

Eksamen PSYC4330- Klinisk nevropsykologi, Vår 2026

Del 1: Kasuistikk

Du jobber som nevropsykolog ved DPS og får henvist en 26 år gammel mann til nevropsykologisk undersøkelse. Henvisningen kommer fra behandlende psykiater.

Bakgrunn fra henviser: For tre år siden ble pasienten innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling med paranoide vrangforestillinger, sosial tilbaketrekning og hørselshallusinasjoner. Etter videre oppfølging ved psykoseenhet fikk han diagnosen schizofreni. Han står nå på andre-generasjons antipsykotikum (Zyprexa) og har ikke hatt klare psykotiske gjennombrudd siste året. Psykiater beskriver ham som klinisk relativt stabil, men med vedvarende funksjonsvansker. Hun ber nå om en kartlegging av kognitiv funksjon med tanke på vurdering av studie/arbeidsevne, samt forslag til aktuelle tilretteleggingstiltak i samarbeid med NAV og eventuelle studiested.

Pasienten bor alene i en kommunal leilighet og klarer dagliglivsferdigheter som matlaging, innkjøp og enkel økonomihåndtering, men beskriver at dette krever mye energi. Han har tidligere hatt et lite, men godt sosialt nettverk med flere nære venner og god kontakt med familien. Det siste året beskrives økende sosial tilbaketrekning. Det foreligger ingen kjent utviklingsforstyrrelse, lærevansker, alvorlig somatisk sykdom eller hodeskade. Ingen tidligere rusmisbruk, men oppgir relativt hyppig cannabisbruk det siste året. I familien er det psykiatrisk belastning med en onkel med schizofreni.

Pasienten har tidligere fungert godt faglig. Han fullførte videregående skole med gode karakterer, særlig i real- og IT-fag (karakter 5). Deretter jobbet han ett år i butikk med enkle IT-relaterte oppgaver før han startet på en bachelor i informatikk. Studiet ble avbrutt etter første studieår da de psykotiske symptomene startet. Han har forsøkt seg på deltidsstudier der han klarte å gjennomføre en av tre eksamener, men måtte avbryte på grunn av psykiske plager. Han beskrives som motivert for å prøve igjen dersom det legges bedre til rette, aller helst vil han fortsette studiene, eventuelt arbeid innen datarelatert felt.

Innledende samtale: Pasienten møter presis til timen og fremstår grei i kontakten, men noe reservert. Han er orientert og samarbeider godt. Han beskriver fortsatt tendens til mistenksomhet i sosiale situasjoner, men lite fremtredende stemmer og paranoia. Hovedplage er opplevelse av mental tretthet som har vedvart siden sykdomsstart og som han synes har tiltatt noe den siste tiden. Det siste året har han isolert seg mer, og tilbrakt mye tid alene med dataspill, serier og annen skjermbruk. Han beskriver tidvise søvnvansker med forskjøvet døgnrytme (sene netter, vansker med å stå opp). Han oppgir at han jevnlig røyker cannabis for å få sove og som «flukt» fra tankekjør og ubehag. Han har også i økende grad kjent på depressive symptomer.

Han rapporterer at han lett mister tråden ved lesing og ofte må lese avsnitt flere ganger. Han synes det er vanskelig å holde oversikt over avtaler og oppgaver, og bruker lang tid på planlegging for å komme i gang. Han bruker også lengre tid enn før han ble syk på praktiske oppgaver, og beskriver «kaos i hodet» i situasjoner med mye stimuli eller flere samtidige krav. Pasienten er opptatt av hvordan dette vil påvirke ham fremover, om studier eller arbeid i det hele tatt er mulig for ham og hva som finnes av tilretteleggingsmuligheter. Han samarbeider godt i selve testsituasjonen og fremstår motivert.

Testresultater (se også vedlagte testprofil):

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

Verbal forståelse: 105

Perseptuell organisering: 117

Arbeidsminne: 80

Prosesseringshastighet: 75

WAIS IV deltester (skalerte skårer):

Ordforståelse: s = 12

Likheter: s = 11

Terningmønster: s = 13

Matriser: s = 14

Puslespill: s = 13

Tallhukommelse sekvensering: s = 6, Tallhukommelse forlengs s = 8, Tallhukommelse baklengs s = 6

Koding: s = 5

Grooved Pegboard:

Dominant hånd (høyre): T = 40

Ikke-dominant hånd (venstre): T = 37

PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test): T = 35

Trail Making Test (TMT)

TMT-A (tallrekkefølge): T = 45

TMT-B (tall-bokstav rekkefølge): T = 40

Stroop test:

Fargebenevning: T = 35

Lesehastighet: T = 40

Farge-Ord interferens: T = 40

California Verbal Learning Test (CVLT-II):

Innlæring (4-7-9-12-13): T = 45

Utsatt minne: T = 50

Gjenkjenning: T = 55

Tvungen gjenkjenning: 16 av 16 korrekt

Ordflyt:

Ordflyt bokstaver (FAS): T = 42; Ordflyt semantiske kategorier (dyr og klær): T = 45

Rey Complex Figure Test (RCFT):

Kopiering: T = 37 (litt svak organisering og strategi)

Utsatt minne: T = 40

Wisconsin Card Sorting Test (WCST):

Antall kategorier: 6 av 6 = >16 % (normalt resultat)

Perseverative responser: T = 50

Failure to Maintain Set (FMS): 11-16 % (prosentil)

Selvrapportering (spørreskjema): Symptom Check List 90 (SCL-90): Over klinisk grenseverdi på delskalaer for tvang («O-C skala») og paranoide forestillinger, på klinisk grenseverdi på delskalaer for depresjon, og rett under klinisk grenseverdi på delskalaer for fremmedgjøring/psykosis og sårbarhet/interpersonlig sensitivitet. Totalindeks: T = 65.

Spørsmål til Del 1 (alle besvares):

1. Med utgangspunkt i vedlagte nevropsykologiske testresultater: Beskriv pasientens kognitive profil, inkludert styrker og vansker samt skårer ved egenrapportering (spørreskjema).
2. Drøft mulige forklaringer på pasientens kognitive vansker. I drøftingen bes du vurdere både sykdomsrelaterte forhold og andre potensielt medvirkende faktorer.
3. Hva vil du vektlegge i tilbakemelding til henvisende behandler når det gjelder vurdering av studie- og arbeidsevne på bakgrunn av testresultatene og hvilke konkrete anbefalinger vil du gi??
4. Hva vil du vektlegge i tilbakemeldingssamtale med pasienten og hvilke konkrete råd og tilretteleggingstiltak vil du formidle med tanke på videre studier/arbeid?

Del 2: Besvar 3 av følgende 5 oppgaver (skriv ca. 250-500 ord per oppgave)

1. Redegjør for sentrale nevropsykologiske konsekvenser av hjerneslag, og hvordan disse varierer med skadelokalisasjon.
2. Beskriv hvordan nevropsykologiske testresultater tolkes ved hjelp av normative og ipsative tilnærminger.
3. Redegjør for hvordan epilepsi kan påvirke kognitiv funksjon, og hvilke faktorer som har betydning for graden av kognitiv reduksjon.
4. Redegjør for begrepet post-commotio syndrom (post concussion syndrome). Hva er typiske kliniske kjennetegn og hvilke faktorer har vist seg å predikere utvikling av post-commotio syndrom?
5. Hvordan differensiere Alzheimers sykdom og fronto-temporal demens i tidlig fase?