

SMERNICE ZA KLINIČNO PSIHOLOŠKO DELO V CELOSTNI REHABILITACIJI

GUIDELINES FOR CLINICAL PSYCHOLOGY IN COMPREHENSIVE REHABILITATION

dr. Barbara Starovasnik Žagavec
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenija - Soča, Ljubljana

Povzetek

Klinična psihologija se osredotoča na intelektualni, čustveni, biološki, psihološki, socialni in vedenjski vidik človekovega delovanja v vseh življenjskih obdobjih, v različnih kulturah ter na različnih socialnoekonomskih ravneh. Vsem definicijam, ki opredeljujejo delo kliničnega psihologa, je skupen poudarek na raziskovanju in klinični praksi. Uresničevanje klinične psihološke prakse od psihologa zahteva vsaj štiri strokovne kompetence: ocenjevanje, formuliranje, intervencijo in evalvacijo, nekateri dodajajo še peto kompetenco, in sicer komunikacijo. Vse trenutno veljavne smernice za klinično psihološko delo v rehabilitaciji upoštevajo tako imenovani pristop celovitosti. Klinični psiholog mora ne le preseči osnovno znanje, temveč omenjene kompetence umestiti v rehabilitacijski model, pridobiti dodatno in posebno znanje za delo z različnimi skupinami bolnikov ter nenehno spremljati lastno učinkovitost in slediti znanstveno utemeljenim priporočilom za delo. V Sloveniji je izobraževanje iz klinične psihologije določeno v okviru specializacije iz klinične psihologije, pozneje pa je klinični psiholog predvsem etično in moralno zavezan, da se nenehno izobražuje o veljavnih in predvsem znanstveno utemeljenih sodobnih kliničnih postopkih znotraj posameznega področja rehabilitacije. Klinična psihologija v rehabilitaciji postaja zadnja leta vedno bolj razvejana in na subspecialistična področja usmerjena stroka. Čeprav usmerjenost k »celovitosti« dopušča sklepanje iz različnih strokovnih izhodišč, pa smernice kljub temu nakazujejo potrebo po uniformni in visoki strokovni usposobljenosti psihologov, nenehnemu izpopolnjevanju ter spremljanju svetovnih meril uspešnosti.

Ključne besede:

klinična psihologija, smernice, rehabilitacija, kompetence

Summary

Over the past 50 years, rehabilitation psychology expanded its role as a unique and respected specialty within psychology. Different national psychological societies provide almost the same and clear evidence-based guidelines for training, assessment and therapy within clinical psychology. As a result, the field has a well-established set of competencies expected of an advanced clinician in the field. The main competencies in the clinical psychology field therefore are: assessment and intervention competence, consultation competence and evaluation. Psychologists working in clinical, applied settings are expected to demonstrate these competencies in their ability to adequately judge the merits of research and discuss relevant findings knowledgeably with their patients and others as needed.

Key words:

clinical psychology, guidelines, rehabilitation, competencies

KLINIČNA PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA

Skladno z definicijo Ameriškega psihološkega združenja (APA) področje klinične psihologije vključuje znanost, teorijo in prakso, da bi razumeli, predvideli in ublažili nepri- lagajenost, nezmožnost in težave ter predstavljali sposobnost uravnavanja in prilagajanja ljudi ter njihov osebni razvoj (1). Klinična psihologija se osredotoča na intelektualni, čustveni, biološki, psihološki, socialni in vedenjski vidik človekovega delovanja v vseh življenjskih obdobjih, različnih kulturah ter na različnih socialnoekonomskih ravneh (1, 2). Vsem definicijam, ki opredeljujejo delo kliničnega psihologa, je skupen poudarek na raziskovanju in klinični praksi, kar je tudi bistvo klinične psihologije. Pomembno je, da pojave, s katerimi se ukvarja, obravnava skladno z znanstvenimi merili in ob upoštevanju najnovejših metodoloških in s stroko povezanih spoznanj (2). Po drugi svetovni vojni se je klinična psihologija namreč utrdila kot samostojna zna- nost in klinični psihologi so odšli izpod večletnega okrilja psihiatrije. Vedno bolj so bili dejavni na številnih področjih, se srečevali z najrazličnejšimi skupinami oseb in z vklju- čevanjem vedno bolj kompleksnih teoretičnih in praktičnih znanj se je kazala potreba po sistematičnem raziskovanju te vede in po odkrivanju teoretičnih domnev ter njihovem vpeljevanju v prakso. V Evropi je bila v okviru EFPE (European Federation of Professional Psychologist's Asso- ciations) leta 1990 sprejeta Luksemburška izjava, ki določa zahtevane standarde usposabljanja na področju psihologije (2). V Sloveniji je poklic kliničnega psihologa zakonsko opredeljen po Zakonu o zdravstveni dejavnosti, in sicer je klinični psiholog zdravstveni delavec, kar pomeni, da lahko samostojno opravlja zdravstveno dejavnost ter je odgovoren za diagnostiko in znanstveno utemeljeno obliko terapevtskih postopkov (3). Po končanem študiju mora bodoči klinični psiholog najprej opraviti enoletno pripravništvo, ki ga zaključí s strokovnim izpitom, pozneje pa se lahko prijavi na štiriletni specialistični študij klinične psihologije, ki je od leta 2011 organiziran na Katedri za psihiatrijo Medicinske fakultete pod okriljem Ministrstva za zdravje RS in je bil leta 2013 vsebinsko preurejen ter razširjen (4).

Uresničevanje klinične psihološke prakse zahteva vsaj štiri potrebne strokovne kompetence psihologa: *ocenjevanje, formuliranje, intervencijo in evalvacijo*, nekateri dodajajo še peto kompetenco, in sicer *komunikacijo*. Britansko psiho- loško združenje na svojih spletnih straneh (5, 6) opredeljuje omenjene kompetence v medsebojni povezavi, tako da ena izhaja iz druge in sestavljajo celoto, v kateri nobena od kompetenc ne sme manjkati. Hkrati s kompetencami je pred- stavljena tudi struktura kliničnega psihološkega delovanja, znotraj katere se te poklicne sposobnosti izvajajo (6).

Kompetenca *ocenjevanja* pomeni sposobnost kliničnega psihologa, da preišče klientov konkreten problem, vključno z boleznijo, osebnostjo, sposobnostmi, vedenjskimi vzorci in socialnim okoljem. Mlakar (6) pravi, da mora ta sposobnost vključevati:

- uporabo psihometričnih testov za oceno različnih spo- sobnosti in odkrivanje posebnih ali nevropsiholoških primanjkljajev;
- sistematično opazovanje in merjenje vedenja;
- oceno sposobnosti samonadzora: kontrole impulzivno- sti, razpolaganja naučenih vzorcev vedenja, strategij ali obrambnih mehanizmov;
- izvajanje formalnih in neformalnih intervjujev za spre- mljanje pomembnih informacij z različnih področij.

Pogoji za uspešno rabo omenjenih tehnik so obsežno znanje o razvojni in socialni psihologiji, psihopatologiji, psihologiji osebnosti, nevropsihologiji, statistiki in psihometriji, ki jih posameznik pridobi v izobraževalnih modulih osnovnega študija ter poznejših podiplomskih izobraževanjih in spe- cializacijah.

Po končanem postopku ocenjevanja klinični psiholog vpelje (6) kompetenco *formulacije*, ki vsebuje sposobnost inte- grirati vsa spoznanja, pridobljena v procesu ocenjevanja. Klinični psiholog je namreč sposoben problem posameznika prepoznati v okviru znanih psiholoških dejstev in znanstve- nih teorij ter trenutnega bolezenskega stanja. Tipičen primer formulacije je poročilo oziroma izvid o psihološkem pre- gledu. Priprava izvida zahteva predvsem veliko praktičnih izkušenj, izurjenost v strokovni presoji posameznih primerov in spretnost v oblikovanju uravnoteženega besedila tako, da je dovolj jedrnato in hkrati ustrezno obsežno (6).

Klinična psihološka *intervencija* kot kompetenca vključuje znanje, spretnost in emocionalno pripravljenost nuditi psi- hološko pomoč, kar je osrednja naloga kliničnega psihologa. Klinična psihološka intervencija lahko vključuje formalni proces spreminjanja vedenja (torej katero od znanstveno utemeljenih in sprejetih oblik psihološke terapije v kliničnih pogojih dela), lahko pa tudi druge oblike intervencij, od usposabljanja osebja ali svojcev do posredovanja psiho- loškega znanja in supervizije itn. (6).

Nazadnje je bistvenega pomena tudi *evalvacija*, ki po zaključku obravnave daje vpogled v pravilnost in učinkovi- tost uporabljenih pristopov, lahko pa razkriva tudi pomanj- kljivosti in spodbuja k spremembam. Na ravni institucij s pomočjo evalvacije vzdržujemo stalno raven kakovosti dela, omogočamo pa tudi napredek in izboljšave v učinkovitosti in gospodarnosti dela. Na nacionalni in mednarodni ravni so evalvacije temelj preverjanja teorij in modelov praktičnih intervencij, smernic ter tako napredka stroke in psihološke znanosti (6).

KLINIČNI PSIHOLOG V INTERDISCIPLINARNEM TIMU CELOSTNE REHABILITACIJE

Brejc (7) v Rehabilitacijskem besednjaku opiše proces reha- bilitacije kot »celovit sklop ukrepov, namenjenih zmanjšanju

prizadetosti in oviranosti; torej kot sistematičen postopek obravnave rehabilitacijskih potreb, katerega namen je doseči, v dogovoru z osebo s prizadetostjo, njene življenjske cilje». Omenjena definicija nakazuje tudi zelo široko strokovno izhodišče kliničnega psihologa znotraj procesa celostne rehabilitacije. Že beseda »celostno« kaže naravnost k obsežni in interdisciplinarni obravnavi pacienta znotraj tima strokovnjakov, obravnava njegove bolezni in psiholoških posledic, ki vključujejo tako posameznika kot njegovo ožje in širše okolje. Vse trenutno veljavne smernice (8, 9, 10, 11) za klinično psihološko delo v rehabilitaciji zato tudi upoštevajo t. i. pristop celovitosti. Poenostavljeno to pomeni, da mora klinični psiholog znotraj rehabilitacije krepko preseči le osnovno znanje ter vse zgoraj omenjene kompetence umestiti v rehabilitacijski model, pridobiti dodatno in posebno znanje za delo z različnimi skupinami pacientov ter nenehno spremljati lastno učinkovitost. Smernice (8, 9, 10, 11, 12) najpogosteje navajajo:

- vloga kliničnega psihologa in njegova naloga znotraj rehabilitacije ne zahteva opredeljevanja ali ustvarjanja povsem novega specialističnega doktorskega programa, vendar naj se klinični psiholog izobražuje in širi znanje iz veljavnih znanstveno utemeljenih terapevtskih usmeritev (po NICE-standardih so to kognitivno vedenjske terapije, kratke dinamske terapije ter sistemska družinska terapija), da bi jih lahko verodostojno vključil v rehabilitacijsko psihologijo;
- ni enoznačne poti in točno določenih kompetenc za celotno področje rehabilitacije, ker je veliko vej znotraj psihologije, ki so vključene v klinično psihološko obravnavo znotraj rehabilitacije. Zaradi širokega področja motenj oziroma bolezni, s katerimi se srečujemo pri pacientih, naj bi klinični psiholog pridobival znanje iz področij klinične psihologije in terapije, svetovanja, razvojne psihologije, nevropsihologije, zdravstvene psihologije, socialne psihologije in temeljev družbenega pravnega sistema in delovanja;
- najbolj pomembno je, da je psihologu omogočeno pridobivanje dodatnega specialističnega znanja z različnih področij klinične psihologije, zlasti s področja rehabilitacijskega dela z različnimi skupinami pacientov;
- za rehabilitacijsko obravnavo se priporoča poglobljena izobrazba psihologa na ravni doktorskega študija;
- klinične psihološke potrebe znotraj rehabilitacije naj izvaja psiholog, ki je dobro seznanjen z osnovnimi postopki in metodami znanstvenega dela in je pridobil dodatno znanje o številnih duševnih motnjah (8, 12).

Literatura navaja (12), da je najbolj zaželena »specializiranost znotraj specializacije« kliničnega psihologa znotraj določenega področja rehabilitacije in obravnave (npr. znotraj motenj ADHD, diabetesa, rehabilitacije revmatoidnih bolezni, nevroloških bolezni, amputacij itn.).

V zadnjih 50. letih se je torej rehabilitacijska psihologija razvila kot izvirna in samostojna specialnost znotraj psihologije, in sicer navadno klinične psihologije. Ameriško zdru-

ženje psihologov APA (12) je določilo jasne in konsistentne smernice potrebnega znanja bodočih kliničnih psihologov v rehabilitaciji tako na osnovni študijski ravni kot pozneje pri doktorskem in podoktorskem/specialističnem izobraževanju. V Sloveniji izobraževanje poteka znotraj študija specializacije iz klinične psihologije ter etične in moralne zavezanosti psihologov, da se stalno izobražujemo in spremljamo nova spoznanja veljavnih in predvsem znanstveno utemeljenih sodobnih kliničnih postopkov znotraj posameznega področja rehabilitacije. Ker trenutno še čakamo obravnavo predloga Zakona o terapevtski dejavnosti, ki bi uredil veliko strokovnih in drugih nejasnosti glede terapevtskih storitev, je dolžnost psihološke stroke, da v ustanovah najvišjega (terciarnega) strokovnega pomena izvajamo le kakovostne in znanstveno utemeljene postopke terapevtskega intervenciranja. V Sloveniji je URI - Soča edina tovrstna institucija, kar nas kot klinične psihologe še toliko bolj zavezuje k preverjenim in utemeljenim metodam, postopkom in tehnikam dela, postavljanjem nacionalnih standardov na področju rehabilitacijske psihologije ter kakovostnega izobraževanja oziroma podpore mlajšim kolegom, ki svojo poklicno pot šele začenjajo.

PRIPOROČILA ZA KLINIČNO PSIHOLOŠKO OBRAVNAVO PACIENTOV Z MOŽGANSKIMI POŠKODBAMI IN STANJE NA ODDELKU ZA REHABILITACIJO PACIENTOV PO MOŽGANSKI KAPI

Pacienti po nevrološki bolezni in/ali poškodbi možganov kot vsaka druga skupina pacientov po smernicah zahtevajo prilagojeno in posebno klinično psihološko obravnavo. Termin »pridobljena možganska poškodba« obsega (13):

- nenadne poškodbe možganov v odrasli dobi in prve poškodbe tega tipa v življenju posameznika;
- psihološke, pogosto tudi motorične, poškodbe/posledice različnih tipov in stopenj;
- običajno neprogresiven potek bolezni;
- začetnemu precej intenzivnemu okrevanju sledi zelo upočasnjena faza postopnega okrevanja, pri čemer navadno ne dosežemo stopnje psihofizičnega zdravja, ki bi bilo tako kot pred nastankom poškodbe (13).

Med pogostimi vzroki pridobljenih možganskih poškodb so navadno *poškodbe glave* zaradi posledic prometnih nesreč, fizičnih napadov ali padcev, *možganske kapi, subarahnoidne krvavitve* v možganih, *hipoksije* (navadno sekundarnega razloga zaradi daljšega zastoja srca, mogoče utopitve, hipoglikemičnega stanja, zastrupitve s CO), *različne infekcije možganov* (zaradi meningitisa, encefalitisa) in *možganski tumorji* (13).

Priporočila za klinično psihološko obravnavo s pridobljeno poškodbo možganov lahko strnemo v smernice za področje kompetenc *ocenjevanja, terapij/intervencij*, (značilno za

nevrolško populacijo) *kognitivne rehabilitacije* ter *evalvacije in prenosa znanj* iz bolnišničnega v domače okolje pacienta (8, 9, 10, 14).

Klinični psiholog mora poleg siceršnjih klinično psiholoških specialističnih znanj pridobiti še subspecialistično znanje nevropsihologije in kognitivne rehabilitacije (10, 11, 14, 15) ter ustreznih terapevtskih metod in tehnik, prilagojenih za delo s pridobljenimi poškodbami možganov. V Sloveniji dodatno nevropsihološko znanje klinični psihologi usvajajo le prek izobraževalnih modulov znotraj specializacije iz klinične psihologije, drugod po svetu pa je nevropsiholog samostojni specialistični strokovni kader s posebnim znanjem iz nevropsihološke diagnostike in terapije.

Ocenjevanje s področja nevrolških bolezni mora po smernicah vsebovati znanje iz nevropsihologije, klinični psiholog pa mora imeti dovolj širok nabor posebnih nevropsiholoških testov (baterij), ki so veljavni za ustrezno napovedovanje kognitivnega delovanja posameznika v njegovem širšem okolju po nevrolški bolezni, poškodbi, znotraj rehabilitacijskih programov itn. (14,15).

Na podlagi nevropsihološke in klinične psihološke ocene lahko učinkovito spremljamo posameznikov proces okrevanja, napredka v rehabilitacijskih programih ter določamo morebitno terapevtsko obravnavo.

Hollon in Ponniah (16) v preglednem članku opisujeta empirično podprte psihološke terapevtske metode in tehnike za motnje čustvovanja. Kot izrazito učinkovite pri depresivnih motnjah in simptomih opisujeta različice kognitivno-vedenske terapije (kognitivna terapija, terapija čuječnosti (angl. mindfulness), vedenjski eksperimenti, ...), kratke dinamske terapije ter interpersonalne terapije. Omenjene terapevtske tehnike so tudi sicer najbolj priporočljive in znanstveno utemeljene znotraj klinične obravnave (8). Depresija, ki nastane kot posledica možganske kapi ali podobnega možgansko-žilnega dogodka, je namreč zelo pogosta posledica omenjene bolezni. Ker imajo pacienti po možganski kapi tudi (bolj ali manj izrazite) kognitivne motnje (17, 18, 19), je psihološko terapijo treba precej modificirati (več je odmorov, krajši so stavki, premišljene intervencije, orientacija je usmerjena na posamezen problem itn.) (19).

Posebno področje, ki je v zadnjih letih deležno precejšnjega zanimanja stroke ter se uporablja pri obravnavi pacientov z nevrolško boleznijo ali motnjo, je kognitivna rehabilitacija. Gre za celovit postopek ocene, spremljanja in rehabilitacije tistih kognitivnih področij pacientovega delovanja, ki pomembno vplivajo na učinkovitost znotraj vsakodnevnih opravil itn. (15). V kognitivni rehabilitaciji si klinični psiholog z znanjem nevropsihologije prizadeva iskati ohranjene in okvarjene sposobnosti ter iskati ravnotežje med resnično sposobnostjo spremeniti okvare ali jih nadomestiti z novimi strategijami (9, 10, 11, 15) za ustrezno reševanje problemov. Smernice za omenjeno področje so

enotne (9, 10, 11, 20), in sicer kognitivna rehabilitacija zajema tako urjenje določenih sposobnosti (zlasti pozornostnega sistema, elementov izvršilnih ter vidnoprstorskih sposobnosti), učenje nadomestnih strategij za ireverzibilne okvare kot terapevtsko podporo pacientu in svojcem (20). Klinični psiholog, ki izvaja omenjeno rehabilitacijo, mora imeti znanje iz nevropsihologije in specializirano znanje o omenjenih postopkih kognitivne rehabilitacije, da pacientu omogoči čim boljšo obravnavo. Še vedno namreč velja, da je kognitivna rehabilitacija prilagojena posamezniku in zato težko objektivno prenosljiva po sistemu »enotne klinične poti« na večje število pacientov (10, 11, 20). Navajanje značilnosti določenih postopkov kognitivne rehabilitacije bi bilo preobsežno, kljub temu pa lahko trdimo, da je omenjena metoda dela v obravnavi nevrolških motenj izjemno pomembna in mora obsegati vsaj tretjino ali večji del bolnikove celostne obravnave še dolgo po zaključku začetne rehabilitacijske obravnave (10, 11, 15, 20) po možganski kapi.

Na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi zadnji dve leti poskušamo slediti strokovnim smernicam zlasti na področju intenzivne kognitivne rehabilitacije v času, ko so pacienti v obravnavi na oddelku ali zunaj njega (ambulantno). Izpolnjevati bi bilo potrebna naslednja merila (10, 11, 15, 19, 20):

- obravnava mora biti prilagojena posamezniku,
- srečanja je treba zagotoviti vsaj trikrat na teden,
- obravnava mora biti podprta s primernimi terapevtskimi intervencijami,
- obravnava mora biti zasnovana multidisciplinarno in določena s cilji glede na pacientove vsakodnevne potrebe,
- velik del obravnave mora biti tudi izobraževalno usmerjen.

oddelek z rednim kliničnim psihološkim delom enega psihologa z zahtevanimi znanji trenutno ne zmore zadovoljiti smernic primerne kognitivne rehabilitacije. Obravnava je zato precej prilagojena in močno skrčena na le nekaj segmentov pacientovih težav, ki so zanj in za njegovo takratno učinkovitost v rehabilitacijskih programih najbolj pomembne. Kljub temu velikokrat dosežemo presenetljivo dobre rezultate, vendar bi si želeli več, tudi glede na znane smernice.

ZAKLJUČEK

Na kratko bi lahko rekli: klinična psihologija v rehabilitaciji postaja vedno bolj razvejana in na subspecialistična področja usmerjena stroka. Čeprav težnja k »celovitosti« dopušča sklepanje iz različnih strokovnih izhodišč, pa smernice kljub temu nakazujejo potrebo po uniformni in visoko strokovni usposobljenosti psihologov, nenehnemu izpopolnjevanju ter sledenju svetovnim merilom uspešnosti znanstveno preverjenih ocenjevalnih in terapevtskih tehnik znotraj posamezne skupine pacientov. Z željo in zavedanjem, da smo lahko še

boljši, klinični psihologi v URI - Soča razvijamo stroko rehabilitacijske psihologije že 50 let.

Literatura/References:

- American Psychological Association 2006. About Clinical Psychology. Washington: American Psychological Association; c2006. Dostopno na <http://www.apa.org/>
- Masten R, Čoderl S. Razvoj klinične psihologije in njene definicije. V: Masten R, Smrdu M, ur. Klinična psihologija. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2013. p. 11–22.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti, Pravilnik o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev 2004. Ur l RS 37/04
- Zakon o zdravstveni dejavnosti, Pravilnik o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, Odredba o programu specializacije iz klinične psihologije 2013. Ur l RS 71/13
- The British Psychological Society. Leicester: The British Psychological Society; c2000-2014. Dostopno na <http://www.bps.org.uk/>
- Mlakar J. Klinična psihologija: združevanje znanosti in prakse. V: Masten R, Smrdu M, ur. Klinična psihologija. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2013. p. 23–36.
- Brejc T. Rehabilitacijski besednjak. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2009: p. 180.
- Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. NICE clinical guidelines 2009. London: National Institute for Health and Care Excellence; c2013. Dostopno na <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-cg91>
- Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a literature review. 3rd ed. Melbourne : Australian Psychological Society; c2010. Dostopno na <http://www.psychology.org.au/Assets/Files/Evidence-Based-Psychological-Interventions.pdf>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Brain injury rehabilitation in adults: a national clinical guideline. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2013.
- Malia K, Law P, Sidebottom L, Bewick K, Danziger S, Schold-Davis E, et al. Recommendations for best practice in cognitive rehabilitation therapy: acquired brain injury. Exton: The Society for Cognitive Rehabilitation; c2004. Dostopno na <http://www.societyforcognitive-rehab.org/membership-and-certification/documents/EditedRecsBestPrac.pdf>
- Hibbard MR, Cox DR. Competencies of a rehabilitation psychologist. V: Frank RG, Rosenthal MG, Caplan B, eds. Handbook of rehabilitation psychology. Washington: American Psychological Association; 2009: p. 467–75.
- McGrath J, King N. Acquired brain injury. V: Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D. Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press; 2004: p. 332–48.
- Caplan B. Rehabilitation psychology and neuropsychology with stroke survivors. V: Frank RG, Rosenthal MG, Caplan B, eds. Handbook of rehabilitation psychology. Washington: American Psychological Association; 2009: p. 63–94.
- Wilson B. Evidence for the effectiveness of neuropsychological rehabilitation. V: Wilson BA, Gracey F, Evans JJ, Bateman A, eds. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome. Cambridge: Cambridge University Press; 2009: p. 22–37.
- Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety* 2010; 27: 891–932.
- Hurford R, Charidimou A, Fox Z, Cicolotti L, Werring DJ. Domain-specific trends in cognitive impairment after acute ischaemic stroke. *J Neurol* 2013; 260: 237–41.
- Hochstenbach J, Mulder T, van Limbeek J, Donders R, Schoonderwaldt H. Cognitive decline following stroke: a comprehensive study of cognitive decline following stroke. *J Clin Exp Neuropsychol* 1998; 20: 503–17.
- Ruff R. Selecting the appropriate psychotherapies for individuals with traumatic brain injury: what works and what does not? *NeuroRehabilitation* 2013; 32: 771–9.
- Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 519–30.