

# PRIKAZ NEKATERIH UČINKOVITIH SODOBNIH PRISTOPOV KLINIČNO- PSIHOLOŠKE OBRAVNAVE V CELOSTNI REHABILITACIJI

## REVIEW OF SOME EFFECTIVE MODERN APPROACHES TO CLINICAL- PSYCHOLOGICAL TREATMENT IN HOLISTIC REHABILITATION

**Nina Bras Meglič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Maja Jurjevčič Tržan, univ. dipl. psih.,  
dr. Martina Bürger Lazar, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Nika Jalšovec, univ. dipl. psih.,  
Saša Jerko, univ. dipl. psih.**

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

### Povzetek

V članku so predstavljeni nekateri sodobnejši klinično-psihološki in nevropsihološki ocenjevalni preizkusi, nevropsihološka rehabilitacija ter pregled nekaterih novejših učinkovitih psihoterapevtskih pristopov. Da bi lahko ustrezno načrtovali nadaljnji potek kognitivne rehabilitacije in psihoterapevtske obravnave, je najprej potrebna usmerjena in objektivna psihodiagnostična ocena. V zadnjih letih narašča zanimanje za uporabo na tehnologiji temelječih pripomočkov za oceno kognitivnih funkcij in kognitivni trening. V nevropsihološki oceni in rehabilitaciji se na URI – Soča uporabljata predvsem Testna baterija za ocenjevanje pozornosti (TAP) in baterija CogniPlus. Poleg hitrejše aplikacije in vrednotenja nam tehnološki pripomočki omogočajo tudi ocenjevanje vidikov kognicije, ki jih prej nismo mogli, ter se avtomatično prilagajajo zmožnostim posameznika. V psihoterapevtski obravnavi se uporabljajo v klinično-psihološki stroki uveljavljeni in znanstveno preverjeni pristopi. Razpon posameznih psihoterapevtskih tehnik je širok, med njimi pa so najbolj uporabljane predvsem tehnike kognitivno-vedenjskega pristopa, družinske psihoterapije in krajših psihodinamskih usmeritev. Namen psihoterapevtske obravnave v celostni rehabilitaciji je predvsem opolnomočiti posameznika, da se lažje spoprime s spremembami v svojih zmožnostih in ga spodbuditi k sodelovanju in aktivnemu vključevanju nazaj v socialno in delovno okolje.

### Abstract

*The article reviews some recent tools for neuropsychological assessment and rehabilitation. It also presents an overview of some recent effective psychotherapeutic approaches. In order to properly plan the further course of cognitive rehabilitation and psychotherapy, a targeted and objective psychodiagnostic assessment is needed. In recent years, there has been an increasing interest in the use of technology-based psychodiagnostic tests and tools for cognitive training and rehabilitation. In neuropsychological assessment and rehabilitation at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana, the computerised Test of Attentional Performance (TAP) and the CogniPlus battery are mainly used. In addition to faster application and evaluation, technological tools allow us to evaluate some aspects of cognition that could previously not be assessed and they also enable automatic adjustment of the training to the individual's capabilities and needs. In psychotherapy, well-established and evidence-based approaches are used at our institute. The range of individual psychotherapy techniques is wide, with the most commonly used techniques based on the cognitive-behavioural approach, family psychotherapy, and shorter psychodynamic orientations. The purpose of psychotherapeutic treatment in holistic rehabilitation is primarily to empower the individuals to cope with the changes in their abilities and to encourage them to participate and actively integrate back into their social and work environments.*

**Ključne besede:**

nevropsihološko ocenjevanje; kognitivni trening; računalniški pripomočki; psihoterapija v rehabilitaciji

**Key words:**

neuropsychological assessment; cognitive training; computer-based tools; psychotherapy in rehabilitation

**UVOD**

Klinična psihologija v rehabilitaciji poudarja pomembnost upoštevanja bio-psiho-socialnih parametrov pri ocenjevanju kot tudi pri zdravljenju ter pri tem upošteva vplive telesnih, umskih, odnosnih in okoljskih dejavnikov. Tako izkorišča in povečuje obstoječe zmogljivosti pacientov, da bi se lažje spoprijeli z izzivi, s katerimi se srečujejo (1). Temeljni funkciji rehabilitacijskih psihologov sta torej ocenjevanje in obravnava čustvenih, kognitivnih in duševnih motenj - bodisi prirojenih ali pridobljenih. Klinično-psihološka ocena je izrednega pomena za načrtovanje nadaljnje terapevtske obravnave, prav tako pa so pomembna tudi prilagajanja le-te, saj se psihološki status in potrebe pacientov pogosto spreminjajo v skladu z njihovimi fizičnimi in zdravstvenimi stanji (2).

### **Pregled nekaterih sodobnejših klinično-psiholoških preizkusov ter nevrokognitivna rehabilitacija s pomočjo računalniških programov**

V zadnjem desetletju je v porastu uporaba na tehnologiji temelječih psihodiagnostičnih pripomočkov za oceno posameznikovega funkcioniranja ter intervencij za izboljšanje kognitivnih funkcij. Najpogosteje so v uporabi računalniki, tablični računalniki, igralne konzole in virtualna resničnost, nekateri programi za trening pa so tudi komercialno dostopni (3). V klinični psihologiji uporabljamo več računalniških programov, namenjenih nevropsihološki oceni ali kognitivnemu treningu pri bolnikih z nevrološkimi motnjami (4). V diagnostiki je opazna težnja preoblikovanja preizkusov tipa papir-svinčnik v računalniške različice, napredna tehnologija pa omogoča tudi razvoj novih računalniških orodij, s katerimi lahko ocenjujemo vidike kognitivnih funkcij, ki jih pred tem nismo mogli (4). Računalniška izvedba poleg tega omogoča hitro aplikacijo širokega razpona testov, oceno enostavnih in kompleksnejših kognitivnih procesov, prilagajanje preizkušeni zmožnostim posameznika in hitro avtomatično vrednotenje (5).

#### **1. 1. TAP baterija za nevropsihološko ocenjevanje**

Za učinkovito vsakodnevno funkcioniranje so predpogoj ohranjene funkcije pozornosti, motnje pozornosti pa močno vplivajo na številne vidike človekovega življenja. Natančna ocena tovrstnih težav je v klinični praksi izredno pomembna pri določanju posameznikovih rehabilitacijskih potencialov ter pri načrtovanju kognitivne rehabilitacije. Ker so lahko pri različnih uporabnikih oškodovane

različne ravni pozornosti, mora biti ocenjevalni pripomoček dovolj občutljiv, da lahko z njim natančno identificiramo primanjkljaje in njihov vpliv na posameznikovo funkcioniranje (6).

Za klinično-psihološko oceno pozornosti na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča (URI-Soča) v zadnjih letih uporabljamo Testno baterijo za ocenjevanje pozornosti TAP (*angl.* Test of attentional performance). Sestavljajo jo različne naloge za ocenjevanje posameznih ravni pozornosti, ki od posameznika zahtevajo čim hitrejši pritisk na gumb ob pojavu tarčnega dražljaja (ta je bodisi vidni ali slišni). Z uporabo pridobivamo podatke o hitrosti procesiranja informacij, sposobnosti selektivne pozornosti (reagiranje na tarčne dražljaje in ignoriranje nepomembnih dražljajev), deljene pozornosti (hkratno spremljanje več dražljajev), vzdrževane pozornosti (ohranjanje pozornosti ob dlje časa trajajoči aktivnosti) idr. Ocenjujemo lahko tudi delovni spomin, miselno prožnost ter pregledovanje vidnega polja (6).

V Ambulanti za voznike URI-Soča uporabljamo tudi baterijo TAP-M (*angl.* Mobility Version), ki je bila razvita za potrebe ocenjevanja sistema pozornosti v namene varne vožnje avtomobila. Sestavljena je iz nekaterih nalog, ki so vključene že v osnovno baterijo (deljena pozornost, fleksibilnost, inhibicija neustreznih odgovorov, pregledovanje vidnega polja), tem pa so bile dodane še nove naloge za oceno labilnosti, izvršilnega nadzora in aktivnega vidnega polja (6). Za otroke obstaja prilagojena različica KiTAP za starost od 6 do 10 let s prilagojenimi animacijami.

Na podlagi dobljenega profila deficitov v sistemu pozornosti lahko v nadaljnjih obravnavah načrtujemo potek kognitivne rehabilitacije.

#### **1. 2. Kognitivni trening s pomočjo baterije CogniPlus**

Na tehnologiji zasnovana kognitivni trening in rehabilitacija imata pozitiven učinek tako na globalno izboljšanje kognitivnega funkcioniranja kot na izboljšanje specifičnih kognitivnih funkcij (3). V kombinaciji kognitivnega treninga in drugih aktivnosti se kaže pomembno izboljšanje na področjih splošnega kognitivnega funkcioniranja, psihomotorike, spomina, pozornosti in vidno-prostorskih funkcij (7, 8). Uporaba računalniških programov kognitivne rehabilitacije ob sočasni uporabi drugih terapevtskih intervencij pomembno pripomore k povečanju kakovosti življenja, najverjetneje preko izboljšanja kognitivnega funkcioniranja, razpoloženja in prenosa pridobljenih veščin v vsakodnevno življenje (3, 7).

CogniPlus je znanstveno podprta baterija, oblikovana za uporabo na osebem, prenosnem ali tabličnem računalniku. Program se usmerja na vadbo tistih kognitivnih funkcij, ki jih je glede na znanstvene izsledke možno izboljševati s treningom. V okviru treninga CogniPlus in dodatka Vienna Test System je možna tudi predhodna diagnostična nevropsihološka ocena in uporaba diagnostičnih testov za evalvacijo treninga. CogniPlus je interaktivni sistem, ki prepozna uporabnikove zmožnosti in se jim avtomatično prilagaja. Slednje omogoča ohranjanje motivacije uporabnika in uporabo v kognitivni rehabilitaciji pri širokem spektru možganskih poškodb in starosti bolnikov (5). S tem program sledi priporočilom kognitivne rehabilitacije oseb po možganski kapi, da mora biti računalniški trening kognitivnih funkcij multimodalen. Osredotoča se na specifična področja primanjkljajev, prilagaja se posameznikovi ravni učinkovitosti ter zagotavlja povratne informacije in objektivne podatke o uspešnosti pri posamezni nalogi (9). Aktivnosti programa CogniPlus so usmerjene na izboljšanje hitrosti procesiranja informacij, učinkovitosti različnih ravni pozornosti (čuječnost, usmerjena, deljena in selektivna pozornost, vidno-prostorska ter vzdrževana pozornost), delovnega spomina, vidno-prostorskega funkcioniranja in koordinacije, dolgoročnega spomina ter izvršilnih funkcij.

Nevropsihološki trening kognitivnih funkcij se v klinično-psihološki obravnavi URI-Soča uporablja v kognitivni rehabilitaciji otrok in mladostnikov, oseb po možganski kapi, oseb po nezgodni poškodbi možganov, oseb z multiplo sklerozo in drugimi nevrološki obolenji ter v poklicni in zaposlitveni rehabilitaciji vseh omenjenih in še nekaterih drugih skupin rehabilitandov (npr. slepi in slabovidni). V rehabilitaciji otrok in mladostnikov po operaciji tumorja osrednjega živčnega sistema je npr. uporaba programa pokazala pomembno izboljšanje kognitivnega funkcioniranja predvsem v smislu skrajšanja reakcijskega časa ter tudi z izboljšanjem čuječnosti, vidne obdelave informacij, delovnega spomina in pozornosti (10-13).

### Novosti na področju psihoterapevtskih obravnav v celostni rehabilitaciji

V nadaljevanju bodo predstavljeni nekateri novejši psihoterapevtski pristopi, ki so v procesu kompleksne rehabilitacije dokazano učinkoviti. Še zlasti izvajamo novejše psihoterapevtske pristope, ki izhajajo iz kognitivno-vedenjske paradigme (šole), tako imenovanega tretjega vala VKT ter družinsko psihoterapijo, ki jo je možno uporabljati v kontekstu partnerskih, družinskih in skupnostnih odnosov v času rehabilitacije in po njej. Svoje mesto v rehabilitaciji imajo prav tako posamezni psihodinamski pristopi, vendar večinoma le v krajšem časovnem okviru.

Psihoterapevtska obravnava (tako individualna kot tudi skupinska) je ob jasno postavljenem okviru in rednosti seans v daljšem časovnem okviru ena od učinkovitih metod razvoja osebnostnih potencialov, učenja uspešnega soočanja z izzivi medosebnih odnosov, reševanja konfliktov in gradnje osebne integritete. S tem lahko bistveno pripomore tudi k doseganju posameznikove samostojnosti, fleksibilnosti, motiviranosti in kompetentnosti ter vpliva na bolj uspešno vključevanje tako v bližnje medosebne

odnose kot v širše socialno okolje (14). Deluje v smeri spodbujanja razumevanja čustvene in vedenjske reakcije pacienta in pomaga ustvariti možnost delovanja iz položaja izbire namesto iz položaja refleksnega odzivanja (2).

Pomembno vlogo pri razvoju psihopatologije imajo kognitivni procesi, zato se v okviru vedenjsko-kognitivne terapije osredotočamo na spremembo maladaptivnih kognicij (15). Pogosto se uporablja pri zdravljenju depresivnih motenj in kroničnih bolečinskih sindromov (16). T.i. tretji val kognitivno-vedenjskih terapij se osredotoča na izkušnje posameznikov, njihovo zavedanje sedanjosti in kontekst, v katerem doživljajo svoje simptome. Za omenjene vrste terapij je značilen spremenjen pristop k interpretaciji oz. zaznavi dogodkov, ne pa spreminjanje vsebine dogodkov (17), kar je lahko še posebej koristno v primeru spopadanja s kroničnimi stanji (2). Med terapevtske ukrepe tretjega vala kognitivno-vedenjskih terapij, ki se uporabljajo v rehabilitaciji, sodijo: dialektična vedenjska terapija, čuječnost ter terapija sprejemanja in predanosti. Dialektična vedenjska terapija se osredotoča na razvijanje veččin medosebne in čustvene regulacije, hkrati pa pomaga krepiti frustracijsko toleranco in sprejemanje. Na čuječnosti osnovani programi temeljijo na učenju in vadbi vzdrževanja pozornosti v sedanjem trenutku in brez obsojanja. Pri tem načinu posameznik opusti vrednotenje in označevanje stvari okoli sebe ter dogajanja znotraj sebe, namesto tega pa le opazuje stvari kakršne so, brez sodb. To mu omogoča, da preseže ustaljene vzorce mišljenja in čustvenega odzivanja, ki se pri spoprijemanju z njegovimi težavami niso izkazali za učinkovite (18). Vzdrževanje usmerjene čuječnosti je učinkovito pri osebah s kroničnimi telesnimi boleznimi, bolečinami in ponavljajočimi se depresivnimi epizodami (19). Raziskovalci (20) so z metaanalizo potrdili, da na čuječnosti osnovan program za zmanjševanje stresa (*angl.* mindfulness-based stress reduction - MSBR) prispeva k izboljšanju na področjih duševnega (kakovost življenja, depresija, anksioznost, spoprijemanje s težavami) kot tudi telesnega zdravja (telesna oviranost, bolečina in drugi simptomi). Terapija sprejemanja in predanosti (< Acceptance and commitment therapy - ACT) je terapevtski pristop, ki temelji na procesih čuječnosti, sprejemanja, predanosti in vedenjski aktivaciji z namenom spodbujanja psihološke fleksibilnosti (21). V primerjavi s kognitivno terapijo ACT ne skuša spreminjati avtomatskih misli klientov, ampak jih vabi v novo čuječno opazovanje (15). Ameriško združenje psihologov jo priznava kot učinkovito pri kronični bolečini, depresiji, mešani anksioznosti, obsesivno-kompulzivni motnji in psihozi (22).

Uporaba osnovnih oblik prej omenjenih pristopov je lahko v rehabilitaciji nemalokrat omejena zaradi kognitivne oškodovanosti pacienta (23). V ta namen avtorji predlagajo prilagoditve ukrepov vedenjsko-kognitivne terapije ter terapije sprejemanja in predanosti pri delu s pacienti po travmatski poškodbi glave, kot je npr. uporaba spominskih pripomočkov (npr. zapiski, kartice z namigi, posnetki), povečan poudarek na uporabi vedenjskih tehnik, osredotočenost začetnih srečanj na edukacijo, poudarek na uporabi konkretnih primerov namesto abstraktnih, ponavljanje in počasno predstavljanje vsebine (24). Poleg teh v okviru terapije sprejemanja in predanosti avtorji predlagajo še nekatere specifične prilagoditve, kot so: uporaba osebno relevantnih in konkretnih

metafor, sodelovanje v izkustvenih vajah, ki vključujejo igranje vlog, konkretne tehnike distanciranja od misli in čustev, zagotavljanje oprijemljivih idej ter spodbujanje na vrednotah temeljčega in ciljno usmerjenega vedenja (23).

Drugi psihološki ukrepi se osredotočajo na prepoznavanje ključnih motivacijskih dejavnikov za posamezno vedenje in njihovo moduliranje. Psihodinamska terapija se osredotoča na vpliv preteklih življenjskih dogodkov na način doživljanja trenutnih dogodkov, na način zaščite pred anksioznostjo in na način interakcije z drugimi ter je prav tako lahko pomembno orodje pri odkrivanju dejavnikov, ki povečujejo možnost vključitve v slabše prilagojeno vedenje. Poleg tega psihodinamski pristop lahko pomaga ljudem, da osmislijo svoje izkušnje ter delujejo v smeri doseganja boljšega samospoštovanja. Pogosteje se izvaja v ambulantni obravnavi (2). Zadnja desetletja se čedalje bolj razvijajo psihoterapevtski pristopi za obravnavo travmatskih izkušenj, ki so že zastopani tudi na raziskovalnem področju. Med njimi je metoda desenzitizacije in reprocesiranja med gibanjem očesnih zrkel (*angl.*: Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) (25). EMDR pristop upošteva najnovejša spoznanja nevroznanosti in jih uporablja pri postopkih predelovanja travmatskih življenjskih izkušenj, tako tistih, ki izvirajo iz enkratnih ali dalj časa trajajočih travmatskih dogodkov (npr. naravnih katastrof, prometnih nesreč ipd.) kot tudi iz travmatičnih izkušenj v medosebnih odnosih, zlasti vezanih na primarne objektne odnose s skrbniki v otroštvu in mladostništvu. Pri tem uporablja natančno izdelane postopke reprocesiranja in desenzitizacije ob ustrezni bilateralni stimulaciji, ki je največkrat vizualna, lahko pa tudi taktilna ali avditivna (25). Pri vizualni gre za sledenje klientovega pogleda terapevtovemu gibanju prstov ali paličice ali za digitalno vizualno stimulacijo gibanja lučke med levim in desnim skrajnim mestom vidnega polja; pri taktilni stimulaciji gre za terapevtove izmenične točkovne dotike točke na levi in desni roki. Uporablja se ga v psihoterapevtski obravnavi širokega razpona duševnih motenj (25) ter na področju obravnave kronične bolečine, tako nevropatske (26) kot tudi fantomske (27). Iz EMDR tradicije se je kasneje razvil tudi točkovni pristop iskanja in povezovanja z možganskimi spominskimi mrežami, t.i. »brainspotting«*»* psihoterapijo – BPT (28), ki se je v klinični praksi sicer že izkazala za učinkovito, vendar pa glede na kratek obstoj še ne moremo govoriti o z dokazi podprti učinkovitosti, saj je število opravljenih raziskav na tem področju do sedaj še pomanjkljivo. v obeh primerih (EMDR in BPT) gre za povezovanje in nadgradnjo psihoterapevtskih znanj, ki izhajajo iz psiho-dinamskih, kognitivno-vedenjskih in sistemskih družinskih psihoterapevtskih pristopov oz. šol. temeljijo na teoretskih dognanjih, kot so teorija navezanosti (29-32), teorija travme (32, 33) in polivagalna teorija funkcioniranja centralnega živčnega sistema (34). Bistvo EMDR in BPT metod je, da skozi psihoterapevtski proces privedejo do sprememb v disfunkcionalnih spominskih mrežah epizodičnih spominov, ki so vezani na doživljanje travme (28, 32-34).

Pri otrocih, mladostnikih in odraslih lahko poleg vedenjsko-kognitivne terapije učinkovito uporabljamo tudi pristope družinske terapije, ki so z dokazi najbolj podprti (35-37). Pri mlajših otrocih je v ospredju igralna terapija, s katero smo jim v pomoč ob psihosocialnih izzivih. Pri otrocih in mladostnikih

z več težavami na področju čustvovanja in vedenja smo staršem in drugim pomembnim v okolju v pomoč z uporabo pozitivne vedenjske podpore, ki se usmerja na spreminjanje konteksta in okolja za doseg želenega vedenja pri otroku/mladostniku (38). Na oddelku za rehabilitacijo otrok URI – Soča so starši ves čas vključeni v proces rehabilitacije. V pomoč družini je prepletanje naslednjih elementov terapevtske podpore: informacije o naravi bolezni ali poškodbe, pomoč pri koordinaciji skrbi za otroka/mladostnika v prilagojenem družinskem okolju in pri vključitvi v primeren vzgojno-izobraževalni program, družinska terapija ter pridobivanje neformalne oblike pomoči (vključevanje v društva, skupine za starše). Otroke/mladostnike in starše učimo različnih tehnik sproščanja in čuječnosti, komunikacije, ki so namenjene boljšemu obvladovanju stresa in reševanju problemov.

## ZAKLJUČEK

Psihologi v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije (URI – Soča) obravnavamo težave na področju duševnosti, ki pogosto spremljajo bolezni in poškodbe, kot so: poškodbe glave, možganske kapi, multipla skleroza, ALS, druge živčno-mišične bolezni, amputacije, politravma, poškodbe hrbtenjače, periferne živčne okvare, gibalne ovire, slepota, Parkinsonova bolezen, demence, cerebralna paraliza, tumorji, otroške razvojne bolezni, kronična bolečina in druge. V procesih interdisciplinarne rehabilitacije v okviru klinično-psiholoških obravnav izvajamo tako klinično-psihološko in nevropsihološko ocenjevanje spremljajočih duševnih težav, ki izhajajo iz same bolezni oz. poškodbe in/ali posledic zdravljenja. Sočasno poteka tudi psihoterapevtska obravnava bolnika in njegovih svojcev, prilagojena posameznikovim trenutnim potrebam. Cilj obravnave je usmerjen v prepoznavanje posameznikovih potencialov ter njihovo udejanjanje v vsakodnevem funkcioniranju na različnih področjih življenja.

Za kakovostno obravnavo je zato nujno slediti razvoju novih kliničnih poti in smernic tako na področju klinično-psihološkega in nevropsihološkega ocenjevanja kot tudi psihoterapevtskih modalitet v klinični praksi in raziskovanju.

## Literatura:

1. Rusin MJ, Uomoto JM. Psychotherapeutic interventions. In: Frank RG, Caplan B, Rosenthal M, eds. Handbook of rehabilitation psychology. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2010: 259-71.
2. Reid-Arndt SA, Caplan B, Rusin MJ, Slomine BS, Uomoto JM, Frank RG. Psychological assessment and intervention in rehabilitation. In: Braddom RL, ed. Physical medicine and rehabilitation. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011: 65-98.
3. Ge S, Zhu Z, Wu B, McConnell ES. Technology-based cognitive training and rehabilitation for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review. BMC Geriatr. 2018; 18(1): 213.
4. Krkovic K, Pásztor-Kovács A, Molnár G, Greiff S. New technologies in psychological assessment: the example of

- computer-based collaborative problem solving assessment. *International Journal of e-Assessment*. 2014; 1: 1-13.
5. Cognitive training with CogniPlus. Dostopno na: <https://www.schuhfried.com/cogniplus/> (citirano 25. 11. 2019).
  6. Zimmermann P, Fimm B. TAP: Test of Attentional Performance, version 2.3.1. Vera Fimm Psychologische Testsysteme; 2007. Dostopno na: [https://www.psytest.net/index.php?page=TAP-2-2&hl=en\\_US](https://www.psytest.net/index.php?page=TAP-2-2&hl=en_US) (citirano 17. 1. 2020).
  7. Hagovska M, Nagyova I. The transfer of skills from cognitive and physical training to activities of daily living: a randomised controlled study. *Eur J Ageing*. 2017, 14(2): 133-42.
  8. Ajtahed SS, Rezapour T, Etemadi S, Moradi H, Asgarabad MH, Ekhtiari H. Efficacy of neurocognitive rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery in improving quality of life: an interventional trial. *Front Psychol*. 2019; 10: 1759.
  9. Cicerone KD, Goldin Y, Ganci K, Rosenbaum A, Wethe JV, Langenbahn DM, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019; 100(8): 1515-33.
  10. Bürger Lazar M, Resnik Robida K. The efficacy of computerized cognitive rehabilitation training in the child treated for medulloblastoma. In: Abstracts from the 16th International Symposium on Pediatric Neuro-Oncology in conjunction with the 8th St. Jude-VIVA Forum, June 28 – July 2, 2014, Singapore. *Neuro Oncol*. 2014; 16 Suppl. 1: i99-i104.
  11. Hardy KK, Willard VW, Allen TM, Bonner MJ. Working memory training in survivors of pediatric cancer: a randomized pilot study. *Psychooncology*. 2013; 22(8): 1856-65.
  12. Nazemi KJ, Butler RW. Neuropsychological rehabilitation for survivors of childhood and adolescent brain tumors: a view of the past and a vision for a promising future. *J Pediatr Rehabil Med*. 2011; 4(1): 37-46.
  13. Conklin HM, Ogg RJ, Ashford JM, Scoggins MA, Zou P, Clark KN, et al. Computerized cognitive training for amelioration of cognitive late effects among childhood cancer survivors: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015; 33(33): 3894-902.
  14. Bras Meglič N. Individualna in skupinska kliničnopsihološka terapevtska obravnava s prikazom primerov: psihološki vidiki poklicne in zaposlitvene rehabilitacije (PZR); V: Kovačič D, ur. Psihologija v rehabilitaciji; Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut - Soča; 2016: 203-16.
  15. Žvelc G. Temeljne predpostavke terapije sprejemanja in predanosti ter model psihološke fleksibilnosti. V: Žvelc G, ur. Terapija sprejemanja in predanosti: čuječnost in psihološka fleksibilnost v psihoterapiji. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2019: 11-26.
  16. Turner JA, Mancini L, Aaron LA. Short- and long-term efficacy of brief cognitive behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain*. 2006; 121(3): 181-94.
  17. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the »new wave« of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3): 701-10.
  18. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2001.
  19. Zupančič K. Značilnosti in uporaba na čuječnosti osnovanih programov kognitivno-vedenjske terapije. V: Starovasnik Žagavec B, Zadavec T, Janjušević P, ur. Novejša spoznanja in kognitivno vedenjski pristopi pri obravnavi različnih skupin klientov v terapevtski praksi. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije; 2017: 9-16.
  20. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta analysis. *J Psychosom Res*. 2004; 57(1): 35-43.
  21. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2012.
  22. Hayes S. State of the ACT evidence. 2018. Dostopno na: [https://contextualscience.org/state\\_of\\_the\\_act\\_evidence](https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence) (citirano 27. 11. 2019).
  23. Whiting DL, Deane FP, Simpson GK, McLeod HJ, Ciarrochi J. Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies. *Neuropsychol Rehabil*. 2017; 27(2): 263-99.
  24. Soo CA, Tate, RL, Lane-Brown, AT. A systematic review of acceptance and Commitment Therapy (ACT) for managing anxiety: applicability for people with acquired brain injury? *Brain impairment*. 2011; 12(1): 54-70.
  25. Shapiro F, Kaslow FW, Maxfield L, eds. Handbook of EMDR and family therapy processes. New Jersey: Wiley; 2011.
  26. Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W, et al. Effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. *Pain Med*. 2014; 15(2): 247-63.
  27. Schneider J, Hofmann A, Rost C, Shapiro F. EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Med*. 2008; 9(1): 76-82.
  28. Grand D. Brainspotting: the revolutionary new therapy for rapid and effective change. Boulder: Sounds True; 2013.
  29. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol*. 1992; 28(5): 759-75.
  30. Wallin DJ. Attachment in psychotherapy; New York: Guildford Press; 2007.
  31. Wylie MS, Turne L. The attuned therapist: does attachment theory really matter? *Psychotherapy Networker*. 2011; 35(2): 19.
  32. Schore AN: Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological dissociation. APA PsycNET; 2009. Dostopno na: <https://www.semanticscholar.org/paper/Attachment-Trauma-and-the-Developing-Right-Brain-%3A-Schore/030da42d9fc6857425c6223d414e0b16254e1e29> (citirano 28. 11. 2019).
  33. Van der Kolk B. The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Penguin Books; 2015.
  34. Deb D. The polyvagal theory in therapy: engaging the rhythm of regulation. New York: W. W. Norton and Company; 2018.
  35. Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Dev Med Child Neurol*. 2013; 55(10): 885-910.
  36. Stahlschmidt L, Zernikow B, Wager J. Specialized rehabilitation programs for children and adolescents with severe disabling chronic pain: indications, treatment and outcomes. *Children (Basel)*. 2016; 3(4): pii: E33.
  37. Carr A. Somatic problems. In: Carr A, ed. The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach. 3rd ed. London: Routledge; 2016: 509-74.
  38. Farmer JE, Kanne SM, Grissom MO, Kemp S. Pediatric neuropsychology in medical rehabilitation settings. In: Frank RG, Caplan B, Rosenthal M, eds. Handbook of rehabilitation psychology. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2010: 315-28.