

PSYC 4330 Sensorveiledning, høsten 2024

Del 1 (Kasuistikk)

Spørsmål 1: *Hvordan vil du definere problemstillingen(e) for undersøkelsen og hva ville du fokusert mer på i anamneseopptaket?*

Fastlegen ønsker primært en beskrivelse av kognitiv funksjon (funksjonsdiagnostikk) som kan brukes i vurdering av arbeidsevne og rådgivning overfor NAV.
Sekundært en diagnostisk/differensialdiagnostisk vurdering.

Noen ting som er spesielt viktige å få informasjon om i tillegg til det som er beskrevet under «Fra anamneseopptaket»:

- Nærmere om voldshendelsen (var den livstruende?)
- Nærmere om omfanget og utviklingen/forløpet av de kognitive plagene.
- Nærmere om skoleprestasjoner
- Kartlegge nærmere pre- og komorbide psykiske plager (angst/depresjon).
- Event. bruk av medisiner (smertestillende/antidepressiva)
- Omfang av tidligere og nåværende bruk av alkohol/rus
-

Spørsmål 2: *Redegjør for testresultatene, inkludert estimerte IQ-/indeks-skårer og selvrapportering. (Fremfor å kommentere enkeltresultatene i detalj, beskriv testprofilens sterke/svake sider.)*

- 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? Begrunne hvorfor man velger det man velger.
- Ingen lateraliserte utfall.
- Relativt konsistent reduserte resultater knyttet til innlæring/hukommelse (særlig språklig) og eksekutive funksjoner, samt enkelte aspekter ved psykomot. tempo/prosesseringshastighet og oppmerksomhet/arbeidsminne.
- Språklig kognisjon, visuo-spatial kognisjon og finmotorisk tempo/koordinasjon.
- SCL-90: Høy OCD-indeks er mest sannsynlig indikasjon på subjektive kognitive plager og hvordan man kompenserer for dette. Symptomer på depresjon og angst bekreftes.
- BRIEF-A: Rapporterer eksekutive vansker over klinisk grensenivå som også er i samsvar med resultater på prestasjonsbaserte tester for eksekutiv funksjon. Høye BRIEF-A skårer kan delvis også reflektere høy psykologisk symptombelastning.

Spørsmål 3: *Basert på opplysninger i henvisningen, anamneseopptak og testresultater/selvrapportering: Hva er de mest sannsynlige etiologiske forklaringene til klientens problemer?*

- Pasienten hadde et alvorlig hodetraume med kraniebrudd, mulig bevissthetstap og amnesi.
- Testprofilen indikerer at det foreligger nedsatt kognitiv funksjon i forhold til antatt premorbid funksjon.

- Testprofilen er forenlig med kognitiv reduksjon på hjerneorganisk grunnlag (post-traumatisk encefalopati) hvor særlig eksekutive funksjoner og innlæring/hukommelse er affisert. Kan indikere frontal affeksjon (jfr. kraniebrudd frontalt).
- Pasienten har etter voldshendelsen utviklet angst (PTSD?) og rapporterer også depressive symptomer (SCL-90). Reduksjoner knyttet til oppmerksomhet, arbeidsminnekapasitet, prosesseringshastighet (litt varierende resultater) kan forklares utfra pasientens symptomer, inkludert fatigue, smerter, søvnforstyrrelse og mulig ubehandlet angst/depresjon.
- Kandidatene bør ha nevnt/diskutert begge årsakssammenhenger, men kan konkludere med den ene eller andre forklaringen som mest sannsynlig.

Spørsmål 4: *Gitt problemstillingen(e) og resultatene fra undersøkelsen, hvordan vil du konkludere overfor legen med hensyn til videre utredning, behandling og arbeidssituasjon?*

- Videre utredning:
 - o MR (foreligger ikke opplysninger om det i henvisningen).
 - o Henvise pasienten til psykiatrisk utredning og eventuell behandling for angst/depresjon.
 - o Henvise til kognitiv rehabilitering
- Resultatene fra undersøkelsen viser kognitive reduksjoner som mest sannsynlig har konsekvenser for arbeidssituasjonen. Diskutere med NAV og pasienten muligheter for alternativt arbeid eller tilrettelegging som tar hensyn til de kognitive og somatiske utfordringene.

Sensorveiledning del 2 (kortsvaroppgaver):

1. Hva menes med aggraving i en nevropsykologisk undersøkelse, og hvilke verktøy eller metoder kan brukes for å identifisere mangelfull innsats eller aggraving?

Kan besvares utfra Lezak og forelesning. I noen tilfeller kan det i løpet av en nevropsykologisk utredning forekomme prestasjoner som kan gi mistanke om aggraving, dvs. overdrivelse eller simulering av symptomer eller kognitive vansker. Aggraving handler ikke nødvendigvis om hvorvidt en person er ærlig eller ikke, ettersom både bevisste og mindre bevisste forhold kan påvirke grad av innsats. Tegn til aggraving kan dreie seg om misforhold mellom testresultater og funksjon/skademekanisme eller testprofiler som er motstridende, usannsynlige eller inkonsistente ut fra kunnskap om hjerne-atferd relasjoner. Det er flere verktøy og strategier som kan brukes for å identifisere mangelfull innsats eller aggraving:

- Symptominvaliditetstester. Disse testene er laget for å vurdere om en person yter sitt beste eller om det er tegn på overdrivelse/malingering. For eksempel Test of Memory Malingering (TOMM).
- Inkonsekvenser i testresultater. Dersom en person presterer svært dårlig på en enkel oppgave, men normalt på en mer kompleks oppgave, kan dette indikere manglende symptomvaliditet eller testytelse.
- Observasjon av pasientens atferd og konsistens i innsats gjennom hele testingen kan gi viktig informasjon.
- Validitetsmål som genereres ut fra ordinære kliniske tester, for eksempel CVLT-2 tvungen gjenkjenning.

Det er viktig å bruke en helhetlig tilnærming der ulike metoder kombineres for best mulig å identifisere mangelfull innsats eller aggravering. Dette inkluderer både objektive tester og kliniske vurderinger.

2. Redegjør for hvilke kognitive domener som bør undersøkes i en nevropsykologisk vurdering av en pasient som har fått en moderat traumatisk hjerneskade.

Kan besvares utfra Lezak og forelesning. Traumatisk hjerneskader kan resultere i et mangfold av følgetilstander. Generelt må derfor en nevropsykologisk undersøkelse inkludere et bredt spekter av anerkjente og godt validerte funksjonstester. Studenten bør derfor ha en forståelse for at testbatteriet bør være bredt/omfattende og inneholde en undersøkelse av flere kognitive domener, som sensomotorisk funksjon, psykomotorisk tempo og kognitiv effektivitet, oppmerksomhet, hukommelse, visuospatial funksjon, språk, utføringsevne og eksekutive funksjoner.

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.

Kan besvares utfra Lezak og forelesning. Studentene bør forklare at en nevropsykologisk us. kan bidra til å avdekke karakteristiske mønstre av kognitiv svikt som er spesifikke for hver type demens. Tidlige kognitive symptomer ved Alzheimers sykdom er typisk svikt i innlæring/hukommelse (særlig episodisk hukommelse eller redusert hukommelse for nylige hendelser) og visuospatiale funksjoner. Vaskulær demens kan manifestere seg med varierende kognitive utfall avhengig av hvor i hjernen de vaskulære skader har oppstått, for eksempel utfall knyttet til hukommelse, konsentrasjon, eller språk. Frontotemporal demens viser typisk endringer i personlighet og atferd/regulering (atferdsvarianten), eller språkforstyrrelser ved språkvarianter av FTD (primær progressiv afasi og semantisk demens).

Det er også en styrke om student inkluderer refleksjoner omkring informasjon fra anamneseopptak (eks. arv/familiehistorie, pasientens tidligere og nåværende funksjon, atferdsendringer, progresjon av symptomer), samt observerbar atferd.

4. Redegjør for faktorer som kan bidra til å påvirke kognisjon ved epilepsi, samt drøft hvilke kognitive domener som kan påvirkes ved epilepsi.

Forelesning og Kanner et al. Studenten bør beskrive at epilepsi kan føre til en rekke kognitive konsekvenser som varierer avhengig av epilepsitypen, hyppigheten av anfall, anfallstype, lokaliseringen av det epileptogene området i hjernen, alder ved epilepsi-debut (varighet), medikamentell behandling, samt komorbiditet (psykisk lidelse). Student bør kunne resonnerer seg til at epilepsi i teorien kan påvirke alle kognitive domener avhengig av lokalisasjon av epileptogent vev/aktivitet, etiologi og alder ved epilepsidebut.

5. Redegjør for forskjellen mellom ipsativ og normativ tolkning av nevropsykologiske testresultater og beskriv fordeler og ulemper ved hver tilnærming.

Kan besvares utfra Lezak og forelesning. Studenten bør kunne beskrive begge tilnærmingene. Ipsativ tolkning handler om å sammenligne en persons prestasjoner på ulike tester med seg selv, snarere enn med en normativ gruppe. Kandidaten bør nevne at ipsative vurderinger gjøres når for eksempel pasientens nevropsykologiske funksjonsprofil vurderes 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. Normativ tolkning involverer sammenligning av en persons testresultater med normativ gruppe / normalpopulasjonen for å forstå hvordan personen presterer i forhold til gjennomsnittet for en populasjon.

Ipsativ:

Fordeler: Kan identifisere individuelle styrker og svakheter, og kan være nyttig i rehabilitering og behandlingsplanlegging.

Ulemper: Gir ikke informasjon om hvordan individet presterer i forhold til en bredere populasjon / normalpopulasjonen, hvilket kan være begrensende i diagnostiske vurderinger.

Normativ:

Fordeler: Tillater sammenligning med normalpopulasjonen, gir innsikt i hvorvidt en persons prestasjoner er innenfor normalområdet eller om det er avvik. Viktig ved diagnostisering av lidelser.

Ulemper: Kan overse individuelle forskjeller og forholdsmessige evner. En persons relative styrker og svakheter kan ikke alltid avspeiles.

Det er viktig at kandidaten forstår at både normative og ipsative vurderinger er viktige deler av en nevropsykologisk undersøkelse. Normativ data vil hjelpe til i diagnostisk differensiering og forståelse av alvorligheten av funksjonssvekkelsen i en større kontekst, mens ipsative data vil identifisere individuelle mønstre av kognitive styrker og svakheter som er sentrale for behandlingsplanlegging og rehabilitering.