksomhet/minnespenning)
- Språklig kognisjon, visuo-spatial kognisjon og finmotorisk tempo/koordinasjon innen midte normalområdet.
- Ingen lateraliserte utfall.
- SCL-90: Mange somatiske plager (IBS). Høy OCD-indeks er mest sannsynlig indikasjon på opplevde kognitive plager. Depresjon og angst bekreftes. Forhøyet skåre på indeksen fiendtlighet reflekterer mest sannsynlig økt irritabilitet.
- BRIEF-A: Rapporterer eksekutive vansker over klinisk grensenivå som ikke er i samsvar med resultater på prestasjonsbaserte tester for eksekutiv funksjon. Høye BRIEF-A skåre må her antas å reflektere psykologisk symptombelastning.

Spørsmål 3:

- Hovedproblemstillingen i oppgaven er om det foreligger er påvisbar kognitiv reduksjon og om hvorvidt pasientens sykehistorie øker sannsynligheten for å utvikle nevropsykologiske følgetilstander.
- Testprofilen indikerer ikke nedsatt kognitiv funksjon på sannsynlig hjerneorganisk grunnlag eller encefalopati.
- Det foreligger lette reduksjoner knyttet til oppmerksomhet, arbeidsminnekapasitet, prosesseringshastighet og innlæringsevne som kan forklares utfra pasientens mange symptomer/plager, inkludert fatigue, smerter, søvnforstyrrelse og mulig ubehandlet depresjon. Tilstanden kan være forenlig med en følgetilstand etter virusinfeksjon, som i dette

tilfelle kan betegnes som «long Covid» med et sammensatt symptombilde og kompleks årsakssammenheng.

Spørsmål 4:

- Presentere både gode resultater (vektlegge ressursene) og hvilke funksjoner som er lett redusert.
- Samsvar med egen opplevelse/subjektive plager?
- Hvordan forklare sammenhengen mellom opplevde kognitive plager, nevropsykologiske testresultater og nåværende og tidligere sykehistorie.
- Premorbid sårbarhet? Biopsykososial forklaringsmodell?
- Hvordan tilrettelegge hverdagen for optimal fungering? Ta hensyn til nedsatt mental kapasitet?
- Motivere for psykoterapi.

Del 2 (kortsvaroppgaver):

Oppgave 1:

Veileder i klinisk nevropsykologi, Lezak og ferdighetstrening/seminar. Nevropsykologiske utredninger etterspørres i funksjons-, forløps- og/eller differensialdiagnostiske vurderinger. Funksjonsvurderinger blir gjort der det er kjent skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse, og der konsekvensene av dette ønskes kartlagt. Forløpsvurderinger har til hensikt å fange opp endringer i funksjon/prestasjon over tid, f.eks. ved utvikling av en progressiv tilstand, rehabilitering etter skade/sykdom, for å følge barns utvikling, eller ved medikamentutprøving. Differensialdiagnostiske vurderinger kan bidra til avklaring av det relative bidraget fra psykisk lidelse, psykososiale belastninger og/eller somatisk sykdom eller skade.

Oppgave 2:

Veileder i klinisk nevropsykologi, Lezak, og ferdighetstrening/seminar. Dette kan omfatte informasjon om personlige og situasjonelle forhold som alder, utdanningsnivå, arbeid, kultur, språk, motivasjon, dagsform, søvnmangel, fatigue, smerte, pågående medikasjon med potensiell effekt på kognitiv funksjon, endringer i slik medikasjon, aktuell somatisk sykdom og psykiske symptomer, rusbruk de siste ukene eller endringer i dette, og akutte psykososiale belastninger. Har pasienten begrenset fargesyn, korrigert syn eller nedsatt hørsel?

Oppgave 3:

Ardila (2019) beskriver (1) psykose, (2) stemningslidelser, og (3) personlighetsforstyrrelser, og da spesielt «ervertet psykopati», som hovedtypene av psykiatriske tilstander som kan forekomme ved ervertet hjernepatologi. Både stemningslidelser og personlighetsforstyrrelser (f.eks. engstelig, paranoid og schizoid personlighetsforstyrrelse) er assosiert med patologi i hjernens frontallapper. Personlighetsforstyrrelser/endringer er særlig assosiert med TBI. For eksempel er emosjonell og atferdsmessig dysregulering vanlig etter TBI.

Oppgave 4:

Johansson & Rönnbäck (2017), forelesning/seminar om nevropsykologisk rehabilitering. Generelle anbefalinger for å redusere fatigue etter TBI inkluderer psykoedukasjon, regelmessig hvile og pauser,

hvile før man blir utmattet (forebyggende hvile), gjøre en oppgave om gangen med korte arbeidsøkter, prioritere oppgaver (eks. Hva skal jeg prioritere i hverdagen og hvordan kan jeg balansere aktivitet og hvile?), planlegge daglige eller ukentlige aktiviteter (eks. ukeplan, dagsplan), og unngå overanstrengelse. I tillegg kan det være aktuelt å behandle andre/komorbide tilstander/symptomer som pas. kan ha som kan bidra til fatigue, f.eks. søvnvansker, psykisk lidelse (eks. depresjon, angst), kognitive vansker (eks. oppmerksomhet). Svært få behandlingsstudier er utført ifht reduksjon av fatigue etter TBI. Metylfenidat kan i noen tilfeller vurderes, men er i Norge ikke vanlig og anses primært som utprøvende behandling for mental fatigue etter TBI.

Oppgave 5:

Higgins et al. 2018, Forelesning Landrø. Forskning tyder på at det er en sammenheng mellom kronisk smerte og kognitive vansker, spesielt hukommelse, oppmerksomhet og prosesseringshastighet, samt blandede funn vedr eksekutiv funksjon. Det er forskjeller mht hyppigheten av kognitive dysfunksjoner i ulike sub-grupper. Det er klart mer hyppig ved generalisert- (for eksempel fibromyalgi) og nevropatisk smerte (for eks. komplikasjoner ved diabetes) enn ved lokaliserte smerte (for eks. s.k. low-back pain). Flere faktorer kan moderere eller mediere forholdet mellom kronisk smerte og kognitiv fungering, inkludert affektive symptomer, bivirkninger av medisiner, og intensitet og/eller kronisitet av smerte.

Å forstå forholdet mellom kronisk smerte og kognitiv funksjon har viktige implikasjoner for behandlingen av smerte (f.eks. etterfølgelse medikamentell behandling/intervensjoner). Ubehandlet smerte kan være assosiert med kognitive vansker og kan også bidra til psykiske symptomer, alt dette kan påvirke pasientenes evne til å engasjere seg i smertebehandling, og bidra til tap av funksjon i hverdagen. Det er imidlertid vanskelig å fastslå retningen av forholdet mellom smerte og kognitiv funksjon (f.eks. fører smerte til kognitive vansker eller representerer de med kognitive vansker høyere risiko for kronisk smerte?).