

Eksamen PSYK 4330 Klinisk nevropsykologi, Høst 2024

Del 1: Kasusbeskrivelse

Opplysninger fra henvisende fastlege:

Pasienten er en 28 år gammel kvinne som for knapt 2 år siden ble overfalt utenfor et utested i utlandet, slått ned og ranet. Ble hjulpet av forbipasserende som tilkalte ambulanse. Kjørt til akuttmottak på lokalt sykehus. Usikkert med hensyn til eventuelt bevissthetstap, men hun har amnesi for voldshendelsen og for enkelte hendelser samme dag.

Ifølge papirene fra lokalt sykehus ble hun behandlet for ribbensbrudd, brudd i ansikt/kjeve og kraniebrudd. CT av hjernen viste ingen intrakranielle blødninger. Etter ca. 1 uke tilbakeført til Norge. Hjemme fortsatte behandlingen av de ortopediske skadene.

Hun er 2 år etter skaden fortsatt plaget med smerter i kjeve-regionen samt hodepine. Hun har slitt for å komme tilbake i arbeidet som helsefagarbeider og arbeider 50 %, mottar 50 % arbeidsavklaringspenger (AAP).

Fastlegen oppsummerer at i tillegg til bruddskadene, foreligger det postoperative forandringer i kraniet etter operasjon frontalt høyre side. Normal nevrologisk status (reflekser, motorikk, tale m.m.) men økt trøttbarhet og humørsvingninger. Hun jobber som helsefagarbeider på et sykehjem med varierte pleieoppgaver, men erfarer at fatigue og redusert toleranse for stress gjør at hun ikke klarer å jobbe like effektivt som tidligere. Legen ber om en nevropsykologisk undersøkelse med tanke på hvilke råd som kan gis til NAV og pasienten i forhold til videre arbeidssituasjon.

Fra anamneseopptaket:

Fra den innledende samtalen får du opplyst at hun er samboende, har en sønn på 4 år, har 11 års skolegang med yrkesfaglig utdanning (helse- og sosialfag). Har hatt nåværende arbeid i ca. 4 år, tidligere arbeidet i dagligvarebutikk. Hun trives med jobben på sykehjemmet, men har etter skaden ikke jobbet mer enn 50 %.

Tidligere frisk, forteller at hun i ungdomsårene var i et miljø med en del hasj og høyt alkoholforbruk, men etter at hun fikk barn trappet betraktelig ned på alkohol og sluttet med hasj.

Hun rapporterer subjektive kognitive plager med nedsatt konsentrasjonsevne, økt glemsomhet og ordletingsvansker. Hun opplever betydelig økt tretthet (fatigue) og rapporterer søvnvansker. Hun synes ikke at hun har endret seg som person, men blir lettere hissig og irritert hvis hun er stresset. Etter voldshendelsen er hun blitt generelt mer engstelig og redd for å være ute alene blant folk. Opplever seg ikke som deprimert, men føler på økt uro og bekymring med tanke på situasjonen og fremtiden.

Hun forteller at hun mestrer dårlig de fysiske og mentale kravene som helsefagarbeider og er usikker på om hun vil klare å fortsette i jobben på sykehjemmet.

Testsituasjon:

Pasienten samarbeider godt, gir god kontakt. Oppgir at dagsformen er «på det jevne», har litt hodepine, er merkbart tretthet og det tas pauser underveis i testingen. Klinisk gir hun inntrykk av å være noe nedstemt/engstelig, gråter når hun forteller om den aktuelle voldshendelsen.

Testresultater:

Estimerte IQ-indekser (på grunnlag av WAIS IV):

Verbal forståelse: 91

Perseptuell organisering: 88

Arbeidsminne: 79

Prosesseringshastighet: 74

WAIS IV deltester (skalerte skårer):

Informasjon: s = 8, Ordforståelse: s = 8, Likheter: s = 10

Terningmønstre: s = 7, Matriser: s = 10, Puslespill: s = 8

Tallhukommelse: s = 7, Symbolletting: s = 6, Koding: s = 5

Grooved Pegboard:

Dominant hånd (høyre): T = 50, Ikke-dominant hånd (venstre): T = 45

Trail Making Test (TMT):

Tallrekkefølge: T = 40, Bokstavrekkefølge: T = 45, Tall-Bokstav rekkefølge: T = 30

Color Word (Stroop-test):

Fargebenevnelse: T = 45, Lesehastighet: T = 45, Farge-Ord interferens: T = 35, Farge-Ord veksling: T = 30

California Verbal Learning Test (CVLT-II):

Innlæring (4-5-5-8-9): T = 30, Utsatt minne: T = 25, Gjenkjenning: T = 30

Tvungen gjenkjenning: 15 av 16 korrekt

Rey Complex Figure Test (RCFT):

Kopiering: T = 40 (kopierer usystematisk med svak organisering, strategi), Utsatt minne: T = 35

Wisconsin Card Sorting Test (WCST):

Antall kategorier: 4 av 6 = 6-10 % (prosentil), Perseverative responser: T = 30, Failure to Maintain Set (FMS): 3 = 2-5 % (prosentil)

Test of Memory Malingering (TOMM):

47 riktige på 1. forsøk / 50 riktige på 2. forsøk

Se også vedlagte profilark

Selvrapportering (spørreskjema):

Symptom CheckList 90 (SCL-90): Pasienten rapporterer plager/symptomer over klinisk grenseverdi på delskalaer for tvang, depresjon, angst og fobisk angst. Totalindeks over normert gjennomsnitt (T = 70).

Behavioral Rating Inventory of Executive function (BRIEF-A): Pasienten skårer over klinisk grensenivå for både atferdsmessige (BRI) og metakognitive (MI) aspekter ved eksekutiv fungering i dagliglivet, samt totalindeks (GEC) over klart klinisk grensenivå.

DEL 1 (kasuistikk): Besvar følgende spørsmål:

- 1) Hvordan vil du definere problemstillingen(e) for undersøkelsen og hva ville du fokusert mer på i anamneseopptaket?
- 2) Redegjør for testresultatene, inkludert estimerte IQ-/indeks-skårer og selvrapportering. (Fremfor å kommentere enkeltresultatene i detalj, beskriv testprofilens sterke/svake sider.)
- 3) Basert på opplysninger i henvisningen, anamneseopptak og testresultater/selvrapportering: Hva er de mest sannsynlige etiologiske forklaringene til klientens problemer?
- 4) Gitt problemstillingen(e) og resultatene fra undersøkelsen, hvordan vil du konkludere overfor legen med hensyn til videre utredning, behandling og arbeidssituasjon?

DEL 2: Besvar 3 av følgende 5 oppgaver (skriv ca. 1/2 til 1 side på hver oppgave):

1. Hva menes med aggravering i en nevropsykologisk undersøkelse, og hvilke verktøy eller metoder kan brukes for å identifisere mangelfull innsats eller aggravering?
2. Redegjør for hvilke kognitive domener som bør undersøkes i en nevropsykologisk vurdering av en pasient som har fått en moderat traumatisk hjerneskade.
3. Drøft hvordan en nevropsykologisk undersøkelse kan bidra til å skille de forskjellige typene demens, Alzheimers sykdom, vaskulær demens, og frontotemporal demens. Inkluder hva slags mønstre av kognitive utfall man kan forvente å avdekke i hver type demens.
4. Redegjør for faktorer som kan bidra til å påvirke kognisjon ved epilepsi, samt drøft hvilke kognitive domener som kan påvirkes ved epilepsi.
5. Redegjør for forskjellen mellom ipsativ og normativ tolkning av nevropsykologiske testresultater og beskriv fordeler og ulemper ved hver tilnærming.

