

Nevropsykologen - en uvurderlig del av teamet

TEKST

Bernt A. Engelsen

PUBLISERT 1. september 2008

Nevropsykologi og nevrologi ble lenge ansett som to atskilte profesjoner. For meg er dette i dag to sider av samme sak, med nevropsykologen som en integrert del av den daglige aktiviteten ved vår epilepsienhet. Kort sagt: En del av vår nevrologiske hverdag.

«Tradisjonelt har nettopp nevropsykologien bidratt til viktige framskritt i forståelsen av pasienter med epilepsi»

Sjelen, psyken og det mentale har lenge vært relatert til hjernen, og i mine øyne deler nevropsykologi og nevrologi langt på vei en felles historie. Jeg vil her dra noen av hovedtrekkene, og samtidig forsøke å klargjøre de historiske skillelinjene mellom det nevrologiske på den ene siden og det psykologiske på den andre.

På tross av dette skillet var John Hughlings Jackson (1835–1911) og Jean Martin Charcot (1825–1893) klar over visse forhold: Mentale symptomer, også mentale automatismer, var ledd i den nevrologiske symptomatologi og semiologi ved sykdommer i nervesystemet (Temkin 1971). Dette også ifølge anfallskunnskap basert på Briquet (1796–1881).

En annen forsker og psykolog som på denne tiden også åpnet for en nevrobiologisk tolkning av mentale fenomener, som for eksempel religiøse opplevelser, var William James (1994), som levde fra 1842 til 1910.

Det mentale, psykiske, kognitive, emosjonelle og nevrologiske symptombildet ble delvis skilt fra hverandre i det 20. århundre, anført av så vel nevrologer som psykologer. Først gjennom de siste 30–40 årene har vi sett en gradvis fusjon mot det som i dag må kunne kalles en klinisk nevrobiologisk tilnærming til fagene nevrologi og nevropsykologi. Nå ser vi nytteverdien av denne faglige integreringen i vår daglige praksis ved undersøkelse og oppfølging av pasienter med epilepsi.

I samtalen med pasientene om symptomene ved anfall er alle fenomener og opplevelser sentrale: nevrologiske, mentale, kognitive og emosjonelle fenomener. De er alle integrert i en felles «epileptologisk semiologi», uten et skille mellom nevrologiske og

psykologiske symptomer. For å kunne gi best mulig råd om behandling, utdanning og yrkesmessig veiledning vil en utredning av pasientenes ressurser og problemer imidlertid måtte omfatte en nevrologisk og nevropsykologisk status og funksjonsevne.

Tradisjonelt har nettopp nevropsykologien bidratt til viktige framskritt i forståelsen av problemer og muligheter for pasienter med epilepsi. Studier på intelligens og tap av kognitive funksjoner som følge av epilepsi kom nokså tidlig i gang (Herman 1991) og er stadig viktige. Dette innebærer at oppfølgende undersøkelser gjennomføres i klinisk hverdag og i prosjekter (Gramstad 2006). Undersøkelser gjøres pre- og postoperativt ved elektiv kirurgi for epilepsi, men òg ved lesjonsektomier som svulster og misdannelser i temporallappene. Innenfor denne rammen er de nevropsykologiske testene med på å avgjøre operabilitet, siden det vil foreligge risiko for språk- og hukommelsesproblemer.

Nevropsykologiske undersøkelser bidrar videre til å bekrefte eller avkrefte fokus for epilepsi i visse situasjoner. Vi undersøker om antiepileptika har gitt kognitive vansker som tilsier endring av medikasjon eller endringer i atferingsopplegg, og vi ser på kognitive følger etter langvarige anfall eller terapirefraktære epilepsier.

Nok en viktig del av undersøkelsene er kartlegging av psykososiale vansker innenfor rammen av epilepsien eller som årsak til eller følge av psykogene, nonepileptiske anfall. Nevropsykologen er òg viktig for diagnostisk avklaring av epilepsi versus psykogene, nonepileptiske anfall hos mange pasienter. Oppfølging av disse pasientene skjer i regi av psykiater eller psykolog, mens den strategiske planlegging av tiltak kartlegges og diskuteres med nevropsykolog. Endelig er nevropsykologisk ekspertise viktig for å vurdere kognitive vansker av såkalt subklinisk eller paraklinisk anfallsaktivitet, det vil si ved EEG-patologi uten åpenbare kliniske anfallsmanifestasjoner.

Hvilke erfaringer har jeg så med nevropsykologi i min kliniske hverdag som epileptolog per 2008?

Jeg opplever et integrert daglig samarbeid med en klinisk nevropsykolog, som undersøker pasientenes kognitive funksjonsnivå, gir råd i tverrfaglig veiledning av psykososiale problemer og rehabilitering, og vurderer emosjonelle og personlighetsmessige vansker av praktisk betydning i behandlingsøyemed. I tillegg til vanlige nevropsykologiske undersøkelser gjøres WADA-tester på preoperative pasienter og dikotisk lyttetest, samt undersøkelser som går på ansiktsgjenkjenning, deriblant emosjonell ansiktsgjenkjenning.

Gjennom dette samarbeidet har vi også en bredere forskningsaktivitet på emosjonelle og kognitive aspekter som berører livskvaliteten ved epilepsi, og som vesentlig bidrar til enhetens forskningsprofil når det gjelder å bedre forståelsen av pasientenes kognitive funksjon og emosjonelle vansker, og i oppfølging av operative pasienter.

I vår epilepsienhet er nevropsykologen blitt en helt uvurderlig integrert del av den daglige tverrfaglige aktiviteten som utgjør epileptologens vurderingsgrunnlag. Kort sagt en del av undertegnede's nevrologiske hverdag.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 9, 2008, side 1216-1217

TEKST

Bernt A. Engelsen, Nevrologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus

+ **Vis referanser**

Referanser

Gramstad A. 2006. Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy. PhD. Bergen: University of Bergen.

Hermann B.P 1991. Contributions of traditional assessment procedures to an understanding of the neuropsychology of epilepsy. I: Dodson W.E., Kinsbourne M., Hiltbrunner B. (eds.): The Assessment of Cognitive Function in Epilepsy. New York: Demos Publ., s. 1-22.

James W. 1994. The Varieties of Religious Experience. N.Y.: The Modern Library. 1994.

Temkin O. 1971/1994. The Falling Sickness. Baltimore & London: Johns Hopkins Univ Press.