

PSYPRO4605 – eksamensoppgaver – høst 2018

Besvar 3 av 5 oppgaver. Karakter: bestått/ikke bestått.

1. Nevropsykologisk undersøkelse av barn
 - 1) Hva bør inngå i en nevropsykologisk undersøkelse av barn?
 - 2) Hva er indikasjoner for en slik undersøkelse?
 - 3) Hvordan kan resultatene brukes i oppfølging?
 - 4) Hva bør en nevropsykologisk undersøkelse suppleres med når målsetningen er en god kasusformulering?

2. Hva vurderes prestasjoner på nevropsykologiske tester opp mot? Forklar forskjellene mellom normative og ipsative vurderinger.

3. Hva kjennetegner ulike former for apraksi? Hva er viktig i kartlegging og oppfølging av pasienter som har apraksi?

4. Beskriv hvordan kognitive funksjoner normalt endrer seg ved aldring og hvilke biologiske prosesser som gir grunnlag for å forstå disse endringene.

5. Multidimensjonell modell (Barkley, 2004/2007) beskriver tre ulike nivåer for å vurdere egnethet for bilkjøring. Grei ut om modellen, og hvordan kompetanse på de forskjellige nivåer har betydning for egnethet.

Sensorveiledning PSYPRO4605 – høst 2018

Besvar 3 av 5 oppgaver. Karakter: bestått/ikke bestått.

1. Nevropsykologisk undersøkelse av barn
 - 5) Hva bør inngå i en nevropsykologisk undersøkelse av barn?
 - 6) Hva er indikasjoner for en slik undersøkelse?
 - 7) Hvordan kan resultatene brukes i oppfølging?
 - 8) Hva bør en nevropsykologisk undersøkelse suppleres med når målsetningen er en god kasusformulering?

2. Hva vurderes prestasjoner på nevropsykologiske tester opp mot? Forklar forskjellene mellom normative og ipsative vurderinger.

3. Hva kjennetegner ulike former for apraksi? Hva er viktig i kartlegging og oppfølging av pasienter som har apraksi?

4. Beskriv hvordan kognitive funksjoner normalt endrer seg ved aldring og hvilke biologiske prosesser som gir grunnlag for å forstå disse endringene.

5. Multidimensjonell modell (Barkley, 2004/2007) beskriver tre ulike nivåer for å vurdere egnethet for bilkjøring. Grei ut om modellen, og hvordan kompetanse på de forskjellige nivåer har betydning for egnethet.

1. Nevropsykologisk undersøkelse av barn

- 1) Hva bør inngå i en nevropsykologisk undersøkelse av barn?**
- 2) Hva er indikasjoner for en slik undersøkelse?**
- 3) Hvordan kan resultatene brukes i oppfølging?**
- 4) Hva bør en nevropsykologisk undersøkelse suppleres med når målsetningen er en god kasusformulering?**

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er forelesninger (bl.a. v/ Geir Øgrim) og kompendiet

Retningslinjer for vurdering:

Utviklingshistorie / anamnese er viktig. Funksjonsområdene motorikk, visuo-motorikk, språk, hukommelse, eksekutivfunksjoner og oppmerksomhet, bør kartlegges. Under pkt. 1 eller pkt. 4 bør det komme fram at psykososial fungering, familie og skoleprestasjoner er viktig å få med.

Indikasjoner: Behov for kunnskap om sterke og svake kognitive funksjoner hos barnet.

Differensialdiagnostikk, for eksempel i forhold til psykisk utviklingshemning / lærevansker.

Nevropsykologiske testresultater kan styrke/svekke diagnostiske hypoteser.

Oppfølging: Nevropsykologisk funksjonsprofil kan gi kunnskap om hvordan lærestoff bør presenteres, hvordan man kan tilrettelegge ut i fra barnets profil, og funksjoner som kan trenge trening.

Supplement: Her kan anamnese nevnes hvis det ikke er tatt opp under pkt. 1. Medisinsk grunnutredning hører med og supplerende medisinske undersøkelser på indikasjon (bl.a. vansker med syn, hørsel, epilepsi, mangeltilstander, mistanke om syndromer).

2. Hva vurderes prestasjoner på nevropsykologiske tester opp mot? Forklar forskjellene mellom normative og ipsative vurderinger.

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er forelesninger og Hestad & Egeland, 2014

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 vurderes opp mot kunnskap om premorbid funksjon (som utdanningsnivå, skoleprestasjoner og yrkeshistorie), 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.

3. Hva kjennetegner ulike former for apraksi? Hva er viktig i kartlegging og oppfølging av pasienter som har apraksi?

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er Hestad & Egeland, 2014 (s. 341-365) og forelesninger (bl.a. v/ Knut Hestad)

Kandidaten bør forklare hva apraksi betyr og hva som er viktig i kartlegging og oppfølging av pasienter som har apraksi.

En definisjon som er brukt er at dette er vanskeligheter med målrettet handling til tross for intakte lemmer. Det dreier seg om vansker med å utføre intensjonelle handlinger som ikke kan forklares av motorisk eller sensorisk funksjonsnedsettelse.

Forskjellige typer apraktiske vansker; motorisk apraksi og ansikts- eller munnapraksi. Det er etter hvert omfattende dokumentert, i form av skadedata og funksjonell hjerneavbildning, at apraksi skyldes skade i venstre hjernehemisfære (Haaland, Harrington & Knight, 2000; Hanna-Pladdy, Daniels & Fieselman, 2001), og at både frontale og parietale hjerneområder er involvert samt corpus callosum. Hos høyrehendte ser det ut til at slike programmer for sammensatte gester er avhengig av intakt venstre inferior del av parietallappen. Pasienter med skade her og i de sensorimotoriske barkstripene får hemiparese og apraksi, mens tilsvarende skade i høyre hjernehalvdel kun gir venstresidig hemiparese. Ansiktsapraksi, hvor pasienten får problemer å utføre intensjonelle handlinger med ansiktet som å smile, blåse opp kinn og lignende (sees ofte sammen med Brocas afasi), kommer etter lesjoner dypt i venstre supra marginal gyrus av venstre motoriske assosiasjonskortex. Det kan forekomme uten lemmapraksi. I så fall blir forbindelsene som involverer lemmene spart, men det blir ikke ansiktet, som ligger lenger ned i hemisfæren, i nærheten av Brocas område.

Det er altså etablert at både strukturer foran den motoriske barkstripen og strukturer bak den sensoriske barkstripen er involvert i apraksi. Et spørsmål er i hvilken grad

apraksisyntomene varierer ut fra skadelokalisering. Luria (1980) oppsummerer at områder bak de sensoriske motoriske regionene er ansvarlig for den topologiske organiseringen av motoriske enkelthandlinger i programmer, slik også senere forskere har bekreftet (Barrett & Foundas, 2004). Det gir opphav til en reseptiv ideasjonell apraksi, med vansker med å forstå bruk av gjenstander riktig. Dersom pasienten blir bedt om å pusse tenner, kan han gjøre det med tannkremtuben.

Den premotoriske divisjonen av korteks er primært ansvarlig for den kinetiske organisasjonen av bevegelse eller melodien av bevegelsene. Den tar kontroll over en inhibisjon, dvs. impulsstyringen av bevegelsen når den har startet, overfører fra én bevegelse til den neste, og forvandler individuelle motoriske handlinger til fine og etter hvert organiserte, trente bevegelser. Ved skade frontalt blir det vanskelig med komplekse bevegelser og med overgangen fra én type handling til en annen, ofte beskrevet som en ideomotorisk apraksi. Ett eksempel vil være en pasient som på sykehuset får en vaskeklut i hånden, vet hva den skal brukes til, men begynner å vaske seg i skrittet med en perseverende sirkelbevegelse.

Det kan være stor variasjon med hensyn til hvor alvorlig apraksien er hos pasienten, og det er mange måter å undersøke apraksi på. Undersøkelse av apraksi er også med i Halstead og Reitans testbatteri, sammen med en undersøkelse av språkforstyrrelser. Her får pasienten en kommando om å utføre en hensiktsmessig handling, for eksempel å vise hvordan man bruker en hammer uten at hammeren er til stede. Tidvis kan man da se at pasienten bruker hånden som en hammer, i stedet for å forestille seg at hun eller han holder en hammer i hånden. Et neste skritt vil være å se om pasienten kan imitere handlingen etter eksaminatoren. Om pasienten fortsatt ikke klarer oppgaven, går eksaminator over til å bruke reelle objekter. Da finner man frem en hammer og ber pasienten vise hvordan den skal brukes. Om pasienten ikke klarer det, skal han eller hun imitere bruken etter at eksaminator har vist for pasienten hvordan handlingen skal gjøres. På denne måten kan man samtidig jobbe med selve apraksien. Det er imidlertid et spørsmål om en slik undersøkelse, der en starter med det som er vanskeligst, er en god behandling. I behandlingssammenheng vil det være mer relevant å starte enkelt ved å automatisere handlinger og så gradvis gå fremover til mer krevende oppgaver. Mange ganger kan visuell organisering med ekstern spatial koordinasjon hjelpe.

Det er et pluss om kandidaten kan si noe om treningsprosedyrer. Hvor mye kandidaten kan klare å orientere om fra ovenstående er avgjørende for bedømmelsen.

4. Beskriv hvordan kognitive funksjoner normalt endrer seg ved aldring og hvilke biologiske prosesser som gir grunnlag for å forstå disse endringene.

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er Hestad & Egeland, 2014 (s.332-333) og forelesninger (v/ Ramune Grambaite og Knut Hestad)

Kandidaten bør forklare at kognitive forandringer ved aldring skjer langs et kontinuum. Ved det ene ytterpunktet finner vi milde kognitive forandringer som påvirker individet i liten grad i sitt daglige liv og kjennetegner normal aldring. Det andre ytterpunktet gjenspeiler gjennomgripende, mangfoldige kognitive endringer som påvirker dagliglivets fungering i stor grad (demens).

Man bør beskrive vanlige kognitive endringer ved normal aldring:

- reduksjon i oppmerksomhet og eksekutiv funksjon;
- almen reduksjon i tempo;
- svekket arbeidsminne og hukommelse.

Det er spesielt viktig at kandidaten nevner at aldersrelaterte endringer på eksekutive nevropsykologiske oppgaver (blant annet WCST, Stroop test og TMT-B) gir støtte for at frontallappsforandringer er sentrale for normal aldring. Når det gjelder hukommelse, er det fint om kandidaten oppgir at spesielt episodisk hukommelse blir svekket, sammenliknet med for eksempel bedre bevart semantisk hukommelse.

Både tap av nervecellene og tap av nervefibrene i hjernen som skjer ved aldring bør nevnes av kandidaten. Det er også fint hvis kandidaten beskriver opphopning av abnorme proteindannelser både i nevronene (tau-protein) og rundt nevronene (beta-amyloid) som er typiske for Alzheimers sykdom, men er også utbredt i hjernen hos eldre personer uten demens.

Kandidaten bør nevne at det finnes individuell variasjon med tanke på biologiske og nevropsykologiske endringer.

Det er fordel om kandidaten kan referere til funn fra fMRI-studier som viser at eldre har et bredt sammensatt aktiveringsmønster ved undersøkelser av hukommelse (sammenliknet med fokalt aktiveringsmønster hos yngre).

5. Multidimensjonell modell (Barkley, 2004/2007) beskriver tre ulike nivåer for å vurdere egnethet for bilkjøring. Grei ut om modellen, og hvordan kompetanse på de forskjellige nivåer har betydning for egnethet.

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er forelesninger (bl.a. v/ Brit Bjørklimo) og Hestad & Egeland, 2014 (s.95-114)

Kandidaten bør beskrive modellen: operativ kompetanse (nivå 1), taktisk kompetanse (nivå 2) og strategisk kompetanse (nivå 3).

Operativ kompetanse (nivå 1): elementære mentale funksjoner som oppmerksomhet og konsentrasjon, reaksjonstid, visuell skanning, spatial persepsjon og orientering, visuell-motorisk integrasjon, mentalt tempo/prosesseringshastighet o.l.

Taktisk kompetanse (nivå 2): adferd, ferdigheter og beslutninger som foretas mens man kjører bil i trafikken, som for eksempel fartstilpasning, bruk av nær/fjernlys, vurdering om forbikjøring.

Strategisk kompetanse (nivå 3): beslutninger og planleggingsevner som er knyttet opp mot forhold i forkant som omhandler utflukten (hva er hensikten med kjøreturen, valg av rute og tidspunkt, evaluering av kjøreforhold i forkant av turen).

De to øverste nivåene omfatter også personlighetsmessige trekk, selvregulering, dømmekraft, affektkontroll, distraherbarhet/ oppmerksomhetskontroll, innsikt og kompensering. I tillegg kommer også tilstedeværelse av psykisk sykdom/affektiv tilstand, søvnmangel, medisinbruk, som kan påvirke alle disse faktorene.

En svekkelse som affiserer et eller flere av disse ferdighetsnivåene kan innvirke på egnethet for kjøring. Svikt i kompetanse på lavere nivå (for eksempel nedsatt oppmerksomhet, nedsatt tempo) kan ha stor innvirkning på kompetanse på høyere nivå. Svikt i kompetanse på høyere nivå (taktisk eller strategisk) kan ha liten eller ingen innvirkning på kompetanse på lavere nivå (operativt nivå). Derfor kan slik svikt være vanskelig å oppdage dersom man bruker metoder som kun måler kompetanse på laveste nivå.

Det er viktig at kandidaten forklarer hvordan kompetanse på de forskjellige nivåer har betydning for egnethet. I hvor stor grad kandidaten kan nyansere de forskjellige elementene vil være bestemmende for karakter.