

## Sensorveiledning, eksamen PSYC4330, høst 2023.

### Del 1: Kasuistikkoppgaver

Oppgave 1. Pasienten er noe uforstående til hensikten med undersøkelsen. Redegjør kort for hvordan du vil forklare hensikten med den nevropsykologiske undersøkelsen og hvordan du vil motivere pasienten.

Siden det framkommer informasjon om at pas. er lite motivert og har nedsatt innsikt i egen funksjon/liten forståelse av hvorfor undersøkelsen gjennomføres bør en introduksjon til undersøkelsen inkludere:

- Informasjon om hva en nevropsykologisk undersøkelse er.
- Hva som er hensikten – referere til henvisning - kartlegge bevarte og affiserte kognitive funksjoner
- Ha betydning for videre behandling og arbeidssituasjon
- Understreke betydningen av å gjøre sitt beste
- Motivere pasienten til å prestere optimalt

Oppgave 2. Beskriv den nevropsykologiske testprofilen (inkludert WAIS IV indeksskårer) og skårer ved egenrapportering (spørreskjema).

Antatt premorbid funksjonsnivå og grense for hva som tolkes som signifikant redusert bør presiseres og begrunnes. Her kan det argumenteres med normalt eller høyt premorbid funksjonsnivå. Hos denne pasienten er det stort sprik i evneprofilen, hvor perseptuell organisering er vesentlig svakere enn verbal forståelse. Resultater på tester som Puslespill, Terningmønster og Matriseresonnering kan derfor ikke antas å reflektere premorbid funksjon.

Symptomvaliditet bør kommenteres, CVLT tungen gjenkjenning er OK, men svak innsikt og motivasjon kan påvirke symptomvaliditet/testytelse.

Det forventes en relativt detaljert gjennomgang av de ulike kognitive funksjonsområdene, hvilke som synes godt bevart og hvilke som er redusert fra et antatt premorbid funksjonsnivå. Flere trekk i profilen indikerer frontale utfall med spesifikke reduksjoner knyttet til eksekutive funksjoner (TMT 3, CW 3 og 4, WCST). Noe tegn til lateraliserede utfall, med gjennomgående diskrepans mellom språklige versus ikke-språklige prøver, visuell versus verbal innlæring/hukommelse (svak Rey gjenkalling kan imidlertid reflektere svar organisering/strategi ved kopieringen), finmotorisk tempo/koordinasjon.

SCL-90: Det rapporteres ingen skårer over grenseverdi, kan sannsynlig reflektere nedsatt innsikt.

BRIEF-A: Diskrepansen mellom pasientens og ektefellens rapportering må kommenteres og reflekterer mest sannsynlig pasientens reduserte innsikt i egen funksjon.

Oppgave 3: På grunnlag av opplysninger i sykehistorien, anamnesticke opplysninger og testprofil: Gi en begrunnet vurdering av sannsynlig skadelokalisasjon.

Testresultatene indikerer affeksjon av frontale områder, alternativt fronto-temporale områder, mest sannsynlig høyre hemisfære. Pas. har gjennomgått hjerneslag (infarkt) med initiale venstresidige motoriske symptomer som indikerer skade knyttet til høyre hemisfære. Støttes av tegn til

lateraliserte testresultater. Relativt svake resultater på tester for eksekutive funksjoner og komparentopplysninger om atferdsmessige og personlighetsmessige endringer støtter antagelsen om frontal skade. Svak visuell gjenkalling (Rey) kan indikere temporal affeksjon.

Oppgave 4. Hva vil du formidle til pasienten/fastlegen og hvilke råd vil du gi med hensyn til arbeidssituasjon på grunnlag av resultatene fra undersøkelsen?

Viktig at tilbakemelding til pasient fokuserer på å forklare sammenheng mellom utfall og skade. Motivere pasient for behandling/kognitiv rehabilitering med vekt på innsiktsbearbeiding og eksekutive vansker. Drøfte jobbsituasjon og muligheter for alternativt jobbinnhold enn å fortsette som kunderådgiver. Til fastlegen er det viktig å formidle at de eksekutive vanskene og endret atferd representerer senfølger av hjerneslaget. I samarbeid med NAV og arbeidsgiver bør det vurderes tilrettelegging av arbeidsinnhold som er mer forenlig med pasientens funksjonsnivå.

### **Sensorveiledning kortsvaroppgaver høst 2023**

Oppgave 1. Redegjør for ulike patofysiologiske mekanismer ved traumatiske hodeskader (TBI).

Lezak. Forelesning. Student bør kunne beskrive primær hjerneskade som oppstår i skadeøyeblikket, inkl. åpen og lukket hjerneskade (med/uten kraniebrudd), samt sekundær hjerneskade som kan utvikles i forløpet etter den akutte skaden. F.eks. som følge av sviktende energitilførsel, cerebralt ødem, intrakranielt hematom eller blødning, samt infeksjoner. Primær hjerneskade kan gi fokal eller multifokal kontusjon og/eller diffusaksjonal skade (DAI). Basale deler av frontallappene samt fremre deler av tinninglappene er spesielt utsatte. De samme områdene er også sårbare for såkalt «contre coup»-skade (motslagsskade).

Oppgave 2. Hva kjennetegner henholdsvis generalisert og fokal epilepsi?

Forelesning. Kanner et al. 2020. Student burde kunne gjøre rede for at inndelingen primært er basert på hvordan anfallene arter seg, dvs. generalisert: over (nesten) hele hjernen; epileptisk aktivitet i begge hjernehalvdeler samtidig og anfallene starter i områder av hjernen der den epileptiske aktiviteten sprer seg til cellenettverk i begge hjernehalvdeler. F.eks. generaliserte tonisk-kloniske anfall (GTK-anfall), absenser, myoklone anfall. Fokal: lokalisert til ett eller flere steder i hjernen. EEG viser fokale (lokaliserte) epileptiske forstyrrelser. F.eks. fokale anfall med bevart bevissthet, fokale anfall med redusert bevissthet, fokale anfall med generalisering. Symptomene ved fokale anfall er avhengig av hvilke hjernefunksjoner det aktuelle området av hjernen ivaretar.

Oppgave 3. Redegjør for forskjellene mellom «normativ» og «ipsativ» vurdering av nevropsykologiske testresultater og beskriv ulike måter å estimere premorbid funksjon.

Lezak. Forelesning. Kandidaten bør beskrive at det gjøres normative tolkninger av testresultater, der prestasjon vurderes opp mot normalpopulasjonen, samt ipsative vurderinger. Kandidaten bør nevne at ipsative vurderinger gjøres når for eksempel pasientens nevropsykologiske funksjonsprofil

vrderes opp mot kunnskap om premorbid funksjon (f.eks. utdanningsnivå, skoleprestasjoner, yrkeshistorie, hold tester), og når man drøfter eventuelle svake testprestasjoner relativt til antatt premorbid funksjon. Det er viktig at kandidaten forstår at både normative og ipsative vurderinger er viktige deler av en nevropsykologisk undersøkelse.

Oppgave 4. Redegjør for sentrale behandlingsprinsipper der siktemålet er å bedre innsikt etter ervervet hjerneskade.

Wilson et al. Forelesning. Et viktig mål for rehabilitering er å bidra til at pasienten oppnår en realistisk forståelse og erkjennelse av skadens konsekvenser. Sentrale rehabiliteringsprinsipper for innsiktsvansker inkluderer at man legger til rette for egenerfaring og refleksjoner over skadens følger, psykoedukativ informasjon om hjerneskade og følger, deltagelse i aktivitet og treningsoppgaver, og at pasienten er en aktiv deltager i utarbeidelse og gjennomgang av mål. Eksempler på metoder eller tilnæringer der siktemålet er å bedre innsikt: Tippe - Gjør prosedyren (predict-perform) og/eller selvinstruksjon, Goal Plan Do Review (GPDR), samt ulike varianter av selvmonitorering som kan involvere logging av uoppmerksomhet.

Oppgave 5. Redegjør for sammenhengen mellom grad av kognitive (nevropsykologiske) dysfunksjoner og alvorlighetsgraden av affektive symptomer ved depresjon (major depressive disorder; MDD), samt hvilke kognitive dysfunksjoner som er assosiert med MDD?

Nevropsykologiske dysfunksjoner er et sentralt aspekt ved depresjon. Disse reflekterer til dels tilstandsspesifikke faktorer, men det er også godt dokumentert varige (trekkrelaterte) dysfunksjoner. Et hovedpoeng er at kognitive (nevropsykologiske) dysfunksjoner ikke kun reflekterer grad av symptomer. Dette kan så nyanseres, spesielt med ref. til Rock et al. 2014 (pensum). Denne meta-analysen er basert på studier som har inkludert ulike deltester fra CANTAB batteriet og pasienter både med pågående (aktuell) depresjon og pasienter i remittert fase, men som ofte har noe rest symptomer. Meta-analysen viser at pasienter med pågående depresjon viser signifikant moderate dysfunksjoner innenfor alle hoved domene (eksekutive-, hukommelse- og oppmerksomhetsfunksjoner). Pasienter i remittert fase viste også signifikant moderate dysfunksjoner relatert til eksekutive- og oppmerksomhets funksjoner, men ikke hukommelse.

Dette er det store bildet og bør komme fram i besvarelsen.

Så naturlig at dette utdypes noe for eksempel ved å knytte an til nedsatt psykososial funksjon, som er svært vanlig ved alvorlig depresjon, også i remittert fase. Det er sannsynlig at «ubehandlet» kognitiv dysfunksjon påvirker psykososial funksjon negativt. Videre så naturlig å kommentere at implikasjonen av dette er at kognitiv dysfunksjon (og ikke bare symptomer) også vil være aktuelt som «target» i depresjonsbehandling