

Eksamensoppgaver PSYPRO4605 – vår 2019

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

1. Utredning av autisme hos barn og unge:

- Hva bør inngå i en utredning av autisme hos barn og unge? Både generelle metoder (aktuelt i alle saker), og spesifikke for autisme.
- Forekomsttallene for autisme har økt kraftig de siste ca. 20 årene. Hva er sannsynlige grunner til dette?
- Hva er de viktigste endringene i diagnosekriterier for autisme fra DSM IV til DSM-5?
- Hva kan nevropsykologien konkret bidra med i forhold til utredning og oppfølging av autisme hos barn og unge?

2. Tenk at du er nevropsykolog som vil undersøke en 40 år gammel kvinne som fikk hjerneslag for 6 måneder siden, og har hatt vedvarende konsentrasjonsplager etter det. Hun er lærer, men har ikke klart å komme tilbake i arbeid etter hjerneslaget. Hvor viktig er det å vurdere hennes premorbide funksjonsnivå når man skal gjennomføre en nevropsykologisk undersøkelse? Hvordan kan man få et estimat på premorbid kognitiv fungering (hvilke tester kan brukes og hva slags informasjon kan innhentes)?

3. Beskriv hvordan kognitive funksjoner endrer seg ved «normal aldring» (normalt ved aldring) og hvilke biologiske prosesser gir grunnlag for å forstå disse endringene.

4. Hva er viktig å legge vekt på i en førerkortvurdering ved mistanke om kognitiv svikt?

5. Gjør rede for kognitive, emosjonelle, og sosiale følger virkninger som kan oppstå etter en mild traumatisk hjerneskade.

Sensorveiledning PSYPRO4605 – vår 2019

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

2. Tenk at du er nevropsykolog som vil undersøke en 40 år gammel kvinne som fikk hjerneslag for 6 måneder siden og har hatt vedvarende konsentrasjonsplager etter det. Hun er lærer, men har ikke klart å komme tilbake i arbeid etter hjerneslaget. Hvor viktig er det å vurdere hennes premorbide funksjonsnivå når man skal gjennomføre en nevropsykologisk undersøkelse? Hvordan kan man få et estimat på premorbid kognitiv fungering (hvilke tester kan brukes og hva slags informasjon kan innhentes)?
3. Beskriv hvordan kognitive funksjoner endrer seg ved «normal aldring» (normalt ved aldring) og hvilke biologiske prosesser gir grunnlag for å forstå disse endringene.
4. Hva er viktig å legge vekt på i en førerkortvurdering ved mistanke om kognitiv svikt?
5. Gjør rede for kognitive, emosjonelle, og sosiale følgevirkninger som kan oppstå etter en mild traumatisk hjerneskade.

1. Utredning av autisme hos barn og unge:

- **Hva bør inngå i en utredning av autisme hos barn og unge? Både generelle metoder (aktuelt i alle saker), og spesifikke for autisme.**
- **Forekomsttallene for autisme har økt kraftig de siste ca. 20 årene. Hva er sannsynlige grunner til dette?**
- **Hva er de viktigste endringene i diagnosekriterier for autisme fra DSM IV til DSM-5?**
- **Hva kan nevropsykologien konkret bidra med i forhold til utredning og oppfølging av autisme hos barn og unge?**

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er forelesninger (bl.a. v/ Geir Øgrim) og Urnes (2018), s. 273-287, kap. 25

I forelesningen har Øgrim gått gjennom punktvis at en utredning innebærer både generelle og spesifikke metoder.

Generelle:

Medisinsk anamnese og utviklingshistorie inkludert kartlegging av psykososiale betingelser.

Kartlegging av aktuell livssituasjon i hjem og skole.

Normerte spørreskjemaer med bredt fokus. (Øgrim har undervist i BRIEF, 5-15 og CBCL/ASEBA.)

Klinisk intervju med bredt fokus (eks. Kiddie-SADS, DAWBA, eller integrert i anamnese eller som oppfølging av spørreskjema).

Spesifikke:

ADI-R eller annet autismespesifikt foreldreintervju.

Normert(e) spørreskjema(er) med autismefokus. Øgrim har gått gjennom Social Responsiveness Scale (SRS) i forelesningene.

ADOS observasjon.

Observasjon i skole og ev. hjemme av personer med autisemekompetanse.

Vurdere genetisk screening.

Endring i forekomsttall:

Mest sannsynlig endrede kriterier og definisjon av autisme. Mer fokus på høytfungerende autisme / Aspergers syndrom i samfunnet og i fagmiljøer. Spekulasjoner om miljøgifter og lignende er ikke dokumentert.

Endringer i diagnosekriterier:

Definert som kontinuum. Fra tre til to hovedområder: Kommunikasjon / sosial gjensidighet og stereotypier / særinteresser.

Aspergers syndrom er ikke egen kategori. Innføring av Social Communication Disorder som ikke ligger i autismespekteret. Spesifiers: Beskrivelse av kognitivt og språklig nivå.

Nevropsykologiens bidrag:

Primært mht. funksjonskartlegging – sterke og svake sider. Kognitiv og språklig fungering, eksekutiv fungering med mer.

Legge noen premisser for behandlingsplaner.

Nevropsykologiske metoder i evaluering: det kan være retest med samme eller parallell utgave av en test på et senere tidspunkt, og/eller tester brukt til å beskrive dagens funksjonsnivå, som supplement til andre metoder.

2. Tenk at du er nevropsykolog som vil undersøke en 40 år gammel kvinne som fikk hjerneslag for 6 måneder siden og har hatt vedvarende konsentrasjonsplager etter det. Hun er lærer, men har ikke klart å komme tilbake i arbeid etter hjerneslaget. Hvor viktig er det å vurdere hennes premorbide funksjonsnivå når man skal gjennomføre en

nevropsykologisk undersøkelse? Hvordan kan man få et estimat på premorbid kognitiv fungering (hvilke tester kan brukes og hva slags informasjon kan innhentes)?

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er Hestad & Egeland, 2014 (s. 21-31) og forelesninger

Kandidaten bør vise forståelse for at en av viktige aspekter i den nevropsykologiske undersøkelsen er å vurdere hvordan pasienten fungerte før en eventuell hjerneskade (i dette tilfellet – hjerneslag), dvs. pasientens premorbide funksjon. Kandidaten bør nevne at det er viktig å kjenne til pasientens alder, utdanning (inkl. kvaliteten på pasientens utdanning og karakterer), yrke og hva slags arbeid vedkommende har hatt fordi disse forhold kan relateres til pasientens funksjon før skade. Det er viktig at kandidaten kjenner til Wechsler tester og hvordan disse kan brukes i vurderinger av premorbid og nåværende kognitivt evnenivå. Det er fordel om kandidaten kan nevne noen «hold» tester som anses å være mer robuste mot hjerneskade (f.eks. Ordforståelse) enn «don't hold» tester som er mer sensitive for hjerneskade (f.eks. Koding). Kandidaten bør vise forståelse for at testprofilen må vurderes i sammenheng med pasientens sykehistorie, informasjon om selve hjerneslaget (bl.a. lokalisasjon) og andre bakgrunnsopplysninger. Det er fordel om kandidaten nevner at innhenting av opplysninger om psykisk helse før og etter hjerneslaget, bruk av medisiner, rusmidler og alkohol er viktig i slike vurderinger. Det er positivt om kandidaten nevner at undersøkelsen kan suppleres med komparentopplysninger der dette er nødvendig. I tillegg er det positivt om kandidaten nevner situasjonsspesifikke faktorer, bl.a. aggravering/malingering.

3. Beskriv hvordan kognitive funksjoner endrer seg ved normal aldring og hvilke biologiske prosesser 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). Kandidaten bør nevne at det finnes individuell variasjon med tanke på biologiske og nevropsykologiske endringer.

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 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) i hjernen som er typiske for Alzheimers sykdom, men finnes også i hjernen hos eldre personer uten demens. 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 (sammenlignet med fokalt aktiveringsmønster hos yngre). I hvor stor grad kandidaten kan nyansere de forskjellige elementene vil være bestemmende for karakter.

4. Hva er viktig å legge vekt på i en førerkortvurdering ved mistanke om kognitiv svikt?

Kjernepensum knyttet til denne oppgaven er Hestad & Egeland, 2014 (s. 95-118) og forelesninger (bl.a. v/ Brit Bjørklimo)

Kandidaten bør nevne helsekravene til bilkjøring, samt meldeplikten psykologer omfattes av. Det teller positivt om kandidaten kjenner til aktuelt lovverk, Helsedirektoratets veileder og Norsk Psykologforenings faglige veileder i førerkortsaker. Kandidaten bør kjenne til viktige svikttegn som særlig bør vektlegges i en slik vurdering: redusert generell oppmerksomhet, neglekt, visuell agnosi, forlenget reaksjonstid, visuospatial svikt, apraksi, betydelig redusert hukommelse, kritikkløshet og nedsatt dømmekraft, anosognosi, rapporterte problemer i trafikken.

Kandidaten bør drøfte valg av utredningstilnærming og valg av tester i lys av disse. Dette bør inkludere drøfting av følgende elementer: kjøreanamnese, informasjon om

premorbid funksjon, komparentopplysninger, spørsmål knyttet til trafikkforseelser, valg av tester.

Det er fordel om kandidaten kjenner til en eller flere modeller for vurdering av egnethet for bilkjøring. F. eks. Mutidimensjonell modell (Barkley, 2004/2007) beskriver følgende tre nivåer for å vurdere egnethet for bilkjøring: operativ kompetanse (nivå 1), taktisk kompetanse (nivå 2) og strategisk kompetanse (nivå 3). Det teller positivt hvis kandidaten kan forklare hvordan kompetanse på de forskjellige nivåer har betydning for egnethet.

Det er fordel om kandidaten drøfter og problematiserer bruk av alders- og utdanningskorrigerede skårer vs. "cut-off skårer". Det er også positivt om kandidaten diskuterer fagetiske aspekter knyttet til slike vurderinger. I hvor stor grad kandidaten kan nyansere de forskjellige elementene vil være bestemmende for karakter.

5. Gjør rede for kognitive, emosjonelle, og sosiale følger virkninger som kan oppstå etter en mild traumatisk hjerneskade.

Kjernepensum for denne oppgaven er Hestad & Egeland, 2010 (s. 247-264) og forelesninger (bl.a. v/ Migle Karaliute)

Kandidaten bør definere traumatiske hjerneskader, og hvordan de klassifiseres i ulike alvorlighetsgrader med bakgrunn i skaderelaterte variabler i akutt fase (eks. GCS, PTA). Det teller positivt om kandidaten problematiserer og belyser vanskeligheten med å definere og klassifisere milde skader. Skillet mellom "ukomplisert" (uten bildediagnostiske funn) og "komplisert" (med bildediagnostiske funn) mTBI bør belyses. Vanlige symptomer som følger mTBI bør nevnes, for eksempel svimmelhet, trøttbarhet, hodepine, og andre selvrapporterte plager. Økt risiko for emosjonelle plager slik som nedstemthet og angst bør nevnes. Kognitive utfall på tester kan finnes hos flere i akutt fase, men er ikke så vanlig lengre ut i forløpet. Selvrapporterte kognitive vansker kan ofte være mer uttalt og varer ofte lengre. Forholdet mellom selvrapporterte plager og testbaserte funn bør diskuteres. Det bør understrekes at det på lang sikt stort sett går bra med de fleste som får mild TBI (85-90%), men at en liten undergruppe ("miserable minority") opplever vedvarende plager utover 3 måneder, noe som kan tilfredsstillende diagnosen PCS (ICD-10). Kandidaten bør drøfte mulige årsaker til dette, og også inkludere pre- og komorbide sårbarhetsfaktorer som kan spille inn. Konsekvenser for

sosial funksjon bør drøftes. Dette er en oppgave hvor kandidaten vil få god uttelling for basis faktakunnskap om mTBI. Det er positivt om kandidaten problematiserer manglende kunnskap, men allikevel tar i bruk eksisterende kunnskap i drøftinger knyttet til kliniske avveininger hva gjelder utredning, oppfølging og tiltak.