



MARTIN
MATRE



MARIANNE
LØVSTAD



JENS
EGELAND



ERIK
HESSEN



ANNE-KRISTINE
SCHANKE

Martin Matre: Psykolog, Sunnaas Sykehus

Marianne Løvstad: Spesialist i klinisk nevropsykologi og fagsjef i psykologi, Sunnaas Sykehus Førsteamanuensis II, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Jens Egeland: Spesialist i klinisk nevropsykologi og forskningssjef ved klinikk for psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Professor II, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Erik Hessen: Spesialist i klinisk nevropsykologi og sjefpsykolog, Nevrologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus. Professor II, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Anne-Kristine Schanke: Spesialist i klinisk nevropsykologi og tidligere fagsjef i psykologi, Sunnaas Sykehus. Professor II, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Historiske røtter, fagets utvikling og veien videre – en samtale mellom pionerer i norsk nevropsykologi

ENGLISH SUMMARY

The discipline of neuropsychology has gone through a tremendous development, both in Norway and abroad. Hallgrim Kløve, the first Norwegian neuropsychologist, died in 2010. The other pioneers have either retired or are reaching the end of their careers. In 2016 the Norwegian Neuropsychological Association celebrated its 20th anniversary. This was an appropriate occasion to invite a selection of key senior members of the neuropsychological community to discuss the history and development of the discipline: How did it all begin? What has been accomplished so far? And what remains to be done? In addition to the interviewees, Jens Egeland and Marianne Løvstad were also present as current and former presidents of The Norwegian Neuropsychological Association, as was Martin Matre, a representative of the younger generation of neuropsychologists.

SAMMENDRAG

For 50 år siden, på 1970-tallet, var norsk nevropsykologi i startgropen og besto av en håndfull kliniske psykologer. Siden da har kunnskap knyttet til forholdet mellom hjerne og atferd gjennomgått en voldsom utvikling. Norsk Nevropsykologisk Forening markerte sitt 20 årsjubileum i 2016 og teller i dag over 400 medlemmer. Den som etablerte fagfeltet i Norge, Hallgrim Kløve, døde i 2010. De andre norske pionerene har enten gått av med pensjon eller er på oppløpssiden av sine karrierer. Tiden var nå moden for å samle et utvalg sentrale seniorer og trekke opp noen lange linjer: Hvordan begynte det hele? Hva har man utrettet til nå, og hva gjenstår? En dag i oktober 2016 møttes noen sentrale fagpersoner på Oslos tak, på Lysebu konferansesenter, for å snakke om viktige utviklingstrekk i norsk nevropsykologi. Andre nevropsykologer kunne utfylt bildet ytterligere, men i denne omgang valgte vi å samle noen personer for å få deres fremstillinger. I tillegg til intervjuobjektene, var Jens Egeland, Marianne Løvstad og Martin Matre til stede, de to første nåværende og forrige leder av Norsk Nevropsykologisk Forening, og Martin som representant for den yngre garde av nevropsykologer med interesse for den historiske utvikling av fagfeltet.

I løpet av noen tiår har klinisk nevropsykologi i Norge vokst fra å være et lite interessefelt som ble utviklet ved en håndfull sykehusavdelinger til å bli en etterspurt helsetjeneste i hele landet, kombinert med en sterk forskningsvirksomhet og akademisk forankring. Veksten i faget kjennetegner imidlertid hele den kliniske psykologien og har nok blant annet sammenheng med at Norsk Psykologforening allerede i 1958 utviklet verdens første spesialitet i klinisk psykologi etter modeller fra psykiatri og nevrologi (Strand, 2009). Nevropsykologien har vært sterkt påvirket av internasjonale impulser. Fagets vekst globalt illustreres ved at divisjonen for klinisk nevropsykologi, Society for Clinical Neuropsychology, nå er [den største i den amerikanske psykologforeningen](#) ("APA Division Profiles By Division", 2017).

To historiske hovedlinjer

Luria-tradisjonen

Under annen verdenskrig ledet nevrokirurgen og psykologen Alexander Luria (1902-1977) et sykehus for nevrokirurgi og rehabilitering i Uralfjellene i Sovjetunionen, hvor det ble utviklet metoder for diagnostikk og behandling av ervervede hjerneskader. Luria utviklet teorien om en anatommisk og funksjonell tredeling av hjernen i en impressiv og en ekspressiv del, og en for regulering

av våkenhet (Luria, 1973). På bakgrunn av dette utviklet han en kvalitativ, fleksibel og single case-orientert undersøkelsesmetode som ble standardisert og gjort internasjonalt tilgjengelig, blant annet av den nylig avdøde danske nevropsykologen Anne-Lise Christensen gjennom boken *Luria's neuropsychological investigation* (1975). Det norske fagmiljøet har vært påvirket av Lurias arbeid gjennom samarbeid med Christensen, men også gjennom arbeidet til den polskfødte norske nevropsykologen Barbara Olsnes som var Lurias student i Moskva. I tillegg har det norske miljøet vært preget av den såkalte Boston Process Approach som særlig knyttes til Edith Kaplan på slutten av 80-tallet (Kaplan, 1988). Inspirert av Luria utviklet hun en metode for å måle mentale delprosesser fremfor å fokusere på kognitive endepunkter eller samleskårer. I dag kalles dette *den kvantifiserte prosesstilmærmingen*, og metodene fra denne tradisjonen er i dag sentrale i norsk nevropsykologi (Egeland mfl., 2016).

Halstead-tradisjonen

Før Lurias arbeid ble kjent i Vesten foregikk en utvikling i USA som skulle få stor internasjonal innflytelse. I årene fra 1935 etablerte psykologen Ward Halstead (1908-1968) i samarbeid med nevrologer og nevrokirurger ved universitetet i Chicago et psykologisk laboratorium med det formål å utvikle

metoder for å identifisere skader og sykdommer i hjernen. Testbatteriet som ble utviklet ga mål på logisk analyse og abstraksjonsevne, men også på psykomotorisk funksjon og håndmotorisk hurtighet (Halstead, 1947). Testing av enkle funksjoner slik var nytt og møtte kritikk fra mange psykologer (Reed, 1985). Halsteads mest kjente elev, Ralph Reitan, fortsatte imidlertid arbeidet med å videreutvikle Halsteads testbatteri ved universitetet i Indiana i perioden fra 1950 til 1970.

Hvis man skal sette et konkret startpunkt for norsk nevropsykologi er sannsynligvis det mest treffende tidspunktet da Hallgrim Kløve sluttet seg til Reitans Indiana-gruppe i 1954 (Reed, 1985). Kløve ble cand.psychol. i 1952, og inspirert av Ward Halsteads arbeid gjorde han seg sine første erfaringer med nevropsykologisk metode da han etter endt studie hadde praksis på Nevrologisk avdeling på Rikshospitalet under professor i nevrologi Monrad-Krohns ledelse. Der arbeidet han sammen med psykologen Einar Løchen som forble ved avdelingen i mange år og fortsatte sitt virke som klinisk nevropsykolog frem til 80-tallet. Kløve fikk betydelig innflytelse på utviklingen av det som skulle bli kjent som Halstead-Reitan batteriet. Denne metoden skilte seg vesentlig fra Lurias teori-drevne og kvalitative utredning i det at den i større grad var basert på standardiserte, kvantitative metoder der pasienters testprestasjoner ble sammenlignet med normgrupper. Kløve og medarbeidere var blant de første som viste at psykologiske atferdstester var mer sensitive for å oppdage hjerneskader enn en klinisk nevrologisk undersøkelse. Indiana-gruppen var de første som viste sammenhengen mellom lateralisering av skade og utfall på evnetestbatteriet WAIS. Dette er barnelærdom i dag, men i 1955 vakte dette arbeidet stor internasjonal interesse (Reitan, 1955). I 1962 fikk Kløve tilbud om å etablere et eget nevropsykologisk laboratorium ved University of Wisconsin. I 1971 kom han tilbake til Norge, og ble landets første professor i nevropsykologi ved universitetet i Bergen. Der bygget han opp klinisk nevropsykologi som fag og utviklet et poliklinisk tilbud i regionen. Fra denne tiden er han særlig kjent for sitt pionerarbeid med nevropsykologiske undersøkelser av barn med "Minimal Brain Dysfunction" (MBD) (Aarskog et al., 1977; Kløve, 1987), nå kjent som ADHD, og han bidro i høy grad til å øke forståelsen for disse barnas vansker. Hans internasjonale posisjon understrekes ved at han var president i

The International Neuropsychological Society (INS) i perioden 1987-1988. For Kløves egen omtale av sitt virke, se intervju med Bast-Pettersen, 2004. Kløve rekrutterte raskt inn Tor Løberg og Bjørn Ellertsen, som begge dessverre er gått bort. I tillegg til å opprette Institutt for klinisk nevropsykologi i Bergen opprettet dette miljøet veiledningsgrupper over hele landet og hadde således stor betydning for utbredelsen av nevropsykologi utenfor de store byene.

Deltakere i dette intervjuet

Det er gått over 60 år siden Hallgrim Kløve la ut på en reise han neppe ante hvor skulle føre faget. Inspirert av Kløve var Grete Bryhn, Helge Bjørnæs og Ivar Reinvang de første nevropsykologer på 1960- og 70-tallet i Norge. Senere, fra 80- og 90-tallet, arbeidet professorene Arnstein Finset, Kjetil Sundet, Erik Hessen, og Anne-Kristine Schanke på Østlandet, mens professor Knut Dalen og psykologspesialist Kari Troland var blant dem som løftet arven videre etter Kløve i Bergen. Det er disse personene som inngår i intervjuet.

Grete Bryhn forteller at det var lite fokus på nevropsykologi ved norske sykehus da hun begynte på Nevrokirurgisk avdeling på Ullevål i 1965 under ledelse av nevrokirurgen Kristian Kristiansen. Han var opptatt av nevropsykologi etter å ha besøkt epileptologen Wilder Penfield i Montreal, hvor også nevropsykologen Brenda Milner arbeidet. «*Begrepet nevropsykologi ble vanligere senere*», forteller hun. «*Jeg brukte nok begrepet fysiologisk psykologi om det jeg gjorde*». En av Gretes første oppgaver var fysiologiske undersøkelser av bevisstløse pasienter med store hjerneskader, hvor hun blant annet brukte mål på hudledningsevne (skin conductance), lenge før diagnosekriterier for vegetativ og minimalt bevisst tilstand var etablert. Hun fikk også opplæring i å utrede kognitive følger virkninger etter hjerneskader av Hallgrim Kløve, som av og til var i Norge. «*Det jeg lærte av Halgrim var ikke medisin eller fysiologi, det var psykologi*», sier hun: «*Det var starten på en nevropsykologi man vil kunne kjenne igjen i dag*». Grete forteller at hun forsøkte å bidra til at Kløve kunne bli sjefpsykolog ved en egen nevropsykologisk avdeling ved Ullevål, tilknyttet et professorat ved Universitetet i Oslo. Men slik skulle det ikke gå. For en nærmere fremstilling av pionertiden vises til Bryhn (2008).

Samme år som Kløve fikk sitt professorat i Bergen spurte Grete Helge Bjørnæs om han kunne tenke seg å overta hennes stilling ved Nevrokirurgisk avdeling ved Ullevål. I likhet med Grete hadde også Helge ønsket å studere medisin, interessene hans lå mellom psykologi, medisin og psykofysiologi. Han forteller at overlege Kristian Kristiansen, som hadde ansatt Grete, «*bør få en liten statue innenfor fagfeltet vårt på grunn sin interesse for nevropsykologi.*» Helge gjennomførte nevropsykologiske undersøkelser av pasienter som skulle opereres ved Nevrokirurgisk avdeling. Hensikten var å lokalisere tumor eller lesjoner i hjernen. Dette ble gjort i flere internasjonale miljøer, men var nytt i Norge. Helge trekker frem betydningen av Barbara Olsnes' arbeid ved Nevrokirurgisk avdeling etter at hun kom dit i 1974: «*Barbara fortjener honnør for det hun brakte inn i norsk nevropsykologi, ved å introdusere Lurias kliniske og intuitive måte å tilnærme seg hodeskader.*»

Før 1980-tallet hadde man ingen god måte å avbilde hjernen, og nevropsykologi ble brukt for å avklare hvor i hjernen en skade satt. Helge: «*Vi var jo like gode til å lokalisere vi som EEG og luftencephalografi, som var det man hadde av hjerneavbildningsmetoder på den tiden.*» Når man som Helge undersøkte pasienter der man kirurgisk ville fjerne startpunktet for en behandlingsresistent epilepsi, er lokalisasjon av funksjon og skade vesentlig enten det vurderes med nevropsykologiske metoder eller med metoder for måling av sammenhengen mellom hjerneaktivitet og kognisjon, slik som EEG, WADA-testing eller funksjonell MR. «*Kognitive funksjoner kan sitte overraskende til i enkeltindividers hjerne,*» sier han. Helge påpeker at nevrokirurgene har all grunn til å være opptatt av lokalisering av funksjon i forkant av operasjoner: «*De bestreber seg på å unngå å skade flere kognitive funksjoner enn nødvendig. Og det er fremdeles aktuelt.*» Knut minnes et foredrag der Kenneth Adams, en fremtredende amerikansk nevropsykolog, kommenterte på utviklingen av CT og MR. «*Adams vokste opp ved en bilfabrikk i Detroit. Han sa at når du tar CT eller MR, så er det som å åpne panseret på bilen, og kikke på motoren som ligger der. Men nevropsykologi, det er når man prøvekjører bilen. Det er ikke overflødig å gjøre funksjonsdiagnostikk selv om man vet nøyaktig hvor skaden sitter.*» Grete kommenterer at hun oppfatter at hele diskusjonen om lokalisering versus funksjonsvurderinger er sekundær til hvor folk

faktisk arbeider, både før og nå: «*Når man opererte på nevrokirurgisk avdeling på 60-tallet, ville man gjerne få en mer nøyaktig beskrivelse av skadene. På fysikalsk-medisinsk avdeling hvor jeg også jobbet, var det et tverrfaglig team som derimot var interessert i funksjon og behandlingsplanlegging. Avhengig av hvor vi arbeider, har vi en samfunnsmessig bestilling vi må forsøke å svare på.*» Grete fremhever dermed at det alltid er de de kliniske problemstillingene som er avgjørende for valg av metode og utredningsstrategi, da som nå.

Ivar Reinvang begynte å studere psykologi ved Universitetet i Oslo omtrent samtidig som Grete begynte på Nevrokirurgisk avdeling. Han trodde lenge han skulle bli sosialpsykolog, men så endret han kurs: «*Jeg var filosofisk interessert og opptatt av språk og tenkning. Men jeg var skeptisk til at man kunne finne ut noe om dette ved å bare sitte og tenke, man måtte ha noe empiri. Det var bakgrunnen for at jeg ble satt i kontakt med Grete Bryhn av tidligere professor Holger Ursin og begynte som hennes student på Ullevål. Her lærte jeg testing, hovedsakelig med Halstead-batteriet. Samtidig gjorde jeg lydopptak av pasienter med språkproblemer og skrev hovedoppgave om det.*»

Ved endt studie i 1969 ble Reinvang bedt av overlege Kristiansen ved Nevrokirurgisk avdeling om å lede en satsning på rehabilitering av slagpasienter med språkvansker som skulle etableres på Sunnaas sykehus. Han fikk stipend for å reise ut og spesialisere seg ved Massachusetts Institute of Technology, hvor professor i psykologi Hans-Lukas Teuber nylig hadde etablert det som i dag heter Department of Brain and Cognitive Sciences, et av de første laboratoriene med en tydelig kognitiv nevrovitenskapelig profil. Da Ivar vendte tilbake i 1973 etablerte han Nasjonalforeningens institutt for Afasi og Hjerneslag ved Sunnaas sykehus: «*Det ble et litt hardt møte med virkeligheten, for å si det sånn, der var det ikke plass for en mer filosofisk tilnærming. Men i løpet av den tiden ble det etablert et psykologmiljø på Sunnaas. Arnstein kom inn i bildet i 1978, som klinisk psykolog. Jeg hadde også en stipendiatstilling jeg kunne besette. Der kom Kjetil inn, i 1980.*»

Tiden etter 1980: Befestning av sykehuspsykologenes rolle, økte anvendelsesområder og økt profesjonalisering

Arnstein hadde bakgrunn fra sosialpsykologi, men møtte Ivar som hadde en ledig stilling på Sunnaas. Kjetil hadde planlagt å studere realfag, kjemi og matematikk, men ble fanget av Schjelderups innføringsbok i psykologi (Schjelderup, 1977). Han synes psykologien på den tiden var politisert og diffus, mens «*det sjarmerende med nevropsykologien var at det var målbare fenomener*». Før han kom til Sunnaas hadde han hatt sin hovedpraksis hos Grete på Haukåsen skole og barnehage i 1977-78 og deltok i arbeidet som ble Gretes studie av barn med traumatiske hjerneskader (Gulbrandsen, 1984). Sammen utviklet Ivar, Kjetil og Arnstein, inspirert av blant andre Kaplan, testbatterier som kunne kartlegge sentrale kognitive funksjonsområder på en tidseffektiv måte med vekt på profilskårer fremfor samleskårer. Norsk Grunntest for Afasi (NGA) ble utgitt i 1980 (Reinvang og Engvik, 1980), med en målsetting om å forstå arten av vansker heller enn kun å kvantifisere grad av språksvikt. I tillegg utviklet man Nevropsykologisk Grunntest, NPG (Sundet, 1991), for å kartlegge fokale utfall etter slag og hjerneskader og Arnstein utviklet et eget testbatteri for personer med traumatiske hjerneskader. Ivar sier: «*Det er en helt annen problemstilling når du har pasienter som du vet har hjerneskader og også omtrent hvor skaden sitter. Det interessante da er ikke om det foreligger en organisk skade eller å lokalisere den, men å få meningsfull informasjon om denne skaden.*» Arnstein bekrefter: «*Det var mer vurdering av funksjon og rehabiliteringsråd.*»

Arnstein utdyper videre at internasjonal nevropsykologi gradvis fokuserte mer på intervensjon og rehabilitering. Han deltok på flere av de første amerikanske konferansene om kognitiv rehabilitering på 80-tallet og bidro til å implementere denne kunnskapen på Sunnaas sykehus. Anne-Kristine kom til Sunnaas i 1989, og overtok som sjefpsykolog i 1992. Hun hadde arbeidet i PP-tjenesten i Oslo, hvor Grete da var eneste nevropsykolog blant 40 psykologer, og kom inn i nevropsykologien med et bredt interessefelt innen klinisk psykologi, som har preget hennes virke klinisk så vel som vitenskapelig.

I Bergen var Knut og Kari blant arvtagerne etter Kløves arbeid. Knut begynte på psykologstudiet i 1976: «*Etter hvert ble jeg veldig interessert i psykofysiologi og begynte som vit. ass. i et psykofysiologiprojekt hvor jeg hadde sjansen til å spesialisere meg innen nevropsykologi. Der hadde jeg Hallgrim som veileder, og det var jo som å komme rett i gullgruven*». Kari begynte som testassistent og sekretær for Hallgrim Kløve i 1977, og ble etter fullført profesjonsstudium universitetsstipendiat med ansvar for validering av personlighetsinventorier, hvor (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2) MMPI-2 den gang var vanlig å bruke som del av nevropsykologiske undersøkelser i Bergen. Senere har hun vært i det yrkesmedisinske feltet, og bidratt til å bygge opp nevropsykologi ved NTNU, sammen med Hallgrim Kløve, Ole Bosnes og Randi Gimse. I 2002 ble Knut Hestad fast ansatt som professor i klinisk nevropsykologi ved NTNU.

I mange år var den såkalte «Bergens-tradisjonen» kjent for å bruke vesentlig mer omfattende testbatterier enn man gjorde på østsiden av vannskillet. Knut forklarer dette med at man hadde bygget opp en ren universitetsklinikk som ikke var påvirket av sykehusenes krav til effektivitet og pasientgjennomstrømning. Knut fremhever at man i dag i større grad kartlegger ressurser og ikke bare skadediagnostikk. Det kan være å bidra til spesialpedagogiske tiltak for barn eller kartlegge restarbeidsevne og alternative jobbmuligheter for NAV. Når det konkret gjelder metodebruk eksemplifiserer han at barnetesten NEPSY (Korkman, Kirk & Kemp, 1998), utviklet av den finske nevropsykologen Marit Korkman, er mye mer ressursorientert enn de gamle Halstead-testene.

Kjetil vektlegger tre forhold vedrørende metodebruk som ble viktig i hans arbeid fra slutten av 80-tallet. «*Det ene var at det ble viktig å høyne målbarheten i testene, fordi mange av pasientene ikke hadde en nevrologisk sykdom. For det andre ble malingering, eller validitetsvurderinger, relevant. Det tredje momentet i min karriere har vært utfordringen med å finne metoder som er tålbare for pasienter med psykoselidelser.*»

Erik begynte å studere psykologi i Århus midt på 70-tallet. Han begynte på medisin, men leste også psykologibøker, og bestemte seg for å bytte studie. Anne-Lise Christensen var lærer ved Psykologisk

Institutt i Århus, og en av de første pensumbøkene var Lurias *The Working Brain*. «Da var det gjort», forteller han. Som ung psykolog har Erik gått i veiledning både hos Grete og Hallgrim og ble derfor påvirket både av Oslo- og Bergenstradisjonen, i tillegg til Luria-tradisjonen. Han påpeker at trenden mot å benytte kortere testbatterier ikke representerer et særnorsk fenomen: «Det er en utvikling som er veldig internasjonal. Jeg kjenner jo mange av de opprinnelige Halsteadianere i USA, og det er flere tiår siden de sluttet med disse lange undersøkelsene.» En ny norsk testbruksundersøkelse i Norden bekrefter at flertallet av norske nevropsykologer benytter fleksible testbatterier som varierer avhengig av problemstilling og pasientgruppe (Egeland m.fl., 2016).

Kjetil påpeker: «Hjernen kom i fokus på helsepolitisk hold i overgangen 80-90 tallet. Utviklingen, først og fremst i USA, om å rette fokuset mot de kognitive sidene ved alvorlig sinnslidelse fikk et sterkt nedslagsfelt i Norge. Sporet med schizofreni og affektive lidelser har virkelig tatt av og det fulgte masse forskning med.» Han trekker frem Bjørn Rishovd Rund og Nils Inge Landrø som foregangspersonene på dette feltet.

Helge kommenterer til dette: «Men barna med hodeskader glimret i mange år med sitt fravær. Man tenkte at deres hjerner var så plastiske, og dermed tålte hodeskader så godt, at det ikke var noe problem. En av de aller første som viste gjennom forskning at dette faktisk var et problem, var Grete.»

«Jeg tror det vakte forbløffelse,» sier Grete.

«Ja, man likte ikke å høre at dette var et problem», sier Helge. «Det var faktisk ikke før, jeg tror det var i 1995, at en kongress i USA ofret tid på hodeskader hos barn. Nå er det blitt stuereint å snakke om.» (Se for øvrig Bryhn, 2008, forfatterens anm.) Sett fra rehabiliteringsperspektiver sier Marianne: «Og enda ligger jo behandlingstilbudet til barn med traumatiske hodeskader langt, langt bak de voksnes.»

Formalisering av faget

Psykologloven ble vedtatt av Stortinget i 1973, hvilket ga norske psykologer med cand.psychol. eksamen en profesjonsbeskyttet tittel. Helge påpeker at han ikke tror nevropsykologi ville kunnet utvikle seg som det har gjort både i sykehusene og i andre virksomheter uten spesialistordningen som kom i 1987. Spesialistordningen i klinisk psykologi ble delt inn i fordypningsområder, herunder klinisk

nevropsykologi, som gjorde det mulig å utdanne nevropsykologer. En utfordring var imidlertid at de som jobbet i feltet var få, der flere hadde mye erfaring, men ikke en formell spesialistutdanning. Man valgte imidlertid å godkjenne en del seniorer i 1987. Tidlig på 90-tallet var det bare 10-12 godkjente spesialister, og et nytt fagutvalg fikk i oppdrag å formulere reglementet for spesialistordningen i nevropsykologi. I 1993 ble Kari ny leder av utvalget. Frem til da hadde Arnstein vært medlem av utvalget og nå kom også Erik med, begge var nyslåtte spesialister. Erik forteller: «Vi var opptatt av å lage strenge regler som sikret at kandidatene skaffet seg solid kunnskap om selve grunnpilaren i faget, nemlig klinisk nevropsykologi i forbindelse med de viktigste nevrologiske sykdommene og skadene. Dette var og er kunnskap som man kun kan erverve ved et lite antall spesialinstitusjoner i Norge. Vi erkjente at dette ville være lite gunstig, og for å bøte på det måtte vi finne på muligheter for dispensasjon fra reglene, som likevel sikret høy kvalitet. Ideen var man skulle kunne skaffe seg tilstrekkelig erfaring med pasienter med ulike hjerneorganiske tilstander gjennom hospiteringsordninger og omfattende veiledning. Dette klarte man, og i løpet av det neste 10-året godkjente vi praksis- og veiledningskrav til mer enn 100 utdanningskandidater i nevropsykologi.» Senere har utviklingen rullet videre. Man har i dag et solid og populært spesialiseringssprogram og det er i dag mer enn 300 spesialister i nevropsykologi og ca. 100 under spesialisering.

På 90-tallet ble det tatt initiativ til å opprette Norsk Nevropsykologisk forening. Anne-Kristine var en av initiativtakerne: «Det var et sterkt ønske fra flere om å få det til. De toneangivende seniorene nasjonalt, herunder Helge, Kjetil, Ivar og Hallgrim mfl, stilte seg bak initiativet, og deltok i et forberedende møte på Rikshospitalet». I 1994 ble det avholdt et nasjonalt møte på Rikshospitalet, hvor 60 psykologer møtte, og hvor Hallgrim, Ivar, Kjetil og Robert R. Bornstein, generalsekretær i International Neuropsychological Society (INS), holdt foredrag. Ivars foredrag: «Klinisk nevropsykologi: Status og utfordringer» (Reinvang, 1997) ble senere tildelt Bjørn Christiansens minnepris som beste artikkel publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening i 1997. Det ble nedsatt et interimstyre som forberedte stiftelsesmøte hvor bl.a. Kari og Erik deltok. Stiftelsesmøtet ble holdt 19.-20. april 1996 på Vette konferansesenter med 70 psykologer til stede, med Hallgrim Kløve som

leder og Anne-Kristine som nestleder. «Forening-
en representerte en 'bridge over troubled water'»
sier Anne-Kristine. Fordi det var så viktig å bygge
bro mellom miljøene ble det på de første årsmø-
tene lagt opp til felles drøfting av kasuistikker fra
Bergens- og Oslomiljøet. Kjetil ser tilbake: «Fores-
tillingene om forskjellene mellom miljøene i Oslo
og Bergen var større enn de viste seg å være når
det kom til stykket.» I de påfølgende 20 årene har
foreningen utviklet seg til å bli avgjørende for ved-
likehold og utvikling av kvaliteten i norsk nevro-
psykologi. Erik, som var leder av foreningen i elleve
år uttrykker det slik: «Foreningen har vært et viktig
lim og et veldig viktig forum for det norske nevro-
psykologiske miljøet de siste tyve årene. Vi har hvert
år bragt inn de beste fagfolkene og foreleserne innen
feltet verden har å by på. Vi har fått dem som venner
og de har på mange måter blitt en del av det norske
miljøet.»

Ivar understreker at det tette forholdet mellom aka-
demisk og klinisk virksomhet har vært særlig sterkt
i nevropsykologien: «Bare se hvor mange som har
doktorgrader rundt bordet her. Det er jo unntaket
at man ikke har det.» Arnstein mener det var viktig
at de første pionerene var sterkt akademisk orien-
tert: «Jeg tenker særlig på Hallgrim, og på deg Ivar.
Nettopp fokuset på å kombinere forskning og klinikk,
synes jeg er helt eksepsjonelt i norsk nevropsykologi.
Fokuset på forskning har bidratt til den store inter-
nasjonale kontaktflaten til norsk nevropsykologi.» Et
sterkt akademisk tyngdepunkt i faget har vedvart.
Kjetil påpeker at det er naturlig å fremheve Kenneth
Hugdahl, som har betydd mye for klinisk praksis
på tross av at han selv primært har gjort mer basal
forskning knyttet til hjerneavbildningsmetodikk.
Hallgrim Kløve var en av fire initiativtagere til det
Nordiske samarbeidet som startet med den første
Nordiske kongressen i nevropsykologi i Helsinki
i 1982. På dette tidspunktet var det bare Finland
som hadde en egen nevropsykologiforening, Dan-
mark fikk sin i 1988, og Sverige i 1989, alle før oss i
Norge.

Et vesentlig bidrag til den akademiske utviklingen
var opprettelsen av flere professorater i nevro-
psykologi. Ivar forteller om sin ansettelse ved
Psykologisk Institutt i Oslo i 1993: «Bakgrunnen
for å utlyse et professorat var at to av de gamle
høvdingene hadde gått av, Ragnar Rommetveit og
Per Saugstad. Det var uenighet i Oslo om man skulle

ha en akademisk stilling i klinisk nevropsykologi,
noen mente vel at det kunne man overlate til Bergen.
Men jeg fikk stillingen.» I Tromsø ble klinisk nevro-
psykologi etablert som fagområde da profesjons-
studiet i psykologi ble opprettet der i 1987, med
Knut Waterloo som den første vitenskapelig ansatte
fra 1991. I Stavanger var man tidlig ute i BUPA og
Habiliteringstjenesten med flere nevropsykologer
fra slutten av 80-tallet. På voksenfeltet etablerte
nevropsykologer seg både ved nevrologisk avdeling,
og litt senere i rehabiliteringsfeltet. Bjørn Ellertsen
var den første nevropsykologen i Stavanger med
professorat ved Høgskolen i Stavanger fra 2001.
Høgskolen ble universitet i 2005 hvor Kolbjørn
Brønnick i dag er professor i nevropsykologi.

De store spørsmålene: Hva har man oppnådd og hva gjenstår?

Deltakerne ble avslutningsvis spurt om hva de
mener er fremtidens utfordringer i faget. Helge
reflekterer rundt nevropsykologiens mulige bev-
egelse inn mot normalpsykologien hvor han nevner
forskning om stress i lys av ny kunnskap om plas-
tisitet og hjernens utvikling gjennom livsløpet:
«Dette med plastisitet og hvordan hjernen utvikler
seg eller stagnerer i samspill med miljøet har interes-
sert meg. Man vet at stress er nevrotoksisk. Å mot-
arbeide stress i yrkeslivet og i mange sammenhenger,
det er nevropsykologisk veldig viktig. En epileptolog
sa at lykke var det beste antiepileptikum og det er
helt sant. Folk som er glade og har det bra har langt
færre epileptiske anfall enn de som er stresset.»
Kjetil påpeker også hvordan nevropsykologien i
større grad inngår som del av bredere fagfelt, og at
man også forskningsmessig ikke bare opererer med
svikt ved nevropsykologisk testing, men også befat-
ter seg mer med funksjon og deltakelse i dagliglivet:
«Man snakker ikke om nevropsykologi i psykose
forskningen, men om nevrokognisjon. Videreutvikl-
ingen av nevrokognisjon, eller nevropsykologi, er
sosialkognisjon. Man tar det et skritt videre, hakket
nærmere dagliglivsfunktering.»

Anne-Kristine reflekterer ut fra sin erfaring fra
rehabiliteringsfeltet: «I en behandlingskontekst
er utfordringen å klare å individualisere mer, og
anerkjenne at personer har ulike forløpsformer som
ikke er relatert til alvorlighetsgrad av skade alene.
Innen hjerneskadefeltet har vi tenkt at et hode er et
hode, der en skade gir visse følgetilstander over tid.
Men longitudinell forskning viser at det avgjørende

er ikke skaden alene, men at mange andre forhold ved personen bidrar. Det gjelder også for andre nevrologiske tilstander. Det er også utfordrende å oversette evidensbasert kunnskap slik at det får klinisk nytteverdi for enkeltpasienter.» Marianne følger opp: «Selv om det er kommet mange flere intervensjonsstudier på kognitiv rehabilitering, så er spranget stort fra et velkontrollert utvalg til klinikken hvor en stor andel av populasjonen har komorbiditet som rus og psykiatri. Personer med komorbiditet ekskluderes vanligvis fra studier.» Arnstein er enig og påpeker at man også trenger å forstå kronifiseringsmekanismer bedre. Dette undervises det lite om i psykologutdanningen. Helge mener nevropsykologer må befatte seg med de emosjonelle aspektene ved det å ha en hjernelidelse siden emosjonelle vansker utgjør viktige følgevirkninger som får stor betydning for dagliglivsfunksjon. Anne-Kristine avslutter temaet med råd til våre egne: «Noen nevropsykologer er alt for fokuserte på det kognitive. Det er alvorlig, for da gir vi råd som kan være forsterkende på det organiske og lite på de andre faktorene som faktisk har større betydning for deres tilpasning.»

Et forhold Kari trekker frem er at nevropsykologiske undersøkelser tidvis kan gi overraskende funn som ikke passer inn i hva man ellers vet om pasienten, og at det da er viktig å vite at vi har gode testverktøy som nettopp er mest nyttig når de bidrar til å oppdage problematikk som ellers kunne gått under radaren. Det er med andre ord vesentlig å kunne det nevropsykologiske håndverket godt, og å stole på de data man får.

Avslutningsvis gjør gruppen seg tanker om i hvor stor grad vi kan predikere hvordan det vil gå med pasienter. Da er vi inne på et mer overordnet tema, beslutningspsykologi, hvor for eksempel Kirkebøen (2009) mener psykologer er for lite skolerte. Knuts erfaring er at dette er vanskelig, og han peker på motivasjonens betydning som et dilemma når man for eksempel i rettspsykiatrisk sammenheng skal angi prognose. Kjetil påpeker at prediksjon også omhandler et felt i endring, der man tidligere tenkte at det biologiske aspektet determinerte utkomme: «Da jeg begynte på Sunnaas var oppfatningen blant legene «la naturen gjøre sitt. Er

du skadet så blir du sånn». Men i dag er det nesten umulig å forutsi hvordan situasjonen vil være om ti, femten år.» Dette omhandler for det første at man har fått mer kunnskap om hjernens plastisitet, for det andre at vi i dag vet at testprestasjoner ofte ikke er en god prediktor for dagliglivsfunksjon, og for det tredje at forskning i dag dokumenterer resiliensfaktorens betydning for tilpasning til skader. I tillegg har man i dag fått økt kunnskap om ulike forløpsformer ved sykdommer. Kjetil sier: «Innenfor psykoseforskningen, het det seg tidligere at «én gang schizofren, alltid schizofren». Så viser det seg at over halvparten får nesten bare ett utbrudd, og så kommer de seg ut av det.»

Til slutt reises spørsmål om hva som er nevropsykologers anliggende: Arnstein sier: «For å sette det litt på spissen er svaret på det at vi som nevropsykologer enten må utvide vår kompetanse eller overlate det mer til andre og samarbeide med andre kliniske psykologer eller med andre profesjoner». Helge: «Jeg har jo i alle år vært opptatt av at nevropsykologer som steller med pasienter med hodeskader og sykdommer i hjernen ikke bare må ta ansvar for de kognitive sidene av saken. Også den emosjonelle biten må sortere inn under oss». I forlengelsen av dette reflekterer Kari over endringer i synet på skillet mellom psykiske lidelser og hjerneorganiske lidelser: «Her har kunnskapen økt voldsomt», sier hun. «Der man før tenkte at en tilstand enten var encefalopati eller en psykisk lidelse vet man i dag at psykiske lidelser påvirker hjernen og omvendt.»

Anne-Kristine ønsker seg at nevropsykologen ser personen helhetlig, hvilket består av mer enn hans hjerneskode: «Så får det være en vurdering hvor langt den enkelte psykolog skal gå, og hva man skal overlate til andre å ivareta». Marianne avslutter: «Jeg sitter her og tenker at det er noe flott ved at de som har holdt på så lenge fortsatt funderer på spørsmål som «Hvordan skal jeg på bakgrunn av denne utredningen si noe fornuftig om prognose og hvordan enkeltmennesket best kan håndtere sine liv videre?» Det tror jeg er det mest sentrale for nykommere i feltet å reflektere over. Den ydmykheten som kommer med erfaring og samtidig en respekt for de uløste spørsmål faget står ovenfor, er verdifull.»

REFERANSER

- APA Division Profiles By Division. (2017, 23. august). Hentet fra <http://www.apa.org/about/division/officers/services/profiles.aspx>
- Bast-Pettersen, R. (2004). En nestor i norsk nevropsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 110-115.
- Bryhn, G. (2008). Norsk nevropsykologi: Bakgrunn og begynnelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 1073-1080.
- Christensen, AL (1974). *Luria's neuropsychological investigation*. Copenhagen: Munksgaard.
- Egeland, J., Løvstad, M., Norup, A., Nybo, T., Persson, B. A., Rivera, D. F., ... Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Following international trends while subject to past traditions: Neuropsychological test use in the Nordic countries. *The Clinical Neuropsychologist*, 30, 1479-1500. doi:10.1080/13854046.2016.1237675
- Halstead WC. (1947). *Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kaplan E. (1988). The process approach to neuropsychological assessment. *Aphasiology*, Vol 2, no 3/4, 309-312.
- Kirkebøen, G. (2009) Decision Behaviour – Improving Expert Judgement. I T.W.Williams, K. Samset & K.J. Sunnevåg, red., *Making Essential Choices with Scant Information. Front-End Decision Making in Major Projects*. New York: Palgrave-Macmillan, s. 169-194
- Kløve H. (1987). Activation, arousal, and neuropsychological rehabilitation. *J Clin Exp Neuropsychol*. Jun;9 (3):297-309.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (1998). NEPSY: A developmental neuropsychological assessment. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. Luria, A. R. (1973). *The Working Brain: An introduction to neuropsychology*. New York, NY: Basic Books.
- Reinvang, I. (1997). Klinisk Nevropsykologi: status og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34, 290-296
- Reed J. (1985). The Contributions of Ward Halstead, Ralph Reitan and Their Associates. *International Journal of Neuroscience*. Vol. 25, Issue 3-4.
- Reitan RM. (1955) Certain differential effects of left and right cerebral lesions in human adults. *Comp Physiol Psychol*. Dec;48 (6):474-7.
- Schjelderup, H. (1977). *Innføring i psykologi*. 5. utg. Oslo. Gyldendal
- Sundet, K. (1991). Nevropsykologisk Grunntest (NPG). Nevropsykologiske funksjonsprofiler etter hjerneslag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 686-696.
- Aarskog D, Fevang FO, Kløve H, Stoa KF, Thorsen T. (1977). The effect of the stimulant drugs, dextroamphetamine and methylphenidate, on secretion of growth hormone in hyperactive children. *J Pediatr*. Jan;90 (1):136-9.

NYE SPESIALISTER I 2018

Gratulerer til nye spesialister i klinisk nevropsykologi. Som medlem av Spesialistutvalget og redaksjonen i Nevropsykologi, har Rune Raudeberg laget en alfabetisk oversikt over navn på kollegaer som har blitt godkjent som spesialist i klinisk nevropsykologi ved siste møte, samt tittel på det skriftlige arbeidet levert i forbindelse med godkjenningen.

Nina Rohrer-Baumgartner ninamarit@hotmail.com

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 22.5.18. Det skriftlige arbeidet var «*Language Delay in 3-Year-Old Children With ADHD Symptoms*».

Marleen Walsem mwalsem@ous-hf.no

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 4.6.18. Det skriftlige arbeidet var «*A double blind evaluation of cognitive decline in a Norwegian cohort of asymptomatic carriers of Huntington's disease*».

Espen Madsen Edvardsen esedvard@gmail.com

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 16.6.18. Det skriftlige arbeidet var «*Description of a multifaceted intervention program for fatigue after acquired brain injury: a pilot study*».

Caroline Jota Caroline jota@unn.no

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 07.6.18. Det skriftlige arbeidet var «*Traumatiske hodeskader hos barn. Hva har barnets alder ved skade 6 si for nevropsykologiske utfall?*».

Katrin P. Hagen katrin.p.hagen@gmail.com

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 8.6.18. Det skriftlige arbeidet var «*Assessment of executive function in patient with substance use disorder: A comparison of inventory- and performance-based assessment*»

Lisa Stokkeland lisastokkeland@gmail.com

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 10.6.18. Det skriftlige arbeidet var «*Bruk av nevropsykologisk undersøkelse innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser*».

Marit Therese Schmid marit.schmid@gmail.com

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 14.8.18. Det skriftlige arbeidet var «*A follow-up study of first episode major depressive disorder. Impairment in inhibition and semantic fluency—potential predictors for relapse?*»

Sonja Gajic so_g@hotmail.com

Psykologen innstilles til godkjenning som spesialist i klinisk nevropsykologi fra 3.9.18. Det skriftlige arbeidet var «*Nevropsykologisk utredning ved førerkortvurdering hos ungdom med lett psykisk utviklingshemming: En kasusbeskrivelse*».